

## البحوث والدراسات

علاقة مشاهدة العنف الأسري بالتوتر والاكتئاب  
والتحصيل الدراسي لدى الأطفال\*

د. نسيم داود

أستاذ الإرشاد النفسي بقسم الإرشاد والتربية الخاصة  
كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية

## الملخص:

استهدفت هذه الدراسة استقصاء العلاقة بين مشاهدة الأطفال للعنف الأسري وشعورهم بالتوتر والاكتئاب وتحصيلهم المدرسي، كما هدفت إلى معرفة ما إذا كانت مشاهدة العنف الأسري تختلف باختلاف جنس الطفل وصفه الدراسي، ومستوى تعليم الأم، ومستوى تعليم الأب، ومستوى الدخل، وقد تم إجراء الدراسة على 355 طالباً وطالبة اختيروا عشوائياً من مدارس عمّان، وأظهرت النتائج وجود معاملات الارتباط الآتية بين مشاهدة العنف الأسري وكل من الاكتئاب والتوتر ومعدل الطالب في المدرسة 0.54، 0.59، -0.38 على التوالي، وجميعها ارتباطات ذات دلالة. كما أظهر اختبار «ت» وجود فروق ذات دلالة في مستوى العنف الأسري بين الذكور والإناث، والأطفال الأكثر اكتئاباً والأقل اكتئاباً، وبين الأكثر توتراً والأقل توتراً، وبين مرتفعي التحصيل ومنخفضي التحصيل. كذلك أظهر تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق في مستوى العنف الأسري عائدة لصف الطالب، أو مستوى تعليم الأم، وكانت هناك فروق دالة إحصائية في العنف الأسري تبعاً لمستوى تعليم الأب ولدخل الأسرة. أما تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي فقد أظهر أن العنف الأسري قد فسرواحده ما مقداره 2.9% من التباين في الاكتئاب و6.7% من التباين في التوتر.

Relationship of watching family violence with level of tension,  
depression & school achievement among children

Nasima A. Dawoud

Prof. of counseling psychology, Department of Counseling & Special Education  
Faculty of Educational Sciences, University of Jordan

## Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between children's watching family violence & their level of tension, depression & school achievement. And to investigate differences in watching family violence attributed to children's gender, grade, level of mother's and father's education, and income. Correlations between watching family violence and depression, tension, and school GPA were. 0.54, 0.59 - 0.38 respectively. t-test revealed significant differences in level of family violence attributed to gender, level of depression, level of tension, and level of school achievement. One way Analysis of variance revealed significant differences in level of family violence attributed to father's education, and family income. A stepwise multiple regression analysis revealed that family violence explained 2.9% and 6.7% of the variance in depression and tension respectively.

\* تم إجراء هذه الدراسة خلال سنة التفرغ العلمي الممنوحة للباحث من الجامعة الأردنية وبدعم من عمادة البحث العلمي في الجامعة الأردنية.

## مقدمة:

إن العلاقة الزوجية الناجحة تحمي الصحة النفسية للأطفال، وتكيف أعضاء الأسرة، وتساعد في المحافظة على العلاقات الأسرية وتماسك الأسرة. وتتنبأ العلاقة الزوجية الإيجابية والقائمة على المحبة بمستوى منخفض من المشكلات السلوكية عند الأطفال والمراهقين، كما تزود الراشدين والأطفال بحماية ضد مدى واسع من العوامل الضاغطة. وفي المقابل تتسم كثير من العلاقات الزوجية بين المتزوجين بالخلافات المتكررة، وعدم الرضا والصراع الذي قد يصل حد العنف.

ينتشر العنف الأسري في دول العالم المختلفة، وبين جميع الطبقات، وغالباً ما يأخذ شكل العنف ضد الزوجة أو الزوجة والأطفال، ونادراً ما يأخذ شكل العنف ضد الزوج. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً نجد أن 85% من ضحايا العنف الأسري من النساء (Groves, 2002)، وفي فرنسا 51% من ضحايا العنف من النساء المعتقات من قبل الزوج أو الصديق، وفي كندا يمارس 60% من الأزواج العنف ضد زوجاتهم (عزام، 2000). وتذكر «ماتلين» (Matlin, 2000) أن معدلات العنف ضد الزوجة في المجتمعات الأوروبية شبيهة بما هو موجود في الولايات المتحدة الأمريكية، وينطبق الأمر نفسه أو ربما أسوأ على الزوجات في آسيا وأمريكا اللاتينية وأفريقيا.

ولا تختلف المجتمعات العربية عن المجتمعات الأخرى. فقد وجدت حمدان في دراسة لها على الأسرة الفلسطينية أن نسبة النساء اللواتي يتعرضن للعنف الجسدي هي 35.91% من العينة البالغة 421 أسرة. أما في الأردن فقد وجدت العواودة (1998) أن الزوجة تتعرض لأشكال مختلفة من العنف أو التهديد بالعنف الجسدي واللفظي والصحي والجنسي والاجتماعي. وتشير الأرقام الصادرة عن إدارة حماية الأسرة في الأردن إلى تزايد في أعداد حالات العنف الزوجي ضد المرأة والأطفال من (295) حالة عام 1997 إلى (567) حالة في عام 2001 (مكتب الخدمة الاجتماعية، 2001).

والعنف الأسري ظاهرة موجودة في المجتمعات العربية، وإن لم تكن هناك إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم المشكلة، ربما بسبب ما يحيط بالإفصاح عن الظاهرة من رفض اجتماعي، باعتبارها من خصوصيات الأسرة التي ينبغي عدم الحديث عنها أو إطلاع الآخرين عليها. إلا أن هذا لا يقلل من خطورة الظاهرة ولا يلغي وجودها، والزوجة على الأغلب هي أكثر المتضررين من علاقة زوجية مضطربة.

ويعرف العنف الأسري بأنه عنف أو سلوك مقصود من قبل شخص كان أو مازال على علاقة حميمة بالضحية، ويتضمن هذا العنف إساءة جسدية أو نفسية أو جنسية أو اقتصادية. أما ساري (2000) فيعرف العنف الأسري بأنه أحد أنماط السلوك العدواني الذي ينتج عن وجود علاقة قوية غير متكافئة في إطار نظام تقسيم العمل بين الرجل والمرأة داخل الأسرة، مما يترتب عليه تحديد دور كل فرد من أفراد الأسرة ومكانته، وقد يأخذ أشكالاً عدة كالعنف الجسدي أو النفسي أو الجنسي.

وعلى الرغم من أن العنف الأسري موجود في كل المجتمعات وكل الطبقات منذ بداية نظام الأسرة؛ فإن الاهتمام بموضوع العنف الأسري لم يبدأ إلا بعد الحرب العالمية الثانية، وظهور الحركات النسائية، وحركة تحرير المرأة وحقوق المرأة في خمسينيات وستينيات القرن العشرين. (Groves, 2002).

إن العلاقة الأسرية غير الودية أو التي تتصف بالعنف تترك أثراً بالغاً على الأطفال في هذه الأسر، حيث ينعكس الخلاف بين الزوجين على الأطفال على شكل شعور بعدم الأمن وإحساس بالخوف والقلق والتهديد، وإذا استمر الخلاف واستمر شعور الطفل بالقلق والتوتر، طور الطفل شعوراً بالاكتماب والحزن والغم لشعوره بعدم قدرته وعجزه عن تغيير الموقف الذي يعيش فيه، وإحساسه بالتهديد المستمر مع عدم قدرته على التنبؤ بعواقب الأمور، ومع كل هذه الآثار للعنف الأسري على الأطفال، فإن الزوجين ومع الأسف قلما يدركان خطورة ما يقومون به من شجار على أطفالهما.

ومع ذلك فإن الاهتمام بالضحايا الآخرين للعنف الأسري وهم الأطفال الذين يشاهدون العنف الأسري لم يحظ بالاهتمام الحقيقي قبل عام 1990 (Groves, 2002)، وربما يعود السبب إلى الاعتقاد بأن الأطفال الذين لا يتعرضون هم أنفسهم للإساءة أو العنف الأسري لا خطر عليهم؛ أي أن مشاهدتهم للعنف الذي يحصل بين أبويهم لن يكون له ذلك الأثر السلبي على حياتهم. وجاءت المشاهدات والدراسات الحديثة لتثبت عدم صحة هذا الاعتقاد، ولتشير إلى أن مشاهدة الأطفال

للعنف الأسري الذي يحدث بين الراشدين في المنزل يعتبر من أخطر أشكال مشاهد العنف على الأطفال. وأن احتمال أن يشاهد الأطفال العنف داخل منازلهم أكثر بكثير من احتمال مشاهدته خارج المنزل في الشارع أو الحي. وأن أول درس يتعلمه الأطفال عن العنف لا يكون من التلفاز، أو من الشارع، وإنما هو من الأبوين. وهو درس ذو نتائج ضارة، يفهم منه الأطفال أن استخدام التهديد أو العنف للحصول على ما تريد، ولإرغام شخص آخر على فعل ما تريد، يعتبر أمراً مقبولاً، وأن العنف بين الآباء أمر عادي، ويمكن لأحد الأبوين خاصة الأب أن يؤذي شريكه دون أن يتعين عليه الاعتذار له، أو تحمل مسؤولية سلوكه نحو الشريك (Groves, 2002).

وكثيراً ما يصبح الأطفال طرفاً في الخلاف الأسري بمحاولاتهم الساذجة للعمل على تشتيت الأبوين عن موضوع الخلاف أو بمحاولة تهدئة أحد الأبوين، أو كليهما، أو محاولة حل المشكلة.

وقد لوحظ وجود ردود الفعل هذه عند أطفال لم تتجاوز أعمارهم السنتين، وتزداد هذه المحاولات، وتصبح أكثر وضوحاً مع تقدم الطفل في العمر. كما وجد أن استمرار تعرض الطفل للمجادلات والمشاجرات بين والديه لا يؤدي به إلى التعود ولا يقلل حساسيته نحو الموضوع، وإنما يؤدي إلى تزايد شدة ردود فعله بحيث يصبح أكثر قلقاً وأكثر عدوانية (Groves, 2002).

وهناك كثير من الدراسات التي أكدت العلاقة بين العنف بين الزوجين ومستويات سوء التكيف لدى الأطفال (Christopoulos et al., 1987; Holden & Ritchie, 1991; Stenberg et al., 1993) فقد أظهرت هذه الدراسات أن الأطفال الذين تتعرض أمهاتهم للإساءة، يظهرون مشكلات سلوكية بارزة بنسبة الضعفين إلى أربعة أضعاف، مقارنة مع ما يظهره الأطفال في الأسر المنسجمة من هذه المشكلات (Cumming & Davies, 1994).

ويشير وولف ورفاقه (Wolfe, et al., 2003) إلى أن هناك طائفة واسعة من النواتج النمائية السلبية التي يمكن أن تترقب على مشاهدة الأطفال للعنف الأسري بين أبويهم بما فيها النتائج السلبية الاجتماعية والانفعالية والسلوكية والمعرفية والوظائف الصحية بشكل عام. وقام وولف ورفاقه بتحليل بعدي Meta-analysis لأحدى وأربعين دراسة حول موضوع مشاهدة الأطفال للعنف الأسري وأثر ذلك على جوانب نمائية عندهم. وقد أظهرت أربعون دراسة منها أن مشاهدة الأطفال للعنف الأسري له علاقة بمشكلات انفعالية وسلوكية يعاني منها هؤلاء الأطفال. كما بينت أن جنس الطفل وعمره لم تكن عوامل وسيطة ذات دلالة، وأن تكرار تعرض الطفل لمشاهدة العنف وإساءة المعاملة معاً يزيد من حدة المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها على نحو أكثر من مجرد مشاهدة العنف الأسري وحده.

ومن المشكلات التكيفية الشائعة لدى الأطفال والتي اقترنت بمشاهدة العنف الأسري: التوتر والقلق (Christopolous et al., 1987)، والاكتئاب (Jaffe, Wolfe, & Wilson, & Zak, 1986)، وانخفاض اعتبار الذات (Hughes & Barad, 1993)، والعدوان (Sternberg et al., 1993).

وقد أشارت بعض الدراسات التي تناولت الآثار السلبية التي يعاني منها الأطفال الذين يشاهدون العنف بين الأبوين إلى أن مشكلات داخلية كالنوبات والقلق تبدو أكثر ارتباطاً بالعنف الأسري، في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن مشكلات متجهة نحو الخارج كالعدوان، أكثر ارتباطاً بالتعرض للعنف الأسري. وثمة دراسات أظهرت وجود النمطين من المشكلات معاً عند الأطفال الذين يتعرضون للعنف الأسري (Jaffe, Wolf, & Wilson, 1990; Jouriles et al., 1998).

وباختصار ومنذ بدأ ظهور الاهتمام بدراسة موضوع أثر مشاهدة العنف الأسري على الأطفال في منتصف الثمانينيات ظهر عديد من الدراسات ودراسات المراجعة التي أظهرت إجماعاً على أن الأطفال الذين ينشأون في أسر يسودها النزاع بين الأبوين يكونون عرضة لاضطرابات النمو. وأن لديهم مشكلات سلوكية داخلية وخارجية أكثر مما لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر منسجمة بنسبة 50%، كما أن لديهم انخفاضاً في مفهوم الذات ومشكلات ذات علاقة بالمدرسة، وبالتحصيل المدرسي أكثر من الأطفال الذين نشأوا في أسر منسجمة (Graham-Bermann, 1998; Margolin, 1998; Rossman, Hughes, & Rosenberg, 2000). كما أنهم يعانون من آثار سلبية تتعلق بأدائهم السلوكي والانفعالي وكفاءتهم الاجتماعية وأدائهم العقلي، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية والصحة العامة (Edleson, 1999; Margolin & Gordis, 2000; Wolak & Finkelhor, 1998).

ويذكر «جروفرز» (Groves, 2002) أن أكثر من 100 دراسة قد ظهرت منذ عام 1990 حاولت جميعها تحليل خطر تعرض الأطفال للعنف الأسري، وقد وجدت أن مشاهدة الطفل للعنف له تأثير على النمو الانفعالي للطفل، وعلى سلوكه الاجتماعي، وعلى قابليته للتعلم وقدرته على التركيز والانتباه في المدرسة، وعلى نموه الأخلاقي، وقدرته على إقامة علاقات حميمة في المراهقة والرشد. كما أن مشاهدة الأطفال للعنف تقترب من ارتفاع معدلات الانحراف بينهم وبالسوك غير الاجتماعي، ويتعاطى العقاقير وبالأضرار العقلية، كما تزيد من احتمال تعرضهم للجروح والإصابات نتيجة وجودهم في الموقف أو محاولتهم التدخل.

وتقدم نظرية الاضطراب النمائي إطاراً مفيداً لتنظيم دراسة تعرض الأطفال للعنف الأسري. هذا الإطار يركز على دور العمليات النمائية وعلى أهمية السياق وعلى تأثير الأحداث المتعددة والمتداخلة في تشكيل النمو التكيفي وغير التكيفي (Rutter & Sroufe, 2000). كما تؤكد على أهمية وتعقيد العوامل الأسرية والاجتماعية والثقافية في فهم التغيرات النمائية والناتج غير السوية والتنبؤ بها. حيث يهتم هذا الإطار بكيفية تأقلم الأطفال مع الأحداث القاسية في محيطهم اليومي مثل أشكال العنف المباشر وغير المباشر، على حساب عمليات تنظيم وتناسق مهمة تشكل نموهم المستمر.

فعلى سبيل المثال فإن حلقات العنف والإساءة بين أفراد الأسرة تستدعي من الطفل جهوداً للتأقلم مع هذه الأحداث، وتشكيل أسلوب حذر وغير آمن في علاقاته مع الآخرين غالباً ما يتصف بالانفعالات القوية مثل الإحباط، وخيبة الأمل والعداء والخوف.

فالمواقف التي تثير القلق الحاد والشدائد المزمنة، تعرض النمو الطبيعي والسوي للطفل للخطر، ومع ذلك فإن هذه العوامل المهمة قلما تم ضبطها أو فحصها في علاقتها بمشاهدة الطفل للعنف الأسري (Wolfe et al., 2003).

لقد حاول بعض الباحثين اقتراح نظريات لتفسير أثر مشاهدة العنف الأسري على الأطفال (Graham-Bermann & Hughes, 1998; Rossman et al., 2000). فمثلاً يعتقد أن مشاهدة الأطفال للعنف تؤثر في الطفل من خلال آليات مباشرة وأخرى غير مباشرة، فالآليات المباشرة مثل أن تؤثر في الطفل مباشرة دون أن تؤثر على عوامل أخرى أولاً. وتتضمن الآليات المباشرة نمذجة السلوك العدواني والتوتر داخل الأسرة (Rossman et al., 2000)، ويعتقد أن نمذجة العدوان تؤثر بشكل كبير على المشكلات السلوكية الخارجية مثل (عدم الطاعة والعدوانية). كما أن التوتر داخل الأسرة ينعكس على المشكلات السلوكية الداخلية مثل القلق والتوتر والاكتئاب وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة. أما الآليات غير المباشرة فهي تؤثر على عوامل أخرى أولاً تؤثر بدورها على تكيف الطفل. ومن الآليات التي درست خصائص العلاقة بين الطفل والأبوين، وشعور الأبوين بالتوتر، وممارسات الضبط الوالدي التي تستخدم مع الطفل (Holden, Stein, Ritchie, Harris & McCloskey, 1998; Jouriles, 1998; Graham-Bermann, 1998). هذا وقد أظهرت بعض الدراسات (Holden & Koss, 1995) أن الأثر المباشر لمشاهدة الطفل للعنف الأسري على تكيفه العام. كما أظهرت دراسات أخرى (Sullivan Juras, Bybee, Nguyen & Allen, 2000) التأثير غير المباشر لمشاهدة العنف من خلال التنشئة الوالدية التي يستخدمها الآباء في الأسر التي يسودها العنف. وقد افترض هولدن وريتشي (Holden & Ritchie, 1991) أن الأثر غير المباشر لمشاهدة الطفل للعنف الأسري يتمثل في أن يصبح الطفل أكثر قلقاً وخوفاً حول أمنه النفسي، كما يتأثر سلوكه المشكل بشكل واضح بانزعاج والده العنيف، كما أن الأمهات المساء إليهن يستخدم من عادة أساليب تنشئة متسببة ولا تتصف بالثبات، ويشعرن بالقلق والتوتر. وكل هذا يؤثر بشكل غير مباشر على سلوك الطفل غير التكيفي (Holden et al., 1998).

ومن الدراسات المهمة حول العلاقة بين إصابة الأطفال باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ومشاهدتهم للعنف الأسري بين أبويهم، الدراسة التي أجراها كلباترك وويليامز Kilpatrick & Williams (1998) على عينة من الطلبة تتراوح أعمارهم بين (6-12) عاماً من الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويشاهدون عنفاً أسرياً بين أبويهم، وذلك لفحص أثر مجموعة من العوامل التي يمكن أن تتوسط بين ظهور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) ومشاهدة الطفل للعنف الأسري. وقد تضمنت هذه العوامل العمر والجنس ومصدر الضبط ولوم الذات وطريقة إدراك التهديد وأساليب التكيف التي يمتلكها الطفل،

بالإضافة إلى عناصر تتعلق بالعنف المشاهد، مثل الشدة والتكرار وعمر الطفل عندما شاهد العنف لأول مرة، والوقت المنقضي على آخر حادثة عنف شاهدها. لقد أظهرت النتائج عدم إسهام أي من المتغيرات السابقة التي يمكن دراستها بشكل ذي دلالة في تفسير شدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يمكن أن يعاني منها الطفل. وقد خلص الباحثان إلى أن أيًا من المتغيرات السابقة لا يتوسط العلاقة بين مشاهدة العنف الأسري وأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة مما يعني أن جميع أشكال العنف الأسري لها تأثير شديد وطويل الأجل على الأطفال الذين يشاهدونه.

وقد وجدت الدراسات التي أجريت على الراشدين أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة يزداد لديهم إفراز عدد من الموصلات العصبية في أدمغتهم (Neurotransmitters) مثل الأدرينالين والنورادرينالين، جلوكوكورتيسويد، الكورتيزول، والدوبامين والأفيون، بينما ينخفض لديهم إفراز السيروتونين (Van der Kolk, 1994; 1996)، ويعتقد أن هذه التغيرات في الموصلات العصبية هي المسؤولة عن الأعراض السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بما فيها صعوبة التركيز وضعف الانتباه وصعوبة التذكر وزيادة الاستثارة والخوف المبالغ به والتفاوت الكبير في التقلبات المزاجية. ومن الجدير بالذكر أن هذه المشكلات تتسق مع ما يبديه أطفال المدرسة الذين تعرضوا لمشاهدة العنف الأسري بين أبويهم. كالمستوى المرتفع من المشكلات السلوكية الخارجية مثل النشاط الزائد، والعدوان (Emery, 1996). وانخفاض التحصيل المدرسي (Pepler & Moor, 1989)، وأن استمرارية هذه السلوكيات خارج اللحظة الراهنة والسياق الحالي هو ما يسبب المشكلات للأطفال.

وبالإضافة إلى ما ذكر من أن الأطفال الذين يتعرضون أو يشاهدون العنف الأسري يظهرون أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأنماطاً من السلوك التي تشبه ما يبديه الكبار الذين يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة من تغيرات في الموصلات العصبية، فإن هناك ما يشير إلى أن توتر وضغوط الصدمة المزمن، والذي يبدأ من سن مبكر، قد يؤثر على نمو الدماغ عند الطفل، حيث إن مشاهدة العنف باستمرار يقوي قنوات أو ممرات الخوف في دماغه (Perry, 1994; 1997).

ومع بدايات القرن الواحد والعشرين زاد اهتمام العلماء بدراسة الآثار بعيدة المدى لمشاهدة الأطفال للعنف الأسري في المجالات المعرفية والاجتماعية والانفعالية، وعلى أداءاتهم السلوكية، والتي تقاس عادة بعد مرور فترة زمنية على مشاهدة الطفل لحادثة العنف. (Graham-Bermann & Edleson, 2001). وعليه، فقد ظهر العديد من الدراسات التي حاولت دراسة آثار العنف الذي يشاهده الطفل بأثر رجعي ومن هذه الدراسات،

- دراسة لفورستروم وروزنبوم (Forsstrom & Rosenbaum, 1985) أجراها على فتيات الجامعة اللواتي شاهدن في طفولتهن عنفاً أسرياً بين والديهم، حيث وجد أن لديهن مستوى أعلى من الأعراض الاكتئابية بالمقارنة مع الفتيات اللواتي لم يشاهدن العنف. كما وجد ستراوس (Straus, 1992) أن النساء والرجال الذين شاهدوا في طفولتهن عنفاً أسرياً لديهم مستوى أعلى من أعراض التوتر والاكتئاب.

- كذلك وجد هنج ورفاقه (Henning, et al., 1997) أن النساء اللواتي شاهدن عنفاً أسرياً في طفولتهن قد أظهرن مستوى أعلى من أعراض الضغط النفسي ومستوى ضعيفاً من التكيف الاجتماعي بالمقارنة مع النساء اللواتي لم يتعرضن أو يشاهدن العنف الأسري في طفولتهن.

- وفي دراسة حول أثر مستوى العنف على العلاقات الحميمة في الوقت الراهن، وأعراض ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والسلوك غير الاجتماعي ومحاولات الانتحار لدى النساء اللواتي شاهدن العنف الأسري في طفولتهن مقارنة بمن لم يشاهدن، وجد الباحثون أن الميل للاكتئاب وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة تزداد بزيادة تعرض النسوة لمشاهدة العنف في طفولتهن، فالنسوة اللواتي شاهدن العنف أكثر يعانين من مستوى عنف أعلى في علاقتهن الحميمة في الوقت الراهن، ويظهر لديهن مستوى مرتفع من السلوك غير الاجتماعي (Maker, et al., 1998).

- وأظهر فحص التقدير الذاتي لطلبة جامعيين العلاقة بين العنف الأسري الذي كانوا

يشاهدونه بين أبويهم، والعنف الحالي الذي يعيشونه في علاقاتهم مع زملائهم من نفس الجنس أو من الجنس الآخر، فقد كان مستوى العنف الجسدي من قبل الأب على الأم أو العكس متنبأً بمستوى العنف الجسدي في علاقات الطلبة الجامعيين الحالية مع أصدقائهم من نفس الجنس أو من الجنس الآخر (Cantrell, McIntyre, Sharky & Thompson, 1995).

- وفي دراسة بيفان وهيجنز (2002) Bevan & Higgins التي أجراها على 36 رجلاً ممن يتلقون الإرشاد النفسي بسبب إساءاتهم لزوجاتهم، وجد أن مشاهدة الطفل للعنف الأسري يرتبط بشكل واضح بالإساءة النفسية للزوج في المستقبل، وبالأعراض المرضية النفسية الناتجة عن التعرض للصدمة.

- كما أن هناك كثيراً من الدلائل التي تشير إليها نتائج البحوث على أن هناك علاقة قوية بين ممارسة الذكور للعنف الأسري في حياتهم الزوجية وتعرضهم هم أنفسهم في طفولتهم للإساءة الجسدية أو لمشاهدة العنف بين أبويهم (Caesar, 1988; Kamuss, 1984).

هذا وتفسر نظرية التعلم الاجتماعي تعلم الأولاد لسلوك العنف عند مشاهدتهم له في الصغر بمجموعة من الافتراضات منها:

1. توحد الولد مع الوالد المعتدي (MacEwen, 1994).

2. التعزيز غير المباشر الذي يتلقاه المعتدي Vicarious reinforcement أو التعلم بالنمذجة حيث تنطبق مبادئ التعلم بالنمذجة على انتقال سلوك العنف من الآباء إلى الأبناء (Doumas et al., 1994).

3. التعزيز الإيجابي لسلوك العدوان Positive reinforcement of aggression، حيث إن الأب العدواني قد يعزز إيجابياً الإشارات المبكرة بوجود سلوك عدواني لدى ابنه بالموافقة عليه (Gelles, 1972)، فيستنتج الولد أن العنف سلوك مقبول، وقد يكون ضرورياً أحياناً.

وحول اختلاف تأثير مشاهدة العنف الأسري باختلاف جنس الطفل أو عمره فقد أجري العديد من الدراسات التي أظهرت أن الأولاد أكثر ميلاً لإظهار أعراض اضطراب سلوك خارجي كالعدوان والتمرد، في حين أن البنات أكثر ميلاً لإظهار أعراض اضطراب سلوك داخلي كالقلق والاكتئاب (Kerig, 1998).

ويمكن الاستنتاج أن نقل الأبناء لسلوك العنف بين الأبوين يحدث بالاقتران أو التقليد. ويتأثر الذكور والإناث بذلك بشكل مختلف، حيث تميل الإناث للاقتداء بالأم، وبأن يكن ضحايا للعنف في المستقبل، بينما يميل الذكور لأن يكونوا مرتكبين للإساءة (Pelcovitz, 1994; Stith, 2000).

كذلك أظهرت دراسة لجراهام - بيرمان وبرزكول (2000) Graham-Bermann & Brescoll، حول أثر مشاهدة العنف الأسري على الأفكار النمطية للأطفال حول الجنس والقوة والعنف، أن الأولاد والأطفال الأصغر عمراً لديهم معتقدات نمطية أكثر حول الأسرة وتقبل العنف من البنات أو الأطفال الأكبر عمراً.

ومن الجدير ذكره أن الأطفال الأصغر عمراً أكثر احتمالاً لمشاهدة العنف بين الأبوين من الأطفال الأكبر عمراً، وذلك لأنهم مازالوا مقيمين داخل الأسرة، ولأن العنف الأسري غالباً ما يحدث خلال السنوات الأولى من الزواج، وهو ما أظهرته دراسة أجريت على خمس مدن أمريكية (Fantuzzo, et al., 1997). كما وجد جوريلس ونورود (Jouriles & Norwood, 1998) أن الأولاد أكثر عرضة لخطر التعرض للإساءة الجسدية من البنات في الأسر التي يسودها عنف بين الأبوين.

وقد أجرى رينولدز ورفاقه (Reynolds, Wallace, Hill, Weist & Nabors, 2001) دراسة على 45 طالباً من طلبة المرحلة الابتدائية ممن يشاهدون عنفاً أسرياً في بيوتهم وقد طلب من معلمهم أن يقومهم على مقاييس حول تقدير الذات والاكتئاب والسلوك الصفي، وعند مقارنة الذكور بالإناث لم تظهر نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين ممن يشاهدون العنف الأسري فيما يتعلق بتقدير الذات أو الاكتئاب. إلا أن الذكور الذين شاهدوا العنف الأسري أظهروا مستويات أعلى من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.

ويقوم المستوى الاقتصادي الاجتماعي بدور جوهري في ظهور حالات العنف الأسري، حيث يلاحظ انتشار هذه الظاهرة بدرجة أكبر بين الطبقات الفقيرة والمهمشة وقليلة التعليم، فقد وجد هولتزورث مولرو ورفاقه (Holtzworth - Munroe, Smutzler, Bates & Sandin, 1997) أن هناك علاقة سلبية بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة والعنف السائد بين أفرادها، وربما تكون الضغوط التي تتعرض لها الأسر الفقيرة أشد بكثير من الضغوط التي تتعرض لها الأسر الموسرة.

كما وجدت العواودة (1998) أن الأزواج العاطلين عن العمل أكثر ميلاً لممارسة العنف ضد زوجاتهم من العاملين، كما ينتشر العنف في الأسر ذات الدخل المنخفض. إلا أن هذا لا يعني انعدام الظاهرة في الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع.

وبشكل عام، فإن هناك اعترافاً متزايداً باعتبار العنف الأسري قضية عامة واسعة الانتشار، حيث تشير الإحصاءات إلى أن 3.3 مليون طفل أمريكي على الأقل يشاهدون العنف الأسري سنوياً (Pelcovitz et al., 1994). وأن الأطفال الذين يشاهدون العنف الأسري يعانون من آثار نفسية مدمرة. فبعد أن يشاهد الأطفال العنف بين أبويهم تتغير نظرتهم للعالم فلا يبقى العالم بالنسبة لهم مكان آمناً، ولا يبقى الراشدون مصدر حماية يمكن الوثوق بهم، ولا تبقى الأحداث قابلة للتنبؤ بها (Campbell & Lewandowski, 1997).

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة التي تسعى إلى استقصاء علاقة مشاهدة الأطفال للعنف الأسري بظهور أعراض التوتر والاكتئاب لديهم وبانخفاض تحصيلهم المدرسي.

### مشكلة الدراسة وأهميتها:

ينظر كثير من الناس إلى العنف الأسري باعتباره مشكلة بين الزوجين، وأن أضراره تقتصر عليهما طالما أن الأبناء لا يتعرضون لإساءة المعاملة، إذاً فلا داعي للقلق أو الخوف على الأطفال من مشاهدة العنف بين أبويهم؛ لذا نجد أن الآباء غير حريصين على تجنب أبنائهم مشاهدة وسامع الشجار والجدل الحاد، أو حتى الإيذاء الجسدي أو اللفظي أو النفسي الذي يجري بين الأبوين على مرأى من الأطفال. إلا أن نتائج البحوث المتعلقة بالموضوع تشير إلى عدم صحة هذا الاعتقاد، وإلى أن مشاهدة الطفل للعنف الأسري تترك آثاراً نفسية عميقة تؤثر في صحته النفسية في الحاضر والمستقبل. فمشاهدة العنف تؤثر سلباً في الأداء السلوكي والانفعالي للطفل، وعلى كفاءته الاجتماعية وتحصيله المدرسي وأدائه العقلي واضطرابه النفسي وصحته بشكل عام، كما ترتبط بكثير من المشكلات المستقبلية كالجنوح، وتعاطي الكحول، والإساءة للشريك، والاكتئاب، وتدني تقدير الذات وغيرها.

ونظراً لأهمية التكيف النفسي السوي للطفل وأثره على نجاحه في الحاضر والمستقبل، جاءت هذه الدراسة لاستقصاء أثر العنف الذي يشاهده الطفل داخل منزله في صحته النفسية وعلى تكيفه النفسي بشكل عام.

وبالتحديد حاولت الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1. هل هناك علاقة بين مستوى العنف الأسري الذي يشاهده الطفل وكل من مستوى الاكتئاب، ومستوى التوتر الذي يعاني منه ومعدله الدراسي.
2. هل توجد فروق بين الطلبة الذكور والإناث والطلبة الأكثر اكتئاباً والأقل اكتئاباً والأكثر والأقل توتراً في الدرجة على مقياس العنف الأسري؟
3. هل يختلف مستوى العنف الأسري الذي يعيشه الطفل باختلاف المستوى التعليمي للأب، والمستوى التعليمي للأب ودخل الأسرة؟
4. ما نسبة التباين في درجة الاكتئاب التي يمكن تفسيرها بالعنف الأسري والتوتر وجنس الطالب ومعدله المدرسي ومستوى تعليم الأم ومستوى تعليم الأب ودخل الأسرة.
5. ما نسبة التباين في درجة التوتر التي يمكن تفسيرها بالعنف الأسري والاكتئاب وجنس الطالب ومعدله المدرسي ومستوى تعليم الأم ومستوى تعليم الأب ودخل الأسرة؟

## تعريف المصطلحات:

## 1. العنف الأسري:

نمط من السلوك العدواني الذي يتضمن الإكراه، والذي يستخدمه الراشد مع الشريك الحميم كالزوج مثلاً، ويقاس لأغراض هذه الدراسة بالدرجة على مقياس العنف الأسري الذي طورته بنات (2004).

## 2. التوتر:

الإنهاك النفسي والجسمي الذي تجلبه الضغوط، والنتائج عن الأحداث المزعجة التي يواجهها الفرد ومشكلات الحياة اليومية المرتبطة بتقييم الفرد للأحداث المزعجة والمشكلات باعتبارها أقوى من قدراته وموارده المتوافرة لمواجهةها. ويعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة على مقياس التوتر الذي أعدته الزواوي (1992).

## 3. الاكتئاب:

شعور بالحزن والغم والقنوط والعجز مصحوب بانخفاض في الفاعلية والسوداوية في المزاج واضطراب في الأكل والنوم ورغبة في البكاء وعدم الشعور بالفرح أو السرور، وقد يشكو الشخص من بعض العلل الجسدية كالصداع وغيرها. ولأغراض هذه الدراسة يقاس الاكتئاب بالدرجة على قائمة بيك (حمدي، وأبو حجلة، وأبو طالب، 1998).

## 4. مستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم:

يقع في ثلاثة مستويات:

1. أساسي فما دون.

2. ثانوي أو كلية مجتمع.

3. جامعي.

5. دخل الأسرة:

هو دخل الأسرة الشهري، ويقع في أربعة مستويات.

. أقل من 150 ديناراً. . 151 - 300 دينار.

. 301 - 500 دينار. . أكثر من 500 دينار.

## 6. معدل الطالب:

أخذ المعدل العام لعلامات الطالب في الفصل الأول من العام الدراسي 2003/2004 كما ورد في كشوف علامات الطلبة التي تعدها المدرسة في نهاية الفصل.

## عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من 177 طالباً و 178 طالبة من الصفوف: السابع والثامن والتاسع الأساسي، يتوزعون على اثنتي عشرة شعبة، ست منها للذكور، وست للإناث، لكل صف من صفوف السابع والثامن والتاسع. وقد تم اختيار الشعب المشاركة بالطريقة العشوائية من بين شعب الصفوف الثلاثة في ست مدارس للذكور وست مدارس للإناث بحيث أخذت من كل مدرسة شعبة واحدة إما سابع أو ثامن أو تاسع. والمدارس المختارة جميعها من مدارس مديرية تربية عمان الثانية، وقد اختيرت بحيث يتوافر فيها أكثر من شعبة لكل صف من الصفوف الثلاثة، وأن يعمل فيها مرشد تربوي أو مرشدة لمساعدة الباحث في جمع البيانات.

## أدوات الدراسة:

استخدمت ثلاثة مقاييس لجمع البيانات في هذه الدراسة على النحو الآتي:

1. مقياس العنف الأسري: طور هذا المقياس بنات (2004). ويتكون المقياس في صورته النهائية من 42 فقرة موزعة على أربعة أبعاد. يقوم الطالب بالإجابة عنها بوضع إشارة (x) أمام كل



عبارة لبيان مدى تكرار حدوث السلوك الذي تصفه الفقرة في أسرته ضمن ميزان ثلاثي، يحدث دائماً وقد أعطيت درجتان، ويحدث أحياناً وأعطيت درجة واحدة، ولا يحدث أبداً وأعطيت صفراً. وتتراوح الدرجة على المقياس ما بين (صفر- 84) درجة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود عنف أسري داخل الأسرة، أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى قلة أو عدم وجود عنف أسري.

قامت بنات (2004) بتطوير مقياس العنف الأسري بالتعاون مع الباحثة وتحت إشرافها، حيث تمت مراجعة أدبيات الموضوع، وتحديد أشكال العنف الأسري المختلفة: الجسدي واللفظي والنفسي والاجتماعي والصحي، ثم صيغت مجموعة من الفقرات تغطي كل شكل من أشكال العنف السابقة الذكر. فتكون مقياس العنف الأسري يضم بصورته الأولية 52 فقرة موزعة على الأبعاد الآتية:

اللفظي- 10 فقرات، الاجتماعي- 10 فقرات، الجسدي- 11 فقرة، النفسي- 11 فقرة، الصحي- 10 فقرات.

ولاستخراج صدق المقياس، تم عرضه بصورته الأولية والمكونة من 52 فقرة على 12 محكماً من كلية العلوم التربوية والعلوم الإنسانية والاجتماعية في الجامعة الأردنية من حملة الماجستير والدكتوراه. كما تم عرضه على عدد من المحكمين من وزارة التربية والتعليم من حملة درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، وذلك لإبداء رأيهم فيما يلي:

(1) صلاحية الفقرات لقياس ظاهرة العنف الأسري.

(2) انتفاء كل فقرة للبعد الذي وضعت ضمنه.

(3) كفاية الفقرات.

(4) الحكم على مدى وضوح المعنى والصياغة اللغوية لفقرات المقياس. وقد عدلت الفقرات في ضوء ملاحظات المحكمين.

تم تطبيق المقياس في صورته الأولية على 50 طالبة من طالبات الصفين: التاسع والعاشر للتأكد من وضوح الفقرات وملاءمتها لمجتمع الدراسة. وفي ضوء نتائج التطبيق تم حذف فقرات البعد الصحي وعددها 10 فقرات، وذلك أنها لم تكن مميزة، حيث أجابت جميع الطالبات عليها بأنها لا تحدث، وبهذا أصبح المقياس مكوناً في صورته النهائية من 42 فقرة أجمع المحكمون على صلاحيتها.

ويظهر الملحق رقم (1) الصورة النهائية لمقياس العنف الأسري المكون من 42 فقرة موزعة على أشكال العنف كما يلي:

1. العنف اللفظي	وتقيسه الفقرات 1- 10
2. العنف الاجتماعي	وتقيسه الفقرات من 11- 20
3. العنف النفسي	وتقيسه الفقرات من 21- 31
4. العنف الجسدي	وتقيسه الفقرات من 32- 42

ولحساب ثبات المقياس فقد تم تطبيقه على (36) طالبة من طالبات الصف العاشر في مدرسة ثانوية، ثم أعيد تطبيق المقياس على نفس العينة بعد أسبوعين من التطبيق الأول. وتم حساب معامل الاستقرار بين التطبيقين: الأول والثاني، فكان (0.86) كما تم حساب معامل الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرومباخ ألفا حيث بلغ (0.80).

وبهذا يكون قد تحقق للمقياس معايير صدق وثبات تعتبر مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

2. قائمة التوترا: استخدمت قائمة التوترا التي طورتها زواوي (1992)، وتتألف القائمة من 36 فقرة تقيس التوترا بأبعاده الفسيولوجية والمعرفية والنفسية، وقد تم استخراج دلالات صدق القائمة باستخدام طريقة التحكيم، وعن طريق الصدق التمييزي حيث ميزت الأداة على نحو ذي دلالة بين مجموعتين من الطالبات تم تصنيفهن باتفاق عدد من معلماتهن إلى المجموعة الأكثر توتراً والمجموعة الأقل توتراً. واستخرج الثبات بالاعادة بعد أسبوعين على عينة من 34 طالبة، فكان معامل الثبات 0.77 كما حسب الاتساق الداخلي للأداة بواسطة كرونباخ ألفا فكانت قيمته 0.90.

3. قائمة بيك للاكتئاب: استخدمت الصورة المعربة لقائمة بيك للاكتئاب (حمدي ورفيقاه، 1988)، وهي قائمة تتألف من 21 فقرة، تتناول كل فقرة عرضاً من أعراض الاكتئاب. وقد درجت هذه الفقرات على سلم من 4 نقاط، درجة الصفر فيه تعني عدم وجود العرض، ودرجة 3 تعني وجود العرض بدرجة مرتفعة الشدة، ويتم تصحيح القائمة بجمع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث على جميع الفقرات، لذا فإن القائمة تعطي درجة كلية تتراوح بين صفر و 63. وقد تم التحقق من صدق القائمة في الصورة المعربة من خلال التمييز بين مجموعتين من طلبة الجامعة تم تصنيفهما إلى اكتئابية وغير اكتئابية من خلال المقابلات الإكلينيكية، وحسبت درجة ثبات القائمة على عينة من 80 طالباً من طلبة الجامعة الأردنية، عن طريق إعادة الاختبار بفواصل زمنية مدته أسبوع، فكانت قيمتها 0.88 كما حسب الثبات على أساس الاتساق الداخلي في عينة تألفت من 635 طالباً من طلبة الجامعة، فكانت قيمة معامل الثبات كرونباخ ألفا 0.78.

### الإجراءات:

تم تطبيق أدوات الدراسة على طلبة الشعب التي تم اختيارها من المدارس المختلفة داخل صفوفهم، وبعد أن قام الباحث بتقديم نفسه، وإعطاء فكرة للطلبة عن البحث والتأكيد على سرية المعلومات، وأنها لأغراض البحث فقط، تم توزيع أدوات الدراسة على الطلبة بالترتيب الآتي: مقياس العنف الأسري، وقد عُنون بمقياس التفاعلات الأسرية، وذلك لتقليل دفاعية الطلبة في الإجابة عن فقراته، ثم مقياس التوتر، وأخيراً، مقياس الاكتئاب. وقد قام الطلبة بالإجابة عن المقاييس الثلاثة داخل الصف، وأعيدت للباحث في نفس الجلسة. حيث تراوح الزمن الذي احتاجه الطلبة للإجابة ما بين 50 - 60 دقيقة، وقد تم التطبيق خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2003/2004، وقد استغرق جمع البيانات من المدارس جميعها حوالي الشهر.

### المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم إجراء التحليلات الإحصائية الآتية:

1. حساب معاملات ارتباط «بيرسون» Pearson Correlation بين العنف الأسري وكل من الاكتئاب والتوتر ومعدل علامات الطالب المدرسية.
2. إجراء تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي للعنف الأسري على متغيري التوتر والاكتئاب.
3. إجراء تحليل التباين الأحادي One way Analysis of Variance لحساب الفروق في متوسطات العنف الأسري تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي للأب، والمستوى التعليمي للأم ودخل الأسرة.
4. استخدام الإحصائي «ت» t-test لحساب دلالة الفروق بين الطلبة الأكثر توتراً والأقل توتراً، والطلبة الأكثر اكتئاباً والأقل اكتئاباً، والأعلى تحصيلاً والأدنى تحصيلاً، وبين الذكور والإناث في مستوى العنف الأسري.

### النتائج:

استهدفت الدراسة الحالية استقصاء العلاقة بين العنف الأسري ودرجة التوتر ودرجة الاكتئاب التي يعاني منها الطفل ومعدل علاماته المدرسية، ويظهر الجدول (1) قيم معاملات ارتباط «بيرسون» بين العنف الأسري ومتغيرات الدراسة.

جدول (1) معاملات ارتباط بيرسون بين العنف الأسري والتوتر والاكتئاب ومعدل الطالب

المتغير	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
درجة التوتر	0.59	0.01
درجة الاكتئاب	0.54	0.01
معدل الطالب	-0.38	0.01

تظهر النتائج في الجدول (1) وجود ارتباط متوسط موجب ذي دلالة بين العنف الأسري وكل من التوتر والاكنتاب، كما تظهر وجود علاقة سلبية وذات دلالة بين المعدل المدرسي للطالب ومستوى العنف الأسري الذي يتعرض له. أي أن الاكنتاب والتوتر اللذان يعاني منهما الطالب يزيدان بزيادة العنف الأسري الذي يشاهده، وأن معدله الدراسي يقل بزيادة ما يشهده من العنف الأسري والعكس صحيح.

وللإجابة عن سؤال (2) حول وجود فروق بين الذكور والإناث، وبين الطلبة الأكثر اكنتاباً والأقل اكنتاباً، والطلبة الأكثر توتراً والأقل توتراً، والأعلى تحصيلاً والأدنى تحصيلاً، تم إجراء اختبار «ت» لحساب دلالة الفروق بين متوسطات هذه المجموعات، هذا وقد تم تحديد المجموعات الأكثر اكنتاباً والأقل اكنتاباً، والأكثر توتراً والأقل توتراً، والأعلى تحصيلاً والأدنى تحصيلاً، باحتساب الوسيط لدرجات كل متغير من المتغيرات الثلاثة فكانت العلامة الوسيطة للاكنتاب 12 والعلامة الوسيطة للتوتر 81 ووسيط العلامات المدرسية 79. وبين الجدول (2) نتائج هذا التحليل.

جدول (2) نتائج اختبار «ت» لدلالة الفروق بين المجموعات في العنف الأسري

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة «ت»	مستوى الدلالة
الجنس	ذكور	177	63.84	12.24	2.04	0.04
	إناث	178	61.52	8.62		
الاكنتاب	أكثر اكنتاباً	167	67.86	12.02	9.60	0.0001
	أقل اكنتاباً	188	58.07	6.68		
التوتر	الأكثر توتراً	182	68.03	11.86	11.19	0.0001
	الأقل توتراً	173	57.05	5.21		
المعدل	الأعلى	168	58.76	9.88	6.93-	0.0001
	الأدنى	187	66.20	10.27		

يلاحظ من جدول (2) أن الفروق بين الذكور والإناث وبين الأكثر اكنتاباً والأقل اكنتاباً وبين الأكثر توتراً والأقل توتراً، وبين الأعلى تحصيلاً والأدنى تحصيلاً، كانت ذات دلالة إحصائية. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لكل مجموعة نجد أن الطلاب الذكور والطلبة الأكثر اكنتاباً والأكثر توتراً والأدنى تحصيلاً، حصلوا على درجات أعلى على مقياس العنف الأسري.

وللإجابة عن السؤال الثالث «هل يختلف مستوى العنف الأسري الذي يعيشه الطفل باختلاف صف الطفل أو المستوى التعليمي للأم أو المستوى التعليمي للأب أو مستوى دخل الأسرة»، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية وإجراء تحليل التباين الأحادي لمستوى العنف الأسري حسب كل متغير من متغيرات الصف، المستوى التعليمي للأم، المستوى التعليمي للأب، ومستوى دخل الأسرة فكانت النتائج كما هي الجداول 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12.

جدول (3) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى العنف الأسري حسب الصف

الصف	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السابع	115	62.59	11.65
الثامن	125	62.16	10.44
التاسع	115	63.33	10.14
المجموع	355	62.68	10.73

يتضح من الجدول (3) أن الفروق بين متوسطات مستوى العنف الأسري للصفوف الثلاثة صغيرة جداً ولتحقق دلالة هذه الفروق تم إجراء تحليل التباين الأحادي والجدول (4) يوضح نتائج هذا التحليل.

جدول (4) تحليل التباين الأحادي لمستوى العنف الأسري بحسب الصف

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
بين المجموعات	84.66	2	42.33	0.366	0.69
داخل المجموعات	40740.36	352	115.74		
المجموع	40825.02	354			

يتضح من الجدول (4) أن الفروق بين متوسطات مستوى العنف الأسري بين طلبة الصفوف السابع والثامن والتاسع لم تكن ذات دلالة إحصائية.

ولحساب الفروق في متوسطات مستوى العنف الأسري بين الطلبة تبعاً لمتغير مستوى تعليم الأم، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية، ثم أجري تحليل التباين الأحادي، حيث كانت النتائج كما في الجدولين (5) و (6).

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأم

المستوى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ابتدائي فما دون	48	63.33	8.08
ثانوي أو كلية مجتمع	190	62.77	10.99
جامعي	117	62.26	11.31
المجموع	355	62.68	15.73

يتضح من الجدول (5) أن الفروق بين متوسطات مستوى العنف الأسري بين الطلبة موزعين حسب مستوى تعليم الأم، تبدو صغيرة جداً، وللتحقق مما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة تم إجراء تحليل التباين الأحادي، والجدول (6) يوضح هذه النتائج.

جدول (6) تحليل التباين الأحادي لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
بين المجموعات	43.34	2	21.67	0.187	0.82
داخل المجموعات	40781.69	352	115.85		
المجموع	40825.03	354			

يتضح من الجدول (6) أن الفروق في الدرجة على مستوى العنف الأسري بين الطلبة موزعين بحسب مستوى تعليم الأم، لم تكن ذات دلالة إحصائية.

ولحساب الفروق في مستوى العنف الأسري بين الطلبة تبعاً لمتغير مستوى تعليم الأب فقد تم حساب المتوسطات الحسابية وتحليل التباين الأحادي فكانت النتائج كما في الجدولين 7 و 8.

جدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأب

المستوى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ابتدائي فما دون	38	69.21	13.40
ثانوي أو كلية مجتمع	108	64.80	12.91
جامعي	209	60.39	7.94
المجموع	355	62.68	10.73

يتضح من الجدول (7) وجود فروق في متوسط درجات العنف الأسري بين الطلبة موزعين بحسب مستويات تعليم الأب. ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي، ويوضح الجدول (8) نتائج التحليل.

جدول (8) تحليل التباين الأحادي لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3197.76	2	1598.88	14.95	0.0001
داخل المجموعات	37627.27	352	106.89		
المجموع	40825.03	354			

يتضح من الجدول (8) أن الفروق بين المتوسطات في مستوى العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأب، هي فروق دالة إحصائية، ولمعرفة بين أي من فئات مستوى تعليم الأب تقع هذه الفروق تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول (9) يظهر نتائج هذا التحليل.

جدول (9) المقارنات البعدية لمتوسطات العنف الأسري بحسب مستوى تعليم الأب باختبار شيفيه

المستوى	ابتدائي فما دون	ثانوي أو كلية مجتمع	جامعي
ابتدائي فما دون	-	4.45	*8.813
ثانوي أو كلية مجتمع	4.405 .	-	*4.408
جامعي	*8.813 .	4.408 .	-

\* متوسط الفروق ذو دلالة عند مستوى  $(0.5 \leq \infty)$ .

يتضح من الجدول (9) أن هناك فروقاً ذات دلالة في متوسط الدرجات على مقياس العنف الأسري بين فئة الآباء الجامعيين وكل من فئتي الآباء الذين اقتصر تعليمهم على المرحلة الثانوية أو المرحلة الابتدائية فما دون. حيث عبر الطلبة الذين مستوى تعليم أبائهم جامعي عن مستوى عنف أقل داخل أسرهم، مقارنة مع الطلبة الذين مستوى تعليم أبائهم ثانوية عامه أو الابتدائية فما دون.

ولحساب الفروق في مستوى العنف الأسري بين الطلبة تبعاً لمتغير مستوى دخل الأسرة، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية وتحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج كما في الجداول (10) و(11) و(12).

جدول (10) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى دخل الأسرة

فئة الدخل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من 150 ديناراً	22	66.22	9.95
151 - 300 دينار	87	66.65	14.30
301 - 500 دينار	110	62.96	9.83
أكثر من 500 دينار	136	59.33	7.41
المجموع	355		

يتبين من الجداول (10) أن هناك فروقاً بين متوسطات مستوى العنف الأسري الذي يعبر عنه الطلبة موزعين حسب مستويات دخل أسرهم. ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي والجدول (11) يوضح نتائج هذا التحليل.

جدول (11) تحليل التباين الأحادي لمستوى العنف الأسري بحسب مستوى دخل الأسرة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3179.21	3	1059.73	9.88	0.0001
داخل المجموعات	37645.81	351	107.25		
المجموع	40825.02	354			

يتبين من الجدول (11) أن هناك فروقاً في مستوى العنف الأسري الذي يشاهده الطلبة تختلف باختلاف مستوى الدخل الشهري لأسرهم، ولمعرفة بين أي فئات الدخل تقع هذه الفروق، فقد تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، حيث كانت النتائج كما في الجدول (12).

جدول (12) المقارنات البعدية لمتوسطات العنف الأسري تبعاً لمتغير دخل الأسرة باختبار شيفيه

المستوى	أقل من 150	300 - 151	500 - 301	أكثر من 500
أقل من 150 ديناراً	.	0.427 -	3.26	*6.88
300 - 151 دينار	0.427	.	3.69	*7.31
500 - 301 دينار	3.26 -	3.69 -	.	3.62
أكثر من 500 دينار	6.88 -	7.31 -	3.62 -	.

\* دالة عند مستوى  $(0.05 \leq \alpha)$  .

يتبين من الجدول (12) أن هناك فروقاً ذات دلالة في مستوى العنف الأسري الذي يشاهده الطلبة بين فئة دخل أكثر من 500 دينار، وفئتي الدخل أقل من 150 ديناراً، و 300 - 151 دينار، حيث إن الطلبة الذين يبلغ دخل أسرهم أكثر من 500 دينار يعبرون عن عنف أقل داخل أسرهم بالمقارنة مع الفئتين أقل من 150 و 300 - 151 دينار.

وللإجابة عن السؤال الرابع المتعلق بحساب نسبة التباين في درجة الاكتئاب التي يمكن تفسيرها بالعنف الأسري ومتغيرات الدراسة الأخرى، فقد تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي باستخدام الدرجات على قائمة بيك للاكتئاب كمتغير تابع، ودرجات العنف الأسري والتوتر والمعدل والجنس ومستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم ودخل الأسرة كمتغيرات مستقلة. ويبين الجدول (13) خلاصة التحليل.

جدول (13) تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي لمتغيرات الدراسة المستقلة على متغير درجة الاكتئاب

المتغير	معامل الارتباط المضاعف	مربع معامل الارتباط	بيتا	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
التوتر	0.689	0.475	0.689	318.766	0.0001
العنف الأسري	0.710	0.504	0.213	178.668	0.0001
الجنس	0.715	0.511	0.088 -	122.197	0.0001

تظهر نتائج التحليل أن التوتر قد فسر ما نسبته 47.5% من التباين في الاكتئاب، بينما فسر التوتر والعنف الأسري معاً ما نسبته 50.4% من التباين في الاكتئاب. أي أن العنف الأسري قد أضاف ما نسبته 2.9% تقريباً إلى التباين المفسر. وعند إدخال الجنس إلى معادلة الانحدار زاد مقدار التباين المفسر بنسبة 1.3%.

وللإجابة عن السؤال الخامس المتعلق بحساب نسبة التباين في درجة التوتر، والتي يمكن تفسيرها بالعنف الأسري ومتغيرات الدراسة الأخرى، فقد تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي، باستخدام الدرجات على قائمة التوتر كمتغير تابع، ودرجات العنف الأسري

والاكتئاب والمعدل والجنس ومستوى تعليم الأم ومستوى تعليم الأب ودخل الأسرة كمتغيرات مستقلة. ويبين الجدول (14) خلاصة التحليل.

جدول (14) تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي لمتغيرات الدراسة المستقلة على متغير درجات التوتر

المتغير	معامل الارتباط المضعف	مربع معامل الارتباط	بيتا	قيمة «ف»	مستوى الدلالة
الاكتئاب	0.689	0.475	0.689	318.76	0.0001
العنف الأسري	0.736	0.542	0.310	208.13	0.0001
الجنس	0.762	0.581	0.199	162.12	0.0001
الصف	0.770	0.593	0.112	127.47	0.001
المعدل	0.776	0.602	0.105	105.57	0.005

تظهر نتائج التحليل أن الاكتئاب قد فسر وحده ما نسبته 47.5% من التباين في درجة التوتر، بينما فسر الاكتئاب والعنف الأسري معاً ما نسبته 54.2% من التباين في التوتر أي أن العنف الأسري قد أضاف ما نسبته 6.7% تقريباً إلى التباين المفسر. وعند إدخال الجنس في معادلة الانحدار، أضيف إلى التباين المفسر 3.9%، وعند دخول الصف إلى معادلة الانحدار أضيف إلى التباين المفسر 1.2%، وعند دخول المعدل إلى معادلة الانحدار، أصبح التباين المفسر في درجة التوتر 60.2%. أي أن المعدل الدراسي قد أضاف ما نسبته 0.9% فقط إلى التباين المفسر في الدرجة على شعور الطالب بالتوتر.

#### المناقشة والتوصيات:

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء العلاقة بين العنف الأسري الذي يشاهده الطفل وبعض الآثار النفسية السلبية التي يمكن أن تترتب على ذلك، كشعور الطفل بالتوتر والاكتئاب وانخفاض التحصيل.

كما هدفت إلى تعرف أثر بعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالطفل وأسرته على مستوى العنف الأسري كما يدركه الطفل، وتضمنت هذه المتغيرات الطفل وصفه المدرسي، ومستوى تعليم الأم، ومستوى تعليم الأب ودخل الأسرة.

وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب، متوسط القوة وذو دلالة إحصائية بين إدراك الطفل للعنف الأسري ومستوى الاكتئاب والتوتر الذي يعاني منه، حيث بلغ معامل الارتباط بين العنف الأسري والاكتئاب (0.54) وبين العنف الأسري والتوتر (0.59). كما وجد معامل ارتباط سالب وذو دلالة بين العنف الأسري ومعدل علامات الطفل في المدرسة (ر=0.38). وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التي أشارت إلى العلاقة بين العنف الأسري وسوء التكيف لدى الأطفال (McClosky et al., 1995; Stenberg et al., 1993) وإلى أن مشاهدة العنف ترتبط بالتوتر (Christopoulos et al., 1987)، وبالاكتئاب (Straus, 1992) وبالتوتر والاكتئاب معاً وبانخفاض اعتبار الذات وغيرها من المشكلات (Jaffe, et al., 1990; Haghes & Graham-Bermann 1998; Jouriles et al., 1998).

وبانخفاض التحصيل ومشكلات سلوكية أخرى (Graham-Bermann, 1998; Rossman, et al., 2000)، وربما أمكن تفسير ذلك بأن الطفل حين يشاهد أحد أبويه يسيء للآخر يشعر بالخوف الشديد والقلق والتهديد لأمنه النفسي، وعندما يعجز عن التدخل وفرض النزاع يزيد إحساسه بالتوتر والقلق والإحباط مما يؤدي إلى شعور عام بالاكتئاب.

أما فيما يتعلق بتدني التحصيل فإن ارتفاع القلق والتوتر بدرجة كبيرة يرتبط ارتباطاً سلبياً مع التحصيل. والطفل الذي يشعر بالقلق والخوف على أمنه النفسي، وعلى تماسك أسرته، قد يفقد الدافعية للدراسة، حيث إن الحاجة إلى الشعور بالأمن تعتبر من الحاجات الهرمونية كما يقول ماسلو. وإذا كانت شدة الحرمان من الحاجة مرتفعة فإن الحاجة تطفئ على حاجات قد تكون أدنى منها في سلم الحاجات (شيفر ومليمان، 2001).

أما عن اختلاف أثر مشاهدة العنف الأسري باختلاف الصف الذي ينتمي إليه الطفل، فلم تظهر الدراسة أن هناك فروقاً في العنف الأسري عائدة للصف. ويتفق هذا مع ما جاء في دراسة المراجعة التي أجراها وولف ورفاقه (Wolfe, et al., 2003) التي أظهرت أن العمر (الذي يمكن أخذ الصف قرينة عليه) أو الجنس، لم تكن عوامل وسيطية ذات دلالة في تحديد أثر مشاهدة العنف على الأطفال الذين يعانون منه.

أما فيما يتعلق بالجنس فقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق بسيطة، ولكنها ذات دلالة بين الذكور والإناث، حيث عبر الذكور عن مستوى أعلى من العنف في أسرهم مقارنة بالإناث. وهذا يتعارض مع ما أوردته دراسة المراجعة التي أجراها وولف ورفاقه المشار إليها في الفقرة السابقة ودراسة رينولدر ورفاقه (Reynolds, et al., 2001)، وربما أمكن تفسير ذلك بأن درجة تحفظ الإناث وخجلهن من البوح بأمور عائلية كهذه أعلى مما هي لدى الذكور الذين لا يجدون حرجاً كبيراً في البوح بما يدركون. وربما كان ما أشار إليه جوريلس ونورود (Jouriles & Norwood 1998) من أن الذكور أكثر عرضة لخطر التعرض للإساءة الجسدية من الإناث في الأسر التي يسودها عنف بين الأبوين يزيد من إدراك الأولاد لوجود عنف أسري، ويزيد من رغبتهم في الحديث عنه والبوح به.

أما حول الاختلاف في مستوى العنف الأسري باختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأطفال، والذي تم قياسه في الدراسة الحالية بمستوى تعليم الأم ومستوى تعليم الأب، وبمستوى دخل الأسرة. فقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى العنف الأسري الذي يشاهده الطفل، لا يختلف باختلاف مستوى تعليم الأم، إلا أنه يختلف باختلاف مستوى تعليم الأب، وبمستوى دخل الأسرة، حيث إن الآباء الحاصلين على الشهادة الجامعية أو الذين يزيد دخلهم عن 500 دينار شهرياً، يظهرون عنفاً أقل من الآباء الذين اقتصر تعليمهم على الابتدائية فما دون أو الثانوية العامة، أو كان دخلهم أقل من 300 دينار شهرياً، بمعنى أنه كلما ارتفع تعليم الأب وتحسن دخله قل مقدار ما يظهره من العنف داخل أسرته. وهذا يتفق مع ما أوردته كثير من الدراسات التي بينت أن المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة يقوم بدور جوهري في ظهور حالات العنف الأسري، حيث تنتشر هذه الظاهرة بين الطبقات الفقيرة والمهمشة وقليلة التعليم (Holtzworth-Munroe, et al., 1997).

فالأب الأقل تعليماً قد يكون أقل معرفة بمهارات الاتصال التي يمكن أن يستخدمها في تعامله مع الشريك، وفي مهارات الأبوة التي يمكن أن يستخدمها في تربية أبنائه. وحيث إن الدخل غالباً ما يرتبط بمستوى التعليم، فغالباً ما نجد أن تدني مستوى تعليم الأب يقترن بتدني مستوى دخل الأسرة مما يزيد الأمور سوءاً. فتدني الدخل يضع مزيداً من الضغوط على الأب الذي لا يعرف كيف يؤمن مستلزمات أسرته وأبنائه، مما يشعره بالعجز والإحباط المقرون بالغضب ونفاد الصبر، وجميعها مشاعر تزيد من احتمال ظهور توبات العصبية والسلوك العدواني. أضف إلى ذلك افتقار مثل هذا الأب إلى مهارات الاتصال ومهارات حل المشكلات ومهارات التكيف الحياتية الأخرى، مما يجعله يتصرف بالطريقة التي ربما شاهد والده يستخدمها، وهي اللجوء إلى العنف والشجار. وهذا يتفق مع نتائج دراسة العواودة (1998) التي كشفت أن الأزواج العاطلين عن العمل أكثر ميلاً لممارسة العنف ضد زوجاتهم من العاملين. وأن العنف الأسري ينتشر في الأسر ذات الدخل المنخفض.

أما حول عدم وجود فروق ذات دلالة في مستوى العنف الأسري كما يدركه الطفل عائدة لمتغير تعليم الأم، فربما كان السبب أن العنف الأسري غالباً ما يمارسه الأزواج ضد زوجاتهم وأطفالهم بغض النظر عن مستوى تعليم المرأة، فقد يكون تأثيرها محدوداً على الأقل في استمرار الشجار ورسم نهايته، وهذا تؤكدته كثير من الدراسات (انظر مثلاً، عزام، 2003؛ Groves, 2000).

أما حول مقدار التباين في الاكتئاب والتباين في التوتر الذي يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى العنف الأسري، فقد وجد أن العنف الأسري يفسر ما مقداره 2.9% من التباين في الاكتئاب، والذي يفسر التباين في التوتر 47.5% منه. أما مقدار ما فسره التباين في العنف الأسري من التباين في التوتر فكان 6.7% بعد أن فسر التباين في الاكتئاب 47.5% منه. وحيث إن النتائج قد أظهرت ارتباط العوامل الثلاثة ارتباطاً قوياً فمن المتوقع أن يفسر التباين في الاكتئاب نسبة كبيرة من التباين في التوتر والعكس صحيح. وذلك أن أسبابهما واحدة. وقد يكون العنف الأسري أحدها. حيث إن نسبة ما يفسره من التباين في كل منهما تعتبر مهمة وذات دلالة.



بناءً على ذلك ، فإن نتائج الدراسة الحالية جاءت لتؤكد ما وصلت إليها الدراسات في المجتمعات الأخرى وتبرز الأثر السلبي لمشاهدة الأطفال للعنف الأسري الذي يجري بين أبويهم على المدى القصير، والذي يتبدى على شكل التوتر والاكتئاب وتدني التحصيل، وهذه المشكلات جميعها يستمر تأثيرها، وقد يظهر على المدى البعيد على شكل ميل إلى ممارسة العنف في حل المشكلات، حيث تشير الدراسات إلى أن للعنف الأسري آثاراً بعيدة المدى على الأطفال الذين يشاهدونه، كاضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والميول الانتحارية وممارسة العنف مع الشريك والانحراف، وهي متغيرات لم يتم تناولها في الدراسة الحالية؛ لذا يمكن التوصية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات لتقصي الآثار بعيدة المدى للعنف الأسري على الأطفال، وهل تختلف هذه الآثار باختلاف جنس الأطفال أو أعمارهم، أو وجود مصادر دعم أخرى في بيئتهم كوجود الجدين أو الأعمام أو الأخوال.

كما أن من الضروري إتاحة الدعم النفسي للأطفال الذين يعيشون في أسر عنيفة في مدارسهم من خلال توافر مرشد نفسي كفء يعمل على تعرف مثل هذه الحالات، وتقديم الخدمات المناسبة للتعامل معها، مع ضرورة قيام الجهات المختصة بنشر الوعي بين الآباء حول خطر مشاهدة الأبناء للعنف بين الأبوين على صحتهم النفسية وتكيفهم، وذلك من خلال الندوات والمحاضرات ووسائل الاتصال الجماهيري.

## الملاحق

الرقم	الفقرات	يحدث دائماً	يحدث أحياناً	لا يحدث أبداً
1	يتشاجر والدي كثيراً.			
2	يتهم والدي والدتي أنها السبب في كل المشاكل.			
3	يسخر والدي من مظهر والدتي.			
4	يشتم والدي والدتي بألفاظ سيئة باستمرار.			
5	حديث والدي معنا عبارة عن تعليمات وأوامر.			
6	عندما تعبر والدتي عن رأيها فإن والدي يسخر منها.			
7	يتعمد والدي إحراج والدتي أمام الآخرين.			
8	أسمع صراخ والدي باستمرار داخل البيت.			
9	يحقر والدي والدتي، ويقلل من شأنها أمامنا وأمام الآخرين.			
10	يهدد والدي والدتي بالطلاق.			
11	يمنع والدي والدتي من زيارة أهلها.			
12	يرد والدي على الهاتف، ولا يسمح لوالدتي بذلك.			
13	يمنع والدي والدتي من ارتداء ما تحب من الملابس.			
14	ترغب والدتي بالعمل لكن والدي يمنعه.			
15	يمنعنا والدي من الخروج من البيت.			
16	يمنع والدي والدتي من الاختلاط مع الجيران.			
17	يرفض والدي الإصغاء لأي فرد من أفراد الأسرة.			
18	يمنعنا والدي من عمل أي شيء فيه تسلية.			
19	يرفض والدي الخروج معنا في الزيارات الاجتماعية.			
20	يتصل والدي بوالدتي في أثناء غيابيه عن المنزل ليتأكد من وجودها.			
21	تقضي والدتي كثيراً من الوقت وهي تبكي لما تعانيه من والدي.			
22	أتمنى أن أرى السعادة على وجه والدتي.			
23	قلما يتحدث والدي معنا.			
24	ينتابنا الشعور بالقلق والخوف عندما يقترب موعد عودة والدي.			
25	تندب والدتي حفظها السيئ.			

الرقم	الفقرات	يحدث دائماً	يحدث أحياناً	لا يحدث أبداً
26	أشعر أننا نعيش في جحيم.			
27	يهددنا والدي بترك المنزل.			
28	تتصرف ولادتي مع والدي بضعف واستسلام.			
29	عندما تذهب والدتي في زيارة تبقى خائفة ان يعود والدي قبلها.			
30	يقضي والدي أغلب وقته مع رفاقه.			
31	عندما أنظر لوالدي وهو غاضب أرتعد خوفاً.			
32	ينتهي شجار والدي بأن يضرب والدي والدتي.			
33	جسم والدتي مليء بالكدمات.			
34	يجبر والدي والدتي على أن تتوقف عن عمل أي شيء هو لا يحبه.			
35	يستخدم والدي أي شيء أمامه في ضربه لوالدتي.			
36	إذا حاولت الدفاع عن والدتي فإن والدي يضربني أيضاً.			
37	يشد والدي شعر والدتي بقوة.			
38	يضرب والدي والدتي أمامنا.			
39	يتعهد والدي باستمرار بأنه لن يضرب والدتي ثانية ولكن دون جدوى.			
40	يصفع والدي والدتي على وجهها.			
41	عندما يغضب والدي يتعرض جميع أفراد الأسرة للضرب.			
42	يطرح والدي والدتي أرضاً ويضربها برجليه.			

## المراجع

## المراجع العربية:

- حلمي، ساري، (2000). الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية للعنف الأسري على المجتمع المحلي. ورقة عمل مقدمة لندوة العنف الأسري وعمالة الأطفال التي نظمها مركز التوعية والإرشاد الأسري. الزرقاء، الأردن.
- شيفر وميلمان (2001). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة نسيمه داود ونزيه حمدي. منشورات عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- عزام، إدريس، (2000). العنف الأسري وانعكاساته على صحة المرأة في المجتمع العربي، المجلة الثقافية، العدد 29، عمان، الأردن.
- العوادة، أمل، (1998). العنف ضد الزوجة في المجتمع الأردني. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- محارمة، حمد، والزيد، ريم، والحياري، رجاء، والنحاس، أمل (2002). المفاهيم الخاصة بالعنف الأسري والإساءة كما تراها شرائح المجتمع الأردني. معهد الملكة زين الشرف التنموي، عمان، الأردن.

## المراجع الأجنبية:

- Bevan, E., & Higgins, D. J. (2002). Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence*, 17, 223-245 .
- Caesar, P. L. (1988). Exposure to violence in the families- of- origin among wife-abusers and martially nonviolent men. *Violence Victims*, 3, 49-63.
- Campbell, J.C., & Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 253-374.
- Cantrell, P.J., MacIntyre, D.I., Sharkey, K.J., & Thompson, V. (1995). Violence in the marital dyad as a predictor of violence in peer relationships of older adolescents/young adults. *Violence and Victims*, 10, 35-41.
- Christopoulos, C., Chohn, D.A., Shaw, D.S., Joyce, S., Sullivan-Hanson, J., Kraft, S.P., & Emery, R.E. (1987). Children of abused women: Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and Family*, 12, 611-619.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford.
- Doumas, D., Margolin, G., & John R.S. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generation. *Journal of Family Violence*, 9, 157-175.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence, *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 830-870.
- Emery, R.E. (1996). A longitudinal study of battered women and their children: One year following shelter residence. Paper presented at the First International Conference on Children Exposed to Family Violence, Austin, TX.
- Fantuzzo, J. W., Boruch, R., Beriana, A., Alkins, M., & Marcus, S. (1997). Domestic Violence and children. Prevalence and risk in five major cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 116-122.
- Forsstrom- Cohen, B., & Rosenbaum, A. (1985). The effects of parental marital violence on young adults: An exploratory investigation. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 467-472 .
- Gelles, R. (1972). *The Violent Home: A Study of physical Aggression Between Husbands and Wives*, Sage, Newbury Park, CA.
- Graham- Bermann, S.A. (1998). The impact of woman abuse on children's social

- development. In G.W. Holden, R. Geffner, & E.N. Jouriles (Eds.), *Children and marital violence: Theory, research, and intervention* (21-54). Washington, DC: APA Books.
- Graham-Bermann, S.A., & Hughes, H.M. (1998). The impact of domestic violence and emotional abuse on children: The intersection of research, theory, and clinical intervention. *Journal of Emotional Abuse*, 1 (2), 1-22.
- Graham- Bermann, S.A., & Brescoll, V. (2000). Gender, power, and violence: Assessing the family stereotypes of the children of batterers. *Journal of Family Psychology*, 14, 600-612 .
- Graham-Bermann, S.A., & Edleson, J. (Eds.). (2001). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy*. Washington, DC: APA Books.
- Groves, B. M. (2002). *Children who see too much. Lessons from the child witness to violence project*. Beacon press, Boston.
- Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Bennett, T., & Jankowski, M.K. (1997). Long-term psychological adjustment to witnessing interparental physical conflict during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21, 501-515.
- Holden, G. W., & Ritchie, K.L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women, *Child Development*, 62, 311-327.
- Holden, G. W., Stein, J.D., Ritchie, K.L., Harris, S.D., & Jouriles, E.N. (1998). The parenting behaviors and beliefs of battered women. In G.W. Holden, R. Geffner, & E.N. Jouriles (Eds.). *Children exposed to marital violence: Theory, research, and intervention* (289-334). Washington, DC: APA Books.
- Holtzworth- Munroe, A., Smutzler, N., Bates, L. & Sandin, E. (1997). Husband violence: Basic facts and clinical implications. In: W. Halford and H. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions*, (129-202). John Wiley and Sons Ltd.
- Hughes, H., & Barad, S. (1983). Psychological functioning of children in a battered women's shelter: A preliminary investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(3), 525-531.
- Hughes, H.M., & Graham-Bermann, S.A. (1998). Children of battered women: Impact of emotional abuse on adjustment and development. *Journal of Emotional Abuse*, 1(2), 23-50.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 143, 74-77.
- Jaffe, P., Wolfe, D., & Wilson, S. (1990). *Children of battered women*, Newbury Park, CA: Sage.
- Jouriles, E.N, McDonald, R., Stephens, N., Norwood, W., Spiller, L.C.& Ware, H.S. (1998). Breaking the cycle of violence: Helping families departing from battered women's shelters. In G.W. Holden, R. Geffner, & E.N. Jouriles ( Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* 337-369. Washington, DC: APA.
- Jouriles, E.N., McDonald, R., Norwood, W.D., Ware, H.S., Spiller, L.C.,& Swank, P. R. (1998). Knives, guns, and interparent violence: Relations with child behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12, 178-194.
- Kamuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and Family*, 46:11-19.
- Kerig, P.K. (1998). Moderators and mediators of the effects of inter-parental conflict on children's adjustment. *Journal of Abnormal Child psychology*, 26, 199-212.
- Kilpatrick, K.L. & Williams, L.M. (1998). Potential mediators of post traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*, 22, 319-330
- MacEwen, K. E. (1994). Refining the intergenerational transmission hypothesis. *Journal of Interparental Violence*, 9, 350-365.
- Maker, A. H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (1998). Long-term psychological consequences in women witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. *Journal of Interparental Violence*, 13, 574-588.
- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). *The effects of family and community violence on children*.

*Annual Reviews Psychology*, 51, 445-479.

Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P.K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and in the community*. (57-102). Washington, DC:APA Books.

Matlin, M. (2000). *The psychology of Women*, Harcourt College Publishers, V.A.E.

McClosky, L.A., Figueredo, A.J., & Koss, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 1239-1261.

Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J., & Guarrera, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 305-315.

Pepler, D.J., & Moore, T.E. (1989). Children exposed to family violence: Home environments and cognitive functioning. Paper presented at the meeting of the society for research in child development, Kansas City, MO.

Perry, B.D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In M.M. Murburg (Ed.), *Catecholamine function in PTSD: Emerging concepts* 233-255. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Perry, B.D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". In J.D. Osofsky (Ed.), *Children in a violence society*, 124-149. N.Y: Guilford Press.

Reynolds, M. W., Wallace, J., Hill, T.F. Weist, M.D. & Nahors, L. A. (2001). The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 25, 1201-1206.

Rossman, B.B.R., Hughes, H. M., & Rosenberg, M.S. (2000). *Children and interparental violence: Impact of exposure*, Philadelphia: Taylor & Francis.

Rutter, M., & Sroufe, L.A. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.

Sternberg, K. Lamh, M.E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R.M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Journal of Developmental Psychology*, 29, 44-52.

Stith, S. M., Rosen, K.H., Middleton, K.A., Busch, A.L., Lunderberg, K. & Carlton, R.P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-659.

Straus, M.A. (1992). Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. In D.F. Schwarz (Ed.), *Children and violence: Report of the 23<sup>rd</sup> Ross Roundtable on Critical Approaches to Common Pediatric Problems*, 98-104, Columbus, OH: Ross Laboratories.

Sullivan, CM., Juras, J., Bybee, D., Nguyen, H., & Allen, N. (2000). How Children's adjustment is affected by their relationships to their mothers' abusers. *Journal of Interpersonal Violence*. 15, 587-602.

Van Der Kolk, B.A. (1996). The body keeps score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B.A. Van Der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, 214-241, N.Y. Guilford Press.

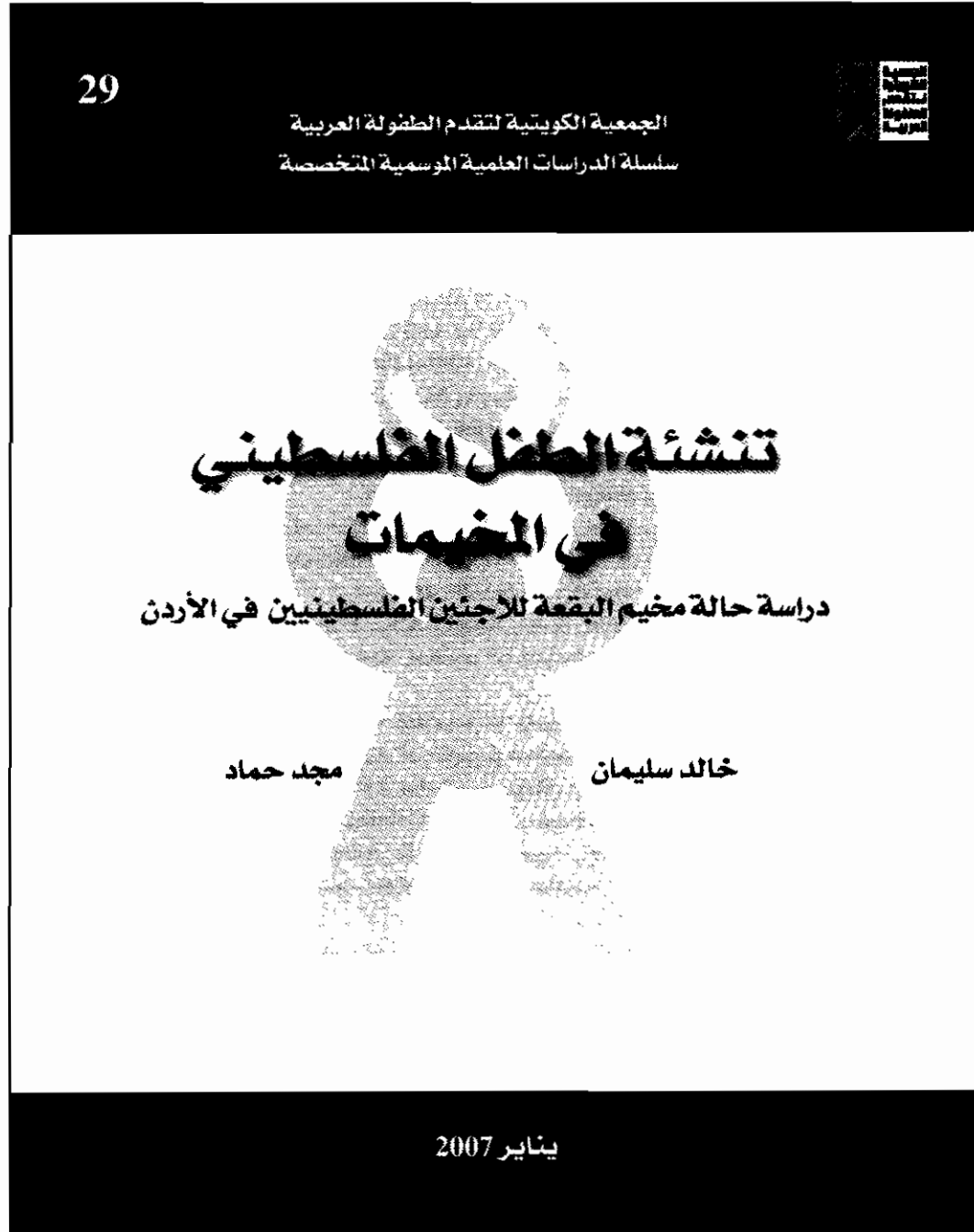
Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. In J. Jas Jasinski & L.M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*. 73-112, Thousand Oaks, CA: Sage.

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P. (2003).

The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.

## إصدار جديد

صدر حديثاً عن الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية كتاب: «تنشئة الطفل الفلسطيني في المخيمات، دراسة حالة مخيم البقعة للاجئين الفلسطينيين في الأردن»، ضمن سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة (المرحلة الثالثة 2004-2009) لمشروع مبارك العبدالله المبارك الصباح.



## العلاج المعرفي. السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي،

### رهاب الإملاء

د. محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي في قسم علم النفس

كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الكويت

#### الملخص:

الرهاب والقلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين المراهقين والشباب، ولكن هذه الحالة من الحالات المرضية النادرة، لأنها تمثل نمطاً محدداً من الرهاب. لم يرد كثيراً إلى عيادتي الخاصة. هو رهاب الإملاء Dictation phobia يعاني منها طفل في سن التاسعة وثمانية أشهر. وانطلقنا في تحديد مشكلات الحالة وصياغتها Case conceptualization من نموذج كلارك Clark وويلز Wells النظري. وكشفت النتائج الناجمة عن التدخل بالعلاج المعرفي. السلوكي، قبل العلاج وبعده، وطوال فترة المتابعة التي امتدت إلى ستة أشهر، عن تحسن شديد، ووجود فعالية وتأثير قوي لهذا الأسلوب العلاجي، خاصة إذا استرشدنا بنموذج كلارك وويلز. كذلك انتهت نتائج الدراسة إلى أن هذا النموذج يمكن الامتداد به من علاج اضطرابات القلق لدى الشباب والراشدين إلى علاجها لدى الأطفال والمراهقين.

#### Cognitive - behavioral therapy of specific social phobia:

##### Dictation phobia

Mohammed N. Al-Sabwah

Department of psychology - College of social sciences

Kuwait University

#### Abstract

The aim of this study was to evaluate the theoretical model of social phobia (dictation phobia) (Clark & Wells, 1997) and test the efficiency of Cognitive - Behavioral therapy for experimental individual clinical case versus control single case, and its effectiveness from the social point of view. A specific type of social phobia - dictation phobia - was the main and unusual treatment problem in the cognitive behavioral therapy for a 9-year and 8 months- old schoolboy. For case formulation and treatment rational, the social phobia model by Clark and Wells was used. A four standard questionnaires ; social phobia, avoidant behavior, negative evaluating, and the depression of children were used. Experimental - control case design with repeated measures of assessment (pretreatment, post treatment, and 6 months follow-up) was used. The significant improvement was shown by experimental clinical participant at post treatment and at a 6 months follow- up. No improvement was shown by control participant at post treatment and at 6 months follow- up. The post treatment assessments and follow-up assessments revealed clear positive treatment efficacy and effectiveness with social phobia among children and overall social functioning. The results were discussed in terms of previous studies and some personal and social factors.



## مقدمة:

إن اضطراب القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي Social phobia اضطراب يتصف بالخوف التفافقي من التعرض للمواقف الاجتماعية التي تتضمن أشخاصاً آخرين يصوبون أنظارهم لبعض الأطفال أو المراهقين، ويعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، خاصة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية، وعلى الرغم من أن بداية المعاناة من اضطراب الرهاب الاجتماعي تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة، فإن الغالبية العظمى منهم لا يتم تشخيصهم إلا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدأون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب؛ ولذلك يجب في هذه الحالة الجمع بين العلاجين: المعرفي - السلوكي والطبي (Mancini, Ameringen, Bennett, patterson & Watson, 2005).

وتشير بعض الدراسات والبحوث العلمية الأخرى إلى أن «اضطراب الرهاب الاجتماعي Social phobia والقلق الاجتماعي Social anxiety، من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر، من ستة أعوام إلى اثني عشر عاماً» (Ahzens-Eipper and Hoyer, 2006)، ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره في أثناء مرحلة المراهقة وبدايات سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكراً. «وغالباً ما يحدث تداخل أو تفاعل بين القلق الاجتماعي وارتقاء المهارات الاجتماعية Social skills، والتوافق في أداء الأدوار الاجتماعية خاصة في السياقات الاجتماعية، كالمدرسة، والنادي، وتشكيل جماعات النشاط كالرحلات والنشاط الثقافي والخطابة، بحيث يمكننا التنبؤ من القلق الاجتماعي بحالة الرهاب الاجتماعي في سني العمر المبكرة» (Kessler, 2003)، ومن ثم يسهل علاجها قبل أن تتفاقم، وهذا هو ما حدث بالضبط مع الحالة المرضية التي نعرض لعلاجها المعرفي - السلوكي في هذا البحث.

تشير البحوث العلاجية إلى أن برامج التدخل المعرفي السلوكي تعد برامج علاجية فعالة ومؤثرة في علاج اضطرابات القلق بشكل عام لدى الأطفال، إلا أن هذه البحوث لم تحسم فعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي لديهم أو لدى المراهقين (Vandertoorm & Ferdinand, 2004)، ولذلك أجريت دراسة بهدف معرفة أي نوع من العلاج النفسي الاجتماعي الذي يجب استخدامه لعلاج اضطرابات القلق بصفة عامة لدى الأطفال والرهاب الاجتماعي لديهم بصفة خاصة. وراجعت الدراسة البحوث العلاجية التي كان هدفها تقويم فعالية العلاج المعرفي السلوكي بكل أنواعه، في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال، والرهاب الاجتماعي، والمخاوف البسيطة، واضطراب القلق المعمم. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً ومؤثراً في ثماني عشرة دراسة لعلاج اضطرابات القلق لدى الأطفال بما في ذلك الرهاب الاجتماعي، بغض النظر عن اختلاف أساليبه (كالعلاج المعرفي السلوكي الجمعي في مقابل العلاج المعرفي السلوكي الفردي، وسواء تكامل مع تدريب الوالدين أم لم يتكامل، وسواء أكان في العيادات الخاصة الخارجية أم داخل المستشفيات، وسواء أكان معه علاج طبي أم لم يكن). وأوصت الدراسة بضرورة البدء عند علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال بالعلاج المعرفي السلوكي (Vandertoorm & Ferdinand, 2004).

وراجع هذا البحث الأدلة الواقعية التي تؤيد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وفعاليتها من حيث كونه علاجاً لاضطرابات القلق النفسي بما فيه الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين، وإلى أي درجة يستطيع هذا النمط من العلاج النفسي منع ظهور هذا المرض في بدايات الشباب وما بعده، سواء تم تقديم هذا العلاج بصورة جماعية أم بصورة فردية، أم داخل العلاج الأسري، وسواء اختلف مكان العلاج (كتقديمه بالعيادات الملحقة بالمدارس والجامعات أم بالعيادات الخاصة، أم بعيادات الأحياء والمقاطعات). وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الفردي له فعالية في علاج مخاوف الأطفال والمراهقين أشد جوهرية من العلاج المعرفي - السلوكي الجمعي، ونتائجه بالعيادات الخاصة أفضل جوهرية منها بالسياقات والعيادات الأخرى، كما أن فعاليتها تزيد جوهرية في علاج الرهاب الاجتماعي إذا تكامل مع العلاج الطبي، ويستفيد منه الأطفال ذوو الرهاب الاجتماعي الشديد بالمقارنة بأقرانهم ذوي الرهاب الاجتماعي البسيط (Albana & Kendall, 2002). كما أشارت النتائج إلى أنه إذا تم علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال باستخدام العلاج المعرفي - السلوكي أو العلاج التوفيقي متعدد المحاور، فإنه لن يظهر لديهم، ولن يعاودهم مرة أخرى في سني المراهقة والشباب.

وعلى الرغم من إشارة كثير من البحوث العلمية إلى أهمية علاج الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين والشباب في بداياته المبكرة؛ لأن العلاج النفسي يكون مؤثراً وفعالاً، فإن البحوث والدراسات العلاجية للحالات الفردية التي تستهدف العلاج المعرفي- السلوكي للرهاب الاجتماعي تعد نادرة إلى حد ما. كما أن البحوث العلاجية التي تستخدم العلاج المعرفي- السلوكي الفردي Individual cognitive- Behavior therapy. وليس العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي Group cognitive - Behavior therapy. لمرضى الرهاب الاجتماعي من الأطفال تعد أشد ندرة، كما سنرى في فقرة عرض الدراسات السابقة. كذلك لم نجد إلا دراسة واحدة تكاد تكون متطابقة إلى حد كبير مع دراستنا هذه، هي التي انطلقت في العلاج المعرفي- السلوكي من نموذج كلارك وويلز، وحاولت الاستفادة منه في علاج الأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي، أو الرهاب الاجتماعي، أو كليهما. والملاحظة الأخيرة التي تشكل دافعاً أساسياً لإجراء هذه الدراسة أن العلاج المعرفي- السلوكي، استرشاداً بنموذج كلارك وويلز. كما يطبق في التدخل العلاجي في الإنتاج الفكري النفسي الأجنبي. يستخدم بصورة جماعية، وليس مع الحالات الفردية. ومن ثم كان أحد أهداف هذا البحث تجريب العلاج المعرفي- السلوكي وفقاً لنموذج كلارك وويلز على حالات فردية من المرضى النفسيين، وليس على مجموعات مرضية منهم.

### نموذج كلارك وويلز (1995):

ظهر النموذج المعرفي للرهاب الاجتماعي Cognitive model of social phobia على يد كلارك عام 1995، في فصل تم نشره في مصنف Handbook تم تحريره لمعرفة كل المتغيرات المرتبطة بكل من الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي لدى الشباب بشكل أساسي، وليس لدى الأطفال والمراهقين، وعالجت فصول هذا المصنف الرهاب الاجتماعي من حيث قضايا التشخيصية، وطرق قياسه وتقويمه من قبيل أساليب التقرير الذاتي كالاستخبارات والاستفتاءات questionnaires والمقابلات التشخيصية Diagnostic interviews، وأساليب الملاحظة العيادية، وجداول المراقبة الذاتية Self-observational schedules، ومقاييس التقرير الذاتي scales Self-report من قبل الآخرين للحالة، كالأهل والأقارب والأصدقاء، والقياس النفسي الفيزيولوجي كالأعراض البدائية على الجسم وأجهزة التنفس والهضم، ومن حيث علاجه علاجاً نفسياً أو علاجاً طبياً أو كليهما إذا دعت الضرورة لذلك.

ويرى كلارك وويلز أن الرهاب الاجتماعي يستثيره حدث أو موقف تفاعل اجتماعي. كموقف الإملاء وسط مجموعة من التلاميذ في السياق المدرسي وفقاً لعميلنا هذا. ويسمى هذا الحدث البيئي أو الموقف الاجتماعي مثيراً منشطاً Trigger، من شأنه أن ينشط مجموعة من الافتراضات Assumptions أو المخططات المعرفية Cognitive schema السلبية، وهذا أمر ينتج عنه إدراك سلبي للبيئة الاجتماعية، بحيث يدركها الطفل أو المراهق أو الشاب، أو حتى الراشد والمسن، على أنها بيئة اجتماعية خطيرة وتبعث على الشعور الشديد بالتهديد والخوف والهلع، ومن ثم تبدأ هذه الافتراضات والمخططات المعرفية في إفراز مجموعة كبيرة من المعتقدات الخاطئة ومن الأفكار الالئية السلبية Negative heliefs and automatic thoughts من قبيل، «أنا لا قيمة لي اجتماعياً، ويكرهني الآخرون، وأنا فاشل، وأنا لست مثل زملائي الآخرين في الفصل؛ لأنني ضعيف في الإملاء، أنا ساقع في كثير من الأخطاء مهما كانت سهولة قطعة الإملاء، أنا سأحصل على درجات قليلة، وقد أرسب بسببها، إن أسأتذتي سيحتقرونني بسبب ضعفي في الإملاء، إن والدي سيعنفانني بسبب ضعفي في الإملاء، وسيحتقرانني لأنني لست كزملائي في الإملاء». ويترتب على ما سبق ظهور قدر من التصلب المعرفي نظراً لاعتقاد الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً) بأنه لن يتحسن ولن يستطيع التغيير إيجابياً، واعتقاده بأن هذا الاضطراب سيستمر ولا علاج له، وينجم عن ذلك مرحلة معرفية جديدة؛ إذ يتعامل المريض بالرهاب الاجتماعي. في هذه الحالة. مع ذاته ويدركها على أنها شيء اجتماعي، وليست موضوعاً اجتماعياً يجب توقيره واحترامه، ويحدث تعميم هذه الأعراض المعرفية والمزاجية على كل السياقات الاجتماعية، فيبدأ المريض في إدراك ذاته على أنها منتقدة من قبل الآخرين ومحبطة لهم، وأياً كان هؤلاء الآخرون: أهل وأقارب أو جيران أو أصدقاء أو زملاء أو مدرسون إلى آخره، ومن ثم تبدأ الأعراض المزاجية في الظهور، وأبرزها القلق المختلط بالكآبة، والشد والخوف الذي قد يصل إلى حد الفزع، والرعب، والخوف من تقويم الآخرين له سلبياً.

ونتيجة لتفاعل كل من الأعراض المعرفية والمزاجية، فينشأ كثير من الاضطرابات السلوكية،

كالانسحاب الاجتماعي، واهتزاز الألفاظ والكلام، وارتعاش اليدين وارتجاف الجسم، وجفاف الحلق، وسرعة التنفس، والضغط الشديد على القلم عند الكتابة، والاهتمام الشديد بالأخطاء وحدوثها أكثر من الاهتمام بالكتابة الصحيحة والتركيز على ما ينطقه المعلم. وبالطبع هناك تفاعل متبادل بين مكونات هذا النموذج وبعضها بعضاً، ومن ثم فإنه مع مرور الوقت تقوى هذه الأعراض وتشتد وتزداد رسوخاً إذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب. (راجع شكل (1) صياغة حالة جورج ومشكلاته) طبقاً للنموذج الذي اقترحه كلارك (1995) وطوره ويلز (1997).

### الدراسات السابقة:

فيما يتعلق بالعلاج المعرفي - السلوكي للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال، سنعرض فيما يلي للدراسات المتاحة لنا التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي الجماعي Group cognitive Behavior therapy، سواء أكان تفصيلياً أم مختصراً، ثم التي استخدمت العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، ولم نجد - في هذا الصدد - سوى دراستين فقط.

#### 1. دراسات العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي للرهاب الاجتماعي:

أجريت هذه الدراسة لعلاج مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين 8 سنوات و11 سنة، كانوا جميعاً يعانون من الرهاب الاجتماعي وفقاً للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل الإحصائي والتصنيفي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، وكان عددهم 23 طفلاً، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين: الأولى كانت المجموعة التجريبية (ن=12)، وكانت الثانية مجموعة قائمة الانتظار الضابطة. وخضعت المجموعتان لفحص بالمقابلة التشخيصية، تحدد على أساسه خط الأساس، ثم تلقت المجموعة العيادية التجريبية علاجاً معرفياً سلوكياً جمعياً لمدة ثلاثة أسابيع، تكون من الترتيبات النفسية Psychoeducation، والاستراتيجيات المعرفية Cognitive strategies، والتعرض السلوكي التخيلي Imaginal، ثم التعرض المباشر في الحياة In vivo. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن جوهري بعد انتهاء العلاج وطوال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثلاثة أسابيع أخرى، حيث انخفض القلق الاجتماعي والخوف من تقويم الآخرين سلبياً، والانسحاب الاجتماعي، كمكونات للرهاب الاجتماعي جوهرياً بعد العلاج بالمقارنة بمستواها قبل العلاج، كما انخفض الاكتئاب بشكل جوهري بعد العلاج عنه قبل تلقي العلاج، وهذا أمر يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي. كذلك أشارت التقارير اللفظية للأطفال المرضى وكذلك تقارير من آبائهم إلى أنهم قد تحسّنوا تماماً، ولم يعودوا يعانون من مواجهة الآخرين، كما أشارت إلى وجود فروق جوهريّة بين المجموعتين: التجريبية العيادية، والضابطة على كل مقاييس الرهاب الاجتماعي والقلق والاكتئاب، وكل ما يتصل بالرهاب الاجتماعي من أعراض مرضية. وتخلص الدراسة إلى أن التدخل بالعلاج المعرفي - السلوكي قصير المدى للأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يتسم بالفعالية والكفاءة والتأثير الإيجابي (Gallagher, Rabian & McCloskey, 2004).

وأجرى مجموعة أخرى من الباحثين المعالجين دراسة على خمسين طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين 7 سنوات وأربع عشرة سنة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: إحداهما كانت المجموعة التجريبية العيادية (25 طفلاً ومراهقاً) في مقابل المجموعة الضابطة على قائمة الانتظار. وتم تحديد خط الأساس لدى كلتا المجموعتين، ثم تلقت المجموعة العيادية برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي التكامل The integrated cognitive - behavioral therapy program؛ لأنه ضم عدداً من الأساليب العلاجية، هي: التدريب على المهارات الاجتماعية، والتعرض التخيلي والمباشر التدريجي، والتعديل المعرفي للأفكار، واستراتيجية المواجهة والتصدي، وتوكيد الذات، والتحدّي المعرفي، بالإضافة إلى تدريب آباء المجموعة العيادية، وعدم تدريب آباء المجموعة الضابطة للإشراف على الأطفال للقيام بواجباتهم العلاجية المنزلية. وأشارت النتائج إلى أن المجموعة التجريبية قد تحسّنت تحسناً جوهرياً في كل أعراض الرهاب الاجتماعي وما يتصل بها من مظاهر معرفية ومزاجية وسلوكية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، سواء أكان ذلك في أثناء العلاج أم كان بعده طوال فترة المتابعة التي استمرت لمدة سنة كاملة، علماً بأن العلاج كان طويل المدى حيث استمر ثلاثة أشهر بواقع جلسة لمدة ثلاث ساعات أسبوعياً. ولكن تبين أنه لم يكن لإشراف الآباء دور جوهري في معدلات التحسن، علماً بأن كثيراً من البحوث الأخرى تشير إلى أن تحسن الأطفال يزداد جوهرياً إذا كان هناك تكامل بين العلاج المعرفي السلوكي، وتدريب الآباء

على الإشراف على أبنائهم عند تنفيذهم لواجباتهم المنزلية العلاجية، كما أن نسب الانتكاس تقل إلى حد كبير بحيث تكاد تنعدم بينهم (Spence, Donovan & Brechman- Toussaint, 2000).

. وفحصت هذه الدراسة تأثير انخفاض المعاناة من الرهاب الاجتماعي مع مرور الوقت على تحسين الأداء المدرسي والكفاءة الاجتماعية عبر برنامج تكاملي للعلاج المعرفي- السلوكي تم تطبيقه على أربعين طفلاً يعانون من الرهاب والقلق الاجتماعي، تراوحت أعمارهم بين ستة أعوام وثلاثة عشر عاماً. وأشارت النتائج إلى أنه بانخفاض حدة القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال جوهرياً لتحسن جوهرياً أداء الأطفال مدرسياً، وتحسن جوهرياً الكفاءة الاجتماعية، وفقاً لمقاييس الرهاب والقلق الاجتماعي، وتقديرات المدرسين لأداء الأطفال وكذلك آباؤهم، وهذا أمر يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي في علاج القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين (Wood, 2006).

وفي دراسة حاولت اختبار قدر فعالية العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي لدى عشرة أطفال (5 ذكور و5 إناث) يمثلون مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي في مقابل عشرة أطفال (5 ذكور و5 إناث) يمثلون المجموعة الضابطة، تراوحت أعمارهم جميعاً بين 9 سنوات و12 سنة. وبالطبع تم تقويم أعراض الرهاب الاجتماعي، وما يرتبط به من مظاهر مرضية أخرى قبل العلاج وفي أثنائه وبعده وطوال فترة المتابعة التي استمرت ثلاثة أشهر مثلها في ذلك مثل فترة العلاج. وكان يتم تقديم العلاج بواقع جلسة أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر مدتها ساعتان إلى ثلاث ساعات. أشارت النتائج إلى انخفاض أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي جوهرياً لدى المجموعة التجريبية بعد العلاج وطوال مدة المتابعة بالمقارنة بها قبله، كما انخفضت جوهرياً لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. ولم تعد المواقف الاجتماعية، ولا الخوف من تقويم الآخرين لهم سلبياً، يهددهم. كما لوحظ أن معدل التحسن ازداد لدى كل من الذكور والإناث بالدرجة نفسها، ولم تحدث أي انتكاسات طوال مدة المتابعة؛ ولقد أمدتنا هذه الدراسة بدليل علمي يشير إلى تأثير العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي وفعاليته في علاج الأطفال ذوي الرهاب والقلق الاجتماعي (Melfsen, Osterlow, Beyer & Florin 2003).

وراجعت هذه الدراسة تسعة بحوث بأسلوب التحليل البعدي Meta-analysis لفحص الحالة الراهنة للعلاج المعرفي- السلوكي الجمعي عند الأطفال والمراهقين ذوي الرهاب الاجتماعي. وأشارت النتائج إلى أنه على الرغم من قلة عدد البحوث التي تم مراجعتها، فإنها تشير إلى الفعالية الجوهرية لأساليب العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي التكاملي في خفض حدة الرهاب الاجتماعي بشكل جوهري. كما أشارت إلى استقرار هذه النتائج وثباتها في البحوث التي تمت مراجعتها جميعاً. ولكن هذه المراجعة لم تكشف لنا عن الفروق بين أساليب العلاج المعرفي- السلوكي وغيره من العلاجات النفسية الأخرى من حيث كفاءتها وتأثيرها في تخليص الأطفال والمراهقين من الرهاب والقلق الاجتماعي. وانتهت هذه المراجعة إلى خلاصة مؤداها أن أساليب العلاج المعرفي- السلوكي على اختلاف مشاريها تعد أساليب فعالة في علاج الرهاب والقلق الاجتماعي لدى الأطفال (Kremberg & Mitte, 2005).

وحاولت هذه الدراسة فحص الفروق العلاجية لدى المراهقين الذين يعانون من الرهاب والقلق الاجتماعي، التي تختلف باختلاف قدراتهم على الإفصاح Disclosure عن الكرب النفسي الشديد وفقاً لتحديدته بمقابلة تشخيصية مقننة. تكونت العينة من 171 طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين 8 سنوات و15 سنة، وكانت تشخيصاتهم المبدئية إما الرهاب الاجتماعي أو الانسحاب الاجتماعي، أو قلق الانفصال، أو القلق المعمم. وقبل العلاج تم فحص الأطفال وآبائهم مستقلين عن بعضهم بعضاً باستخدام المقابلة التشخيصية لاضطرابات القلق السابق ذكرها، لتحديد التشخيص النهائي لكل طفل ومراهق على حدة. واعتماداً على أحكام الآباء حول حالة أبنائهم من حيث قدرتهم على الإفصاح عن درجة الكرب النفسي، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متعارضتين، إحداهما ذات درجة مرتفعة في القدرة على الإفصاح عن كربهم النفسي، والأخرى ذات درجة منخفضة في هذه القدرة. كما تم تحديد أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره بأساليب التقدير الذاتي التي أجاب عنها الآباء والمدرسون والأطفال. (وكان أهمها اختبار قلق الأطفال، وقائمة سلوك الأطفال، وقائمة الرهاب الاجتماعي). وأشارت النتائج بشكل عام إلى أن درجة القدرة على التعبير عن المعاناة من الكرب النفسي تعد متغيراً معدلاً لنتائج العلاج المعرفي- السلوكي للرهاب

والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال والقلق المعمم. وعلى الرغم من استفادة كلتا المجموعتين من العلاج النفسي فإن الأطفال ذوي الكرب الشديد، وذوي القدرة الأعلى في الإفصاح عنه، كانوا أكثر استفادة بشكل جوهري من العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي أو الفردي بالمقارنة بالأطفال ذوي الكرب المنخفض وذوي القدرة الأدنى في الإفصاح عنه (Panichelli-Mindel, Flannery-Schroeder, Kendall, & Angelosante, 2005).

## 2. دراسات العلاج المعرفي- السلوكي الفردي للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال؛

أجريت الدراسة الأولى في هذا المحور على طفلة تعاني من الرهاب الاجتماعي، عمرها خمس سنوات. والمهم في هذه الحالة أن أعراض الرهاب الاجتماعي تم اكتشافها مبكراً، على عكس معظم الذين لا يتم اكتشاف الرهاب الاجتماعي لديهم حتى يدخلوا في مرحلتى المراهقة والصبا أو الشباب المبكر. وتم خضوعها لبرنامج علاجي معرفي سلوكي معدل فردي تضمن أساليب التعلم العلاجي، والتربية النفسية، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وإعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring، والتدريب على الاسترخاء التدريجي أو التصاعدي، والتعرض التخييلي، مع تعديله ليتم من خلال قصص قصيرة يتم تخيل المواقف الاجتماعية المهددة التي ترد فيها. وكانت إجراءات العلاج تجري بشكل فردي بواقع جلسة أسبوعياً، مع إشراف والدها عليها في تنفيذها للواجبات المنزلية حتى لا تفقد مكاسبها العلاجية، ويحدث مزيد من التراكم العلاجي بين الجلسات. وأشارت النتائج إلى تحسن الطفلة تحسناً جوهرياً بالمقارنة بمعاناتها قبل تلقيها العلاج المعرفي السلوكي الفردي.

وللأسف فعلى الرغم من تطويع العلاج المعرفي السلوكي للإجراءات الفردية، فإن الدراسة وقعت في خطأين منهجيين، هما: عدم وجود حالة فردية ضابطة لتمثل أساس المقارنة للوقوف على فعالية العلاج وتأثيره، وكذلك عدم وجود فترة متابعة تصل إلى ضعفى مدة العلاج، كما تشير إلى ذلك الأسس العلمية والمنهجية. ومن ثم يجب النظر إلى نتائج هذه الدراسة بنوع من الحذر على الرغم من التحسن الشديد لدى الطفلة والفروق الجوهرية بين حالتها قبل العلاج وبعده (Miller & Feeny, 2003).

أما الدراسة الثانية في هذا المحور فقد عالجت طفلاً يعاني من نوع محدد من الرهاب الاجتماعي هو «رهاب الإملاء Dictation phobia»، عمره أحد عشر عاماً، وهي حالة شبيهة بالحالة التي نشرنا نتائجها في هذا البحث، لاتباعنا الأساليب العلاجية نفسها. يرى الباحث الرهن أن هذه حالة رهاب اجتماعي غير معتادة، تمت صياغة مشكلاتها ومنطق العلاج المعرفي- السلوكي الفردي انطلاقاً من نموذج كلارك وويلز الذي عرضنا له في مقدمة هذا البحث. وتم علاجها علاجاً قصيراً عبر ثلاث جلسات علاجية من دون الاستعانة بإشراف من الوالدين. وأشارت نتائج العلاج إلى أن هذا الطفل تحسن تحسناً جوهرياً في كل أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي، كما تحسنت قدرته على الكتابة والإملاء، وتحسنت درجاته وتقديراته في كل المقررات المدرسية مع مرور الوقت، وتحسنت الكفاءة الاجتماعية وتقديره لذاته وفعاليته الذاتية، وأصبحت لديه القدرة على المواجهة والتفاعل بإيجابية مع الآخرين.

ولكن لم تستخدم هذه الدراسة حالة ضابطة أساساً للمقارنة بينهما في النتائج قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي الفردي وبعده، كما أن هذه الدراسة كانت تقريراً وصفيّاً لعلاج الحالة، وليست بحثاً تجريبياً لعلاج الحالة. وعلى الرغم من أن النتائج قد أشارت إلى فعالية العلاج انطلاقاً من الدرجات على مقاييس التقرير الذاتي ومن وجهة نظر المعالجين، فإنها لم تشير إلى تأثيره effectiveness من وجهة نظر المدرسين والوالدين، أو من وجهة نظر أساليب التقدير الذاتي للطفل (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006). وسنحاول في دراستنا هذه تفادي مثل هذه الأخطاء المنهجية.

## تعقيب عام على الدراسات السابقة؛

أشارت مراجعة الباحث الرهن للدراسات السابقة إلى وجود طرازين من العلاج للرهاب والقلق الاجتماعي، هما العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، والعلاج المعرفي السلوكي الفردي، وقد يقتصر النوعان على أساليب العلاج المعرفي السلوكي فقط، وقد تتكامل هذه الأساليب مع علاجات نفسية أخرى. كما أشارت المراجعة إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج الرهاب والقلق الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين وبدايات الشباب، والراشدين، ولكن قليل جداً من هذه الدراسات هو الذي استخدم العلاج المعرفي- السلوكي الفردي لدى الأطفال الذين يعانون من

الرهاب الاجتماعي، كما أن الدراسات التي استخدمت العلاج الفردي لم تسترشد بنموذج كلارك وويلز المعاصر الذي يسترشد به كثير من الباحثين المعالجين النفسيين الآن في علاج الرهاب الاجتماعي. كذلك وقعت بعض الدراسات السابقة في بعض الأخطاء المنهجية، أهمها: عدم استخدام مجموعة أو حالة فردية ضابطة أساساً للمقارنة بالمجموعة أو الحالة العيادية التجريبية التي تلقت العلاج، حتى نقف على فعاليته وتأثيره بدقة، وعدم متابعة العلاج بعد مدة انتهائه لفترة تصل - على الأقل - إلى ضعف فترة العلاج حتى نستطيع تحديد نسب الانتكاس ومعدلاته (Miller & feeny, 2003; Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006). ومن ثم فإن دراستنا هذه ستسترشد بنموذج كلارك وويلز والامتداد بتطبيقاته من علاج الشباب والراشدين إلى علاج الأطفال والمراهقين، كما أنها ستحاول تفادي الوقوع في الأخطاء المنهجية السابقة.

### مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة عن السؤالين الآتيين:

- (1) ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية بالمقارنة بالحالة الضابطة قبل العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وبعده وطوال مدة المتابعة لمدة ستة أشهر اعتماداً على التقدير النفسي العيادي؟
- (2) وهل هناك آثار إيجابية للعلاج المعرفي - السلوكي الفردي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد ومعلم اللغة العربية)؟

### فروض الدراسة:

- (1) معدلات التحسن لدى الحالة التجريبية أعلى جوهرياً منها لدى الحالة الضابطة بعد تقديم العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وطوال مدة المتابعة اعتماداً على التقدير النفسي العيادي.
- (2) هناك آثار إيجابية جوهرياً للعلاج المعرفي - السلوكي الفردي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد ومعلم اللغة العربية).

### المنهج والإجراءات:

استخدمت هذه الدراسة المنهج التجريبي، حيث كانت التجربة العلاجية Therapeutic Trail هي أداة جمع البيانات، فهي دليل على كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي الفردي وتأثيره في علاج حالة الطفل جورج من الرهاب الاجتماعي. وفي هذه التجربة كان المتغير المستقل هو جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الاثنيتي عشرة، بينما كان المتغير التابع هو الرهاب الاجتماعي المتمثل في «رهاب الإملاء» من حيث كونه موقفاً اجتماعياً مخيفاً ومهدداً بشكل مرضي لجورج.

### التصميم التجريبي:

استخدمت الدراسة تصميم القياس القبلي البعدي التجريبي المتكرر للحالة التجريبية والضابطة. ووفقاً لمقتضيات هذا التصميم الذي اقترحه «ألان كازدين» (Allan Kazdin, 1998) ضمن تصميمات الحالة الفردية التجريبية، كان لا بد من وجود حالة تجريبية هي الطفل جورج الذي قدمنا له العلاج المعرفي - السلوكي الفردي لعلاج الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى حالة سعيد الذي كان على قائمة الانتظار وهو حالة ضابطة. أجرينا لهما قياسات على كل أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره العيادية ثلاث مرات على مدى أسبوعين، وحصلنا على متوسط الأداء لدى كل حالة منهما على حدة، فأمكننا تحديد خط الأساس Baseline لديهما (المتغيرات التابعة وهي الخوف الاجتماعي والتجنب والتقويم السلبي) قبل التدخل العلاجي الذي قدمناه لحالة جورج ولم نقدمه لحالة سعيد وهي حالة ضابطة، ويرمز لهذا التصميم كما يأتي:

حالة تجريبية (جورج) قياس قبلي (ق1) التدخل العلاجي، قياس بعدي متكرر (ق2)

حالة ضابطة (سعيد) قياس قبلي (ق1) لا يوجد تدخل علاجي، قياس بعدي متكرر (ق2)  
(Kazdin, 1998, p.97).

## وصف الحالة التجريبية والحالة الضابطة (صياغة الحالة):

جورج هو الطفل الذي قمنا بعلاجه في عيادة الباحث الخاصة، يبلغ من العمر تسعة أعوام وثمانية أشهر عند حضوره لتلقي العلاج النفسي من مخاوفه أو رهابه الاجتماعي. وكان أصغر إخوته الثلاثة الذين كانوا يعيشون معه ومع والديه أسرة متماسكة ومساندة لأبنائها، وكان والداه في الخمسينات من العمر. وكان قد مر بأول نوبة رهاب اجتماعي وهو في عمر الثامنة (الصف الثالث الابتدائي)، وهو الآن في الصف الرابع الابتدائي. وقد ذكر والداه أنه منذ أن كان عمره أربع سنوات، كان يبدو متوتراً ومشدوداً عندما يقوم بزيارتنا الأهل والأقارب، ويزداد توتره عندما يزورنا أشخاص غرباء لا يعرفهم، ولكنه كان يختلط بأقرانه من أبناء الحيان، وكان يشعر بالأمان الشديد، وهو مع والديه وإخوته. ولا توجد مشكلات مطلقاً في ذهابه للروضة، ثم للمدرسة منذ أن التحق بها، ولم يرفض الذهاب إليها مطلقاً بسبب ذهابه مع إخوته إليها (لديه اثنان من إخوته، ذكر وأنثى يكبرانه بالمدرسة ذاتها)، ولكن مع بداية الدراسة بالفرقة الرابعة، بدأت تظهر عليه علامات الخوف عند ذهابه صباحاً للمدرسة بصفة عامة، وحضور حصص الإملاء بصفة خاصة، ثم بدأ الشكوى بشكل متكرر من الواجبات المنزلية التحريرية، ومن مواقف الإملاء في المدرسة وفي المنزل، وفي أي سياق آخر للدروس الخصوصية، شكوى تصل إلى حد البكاء، وتظهر علامات فسيولوجية واضحة عليه، كصفرة الوجه تلي حمرة فيه، وارتعاش، وسرعة في ضربات القلب، وانسحاب وخوف شديد عند أي حوار من قبل الأب والأم حول دروس الإملاء، ثم قل عدد أصدقائه كثيراً، وبدأ يخاف جداً من أساتذة اللغة العربية ودروسها. وكان يكره المقابلات ولقاء معلميه الذين لا يعرفهم. وذكر لي جورج أنه «لا يستطيع التركيز على شرح معلم اللغة العربية، ومن ثم لا يفهم كثيراً مما يشرحه بسبب انشغاله بخوفه من أن يطلب أن يخرج ويكتب على السبورة أي جملة، أو الإجابة عن أي سؤال كتابة». ويقول «عند بدء أية حصة ورؤية المعلم أو أي زميل من زملائه وهو يبدأ في الكتابة تجعله في حالة من الرعب الشديد، وتبدأ تنتابه أفكار كثيرة لا يستطيع دفعها عنه من كثرة ترددها عليه»، من قبيل: «أنا فاشل في الإملاء، إنني سافشل أمام زملائي إذا طلب مني المعلم كتابة أي جملة على السبورة. سافشل في كتابتي الإملاء لأنني لا أسمع ما يعلّمه المعلم. إنني ضعيف التركيز. سيأخذ عني والداي فكرة سيئة لأنني إنسان فاشل. سأعجز عن الكتابة في البيت. أخاف من الواجبات المنزلية التحريرية. أخاف من والدي إذا أراد أن يملّي علي قطعة أو نصاً من النصوص. سيعنفني والدي على أخطائي الإملائية العديدة. سأحصل على درجات ضعيفة. سيعيرني أصدقائي بسبب ضعفي في الإملاء». وعند حوارني معه بدت عليه (وجهه وجسمه) أعراض فسيولوجية عديدة، أهمها صفرة الوجه، وارتعاش خفيف باليدين، وجفاف بالحلقي (حسب تقريره اللفظي)، وسرعة التنفس، وتلملم، وارتجاف، وخوف من أن يراه الآخرون على هذه الحالة. وبدأ يشكو من هروب أصدقائه منه، وأنه يبكي كثيراً، وعند الكتابة كان يضغط بشدة على القلم، وكان يبدو عصبياً وقلقاً ومشدوداً، كان يقوم بتهجية الحروف بصوت مسموع وهو يكتب أية كلمة، ويبدو كأنه يقاوم شيئاً شديداً، وأحياناً يبدو كأنه يتلو على نفسه كلمات أو تعليمات. ولما سألته ماذا يقول، ذكر أنه يرفع صوته بكلمات تشجيعية حتى يستطيع التركيز على ما يسمعه من كلمات وجمل حتى يتمكن من كتابتها. وبالنسبة إلى أفكاره الآلية، أضعف تركيزه في تحصيل دروس الإملاء واللغة العربية، وزاد من انسحابه الاجتماعي، والخوف من تقويم أساتذته وزملائه ووالديه له سلبياً، واختلط رهابه الاجتماعي ببعض أعراض الاكتئاب، وأصبحت مواقف الاختبارات التحصيلية تشكل منبهات شديدة التهديد بالنسبة إليه. كان يقع بسبب ذلك في كثير من الأخطاء عند الإجابة عن أسئلة أي امتحان، وبدأت تقديراته تقل إلى حد ما طوال ستة أشهر قبل حضوره للعلاج. ومع ذلك كان يلقي مساندة قوية من إخوته ووالديه، وكان يحبهما بشدة وكذلك إخوته، وكان مرتفع الذكاء (115 نقطة ذكاء)، وما زالت شخصيته متماسكة، وكان يبدو متحدياً، ويريد التخلص من هذه المعاناة بشكل كبير.

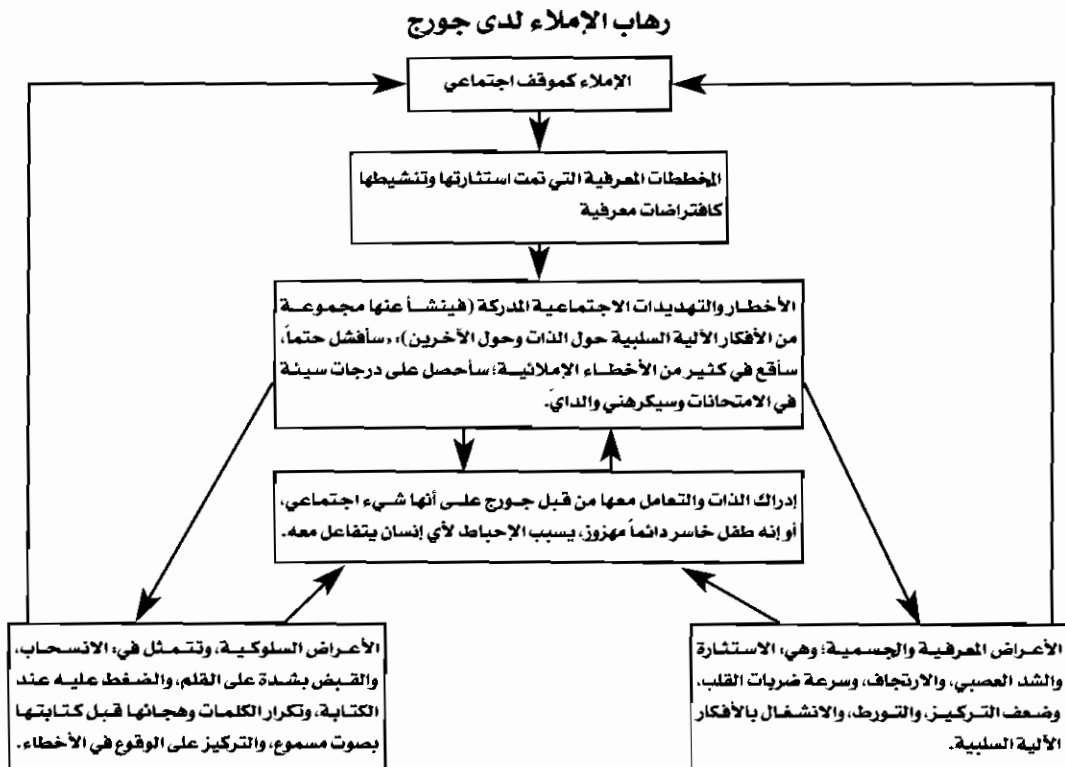
أما سعيد فكان يمثل الحالة الضابطة، وكان عمره عشر سنوات، ويشكو من الرهاب الاجتماعي بشكل عام وليس من «رهاب الإملاء»، وكان بالصف الرابع الابتدائي. وكان يعاني من كل أعراض الرهاب الاجتماعي ومظاهره، ومن بعض أعراض الاكتئاب. وكان يضاها جورج «الحالة التجريبية» في متغيرات الذكاء (111 نقطة ذكاء)، وكان تحصيله حسناً إلى جيد جداً، وكان من أسرة متماسكة كذلك ومساندة له، وكان يريد التخلص من معاناته، وكان اتجاهه إيجابياً نحو العلاج والمعالج، ولكنه ظل على قائمة الانتظار طوال فترة هذه التجربة (ستة أشهر)، ثم قام



الباحث الراهن يعالجه من الرهاب الاجتماعي، وهو الآن مثل جورج في الصف الثاني الإعدادي، ويتمتع بكفاءة اجتماعية واضحة وبادية للعيان؛ لأنه من الخطأ الأخلاقي ألا يتم علاجه بعد انتهاء التجربة العلاجية.

### صياغة مشكلات الحالة التجريبية طبقاً لنموذج كلارك وويلز:

لم يجد الباحث صعوبة حينما قام بتطبيق مكونات نموذج كلارك وويلز على مشكلات حالة جورج المرضية لتحديد مشكلاته المعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية، علماً بأنه يطبق للمرة الأولى في البيئة العربية والمصرية. في حدود علم الباحث. على الأطفال والمراهقين. وفقاً لهذا النموذج يمكن تحديد المخططات Schema المعرفية التي تفسر منشأ الرهاب الاجتماعي، وما ينتج عن هذه المخططات المعرفية الخاطئة من أفكار آلية سلبية واعتقادات خاطئة تدور حول الذات وعلاقة جورج بالآخرين. وتسبب هذه الأفكار الآلية السلبية بدورها مجموعات ثلاث من الزملاء المعرفية والانفعالية والاجتماعية، والجسمية والفسولوجية، التي تشكل في مجموعها في النهاية الأهداف العلاجية الكبرى، وما ينبثق عنها من أهداف علاجية فرعية وقصيرة المدى. ويمكن تلخيص حالة جورج في الشكل (1) الآتي:



شكل (1) صياغة مشكلات جورج المرتبطة برهابه الاجتماعي طبقاً لنموذج كلارك وويلز (1995) ثم ويلز منفرداً (1997)

المشكلات الكبرى كأهداف علاجية طويلة المدى، وما ينبثق عنها من مشكلات فرعية.

(1) المخططات المعرفية الخاطئة وما ينتج عنها من اعتقادات خاطئة وأفكار آلية سلبية تدور حول الذات والآخرين (مواقف التفاعل الاجتماعي) والمستقبل، وضعف التركيز والمشكلات الاجتماعية والشخصية كالخوف من تقويم الآخرين سلبياً، والانسحاب والتجنب، وفقد الأصدقاء، وضعف التواصل الاجتماعي.

(2) ما ينتج عن المخططات المعرفية الخاطئة من تغيرات انفعالية سلبية كالخوف والرهاب، وتغيرات عضوية كالعصبية والشد والارتجاف وجفاف الحلق، وسرعة ضربات القلب، والاستشارة.

(3) المشكلات السلوكية: التلعثم في النطق، والاستمرار في هجاء الكلمات عند الإملاء أو الكتابة بشكل عام، والضغط بشدة على القلم عند الكتابة، وتكرار الكلمات بصوت مرتفع.



## وصف الأدوات:

استخدمنا في هذه الدراسة العلاجية نوعين من الأدوات النفسية،

(أ) أدوات للفحص والتقدير النفسي لأغراض تحديد اضطرابات الخوف الاجتماعي ومظاهره، وهي: مقياس الخوف كمؤشر للرهاب الاجتماعي، وكانت معاملات ثباته بطريقة ألفا كرونباخ، وإعادة الاختبار على التوالي 0.84، 0.81، ومعامل صدقه بالمحك الخارجي [قائمة اكتئاب الأطفال (الصبوة، 1998)] 0.72، ومقياس الخوف من التقويم السلبي، وكانت معاملات ثباته وصدقه بالطرق السالفة الذكر ذاتها على التوالي، 0.87، 0.83، والصدق 0.74، ومقياس تجنب السياقات والمواقف الاجتماعية، وكانت معاملات ثباته وصدقه على التوالي (الثبات، 0.93 و 0.88) وكان صدق التعلق بمحك خارجي هو مقياس تأكيد الذات للأطفال (الصبوة، محمد نجيب، 2000). 0.82، وتراوحت الدرجات عليه بين صفروست وثلاثين درجة، وعدد بنوده 12 بنداً، لكل بند مقياس شدة ذو ثلاثة بدائل. وكلها كانت من إعداد الباحث. وقائمة اكتئاب الأطفال، واعتمدنا عليها كمحك خارجي، ووسيلة لتقدير بعض أعراض الاكتئاب وحدتها الناتجة عن الرهاب الاجتماعي لدى الحالة.

(ب) وأدوات أخرى يتم استخدامها في أثناء تقديم العلاج المعرفي السلوكي، وهي: جداول المراقبة الذاتية لرصد نتائج العلاج ودرجات التحسن في المشكلات السلوكية، ومدرج الخوف من السياقات والمواقف الاجتماعية، والمقابلة التمهيدية للعلاج، والمقابلة العيادية لتحديد أعراض الرهاب والقلق الاجتماعي، ومقياس التقدير الذاتي لتحديد شدة الرهاب، ومستوى الخوف. وجدول إعادة البناء المعرفي للأفكار الآلية السلبية، وفيما يلي عرض للمجموعة الثانية من الأدوات التي تم استخدامها في جمع البيانات في أثناء العلاج وقبله وبعده.

جدول (1) المراقبة الذاتية أسبوعياً قبل العلاج وبعد انتهائه وفي أثناء المتابعة (قبل العلاج)

الأعراض اليوم	استخبارات الرهاب الاجتماعي			قائمة بيك للاكتئاب	الراحة النفسية قبل العلاج - بين الجلسات (صفر - 10)	التقدير الذاتي للرهاب الاجتماعي*	
	الخوف	التجنب	التقويم السلبي			الخوف	التجنب
السبت	22**	20	21	23	2	9	8
الأحد	21	23	25	27	صفر	8	7
الاثنين	20	24	20	32	1	7	9
الثلاثاء	21	21	25	21	1	9	8
الأربعاء	22	25	24	24	صفر	8	7
الخميس	19	22	23	18	3	10	8
الجمعة	23	21	22	22	صفر	9	9

\* بالإضافة إلى الاستخبارات الموضوعية التي طبقناها، استخدمنا مقياس التقدير الذاتي لدرجة معاناة جورج من كل مكون من مكونات الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفروعشر درجات قبل العلاج وفي أثناءه، وبعد انتهائه وطوال فترة المتابعة.

\*\* الدرجات داخل كل الجدول بما فيها جدول (1) عبارة عن مثال لكيفية ملء هذه الاستمارات. وليست بيانات تم تحليلها، على الرغم من أنها تمثل أحد القياسات المتكررة قبل العلاج.

جدول (2) صحيفة يومية للمراقبة الذاتية لأعراض الرهاب الاجتماعي والاكتئاب  
على مقاييس للتقدير الذاتي تتراوح درجاتهم بين صفر وعشر درجات

الأعراض اليوم بالساعة	الرهاب الاجتماعي			الاكتئاب	فترة التقدير النفسي للرهاب الاجتماعي		
	الخوف	التجنب	التقويم السلبي		قبل العلاج	بعد العلاج	أثناء المتابعة
8 ص	20	22	19	19			
9	19	18	21	23			
10	22	19	18	18			
11	18	23	20	19			
12	19	8	18	19			
1م	18	22	20	18			
2	19	9	18	17			
3	17	18	19	18			
4	18	19	22	17			
5	17	18	19	18			
6	18	17	18	19			
7	21	22	24	25			
8	22	24	26	24			
9	20	21	23	21			
10	19	22	21	23			
11	20	19	18	19			

ويتم تدريب كل من الحالة (جورج) ووالده على ملء جداول المراقبة الذاتية لأعراض فحص وتحديد حدة الأعراض، ودرجات التحسن في أثناء العلاج وبعده، وفي أثناء المتابعة.

جدول (3) مدرج الخوف والرهاب الاجتماعي للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج

م	المواقف الاجتماعية	فترة التقدير النفسي	الخوف	التجنب	التقويم السلبي
1	سماعي لبعض زملاء أو الأباء أو المدرسين يتحدثون حول دروس الإملاء. (4) *	قبل العلاج	22	23	23
		بعد العلاج	11	9	10
		أثناء مدة المتابعة	12	11	12
2	رؤية أحد زملاء أو أحد إخوتي وهو يكتب حلولاً تحريرية لواجباته المنزلية المدرسية. (4)	قبل العلاج	23	24	23
		بعد العلاج	10	10	11
		أثناء المتابعة	10	9	10
3	رؤية أحد إخوتي أو أحد زملائي وهو يكتب ما يملئ عليه في البيت. (4)، (5)	قبل العلاج	21	25	26
		بعد العلاج	9	10	11
		أثناء المتابعة	10	11	10
4	عندما تقترب حصة الإملاء. (5)	قبل العلاج	24	25	24
		بعد العلاج	12	11	12
		أثناء المتابعة	11	12	9
5	عندما يتم تكليفي بواجبات تحريرية منزلية. (5)، (6)	قبل العلاج	21	22	24
		بعد العلاج	14	12	13
		أثناء المتابعة	11	10	11
6	عندما يدخل الفصل أستاذ اللغة العربية. (5)	قبل العلاج	23	24	25
		بعد العلاج	11	12	13
		أثناء المتابعة	10	14	11
7	عندما يدور حوار حول الإملاء بيني وبين والدي أو والدتي أو أحد إخوتي. (6)، (7)	قبل العلاج	22	21	23
		بعد العلاج	10	11	10
		أثناء المتابعة	11	12	11
8	عندما يطلب مني أحد إخوتي كتابة ما سيمليه علي. (6)، (7)، (8)	قبل العلاج	19	20	22
		بعد العلاج	10	9	10
		أثناء المتابعة	10	10	11
9	عندما أنظر إلى زملائي في الفصل وهم يكتبون بثقة ما يمليه علينا المعلم. (6)، (7)، (8)، (9)	قبل العلاج	18	21	22
		بعد العلاج	11	10	13
		أثناء المتابعة	12	11	12
10	عندما أفكر في فشلي في الإملاء وما سأحصل عليه من درجات. (8)، (9)، (11)	قبل العلاج	19	22	23
		بعد العلاج	13	12	14
		أثناء المتابعة	11	12	9
11	عندما أقارن بين درجاتي ودرجات أحد إخوتي أو أحد زملائي في دروس الإملاء. (9)، (10)، (11)	قبل العلاج	20	19	22
		بعد العلاج	11	10	11
		أثناء المتابعة	9	11	13
12	عندما أقوم بكتابة الإملاء في الفصل بعد سماع صوت المعلم وهو يملئ علينا النص. (10)، (11)	قبل العلاج	22	21	23
		بعد العلاج	9	10	11
		أثناء المتابعة	11	10	12

\* يشير الرقم إلى الجلسة التي تم علاج الموقف فيها.

وقد استخدمنا هذا المدرج الذي يبدأ بأقل المواقف إثارة للرهاب الاجتماعي بمكوناته الثلاثة، وينتهي بأشدها إثارة له في إزالة الحساسية من الخوف، وهو الأسلوب العلاجي السلوكي المعروف باسم التسكين المنظم. كما استخدمناها في تدريب جورج على التعرض التخيلي لها، ثم التعرض المباشر لها في واقع حياته الفعلية بالمدرسة وبالمنزل، ومع زملائه، ومع معلمي اللغة العربية. وكانت درجات التقدير الذاتي لكل متغير من المتغيرات المرضية تتراوح بين صفر وعشر درجات.

وبالإضافة إلى ما سبق استخدمنا:

المقابلة التمهيدية، وجمعنا منها مجموعة مهمة من المعلومات تكاملت مع تاريخ الحالة، ونتائج اختبارات الرهاب الاجتماعي، وفقاً لإجابة جورج عن هذه الأسئلة: ما قدر تأثير كل موقف من المواقف الاجتماعية التي يضمها هذا المدرج وفقاً لكل مكون من مكونات الرهاب الاجتماعي قبل العلاج؟، وإلى أي مدى أصبح جورج يعاني من الرهاب الاجتماعي «رهاب الإملاء» قبل العلاج؟، وإلى أي مدى أصبح جورج مرعوباً من كل موقف من المواقف الاجتماعية؟، وإلى أي مدى يمكنه تجنب كل موقف من هذه المواقف قبل العلاج؟، وإلى أي مدى كان اهتمامه منصباً على الخوف من تقويم الآخرين له سلبياً في كل موقف من المواقف الاجتماعية؟.

وقد اتفقت مع جورج ووالده الذي كان متعاوناً تماماً مع المعالج، على أن هدف العلاج المبدئي سيكون قدرتنا بالتعاون معاً على مواجهة هذه المواقف الاجتماعية المهددة له، وتقليل الخوف من مواقف الإملاء وما يدور حولها من تفاعلات اجتماعية بينه وبين معلميه وزملائه وإخوته ووالديه، في البيئة الاجتماعية المدرسية والمنزلية باستخدام أسلوب التسكين المنظم Desensitization، والتعرض التخيلي والتعرض المباشر Direct exposure في الحياة الاجتماعية، ثم نستخدم العلاج المعرفي بأسلوب تفنيد الأفكار الآلية السلبية Negative automatic thoughts التي تدور حول الذات، والآخرين، والمستقبل العلمي له. وانتهينا من المقابلة العيادية الأولى إلى تحديد هذه القائمة من الأفكار الآلية السلبية: «أنا لا قيمة لي، أنا فاشل وإخوتي أفضل مني، أنا ضعيف في الإملاء وزملائي أفضل مني، مهما كانت سهولة كلمات الإملاء سأقع في كثير من الأخطاء، سأرسل هذا العام بسبب الإملاء، سيحتقرني معلم اللغة العربية بسبب فشلي، إن والدي وإخوتي سيكرهونني بسبب فشلي في التحصيل، لست متأكداً من نجاحي في السنوات المقبلة، لا مستقبل لي بين إخوتي، مهما حاولت فسأفشل في كل حاجة».

وفي المقابلة العيادية أجاب جورج عن أسئلة بطارية الاستخبارات الأساسية، وهي: قائمة اكتئاب الأطفال، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و39 درجة، وتتسق الدرجة من 15 إلى 21 التي حصل عليها مع درجات مرضى الرهاب الاجتماعي من الأطفال الذين يخضعون للعلاج بهذا البرنامج (Etling, Hope, & Heinberg, 1992). كما حصل على إحدى وعشرين درجة على مقياس التجنب الاجتماعي، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و28 درجة (سبع بنود ذات بدائل أربعة)، وتدور درجات أطفال الرهاب الاجتماعي عليه حول 18 درجة. وحصل على 25 درجة على مقياس التقويم السلبي لسلوكه الاجتماعي، ومتوسط أطفال الرهاب الاجتماعي على هذا المقياس هو 2.24 درجة في البيئة المصرية [وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و27 درجة (تسعة بنود ذات مقياس شدة ثلاثي الدرجات)]، وحصل على 21 درجة على مقياس الخوف الاجتماعي، وتدور درجات أطفال الرهاب الاجتماعي عليه حول 19 درجة، وتتراوح الدرجات عليه بين صفر و24 درجة (ثمانية بنود ذات مقياس شدة ثلاثي الدرجات).

كذلك استخدمنا أسلوب الاسترخاء بالتنفس breath relaxation والاسترخاء العضلي العميق deep muscle relaxation لعلاج الأعراض الفسيولوجية والشد العضلي والعصبية والارتجاف إلى آخره، وهي تمثل الهدف العلاجي الطويل الثاني وما ينبثق عنها من أهداف علاجية فرعية.

ويقتضي التدريب على الاسترخاء تعليم المريض كيفية الاسترخاء بالتنفس العميق بعد أن نشرح المقصود بهذا المفهوم، ونقوم بأداء الدور أمامه، والفائدة العلاجية المترتبة عليه. كما يقتضي التدريب على الاسترخاء العضلي العميق، تعليم جورج التمييز بين إحساسات الشد والاسترخاء في كل مجموعة عضلية في أثناء ممارسة التدريب، علماً بأن عدد المجموعات العضلية ست عشرة مجموعة. وكان الهدف العلاجي النهائي من التدريب التمييزي على الاسترخاء، زيادة قدرة المريض على اكتشاف مصادر الشد العضلي وعلاماته مبكراً، بجانب تيسير انتشار الاسترخاء

سريعاً على كل هذه المجموعات العضلية. وبعد الانتهاء من تدريب كل مجموعة عضلية على حدة على ممارسة الاسترخاء، تستخدم أساليب تعميق الاسترخاء. على أنها مهارة يجب تعلمها. في أثناء عمليات التأثير والإيحاء، متضمنة التنفس البطيء (مثال ذلك: التنفس البطيء مع تكرار كلمة استرخ، بهدوء مع خروج الزفير ببطء) (براون وأوليري، 2002، 402، 403).

أما قائمة الأعراض الفسيولوجية التي قمنا بعلاجها باستخدام الاسترخاء بالتزاوج مع كل موقف من المواقف الاجتماعية المخيفة لجورج، وكذلك التقدير الذاتي لكل عرض فيها على حدة على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفر وعشر درجات، فيعرض الجدول الآتي لها:

جدول (4) الأعراض الفسيولوجية التي تم علاجها بالاسترخاء بنوعيه والتقدير الذاتي لها قبل العلاج وبعده وفي فترة المتابعة

م	الأعراض الفسيولوجية تحت العلاج بالاسترخاء	التقدير الذاتي على مقياس شدة يتراوح بين صفر إلى عشرة	قبل العلاج	بعد العلاج	أثناء المتابعة
1	الارتجاف (بالساقين والذراعين)	8	9	3	3.5
2	الشد العضلي	9	9.5	2	2
3	التململ	7	7.5	2	2.5
4	الأرق	8	9	2	2.5
5	ضيق التنفس	6	7	1	1
6	خفقان القلب	8	9	2	3
7	الدوار	7	8	صفر	صفر
8	آلام في البطن	9	9	1	صفر
9	نوبات العصبية	10	10	3	3
10	آلام في البلع	9	9	صفر	1

وأخيراً استخدمنا العلاج المعرفي بالإضافة إلى العلاج السلوكي الذي عرضنا لأدوات جمع بياناته في الفقرات السابقة. ويتسق المكون المعرفي في برنامجنا العلاجي لحالة جورج، مع الإجراءات العلاجية المعرفية التي وضعها بك Beck وامري (1985) Emery.

في بداية الجلسة العلاجية، يزود جورج بعرض واف لطبيعة المعارف والإدراكات المسببة للرهاب الاجتماعي (من قبيل مفهوم الأفكار الآلية السلبية، وطبيعة المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف وللرعب والرهاب الاجتماعي والكرب النفسي، والأسباب التي تقف خلف الأفكار الآلية السلبية المسؤولة عن استمرار رهابه الاجتماعي). ولأن جزءاً من المقدمة تنصب على الأسس والمعتقدات التي يتصدى لها العلاج المعرفي، فإن عناية خاصة توجه إلى جورج، بحيث نضمن أنه قد فهم أن هذا النوع من العلاج المعرفي يتم استخدامه في علاج الرهاب الاجتماعي، وأن تأويلاته المعرفية المشوهة للمواقف الاجتماعية وسوء إدراكه لها، وليست السياقات الاجتماعية نفسها، هي السبب أو هي المسؤولة عن الخبرات الانفعالية المزاجية السلبية كاستجابات لهذه المواقف الاجتماعية. ولذلك فإنه من خلال المواقف التي يعرضها المعالج النفسي، مثلها في ذلك مثل المواقف الاجتماعية التي يوردها جورج، ويعيد بعضها عليه المعالج بطريقة مضمونها الحماسة والدافعية، تتشكل الخطوة الأولى من خطوات العلاج المعرفي، بل هي أهم خطواته على الإطلاق؛ لأنها تساعد جورج في إدراك أنه لا بد أن يكون قادراً على تحديد التفسيرات والتنبؤات المحددة التي يتوصل إليها بنفسه، لكي يكون في وضع يمكنه من إيقاف هذه الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات الخاطئة بشكل فعال.

ووفقاً لما يقوم به بك وامري (1985)، يقوم جورج والمعالج النفسي الراهن بتحديد الأفكار السلبية عن طريق أساليب علاجية محددة أهمها، أسلوب تساؤلات المعالج، مثال ذلك، ما الذي حدث في هذا الموقف الاجتماعي (موقف الإملاء، أو خروجك للكتابة أمام زملائك على السبورة)، بحيث أصبحت خائفاً بل ومرعوباً بهذا الشكل؟، وأسلوب التصور أو التخيل العقلي، بأن نطلب من

جورج أن يغمض عينيه، ويتخيل كل موقف من هذه المواقف الاجتماعية بكل تفاصيلها على أنها وسيلة لحصولي على مزيد من المعلومات الإضافية من أجل استرجاع الأفكار الآلية السلبية التي حدثت في كل موقف من المواقف الاجتماعية. هذا بالإضافة إلى قائمة الأفكار الآلية التي حصلنا عليها من أسلوب المقابلة العيادية الذي وصفناه سابقاً.

وتم تدريب جورج على استخدام جداول المراقبة الذاتية المعرفية للأفكار (راجع جدول (5) القادم)، ليعرف كيف يراقب أفكاره الآلية كلما صادفه موقف اجتماعي مهدد، أو كلما ازداد خوفه الاجتماعي إذا طرأت على ذهنه إحدى أفكاره الآلية، وكان المعيار الكمي الذي يبدأ عنده المراقبة الذاتية للأفكار، هو مقياس التقدير الذاتي لما يشعر به من خوف أو رهابة، وهو ثلاث أو خمس درجات من عشرة. وكنا نبدأ من درجة منخفضة من درجات الرعب (أقل من خمس درجات)، حتى يبدأ جورج مراقبة أفكاره مبكراً، ليعرف أن الموقف الاجتماعي بذاته ليس سبباً في رهابه، أما السبب فهو أفكاره الآلية السلبية ومعتقداته الخاطئة حوله. ولمزيد من توليد الدافعية داخل جورج ملء جداول المراقبة الذاتية الخاصة بالأفكار الآلية السلبية، على أنه واجب منزلي، كنت أعلمه أن يطرح على نفسه هذا السؤال، إذا شعر بزيادة الخوف الاجتماعي داخله، فيردد بنوع من الحوار الذاتي Self-dialogue غير المسموع حتى لا يلفت نظر الآخرين إليه، «لقد زاد خوفي وما زال يزداد في الدقائق العشر الأخيرة، بحيث أصبحت شدته تتراوح بين درجتين وخمس أو ست درجات، فما الذي يمكنني التفكير فيه حتى أعرف سبب هذه الزيادة؟ كذلك كنت أعلمه مراقبة تقلباته المزاجية وزيادة العصبية والشد العضلي؛ لأنها من أهم الفرص التي لا ينبغي ضياعها من دون تحديد الأفكار الآلية السلبية التي طرأت على ذهنه، وهي الأفكار التي يجب تناولها على أنها فروض قابلة للاختبار وليست حقائق، وفيما يلي جدول (5) الذي يعرض للأفكار الآلية السلبية التي تم علاجها بالعلاج المعرفي؛ لأنها كانت أحد أبرز أسباب رهابه الاجتماعي، مستخدمين أسلوب تفنيد الأفكار ودحضها.

جدول (5) الأفكار الآلية السلبية المثيرة للرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) إعادة البناء المعرفي

أثناء المتابعة		قبل العلاج المعرفي			
درجة الراحة النفسية (صفر-10)	درجة الرهاب (صفر-10)	الأفكار البديلة الإيجابية	درجة الرهاب	الفكرة الآلية السلبية	الموقف الاجتماعي المثير
3	2	الإملاء موقف لا يحدد قيمتي إنني أفضل منهم هي مقررات أخرى	10	أنا لا قيمة لي (4)*	حوار حول الإملاء
1	1	سيخلصني العلاج من هذه الفكرة وسأتصدى لها ولنغيرها	9	إخوتي أفضل مني لأنني فاشل (4)	الكتابة على السبورة أمام زملائي
3	3	سأواصل التدريب والتعلم حتى أصبح أفضل من زملائي	8	زملائي أفضل مني بسبب ضعفي في الإملاء (5)	المقارنة بين درجاتي ودرجات زملائي أو إخوتي في الإملاء
2	2	كل إنسان يخطئ ولكن المهم أن يتعلم من خطئه	7	سأقع في كثير من الأخطاء مهما كانت سهولة قطعة الإملاء (6)	انتظار درس الإملاء
1	1	ما دامت أسرتي تساندني سيكون النجاح حليفي	8	سأرسل في امتحاناتي بسبب فشلي في التحصيل (7)	رؤية المعلم وهو يملئ قطعة الإملاء
1	1	(هذه مجرد أمثلة للأفكار البديلة الإيجابية التي كان يتعلمها جورج ليبتكر مثلها)	7	لا مستقبل لي بين أسرتي (8)	رؤيتي لزملائي وهم يكتبون الإملاء
1	2		8	لست متأكداً من نجاحي في السنوات القادمة (8)	رؤية زميلي يكتب على السبورة
2	1		9	مهما حاولت سأفشل في كل الأمور (9)	تدريب والدتي لي على إجادة الإملاء
2	1		10	سيكرهني والدي بسبب حصولي على درجات سيئة (9)	حوار مع والدي حول حل واجباتي تحريرياً

\* يشير الرقم إلى الجلسة التي تم علاج الفكرة الآلية بها.

وبناء على بيانات هذا الجدول ستتم المقارنة بين درجات الرهاب الاجتماعي لدى جورج قبل العلاج المعرفي - السلوكي وبعد انتهائه وفي أثناء مدة المتابعة، كما ستتم المقارنة بينه وبين الحالة الضابطة التي تعاني من الاضطراب نفسه، ولكنها لم تعط علاجاً بل بعض جلسات التفريغ مرة كل أسبوعين، لنستنتج كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي وتأثيره الفعال في علاج الرهاب الاجتماعي متمثلاً في رهاب الإملاء لدى جورج علاجاً فردياً على مدى برنامج يتكون من اثنتي عشرة جلسة، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وفيما يلي عرض جدول «أعمال جلسات العلاج المعرفي - السلوكي» الذي اتبعناه في علاج هذه الحالة.

### جدول أعمال جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الفردي

#### لرهاب الإملاء لدى جورج (الحالة التجريبية)

##### الجلسة الأولى:

- . تقديم تعريف مختصر ودقيق لما نعنيه بالرهاب الاجتماعي.
- . وصف النموذج النظري للرهاب الاجتماعي لمعرفة طبيعته وكيف ينشأ داخلنا.
- . عرض لجدول المراقبة الذاتية بكل أنواعها وبيان أهمية الواجبات المنزلية.
- . تحديد الواجب المنزلي الأول المتمثل في ملء جدول المراقبة الذاتية الخاص بتحديد درجات الخوف الاجتماعي، والتجنب، والتقويم السلبي، ودرجة الاكتئاب.

##### الجلسة الثانية:

- . مراجعة فهم نموذج الرهاب الاجتماعي.
- . مراجعة جدول المراقبة الذاتية لتحديد درجات الخوف والتجنب والتقويم السلبي والاكتئاب على مدى أسبوع، وأخذ متوسطه وانحرافه المعياري لدى الحالتين: (التجريبية والضابطة).
- . مناقشة المكون الفسيولوجي للرهاب الاجتماعي وما يتضمنه من أعراض.
- . مناقشة العوامل التي تسبب المعاناة من اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي.
- . تحديد الواجب المنزلي، وهو ملء الصحائف اليومية لمراقبة أعراض الرهاب الاجتماعي والاكتئاب، وشرح كيفية ملئها لوالد جورج لمساعدته على ملئها يومياً، وعلى مدى أسبوع.

##### الجلسة الثالثة:

- . مراجعة نماذج المراقبة الذاتية والصحائف اليومية.
- . مناقشة علاقة المجموعات العضلية بالأفكار والمشاعر والسلوك الاجتماعي.
- . ممارسة الاسترخاء التنفسي في أثناء الجلسة مع الاستعانة بشريط تسجيل تلفازي، لمساعدته على الممارسة بالمنزل.
- . تحديد الواجب المنزلي وهو ملء جدول المواقف الاجتماعية المهددة له في المنزل وفي المدرسة بمساعدة والده، وممارسة الاسترخاء التنفسي يومياً خمس مرات.

##### الجلسة الرابعة:

- . مراجعة نماذج المراقبة الذاتية للمواقف الاجتماعية المثيرة للرهاب الاجتماعي، وممارسة الاسترخاء التنفسي.
- . ممارسة الاسترخاء العضلي العميق وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- . تعريف جورج بدور الأفكار الآلية والمعتقدات الخاطئة في استمرار رهابه الاجتماعي، مع علاج فكرة أو اثنتين من الأفكار التي ذكرها جورج. (1، 2).



- تدريبه على مقاومة تجنب المواقف الاجتماعية بمزيد من التعرض المباشر لها، مع ترديد حوار ذاتي مضمونه، ما أقصى ما يمكن أن ينتج عن التعرض لها وما أفسادها بالطبع لن أموت، ومن ثم يجب ألا أكون جباناً، وأتحمل هذه المخاوف حتى تزول (المواقف 1، 2).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو المراقبة الذاتية لدرجات الخوف والتجنب، وممارسة الاسترخاء التنفسي والعضلي العميق.

#### الجلسة الخامسة:

- مراجعة للمراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء على اختفاء بعض الأعراض الفسيولوجية، ودرجة التحسن فيها وفقاً لمقياس التقدير الذاتي، ودرجة تحسن التعرض المباشر للمواقف الاجتماعية وعدم تجنبها (1، 2، 3).

- تدريب جورج على ثماني مجموعات عضلية بالاسترخاء العضلي التمييزي.

- تدريبه على تنفيذ فكرتين من الأفكار الآلية والنظر إليها على أنها فروض، وليست حقائق ثابتة لا تقبل التغيير، ووضع أفكار إيجابية بديلة، ورؤية ما يترتب على ذلك من تحسن إيجابي في أبعاد الرهاب الاجتماعي، الخوف والتجنب والتقويم السلبي، وفي الأعراض الاكتئابية، وفي السلوك الاجتماعي. (2، 3).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو استمرار ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر لمزيد من المواقف الاجتماعية (4، 5، 6)، وتنفيذ فكرة آلية أخرى بمساعدة والده (لم ترد هذه الفكرة في الجلسات العلاجية).

#### الجلسة السادسة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر، وتنفيذ الأفكار الآلية، مع رصد التحسن من وجهة نظر جورج على مقاييس التقدير الذاتي لأبعاد الرهاب الاجتماعي، والأعراض الاكتئابية، والسلوك الاجتماعي.

- تدريب جورج على ثماني مجموعات عضلية أخرى، مع التركيز على عضلات الوجه والرقبة والبطن والساقين بالاسترخاء العضلي التمييزي.

- تدريبه على فكرتين آليتين أخريين، وتسجيل درجة التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي، والاكتئاب، والسلوك الاجتماعي، وفقاً لمقاييس التقدير الذاتي، من وجهة نظر جورج ومن وجهة نظر والده. (الفكرتان 3، 4).

- تدريبه على التطمين المنظم (مدرج الخوف والرهاب الاجتماعي) لمواجهة المواقف الاجتماعية (7، 8، 9)، وعلى التعرض المباشر في الحياة الاجتماعية بالمنزل والمدرسة.

- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المهددة (5، 6، 7)، وتسجيل المزيد من الأفكار الآلية وتنفيذها. (4)

#### الجلسة السابعة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء العضلي التمييزي، ونتائج تنفيذ الأفكار الآلية على أبعاد الرهاب الاجتماعي والاكتئاب، والسلوك الاجتماعي.

- مزيد من التدريب على الاسترخاء التمييزي على المجموعات العضلية للوجه والبطن.

- التدريب على فكرة آلية سلبية جديدة، وتسجيل التحسن على مقاييس التقدير الذاتي من وجهة نظر جورج ووالده. (الفكرة 5).

- التدريب على أسلوب التطمين المنظم لمواجهة بعض المواقف الاجتماعية المهددة الجديدة (7، 8، 9).

- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء العضلي التمييزي، والتعرض المباشر للمواقف نفسها في السياق الأسري وفي المدرسة، وبين إخوته وزملائه.

## الجلسة الثامنة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء والتطمين المنظم، وتقنييد الأفكار والتعرض المباشر.
- التدريب على الاسترخاء العضلي العميق لعضلات البطن والساقين.
- التدريب على التطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج (8، 9، 10)، بالإضافة إلى التعرض المباشر لها في السياق الأسري والمدرسي، وفي الفصل.
- تقنييد فكرتين آليتين جديدتين بأسلوب بك وامري ذاته. (الفكرتان 6، 7).
- تحديد الواجب المنزلي، وهو الاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية، وتسجيل فكرة آلية جديدة وتقنيدها.

## الجلسة التاسعة:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، ونتائج ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر، وتقنييد الأفكار الآلية السلبية على أبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم السلبي)، والاكتئاب، والسلوك الاجتماعي، وقدر التحسن فيها من وجهة نظر جورج ووالده.
- مزيد من ممارسة الاسترخاء لعضلات الوجه والرقبة والساقين.
- التدريب على التطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج (9، 10، 11)، بالإضافة إلى التعرض المباشر عليها في دروس الإملاء بالمدرسة وبالمنزل، وتسجيل تحسن الدرجات في الإملاء، وفي الواجبات التحريرية.
- تقنييد فكرة آلية جديدة بطريقة بك وامري، وتسجيل درجات التحسن في الاكتئاب، وفي السلوك الاجتماعي. (الفكرة 6).
- تحديد الواجبات المنزلية، وهي مراقبة أي أفكار آلية جديدة، والاستمرار في ممارسة الاسترخاء التمييزي والتطمين المنظم، والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية (10، 11، 12) في السياق الأسري والمدرسي بين زملاء ومعلمي اللغة العربية وخاصة في أثناء دروس الإملاء، ونتائج التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي.

## الجلسة العاشرة:

- مراجعة نتائج ممارسة الاسترخاء العضلي والتطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المهددة، والتعرض المباشر لها في الحياة الأسرية والمدرسية، وطريقة تقنييد الأفكار الآلية، من وجهة نظر جورج ووالده.
- مزيد من إتقان ممارسة الاسترخاء التنفسي والعضلي التمييزي على المجموعات العضلية للجزء الأعلى من الجسم (الدماغ والرقبة والوجه والذراعين والصدر)، والتطمين المنظم للمواقف الاجتماعية المتبقية في المدرج (11، 12)، والتعرض المباشر لها في مواقف الإملاء بالمنزل وبالمدرسة، وعند أداء الواجبات المدرسية تحريراً أمام إخوته وزملائه.
- تقنييد الفكرة الآلية السلبية الأخيرة، وأي أفكار أخرى سجلها جورج، وتسجيل التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي، وفي الاكتئاب، وفي السلوك الاجتماعي في كل السياقات الاجتماعية، وفي كل مستوياته، مع والديه، وإخوته، وزملائه بالمدرسة، ومعلميه بشكل عام، ومعلمي اللغة العربية بصفة خاصة، وعند الكتابة على السبورة أمام زملائه.
- تحديد الواجبات المنزلية، وهي تسجيل درجات التحسن في أبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم السلبي)، وفي الأعراض الاكتئابية، وفي السلوك الاجتماعي، ومراقبتها، والاستمرار في ممارسة الاسترخاء وتقنييد الأفكار والتعرض المباشر للمواقف الاجتماعية المهددة لجورج، وتقديره لدرجة تهديدها له، والتقدير الذاتي من قبل الوالدين

لكل أعراض الرهاب الاجتماعي على مقياس شدة تتراوح درجاته بين صفرو عشر درجات، لكل عرض على حدة. وتسجيل درجات التحسن من وجهة نظر المعلمين، وبعض زملاء جورج باستخدام المقياس نفسه، على أن يقوم بهذه المهمة والده.

### الجلسة الحادية عشرة:

- مراجعة كل نتائج علاج الرهاب الاجتماعي بأساليب الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر (الأساليب العلاجية السلوكية)، وتفنيد الأفكار الآلية السلبية بطريقة بك وامري (1985)، وهو العلاج المعرفي لتعديل البناء المعرفي والمخططات المعرفية المشوهة التي تعد أحد أسباب استمرار المعاناة من الرهاب الاجتماعي.

- التدريب من أجل إتقان مهارات مواجهة المواقف الاجتماعية المهددة والتغلب عليها باستمرار توظيف أساليب الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر، وتفنيد الأفكار الآلية السلبية.

- يقوم جورج بتفنيد خمسة أفكار آلية سبق له التدريب عليها، والتصدي لخمس مواقف اجتماعية كانت شديدة التهديد له مسبقاً (8، 9، 10، 11، 12)، وتسجيل درجات الخوف منها والتجنب حتى يرى قدر تحسنه، ويحاول ألا يفقد أي مكسب من مكاسبه العلاجية.

- يقوم بالاسترخاء العضلي التمييزي للمجموعات العضلية الست عشرة، وتقدير درجات التحسن في كل الأعراض الفسيولوجية على مقياس التقدير الذاتي لكل منها على حدة.

- تحديد الواجب المنزلي، ويكمن في كتابة ثلاث قطع من الإملاء، إحداها يملئها عليه والده، والثانية يملئها والدته، والثالثة يملئها أخوه الأكبر، وتسجيل الدرجات بعد تصحيحها بنفسه، وإذا كانت درجات ممتازة يفخر بنفسه أمام أسرته. ويطلب من معلمه أن يملئ عليه نصاً، ويكتبه على السبورة أمام زملائه، وإذا حصل على درجة مرتفعة يقول لنفسه بنوع من الحوار الذاتي «لست أضعف من زملائي، ولست فاشلاً، إني مثل زملائي، وربما أصبح أفضل منهم في المستقبل إذا حرصت على الاستفادة مما تعلمته من العلاج المعرفي - السلوكي لرهاب الإملاء، هو موقف اجتماعي كان سخيلاً، وكاد أن يدمر مستقبلي». ويطلب من معلمه أن يقول له أمام زملائه بعد تحسنه «أصبحت مثلهم».

### الجلسة الثانية عشرة والأخيرة:

- ممارسة كل الأساليب العلاجية المعرفية - السلوكية التي تعلمها جورج؛ لأنها جعلته يتحسن كثيراً (متوسط تقديراته للتحسن 8.7 درجات من عشرة)، ومتوسط تقديرات والديه له (ثمانى درجات من عشرة)، ومتوسط تقديرات معلميه كان 7 سبع درجات ونصف الدرجة من عشرة. هذا عن مؤشر الآثار الإيجابية لهذا البرنامج العلاجي. أما عن كفاءته، فسنعرض له في فقرة عرض النتائج.

- الاتفاق مع جورج ووالده على أن يتلقى خلال الشهر التالي لانتهاى العلاج جلسة علاجية كل أسبوعين، ثم بعد شهر كامل، ثم الاتصال بالهاتف إذا حدثت أية انتكاسة طوال فترة المتابعة، ويتلقى جلسة أخيرة في نهاية فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر، أي: ثلاثة أضعاف فترة العلاج التي استمرت شهرين، ونحصل عبرها على قياس أخير لأبعاد الرهاب الاجتماعي (الخوف والتجنب والتقويم) والاكتمال لدى جورج، ولدى سعيد. كما نحصل من والديه على تقدير ذاتي، لقدرة تحسن جورج في أبعاد الرهاب الاجتماعي والسلوك الاجتماعي في المنزل وفي المدرسة خاصة عند مواجهته لدروس الإملاء وأداء الواجبات المدرسية التحريرية.

### عرض النتائج ومناقشتها:

قبل عرض النتائج، توجد مجموعة من الاعتبارات يجب الإشارة إليها، أهمها أننا سنقوم بعرض النتائج طبقاً لما حصلنا عليه من درجات على مقاييس أو استخبارات الخوف والتجنب والتقويم السلبي كمكونات للرهاب الاجتماعي والاكتمال بعد استخدام حزمة الأساليب السلوكية علاجياً، وهي الاسترخاء والتطمين المنظم، والتعرض المباشر مرة، ثم بعد استخدام العلاج المعرفي بطريقة تفنيد الأفكار لدى بك وامري مرة أخرى. وسنقارن بين هذه النتائج لدى الحالة التجريبية (جورج) والحالة الضابطة (سعيد)، ثم سنقارن بين نتائج أداء جورج على الاستخبارات

الأربعة قبل العلاج وبعده وآخر فترة المتابعة، لاستنتاج قدر التحسن واستقراره على مدى ستة شهور على أنها مؤشر على كفاءة العلاج المعرفي. السلوكي الفردي انطلاقاً من نموذج كلارك وويلز الذي أشرنا إليه مسبقاً، في علاجه للرهاب الاجتماعي لدى الأطفال. وسنقوم بعرض نتائج مقاييس التقدير الذاتي لكل مكون من مكونات «رهاب الإملاء الاجتماعي»، (الخوف الاجتماعي، وتجنب المواقف الاجتماعية المهددة، والتقويم السلبي لجورج من قبل الآخرين، والاكتئاب في مقابل الراحة النفسية) قبل العلاج وبعده وفي أثناء المتابعة من قبل جورج وسعيد، ثم من قبل والده، ومعلم اللغة العربية، بهدف الوقوف على تأثير Effectiveness العلاج المعرفي. السلوكي الفردي من وجهة نظر المريض وأسرته ممثلة في والده، ومعلمه (مختلف السياقات الاجتماعية)، لنرى الدلالة الاجتماعية لهذا العلاج. وسبب الوقوف على كلا المؤشرين لتحسن الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) لدى جورج، ما أشار إليه «الآن كازدين» (Kazdin, 1998)، و«تيموني ترول» (Trull, T., 2004) من أنه ينبغي لتقويم نتائج العلاج النفسي أياً كان نوعه أن نحصل على تقدير كفاءته أو فعاليتها efficacy من الناحية العلمية. المهنية، تحقيقاً لنموذج العالم. المهني باستخدام الاختبارات النفسية ذات الطبيعة التشخيصية وأية وسائل أخرى لجمع البيانات من قبيل المشاهدات (جداول المراقبة الذاتية للسلوك والمشاعر والأفكار والتقلبات المزاجية)، والمقابلات العيادية إلى آخره، وهو ما اعتمد عليه الباحث الراهن لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى الاعتماد على «أساليب التقدير الذاتي من قبل المرضى، ومن قبل مصادر اجتماعية أخرى تمثل السياقات الحياتية للمريض، حتى نحصل على تأثير العلاج النفسي المستخدم من وجهة نظرهم، تحقيقاً للصدق الخارجي للعلاج النفسي والصدق البيئي الاجتماعي، وهو ما يعرف بتقدير تأثير العلاج النفسي من وجهة نظر المستفيدين منه» (pp. 292-293).

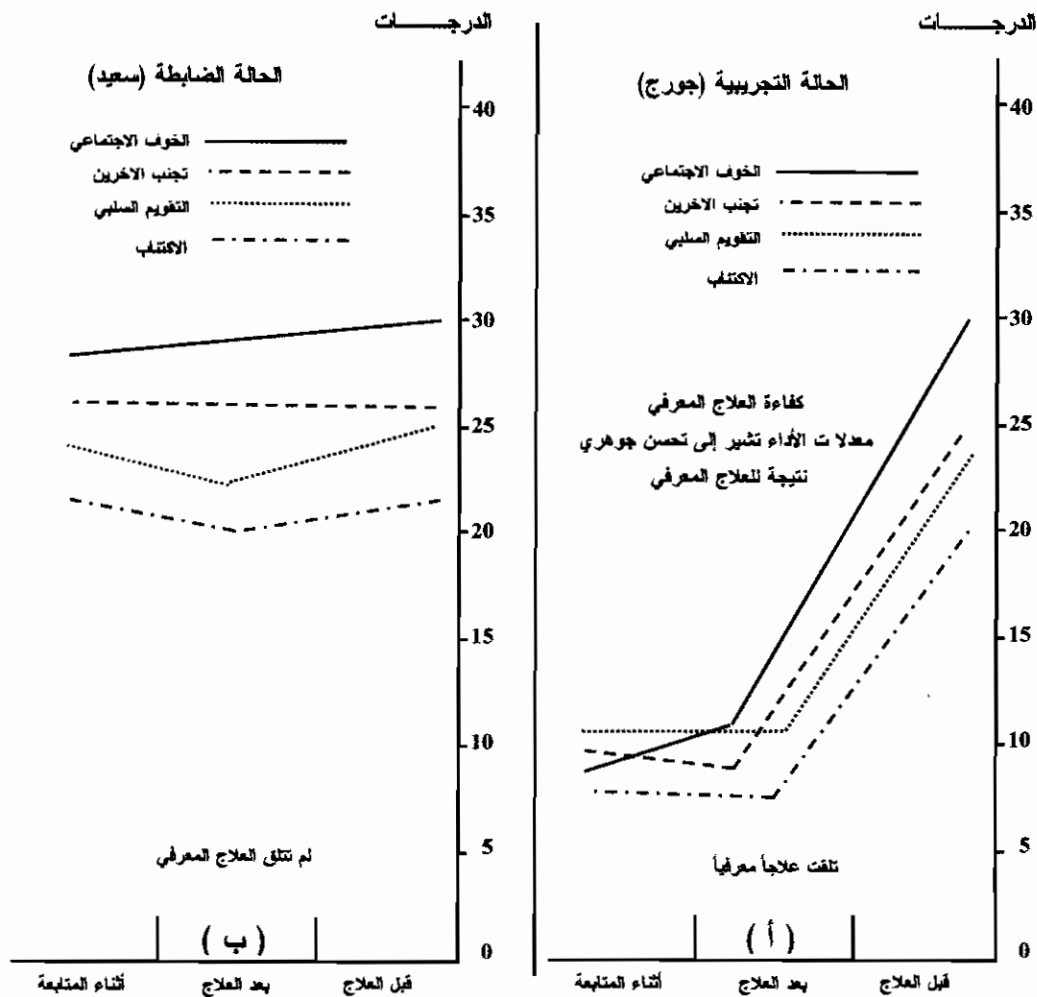
وفيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة العلاجية ومناقشتها، للإجابة عن السؤال الأول، «ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية بالمقارنة بالحالة الضابطة قبل العلاج وبعده وفي أثناء مدة المتابعة لمدة ستة أشهر اعتماداً على التقدير النفسي العيادي؟»، تعرض نتائج الجدول (6) تفاصيل هذه الإجابة.

جدول (6) التقدير النفسي العيادي لقدرة التحسن لدى الحالتين التجريبية والضابطة قبل العلاج المعرفي. السلوكي الفردي وبعده وفي أثناء المتابعة

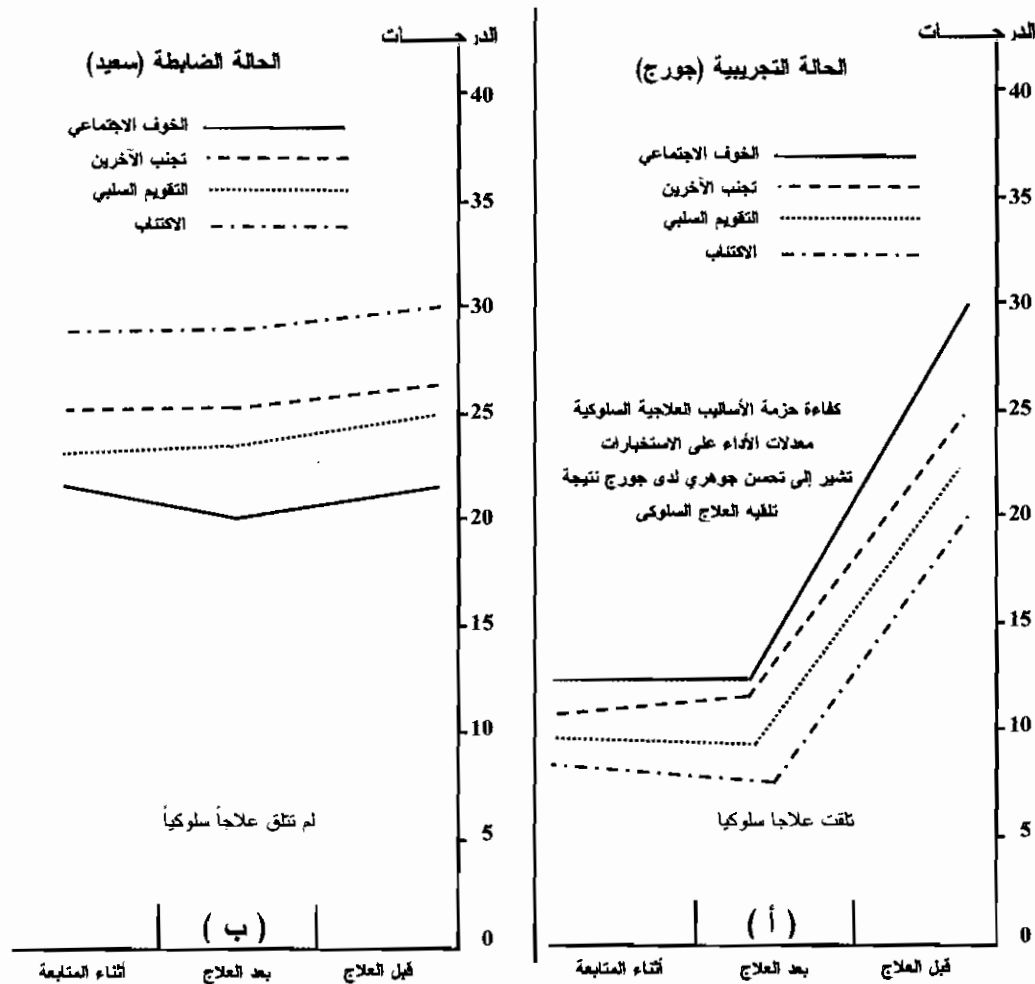
م	درجات التحسن		قدر التحسن لدى الحالتين			
	المقاييس		الحالة التجريبية (جورج)		الحالة الضابطة (سعيد)	
	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج	قبل العلاج	بعد العلاج
1	أولاً، العلاج المعرفي بطريقة بك وامري					
2	21	6	7	22	21	22
3	23	9	9	25	23	24
4	25	7	10	26	25	27
	31	11	8	30	29	28
ثانياً، حزمة الأساليب السلوكية العلاجية						
1	21	9	8	22	20	25
2	23	10	11	25	24	24
3	25	11	9	26	25	23
4	31	12	10	30	29	29
ثالثاً، وسيط التقدير الذاتي من قبل والده ومعلمه*						
1	10	2	1	8	7	8
2	9	1	صفر	9	10	9
3	9	1	1	10	9	10
4	10	3	1	10	10	9

\* مقياس التقدير الذاتي لكل جانب تتراوح شدته بين صفر وعشر درجات.

بالنظر في الجدول (6) السابق وكذلك في الشكل (1) الخاص بمعدلات الأداء التي تشير إلى أداء الحالتين (أ) الحالة التجريبية و(ب) الحالة الضابطة) على استخبارات الخوف على أنها مؤشر للرهاب الاجتماعي، وتجنب الآخرين خوفاً من التنغيس والتقويم السلبي من الآخرين وقائمة اكتئاب الأطفال، يتبين لنا أن النتائج تشير إلى وجود كفاءة للعلاج المعرفي وفعالية شديدة في علاج رهاب الإملاء، وهو أحد أنواع الرهاب الاجتماعي النوعية والنادرة في الوقت نفسه، فقد تراوحت الدرجات لدى الحالتين، التجريبية والضابطة على استخبارات الرهاب الاجتماعي الثلاثة قبل العلاج المعرفي الفردي، بين 21 و26 درجة، كما تراوحت بين 30 و31 درجة على قائمة اكتئاب الأطفال لدى الحالتين. وانخفضت بعد انتهاء العلاج المعرفي الفردي، وفي آخر قياس لفترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر لدى جورج (الحالة التجريبية) لتتراوح بين 6 درجات وعشر درجات على استخبارات الرهاب الاجتماعي، وتراوحت على قائمة اكتئاب الأطفال بين 8 درجات و11 درجة، في حين ظلت درجات سعيد (الحالة الضابطة ب) كما هي تقريباً بعد العلاج المعرفي لفترة المتابعة؛ لأنه لم يتلق أية برامج علاجية، ولكن كانت تخصص له بعض جلسات الحوار والحديث العام في الأمور الثقافية، الأمر الذي يشير إلى فعالية العلاج المعرفي الفردي في علاج رهاب الإملاء.



شكل (1) معدلات الأداء على استخبارات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) والاكتئاب لدى الحالتين، التجريبية والضابطة قبل العلاج المعرفي وبعده وفي أثناء المتابعة



شكل (2) معدلات الأداء على استخبارات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء) والاكتئاب لدى الحالتين، التجريبية والضابطة قبل العلاج السلوكي وبعده وفي أثناء المتابعة

وإذا نظرنا إلى النتائج العلاجية الخاصة بحزمة الأساليب السلوكية، وهي الاسترخاء والتطمين المنظم والتعرض المباشر في الحياة الاجتماعية للمواقف الاجتماعية المثيرة للتهديد لدى الحالتين، التجريبية (جورج) والضابطة (سعيد) الذي لم يتلق هذه العلاجات السلوكية) في الجدول ذاته (1)، وفي الشكل (2) السابق، نجد أن ما بهما من نتائج، يشير إلى كفاءة العلاج السلوكي وفعاليتها في علاج رهاب الإملاء، خاصة إذا تكامل مع العلاج المعرفي. معنى ذلك أنه قد حدث تحسن جوهري كما لم يحدث أي انتكاس للحالة التجريبية على مدى ستة أشهر بعد انتهاء العلاج المعرفي. السلوكي الفردي. وبذلك تكون هذه الدراسة قد أجابت عن السؤال الأول.

وفي محاولة للإجابة عن السؤال الثاني الذي طرحته هذه الدراسة وهو «هل هناك آثار effectiveness إيجابية للعلاج المعرفي. السلوكي في علاج رهاب الإملاء لدى الحالة التجريبية في مقابل الحالة الضابطة، من وجهة النظر الاجتماعية (الوالد والمعلم)؟»، يعرض الجدول (6) في الجزء الثالث من البيانات التي يعرضها بعنوان: التقدير الذاتي من قبل والد جورج ومعلمه في مقابل والد سعيد (الحالة الضابطة) ومعلمه، باستخدام وسيط التقديرات، فتبين أن تقديرتهما لخوف جورج من موقف الإملاء، وتجنبه للآخرين خوفاً من تنغيصهم لحياته، وخوفه من تقويمهم السلبي لأدائه وتفاعلاته الاجتماعية مع معلميه وزملائه وأفراد أسرته، ولحزنه البادي وضيقه الشديد من موقف الإملاء وما يحيط به من مواقف اجتماعية مهددة لتمامه الشخصي والاجتماعي، في مقابل تقديرات والد سعيد (الحالة الضابطة) ومعلمه لرهابه الاجتماعي بكل مكوناته وما ينجم عنه من أعراض اكتئابية، نجد أن وسيط هذه التقديرات قبل العلاج كانت

مرتفعة للغاية ووصلت إلى ذروتها، ولكنها انخفضت بشكل حاد بشأن جورج (الحالة التجريبية) بعد تلقيه العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، وظلت على ارتفاعها لدى سعيد (الحالة الضابطة)؛ لأنه لم يتلق هذا البرنامج العلاجي، كما أن والد جورج ومعلم اللغة العربية الذي يعلمه دروس الإملاء قد أقر وفقاً لتقديراتهما الذاتية لكل مؤشرات الرهاب الاجتماعي (رهاب الإملاء)، بأنه لم ينتكس طوال فترة المتابعة التي استمرت ستة شهور، الأمر الذي يشير إلى الآثار الإيجابية للعلاج المعرفي- السلوكي الفردي لرهاب الإملاء.

وبالنظر كذلك، في جدول (6) السابق، وشكل (1،1) وشكل (2،1)، فتبين أن قد حدث تغير إيجابي داخل الحالة التجريبية (جورج)، بمعنى أنه قد وجدت فروق بين سلوكه الاجتماعي قبل تلقيه العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، وبعد انتهائه منه، وطوال مدة المتابعة وفي أثنائها، إذ لم ينتكس، ولم يعد يخف ولم يعد يهرب مواقف الإملاء، ولم تعد المواقف الاجتماعية التي يواجهها داخل الأسرة وفي المدرسة من زملائه ومعلميه، تسبب له أي نوع من التنغيص، بل على العكس أصبح يسعى إليها، لأنها تحقق له أقداراً من الراحة النفسية، كما إنه لم يعد يخشى تقويم الآخرين، ولم يعد هذا التقويم الذي أصبح إيجابياً من قبل أفراد أسرته ومعلميه وزملائه، يسبب له أي قدر من الاكتئاب والضيق والحزن.

على أية حال، إن الدراسة قد أجابت عن السؤالين اللذين كانت قد طرحتهما إجابة كاملة، وليست جزئية، حيث ثبت. وفقاً لما حصلنا عليه من بيانات واقعية ومن تقديرات ذاتية لبعض أفراد الأسرة والعلمين الذين يقدمون دروس الإملاء للحالة المرضية. أن العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، يتمتع بكفاءة مرتفعة، وله آثاره الإيجابية الفعالة في علاج هذا النمط النادر من رهاب الإملاء، وهو موقف اجتماعي يندرج ضمن الرهاب الاجتماعي.

وتتسق نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي استخدمت العلاج المعرفي- السلوكي الفردي لعلاج الرهاب الاجتماعي بصفة عامة، ورهاب موقف الإملاء كموقف اجتماعي بصفة خاصة (Ahzens-Epper & Hoyer, 2006; Miller & Feeny, 2003; Kremberg & Mitte, 2005). ولكن الفارق الأساسي بين دراستنا هذه والدراسات السابقة، أنها قد استخدمت العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي، ولم تهدف أي دراسة منها اختبار النموذج النظري الذي وضعه كلارك (1995)، وطوره ويلز (1997)، لتفسير منشأ الرهاب الاجتماعي وتفاقمه لدى الأطفال، في حين أن هذا النموذج قد تم اختباره لدى المراهقين والراشدين من الجنسين (Wello, 1997; Stangier, Heidenreich, Peitz, 2003; Lauterbach & Clark, 2003)، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه، هل يمكن رد أو عزو هذه النتائج الإيجابية إلى العلاج المعرفي- السلوكي الفردي، أم أن هناك عوامل أخرى ساعدت على نجاحه؟ الإجابة، نعم هناك عوامل عديدة ساعدت على نجاح هذا العلاج النفسي، وهي: انطلاق هذا العلاج من نموذج نظري واضح، يمكن تحويله إلى إجراءات علاجية بسهولة، وهو نموذج كلارك وويلز في صياغة الحالة المرضية صياغة معرفية وسلوكية، يمكن على أساسها تحديد الأهداف العلاجية الكبرى طويلة المدى والفرعية بوضوح، ويمكن تحديد الأسلوب العلاجي قرين كل هدف فرعي أو مشكلة نفسية فرعية. وكذلك التعاون الشديد من قبل أسرة الحالة المرضية (جورج) في مساعدة المعالج في تنفيذ الابن للواجبات المنزلية العلاجية، وقد كان أحد الأسباب التي جعلت الباحث الحالي، وضع الحالة الضابطة (سعيد) على قائمة الانتظار، التعاون الضعيف من قبل والديه وإخوته بمساعدته ومساعدته، ولذلك فإنه عند علاجه بعد أن انتهت هذه التجربة العلاجية، قد أخذ زمناً أطول (ثلاثة شهور) في مقابل الحالة التجريبية التي أخذت لعلاجها شهرين فقط. كما كانت اتجاهات أسرة جورج (والديه وإخوته) ومعلميه بالمدرسة نحو العلاج النفسي والمعالج إيجابية إلى حد كبير، وكان لدى جورج دافعية مرتفعة طوال فترة العلاج والمتابعة للتخلص من معاناته، ودليل ذلك إنجازه للواجبات المنزلية العلاجية على الرغم من كثرة نوبات البكاء التي كان يعانيها، خاصة عند كتابة دروس الإملاء، وعند تدريبه على التعرض التخيلي في أثناء تطبيق أسلوب التطمين المنظم، وفي أثناء تدريبه على التعرض المباشر في الحياة الاجتماعية Direct exposure in social vivo.

وكان من أبرز العوامل التي ساعدت على نجاح هذا العلاج، حماسة الباحث- كاتب هذه السطور- لمرضاه وانشغاله الشديد بأخذ كل الأساليب لمساعدة مرضاه في التخلص- ولو جزئياً- من معاناتهم ومشكلاتهم النفسية، وكذلك حدة الرهاب الاجتماعي لدى جورج، وهذا أمر كان يدفعه للتخلص

من معاناته النفسية. وقد أشار بعض الباحثين إلى أن العلاج المعرفي - السلوكي الفردي تستفيد منه الحالات التي تعاني بشدة من الرهاب الاجتماعي بالمقارنة بالحالات ذات الرهاب الاجتماعي البسيط (هوب وهيمبرج، 2002، ص: 318).

ومما يجب الإشارة إليه في هذا السياق، العوامل التي تعوق العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، وأهمها التفرقة الدقيقة بين القلق والرهاب الاجتماعي من ناحية، والحياء والخجل، والشخصية التجنبية، ونوبات الهلع التي تحدث في المواقف الاجتماعية من ناحية أخرى. إن الرهاب الاجتماعي، تنظر إليه كل الدوائر الطبية النفسية (عكاشة، 1998، ص: 237)، (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994)، على أنه فئة تشخيصية تصور فرداً ما - طفلاً أو مراهقاً أو راشداً - يصيبه الرهاب والفرع من مجموعة متنوعة أو متباينة من المواقف الاجتماعية والمهنية، بسبب توقعه نوعاً من الضعف في أداء مهنته وواجباته، أو بسبب خوفه من أن تبدو عليه أعراض القلق النفسية من قبيل الخزي والحيرة والريكة، وبعض الأعراض الفسيولوجية. ويشد هذا الرهاب الاجتماعي في السياقات الاجتماعية، كالتدوات العامة والمحاضرات، خاصة إذا طلب من الفرد التعقيب على حديث أو حوار فرد آخر، ومن ثم فإن مرضى الرهاب الاجتماعي يتجنبون هذه المواقف خوفاً من التنغيص وتقويم الآخرين سلبياً لهم.

ومن العوامل المعوقة لنجاح العلاج المعرفي - السلوكي الفردي، فبالإضافة إلى معكوس كل عوامل النجاح التي أوردناها سابقاً، قدرة مريض الرهاب الاجتماعي على تخيل المواقف الاجتماعية في أثناء الجلسات، وقدرته على مواجهة هذه المواقف والتصدي لها بفعالية في سياق الحياة الطبيعية التي يعيشها، وقدرته على التفرقة بين مواطن الحياء والخجل التي تستحق الحياء، والمواقف الاجتماعية التي لا يصح الحياء والخوف والخزي منها، خاصة إذا كان المريض طفلاً غير ناضج اجتماعياً وانفعالياً. ومن ثم يجب على المعالج أن يقدم كل هذه الفروق في جلسات العلاج المعرفي - السلوكي الأولى، ضمن إيضاحه لطبيعة مرض القلق والرهاب الاجتماعي وكيفية مواجهته؛ فالحياء يسود أو يجب أن يسود في مواطن النهي حتى يمتنعنا من القيام بأنماط السلوك الاجتماعي المرفوضة شرعياً واجتماعياً، أما عند التفاعل الاجتماعي في قاعات الدرس حول موضوعات علمية وأدبية وغيرها، وعند طرح الأسئلة وتقديم إجابات عنها، والمطالبة بالحقوق، وتحمل المسؤوليات، فإن كل هذه المواقف الاجتماعية يجب ألا يكون حياءً فيها ولا خوف منها، ولا معاناة من الخزي أو العار أو الرهاب الاجتماعي، حتى لو قام الآخرون بتقويمنا، وحتى إذا وجهوا بعض الانتقادات إلينا، وحتى لو كان الذي يقوم بتقويمنا بعض رموز السلطة الاجتماعية والأدبية، كالأباء والمعلمين وإخوتنا الكبار. لقد أصبح جورج ماهراً اجتماعياً، وتحسنت قدرته في الإملاء تحسناً جوهرياً.



## قائمة المراجع

## المراجع العربية:

- الصبوة، محمد نجيب (1998). استخباراتوكيد الذات لدى الأطفال. الجيزة: مركز البحوث والدراسات النفسية.
- الصبوة، محمد نجيب (2000). قائمة اكتاب الأطفال. الجيزة: مركز البحوث والدراسات النفسية.
- عكاشة، أحمد (1998). الطب النفسي المعاصر (ط5). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- هوب، دبرا، وهميرج، ريتشارد (2002). الرهاب والقلق الاجتماعي. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة، في ديفيد هـ. بارلو (المحرر). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي (ص ص 271، 331). القاهرة: الأنجلو المصرية.

## المراجع الأجنبية:

- Ahrens-Eipper, S. & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells Model of social phobia to children: the case of a "dictation phobia". *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 103-106.
- Alhano, A. & Kendall, P. (2002). Cognitive - Behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 2, 129-134.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, D. C.: Author.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Leibowitz, D. Hope, & F. Scheier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (69-93). New York: Guilford.
- Gallagher, H., Rabian, B., & McCloskey, M. (2004). Brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 4, 459-479.
- Kazdin, A. (1998). *Research Design in Clinical Psychology* (3rd ed.). New York: McMillan.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- King, N. J., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (2005). Cognitive-behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: A review. *Behavioral Disorders*, 30, 3, 241-257.
- Kremberg, E. & Mitte, K. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment of social phobia in children and adolescents: A review. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 34, 3, 196-204.
- Mancini, C., Ameringen, M., Bennett, M., Patterson, B. & Watson, C. (2005). Emerging treatments for child & adolescent social phobia: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 14, 589- 607.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J., & Florin, I. (2003). Evaluation of a cognitive - behavioral training program for children with social anxiety. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 32, 3, 191-199.
- Miller, V. A. & Feeny, N. C. (2003). Modification of cognitive - behavioral techniques in the treatment of a five year- old girl with social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 4, 303-319.
- Panichelli-Mindel, S., Flannery-Schroeder, E., Kendall, P., & Aleta, G. (2005). Disclosure of distress

among anxiety - disorders youth: differences in treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 4, 403-422.

Rodebaugh, T., Holaway, R., & Heimberg, R. (2004). The treatment of social anxiety disorder, *Clinical Psychology Review*, 24, 7, 883-908.

Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia : The effectiveness of a social skills training - based cognitive - behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology*, 41, 6, 713-726.

Stangier, U., Heidewich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive - Behavioral treatment of social phobia: individual versus group treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 41, 991-1007.

Vandertoorn, S., Ferdinand, R. (2004). Anxiety disorders in children: Which Type of psychosocial treatment has proved effective?. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 46, 3, 167-177.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.

Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 2, 345-349.

## إصدار جديد

صدر حديثاً عن الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية كتاب: «تقويم أنماط الرعاية التي يتلقاها الأطفال في ظفار، دراسة ميدانية»، ضمن سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة (المرحلة الثالثة 2004-2009) لمشروع مبارك العبدالله المبارك الصباح.



## Physical growth, nutritional status and health status of children aged 70 - 82 months: An anthropological study in Ajlun district / Jordan

Mohammed Abdullab A. Momani

B.Sc. In Applied Biological Sciences 1994

Jordan University of science and Technology

M.A. in biological Anthropology 1999

Yarmouk University

### Abstract

The purpose of this study was to assess the physical growth, nutritional status and health status as well as the effects of socio- economic factors and pattern of nutrition during infancy on the physical growth of children aged 70-82 months in Ibbin-Ibbilin town and Ajlun city. The sample included a total of 182 children, 130 children (56 males and 74 females) from Ibbin-Ibbilin public schools and 52 children (24 males and 28 females) from an Ajlun private school. Anthropometric measurements including weight, height, head circumference and weight/ height were utilized. Mothers also were asked to respond to a household questionnaire.

The analysis of data revealed that the investigated children showed a pattern of growth within the lower NCHS percentiles. Children of the private school achieved better growth in terms of percentiles than their peers of public schools. As for the effect of sex and socio-economic factors on growth, it was found that there were no significant differences in growth between males and females or between different socio-economic groups but the level of the parent's education. It was found that the higher the level of parent's education, the better growth the children achieved. The study also showed that breastfeeding is still widely practiced in the society but with no significant effect on growth. Responses of the mothers to the questionnaire showed a high incidence of measles, diarrhea, respiratory infections, chicken pox and mumps among the investigated children.

The study provided us with information with regard to growth pattern of 70-82 months aged children and its association with different socio-economic factors and the pattern of nutrition during infancy.

## النمو الجسمي والوضع الغذائي والصحي للأطفال من عمر 70 وحتى 82 شهراً: دراسة أنثروبولوجية لمنطقة محافظة عجلون - الأردن

محمد عبدالله مومني

الأردن

### الملخص:

هدفت الدراسة إلى تقييم النمو الجسمي، الوضع الغذائي والصحي إضافة إلى دراسة أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية ونمط التغذية خلال السنة الأولى من عمر الطفل على نمط النمو للأطفال ذوي الأعمار 70-82 شهراً في بلدة عيين عبلين ومدينة عجلون. اشتملت العينة على 182 طفلاً موزعين إلى 130 طفلاً من المدارس الحكومية في بلدة عيين عبلين (56 ذكراً و74 أنثى)، و52 طفلاً من مدرسة خاصة في عجلون (24 ذكراً، 28 أنثى). وقد تم أخذ القياسات الأنثروبومترية والتي شملت الوزن، والطول، ومحيط الرأس ثم طلب من الأمهات تعبئة استبانة معدة مسبقاً.

أظهر تحليل البيانات إحصائياً أن نمو الأطفال المدروسين يقع ضمن المئينيات الدنيا. كذلك حقق أطفال المدرسة الخاصة نمواً أفضل من نظرائهم أطفال المدارس الحكومية. أما بالنسبة للجنس والعوامل الاقتصادية والاجتماعية فقد أظهر التحليل عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث أو بين المجموعات الاقتصادية. الاجتماعية المختلفة باستثناء تلك المتعلقة بمستوى تعليم الأبوين، حيث بين التحليل أن الأطفال المنحدرين من آباء ذوي مستوى عالٍ من التعليم يحققون نمواً أفضل من غيرهم من الأطفال. كما أظهرت الدراسة أن الإرضاع الطبيعي ما يزال يمارس بشكل واسع في المجتمع المبحوث دون أي فروق في النمو بين أولئك الذين أرضعوا طبيعياً، وأولئك الذين لم يرضعوا من الأم. وفيما يتعلق بالوضع الصحي فإن الإصابة بأمراض الحصبة، والإسهال، والتهابات المجاري التنفسية، وجذري الماء، وأبو كعب كانت عالية بين الأطفال المبحوثين.

أخيراً، فإن هذه الدراسة قدّمت معلومات حول النمو الجسمي، وكذلك حول الوضع الغذائي والصحي للأطفال البالغين من العمر 70-82 شهراً، إضافة إلى علاقة النمو الجسمي بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، ونمط التغذية خلال السنة الأولى من عمر الطفل المبحوث.

### **Theoretical background:**

For many years, measures of child growth have been used to assess health and nutritional status of both individual children and the whole community. This kind of studies, the study of human growth and development is known as auxology (Relethford 1993). It examines the interaction between biological and cultural factors affecting human growth and development. Effects on infant mortality, birth weight, and child growth are more immediate than the long-term evolutionary changes.

Growth is defined as an increase in the size of a living structure either the whole body or any of its associated parts with an increase in cell size and number (Tudor 1981; Relethford 1993). It is the best general index of health and nutrition (Hendrickse, Barr, Mathews and Forfar, 1991). Normal growth reflects the normal health and well-being of the children.

There are two stages of growth: pre-natal and postnatal. The prenatal stage is the period from fertilization through childbirth (Relethford 1993; Kozier, Erb, Blais and Wilkinson, 1998). The other stage, postnatal stage, begins after the childbirth and its definition is culturally determined. The meaning of the term "adult", for example, varies considerably from one culture to another. The same is true for other postnatal stages such as infancy and childhood.

### **Factors affecting growth:**

Human growth is the outcome of an interaction between genetic and environmental factors. These are discussed below.

- 1- Genetics factors: These are initiated at the time of conception in the genes on the chromosomes from the parents (Jepson, 1983). Examples of the genetic control of growth are the age of menarche and height. The correlation for menarchal age and height between sisters, mother and daughter has a similar degree of correlation (Hendrickse et al, 1991). Important factors that affect growth and are the functions of a person's genotype are hormones. These include Thyroxin, growth hormone, androgens and estrogens (Vander, Sberman and Luciano, 1990). The hormones imbalance can lead to extremely small or large body size.
- 2- Environmental factors: Although genes establish the biochemical necessary to maintain the growth and the living state of the individual, an adverse environment prevents the individual from reaching his genetic potential.
  - a. Nutrition is an important factor of the environment. Both quantity and quality of food affect human growth directly: children who suffer from under nutrition or malnutrition will be shorter and weigh less than their well-nourished peers (Pipes, 1989). Children suffering from undernutrition or malnutrition are more susceptible to infectious diseases and may suffer a mental retardation as a long-term effect (Kozier et al, 1998; Malina and Bouchard, 1991).

Different studies show that malnutrition during early brain development will curtail both protein and DNA synthesis, resulting in permanently stunted brain containing fewer cells with normal size. If malnutrition occurred after cell division, the result will be a brain with normal number of smaller cells; these changes are reversible. (Olson, 1978) Providing an adequate quantity and quality of nutrients will ameliorate the brain growth, cells will attain their normal size again.

- b. Infectious diseases: Another environmental factor consists of infectious diseases. These are most important in populations suffering from malnutrition since malnutrition will lead to lowering body resistance. The body cannot produce antibodies if it lacks protein and calories (Hendrickse et al, 1991; Whitney et al, 1983). Infectious diseases may also affect nutritional status by reducing the efficient absorption of nutrients as well as a loss of appetite (Malina et al, 1991; Relethford, 1993).
- c. Socioeconomic factors: The third groups of environmental factors to affect growth are socio-economic ones. These affect growth indirectly i.e. by affecting nutrition and medical care of the individual. This group includes ethnicity, parent's occupation and education, family size, income, social class, birth order and the number of children in

the family (Molnar, 1992; Harrison 1990; Vander, et al, 1990; Kozier et al, 1998; Malina et al, 1991). Variation in growth exists between different ethnic groups; these differences might be attributed to cultural rather than biological factors. Parents are included since they are responsible for providing material care and basic needs of the child. Family size also plays an important role since it is related to providing reasonable standard of living, housing problems of small-in-size families are lessened and parents will be able to give more attention to the child (Jepson, 1983). Children from larger families tend to grow slowly (Relethford, 1993).

The correlation between family income and physical growth is well established. An adequate income will enable the family to provide material necessities for children and satisfactory standards of nutritional needs for normal growth and development (Jepson 1983, Pipes 1989).

There are also social class differences in growth. Children from the upper socio-economic classes of a society tend to be taller and heavier than those of lower socio-economic classes (Bergan and Henderson 1985).

Some studies suggest that a relationship exists between psychological stress and physical growth. Children of disruptive home environments show reduced growth (Montgomery, Bartley and Wilkinson, 1997).

### Parameters of growth:

The rate and extent of growth can be measured in several ways. These include height, weight and head circumference. Height and weight are the two anthropometric measurements most often used to measure on living subjects (Relethford 1993). Usually, anthropometric measurements are compared with international standards to define nutritional status of children.

1. Height: it is the most familiar measure of growth and provides a composite measure of overall body size, made up of the height of legs, torso and neck and head (Relethford 1993). Height reflects the individual genetic endowment and is influenced by environment.
2. Weight: It is another common index of growth reflecting the overall mass of bone, fat, muscle and internal organs. Weight is much more sensitive to nutrition than height is (Bergan & Henderson, 1981). Therefore, it is a primary indicator of nutrition and health (Marlow and Redding, 1988; Tudor, 1981). It has the advantage of being already measured and the margin of error is low (Tudor, 1981).
3. Head circumference: occipital- frontal circumference is a particularly significant measurement because of the high correlation between increase in brain mass and head circumference. This measurement is necessary for nutritional as well as growth surveys. It has been noticed that slowdown or arrest of cranial growth can cause developmental delays. Children who were subjected to severe undernutrition show such delays (Tudor, 1981, Pipes, 1989).
4. Weight for height: comparing weight and height to each other describes the leanness or fatness of the child and offer more information on the child's growth and nutrition (Tudor 1981). A weight for height of less than 80 percent of the standard is considered as wasting, and less than 70 percent as severe wasting (Hendrickse et al, 1991). This is believed to be an important indication of recent or current risk from malnutrition than stunting.

### Research Problem:

Human growth is an ongoing process of interaction between genetic and environmental factors. Either given that environment can accelerate or slow down the process of growth, it is very important to investigate the relationship or association between human growth and different environmental factors.

This research is designed to investigate the pattern of growth and its relation to nutrition of children aged 70-82 months in Ajlun district. The main question of this research is whether the children investigated achieve a normal pattern of growth or not. How does the sex of the child affect his growth? Are there any differences in growth between children of

public schools and their peers of private schools? In addition, are there any differences of private schools? In addition, are there any differences in growth according to different socio-economic factors? Does the pattern of nutrition during the child infancy affect his growth at age 70-82 months? Moreover, if yes, how? Is the incidence of infectious diseases (measles, diarrhea, Respiratory whooping cough, mumps and chicken pox) high?

The aim of this research is to assess the physical growth, nutritional status and health status of the children aged 70-82 months attending public schools in Ibbin-Ibbilin town and then to compare them with their peers attending a private school in Ajlun city.

Other aims include the investigation of socio- economic factors and their effects on growth and the description of the duration of breast-feeding among the investigated children.

#### Research hypotheses:

1. There is an association between socioeconomic factors (Housing, income, household size, educational status of the parents, etc.) and physical growth.
2. There is a correlation between nutritional pattern during infancy (less than one year of age) and physical growth of children aged 70-82 months.
3. Children attending private school are taller and heavier than those attending public schools.
4. Incidence of infectious diseases is high among the children investigated in this study.

#### Importance of the research:

*The reasons for undertaking this study are:*

1. There is a need for updating information on the nutritional status and growth of Jordanian children in rural areas. It is the first one to compare children of public schools with those of private schools.
2. The researcher hopes that the information obtained will add to our knowledge of nutrition and growth among Jordanian children of various backgrounds.
3. It is important to look at the society and culture and how does it affect growth and care of children. When socio- economic factors affecting physical growth of children are identified, it may be then possible to encourage beneficial influences and avoid or counteract the harmful ones.
4. The results of the study will have implications when consulting parents about the potential growth attainment of their children and will serve as a foundation for pediatric nursing.

#### Methods and techniques of the research:

In order to visit children included in the sample at their schools and be able to take necessary information and measure their weight, height and head circumference, the researcher meet the director of education directory in Ajlun district. The director provided the researcher with a letter asking all whom it may concern to cooperate with the researcher so he might be able to achieve his goal. Due to this letter, the researcher faced no problems in getting access to children at their schools and then to visit them at home. Unfortunately, some parents did not agree to participate in the study. Some justified their decision by raising doubts about the aims of the research and others refused to participate in the study without any justification. This is the only problem the researcher had to face in the field.

**Sampling:** All children attending the 1st grade in public schools in Ibbin Ibbilin town (total 170 children) and those in a private school in Ajlun (total 61 children) were included in the study. All of the 231 children were visited at their schools for anthropometry. From these only 182 children (130 from Ibbin Ibbilin public schools and 52 from Ajlun Private School) fulfilled the criteria to participate in the study, those whose parents agreed to participate in the study.

These two areas were chosen due to several reasons that include:

1. Both are of almost the same ecological system.

2. The sampling procedure is simple, the community is stable and almost every child in this community is within the reach of the researcher.
3. The people are co-operative and able to understand the nature and purpose of the research.

**Anthropometry:** All of the children were visited at their schools. Their birth date was copied from their birth certificates. Then they were measured for weight, height and head circumference using standard methods. The measuring procedures for weight, height and head circumference are illustrated below. All of these measures were conducted by the researcher to eliminate the within observer error.

#### **A. Weight:**

1. The child was asked to remove the heavy cloths, the shoes and socks. Only light clothes were left. The weight of those was estimated and then subtracted.
2. After the scale was balanced, the child was asked to stand on the scale. It was made sure that the child was standing freely.
3. The reading was then taken to the nearest 100 grammes.

#### **B. Height:**

1. Shoes and socks were removed.
2. The child was asked to stand straight and tall against a wall on which there is a ruler so the line of vision parallels the floor surface. It was made sure that the child's occiput, upper back, buttocks and heels touch the wall.
3. A flat object is placed atop the head and against the ruler to obtain an accurate measurement. The reading was recorded to the nearest 1 mm.

#### **C. Head circumference:**

It was measured by placing a tape measure over the supraorbital ridges and posteriorly over the occipital prominence. The reading was recorded to the nearest 1 mm.

After taking all of the anthropometric measurements, all households were surveyed with a structured household questionnaire. The questionnaire included questions on:

1. Personal information of the child under investigation (sex, date of birth, age... etc).
2. Family characteristics (family members, number of children less than 15 years... etc)
3. Economic status (income, house ownership, etc).
4. Health status of the child under investigation.
5. Child feeding and weaning practices.

**Statistical analysis:** The data collected was then analyzed statistically to reveal any associations between different factors and the children growth. The SPSS program was used for this purpose.

#### **Literature Review:**

Recent studies have investigated the relationship between children growth and socio-economic factors. Some of these studies were conducted in Jordan. One of these studies is the one conducted by Hijazi in 1981 (Hijazi, Faqih and Wiesell, 1986). This cross-sectional study was conducted on 4442 Jordanian schoolchildren of ages 6-15 years in five Jordanian districts: Madaba, Al-Mafraq, Jerash, Ajlun and Al-Karak. It was observed that the mean body weight values for age of Jordanian girls were between the 10th and 25th centiles of US well-nourished children. The respective pattern of Jordanian boys followed a similar trend up until age 13, beyond which it faltered to about the fifth centile. Mean stature ages of girls followed the fifth centile up to age 10, beyond which it fell just below the fifth centile. The respective pattern for boys lay just above the fifth centile for all ages studied.

Mean values of weight for height for Jordanian prepubertal girls and boys lay between the 50th and 75th centiles of the respective American children for all the ages studied. According to this study, apparent secular improvements in height and weight of Jordanian children 6-15 years old were observed between 1962 and 1981. They were attributed to improvements in education, socio-economic developments and primary health care.



In the study known as the Perth Growth study, Hitchcock, Gilmour and Owels (1986) examined the patterns of normal diet, nutrition and growth in infancy and early childhood. The sample of this longitudinal study included 205 infants drawn from a well-nourished community living in the city of Perth (Australia). Those were aged 0 to 5 years. This study indicates that there is a trend toward decreased growth rates (in terms of weight) in infancy, and that this trend has not extended beyond infancy into pre-school period. This was apparent from comparisons with growth rates in previous Australian studies. Differences in height were 1 to 2cm with the Perth group the taller at each age. Some of those differences were attributed to differences in measurement technique, but some were considered to represent a secular increase in height. The growth data of this study agree closely with NCHS reference values for weight, length, height and head circumference from birth to 5 years of age for boys and girls. The study showed that social group was not significant on growth. The same model applied regardless of social rank.

In another study by Little and Gray (1990), the growth pattern of Turkana (Kenya) nomadic children (N= 333) and settled schoolchildren (N=280) age 4-9 years were compared. The objective of the study was to assess the effects of a sedentary life-style on the growth pattern of the Turkana children. Anthropometric measurements on all children were taken. Those measurements included weight, height, sitting height, upper arm circumference, calf circumference and six skin folds (medial calf, triceps, midaxillary chest, subscapular, suprailiac and per - or Paraumbilical). The results of this comparative cross-sectional study indicate that settled children were larger in almost all measures of size and body composition. At age 9 years, settled children were 7.5 cm taller than the nomadic children were. Weight, calf circumference and skin folds were also larger in settled children. The study recommends further studies to clarify relationships among subsistence, nutritional status, and child growth processes.

The study of Miller and Korenman (1994) describes deficits in nutritional status among poor children in the United States using data from the National Longitudinal Survey of Youth for Children born between 1979 and 1988. This study shows that the prevalence of low height for-age (stunting) and low weight -for- height (wasting) is higher among children in persistently poor families. Differentials appear greater according to long-term rather than short-term income; hence, single year income measures do not adequately capture the effects of persistent poverty on children's nutritional status. Differences in nutritional status between poor and non poor children, as described by this study, remain large even when controls for other characteristics associated with poverty, such as low maternal education attainment, single - parent family structure, young maternal age, low maternal academic ability and minority racial identification, are included. The results also show that controlling the size of the infant at birth or mother's height and weight do not reduce the excess risks of stunting and wasting among poor children.

Leonard, Dewalt, Stansbury and McCaston (1995) examined patterns of growth in height and weight among children (< 60 months) of highland and coastal agricultural communities of Ecuador. Anthropometric data were collected as part of a longitudinal study examining the socioeconomic and ecological determinants of growth and nutritional status of children. Random samples of households with children in the target age range were obtained from three communities. 195 children were measured for weight in light clothing and without shoes to the nearest 0.2 Kg. Recumbent length was measured for children under 30 months, while stature was measured for children over 30 months. The results show that highland children are significantly shorter but not significantly lighter than their coastal peers are. Growth rates for both areas are similar suggesting that high altitude hypoxia plays a relatively small role in shaping growth during the first five years. Rather, it appears that the most disparity in height between the two samples can be attributed to the influence of nutritional and disease stresses and other socio- economic factors.

Results reached by the study of Gernaat, Dechering and Voorhoeve (1996) conducted on a random sample of 193 households in Nchelenge, Zambia show that 30% of the children are underweight, 69.2% stunting and 4.4% wasting are found, with the heights rates at age 12 - <24 months. Those results suggest that a substantial proportion of infants were premature and / or small for gestational age.

In a descriptive comparative study, Gjerdingen, Freland and Chaloner (1996) investigated the growth of 579 Hmong children aged 0 to 5 years, who were active patients at a family practice residency clinic. In this study, length and weight measures were abstracted from medical charts for each previous visit (new born to most recent visit) where both measures had been recorded, and measures were compared with National Center for Health Statistics (NCHS) standard percentiles. Visits occurred from 1988 to 1994. This group of children showed lengths similar to those of the NCHS reference population for the first 6 to 12 months of life, after which they lagged behind reference lengths. By the 24th month, median length for Hmong girls and boys was less than the NCHS 25th percentile. The Hmong children average weight was slightly higher than the NCHS median until about 8 months of age, after which the distribution were similar. Therefore in general, the Hmong children were proportionately heavier than other children of the same height.

In another study, Shen, Habicht and Chang (1996) compared the effect of economic reforms on child growth in urban and rural areas of China. They used data from five large cross-sectional studies conducted between 1975 and 1992 to examine the trends in height for age of children two to five years of age in urban and rural areas. The results show that the height increased before and during the economic reforms implemented in 1978. In 1975, the average height of children in periurban areas was 3.5 cm less than that of children in urban areas. Between 1975 and 1985, the average height of children in periurban rural areas increased by 2.5 cm as compared with 1.3 cm in urban children. Between 1987 and 1992, the average height of both urban and rural children increased but the net increase for rural children was only 0.5cm compared with 2.5 cm for urban children. In a 1990 survey of seven provinces, the rural mean height was 92.5cm, 38 percent of rural children had moderate stunting of growth and 15 percent had severe stunting as compared with 10 and 3 percent of urban children respectively. Differences in height between rural and urban children were greater in provinces in which the average height of children was lower. Shen et al. (1996) concluded that despite an overall improvement in child growth during the economic reforms in China, the improvement has not been equitable, as judged by increased differences in height between rural and urban children and increased disparities within rural areas. These changes in growth differentials were probably related to differences in socioeconomic development between urban and rural populations and an uneven distribution of resources to and with rural areas.

Kromeyer, Hauspi and Susanne (1997) investigated the influence of socioeconomic parameters (numbers of children in the family, birth orders of subject, professional status of the father, education of the mother) and background characteristics (birth length, birth weight and age of mother at birth of the child) of growth in body height in children from 4 to 12 years of age. Their analysis is based on data from a longitudinal growth survey, which started with 207 children (98 males and 109 females) from Jena (Germany) in 1985. Multiple regression analysis was used to estimate the degree of relationship between height and the social or background factors. In this study, no differences in growth between children of different social groups were found. Variation in height of girls was mainly affected by the biological factor, length at birth of the child.

Montgomery et al. (1997) attempted to determine whether family conflict is associated with slow growth to age 7 years, independently of material disadvantages. They used a sample of 6574 children born between 3 and 9 march 1958 who were members of the British National child development study. Slow growth at age 7 years was indicated by short stature defined as the lowest fifth of the height distribution. The results show that 31.1% of children who had experienced family conflict were of short stature compared with 20.2% of those who had not. In addition, 44% of children from the most crowded households were of short stature compared with 16.4% of those from the least crowded. Low social class was also a risk for short stature at age 7 years, but this was not statistically significant after adjustment for the other confounding factors. This study conclusion is that family conflict is independently associated with slow growth at the age of 7 years.

Other studies include those of Hijazi (1977), Michaelsen (1997) and Giacaman (1988). Those are not presented in details since those whom are already presented satisfy the purpose of this study. Also the focus and purpose of these three studies were not about growth itself; rather they were about nutrition, prevalence of breast-feeding and other public health issues.

### Population of the study:

Ajlun governorate is a rural and mountainous area with a typical Mediterranean climate; hot and dry in summer and cold and wet in winter with an average rainfall of 528.6mm yearly (Jordan statistical yearbook, 1996).

This study was conducted in two towns. The First one is Ajlun. It is the main city and the center of the governorate, located at about 70km to the northwest of Amman. There are about 7000 people living within an area of about four km<sup>2</sup>. (Ajlun governorate yearbook, 1998). It is about 760m above sea level (Gharaibeh, 1997). In the city, there are three private schools, one medical center and one hospital. Usually students use the bus to travel to and from school.

As for the second town, Ibbin Ibbilin, It is located about 7km to the northeast of Ajlun with a population of about 11.000 inhabitants and an area of 6000 donum. It is about 1200m above sea level. There are four elementary schools located at different neighborhoods and one medical center in the town. (Source: Ajlun governorate yearbook, 1998) Students walk from their homes to school and back from schools to their homes.

People of Ajlun district are mostly of tribal origins. They settled near springs and water sources and used to practice farming. The people of Ajlun city are of different tribes, origins and religious beliefs (Islam and Christianity). On the other hand, most people of Ibbin-Ibbilin belong to one family. Nowadays a small number of migrant families live in Ibbin-Ibbilin.

Today, inhabitants of Ajlun district work as governmental employees, either in the military or the civil service. Others work as unskilled workers or in farming. Farming is the dominant activity in Ajlun district. In general, most people own a piece of land that varies in its area, usually, the land owned is of small area, but it represents a source of income, either a soul one or an additional source for employees.

In Ajlun district, and due to availability of water, people grow different types of trees. These include olives, grapes and apples (especially in Ibbin-Ibbilin). In summer, cereals (wheat, lentils and chickpeas) and vegetables are grown. Many families keep a few numbers of goat and chicken at the yard of their home. This will provide them with a source of fresh milk and egg. Milk is used to make butter and cheese. Sometimes, families sell milk to provide cash money to fulfill other needs of the family.

Families in Ajlun district are mostly stable, conservative and of the nuclear type in which father, mother and their unmarried siblings live in one house. The household function as a residential, consumption and economic unit. All members of the family pool their resources and invest jointly in any family enterprise such as building a house or marrying a son. The houses are built of stones and cement and mostly consisting of 3-6 rooms. Most families own a television, a refrigerator and a washing machine in addition to other modern facilities. Considering the fact that most of the families have low income, one concludes that these facilities are at the expense of priorities that are more important namely, food supplies and health care of the family members. To add, one family might have a monthly income of about 200JD's but the family must pay for the debts resulted from building a large house for example. In addition, the family must fulfill other social duties and responsibilities. Therefore, the real amount of money available to provide the family with its nutritional needs is much lower than 200JD's.

For children, life in Ajlun district is similar to that in other Jordanian rural areas. The children are freer to move around their town, children spent most of their day outside playing in the streets and yards of the town. They are left unattended. At school, children suffer many problems including crowding, cold classrooms during winter and poor sanitation facilities. Children investigated in this study are not expected to do any work either at home or at the farm, this might be because of their young age (70-82 months). Nevertheless, they usually accompany their families to the farm.

### Food habits:

There are two sources for calories and proteins: plant and animal sources. People of Ajlun district like other people of the world depend on these two sources, but mostly they consume plant food (vegetables and cereals) much often. For example, bread made of wheat

is a main component of any meal. Rice also is consumed in large quantities. Olive oil is the main kind of oil consumed in Ajlun district in addition to other kind of plant oil such as maize and palm oil.

People of Ajlun district tend to depend less on animal sources of protein and calorie. Usually these sources cost more than plant sources. Yet, many families have a weakly meal (usually on Friday) that contains chicken. Goat or cow meat is less common and fish is rare. Consuming egg and milk might compensate for the shortage of meat. Another important habit to be mentioned is that people of Ajlun district do not eat on regular times; they eat when they feel hungry and many of them cannot afford three meals per day. This might deprive children from their nutritional needs and consequently leading to growth and developmental problems.

The statistical analysis shows that 176 (96.7%) of the mothers were married, three (1.6%) widowed and three (1.6%) divorced. As for mother/ father relationship, statistical analysis reveals that 40 cases (22%) were first cousins, 43 (23.6%) were second cousins and 99 (54.4%) were far related or not related. 58 of the mothers (31.9%) said that they are doing a paid job. There was a big gap between the percentage of fathers having a university education (22% of fathers) and that of mothers having the same level of education (only 7.1% of the mothers).

The average size of the family was 7.26 members with a minimum of four and a maximum of 17 members. For the average period between each pregnancy, it was 2.09 years with a maximum of 10 years. Most of the families own the house in which they live (135 Families; 74.2%). More than half of the families (57.7%) have an income less than 200 JD.

### Results of the Study:

The findings of the study show that in general, the growth of the children in Ibbim-Ibbilin and Ajlun fall within the normal ranges. However, the indicators of growth are all within the lower NCHS percentiles for weight, height, head circumference and weight/ height. The mean values for the whole group regardless of sex, age or type of school are 20.028 kg for weight, 114.59 cm for height 50.06 cm for head circumference and 17.43 weight/ height.

There are small and insignificant differences in weight between males and females within the same school group of the same age. Male children of public schools tend to be heavier than female children at all ages.

As for the private school, female children are heavier than their male peers are at age 78 - 81 months but not 70 - 73 and 74 - 77 months. At all ages, those differences between male and female children are not statistically significant.

When comparing the height of male and female children, it is almost the same for both sexes. Although male children is 4.5 cm and 1.45 cm taller than female children at age 70 73 months and age 78 - 81 months respectively, those differences are not statistically significant.

The same results apply for head circumference mean values; these values were higher for male children at all ages but age 78 - 81. These differences are small ranging from 0.17 cm to 1.24 cm with no statistical significance.

For public school children, male's weight/height ratio is higher than that for females with a maximum difference of 1.79 at age 70 - 73 months. Nevertheless, for the private school group the results were mixed. At age, 70 - 73 and 78 - 81 months female children are of higher ratio than their male peers are. For both groups (public and private schools), the differences are with no statistical significance.

In general, children of private school (both males and females) have higher values for weight, height and head circumference. None of these differences is statistically significant. In addition, the differences of weight/ height ratio between children of public and private schools are not significant. All comparisons were made using the paired t- test.

The mean values of weight, height, head circumference and weight/ height were compared to National Center for Health Statistics (NCHS) standard percentiles. These standards are derived from measurements taken on large numbers of people (Whitney and Cataldo, 1983: 679). The mean values of weight for public school children (both males and

females) at all ages are around the 25th percentile. The only exception is the male children aged 70 - 73 months; they lie above the 50th percentile. The private school female children reached the 50th percentile at all ages, whereas their male peers failed to exceed the 25th percentile but at age 74 - 77 months.

As for the height percentiles, the case was even worse for the public school children (both males and females) but the same for the private school children. Children of public schools achieved growth of about the 10th - 25th percentiles. Male children aged 70 - 73 months succeeded to reach above the 25th percentile, while male and female children aged 78 - 81 months fell below the tenth percentile. Both sexes of the private school children achieved better growth (in terms of height percentiles) than their peers in the public schools; they reached the 50th percentiles at all ages.

Children of private school achieved better growth in terms of head circumference percentiles. At age 70 - 73 months, the mean values for head circumference of public school children reached only the 10th percentile, and failed to exceed the fifth percentile at age 78-81 months. On the other hand, children of private school reached the 50th percentile, and just below 75th percentile at age 78 - 81 months for female children.

As for growth percentiles in terms of weight/ height, they are no better than those already presented. For children of public schools, they fell between the 10th and 25th percentiles, while children of the private school fell below the fifth percentile at all ages.

To conclude, the physical growth of children of both sexes and of private and public schools are within the lower NCHS percentiles but children of private school achieved better physical growth than their peers of public schools.

Male children as a group regardless of their school or age group have higher mean values for weight, height, and head circumference and weight/ height ratio than female children. Male children are 1kg heavier and 2cm taller than female children are. Statistical analysis (using paired t- test) reveals that all of these differences are of no statistical significance.

In terms of percentiles, both sexes achieved physical growth within the 25th percentile for weight, height and weight/ height. As for the head circumference growth, it was within the 10th percentile for both sexes.

#### **Association of growth with socio-economic factors:**

In order to determine the relationship between growth (in terms of weight, height, head circumference and weight/ height) and different socio-economic factors, Student-Newhman-Keuls was used to identify the significance of differences between the groups of the sample when these groups are more than two, and the paired t-test if there are only two groups to be compared.

1. Mother status: The Student - Newhman - Keuls was used to identify the significance of the differences in weight, height, head circumference and weight/ height between the three groups of the sample (married, divorced/ separated and widowed). At the  $\alpha = 0.05$  level, no two groups are significantly different.
2. Father- mother relation: The Student- Newhman- Keuls was also used to test for significant differences in growth between the three groups of the sample. It was found that growth is not related to father-mother relationship. None of the differences between any two of the three groups are statistically significant at the level of  $\alpha = 0.05$ .
3. Mother education: Mothers of the children of the sample were classified into seven groups according to their level of education. The Student-Newhman-Keuls shows that there are no significant differences in weight between the seven groups at the level of  $\alpha = 0.05$ .

Growth in terms of height and head circumference is related to the level of mother education. Significant differences between the seven groups of the sample were revealed. The Student - Newhman - Keuls multiple comparison showed the differences in height to be in favor of the university educated mothers against the mothers of elementary school level of education, the college educated against those with elementary education, mothers with secondary school education against mothers with elementary level of education and mothers of preparatory school education against mothers of elementary level of education. The

differences in height are in favor of university-educated mothers against those of preparatory and secondary school level of education. Differences between mothers with college education and those of secondary school level of education were also revealed to be in favor of the college group.

**Table 1: one way ANOVA analysis for height/ mother education**

source of variation	D.F	sum of squares	mean squares	F-ratio	F-prob.
Between groups	6	93774.84	15629.14	4.8750	0.0001
within groups	175	561048.92	3205.99		
Total	181	654823.76			

**Table 2: Student- Newhman- Keuls multiple comparisons for height/ mother education**

Mean	mother education	3	2	4	5	6	1	7
107.30	elementary school							
110.00	reads and writes							
113.43	Preparatory							
113.52	secondary	*						
116.01	2yrs college	*						
117.67	illiterate	*			*			
119.15	university	*		*	*			

\* Significant at a level of  $\alpha = 0.05$

As for the differences in head circumference, there are significant differences between the university and college educated mothers and those with an elementary school education. These differences are in favor of the university and college groups against the elementary school group.

**Table 3: One-way ANOVA analysis for head circumference/ mother education**

source of variation	D.F	sum of squares	mean squares	F-ratio	F-prob.
Between groups	6	4479.76	746.63	2.3046	0.0363
within groups	175	56694.03	323.97		
Total	181	61173.79			

**Table 4: Student - Newhman - Keuls multiple comparisons for head circumference / mother education**

Mean	mother education	3	2 <sup>n</sup>	5	4	6	7	1
48.29	elementary school							
49.50	reads and writes							
49.84	Preparatory							
49.96	secondary							
50.29	2yrs college	*						
50.92	illiterate	*						
51.50	university							

\* Significant at a level of  $\alpha = 0.05$

Differences in weight/ height ratio between any two groups are not statistically significant at the level of  $\alpha = 0.05$  as revealed by the Student- Newhman - Keuls multiple comparisons.

4. **Mother work:** The mother of the child under investigation was asked if she is doing a paid job or not. 31.9% of the mothers were doing a paid job. The mean values of weight, height, head circumference and weight/ height ratio were compared using the paired t-test. The results of this comparison show that children of those mothers who do a paid job are heavier and taller than other children. In addition, the mean values of head circumference and weight/ height ratio for those children are higher. In all of the four cases, the differences are not statistically significant at a level of  $\alpha = 0.05$ .
5. **Father education:** There are seven groups in the sample according to this variable. Multiple comparisons were made by using the Student - Newhman - Keuls. Significant differences between groups were revealed in weight, height and weight/ height but not in head circumference. The differences in weight are significant between the children who have university-educated fathers on one hand, and those who have an elementary school education or a preparatory school education on the other hand. In both cases, the difference is in favor of the university-educated group against the other two groups.

**Tables 5: one-way ANOVA analysis for weight/ father education**

source of variation	D.F	sum of squares	mean squares	F-ratio	F-prob.
Between groups	6	163556697.5	27259449.58	3.5447	0.0025
within groups	175	1345780074	7690171.85		
Total	181	1509336772			

**Table 6: Student- Newhman - Keuls multiple comparison for weight/ father education**

Mean (kg)	father education	3	4	6	2	5	1	7
18.29	elementary school							
18.76	reads and writes							
19.35	Preparatory							
19.67	secondary							
20.23	2yrs college							
20.90	illiterate							
21.33	university	*	*					

(\* Significant at a level at  $\alpha = 0.05$ )

The differences in height between the groups of the sample are statistically significant. These differences are in favor of the group of children whom their fathers are with secondary school level of education against those whom their fathers are with an elementary or a preparatory school education. Another difference was found between the group of children of university-educated fathers and those of only an elementary or a preparatory school education. Again, this difference is in favor of the university- educated group.

**Table 7: one-way ANOVA analysis for height /father education.**

source of variation	D.F	sum of squares	mean squares	F-ratio	F-prob.
Between groups	6	66765.85	11127.64	3.3115	0.0041
within groups	175	588057.91	3360.33		
Total	181	654823.76			

**Table 8: student -Newhman-Keuls for height/father education**

Mean (cm)	Father education	3	4	1	6	5	2	7
109.84	elementary school							
111.78	reads and writes							
112.88	Preparatory							
115.19	secondary							
115.31	2yrs college	*	*					
116.00	illiterate							
116.32	university	*	*					

(\* Significant at a level at  $\alpha = 0.05$ )

No significant differences were found in head circumference between groups. As for weight/ height, there are significant differences between the groups of sample. These differences are in favor of the university-educated group against the group with a level of education limited to preparatory school, secondary school or college education.

**Table 9: one-way ANOVA analysis for weight /height by father education**

source of variation	D.F	sum of squares	mean squares	F-ratio	F-prob.
Between groups	6	65.69	10.95	2.9553	0.0090
within groups	175	648.26	3.70		
Total	181	713.94			

**Table 10: Student- Newhman- Keuls for weight/height by father education**

Mean	Father education	3	4	6	2	5	7	1
16.57	elementary school							
16.75	reads and writes							
16.78	Preparatory							
16.98	secondary							
17.50	2yrs college							
18.31	illiterate		*	*		*		
18.40	university							

(\* Significant at a level at  $\alpha = 0.05$ )

6. House own: Subjects interviewed were asked if they own the house in which they live or not. If not, then they were asked how much do they pay monthly for house rent. The paired t-test was then used to analyze the relationship between growth and house ownership. For monthly rent the Student-Newhman- Keuls was used. Although children of families who live in an owned house have lower mean values for weight, height and head circumferences, all of these differences are not statistically significant.

The student - Newhman - Keuls multiple comparisons shows that there are no significant differences in weight, height, head circumference or weight/ height between the five groups of the sample.

7. Family income: two questions were asked about family income. The first one was whether the family has any other source of income in addition to the monthly salary or not. 19.8% of the sample said that they have another source of income. The paired t-test indicates that this variable is not a possible determinant of growth.



The second question is about the total monthly income. Subjects were asked to subtract the monthly paid rent of their houses. From their total monthly income. According to this variable, the sample was classified into six groups. Analysis of this variable revealed no statistical significant differences between the six groups.

#### Association of growth with the pattern of nutrition during infancy:

The household questionnaire included seven questions about the pattern of nutrition during infancy of the investigated child. Mothers were asked about the breast-feeding period. The majority of the children had been breastfed at least for a period (96.7% of the sample). Of those, 24.2% were breastfed for a period less than 6 months, 28.6% for a period of 7-12 months, 33.0% for a period from 13 - 18 months and 11.0% for a period more than 25 months.

In order to reveal any differences in growth, the five groups were then compared to each other by using the Student- Newman - Keuls. There are no statistical significant differences in growth indices between the different five groups.

The second question that was asked about nutrition is whether the child had any other kind of milk during infancy, and if yes then what kind was it? For the kind of milk given to the child there were four groups: fresh cow or goat milk, powdered full cream milk, powdered half cream milk or pasteurized milk. 64.3% of the children had some kind of milk other than that of their mothers during their infancy of those, the majority (47.9%) had powdered full cream milk, 3.8% fresh cow/ goat milk, 11% powdered half cream milk and 1.6 % pasteurized milk.

The two groups of the children (those who have had other kinds of milk and those who have had not) were then compared by using the paired t-test. There are no statistical significant differences in growth indices between the two groups.

Student - Newman - Keuls multiple comparisons revealed no significant differences between any two of the four groups compared at a level of  $\alpha = 0.05$ .

Another question asked was about the age at which the child started to eat other kinds of food other than milk and juice. Mothers were also asked to name the first solid foods the child was given other than milk and juice. Five of the mothers did not give any answer for the second part of the question. The majority of the children (59.9%) have had some kind of solid food before the sixth month of age. Only a small fraction of the children (7.1%) has not had any kind of solid food until after their first year of age. The most frequent month at which the solid food was given to the child is the fourth month with a percentage of 26.4. Five of the mothers did not give any answer for this question and thirteen of them said that they did not give their children any kind of solid food until they passed one year of age. The correlation between this variable and the indices of growth will be illustrated later in the section dealing with correlation coefficients.

The most frequent food to be first given to the child was cerelac, a commercial baby food (52.7%), rice (46.1%) and fruits (45.1%). Soup, vegetables, sweets and eggs had been given as the first solid foods to 32.4%, 28.6%, and 26.4% of the children respectively. Other solid foods to be first given to the children include yoghurt (21.8%), meat (14.2%), family food (13.2%), bread (8.8%), honey (2.2%) and cornfield (0.5%). Twelve of the mothers interviewed had no answer for this particular question.

The last question asked about the pattern of nutrition of the child during infancy was about weaning. The mothers were asked to specify the pattern of weaning, either gradual or abrupt and at what age the child was completely weaned. It is clear that the majority of the mothers (68.1%) followed a pattern of gradual weaning. The paired t-test was used to compare the two groups and no significant differences in height and head circumference were found. However, differences in weight and weight/ height are significant at a level of  $\alpha = 0.05$ . These differences are in favor of the group that had been weaned gradually against those who had been weaned abruptly.

As for the correlation between the second part of the question, at what age the child was completely weaned and the indices of growth, it will be discussed later in this chapter.

**Table 11: mean values of weight, height, head circumference according to the pattern of weaning.**

Growth indices	pattern of weaning	mean	std. Dev.	T-value	P
weight (Kg)	gradual	20.23	3.09	2.06	0.027*
	abrupt	19.45	2.33		
height (cm)	gradual	114.90	6.22	0.99	0.273
	abrupt	113.95	5.55		
head circumference(cm)	gradual	49.96	1.72	1.11	0.316
	abrupt	50.28	2.07		
weight/ height	gradual	17.62	2.15	2.11	0.026*
	abrupt	17.03	1.52		

\* Significant at a level of  $\alpha < 0.05$

### Health status of the children:

In order to assess the health status of the children, mothers were asked to specify whether the child had experienced any of the following diseases: diarrhea, respiratory infections, whooping cough, measles, mumps, and chickenpox. For the first two diseases, mothers were asked to specify whether the child had experienced the condition currently, recently or is recurrent.

Only a small fraction of the children had experienced diarrhea or respiratory infections during the time of the interview, 2.7% and 7.7% for diarrhea and respiratory infection respectively. Also 36.3% of the mothers reported that their children had a recent experience of diarrhea, but for respiratory infections it was only 22.5%, Also 3.8% and 8.8% of the mothers reported their children to suffer from a recurrent attacks by diarrhea and respiratory infections respectively.

As for the other four diseases, it is shown in table 65 that the incidence of these diseases is ranging from 7.7% for whooping cough to 34.1% for measles. The incidence of mumps and chicken pox was 19.8% and 30.2% of the children respectively. It is clear that the incidence of measles is very high and unexpected, taking into consideration that the mass majority of children are expected to be vaccinated against measles among other diseases.

Another question asked for mothers was about whether the child had been taken to a doctor, either to the health center in the town or to the hospital, or had a doctor visited the child when sick in his home during the last six months. If yes, then mothers were asked to specify the name of the disease the child had suffered and how many times the child had visited the doctor during that period. 44.0% of the children had visited the hospital or the health center during the last six months of the interview.

Of the 80 children who had visited the hospital or the health center, 65 children (81.25%) suffered from respiratory infections. Incidence of other diseases that required hospital visit is relatively low. Those include diarrhea and teeth (15% for each of the two), measles and chicken pox (10% for each of the two also), mumps (2.2%), whooping cough (1.6%), ear infections (1.1%) and only one case of each of the eye infections, urinary tract infections, favism and jaundice representing 1.25% of the 80 cases for each.

The frequency of doctor visit ranged from only one visit (14% of the children) to a maximum of ten visits (0.5% of the children). However, from table 67, it is obvious that the majority of the children had visited the doctor only once or twice suggesting that that they had suffered only a mild condition of the diseases.

### Correlation Coefficients:

Correlation coefficients between different variables were calculated using the SPSS computer program. Table 12 shows that there is a significant strong positive correlation

between weight and height (0.6984), weight and weight/ height (0.9473), weight and head circumference (0.3808), height and head circumference (0.4585), and height and weight/ height (0.4348). Correlation coefficients between the number of family members and growth indices are negatively significant weak but for weight/ height, which is positively weak. The values of the correlation coefficients were -0.18,-0.30,-0.19 and 0.09 for weight, height, head circumference and weight /height respectively. This means that the children of small-in-size families achieve better growth than their peers of large -in- size families.

As for the child order in the family, the correlation coefficient values were also significant, negative and but for weight/ height. They were calculated to be -0.15- 0.28,-0.19 and -0.06 for weight, height, head circumference and weight/height respectively. This means that the eldest of children of their families achieve better growth than their youngest peers.

Another variable to be taken in consideration is the number of children less than 15 years old in the family. Again, this variable was found to depress growth, as the number of children less than 15 years old in the family increases, the values of the growth indices decreases. The correlation coefficient values were -0.18, -0.23, -0.17 and -0.12 for height, weight, head circumference and weight/ height respectively.

Parent's age is a weak determinant of growth. The correlation coefficient values computed to be -0.04, -0.10, -0.14 and -0.00 for mother's age and 0.03, -0.13, -0.06 and 0.10 for father's age for weight, height, head circumference and weight/ height respectively. In all cases, they were not significant.

Pregnancy interval correlation coefficient values were significant weak for weight (0.19) and weight/ height (0.20) but insignificant for height (0.10) and head circumference (0.07).

The last two variables to be considered are the age of the child when he had his first solid food and the age at which he was completely weaned. For the first one, the correlation coefficient is relatively low in an opposite direction and significant for weight and head circumference only. The earlier the child had his first solid food, the better growth he achieved. The correlation coefficient values for this variable were - 0.14, - 0.11, - 0.16 and - 0.13 for the four indices of growth.

The correlation between growth and the age at which the child was completely weaned is also weak and significant for weight only. They valued 0.05 for weight, - 0.04 for height, - 0.17 for head circumference and 0.08 for weight/ height.

**Table 12 correlation coefficients between different variables**

-----	weight	height	Head circumference	weight/height	family members	Children less than 15 yrs	child order	Mother's age	Father's age	Pregnancy intervals	Child eating month
Height	.69 (182) P=.000*										
Head Circumference	.38 (182) P=.000*	.45 (182) P=.000*									
Weight/ height	.94 (182) P=.000*	.43 (182) P=.000*	.27 (182) P=.000*								
Family members	-.18 (182) P=.015*	-.30 (182) P=.000*	-.19 (182) P=.010*	-.09 (182) P=.219							
Children less than 15 yrs	-.18 (182) P=.014*	-.23 (182) P=.001*	-.17 (182) P=.019*	-.12 (182) P=.091	.65 (182) P=.000						
Child order	-.15 (182) P=.036*	-.28 (182) P=.000*	-.19 (182) P=.009*	-.06 (182) P=.373	.84 (182) P=.000	.45 (182) P=.000					
Mother age	-.09 (182) P=.547*	-.10 (182) P=.143	-.14 (182) P=.051*	-.00 (182) P=.950	.55 (182) P=.000	.15 (182) P=.041	.67 (182) P=.000				
Father's age	.03 (182) P=.684*	-.13 (182) P=.076	-.06 (182) P=.420*	.10 (182) P=.174	.61 (182) P=.000	.17 (182) P=.115	.69 (182) P=.000	.77 (182) P=.000			
Pregnancy intervals	.19 (182) P=.009*	.10 (182) P=.159	.07 (182) P=.329	.20 (182) P=.007*	-.24 (182) P=.001	-.31 (182) P=.000	-.16 (182) P=.028	.10 (182) P=.167	-.01 (182) P=.878		
Child eating month	-.14 (182) P=.046*	-.11 (182) P=.127	-.16 (182) P=.023*	-.13 (182) P=.068	.02 (182) P=.783	.06 (182) P=.373	.00 (182) P=.983	-.15 (182) P=.038	-.13 (182) P=.076	.00 (182) P=.938	
Child weaning month	.05 (182) P=.04*	.04 (182) P=.51	-.17 (182) P=.24	.08 (182) P=.24	.20 (182) P=.005	-.01 (182) P=.85	.23 (182) P=.00	.17 (182) P=.01	.22 (182) P=.00	.19 (182) P=.00	.08 (182) P=.24

\* Significant at a level of  $\alpha = 0.05$

## Discussion Of the results

It is apparent that the investigated children, both males and females and of both public and private schools achieved growth within the lower NCHS percentiles. These results are in agreement with those of the 1981 study conducted by Hijazi and others (Hijazi et al., 1986) among Jordanian children. According to Hijazi, Jordanian children, males and females followed a pattern of growth in which they lie between the 10th and 25th percentiles for weight and the 50th and 75th percentiles for weight/ height. As for height, it was around the fifth percentile for both sexes.

In this study, the mean values of weight of male and female children are within the 25th percentile. Height percentiles were higher than those of Hijazi were; they laid within the 25th percentile for males and just above the 10th percentile for females. Mean values of weight/ height were within the 25th percentile and just above the 50th percentile for males and females respectively.

Growth retardation in infants and young children is an important sign of poor nutrition status (Whitney et al., 1983). Weight reflects the current status of nutrition of the child. On the other hand, height is a reflection of a prolonged process of nutrition pattern during the life hood of the child. The usual explanation for stunting is a prolonged period of under-nutrition (Al- Faqih, Hijazi, Al-Mawajdeh and Al- Qutb, 1992; Hendrickse et al., 1991).

Other factors to affect growth include socio-economic status of the family, family size, place of residence (urban or rural) and educational background of parents (Malina et al., 1991).

There is no doubt that American children enjoy better nutritional, sanitary and socio-economic conditions among other better environmental factors. Another possible explanation for the gap between Jordanian and American children might be the data used for drawing the weight and height percentiles. American data was based on a well-fed sample of the population (Hijazi, 1986), whereas that of this study was not. The sample of this study represent children of rural area in which 77.6% of the population have a total monthly income less than 300 JD. The average size of the family in the population studied is 7.26 with a minimum of four and a maximum of 17 members, which is similar to the situation in most if not all underdeveloped countries.

Mean values of weight and height found in this study are so close to those found by the 1981 Hijazi's study. Hijazi found the mean value of weight of children aged 6.00 - 6.99 years of Ajloun district to be 19.9 kg and 19.6 kg for males and females respectively compared to 20.55 kg and 19.62 kg found by this study. As for height, it was found by Hijazi to be 113.4 cm and 112.5 cm compared to 115.45cm and 113.92 cm for males and females respectively. This comparison indicates that both groups of children were exposed to similar pattern of nutrition and other socio-economic factors including family size, sanitation and housing. Although gross domestic product per capita fallen from 2.205\$ in 1987 to 1.537\$ in 1995 (Arab monetary fund, 1996), this degradation in income was balanced by the higher level of education of the parents. Literacy among adults rose from 65.4% in 1979 to 81.1% in 1991 (Ministry of Planning, 1997).

Private school children achieved better growth in terms of percentiles than their peers of public schools did. This is expected, since children of private schools usually enjoy a better socio-economic status. They will be more able to purchase food; in turn, they will have better nutritional status. Access to and use of health care facilities and programs are in favor of children of private school. All these factors interact to result in a better growth for the children of private school. Nevertheless, it was found that the differences in mean values of weight, height, head circumference and weight/ height are not statistically significant. This might be attributed to the fact that all private schools in Ajlun are of a missionary purpose. Due to that, the fees paid by the students are low; they do not exceed 100 JD per year. The main point to be concluded here is that although children of private school are of better socio-economic status, the gap between them and their peers of public schools is not wide. Both of the two groups might be considered to belong to the middle and lower class of the society. The majority of the children of private school belong to the upper middle class, while those of public schools belong to the lower middle class, and the lower class of the society.

In general, male children were heavier and taller than their female peers were. They also have higher mean values for head circumference and weight/ height. None of these differences is statistically significant. Giacaman, (1988), found in her study in three Palestinian villages that differences between boys and girls in nutritional status were significant at all ages. Nevertheless, this discrepancy does begin to disappear after the age of weaning, that is, after 2 years of age, when children for the most part help themselves from a common container (Giacaman, 1988). Other studies indicate that sexual dimorphism tends to increase in populations that have an abundance of food and tend to be decreased or depressed in populations experiencing undernourishment. This perspective holds that the metabolic demands of pregnancy and lactation have resulted in females evolving hormonal mechanisms to mediate the influence of nutritional stress on body size. Males did not; therefore, they are more sensitive to deprivation or abundance of food. (Hall, 1982; Lieberman, 1982; Stinson, 1985; Wolfe & Gray, 1982).

#### Association of growth with socio-economic factors:

Statistical analysis showed that socio- economic factors except for parent's education are not significant in the determination of growth. There are no significance differences in growth between those who are enjoying a better socio- economic status and those who are not. Although this result is in agreement with the study of Hitchcock et al. (1986), it contradicts with the rest of the studies reviewed. The effect of socio-economic status on growth is well established in scientific literature. This contradiction might be attributed to many factors. One of these is that the gap between different groups in terms of socio-economic status is not that wide. On the contrary, it might be narrow since 68.7% of the population has a monthly income ranging from 100 J.D to 399.9 J.D. Only 4.9% of the population have a monthly income of more than 500 J.D and 19.2% of the population have a monthly income less than 100 J.D. Another possibility to be taken in consideration is that some of the people interviewed may have indeliberately provided the researcher with incomplete information.

We must not overlook the fact that access to health services, drinking water and sanitation facilities is available for most members of the population. Government reports show that 97% of the population has access to health services, 98% of the population has access to drinking water and 55% of the population has access to sanitation facilities (Arab league, 1994). Due to the low cost of these services and to health insurance that most people enjoy due to their employment in civil or military occupations, people access to these services almost equally. Those who are not government employees with a monthly income less than 100 J.D have a health insurance card provided by the ministry of social welfare. Governmental and non-governmental aid funds also contribute to fulfill the basic needs of those with low income.

Nutrition pattern during infancy might also lead to decrease the differences in growth between different socio-economic groups. 96.7% of the children had been breastfed for a period. In addition, the majority of the children had the same solid food during their infancy, namely cerelac, rice and fruits. 54.4% of the children had those solid foods between the fourth and sixth month. To conclude, most of the children followed a similar pattern of nutrition during infancy, therefore, they have a similar pattern of growth regardless of their socio-economic backgrounds at the age of 70 - 82 months. It is obvious that all these factors will interact with genetic factors to result in this pattern of growth reached in this study.

For some socio-economic factors, the size of sample must be considered. For example. There were only three cases of divorced mothers and another three cases of widowed mothers out of 182 cases included in the sample. The statistical analysis to compare these two groups against married mothers would most probably give misleading results.

The statistical analysis revealed that parent's education affects growth of children. Children of parents with higher level of education achieved the best growth, especially in height that, as mentioned earlier, is a result of a long-term process reflecting the nutritional status during the early life of the child. Weight, on the other hand, was related to the father's level of education but not that of the mother. A possible explanation is that fathers with higher levels of education

have higher monthly income, and consequently a better access to food sources and an increase of weight of the child. Nevertheless, some researchers believe that it is not the increase in monthly income that make the difference but rather, it is the level of education itself i.e. selecting the most nourishing type of food in both quality and quantity (Unicef, 1985). There are three explanations: one is that educated mothers are separated from the old tradition of the society concerning child bearing and rearing and that they depend more on modern alternatives for childcare and health issues that are available in their communities. The second possible explanation is that educated mothers will have more attention from the doctors and the nurses, thus they will have more access to health services. In addition, an educated mother will be more able to have access to suitable facilities in the community, as well as choosing the best kind of food for her child. The last possible explanation is that mother's education will change the traditional balance in family relations. It will have deep influences on childcare. Children will have more parents' attention, they will have more shares of the family resources and children will work less. Education does not change the educated individuals only, but also the attitudes of others toward them (Unicef, 1985).

#### **Pattern of nutrition during infancy:**

The current study shows that breastfeeding is still practiced widely in the sample studied. 96.7% of the children had been breastfed for at least a period compared to 3.3% of the children who had never been breastfed. This result is in agreement with other studies conducted on Jordanian children. These studies include that of Hijazi (Hijazi, 1977), revealing that only 6.4% of all the children had never been breastfed. In another study, Hijazi, Tukan and Faqih (1990) found that only 2.7% of the group studied had never been breast-fed. In conclusion, these studies conducted on Jordanian children show that breastfeeding is practiced by 92% - 97% of the mothers (Samawi and Jaghbeir, 1990).

Statistical analysis showed that there are no significant differences in growth between the different groups of children based on the period of breastfeeding or kind of milk given to the child. One possible explanation for this unexpected finding is that the investigated children were exposed to a similar pattern of nutrition during their infancy. The majority of them (61.6%) had been breastfed for a period ranging from 7 - 18 months, 47.9% of the children had powdered full cream milk as their supplementary food, 59.9% of the children had their solid food before the age of six months and for most of them, the solid food was cerelac, rice or fruits. Similar pattern of nutrition leads to a decreased differences in growth.

Here, one must take in consideration the fact that socio-economic factors also play an important role in determining the growth of children. Their effect is to be considered since the children had been exposed for these factors since their birth until the day they were interviewed and measured.

As for the pattern of weaning, it was found that there are significant different in weight and weight/height in favor of those who had been weaned gradually against those who had been weaned abruptly. This might reflect a sudden deterioration of the quality of food provided to the child that caused a loss of weight and due to the low socio-economic status of the children, they were not able to increase their weight to normal ranges.

#### **Health status of the children:**

Responses of the mothers interviewed showed measles to be the most common disease among children of the sample. 34.1% of them already suffered from measles at the time when the study was conducted. Chicken pox incidence also was high. 30.2% of the studied children were infected earlier by chickenpox. Other diseases prevailed in the community include mumps (19.8%) and whooping cough (7.7%). High incidence of measles is not expected since most of the children have been vaccinated against it. This might reflect confusion between measles and German measles, mothers interviewed still unable to differentiate between the two conditions due to the resemblance of their names. Diarrhea and respiratory infections are also common in the community. 39.0% and 30.2% of the mothers reported that their children had suffered diarrhea and respiratory infections respectively either at the time of interview or recently. In addition, 3.8% and 8.8% of them had been reported to suffer recurrent attacks by diarrhea and respiratory infections respectively.

Socio- economic factors as well as environmental and climatic factors are also expected to affect health status of the children. For example, poor nutrition as reflected by the growth indices will depress the immune system. Therefore, children will be more susceptible to infectious diseases. Crowdedness at home and school will lead to more infections and diseases will be transmitted to others easily. The climatic conditions also might interfere, very cold weather during winter combined with poor nutrition and the absence of proper conditions in schools will lead to a high incidence of respiratory infections and other contagious diseases.

The results also showed that forty four percent of the children had visited the hospital during the last six months of the interview. 34.8% visited the hospital only once, twice or three times indicating a simple condition or infection. The causes that required the hospital visit included respiratory infections, ( 81.25%) diarrhea and teeth (15% for each of the two), measles and chicken pox (10% for each of the two), mumps (2.2%), whooping cough (1.6%), ear infections (1.1%) and only one case of each of eye infections, urinary tract infections, favism and jaundice.

### Correlation Coefficients:

The tabulation of the correlation coefficients of each growth index with the other indices as well as the other variables revealed the following conclusions:

1. Significant positive correlations are found between the four measurements of growth. This is expected since the various measurements reflect the different socio-economic, nutritional and genetic factors.
2. Weight/ height are strongly correlated with weight. Nevertheless, when considering height, weaker correlation is found. This might suggest that this population is marginally malnourished, i.e. Children who are less stunted are also less wasted (Hijazi, 1977).
3. In general, correlation between the growth indices and different socio-economic factors are found to be negatively weak. This might be explained by the homogeneity of the population, i.e., their socio-economic factors that were tested against growth are similar in most of the families. Yet, in general, the correlation is significant. The children who achieved the best growth are those of small-in-size families with less number of children less than 15 years, younger parents and of older age.
4. The age at which the child had his first solid food as well as the age of complete weaning have a weak correlation with the growth indices for the first factor and very weak for the later one. This correlation is also insignificant but for weight and head circumference. The earlier the child had his first solid food and the later his age of complete weaning, the better growth he achieved.

### Conclusion and recommendations:

This study was based on the examination of 182 children aged 70-81 months consisting of 80 male children and 102 female children. One hundred and thirty children were attending public schools in Ibbin-Ibbilin town, while the other 52 children were attending a private school in Ajlun city. All of the children were visited in their schools for anthropometric measurements including weight, height and head circumference. A forth index, weight/ height was derived later. After that, children were visited at home, and their mothers were interviewed. Mothers were asked to answer a structured household questionnaire that included questions on different socio-economic factors, health status of the child and the pattern of nutrition during the child infancy.

For statistical analysis of data, SPSS was used. The results revealed that the investigated children had a pattern of growth within the lower NCHS percentiles. The explanation given for this result is that the American children enjoy better socio-economic conditions than their Jordanian peers. In addition, the nature of data used is to be considered. The sample of this study was drawn from a rural area, while the American data was based on a well-nourished sample.

Socio- economic factors and sex were not statistically significant in determining growth. This was explained by the narrow gap between different groups in terms of socio-economic



status. As most of the population has access to health services and other sanitary facilities due to the low cost of these services as well as the health insurance most people enjoy due to their employment in governmental positions. Aid funds also contribute to narrow the differences in growth between the "rich" and the "poor". As for the insignificance of the sex differences, it was found by other studies that these differences tend to be decreased in populations experiencing undernourishment.

The differences in the level of the parents education were statistically significant, the higher the level of the parent's education, the better the growth of the child. This reflects a higher income as well as an awareness of proper nutritional and health practices among educated parents.

The study also shows that breastfeeding is still widely practiced, but with no significant effect on growth at the age of 70 - 82 months. Exposure to a similar pattern of nutrition as well as the effect of other socio-economic factors during the children lifetime might explain this finding.

Responses of the mothers to the questionnaire show a high incidence of measles, diarrhea, respiratory infections, chicken pox and mumps among the investigated children. Socio-economic factors as well as nutritional status, environmental and climatic factors play a role in the incidence and transmission of these diseases.

### **Recommendations:**

*Following are the major recommendations of the study:*

1. Awareness - building campaigns in various media to further enhance health care and health education, particularly among mothers.
2. Revising treatment and health insurance to cover the majority of the population.
3. Major efforts to improve the quality of health and sanitary services, especially in schools.
4. Priority should be given to services provided to children.
5. Mothers should be encouraged to keep practicing breastfeeding.
6. Solid foods should be supplemented beginning of about 4-6 months of age.

## References:

- Ajlun governorate yearbook. 1998, 15, 18.
- Al- Faqih A.M.; Hijazi S.; Mawajdeh S.M. & Al-Qutb R.J. (1992). Al- tifi Al- urdoni (in Arabic). The higher council for science and technology, 83-84, Amman, 83-84.
- Arab league. (1994). Al- taqir Al- iqtisadi Al- arabi Al- Muwahad (in Arabic). Arab League, Abu Dhabi, 237.
- Arab Monetary Fund. (1996). National accounts of Arab Countries: 1985 - 1995. Arab Monetary Fund, Abu Dhabi, 14.
- Bergan J.R. and Henderson R.W. (1985). Child development. Charles E. Merrill Publishing Company, Columbus, 31, 91.
- Cameron, Noel (1984). The measurement of human growth. Croom Helm, London.
- Gernaat H.B., Dechering W.H. and Voorhoeve H.W. (1996) Physical growth of children under 5 years of age in Nchelenge, Zambia: Results from a district survey. *American Journal of Physical Anthropology*, 100, 473 - 485.
- Gbaraibeh, Khalifa. (1997). Al- Gografiah Al- tarikhia Lil manteqa Al gharbieh men jabal Ajlun (in Arabic). Al Rozana print, Irbid, 25.
- Giacaman, Rita. (1988). Life and health in three Palestinian villages. Ithaca press, London and Atlantic highlands, 123-124.
- Gjerdingen, D.K.; Freland, M. & Chaloner, K.M. (1996). Growth of Hmong Children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 1295 - 1298.
- Hall, Roberta. Unit of analysis in *Homo sapiens*, in Hall, Roberta 1982, sexual dimorphism in *Homo sapiens*. Praeger Publishers, U.S.A, 189.
- Harrison, G.A. & Waterlow, J.C. (1990). Diet and disease in traditional and developing Countries. Cambridge University Press, Great Britain, 160.
- Hendrickse, R.G.; Barr, D.G.D; Mathews, T.S.; Forfar, J.D., & McGregor, A.I. (1991). *Pediatrics in the tropics*. Blackwell Scientific Publications, London, 2, 68, 75-76.
- Hijazi, Saad. (1977). Child growth and nutrition in Jordan, a study in factors and Patterns. Royal scientific Society Press, Amman, 145.
- Hijazi S.S.; Faqih A.M. & Weisell R.C. (1986). Growth Pattern of Jordanian School Children, Ages 6 - 15, Changes between 1981 and 1962. *Jordan Medical Journal*, 20, 25 -43.
- Hijazi S.S.; Tukan S.K. & Faqih A.M. (1990). Patterns of breastfeeding in Jordan. *Jordan Medical Journal*, 24, 17 - 30.
- Hitchcock N.E; Gracey M.; Gilmour A.I and Owels E.N. (1986). Nutrition and growth in infancy and early childhood: A longitudinal Study from birth to 5 years. Karger, Basel.
- Jepson, M.E. (1983). Community child health. Hodder and Stoughton, London, 1, 3, 5.
- Jordan Statistical yearbook 1996. H.K. of Jordan, 2.
- Kromeyer K.; Hauspi R.C. & Susanne C. (1997). Socioeconomic factors and growth during childhood and early adolescence in Jena children. *Annals of Human Biology*, 24, 343-353.
- Kozier Barbara; Erb Glenora; Blais Katherine Wilkinson Judith. (1998). Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. Addison Wesley Long man Inc., Menlo Park, California, 569-571.
- Leonard, W.R.; Dewalt, K.M.; Stansbury, J.P. & Mccaston, M.K. (1995). Growth differences between children of highland and coastal Ecuador. *American journal of Physical Anthropology*, 98, 47 - 57.
- Lieberman, Lesli Sue. Normal and abnormal sexual dimorphic patterns of growth and development, in Hall, Roberta 1982, Sexual dimorphism in *Homo sapiens*. Praeger publishers, U.S.A, 263.
- Little, Micheal A. & Gray, Sandia J. (1990). Growth of young nomadic and settled Turkana children. *Medical Anthropology Quarterly*, 4, 296 - 314.
- Malina Robert M. & Bouchard Claude. (1991). Growth, maturation and Physical activity.

- Human kinetics books, Champaign, Illinois, 392, 395, 408.
- Marlo Dorothy R. Redding Barbara A. (1988). Textbook of Pediatric nursing. W.B. Saunders company, Philadelphia, 91.
- Michaelson, Kim Fleicher. (1997). Nutrition and growth during infancy. ACTA Paediatrica, 86, 1 -36.
- Miller, Jane E. & Korenarn, Sanders. (1994). Poverty and children's nutritional Status in the united states. *American Journal of Epidemiology*, 140, 233- 243.
- Ministry of Planning, (1997). H.K. of Jordan. Economic and Social development Plan: 1993-1997. Ministry of Planning, Amman, 59.
- Molnar, Stephen. (1992). Human variation: races, types and ethnic groups. Prentice hall, Englewood cliffs, New Jersey., 163.
- Montgomery Scott M.; Bartley Mel J. & Wilkinson Richard G. (1997). Family conflict and slow growth. *Archives of Diseases in Childhood*, 77, 326 - 330.
- Olson, S. R. (1978). Protein-Calorie malnutrition. Academic press Inc., New York, 100.
- Pipes, Peggy L. (1989). Nutrition in infancy and childhood, Times mirror/ Mosby college publishing, St. Louis, 1-2, 14.
- Relethford, John H. (1993). The human species: An introduction to Biological Anthropology. Mayfield publishing company, Mountain view, California, 399-404, 423-424.
- Samawi Osama & Jaghbier Madi. (1990). Al Wad'e Al sihi fil urdon (in Arabic). The higher council for science and technology, Amman, 82.
- Shen Tiefu; Habicht Jean-pierre & Chang, Ying. (1996). Effect of economic reforms on child growth in urban and rural areas of China, *The New England Journal of Medicine*, 335, 400 - 406.
- Stinson, Sara. (1995). Six differences in environmental sensitivity during growth and development. *Yearbook of physical Anthropology*, 28, 123 - 147.
- Takroui Hamed & Masri Kahder (1994). Taqtheyat al insan (in Arabic). Dar Hanin Lil nashr wal tawzee, Amman.
- Tudor, Mary. (1981). Child Development. McGraw- Hill book Company, New York, 21, 30-33.
- UNICEF. (1985). Wad'e Al- Atfal Fil Alam. Al manshourat al tiqaniah, Beirut, Lebanon, 104-105.
- Vander A.J; Sberman J.H. & Luciano D.S 1990. Human Physiology: The mechanism of body function. McGraw - Hill Publishing Company, New York, 575-579.
- Whitney Eleanor N. & Cataldo Corinne B. (1983). Understanding normal and Clinical nutrition. West publishing company, st. Paul, 680, 851.
- Wolfe, Linda D. & Gray Patrick J. A cross-cultural investigation into the sexual dimorphism of stature, in Hall, Robberta, 1982. Sexual dimorphism in Homo sapiens. Preager Publishers, U.S.A, 197, 228.



18. What is the net monthly income of the household?

1. Under 99.9 dinars.
2. from 100-199.9 dinars.
3. from 200-299.9 dinars.
4. from 300-399.9 dinars.
5. from 400-499.9 dinars.

6. 500 dinars or above.

19. Ask about all diseases:

A. Diarrhea:	Current	Recent	Recurrent
B. Respiratory:	Current	Recent	Recurrent
D. Whooping cough:	Yes	No	
E. Measles:	Yes	No	
F. Mumps:	Yes	No	
G. Chicken pox:	Yes	No	

20. Has this child been taken to a doctor, to either his surgery or the hospital (outpatients' department), or has a doctor visited the child when sick in his home during the last six months:

1. Yes.
2. No.

21. If the answer to no. 20 is 'Yes', specify the name of the disease:

1..... 2..... 3.....

22. How many times have you visited the doctor during this period: .....

#### Feeding the child

23. How long was this child fed by the mother?

1. He/ she were never fed.
2. Less than 6 months.
3. from 7-12 months.
4. from 13 to 18 months.

5. for 25 months and up.

24. Did your child drink any other kind of milk (other than the mother's milk)?

1. Yes.
2. No.

25. If the answer to no. 24 is "yes", state the kind of milk:

1. Fresh cows/ goat milk.
2. Powdered full cream milk.
3. Powdered half-cream milk.
4. Pasteurized milk.

26. Other than milk and juice, at what age did the child start to eat other kinds of food...? Months.

27. What was the first solid food the child was given other than milk and juice:

1..... 2..... 3..... 4..... 5.....

28. What was the weaning pattern? 1 ..... Abrupt. 2. Gradual.

29. At what age the child was completely weaned: ..... months.

30. Measurement of the child:

Weight: ..... kg. .... Gm.

Height: ..... mm.

Head circumference: ..... mm.

Weight/ Height ..... kg/ mm.

# المجلة التربوية



مجلة فصلية، تخصصية، محكمة  
تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت  
رئيس التحرير: د. صالح عبدالله جاسم



المجلة التربوية المحكمة

مجالس النشر العلمي والدراسات التربوية

مجالس النشر العلمي والدراسات التربوية

مجالس النشر العلمي والدراسات التربوية

مجالس النشر العلمي والدراسات التربوية

تقبل البحوث باللغتين العربية والإنجليزية

تقبل البحوث العربية والمختصة بعلوم مختلف الأقطان العربية والدول الأجنبية

## الاشتراكات

في الكويت: ثلاثة دنانير للأفراد وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.  
في الدول العربية: أربعة دنانير للأفراد وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.  
في الدول الأجنبية: خمسة عشر دولاراً للأفراد وستون دولاراً للمؤسسات.

الاشتراكات بالدولار

تصدر المجلة التربوية: مجلس النشر العلمي ص. ب. ١٢٤١١ كیفان - الرمز البريدي 71955  
الكويت هاتف: ٤٨٦٨٤١ (تخلي ٤٤٠٣ - ٤٤٠٩) - فاكس: ٤٨٢١٩٦١ - ٤٨٣٧٧٩  
E-mail: TELJ@kuc01.kuniv.edu.kw

## مقالات

## مشكلات وقضايا أمام الشباب العربي

د. فيصل محمود الفرابية

قسم العلوم الاجتماعية - كلية الآداب - جامعة البحرين

كانت الجمعية العامة للأمم المتحدة قد دعت إلى اعتبار عام 1985م سنة دولية للشباب، وأوصت المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة بأن يدعو حكومات العالم إلى وضع دراسات واستراتيجيات لمعالجة مشكلات الشباب، وزيادة مشاركتهم إقليمياً ودولياً في مختلف الميادين الاقتصادية والاجتماعية والتربوية.

وقد اختلفت النظرة إلى قضايا الشباب، فمن المنظور النفسي الاجتماعي في أزمة بين جيلين أو صراع بين الأبناء والأبناء حول السلطة الأبوية بين التشدد فيها أو التمرد عليها، وهي من المنظور السياسي أزمة إتاحة الفرص للشباب في التعبير عن المواقف أو المشاركة السياسية، وهي من المنظور الاقتصادي قلة أو ندرة فرص العمل والتوظيف. وهي من المنظور المهني عدم مواءمة مخرجات التعليم مع متطلبات السوق، ليخرج الشاب إلى الحياة عاطلاً عن العمل.

تكاد هذه المواصفات لأزمات الشباب تكون عامة ومشتركة في مختلف المجتمعات الإنسانية المعاصرة، وإن اختلفت حدتها أو المعاناة منها بين مجتمع وآخر، ولكن الانفتاح العالمي على الحضارات والتواصل المستمر بين الشباب في مختلف أنحاء العالم واستخدامهم لمختلف وسائل الاتصال وأحدثها، وانتشار هذه الوسائل وتيسر استخدامها من الشباب في العالم، جعل كل ذلك من أزمة الشباب متشابهة ومتكررة. وهي لا تنتسب إلى جهل أو فقر أو تخلف، لا بل على العكس من ذلك ربما يكون التقدم والاستنارة وامتلاك الإمكانيات وتقدم الوسائل قد زاد من عمق الأزمة وانتشارها.

إننا نلاحظ أن أزمات الشباب في العالم المتقدم كأمريكا وأوروبا تنطوي على إقبال شديد على المخدرات، وتزايد البطالة وفضاعة الجرائم التي يقترفها الشباب وحتى الصبية، عدا الخروج عن الإطار العائلي والتمرد على تقاليد المجتمع وأعرافه.

يشير «عتريسي» إلى الاختلاف بين أزمة الشباب الغربي وأزمة الشباب العربي؛ إذ تتمثل أزمة الشباب العربي في البحث عن فرص العمل وحل أزمة السكن والزواج والهوية والانتماء والمشاركة السياسية وضغط الأسرة أحياناً، بينما تتمثل أزمة الشباب الغربي في القلق الوجودي، ومواجهة التصنيع والتلوث، وأمراض فقدان المناعة، وعودة حركات التطرف الفاشية والعنصرية، وفقدان الدور الأسري.

يتعمق هذا الاختلاف في زمن التحولات السياسية والاقتصادية والثقافية الكبرى، عندما لا يجد الشباب العربي جواباً عن تساؤلاته عن الانتماء والهوية والقيم التي تعرضت للاهتزاز بعد أن كانت من الثوابت.

ويظهر مفهوم التفاوت الاجتماعي في ظروف التباين وعدم المساواة، والذي يفضي إلى الغضب والإحباط والعدوان والعنف بأشكاله، مما يؤدي إلى الخلل ويعوق حركة الأمان الاجتماعي، حيث ينشأ نوع من التمزق بالقيم والتقاليد، وتظهر أشكال من الصراعات والمشكلات والرغبات غير السوية لدى الشباب.

أكدت ذلك نظرية التفكك الاجتماعي التي ركزت على الاتجاهات الاقتصادية ودورها في ظهور صور التباين نتيجة التفاوت الاجتماعي الذي تخلقه تلك الاتجاهات الاقتصادية، والذي يتجلى بالغضب والغيظ لدى الشباب الذي يعيش أمة المجتمع بشكل حساس، ويتصدى لها بردود أفعال غير سوية تنتج مشكلات اجتماعية متعددة الأشكال وواسعة الأبعاد. وتعطي نظرية التفكك الاجتماعي مؤشراً على ذلك بارتفاع معدلات البطالة بين الشباب وإحساسهم بالعزلة

الاجتماعية<sup>(1)</sup>. ووفقاً لنظرية الحرمان النسبي فإن الشباب المحروم نسبياً من الحصول على متطلبات الحياة يجد في ذلك تفاوتاً اجتماعياً يؤدي لمشكلات اجتماعية تعكس العداء والرغبة في الاعتداء على الآخرين<sup>(2)</sup>. وكل الدراسات الحديثة ركزت على الإجهاد النفسي الاجتماعي الذي يتعرض له الشباب نتيجة إخفاقه في إنجاز أهدافه، والصعوبات التي تواجهه عند محاولاته تحقيقها. ومن أبرزها نظرية الضغط العامة التي وصفت المعاناة عند الشباب في حالات البطالة وانعدام القدرة المالية والتأخر في الزواج، أو فقدان السند الاجتماعي أو افتقاد الإحساس بالجماعة داخل البناء الاجتماعي والعيش بمشاعر الاغتراب داخل الجماعة والمجتمع، وتحول العلاقات الاجتماعية إلى علاقات موضوعية خالية من العواطف، مما يتراكم معه الضغوطات والصدمات على شخصية الشاب.

في هذا الإطار النظري يقدم «صادق» تحليله للظواهر التنموية غير المتوازنة والمبنية على تقديرات مبهمة تنعدم فيها الرؤية الشاملة، وتتحكم فيها التوقعات الساذجة، تؤدي إلى اختلال بين التوازنات الاجتماعية ويزعزع قواعد الضبط السلوكي ويفضح المجال لعلاقات تنعدم فيها القيم المعنوية والمثل الأخلاقية، وتظهر من خلالها أنماط غير سوية من السلوك التي تقوم على أفكار وقيم ومبادئ متعارضة مع الثقافة الكلية السوية للمجتمع<sup>(3)</sup>.

من هنا تبرز فكرة التوازن بين شقي التنمية الاقتصادي والاجتماعي، وضرورة ضبط إيقاع التغيير والتطوير على المسارين: الاقتصادي والاجتماعي وسط بيئة حضارية وأخلاقية ملائمة، وفي إطار سلوكي مناسب.

وقد أفرز الزواج من آسيويات ظاهرة تشتت الولاء، وتبعثر الانتماء لدى الشباب من أبناء هذا النوع من الزواج من أجنبيات آسيويات، وهم ينتمون إلى ثقافة الأم لغة وديانة ووجداناً، وغالباً ما تنتهي مثل هذه الزيجات إلى الطلاق، أو الهجر، أو الإهمال، وتقتصر العلاقة بين الطرفين على مخصصات تربية الأبناء الذين يشبون وهم فاقدون للعلاقات السوية مع المجتمع، وتقوم نظرتهم إلى المجتمع على الحقد والكراهية يعبرون عنها بأنماط من السلوك الجرمي.

أما الوقت الحر (وقت الفراغ) فقد تحول إلى مشكلة اجتماعية بسبب ملئه بالنشاط الاستهلاكي، مما يؤدي إلى احتقار الشباب لثقافتهم الخاصة أو شعورهم بالغيث من مجتمعهم، وابتعادهم عن الإطار الأسري، وإقامة علاقات خارج نطاقها، مما يوقع الكثيرين منهم أو يقودهم إلى الانخراط بالجماعات المنحرفة. خاصة وأن هذه الحالة قد أحدثت تصادماً حضارياً مع ثقافات مغايرة، لاسيما وأن الشباب أكثر الفئات الاجتماعية تقبلاً للأفكار الحديثة، مما يعرضهم لتأثيرات فكرية واجتماعية، ويعرض مجتمعهم لهزة في أمنه الاجتماعي<sup>(4)</sup>.

وفي لقاء الشباب مع الأمانة العامة للمجلس الأعلى للمرأة في البحرين، تحدث الشباب عن عدد المشكلات التي تواجههم، كان من بينها شكوى الشباب من عدم وجود الحفز والتشجيع للشباب، وعدم كفاية المراكز التي تعنى بالمواهب على (غرار مركز سلمان الثقافي)، اقتصر الاهتمام من قبل المؤسسة العامة للشباب والرياضة على الجانب الرياضي، افتقاد دور الجمعيات والمنتديات في احتضان المواهب الشابة، ممارسة الآباء للقسوة تجاه الأبناء، تأخر سن الزواج وارتفاع نسبة العنوسة بسبب تشدد أهل في المهور، الحوادث المميتة التي يتعرض لها الكثير نتيجة تهور السائقين من الشباب والممارسة الخاطئة في أثناء السياقة، عدم معرفة الشباب وخاصة الفتيات لواجباتهن البيئية لاعتماد الأسرة على الخادومات.

كما تحدث عدد من الشباب عن مشكلات أخرى مثل ظاهرة الجنس الثالث والمربطة بدور الأسرة التربوي، وظاهرة الإدمان على المخدرات التي تتطلب دوراً رقابياً أمنياً فاعلاً. وكذلك عدم الإدراك الكافي لدور المرأة السياسي، وافتقاد الاحترام والثقة بين أهل والأبناء، وافتقاد القدوة الحسنة كذلك، والهروب من المنزل، وعدم توفير الحرية والأمان للمطلقات.

ونوه عدد من الشباب إلى اختفاء البرامج الشبابية في الإذاعة والتلفاز، وإلى قصور دور الجمعيات تجاه الشباب ومساعدته في حل مشكلاته، ومشكلة الفراغ لدى الشباب ومشكلة التدخين لديهم، وكذلك انتشار ظاهرة التشييش لدى الفتيات. ومن جهة أخرى شكوا الشباب من تدني رواتب الموظفين، والتي لا تحقق الطموحات وتشعر الشباب بالإحباط<sup>(5)</sup>.

تكاد التحليلات الاجتماعية تجمع أن المرض يكمن في المجتمع لا في الشباب، وما مشكلات



الشباب إلا انعكاسات للمرض الاجتماعي الذي يعاني المجتمع منه. وعليه فإن العلاج ينبغي أن يتوجه إلى المجتمع بكامله لا إلى فرد من أفراد أو إلى شريحة من شرائحه<sup>(6)</sup>.

وسنسلط في هذا الضوء على بعض المشكلات البارزة والقضايا المعاصرة في حياة الشباب العربي.

### أولاً. مشكلة العثرات الاجتماعية:

يتعرض الشباب في الشارع العام للنظر إلى العديد من صور الإثارة والإغراء التي قد تدفعه إلى التخلي عن خصائصه الأخلاقية، وتقوي من ميله إلى غريزته الجنسية، أو توقعه في شباك الحيرة والضعف بين إرادة المقاومة للإثارة والإغراء وبين الانصياع لتلبية الشهوة والرغبة.

لقد كانت هذه الظواهر والظروف المحيطة بها تخضع للقيم الدينية والأخلاقية ولأصول القانون والنظام، وذلك في إطار المجتمع المحافظ، أما اليوم فإنها تحكم بعجلة السباق، وبالتخلي عن تلك القيم والأصول والأطر. ويصبح هم الشباب والحالة كذلك البحث عن الرغبة والجنس الآخر.

لقد أصبح المجتمع المعاصر يخلق أجواء الإثارة أمام الشباب، وفي الوقت نفسه خلق أجواء التخلي عن بعض الملكات والطباع الإنسانية، ساعد على ذلك الكثير من فنون الإعلان والدعاية التي تخاطب الغرائز وتثير الشهوات.

إن من صفات الشباب في مراحلهم الأولى لا سيما مرحلة المراهقة إعجابه بنفسه، والتقليل من شأن الآخرين والتهوين من المخاطر والاحتمالات والرغبة في الدخول بمغامرات. وإذا ما اشتدت هذه الاتجاهات لدى الشباب تحولت إلى نوع من الفرور الذي يعمي البصيرة، ويفقد القدرة على الحكم على الأمور بشكل عقلائي وموضوعي.

وتنعكس هذه الاتجاهات في كثير من المواقف في حياة الشباب مثل اختيار الزوج أو الشريك أو التعامل مع الأهل، وكثير من حالات العنوسة تنتج عن مثل هذه الحالات، أو حالات فشل الخطوبة أو الزواج في سنته الأولى.

وتنعكس حالات الفرور لدى الشباب عليهم في صور من النبذ الاجتماعي، أو الوقوع في قبضة العدالة، أو التعرض لحوادث المرور بسبب التهور أو المجازفة أو التصرف على نحو استعراض القدرات والعضلات أمام المحيطين، ويقصد إظهار القوة ولفت الأنظار وخاصة من قبل الجنس الآخر.

وقد يؤدي الفرور بالشباب إلى الخجل من وضعه الأسري، وخاصة إذا ما شعر بأنه في وضع اجتماعي أرقى من الوضع الاجتماعي الحقيقي لأسرته، لا سيما إذا ما كانت أسرته تنتمي إلى الطبقة الدنيا اقتصادياً وثقافياً. ومثل هذه الصورة قد تنتقل إلى الشباب المتميزين بالعلم أو المال أو أي شكل من الأشكال التي يشعر الشاب بها بالتميز.

### ثانياً. مشكلة الصراع النفسي:

لعل ظاهرة الازدواج التي يعايشها الشباب في مختلف أنحاء المجتمع من أبرز عوامل الصراع النفسي عند الشباب، إذ إنهم يعايشون الازدواج في القدوة وفي التعليم وفي طرح الأفكار والقيم، وفي جميع الحقول التي تساهم في تكوين شخصية الشاب وحبك نسيجه الفكري<sup>(7)</sup>.

فالشباب يتلقى في المدرسة أنواعاً متضاربة ومتناقضة من القيم والآراء من قبل الأساتذة والمعلمين المتناقضين في قيمهم وأفكارهم واتجاهاتهم، والتي تتجمع في ذهنه ونفسه وتغرق لديه التفكير وتضعف لديه التمحيص للتوصل إلى قناعات حقيقية وآراء ناضجة حول مواقف الحياة وقضايا المجتمع.

وعندما يواصل الشباب الاتصال بالمجتمع عبر الصحافة أو الإذاعة أو التلفاز فإنه يسمع منها أو يقرأ أو يشاهد الكثير من مواقف وآراء تنطوي على المثل العليا والقيم السامية كالحض على مكارم الأخلاق وسلوك طريق الفضيلة والمناداة بالحرية والانطلاق والتجديد، ولكنه يشاهد على أرض الواقع ويلمس مفاصل الأخلاق وتجاهل الفضائل والكبت وتقييد الحرية، وعدم احترام الرأي الآخر، والتمسك بالتقليدي والقديم والمعتاد.

في ظل هذه الظروف يعجز الشاب عن أن يقتدي أو يقتبس أو يتمثل، ويعجز المجتمع في الوقت نفسه على أن يساعد الشباب على الاقتداء والأخذ والتمثل بما يشكل لدى الشباب خلفية ذهنية متماسكة ومواقف حياتية صائبة ترضى عنها نفسه، ويرتاح لها ضميره.

من هنا تنمو روح التمرد في نفس الشاب التي لا تدين بالولاء ولا تبادل المجتمع الحب، ولا تحترم توجهاته، ولا تتقيد بضوابطه، وتتعمق لديها نتيجة ذلك الانسانية وتعزز الفردية، وبما يبيح للغريزة أن تنطلق من عقالها، بعد أن ضعفت لدى الشاب قوته الفكرية وضابطته العقلية.

### ثالثاً - مشكلة التحصيل العلمي والثقافي؛

يحاول الشباب المعاصر أن يحصل على المعلومات، ويطلع على المجهول، ويحل الكثير من ألغاز وخفايا العصر، ويحلل ما يجري فيه من أحداث وما تؤول إليه الأوضاع في مجتمعه، وخاصة في جانبها السلبي وأثارها الهدامة. ولكن عدم استفادة المجتمع من هذه المحاولة أو من مراعاة رغبة الشباب في العلم والتعلم والإلمام والتحليل لما يدور حوله، يجعل منها محاولة فاشلة في بعض جوانبها أو غامضة في بعض نتائجها، مما يولد في نفوس الشباب مشاعر الإحباط واللوم والنقمة، حتى أنه قد يصل في كثير من الحالات إلى قناعة بعدم جدوى العلم والمعلومات، وعدم الضرورة للبحث عن الحقيقة أو التوصل إلى حلول لمشكلات الإنسان ومتطلبات حياته حيث إنه يلمس أن المجتمع لا يأبه بمثل هذه الجهود ولا يأخذ بنتائج هذه الجهود كذلك.

وعلى الرغم من أن هذه هي خلاصة الموقف وما يحيط به من ظروف ترتبط أصلاً بطبيعة المجتمع، وتتصل بنظرته إلى الشباب، فإن علماء المجتمع ومفكره ونقاده يلغون بالمشكلة على الشباب، ويفسرونها تفسيرات تتمحور حول سلبية الشباب أو عدم واقعيته وقصر نظره وضعف إدراكه، وبذلك يركزون نظرهم ويقصرون تفكيرهم على النتيجة البادية للعيان، ويهملون حقيقة مسؤولية المجتمع عن الوصول بالشباب إلى هذه النتيجة.

ومما يزيد من خطورة الحالة هو إدراك المجتمع بنخبة المثقفة والمفكرة بهذه الحقيقة، ومع ذلك يكتفي بالتعامل مع مظاهر الحقيقة دون سبر غورها والكشف عن عواملها وأسبابها، سعياً وراء اجتثاث الأضرار، ومنع الآثار من الأساس والجوهر لا بالضرع والمظهر<sup>(8)</sup>.

### رابعاً - مشكلة الإغداق الأسري؛

ترى بعض الآراء بين التربويين في مجتمع الخليج العربي أن الشباب في هذا المجتمع يقع ضحية مكتسبات زرعها الأهل والمجتمع في الشباب منذ طفولته. فالأسرة المقتدرة تحاول أن تهين لأبنائها من التيسيرات في حياتها ما أمكنها من ذلك، وهي لا تدرك بأنها بذلك تسد أمامهم أبواب النجاح والمستقبل. أما الأسرة غير المقتدرة فإنها تحاول إخفاء فقرها فينشأ ابنها وهو يعتقد أن الفقر عار يجب إخفاؤه.

وفي تحقيق جرى حول هذا النمط من التربية، انقسمت الآراء حول الموضوع. فمن المؤيدين من يقول: إن الشباب الخليجي لا يرضى إلا أن يبدأ السلم من القمة، فلقد تعلم أنه فوق المعاناة والتعب. حتى إن أماً لشاب نشأ في أسرة ثرية مات والده ولكنه تقاعس عن العمل ورفض أن يعتكف بميادين الحياة إلى أن تدهورت الأوضاع المالية للأسرة، عندها شعرت الأم بالندم لأنهم أعدوه ليكون صاحب شركة ومدير أعمال وليس أقل.

وعلى العكس من ذلك يتحدث شاب خليجي عن تجربته وقد علمته الأسرة المتوسطة التي ينتمي إليها الاعتزاز بالنفس، وعرفته بقيمة العمل والنجاح. حتى إنه حصل على منحة دراسية لإتمام دراسته الجامعية في الخارج، ولكنه إلى جانب ذلك كان يلتحق بأية فرصة لعمل بسيط تتاح أمامه. وعندما عاد إلى بلده تدرج بالعمل حتى أصبح وكيلاً لشركة للوجبات السريعة التي سبق أن عمل فيها في الماضي.

ويقول د. غانم محمد (الإمارات): إن التغيير لن يكون في لحظات، ولن يكون بجهود فردية، وهو يقترح تخصيص سنة تطبيقية قبل التخرج من الجامعة لجميع التخصصات، ويفرض فيها على الطلبة ممارسة جميع الأعمال التي تقع ضمن تخصصهم ودون تمييز بين الطلبة، إن مثل هذا الترتيب يغير من موقف الأسرة من انخراط ابنها بعمل مهني، كما أن الشاب سيستفيد من الاحتكاك بالآخرين، ويمارس مهنته بدون خجل.

ومن تجربة لرجل أعمال (السعودية) أنه يلحق ابنه في أثناء الإجازات بالعمل في شركته مع القيام بالأعمال الصغيرة والكبيرة، حتى يضمن أنه في حال تخرجه وتولييه إدارة الشركة سيكون على دراية بتفاصيل العمل، ويكون قريباً من العمال والموظفين.

وتقول د. فريدة فارسي: إن الأسرة الثرية لا تعلم أنها قد تساهم بإعاقة ابنها، وعلى سبيل المثال الطفل الذي بلغ الخامسة من عمره ولا يزال غير قادر على الحركة والمشى مع ثبوت عدم وجود مرض جسدي غير أن له أربع خادמות يقدمن له كل شيء كالأطعام واللباس، فظل عاجزاً عن القيام بخدمة نفسه بنفسه، وأصبح بحاجة لإعادة تأهيل حتى يمارس حركته العادية.

وقد لمس أحد المشرفين الاجتماعيين في أحد المعاهد المهنية أن هناك تغيراً طفيفاً في نظرة الشباب والمجتمع إلى الأعمال المهنية، فقد كان أعلم بالمنتسبين إلى المعهد قد التحقوا به لأن معدلاتهم بالمرحلة الثانوية أو أحوالهم المادية لا تسمح لهم بالالتحاق بالجامعة، أما في الوقت الحاضر فهناك الكثيرون من الذين اختاروا الأعمال المهنية برغبتهم دون تخوف من نظرة المجتمع، هذا علاوة على أن مثل هذا المعهد يدعو المحاضرين الذين يحاولون ترسيخ دافع معنوي لدى الطلبة لمواجهة المجتمع بعمل شريف يحتاجه المجتمع، كما يحتاج المهندس أو الطبيب.

#### خامساً. الزواج:

تواجه الشباب العربي في العصر الحديث عدة عقبات عند اتجاه نيتهم إلى الزواج من أهمها: ارتفاع قيمة المهر، متطلبات حفل الزواج الذي تميل به التقاليد إلى البذخ والإسراف، تأمين المسكن في ظل صعوبة إيجاد مسكن مناسب يتناسب سعر بيعه أو قيمة إيجاره مع مستوى دخل الشاب، التدخل في أمور الزوجين بدءاً من اختيار الشريك، وانتهاء في إدارة أمور الأسرة.

في إحدى الدراسات التي أجريت في تونس حول تدخل الأهل في اختيار الشريك تبين أن 61% من النساء لا يخترن أزواجهن، 51% من الرجال لا يختارون زوجاتهم، 75% من اختيارات الزواج تعتمد على المكانة الاجتماعية للطرف المقابل.

وفي دراسة أجريت في سوريا، حول رأي الشباب في اختيار الشريك تبين أن 80% يرفضون تدخل الأهل بالاختيار، 93% يرون بأن على الفتاة أن تختار شريك حياتها بنفسها، 95% يرون أن الحياة العاطفية قبل الزواج ضرورية<sup>(9)</sup>.

لقد أخذت ظاهرتا العنوسة عند الشابات وعزوف الشباب عن الزواج تبرزان بشكل ملفت في المجتمع العربي، دفع العديد من الهيئات الاجتماعية التطوعية إلى بذل الجهود لإحارتهما عن طريق التوعية بضرورة الزواج ومزاياه، وفصائل التبكير فيه، ودعوة الآباء إلى تسهيل عملية زواج بناتهم من حيث تخفيض قيمة المهور، والتخفيف من متطلبات الزواج، وخاصة في جانبه المظهري المتمثل بالاحتفالات، ورحلات شهر العسل، وشراء الملابس والمصوغ والأثاث.

وفي كثير من الدراسات والتحقيقات يلقي الشباب بالمسؤولية عن العنوسة أو العزوف عن الفتيات اللاتي يطلبن بها هو فوق قدرات المتقدمين للزواج، ومعظمهم من حديثي التخرج، وحديثي الالتحاق بالوظيفة بما يقترن بها من تدني مستوى الدخل.

يقول د. عبد الحميد الهاشمي في كتابه «علم النفس التكويني: أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة»، إن الزواج أمر طبيعي ونتيجة عادية للرجل الطبيعي خلال عقده الثاني أو الثالث من عمره الزمني، وهناك من يصل إلى الأربعينيات وحتى إلى ما بعد الخمسينيات وهم عازبون، لقد قدمت بحوث عديدة في مجال مشكلات الأسرة والزواج بدراسة إحصائية أكدت أنه في كثير من الدول توجد أزمة زواج نتاجها تفاقم ظاهرتي العنوسة والعزوف عن الزواج، وكانت عينة الدراسة مكونة من مائة رجل أعمارهم ما بين 25 و50 عاماً من عشرين دولة، وبصحة جيدة، ولهم وظائف أو مهن توفر لهم ما يكفيهم للإنفاق على الأسرة.

أما عن الأسباب، فقد قال فريق منهم: إن أزمة السكن المستقل هي العائق الوحيد دون تحقيق الزواج. وقال آخرون: إن الزواج مسؤولية مالية لم تستعد لسداد نفقاتها الباهظة. بينما اعتبر أستاذ بجامعة وكذلك طبيب أن الطلاب والمرضى يشكلون أسرة بالنسبة لهما، ولا حاجة لتكوين أسرة في ظل العمل المتواصل الدؤوب. كما اعتبر آخرون الزواج مغامرة اجتماعية كإعالة أم أو أب أو إخوة، وهم لا يجبرون الزوجة المثالية التي ينبغي أن تشاركهم الرعاية لهؤلاء الأقارب.

يعزو آخرون الأسباب في تأخر الزواج إلى الحياة المدنية والمادية العصرية، التي أدت إلى انحسار بعض الشباب من الجنسين في مغامرات الحب ولم يستيقظوا من منزلقاتها إلا بعد فوات الأوان، وفي سن متقدمة لم يكن من السهل عليهم الدخول بتجربة الخطوبة والزواج.

يضاف إلى ذلك أن كثيراً من الأسر ترفض تزويج بناتها قبل إتمام الدراسة، أو أن يشترط الأهل على ابنهم أن يتزوج من إحدى قريباته على الرغم من عدم التناسب الفكري معها. وكذلك سادت فكرة أن الزواج تقييد لحرية الشاب وتحركه لتحقيق طموحاته وتنمية علاقاته الاجتماعية مع زملاء والأصدقاء.

إن من الضروري أن يضع الشاب والشابة هدفاً إنسانياً يسعى لتحقيقه، يتمثل بإنشاء حياة زوجية مستقرة تقوم على الثقة والاطمئنان والتفاهم والواقعية، وألا يكلف أحد الزوجين شريكه فوق طاقته، ولا يقع أحدهما أسير المظاهر والتفاخر. وأن يلتزم بمتطلبات تكوين الأسرة والوفاء لها<sup>(10)</sup>.

أما المشكلة الجنسية فقد ارتبطت بالشباب، واهتمت بها الدراسات التربوية والنفسية على هذا الأساس، والتي ازدادت حدتها في المجتمع الحديث الذي ضعفت فيه الرقابة الأسرية وقل فيه التقيد بقواعد الضبط الاجتماعي.

لقد كانت الرابطة الأسرية القومية في المجتمع العربي ومسايرتها للفطرة في تلبية الحاجة الجنسية لدى أبنائها، وعندما يبلغون مرحلة الشباب، بالطريقة المشروعة أي الزواج، بالإضافة إلى أن الشباب يكون قد تربى على قيم الشرف والفضيلة، ويراعي قانون العيب الاجتماعي.

وعلى هذا النحو نظرت التربية الجنسية في المجتمع العربي إلى الجنس كطاقة من طاقات الإنسان تؤدي وظيفة حيوية في الحياة البشرية، بدافع غريزي من الدوافع التي يستجيب لها الإنسان وفق المعايير الأخلاقية والحدود الدينية والقيم الاجتماعية.

إلا أن ظروف الحياة المعاصرة التي خلقت أسباباً عدة أدت إلى تأخر سن الزواج، وإلى الهجرة إلى المجتمعات الأجنبية الأخرى، وإلى إمكانية السياحة والسفر إلى هذه المجتمعات على اختلاف معاييرها وقيمها وضوابطها، وخاصة منها ما لا يخضع الاتصال الجنسي بين الجنسين لقواعد الضبط الاجتماعي بالحدود المعروفة في مجتمعنا، أدت تلك الظروف إلى خلق مشكلة جنسية لدى الشباب، وإلى غياب الرادع الأخلاقي في معالجتها.

#### سادساً - التعاطي والإدمان:

تتزايد آفة المخدرات خطورة في المجتمعات الحديثة وخاصة في صفوف الشباب. ولم يفلت مجتمعنا العربي في مختلف أقطاره من ظاهرة تعاطي المخدرات.

وفي إحدى الاستطلاعات الصحفية لإحدى المجلات الجامعية التي قامت بمقابلة عدد من المدخنين الذين يمضون فترة نقاهة في إحدى المستشفيات، قال أحد الشباب في الثلاثين من عمره: إن الفراغ والسهر ومصاحبة رفاق السوء، والبعد عن الله عز وجل والسفر إلى الخارج، أهم الأسباب التي قادته إلى تعاطي المخدرات. حيث كانت التجربة وحب الاستطلاع هما البداية، ثم توالى التعاطي حتى أصبح مدمناً.

أظهرت دراسة ميدانية أجريت في مصر لرصد الوسائل المؤثرة في انتشار ظاهرة المخدرات<sup>(11)</sup>، أن أصدقاء السوء من أهم المؤثرين في توجه الشباب نحو الإدمان، وذلك بنسبة 50.3 %، أما الظروف المحيطة وخاصة المرور بالأزمات بنسبة 29.4 %، تلي ذلك أسباب أخرى، مثل حب الاستطلاع وعدم وجود الرقابة والتوعية. وقال المبحوثون من الشباب بنسبة 50 % منهم إن وسائل الإعلام تقلل من انتشار الظاهرة، فيما رأى 41 % من المبحوثين أنها تزيد من حدة الظاهرة وخاصة التلفزيون من خلال الأفلام التي تعالج الظاهرة، وهي من جانب آخر تعلم المشاهدين طرق الإدمان وأساليبه.

وأبانت الدراسة أن الشباب أكثر الفئات التي لديها الفرصة الملائمة للتعاطي والتعامل مع المخدرات، وكشفت أن درجة توافر الخدمات الاجتماعية والأنشطة الرياضية والبرامج العلمية إذا ما توافرت فستحدث تغييراً إيجابياً لدى الشباب للإقلاع أو للابتعاد عن المخدرات. ولذلك أوصت

الدراسة بإيجاد برامج تناقش القضايا الاجتماعية المطروحة في المجتمع في الأندية ومراكز الشباب، وتستفيد من أوقات فراغ الشباب، وذلك في دمجهم ببرامج إعلامية تبرز خطورة التعاطي. وتبرز قضية وقت الفراغ والاستثمار الإيجابي له كمدخل إحصائية أشكال الإدمان بأنواعها ومنها التدخين. كما يتوجه الانتباه إلى دور الهيئات التطوعية التي يقتصر دورها حتى الآن على التوعية المحدودة على شكل ندوات قليلة ومؤتمرات متباعدة ونشرات محدودة التوزيع. يقوم على تقديرهم وأدائها جيل الآباء لا جيل الشباب وتفتقر إلى المتابعة والاستمرارية.

### سابعاً - القلق والاكتئاب:

عرّف القلق بأنه انتقال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر والعقاب. وهو مشكلة من أخطر مشكلات الشباب، التي يتجه فيها الشباب نحو ممارسات خطيرة وجرائم مأساوية كالانتحار وتعاطي المخدرات، ويصاب الشاب الذي يعاني من القلق بسرعة الانفعال والأرق والأمراض العصبية، ويلجأ نتيجتها إلى التدخين أو السلوك المنحرف أو الشاذ، حيث يشعر الشاب القلق بأن لا معنى للحياة، وتنتاب الشاب القلق حالة من عدم الاستقرار الفكري والعقدي والانتماء، ولذلك يسهل اجتذابه إلى الأفكار البديلة لما هو سائد في المجتمع، ثم يتصور صحتها، ويبدأ بالخوف على المستقبل، ويسوده الشعور بالاضطهاد، ويعتريه الأمل في تحقيق أهدافه الخاصة، ويعتريه الخوف من الفشل الدراسي ومن الإصابة بالأمراض، وخاصة الوبائية كالإيدز ومن المشاكل الجنسية والخوف على مستقبل الحياة الزوجية.

إن توفير الأمن الاجتماعي والعدل السياسي ومسؤولية وطنية ينبغي على المجتمع أن يوفرها أمام الشباب، ليتمكن من المشاركة في بناء المجتمع، ومن تحقيق بناء نفسه في الوقت نفسه، وليحقق ضرورة أن يكون الشباب هدف التنمية وأداتها، ولا يمكن تحقيق هذه الغاية إلا إذا توافرت للشباب مظلة الأمن الاجتماعي، ودعمت أركان العدل السياسي.

أما الاكتئاب فيتشكل من حالة انفعالية يعبر عن عدم الارتياح والضيق من الحياة والرغبة في الانعزال عن الناس والابتعاد عن قضايا المجتمع. يعرفه «جيمس دريفر» بأنه حالة انفعالية مرضية يصاحبها شعور بالنقص وهبوط عام في النشاط النفسي للإنسان.

ويرد الاكتئاب إلى أسباب جسمية ونفسية واجتماعية متداخلة. كالإصابة بعاهاة أو مرض مزمن. أو الفشل المفاجئ في بعض المواقف الحياتية كالرسوب في الامتحان أو الفشل في الحب أو الزواج. ومن تلك الأسباب أيضاً إحساس الشاب بالنقص من قبل الآخرين وابتعادهم عنه سواء من الأصدقاء أو من الآباء عندما يتفاقم الصراع بين الأجيال.

كما أن وضوح أهداف الشاب في حياته وشعوره بأنه أمام جدار لا شيء بعده فإن ذلك يؤدي إلى الاكتئاب؛ إذ إن ذلك يعني لديه بأن وجوده في الحياة لم يعد له قيمة مستقبلية. يضاف إلى ذلك شعور الشاب بحاجته إلى الآخرين وكشفه لعجزه عن القيام بخدمة نفسه وإثبات شخصيته بنفسه.

وعندما يصطدم الشاب بالواقع بفرص الضيقة ويقوانينه وأعرافه وإمكانياته المحدودة، يجد أن طموحاته صعبة المنال، وأن أحلامه قد تبددت حيث لا يمكن تحقيقها، فإنه بذلك يدخل إطار الاكتئاب نتيجة للصراع بين الرؤية المثالية والواقع الحياتي.

وقد ربطت دراسات علماء النفس بين الاكتئاب والانتحار، وقد رأى «فرويد» أن كل إنسان لديه صراع بين الحياة والموت، فإذا كانت إرادة الحياة هي المتغلبة على الرغبة في الموت أصبح الإنسان متفائلاً. أما إذا كانت الرغبة في الموت هي المتغلبة أصبح الإنسان متشائماً. أما «الحنفي»، فقد اعتبر الانتحار السلوك الوحيد عند الإنسان الذي لم يعد بوسعه أن يجرب طريقة أخرى لمواجهة مواقف الحياة. وكأنه يعاقب الآخرين ممن سيتأثرون بموته، فيصبح الانتحار رسالة احتجاج المنتحار إلى الآخرين. وأما (كليرفهم) فتعتبر أعراض الاكتئاب أهم الدوافع للانتحار لدى المراهقين، مع ما يصاحبها من حزن ويأس وفقدان الأمل وإحساس بالخطيئة وعدم استحقاق الحياة.

ينصح الاختصاصيون النفسيون بأن تؤخذ تهديدات الشباب بالانتحار مأخذ الجد، وأن على الآباء والمرشدين في المدارس أن يناقشوا هذه التهديدات مع أصحابها وتلمس مشاعرهم على حقيقتها بما يساعد على مواجهة مثل هذه الحالات.

## ثامناً. العنف:

إن العنف ليس غريزة لكنه سلوك قد يستوطن في أعماق الإنسان اللاشعورية ليصبح تطبعاً سلوكياً، وقد يتحول إلى أيديولوجيا تسوّغ له سلوكه العنيف. تساعد ذلك الأجواء التربوية والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي يمر بها، فيتحوّل الإحباط الناشئ من كل ذلك على نحو متراكم. ويرى علماء النفس في الإحباط سبباً في نشوء العنف، عندما تنزع الذات إلى إبعاد هذه الحالة المؤلمة، والتخلص من الضغوطات المصاحبة، ويأخذ العدوان نوعاً من السلوك الدفاعي عن الذات في سبيل التخلص من تلك الضغوط (12).

إن حالة التزمت والتشدد التي تنشأ عن الفهم الخاطئ للدين الإسلامي وسماحته واحترامه للتعددية والتنوع الفكري والتعايش السلمي بين مختلف الأديان والمذاهب والطوائف والفئات، هذه الحالة السالبة هي التي تجعل من الشباب بعيداً عن الواقع ومعالجاً للمشكلات والأزمات التي يمر بها مجتمعه بأسلوب عنيف لا ترضى عنه الأصول السمحة المتسامحة للدين، ساعياً إلى الهدم لا إلى البناء، مخاطباً المجتمع بلغة القوة والغفلة لا بلغة الحوار والعقلانية، ولكنه لا يقدم أية حلول، ولا يقترح أية اقتراحات تسير بمعالجة المشكلات والأزمات بالاتجاه الصحيح.

وعلى الرغم من أن المجتمع الحديث يتجه إلى توفير أجواء الحرية والمشاركة والانفتاح والشفافية، إلا أن الشباب في المجتمع العربي ما يزال يلتمس عدم قدرته على الفاعلية، وعلى المشاركة، وعلى التعبير عن رأيه والوصول إلى طموحاته. مما يولد لديه شعوراً بالقمع، ومن ثم العجز عن المشاركة والتفاعل. يضاف إلى ذلك التخوف المستمر من المستقبل لدى الشباب، في ظل الظروف السياسية والاقتصادية العسيرة والغموض في القضايا المصرية المحيطة، وفي الوقت الذي يبحث فيه الشباب عن فرص حياتية يؤمن من خلالها مستقبله، ولكنه يتعرض لمحاولات المروجين للأفكار المتطرفة التي تزيد من يأسه من واقعه ومن مناهذ الحياة القائمة.

إن الأمر يستدعي إغلاق أبواب اليأس، وتبديد الشعور بالإحباط بوضع البدائل الفعلية المؤثرة لزيادة الأمل بالمستقبل، ومضاعفة التصميم على الكفاح للوصول إليه بشكل إيجابي وجاد ومفيد، وعلى نحو لا يترك فيه السعي لجهود الشباب أنفسهم وبمفردهم وإنما بتكامل الجهود وتفاعلها من قبل مختلف المؤسسات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية لصنع مستقبل أفضل للجيل الناشئ في مجتمع الغد.

لقد انتشر العنف وازداد حدة حتى أصبح ظاهرة اجتماعية تشكل أحد المشكلات البارزة في المجتمع المعاصر في مختلف أنحاء العالم.

وقد حدد "باندورا" مصادر سلوك العنف في المجتمع الحديث، وهي الأسرة والإعلام وقيم الجماعات ذات الثقافة الفرعية للعنف.

وقام «لطفى» بدراسة للمصدر الأول، وهو الأسرة، على عينة من الشباب في جامعة الإمارات العربية المتحدة (13) (2001)، والتي كشفت أن العنف اللفظي (أي التعنيف) من أهم أشكال العنف، ثم يليه، الصفع على الوجه، الضرب بالكلمات، الركل بالقدم، تخريب أو تحطيم الممتلكات، فالضرب بالعصا أو العقال. وتبين أن العوامل النفسية كالانفعال والعصبية والاستهتار والحرمان العاطفي تؤدي إلى العنف كأهم العوامل، يلي ذلك، سوء التنشئة الاجتماعية، الخلافات الأسرية، تفكك الأسرة، الظلم، التفرقة وعدم المساواة بين الأبناء، الدفاع عن النفس والرد على العدوان، مشاهدة برامج العنف في التلفزيون، مخالطة رفاق السوء، الضغوط الأسرية، الشعور بالحرمان النسبي، فقدان المعايير، ضعف القيم الدينية، ضعف الإشراف أو الضبط الأبويين، وأخيراً العوامل البيئية كالضوضاء والإزعاج.

وقد أكدت الدراسة ما ورد في النظريات التي تفسر السلوك المنحرف، إذ إن العنف قد يظهر نتيجة لضعف القيم (النظرية الوظيفية)، وأن العنف يظهر نتيجة الإحباط الناجم عن الشعور بعدم المساواة وعدم العدالة داخل المجتمع (نظرية الإحباط)، وأن العنف يمكن أن يستخدم وسيلة للدفاع عن النفس والرد على العدوان فيصبح جزءاً من أسلوب حياة بعض الشباب، وليس تصرفاً لا أخلاقياً (نظرية الثقافة الفرعية للعنف).

وثمة ملاحظات جديرة بالانتباه في موضوع العنف عند الشباب، فالشباب الذين يمارسون

العنف ينتمون غالباً إلى أسرة ممتدة كبيرة الحجم، كما أن ترتيب الشباب بين أعضاء الأسرة له أثر في اكتسابهم سلوك العنف؛ إذ يؤدي إلى التفاوت بين الأبناء مما يثير بعض المشكلات، كما تبين الدراسة أن التفاوت المادي المنخفض للأسرة والمستوى التعليمي المنخفض للشباب والمكانة المهنية الأدنى للأبناء تؤدي إلى سلوك العنف عند الشباب.

وقد أيدت نتائج الدراسة صحة الفرضية التي تقول: إن هناك علاقة إيجابية بين تفكك الأسرة واكتساب الشباب لسلوك العنف، وأثبتت الدراسة أن الأسرة من أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية من حيث تأثيرها في ممارسة الشباب للسلوك المتسم بالعنف.

#### تاسعاً - البطالة:

تتزايد معدلات البطالة في المجتمع العربي باستمرار تبعاً لارتفاع معدلات النمو السكاني وزيادة عدد السكان من الشباب، حيث إن 50% من سكان الوطن العربي أقل من 20 سنة، مما يترتب عليه دخول أعداد كبيرة من الشباب إلى سوق العمل في كل عام، إضافة إلى الركود الاقتصادي الذي تعاني منه معظم الدول العربية لعدة أسباب لا مجال للتوسع في الحديث عنها في هذا المقام.

تشير إحصائيات منظمة العمل العربية إلى أن حجم القوى العاملة العربية كان نحو 5.86 مليون عامل (1998)، بمعدل نمو 303%، وهو أعلى معدل للنمو في العالم. (2010)، بمعدل سنوي يقدر بـ 4%، بينما تزايد الوظائف بمعدل 5.2%.

وتشير إحصائيات منظمة العمل العربية كذلك إلى أن متوسط معدل البطالة للقوى العاملة العربية مجتمعه 14%، إن هناك 12 مليون عاطل عن العمل. تختلف بين الدول، فهي 25% في اليمن، 21% في الجزائر، 19% في الأردن، 17% في السودان، 15% في لبنان والمغرب، 12% في تونس، 9% في مصر، 8% في سوريا. ومعظم هؤلاء من الشباب (14).

وغني عن التنويه أنه لا يمكن فصل السياسات الخاصة بالتشغيل والتوظيف عن السياسات الخاصة بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية، فهي ترتبط بسياسات التعليم والتدريب والحوافز والأجور والسياسات السكانية إلى جانب الاستثمار والإنتاج. إلا أن السياسات الخاصة بالتعليم في المجتمع العربي بمختلف أقطاره ما تزال ضعيفة الارتباط بسوق العمل. وصار هناك فائض في بعض التخصصات، وعجز في اختصاصات أخرى، كما أن الأجور وزيادتها لا ترتبط بحجم الإنجاز وبالكفاءة في الأداء.

لذا فقد أكدت الدراسات والمناقشات والمؤتمرات التي عقدت لهذا الموضوع على الصعيد العربي القطري تركيز على الوسائل الأساسية التالية:

تخطيط التعليم وفقاً لاحتياجات سوق العمل، واختيار نمط التنمية الملائم في ضوء الموارد المتاحة واختيار التكنولوجيا المناسبة، وزيادة معدل الادخار المحلي لتمويل الاستثمارات، والاهتمام بالصناعات الصغيرة والمتوسطة التي تستوعب أعداداً كبيرة من الأيدي العاملة.

ومن المشكلات التي تعرض مستقبل الشباب للخطر هي مشكلة ترك الدراسة، فهي تدفعهم إلى البطالة، ثم إلى التسكع بدون هدف، مما يؤدي به إلى الإقدام على الممارسات السلوكية الخاطئة، قد تصل إلى حد اقتراف الجريمة، وخاصة في الحالات التي يغيب عنها التوجيه الأسري والمجتمعي في ظل غياب التوجيه التربوي في المدارس التي تركوها (15).

ولعل من أبرز الدوافع إلى ترك الدراسة أسباب جسدية تعود إلى الحالة الصحية للطالب نفسه، أو أسباب نفسية يعاني منها الطالب تبعاً لسوء المعاملة من قبل الأبوين، أو المعاملة من قبل مديري المدارس والمدرسين فيها. أما اجتماعياً فإن حالة الطلاق أو الأزمة الزوجية بين الأبوين مثلاً قد تؤدي إلى ضياع الأبناء. ومن ثم إلى تركهم المدرسة. وكذلك فإن تقصير الأبوين وعدم قيامهم بتوجيه ابنهم في دراسته خاصة وفي حياته عامة قد تكون من الأسباب قوية التأثير على ترك المدرسة. وقد يكون ترك المدرسة تحت إلحاح الأب سعيًا وراء تشغيل الأبناء، وإعطاء هذا الأمر أهمية وأفضلية على الدراسة، وخاصة في حالة الإعسار المادي للأسرة وعجزها المادي الكبير عن تلبية الاحتياجات الأساسية.

## الهوامش

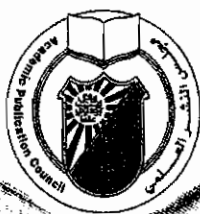
- 1 - محمود صادق سليمان، مشكلات الشباب، الدوافع والمتغيرات، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، أبو ظبي 2002، ط1، ص ص 8-10 .
- 2 - محمود صادق سليمان، المرجع السابق، ص 11 .
- 3 - محمود صادق سليمان، المرجع السابق، 16-18 .
- 4 - المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الدلالات الأمنية للتركيب السكاني في الوطن العربي، الرياض، 1992، ص ص 221-236 .
- 5 - <http://www.amanjordan.org/arabic.news/wmview.php>
- 6 - <http://www.qudsway.com/link/Islamyiat/11/htm/>.
- 7 - <http://www.qudsway.com/link/islamyiat/11/htm/>.
- 8 - <http://www.qudsway.com/links/Islamwait/11/htm/>
- حوار ملتقى الأجيال - تحقيق عربيات.
- 9 - [www.balagh.com/matboot/osrh/62.htm](http://www.balagh.com/matboot/osrh/62.htm) 09.12.2002.
- 10- <http://www.al-jazirah.com.sa/magazin/03062003/ah12.htm>.
- 11 . ميدل إيست أون لاين 2002/12/9 .
- 12- <http://www.balagha.com/youth/2ror8jem.htm>
- 13 . طلعت إبراهيم لطفي، الأسرة ومشكلة العنف عند الشباب، دراسة ميدانية لعينة من الشباب في جامعة الإمارات العربية المتحدة، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، أبو ظبي 2001، ط1.
- 14- <http://www.albayan.co.ae/emirates/issue-303/Lopin/3.htm>.
- 15- <http://www.balagh.com.matboat/osrh/62/1214/2003>



# حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

## ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

- مجلة فصلية محكمة.
- تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت.
- صدر العدد الأول سنة ١٩٨٠م.
- تنشر الموضوعات التي تدخل في مجالات اهتمام الأقسام العلمية لكليتي الآداب والعلوم الاجتماعية.
- تنشر الأبحاث والدراسات باللغتين العربية والإنجليزية شريطة أن لا يقل حجم البحث عن ٥٠ صفحة وأن لا يزيد عن ٢٠٠ صفحة مطبوعة من ثلاث نسخ.
- لا يقتصر النشر في الحوليات على أعضاء هيئة التدريس لكليتي الآداب والعلوم الاجتماعية فحسب ، بل يشمل ما يعادل هذه التخصصات في الجامعات والمعاهد الأخرى داخل الكويت وخارجها.
- تمنح المجلة الباحث خمسين نسخة من بحثه المنشور كإهداء.



ثمن الرسالة للأفراد  
(٥٠٠ فلس)

رئيسة هيئة التحرير  
د. نسيمه راشد الغيث

نوع الاشتراك	الكويت	الدول العربية	الدول الأجنبية
الأفراد	٤ دينار	٦ دينار	٢٢ دولاراً
المؤسسات	٢٢ ديناراً	٢٢ ديناراً	٩٠ دولاراً

جميع المراسلات توجه إلى رئيسة تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية  
ص.ب ١٧٣٧٠ الخالدية ٧٢٤٥٤ الكويت - هاتف (٩٦٥) ٤٨١٠٣١٩ - فاكس (٩٦٥) ٤٨١٠٣١٩  
ISSN 1560-5248 Key title: Hawliyyat Kulliyat Al-Adab  
www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/aass E-mail: aass@kuc01.kuniv.edu.kw