ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالميول الانتحارية لدى ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة

د علي محمد سالم

مدرس علم النفس – كلية الآداب جامعة حلوان

د طلعت باشا حكيم

مدرس علم النفس – كلية الآداب جامعة عين شمس

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى الأشخاص ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة فيما يتعلق بالمتغيرات التالية: طبيعة التعرض، ونوع الحادث، والجنس، ومدة التعرض للحادث. ولقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن، للكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة من الضحايا المتعرضين بشكل مباشر أو غير مباشر لنتائج الإرهاب والنزاعات المسلحة، وكذلك العلاقات الارتباطية بين ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية.

وتكونت عينة الدراسة من ٢٦٠ مبحوث ممن تعرضوا بشكل مباشر أو غير مباشر للأضرار الناتجة عن الإرهاب والنزاعات المسلحة، ولقد توزعوا على مجموعتين، تكونت المجموعة الأولى من ١٣٠ فردًا ممن تعرضوا بشكل مباشر للأضرار سواء في شكل التفجيرات أو العمليات الانتحارية أو العنف المسلح أو التهجير والغربة خارج بلادهم، وكانت جنسياتهم مصريين، وعراقيين، وسوريين، بمتوسط عمري قدره ٢٨.٩٥ وانحراف معياري قدره ٩.٧٦. أما المجموعة الثانية فتكونت من ١٣٠ فردًا، ممن تعرضوا بشكل غير مباشر للأضرار من خلال وسائل الإعلام أو أن يكونوا قد شاهدوا الإضرار الناتجة عن الحادث الإرهابي أو النزاع المسلح دون أن يحدث لهم أو لأسرهم أي ضرر منه بأي شكل، بمتوسط عمري قدره ٢٨.٤٠ وانحراف معياري قدره ٧.٧٧.

ولقد استخدم الباحثان مقياس كرب ما بعد الصدمة، واستبيان الميول الانتحارية وكانت أهم النتائج هي: وجود علاقة ارتباطيه موجبة عند مستوى ٠.٠١ بين كل من استعادة الخبرة الصادمة، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، وبين تجنب الخبرة الصادمة، وكل من الخوف من الانتحار، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، ونفس الأمر كان في علاقة الاستثارة والدرجة الكلية لمقياس ضغط ما بعد الصدمة بكل من الخوف من الانتحار، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، والدرجة الكلية للميول الانتحارية. كما اتضح وجود علاقة دالة عند مستوى ٠.٠٥ بين استعادة الخبرة الصدمية، تجنب الخبرة الصدمية، والدرجة الكلية للميول الانتحارية ، وكذلك بين الاستثارة، والتمسك بالحياة. ولم تصل باقي العلاقات إلى حدود الدلالة الإحصائية. كما اتضح وجود فروق دالة إحصائيًا في مقياس ضغط ما بعد الصدمة، في استعادة الخبرة الصادمة عند مستوى ٠.٠٥، وفي تجنب الخبرة الصادمة عند مستوى ٠.٠١ وكل منهما لصالح مجموعة التعرض المباشر. في حين لم تصل الاستثارة والدرجة الكلية إلى حدود الدلالة الإحصائية. ونفس الأمر تكرر في مقياس الميول الانتحارية فقد كانت الفروق دالة في بعدي التمسك بالحياة عند مستوى ٠.٠١، والخوف من الاستنكار الاجتماعي عند مستوى ٠.٠٥ وذلك لصالح المتعرضين بشكل مباشر لأحداث التفجيرات الإرهابية والنزاعات المسلحة. وفيما يتعلق بنوع الحدث الصدمي الأكثر تأثيرًا، فقد كانت الفروق في مقياس ضغط ما بعد الصدمة دالة في كافة الأبعاد

والدرجة الكلية عند مستوى ٠.٠٥ فيما عدا بعد تجنب الخبرة الصادمة في اتجاه حادث التهجير أو الغربة، مما يشير إلى استمرار تأثير الصدمة نظرًا لاستمرار الحادث المؤلم.

في حين لم تصل الفروق في استبيان الميول الانتحارية إلى حدود الدلالة الإحصائية. وفيما يتعلق بالنوع، كانت الفروق دالة في مقياس ضغط ما بعد الصدمة في بعد الاستثارة والدرجة الكلية، وفي استبيان الميول الانتحارية في بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي عند مستوى ٠.٠٥ وكل منها لصالح الإناث في حين لم تصل كافة الأبعاد الأخرى إلى حدود الدلالة الإحصائية وإن كان اتجاهها لصالح الإناث أيضًا. وفيما يتعلق بمدة الحادث كانت الفروق في مقياس ضغط ما بعد الصدمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ في بعد تجنب الخبرة الصادمة في اتجاه أقل من عام. وفي استبيان الميول الانتحارية عند مستوى ٠.٠٥ في بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي في اتجاه أكثر من ثلاثة أعوام، في حين لم تصل بقية الأبعاد في المقياسين إلى حدود الدلالة الإحصائية.

الكلمات المفتاحية: ضغط ما بعد الصدمة post-traumatic stress – الميول الانتحارية suicidal tendencies – ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة victims of terrorism and armed conflicts

Post-traumatic stress disorder and its relationship to suicidal tendencies among victims of terrorism and armed conflicts

Dr. Ali Mohamed Salem
Lecturer of Psychology - Faculty of Arts - Helwan University

Dr. Talaat Pasha Hakim
Lecturer of Psychology - Faculty of Arts - Ain Shams University

Abstract

The present study aims to reveal the relationship between post-traumatic stress and suicidal tendencies in persons who are victims of terrorism and armed conflict with regard to the following variables: nature of exposure, type of accident, gender, and duration of accident exposure. The researchers used the comparative, descriptive approach, to uncover the differences between the two study groups of victims who are directly or indirectly exposed to the results of terrorism and armed conflict, as well as the correlations between post-traumatic stress and suicidal tendencies.

The sample of the study consisted of 260 respondents who were exposed, directly or indirectly, to the damage caused by terrorism and armed conflict. They were divided into two groups. The first group consisted of 130 individuals who were directly exposed to the damage caused by terrorism and armed conflict, whether in the form of bombings, suicide operations or violence. Armed or displacement and alienation outside their country, and their nationalities were Egyptians, Iraqis, and Syrians, with an average age of 28.95 and a standard deviation of 9.76. As for the second group, it consisted of 130 individuals, who were indirectly exposed to the damages resulting from terrorism and armed conflicts through the media, or who have witnessed the damage resulting from the terrorist event or armed conflict without causing any harm to them or their families in any way, with an average age. Of 28.40 and a standard deviation of 7.77. The researchers used the post-traumatic stress measure, and a suicidal tendency questionnaire.

The most important results were: a positive correlation at 0.01 between both the recovery of traumatic experience, the fear of social disapproval, and the avoidance of traumatic experience, both fear of suicide, and fear of disapproval The same thing was in the relationship of arousal and the overall degree of the post-traumatic stress meter with both fear of suicide, fear of social disapproval, and the total degree of suicidal tendencies. It is also clear that there is a significant relationship at the level of 0.05 between restoring traumatic experience, avoiding trauma experience, and the overall degree of suicidal tendencies, as well as between arousal and adherence to life. The rest of the relationships did not reach the limits of statistical significance. It was also evident that there were statistically significant differences in the post-traumatic stress scale, in restoring the traumatic experience at the level of 0.05, and in avoiding the traumatic experience at the level of 0.01 each in favor of the direct exposure group. While excitability and the overall score did not reach the limits of statistical significance.

The same thing was repeated in the scale of suicidal tendencies. Differences were indicative in two dimensions of adherence to life at the level of 0.01, and the fear of social disapproval at the level of 0.05 in favor of those directly exposed to the events of terrorist bombings and armed conflicts. With regard to the type of traumatic event most affected, the differences in the PTSD were significant in all dimensions and the overall score is at the level of 0.05 except after avoiding the traumatic experience in the direction of the displacement or alienation incident, which indicates the continuing impact of the shock due to the persistent

painful accident. While the differences in the questionnaire of suicidal tendencies did not reach the limits of statistical significance. With regard to gender, the differences were significant in the post-traumatic stress gauge in the post-arousal and the total score, and in the suicidal tendency questionnaire in the dimension of fear of social disapproval at the level of 0.05 and each of them is in favor of females while all other dimensions did not reach the limits of the statistical significance even if its direction In favor of females as well. With regard to the duration of the accident, the differences in the PTSD were significant at the level of 0.05 in after avoiding the traumatic experience in a direction less than a year. In a questionnaire of suicidal tendencies at the level of 0.05 in the fear of social disapproval in the direction of more than three years, while the rest of the dimensions in the two measures did not reach the limits of statistical significance.

١ – مقدمة:

تعد الحروب والنزاعات المسلحة من أقسي الصدمات الإنسانية المتكررة منذ إن وجد الإنسان، والمرتبطة مباشرة بالموت، بحيث يطال هذا التهديد أعدادًا كبيرة من البشر، وأكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي المعايشة الإجبارية لمشاهد العنف والقتل والأعمال الإرهابية، وذلك نظرًا لما تخلفه هذه التجربة الأليمة من انعكاسات وآثار على جميع المستويات النفسية والاجتماعية والصحية (محمد إبراهيم عيد وآخرون،٢٠١٥).

ولقد تضمن القرن الحادي والعشرون تزايدًا ملحوظًا في معدلات الحوادث الصدامية العنيفة التي هي من صنع البشر كالحروب التي نشاهدها من حولنا في كثير من بلداننا العربية كسوريا وليبيا والعراق واليمن والتي نشأت أغلبها لأغراض سياسية أو اقتصادية ومنها ما هو على أساس عرقي أو ديني، كل ذلك ترتب عليه آثار كارثية ومؤلمة للأشخاص الذين يعايشون هذه الأحداث سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، فمنهم من فقد أسرته، أو عذريته بتعرضه للاغتصاب، ومنهم من فقد وطنه بالكامل (علاء المجالي ومروان ناصر،٢٠١٧).

ولم يعد التضرر من الجرائم الإرهابية قاصرًا على أفراد أو فئات بعينها، بل أصبح التضرر من الجريمة الإرهابية بأنماطها الانتحارية المختلفة التي نشهدها اليوم مفتوحة، لا تفرق بين الضحايا، ولا يأمن منها أي فرد أو مجتمع أو دولة في كل زمان أو مكان، ويتمثل الضرر الحقيقي الذي يعانيه سكان العالم اليوم في حالة الخوف العام الناجم عن الإرهاب، إضافة إلى حالة الترقب من قبل الجهات الأمنية والإنذارات والإجراءات الوقائية التي قد تحد من حرية المواطنين .(Lanius et al,2010)

كما تترك النزاعات المسلحة والهجمات الإرهابية تأثيرًا مدمرًا للجوانب النفسية والانفعالية لشخصية الأفراد الذين يتعرضون لها، حيث تبين أن أغلب أولئك الأفراد يعانون من القلق والاكتئاب وبعضهم يقبل على تعاطي الكحوليات وإدمان المخدرات، واضطرابات ما بعد الصدمة التي قد تظهر أعراضها بعد الحادث الإرهابي مباشرة أو قد تتأخر قليلًا، والتي تتمثل أعراضه في اضطرابات في النوم والخوف وتبلد المشاعر واضطرابات في الأكل والشعور بالندم والذنب وضعف التركيز، والفزع من الأصوات المرتفعة (Isserlin et al, 2008).

ولا يقتصر تأثير الهجمات الإرهابية والحروب على الجوانب الجسدية والنفسية فقط بل يمتد تأثيرها ليشمل أيضًا الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد الذين يتعرضون لها، حيث تترك مثل هذه الأحداث الإرهابية آثارًا سلبية على الجوانب الاجتماعية تتمثل في عدم قدرة الشخص على التواصل والتكيف مع المحيط الخارجي، وعدم القدرة على أو القابلية للعمل، ونظرًا لما للأحداث الصادمة التي يتعرض لها الأشخاص بشكل عام، والأحداث المترتبة عن حوادث أو تفجيرات إرهابية أو نزاعات مسلحة بشكل خاص، حاول عديد من الباحثين تسليط الضوء على الآثار النفسية المترتبة أو اللاحقة لهذه الأحداث وما تتركه من تأثيرات سلبية على شخصية الفرد، والتي ربما يكون من بينها وجود رغبة أو ميل لدى الشخص في إنهاء حياته وصعوبة في التأقلم مع الحياة مرة أخرى، لعدم قدرته على التحكم في هذه الضغوط.

بلاشك أن الحياة الإنسانية عرضة دائمًا للتهديدات والمخاطر، المتوقعة أو المفاجئة، سواء كانت هذه التهديدات مصدرها البيئة الطبيعية مثل الزلازل والفيضانات والأعاصير، أو مصدرها البيئة الاجتماعية من صنع البشر، كالحروب والاغتصاب والتعرض للاعتداء البدني وغير ذلك، وقد اتخذت هذه المخاطر والتهديدات وما تتركه من آثار على من تعرض لها تسميات متعددة مثل الشدة والإجهاد والكروب والصدمات (سفيان أبو نجيلة، ٢٠٠١).

لذا زاد الاهتمام في العقود الأخيرة بدراسة الآثار النفسية والاجتماعية المباشرة سواء كانت طويلة أو قصيرة المدى للأحداث الشديدة الضاغطة وكذلك العوامل والمجالات المؤثرة فيها والمرتبطة بها (Benedek et al., 2005). ولعل اضطراب القلق العام، والاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة من أكثر هذه الاضطرابات النفسية انتشارًا لدى ضحايا الإرهاب (Orsouw,2012) .

وتتراوح نسبة الأفراد من سكان العالم الذين يواجهون حادث صادم واحد على الأقل خلال حياتهم بين ٥٠ – ٦٠ % (United States Department of Veterans Affairs, 2010)؛ ومع ذلك فإن عدد قليل فقط من هؤلاء الأفراد المعرضين للصدمات تتطور الأعراض لديهم لتصل لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة (Roberts et al, 2011). وقد بينت دراسة أجريت على المراهقين الأفغان المهجرين نتيجة الحرب والمقيمين في الولايات المتحدة أن هناك ترابط بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بنسبة (٣٤%) مع وجود علاقة قوية بين الأمراض النفسية والخبرات الصادمة للآباء (Mghir et al, 1995, 24).

بيد أن الآثار النفسية المترتبة على تعرض الفرد لحوادث إرهابية مفجعة، تتمثل في شعوره بالاكتئاب والحزن واليأس، وربما الهوس في أحيان أخرى، حيث تبين ارتباط تعرض الفرد لأحداث صادمة بظهور أعراض الهوس، إضافة إلى فقدان الاهتمام والاستمتاع بالحياة، وعدم وضوح الرؤية بالنسبة للمستقبل، بل وفقدان الأمل فيه، الأمر الذي قد يترتب عليه سلوكيات وأفكار مشوهة عن العالم وعن المستقبل بشكل عام.(Marchand et all,2010).

ومن هنا، فإن لجوء الشخص للتفكير في الانتحار وإنهاء حياته لا يأتي اعتباطًا أو وليد اللحظة، ولكنه عادة ما يأتي نتيجة لمرور الفرد بضغوط نفسية أو اجتماعية شديدة تفوق قدرته على احتمالها، والاكتئاب يعد على قائمة الضغوط المسببة لتشكل مثل هذه الأفكار والميول الانتحارية، إضافة إلى موت صديق أو أب أو شخص عزيز، أو فقدان العمل أو فشل في إنجاز مهمة وكلها أمور وارد حدوثها في حالات الإرهاب والنزاعات المسلحة. كما يرى (سامر رضوان،٢٠٠٥، ٥٩١)، أن معظم الأشخاص الذين يعانون من ميول وأفكار انتحارية يهربون مما يعتبرونه وضع غير محتمل، ومن ثم يصبح الانتحار هو الحل الأمثل.

وتؤكد دراسات كل من (Arean, et al., 2010; Sun,et al.2012 Bamonti et al ,2014; Sang et al,2015)؛ (Cheatle, 2014؛ على أن الاكتئاب الناتج عن مرور الفرد بأحداث ضاغطة وصادمة يعد أحد المكونات الأساسية في تشكيل الأفكار والميول الانتحارية، وأن تقييم الأفكار الانتحارية يعد جزء أساسي من أي خطة علاجية ناجحة تتناول مرض الاكتئاب، وأن أعراض الاكتئاب ترتبط بالتفكير الانتحاري، وأي تناول للانتحار بعيدًا عن اضطراب الاكتئاب يعد تناولًا علميًا يشوبه كثير من العيوب المنهجية.

إن غالبية الأشخاص الذين لديهم ميولًا انتحارية لا يرغبون بالانتحار فعليًا، لكنهم لا يريدون ببساطة العيش مع الآلام والضغوط النفسية التي يواجهونها، لذلك من الضروري التعرف على عوامل الخطر التي قد تدفع الشخص نحو الميل إلى الأفكار الانتحارية، ويرتبط هذا الميل عادة مع خلل في العلاقات الاجتماعية، أو محاولات سابقة للانتحار أو التعرض لحوادث صادمة(نسرين سليمان،٢٠١٥). ويرى "هاوتن و هيرنجين" (Hawton & Heeringen, 2009)، أن الميول الانتحارية منتشرة أكثر لدى الذكور، وبشكل خاص لدى العاطلين عن العمل أو السجناء، أو الأشخاص الذين يعانون ضغوطًا نفسية شديدة.

ويرى (إبراهيم المغربي، ٢٠١٥) أن هناك مجموعة من الأعراض التي يعاني منها الأشخاص ذوي الميول الانتحارية، وتتمثل في العدائية والهروب إلى عالم الأحلام، مع تغيرات مفاجئة في السلوك ونمط النوم، والميل للعزلة والانطواء، والشكوى المستمرة من الصداع وقلة التركيز، إضافة إلى الاكتئاب الشديد والشعور بالعجز، وعدم القدرة على تغيير الواقع ولوم الذات. بينما يرى (Rudd, et al; 2006)، أن الأشخاص ذوي الميول الانتحارية لديهم مظاهر أخرى إلى جانب رغبتهم في قتل أنفسهم، تتمثل في الكتابة والحديث عن الانتحار أو الموت بشكل مستمر، وكذلك تجنب الحياة الاجتماعية والعائلة والأصدقاء، وغياب الهدف في الحياة، مع فقدان الأمل والإحباط.

ويعد الاكتئاب المترتب على الأحداث الصادمة من أهم العوامل التي تؤدي بالفرد إلى التفكير الانتحاري، لأنه يعد من أكثر التشخيصات النفسية التي لها علاقة قوية بالانتحار، نظرًا لأن الشخص الذي يعاني الاكتئاب غالبًا ما يرفض

الحياة ولا يستمتع بها، ولا يجد مبررات كافية للاستمرار على قيدها، لذلك نجد أن ١٥ % من الأشخاص الذين يعانون اكتئابًا شديدًا خاصة بعد تعرضهم لحادث صادم قد يلجأون للانتحار(ياسر ثابت،٢٠١٢).

والميول هي نزعة الفرد نحو شيء معين، ومنه فالميول الانتحارية هي نزعة الفرد نحو الانتحار، ولمعرفة مدى ميول الفرد الانتحارية يكفي أن نعرف مدى رغبته في الانتحار، ومدى استعداده لارتكاب الفعل الانتحاري إلى جانب معرفة مدى تمسك الفرد بالحياة وخوفه من الانتحار، مع معرفة مدى مقاومته للميول الانتحارية (عبدالحفيظ معوشة، ٢٠٠٨).لذا يمكن القول بأن الآثار النفسية والاجتماعية والمعرفية والبيولوجية لمثل هذه الأحداث المؤلمة معقدة ومتشابكة (Yehuda,2002 ؛ Ursano,2000؛ McEwan,2001) ، كما أن الاستجابات السلوكية والنفسية التي تُرى في الحوادث الإرهابية والنزاعات المسلحة ليست عشوائية وكثيرًا ما يكون لها بنية متوقعة ودورة زمنية يمكن التنبؤ بها.

ووفقًا لمؤشر الإرهاب العالمي Global Terrorism Index (GTI)، خلال العام (٢٠١٣) شهدت الدول العربية فقط حوالي (٣٨٣٧) حادث إرهابي، بنسبة بلغت (٣٩.١%) من إجمالي الحوادث الإرهابية على مستوى العالم، أسفرت عن وقوع (٨٧٢٨) ضحية مباشرة، كما ترتب عليها (١٩٥٢٥) مصاب، الأمر الذي يشير بوضوح إلى حجم وخطورة ما كانت ولازالت تعانيه دولنا العربية من شبح التطرف والإرهاب.

بيد أن المجازر المرتكبة على أيدي الجماعات الإرهابية المختلفة في كل من سوريا وليبيا وغيرها من بلداننا العربية بشكل خاص منذ عام (٢٠١١) مثلت موقفًا عصيبًا ضاغطًا ومفاجئًا انتقل فيه الناس من حالة الأمن والحياة الكريمة إلى حالة الرعب والقتل والتشريد والتهجير والتفجير والخراب، وجثث متناثرة هنا وهناك، وفقدان للأهل والأحباب، واستباحة للأعراض، كل هذه الصور المرعبة والأحداث انعكست بالضرورة على بشكل سلبي على أبناء ومواطني هذه الدول بدرجة أصبح من الصعب عليهم تحمل تبعاتها، مسببة خللًا في قدرة هؤلاء الأفراد على التوازن، تاركة في نفوسهم آثارًا نفسية خطيرة لا تزول بزوال مسبباتها، بل تظل كامنة، يترتب عليها ردود أفعال شاذة ومفاجئة من حين لآخر(فضل أبوهين،٢٠٠٦؛ ثابت،٢٠٠٦؛ نرجس اسمندر وآخرون،٢٠١٣).

لكن هذه الإحصائيات تقلصت وفقًا لمؤشر الإرهاب الأحدث الصادر في (٢٠١٩) والذي أشار بوضوح إلى مقدار التقدم الذي حققته دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في مكافحة التطرف والجماعات الإرهابية، فعلى سبيل المثال انخفض عدد الحوادث الإرهابية في مصر من ١٦٩ حادثًا في ٢٠١٧ ليصل إلى ٤٥ حادثًا فقط في عام ٢٠١٨، كما استطاعت العراق القضاء على قوة تنظيم داعش الإرهابي، وحدة النزاع المسلح في سوريا انخفضت بعد سيطرة الجيش السوري على أغلب ربوع البلاد.(Global Terrorism Index, 2019)

ولكن رغم ذلك تبقى الآثار النفسية السلبية لحوادث الإرهاب والعنف المسلح، ولا يقتصر الأمر على ما سبق فقط من تعرض مباشر للحوادث الإرهابية، بل يتعرض الأشخاص للجرائم الإرهابية بشكل عشوائي غير مباشر وبأساليب وحشية، من خلال الصور الحية التي تنقلها وسائل الإعلام للجثث المتفحمة والأشلاء المبعثرة، والدماء المتجلطة، الأمر الذي يترك آثارًا نفسية عميقة لدى المشاهدين، خاصة صغار السن منهم.

ويشير حكيم إلى أنه في الوقت الراهن، ومع العولمة وتحول العالم قرية صغيرة يبرز دور وسائل الإعلام المؤثر بشكل كبير، وانتشارها في المجالات النفسية والاجتماعية وسيطرتها، وكيف يتم استخدام الإعلام في التأثير ودوره في تشكيل المعالجات المعرفية المختلفة (طلعت حكيم، ٢٠١٨)

ومن جهة أخرى، ووفقًا للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في فبراير (٢٠١٩) فإن معدلات اللجوء شهدت ارتفاعًا غير مسبوق، حيث أنها قد وصلت لأعلى المستويات، حيث أجبر (٦٨.٥) مليون شخص في كافة أنحاء العالم على الفرار من ديارهم، وهو رقم لم يسبق له مثيل، كما أن من بين هؤلاء حوالي (٢٥.٤) مليون لاجئ، وأكثر

من نصفهم دون سن (١٨) عاما، وهنالك أيضًا ما يقدر بـــ (١٠) ملايين شخص من عديمي الجنسية، وقد حرموا من الحصول على الجنسية والحقوق الأساسية مثل التعليم والرعاية الصحية والعمل وحرية التنقل، وأن معدل النزوح القسري قد تم تقديره بشخص واحد كل ثانيتين نتيجة النزاعات أو الاضطهاد (UNHR,2019).

وبالنظر إلى الأرقام والإحصائيات السابق ذكرها، يمكننا أن ندرك بوضوح أن أغلب الدول التي يتصدر مواطنيها معدلات اللجوء تعاني من صراعات وانتشار كبير للجماعات الإرهابية خاصة في سوريا وأفغانستان، وأن قيمة الأرقام المذكورة تعبر عن فداحة الأضرار التي تلحق بهؤلاء المواطنين، الذين يعانون من ظروف اقتصادية واجتماعية وصحية قاسية، الأمر الذي ينعكس سلبًا على الحالة النفسية لهم، ويترتب عليه تداعيات خطيرة على المستوى النفسي.

وبلا شك فإن الميول الانتحارية تعد أحد أهم الآثار النفسية المترتبة على وقوع الشخص ضحية للأحداث الصادمة والتي من بينها الحوادث الإرهابية والنزاعات المسلحة، التي قد يترتب عليها فقدان الشخص لأحد المقربين منه أو معاناته من الضغوط النفسية الشديدة نتيجة المشاهد المؤلمة للقتل والتدمير و التهجير أو النزوح، والتي من شانها أن تفقد الإنسان قدرته على التكيف معها أو مواجهتها، ومن ثم يكون الميل إلى الانتحار أحد الخيارات المطروحة للتخلص من معاناته.

لذلك لم يترك الباحثون والمتخصصون في علم النفس بابًا إلا طرقوه ليكون لهم معيناً على التخلص من بعض الأمراض والاضطرابات النفسية التي غدت تحاصر الإنسان من كل صوب، ومع تقدم العصر وما يشهده من تطور علمي وانفتاح على العالم، وما يتعرض له الإنسان من ضغوط حياتية، وما يراه على شاشات التلفاز من جرائم وحروب وقتل وتعذيب وتهجير، وما يسمعه ويقرأ عنه في هذا العصر المتأزم، أصبحت الأمراض النفسية في تزايد مستمر تحت مسميات وأشكال مختلفة ومعقدة (علاء المجالي ومروان ناصر،٢٠١٧).

٢- مشكلة الدراسة:

في ضوء ما سبق عرضه تسعى الدراسة الراهنة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

٢-١: هل توجد علاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة؟.

٢-٢:هل توجد فروق في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى طبيعة التعرض (مباشر – غير مباشر) لدى عينة الدراسة؟.

٢-٣: هل توجد فروق في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع نوع الحادث (تفجير أو حادث إرهابي– نزاع مسلح – تهجير قسري) لدى عينة الدراسة؟.

٢-٤:هل توجد فروق لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى النوع (ذكور – إناث)؟.

٢-٥:هل توجد فروق لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى مدة التعرض؟.

٣- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى :

٣-١: الكشف عن العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى الأشخاص ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة.

٣-٢: محاولة التعرف على الفروق في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى عينة الدراسة والتي ترجع إلى طبيعة التعرض للحادث الضاغط (مباشر – غير مباشر).

٣-٣: الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة والتي ترجع إلى نوع الحادث (تفجير – حادث إرهابي – نزاع مسلح – تهجير).

٣-٤: الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في كل من مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية.

٣-٥: محاولة الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة والتي ترجع إلى مدة التعرض للحادث.

٤- أهمية الدراسة:

٤-١: الأهمية النظرية:

٤-١-١: تستمد الدراسة الراهنة أهميتها من أهمية العينة المستخدمة والتي هي في أشد الحاجة للبحث والدراسة، بهدف الوقوف على الاحتياجات النفسية، والكشف عن الآثار النفسية المترتبة على وقوعهم في بؤر الصراعات والنزاعات المسلحة. حيث تتناول فئة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية واجتماعية واقتصادية نتيجة للظروف الصعبة التي ترتبت على تعرضهم للإرهاب والنزاعات المسلحة.

٤-١-٢: قلة الدراسات العربية – في حدود علم واطلاع الباحثين – التي تناولت الأشخاص ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة.

٤-١-٣: توفير أساس بحثي ونظري في مجال دراسات الإرهاب والنزاعات المسلحة.

٤-٢: الأهمية التطبيقية:

٤-٢-١: **قد** تسهم نتائج الدراسة في تقديم الأدلة العلمية الواضحة حول الآثار النفسية المترتبة على وقوع الأشخاص كضحايا للإرهاب، مع إمكانية تصميم برامج التأهيل والدعم النفسي لضحايا الإرهاب، وكذلك تصميم برامج الإرشاد والتوجيه للضحايا، والمساهمة في تصميم دليل للدعم النفسي والاجتماعي للأشخاص ضحايا الحروب والنزاعات المسلحة.

٤-٢-٢: قد تسهم نتائج الدراسة أيضًا في الكشف عن العوامل المساهمة في تكوين الأفكار والميول الانتحارية لدى الأشخاص الذين يتعرضون لصراعات وصدمات نفسية شديدة، ومن ثم إمكانية تصميم برامج علاجية فعالة للتعامل معها.

٥- مصطلحات الدراسة:

٥-١: ضغط ما بعد الصدمة: Post-traumatic stress

ينظر إلى هذا الاضطراب باعتباره خبرة أو حدث صادم غير متوقع، يهدد حياة الفرد أو حريته أو سلامته أو سلامة أسرته، ونتج عنه رد فعل انفعالي صدمي شديد، وترك أثرًا في حياة الفرد بعد انتهاء الحدث الصادم(النابغة فتحي ووهبة نور الدين،٢٠١٨). ويتم **تعريفها إجرائيًا** في الدراسة الراهنة بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المستخدم لهذا الغرض.

٥-٢: الميول الانتحارية:Suicidal tendencies

يعرفها كل من(Wang et al, 2012;Penven et al, 2012; Dennis, 2012; Conner et al, 2012)، بأنها التفكير الذي يهدف إلى التخلص من الحياة وإزهاق الروح نتيجة لعدم قدرة الفرد على تحمل الألم والضغط النفسي ورغبة في إنهاء معاناته دون الوصول إلى مرحلة التطبيق. بينما يعرفها " ستيفن" (Steven, 2012)، بأنها أفكار ناتجة عن فكر مشوش وألم غير محتمل وغير قابل للحل، مرتبط بحاجات نفسية غير مشبعة ولا تجد سبيلًا لإشباعها، مما تدفع الفرد نحو الرغبة في إنهاء حياته والهروب إلى عالم آخر. وتعرفها كل من (علاء المجالي ومروان ناصر، ٢٠١٧)،

بأنها تفكير مستمر بالانتحار نتيجة لتوقع مستقبل مظلم وعدم الحصول على الأشياء الجيدة مستقبلًا، وغموض المستقبل، وينطبق هذا التفكير على كل مجالات حياة الفرد.

والأفكار أو الميول الانتحارية هي عبارة عن مشاعر سلبية أو تشاؤمية من جدوى الحياة تدفع الفرد إلى التفكير بالانتحار من أجل التخلص مما يواجهه من معاناة (صادق الشمري وحنيني غازي، ٢٠١٩). ويمكن **تعريفها إجرائيًا** في الدراسة الراهنة بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المعد لهذا الغرض والتي تعكس مستوى المشاعر السلبية الموجودة لدى الشخص والتي تدفعه للتفكير في إنهاء حياته.

٥-٣: ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة:Victims of terrorism and armed conflict

هم أولئك الأشخاص أو الفئات المتضررة جراء الحروب والهجمات أو المتوقع ضررها دون أن يكون لهم أي يد في ذلك(سليمان أبا الخيل،٢٠٠٥).

ويمكن **تعريفهم إجرائيًا** بأنهم أولئك الأشخاص الذين واجهوا الإحساس بالموت الوشيك أو الرعب، نتيجة تعرضهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة للحادث الإرهابي سواء كانوا مصابين أو لاجئين ومهجرين أو نازحين قسريًا، أو يعانون من اضطرابات نفسية نتيجة مشاهدتهم لأحداث القتل والتفجير بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

٥-٤: الإرهاب: Terrorism

يرى كل من (Lafree& Dugan,2007,183; Gelfand; LaFree; Fahey& Feinberg,2013)، أن الإرهاب أعمال تقوم بها جهات غير حكومية تنطوي على الإستخدام الفعلي للقوة والعنف غير المشروعين لتحقيق أهداف سياسية، إقتصادية، اجتماعية، أو دينية، عبر التخويف والإكراه.

وينظر علماء الاجتماع للإرهاب على أنه عنف، غير متوقع، صادم، وغير شرعي موجه ضد المدنيين وغير المقاتلين والعسكريين خارج أوقات العمل، ورجال الأمن، أو ضد الرموز بهدف إثارة الرأي العام حول أهداف سياسية أو دينية أو الضغط على الحكومات أو الأفراد للقبول بمطالب تتعلق بهذه الأهداف"(فضل محمد و عزة الطنبولي، ٢٠١٦).

٥-٥: النزاع المسلح:Armed Conflict

النزاع بشكل عام هو الإدعاءات السياسية أو القانونية أو الاقتصادية المتعارضة بين طرفين، يرى كل منهم أنه على صواب، ويتم تسوية هذه النزاعات بموجب القانون الدولي، ويسمى النزاع مسلحًا إذا ما استخدمت القوة العسكرية في حسمه، بنشوب حرب إما بين دولتين ويكون النزاع في هذه الحالة "دوليًا"، أو بين الدولة أو طرف دولي وجماعات مسلحة خارجة على القانون كداعش مثلًا وفي هذه الحالة يكون "نزاع غير دولي"، أو بين أبناء الوطن الواحد وتكون في هذه الحالة أقرب للحرب الأهلية منها إلى النزاع المسلح(طيبة المختار و علي هادي، ٢٠٢٠).

وتوفر النزاعات المسلحة بشكل عام البيئة الخصبة لارتكاب الجرائم والانتهاكات التي لا يقتصر ضحاياها على العسكريين والمقاتلين بل تشمل السكان والمدنيين أيضًا، ومن ثم جاء القانون الدولى لحماية ضحايا النزاعات المسلحة والحروب كما نصت عليه اتفاقيات جنيف الأربع ١٩٤٩، وذلك لإلزام الدول بحماية المواطنين ومنع استهداف المدنيين في حالات النزاع(حسام محمود، ٢٠١٣).

٦-الإطار النظري للدراسة:

٦-١: اضطراب ما بعد الصدمة Post-traumatic stress Disorder (PTSD)

يعتبر اضطرابات كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب من أكثر الاضطرابات انتشارًا في وقت الحروب والمحن والترافق بينهما يزيد من تعقيد الصورة الإكلينيكية، وخاصة في مرحلة التشخيص ومرحلة التدخل. ويشكل تاريخ دراسة "اضطرابات الضغوط التالية للصدمة" نموذجًا لمحاولة تحديد مفاهيم متغيرة ومتبدلة لنمط من الاضطرابات النفسية خلال

المائتين عام الأخيرة فتشخيص هذا الاضطراب، طرح بمفاهيم كثيرة تتضمن: "العصاب الصدمي، وعصاب الحرب الصدمي، وعصاب المعارك، وإجهاد المعارك، وإنهاك المعارك، وضغوط المعركة، والهستيريا التحولية، وزملة صدمة الاغتصاب، وعصاب الحوادث، وزملة سوء معاملة النساء، أو الأطفال أو سوء استخدامهم". ومثل هذه المفاهيم تعكس بدرجات وأشكال مختلفة مفهوم "اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD "الذي قدمته "الجمعية الأمريكية للطب النفسي"American Psychiatric Association تحديدًا في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) "في عام ١٩٨٠ ، ليحتوي كل هذا التعدد والتنوع في استخدام هذا المفهوم، وليفض الاشتباك بين الاستخدامات المتعددة لمفهوم واحد أو توحيد التفسيرات المختلفة له، وصولًا إلى لغة مشتركة، علمية ومهنية، في التعامل مع هذه الفئة(محمد إبراهيم عيد وآخرون،٢٠١٥).

ويعود السبب الرئيسي في التعرف إلى هذا الاضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى حرب فيتنام، منذ السبعينيات (١٩٧٠) حيث تم رصد أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام (فلسطين قطيط،٢٠٠٨).

أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة:

تدخل فئة كبيرة من الأشخاص الذين يتعرضون لحوادث صادمة بشكل عام والحوادث الإرهابية المفجعة والحروب بشكل خاص ضمن فئة هذا الاضطراب. ويستبعد منهم أولئك الأشخاص الذين يعانون أحداث ضاغطة كالوفاة أو المرض أو الطلاق، لأنها لا تعد أحداثًا كافية لتشخيصها على أنها صادمة، إلا إذا اقترنت بجوانب من حياة الفرد، وأصبحت مهددة ومرعبة له؛ كأن تؤثر على فرص عمله أو وظيفته، ومن جانب آخر على سبيل المثال، فعادة ما تتأخر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الظهور قليلًا، ولا تتطور بشكل مباشر عقب الحادث الإرهابي أو الصادم، حيث يحاول الشخص في المراحل الأولى لتعرضه للصدمة النفسية تجنب استعادته أو التفكير فيه، ثم تتوالى الأعراض في الظهور تدريجيًا أو فجأة وما يترتب عليها من تغيرات نفسية وفسيولوجية (النابغة فتحي،٢٠١٦، ١٢٤).

تختلف استجابات الأفراد لخبرة الصدمة ويتوقف تعرض الفرد لاضطراب ما بعد الصدمة على عدة عوامل منها: نوع الصدمة نفسها، حدة وشدة الصدمة، السمات الشخصية للشخص الذي تعرض للصدمة، الزمان والمكان الذي حدثت فيه الصدمة(ماهر عمر، ٢٠٠٧)

وفي هذا السياق يشير مكتب الإنماء الاجتماعي (٢٠٠١) إلى أن صدمة الحروب War Trauma، أو صدمة المعارك Combat Trauma، تعد من أكثر الصدمات التي تخلف وراءها صورة لا تمحى، فالحرب هي قمة العدوان الإنساني، إضافة إلى التدمير في الأرواح والممتلكات والثروة والحضارة، فإنها غالبًا ما تؤدي إلى طبع صورة مخيفة من الدمار النفسي، رغم أنها قد تكون أقل وضوحًا، وفيها يكون الأفراد سواء كانوا مقاتلين أو مدنيين في خطر مستمر ليس على أنفسهم فحسب، كما يحملون أيضًا في أنفسهم مشاهد من الأذى والإصابة والموت للأصدقاء والأعداء، ومن كلا المناظر والأصوات البشعة للقتل والتدمير، ويكابدون من الوحدة والعزلة والحرمان، وتزداد هذه البشاعة مع القوة الرهيبة للأسلحة الحديثة المستخدمة، الأمر الذي يجعل التعرض لصدمة الحرب ظاهرة اجتماعية شاملة.

ولعل من أهم الأعراض الأولية التي يمكن ملاحظتها في هذا الاضطراب تتمثل في إعادة الفرد للخبرات المتصلة بالحادث الإرهابي الذي تعرض له، والمشاعر والذكريات والصور التي رافقته، مع الأحلام والكوابيس المتكررة(Roberta et al,2012)، ومعايشة الفرد للحادث مصحوبًا بهلاوس أحيانًا، وتجنب العالم الخارجي، وتناقص الاهتمام بالأنشطة، والشعور بالاغتراب، إضافة إلى اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب والاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية (كلثوم بلميهوب،٢٠١٢؛ Smith et al, 2006)، وربما تتكون لديهم أفكار انتحارية ومحاولات إيذاء الذات(Marshall, 2001).ويؤكد ذلك ما توصلت إليه نتائج الدراسة التي أجراها (Smith et all, 2006)، والتي

توصلت إلى أن الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث صادمة يواجهون صعوبات ومشكلات في النواحي العاطفية والسلوكية والاجتماعية.

ويضع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 عدة معايير لاضطراب كرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder نوضحها فيما يلي:

١- تعرض الفرد لشيء مفزع ومروع نتيجة لإصابته في حرب أو نتيجة لمرض أو حادث مفزع، أو ربما نتيجة اعتداء جنسي، أو حادث جسيم كالمشاركة في أعمال عنف وأعمال الطوارئ كرجال الشرطة والمطافئ.

٢- نتيجة المعاناة لعدة أسابيع أو شهور تظهر مجموعة من الأعراض تتمل في:محاولة الشخص التخفيف من آثار الحادث مرارًا وتكرارًا، تكرار الكوابيس والأحلام المزعجة، صور ذهنية مرتبطة بالحادث مصحوبة بتغيرات فسيولوجية، لجوء الشخص إلى تجنب ذكريات بعينها وإبعادها عن الوعي، النظرة التشاؤمية، المزاج العام السلبي، استخدام جمل تعبيرية سلبية مثل "أنا عديم الفائدة" "العالم ملئ بالفوضى" "لا أستطيع تصديق أي شخص"، ربما يعاني الشخص فقدان مؤقت للذاكرة تجاه بعض الأحداث المتعلقة بالحادث، الشعور العام بالخدر والخمول، عدم القدرة على الحب والدخول في مشاعر ايجابية وسارة، صعوبة في التركيز، اضطرابات في النوم، الخوف والهلع وظهور أعراض اكتئابية.

٣- المدة(تزيد عن شهر من المعاناة)، اضطراب شديد وعجز عن العمل والحياة الشخصية والاجتماعية مع مراعاة التشخيص الفارق بين الاضطراب والاضطرابات الخاصة بتعاطي المخدرات، والإصابات الجسدية كإصابات الدماغ، واضطرابات المزاج والقلق العام، وردود الفعل الطبيعية للحدث الصادم.

(APA: 2013) (Morrison, 2014, 220)

وقد اختلفت النماذج والنظريات المفسرة لضغط ما بعد الصدمة، حيث يرى أصحاب **الاتجاه السلوكي** الحادث الصادم بمثابة مثير غير شرطي يظهر مقترنًا بمشاعر الخوف والهلع ومن ثم يصبح هذا الحادث مرتبطًا لدى الشخص بالهلع والخوف من الأصوات العالية أو سيارات الإسعاف أو أصوات الطلقات النارية وغيرها، الأمر الذي يؤدي إلى شعور الفرد بعدم الراحة، مما قد يترتب عليه سلوكًا مضطربًا، في حين يفترض أصحاب **الاتجاه المعرفي** أن الميول الانتحارية والاضطرابات النفسية ناتجة عن أفكار لا عقلانية مرتبطة بالحادث الصادم أو بأحداث الحياة بشكل عام، بمعنى أنها انعكاس لرؤية الشخص لمعاناته، بينما يرى أصحاب **نموذج التقدير المعرفي** أن ضغط ما بعد الصدمة ينشأ كرد فعل للحادث المهدد للشخص على مستوى عميق من الخبرة، والذي يتصف بالفجائية والقوة، ومن ثم يصبح اضطراب ما بعد الصدمة استجابية لاتكيفية لمواجهة عجز الفرد التعامل مع الموقف، في حين ينظر أصحاب **التوجه النفسي الدينامي** وعلى رأسهم فرويد الذي فسر الصدمة باعتبارها ناشئة عن صراع قديم لم يتم حله، وهو ما جاء في كتاباته (مقدمة في سيكولوجية أعصبة الحرب) و (دراسات حول العصاب الصدمي لدى الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد خبراتهم في معسكرات التدريب النازي)، حيث يرى فرويد أن التعاطف والاهتمام والتعويضات التي يحصل عليها الفرد من المحيطين به بعد تعرضه للحادث يعد بمثابة معززات لاستمرار الاضطراب وتنميته، أما أصحاب **التوجه البيولوجي** فقد حاولوا الربط بين اضطراب ما بعد الصدمة وطبيعة استجابة الجهاز العصبي، بأن الأشخاص الذين يعانون بشكل كبير جراء الحوادث الصادمة هم الذين ينشط لديهم أكثر الجهاز الباراسمبثاوي، ولذلك فهم يعانون من اضطرابات النوم والكوابيس ونوبات الغضب والعدوانية (طارق حنا،٢٠١٦).

٦-٢: الميول الانتحارية

يعد الانتحار من أخطر أنواع العدوان على الذات، إذ يعمد الفرد إلى إيذاء نفسه، ويصنف الانتحار كذلك سببًا من الأسباب العديدة للموت، والانتحار كسلوك يمتد من فكرة حتى يصل إلى تنفيذ فعل مخطط له، وقد ينشأ التفكير الانتحاري إثر عوامل عدة يدركها المنتحر ذاته ويعد التفكير في الانتحار حل للتخلص من المعاناة، إذ لا يستطيع ذوي

هذا النوع من التفكير أن يتصوروا منفذاً أخر لمعاناتهم سوى التفكير في الانتحار، فيبدو أن التفكير في الانتحار خطير خطورة السلوك الانتحاري نفسه إذ غالبًا لا يأتي هذا الأخير اندفاعًا بل يكون نتيجة الشعور بوضعية فشل وصولًا إلى الشعور باستحالة وجود مخرج فتراود الفرد أفكار انتحارية ملحة إلى غاية المرور إلى الفعل الحقيقي (أحلام قدوري، ٢٠١٦).

ويرى " ستيفن" (Steven, 2012)، أن الأفكار أو الميول الانتحارية هي أفكار ناتجة عن فكر مشوش وألم غير محتمل وغير قابل للحل، مرتبط بحاجات نفسية غير مشبعة ولا تجد سبيلًا لإشباعها، مما تدفع الفرد نحو الرغبة في إنهاء حياته والهروب إلى عالم آخر.

بينما يعتبرها كل من (علاء المجالي ومروان ناصر، ٢٠١٧)، بأنها تفكير مستمر بالانتحار نتيجة لتوقع مستقبل مظلم وعدم الحصول على الأشياء الجيدة مستقبلًا، وغموض المستقبل، وينطبق هذا التفكير على كل مجالات حياة الفرد.ويرى(صادق الشمري وحنيني غازي، ٢٠١٩) أن الأفكار أو الميول الانتحارية هي عبارة عن مشاعر سلبية أو تشاؤمية من جدوى الحياة تدفع الفرد إلى التفكير بالانتحار من أجل التخلص مما يواجهه من معاناة.

وكثير من الأفكار والميول الانتحارية ربما تقل حدتها مع الوقت، أو بمرور الأزمة التي يعاني منها الشخص، لكن هذه الأفكار والميول قد تكون جزء من الاضطرابات النفسية المختلفة التي يعانيها الشخص (سامر رضوان، ٢٠٠٩، ٣١١). بينما يرى "فيلدمان" أن الأشخاص الذين يعانون من أفكار أو ميول انتحارية ويسعون للموت والانتحار، يعانون من ضغوط نفسية شديدة تفوق قدرتهم على تحملها أو مواجهتها أو التكيف معها، مما يترتب عليه ميلهم إلى العزلة والانسحاب إضافة إلى اضطراب العلاقات الشخصية، وتوترات نفسية وانفعالية، تدفع هؤلاء الأفراد إلى التفكير في الموت كوسيلة للتخلص من هذه الضغوط (هدى قناوي وحسن عبد المعطي، ٢٠٠١).

ويرى كل من(Parra, et al., 2013;Bramness, et al.,2010) أن الأهمية البحثية والاجتماعية والنفسية لظاهرة الانتحار فرضت على شتى مدارس علم النفس تقديم مجموعة من التفسيرات العلمية التي تهدف إلى إيجاد تدخلات علاجية مناسبة تقلل من حجم هذه المأساة الإنسانية، فعلى سبيل المثال نجد أن نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theoryفسرت الانتحار باعتباره حصيلة حتمية لوقوع الفرد تحت وطأة غريزة أو انفعال عدائي على نحو يخفق فيه الفرد في التعبير عن نفسه، فينعكس هذا الإخفاق على الذات أو النفس ليدمرها،أما النظرية السلوكية Behavioral Theoryفتفسر الانتحار على أنه سلوك متعلم في أغلبه عادة ما يكون حصيلة النواحي الضعيفة في الشخصية، تكون تحت وطأة قلة التعزيزات الايجابية .أما النظرية المعرفية Cognitive Theory فترى أن الانتحار عبارة عن نتيجة خلل أو تشوه معرفي ينتاب طريقة تفسير الفرد لوقائع الأحداث، وكذلك نتيجة لمعتقداته اللاعقلانية، عطفًا على الجمود الفكري، وصعوبة التركيز، في حين تفسر النظرية الاجتماعية Social Theory الانتحار بأنه نتيجة حتمية لاختلال البناء الاجتماعي والمعايير الاجتماعية التي تلقى قبولًا اجتماعيًا واسعًا.

٦-٣: ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة

جاء في إعلان الأمم المتحدة بشأن مبادئ توفير العدالة لضحايا الجريمة بأن الضحايا هم "الأشخاص الذين أصيبوا بضرر فردي أو جماعي بما في ذلك الضرر البدني أو العقلي أو المعاناة النفسية أو الخسارة الاقتصادية أو الحرمان بدرجة من التمتع بحقوقهم الأساسية عن طريق أفعال أو حالات إهمال تشكل انتهاكًا للقوانين الجنائية النافذة في الدول الأعضاء بما فيها القوانين التي تحرم الإساءة الجنائية لاستعمال السلطة" (مكتب الأمم المتحدة لحقوق الانسان).

ولاشك أن هؤلاء الضحايا يختلفون فيما بينهم وفقًا لحجم الضرر الذي يلحق بهم، وكذلك مدى قربهم أو بعدهم على المستوى النفسي والمكاني والاجتماعي من مصدر التهديد أو الضرر، لذا يمكننا تصنيف ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة على هذا الأساس كالتالي:

أ- الضحايا المباشرون:Direct Victims

والمقصود بهم أولئك الأشخاص الذين واجهوا الإحساس بالموت الوشيك أو الرعب، سواء تعرضوا مباشرة للحادث الإرهابي أو النزاع المسلح أو كانوا سببًا فيه بقصد أو غير قصد، أو كانوا شهودًا عليه، بشرط أن يكون الحدث ذو طبيعة صادمة (تجربة حسية وانفعالية صادمة).

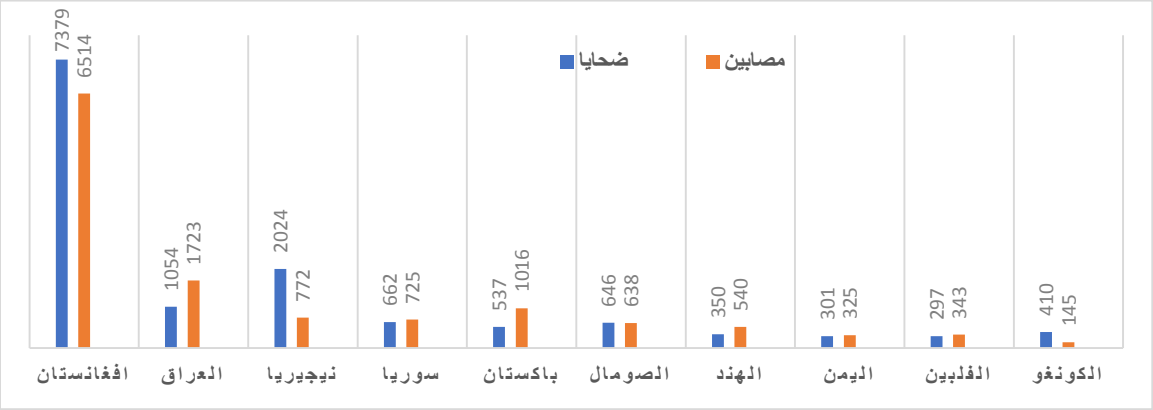
ب-الضحايا غير المباشرون:Indirect Victims

المقصود بهم أولئك الأشخاص الذين لم يشهدوا الحادث مباشرة ولكنهم معنيون به أو بنتائجه الانفعالية مع الضحايا المباشرين، بمعنى آخر هم أولئك الأشخاص المقربون من الضحية المباشرة للحادث والتي تعاني من اضطراب نتيجة الحادث (العائلة – الأصدقاء – الزملاء – الجيران ...إلخ.).

ج_ الضحايا الكامنون:Potential Victims

هم مجموعة من الأشخاص (لهم نفس المتغيرات الديموغرافية الخاصة بالضحايا المباشرين وغير المباشرين) يمكن أن تمسهم أو يعانون من الاضطراب نتيجة لما أصاب غيرهم (ضحايا مباشرين) بحكم انتمائهم لنفس الخصائص (نفس البلدة – القرية – الديانة – اللغة – الدولة)، وقد يكون هؤلاء على معرفة بالضحايا المباشرين وربما ليسوا كذلك.

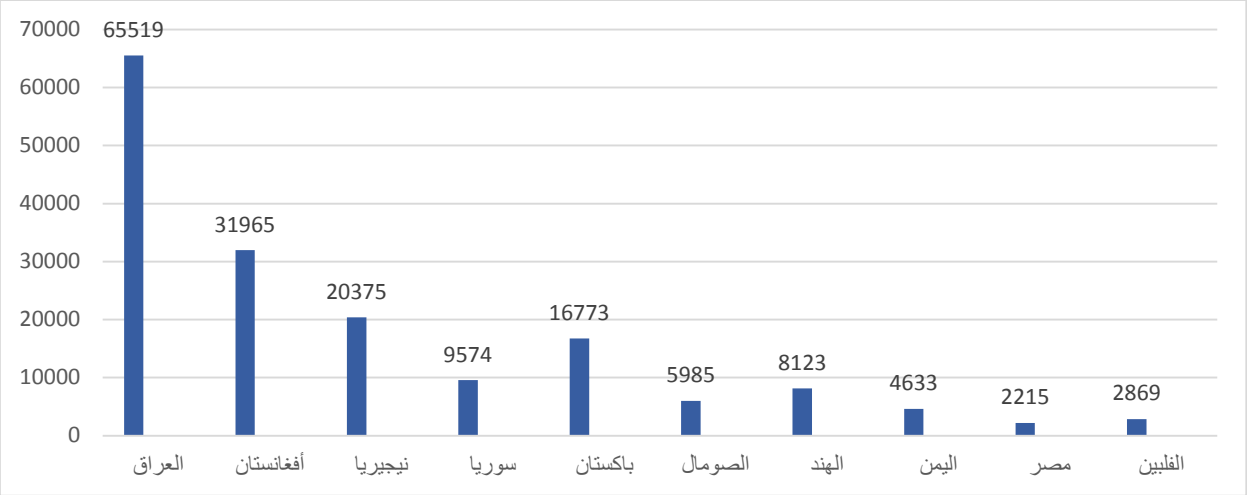
ويعد مؤشر الإرهاب العالمي (Global Terrorism Index, 2019)، الذي يصدر عن معهد السلام والاقتصاد الوطني أحد أكثر المؤشرات التي يتم الاعتماد عليها في رصد أعداد الضحايا ونشاط الجماعات والتنظيمات المسلحة على مستوى العالم، وهو مؤشر يصدر سنويًا خلال شهر ديسمبر من كل عام، يتضمن ترتيب الدول من حيث عدد الهجمات الإرهابية وطبيعة منفذيها وأعداد الضحايا والمصابين وقد جاءت الإحصائيات فيما يتعلق بضحايا الإرهاب في أخر إصدارته كما هو موضح بشكل (١):



شكل (١) ترتيب الدول على مؤشر الإرهاب ٢٠١٩ (Global terrorism index,2019)

وبالنظر للشكل السابق نلاحظ أن أفغانستان احتلت المركز الأول من حيث عدد الضحايا والمصابين بمعدل (٧٣٧٩) ضحية، و(٦٥١٤) مصاب، بينما تراجعت العراق إلى المركز الثاني عن تصنيف (٢٠١٨)، حيث بلغ عدد الضحايا (١٠٥٤)، في حين جاءت سوريا في المركز الرابع بمعدل ضحايا (٦٢٢)، وجاءت اليمن في المركز السابع بمعدل ضحايا (٣٠١)، بينما خرجت مصر من ترتيب الدول العشر الأولى في تصنيف (٢٠١٩) لتستقر في المركز الحادي عشر، بينما كانت قد احتلت المركز التاسع في تصنيف (٢٠١٨) .

وبالنظر لترتيب الدول على مؤشر الإرهاب العالمي خلال الفترة من (٢٠٠١ – ٢٠١٧)، نجد أن العراق كان لها النصيب الأكبر من حيث عدد الضحايا(٦٥.٥١٩)، ثم تليها أفغانستان (٣١.٩٦٥)، ونيجيريا(٢٠.٣٧٥)، وسوريا(٩.٥٧٤)، وباكستان(١٦.٧٧٣)، والصومال(٥.٩٥٥) والهند(٨.١٢٣)، واليمن(٤.٦٣٣)، ومصر(٢.٢١٥) والفلبين (٢.٨٦٩) كما هو موضح بالشكل (٢):



شكل (٢) توزيع الدول وفقًا لضحايا الإرهاب من ٢٠٠١ إلى ٢٠١٧ (Global terrorism index,2018)

ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا:

تباين ترتيب أغلب الدول العربية من حيث عدد الضحايا على مؤشر الإرهاب الصادر عام٢٠١٩، وهذا التباين يظهر لنا مقدار التقدم الذي حققته مصر في حربها على الإرهاب كما يتضح من تراجعها وخروجها من تصنيف الدول العشر الأولى الأكثر تعرضًا وتأثرًا بالإرهاب من حيث عدد الضحايا والمصابين وكذلك من حيث عدد الحوادث الإرهابية، ويوضح جدول (١) ترتيب الدول العربية على مؤشر الإرهاب العالمي:

جدول(١) ترتيب بعض الدول العربية على مؤشر الإرهاب ٢٠١٩

الدولة	الترتيب إقليميًا	الترتيب العام عالميًا	الدرجة على مؤشر الإرهاب	نسبة التغير في ٢٠١٨
العراق	١	٢	٩.٢٤١	- ٠.٥٠٥
سوريا	٢	٤	٨.٠٠٦	- ٠.٣٠٩
اليمن	٣	٨	٧.٢٥٩	- ٠.٢٧٥
مصر	٤	١١	٦.٧٩٤	- ٠.٥٥١
ليبيا	٥	١٢	٦.٧٦٦	- ٠.٢٢١
السودان	٦	٢٠	٥.٨٠٧	- ٠.٣٧١
السعودية	٧	٣٠	٥.٢٣٨	- ٠.٢٤١
فلسطين	٨	٣٢	٥.١٧٧	- ٠.١٥٣
لبنان	٩	٤٣	٤.٣٩٥	- ٠.٧٥٩
تونس	١٠	٥١	٣.٩٣٨	- ٠.١٥٠
الجزائر	١١	٥٧	٣.٤٠٩	- ٠.٣٥٤
البحرين	١٢	٦١	٣.٢٠١	- ٠.٦٨٢
الأردن	١٣	٦٤	٣.٠١٩	- ٠.٣١٣
الكويت	١٤	٧٥	٢.٨٤٧	- ٠.٦٣٩
المغرب	١٥	٩٢	١.١٢٥	١.١٧٧
الإمارات	١٦	١٣٠	٠.٠٤٨	- ٠.٠٥٧

قطر	١٧	١٣٣	٠.٠٢٩	- ٠.٠٢٨
عمان	١٨	١٣٨	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠

ويتضح من الجدول مقدار التحسن الذي حققته أغلب الدول في التصدي للحوادث الإرهابية خلال العام ٢٠١٨ – ٢٠١٩، وهو ما انعكس على ترتيبها على مؤشرات الإرهاب، فبعد أن كانت العراق تحتل المركز الأول تراجعت للمركز الثاني عالميًا، وبعد أن كانت مصر تحتل المركز التاسع تراجعت للمركز الحادي عشر، في حين نجد أن بعض الدول العربية لم تتأثر تمامًا بأية حوادث إرهابية كسلطنة عمان، ولا شك أن الحروب والهجمات الإرهابية العنيفة تؤثر بشكل كبير على الأفراد من حيث ارتفاع نسب الإعاقات وفقد أجزاء من أعضاءهم نتيجة التعرض لحوادث تفجير انتحارية، أو هجمات، أو التعرض لأساليب تعذيب، إضافة لعدم قدرتهم على التكيف مع الأحداث مرة أخرى، وإصابتهم بعدد من الأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي والتي يطلق عليها مصطلح الأمراض السيكوسوماتية.

٧-دراسات وبحوث سابقة:

حاولت "العطراني" (١٩٩٥)، الكشف عن نسبة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة مكونة من (١٥٠) طالب وطالبة من أقارب وأصدقاء ضحايا ملجأ العامرية في بغداد والذي تم استهدافه بالقصف الأمريكي عام ١٩٩١، يقابلهم مجموعة ضابطة مكونة من (١٥٠) من غير المتعرضين للصدمة، وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المجموعة الأولى كانت (٣٧%) مقابل (٥%) للمجموعة الثانية، وكانت نسبة الاضطراب لدى الذين فقدوا أفرادًا من عائلاتهم وأقاربهم (٦٥%) في مقابل (١٩%) للذين فقدوا أصدقائهم، وكانت معدلات الاضطراب لدى الذكور (١٦%)، في مقابل (٨٤%) لدى الإناث، وأسفرت النتائج النهائية للدراسة عن أن القصف تسبب في اضطرابات نفسية لدى الطلاب تستدعي الرعاية النفسية.

وقد بينت دراسة Mghir وآخرون التي أجريت على المراهقين الأفغان المهجرين نتيجة الحرب والمقيمين في الولايات المتحدة أن هناك ترابط بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بنسبة (٣٤ %) مع وجود علاقة قوية بين الأمراض النفسية والخبرات الصادمة للآباء (Mghir et al, 1995, 24) .

ولقد أكد كل من "سوتشستر وآخرون"(Schuster et al, 2001)، في دراسة بهدف التعرف على استجابات القلق لدى الأفراد الذين لم يتعرضوا بشكل مباشر لهجمات الحادي عشر من سبتمبر، وذلك على عينة مكونة من (٥٩٦) من البالغين، تناولت ردود أفعالهم للهجمات وإدراكهم لردود أفعال أطفالهم، وأظهرت نتائج الدراسة عن أن (٤٤ %) من البالغين أفادوا بوجود عرض جوهري أو أكثر من أعراض القلق، وأن (٩١ %) منهم يعانون من عرض واحد أو أكثر من أعراض التوتر، وفيما يتعلق باستراتيجيات التكيف فقد بينت الدراسة أن (٩٨ %) من الأفراد لجئوا إلى التحدث مع الآخرين، و (٩٠ %) لجئوا إلى التدين، وأن (٦٠ %) لجأ إلى المشاركة في النشاطات الجماعية، بينما (٣٦ %) إلى إرسال التبرعات، كما أظهرت النتائج عن أن (٣٤ %) من العائلات قد منعوا أطفالهم من مشاهدة التلفاز أثناء فترة التغطية الإعلامية الواسعة، كما أظهرت النتائج أيضًا أن (٤٧ %) من الأطفال كانت لديهم مخاوف تتعلق بأمنهم وأمن من يحبونهم.

وأجرى كل من "سيلفر وهولمان ومكلونتش وبولون وجلريفاس" (Silver et al,2002)، دراسة طولية هدفت إلى التعرف على درجة مساهمة العوامل الديموجرافية وتاريخ الصحة النفسية والجسدية والخبرات الصدمية السابقة والخبرات المتعلقة بتفجيرات برج التجارة العالمي واستراتيجيات التكيف المستخدمة بعد الهجمات للتنبؤ بالنتائج النفسية عبر الزمن، وتكونت عينة الدراسة من (٣٤٩٦) شخصًا من المقيمين في نيويورك وخارجها باستخدام مسح الكتروني عبر الانترنت، حيث بلغ معدل المشاركة (٧٨%)، وقد استغرقت الدراسة ستة أشهر بدأت من اليوم التاسع للهجمات، وأسفرت النتائج عن أن (١٧%) من سكان الولايات المتحدة المقيمين خارج نيويورك لديهم أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وذلك بعد شهرين من وقوع الهجمات، وأن (٥.٨%) يعانون من الاضطراب ذاته بعد مرور ستة أشهر،

كما أظهرت النتائج ارتفاع معدلات الاضطراب لدى الإناث بدرجة أكبر من الذكور، وفي حالات الانفصال العائلي والمصابين بأمراض جسدية، وكذلك لدى الأشخاص الذين تعرضوا بشكل قوي للهجمات، وأظهرت نتائج الدراسة أن أبرز استراتيجيات التكيف تمثلت في الانسحاب والإنكار والانقباض الداخلي، كما تبين من النتائج أيضًا أن التأثيرات النفسية للصدمة لم تكن مقتصرة على الأشخاص الذين تعرضوا للهجمات بشكل مباشر.

وللكشف عن الأضرار النفسية التي خلفتها أحداث تفجيرات مدريد الإرهابية في أسبانيا عام ٢٠٠٤، قام كل من "فازكيز وآخرون" (Vazquez et al, 2006)، بدراسة بعنوان "استجابات ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة العمليات الإرهابية التي حدثت في مدينة مدريد"، وقد تمت الدراسة بعد ١٥ يوم من وقوع الهجمات، وأظهرت نتائج الدراسة أن معدلات الإصابة المحتملة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تراوحت ما بين (٣.٤ – ١٣.٣ %)، كما أشارت النتائج إلى أن هناك عوامل تساهم في تشكل اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل السكن بالقرب من مكان وقوع الهجمات أو تواجد الشخص بالمكان وقت حدوثها، وكذلك شدة الاستجابة الأولية للحدث.

بينما حاول كل من (عبد عساف ووائل أبو الحسن، ٢٠٠٧) الكشف عن آثار الضغوط النفسية الصدمية المترتبة على فعل الاجتياحات العسكرية الإسرائيلية لمخيم جنين، وذلك على عينة مكونة من (١٣٥) طالبًا وطالبة، واستخدم الباحثان مقياس الضغوط الصدمية، وأسفرت النتائج عن أن (٢٥%) من الطلاب يعانون من ضغوط صادمة، بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائيًا ترجع إلى النوع أو مستوى الدخل أو المرحلة الدراسية. وقد سلطت دراسة "كلارك وآخرون" (Klaric et al,2007)، الضوء على "التبعات النفسية لصدمة الحرب والضغوط الاجتماعية لما بعد الحرب لدى النساء في الهرسك"، وذلك على عينة من (٣٦٧) امرأة بالغة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين: المجموعة الأولى النساء اللواتي تعرضن لصدمة الحرب مباشرة، والمجموعة الثانية من النساء اللواتي لم يتعرضن مباشرة لعمليات التدمير، وأظهرت النتائج معاناة المجموعة الأولى من النساء من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن غياب الدعم الاجتماعي والضغوط الاجتماعية التالية للحرب ساهمت بشكل كبير في انتشار عدد من الاضطرابات والأعراض النفسية.

كما تناولت دراسة "رياض صيدوم وعبدالعزيز ثابت" (٢٠٠٧)، الآثار والخبرات الصادمة الناتجة عن ممارسات الاحتلال الإسرائيلي على طلبة الجامعات الفلسطينية وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب، وذلك على عينة بلغت (٣٦٠) طالب وطالبة، استخدم الباحثان مقياس لاضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون، ومقياس أعراض القلق والاكتئاب لهوبكنز، أظهرت النتائج أن نسبة الطلبة الذكور الذين تعرضوا للصدمة النفسية بلغت (٥١.٤ %)، بينما بلغت نسبة الإناث (٤٨.٦ %)، كما أظهرت النتائج أن (٥٦.٤ %) من الذكور لديهم خبرات صادمة شديدة، في حين بلغت نسبتها لدى الإناث (٢٤.٤ %)، كما أظهرت النتائج أيضًا أن نسبة انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى الذكور بلغت (٧٠.٨ %)، بينما بلغت هذه النسبة لدى الإناث (٤٨.٦ %)، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصدمة النفسية ترجع إلى النوع وعدد الإخوة ومستوى الدخل الشهري ونوع السكن.

كما أكدت أيضًا نتائج دراسة " تول وآخرون" (Tol et al, 2007)، والتي كشفت عن أن معدلات انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من الناجين من التعذيب في النيبال عددهم (٢٣٨)، قد تراوحت ما بين (٦٢ – ٩٢ %)، مما يعني أن هناك أثر سلبي شديد للجوء على الصحة النفسية للاجئين.

في حين هدف "علي عكاشة" (٢٠١٠)، إلى التعرف على الصدمة النفسية لدى الأطفال والمراهقين في معسكرات النازحين في دارفور، ومعرفة علاقة النوع والمستوى التعليمي والعمر بالإصابة بالصدمة النفسية، ومعرفة مدى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بباقي أعراض الصدمة النفسية، وذلك على عينة قوامها (٣٩٥) شخص من المقيمين في معسكري أردمتا والرياض بولاية غرب دارفور بالسودان، استخدم الباحث مقياس أعراض الصدمة

النفسية، وأشارت النتائج إلى أن أبعاد الاضطرابات النفسية المتمثلة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والقلق، والتفكك، والغضب، والاكتئاب، بلغت معدلات منخفضة نسبيًا، وأن اضطراب ما بعد الصدمة هو الأكثر شيوعًا لدى عينة الدراسة، بينما كان اضطراب القلق الأقل شيوعًا، كما أظهرت النتائج أن الطلاب في المرحلة الثانوية هم الأقل عرضة لجميع الاضطرابات النفسية المتعلقة بالصدمة.

بينما جاءت دراسة "يوجواك" (Uguak,2010)، بهدف التعرف على مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النازحين في نيجيريا، حيث طبق الباحث مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على عينة مكونة من (٢٣٥) طفلًا وطفلة، وكشفت النتائج معاناة (٦٣) من أفراد العينة من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة لما شهدوه من خبرات صادمة ومؤلمة، كما كشفت النتائج أن معدلات اضطراب ما بعد الصدمة كانت أعلى لدى الأطفال في الفئة العمرية من (١٠ – ١٤) عام.

وحاولت "هالة السراج" (٢٠١١) في دراسة بعنوان "استجابة الحزن والتوافق النفسي لدى الأطفال بعد الحرب الأخيرة على غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات"، قياس استجابة الحزن والتوافق لدى الأطفال الذين فقدوا أقارب لهم من الدرجة الأولى أثناء الحرب الأخيرة على غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات كالعمر والجنس ودرجة القرابة، وكذلك التعرض لصدمات أخرى بجانب الفقدان، وكذلك وجود فقدان لأشخاص سابقين في حياة الأطفال وكذلك رؤية منظر القتل والأشلاء، وتكونت عينة الدراسة من (٢١١) طفل تراوحت أعمارهم ما بين (٩ – ١٥) عام، من طلاب مدارس وكالة غوث وتشغيل اللاجئين، وقد استخدم الباحث مقياس لاستجابة الحزن وكذلك مقياس للتوافق النفسي، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن مستوى التوافق النفسي واستجابات الحزن لدى عينة الدراسة جاء متوسطًا، وأن استجابة الحزن لدى الإناث كانت أعلى منها لدى الذكور، وأنها تزداد بزيادة العمر، بينما لم تظهر نتائج الدراسة وجود أي فروق بين الذكور والإناث في التوافق النفسي، وكانت درجة استجابة الحزن على فقدان الأمهات أعلى منها في حالة فقدان الأب، وجاءت مشاعر الحزن الأكثر لدى الأطفال الذين شاهدوا مناظر القتل والأشلاء.

كما أجرى "هينسل وآخرون" (Hensel et al, 2011)، دراسة بعنوان "ضحايا الحروب والتعذيب"، هدفت إلى المقارنة بين أسلوبي العلاج بالتعرض القصصي(NET) والتدريب على التحصين ضد التوتر(SIT)، حيث تلقى (٢٨) شخصًا من الذين واجهوا الحروب والتعذيب ويعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (١٠) جلسات علاجية باستخدام كل من برنامج العلاج بالتعرض القصصي أو برنامج العلاج بالتحصين ضد التوتر، وقد تم إجراء القياس البعدي بعد مرور أربعة أسابيع، ثم إجراء القياس التتبعي بعد مرور ستة أشهر، وأشارت النتائج إلى وجود انخفاض دال في شدة الأعراض لاضطراب ما بعد الصدمة في مجموعة العلاج بالتعرض القصصي، بينما لم تتأثر معدلات الاكتئاب الرئيسي والأعراض المصاحبة بشكل دال في كلا المجموعتين.

أما "بدري وآخرون" (Badri et al, 2012)، فقد حاولوا التعرف على مستوى الصدمات والآثار النفسية لدى ضحايا الحرب غير المباشرين في مدينة أم درمان بالسودان، وذلك على عينة بلغت (١٢٣) طالبة جامعية، حيث استخدم الباحثون مقياس هارفارد لاضطراب ما بعد الصدمة، وأسفرت النتائج عن أن (٨٠.٩%) من عينة الدراسة يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نتيجة الحرب، وأن (٦٧%) من أفراد عينة الدراسة شهدوا خبرات مؤلمة أثناء الحرب، كمشاهدة أشخاص يقتلون أو رؤية جثث الموتى أو مشاهدة أشخاص يضربون على رؤوسهم، وأن (٥٠%) من عينة الدراسة ذكروا أنهم فقدوا ممتلكاتهم وحيواناتهم نتيجة الحرب، كما ذكر (٦٠%) من أفراد العينة بأن أحد أفراد أسرتهم أو أصدقائهم قد اختفى أو تعرض للخطف نتيجة الحرب، وأن (٤٢%) من أفراد العينة اضطررن للنزوح نتيجة الحرب، كما أسفرت النتائج أيضًا عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين التعرض للصدمات المتعلقة بالحرب وتطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ويؤكد "ديوباو وآخرون (Dubow et al., 2012) " على أن النزاعات المسلحة في زمن الحرب تلحق الصدمة النفسية بمن يشهدونها، بل تلحق أثارًا وتبعات نفسية واجتماعية لها الأثر الأكبر والأعمق على الانسان الذي يشهدها، أكثر مما قد تكون عليها لآثار المادية أو حتى تلك المتعلقة بعدد القتلى في تلك النزاعات.

ففي دراسة أجراها "توفان وآخرون" (Tufan et al, 2013)، حول مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين في تركيا، قوامها (٥٧) لاجئًا ممن يتلقون خدمات الإرشاد النفسي في أحد المراكز التي تقدم خدمات الدعم النفسي للاجئين، أظهرت النتائج أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة بلغت (٥٥.٢%)، بينما كانت العزلة الاجتماعية أكثر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة انتشارًا بنسبة بلغت (٩٧.٣%)، وأكدت النتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين التعرض للتعذيب وفقدان أحد الأقارب من جهة وبين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من جهة أخرى.

وقد أجرى "ماكمولين وآخرون" (Mcmullen et al 2013)، دراسة بعنوان "العلاج المعرفي السلوكي الجمعي المركز على الصدمة مع الأطفال والجنود السابقين والآخرين المتأثرين بالحرب في جمهورية الكونغو الديموقراطية"، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في تخفيف الآثار النفسية الناتجة عن تعرض الفرد لصدمة الحروب، وذلك على عينة بلغت (٥٠) طفلًا تراوحت أعمارهم ما بين (١٣ – ١٧) عام، إضافة إلى (٣٩) من الأطفال الذين كانوا جنود سابقين، و(١١) من الأطفال الذين يعانون من صدمات الحرب، تم إجراء التدخل باستخدام البرنامج بواقع (١٥) جلسة، وبعد إجراء القياس البعدي تبين وجود انخفاض دال في مستوى أعراض ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق والضيق النفسي والاجتماعي العام ومشاكل التصرف، وزيادة دالة في السلوك المرغوب اجتماعيًا.

بينما أجرت "ماريان وآخرون" (Marianne et al,2014)، دراسة هدف إلى بحث مدى انتشار الضغوط والاضطرابات النفسية التي يعانيها اللاجئين لدى وصولهم الدول المضيفة، وذلك على عينة قوامها (١٦٠) لاجئًا من أفغانستان وإيران والصومال تراوحت أعمارهم ما بين (١٥–٢٨) عام، وذلك عبر إجراء مقابلات معهم خلال الشهور الأربعة الأولى لوصولهم إلى النرويج، وأظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة، إضافة لمعاناتهم من القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بدرجات كبيرة. في حين أسفرت دراسة (James et al,2014)، التي هدفت إلى تقييم الحاجات النفسية والاجتماعية التي يعانيها السوريون اللاجئين بالأردن، شارك فيها ما يقارب ٨٠٠٠ شخص، عن النتائج التالية: (١٥.١%) أبلغوا عن شعورهم الشديد بالخوف، (٢٨.٤%) عبروا عن شعور شديد بالغضب بحيث أنه لا يوجد شيء يمكن أن يزيل هذا الشعور، (٢٦.٣%) عبروا عن شعورهم باليأس لدرجة أنهم لم يعد لديهم رغبة في الحياة، (١٨.٨%) عبروا عن شعورهم بأنهم لم يعودوا قادرين على تنفيذ نشاطات الحياة الضرورية بسبب مشاعر الخوف واليأس وعدم الاهتمام والانزعاج.

أما دراسة "مها خطاطبة وجهاد علاء الدين" (٢٠١٥)، بعنوان " أثر الإرشاد الجمعي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وصعوبات التوافق الاجتماعي عند أطفال السوريين اللاجئين في الأردن"، فقد هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وصعوبات التوافق الاجتماعي عند أطفال اللاجئين السوريين في الأردن على عينة من الطالبات السوريات الذين تراوحت أعمارهن ما بين (١٢–١٤) عامًا، من اللواتي يعشن في الأسر السورية اللاجئة للأردن والمنتظمات في الدراسة، تم توزيعهن عشوائيًا على مجموعتين ضابطة وتجريبية، قوام كل واحدة منهما (١٦) طالبة، طبق على أفراد العينة مقياسي أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس الكفاءة الاجتماعية، وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين في القياس القبلي، وتم إجراء التدخل العلاجي باستخدام برنامج الإرشاد الجمعي المستند على المنظور المعرفي السلوكي، وأسفرت نتائج القياس البعدي عن

وجود انخفاض دال إحصائيًا في مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة مما يعني أن العلاج المعرفي السلوكي يعد اختيار ناجح في التعامل مع أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين المهارات الاجتماعية.

وللكشف عن العلاقة بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل، حاول كل من (ريزان إبراهيم وهيوا جميل، ٢٠١٥) إجراء دراسة على عينة قوامها (٦١٧) لاجئًا، حيث تم تطبيق مقياس هارفارد لاضطراب ما بعد الصدمة ومقياس الاتزان الانفعالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة انتشار ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة بلغت (٣٣.٢%)، بينما بلغت نسبة الاتزان الانفعالي (٦٩.٢%)، كما أشارت النتائج أيضًا لعدم وجود فروق بين الجنسين في اضطراب ما بعد الصدمة، بينما كان هناك فروق ترجع إلى العمر لصالح الأكبر عمرًا، وفي المستوى التعليمي لصالح الأميين، كما توصلت النتائج إلى أن العلاقة بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاتزان الانفعالي علاقة عكسية دالة احصائيًا، بمعنى أنه كلما ذادت شدة الأعراض قل معدل الاتزان الانفعالي لدى عينة الدراسة.

أما دراسة "سليوا وآخرون" (Slewa et al, 2015)، التي تم إجراؤها في الولايات المتحدة الأمريكية فقد هدفت إلى الكشف عن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى اللاجئين العراقيين، وذلك من خلال مراجعة المجلات النفسية للكشف عن الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى اللاجئين العراقيين، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن مستوى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة قد تراوح ما بين (٨ – ٣٧.٢%)، بينما تراوح معدل انتشار اضطراب الاكتئاب (٢٨.٣ – ٧٥%)، كما أسفرت النتائج أيضًا عن أن معدل انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كان أعلى لدى الإناث أكثر من الذكور، ولدى الأقل عمرًا مقارنة بالأكبر عمرًا من عينة الدراسة.

وحاول كل من "آيات لقضاة وقاسم سمور" (٢٠١٦) الكشف عن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين المقيمين في الأردن، إضافة إلى التعرف على الفروق في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، وذلك على عينة قوامها (٤٩٠) لاجئًا ولاجئة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وطبق عليهم مقياس هارفارد لاضطراب ما بعد الصدمة إعداد "موليكا وآخرون" (١٩٩٢)، وأشارت النتائج إلى أن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة جاء مرتفعًا، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة ترجع إلى العمر والعمل.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة ما يلي:

١- على الرغم من تعدد الدراسات ما بين عربية أو أجنبية، وتنوع عيناتها ودول الدراسة، لكن لم تلجأ أي دراسة لبحث العلاقة بين ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية رغم أهميتها. كما لم يوجد أي دراسة اهتمت ببحث عينات من المصريين رغم تعرض مصر لعدد من الحروب المختلفة عبر تاريخها.

٢- اهتمت الدراسات ببحث الحوادث والحروب دون توضيح لأي من أنواع الحوادث الأكثر تأثيراً على عينات بحوثهم في كرب ما بعد الصدمة، وهو ما تهتم الدراسة الحالية به.

٣- اغفلت الدراسات السابقة المقارنات الدقيقة بين طبيعة التعرض للحادث سواء تعرض مباشر أو غير مباشر.

٨: فروض الدراسة:

٨-١: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة.

٨-٢:توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى طبيعة التعرض (مباشر – غير مباشر) لدى عينة الدراسة.

٨-٣:توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع نوع الحادث (تفجير أو حادث إرهابي – نزاع مسلح – تهجير قسري) لدى عينة الدراسة.

٨-٤:توجد فروق دالة إحصائيًا لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى النوع (ذكور – إناث).

٨-٥:توجد فروق دالة إحصائيًا لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى مدة التعرض (أقل من ٦ شهور – من ٦ شهور لعام – من عام لثلاث أعوام – أكثر من ٣ أعوام).

٩: منهج الدراسة وإجراءاتها:

٩-١: منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج الوصفي الإرتباطي والمقارن، حتى يمكن الكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة من المتعرضين للأضرار المختلفة من الإرهاب والنزاعات المسلحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر في كل من ضغط ما بعد الصدمة، والميول الانتحارية ، وكذلك العلاقات الارتباطية بينهما.

٩-٢: عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بشكل قصدي، وتكونت عينة الدراسة من ٢٦٠ مبحوث ممن تعرضوا بشكل مباشر أو غير مباشر للأضرار الناتجة عن الإرهاب والنزاعات المسلحة، ولقد توزعوا على مجموعتين مقسمتين إلى:

٩-٢-١: **المجموعة الأولى:** تكونت من ١٣٠ فردًا ممن تعرضوا بشكل مباشر للأضرار الناتجة عن الإرهاب والنزاعات المسلحة سواء في شكل التفجيرات أو العمليات الانتحارية أو العنف المسلحة أو التهجير والغربة خارج بلادهم، وكانت جنسياتهم مصريين، وعراقيين، وسوريين، بمتوسط عمري قدره ٢٨.٩٥ وانحراف معياري قدره ٩.٧٦.

٩-٢-٢: **المجموعة الثانية:** تكونت من ١٣٠ فردًا، ممن تعرضوا بشكل غير مباشر للأضرار الناتجة عن الإرهاب والنزاعات المسلحة، وتم اختيارهم من الأشخاص المقربين (العائلة – الأصدقاء – الزملاء – الجيران) للشخص الذي تعرض للحادث الإرهابي أو النزاع المسلح دون أن يحدث لهم أي ضرر جسدي منه بأي شكل، بمتوسط عمري قدره ٢٨.٤٠ وانحراف معياري قدره ٧.٧٧. وقد روعي في اختيارها أن تكون متكافئة مع المجموعة الأولى، ويوضح الجدول التالي وصف مجموعتي الدراسة، ويشير إلى تكافؤها في متغيرات النوع، والجنسية، والتعليم، والعمل، والحالة الاجتماعية، والديانة، والسن.

وقد تم اختيار مجموعتين الدراسة وفقاً للضوابط التالية:

١- خلو أفراد العينة سواء في مجموعة التعرض المباشر أو غير المباشر من اضطرابات نفسية أو إدمان المخدرات، وذلك كان بطريقتين أولهما: استبعاد أية عينات إكلينيكية من التطبيق فلم يتم أخذ العينة من مستشفيات أو عيادات نفسية، ومن ثم فهي عينات سوية لم تحتاج إلى العلاج النفسي أو الدوائي رغم تعرضها للحادث الإرهابي أو النزاع المسلح، وثانيهما: تم وضع سؤال في استمارة البيانات الأولية يتعلق بسؤال المبحوث عما إذا كان قد خضع في أي مرحلة عمرية أو وقت التطبيق للاضطراب النفسي أو إدمان المخدرات.

٢- إن المتغير الرئيسي في الدراسة، والذي تم مراعاة الضوابط المنهجية على أساسه هو نوع التعرض (مباشر – غير مباشر)، حيث يتضمن الأمر صعوبة شديدة تعيق تنفيذ البحث إذا كانت الجنسية أو الديانة أو جنس المبحوث أو نوع الحادث هي المتغيرات الرئيسية للدراسة، كما أن التراث البحثي لم يؤكد على أهمية هذه المتغيرات مقارنة بنوع التعرض، ومن ثم فكان المتغير الرئيسي نوع التعرض مع تثبيت المتغيرات الأخرى السابق ذكرها.

٣- فيما يتعلق بأفراد العينة الذين تعرضوا لتفجيرات، كان يشترط استبعاد أي أشخاص نجو من الحادث لكن ترك لهم أية إعاقات جسدية أو بتر في أحد الأطراف، أو أن يكون الحادث قد أدى إلى أي اضطرابات نفسية استدعت خضوعهم للعلاج الدوائي أو النفسي مثل اضطراب ما بعد الصدمة.

٤- يقصد بمدة التعرض: أي الفترة الزمنية ما بين الحادث والتطبيق على المبحوث في الدراسة الحالية.

٥- تم الحصول على عينات الدراسة الثلاثة من المصرية والعراقية والسورية على النحو التالي:

أ- فيما يتعلق بالعينة العراقية والسورية، فقد تم التواصل مع د. تركي الحمداني من جامعة بغداد، في تسهيل الأمر بالحصول على العينة العراقية، كما تم التطبيق على بعض أفرادها من المقيمين في مصر، ونفس الأمر في العينة السورية إذ تم التطبيق على السوريين المقيمين في مصر.

ب- تم التطبيق على العينة التي تعرضت بشكل مباشر للحادث الإرهابي أو النزاع المسلح أولاً، ثم تم اختيار المجموعات المتكافئة لهذه العينة مع تثبيت كافة المتغيرات فيما عدا نوع الحادث لأنه المتغير المستقل.

ج- تم التطبيق على عدد من أفراد العينة بطريقة كرة الثلج، والبعض الآخر أونلاين مع تثبيت هذا الأمر عند اختيار العينة الضابطة.

وفيما يلي وصف لعينة الدراسة في ضوء المتغيرات المختلفة:

جدول (٢) يوضح حساب دلالة الفروق في السن

المتغير	مجموعة المتعرضين بشكل مباشر ن (١٣٠)		مجموعة المتعرضين بشكل غير مباشر ن (١٣٠)		قيمة ت	دلالتها
	م	ع	م	ع		
السن	٢٨.٩٥	٩.٧٦	٢٨.٤٠	٧.٧٧	٠.٥.٦	غير دالة

جدول (٣) وصف عينة الدراسة

المتغيرات		نوع التعرض للحادث الإرهابي أو النزاع المسلح (ن = ٢٦٠)		المجموع
		مباشر(ك = ١٣٠)	غير مباشر(ك= ١٣٠)	
النوع	ذكور	٦٥	٦٥	١٣٠
	إناث	٦٥	٦٥	١٣٠
الجنسية	مصري	٩٤	٩٤	١٨٨
	عراقي	٢٣	٢٣	٤٦
	سوري	١٣	١٣	٢٦
التعليم	متوسط	٨	٨	١٦
	جامعي	٨٣	٨٣	١٦٦

	دراسات عليا	٣٩	٣٩	٧٨
العمل	يعمل	٩٣	٩٣	١٨٦
	لا يعمل	٣٧	٣٧	٧٤
الديانة	مسلم	٩٦	٩٦	١٩٢
	مسيحي	٣٤	٣٤	٦٨
نوع الحادث	تفجير	٥	٥	١٠
	نزاع مسلح	٣٦	٣٦	٧٢
	تهجير قسري	٨٩	٨٩	١٧٨

٩-٣: أدوات الدراسة:

٩-٣-١: مقياس كرب ما بعد الصدمة Davidson Trauma Scale:

أعده كل من دافيدسون Davidson، وبوك Book، وكولكيت Colket ١٩٩٥، وقام بترجمته إلى البيئة العربية، والتحقق من صلاحيته السيكومترية عبد العزيز ثابت ٢٠٠٤. ويتكون المقياس من ١٧ فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: استعادة الخبرة الصادمة، وتجنب الخبرة الصادمة، والاستثارة، ويتم الإجابة على فقراته من خلال خمسة اختيارات متدرجة هي: أبدًا – نادرًا – أحيانًا – غالبًا – دائمًا. ولقد تم حساب الثبات بطريقتين معامل ألفا كرونباخ وبلغ ٠.٧٨، وطريقة التجزئة النصفية وبلغ ٠.٦١، كما تم استخدام صدق المجموعات المتناقضة للمقارنة بين مجموعتين أحدهما ظهرت عليها أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأخرى لم تظهر عليها الأعراض، وكانت قيمة (ت) ٩.٣٧ وهي دالة عند مستوى ٠.٠٠٠١. (عبدالعزيز ثابت،٢٠٠٧).

التحقق من الصدق والثبات في الدراسة الحالية:

تم استخدام معادلة ألفا – كرونباخ لحساب الثبات، كما تم حساب صدق التكوين الفرضي من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح بجدول(٤ – ٥).

حيث تؤكد أنستازي Anastasi ، وأوربينا Urbina أن درجة تجانس الاختبار تتعلق بقدر ما بصدق التكوين، حيث يحدد التجانس خصائص المجال السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار. (صفوت فرج، ٢٠٠٨، ٢٨٥)

جدول (٤)

معاملات الثبات مقياس دافيدسون في الدراسة الحالية

م	البعد	الثبات
١	استعادة الخبرة الصادمة	٠.٧٦٢**
٢	تجنب الخبرة الصادمة	٠.٧٧٩**
٣	الاستثارة	٠.٩١٨**
٤	الدرجة الكلية	٠.٩١٤**

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس دافيدسون

م	البعد	معامل الارتباط
١	استعادة الخبرة الصادمة	٠.٨٤٨**
٢	تجنب الخبرة الصادمة	٠.٩٤٦**
٣	الاستثارة	٠.٨٤٣**

٩-٣-٢: استبيان الميول الانتحارية:

ولقد أعده عبد الحفيظ معوشة ٢٠١٣. ويتكون المقياس من ٣٦ عبارة موزعة على ستة أبعاد هي: الخوف من الانتحار، مقاومة التفكير في الانتحار، الخوف من الاستنكار الاجتماعي، الرغبة في الانتحار، الاستعداد لتنفيذ الانتحار، التمسك بالحياة. ويتم الإجابة على فقراته من خلال خمس بدائل هي: غير موافق بشدة – غير موافق – محايد – موافق – موافق بشدة. ولقد تم حساب الصدق بطريقتين صدق المحكمين، وصدق التكوين الفرضي من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجات على العبارات والدرجة الكلية، وكانت جميع المعاملات دالة عند مستوى ٠.٠١، كما تم حساب الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ، وبلغ ٠.٨٧٢. (عبد الحفيظ معوشة ، ٢٠١٣).

التحقق من الصدق والثبات في الدراسة الحالية:

تم استخدام معادلة ألفا – كرونباخ لحساب الثبات، كما تم حساب صدق التكوين الفرضي من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح بالجدولين (٦ & ٧) كالتالي:

جدول (٦)

معاملات الثبات في الدراسة الحالية لاستبيان الميول الانتحارية

م	البعد	الثبات
١	الخوف من الانتحار	٠.٦٤٨**
٢	مقاومة التفكير في الانتحار	٠.٧٧٦**
٣	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	٠.٦٤١**
٤	الرغبة في الانتحار	٠.٨٨٢**
٥	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	٠.٧٢٠**
٦	التمسك بالحياة	٠.٨٢٣**
٧	الدرجة الكلية	٠.٩٢٢**

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان الميول الانتحارية

م	البعد	معامل الارتباط
١	الخوف من الانتحار	٠.٧٢٠**
٢	مقاومة التفكير في الانتحار	٠.٧٣٩**
٣	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	٠.٧٥٠**
٤	الرغبة في الانتحار	٠.٨٤٨**
٥	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	٠.٨٣١**
٦	التمسك بالحياة	٠.٧٥٢**

١٠: نتائج الدراسة ومناقشتها:

١٠-١: نتائج الفرض الأول ومناقشتها: ينص هذا الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية لدى ضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة". وللكشف عن دلالة العلاقة بين المتغيرين وأبعادهما الفرعية، استخدم الباحثان معامل ارتباط بيرسون، وجاءت النتائج تبعًا لما يتضح من جدول (٨).

جدول (٨) معاملات الارتباط بين أبعاد ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية

م	الميول الانتحارية	ضغط ما بعد الصدمة			
		استعادة الخبرة الصادمة	تجنب الخبرة الصادمة	الاستثارة	الدرجة الكلية
١	الخوف من الانتحار	٠.١٦٩	٠.٢٨٩**	٠.٤٩٩**	٠.٣٧٥**
٢	مقاومة التفكير في الانتحار	-٠.٠٥٥	-٠.٠٤٩	٠.١١٢	٠.٠٠٧
٣	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	٠.٣٥٣**	٠.٥٠٠**	٠.٥٧٣**	٠.٥٥١**
٤	الرغبة في الانتحار	٠.١٣٢	٠.٢٣٣	٠.١٤٨	٠.١٧١
٥	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	-٠.٠٥٤	٠.١٥٦	٠.٠٩٩	-٠.٠٤٦
٦	التمسك بالحياة	٠.١٥٨	٠.١٦٣	٠.٢٠٢*	٠.١٩٨*
٧	الدرجة الكلية	٠.٢١٨*	٠.١٨٨*	٠.٤١٣**	٠.٢٨٩**

أسفرت النتائج عن تحقق الفرض الأول جزئيًا، حيث نلاحظ اختلاف في العلاقات الارتباطية من حيث اتجاهها، ومستوى دلالتها، فلقد اتضح وجود علاقة ارتباطيه موجبة عند مستوى ٠.٠١ بين كل من استعادة الخبرة الصادمة، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، وبين تجنب الخبرة الصادمة، وكل من الخوف من الانتحار، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، ونفس الأمر كان في علاقة الاستثارة والدرجة الكلية لمقياس ضغط ما بعد الصدمة بكل من الخوف من الانتحار، والخوف من الاستنكار الاجتماعي، والدرجة الكلية للميول الانتحارية. كما يتضح وجود علاقة دالة عند مستوى ٠.٠٥ بين استعادة الخبرة الصدمية، تجنب الخبرة الصدمية، والدرجة الكلية للميول الانتحارية ، وكذلك بين الاستثارة، والتمسك بالحياة. ولم تصل باقي العلاقات إلى حدود الدلالة الإحصائية.

وبالنظر إلى قيم معاملات الارتباط كما كشفت عنها نتائج الدراسة نجد أن أعلي قيمة كانت في علاقة بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي بكل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لضغط ما بعد الصدمة، حيث جاءت قيمة معامل الارتباط مع الدرجة الكلية دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، وبلغت قيمته (٠.٥٥١) وهي أعلى قيمة بين باقي الارتباطات، يليها الخوف من الانتحار وبلغت قيمة معامل ارتباطه بالدرجة الكلية لضغط ما بعد الصدمة (٠.٣٧٥)، تليه الدرجة الكلية للميول الانتحارية في علاقتها بالدرجة الكلية لضغط ما بعد الصدمة، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما(٠.٢٨٩).

ويمكن تفسير نتائج الفرض الحالي في ضوء الدراسات السابقة والنظريات، على اعتبار وجود صلة قوية بين تشكل الميول الانتحارية من ناحية والاكتئاب من ناحية أخرى، وارتباط كلاهما بتعرض الفرد لصدمات أو ضغوط نفسية لا تحتمل، ومن ثم يكون أحد البدائل المقترحة للتخلص من هذه الضغوط هو التفكير في إنهاء الحياة، على الرغم من أن غالبية الأشخاص الذين تتشكل لديهم ميولًا انتحارية، لا يرغبون حقيقة في التنفيذ على أرض الواقع، لكنهم كما سبق الإشارة لا يستطيعون تحمل العيش مع الآثار اللاحقة لهذه الضغوط والصدمات.

ولقد سبق وأشرنا أيضًا إلى أن لجوء الشخص للتفكير في الانتحار وإنهاء حياته لا يأتي اعتباطًا أو وليد اللحظة، ولكنه عادة ما يأتي نتيجة لمرور الفرد بضغوط نفسية أو اجتماعية شديدة تفوق قدرته على احتمالها، والاكتئاب يعد على قائمة الضغوط المسببة لتشكل مثل هذه الأفكار والميول الانتحارية، إضافة إلى موت صديق أو أب أو شخص

عزيز، أو فقدان العمل أو فشل في إنجاز مهمة وكلها أمور وارد حدوثها في حالات الإرهاب والنزاعات المسلحة، علاوة على أن حوادث الإرهاب والنزاعات المسلحة هي ذاتها ضغوط شديدة تفوق احتمال كثير من الناس.

وهو الأمر الذي تؤكده نتائج دراسات كل من (Tam & Chiu,2011;Bamonti et al ,2014; Wook,&Hong,2015;Sun et al,2012; Cheatle, 2014) حول أن الاكتئاب يعد أحد المكونات الأساسية في تشكيل الأفكار والميول الانتحارية، وأن تقييم الأفكار الانتحارية يعد جزء أساسي من أي خطة علاجية ناجحة تتناول مرض الاكتئاب، وأن أعراض الاكتئاب ترتبط بالتفكير الانتحاري، وأي تناول للانتحار بعيدًا عن اضطراب الاكتئاب يعد تناولًا علميًا يشوبه كثير من العيوب المنهجية.

وتتفق نتيجة الفرض الراهن مع ما أسفرت عنه دراسة (James et al,2014)، التي هدفت إلى تقييم الحاجات النفسية والاجتماعية التي يعانيها السوريون اللاجئين بالأردن، حيث أشارت النتائج إلى أن (٢٦.٣%) من عينة الدراسة عبروا عن شعورهم باليأس لدرجة أنهم لم يعد لديهم رغبه في الحياة، بينما (١٨.٨%) عبروا عن شعورهم بأنهم لم يعودوا قادرين على تنفيذ نشاطات الحياة الضرورية بسبب مشاعر الخوف واليأس وعدم الاهتمام والانزعاج.

وهو ما تؤكده أيضًا نظرية التحليل النفسي في تفسيرها للسلوك الانتحاري، باعتباره حصيلة ونتيجة حتمية لوقوع الفرد تحت وطأة الغريزة أو انفعال عدائي يفشل في التعامل معه على نحو جيد، فينعكس ذلك على الذات ليقتلها (Uribe et al, 2017).

وفي حقيقة الأمر أن الإجهاد والخبرات القاسية التي يعانيها الفرد نتيجة التعرض للحوادث الصادمة من نواتج الإرهاب والنزاعات المسلحة، وما ينتج عنها من مشكلات نفسية واجتماعية، من شانها دفع الشخص نحو الانتحار كما يرى (Abram et al,2004)، كما أن الآثار النفسية والاجتماعية والمعرفية والبيولوجية لمثل هذه الأحداث المؤلمة معقدة ومتشابكة (Yehuda,2002؛ Ursano,2000؛ McEwan,2001) ، وبالتالي فأن الاستجابات السلوكية والنفسية التي تُرى في الحوادث الإرهابية والنزاعات المسلحة ليست عشوائية وكثيرًا ما يكون لها بنية متوقعة ودورة زمنية يمكن التنبؤ بها.

١٠-٢: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها: ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى طبيعة التعرض (مباشر – غير مباشر) لدى عينة الدراسة". وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحثان اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين متساويتين كما هو موضح من جدول (٩).

أسفرت النتائج عن تحقق الفرض الثاني جزئيًا، ففي متغير ضغط ما بعد الصدمة نلاحظ أن الفروق دالة في استعادة الخبرة الصادمة عند مستوى ٠.٠٥، وفي تجنب الخبرة الصادمة عند مستوى ٠.٠١ وكل منهما لصالح مجموعة التعرض المباشر. في حين لم تصل الاستثارة والدرجة الكلية إلى حدود الدلالة الإحصائية. ونفس الأمر تكرر في متغير الميول الانتحارية فقد كانت الفروق دالة في بعدي التمسك بالحياة عند مستوى ٠.٠١، والخوف من الاستنكار الاجتماعي عند مستوى ٠.٠٥ وذلك لصالح المتعرضين بشكل مباشر لأحداث التفجيرات الإرهابية والنزاعات المسلحة، ونفس الأمر – رغم عدم الدلالة – نلاحظه في كافة الأبعاد الأخرى بما فيها الدرجة الكلية، حيث كان اتجاه الفروق في الميول الانتحارية لصالح المتعرضين بشكل مباشر.

جدول (٩) يوضح حساب دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة تبعًا لطبيعة التعرض (مباشر – غير مباشر) على مقياسي ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية

المتغيرات	الأبعاد الفرعية	التعرض المباشر ن (١٣٠)		التعرض غير المباشر ن (١٣٠)		قيمة ت	دلالتها
		م	ع	م	ع		
ضغط ما بعد الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	٨.٧١	٤.٢٠	٧.٥٨	٥.٠٠	١.٩٦٠	٠.٠٥
	تجنب الخبرة الصادمة	١٢.٧٣	٦.٥٨	١٠.٤٣	٦.٣٥	٢.٨٧٧	٠.٠١
	الاستثارة	٩.٠٥	٥.٨٣	٩.٣٩	٦.٢٥	٠.٤٦٢	غير دالة
	الدرجة الكلية	٣٠.٤٩	١٤.٧٢	٢٧.٤٠	١٥.٦٨	١.٦٣٥	غير دالة
الميول الانتحارية	الخوف من الانتحار	١٣.٣٦	٤.١٩	١٢.٥٤	٣.٨٥	١.٦٤٩	غير دالة
	مقاومة التفكير في الانتحار	١١.٢٥	٣.٥٢	١١.١١	٣.٤٩	٠.٣١٩	غير دالة
	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	١١.٦٥	٤.٣٢	١٠.٤٦	٣.٨٧	٢.٣٣٠	٠.٠٥
	الرغبة في الانتحار	٩.٤٠	٤.٤١	٨.٦٧	٣.٥٤	١.٤٧٤	غير دالة
	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	٩.٥٤	٣.٦٢	٩.٤٧	٣.٢٢	٠.١٦٣	غير دالة
	التمسك بالحياة	١٢.٦٥	٤.٨٩	١١.٣٥	٤.٢٤	٢.٢٧٧	٠.٠١
	الدرجة الكلية	٥٤.٣٤	١٧.٣٦	٥١.٢٠	١٢.٥٤	١.٦٧١	غير دالة

وفي تفسير الباحثين لهذا الفرض نؤكد على أنه بلا أدنى شك أن الحروب والصراعات بأشكالها المختلفة تترك آثارًا نفسية شديدة على الأشخاص الذين يعيشونها، ولكن هذه التأثيرات تختلف من شخص لآخر وفقًا لمدى قربه أو بعده عن دائرة الصراع، ومدى الضرر الذي لحق به أو بأحد أقاربه، ولاشك أيضًا أن التعرض المباشر لهذه الأحداث مختلف في طبيعته عن التعرض غير المباشر، وفقًا للقول الدارج "**من سمع ليس كمن رأى**"، ومن ثم بالنظر لنتيجة الفرض الثاني نجد أن مجموعة ذوي التعرض المباشر كانت الفروق في جانبهم فيما يتعلق باستعادة الخبرة الصادمة وتجنبها. وهو الأمر الذي يترتب عليه بذل جهد كبير من الشخص لمحاولة تجنب الأفكار أو المشاعر أو التفاصيل المرتبطة بالحادث الصادم الذي تعرض له، كذلك الشعور بالانفصال عن العالم، وعدم القدرة على الانخراط في الحياة الاجتماعية بصورة طبيعية كما كانت في السابق، بمعنى أدق أن شخصية الفرد بعد الحادث ليس كما كانت قبله. وكذلك في بعدي استبيان الميول الانتحارية الخوف من الاستنكار الاجتماعي والتمسك بالحياة.

وتتفق نتائج الدراسة بشكل جزئي فيما يتعلق بوجود فروق دالة إحصائيًا بين بعدي استعادة الخبرة الصادمة، وتجنب الخبرة الصادمة باعتبارهما أحد أبعاد ضغط ما بعد الصدمة من ناحية، وطبيعة التعرض للحوادث الإرهابية أو النزاعات المسلحة من ناحية أخرى، في جانب مجموعة التعرض المباشر، مع ما جاءت به نتائج دراسة كل من

(Karunakara et al,2004) والتي أشارت إلى أن تعرض الأشخاص لمشاهد من العنف المسلح، ومشاهدة الأحداث الصادمة تعد مؤشرًا منبئًا باضطراب ما بعد الصدمة لديهم، كما تتفق النتائج أيضًا بشكل جزئي مع ما جاءت به نتائج دراسة (علي عكاشة،٢٠١٠)، والتي أظهرت ارتفاع معدلات اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين تعرضوا للعنف المباشر في ولاية أرمتا بالسودان. كذلك نتائج دراسة كل من(Klaric et al,2007)، والتي أسفرت نتائجها عن أن النساء اللواتي تعرضن بشكل مباشر لصدمة الحرب في البوسنة يعانين من أعرض ضغط ما بعد الصدمة.

كما تتفق النتائج مع ما أشار إليه كل من (Letourneau et al.,1999; Sadler et al.,2000; Perkonigg et al.,2009) ، فيما يتعلق بأن الأشخاص الذين يعرضون للأحداث الصادمة بشكل مباشر، يعانون من اضطرابات نفسية وجسمية لاحقة لها أكثر من أقرانهم العاديين. كما تتفق نتائج الفرض الثاني بشكل جزئي مع ما جاءت به نتائج دراسة كل من (Silver et al,2002)، والتي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أظهرت أن (١٧) من أفراد العينة الذين تعرضوا بشكل مباشر لأحداث الحادي عشر من سبتمبر يعانون من ضغط ما بعد الصدمة.

كما تتفق النتائج أيضًا مع نتائج دراسة العطراني (١٩٩٥)، والتي أسفرت عن أن نسب الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بلغت (٣٧%) لدى عينة الدراسة من الأشخاص أقارب ضحايا ملجأ العامرية في بغداد والذي تم قصفه من قبل القوات الأمريكية. كذلك دراسة (Badri et al, 2012)، والتي أجريت في السودان وأظهرت أن اضطراب ما بعد الصدمة مرتبط بدرجة كبيرة بتعرض الأفراد لصدمات الحرب.

كما اتضح من دراسة "هالة السراج" (٢٠١١) التأثر الشديد واستجابة الحزن والتوافق لدى الأطفال الذين فقدوا أقارب لهم من الدرجة الأولى أثناء الحرب على غزة تبعًا لدرجة القرابة، وكذلك التعرض لصدمات أخرى بجانب الفقدان، وكذلك وجود فقدان لأشخاص سابقين في حياة الأطفال وكذلك رؤية منظر القتل والأشلاء. أضف إلى ذلك أن اضطراب القلق العام، والاكتئاب، واضطرابات ما بعد الصدمة من أكثر هذه الاضطرابات النفسية انتشارًا لدى ضحايا الإرهاب (Orsouw,2012) .

أما فيما يتعلق بالدرجة الكلية وبعد الاستثارة، فتتعارض نتائج الدراسة الراهنة مع ما جاءت به نتائج دراسة كل من (Tufan et al, 2013) حول مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين والتي أسفرت عن أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة بلغت (٥٥.٢%). كما تتعارض النتائج أيضًا مع ما أشار إليه (Dubow et al., 2012) ، حيث يرى أن التعرض للنزاعات المسلحة في زمن الحروب يلحق الصدمة النفسية بمن يشهدونها. كذلك نتائج دراسة (Vazquez et al, 2006)، والتي أظهرت أن معدلات الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين تعرضوا بشكل مباشر لتفجيرات مدريد بلغ (١٣.٣%)، وأن هناك عوامل تؤدي دور مهم في تشكل الاضطراب من بينها مثل السكن بالقرب من مكان وقوع الهجمات أو تواجد الشخص بالمكان وقت حدوثها، وكذلك شدة الاستجابة الأولية للحدث.

ولكن هذا لا ينفي الآثار السلبية النفسية نتيجة التعرض المباشر للعمليات الإرهابية والعنف المسلح، ولكنه يؤكد على أهمية وخطورة تأثير التعرض غير المباشر خلال الفترة الراهنة من خلال وسائل الإعلام. فلقد أشارت العديد من الدراسات إلى خطورة تأثير وسائل الإعلام في تشكيل الاتجاهات أو تعبيرها عن قضايا مجتمعية بشكل متواري، من قبيل دراسة لاورنس (Lawrence,1997,163) عن دور وسائل الأعلام في تشكيل العنف داخل المجتمع، وأوضح الدور المباشر الذي يمكن أن تلعبه وسائل الإعلام في العنف بين الأشخاص والسلوك العنيف. كما أشارت دراسة طاهر (Tahir, 2010,4596) إلى أنه يمكن للسلطة أن تنشر أفكارها وتوجهاتها على نطاق واسع من خلال وسائل الأعلام نظرًا لدورها الحيوي كوسيلة للتأثير في المتلقين.

ومن هنا يمكن القول أن التعرض المباشر أكثر تأثيرًا من الناحية النفسية في كل من اضطراب ما بعد الصدمة والميول الانتحارية، إلا أنه لا يمكن أيضًا التقليل من الآثار الناتجة عن التعرض غير المباشر، وإن كان ما نلاحظه أن

التعرض المباشر له آثار انفعالية بدرجة أكبر، إلا أن التعرض غير المباشر آثاره معرفية بالأكثر، كما اتضح من نتائج الدراسة الحالية، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة.

١٠-٣: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها: ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى نوع الحادث (تفجير أو حادث إرهابي – نزاع مسلح – تهجير قسري أو غربة) لدى عينة الدراسة". وللتحقق من صحة الفرض الحالي استخدم الباحثان تحليل التباين المتعدد، واختبار شيفيه كما يتضح من جدولي (١٠) و(١١).

ويتضح من جدولي (١٠) و (١١) نتائج تحليل التباين واختبار شيفيه للكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد العينة في نوع الحادث الإرهابي. وأسفرت النتائج عن تحقق الفرض الثالث جزئيًا، حيث كانت الفروق في مقياس ضغط ما بعد الصدمة دالة في كافة الأبعاد والدرجة الكلية عند مستوى ٠.٠٥ فيما عدا بعد تجنب الخبرة الصادمة في اتجاه حادث التهجير أو الغربة، مما يشير إلى استمرار تأثير الصدمة نظرًا لاستمرار الحادث المؤلم. في حين لم تصل الفروق في استبيان الميول الانتحارية إلى حدود الدلالة الإحصائية.

جدول (١٠) يوضح حساب دلالة الفروق بين عينة الدراسة في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية تبعًا لنوع الحادث

المتغيرات	الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
ضغط ما بعد الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	بين المجموعات	٢	١٥٦.٥١	٧٨.٢٦	٣.٧٠٤*	تهجير قسري أو غربة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٤٢٩.٩٤	٢١.١٣		
		المجموع	٢٥٩	٥٥٨٦.٤٥	-------		
	تجنب الخبرة الصادمة	بين المجموعات	٢	٤٦.٣٩	٢٣.٢٠	٠.٦٣٦	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٩٣٧٢.١١	٣٦.٤٧		
		المجموع	٢٥٩	٩٤١٨.٥٠	-------		
	الاستثارة	بين المجموعات	٢	٣٨٩.٨٧	١٩٤.٩٣	٤.٦٦١*	تهجير قسري أو غربة
		داخل المجموعات	٢٥٧	١٠٧٤٧.٢٧	٤١.٨٢		
		المجموع	٢٥٩	١١١٣٧.١٤	-------		
	الدرجة الكلية	بين المجموعات	٢	١٥١٦.١٢	٧٥٨.٠٦١	٣.٣١٥*	تهجير قسري أو غربة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٨٧٦٤.٢٣	٢٢٨.٦٥٥		
		المجموع	٢٥٩	٦٠٢٨٠.٣٥	-------		
	الخوف من الانتحار	بين المجموعات	٢	٣.٣٢٠	١.٦٦٠	٠.١٠١	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤٢١٩.٠٣٠	١٦.٤١٦		
		المجموع	٢٥٩	٤٢٢٢.٣٥٠	-------		
	مقاومة التفكير في الانتحار	بين المجموعات	٢	٣٠.٢١١	١٥.١٠٥	١.٢٣٧	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٣١٣٧.٦٥١	١٢.٢٠٩		

الميول الانتحارية		المجموع	٢٥٩	٣١٦٧.٨٦٢	-------		
	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	بين المجموعات	٢	٢٤.٥٨٦	١٢.٢٩٣	٠.٧١٨	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤٤٠٢.٦٦٠	١٧.١٣١		
		المجموع	٢٥٩	٤٤٢٧.٢٤٦	-------		
	الرغبة في الانتحار	بين المجموعات	٢	٧.٦٠٣	٣.٨٠٢	٠.٢٣٦	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤١٤٧.٠٨٥	١٦.١٣٧		
		المجموع	٢٥٩	٤١٥٤.٦٨٨	-------		
	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	بين المجموعات	٢	١٨.٣٦١	٩.١٨٠	٠.٧٨٣	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٣٠١٢.٦٣٦	١١.٧٢٢		
		المجموع	٢٥٩	٣٠٣٠.٩٩٧	-------		
	التمسك بالحياة	بين المجموعات	٢	٧١.٩١٦	٣٥.٩٥٨	١.٦٩٩	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٤٣٨.٠٨٤	٢١.١٦٠		
		المجموع	٢٥٩	٥٥١٠	-------		
	الدرجة الكلية	بين المجموعات	٢	٢٦٣.٧٣٧	١٣١.٨٦٨	٠.٥٦٩	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٩٥٢٠.٤١٧	٢٣١.٥٩٧		
		المجموع	٢٥٩	٥٩٧٨٤.١٥٤	-------		

جدول (١١) نتائج اختبار شيفيه للفروق بين عينة الدراسة في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية تبعًا لنوع الحادث

المتغيرات	المتوسطات	البعد	الحادث	التفجيرات	النزاع المسلح	التهجير القسري
ضغط ما بعد الصدمة	٧.٦٩	استعادة الخبرة الصدمية	التفجيرات	-	٠.٩٥٠	٠.٠٣٠
	٧.٩٠		النزاع المسلح	٠.٩٥٠	-	٠.٠٩٤
	٩.٧١		التهجير القسري	٠.٠٣٠	٠.٠٩٤	-
	٨.٩١	تجنب الخبرة الصدمية	التفجيرات	-	٠.٩٥٠	٠.٥٣١
	٩.١٩		النزاع المسلح	٠.٩٥٠	-	٠.٧٣٩
	١٠.٠٤		التهجير القسري	٠.٥٣١	٠.٧٣٩	-
	١٠.٩١	الاستثارة	التفجيرات	-	٠.٩٨٣	٠.٠١٤
	١١.٠٩		النزاع المسلح	٠.٩٨٣	-	٠.٠٤٠
	١٤.٠٦		التهجير القسري	٠.٠١٤	٠.٠٤٠	-
	٢٧.٥١	الدرجة الكلية	التفجيرات	-	٠.٦٦٠	٦.٢٨
	٢٨.١٨		النزاع المسلح	٠.٦٦٠	-	٥.٦٢
	٣٣.٨٠		التهجير القسري	٦.٢٨	٥.٦٢	-
الميول الانتحارية	١٣.٠٥	الخوف من الانتحار	التفجيرات	-	٠.٩٠٥	٠.٩٨١
	١٢.٧٩		النزاع المسلح	٠.٩٠٥	-	٠.٩٨٥
	١٢.٩٢		التهجير القسري	٠.٩٨١	٠.٩٨٥	-
	١١.١٧	مقاومة التفكير في الانتحار	التفجيرات	-	٠.٧٥٧	٠.٥٦٦
	١٠.٧٩		النزاع المسلح	٠.٧٥٧	-	٠.٢٩٢
	١١.٧٨		التهجير القسري	٠.٥٦٦	٠.٢٩٢	-
	١١.٣٦	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	التفجيرات	-	٠.٥٧٠	٠.٦٨٦
	١٠.٧٣		النزاع المسلح	٠.٥٧٠	-	٠.٩٩٢
	١٠.٧٦		التهجير القسري	٠.٦٨٦	٠.٩٩٢	-
	٩.٠٧	الرغبة في الانتحار	التفجيرات	-	٠.٩٠٢	٠.٩٤٤
	٨.٨١		النزاع المسلح	٠.٩٠٢	-	٠.٧٩٨
	٩.٢٩		التهجير القسري	٠.٩٤٤	٠.٧٩٨	-

	٩.٣١	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	التفجيرات	-	٠.٩٣٩	٠.٤٥٩
	٩.٤٩		النزاع المسلح	٠.٩٣٩	-	٠.٦٨٩
	١٠.٠٢		التهجير القسري	٠.٤٥٩	٠.٦٨٩	-
	١٢.٥٢	التمسك بالحياة	التفجيرات	-	٠.٢٤٤	٠.٤٥٨
	١١.٤١		النزاع المسلح	٠.٢٤٤	-	٠.٩٨٢
	١١.٥٧		التهجير القسري	٠.٤٥٨	٠.٩٨٢	-
	٥٣.٤٢	الدرجة الكلية	التفجيرات	-	٠.٦٠٢	٠.٩٩٥
	٥١.٢٣		النزاع المسلح	٠.٦٠٢	-	٠.٧٢٥
	٥٣.٤٣		التهجير القسري	٠.٩٩٥	٠.٧٢٥	-

ويمكننا تفسير نتيجة الفرض الراهن في ضوء السياق الزمني للحادث الصادم، حيث أن التهجير القسري أو الغربة والذي يترتب عليه انتقال الشخص من مكان إلى آخر وعدم استقراره، إضافة إلى صعوبة الحياة في الغربة والتهجير، وربما أيضًا وقوعه ضحية للهجرات غير الشرعية، ومدى المخاطر التي يعانيها الشخص في اللجوء، لأنه في هذه الحالة سيكون من ضمن اللاجئين، كل هذه العوامل تدفعنا إلى تفسير نتيجة هذا الفرض تبعًا لاستمرار المعاناة والآثار اللاحقة للحادث، وهي نتيجة منطقية ومقبولة لأن الشخص يعتبر ما زال متأثرًا بالحدث الصدمي بشكل يومي، حيث يكون التهجير أو الغربة هي نتيجة الحدث الصدمي.

ناهيك عن المعاناة النفسية والجسدية والاجتماعية والاقتصادية التي يعانيها الشخص في التهجير أو اللجوء، والتي تؤدي دورًا كبيرًا أيضًا في استمرار أثر الحادث بدرجة عالية. كما أن معدلات انتشار الآلام المزمنة لاضطرابات الجهاز الهضمي، والجهاز التنفسي، وغيرها من الأمراض الجسمية مرتفعة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة بدرجة أكبر من غيرهم العاديين (Letourneau et al.,1999; Sadler et al.,2000; Perkonigg et al.,2009). كذلك معاناتهم من اضطرابات في النوم والخوف وتبلد المشاعر واضطرابات في الأكل والشعور بالندم والذنب وضعف التركيز، والفزع من الأصوات المرتفعة(Isserlin et al, 2008) .

وتتفق نتائج الفرض الراهن مع ما أسفرت عنه دراسة "يوجواك" (Uguak,2010)، التي هدفت إلى التعرف على مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النازحين في نيجيريا، وكشفت النتائج معاناة أفراد العينة من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة لما شهدوه من خبرات صادمة ومؤلمة مرتبطة بالتهجير والنزوح، كما تتفق أيضًا مع نتائج دراسة "توفان وآخرون" (Tufan et al, 2013)، حول مستوى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين في تركيا، حيث أسفرت النتائج عن أن نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة بلغت (٥٥.٢%)، بينما كانت العزلة الاجتماعية أكثر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة انتشارًا بنسبة بلغت (٩٧.٣%).

كما تتفق أيضًا مع نتائج دراسة "ماريان وآخرون" (Marianne et al,2014)، التي هدف إلى بحث مدى انتشار الضغوط والاضطرابات النفسية التي يعانيها اللاجئين لدى وصولهم الدول المضيفة، وأظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة، إضافة لمعاناتهم من القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بدرجات كبيرة.

وهو ما تتفق معه أيضًا نتائج دراسة " تول وكرومبر وثابا وجوردانز وشارما ودي جونج" (Tol et al, 2007)، والتي كشفت عن أن معدلات انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من الفارين من التعذيب في النيبال عددهم (٢٣٨)، قد تراوحت ما بين (٦٢ – ٩٢%)، مما يعني أن هناك أثر سلبي شديد للجوء والتهجير على الصحة النفسية للاجئين.

وتؤكد دراسات كل من (Bamonti et al ,2014); Sang et al,2015) (Sun,et al.2012) (Arean, et al., 2010); (Tam& Chiu ,2011); (Cheatle, 2014)؛ على أن الاكتئاب يعد أحد المكونات الأساسية في تشكيل الأفكار والميول الانتحارية، وأن تقييم الأفكار الانتحارية يعد جزء أساسي من أي خطة علاجية ناجحة تتناول مرض الاكتئاب، وأن أعراض الاكتئاب ترتبط بالتفكير الانتحاري، وأي تناول للانتحار بعيدًا عن اضطراب الاكتئاب يعد تناولًا علميًا يشوبه كثير من العيوب المنهجية. ومن ثم من الوارد أن يكون تفسير عدم وجود فروق دالة في الميول الانتحارية تبعًا لنوع الحادث أن ثمة آثار سلبية أخرى للحادث الصدمي تبعًا للدراسات التي تم الإشارة إليها سلفًا أن هناك أثار أخرى شديدة مرتبطة بالميول الانتحارية، كما أن الميول الانتحارية سلوك مركب وليس كل الناس لديهم استعداد له، خاصة وأن عينة الدراسة الحالية ليست عينة إكلينيكية.

١٠-٤: نتائج الفرض الرابع ومناقشتها: ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًا لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى النوع (ذكور – إناث)". وللتحقق من صحة الفرض استخدم الباحثان اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين متساويتين كما يتضح من جدول (١٢).

جدول (١٢) يوضح حساب دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة تبعًا للجنس على مقياسي ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية

المتغيرات	الأبعاد الفرعية	ذكور ن (١٣٠)		إناث ن (١٣٠)		قيمة ت	دلالتها
		م	ع	م	ع		
ضغط ما بعد الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	٧.٨٩	٤.٨٤	٨.٤٠	٤.٤٥	٠.٨٨١	غير دالة
	تجنب الخبرة الصادمة	١٠.٨٦	٦.٤٠	١٢.٣١	٦.٦٥	١.٧٥٦	غير دالة
	الاستثارة	٨.٣١	٦.٠٨	١٠.١٢	٥.٨٦	٢.٢٤٠	٠.٠٥
	الدرجة الكلية	٢٧.٠٧	١٥.٤٩	٣٠.٨٣	١٤.٨٤	١.٩٩٩	٠.٠٥
الميول الانتحارية	الخوف من الانتحار	١٢.٦٦	٣.٧٣	١٣.٢٤	٤.٣٢	١.٥٣	غير دالة
	مقاومة التفكير في الانتحار	١١.١٤	٣.٥١	١١.٢٢	٣.٥٠	٠.١٧٧	غير دالة
	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	٩.٠٣	٣.٢٦	٩.٩٧	٣.٥٢	٢.٢١٠	٠.٠٥
	الرغبة في الانتحار	٨.٦٢	٣.٨٣	٩.٤٥	٤.١٤	١.٦٩٤	غير دالة
	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	٨.٦٧	٤.٠١	١١.٤٢	٤.٢٤	١.٤٤٣	غير دالة
	التمسك بالحياة	١١.٧٨	٤.٢٥	١٢.٢١	٤.٩٦	٠.٧٥٢	غير دالة
	الدرجة الكلية	٥١.٣٤	١٤.٣٢	٥٤.٢٠	١٥.٩٤	١.٥٢٢	غير دالة

أسفرت النتائج عن تحقق الفرض الرابع جزئيًا، ففي متغير ضغط ما بعد الصدمة، نلاحظ أنه كانت الفروق دالة في الاستثارة والدرجة الكلية، وفي متغير الميول الانتحارية في بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي عند مستوى ٠.٠٥ وكل منها لصالح الإناث في حين لم تصل كافة الأبعاد الأخرى إلى حدود الدلالة الإحصائية وإن كان اتجاهها لصالح الإناث أيضًا.

ويمكن تفسير نتيجة الفرض الراهن في ضوء طبيعة البنية والتركيبة الشخصية للمرأة، والتي تحكمها العاطفة بشكل كبير، مما يصعب من فكرة تحملها للضغوط والصدمات النفسية اللاحقة على الحوادث والتفجيرات الإرهابية أو النزاعات المسلحة سواء كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر، فبالنظر للجدولين سواء في الدرجة الكلية أو الأبعاد

الفرعية نجد أن النتائج تميل في اتجاه المتوسط الأعلى وهو في جانب الإناث، مما يعني درجة التأثر والمعاناة لدى الإناث تفوق مثيلتها لدى الذكور، حتى وإن كانت غير دالة في بعض الأبعاد في المقياسين، لكنها تعطينا مؤشرات محتملة لاتجاه الدلالة، ربما ترجع هذه النتيجة أيضًا لطبيعة الدور المنوط به الذكور في حالات الحرب فبعضهم قد ينخرط في أعمال عسكرية، ويصبح مشاهدة الجثث والأشلاء أمر شبه متكرر، وكذلك طبيعة ثقافة المجتمعات العربية التي تنفر من الرجل ضعيف البنية الذي لا يقوى على تحمل الصعاب والشدائد، كلها أمور يمكننا في ضوءها تفسير أسباب معاناة الإناث بدرجة من الذكور فيما يتعلق بضغط ما بعد الصدمة.

وهي تفسيرات تتفق مع ما جاءت به دراسات كل من(Silver et al,2001)، العطراني،١٩٩٥؛ هالة السراج،٢٠١١) والتي أشارت نتائجها لارتفاع معدلات ضغط ما بعد الصدمة لدى الإناث ضحايا الحروب والنزاعات المسلحة بدرجة أكبر من الذكور، وهو ما أسفرت عنه أيضًا نتائج دراسة (Slewa et al, 2015)، والتي أشارت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث من اللاجئين العراقيين في الولايات المتحدة الأمريكية في ضغط ما بعد الصدمة ترجع إلى النوع وجاءت الفروق لجانب الإناث، كذلك أيضًا نتائج دراسة (الخواجة، ٢٠١٠)، والتي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيًا في ضغط ما بعد الصدمة ترجع إلى النوع، وجاءت في جانب الإناث.

بينما تتعارض النتائج الراهنة مع ما جاءت به دراسة كل من (عبد عساف و وائل أبوالحسن، ٢٠٠٧) والتي هدفت إلى الكشف عن آثار الضغوط النفسية الصدمية المترتبة على فعل الاجتياحات العسكرية الإسرائيلية لمخيم جنين، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في ضغط ما بعد الصدمة ترجع إلى النوع، كما تتعارض أيضًا مع ما أسفرت عنه دراسة (رياض صيدوم وعبدالعزيز ثابت،٢٠٠٧) على عينة من ضحايا ممارسات الاحتلال الإسرائيلي ، حيث أظهرت النتائج أن نسبة الطلبة الذكور الذين تعرضوا للصدمة النفسية بلغت (٥١.٤%)، بينما بلغت نسبة الإناث (٤٨.٦%)، كما أظهرت النتائج أن (٥٦.٤%) من الذكور لديهم خبرات صادمة شديدة، في حين بلغت نسبتها لدى الإناث (٢٤.٤%)، كما تتعارض النتائج أيضًا فيما يتعلق بالدرجة الكلية ودرجة بعد الاستثارة مع ما جاءت به نتائج دراسة (ريزان إبراهيم و هيوا جميل، ٢٠١٥)، والتي أشارت لعدم وجود فروق في ضغط ما بعد الصدمة لدى اللاجئين في أربيل العراق ترجع إلى النوع، علمًا بأن هذه النتائج تتفق بشكل جزئي مع ما أسفرت عنه الدراسة الراهنة فيما يتعلق ببعدي تجنب الخبرة الصادمة واستعادة الخبرة الصادمة.

أما فيما يتعلق بنتائج استبيان الميول الانتحارية نجد أن الدراسة الحالية تتفق مع دراسة "عبير شعبان" (٢٠٠٤) أن الفروق بين الذكور والإناث في متغير احتمالية التفكير الانتحاري لصالح الإناث، وكذلك دراسة "هالة السراج" (٢٠١١) والتي أسفرت عن أن استجابة الحزن لدى الإناث كانت أعلى منها لدى الذكور.

وعلى الرغم مما تؤكده الإحصائيات أن معدلات الانتحار التي يتم تنفيذها أو المتمم أعلى لدى الذكور عن الإناث إلا أنه رغم ذلك تتباين النسب بين البلدان، ولكن الجدير بالذكر بشدة أن الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار دون تنفيذ فعلي هي الأعلى لدى الإناث في معظم بلدان العالم، أكثر من مرتين شيوعًا لدى الإناث مقارنة بالذكور (Jans et al, 2012) ، ولقد كان بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي هو البعد الوحيد الدال، ويتفق هذا مع الواقع الاجتماعي العربي أيضًا، حيث تتحمل المرأة وصمة التعرض للحوادث الإرهابية وويلات الحروب بشكل أكبر نسبيًا عن الذكور.

فعلى الرغم من أن النساء لا يشاركن في الحروب في معظم الأحيان، إلا أنهن يتعرضن للعنف بأنواعه المختلفة لأنهن نساء، فهن يتعرضن للمتاجرة وإجبارهن على ممارسة الدعارة والاستغلال والاغتصاب والتعذيب والخطف الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهن بفيروس نقص المناعة والحمل القسري، وتظهر العديد من الدراسات بأن العنف الأسري يزداد في ظل النزاعات المسلحة. أضف إلى ذلك أن المرأة في مناطق النزاع أكثر عرضة للإحباط والاضطراب النفسي وعدم الشعور بالأمن. (هيفاء أبو غزالة، ٢٠١٢، ٦١-٦٤).

١٠-٥: نتائج الفرض الخامس ومناقشتها: ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًا لدى عينة الدراسة في كل من ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية ترجع إلى مدة التعرض (أقل من عام – من عام لثلاثة أعوام – أكثر من ثلاثة أعوام)". وللكشف عن دلالة الفروق استخدم الباحثان تحليل التباين المتعدد، واختبار شيفيه وجاءت النتائج كما يتضح من جدولي (١٣) و(١٤):

جدول (١٣) يوضح حساب دلالة الفروق بين عينة الدراسة في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية تبعًا إلى مدة الحادث

المتغيرات	الأبعاد الفرعية	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	اتجاه الفروق
ضغط ما بعد الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	بين المجموعات	٢	٧٨.٧٨٢	٣٩.٣٩١	١.٨٣٨	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٥٠٧.٦٦٤	٢١.٤٣١		
		المجموع	٢٥٩	٥٥٨٦.٤٤٦	-------		
	تجنب الخبرة الصادمة	بين المجموعات	٢	٢٩٥.٠٨٩	١٤٧.٥٤٥	٣.٤٩٧*	أقل من عام
		داخل المجموعات	٢٥٧	١٠٨٤٢.٠٤٩	٤٢.١٨٧		
		المجموع	٢٥٩	١١١٣٧.١٣٨	-------		
	الاستثارة	بين المجموعات	٢	٥.٧٢٠	٢.٨٦٠	٠.٠٧٨	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٩٤١٢.٧٨٤	٣٦.٦٢٦		
		المجموع	٢٥٩	٩٤١٨.٥٠٤	-------		
	الدرجة الكلية	بين المجموعات	٢	٦٣١.٧٠٩	٣١٥.٨٥٥	١.٣٦١	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٩٦٤٨.٦٤١	٢٣٢.٠٩٦		
		المجموع	٢٥٩	٦٠٢٨٠.٣٥٠	-------		
الميول الانتحارية	الخوف من الانتحار	بين المجموعات	٢	١٤.٧٨٠	٧.٣٩٠	٠.٤٥١	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤٢٠٧.٥٧٠	١٦.٣٧٢		
		المجموع	٢٥٩	٤٢٢٢.٣٥٠	-------		
	مقاومة التفكير في الانتحار	بين المجموعات	٢	٢.٢٩٨	١.١٤٩	٠.٠٩٣	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٣١٦٥.٥٦٤	١٢.٣١٧		
		المجموع	٢٥٩	٣١٧٦.٨٦٢	-------		
	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	بين المجموعات	٢	١٠٤.٥٠٢	٥٢.٢٥١	٣.١٠٦*	أكثر من ثلاثة أعوام
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤٣٢٢.٧٤٤	١٦.٨٢٠		
		المجموع	٢٥٩	٤٤٢٧.٢٤٦	-------		
	الرغبة في الانتحار	بين المجموعات	٢	٣١.٢٣٦	١٥.٦١٨	٠.٩٧٣	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٤١٢٣.٤٥٣	١٦.٠٤٥		
		المجموع	٢٥٩	٤١٥٤.٦٨٨	-------		
	الاستعداد لتنفيذ الانتحار	بين المجموعات	٢	٢.١٥٣	١.٠٧٧	٠.٠٩١	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٣٠٢٨.٨٤٣	١١.٧٨٥		
		المجموع	٢٥٩	٣٠٣٠.٩٩٦	-------		
	التمسك	بين المجموعات	٢	٧٥.٨٤٦	٣٧.٩٢٣	١.٧٩٤	غير دالة

	بالحياة	داخل المجموعات	٢٥٧	٥٤٣٤.١٥٤	٢١.١٤٥		
		المجموع	٢٥٩	٥٥١٠	-------		
	الدرجة الكلية	بين المجموعات	٢	٥١٣.٥٩٥	٢٥٦.٧٩٨	١.١١٣	غير دالة
		داخل المجموعات	٢٥٧	٥٩٢٧٠.٥٥٨	٢٣٠.٦٢٥		
		المجموع	٢٥٩	٥٩٧٨٤.١٥٤	٧.٣٩٠		

جدول (١٤) نتائج اختبار شيفيه للفروق بين عينة الدراسة في مستوى ضغط ما بعد الصدمة والميول الانتحارية تبعًا لمدة الحادث

المتغيرات	المتوسطات	البعد	المدة	أقل من عام	من عام إلى ثلاثة أعوام	أكثر من ثلاثة أعوام
ضغط ما بعد الصدمة	٨.٨٢	استعادة الخبرة الصدمية	أقل من عام	-	٠.٧٢٧	٠.١٣٩
	٨.٢٥		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٧٢٧	-	٠.٥٨٦
	٧.٥٤		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.١٣٩	٠.٥٨٦	-
	١٢.٩٣	تجنب الخبرة الصدمية	أقل من عام	-	٠.٤٨٠	٠.٠٢٤
	١١.٧١		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٤٨٠	-	٠.٤٢١
	١٠.٤٤		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٠٢٤	٠.٤٢١	-
	٨.٩٩	الاستثارة	أقل من عام	-	٠.٩٦٥	٠.٩٩٠
	٩.٢٤		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩٦٥	-	٠.٩١٨
	٩.٣٦		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٩٩٠	٠.٩١٨	-
	٢٧.٣٤	الدرجة الكلية	أقل من عام	-	٠.٦٨٧	٠.٢٢٧
	٢٨.٩٤		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٦٨٧	-	٠.٧٧٦
	٣٠.٩٩		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٢٢٧	٠.٧٧٦	-
الميول الانتحارية	١٢.٦٨	الخوف من الانتحار	أقل من عام	-	٠.٩٦٤	٠.٦٢٧
	١٢.٨٥		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩٦٤	-	٠.٨٢٥
	١٣.٢٢		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٦٢٧	٠.٨٢٥	-
	١١.٠٧	مقاومة التفكير في الانتحار	أقل من عام	-	٠.٩٨٢	٠.٩٠٣
	١١.١٩		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩٨٢	-	٠.٩٧٥
	١١.٢٩		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٩٠٣	٠.٩٧٥	-
	١٠.٣٤	الخوف من الاستنكار الاجتماعي	أقل من عام	-	٠.٨٥٥	٠.١٥٧
	١٠.٦٩		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٨٥٥	-	٠.٠٥٩
	١١.٧٩		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.١٥٧	٠.٠٥٩	-
	٨.٧٢	الرغبة في الانتحار	أقل من عام	-	٠.٩٩٧	٠.٤٦٩
	٨.٧٦		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩٩٧	-	٠.٤٧١
	٩.٤٥		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٤٦٩	٠.٤٧١	-
	٩.٣٥	الاستعداد لتنفيذ	أقل من عام	-	٠.٩١٦	٠.٩٩١

	٩.٥٤	الانتحار	من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩١٦	-	٠.٩٣٣
	٩.٥٧		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٩٩١	٠.٩٣٣	-
	١١.٣٣	التمسك بالحياة	أقل من عام	-	٠.٧١٧	٠.١٤٥
	١١.٩١		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٧١٧	-	٠.٦١٠
	١٢.٥٩		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.١٤٥	٠.٦١٠	-
	٥١.٥١	الدرجة الكلية	أقل من عام	-	٠.٩٩٨	٠.٤١٧
	٥١.٦٦		من عام إلى ثلاثة أعوام	٠.٩٩٨	-	٠.٤٢٧
	٥٤.٤٥		أكثر من ثلاثة أعوام	٠.٤١٧	٠.٤٢٧	-

ويتضح من جدولي (١٣) و (١٤) نتائج تحليل التباين واختبار شيفيه للكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد العينة في مدة الحادث أي الفترة الزمنية بين وقوع الحادث وتطبيق أدوات الدراسة. وأسفرت النتائج عن تحقق الفرض الخامس جزئيًا، حيث كانت الفروق في متغير ضغط ما بعد الصدمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ في بعد تجنب الخبرة الصادمة في اتجاه أقل من عام. وفي استبيان الميول الانتحارية عند مستوى ٠.٠٥ في بعد الخوف من الاستنكار الاجتماعي في اتجاه أكثر من ثلاثة أعوام، في حين لم تصل بقية الأبعاد في المقياسين إلى حدود الدلالة الإحصائية.

ونلاحظ فيما يتعلق بمتغير ضغط ما بعد الصدمة أن الفروق غير دالة في الدرجة الكلية، وكذلك درجة الأبعاد الفرعية، فيما عدا بعد تجنب الخبرة الصادمة فقد جاءت الفروق دالة عند مستوى (٠.٠٥)، في اتجاه الفترة الزمنية أقل من عام. ويمكننا تفسير نتيجة الفرض الحالي في إطار السياق الزمني للأحداث، فالفترة الزمنية الأقل من عام غير كافية ليستطيع الشخص المتعرض للحادث الضاغط أو الصادم أن يتأقلم مع الآثار النفسية المترتبة على الحادث، أو ينسى ما حدث، خاصة إذا كان هناك ضحايا من الأقارب أو الأسرة فالأمر ربما يستمر لسنوات، لكن خلال الشهور الأولى للحادث فإن الفرد عادة ما يجاهد لتجنب كل ما يتعلق بالحادث الصادم، فهي الفترة الأكثر شدة بعد التعرض للصدمة.

حيث أن أعراض التجنب من بين الأعراض الشائعة في الأيام والأسابيع الأولى بعد التعرض لحدث صدمي، وتقل شدة هذه الأعراض تدريجيًا. ومن بين أعراض التجنب تجنب الأماكن والأفكار والحوارات والأشخاص ذات الصلة بالحدث الصدمي، ووجود صعوبات في تذكر بعض جوانب الحدث، وفقد الاهتمام بأنشطة الحياة التي كانت تعد فيما مضى ممتعة ومرغوب فيها للفرد، والشعور بالعزلة عن الآخرين، والشعور بالذهول (McKay& Lisa, 2007) .

ويمكن القول بأن أعراض الحادث المتمثلة في التجنب يمكن أن تتغير مع الزمن، حيث تلعب الحالة النفسية للفرد دورًا مهمًا في ذلك، لأن الأعراض ربما تكون في حالة كمون فقط، وهذا لا يعني اختفاء ظهورها، لكنها قد تعاود الظهور مرة أخرى بعد فترة، وتختلف المدة الزمنية لظهور الأعراض حسب البنية الشخصية، وكذلك حسب شدة الحادث الذي يتعرض له الفرد. ولا نغفل أيضًا أن البعض قد يلجأ إلى الإنكار كوسيلة توافقية مما قد يترتب عليه عدم ظهور للأعراض.

أما فيما يتعلق باستبيان الميول الانتحارية، فقد كان الخوف من الاستنكار الاجتماعي مستمر تبعًا لعينة الدراسة في المدة الأكثر من ثلاثة أعوام. وتتفق هذه النتيجة مع تفسيرات الفروض السابقة في البحث الحالي، فمثلًا كما أتضح سلفًا من النتائج أن أكثر حدث صدمي مؤثر كان التهجير القسري أو الغربة بسبب ظروف الحروب والنزاعات المختلفة.

فالشخص الذي ابتعد عن وطنه نتيجة الظروف الصادمة، نجد أنه ما أن يجد نوعاً مستقرًا من اللجوء وما أن يبدأ عملية إعادة التوطين. سرعان ما يبدأ تأثره بالمشكلات الجديدة التي تواجه عموم السكان في المجتمع الجديد، بل أن هذه المشكلات تحتل الأولوية بالإضافة إلى المشكلات السابقة. أضف إلى ذلك

اختلاف ثقافة المجتمع ولغته في بعض الأحيان، وعدم معرفة مصير سلامة الأحباب في الديار واستعادة الوضع الاجتماعي المشابه للوضع الذي كان يحظى به في بلده الأصلي. فقد تبين أن كل هذه المسائل تتسبب في مزيد من الآلام النفسية (Buckley, 2013).

١١: التوصيات

في ضوء أهداف الدراسة وما توصلت له من نتائج، يمكن وضع عددًا من التوصيات، هي:

١١-١: تصميم برامج إرشادية وعلاجية من أجل الدعم النفسي لضحايا الإرهاب والنزعات المسلحة.

١١-٢: تسهيل السبل التي تتيح حياة كريمة لكل من تم تهجيرهم بسبب ظروف العنف المسلح.

١١-٣: حث وسائل الإعلام على التنويه بمنع فئات معينة تبعًا لأعمارهم أو حالاتهم النفسية من مشاهدة أحداث الإرهاب والعنف المسلح، حتى لا يحدث أي ضرر نفسي نتيجة التعرض لمثل هذه المشاهد.

١٢: البحوث المقترحة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يقترح الباحثان البحوث الآتية:

١٢-١: دراسة الآثار النفسية الناتجة من أحداث العنف المسلح والحروب على الأطفال والمراهقين.

١٢-٢: تصميم برنامج علاجي للدعم النفسي لضحايا الإرهاب والنزاعات المسلحة.

١٣: المراجع

١- إبراهيم المغربي(٢٠١٥). الانتحار: رؤية تكاملية. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٢- أحلام قدوري(٢٠١٦). رسالة العجز المتعلم وعلاقته بالأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة، (جامعة قاصدي مرباح ورقلة)، الجزائر.

٣- آمنة العكاشي (٢٠٠٦). مظاهر ضغوط الحياة والاكتئاب واليأس وعلاقتها بتصور الانتحار لدى طالبات الثانوية المتخصصة بشعب المرقب. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المرقب، كلية الآداب والعلوم الانسانية.

٤- آيات القضاة وقاسم سمور (٢٠١٦). مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين المقيمين بالأردن. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة اليرموك.

٥- حسام محمود(٢٠١٣). حماية المدنيين في زمن النزاعات المسلحة الدولية – العراق أنموذجًا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الحقوق، جامعة النهرين، العراق.

٦- رياض صيدوم وعبدالعزيز ثابت (٢٠٠٧). الصدمات النفسية وأثرها على الصحة النفسية للطلبة. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (١٣)، ٥-١٦.

٧- ريزان إبراهيم و هيوا جميل(٢٠١٥). أعراض اضطراب الشدة ما بعد الصدمة وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى اللاجئين السوريين في مدينة أربيل. مجلة جامعة صلاح الدين، ١٩(٢)، ٤٩- ٦٨.

٨- سامر رضوان (٢٠٠٩)الصحة النفسيه ، دار المسيرة للنشر، عمان .

٩- سفيان أبو نجيلة (٢٠٠١). مقالات في الشخصية والصحة النفسية. مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، غزة.

١٠- سليمان أبا الخيل (٢٠٠٥). حماية ضحايا الحروب في الشريعة الإسلامية. مجلة الدراسات الدبلوماسية، معهد الدراسات الدبلوماسية، ٢٠، ٧-٤٩.

١١- صادق الشمري وحنيني غازي(٢٠١٩). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة بابل للعلوم الإنسانية، ٢٧(١)، ٣٦ – ٥٩.

١٢- صفوت فرج (٢٠٠٨). القياس النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣- طارق حنا(٢٠١٦). اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات(الجنس – المستوى الاقتصادي – عدد الأحداث الصادمة) دراسة ميدانية في مدينة حمص، مجلة جامعة البعث، ٣٨(٤٩)، ١١- ٤٨.

١٤- طلعت حكيم(٢٠١٨). علم النفس الإعلامي رؤى معاصرة ودراسات تطبيقية. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٥- طيبة المختار وعلي هادي(٢٠٢٠). مفهوم النزاع المسلح الدولي وتدخل الدول غير الأطراف فيه. مجلة جامعة بابل، ٢٨(٦)، ٢٠٠ – ٢٠١٦.

١٦- عبد الحفيظ معوشة (٢٠١٣). الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب، دراسة ميدانية بدار الثقافة و دور الشباب بمدينة باتنة. رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر (بسكرة). الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

١٧- عبد العزيز ثابت(٢٠٠٧). دراسة تجريبية لمعرفة تأثير النشاطات اللامنهجية في المخيمات الصيفية على الصحة النفسية للأطفال في قطاع غزة. فلسطين : برنامج غزة للصحة النفسية.

١٨- عبد عساف و وائل أبو الحسن (٢٠٠٧). آثار الضغوط النفسية الصدمية المترتبة على فعل الاجتياحات العسكرية الإسرائيلية لمنطقة مخيم جنين : دراسة حالة تلاميذ الصفوف العليا من المرحلة الأساسية. مجلة جامعة الأزهر، سلسلة العلوم الإنسانية، ٩(١)، ٦٧-١٠٠.

١٩- عبير شعبان(٢٠٠٤). مخاطرة الانتحار وعلاقتها بالسمات الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.

٢٠- علاء المجالي ومروان ناصر (٢٠١٧). واقع الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من اللاجئين السوريين في الأردن. كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة، مجلة العلوم التربوية، ٤(١)، ٣٠١-٣٢١.

٢١- علي عكاشة (٢٠١٠). الصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات وسط الطفال والمراهقين بمعسكري أردمتا والرياض بمدينة الجينية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أفريقيا العالمية، دارفور، السوادن.

٢٢- فضل أبو هين (٢٠٠٦). الآثار النفسية الناجمة عن الأسر والتعذيب وعلاقتها بإستراتيجيات التوافق لدى أسرى قطاع غزة المحررين من السجون الإسرائيلية. رسالة ماجستير ، جامعة الأقصى، فلسطين.

٢٣- فضل محمد و عزة الطنبولي(٢٠١٦). الإرهاب الأسباب والدوافع. ضمن أعمال مؤتمر العلوم الاجتماعية والانسانية في مكافحة الإرهاب، كلية الأداب، جامعة بني سويف، ١٣ -١٤ نوفمبر، ص ص٤١٥-٤٣٦.

٢٤- فلسطين قطيط(٢٠٠٨). الاضطرابات النفسية لما بعد الصدمة لدى الأسرى المحررين في محافظات شمال الضفة الغربية خلال انتفاضة الأقصى، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القدس، فلسطين.

٢٥- كلثوم بلميهوب (٢٠١٢). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة. مجلة دراسات نفسية،(٧)، ٩ – ٢٠.

٢٦- ماهر عمر(٢٠٠٧). التعامل مع الصدمات النفسية، إصدارات أكاديمية ميتشيجان للدراسات النفسية.

٢٧- محمد إبراهيم عيد ؛ محمد عبد عساف ؛ أحمد السيد ؛ ، عماد الدين خميس الشبيري (٢٠١٥). أعراض ما بعد الصدمة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الأسيرات الفلسطينيات المحررات من سجون الاحتلال الإسرائيلي في محافظات شمال الضفة الغربية. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ٣٩(٣)، ٢٢٥- ٢٧٦.

٢٨- محمد كاتبي(٢٠١٥). أزمة الهوية وعلاقتها بالتصور الانتحاري لدى عينة من طلبة التعليم الثانوي في مدارس محافظة دمشق الرسمية، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، ١٣(٤)، ٦٥ – ٨٧.

٢٩- مها خطاطبة وجهاد علاء الدين (٢٠١٥). أثر الإرشاد الجمعي في خفض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وصعوبات التوافق الاجتماعي عند أطفال السوريين اللاجئين في الأردن. رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الأردن.

٣٠- النابغة فتحي ووهبة نورالدين(٢٠١٨). الاعتماد على الكحول كأحد أساليب المواجهة لدى مريض يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (دراسة حالة فردية). مجلة علم النفس، (١٧)، ١٢١- ١٤٤.

٣١- النابغة فتحي(٢٠١٦). من ضغوط الحياة اليومية إلى الهناء النفسي. القاهرة: دار غريب.

٣٢- نرجس اسمندر ؛ محمد درويش ؛ فؤاد صبيرة (٢٠١٣). بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع السوري. مجلة رابطة التربية الحديثة، ٦(١٨)، ٢٠٣- ٢٢٨.

٣٣- نسرين سليمان (٢٠١٥). الأفكار الانتحارية وعلاقتها بعوامل الخطر المرتبطة بالقلق والاكتئاب عند الشباب في المجتمع الفلسطيني. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية، جامعة القدس.

٣٤- هالة السراج (٢٠١١). استجابة الحزن والتوافق النفسي لدى الأطفال بعد الحرب الأخيرة على غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٣٥- هدى قناوي وحسن عبد المعطي(٢٠٠١).علم نفس النمو، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة- مصر.

٣٦- هيفاء أبو غزالة(٢٠١٢). الإستراتيجية الإقليمية حماية المرأة العربية الأمن والسلام. الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، منظمة المرأة العربية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، القاهرة.

٣٧- ياسر ثابت (٢٠١٢). شهقة اليائسين: الانتحار في العالم العربي. ط٢، دار التنوير، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

38- Abram, K, Teplin, L, Charles, D, Longworth, S, McClelland, G, & Dulcan, M. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in Juvenile Detention, Arch Gen Psychiatry. 61(4): 403–410. doi:10.1001/archpsyc.61.4.403

39- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. New School Library, Washington, USA.

40- Areán., p.; Patrick, R.; Mackin, S.; Kanellopoulos, D.; McCulloch, C.; &Alexopoulos, G. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. ***Am J Psychiatry***; 167(11): 391-139.

41- Badri, A., Crutzen, R. & Van den Borne, H. (2012). Exposures to war related traumatic events and post-traumatic stress disorder symptoms among displaced Darfur female university students: An exploratory study. BMC Public Health, 12(603), 1-9.

42- Baker, A.; Thornton, L.; Hiles, L., &Lubman, D., (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. ***Journal of Affective Disorders***, (139), 217-229.

43- Bamonti, P; Price, E. & Fiske A. (2014). Depressive symptoms and suicide risk in older adults: Value placed on autonomy as a moderator for men not women. ***Suicide and Life-Threatening Behavior***, 44(2), 188-199.

44- Benedek, D., Ursano R., & Holloway, H.(2005). Military and disaster psychiatry: cIn: Sadock, B, Sadock, V, editors. Comprehensive textbook of psychiatry, vol. II. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

45- Bramness, J., Walby, F., Hjellvik, V., Selmer, R., &Tverdal, A. (2010). Self-reported mental health and its gender differences as a predictor of suicide in the middle-aged**.** ***American Journal of Epidemiology***, 172: 160-166.

46- Buckley, V. (2013). Psychiatric treatment with people displaced in or from fragile states. ***Forced Migration Review***, (43), 60-63

47- Cheatle, M. (2014). Assessing suicide risk in patients with chronic pain and depression. ***Journal of Family Practice***, 63(6, Suppl.), 1-11.

48- Conner ،Kenneth R.; Mccarthy ،Michael D.; Bajorska ،Alina; Caine ،Eric D.; Tu ،Xin M.; Knox ،Kerry L. (2012) Mood ،Anxiety ،And Substance-Use Disorders and Suicide Risk in A Military Population Cohort, ***Suicide And Life-Threatening Behavior*** ،42 (6). 699-708

49- Dennis, O., (2012) Commentary: Self-Harm in Adolescents--The Best Predictor of Death by Suicide. ***Journal of Child Psychology and Psychiatry*** ،53 (12). 1220-1221.
50- Dubow, Eric. F., Paul Boxer, L., Rowell Huesman, Simha Landau, Shiva Dvir, Khalil Shikaki and Jeremy Ginges. (2012). Cumulative effects of exposure to violence on posttraumatic stress in Palestinian and Israeli youth. ***Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology***, 41(6): 837-844.
51- Gelfand, M.; LaFree, G., Fahey, S.& Feinberg, E. (2013). Culture and Extremism. Journal of Social Issues, Vol. 69, No. 3, 2013, pp. 495-517.
52- Hawton K, &Heeringen K. (2009). Suicide. ***Lancet***; 373(9672).1372-1381.
53- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. ***Psychotherapy & Psychosomatics***, 80(6), 345-352.
54- Isserlin L., Zerach G., Solomon Z. (2008). Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. Am ***J Orthopsychiatry***; 78:423–429.
55- James, L., Sovcik, A., Garoff, F., & Abbasi, R. (2014). The mental health of Syrian refugee children and adolescents. ***Forced Migration Review***, 47, 42-44.
56- Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behavior. In Rey JM (ed) (2012) IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
57- Karunakara, U., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T., & Burnha, G., (2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. African Health Sciences. 4(2). 83-93.
58- Klaric, M., Klaric, B., Stevanovic, A., Grkovic, J., & Jonovska, S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. Croat Med J, 48(2),167-176.
59- LaFree, G., & Dugan, L. (2007). Introducing the global terrorism database. Terrorism and Political Violence, 19, 181–204.
60- Lanius, R.; Vermetten, E. & Pain, C., (2010). The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge, UK: Cambridge University Press,35-96.
61- Lawrence, R (1997). The influence of the media on the incidence of violence. ***Journal of Clinical Forensic Medicine***, Volume 4, Issue 4.
62- Lee M, Wong B, Chow B, &Mcbride C, (2006). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: perceptions of academic and family climates.Suicide and Life-Threatening Behavior 36(1). 82-96.
63- Letourneau, M.; Holmes, M, & Chasedunn- Rork, J., (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. ***Women's Health Issues*** 9(2): 115-120. DOI: 10.1016/S1049-3867(98)00031-0
64- Marchand, A; Boyer. R; Nadeau. C.; &Martin, M. (2010). Predictors of Posttraumatic Stress Disorders in Police Officers, Prospective Study, ***Studies and Research Projects***, R-786,2-45.
65- Marianne, J.; Melinda, A.; & Trond, H. (2014) Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. ***Clinical Practical & Epidemiology in Mental Health***; 10: 53–58.
66- Marshall, R; Olfson, M.; Hellman, F.; Blanco, C.; Guardino, M. &Struening, E. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. ***American Journal of Psychiatry,*** 158, 1467–1473.
67- McEwan, B. (2001). From molecules to mind: Stress individual differences and the social environment. ***Annals of the New York Academy of Science,*** 935, 42–49.
68- McKay, Lisa, (2007). Trauma and Critical Incident Care for Humanitarian Workers. Headington Institute, USA.

69- McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioral therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomized controlled trial. ***Journal of Child Psychology and Psychiatry***, 54 (11), 1231-1241.
70- Mghir,R.; Freed, W.; Raskin, A. & Katon, W.: (1995).Depression and Posttraumatic Stress Disorder among a community sample of adolescent and young adult afghan refugees .***Journal of Nervous and Mental Disease***, 189.24-30.
71- Morrison, J., (2014). DSM-5 made easy: the clinician's guide to diagnosis. A Division of Guilford Publications, Inc.
72- Oorsouw, A. v. (2012). Terrorism and depression: An Overview. Social Cosmos, 3.
73- Parra, I; Blasco, H; Garcia, G; Giro, M; Llorens, M; Cebria, A; de Leon, V; Perez-Sola V; Palao, D. (2013). Attempted and completed suicide: not what we expected. ***Journal of Affective Disorders*** ,150: 840-846.
74- Penven, James C.; Janosik,Steven M. (2012) Threat Assessment Teams: A Model for Coordinating the Institutional Response and Reducing Legal Liability When College Students Threaten Suicide , ***Journal of Student Affairs Research and Practice***,49 (3). 299-314
75- Perkonigg, A.; Owashi, T.; Stein, M.; Kirschbaum, C. & Wittchen, H. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and Obesity: Evidence for a Risk Association. ***American Journal of Preventive Medicine***, 36(1), 1-8.
76- Roberta, W.; Margot. I.; Anne. S.; Rebecca. H.; Joi. W.; Murray-S.; Norman, G., & Frederick. E (2012). Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment, Institute of Medicine of the National Sciences, Washington., www.nap.edu :20-68.
77- Rudd, D.; Alan L. Berman, Thomas E. Joiner Jr., Matthew K. Nock, Silverman, M; Mandrusiak, M; Kimberly V.& Witte, T. (2006). Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(3), 255-262.
78- Sadler, A.; Booth, B.; Nielson, D.& Doebbeling, B. (2000). Related Consequences of Physical and Sexual Violence: Women in the Military. ***Obstetrics and Gynecology*** 96(3): 473-480.DOI: 10.1016/S0029-7844(00)00919-4.
79- Sang, Y., & Jae, S., Hong (2015). Depressive symptoms and other risk factors predicting suicide in middle-aged men: a prospective cohort study among Korean Vietnam War veterans, ***peer journal review***, 2(3).
80- Schuster, M., Stein, B., Jaycox, L., Collins, L., Marshall, G., Elliot, M., & et al, .(2001). A national survey of stress reaction after the September 11, 2001, terrorist attacks. ***N Engl J Medd***, 345 (20), 1507-12.
81- Silver, R., Holman, E., Mclntosh, D, Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). National longitudinal study of psychological responses to September 11. ***JAMA***, 288 (10), 1235-1244.
82- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M., Heriseanu, A. & Hasan, T. (2015).A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in Western countries.***Journal of Immigrant & Minority Health,*** 17(4), 1231-1239.
83- Smith, M., Poschman, K., Cavaleri, M., Howell, H., & Yonkers, K. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. ***American Journal of Psychiatr***y, 163, 881–884.
84- Steven, S. (2012). Citation Classics In "Suicide and Life-Threatening Behavior ،***Suicide and Life-Threatening Behavior*** ،42 (6). 628-639
85- Sun, W., Xu, L., Chan, W., Lam, T., & Schooling, C., (2012). Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study, Soc Psychiatry.

86- Tahir, M (2010). Creation of ideology through the language of cinema: a feminist discourse study of media education. ***Procedia Social and Behavioral Sciences***, Volume 2.
87- The Institute for Economics & Peace (2019) Global Terrorism Index Measuring the Impact of Terrorism. Sydney. Available from: http://visionofhumanity.org/reports (Date May 20, 2020).
88- Tol, W., Komproe, I., Thapa, S. Jordans, M., Sharma, B. & De Jong, J. (2007). Disability associated with psychiatric symptoms among torture survivors in rural Nepal. ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 195 (6): 463-469.
89- Tufan, A.; Alkin, M., & Bosgelmez, S., (2013). Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. Nordic Journal of Psychiatry, 67:3, 219-224, DOI: 10.3109/08039488.2012.732113.
90- Uguak, U. (2010). The importance of psychological needs for the post-traumatic stress disorder (PTSD) and displaced children in schools**. *Journal of Instructional Psychology,*** 37(4), 340-351.
91- Ursano, R.& Fullerton, C. (2000). Posttraumatic stress disorder: Cerebellar regulation of psychological, interpersonal and biological responses to trauma? ***Psychiatry*** ،62 325–328.
92- Usarno, R.; Fullerton, C.; Norwood, A. (2003). Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions. Cambridge University Press.
93- Vazquez, C., Perez-Sales, P., Matt, G., (2006). Posttraumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. ***Span J Psychol***, 9 (1),61-74.
94- Wang, Mei-Chuan; Nyutu ،Pius N.; Tran ،Kimberly K. (2012) Coping ،Reasons for Living ،And Suicide in Black College Students ،***Journal of Counseling & Development*** ، 90 (4). 459-466
95- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. ***New England Journal of Medicine,*** 34, 108–114.

المواقع الإلكترونية:

٩٦- مكتب الأمم المتحدة لحقوق الانسان:
https://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.asp
x آخر إطلاع بتاريخ الاثنين ١٠ فبراير ٢٠٢٠ الساعة ١٠ مساءً.
٩٧- المفوضية السامية للأمم المتحدة لشئون اللاجئين: https://www.unhcr.org/ar/ آخر إطلاع بتاريخ الإثنين ١٠ فبراير ٢٠٢٠ الساعة ١١:٠٠ مساءً.