الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
مشفى الأطفال

تأثير وجود أو غياب الأم على نفسية الطفل أثناء الاستشفاء

Study the effect of presence or absence of the mother on the Psyche of child during hospitalization

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا "الماجستير"
في طب الأطفال

بإشراف
الأستاذ الدكتور
سمير بقلة

برئاسة
الأستاذ الدكتور
سمير سرور

إعداد طالبة الدراسات العليا
د. نادين الياس السوقي

2016م

مخطط الدراسة النظرية

الفهرس للقسم النظري:

أولاً: الأمومة

- الأسس البيولوجية لسلوك الأمومة.
- التغذية أثناء الحمل وبعد الولادة.
- اللقاء الأول بين الأم والوليد.
- أهمية العلاقات الأولى في حياة الطفل.
- الأمومة وتطور الخوف عند الطفل.

ثانياً: الانفصال:

- الانفصال بين الأم والطفل واضطراب التعلق.
- الانفصال الطويل بين الأم وطفلها.
- ما هي الشروط التي ممكن أن تخفف من وطأة الانفصال؟

ثالثاً: الاضطرابات النفسية عند الأطفال:

- الاضطراب القلقي عند الأطفال:
  - ✓ ما هو القلق؟
  - ✓ مستويات القلق.
  - ✓ تفريق الخوف الطبيعي عن الخوف غير الطبيعي (أي القلق).
  - ✓ تصنيف الاضطرابات القلقية:

اضـطـراب قلق الانفصـال.

اضطـــراب الهـــلع.

اضطـراب القـلق المـعـمم.

الرهابات النوعية.

الرهاب الاجتماعي.

الاضطراب الوسواسي القهري.

متلازمة الكرب ما بعد الرض.

- اكتئاب الطفولة.
- اضطراب التصرف.

رابعاً: مقاييس التشخيص:

مقياس بيرلسون للاكتئاب.

مقياس HADS لقييم الاكتئاب والقلق المشفوي.

مقياس كونورز لتقييم السلوك.

الأمومة:

الأسس البيولوجية لسلوك الأمومة :

يعتبر البحث في الأسس البيولوجية لسلوك الأمومة حديث العهد عند الثدييات إن العوامل الهرمونية والعصبية تؤثر في سلوك الأمومة لقد بينت التجارب التي أجريت على الرئيسات أن سلوك الأمومة يخضع-كغيره-لضبط وتنظيم مركزي دماغي. إن جرح لحاء الفص الجبهي الأمامي يؤدي إلى تعطيل سلوك الأمومة عند القردة .كما يؤدي استئصال الجزء اللوزي الأميكدال (Amygdal) عند الأم إلى تصاعد سلوكها العدواني والجنسي، لكن جرح الفص الصدغي المتوسط لا يؤدي إلى اضطراب مباشر في سلوك الأمومة ،فالاضطراب يبدأ بعد عدة أسابيع ، إذ تتجاهل الأم طفلها تماما، مما يؤدي إلى موته بعد ثلاثة أسابيع ، وتظهر الأم تراجعا وانسحابا ليس فقط تجاه الطفل ، وإنما نحو أي عضو آخر من الجماعة، فالإصابة لحقت في السلوك الاجتماعي برمته ، ولم تقتصر على تجاهل الطفل فقط.*(1)*

الشروط المبكرة للتربية تلعب دوراً أساسياً في تطور أنظمة التعلق الاجتماعي . فالتغيرات التي تطرأ على الجملة العصبية المركزية ، والأعراض البيولوجية-العصبية الناجمة عن انقطاع التعلق ، في مرحلة مبكرة، قد تكون مسؤولة عن السلوك غير الطبيعي وعن الأضرار التي تلحق بالتطور في مراحل لاحقة.

إن معظم الأدوية المستخدمة في علاج الحالات النفسية المرضية تؤثر في السلوك الاجتماعي وتهدف في تعديل هذا السلوك ، وتقريبه من السلوك الطبيعي وذلك عن طريق إعادة تنظيم الآلية العصبية.

ويرى نادلر أنه عند دراسة الأمومة عند الجنس البشري ممكن الأخذ بالفرضيتين التاليتين :

أولا :إن سلوك الأمومة عند البشر ممكن أن يكون أيضا متلائماً مع الصيغة الخاصة لتنظيمنا الاجتماعي .من هنا تبدو الأهمية القصوى في تفحص ودراسة الأنظمة الاجتماعية في مختلف أشكالها ودرجاتها.

ثانيا :إن الاضطراب في سلوك الأمومة وفي علاقة الأم بصغيرها يكون غالباً نتيجة التغير المفاجئ في الشروط والعادات الطبيعية .إن عرقلة سلوك الأمومة واضطرابه يحدث عندما يربي البشر أبناءهم في شروط مغايرة ومخالفة لصيغة التنظيم الاجتماعي الخاصة بالنوع .إلا أن ذلك ليس أمراً واضحاً فالمجتمعات البشرية تتبع طرقاً وأساليب مختلفة جداً ومتنوعة في تربية الصغار.

يستدعي كلا النظامين (سلوك الأمومة- وسلوك التعلق) المحافظة على الاتصال بين الأم والطفل ويقود الاتصال بدوره إلى تبادل عاطفي بين الطرفين .فسياق التعلق يتم عبر التجربة بين الاثنين.(2)

التغذية أثناء الحمل وبعد الولادة :

يسود الاعتقاد في مجتمعاتنا بأن الحامل إذا اشتهت نوعاً من الطعام ولم تأكله قد يترك أثراً ملموساً في جسد الطفل .وبالرغم من عدم استناد هذا الاعتقاد إلى الحقائق العلمية فهو يعكس أهمية التغذية بالنسبة للمرأة الحامل لأن الجنين يعتمد عليها ويشاركها غذاءها إن تقاليدنا العربية تولي مسألة التغذية بعد الولادة أهمية خاصة ومن عاداتنا الحميدة أن نخص النفساء (الأم بعد الولادة) بنظام غذائي خاص غني بالبروتينات يتضمن الطعام والشراب الذي يساعد الأم على استعادة حيويتها ونشاطها(كالمغلي بالإضافة إلى الجوز والأطباق المتنوعة التي تقدم للمرأة).(3)

اللقاء الأول بين الأم والوليد:

لعل الحدث الأهم في حياة المرأة هو أن تضع في هذا العالم طفلها الأول، فالولادة الأولى تعني ولادة العائلة .(4)

يتزايد اليوم عدد الولادات التي تحدث في دور التوليد بإشراف طبي ولقد درجت العادة على فصل الصغير عن الأم مباشرة بعد الولادة لأسباب العناية الصحية .إلا أن النتائج الحديثة للأبحاث العلمية تخلص إلى القول بوجوب وضع الوليد على تماس حسي مع الأم بعد الولادة مباشرة ، وذلك لأهمية هذه اللحظات في العلاقات اللاحقة بين الطفل والأم .فالتماس الجسدي بين الاثنين يمكن أن يؤثر في الاتصال المتبادل بين الطفل والأم ،وهذا ما توضحه الدراسة التالية حيث تمت مقارنة ثلاث مجموعات من الصغار تعرضت المجموعة الأولى إلى تماس جسدي مطول وذلك بوضع المولود على بطن الأم بعد الولادة مباشرة مدة ثلاثين دقيقة ، بينما تعرضت المجموعة الثانية إلى تماس قصيرة مدة خمس دقائق .ولم تتعرض المجموعة الثالثة للتماس مع الأم وذلك لأسباب طبية .تبين هذه الدراسة بأن التماس المطول ممكن أن يسهل على الأم التعرف على رائحة الطفل، ويكون الطفل في الأيام التالية أكثر حساسية لرائحة الأم بالمقارنة مع روائح محايدة مع رائحة أم أخرى .لقد أوضحت الدراسات المتعلقة بتأثير الرائحة في علاقة الأم بطفلها بأن الرائحة تلعب دورا هاما في تطور هذه العلاقة خاصة في المرحلة الأولى بعد الولادة. إن التعرف على الطفل بواسطة الشم يكون أكثر احتمالًا عندما تتهيأ للأم والطفل فرصة اللقاء اللمسي المطول بعد الولادة مباشرة .لقد أكدت الأبحاث السابقة على أهمية توفير الفرصة للأم لرؤية الطفل وملامسته بعد الولادة مباشرة .فهي في أشد الحاجة لتحسه وتتلمسه وتشمه . لذا يجب المزيد من الحذر قبل التفكير بفصل الطفل عن الأم بعد الولادة مباشرة.

تؤثر مشاعر الأم نحو الطفل بعد الولادة في العلاقة المستقبلية بينهما. فالمتغيرات المختلفة في هذه المرحلة قد تعرقل أو تسهل سياق هذه العلاقة.فلا بد من الأخذ بعين

الاعتبار شعور الأم تجاه المولود الجديد خاصة فيما يتعلق بجنس (طفلة كانت أم طفلاً). (5-6)

أهمية العلاقات الأولى في حياة الطفل

إنه من الصعب-في وقتنا الحالي-الاقتناع بدقة تحديد خصائص الأطفال على الشكل الذي يراه واطسون (زعم بأنه يستطيع أن يجعل من اثنى عشر طفلا أطباء أو محامين و فنانين أو تجاراً ، شحاذين أو لصوصاً وذلك بتحديد وتغيير شروط المحيط ، بغض النظر عن مدى عبقرية وقدرة هؤلاء الأطفال).فإن المعارف المعاصرة تشير إلى أن التجارب المعزولة لا تترك آثاراً دائمة مهما كانت قوتها ، فلحسن الحظ ممكن للتربية أن تؤثر وتعدل في شخصية الطفل وسلوكه بالرغم من تعرضه لتجارب سلبية مؤلمة إذ ممكن التدخل للتخفيف من أثر هذه التجارب، فالاعتقاد بأن الشخصية قد تثبت بشكل نهائي لا عودة فيه في السنوات الأولى يلغي دور التربية وتأثيرها في تطور الطفل(7).

دور الصغير في سلوك الأم:

إننا نعيش في عصر الإعلام الذي يغزو أدمغة البشر صغاراً وكباراً صباحاً ومساءً ولقد سيطرت ولمدة طويلة بعض الأفكار الخاطئة المتعلقة بقدرات الطفل في الأسابيع الأولى ، فكان من المعتقد بأنه محدود القدرة النفسية والجسدية وغير قادر على تلقي المعلومات من الوسط الخارجي ، وهو كائن غامض غير منتظم . فالتجربة التي ينظمها الأهل قادرة وحدها أن تحمل هذا الكائن على الانتظام فكل ما يستطيعه هو أن يأكل وينام. يعتبر البحث المعاصر الصغير طرفاً هاماً في العلاقة مع الأم فهو مزود بالقدرات اللازمة للاتصال مع الآخرين خاصة الحاضن ،فعدم تكامل هذه القدرات وعدم نضجها لا يعني غيابها .فالوسائل الاجتماعية للطفل وحواسه المختلفة وقدراته الحركية تقوده إلى الدخول في علاقات اجتماعية متبادلة . ويظهر التفاعل الاجتماعي في الأشهر الستة الأولى أن اهتمام الطفل يتركز على

المؤثرات الصادرة عن الأم. يؤثر مزاج الطفل في قدرته على التكيف والتلاؤم مع الظروف المحيطة به فالطريقة التي يظهر الطفل سلوكه بها (المزاج) إما أن تكون جامدة هشة ، وإما أن تتصف بالمرونة حيث يتمكن الطفل من تعديل سلوكه في ظل بعض الظروف .ويلعب ذلك دورا هاما في درجة السهولة أو الصعوبة التي ممكن أن تتطلبها تربية الطفل.

قول ميد وهايمان (Mead and Hayman ١٩٦٥) « تبتسم الأم عندما يبتسم طفلها، وتستجيب له عند بداية لعبه ،فالطفل يعلم العالم بأن هناك مكاناً ممكن داخله للناس أن يتبادلوا التفاهم والأمزجة والطباع>> (8)

الأم والنمو المعرفي عند الطفل

وتوفر الأم للطفل أول فرصة للتعرض للوجود البشري، وللاتصال بالآخرين ، فمن خلال سلوك الأمومة يتمكن الصغير بواسطة حواسه- كالسمع والبصر-من تكوين صورة عامة للوجه الإنساني وللانفعالات المختلفة التي تظهر في التعبير الوجهي ، ويتعلم الطفل مع الأم كيف ممكن أن يصبح الابتسام أو الثغثغة حدثاً اجتماعياً . يبدأ الطفل مع الأم بتشكيل روابط التعلق ، ويكتسب من خلال تجربته معها مدى تأثير سلوكه الاجتماعي، وكيف ينظم بنفسه حالات اليقظة وحالات العاطفة .فسلوك الأمومة يهيئ للطفل-من خلال الأقنية الحسية المختلفة-تجربته الأولية في سياق الاتصال البشري.

الأمومة وتطور الخوف عند الطفل

يستجيب غالبا الطفل الناشئ في عائلة مستقرة بالحزن والقلق عند انفصاله عن الأم . بينما يستجيب بالغضب والهيجان الطفل الذي يكبر في وسط عائلي مضطرب ، وفي معظم الأحيان يكون هذا الأخير قد عاش مرارة الانفصال عن الأم مرات متكررة .

ويرى بعض الباحثين أن مظاهر الرهاب (Phobia) التي يعاني منها الطفل تكون نتيجة لاضطراب التعلق بينه وبين الأم (9).

يظهر هذا الخوف في حالات متعددة: الخوف في الظلمة، أو الخوف من الحيوانات ، أو الخوف من وقوع مكروه للأم ....إلا أن مظاهر الخوف التي تناولها البحث أكثر من سواها هي الخوف من الذهاب إلى المدرسة ، ورفض الطفل الالتحاق بصفه. ويتصف الأطفال الرافضون الذهاب إلى المدرسة بالتهذيب والقلق ، وعدم القدرة على التعبير عن الذات .وتترافق هذه المظاهر ببعض الاضطرابات العضوية الوظيفية كفقدان الشهية للطعام ، والشعور بالرغبة في التقيؤ ، أو بآلام البطن أو الغثيان .وتتسم غالباً العلاقات السائدة بين الأبوين لدى الأطفال الرافضين للمدرسة بالاضطراب والمشاجرة .وهذا ما حمل بعض الباحثين على الربط بين علاقة الطفل بالأم وبين اضطراب الاتصال لديه مع العالم الخارجي، حيث يتمثل هذا الاضطراب في عدم قدرة الطفل على التكيف مع الظروف الجديدة، فالتغير الناشئ عن الالتحاق بالصف مثلاً يدفع إلى الخوف والقلق من مواجهة حالة جديدة .وفي معظم الأحيان يكون الخوف المفرط عند الطفل نتيجة تجربته المعاشة ، أو/ و نتيجة تراكم الأحداث التي قد تدفعه في مرحلة ما إلى حالات من الخوف والقلق الشديدين.(9)

أن التوجه الحديث للباحثين يقول أن سلوك الأهل يتأثر بسلوك الطفل وما هو إلا نتيجة لذلك ،حيث يكون الطفل في حالة الانطوائية غير قادر على إقامة الروابط مع الكبار بشكل عام ولا حتى مع الأم. فالمشكلة ليست إذن في قصور سلوك الأمومة وإنما في قصور إمكانات الطفل وضعف قدراته على التواصل والتفاعل مع المحيط .

لقد آن الأوان للتوقف عن توجيه الاتهام إلى الأمهات كيفما اتفق ، حيث اعتاد البعض اعتبار اضطراب الروابط بين الأم والطفل سبباً في انطوائية الطفل ،أو في قصوره الجسدي أو في الاضطرابات الغدية العصبية وهرمونات النمو .ولا بد من تعميق البحث في مجمل الشروط التي تؤثر في حالة الطفل ، وعدم اللجوء إلى تفسيرات مفرطة في السهولة ، فاضطراب التعلق بين الطفل والأم قد يكون نتيجة لحالة معينة يعاني منها الطفل. (9)

الانفصال

الانفصال بين الأم والطفل واضطراب التعلق

إن معاناة الصغير الذي يفقد أمه تترك أثراً عميقاً في النفس وتثير مشاعر الحزن والشفقة ومن الصعب أن يبقى المرء محايداً إزاء طفل ترغمه الظروف على الانفصال عن أمه. وبالرغم من مأساوية هذا الحدث وخطورته وتأثيره البالغ في نمو الطفل وتطوره ، فانه لم يشكل موضوعا للبحث والدراسة إلا في العقود الأخيرة.

إن الدراسات المتعلقة بسلوك الطفل بعد فصله عن الأم لأسباب مختلفة-بالرغم من تنوع شروط هذه الدراسات- تخلص إلى شيء مشترك يثير الدهشة هو أن الطفل المفصول عن أمه يظهر ردود فعل محددة ، وذلك بعد بلوغه الشهر السادس من العمر(10)

وتستند المعطيات المختلفة لتلك الدراسات على ملاحظة سلوك الطفل خلال السنة الثانية أو السنة الثالثة من العمر في ظروف متنوعة منها مثلاً مايتعلق بوضع الطفل في المشفى بعيداً عن محيطه الأصلي وعن أمه وعن كل المقربين له .فهو يتلقى العلاج في محيط جديد من قبل أشخاص لا يعرفهم .ويصنف بولبيBowlby (11)الطفل بعد انفصاله عن أمه في مراحل ثلاث:

١ -مرحلة الاحتجاج.

٢ -مرحلة فقدان الأمل.

٣ -مرحلة تلاشي التعلق.

لقد استند هذا المؤلف على نتائج الملاحظات الميدانية لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين عشرة أشهر وثلاثين شهراً، والذين يفصلون للمرة الأولى عن أمهاتهم اللواتي تربطهن بهم علاقة أمن وطمأنينة (Securely attached).

لكن هذه المراحل ممكن أن تتداخل و ممكن للطفل أن يبقى مدة طويلة في حالة انتقالية من مرحلة إلى أخرى. تبدأ المرحلة الأولى بعد الانفصال مباشرة أو تتأخر عنه بعض الوقت وممكن أن تدوم من عدة ساعات إلى أسبوع أو أكثر .يظهر

خلالها الطفل ضيقه الشديد لفقدانه أمه ويبحث بكل الوسائل لاستعادتها مستخدماً كل طاقاته .إنه يبكي ويصرخ ويلقي بنفسه في كل الاتجاهات .ويرفض كل من يقترب منه ويروي« بولبي » بأن الطفل يتشبث أحياناً بإحدى الممرضات فاقداً الأمل. أما المرحلة التي تلي مرحلة الاحتجاج فهي مرحلة فقدان الأمل ، الطفل يظهر القلق لغياب الأم ويفقد الأمل تدريجياً في إيجادها .ويتميز سلوكه في هذه المرحلة بانخفاض الحركات النشطة ، وهو يبكي برتابة أو بشكل متقطع، وتغلب عليه الانطوائية وقلة النشاط وتندر متطلباته ممن يحيط به، ويبدو في حالة حداد عميقة . وتتميز هذه المرحلة بالهدوء مما يدفع إلى ظن خاطئ بأن كربة الطفل تميل إلى الانخفاض.

في المرحلة الثالثة ممكن ملاحظة اهتمام الطفل مما حوله، فهو لا يرفض الممرضات ويتقبل الطعام والعلاج، و يميل شيئاً فشيئاً إلى التبادل الاجتماعي وإلى الابتسام وتقبل الألعاب. مما يثير الدهشة أن عودة الأم لزيارته تظهر غياب سلوك التعلق لديه .فالطفل لا يكترث بمشاهدة الأم ويبقى بعيداً وكأنه لا يعرفها من قبل ويبدو فاقد الاهتمام بها وكأن عودتها لا تعنيه. إن استمرار الطفل في المستشفى أو في مؤسسة رعاية الأطفال يعرضه للتعلق العابر بعدد من الممرضات اللواتي يغادرن جميعاً مما يؤدي إلى تكرار تجربته الأصلية بفقد أمه مما يحمله على الاقتناع بأن الأمومة وكذلك انفعالية متتابعة فقد فيها من أولاهم الثقة والمحبة ينتهي بالتوقف الكامل عن التعلق . إن الطفل الذي يصل إلى هذه المرحلة يصبح أكثر فأكثر متمركزاً حول ذاته ،لا يظهر أفعاله أو عاطفته لدى غير المشرفين عليه ،ويظهر عدم الاكتراث عند زيارة أهله مما يشعرهم بالحزن .فبالرغم من أن الطفل يبدو فرحاً متكيفاً مع وسطه إلا أن ذلك ليس إلا مظهراً سطحياً فالطفل لا يبدي عاطفته لأي كان.

إن درجة ردة فعل الطفل بعد ابتعاد الأم تتأثر بعدة عوامل: فعزله وحيدا في محيط غريب لا يعرفه يزيد من حدة ردود فعله بينما ممكن التقليل من ذلك بصورة فعالة في حالة حضور أخ أو أخت له أو تحديد شخص بعينه يحل محل أمه ويهتم بالطفل

بصفة دائمة ومنتظمة خاصة إذا كان هذا الشخص معروفاً من قبل الطفل بحضور الأم .ففي ذلك تجنيب للكثير من ردود الفعل العنيفة وتخفيف معاناة الطفل في حالة الانفصال .ولعل مدة الانفصال من أهم العوامل التي ترتبط بالاضطراب الذي يعاني منه الطفل.

وبالرغم من تأثير غرابة المحيط في سلوك الطفل إلا أن العامل الأساسي الذي يؤدي إلى اضطراب هذا السلوك هو غياب الأم .

فالمتغير الأكثر أهمية عند الطفل هو حضور أو غياب الأم فوجوده في وسط غريب بحضورها لا يؤدي إلى اضطراب ملحوظ في سلوكه .ويتناسب الاضطراب في سلوك الطفل مع طبيعة العلاقة التي تربطه بالأم .فالطفل الذي تربطه بالأم علاقة حميمة يعلن احتجاجه عند غيابها بينما لا يكترث بذلك كثيراً الطفل الذي تكون علاقته بالأم غير مرضية، وممكن ملاحظة الكثير من الفروق الفردية في ردود فعل الصغار بعد الانفصال عن الأم .والجنس يلعب دوراً هاماً حيث يبدو أن الذكر أكثر تأثراً من الأنثى ويتأثر السلوك بعد الانفصال بطبيعة العلاقة التي تربط الصغير بالأم وكذلك تلعب ظروف المحيط دوراً هاماً في زيادة حدة الانفصال. (12)

<u>الانفصال الطويل بين الأم وطفلها:</u>

في تقريره إلى منظمة الصحة العالمية قام« بولبي » بصياغة المبدأ القائل بأن التوازن العقلي للطفل يرتبط بضرورة تمتعه بعلاقة حميمة ومستقرة وثابتة مع أمه أو مع المرأة التي تحل محلها بشكل دائم ،علاقة تمكن الطرفين من العيش بسعادة ورضى . لقد قدم هذا المؤلف براهين عدة تبين أن اضطراب الشخصية والعصاب تكونان غالبا نتيجة الحرمان من عناية الأم أو نتيجة لعلاقة متقطعة زمنياً وغير دائمة بين الطفل والأم. إنه من الثابت حالياً أن انقطاع العلاقة بين الأم والطفل يعود بالنتائج السلبية على هذا الأخير .وأنه أصبح من المحتم على علم النفس المرضي بأن يولي أهمية بالغة لردات الفعل الناجمة عن فقدان وجه الأمومة وما قد يتركه ذلك من علامات القلق والعصاب والاضطراب العاطفي وعدم القدرة على إقامة علاقات عاطفية عميقة ودائمة .إلا أن هناك عوامل متعددة ممكن أن تتداخل مع

حدث الانفصال بين الطفل والأم ومن أهمها العوامل الصحية ، والتغيير المفاجئ في الوسط الخارجي وغرابته ، وطبيعة العناية التي يلقاها الطفل من قبل من يحل محل الأم وطبيعة علاقة الطفل بمن يهتم به قبل الانفصال وبعده .إن هذه العوامل قد تعزز من خطورة الانفصال أو قد تخفف من آثاره ولكن العامل الحاسم والأكثر تأثيرا في الحالة العاطفية للطفل هو غياب الأم.(13)

إنه من الصعب إيجاد العلاقة السببية بين ما يحدث للمرء في سن الأربعينات وما سبق أن أصابه في عمر سنتين فلا بد للباحث من إلقاء الضوء على الظروف الحالية المحيطة بالفرد التي دفعت الشخصية إلى ردود فعل محددة مع أخذ الخبرات السابقة برمتها ككل متكامل بعين الاعتبار، إنه من المؤكد أن غالبية الأطفال الذين أصيبوا في علاقتهم بالأم قد تمكنوا- ولحسن الحظ-من تجاوز هذا الحدث المؤلم والمفرط في قسوته ومن التطور والنمو بشكل عادي .إن قدرة الصغير على تضميد الجراح لا يستهان بها ، فالعفوية النامية تتمتع بدرجة عالية من المرونة والتكيف إن ملاحظة سلوك الأطفال أثناء مغادرة الأم تبين مدى التشابه في ردة فعل هؤلاء تجاه هذا الحدث .إن القاعدة التي تحكم هذا السلوك تكون البكاء والصراخ والاحتجاج وأحيانا محاولة اللحاق بالأم .ويتابع الطفل إعلان البكاء وإظهار الحزن من حين إلى آخر أثناء النهار ويكون البكاء ردة الفعل الأساسية بعد الانفصال عن الأم خاصة في الأيام الثلاثة الأولى .وبالرغم من انخفاض تكرار البكاء في الأيام التالية إلا أنه يحدث بصورة متفرقة حتى اليوم العاشر وتظهر أزمات البكاء لدى زيارة الأب أو أحد الأقارب له وفي بعض الحالات يستمر الطفل في « البحث » عن الأم ومناداتها .وغالبا ما يرفض الصغير محاولات المربية في مراضاته والعناية به وبالرغم من استمرار مقاومة محاولات المربية بحث الطفل عن الحماية وعن بعض العاطفة عندها .وفي الأسبوع الثاني يبدأ بتفضيل مربية دون غيرها، وعند دخول شخص ما لا يعرفه الأطفال ممكن ملاحظة مدى الفزع حيث يهرع بعضهم نحو المربية ليتشبث بها. (14)

لقد أورد بولبي بعض الملاحظات المتعلقة بهؤلاء الأطفال حيث فقد سبعة أطفال من أصل ثمانية مراقبة وظائف الطرح)التبول والتبرز (بعد انفصالهم عن الأم .ويشير هذا المؤلف إلى أن الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال كانت على صعيد الحركة والنشاط ، فبعضهم يميل إلى اللعب والحركة المتواصلة بينما يبقى بعضهم الآخر في حالة من العزلة والخمول وعلى وشك أن يبدؤوا بالبكاء. إن ملاحظة سلوك هؤلاء الأطفال بعد لقائهم بالأم عند عودتها بعد عدة أسابيع من الغياب تبين تلاشي سلوك التعلق عند هؤلاء إذ يبدو الطفل وكأنه لا يعرف أمه من قبل فيدير ظهره مبتعداً وأحياناً يجهش بالبكاء، وبعضهم يتردد بين البكاء وعدم الاكتراث .إن تلاشي التعلق قد يستمر بضعة أيام ويرتبط ذلك بمدة الانفصال فكلما كانت المدة قصيرة كلما استعاد الطفل علاقات المحبة وبدأ بالتشبث بالأم وبالتفاعل معها .إن الانفصال المطول والمتكرر بين الأم والطفل خلال السنوات الثلاث الأولى ممكن أن يؤدي إلى تلاشي سلوك التعلق عند الطفل بصورة نهائية .أما في حالات الانفصال القصير فيمكن لهذا السلوك أن يعود إلى مجراه الطبيعي خلال ساعات أو خلال أيام قليلة.(14)

إن الطفل يطرح على الأم مشكلات جدية بعد العودة إلى الوسط العائلي وذلك يعتمد إلى حد كبير على طبيعة علاقتها به وقدرتها على تطمينه وإعادة بناء الثقة والتعامل معه بشكل يتناسب ومدى الاضطراب الذي سبق أن عانى منه أثناء انفصالهما .إن الطفل يعاني من الخوف والقلق يتجدد بتجربة الانفصال والعودة إلى كنف أناس لا يعرفهم في وسط غريب عليه ، فلا بد من تطمينه بأن ذلك لن يتكرر، وحمله تدريجياً على إعادة ثقته بمن حوله وخاصة الأم.

ما هي الشروط التي ممكن أن تخفف من وطأة الانفصال؟ إن مرافقة الطفل لأخ أو لأخت أثناء الاتصال قد يخفف الكثير من ردود فعله عند مغادرة الأم ،وتشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال المرافقين لأخ أو لأخت عند دخولهم دار الحضانة

وانفصالهم عن الأم يعانون أمور أقل من غيرهم وتكون ردود فعلهم أقل شدة وتكرار بالمقارنة مع هؤلاء القادمين وحدهم دون معرفة أحد في الوسط الجديد، ممكن للطفل أن يصطحب شيئاً مفضلا لديه من المنزل إلى الوسط الجديد وقد يخفف ذلك من قسوة هذا الحدث، وتجدر الإشارة أيضا إلى أهمية سلوك الأمومة لدى الشخص الجديد الذي يأخذ على عاتقه رعاية الطفل والاهتمام بشؤونه بعد انفصاله عن أمه.(15)

إن مشاعر الضيق والشدة الناتجة عن الانفصال ممكن تخفيفها عند الطفل إذا تم التحضير لهذا الحدث ، وبالتالي ممكن تجنيب الطفل ردات الفعل العنيفة من الاحتجاج وفقدان الأمل وبالتالي تلاشي التعلق بالأم نتيجة الانفصال المفاجئ والتغيير الكبير الذي يفوق قدرة الطفل على المواجهة .فتحضير الطفل وتعريفه بالأم المرضعة التي ستتولى شؤونه أثناء غياب الأم، وكذلك الخصائص السلوكية للأم المرضعة ممكن أن يساعد الطفل على تجاوز الانفصال ومتابعة النمو والتطور بشكل مقبول بأقل الخسائر .إلا أن ذلك لا يعني أنه ممكن إلغاء مخاطر الانفصال ، فالانفصال ينطوي على الكثير من المخاطر في الطفولة الأولى، فيجب العمل على تجنبه .لقد أشارت مجموعة من البحوث إلى أن غياب الأم ممكن أن يتفاعل مع عوامل أخرى كجدة المحيط وغرابته ونقص العناية بالطفل وعدم توفر الأم المرضعة المناسبة يؤدي إلى الحزن العميق والشعور بالضيق والشدة عند الصغير في عمر السنتين ،فغياب الأم يبقى العامل الأساسي في تحديد المظاهر الانفعالية وسلوك الاحتجاج عند الطفل.(16)

<u>ما هي دواعي الخوف عند الطفل:</u>

إن الدراسات المتعلقة بهذا الجانب تعتبر قليلة نسبياً وتعتمد في معظمها على سؤال الأم عن العوامل التي تسبب الخوف عند الطفل ، إلا أن بولبي يعرض دراسة توضح مدى التعارض بين وجهات نظر الأمهات حول حالات الخوف والخوف

الحقيقي الذي يصيب الأطفال. فالحالات التي تشعر الطفل بالخوف والرعب قد تمر دون انتباه الأم.(17)

إن الطفل يشعر بالخوف من الضياع ،والاختطاف ،ومن المجهول ،ومن الحرب، ومن المرض ومن الموت، بينما أكد (٤٢ % إلى ٥٧ %) من الأمهات بأن الطفل لا يخاف من هذه الحالات .فالملاحظة المباشرة للأطفال تكفل معرفة العوامل الحقيقية التي تشعرهم بالخوف .إن تعرض الصغير في الأشهر الأولى لمؤثرات خارجية معينة كالضجيج المفاجئ ، وحالة عدم الارتياح يدفعه إلى البكاء والتوتر العضلي .وبعد الشهر الرابع حيث يبدأ الصغير بتمييز الوجه الغريب من الوجه المألوف عندها يظهر التحسب لدى رؤية وجه غريب .وبين الشهرين السابع والتاسع يظهر الطفل علامات الخوف لدى مشاهدته إنساناً مجهولاً أو شيئاً غريباً. فحضور رفيق مألوف يحد من آثار الخوف والقلق ،ووجود الطفل بالقرب من الأم يخفف إلى حد بعيد من ردود فعله على مؤثرات قد تثير الخوف والذعر أثناء غيابها .إن وجود الطفل بجوار الأم يخفض من مخاوفه ويؤدي إلى تلاشي مظاهر الخوف والقلق عند اقتراب شخص غريب منه مثلاً. إن النوع البشري- كالكثير من الأنواع -قد اكتسب خلال التطور استجابات محددة ،وهي ما يسمى بالخوف عن تعرضه لمؤثرات تنذر بالخطر .لقد أصبحت هذه الاستجابات عبر التطور جزءا من التراث الغريزي عند الإنسان إذ تسهم في مساعدة العضوية على مواجهة الظروف الجديدة. وبالتالي تلعب هذه الاستجابات دورا هاما في المحافظة على بقاء النوع فوجود الطفل في وسط مجهول يحمل علامات الخطر والتهديد ، فهو بحد ذاته لا يشكل خطرا ما و إنما يشير إلى حدوث الخطر .فوجود الطفل بعيداً عن الوسط المألوف يعرضه لهجمات الأنواع المعادية وهكذا- تعلم الطفل عبر ملايين السنين- أن يهرع باتجاه الأم أو باتجاه من تربطه بهم بعض الصلات عند تعرضه للخطر حيث أصبحت هذه الاستجابات غريزة متوارثة قد تتأثر بالتعلم والاكتساب إلى حد كبير. (17)

الاضطراب القلقى عند الأطفال: Anxiety disorders

ما هو القلق؟

هو خوف شديد من شيء مبهم ،ويرتبط بمشاعر الحيرة والعجز.

مستويات القلق:

1- القلق الخفيف:Mild

2- القلق المتوسط Moderate

3- القلق الشديد Sever

القلق الخفيف: هو شعور بالتوتر كرد فعل على أحداث المعيشة اليومية، تأهب لحدث ما يشحذ الأحاسيس ويحفز معل الانتاج ويزيد الفهم تصاعد الإحساس بما حوله.

القلق المتوسط: يزيد مستوى التوتر عن سابقه، نقص بالفهم ، انخفاض عتبة التنبيه ، انخفاض الانتباه والتركيز، تشنج عضلي كبير وتململ، قد يكون قادر على حل المشكلات ولكن بمساعدة.

القلق الشديد: يكون فيه الفهم والاحساس بالمحيط معدوم، فنجد الطفل يركز على تفصيل معين واحد فقط ، الانتباه والتركيز محدود جداً، صعوبة بإتمام المهام البسيطة مما يسبب سلوكيات تعبر عن شدة قلقه.

تعتبر اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال والمراهقين، ويعاني المصاب بها من الشعور بانزعاج مستمر يؤثر على حياته اليومية بشكل واضح، ويبدي ثورات غضب عند الضغط عليه للقيام ببعض النشاطات التي يتجنبنها، مما يُشعر الأهل بأنه طفل مزعج يميل للمعارضة. ويصف الأهل أطفالهم المصابين بالمهمومين بشكل دائم، ويبدي هؤلاء الأطفال غالباً أعراضاً أخرى كالخجل، والانسحاب الاجتماعي، وقلة الثقة بالنفس، والاكتئاب الجزئي، وفرط الحساسية لانتقادات الآخرين. ويشتكي هؤلاء الأطفال من اعراض جسدية

كالصداع والآلام الجسدية والتعب، مما يوجب إجراء فحص دقيق لنفي أية إصابة عضوية أو لنفي تناول الطفل أي دواء قد يؤدي لظهور هذه الأعراض العضوية.
ومن المشاكل الطبية التي قد تتظاهر بأعراض القلق: نقص سكر الدم وفرط نشاط الدرق واضطراب نظم القلب والصرع والشقيقة وأورام الدماغ وفرط التهوية ووَرَمُ القَواتِم Pheochromocytoma.

أما العقاقير التي قد تسبب أعراضاً قلقية فتتضمن الكافيين والنيكوتين ومضادات الهستامين والماريجوانا ومُحاكِيات الوُدِّيّ والمنبهات (مثل الكوكائين) والستيروئيدات ومضادات الذهان ومثبطات قبط السيروتونين الانتقائية. (11)

الخوف الطبيعي والقلق

يعاني جميع الأطفال ببعض الفترات من الخوف الطبيعي أو من القلق أو من كليهما معاً . والخوف الطبيعي هو انزعاج ذاتي يحدث كاستجابة لتعرض الطفل لمواقف خارجية، بينما يعتبر القلق استجابة بيولوجية عصبية لتهديد متوقع. ويتعرض الطفل أثناء تطوره ونموه لعدة أنواع من الخوف، تختلف من عمر لآخر، ومن غير الطبيعي أن يُنكر الطفل هذا الخوف. ويتغير محتوى الخوف الطبيعي بتقدم المراحل التطورية للطفل، فيتركز الخوف في الطفولة الباكرة (بعمر 4 – 8 أشهر) على الخوف من الغرباء ومن الأصوات العالية ، وتتميز مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة ما قبل المدرسة (من 6 أشهر إلى 4 سنوات) بالخوف من الانفصال ومن الأصوات العالية، ويستمر الخوف من الانفصال في مرحلة الدخول إلى المدرسة (من 3 إلى 5 سنوات) ويضاف إليه الخوف من الحيوانات والوحوش ومن عتمة الليل والخوف على الوضع الصحي الجسدي، كما تظهر تخيلات علمية غير طبيعية. وتمتاز مرحلة المدرسة الابتدائية بالخوف على الوضع الصحي الجسدي والخوف من الإصابة الجسدية ومن الكوارث الطبيعية ومن النبذ الاجتماعي. أما محتوى مخاوف مرحلة المراهقة فيتعلق بالمردود الدراسي وبتقبل الآخرين للمراهق إضافةً إلى الخوف على الوضع الصحي الجسدي.

وتساعد المعلومات التالية على تفريق الخوف الطبيعي عن الخوف غير الطبيعي (أي القلق): (11)

- عدم تناسب موضوع الخوف مع عمر الطفل، كحدوث الخوف من الانفصال بعمر 7 سنوات مثلاً.
- الانزعاج الشخصي subjective distress الذي يؤدي لظهور شكاوى عضوية تتداخل مع الحياة اليومية للطفل ونشاطاته.
- اضطراب التركيز وتأثر الدوام المدرسي وتجنب الأصدقاء وتحدُّد النشاطات، والسلوك المتحدي الذي يسبب خلافات عائلية.
- وجود الأعراض الجسدية والمعرفية للقلق، مثل: عدم الاستقرار الحركي، والصداع، وآلام البطن، والتعب واضطراب النوم، والتشنجات العضلية، وخفقان القلب، وفرط التهوية، والشعور بالدوار وبالرجفان، واضطراب التركيز وفرط التنبه والاستثارة.

تصنيف الاضطرابات القلقية:

هناك تصنيفات متعددة للاضطرابات القلقية، وحسب التصنيف الدوري العاشر للأمراض (ICD10) تتضمن الاضطرابات القلقية:

- اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder
- اضطراب الهلع Panic Disorder
- اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder
- الرهابات Phobias
- الاضطراب الوسواسي القهري Obsessive Compulsive Disorder

- اضطراب الكرب التالي للرضح (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder

تترافق أعراض أكثر من اضطراب قلقي واحد في نفس الوقت عند ثلث الأطفال المصابين، كما أنه من الشائع ترافق اضطراب القلق مع الاكتئاب واضْطِرابُ نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط. ويكثر حدوث اضطرابات قلقية لدى أهل هؤلاء الأطفال، وتشير معظم دراسات القلق إلى وجود اضطراب على مستوى السيروتونين والنورأدرينالين والغابا GABA، كما تشير دراسات أخرى إلى دور للعلاقة مع الأهل وللعوامل الجينية في إمراض الاضطرابات القلقية. وتربط بعض الدراسات ما بين الإصابة بالاضطراب الوسواسي القهري وبين عدوى العِقْدِيَّات الحالة للدم بيتا، مما أدى إلى ظهور مفهوم "الاضطرابات العصبية النفسية المتعلقة بالمَنَاعَةِ الذَّاتِيَّة عند الأطفال والمرافقة للعِقْدِيَّات (PANDAS) Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus (14)

اضـطـراب قلق الانفصـال

يتظاهر قلق الانفصـال بخوف شديد عند انفصال الطفل عن أمه أو عن غيرها من الأشخاص المهمين في حياته والذين يعتبروا أشكالاً للتعلق attachment figures، ويعتبر قلق الانفصال مظهراً طبيعياً للتطور أثناء الطفولة الباكرة. ولكن يجب أن يتمكن الطفل أو أن يحتمل الانفصال عن والديه أو من يقوم بمقامهما لعدة ساعات بعمر 2 – 3 سنوات، رغم أنه من الطبيعي أن تظهر عليه بعض أعراض قلق الانفصال لاسيما إذا كان معرضاً لكرب ما. أما الأطفال المصابون باضطراب قلق الانفصال فيبدون صعوبة بالغة بتقبل أي انفصال عن أهلهم أو عمّن يقوم مقامهم، فينتابهم خوف شديد من أن يصيبهم أو يصيب أهلهم أذى شديد أو أن يموتوا، ويكون هذا القلق شديداً ومستمراً لفترة طويلة في الزمن. يمتنع هؤلاء الأطفال ويقاومون بشدة الذهاب إلى المدرسة أو النوم بمفردهم بأسرّتهم أو القيام بأي نشاط اجتماعي

كالذهاب إلى مخيم أو النوم لدى صديق لهم أو عند أقاربهم. ويكون نومهم مضطرباً عادةً وتكثر فيه الكوابيس، وتكثر لديهم الشكاوي العضوية.

يحدث اضطراب قلق الانفصال عند الإناث أكثر من الذكور، ومن الشائع أن تبدأ أعراضه بعد التعرض لكرب ما مثل انفصال أو طلاق الوالدين أو حدوث وفاة في العائلة. وتبدأ أعراض هذا الاضطراب عادةً بعمر 7 – 9 سنوات، وقد تبدأ أحياناً أثناء المراهقة حيث يغلب أن تلي أو تصاحب إصابة بالاكتئاب. والأطفال المصابون بهذا الاضطراب هم الأكثر تعرضاً للإصابة باضطراب الهلع في المراهقة أو بعد ذلك. وقد يكون أحد الوالدين مصاباً بهذا الاضطراب وخوفه من الانفصال عن ولده أكبر بكثير من خوف ولده.

اضطـــراب الهـــــلع

يعتقد بعض الباحثين بوجود علاقة وراثية بين اضطراب الهلع وبين اضطراب قلق الانفصال. ويظهر اضطراب الهلع عادة في عمر 15 إلى 19 سنة، وقليلاً ما يظهر بعمر المراهقة ونادراً ما يظهر قبل المراهقة، ويصيب الإناث أكثر من الذكور بنسبة 3.2 إلى 1، ويتظاهر بنوبات هلع متكررة بشكل غير متوقع، وقد يترافق برُهابُ الساحة agoraphobia.

تبدأ نوبة الهلع عادة بخوف غير واضح، ضعيف الشدة أو بشعور بعدم الراحة يشتد بسرعة وقد يستمر لدقائق وحتى لعدة ساعات أحياناً، لكن عادة ما تكون نوبة الهلع أقل من 30 دقيقة. وتحدث أثناء نوبة الهلع أعراض تتضمن خفقان القلب والتعرق والرجفان وتسرع التنفس والشعور بالاختناق والآلام الصدرية والغثيان وآلام بطنية مبهمة وشعور بالدوار والإغماء أو بالوخز وتبدد الشخصية والغُرْبَةُ عن الواقِع والخوف من فقد السيطرة على الذات أو من "الجنون" والخوف من الموت.

قد تحدث نوبات الهلع بدون سبب وقد يكون هناك عامل مطلق لها، ويتطور لدى المصابين باضطراب الهلع قلقٌ شديد من احتمال تكرر النوبات، مما يدفعهم لتجنب

كثير من الأماكن أو المناسبات بشكل يحدّ من نشاطاتهم اليومية ويبلغ درجة الاصابة برُهابُ الساحة.

اضطـراب القـلق المـعـمم

يشعر الأطفال المصابون باضطراب القلق المعمم من تَخَوُّفٍ شديد تجاه أي شيء، ولا يمكنهم عادةً ضبط هذا الشعور حتى عند طمأنتهم، وتظهر عليهم أعراض القلق الفيزيولوجية كعدم الاستقرار الحركي والتعب وفرط الاستثارة والتوتر العضلي واضطراب النوم والتركيز.

يحدث اضطراب القلق المعمم بعمر 12 إلى 19 سنة عادةً، ويصيب الذكور والإناث بالتساوي، وغالباً ما يكون أهل الطفل المصاب من النوع المتطلب الذي يطالب دائماً بأفضل الانجازات. يميل المصاب عادةً إلى الكمال والدقة في إنجاز مهامه، ويشعر بمخاوف تتعلق بنتائجه الدراسية أو بأدائه الرياضي أو بمستقبله أو بدقة تنفيذه لما يطلب منه أو بكوارث طبيعية ربما وقعت. ويبدي المصاب تخوفاً كبيراً من الانفصال حتى لو لم يكن انفصاله عن أهله وارداً، ويمكن لاضطراب القلق المعمم أن يترافق باضطراب قلق آخر وبالاكتئاب.

الرهابات النوعية specific phobias

الرهاب النوعي هو الخوف الشديد والدائم من شيء ما أو من موقف ما، والذي يؤدي إلى تجنب هذا الشيء أو الموقف، وهو شائع الحدوث في عمر ما قبل المدرسة (عمر 3 إلى 5 سنوات) وعادةً ما يكون بهذا العمر عابراً ولا يسبب اضطراباً في مسار الحياة اليومية ولا يحتاج لذلك لأي متابعة أو علاج.

يعالج هذا الاضطراب عند عدم تراجعه مع تقدم الطفل بالعمر وعند تأثيره على مسار الحياة اليومية في المنزل وفي المدرسة أو خارجهما. يتظاهر الرهاب النوعي في عمر ما قبل المدرسة بالخوف من الانفصال، أو الخوف من الأدوات الحادة الجارحة، أو من الأصوات العالية، أو من العواصف، أو من الوحوش والحيوانات.

ويتظاهر لدى الأطفال عند دخولهم إلى المدرسة بالخوف من البقاء بمفردهم، أو الخوف من الأذية الجسدية، أو من المرض أو الرسوب أو العقاب. ويأخذ لدى المراهقين بعداً اجتماعياً من الخوف على مظهرهم أو أدائهم الدراسي أو أدائهم الاجتماعي، حيث يتظاهر الرهاب الاجتماعي social phobia بتجنب الإجابة داخل الصف، وتجنب استخدام المراحيض العامة أو تناول الطعام في المطاعم. ويترافق هذا الاضطراب عند المراهقين بشكاوى جسدية أو بالبكاء أو ببرودة العلاقات أو بتجنب أي مناسبة أو حتى بنوبات هلع. وقد يتظاهر هذا الاضطراب لدى بعض تلاميذ المدارس بصُماتٍ انْتِخابِيّ Elective mutism.

الرهاب الاجتماعي:

خوف ملحوظ و دائم من المجتمع ومن الجمهور الحاضر، والخوف من القيام بأي شيء قد يسبب له الإحراج أمام العلن؛ مثل :الطفل غير قادر على الكلام علناً ،غير قادر على تناول الطعام علناً ، أو يتقيأ أمام الآخرين).

لا يشارك الطفل برفع يده في الصف ،يتجنب تقديم العروض أو القراءة بصوت عالي.

يتفادى المواقف الاجتماعية أو يتحملها وهو متضايق، ويتفادى الألعاب الجماعية، وأصدقاؤه قليلون.

يشيع فيه الشكاوي الجسدية (ألم معدي ، صداع ..)

ممكن أن يطور نوب هلع .

قد يدرك المراهقون والبالغون بأن مخاوفهم مفرطة وغير معقولة ،لكن قد لا يدرك الأطفال ذلك.

خجول في طلباته.

الاضطراب الوسواسي القهري

يتظاهر الاضطراب الوسواسي القهري لدى الأطفال بأفكار أو صور أو دفعات impulse مقحمة ومتكررة باستمرار وغير ملائمة ومزعجة، ومختلفة تماماً عن التجربة التي يمر بها الطفل عندما يشعر بالتخوف من موضوع معين. تتعلق الأفكار الوسواسية بالخوف من العدوى ومن إيذاء الذات أو إيذاء الأهل، أو بأفكار عدوانية أو جنسية، كما تتظاهر بحاجة ماسة لتناظر الأشياء أو الأفعال. وتؤدي هذه الأفكار إلى سلوك قهري يتظاهر بالطقوس كغسيل اليدين أو التأكد المتكرر أو العد أو الترتيب أو التكرار أو التجميع أو اللمس.

يبدأ عادة هذا الاضطراب بعمر الـ 10 سنوات وقد يتظاهر بشكل أبكر لدى الذكور، ويرى بعض الباحثين أن قسماً محدوداً من هذه الاضطرابات قد تلي الإصابة بعدوى بالعقديات الحالة للدم بيتا أو الإصابة برَقَصُ سَيدِنْهام.

متلازمة الكرب التالي للرض PTSD

هو ارتكاس يظهر كاستجابة متأخرة للإجهادات أو الحوادث الرضية الشديدة والتي تحمل التهديد والإرهاب كالحروب أو بعد كارثة طبيعية كالزلازل أو البراكين أو الحرائق أو فقد عزيز أو اعتداء جنسي.

تكرار أفكار أو صور أو أحاسيس مرتبطة بالحدث الراض، وتكرر عيش الحدث. كوابيس متكررة قد تكون لها علاقة بالحدث. مشاعر خوف ورعب شديدة، وكأن الحدث الرضي يحدث من جديد . مشاعر خوف ورعب شديدة عند الالتقاء بأشخاص أو المرور بأماكن تذكر بالحدث الرضي، جهد فعال لتجنب المنبهات التي تذكر بالحدث، مثل المشاعر أو الأحاديث أو الأماكن أو الأشخاص، وعدم القدرة على استعادة الأحداث المتعلقة بالرضح. تناقص الاهتمام أو المشاركة بنشاطات متعددة كان يهتم فيها الطفل قبل الحدث.الانفصال العاطفي والبرود الانفعالي. عدم التطلع الى المستقبل، مثل عدم الاهتمام بما سيفعله بعد المدرسة، أو عدم التحدث عن مهنة كانت تستهويه وتهمه. أعراض فيزيولوجية تحدث بعد الرض وتتضمن اضطراب

النوم، وسهولة الاستثارة الشديدة ونوبات الغضب واضطراب التركيز. استمرار الأعراض السابقة لأكثر من شهر. تأثر الحياة اليومية على المستوى الاجتماعي والدراسي.

اكتئاب الطفولة:

هو شعور بالحزن والضيق والأسى وبعض اضطرابات السلوكية.

يصيب الاكتئاب كل الأعمار وحتى السنة الأولى.

تشخيص الاكتئاب عند الأطفال صعب وهو قليل ،لذلك هو تشخيص بالحذف بعد نفي كل الأمراض العضوية التي نفكر فيها.

الأعراض حسب العمر:

السنة الأولى :نجد أعراضاً حيوية كاضطراب الطعام (رفض طعام، انتقاء نوع معين من الطعام) ، قلة نمو الجسم ، اضطراب نوم ، رفض المداعبة ، كسل شديد ،بكاء شديد غير مفسر، إثارة ونزق.

قبل سن المدرسة: اضطرابات سلوكية ، فرط الحركة ،العدوانية ،تراجع أو نكوص في التطور كسلس البول أو التراجع اللغوي.

سن المدرسة والمراهقة:

تعتبر الاضطرابات المعرفية الأشيع هنا، كما نجد اعراض وعلامات الاكتئاب العادية أو الاكتئاب المقنع كالشكايات الجسدية أو العضوية، كثرة السقوط أو الحوادث أو الكسور بسبب الشرود ونقص الانتباه والتركيز كما نقص الانتباه والتركيز يسبب تدني درجة الذكاء لديه ،وأحياناً محاولات انتحارية، إحساس بالذنب ، ملل وكسل دراسي ، مشاعر الغربة أو العزلة ، تعب وإرهاق ، قلق المرض.

أما اضطرابات السلوك كالكذب والسرقة فهما وصفيين للاكتئاب عند المراهقين، يشاهد هذين العرضين أيضاُ في اضطرابات السلوك لكن الكذب والسرقة من منشأ اكتئابي يتحسن عندما يبدأ بأخذ دواء مضاد الاكتئاب .

مضاد الاكتئاب المرخص للأطفال هو الفلوكسيتين (من مثبطات قبط السيروتونين) ويعطى عند الحاجة ولا يعطى في السنة الأولى من العمر، كما تلعب المعالجة

النفسية(CBT) دوراً هاماً جداً ، ومساعدة الأهل على حل المشكلات ،وفهم الصراعات بين الأهل والطفل .

اضْطرابُ التَّصَرُّف Conduct disorder

هو التصرف بعدوانية تتظاهر بمجموعة من السلوكيات تشمل ثورات الغضب والمجابهة والمجادلة العدوانية العقيمة وفرض السطوة على الآخرين وتخريب ممتلكات. تشاهد التصرفات العدوانية عند الذكور أكثر من الإناث، ولا تظهر بشكل مفاجئ بل تتطور وفق مراحل زمنية، وتعتبر نتيجة للحرمان والغضب، وتتأثر بشكل كبير بطريقة تجاوب الأهل معها. ويزداد احتمال حدوث التصرفات العدوانية عقب التعرض للعنف كالعقاب الجسدي، وبعد مشاهدة أفلام العنف. ويتعلم الطفل أن يسيطر على تصرفاته العدوانية بعمر 6 سنوات، أما استمرار هذه التصرفات بعد عمر 6 سنوات فيزيد احتمال اشتدادها في فترة المراهقة. وتستدعي تصرفات الطفل العدوانية التدخل عندما تستمر لأكثر من 10 – 15 دقيقة، وعندما تكون متكررة، وعندما تترافق بالضرب المبرح وإيذاء الذات.

يزداد احتمال حدوث اضطراب التصرف عند الأطفال المصابين باضطرابات نفسية أو عصبية مثل اضْطِراب نَقْصِ الانْتِباهِ مَعَ فَرْطِ النَّشَاط، واضطراب المزاج ثنائي القطب عند المراهقين، والرض الدماغي، وتأخر الكلام والنطق، واضطرابات التَعَلُّم. كما يزداد احتمال حدوثه بوجود سوء استخدام العقاقير وانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي .

مقاييس التشخيص:

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

قام كل من Zigmond and Snaith بوضع هذا التقييم عام 1983،وهو مستخدم بشكل شائع عالمياً من قبل الأطباء ليتمكنوا من تحديد مستوى القلق والاكتئاب عن المريض . وهو مكون من أربعة عشر درجة ؛سبعة منها عن القلق والسبعة الأخرى

عن الاكتئاب .يمكن لهذا التقييم التمييز بين الحالات التي تكون شائعة أيضاً في أعراض أمراض أخرى، مثل التعب والوهن العام ،الأرق وفرط النوم.
كما أنه قادر على تحديد مستوى الاكتئاب والقلق عند الناس الذين يعانون من أعراض جسدية؛ فكم يدعو للأمل!

مقياس بيرلسون للاكتئاب (B D S) (Birleson et al،1987)

لقد تطور هذا المقياس كأداة إكلينيكية لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (Birleson et al،1987)، بعد أن كان يعتقد لسنوات عديدة أن الاكتئاب موجود فقط عند المراهقين ويتكون هذا المقياس من بنود مناسبة للأطفال، وتُغطي معظم أعراض الاكتئاب المسجلة لدى الأطفال، ومع ذلك فإن التشخيص الإكلينيكي يجب أن لا يعتمد على الدرجات العالية في هذا المقياس لوحده. وتكون إرشادات كيفية تعبئة هذا المقياس مكتوبة في أعلى صفحة المقياس، ويُطلب من الأطفال أن يحكموا إلي أي مدى ينطبق البند عليهم خلال فترة أسبوع سابق.

يتكون هذا المقياس من 18 بند، ويُطلب من الطفل وضع إجابته على كل بند في الخانة التي تنطبق على حالته، وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً). حيث أن "لا" تأخذ صفر، "أحياناً" تأخذ 1، و" دائماً" تأخذ 2، ويتم تسجيل ذلك ، وهناك دراسة وجُدت أن ليس هناك طفل طبيعي لديه عدد نقاط أكثر من 11، ومع ذلك فإن

الأطفال الذين يتم تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم يعانون من الإكتئاب، تكون مجموع علاماتهم 17، ولقد تم استخدام هذا المقياس في عدة دراسات على الأطفال الذين يعيشون في بيئة ضاغطة من النكبات وممن تعرضوا للحروب (Yule et al، 1990).

كونورز

وهو مقياس لتقييم مدى اضطراب السلوك عند الطفل، وهو مؤلف من 10 أسئلة موجهة للأهل عما يلاحظونه في سلوك طفلهم. يتطلب الإجابة على كل بند في خانة(على الإطلاق)الدرجة صفر، والخانة (قليلاً)درجة واحدة، وخانة (كثيراً) درجتان، والخانة (بشكل هائل) ثلاث درجات.

مخطط الدراسة العملية:

أولاً: أهداف الدراسة.
ثانياً: مكان وزمان الدراسة.
ثالثاً:
1. طريقة الدراسة.
2. استمارة المريض.
3. صعوبات الدراسة.
4. أدوات القياس:

- ✓ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- ✓ (BDS) مقياس بيرلسون للاكتئاب
- ✓ اختبار السلوك لكونورز.

رابعاً: النتائج :

- نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الأطفال المقبولين في المشفى بغياب أمهاتهم.
- نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الأطفال المقبولين في المشفى بوجود أمهاتهم.
- مقارنة بين مجموعتي الدراسة.
- علاقة انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال المحرومين من أمهاتهم مع:
  1- جنس المريض.
  2- عمر المريض.
  3- فترة الاستشفاء.
  4- شدة المرض المرافق.

خامساً: المناقشة والتوصيات.
سادساً: المراجع.

أولاً:

الهدف من الدراسة:

- معرفة مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال المقبولين في المشفى بغياب أمهاتهم مقارنة مع انتشارها بين الأطفال المقبولين في المشفى بمرافقة أمهاتهم.

- البحث عن علاقة بين نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين في المشفى بغياب أمهاتهم، مع جنس المريض، وعمره، ومدة بقائه في المشفى، وشدة مرضه المرافق.

ثانياً:

مكان وزمان الدراسة :

تم إجراء هذه الدراسة على الأطفال الذين قبلوا في مشفى الأطفال الجامعي بدمشق بشعبه المختلفة خلال الفترة الممتدة بين 2012/6/1 و 2013/1/1.

ثالثاً:

طريقة الدراسة :

1- تم اختيار عينة عشوائية بسيطة باستخدام أسلوب القرعة من مرضى المشفى المقبولين في شعبه المختلفة وبغياب أمهاتهم (50طفل مريض)، وعينة عشوائية من الأطفال المقبولين في مشفى الأطفال بشعبه المختلفة بما فيها القسم الخصوصي وبوجود أمهاتهم (50 طفل)، تتراوح أعمارهم بين (2-12سنة) مع استبعاد المرضى المقبولين باضطراب عقلي أو اضطراب نفسي سابق أو أي مرض جهازي يؤثر على الحالة الذهنية للطفل أو يتلقى أي دواء له تأثيرات نفسية، وتم ذلك بإجراء مقابلات مع الأطفال الذين أعمارهم أكبر من 3 سنوات ومقابلات مع الأم والأهم الكادر التمريضي والأطباء بالتعاون مع أخصائي الطب النفسي في التشخيص. وتم

تطبيق اختبارات النخل الأول و الثاني على المجموعة العمرية 6-12سنة (وذلك في اليوم الذي أخدت فيه العينة)، و الاختبار الثالث لكل العينات وهذه الاختبارات هي :

1-1 اختبار الاكتئاب (اختبار بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال) المؤلف من 18 بند وكل بند يتألف من 3 احتمالات، تتراوح نقاط كل بند بين(0-2)، حيث يختار الطفل الإجابة(الاحتمال)التي تتعلق بما يشعره خلال الأسبوع الماضي، ثم يتم جمع النقاط لكل البنود مع اعتبار النقطة الفاصلة (cut off point) >12 وتعني أن الطفل لديه أعراض اكتئاب.

1-2 اختبار Echelle HAD: المؤلف من 7 أسئلة عن القلق ومرمز لها بالحرف(ق)، و7 أسئلة عن حالة المزاج المكتئب للطفل خلال فترة مكوثه في المشفى ومرمز له بالحرف(ك)، وكل بند مؤلف من أربع احتمالات (0-1-2-3)مرتبة درجاتها ترتيب تصاعدي(لا أبداً، أحياناً، غالباً، كل الوقت). وتكون النقطة الفاصلة >11وتعني أنه لدى الطفل قلق وحزن.

1-3اختبار السلوك لكونورز: المتضمن 10 بنود، وكل بند مؤلف من أربع احتمالات، ويأخذ الاحتمال(على الإطلاق)الدرجة صفر، والاحتمال (قليلاً)درجة واحدة، واحتمال (كثيراً) درجتان، والاحتمال (بشكل هائل)ثلاث درجات. وتكون النقطة الفاصلة>14أي أن سلوك الطفل فيه اضطراب.

2- مقارنة نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم وعلاقتها مع جنس المريض، وعمره، ومدة بقائه في المستشفى، وشدة المرض المرافق. مع اعتبار وجود اضطراب في واحد على الأقل يعني أن الطفل يعاني من اضطراب نفسي، وسلبية الاضطرابات الثلاثة تعني عدم وجود اضطراب نفسي عنده.

3- الوسائل والأساليب الاحصائية المستخدمة في البحث:

- اعتمدنا في تحليل نتائج البحث على البرنامج الحاسوبي (SPSS)، حيث استخدم ما يلي:

- المتوسطات الحسابية والتكرارات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

- استخدام اختبار ت ستودنت (T,test)، واختبار تحليل التباين الأحادي للتعرف على دلالة الفروق بين متغيرات البحث.

استمارة المريض:

الاسم : ***رقم الاضبارة:***

الجنس : ***العمر :***

المحافظة : ***رقم الهاتف:***

استطباب القبول بالمشفى : ***مدة البقاء بالمشفى :***

مهنة الأم : ***مهنة الأب :***

هل الأم ترافق الطفل بالمشفى : نعم لا

هل تأتي الأم للزيارة : نعم كل يوم أحيانا لا تأتي أبدا

ارتكاس الطفل عندما تأتي الأم للزيارة :

ارتكاس الطفل عندما تنتهي الزيارة:

علاقة الطفل بالأم قبل دخوله المشفى :

هل يعرف الطفل مرضه :

الطفل بالمدرسة أم لا : ***الصف:***

المستوى الدراسي:

بكاء الطفل بغياب وبوجود الأم ومتوسط ساعات بكاء الطفل وتناقص ذلك مع الوقت

شهية الطفل :

حيوية الطفل ونشاطه الحركي في الطابق:

مدى التزام الطفل بالعلاج :

الالتزام بالاجراءات الطبية سحب دم- الصورة
النوم – نوب استيقاظ ليلي – مخاوف قبل النوم – تاخر الدخول بالنوم – استيقاظ باكر

تقييم مستوى القلق عند الطفل:
تقييم مستوى الاكتئاب عند الطفل:
تقييم سلوك الطفل:

أدوات القياس: أخذت هذه الاختبارات مترجمة من أخصائي الطب النفسي في مشفى الأطفال وطبقت على الأطفال.

مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال

البند	دائماً	بعض الأحيان	لا
1-مازلت أنظر للأشياء في حياتي كما تعودت عليها	0	1	2
2- أنام جيداً	0	1	2
3- أشعر أنني سوف أبكي	2	1	0
4- أحب أن أخرج في الشارع للعب	0	1	2
5-أرغب في الهروب بعيداً	2	1	0
6- أتمتع بطاقة كبيرة	0	1	2
7- تصيبني آلام في المعدة	2	1	0
8- استمتع بالأكل	0	1	2
9- أستطيع القيام بخدمة نفسي	0	1	2
10- أشعر أن الحياة لا تساوي شيئاً	2	1	0
11-أفعل الأشياء بشكل جيد	0	1	2
12-استمتع بعمل الأشياء كما كنت في السابق	0	1	2
13-أحب التحدث مع أهلي ومع الآخرين	0	1	2
14-أحلم أحلام مزعجة	2	1	0
15-أشعر بالوحدة الشديدة	2	1	0
16-من السهولة أن ابتهج	0	1	2
17-أشعر بالتعاسة لدرجة لا تطاق	2	1	0
18-أشعر بالملل	2	1	0

اختبار Echelle HAD

(1-ق) أشعر أني معصب (منرفز) ومتوتر: **1في كل الوقت تقريباً** **2غالباً** **3من وقت للآخر** **0أبداً**	**(8- ك) عندي انطباع أني أعمل ببطء كبير** **3 تقريباً كل الأيام** **2غالب الأيام** **1أحياناً** **0لا أبداً**
(2- ك) أشعر بالسرور حينما أقوم بشيء ما مثل ذي قبل: **0 نعم تماماً مثل ذي قبل** **1 ليس مثل ذي قبل** **2 فقط قليلاً** **3 لم أعد أشعر بهذا السرور**	**(9- ق) أشعر بإحساس بالخوف وأن معدتي منقبضة:** **0 أبداً** **1 أحياناً** **2 غالباً** **3 دوماً**
(3- ق) – عندي شعور مخيف وكأن شيئاً مرعباً سوف يحصل لي: **3 نعم فعلاً تماماً** **2 نعم ولكن ليس مخيفاً لهذه الدرجة** **1قليلاً، ولكن هذا لا يقلقني** **0 لا على الإطلاق**	**(10- ك)لم أعد أهتم كثيرا بمنظري :** **3 نعم على الإطلاق** **2 لا أعيره اهتماماً كما يجب** **1 من الممكن أن اهتمامي بمنظري قد قل قليلاً عن الماضي** **0 لا فأنا أعيره دوماً نفس الاهتمام مثل ذي قبل**
(4-ك) أنا أضحك وأرى الجانب المشرق والجيد للأشياء : **0 تماماً مثل الماضي** **1 ليس مثل الماضي**	**(11-ق) أنا متململ ولا أستطيع أن أبقى في مكاني:** **3 نعم هذه هي الحالة تماماً** **2 قليلاً فقط**

2 فعلاً أقل بكثير من ذي قبل 3 لم أعد أضحك على الإطلاق	1 ليست الأمور إلى هذا الحد 0 لا على الإطلاق
(5- ق) أنا قلق 3 في أغلب الوقت 2 في بعض الوقت 1بالصدفة 0 نادراً جداً	(12- ك) أشعر بالفرح بشكل مسبق لمجرد فكرة أن أقوم بتصرف ما: 0 نعم مثل ذي قبل 1 أقل قليلاً من الماضي 2 فعلاً أقل من الماضي 3 أبداً لم أعد أشعر بهذا الفرح
(6- ك) أنا حسن المزاج : 3 لا أبداً 2 نادراً 1 غالباً 0 في معظم الأوقات	(13- ق) ينتابني شعور مفاجئ بالهلع(بالرعب): 3 فعلاً يصيبني كثيراً جداً 2 يصيبني غالب الوقت 1 ليس كثيراً 0 ليس يصيبني على الإطلاق
(7- ق) أستطيع الجلوس بهدوء من غير أن أقوم بشيء وأن أشعر بالطمأنينة: 0 نعم ومهما حصل 1 نعم بشكل عام 2 نادراً 3 لا أبداً	(14- ك) أشعر بالسرور حينما أشاهد مسلسل تلفزيوني أو أقرأ كتاباً: 0 غالباً 1 أحياناً 2 نادراً 3 نادراً جداً

استبيان كونورز للأهل

الملاحظة	على الإطلاق 0	قليلاً1	كثيراً2	بشكل هائل3
1-نشيط جداً أو هائج				
2-عصبي،اندفاعي وغير صبور				
3-لا يكمل ما بدأ به، الانتباه قصير الأمد				
4- دائماً متململ (يضوج لا يستطيع البقاء في مكانه)				
5- يشوش على الأطفال الآخرين				
6-غير منتبه يتشتت بسهولة				
7- طلباته واجبة التحقق فوراً، يحبط بسهولة				
8- يبكي غالباً وبسهولة				
9- يتغير مزاجه بسرعة وبشكل ملاحظ				
10- الوصول إلى الغضب، سلوك انفجاري وغير متوقع				

رابعاً: نتائج الدراسة:

جدول (1) توزع العينات (50طفل) المقبولين بغياب أمهاتهم حسب المتغيرات (الجنس، العمر، فترة الاستشفاء، شدة المرض):

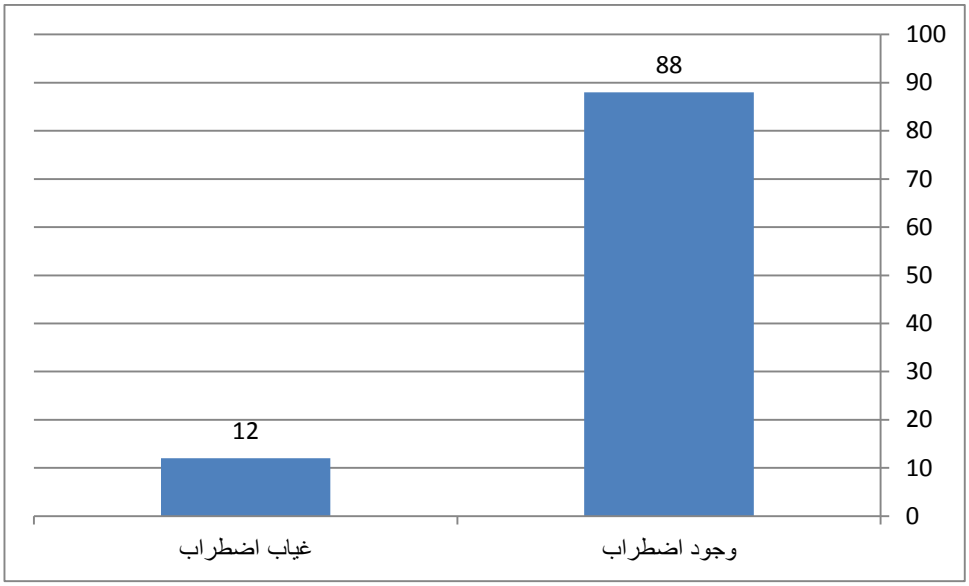
الصفة	العدد (n)	النسبة المئوية %
الجنس		
انثى	22	44
ذكر	28	56
العمر		
الفئة من 2-5 سنوات	28	56
الفئة من 6-12 سنة	22	44
فترة الاستشفاء		
قصيرة(أقل من 10 أيام)	40	80
طويلة (أكثر من 10أيام)	10	20
شدة المرض المرافق		
حاد	18	36
مزمن	32	64

- **نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الأطفال المقبولين في المشفى بغياب أمهاتهم:**

بلغ عدد الأطفال المرضى الذين لديهم اضطرابات نفسية (44) طفل مريض من أصل (50) طفل، بالمقابل لدينا (6) أطفال لم يعانوا من أي اضطراب نفسي.

وجود اضطرابات نفسية		غياب الاضطرابات النفسية	
N	%	n	%
44	88	6	12

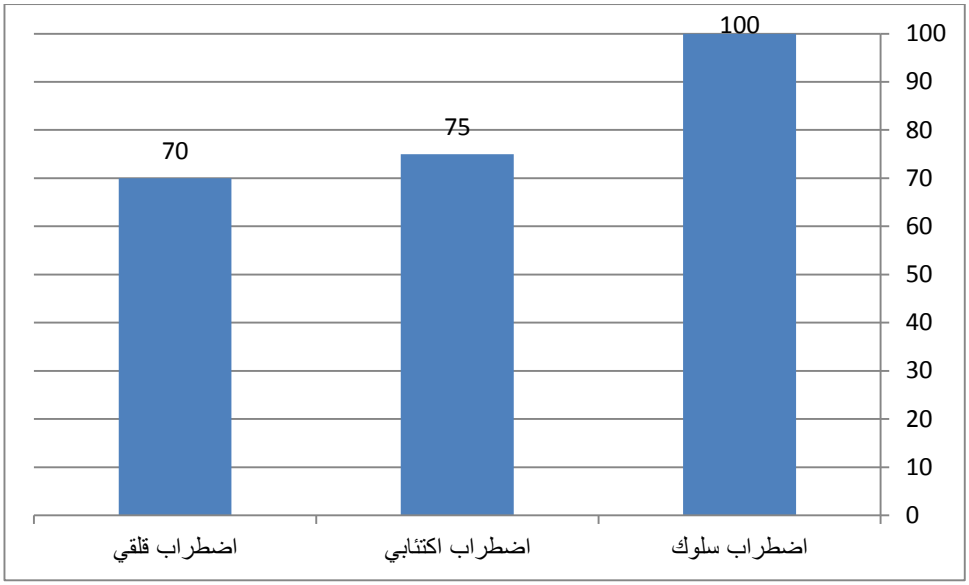
جدول (2) انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم



شكل (1)انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم.

الاضطرابات النفسية	العدد	النسبة
اضطراب سلوك	44	%100
اضطراب اكتئابي	33	%75
اضطراب قلقي	31	%70

جدول(3) توزع الاضطرابات النفسية المشاهدة عند الاطفال بغياب أمهاتهم.



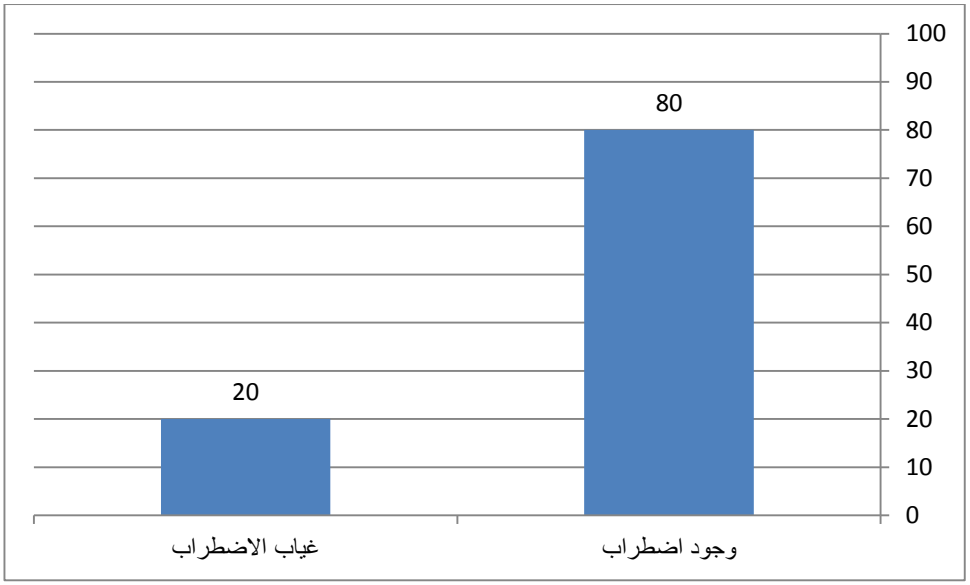
شكل(2) توزع الاضطرابات النفسية عند الأطفال بغياب أمهاتهم.

- **نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الأطفال المقبولين في المشفى بوجود أمهاتهم:**

تضمنت العينة (50طفل) مقبولين مع أمهاتهم وكان عدد الأطفال الذين لديهم اضطرابات نفسية(40) من أصل 50 مريض. لدينا بالمقابل10أطفال فقط لا يعانون من اضطراب نفسي.

وجود اضطرابات نفسية		غياب الاضطرابات النفسية	
N	%	N	%
40	80	10	20

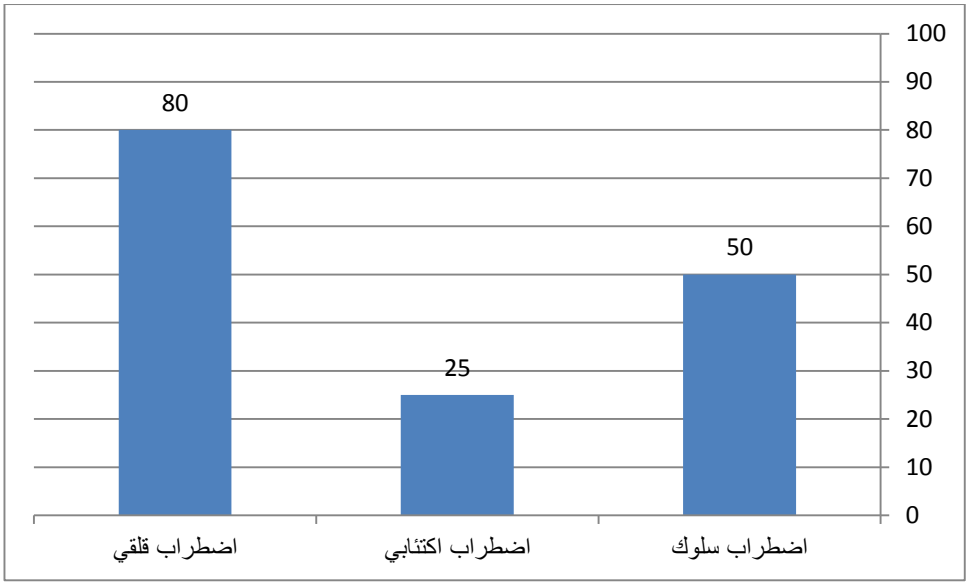
جدول(4) انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال المقبولين بوجود أمهاتهم.



شكل (3)انتشار الاضطرابات النفسية عند الأطفال مع أمهاتهم

الاضطرابات النفسية	العدد	النسبة
اضطراب سلوك	20	%50
اضطراب اكتئابي	10	%25
اضطراب قلقي	32	%80

جدول(5): توزع الاضطرابات النفسية المشاهدة عند الاطفال بوجود أمهاتهم



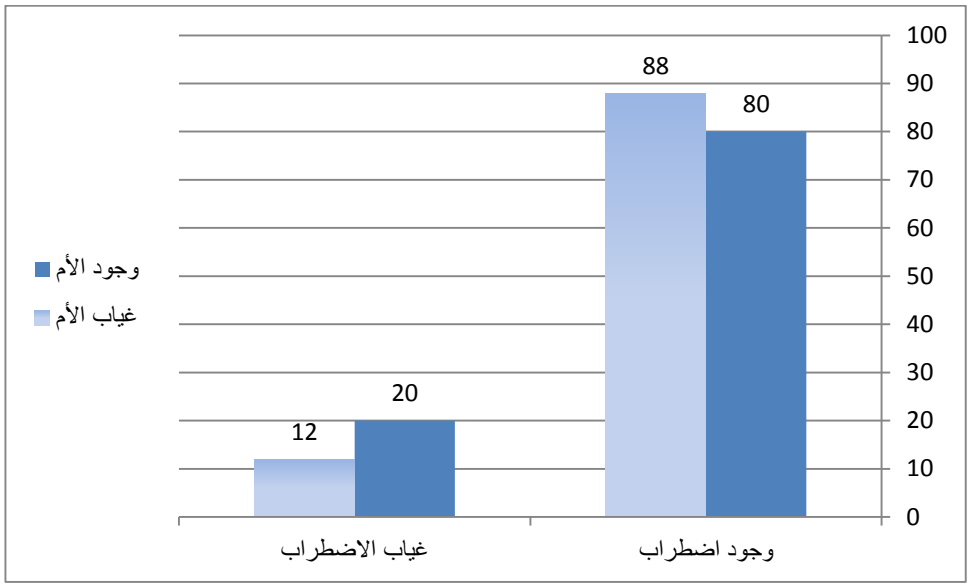
شكل(4) توزع الاضطرابات النفسية عند الأطفال بوجود أمهاتهم.

- **مقارنة نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مجموعتي الدراسة:**

بلغ عدد الأطفال المرضى الذين لديهم اضطرابات نفسية بغياب أمهاتهم (44) طفل، بينما بلغ عدد الأطفال الذين لديهم اضطرابات نفسية بوجود أمهاتهم (40)

حالة الطفل	وجود اضطرابات نفسية		غياب الاضطرابات النفسية	
	N	%	N	%
طفل بغياب أمه	44	88	6	12
طفل بوجود أمه	40	80	10	20

جدول (6) مقارنة بين نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مجموعتي الدراسة



شكل(5) نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مجموعتي الدراسة.

الدراسة الإحصائية:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0،05) بين وجود اضطرابات نفسية لدى الطفل وبين حضور وغياب الأم؟

عدد الأفراد	الترابط	مستوى الدلالة	القرار
100	- 0.269	0.007	مستوى0.05يوجد دلالة عند

الجدول (7) العلاقة بين وجود اضطراب نفسي وبين وجود وغياب الأم

- **العلاقة بين الاضطرابات النفسية والجنس عند الأطفال المحرومين من أمهاتهم:**

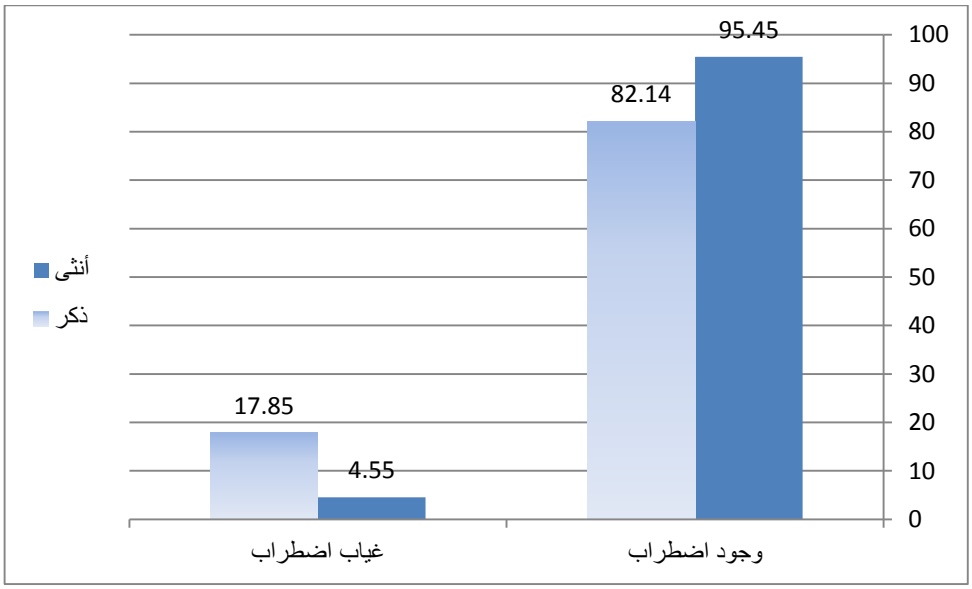
من أصل 44 طفل لديه اضطراب نفسي:

بلغ عدد الإناث 21 من أصل 22 طفلة مقبولة بدون أمها

وعدد الذكور 23 من أصل 28 طفل مقبول بدون أمه.

الجنس	وجود اضطراب نفسي		غياب اضطراب نفسي	
	n	%	n	%
أنثى	21	95،45	1	4،55
ذكر	23	82،14	5	17،85

جدول(8) علاقة الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه مع الجنس



شكل(6) العلاقة بين الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه والجنس

الدراسة الإحصائية:

المتغير الاضطرابات النفسية	*المتوسط*	*الانحراف*	الدرجة	القرار
ذكور	*24.50*	*15.43*	0.312	لا يوجد دلالة
اناث	*20.50*	*12.27*		

الجدول(9) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية.

يلاحظ من الجدول رقم(9) بأن قيمة ت ستودنت بلغت(0،312)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0،05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً.

- **العلاقة بين الاضطرابات النفسية والعمر عند الأطفال المحرومين من أمهاتهم**

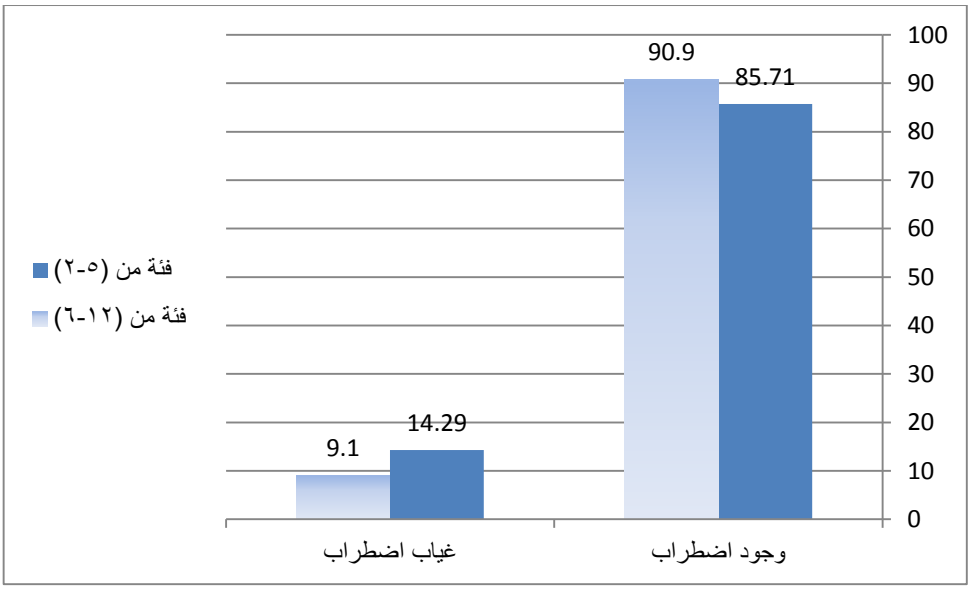
قسمت العينة بالنسبة للعمر إلى قسمين:

1- فئة بين2-5 سنوات: بلغ عدد الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم والذين لديهم اضطراب نفسي 24 طفل من أصل 28 طفل مقبول بدون أمه وأعمارهم بين 2-5 سنوات.

2- فئة بين 6-12 سنة : بلغ عدد الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم والذين لديهم اضطراب نفسي 20 طفل من أصل 22طفل مقبول بدون أمه وأعمارهم بين 6-12 سنة.

العمر	وجود اضطراب نفسي		غياب اضطراب نفسي	
	n	%	n	%
فئة من 2-5	24	85،71	4	14،29
فئة من 6-12	20	90،90	2	9،1

جدول (10) علاقة الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه والعمر



شكل(7) العلاقة بين الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه والعمر

الدراسة الاحصائية :

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة	القرار
الفئة العمرية من 2- 5 سنوات	22،92	14،29	0،917	لا يوجد فروق عند مستوى دلالة 0،05
الفئة العمرية من 6- 12 سنة	22،5	14،25		

الجدول(11)دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية.

يلاحظ من الجدول رقم(11) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (0،917) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0،05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً.

- **العلاقة بين الاضطرابات النفسية وفترة الاستشفاء عند الأطفال المحرومين من أمهاتهم.**

تم تقسيم فترة الاستشفاء إلى

1- فترة قصيرة: أقل من 10 أيام

2- فترة طويلة: أكثر من 10 أيام

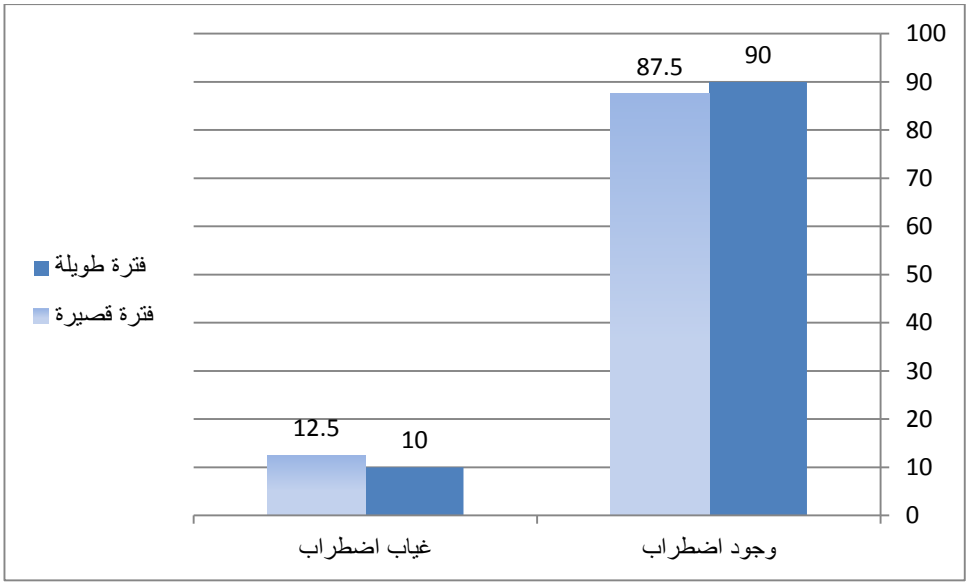
لدينا من أصل 44 طفل لديه اضطراب نفسي:

9أطفال من أصل 10 أطفال لديهم فترة استشفاء طويلة

و35 طفل من أصل 40 طفل لديهم فترة قصيرة في المشفى

فترة الاستشفاء	وجود اضطراب نفسي		غياب اضطراب نفسي	
	n	%	n	%
فترة طويلة	9	90	1	10
فترة قصيرة	35	87،5	5	12،5

جدول (12) علاقة الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه بفترة الاستشفاء



شكل (8) العلاقة بين الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه وفترة الاستشفاء

الدراسة الاحصائية :

المتغير الاضطرابات النفسية	*المتوسط*	*الانحراف المعياري*	*درجة*	*القرار*
فترة استشفاء قصيرة (أقل من 10أيام)	*21،60*	*14،65*	*0،19*	*يتضح عدم وجود فروق عند مستوى دلالة 0،05*
فترة استشفاء طويلة (11 يوم أو أكثر)	*27،30*	*11،34*		

الجدول(13)دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم وبفترات استشفاء طويلة وقصيرة على مقاييس الاضطرابات النفسية.

يلاحظ من الجدول رقم(13) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (0،19) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0،05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً.

- **العلاقة بين الاضطرابات النفسية وشدة المرض المرافق عند الأطفال المحرومين من أمهاتهم:**

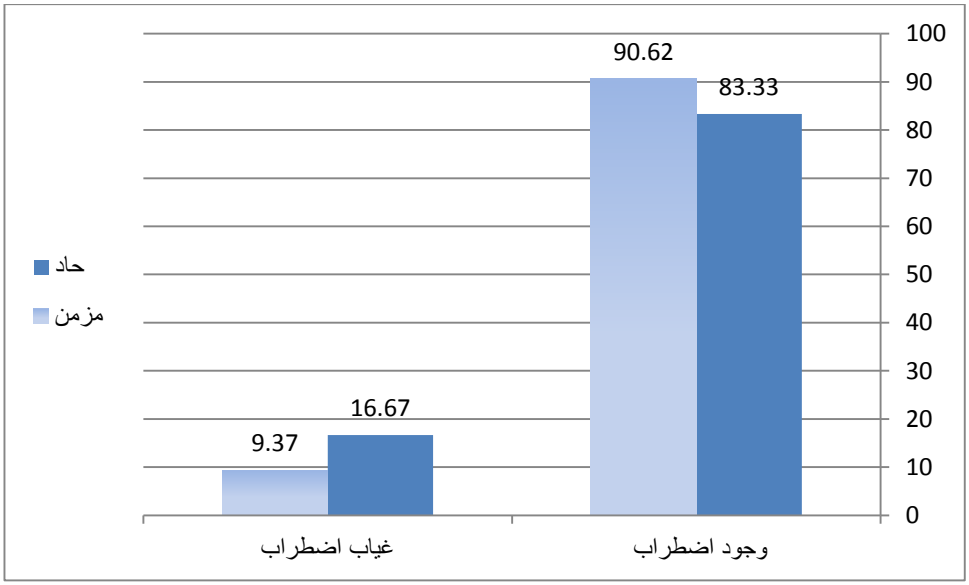
من أصل 44 طفل لديه اضطراب نفسي:

لدينا 15 طفل من أصل 18 حالة حادة

وأيضا 29طفل من أصل 32حالة مزمنة

شدة المرض	وجود اضطراب نفسي		غياب اضطراب نفسي	
	n	%	n	%
حاد	15	83،33	3	16،67
مزمن	29	90،62	3	9،37

جدول (14) علاقة الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه وشدة المرض



شكل (9) العلاقة بين الاضطراب النفسي للطفل بغياب أمه وشدة المرض

الدراسة الاحصائية :

المتغير الاضطرابات النفسية	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة t	القرار
حاد	28،22	12،39	0،03	يوجد فروق ذات دلالة عند مستوى 0،05
مزمن	19،66	14،29		

الجدول(15)دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المقبولين بغياب أمهاتهم الذكور والإناث على مقاييس الاضطرابات النفسية.

يلاحظ من الجدول رقم(15) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (0.03)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0،05) وبالتالي فإن الفروق دالة احصائياً.

المناقشة:

1- شملت الدراسة 50 طفل مقبولين بمرافقة أمهاتهم و50 طفل آخر مقبولين بغياب أمهاتهم، حيث تبين وجود اضطرابات نفسية عند مجموعتي الدراسة(88%نسبة وجود اضطراب نفسي بغياب الأم مقارنة مع 80%نسبة وجود اضطراب نفسي بوجود الأم). فنسبة انتشار الاضطرابات النفسية أعلى عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم، وقد تجلت هذه الاضطرابات بشكل خاص عند غياب الأم باضطراب السلوك بالدرجة الأولى 100%يتلوه الاضطراب الاكتئابي في الدرجة الثانية75%، والاضطرابات القلقية بالدرجة الثالثة 70%، مقارنة مع الأطفال المقبولين برفقة أمهاتهم وتجلت اضطراباتهم بشكل خاص بالاضطرابات القلقية بالدرجة الأولى80% ثم اضطراب السلوك بالدرجة الثانية50% وبالدرجة الثالثة الاضطراب الاكتئابي 25%.

وتوحي لنا هذه النتائج بما يلي:

- يعبر شيوع الاضطرابات النفسية عند الأطفال لدى دخولهم المشفى عن مدى شدة الكرب الذي يعانونه.
- اضطرابات السلوك تحتل المرتبة الأولى بين الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم، ويمكن أن نعزو ذلك لغياب رقابة الأم على سلوكيات طفلها فيعبث الطفل غير آبه بملاحظات الآخرين.
- الاضطرابات القلقية تحتل المرتبة الأولى بين الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المقبولين مع أمهاتهم، ويفسر ذلك بأنه عندما تدخل الأم ابنها للمشفى وترافقه خلال كامل فترة استشفائه، تعكس قلقها الفطري والمبالغ به أحياناً على صغيرها فيزداد قلق الطفل.

2- كانت نسبة الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم عند الإناث95.45% أعلى مقارنة بالذكور82.14% ، لكننا لم نجد علاقة احصائية واضحة بين انتشار الاضطراب النفسي مع جنس المريض ،قيمة ت ستودنت بلغت 0،312 وهي أكبر من 0،05، وهذا يمكن تفسيره أن الاضطرابات النفسية عند الاطفال ممكن أن تحدث عند كل الأطفال المرضى بغض النظر عن الجنس. وهذه النتيجة تتفق وما جاء بهٌ Rodriguez *أن جنس الطفل لا يلعب دورا في تحديد شدة القلق(وهو اضطراب نفسي شائع) بقدر ما تحققه المتغيرات الأخرى(18).*

3- كانت نسبة الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم وأعمارهم بين(2-5)سنوات 85.71% أقل مقارنة بالأطفال الذين أعمارهم بين (6-12)سنة 90.90%، لكننا لم نجد علاقة احصائية واضحة بين انتشار الاضطراب النفسي لدى الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم في المجموعتين العمريتين.

وهذه النتيجة تتوافق والدراسات السابقة وما أشار إليه ثومبسون Lowery Thompson *(*أن العمر لا يتعلق بقدرة الطفل على التأقلم. ولذلك يجب دائما أخذ النظر إلى بقية المتغيرات الأخرى مسايرة مع العمر)(19).

*4-*لم نجد علاقة احصائية واضحة بين انتشار الاضطراب النفسي عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم حسب فترة الاستشفاء. كانت النسبة المئوية لوجود مرض نفسي عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم وخلال فترة استشفاء طويلة (أكثر من عشرة أيام)90% ،والنسبة المئوية لوجود مرض نفسي عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم وخلال فترة استشفاء قصيرة (أقل من 10 أيام) 87،5% ، وكان ت ستودنت 0،19أكبر من 0،05وهو غير دال احصائياً، ويعني هذا أن لا علاقة لانتشار الاضطرابات النفسية بفترة

الاستشفاء، وهذا عكس ما جاء به Clatworthy،Tiedeman Me(أن فترة الاستشفاء القصيرة تترافق مع مستوى أعلى من القلق)(20).

5-كانت نسبة الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم والمصابين بمرض مزمن90،62% أعلى مقارنة مع المصابين بمرض حاد83،33%، وكان هناك علاقة احصائية واضحة (قيمة ت ستودنت 0،03وهي أقل من 0،05) بين حدوث اضطراب نفسي لدى الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم ولديهم مرض مزمن وبين الأطفال المقبولين بدون أمهاتهم ولديهم مرض حاد، وهذا يتوافق مع ما يقوله Bossert في هذا الصدد عندما صنف شدة المرض حيث اعتبر أنه في الأمراض الحادة يتعرض الطفل لأعراض وشكايات جسدية، بينما في الأمراض المزمنة تكثر الشكايات النفسية (21) .

التوصيات :

1-ضرورة وجود الأم مع الطفل أثناء الاستشفاء.

2-التشجيع على إجراء دراسات أوسع تشمل عدد أكبر من المرضى من عدة مشافي للوصول إلى نتائج احصائية أدق وأشمل.

3-التأكيد على ضرورة استشارة الأخصائي النفسي عند الاصطدام بأي اضطراب نفسي عند أي طفل مقبول بالمشفى، إذ يتطلب الأطفال المزيد من الدعم العاطفي ليتمكنوا من التعامل مع الأحداث المكربة وخاصة الأطفال الذين لديهم العديد من الإجراءات الغازية.

4-ضرورة الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية عند الأطفال المقبولين في المشفى وبالتالي الحد منه ومعالجته.

5-تدريب هيئة التمريض على مهارات وتقنيات في العمل للتعامل مع المرضى وذويهم والمساعدة للتغلب على متاعبهم النفسية، فرغم الدور الكبير الذي يلعبه الاختصاصيون في مجال حياة الطفل في قدرة الطفل على التأقلم في المشفى، تؤكد البحوث المبنية على البراهين على أهمية التعاون بين العاملين كاستراتيجية لمعالجة القضايا المتعلقة بكيفية تعامل الأطفال وأوليائهم مع التحديات الطبية.

6-عمل ندوات بالمشفى بشكل مكثف أكثر لتوعية أسر المرضى وإعطاء حجم صحيح ومناسب للظروف النفسية للطفل وكيفية التعامل الصحيح مع هذه الظروف.

سادساً:

المراجع حسب ورودها بالدراسة:

1-Kling A., The Neurobiology of the amygdale. Effects of amygdalectomy on social affective behavior in nonhuman primates. Bp,515-536. In Eleftheriou B.E. (Ed.), New York :L Planum. 1972.

2-Nadler R.D., Biological contributions to the maternal behavior of the great apes. In Lewis M.(Ed.): Beyond the dyad .Pp. 109-128, New York and London, Plenum Press . 1984

3- عثمان، سنية النقاش دليل المرأة العربية، بيروت: دار العلم للملايين (1974)

4-Brazelton TB., Ecoutez votre enfant, Paris; Payot. 1981.

5-Russell M.J., Human olfactory communication, Nature, 260,520- 522 ,1976

6-Macfarlane A.J, Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. Ciba Found. Symp.,33, 103-117, 1975.

7-Watson J.B., , Behaviorism, New York: Peoples Publishing.Company. 1952.

8-Mead M. & Hayman K., The family. London: Macmillan. 1965.

9-Bowlby J., La separation,2, Paris: PUF. 1973.

10- Kliegman: Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed.

11- Barkley, R. A. et al. Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7:1.* 65-69. (2004).

12- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. *Journal of Abnormal Child Psychology*). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of paternal behavior*35*, 943-955.., (2007

13-Bowlby J., L'attachment, 1, Paris: PUF,p49. 1969.

14- William Damon and Richard M. Lerner. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Handbook of Child Psychology (6th ed.). Eds., 2006.

(REF BF721 .H242 2006)

15-Heinicke C. and Westheimer, Brief Separations. New York. International Universities Press. 1966

16-Kontar F., Approche du comportement alimentaire et des These+e comportements de
communication du jeune enfant, de doctorat en Neurobiologie et biologie du comportement. Universite de Besancon, 1981.

17-Lapouse and Monk, 1959 in Bowlby,1973.

18 - Rodriguez CM, Boggs SR. Behavioral upset in medical patients - Revised: Evaluation of a parent report measure of distress for pediatric populations. *Journal of Pediatric*

Psychology. 1994;19(3):319-324.

19 -Lowery Thompson M. Information-seeking coping and anxiety in school-age children

anticipating surgery. *Children's Health Care*. 1994;23(2):87-97.

20 -Tiedeman ME, Clatworthy S. Anxiety responses of 5- to 11-year-old children during and after

hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 1990;5(5):334-343.

21 -Bossert E. Stress appraisals of hospitalized school-age children. *Children's Health Care*,1994;23(1):33-49.