

الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية

رامي عبدالله طشطوش

كلية التربية – جامعة اليرموك – المملكة الأردنية الهاشمية

tashtoush123@hotmail.com

صالح محمد الأسمر

وزارة التربية والتعليم – المملكة الأردنية الهاشمية

dr.alqahtany@yahoo.com

Received: 08 Nov. 2016

Revised: 21 Jan. 2017, Accepted: 19 Mar. 2017

Published online: 1 (April) 2019



الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية

صالح محمد الأسمر

وزارة التربية والتعليم

المملكة الأردنية الهاشمية

رامي عبد الله طشطوش

كلية التربية - جامعة اليرموك

المملكة الأردنية الهاشمية

الملخص

هدفت هذه الدراسة الكشف عن مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية. وللتحقق من أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس الأعراض النفسية المرضية (الشريفين والشريفين، ٢٠١١). تكونت عينة الدراسة من (٥٤٣) طالب وطالبة، تم اختيارهم بالطريقة القصدية المتيسرة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن القلق جاء في المرتبة الأولى بمستوى مرتفع، ومن ثم العدوانية جاءت في المرتبة الثانية بمستوى مرتفع، ومن ثم الرهاب جاء في المرتبة الثالثة بمستوى مرتفع، يليه الاكتئاب جاء في المرتبة الرابعة بمستوى متوسط، ومن ثم الوسواس القهري جاء في المرتبة الخامسة بمستوى منخفض، وفي المرتبة الأخيرة أعراض التجسد بمستوى منخفض، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغير الجنس إذ بينت نتائج الدراسة أن مستوى الاكتئاب والوسواس القهري وأعراض التجسد لدى الإناث أعلى من الذكور، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض النفسية تبعاً لمتغيرات مدة الإقامة، والصف، وفقدان أحد أفراد الأسرة.

الكلمات المفتاحية: الأعراض النفسية المرضية، القلق، الاكتئاب، الرهاب، الوسواس القهري، التجسد، العدوانية، اللاجئين، الطلبة، المدارس.



The Psychopathological Symptoms among Syrian Refugee Students in Jordanian Schools

Rami Abdalla Tashtoush

Faculty of Education Yarmouk University
Irbid - Jordan

Saleh Mohammed Al Asmar

Ministry of Education
Irbid - Jordan

Abstract

This study aimed to reveal the level of psychopathological symptoms among Syrian refugee students in Jordanian schools. The Psychopathological symptoms scale (Al-Shrefeen and Al- Shrefeen, 2011) was used to achieve study objectives. An available sample was obtained of (543) males and female's students.

The results of the study showed that the anxiety was in the first rank with high level, then the Phobias came in the second rank with high level, then the depression came in the third rank, with medium level, Hence the obsessive-compulsive disorder came in fifth rank with a low level, and the symptoms of the incarnation in the last rank with low level. The results of the study showed that there were statistically significant differences in the psychopathological symptoms, according to the gender variable, and the depression, compulsive disorder and symptoms of the Incarnation were higher in females than males. The results showed that there were no statistically significant differences in the psychopathological symptoms according to the variables (duration of the stay, grade, and the loss of family individuals).

Keywords: Psychopathological Symptoms, Anxiety, Depression, Obsessive-Compulsive, Somatization, Hostility, Refugee, Students, Schools.

الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية

صالح محمد الأسمر

وزارة التربية والتعليم

المملكة الأردنية الهاشمية

رامي عبدالله طشطوش

كلية التربية - جامعة اليرموك

المملكة الأردنية الهاشمية

المقدمة:

النفسي والاجتماعي، الامر الذي قد يؤدي إلى إمكانية ظهور بعض الاضطرابات المرضية مثل: القلق، والاكتئاب، والعدوانية، والوسواس القهري (Neugebauer, 2013). كما أن الخبرات التي يعيشها المراهقون اللاجؤون من فقدان أحد أفراد الأسرة، وفقدان الأقارب، ومشاهدة القتل، والتعذيب، وكل ذلك يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض المرضية النفسية وتطورها، والتي تؤثر على النمو السوي بالنسبة للأفراد (Rousseau, 1995).

في حين يعد الكشف المبكر لبداية ظهور مثل هذه الأعراض أمر مهم في الحد من انتشارها؛ لذلك يرى بعض الأطباء أن أهم عملية في خطة العلاج هي مرحلة التشخيص باعتباره البداية الحقيقية للكشف عن أبعاد أي اضطراب، والتعرف على الأعراض المصاحبة لهذه الاضطرابات لغاية تصنيف وتحديد الشدة والنوع، وبالتالي وضع الخطة العلاجية المناسبة (Emery, 2015) & Oltmanns.

وتظهر هذه الأعراض على الفرد من منشأ عصابي نفسي بعيداً عن الأعراض الجسمية والبيولوجية، ودور العامل النفسي دور مهم في ظهور مثل هذه الأعراض المرضية، ويشير الأطباء إلى أن مثل هذه الأعراض التي يشعر بها الفرد تدل على وجود الأعراض والاضطرابات النفسية المرضية (الشريفين والشريفين، ٢٠١١). وقد تم في هذه الدراسة تناول بعض الأعراض النفسية المرضية وفيما يلي عرض ومناقشة لها:

تعد الصحة النفسية من أهم الموضوعات التي تشغل بال الكثير من الأفراد في العصر الحالي نتيجة للتطورات التي شهدتها من تقدم التكنولوجيا وانتشار الضغوط والاضطرابات النفسية والحروب، الأمر الذي أدى إلى ظهور العديد من الأعراض النفسية المرضية المختلفة بشكل سريع (رضوان، ٢٠١٠).

إذ تعد هذه الأعراض منبه لفت أنظار المختصين إلى وجود اضطراب أو مرض؛ لهذا تعتبر عملية التشخيص عملية جوهرية يعتمد عليها المختصون في تحديد الاضطراب وتصنيفه ووضع الخطط العلاجية المناسبة للحد من انتشار هذه الاضطرابات المرضية النفسية. ويركز العديد من الأطباء على أن مثل هذه الأعراض النفسية قد تكون علامة على وجود المرض والتي تؤدي بدورها إلى ظهور العديد من الأمراض النفسية (الشريفين والشريفين، ٢٠١١).

إضافة إلى أن هناك مجموعة من الظروف التي تزيد من إمكانية الإصابة بالأعراض النفسية المرضية، ومن هذه الظروف اللجوء، إذ تعد هذه المرحلة بيئة خصبة لظهور مثل هذه الأعراض، حيث يعاني اللاجئ من عدة مشاكل جسدية واجتماعية ونفسية مرتبطة بسوء التغذية، وتطور الأمراض، والإصابات الجسدية، والاستغلال الجسدي، والتي تؤثر على النمو

الأليمة التي مر بها الفرد، وقد يكون الفرد غير واع للمصدر الحقيقي لحزنه في بعض الأحيان (السامرائي، ٢٠٠٧). إن تعرض الأطفال والمراهقين للاجئيين للحروب يؤدي إلى انتشار مستويات الاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة والتي تنتج من مشاهدتهم للحروب، والتي كانوا ضحاياها الأساسيين (Thabet, Abed, & Vostanis, 2004). كما يتعرض الأطفال والمراهقون للاجئيين إلى العديد من الأحداث التي تساهم في زيادة مستويات الاكتئاب لديهم (Ellis et al., 2008). والاكئاب أحد الاضطرابات التي تتولد من خلال تعرض اللاجئ إلى ظروف سلبية تؤدي إلى تطور الاضطرابات النفسية المؤثرة على النمو النفسي السوي للأفراد اللاجئيين (Porter & Haslam, 2005).

ثالثاً- اضطرابات الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorders): هو اضطراب نفسي يتصف بوجود أفكاراً وصوراً موجودة في تفكير الفرد لا يراها على أرض الواقع، ويحاول بشكل مستمر مقاومتها والتخلص منها، ولكن تفشل هذه المحاولات وتبقى هذه الأفكار موجودة لديه (سرحان، ٢٠٠٨). وقد تبين أن الوسواس المرتبطة بالموت من الأعراض النفسية الشائعة لدى اللاجئيين من الأطفال أو الراشدين، ويتصف بالعديد من الأفكار المتكررة والصور حول موت الفرد، أو موت الآخرين المهمين في حياتهم (Abdel-Kahlek, Al-Arja & Abdella, 2006).

بينما يرى عبد الخالق وليستر (Abdel-Khalek & Lester, 2002) أن الوسواس لدى اللاجئيين يتطور من عدة أسباب أهمها أن اللاجئ يدرك بأن حياته قد تحولت حيث كان يعيش في بيئة اجتماعية وسياسية تتصف بالاستقرار النسبي، الأمن والأمان، وتوفير الغذاء والدواء، إلى مرحلة حياتية أخرى تتصف بالشك، مما يجعله غير متأكد حول ما سيحدث في المستقبل، وبالتالي يتطور اضطراب الوسواس لديه.

رابعاً- اضطرابات أعراض الجسدنة

أولاً- اضطرابات القلق (Anxiety Disorders): يرى سرحان والتكريتي وحباشنة (٢٠٠٤) أن القلق حالة مرضية غير طبيعية تؤثر على التوازن النفسي للإنسان، ويظهر من خلالها مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية بلا سبب، أو أن السبب يكون بسيطاً، ولا يتناسب مع درجة القلق الظاهر، أو أنه مع زوال السبب تبقى الأعراض ظاهرة، ويصبح الإنسان غير قادر على التعامل مع المواقف التي تسبب له القلق. والخبرات الصادمة التي يتعرض إليها الأفراد في فترة الحروب أو الكوارث الطبيعية من أهم مصادر تطور العديد من الاضطرابات النفسية، ومن أهمها القلق، وهذه الخبرات مرتبطة بإثارة بعض الآثار النفسية التي تسبب القلق لدى الأفراد مما ينعكس سلباً على صحتهم النفسية (Momartin, Silove, Maicavasagar, & Steel, 2004).

كما أن انتقال اللاجئيين من بلدهم الأصلي إلى بلد جديد، وضرورة التعامل مع المتغيرات الحياتية الجديدة، والتي تتمثل بالافتقار إلى العديد من الحاجات الأساسية من مسكن ومأكل ومشرب، إضافة إلى ذلك فقدان أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء، أو التعرض إلى التعذيب في بعض الأحيان من الأمور التي تزيد من انتشار اضطراب القلق لدى اللاجئيين (Weinstein, 2001).

ويعتبر التعرض إلى خبرات سلبية في الحروب، واضطرار الأفراد إلى ترك منازلهم وبلدهم الأم واللجوء إلى بلد آخر من أهم العوامل المسببة لتطور اضطراب القلق (Momartin, Silove, Maicavasagar & Steel, 2004). ويلاحظ أن اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات انتشاراً بين اللاجئيين، مما يؤثر على صحتهم النفسية والجسدية، ويأخذ أشكالاً متعددة من أهمها القلق الاجتماعي وقلق الانفصال (Bentley, Thobum, Stewart & Boynton, 2011).

ثانياً- اضطرابات الاكتئاب (Depression Disorders): يعرف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر نتيجة للظروف المحزنة

بحقوق الآخرين وانتهاكها، وعدم الاهتمام بسلامة الذات والآخرين، وعدم القدرة على التخطيط للمستقبل، والاعتداء البدني وكثرة الشجار.

ويُنظر إلى الأطفال في مناطق الحرب على أنهم جنود المستقبل، ووسيلة انتقام بدلاً من النظر إليهم على أنهم ضحايا بريئة ليس لها أي ذنب في سبب قيام الحرب، وبالتالي يعاني هؤلاء الأطفال من العديد من الاضطرابات النفسية التي تطورت لديهم، نتيجة لتعرضهم إلى أحداث عنيفة حدثت أمام أعينهم مما ينعكس سلباً على سلوكياتهم المستقبلية وإظهارهم للسلوكيات العدوانية تجاه الآخرين (Machel, 2001).

سادساً- اضطرابات الرهاب (Phobia Disorders): عرفته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992, 136) بأنه: "اضطراب قلق عام غالباً ما يبدأ لدى الأفراد في مرحلة المراهقة، إذ يتركز خوفهم حول إمعان الآخرين بالنظر فيهم، ويحدث أثناء تواجدهم في المجتمعات الكبيرة، مما يؤدي بالفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويكون شائعاً لدى الرجال والنساء". والرهاب أحد اضطرابات القلق المصنفة في معايير (DSM-R & III) وهو يمثل مخاوف مرضية غير منطقية، وغير عقلانية تجاه شيء معين، أو موقف معين. وتم تقديم تعريف وتشخيص للرهاب منذ بدء تقديم معايير تشخيص (DSM) حيث كان هناك عدة أنواع من الرهاب من أهمها: الرهاب تجاه الدم، والإبر، والإصابة، والحيوانات، والبيئة الطبيعية، والرهاب الموقفي، والرهاب تجاه أشياء أخرى غير محددة (LeBeau, et al., 2010).

ويعرف شتاين ووكور (2002) الرهاب الاجتماعي بأنه: خوف ملاحظ ومتواصل يتعرض له الفرد نتيجة تعامله مع اشخاص جدد، مما يجعل الشخص يتصرف بشكل متوتر وقلق ومرتبك بشكل كبير. ويعد الرهاب الاجتماعي أحد أنواع الاضطرابات النفسية الشائعة لدى اللاجئين إذ يظهر من خلال سلوكيات متعددة من أهمها، الانسحاب الاجتماعي، وتجنب الاحتكاك

(Somatization Disorders): الأعراض الجسدية هي مجموعة من الأعراض الملازمة للاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي، وهي الشكوى المتكررة لمجموعة أعراض جسدية تدفع الفرد إلى تطور أفكار لاعقلانية، مثل الرغبة المتكررة بالذهاب إلى الطبيب، وإجراء الفحوص الطبية. وعلى الرغم من أن العديد من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لا يجدون تفسيراً عضوياً أو جسدياً لسبب معاناتهم من مجموعة من الآلام الجسدية، ويغفل هؤلاء عن حقيقة أن هذه الأعراض ناتجة عن مجموعة من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والوسواس القهري (المشعان، 2011).

ويؤكد كل من هنتون وبيش وسافرين (Hinton, Pich & Safren, 2005) أن اللاجئين يسجلون أعراضاً نفس جسدية واضحة مثل الشعور بالدوار، وعدم القدرة على المحافظة على التوازن أثناء الوقوف، وعدم وضوح الرؤية، والصداع، والتقيؤ، وصعوبة التنفس، والشعور ببرودة اليدين والقدمين، ووجع في الرقبة، والشعور بالألم في الذراع والساقين، والشعور بالوهن والضعف الجسدي، وانخفاض مستوى الشهية للطعام.

وتؤثر ظروف اللجوء تأثيراً سلبياً على بعض الوظائف الجسدية التي يقوم بها الأفراد المراهقين، حيث أن ارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق والوسواس يؤدي إلى انخفاض المستوى الوظيفي لدى الشخص اللاجئ، مما يؤثر سلباً على زيادة أعراض الجسدنة. فبعض الأعراض الجسدية، مثل المعوية، نتيجة لمرورهم في خبرات سلبية ناتجة عن تعرضهم للجوء ومشاهدتهم لبعض الصور المؤلمة (Hasanovic, 2012).

خامساً- اضطرابات العدوانية (Hostility Disorders): تشير جمعية الطب النفسي الأمريكية (2001) بأن هناك العديد من الأعراض التي تظهر على الأفراد العدائين وهي: تكرار الكذب، والاحتيايل على الآخرين، وعدم الشعور بالندم، وعدم الاكترات بمشاعر الآخرين، والاستهانة

الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠١٣).

ويوفر الأدب النظري أدلة قوية على أن اللجوء يرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية، فقد أجرى لويز وآخرون (Llosa, et al, 2013) دراسة هدفت الكشف عن مستويات الاضطرابات النفسية لدى عينة من اللاجئين الفلسطينيين في مخيم برج البراجنة في لبنان. وقد قام الباحثون بإجراء مقابلات أسرية ومقابلات فردية في المرحلة الأولى من الدراسة التي وظفت كل من المنهج النوعي والكمي، بالإضافة إلى إعادة تقييم إكلينيكي في المرحلة الثانية من الدراسة على مجموعة من (١٩٤) من بين (٣٢٦) فرداً ضمنهم العينة النهائية للدراسة. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاضطرابات النفسية المرضية الإجمالي كان (٤,١٩٪). وكان الإكتئاب هو الاضطراب الأكثر شيوعاً لدى عينة الدراسة ونسبة (٣,٨٪)، وكانت نسبة انتشار الخوف من الأماكن العامة (٤٪)، ونسبة انتشار الرهاب الاجتماعي (٢٪)، ونسبة انتشار الوسواس القهري (٧٪)، والذهان (٣,٣٪).

كما هدفت دراسة تومسون ولاي وكيرون وتود (Thomessen, Laghi, Cerrone, & Todd, 2013) إلى التعرف على مستويات انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى المراهقين غير المصحوبين بذويهم من اللاجئين في إيطاليا ومقارنتها بالمستويات المقابلة لدى المراهقين الإيطاليين. تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) مراهقاً ومراهقة، (٦٠) من المراهقين اللاجئين إلى إيطاليا و(٦٠) من المراهقين الإيطاليين. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى المراهقين اللاجئين أعلى مقارنة بأقرانهم من الإيطاليين. وكانت نسبة انتشار أعراض التجسد لدى المراهقين اللاجئين ضمن عينة الدراسة (٤٣,٨٪) في مقابل (٥,٩٥٪) لدى المراهقين الإيطاليين، والسلوكيات العدوانية (٤٥,١٠٪) في مقابل (٣,١٥٪) لدى المراهقين الإيطاليين.

وضمن الاطار ذاته أجرى صلاح

والتواصل مع الآخرين، والانتواء الاجتماعي والعزلة (Thapa, Van Ommeren, Sharma, De) (Jong & Hauff, 2003).

وقد أصبح اللجوء من القضايا التي حظيت باهتمام الباحثين والدارسين في السنوات الأخيرة في ضوء زيادة أعداد اللاجئين بشكل مضطرد، نتيجة لانتشار الحروب والكوارث الطبيعية في مختلف دول العالم. وتشير إحصائيات الأمم المتحدة أن هناك أكثر من (٤,١٥) مليون من اللاجئين في مختلف بقاع العالم. إضافة إلى وجود أكثر من (٨,٢٨) مليوناً من النازحين وأن هذه النسب في تزايد مضطرد (UNHCR, 2013).

وقد أظهرت العديد من التقارير الصادرة عن المنظمات المختصة أن الأطفال والمراهقين في بيئات اللجوء يعانون من العديد من المشكلات والتحديات التي تتضمن التمييز، ونقص فرص التعليم، والزواج المبكر، والانحراف، والتي تتطلب المزيد من الدعم (Refugees Studies Centre, 2001). كما تتعرض هذه الفئة من اللاجئين في الكثير من الحالات إلى الإيذاء والاستغلال الاقتصادي الجنسي، ويعمل هؤلاء المراهقين مقابل أجور زهيدة في الغالب.

وتشكل المشكلات لدى فئة المراهقين من اللاجئين السوريين تحدياً خاصاً في ضوء مجموعة من الحقائق التي من أهمها أن أكثر من (٣٧٠٠) طفل مراهق سوري يعيشون في الأردن ولبنان دون أحد آبائهم أو كليهما، أو دون وجود أي شخص بالغ يقوم بتقديم الرعاية لهم. كما يعاني المراهقون معاناة بالغة جسدياً ونفسياً، فهناك منهم من تعرض للإصابة بطلقات القناصة، أو الصواريخ، أو تساقط الحطام عليهم، مما يضاعف من مشكلاتهم، كما أن تعرضهم لتجربة الصراع والدمار والعنف بصورة مباشرة قد يقود إلى استمرار آثار تلك التجارب المروعة لفترات طويلة. كما تقود الضغوط الناجمة عن اللجوء والتغيرات التي تطرأ على نمط الحياة بسببه إلى شعور المراهقين بالعزلة وإنعدام الأمن (مفوضية

خلال الشهور الأربعة الأولى من وصولهم إلى النرويج. وتم استخدام مجموعة من الأسئلة التي أعدها الباحثون لاستخدامها في المقابلات مع أفراد عينة الدراسة لغايات جمع البيانات ذات العلاقة بموضوع البحث. وأظهرت نتائج الدراسة وجود الاضطرابات النفسية بنسب مرتفعة لدى أفراد العينة، كما أظهرت النتائج وجود اضطراب قلق ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة (٦، ٣٠٪)، والإكتئاب (٤، ٩٪)، ثم رهاب الخلاء (٤، ٤٪)، واضطراب الوسواس القهري (٨، ٣٪)، والهلع (١، ٣٪).

وأخيراً، أجرى كوميلاي وآخرون (Comellas et al, 2015) دراسة هدفت إلى بحث مستوى أعراض التجسد لدى الأشخاص النازحين داخلياً في جمهورية جورجيا بسبب الحرب. تم إجراء إستطلاع أسري تضمن (٣٦٠٠) فرداً من النازحين. وأظهرت نتائج الدراسة وجود أعراض التجسد لدى (٤٢٪) من أفراد عينة الدراسة (٢٩٪ لدى الذكور و٤٨٪ لدى الإناث)، وارتبطت أعراض التجسد بوجود اضطرابات الإكتئاب والقلق، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة. وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين في هذه الدراسة قد قاموا بتقسيم مستويات أعراض التجسد إلى أربع فئات: المستوى الطفيف (٢٧، ٥١٪) والمنخفض (٨٣، ٣٠٪) والمتوسط (٥٠، ١٤٪) والمرتفع (٣٦، ٣٪).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يؤدي الجانب النفسي للفرد دوراً مهماً في تشكيل شخصيته، وكيفية تعامله مع المواقف المحيطة به، وفي مراحل نموه الطبيعية، حيث يظهر تأثير هذا الجانب بشكل واضح في مرحلة المراهقة، لما لهذه المرحلة من تغيرات نفسية وفسولوجية، ومتطلبات اجتماعية، وزيادة في المسؤولية التي تقع على عاتق الفرد، خصوصاً إذا تعرض الفرد لمجموعة من الظروف التي تقع خارج إرادته والتي تقف في سير حياته بشكلها الطبيعي. ومن هذه الظروف ظروف اللجوء التي يمر بها الأطفال

وعبدالرحمن ولينس وعيد ومارتينز وهوف (Salah, Abdelrahman, Liens, Eide, Martinez & Hauff, 2013) دراسة هدفت إلى تقييم مستويات إنتشار الرهاب الاجتماعي والعوامل الاجتماعية والديمغرافية ذات العلاقة لدى الأشخاص النازحين داخليا في السودان. وتم جمع البيانات عبر المقابلات مع (١٨٧٦) من الأفراد، في مخيمات قرب العاصمة السودانية الخرطوم. وأظهرت النتائج أن نسبة إنتشار الرهاب الاجتماعي لدى تلك الفئة من اللاجئين تبلغ (٢، ١٤٪)، وكان الرهاب الاجتماعي مرتبطاً باضطرابات أخرى من أهمها القلق والإكتئاب وقلق ما بعد الصدمة وبينت نتائج الدراسة أن نسبة انتشارها كانت على النحو الآتي: الإكتئاب (٣، ٢٤٪)، والقلق (٦، ٢٣٪)، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (٣، ١٢٪). وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى انتشار الرهاب، وأعراض الإكتئاب، وأعراض القلق، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أعلى لدى اللاجئين الجدد، والإناث.

أما دراسة جبار وظاظا (Jabbar & Zaza, 2014) فقد هدفت التعرف إلى أثر الحرب السورية على الصحة النفسية لدى الأطفال في مخيم الزعتري في الأردن. واشتملت عينة الدراسة على (٢١٦) من الأطفال اللاجئين الذين تم اختيارهم عشوائياً من مخيم الزعتري، ومنطقة الرمثا، ومنطقة عمان. وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى انتشار القلق والإكتئاب لدى الأطفال اللاجئين السوريين كان متوسط، كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات انتشار القلق والإكتئاب لدى الأطفال اللاجئين في مخيم الزعتري أعلى مقارنة مع الأطفال اللاجئين في منطقة عمان والرمثا.

بينما هدفت دراسة جاكبسون وديموت وهير (Jakobsen, Demott & Heir, 2014) إلى بحث مدى انتشار الاضطرابات النفسية التي يعانها اللاجئين لدى وصولهم الى الدول المضيفة. تكونت عينة الدراسة من (١٦٠) لاجئ من أفغانستان وإيران والصومال، وتم إجراء مقابلات معهم

وجسدية. كما تُعد الدراسة الحالية - حسب علم الباحثان- من أوائل الدراسات الميدانية التي تناولت مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية. ويؤمل أن هذه الدراسة ستوفر للباحثين والمختصين إطار نظري حول مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى اللاجئين السوريين في الأردن؛ مما يفتح الباب لدراسات أخرى لاحقة يتم من خلالها تناول الموضوع من جوانب أخرى ومتغيرات جديدة. ثانياً الأهمية التطبيقية وتبرز من خلال تسليط الضوء على مستوى انتشار الأعراض النفسية المرضية لدى عينة من الطلبة اللاجئين السوريين في الأردن، ومحاولة الدراسة الحالية تقديم معلومات عن مستوى انتشار الأعراض النفسية المرضية لدى الأطفال اللاجئين لمساعدة العاملين في المجال النفسي والطبي والمنظمات والمؤسسات الإنسانية لتوسيع خدماتهم وتطوير برامج إرشادية ونفسية قادرة على مساعدة هذه الفئة من الطلبة، للوصول بهم إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية الجسمية.

التعريفات الإصطلاحية والإجرائية :

الأعراض النفسية المرضية: "مجموعة متنوعة من المتغيرات المرضية التي تظهر في صورة الاضطرابات النفسية والعصبية والسلوكية" (بطرس، ٢٠٠٨، ص ١٣٢). ويعرف إجرائياً بهذه الدراسة: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الأعراض النفسية المرضية، والمستخدم في الدراسة الحالية والمتضمن الابعاد الاتية: القلق، الاكتئاب، العدوانية، الوسواس القهري، الجسدنة، الرهاب.

محددات الدراسة :

تحدد نتائج الدراسة الحالية بما يأتي:
طبيعة الأداة المستخدمة مقياس الأعراض النفسية المرضية المعد من قبل (الشريفين والشريفين، ٢٠١١) وبما يتمتع به من خصائص سيكومترية.

والمراهقين السوريين، حيث تفرض عليهم هذه الظروف مجموعه من التحديات التي تعيق نموهم النفسي والعقلي والاجتماعي بشكله السوي، إضافة إلى المشكلات المتعلقة بالتفاعل مع المجتمع المحيط، والشعور بالأمن، ومدى إمكانية توفر الحاجات الأساسية المتمثلة بالسكن والمأكل، وافتقارهم إلى العيش ضمن بيئة اجتماعية يسودها الاستقرار، وربما فقد أحد الأبوين أو أحد أفراد الأسرة، الأمر الذي يجعل من بيئة اللجوء بيئة خصبة لظهور الاضطرابات النفسية العائدة بسبب الخوف وعدم توفر الأمان، والانتقال من الموطن الذي يعيش فيه الفرد إلى بيئة ثقافية ومجتمع جديد مختلف.

ونظراً إلى قلة الدراسات التي تناولت الاعراض النفسية المرضية لدى المراهقين اللاجئين السوريين على الصعيدين العالمي والعربي، الامر الذي دفع الباحثان لمعرفة مستوى انتشار الأعراض النفسية المرضية عند الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية في ضوء بعض المتغيرات. وتحاول الدراسة الإجابة عن السؤالين الآتيين:

أولاً- ما مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية؟

ثانياً- هل يختلف مستوى الأعراض النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية في محافظة إربد تبعاً للمتغيرات الآتية: الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة، الصف؟

أهمية الدراسة :

تأتي أهمية هذه الدراسة في كونها تسعى إلى الوقوف على مدى انتشار الأعراض النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية في محافظة إربد. وتظهر أهمية الدراسة الحالية في محورين رئيسيين وهما: أولاً الأهمية النظرية من خلال اهتمام المؤسسات الحكومية وغير الحكومية والمنظمات الدولية باللاجئين لما تعانيه هذه الفئة من صعوبات نفسية

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين الموجودين في الصفوف الثامن والتاسع والعاشر في المدارس الأردنية في محافظة إربد والمنتظمين في الدراسة خلال العام الدراسي (٢٠١٤/٢٠١٥)، والبالغ عددهم (٢٧٢٤) طالباً وطالبة حسب إحصائية مديرية التربية والتعليم في محافظة إربد.

عينه الدراسة :

تم أخذ عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة بنسبة (٢٠٪) من الطلبة اللاجئين السوريين الذين يدرسون في الصفوف الثامن والتاسع والعاشر في المدارس الأردنية. حيث تكونت عينة الدراسة من (٥٤٣) طالب وطالبة، والجدول (١) يبين توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة.

جدول (١): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية

المجموع	النسبة المئوية	التكرار	المستوى	المتغير
٥٤٣	٤٤,٩٪	٢٤٤	ذكر	الجنس
	٥٥,١٪	٢٩٩	أنثى	
٥٤٣	٥,٩٪	٣٢	أقل من سنة من سنه إلى سنتين	مدة الإقامة
	٥٢,١٪	٢٨٣	سنتين فأكثر	
٥٤٣	٣,٣٪	١٨	الأم	فقدان أحد أفراد الأسرة
	٧,٢٪	٣٩	الأب	
	٧,٤٪	٤٠	إحدى الإخوة	
٥٤٣	٨٣,٢٪	٤٤٦	لا يوجد	الصف
	٢٨,٢٪	١٥٣	الثامن	
	٣٣,١٪	١٨٠	التاسع	
	٣٨,٧	٢١٠	العاشر	

دلالات صدق المقياس وثباته بصورته الأصلية :

أولاً- دلالات الصدق:

لتعرف على دلالات الصدق المنطقي تم التحقق منه اعتماداً على التحليل النظري من خلال

العينة المستخدمة حيث أجريت هذه الدراسة على طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في الصفوف الثامن والتاسع والعاشر في المدارس الأردنية في محافظة إربد؛ لذا فإن نتائج هذه الدراسة ستكون صالحة للتعميم على مجتمعها الإحصائي والمجتمعات المماثلة له فقط.

الفترة الزمنية التي جمعت فيها البيانات من أفراد عينة الدراسة (الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١٤/٢٠١٥).

تتخصص دلات المفاهيم والمصطلحات الإجرائية والمفاهيمية المحددة فيها.

الطريقة والإجراءات:

مجتمع الدراسة :

مقياس الدراسة :

استخدم الباحثان مقياس الأعراض النفسية المرضية المعد من قبل الشريفيين والشريفيين (٢٠١١)، حيث قام الباحثان بالتحقق من صدق المقياس وثباته، وذلك على النحو الآتي:

والحساسية التفاعلية (٠,٨١)، والاكتئاب (٠,٨٣)، والقلق (٠,٨١)، والعداوية (٠,٨٠)، وقلق الخوف (٠,٨٤)، والبارانويا (٠,٨٠)، والذهان (٠,٨٢)، والعلامة الكلية (٠,٨٩)، وتعد هذه القيم مقبولة، وعليه فإن مقياس القائمة المعدلة للأعراض وابعاده يتمتع بدرجة مقبولة من الاستقرار مع مرور الزمن، ويعد ذلك مؤشراً على دلالات الثبات.

صدق وثبات مقياس الأعراض النفسية المرضية في الدراسة الحالية:

أولاً - صدق المقياس:

عرض الباحثان مقياس الأعراض النفسية المرضية بصورته الأولى المعد من قبل الشريفيين والشريفيين (٢٠١١) المكون من تسع مجالات ومن (٨٤) فقرة، على (١٣) من المحكمين من ذوي الاختصاص في مجال الإرشاد التربوي النفسي، والمقياس والتقويم، وعلم النفس التربوي، حيث طلب منهم إبداء آرائهم وملاحظاتهم حول سلامة الصياغة اللغوية لل فقرات، ووضوحها من حيث المعنى، وسهولة الفهم، وانتماء الفقرة للبعد وأية ملاحظات وتعديلات يرونها ملائمة للمجال. وبعد عرض المقياس على المحكمين أشار المحكمون إلى أن هذا المقياس يصلح لهذه الدراسة. فقام الباحثان بأخذ الملاحظات بعين الاعتبار باقتصار المقياس إلى (٥٩) فقرة، ومن تسعة مجالات إلى ست مجالات وإضافة وحذف وإعادة صياغة بعض الفقرات.

وبهدف التحقق من صدق البناء تم تطبيق أداة الدراسة على مجموعة من خارج عينة الدراسة مكونة من (٥٠) طالب وطالبة، حيث تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المجال، وكذلك معاملات الارتباط بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المقياس ككل حيث تراوح ارتباط الفقرات بمجالاتها ما بين (٠,٤٧-٠,٧٩)، وتراوحت معاملات ارتباط الفقرات بالمقياس ككل ما بين

تحديد السمة المرغوب قياسها وهي الأعراض المرضية ومكوناتها (أبعادها)، ومن خلال صياغة الفقرات وتحكيمها. أما التعرف على صدق البناء العاملي للمقياس، وقد أفرز التحليل تسعة عوامل، وهو متطابق تماماً مع الافتراض النظري الذي بنيت على أساسه فقرات المقياس، ومع الحقائق الإكلينيكية، مما يؤكد تحقق الصدق الظاهري الذي بنيت على أساسه فقرات المقياس، وأن هذه العوامل قد زادت قيمة الجذر الكامن لها عن واحد، وفسرت ما نسبته ٧٨٪ من التباين كما تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات المتحققة على الأداة ككل وأبعادها ومعاملات ارتباط الأبعاد بعضها بعضاً وعلى الصورة النهائية للقائمة، والتي أفرزتها نتائج التحليل العاملي (٨٤) فقرة، على اعتبار أن كل بعد من هذه الأبعاد يقيس بعداً من أبعاد المقياس.

ثانياً - دلالات الثبات:

قام الشريفيين والشريفيين (٢٠١١) بتقدير ثبات الاتساق الداخلي للدرجات الكلية للمقياس بصورته النهائية (٨٤) فقرة، وللأبعاد التسعة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وقد كانت قيم ألفا كما يلي: الأعراض الجسمية (٠,٨٣)، والوسواس القهري (٠,٨١)، والحساسية التفاعلية (٠,٨٤)، والاكتئاب (٠,٨٥)، والقلق (٠,٨٣)، والعداوية (٠,٨٣)، وقلق الخوف (٠,٧٥)، والبارانويا (٠,٨١)، والذهان (٠,٨٣)، وللمقياس الكلي (٠,٩٠) وتشير قيمة ألفا للعلامة الكلية إلى أن هناك درجة عالية من التجانس الداخلي، وقيم ألفا للأبعاد (الأعراض) الفرعية أقل منها للعلامة الكلية.

كما تم تقدير ثبات إعادة الإعادة بإعادة تطبيق مقياس على عينة تتكون من (٤٠) فرداً، وبعد مضي حوالي أسبوعين على التطبيق الأول تمت إعادة التطبيق مرة أخرى. ثم حسبت قيم معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة في مرتي التطبيق فكانت كما يلي: الأعراض الجسمية (٠,٨٥)، والوسواس القهري (٠,٨٤)،

ثانياً - ثبات المقياس:

تم التأكد من ثبات أداة الدراسة باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Re Test)، وحساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا بتوزيع أداة الدراسة على مجموعة من خارج عينة الدراسة مكونة من (٥٠) طالب وطالبة، وجدول (٢) يبين معاملات الثبات ومعاملات ارتباط بيرسون لمجالات الدراسة والمقياس ككل.

(٣٦، ٠-٧٨، ٠)، واعتمد الباحثان على معيارين لقبول الفقرات وهما: ألا يقل معامل الارتباط بين درجات المفحوصين على الفقرة ودرجاتهم الكلية على المجال أو المقياس ككل عن (٠,٢٥) (عوده، ٢٠١٠)، وأن يكون دالاً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0,05$)؛ وجميع هذه المؤشرات تؤكد بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويفي لأغراض الدراسة الحالية.

جدول (٢): معاملات الثبات (كرونباخ ألفا) ومعاملات ارتباط بيرسون لمجالات الدراسة والمقياس ككل (n=50)

معامل الارتباط	معامل الثبات	المجال
*٠,٧٣	٠,٧٦	مجال الأعراض الجسمية
*٠,٧١	٠,٧٠	مجال الوسواس القهري
*٠,٧١	٠,٧٥	مجال الاكتئاب
*٠,٧٤	٠,٧١	مجال القلق
*٠,٧٤	٠,٧٧	مجال العدوانية
*٠,٧٥	٠,٧٨	مجال الرهاب
*٠,٧٣	٠,٧٢	المقياس ككل

*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$).

تصميم الدراسة:

تم في هذه الدراسة استخدام المنهج الوصفي كونه الأنسب لهذا النوع من الدراسات، وذلك للتعرف على مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية.

المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن السؤال الأول حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية لعلامات الطلبة على مقياس الأعراض النفسية المرضية. وللإجابة عن السؤال الثاني حسب المتوسطات والانحرافات المعيارية كما استخدم تحليل التباين الرباعي المتعدد، وتحليل التباين الرباعي.

نتائج الدراسة:

نتائج السؤال الأول: ما مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية؟

أوضح جدول (٢) أن جميع قيم معاملات الثبات بطريقة (كرونباخ ألفا) كانت مقبولة لأغراض التطبيق، حيث أنها تراوحت بين (٠,٧٠-٠,٧٨)، كما أن قيم معاملات الارتباط بطريقة بيرسون دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، وجميعها قيم مقبولة لأغراض التطبيق.

طريقة التصحيح:

تم استخدام سلم ليكرت للتدرج الخماسي (دائماً، كثيراً، أحياناً، نادراً، مطلقاً)، حيث أعطيت دائماً (٥) درجات، وغالباً (٤) درجات، وأحياناً (٣) درجات، ونادراً (٢) درجتان، وأبداً (١) درجة واحدة. ولتحديد مستوى الأعراض النفسية المرضية تم تصنيف المتوسطات الحسابية على النحو الآتي: (٢,٣٣) فما دون مستوى (منخفض)، (٢,٣٤-٣,٦٦) مستوى متوسط، (٣,٦٧) فما فوق مستوى مرتفع.

للإجابة عن هذا السؤال حسب المتوسطات الحسائية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن جميع مجالات الدراسة، والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣): المتوسطات الحسائية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن جميع مجالات الدراسة (ن=٥٤٣)

الرتبة	الرقم	المجال	المتوسط الحسائي	الانحراف المعياري
١	٤	مجال القلق	٤,٢٩	٠,٤٦
٢	٥	مجال العدوانية	٣,٨٣	٠,٧٨
٣	٦	مجال الرهاب	٣,٧٥	٠,٨٣
٤	٣	مجال الاكتئاب	٢,٦٤	٠,٧٥
٥	٢	مجال الوسواس القهري	٢,٢٥	٠,٧٥
٦	١	مجال الأعراض الجسمية	٢,٢٤	٠,٦٥
		المقياس ككل	٣,٠٣	٠,٢٥

يظهر من الجدول (٣) أن المتوسطات الحسائية لإجابات أفراد العينة على مجالات الدراسة ما بين (٤,٢٩-٢,٢٤) كان أعلاها لمجال القلق بمتوسط حسائي (٤,٢٩) ومستوى مرتفع، وفي المرتبة الثانية جاء مجال العدوانية بمتوسط حسائي (٣,٨٣) ومستوى مرتفع، وفي المرتبة الثالثة جاء مجال الرهاب بمتوسط حسائي (٣,٧٥) وبمستوى مرتفع، واحتل مجال الاكتئاب المرتبة الرابعة بمتوسط حسائي (٢,٦٤) ومستوى متوسط، وجاء مجال الوسواس القهري في المرتبة الخامسة بمتوسط حسائي (٢,٢٥) ومستوى منخفض، وجاء في المرتبة السادسة والأخيرة مجال الأعراض الجسمية بمتوسط حسائي (٢,٢٤) ومستوى منخفض، وبلغ المتوسط الحسائي لمقياس الأعراض النفسية ككل (٣,٠٣) ومستوى متوسط.

كما حسب المتوسطات الحسائية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة على فقرات كل مجال من مجالات المقياس، كما يلي:
أولاً- مجال الأعراض الجسمية:

يظهر من الجدول (٣) أن المتوسطات الحسائية لإجابات أفراد العينة على مجالات الدراسة ما بين (٤,٢٩-٢,٢٤) كان أعلاها لمجال القلق بمتوسط حسائي (٤,٢٩) ومستوى مرتفع، وفي المرتبة الثانية جاء مجال العدوانية بمتوسط حسائي (٣,٨٣) ومستوى مرتفع، وفي المرتبة الثالثة جاء مجال الرهاب بمتوسط حسائي (٣,٧٥) وبمستوى مرتفع، واحتل مجال الاكتئاب المرتبة الرابعة بمتوسط حسائي (٢,٦٤) ومستوى متوسط، وجاء مجال الوسواس القهري في المرتبة الخامسة بمتوسط حسائي (٢,٢٥) ومستوى منخفض، وجاء في المرتبة السادسة والأخيرة مجال الأعراض الجسمية بمتوسط حسائي (٢,٢٤) ومستوى منخفض، وبلغ المتوسط الحسائي لمقياس الأعراض النفسية ككل (٣,٠٣) ومستوى متوسط.

جدول (٤): المتوسطات الحسائية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال "الأعراض الجسمية" (n=543)

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسائي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٥	أحس بضعف في أجزاء من جسدي	٢,٦٨	١,٢٤	مرتفع
٢	٤	ألتقط أنفاسي بصعوبة	٢,٦٥	١,٢٤	مرتفع
٣	١	أحس بالآم في أسفل ظهري	٢,٦١	٠,٩٦	مرتفع
٤	٨	تقتحم عقلي أفكار قريبة ولا تفارقتني	٢,٤٠	١,١٤	متوسط
٥	٣	أشعر بالآم في عضلاتي	٢,٢٧	١,٠٥	متوسط
٦	١٢	أقوم بأعمالي ببطء شديد لاتأكد من دقتها	٢,٢٥	١,٣٧	متوسط
٧	٦	أحس بثقل في ذراعي ورجلي	٢,١٤	١,٢٧	متوسط
٨	١٠	يشغل بالي التفكير في القاذورات والقاذورات	٢,١١	١,٠٨	متوسط
٩	٩	لدي صعوبة في تذكر الأشياء	٢,٠١	١,٣٢	متوسط
١٠	١١	أشعر بعدم القدرة على إتمام أعمالي	٢,٠١	١,١٨	متوسط
١١	٧	أحس بالإرهاق	١,٩٩	١,٠٦	متوسط
١٢	٢	أحس بالغثيان واضطراب في المعدة	١,٩٥	١,١٢	متوسط
١٣	١٣	أكرر أفعالي عدة مرات كي أتأكد أنني فعلتها	١,٩١	١,٠٩	متوسط
		مجال الأعراض الجسمية "ككل"	٢,٢٤	٠,٦٥	متوسط

يظهر من الجدول (٤) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال "الأعراض الجسمية" تراوحت بين (١,٩١) - (٢,٦٨) كان أعلاها للفقرة (٥) "أحس بضعف في أجزاء من جسمي" بمتوسط حسابي (٢,٦٨) ومستوى مرتفع، وجاء في المرتبة الأخيرة (١٣) "أكرر أفعالي عدة مرات كي أتأكد أنني فعلتها" بمتوسط حسابي (١,٩١) ومستوى منخفض، وبلغ المتوسط الحسابي للمجال ككل (٢,٢٤).

ثانياً- مجال الوسواس القهري:

جدول (٥): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال "الوسواس القهري" (n=543)

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٢	أقوم بأعمالي ببطء شديد لاتأكد من دقتها	٢,٨٣	١,٥٠	مرتفع
٢	١	أشعر بعدم القدرة على إتمام أعمالي	٢,٥٢	١,٣٣	متوسط
٣	٧	أفكر في الانتحار	٢,٣٨	١,١٤	متوسط
٤	٨	لدي أحساس بأنني محبوس أو مقيد الحركة	٢,٣٨	١,٣٦	متوسط
٥	٩	ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي	٢,٢٣	١,٣٠	منخفض
٦	٤	أكرر القيام ببعض الأفعال (غسل اليدين، الصلاة....)	٢,١٣	١,٣٠	منخفض
٧	٥	لدي صور ذهنية غير مرغوب بها لا تفارق بالي	٢,١٣	١,٢٥	منخفض
٨	١٠	أشعر بالوحدة والحزن	٢,١٢	١,٢٩	منخفض
٩	٣	أكرر أفعالي عدة مرات كي أتأكد أنني فعلتها	٢,٠٤	١,٢٢	منخفض
١٠	٦	أحس بالخمول أو قلة النشاط	١,٧١	٠,٩٠	منخفض
		مجال "الوسواس القهري" ككل	٢,٢٥	٠,٧٥	منخفض

يظهر من الجدول (٥) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال "الوسواس القهري" تراوحت بين (١,٧١) - (٢,٨٣) كان أعلاها للفقرة (٢) "أقوم بأعمالي ببطء شديد لاتأكد من دقتها" بمتوسط حسابي (٢,٨٣) ومستوى مرتفع، وجاء في المرتبة الأخيرة فقرة (٦) "أحس بالخمول أو قلة النشاط" بمتوسط حسابي (١,٧١) ومستوى منخفض، وبلغ المتوسط الحسابي للمجال ككل (٢,٢٥).

ثالثاً- مجال الاكتئاب:

جدول (٦): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال "الاكتئاب" (n=543)

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٤	أشعر بأنني عديم الأهمية	٣,١٢	١,٣٣	مرتفع
٢	٣	لدي إحساس بأن حياتي كلها تعب وشقاء	٣,٠٣	١,٣٣	مرتفع
٣	٧	أعاني من فرط النوم يومياً	٢,٩٥	١,٤٠	مرتفع
٤	٩	يمكن جرح مشاعري بسهولة	٢,٩٢	١,٣٣	مرتفع
٥	٦	أعاني من الأرق عند الدخول إلى النوم	٢,٨٢	١,٤٠	مرتفع
٦	١	أشعر بعدم الاهتمام بما حولي أو بمن حولي	٢,٧٦	١,٣٥	مرتفع
٧	١١	أشعر أن الناس من حولي لا يحبونني	٢,٧٤	١,٢٧	مرتفع
٨	١٠	أشعر بأن الآخرين لا يفهمونني	٢,٥٣	١,٤٢	متوسط
٩	٥	وزني يختلف عما كان عليه قبل شهر	٢,٥١	١,٣٦	متوسط
١٠	٢	لا أستطيع التركيز أو التفكير العميق	٢,٣٧	١,٢٦	متوسط
١١	٨	بالأعمال التي أقوم بها	٢,٠١	١,١٨	متوسط
١٢	١٢	أشعر بالحساسية اتجاه الآخرين	١,٨٩	١,١٨	متوسط
		لدي إحساس بأنني أقل من الآخرين	١,٨٩	١,١٨	متوسط
		مجال "الاكتئاب" ككل	٢,٦٤	٠,٧٥	متوسط

فقرة (١٢) ”لدي إحساس بأي أقل من الآخرين“
بمتوسط حسابي (١,٨٩) ومستوى منخفض، وبلغ
المتوسط الحسابي للمجال ككل (٢,٦٤).
رابعاً- مجال القلق:

يظهر من الجدول (٦) أن المتوسطات الحسابية
لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال ”القلق“
تراوحت بين (١,٨٩-٣,١٢) كان أعلاها للفقرة
(٤) ”أشعر بأي عديم الأهمية“ بمتوسط حسابي
(٣,١٢) ومستوى مرتفع، وجاء في المرتبة الأخيرة

جدول (٧): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال ”القلق“
(n=543)

المرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٦	أشعر بالخوف من فقدان السيطرة على الأمور التي أقوم بها	٤,٤٦	٠,٦٩	مرتفع
٢	٥	أشعر برعشة بالجسم	٤,٤١	٠,٧٤	مرتفع
٣	٤	أشعر بسرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي	٤,٣٩	٠,٧٤	مرتفع
٤	٩	أشعر بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكني من الجلوس هادئاً في أي مكان	٤,٢٩	٠,٧٥	مرتفع
٥	٨	تتناوبني نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول	٤,٢٨	٠,٧٨	مرتفع
٦	٢	أشعر بنقص الثقة في أثناء وجود الآخرين	٤,٢٥	٠,٧٧	مرتفع
٧	١	أشعر بالضيق عندما يتحدث الناس علي	٤,٢٣	٠,٧٨	مرتفع
٨	٧	أشعر بتسارع في ضربات قلبي	٤,١٧	٠,٧٩	مرتفع
٩	٣	أتجنب ممارسة الأنشطة والأعمال التي تتطلب الاحتكاك بالآخرين	٤,١٤	٠,٨٢	مرتفع
		مجال ”القلق“ ككل	٤,٢٩	٠,٤٦	مرتفع

في المرتبة الأخيرة (٣) ”أتجنب ممارسة الأنشطة والأعمال التي تتطلب الاحتكاك بالآخرين“
بمتوسط حسابي (٤,١٤) وبلغ المتوسط الحسابي للمجال ككل (٤,٢٦).
خامساً- مجال العدوانية:

يظهر من الجدول (٧) أن المتوسطات الحسابية
لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال ”القلق“
تراوحت بين (٤,١٤-٤,٤٦) بدرجة تقييم
مرتفعة لجميع الفقرات كان أعلاها للفقرة (٦)
”أشعر بالخوف من فقدان السيطرة على الأمور
التي أقوم بها“ بمتوسط حسابي (٤,٤٦)، وجاء

جدول (٨): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال
”العدوانية“ (n=543)

المرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٢	تتناوبني ثورات مزاجية لا يمكن السيطرة عليها	٤,٢٤	١,٠٩	مرتفع
٢	٧	أرغب في قذف الأشياء	٤,١٧	١,١١	مرتفع
٣	٣	لدي دافع ملح بأن أضرب شخص معين	٣,٨٨	١,١٧	مرتفع
٤	٦	تتناوبني نوبات من الصراخ	٣,٨٣	١,١٧	مرتفع
٥	١	أشعر بسرعة المضايقة والاستثارة	٣,٧٤	١,٣٠	مرتفع
٦	٥	أرغب مجادلة الآخرين	٣,٧٠	١,٢٢	مرتفع
٧	٤	أشعر برغبة ملححة لتكسير الأشياء	٣,٢٧	١,٢٢	متوسط
		مجال ”العدوانية“ ككل	٣,٨٣	٠,٧٨	مرتفع

ومستوى مرتفع، وجاء في المرتبة الأخيرة الفقرة (٤) "أشعر برغبة ملحة لتكسير الأشياء" بمتوسط حسابي (٣,٢٧) ومستوى متوسط، وبلغ المتوسط الحسابي للمجال ككل (٣,٨٣).

سادساً- مجال الرهاب:

يظهر من الجدول (٨) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال "العدوانية" تراوحت بين (٣,٢٧-٤,٢٤) كان أعلاها للفقرة (٢) "تتابني ثورات مزاجية لا يمكن السيطرة عليها" بمتوسط حسابي (٤,٢٤)

جدول (٩): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن فقرات مجال "الرهاب" (٥٤٣=ن)

المرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
١	٧	أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	٤,١١	١,٢١	مرتفع
٢	٦	أشعر بالتوتر عندما أكون بمفردي	٤,٠٨	١,١٢	مرتفع
٣	١	أشعر بالخوف من الأماكن المفتوحة مثل الشوارع	٣,٩٢	١,٢٤	مرتفع
٤	٣	أشعر بالخوف عند التقليل بالباصات أو السيارات	٣,٧٠	١,٢٧	مرتفع
٥	٨	أشعر بالخوف عند الدخول إلى الحدائق والبساتين	٣,٦٥	١,٢٥	متوسط
٦	٢	أشعر بالخوف من الخروج من منزلي بمفردي	٣,٥٧	١,٣٤	متوسط
٧	٥	أشعر بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق	٣,٥٦	١,٣٣	متوسط
٨	٤	أتجنب أماكن معينة لأنها تسبب لي الإحساس بالخوف	٣,٤١	١,٢٤	متوسط
		مجال "الرهاب" ككل	٣,٧٥	٠,٨٣	مرتفع

نتائج السؤال الثاني: هل يختلف مستوى الأعراض النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية في محافظة أربد تبعاً للمتغيرات الآتية: الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة؟ للإجابة عن السؤال الثاني حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والجدول (١٠) يوضح ذلك.

يظهر من الجدول (٩) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مجال "الرهاب" تراوحت بين (٣,٤١-٤,١١) كان أعلاها للفقرة (٧) "أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة" بمتوسط حسابي (٤,١١) ومستوى مرتفع، وجاء في المرتبة الأخيرة فقرة (٤) "أتجنب أماكن معينة لأنها تسبب لي الإحساس بالخوف" بمتوسط حسابي (٣,٤١) ومستوى متوسط، وبلغ المتوسط الحسابي للمجال ككل (٣,٧٥).

جدول (١٠): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة عن مجالات الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغيرات (الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة)

الأداة ككل	الأعراض الجسمية						المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الجنس
	الوسواس القهري	الاكتئاب	القلق	العدوانية	الرهاب	الوسواس القهري			
٢,٩٥	٢,٠٠	٢,٥٠	٤,٢٧	٣,٧٨	٣,٨٣	٢,١٤	٠,٦٢	ذكر	
٠,٢٣	٠,٦٥	٠,٦٩	٠,٤٩	٠,٧٤	٠,٧٧	٠,٦٢	٠,٦٢	ذكر	
٣,٠٩	٢,٤٥	٢,٧٥	٤,٣١	٣,٨٠	٣,٦٩	٢,٣٢	٠,٦٢	أنثى	
٠,٢٥	٠,٧٧	٠,٧٨	٠,٤٣	٠,٨١	٠,٨٨	٠,٦٦	٠,٦٦	أنثى	

الأداة ككل	الرهاب	العدوانية	القلق	الاكتئاب	الوسواس القهري	الأعراض الجسمية		
٣,٠٧	٣,٨٢	٣,٩٠	٤,٤١	٢,٥٥	٢,٢٤	٢,٢٧	أقل من ١	المتوسط الحسابي
٠,٢٧	٠,٧٢	٠,٦٢	٠,٤٩	٠,٦٥	٠,٦٨	٠,٦٧		الانحراف المعياري
٣,٠١	٣,٧٨	٣,٨٧	٤,٣٢	٢,٥٨	٢,١٨	٢,١٨	٢-١	المتوسط الحسابي
٠,٢٥	٠,٨٥	٠,٨٠	٠,٤٦	٠,٧٧	٠,٧٥	٠,٦٣	مدة الإقامة	الانحراف المعياري
٣,٠٥	٣,٧٠	٣,٧٧	٤,٢٥	٢,٧١	٢,٣٣	٢,٢٩	أكثر من سنتين	المتوسط الحسابي
٠,٢٥	٠,٨٣	٠,٧٨	٠,٤٥	٠,٧٤	٠,٧٦	٠,٦٦		الانحراف المعياري
٣,٠٤	٣,٦٥	٣,٧٣	٤,٣٤	٢,٦٥	٢,٢٤	٢,٢٢	الأم	المتوسط الحسابي
٠,٢٦	٠,٩٠	٠,٩١	٠,٥٤	٠,٧٦	٠,٧٥	٠,٦٢		الانحراف المعياري
٣,٠٧	٣,٨٨	٣,٩٩	٤,٤٤	٢,٥٤	٢,٣٣	٢,٣٨	فقدان أحد أفراد الأسرة	المتوسط الحسابي
٠,٢٤	٠,٦٥	٠,٧٢	٠,٤٨	٠,٧٧	٠,٧٨	٠,٨٤		الانحراف المعياري
٣,٠٢	٣,٧٥	٣,٨٣	٤,٢٧	٢,٦٢	٢,٢١	٢,٢٢	أحد أفراد الأسرة	المتوسط الحسابي
٠,٢٥	٠,٨٤	٠,٧٧	٠,٤٤	٠,٦٨	٠,٦٧	٠,٦٢		الانحراف المعياري
٣,٠٨	٣,٨٨	٣,٨٦	٤,١٧	٢,٣٨	٢,٧٥	٢,٣٥	لا أحد	المتوسط الحسابي
٠,٢٤	٠,١٨	٠,٤٠	٠,٠٨	٠,٦٥	٠,٧٨	٠,٦٠		الانحراف المعياري
٢,٩٨	٣,٨٥	٣,٨٩	٤,٣٦	٢,٤٨	٢,١٣	٢,٠٩	الثامن	المتوسط الحسابي
٠,٢٤	٠,٧٦	٠,٧٨	٠,٤٤	٠,٧٦	٠,٧١	٠,٥٧		الانحراف المعياري
٣,٠٦	٣,٦٩	٣,٧٥	٤,٢٧	٢,٦٨	٢,٣٥	٢,٣٥	الصف التاسع	المتوسط الحسابي
٠,٢٦	٠,٨٥	٠,٧٩	٠,٤٤	٠,٧٦	٠,٧٨	٠,٦٨		الانحراف المعياري
٣,٠٤	٣,٧٤	٣,٨٧	٤,٢٦	٢,٧٢	٢,٢٤	٢,٢٥	العاشر	المتوسط الحسابي
٠,٢٤	٠,٨٦	٠,٧٧	٠,٤٨	٠,٧٢	٠,٧٤	٠,٦٥		الانحراف المعياري

الصف)، ولمعرفة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق استخدم تحليل التباين الرباعي عديم التفاعل على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات الدراسة، والجدول (١١) يوضح ذلك.

يظهر من الجدول (١٠) أن هناك فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد العينة عن مجالات الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة،

جدول (١١): نتائج تحليل التباين الرباعي على الأداة ككل تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغير	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية
الجنس	٢,٧٠	١	٢,٧٠	٤,٢٧	٠,٠٠
مدة الإقامة	٠,١٥	٢	٠,٠٨	١,٣١	٠,٢٧
فقدان أحد أفراد الأسرة	٠,٢٥	٣	٠,٠٨	١,٤٦	٠,٢٢
الصف	٠,٦٦	٢	٠,٣٣	١,٦٥	٠,٠٩
الخطأ	٣٠,٥١	٥٣٤	٠,٠٦		
المجموع	٥٠١٣,٢٩	٥٤٣			

أظهرت نتائج التحليل في الجدول (١١) أن قيمة (F) للأداة ككل تبعاً لمتغير الجنس بلغت (٤,٢٧) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0,05)$ ، وهذا يدل على وجود اختلاف في مستوى الأعراض الجسمية تبعاً لمتغير الجنس، وبالرجوع إلى الجدول (١٠) يتبين أن الفروق كانت

أظهرت نتائج التحليل في الجدول (١١) أن قيمة (F) للأداة ككل تبعاً لمتغير الجنس بلغت (٤,٢٧) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة

في الأعراض النفسية المرضية ككل تبعاً لمتغيرات (فقدان أحد أفراد الأسرة، وعدد أفراد الأسرة، ومدة الإقامة، والصف).

وقد استخدم تحليل التباين الرباعي المتعدد على مجالات الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغيرات (الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة)، والجدول (١٢) يوضح ذلك.

لصالح (الإناث) بمتوسط حسابي (٣,٠٩)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للذكور (٢,٩٥).

كما أظهرت نتائج التحليل في الجدول (١١) أن قيمة (F) للأداة ككل تبعاً لمتغيرات (موت أحد أفراد الأسرة، وعدد أفراد الأسرة، ومدة الإقامة، والصف) غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، وهذا يدل على عدم وجود اختلاف

جدول (١٢): نتائج تحليل التباين الرباعي المتعدد على مجالات الأعراض النفسية المرضية تبعاً للمتغيرات

المتغير	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية
الجنس	مجال الأعراض الجسمية	٤,٠٢	١	٤,٠٢	٩,٤٠	٠,٠٠
	مجال الوسواس القهري	٢٥,٧٦	١	٢٥,٧٦	٤٩,٦٢	٠,٠٠
	مجال الأكتئاب	٧,٧١	١	٧,٧١	١٣,٥١	٠,٠٠
	مجال القلق	٠,٢١	١	٠,٢١	١,٠٣	٠,٣١
	مجال العدوانية	٠,٦١	١	٠,٦١	١,٠١	٠,٣٢
	مجال الرهاب	٢,٤٠	١	٢,٤٠	٣,٤٦	٠,٠٦
مدة الإقامة (Wilks' Lambda=0.01)	مجال الأعراض الجسمية	١,٣٥	٢	٠,٦٧	١,٦٧	٠,١٩
	مجال الوسواس القهري	١,٤٢	٢	٠,٧١	١,٤٠	٠,٢٥
	مجال الأكتئاب	١,٥٢	٢	٠,٧٦	١,٣٩	٠,٢٥
	مجال القلق	٠,٩٢	٢	٠,٤٦	٢,٢٣	٠,١١
	مجال العدوانية	١,٢٥	٢	٠,٦٣	١,٠٣	٠,٣٦
	مجال الرهاب	٠,٧٦	٢	٠,٣٨	٠,٥٥	٠,٥٨
فقدان أحد أفراد الأسرة (Wilks' Lambda=0.01)	مجال الأعراض الجسمية	١,٧٧	٣	٠,٥٩	١,٤٧	٠,٢٢
	مجال الوسواس القهري	١,٠٦	٣	٠,٣٥	٠,٧٠	٠,٥٥
	مجال الأكتئاب	٠,٧١	٣	٠,٢٤	٠,٤٤	٠,٧٢
	مجال القلق	٠,٩٩	٣	٠,٣٣	١,٦١	٠,١٩
	مجال العدوانية	١,٧٢	٣	٠,٥٧	٠,٩٤	٠,٤٢
	مجال الرهاب	١,٣٥	٣	٠,٤٥	٠,٦٥	٠,٥٨
الصف (Wilks' Lambda=0.05)	مجال الأعراض الجسمية	١,٧٦	٢	٢,٧٨	١,٦٢	٠,٢٠
	مجال الوسواس القهري	١,٤٦	٢	٢,٠٠	٠,٩٥	٠,٤٤
	مجال الأكتئاب	٠,٧٧	٢	٢,٦٥	٠,٦٧	٠,٥٨
	مجال القلق	٠,٩٨	٢	٠,٤٢	٢,٠٦	٠,١٣
	مجال العدوانية	١,٧٧	٢	١,٠٤	١,٧١	٠,١٨
	مجال الرهاب	١,٣٥	٢	١,١٤	١,٦٥	٠,١٩

متطلبات الحياة وما تفرضه عليهم من ظروف تتمثله في تأمين الحاجات الأساسية من مأكل ومسكن، والانسجام مع البيئة المدرسية، إضافة إلى ما تعرضوا إليه من أحداث ضاغطة قبل وأثناء فترة اللجوء المتمثلة في التعايش مع أعمال العنف والصراعات المسلحة، والتعرض لمشاهد القتل الوحشي والتعذيب؛ مما يتسبب في انتشار حالات الاكتئاب والقلق، والخوف من المستقبل، والنزوع نحو العنف والعوانية. كما أن ما تقدمه المنظمات المحلية والدولية والمؤسسات الحكومية من مساعدات نفسية واجتماعية تساعدهم الى تحسين مستوى الصحة النفسية، كما قد يعود ذلك الى ما يقدمه الشعب الأردني من معونة، ووقوفه الي جانب الشعب السوري.

إضافة إلى أن اللجوء يعد من أهم مصادر الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية؛ كالقلق والاكتئاب والرهاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، في ضوء حقيقة أن اللاجئين ينتقل من مرحلة إلى مرحلة جديدة تتصف بعدة متغيرات بيئية واجتماعية، ونفسية غير مألوقة بالنسبة له، مما يؤدي إلى تطور الأعراض النفسية والجسدية السلبية التي تؤثر على مسار حياته في بلد اللجوء (Bentley, Thoburn, Stewart & Boynton, 2012).

أما فيما يتعلق بحصول أعراض القلق على المرتبة الأولى وبمستوى مرتفع، فقد يعزى إلى أن القلق اضطراب مشترك بين جميع الأعراض النفسية المرضية، كما أن عينة الدراسة من المراهقين وهذه المرحلة تعتبر فترة حرجة تمتع بخصائص معينة وتتسم بقلق مستمر، كما أن الطلبة اللاجئين يعيشون في حالة من الخوف على مستقبلهم، وعلى إمكانية استقرارهم. إذ تؤثر الخبرات والأحداث الصادمة والمهددة في الحالة النفسية للأطفال والراشدين على حد السواء، حيث يرتبط الاكتئاب والقلق مع مشاهدة الأحداث الصادمة والتعرض لها (AL-Balhan, 2006; Berthold, 2000).

أظهرت نتائج التحليل في الجدول (١٢) أن قيمة (F) لمجال الأعراض الجسمية تبعاً لمتغير الجنس بلغت (٩,٤٠) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، وهذا يدل على وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس على مجال الأعراض الجسمية. بينما بلغت قيمة (F) لمجال الوسواس القهري تبعاً لمتغير الجنس (٤٩,٦٢) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، وهذا يدل على وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس على مجال الوسواس القهري.

كما أظهرت النتائج أن قيمة (F) لمجال الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس بلغت (١٣,٥١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، وهذا يدل على وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس على مجال الاكتئاب. في حين كانت قيم (F) لمجالات الدراسة تبعاً لمتغيرات: (موت أحد أفراد الأسرة، عدد أفراد الأسرة، مدة الإقامة، الصف) غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، وهذا يدل على عدم وجود أثر لهذه المتغيرات على مجالات الأعراض النفسية المرضية.

مناقشة النتائج:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: "ما مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية؟"

أظهرت نتائج الدراسة أن الأعراض النفسية المرضية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية كالآتي: جاء مجال "القلق" في المرتبة الأولى، تلاها في المرتبة الثانية مجال "العوانية"، ثم مجال "الرهاب" ثم مجال "الاكتئاب"، وجاء مجال "الوسواس القهري" في المرتبة الخامسة، وأخيراً مجال "الأعراض الجسمية".

وتفسر هذه النتيجة في ضوء معرفة طبيعة الضغوط المختلفة التي يتعرض لها الطلبة بشكل عام، والطلبة اللاجئين بشكل خاص؛ بسبب

والوسواس القهري والاكْتئاب، إذ تبين أن الإناث أكثر تأثراً بأعراض الاكْتئاب والوسواس القهري وأعراض التجسد من الذكور. ويعد السبب في هذه النتيجة إلى أن البنية النفسية، والمشاعر، والأحاسيس لدى كل من الذكور والإناث، تتأثر بالظروف المحيطة، وأن الإناث أكثر حساسية وأقل مقاومة لطبيعة الظروف الحياتية التي يواجهنها، إضافة إلى أن الإناث والأطفال هم أكثر الفئات المستهدفة في الحروب واللجوء، فضلاً عن مشاهدة حوادث التعذيب والعنف، وعدم قدرتهن على الدفاع عن حقوقهن الأساسية، وتذكر المواقف الصادمة والمؤلمة بشكل متكرر؛ الأمر الذي يسبب حالة من المزاج التشاؤمي والأفكار غير المنطقية، والخوف غير المسوغ من الظروف اليومية، إضافة إلى ما يفرضه المجتمع من قيود على الإناث من عدم الإختلاط بالمجتمع المحيط بشكله المريح وبناء علاقات اجتماعية التي بدورها تحد من الاكْتئاب والقلق والمخاوف والأفكار غير الطبيعية (Hermann & Betz, 2006).

وقد اتفقت نتيجة هذا السؤال مع نتيجة دراسة كوميلاي وآخرون (Comellas et al, 2015)، والتي أشارت إلى أن مستوى انتشار أعراض التجسد لدى عينة من النازحين في جورجيا لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور. كما اتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة صلاح وعبدالرحمن ولينس وعيد ومارتينز وهوف (Salah, Abdelrahman, Liens, Eide, Martinez & Hauff, 2013) والتي أشارت إلى أن مستوى انتشار أعراض الاكْتئاب لدى عينة من اللاجئين في السودان لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور.

كما أظهرت النتائج عدم وجود أثر دال إحصائياً لمتغيرات مدة الإقامة، وفقدان أحد أفراد الأسرة، والصف على مجالات الأعراض النفسية والمرضية. وقد يعزى ذلك إلى التشابه بين المجتمع السوري والأردني من حيث العادات والتقاليد وطبيعة الظروف الاجتماعية؛ أي أن البيئة لم تتغير على الطلبة بشكل جذري، كما أن الطلبة السوريين انخرطوا في البيئة المدرسية الأردنية مما أدى إلى

أما فيما يتعلق بحصول أعراض العدوانية والرهاب في المرتبة الثانية والثالثة وبمستوى مرتفع، فإن ذلك قد يعود إلى طبيعة المشاهدات اليومية التي كان يتعرض لها الطلبة اللاجئين من مواقف مؤلمة تشتمل على القصف، والتعذيب، وأحداث صادمة، وإعتقال الأفراد وتهديدهم. الأمر الذي قد يكون أدى إلى تكوين سلوكيات لدى الطلبة في اتجاهين فمنهم من لجأ إلى العدوانية كتفيس انفعالي، ومنهم من لجأ إلى الرهاب كسلوك انسحابي. في حين أن مجال أعراض الجسدنة كان منخفض المستوى فقد يعود ذلك إلى أن هذه الأعراض المتمثلة بظهور أعراض جسدية والتي ترجع إلى منشأ نفسي تحتاج إلى مشاكل نفسية متقدمة، وبما أن مستوى الأعراض النفسية المرضية جاءت لدى الطلبة اللاجئين السوريين جاءت بدرجة متوسطة وهذا على خلاف ما كان يعتقد الباحثان الأمر الذي يدل على أنهم يمرون في حالة نفسية متوسطة لم تصل إلى درجة التعقيد.

وتتفق نتيجة هذا السؤال مع نتيجة الدراسات الآتية: دراسة لويز وآخرون (Llosa, et. al, 2013)، ودراسة تومسون ولاي وكيرون وتود (Thomessen, 2013)، ودراسة صلاح وعبدالرحمن ولينس وعيد ومارتينز وهوف (Salah, Abdelrahman, Liens, Eide, Martinez & Hauff, 2013)، ودراسة جبار ووظا (Jabbar & Zaza, 2014)، ودراسة جاكبسون وديموت وهير (Jakobsen, Demott & Heir, 2014)، ودراسة كوميلاي وآخرون (Comellas et al, 2015).

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل يختلف مستوى الأعراض النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا للاجئين السوريين في المدارس الأردنية في محافظة اربد تبعاً للمتغيرات الآتية: الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة، الصف؟"

أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس على مجالات الأعراض الجسمية

متغيرات جديد للكشف عن العوامل التي تسهم أو تحد من انتشار مثل هذه الأعراض النفسية المرضية وخاصة في ندرة هذه الدراسات حول هذا الجانب.

٤- الإفادة من نتائج هذه الدراسة في خدمات التوجيه والإرشاد النمائي والوقائي والعلاجي.

قائمة المراجع:

بطرس، بطرس. (٢٠٠٨). المشكلات النفسية وعلاجها. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

جمعية الطب النفسي الأمريكية. (٢٠٠١). الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. (ترجمة: أمينة السماك وعادل مصطفى). الكويت: مكتبة المزار الإسلامية.

رضوان، سامر. (٢٠١٠). الأعراض النفسية والعلاج النفسي. العين: دار الكتاب الجماعي.

سرحان، وليد والتكريتي، عدنان والحباشنة، محمد. (٢٠٠٤). القلق. عمان: دار مجدلاوي للنشر.

سرحان، وليد. (٢٠٠٨). الوسواس القهري. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

شتاين، موري؛ ووكر، جون آر. (٢٠٠٢). قهر الخجل والقلق الاجتماعي: التغلب على الخجل. (مكتبة جرير، مترجم). السعودية: مكتبة جرير.

الشريفين، نضال والشريفين، أحمد. (٢٠١١). تقنين القائمة المعدلة للأعراض النفسية المرضية (SCL-90-R) للبيئة الأردنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، (٣) ١٣، ٣٤١-٣٠٧.

المشعان، عويد. (٢٠١١). علاقة الصلابة النفسية بالشكاوى البدنية والأمل والانبساط لدى الموظفين من الجنسين في القطاع الحكومي. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٩ (٣)، ٤٩-٨٣.

ضعف تأثير مدة الإقامة على مستوى الأعراض النفسية المرضية. إضافة إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية والأسرية السائدة بين أفراد المجتمع السوري، والتي تتسم بالصلابة والعيش ضمن الأسر الممتدة وداخل إطار الأسرة الواحدة، فضلاً عما تقدمه المؤسسات والمنظمات المحلية والدولية من مساعدات نفسية ومادية تكفل لهم بعض حاجاتهم الأساسية. أما بالنسبة لضعف تأثير الصف على مستوى الأعراض النفسية المرضية فيعود إلى أن الظروف الأكاديمية والاجتماعية التي يعيشها الطلبة متشابهة إلى حد ما، فضلاً عن أن الفروق العمري بينهما ضئيلة، فهم يعيشون بنفس المرحلة النمائية تقريباً، والتي تتمتع بمجموعة من الخصائص النفسية والاجتماعية المتشابهة.

وقد اختلفت نتيجة هذا السؤال مع نتيجة دراسة صلاح وعبدالرحمن ولينس وعيد ومارتينز وهوف (Salah, Abdelrahman, Liens, Eide, Martinez & Hauff, 2013) والتي أشارت إلى انتشار الأعراض النفسية المرضية لدى اللاجئين الجدد، بينما لم يجد الباحثان دراسات تناولت أثر متغيري فقدان أحد أفراد الأسرة والصف في الأعراض النفسية المرضية لدى اللاجئين.

التوصيات:

استناداً على ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، وفي ضوء مناقشة هذه النتائج يوصي الباحث في الآتي:

١- العمل على توفير البرامج التربوية والإرشادية والتوعوية من أجل الوقاية من مستوى انتشار الأعراض النفسية المرضية بين مجموعات اللاجئين السوريين خصوصاً الطلبة المراهقين.

٢- توثيق العلاقة بين المؤسسات الحكومية والمنظمات الإنسانية المحلية والدولية بشكل يساعد الطلبة اللاجئين أعلى تحقيق أعلى مستوى من السلامة والصحة النفسية.

٣- العمل على إجراء دراسات حول أعراض نفسية مرضية أخرى كالذهان والبارنويا، وفي ضوء



- among Khmer Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent and Violence*, 4 (3), 15-46.
- Comellas, R., Makhshvili, N., Chikovani, I., Patel, V., Mckee, M., Bisson, J. & Roberts, B. (2015). Patterns of Somatic Distress among Conflict Affected Persons in the Republic of Georgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(5), 466-471.
- Ellis, B., Macdonald, H., Lincoln, A., & Cabral, H. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 184-193.
- Hasnaovic, M. (2012). Neuroticism and posttraumatic stress disorder in Bosnian internally displaced and refugee adolescents from three different regions after the 1992-1995 Bosnia- Herzegovina war. *Paediatrics Today*, 8(2), 100-113.
- Hinton, D., Pich, V. & Safren, S. (2005). Anxiety sensitivity in traumatized Cambodian refugees: A discriminant function and factor analytic investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1631-1643.
- Jabbar, S. & Zaza, H. (2014). Impact of conflict in Syria on Syrian children at the Zaatari refugee camp in Jordan. *Early Child Development & Care*, 148(9/10), 1507-1530.
- مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. (٢٠١٣). مستقبل سوريا: أزمة الأطفال اللاجئين. تقرير: نوفمبر، ٢٠١٣.
- Abdel-Kahlek, A., Al-Arja, N. & Abdella, T. (2006). Death obsession in Palestinians. *Death Studies*, 3(1), 203-215.
- Abdel-Khalek, A, & Lester, D. (2002). Can personality predict suicidality? A study in two cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(2), 231-239.
- AL-Balhan, E. (2006). The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwaiti youth. *The Journal of Social Behavior and Personality*, 34 (2), 351-366.
- Bentley, J., Thoburn, J., Stewart, D. & Boynton, I. (2011). The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among Somali refugees. *Journal of Trauma Stress*, 24(4), 479-482.
- Bentley, J., Thoburn, J., Stewart, D. and Boynton, L. (2012). Post-migration stress as a moderator between traumatic exposure and self-reported mental health symptoms in a sample of Somali refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 17 (5), 452-469.
- Berthold, S. (2000). War Traumas and Community Violence: Psychological, Behavioral, and Academic Outcomes



- Oltmanns, T. F., & Emery, R.E. (2015). *Abnormal Psychology* (8th edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-612.
- Refugee Studies Centre. (2001). *Children and Adolescents in Palestinian Households: Living with the Effects of Prolonged Conflict and Forced Migration. A Report*: University of Oxford.
- Rousseau, c. (1995). The Mental Health of Refugee Children. *Transcultural Psychiatric*, 32(3), 299-331.
- Salah, T., Abdelrahman, A., Lien, L., Eide, A., Martinez, P. & Hauff, E. (2013). The mental health of internally displaced persons: An epidemiological study of adults in two settlements in Central Sudan. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(8), 782-788.
- Thabet, A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533-542.
- Jakobsen, M., Demott, M. & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 13 (10), 53-58.
- LeBeau, R., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T. & Craske, M. (2010). Specific phobia: A review of DSM-specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148-167.
- Llosa, A., Ghantous, Z., Souza, R., Forgione, F., Bastin, P., Jones, A., Antierens, A., Slavukij, A. & Grais, R. (2014). Mental Disorders, Disability, and Treatment Gap in a Protracted Refugee Setting. *The British Journal of Psychiatry*, 204(3), 208-213.
- Machel, G. (2001). *The impact of war on children: a review*. Toronto, Macmillian.
- Momartin, S., Silove, D., Maicavasagar, V. & Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: Associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 231-238.
- Neugebaue, R. (2013). Bleak Outlook for Children Who Are Refugees. *Exchange*, 214, 66-81.



- Weinstein, J. (2001). Estimates of Michigan's Iraqi Refugee population. Unpublished manuscript. Research Design and Consultation, Dearborn, ML.
- World Health organization. (1992). The international classification of mental and behavioral Disorders, clinical Descriptions and diagnostic Guidelines (ICD-10). Geneva, Switzerland.
- Thapa, S., Van Ommeren, M., Sharma, B., De Jong, J. & Hauff, E. (2003). Psychiatric disability among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2032-2037.
- Thomessen, S., Laghi, F., Cerrone, C. & Todd, B. (2013). Internalizing and Externalizing Symptoms among Unaccompanied Refugee and Italian Adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 7-10.
- UNHCR- United Nations High Commissioner for Refugees. (2013). UNHCR Country Operations Profile- Jordan Working Environment United Nations. Retrieved from: [www.Child Care Exchange.com](http://www.ChildCareExchange.com).