

أثر سوء معاملة الطفل في الطفولة في الإصابة بالاضطراب التحولي (دراسة مسحية بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم)

The effect of childhood maltreatment on transformational disorder (Survey study in psychiatric hospitals in Khartoum state)

الدكتورة/ سامية حجازي إدريس

دكتوراه الفلسفة في علم النفس، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، جمهورية السودان

Email: samia.higazi@gmail.com

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار درجات أبعاد سوء معاملة الطفل العاطفية والجسدية والجنسية في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة وسط المصابين بالاضطراب التحولي، وكذلك معرفة الفروق في سوء المعاملة لدى المصابين بالاضطراب التحولي، تبعاً للنوع (ذكر، أنثى) والقائم بالرعاية في فترة الطفولة.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتمثل مجتمع الدراسة من مرضى الاضطراب التحولي المترددين على مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم. بلغ حجم عينة الدراسة (50) حالة (36) أنثى (14) ذكراً، تم اختيارها عن طريق العينة الكلية وتمثلت أدوات الدراسة في استمارة المعلومات الأولية من إعداد الباحثة ومقياس سوء معاملة الطفل إعداد ديفيد برنيتشين (1995) ترجمة أحمد جمال ماضي وعادل محمد الدسوقي، وموجهات تشخيص الاضطراب التحولي حسب الدليل التشخيصي وإحصائي الرابع (1994).

استخدمت الباحثة المعالجات الإحصائية التالفة (SPSS) في: معامل ارتباط بيرسون، معامل تحليل التباين (الفا كرونباخ) لتحديد الثبات، مربع (كا)، اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: تنتشر درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة وسط المصابين بالاضطراب التحولي بدرجات متباينة،

لا توجد علاقة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) ونوع الاضطراب التحولي، توجد فروق دالة احصائياً في كل من سوء المعاملة العاطفية والجسدية والجنسية بين الإناث والذكور لصالح الإناث، بينما وجدت فروق دالة احصائياً في الإهمال العاطفي بين الإناث والذكور لصالح الذكور.
الكلمات المفتاحية: سوء معاملة، الطفولة، الاضطراب التحولي، الطب النفسي.

The effect of childhood maltreatment on transformational disorder (Survey study in psychiatric hospitals in Khartoum state)

Abstract

This study tries to investigate the prevalence of child abuse i.e. Emotional, Physical and sexual abuse that took place in medium and late childhood (6-12) years among the patients of conversion disorders. It also aims at investigating the difference in child abuse among patients of conversion disorder according to sex and caretaker in childhood.

The researcher used the descriptive method. The sample of the study comprises all patients of conversion disorder who visited the psychiatric hospital in Khartoum State during the period of data collection. The size of the sample is (50) patients, (36) females and (14) males.

As far as the tool of data collection that applied in this study is concerned it consists of two parts; part one is biographical form designed by the researcher, part two is the child abuse scale prepared by David Benstien (1995). Also the researcher used the Diagnostic Criteria of Conversion Disorders prepared by the American Psychiatric Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorder, 1994 (DSM.III), as a reference in diagnosing conversion disorder. The data manipulated by the computer, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), the following tests were applied: Pearson Correlation Coefficient. Variance Coefficient for Reliability (Alpha Cronpakh). Chi – Square. T-test. Percentages.

The analysis of the data reached the following results: The different dimensions of child abuse were found to be prevalent among conversion patients with variant degree. There is no significant statistical correlation between type of conversion disorder and the gender of the patient. There is a significant difference in the following dimensions of child abuse: emotional, physical and sexual between males and females in favor of females. Whereas, there is a significant statistical difference in emotional neglect between gender in favor of males.

Keywords: child abuse, childhood, transformational disorder, psychiatry.

1. المقدمة

تمهيد

تشكل الأسرة اللبنة الأولى للحياة الاجتماعية للطفل وتتمتع بأهمية وحيوية واجتماعية بالغة بحيث يرتبط وجود الإنسان ككائن اجتماعي بوجودها واستمرارها، ونموه المتكامل المتوازن باستقرارها، وللأسرة كغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى وظائف مختلفة ومتعددة منها الوظيفة البيولوجية والوظيفة الاجتماعية والوظيفة التربوية والوظيفة الدينية والأخلاقية والوظيفة الاقتصادية، فإذا نجحت الأسرة في أداء هذه الوظائف بالصورة السليمة فإنها ستؤثر بدرجة كبيرة على أداء المؤسسات الأخرى لوظائفها.

تعتبر الأسرة من أهم مؤسسات تربية وتنشئة الأطفال، ويأتي دور الأسرة هنا في رعاية الأكلال طوال فترة طفولتهم حيث تتميز بأنها أطول فترة طفولة بين الكائنا الحية، كما تعتبر الأسرة الوسيط الناقل للتراث الحضاري واللغة والدين والعادات والتقاليد والعقائد والمهارات والمعارف من جيل إلى جيل. وهي المسؤولة الأولى عن التربية الوجدانية للطفل وعن وضع اللبنة الأولى في التكوين العقلي والثقافي له، ويتشرب منها الطفل المثل الأخلاقية والقيم. وتعتمد سلوكيات الطفل مع المجتمع على نوع معاملة والديه له في الطفولة وعلى مدى اشباعه لحاجاته الأساسية والتي ذكرها ماسلو في تنظيمه الهرمي للدوافع الإنسانية كما ورد في محمد عماد الدين (1986) وهي دوافع تحقيق الذات ودوافع التقدير والتوفير ودوافع الحب ولانتماء ودوافع الأمن والدوافع الفسيولوجية.

وقد حدثت تغيرات جوهرية في بنية الأسرة تمثلت في تراجع دور الأسرة الممتدة وظهور الأسرة النووية، وفي ارتفاع معدلات الطلاق وانخفاض معدلات الزواج، وفي تعدد حالات سوء معاملة الأطفال بكل أنواعها. وهناك كثير من الأسر التي يعيش فيها الأب أو الأم وحيداً نتيجة لغياب الطرف الآخر،

أو يغيب فيها الطرفان معاً ويقوم أحد الأقارب برعاية الطفل، وذلك لأسباب عديدة: مثل وقوع الطلاق، وفاة أحد الوالدين أو الاثنين معاً، أو للهجرة داخل البلاد وخارجها، من الريف إلى المدينة ومن المدينة إلى الخارج. أو قد يعيش الأطفال في أسرة بها زوج (أم) أو زوجة (أب).

1.1. مشكلة الدراسة

غالباً ما يبدأ البحث العلمي بغموض يكتنف ظاهرة ما، والذي أثار الباحثة في هذا المجال يتعلق بانتشار سوء معاملة الطفولة وسط المصابين بالاضطراب التحولي حيث لاحظت الباحثة من خلال عملها كمعالج نفسي إن بعض المصابين بالاضطراب التحولي بأنواعه المختلفة (حسي وحركي ونوبات ومختلط) قد تعرضوا لسوء في المعاملة في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة وهذا من خلال جلسات العلاج النفسي لهؤلاء المصابين.

تعتبر مرحلة الطفولة الوسطى المتأخرة (6-12) سنة من أكثر المراحل أهمية في التكوين النفسي للطفل وبناء شخصيته، وهذا ما أكده فؤاد البهي السيد (1994) أن هذه المرحلة تعتبر من وجهة نظر النمو أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي، ويكون للطفل فيها مقدرة عالية على تذكر الخبرات وصدمات الطفولة. ولذلك عندما تتطوي هذه المرحلة على صعوبات ومشكلات وسوء في المعاملة العاطفية والجسدية والجنسية والإهمال العاطفي، يتوقع أن تتفاعل هذه الضغوط خصوصاً الأحداث الصدمية، بحيث تجعل الطفل أكثر استعداداً وتهيوأً لاضطراب التوازن مع الذات والمجتمع في المستقبل.

2.1. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:

- 1) معرفة مدى انتشار درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة وسط المصابين بالاضطراب التحولي والتي تتوقع الباحثة أن يساعد ذلك في توضيح حجم المشكلة ووضع الاستراتيجيات الشاملة للوقاية على مستوى وسائل التنشئة الاجتماعية المختلفة.
- 2) دراسة علاقة نوع المصاب (ذكر، أنثى) بالاضطراب التحولي ونوع الاضطراب التحولي.
- 3) معرفة الفروق الناتجة بين النوعين (ذكر، أنثى) في أبعاد سوء معاملة الطفل.
- 4) دراسة العلاقة بين سوء معاملة الطفل بأنواعها وبين القائم بالرعاية في الطفولة.
- 5) الوصول لإجابات علمية على الأسئلة المثارة في مشكلة الدراسة.

3.1. أهمية الدراسة:

- 1) تتمثل أهمية هذه الدراسة في أنها تمكننا من فهم العلاقة الوثيقة بين نوع معاملة الطفل وبين إصابته بالاضطراب التحولي
- 2) يمكن الاستفادة من هذه الدراسة في إرشاد وتوجيه القائمين على التربية وذلك بتوضيح الأسس التربوية السليمة.
- 3) مساعدة المتخصصين لرسم سياسات وقائية وتربوية واجتماعية لتجنيب الأطفال سوء المعاملة.
- 4) تزويد المكتبة العلمية السودانية بمثل هذا النوع من الدراسات لخلوها منها
- 5) استثارة الباحثين في التخصصات ذات الصلة لدفعهم للاهتمام بهذا النوع من الدراسات وذلك لأهميته القصوى.

4.1. حدود الدراسة:

فيما يلي توضيح حدود المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية

- 1) فمن حيث البعد الجغرافي تقتصر الدراسة في حدودها الجغرافية على ولاية الخرطوم.
- 2) أما من حيث المؤسسات العلاجية فتقتصر الدراسة على مرضى مستشفيات الطب النفسي الحكومية.
- 3) ومن حيث النوع تشمل كلا النوعين (ذكر، أنثى)
- 4) ومن حيث الفترة الزمنية تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في شهر ابريل للعام 2002 وتم إجراء الدراسة الميدانية النهائية خلال شهري مايو ويوليو 2002
- 5) ومن حيث نوع الاضطراب فإنها تشتمل على كل الحالات التي تعاني من الاضطراب التحولي بكل أنواعه.

5.1. فروض الدراسة:

- 1) تنتشر درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة وسط المصابين بالاضطراب التحولي بمستويات متباينة.
- 2) توجد علاقة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) بالاضطراب التحولي ونوع الاضطراب التحولي
- 3) توجد فروق في أبعاد سوء معاملة الطفل بين النوعين (ذكر، أنثى).
- 4) يختلف نوع سوء معاملة الطفل باختلاف القائم بالرعاية في الطفولة.

6.1. مصطلحات الدراسة:

يتم في هذا الجزء تعريف أهم المصطلحات الواردة في هذه الدراسة على النحو التالي: الطفولة الوسطى والمتأخرة وسوء معاملة الطفل والاضطراب التحولي

1- الطفولة الوسطى والمتأخرة:

هي إحدى مراحل النمو في الطفولة، وتبدأ من (6-12) سنة، ولها متطلبات وخصائص تميزها عن بقية مراحل الطفولة الأخرى

2- سوء معاملة الطفل Child abuse:

إن كلمة (abuse) لها عدة معاني:

- 1) جاء معنى كلمة (abuse) في القاموس الإعلامي (1991) بمعنى انتهاك حقوق الغير، استغلال.
 - 2) وأما في المعجم البلعكي (1995) فقد وردت بمعنى ظلم، شتم
- وقد عرفت جمعية منع وعلاج إساءة معاملة الطفل (1996) بالولايات المتحدة الأمريكية في القانون العام 104-235 القسم 111 كما يلي:
- "سوء معاملة الطفل وإهماله هو أي سلوك من جانب الوالدين أو القائمين على رعايته والذي ينتج عنه أذى بدني ونفسي وانفعالي حقيقي وربما ينتج عنه وفاة الطفل.
- أما التعريف الإجرائي لأبعاد سوء المعاملة فهي الدرجات التي يحرزها المفحوص في مقياس سوء معاملة الطفل الذي أعده ديفيد برينتشين 1995.

3- الاضطراب التحولي Conversion disorder:

عرف الفخري الدباغ (1989) ومحمود عبد الرحمة حمودة (1997) وأحمد عكاشة (1997) ومحمد السيد عبد الرحمن (2000) الاضطراب التحولي بأنه اضطراب ينتج عن تحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسدي، يكون له معناه الرمزي، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية (أي لا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه الهضوية وآلامه المختلفة)، ويفصل هذا السبب عن العرض ولا يستطيع المريض أن يربط بين الأعراض وظروفه البيئية.

4- مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم وهي

- أ) مستشفى التجاني الماحي
- ب) مستشفى الخرطوم قسم النفسية
- ج) مستشفى الخرطوم بحري للأمراض العصبية والنفسية

2. الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد:

تستعرض الباحثة في هذا الفصل المفاهيم الأساسية التي يدور حولها الإطار النظري وهي الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة، وسوء معاملة الطفل وإهماله، والاضطراب التحولي، ثم عرض الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية

وقد قسم هذا الفصل إلى المباحث التالية:

- المبحث الأول: الطفولة الوسطى والمتأخرة.
- المبحث الثاني: سوء معاملة الطفل وإهماله
- المبحث الثالث: الاضطراب التحولي
- المبحث الرابع: الدراسات السابقة.

المبحث الأول: الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة

تمهيد:

رأت الباحثة ضرورة التعرض بإيجاز لمرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة، ومتطلبات وخصائص النمو فيها لمعرفة مدى تأثير سوء معاملة الطفل بأنواعها المختلفة على النمو في هذه المرحلة. تتناول الباحثة في هذا المبحث الطفولة في مقدمة موجزة، والنمو الجسدي والنفسي والاجتماعي والمعرفي في الطفولة ثم متطلبات وخصائص النمو في الطفولة الوسطى والمتأخرة

مقدمة:

تمثل الطفولة أول فترة لحياة الإنسان، وهي مرحلة عمرية من دورة حياته تمتد من الميلاد وحتى المراهقة، وفيها تتكون أولى الخبرات، وأقوى التأثيرات في حياة الفرد ومزاجه الشخصي ومستقبل تفكيره وانفعالاته. لذلك تعتبر العناية بالطفل وتنشئته تنشئة متوازنة تخلو من أساليب سوء المعاملة بأنواعها المختلفة القاعدة الوطيدة التي يقوم عليها صرح نساته السليمة في مراحل نموه التالية

وقد أوضح عبد العزيز القوسي (1981) أن الطفولة مرحلة نمو مستمر للفرد في جميع النواحي وتنتم هذه المرحلة بالمرونة والقابلية للتربية والتعليم، وهي الوقت الذي يكتسب فيه الطفل العادات والمهارات والاتجاهات والاجتماعية والجسمية

النمو الجسدي والنفسي والاجتماعي والمعرفي في الطفولة:

عرف محمود عبد الرحمن حمودة (1998) النمو بأنه سلسلة من التغيرات التي تحدث بطريقة مرتبة ومتوقعة كنتيجة للنضج والخبرة. وهو ليس مجرد إضافات وتحسينات ولكنه عملية معقدة من تكامل عديد من التركيبات والوظائف. ويأخذ النمو طريقه بعلميتين متزامنتين. ومتناقضتين في نفس الوقت هما (البناء والهدم) بدءاً من لحظة الحمل إلى لحظة الوفاة. لكن في السنوات الأولى يكون البناء هو الغالب رغم حدوث الهدم معه في البداية. وبعد الوصول إلى قمة النضج ينعكس الأمر فتصبح الغلبة للهدم رغم استمرار النمو معه ويتبعه الهدم والضمور والضعف ويصور القرآن الكريم ذلك في قوله تعالى:

(الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة) "سورة الروم: الآية 54".

وقوله تعالى: (هو الذي خلقكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم يخرجكم طقلاً ثم لتبلغوا أشدكم ثم لتكونوا شيوخاً ومنكم من يتوفى من قبل ولتبلغوا أجلاً مسمى ولعلكم تعقلون) "سورة غافر: الآية 67".

وأوضح محمد رفقي عيسى (1981) أن عملية النمو عملية معقدة يصعب فهمها ولكن توجد نظريتان مختلفتان تفسران عملية النمو:

(أ) النظرية الأولى: الاستمرارية (النظرة المتصلة)

وتصف النمو على أنه تراكم خطي متصل وناشئ عن النمو البطيء من زيادة في عدد الخلايا والخبرات المعاشة.

(ب) النظرية الثانية: المرحلية: ويقوم افتراضها الأساسي على تقسيم النمو إلى مراحل أو مستويات، وتتميز كل مرحلة أو مستوى بتركيبة داخلي معين. وهنا يجدر بنا أن نميز بين النمو في الحجم والنضج إذ أن النمو في الحجم هو الزيادة في عدد الخلايا وحجمها وتجميع الخبرات من كل المصادر الخارجية والداخلية.

ورد في شايفر شارس وهوارلد هلمان (1996) أن مراحل النمو المتعددة تبدأ بما يلي:

(1) فترة حديثي الولادة:

هي أقصر فترة من فترات النمو خلال الحياة كلها، وتبدأ من لحظة الولادة وتصل إلى أسبوعين.

(2) مرحلة الرضاعة:

تبدأ بعد سن أسبوعين من عمر الطفل وتمتد حتى نهاية السنة الثانية من عمره.

(3) مرحلة الطفولة المبكرة (2-6) سنوات

تبدأ من سن العامين إلى ستة أعوام ويتوقع من الطفل إنجازات على كل المستويات الجسدية والنفسية والاجتماعية والمعرفية

(4) الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة

أوضح محمود عبد الرحمن حمودة (1998) بأن هذه المرحلة يسميها المربون بسن المدرسة الابتدائية وتبدأ من 6 إلى 12 سنة (أو البلوغ حيث أنها تنتهي بالبلوغ) ويسميها علماء النفس بعمر (الاندماج في مجموعة).

أما فرويد فيسميها مرحلة الكمون (Latency) وذلك لعدم بروز مناطق جسدية ترتبط بإشباعات الطفل، ففي المرحلة الأولى كان الفم وفي المرحلة الثانية كان الشرج وفي المرحلة الثالثة كان القضيب، أما في هذه المرحلة فلا ترتبط بمناطق جسدية بعينها.

ذكر محمد عماد الدين إسماعيل (1986) أن بعض العلماء قد قاموا (أمثال فرويد) بتقسيم مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة إلى

1- الكمون المبكرة (6-8 سنوات)

2- الكمون الأوسط (8-10 سنوات)

3- الكمون المتأخر (10-12 سنة)

أن الطفل في هذه المرحلة ينجز إنجازات مختلفة على المستويات التي تساعده في إستمرارية عملية النمو وأن هذه المرحلة لها خصائص ومتطلبات للنمو منها الجسدي والنفسي والعقلي والاجتماعي والمعرفي والفسولوجي والحسي والحركي واللغوي والإنفعالي والجنسي والديني والأخلاقي وكذلك نمو الذات، سوف تعرض الباحثة كل مرحلة على حده.

(1) النمو الجسدي

أوضح موسى وأبو ناهية (1997)، أن الطفل في هذه المرحلة يهتم بجسمه، وينمو لديه مفهوم الجسم ويؤثر في نمو شخصيته. ومن مظاهر النمو الجسمي تتعدل النسب الجسمية وتصبح قريبة الشبه بها عند الراشد وتستطيل الأطراف ويتزايد النمو العضلي وتكون العظام أقوى من ذي قبل ويزداد الطول وتزداد المهارات الجسمية التي تعتبر أساسياً لعضوية الجماعة ونشاطها الاجتماعي. وتبدو الفروق الفردية واضحة.

(2) النمو الفسيولوجي : أن النمو الفسيولوجي في هذه المرحلة يستمر في أطواره وخاصة في الجهاز العصبي وجهاز الغدد. ومن مظاهره يستمر ضغط الدم في تزايد بينما يكون معدل النبض في تناقص ويزداد تعقيد وظائف الجهاز العصبي وتزداد الوصلات بين الألياف العصبية، ولكن سرعة نموها تتناقص عن ذي قبل.

(3) النمو الحركي

أوضح محمد شعلان (1979) وحامد عبد السلام زهران (1980) أنه تعتبر هذه المرحلة مرحلة نشاط حركي واضح وتزداد فيها طاقة الطفل وقوته، وتزداد سرعة حركته وإمكانية التحكم فيها بدرجة أفضل وينمو التوافق الحركي وتزداد الكفاءة والمهارة اليدوية.

(4) النمو الحسي

يقول فؤاد البهي السيد (1994) يكاد يكتمل نمو الحواس في هذه المرحلة ويتطور الإدراك الحسي وخاصة إدراك الزمن والمدلولات الزمنية والتتابع الزمني للأحداث التاريخية وتزداد دقة السمع ويزيد طول البصر وتحسن الحاسة العضلية بإطراد حتى سن 12 سنة.

(5) النمو النفسي والعقلي:

يقول محمود عبد الرحمن حمودة (1998) نظرا لظهور الكبت في المرحلة السابقة مرحلة الطفولة المبكرة) وبروز التسامي وتفرغ الطفل التعلم سواء في المدرسة أو في غيرها وعدم ظهور غرائز لديه فإن (فرويد) أطلق على هذه المرحلة اسم (مرحلة الكمون) وعلى أي حال فإن الطفل في هذه المرحلة يكون نظراته تجاه نفسه ويصبح شخصاً مستقلاً (معتمداً على نفسه).

(6) النمو الاجتماعي:

يقول ملاك جرجس (1987) تطرد عملية التنشئة الاجتماعية في هذه المرحلة فيعرف الطفل المزيد من المعايير والقيم والاتجاهات الديمقراطية والضمير ومعاني الخطأ والصواب ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك. ومن مظاهر النمو الاجتماعي إزدياد إحتكاك الطفل بجماعات الكبار ويحاول اكتساب معاييرهم واتجاهاتهم ويحب الطفل صحبة والديه ويفخر بوالده.

(7) النمو الجنسي

يقول رشاد صالح الدمنهوري (1995) تعتبر هذه المرحلة مرحلة ما قبل البلوغ الجنسي، وإنها مرحلة ما قبل المراهقة، ولذلك يجب إعطاء النمو الجنسي عناية كبيرة. ومن أهم مظاهر النمو الجنسي أنه ما زال أكثر اهتمام الجنس كامناً أو موجهاً نحو نفس الجنس وقد تتجدد الأسئلة الخاصة بالولادة والجنس والجماع لكنها في مستوى أرقى.

(8) النمو الديني

ذكر أحمد زكي صالح (1992) أنه مع تقدم الطفل العمري وارتفاع مستواه العقلي يتجه الشعور الديني نحو البساطة والوحدة ويبعد عن الانفعالات ويقترّب من المنطق والعقل ويأخذ سلوك الطفل الديني وأداء الفرائض شكلاً اجتماعياً ويصبح الدين بذلك وسيلة من وسائل التوافق الاجتماعي.

(9) النمو الأخلاقي

يقول محمود عبد الرحمن حمودة (1998) في هذه المرحلة تظهر المشاعر الأخلاقية عند سن 8 سنوات أو أكثر. فالطفل بين السنة السادسة والسنة السابعة من عمره لديه بعض المشاعر الأخلاقية ولكنها تعتمد على وجود الوالدين .

(10) النمو الإنفعالي

تقول عزيزة سمارة وآخرون (1999) تعتبر هذه المرحلة مرحلة هضم للخبرات الإنفعالية السابقة ومرحلة استقرار وثبات إنفعالي، يتضح فيها ميل الطفل للمرح وتنمو لديه الاتجاهات الوجدانية ويحاط الطفل ببعض مصادر القلق ويستغرقه في أحلام اليقظة وتقل في هذه المرحلة مخاوف الطفل وتؤثر الضغوط الإنفعالية في النمو الإنفعالي له

(11) النمو المعرفي:

يقول محمود عبد الرحمن حمودة (1998) يسميها (بباجيه) مرحلة العمليات العيانية (7-11) سنة حيث تصبح العمليات العقلية مرنة ويصبح الطفل قادراً على تركيز إنتباهه على أكثر من جانب للموقف. ويصبح التفكير قابلاً للمراجعة لدرجة أنه يمكنه أن يعود لبداية العملية العقلية إذا رغب في تكرارها.

(12) نمو مفهوم الذات:

تقول نبيلة دعبول وآخرون (1992) يدرك الطفل في هذه المرحلة مدى تأثير الجماعة الذي يعزز مفهومه عن ذاته ويقوم الوالدان والمدرسون بدور مهم في نمو الذات لدى الطفل، وتنمو الذات الاجتماعية عن طريق عملية الامتصاص الاجتماعي ويزداد شعور الطفل بقيمته ويزداد الشعور بالحب والعطف والحنان ويسعى الطفل لتعزيز صورته في أعين الآخرين.

المبحث الثاني: سوء معاملة الطفل العاطفية والجسدية والجنسية

تمهيد

يتم في هذا المبحث إستعراض المفاهيم الأساسية التي تدور حولها أساليب المعاملة الوالدية، وسوء معاملة الطفل العاطفية والجسدية والجنسية والإهمال العاطفي، والتي تود أن تركز عليه الباحثة في هذا المبحث.

تعريف المعاملة الوالدية

تعريف أحمد عكاشة (1997) والذي أشار فيه إلى أنها الأسلوب الأمثل الذي يكفل للطفل تحقيق حاجات ومطالب النمو تحقيقاً سليمة، ويضمن له الوصول إلى أفضل مستوى من مستويات النمو الجسمي والنفسي والمعرفي والعقلي، ويحتاج إشباع تلك الحاجات إلى والدين يسرهما وجود الطفل ويفخران بدورهما كوالدين ويحيطان الطفل بالحب والرعاية.

أساليب المعاملة الوالدية

إن الأساليب والطرق التي يتبعها الوالدان في معاملة أبنائهم وتنشئتهم اجتماعياً تعد من أهم العوامل الأسرية المحددة لسلوك الطفل وتكوينه النفسي وكيفية مواجهته للآزمات. وأضاف كمال إبراهيم (1989) وحسان محمد (1991) إن أساليب التنشئة الاجتماعية التي ينتهجها الوالدان في تنشئة أبنائهم وتربيتهم تمثل أنماطاً ثابتة تعكس اتجاهات معينة في معاملتهم لأبنائهم في مختلف المواقف الحياتية

العوامل التي تؤدي إلى اختلاف أساليب المعاملة الوالدية

ذكر نبيل السالموط (1981) أن النسبية الثقافية بين المجتمعات والتي تتمثل في هوية المجتمع وتنجس في ثقافته وعاداته وقيمه ومعاييرها هي التي تحدد سلوك الأفراد. ويؤكد علماء النفس أن شخصية الفرد تنمو وتتطور من خلال الإطار الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه ويتكامل معه ؛ فالفرد يولد مزوداً باستعدادات جسمية وعصبية ونفسية تظهرها وتبلورها المؤثرات المختلفة من البيئة المادية والاجتماعية والثقافية وأهمها تلك التي تأتيه من بيئته الصغيرة التي ترعاه في سنواته الأولى، وهي الأسرة التي تتكون من خلالها شخصية الطفل وتنمو وتتطور.

المعاملة الوالدية في الإسلام:

افسلام بتعاليمه الراسخة القوية يأمر كل من كان في عنقه مسؤولية تربية الأطفال خاصة الوالدين أن يتحلوا بالرحمة والرفق ويحسنوا معاملة أبنائهم، حتى ينشأوا أسوياء ويشعروا أنهم ذوو تقدير واحترام.

قال تعالى: (يا أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة، وخلق منها زوجها وبث منهما رجالاً كثيراً ونساءً) "النساء الآية: 1".

ذكر محمد السيد سلطان (1997) ورناد الخطيب (1977) أن منهج الإسلام وتصوراته ومبادئه التربوية في التنشئة الاجتماعية هي الإطار الأساسي لتربية الإنسان. والتربية في الإسلام تعتمد على تنشئة الطفل وبناءه بناءً عقلياً وروحياً وجسماً ونفسياً.

كما كفل افسلام للطفل حقه في اسم حسن ليحميه من كل ما يهدد أمنه، ويعكس له رغبة الوالدين تجاهه، وقد أوصى الإسلام وأكد كثيراً وطالبنا باختيار الاسم الحسن لأطفالنا؛ فقد روى عن الرسول (ص) أنه قام بتغيير أسماء كثير من الأفراد الذين كانت لهم أسماء غير مقبولة في الجاهلية. وفي هذا الأمر قال رسول الله (ص) (إنكم تدعون يوم القيامة بأسمائكم فأحسنوا أسماءكم) رواه أبو داود في سننه.

فيما يلي استعراض لأساليب المعاملة الوالدية غير السوية التي تناولتها الباحثة في هذه الدراسة وهي:

سوء معاملة الطفل

Child Abuse أوضح هلث (Health) (1989) أن المفهوم السائد الذي يحصر سوء معاملة الطفل في جانب الإيذاء البدني فقط (الضرب) مفهوم محدود وقاصر وغير صحيح إذ أن مفهوم سوء معاملة الطفل يشمل التوبيخ واللوم والنقد غير الهادف والإهمال العاطفي وعدم التوجيه التربوي والأخلاقي ويشمل أيضاً سوء المعاملة الجنسية التي يتعرض لها الطفل.

عرف هارت (Hart) (1999) سوء معاملة الطفل هي كل فعل يؤثر على الطفل عاطفياً أو جسدياً أو جنسياً أو إهمالاً بمختلف الأنواع، يتمثل سوء معاملة الطفل في أربعة أنماط رئيسية هي:

معدلات وإحصائيات سوء معاملة الطفل. تذكر الباحثة أنه لا توجد أي إحصائيات دقيقة وواضحة وموثقة عن سوء معاملة الطفل وإهماله في السودان (مجتمع الدراسة) إلا أن ذلك لا ينفي عدم ممارسة أساليب سوء معاملة الطفل بكل أنواعها، ولخصت الباحثة بعض الإحصاءات العالمية التي رصدت حجم هذه المشكلة ومدى انتشارها فيما يلي:

أظهرت دراسة كرجتون ونويز (Creighton & Noyes) (1989) أن حالات سوء معاملة الطفل في إنجلترا في الفترة من 1985 – 1987، كان توزيعها كالاتي: 25% حالات سوء معاملة جسدية، 50% سوء معاملة عاطفية. 25% إهمال.

(1) سوء المعاملة العاطفية

أوضح شيري (Sherry) (1995) أن سوء المعاملة العاطفية هو اتجاه في السلوك يؤثر تأثيراً مباشراً في النمو النفسي والعاطفي للطفل ويعتبر سوء المعاملة العاطفية آخر الأنواع اكتشافاً ومع ذلك فهو الأكثر انتشاراً واقواها تدميراً.

أوضح كاربينو (Carbino) (1996) أن لسوء المعاملة العاطفية أشكالاً عديدة منها:

- أ. الرفض
- ب. التجاهل
- ج. الإرهاب
- د. العزل

(2) سوء المعاملة الجسدية

عرف فريدرش (Friedrich) (1994) أن سوء المعاملة الجسدية هو حدوث أذى بدني عمدي نتيجة استخدام الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل أساليب عنيفة وقاسية كالضرب والعض والرفس والحرق.

(3) سوء المعاملة الجنسية

يعرف كلارك (Clark) (1998) يعرف سوء المعاملة الجنسية بأنه إساءة استخدام الطفل جنسياً بقصد المتعة، وتترك هذه الممارسة أثراً عميقاً في نمو الطفل الصحي والجسدي والعاطفي والنفسي. أوضح جيلس وهاربو (Gells and Haripo) (1998) أن لسوء معاملة الطفل الجنسية أشكالاً عديدة ويمكن تلخيصها في الآتي:

أ. سوء المعاملة الجنسية غير الملموسة

ب. سوء المعاملة الجنسية الملموسة

ج. الفعل الجنسي

(4) الإهمال العاطفي:

عرف كافاناف (Kavanagh) (1994) الإهمال العاطفي للطفل هو فشل الوالدين أو القائمين على رعايته في إمداده بالحاجات الأساسية كالطعام والشراب والحماية والملبس والعلاج، وإهماله تربوياً ووجدانياً، ويأخذ إهمال الطفل العاطفي ثلاثة أشكال: الإهمال البدني، الإهمال التربوي، الإهمال الوجداني.

أ) الإهمال البدني

ب) الإهمال التربوي

ج) الإهمال الوجداني

المبحث الثالث: الاضطراب التحولي

تمهيد

تناقش الباحثة في هذا المبحث الاضطراب التحولي في توطئة تاريخية، ثم تعريف الاضطراب التحولي ومدى إنتشاره، وتصنيفه وتشخيصه إنتهاءً بالأسباب والمال والعلاج.

تعريف الاضطراب التحولي

يقول أحمد عكاشة (1986) كما ورد في محمد السيد عبد الرحمن (2000) تعد الحالة أنا (Anna) أشهر حالات الاضطراب التحولي، ويتضمن هذا الاضطراب تغيير أو فقدان أحد أعضاء الجسم وظيفته دون أن يرجع ذلك إلى عوامل فسيولوجية،

وقد استخدم مصطلح (تحويل) للإشارة إلى تحول القلق والصراع بعد كبتة إلى عرض عضوي أو جسمي ويكون ذلك بطريقة لاشعورية ؛ أي لا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة.

معدلات وإحصائيات الإضطراب التحويلي : بالرجوع إلى مكتب الإحصاء والبحوث بوزارة الصحة الاتحادية، لم يتوفر للباحثة أي إحصاءات منفصلة عن معدل الإضطراب التحويلي وإنتشاره بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم، ووجدت إحصاءات عامة لكل الأمراض العقلية والنفسية بدون تفاصيل. أنظر جدول رقم (١) في الفصل الثالث. وقد لخصت الباحثة بعض الإحصاءات العربية والعالمية التي رصدت حجم هذه المشكلة وإنتشارها.

تصنيف الإضطراب التحويلي

تمهيد

في السابق تم تصنيف هذا الإضطراب على أنه أنواع مختلفة من (التحول الهستيري) لكن من الأفضل الآن تجنب هذا المصطلح (هستيريا) ما أمكن بسبب دلالاته المتباينة والمختلفة وسمي إضطراب (التحول - الإنشطار النفسي).

صنف الإضطراب التحويلي حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية (ICD,10) (1992) إلى الآتي:

ف/ 44 إضطرابات إنشاقية (تحويلية)
F/ 44 DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS
ف/ر 44 فقدان الذاكرة الإنشاقية أو (النساوة الإنشاقية)
F/ 44 DISSOCIATIVE AMNESIS - O
ف/ر 44 الشرود الإنشاقية
DISSOCIATIVE FUGE, 1
ف2 ر 44 الخدر (السبات) الإنشاقية
DISSOCIATIVE STUPOR, 2
ف 3 ر 44 إضطرابات الغشبية والتلبس (الإستحواذ - المس)
TRANCE AND POSSESSION DISORDERS, 3
ف 4 ر 44 إضطرابات الحركة الإنشاقية
DISSOCIATIVE MOTOR DISORDERS, 4
ف 5 ر 44 التشنجات الإنشاقية
DISSOCIATIVE CONVLSIONS, 5

ف 6 ر 44 الخدار وفقدان الإحساس الإنشقاقي DISSOCIATIVE ANAETHESIA AND SENSORY LOSS, 6
ف ٧ ر 44 إضطرابات إنشقاكية وتحولية مختلطة MIXED DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS, 7
ف 8 ر 44 أخرى OTHERS, 8
80 ر متلازمة جانسر GANSEY SYNDROME, 80
81 ر تعدد الشخصية MULTIPLE PERSONALITY DISORDERS, 81
82 ر إضطرابات إنشقاكية عابرة في الطفولة والمراهقة TRANSIENT DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS OCCURRING IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE, 82
88 ر أخرى محددة OTHERS SPECIFIED, 88
ف 9 ر 44 غير محددة UNSPECIFIED, 9

كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الرابع (DSM, IV) (1994) أن الإضطراب التحولي هو إضطراب جسدي نفسي. ضمن إضطرابات متعددة. ويحدد الدليل ثلاثة أنواع رئيسية للإضطرابات الجسمية وهي:

- (1) الإضطراب الجسدي
- (2) الإضطرابات الجسمية الزائفة أو المصطنعة Factitious
- (3) الإضطرابات الإنشقاكية (الانفصالية)

تشخيص الإضطراب التحولي

التشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها الكمي والكيفي ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة، والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية والسجل الطبي ويقوم بتحديد مكانها وطبيعتها ونوعها ودرجة حدتها.

موجهات تشخيص الإضطراب التحولي حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية والسلوكية (ICD,10) (1992)

- (أ) أن الملامح السريرية كما تم تحديدها للإضطرابات الفردية في الفقرة (ف 44).
- (ب) أن لا يكون هناك دليل على إضطراب جسماني يمكن أن يفسر الأعراض.
- (ج) أن يكون هناك دليل على سبب نفسي في شكل ارتباط واضح من ناحية زمنية مع أحداث ضاغطة ومشاكل أو علاقات مضطربة (حتى ولو أنكرها الشخص).
- (د) من الصعب العثور على دليل المسبب النفسي حتى لو كان هناك شك قوي في وجوده، وفي حالة وجود اضطرابات معلومة في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي فإن تشخيص اضطراب التحول.

أسباب الإضطراب التحولي

عرفت (الهستيريا) سابقاً والإضطراب التحولي حالياً بأنها مرض نسائي وعزيت أسبابه إلى اختلال في وظائف الرحم، وبسبب جفاف السائل المنوي من الرحم. وبعد ما تغلبت الكنيسة على المجتمعات وسيطر التفكير التألمي والروحي عرفت الهستيريا بأنه مرض يصيب النماء سببه الجن.

تفسير فرويد

أورد كل من مصطفى سويف (1985) وريتشارد سوين (1988) وفخري الدباغ (1989) وأحمد عكاشة (1997) ومحمد السيد عبد الرحمن (2000) رأي فرويد الذي يفسر أسباب (الهستيريا) الإضطراب التحولي بأن هناك صراع بين الذات العليا والنزعات الجنسية ينتج عنه الكبت، وعندما يكون الكبت جزئياً تحاول تلك النزعات أن تعبر عن نفسها تعبيراً غير مباشر عن طريق تحويلها إلى عرض جسمي.

التفسير الفسيولوجي للأعراض التحولية

ورد في أحمد عكاشة (1997) أن المرضى الذين يصابون بالإضطراب التحولي يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة، والقشرة المخية تقوم بدور مهم في كف وإحباط وتنظيم مراكز تحت القشرة في المخ، ومن الطبيعي أن يؤدي هذا الضعف إلى إثارة هذه المراكز البدائية الموجودة فيما تحت القشرة المخية وتصبح هذه المراكز دون سيطرة عليا وتصاب بعدم التوازن والاندفاع والتهور.

تفسير الإضطراب التحولي على ضوء النظرية السلوكية

أوضح ولسون وآخرون (Wilson, t.etal) (1996) بأن النظرية السلوكية تفترض أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب التحولي يتبنون الأدوار الاجتماعية التي يتطابق فيها سلوكهم مع سلوك الأفراد الذين يعانون أعراضاً مماثلة حدثت بسبب أمراض جسمية أو بمعنى آخر، فالأشخاص ذوو الإضطراب التحولي يتصرفون كما يتصرف المرضى الحقيقيون وقد حدد السلوكيون سؤالين حول الإضطراب التحولي:

- (1) هل الأشخاص قادرون بالفعل على تبني مثل هذه الأدوار في مواقف ضاغطة ؟
- (2) تحت أي الظروف يمكن أن يتصرف الأشخاص بهذا الشكل ؟

للإجابة عن السؤال الأول يعتقد السلوكيون أن الأفراد يستطيعون تقليد الأعراض التحولية دون أن يكونوا موجهين لا شعورياً أو أن يكونوا متمرطين، وتأييداً لهذا الافتراض قام السلوكيون بدراسات عديدة توضح أن مرضى الإضطراب التحولي هم أشخاص سريعو الإستجابة لمطالبهم الخاصة demand characteristics في المواقف الاجتماعية أو بعبارة أخرى أنهم أشخاص سريعو التأثير والإستجابة بطرق يفترض أن تكون مناسبة في مواقف معينة.

وللإجابة عن السؤال الثاني يفترض السلوكيون أنه لكي يقوم الأشخاص بهذه الأدوار فإنه يجب أن يكون لديهم خبرة بهذه الأعراض ويجب أن يتم تعزيزهم على مثل هذا السلوك.

مآل الإضطراب التحولي Prognosis

يمكن القول أن الفحص يتناول ماضي المريض وحاضره (وماذا حدث وماذا يحدث) وأن التشخيص يتناول حاضر المرض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله. أما المآل فإنه يتناول مستقبل المرض ماذا سيحدث في ضوء ماضيه وحاضره

علاج الإضطراب التحولي

مر الإضطراب التحولي تاريخياً بتطورات كثيرة إبتداءً من إعادة تسميته وإنتهاءً بتصنيفه وتشخيصه وطرق علاجه، لذلك رأت الباحثة أن ترد في هذا الجزء من الدراسة التطورات التاريخية التي طرأت على علاج الإضطراب التحولي

الاتجاهات الحديثة في علاج الإضطراب التحولي

(1) علاج الإضطراب التحولي بالتحليل النفسي:

لقد بدأ فرويد أولى المحاولات في تفسير حالة الإضطراب التحولي الهستيريا (سابقاً) وزميله بروير عام (1895). وأورد علي كمال (1988) وربيتشارد سوين (1988) وحامد عبد السلام زهران (1997) رأي فرويد ومدرسة التحليل النفسي في علاج الإضطراب التحولي، ويتضمن هذا الأسلوب من العلاج الطرق التالية:

1. التداعي الحر free association

يعرف أحمد عكاشة (1997) التداعي الحر بأنه أسلوب فني إبتدعه فرويد للكشف عن العوامل المكبوتة في اللاشعور والتنفيس عن القلق، والعوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض المرضية.

2. التفريغ الإنفعالي Abreaction

هو تفريغ لإطلاق عقال التوترات الناجمة عن الشحنات الإنفعالية والذكريات المؤلمة التي تسبب الألم النفسي وغالباً ما تكون لا شعورية.

(أ) طريقة التفريغ بالتنويم الخفيف (بالباربينوريت) : إذ يحقن المريض بكميات خفيفة وتدرجية من (البنثوتال) أو الفاليم 0.5 غرام مذاب في 10 - 20 سي سي من الماء المقطر بمعدل 1 سي سي في الدقيقة.

(ب) طريقة المنبهات العصبية: ويتم ذلك باستعمال مادة محفزة عكس مفعول المنومات ويكون تحفيزها لمراكز المخ سبباً في دفع الذكريات المكبوتة في اللاشعور إلى الوعي مثل السد الذي ينهار جزء منه فيتدفق الماء عنيفاً وسريعاً.

(2) العلاج السلوكي للإضطراب التحولي :

ذكر ريتشارد سوين (1988) إن ولي (Walpe) يميز بين نوعين من مرضى الاضطراب التحولي، النوع الأول يتصف بدرجة عالية من القلق، وهؤلاء هم الذين يستجيبون إستجابة طبية للعلاج السلوكي، أما النوع الثاني فيتصف بدرجة منخفضة من القلق، وهؤلاء يكون من الأجدى معهم استخدام وسيلة التفريغ الإنفعالي Abreaction أو التنفيس والتنويم المغناطيسي.

(3) العلاج الجماعي والبيئي للإضطراب التحولي

أوضح حامد عبد السلام زهران (1997) أنه في حالات الإضطراب التحولي يجب أن يعمل باستمرار على إثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته ومساعدته في أن يفهم نفسه ويحل مشكلته ويحاربها بدلاً من أن يهرب منها ويقع ضحية لها.

(4) العلاج عن طريق العون للإضطراب التحولي

يقول بلوك (Block) (1979) يعتبر هذا الأسلوب وسيلة علاجية يقصد بها إعادة التوازن الإنفعالي الفرد والعمل على إزالة الأعراض المرضية إذ يتضمن هذا الأسلوب العلاجي الطرق التالية:

(أ) التوجيه:

(ب) تغيير البيئة

(5) العلاج السلوكي المعرفي للإضطراب التحولي

هو إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي، وتفسير الأفكار الخاطئة واللامنطقية التي يتبناها المريض من خبرته المبكرة وذلك بغرض تعديل سلوكه إذ يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى ينتهي التغيير في سلوكه.

1.2. الدراسات السابقة

- (1) دراسة كامل (1991) بعنوان الخصائص الديمغرافية والاجتماعية للأسرة المسيئة تكونت عينة الدراسة من (722) طفلاً (212 أنثى - 510 ذكراً) من الأطفال الذين أسيئت معاملتهم، تتراوح أعمارهم بين (3 - 19 سنة). توصلت نتائج الدراسة إلى الآتي: إن إساءة معاملة الطفل أكثر إنتشاراً بين الأسر منخفضة المستوى الاجتماعي والاقتصادي. إساءة معاملة الطفل توجد بدرجة أكبر في الأسر كبيرة المجتمع والتي يزيد عدد أطفالها على 5 أبناء
- (2) دراسة قاسم وزملانه (1994) بعنوان علاقة بعض العوامل الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بإساءة معاملة الطفل الجسدية: تكونت عينة الدراسة من (119) حالة في كوالا لامبور بماليزيا تتراوح أعمارهم من (6 - 18 سنة) خلصت الدراسة إلى الآتي: ترتبط إساءة معاملة الطفل ارتباطاً موجباً بنوعية الطبقة الاجتماعية المشاكل الأسرية مثل (الطلاق والإضطرابات النفسية وتعاطي المخدرات علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة في إساءة معاملة الطفل)
- (3) دراسة أحمد (1994) بعنوان علاقة إساءة معاملة الطفل وتقديره لذاته ومستوى الإكتئاب لديه: تكونت عينة الدراسة من (60) طفلاً (30 طفلاً ممن أسيئت معاملتهم 30 طفلاً من الأطفال العاديين كمجموعة ضابطة، وعينة أخرى تتكون من (105 من الوالدين)، (105 من الأقارب). وأسفرت النتائج إلى الآتي: أن الآباء أكثر إساءة لأبنائهم من الأقارب. أن إساءة معاملة الطفل تظهر عادة في ظل المستوى الاجتماعي والمنخفض. الأطفال الذين يتعرضون لإساءة في المعاملة ينخفض تقديرهم لذاتهم ويرتفع مستوى الإكتئاب لديهم
- (4) دراسة سيجلمان Spigelman (1994) بعنوان الحالة الأسرية وعلاقتها بإساءة معاملة الطفل: تكونت عينة الدراسة من (108) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (10 - 12 سنة)، قسمت العينة الكلية إلى مجموعتين، الأولى تكونت من (54) طفلاً يعانون من حرمان أسري جزئي نتيجة لطلاق الوالدين، والثانية ضابطة تكونت من (54) طفلاً من أسر عادية. وقد أوضحت النتائج الآتية:
 - (أ) ارتفاع مستوى العدوان والإكتئاب لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة.
 - (ب) يكونون شخصيات مضطربة مع إنخفاض في تقدير الذات ويتنبأ لهم بظهور بعض الإضطرابات النفسية والسلوكية.
- (5) دراسة إسماعيل وتوفيق (1996) بعنوان العلاقة بين إساءة معاملة الطفل وكل من ضغوط والديه (بمكوناته الفرعية المتعددة والتوافق الزواجي (بأبعاده الفرعية) تكونت عينة الدراسة من (25) أسرة مصرية (كل أسرة مكونة من أب وأم وأحد الأطفال). أسفرت الدراسة على النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين إساءة معاملة الطفل والعصابية لدى الأم والدوانية لدى الأب. العزلة الاجتماعية لدى الوالدين وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية لإساءة معاملة الطفل، والضغوط الوالدية.

(6) دراسة مؤمن (1997) بعنوان التفاعلات الأسرية لدى الأسر التي تسئ معاملة أطفالها جسدياً وعاطفياً ومقارنتها بتفاعلات الأسر السوية: تكون عينة الدراسة من (20) أسرة (10 أسرة مسيئة – 10 أسرة غير مسيئة)

وتوصلت إلى النتائج التالية

(أ) أن الأسرة المسيئة لأطفالها أقل تواصلًا وجدانيًا وأقل رضا عن علاقتها بأبنائها وأكثر صراعًا بالنسبة لتنشئة الأطفال، وأقل تنظيمًا وأقل تماسكًا من الأسر غير المسيئة.

أولاً: التعقيب على الدراسات السابقة

- (1) أجريت جميع هذه الدراسات في الفترة ما بين 1991 – 2001
- (2) ركزت بعض الدراسات على ربط سوء معاملة الطفل بالخصائص الديمغرافية والاجتماعية والأسرة مثل دراسة كامل ودراسة قاسم وزملائه
- (3) أظهرت بعض الدراسات اهتماماً بسوء معاملة الطفل في علاقته بمتغيرات أسرية معينة مثل دراسة مؤمن ودراسة سيجلمان (Spigelman)
- (4) اهتمت بعض الدراسات بمعرفة سوء معاملة الطفل بالضغوط الوالدية مثل دراسة أحمد السيد إسماعيل وتوفيق.
- (5) معظم الدراسات استخدمت المنهج الوصفي

ثانياً: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

استفادت الباحثة كثيرة من إطلاعها على الدراسات التي سبقتها في ذات المجال، حيث إنها شكلت قاعدة إنطلاق للدراسة الحالية، إسترشادة بالنتائج التي تم التوصل إليها، الأمر الذي مكن الباحثة من اختيار المنهج المناسب للدراسة، وإضافة متغيرات أخرى.

ثالثاً: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

- (1) من الملاحظ أن جميع الدراسات التي تناولت إساءة معاملة الطفل أجريت في بيئات غير سودانية، أي عدم وجود دراسة سودانية في هذا المجال الأمر الذي يعني أن هذه الدراسة في إضافة وإثراء للبحث العلمي في السودان.
- (2) إختلاف عينات الدراسات العربية والأجنبية، فمنهم من طبق الدراسة على طلاب الثانويات وأطفال الروضة والمرحلة الابتدائية والأسر المسيئة وغير المسيئة، بينما طبقت عينة هذه الدراسة على مرضى الإضطراب التحولي.
- (3) تفردت هذه الدراسة بموضوعها، إذ أنها تناولت الإضطراب التحولي متغيرة تابع السوء معاملة الطفل في فترة الطفولة الوسطى والمتأخرة (6 - 12) سنة.

3. منهج الدراسة وإجراءاتها الميدانية

تمهيد

تتناول الباحثة في هذا الفصل وصف منهج الدراسة وعرض إجراءاتها الميدانية، حيث يوضح المنهج المستخدم في الدراسة، ومجتمع الدراسة، والأدوات المستخدمة في جمع المعلومات وخصائص أفراد العينة الذين أجريت عليهم الدراسة، وتوضيح الأساليب الإحصائية المتبعة في تحليل البيانات.

1.3. منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي ذلك لأنه المنهج الأنسب لمثل هذه الدراسة، والذي يعرفه صلاح الفوال (1982) المذكور في مبارك ربيع (1991) بأنه المنهج الذي يهتم بجمع البيانات التفصيلية عن الظاهرة موضوع الدراسة بقصد استخدام هذه البيانات لفهم الأوضاع والممارسات المختلفة وتفسيرها.

2.3. مجتمع الدراسة

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة الحالية من جميع مرضى الإضطراب التحولي الذين يترددون على مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم، ويمكن وصفه من خلال النقاط التالية:

- (1) من حيث النوع: تشتمل الدراسة على كلا النوعين (ذكر، أنثى).
- (2) من حيث المؤسسات العلاجية: تقتصر الدراسة على مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم.
- (3) من حيث المرضي: تشمل الدراسة كل المرضى المصابين بالإضطراب التحولي.

جدول رقم (1) يوضح عدد المرضى المترددين على

مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في الفترة من 1997 م – 2001م

السنوات	مستشفى التجاني المأحي للأمراض النفسية والعصبية	مستشفى الخرطوم النفسية	مستشفى الخرطوم بحري للأمراض النفسية والعصبية	المجموع
1997م	3833	2260	1820	8313
1998م	3838	2945	2411	9194
1999م	3966	2860	1712	8538
2000م	8373	3337	1942	13685
2001م	10176	4187	1207	15561

المصدر: الإدارة العامة للإحصاء والبحوث بوزارة الصحة الاتحادية

3.3. أدوات الدراسة

وقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الأدوات الآتية: استمارة البيانات الأساسية من تصميم الباحثة. مقياس سوء معاملة الطفل من تصميم ديفيد برينشتين، وجهات ومحكات تشخيص الإضطراب التحولي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الرابع (DSM, IV) (1994)

أولاً: استمارة البيانات الأساسية

الاستمارة عبارة عن مجموعة أسئلة محددة الإجابات مرتبطة ببعضها من حيث الموضوع بصورة تكفل الوصول إلى المعلومات التي يسعى الباحث للحصول عليها.

وقد قامت الباحثة بإعداد استمارة في شكل أسئلة عددها (9) أسئلة تهدف بصورة رئيسية لجمع معلومات عن المفحوص عليه مثل العمر، النوع، السكن القائم بالرعاية. (انظر الملحق رقم "1").

ثانياً: مقياس سوء معاملة الطفل

الصورة الأصلية

لما كان قياس سوء معاملة الطفل أحد أركان هذه الدراسة الأساسية، كان لابد من تحديد أداة قياس مناسبة لهذا الغرض، وبعد البحث والإطلاع والتشاور في أوساط الأدوات المطروحة للقياس وقع اختيار الباحثة على المقياس الذي أعده ديفيد برينشتين (1995) لذات الغرض، والذي قام بترجمته أحمد جمال ماضي أبو العزائم وعادل محمد دسوقي. يتكون هذا المقياس من (53 عبارة) مقسمة إلى (6) أبعاد (انظر ملحق رقم "2").

جدول رقم (2) يوضح أبعاد

مقياس سوء معاملة الطفل وعدد عبارات كل بعد

الرقم	البعد	عدد العبارات
1	سوء المعاملة العاطفية	12
2	سوء المعاملة الجسدية	7
3	سوء المعاملة الجنسية	7
4	الإهمال العاطفي	16
5	الإهمال الحسي	8
6	الإنكار	3

مبررات اختيار المقياس:

وقد جاء اختيار الباحثة لهذا المقياس نتيجة لعدة مبررات أهمها: أنه يحقق هدفاً رئيسياً من أهداف هذه الدراسة إذ أنه يقيس سوء معاملة الطفل بصورة مباشرة بواسطة عدة أبعاد.

مفتاح تصحيح الصورة الأصلية للمقياس:

يتم تصحيح الاستجابات على عبارات المقياس كالتالي:

تعطى الخيارات (أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً) الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب وذلك في جميع عبارات المقياس ما عدا العبارات التي تقيس الإهمال العاطفي نقوم بعكس درجاتها أي:

أبداً = 5

نادراً = 4

أحياناً = 3

غالباً = 2

دائماً = 1

وهي العبارات (1، 4، 7، 12، 15، 17، 21، 22، 25، 28، 31، 34، 37، 41، 48، 53)

جدول رقم (3) يوضح الدرجات

المعيارية التي تحدد مستويات مستويات سوء معاملة الطفل

سوء المعاملة العاطفية	لا يوجد 29 – 12	بسيط 34 – 30	متوسط 40-35	شديد 41 وما فوقها
سوء المعاملة الجسدية	11 – 7	13 – 12	17 – 14	18 وما فوقها
سوء المعاملة الجنسية	8 – 7	12 – 9	21 – 13	22 وما فوقها
الإهمال العاطفي	38 – 16	49 – 39	60 – 50	61 وما فوقها
إهمال حسي	11 -8	13 -12	18 – 14	19 وما فوقها

الصدق الظاهري

ذكرت أن مايبيرز (1990) أن صدق المقياس يقصد به الدرجة من الصحة التي يقيس بها ما يراد له قياسه أو فحصه، وقد أوضح سعد عبد الرحمن (1983)، أن هذا النوع من الصدق يقوم على فكرة مناسبة الاختيار لما يقيسه، ولمن يطبق عليه ويبدو مثل هذا الصدق في وضع البنود، ومدى علاقتها بالقدرة أو السمة أو البعد الذي يقيسه الاختبار.

حذف بعض العبارات والتعديل في البعض الآخر (انظر جدول رقم "4")

جدول رقم (4) يوضح العبارات التي تم تعديل

صياغتها، حذفها، إضافتها لمقياس سوء معاملة الطفل بناء على آراء المحكمين

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل	نوع التعديل
3	كنت تحظى بثقة الأسرة ويقومون بتشجيعك على النجاح	(1) كنت تحظى بثقة الأسرة (2) كانت أسرتك تشجعك على النجاح	فصل العبارة إلى عبارتين
4	قد تعرضت للضرب من أحد أفراد الأسرة	قد تعرضت للضرب الشديد من أحد أفراد الأسرة	إضافة
7	رأيت أحد أفراد أسرتك (كالأم أو الأخوة أو الأخوات يتعرض للضرب)	رأيت أحد أفراد أسرتك يتعرض للضرب الشديد	حذف + إضافة
8	كان يناديك أحدهم أو يلقبك باسم (الغبي، الكسول، القبيح)	كان يلقبهم أحدهم بألقاب مشينة	حذف + إضافة
13	تعتقد أن أحد أخوانك قد تعرض لحادث تحرش جنسي من قبل	تعتقد أن أحد أخوانك قد تعرض لحادث اعتداء جنسي من قبل	حذف + إضافة
15	كان يعاملك أبوك كمعاملة أخوانك أم لا	كان يعاملك أبواك كمعاملة أخوانك	تصحيح + حذف
17	تعرضت للضرب الشديد المبرح الذي يتطلب ذهابك للمستشفى أو رؤية الطبيب	تعرضت للضرب الشديد الذي يتطلب ذهابك للمستشفى أو رؤية الطبيب	حذف
21	كان يوجد شخص داخل الأسرة أكبر منك سناً يمثل نموذجاً إيجابياً يحتذى به كالأب أو الأم أو المدرس	كان يوجد شخص داخل الأسرة أكبر منك سناً يمثل نموذجاً إيجابياً يحتذى بـ	حذف
22	تعرضت للضرب بأحد الأشياء الصلبة كالحزام، لوح الخشب أو خلفه	تعرضت للضرب بأحد الأشياء الصلبة كالعكاز أو السوط	حذف + إضافة
27	تعرضت للضرب بشكل قاسي ولاحظ الآخرين عليك آثاره (المدرس، الجيران، الطبيب)	تعرضت للضرب بشكل قاسي ولاحظ الآخرين عليك آثاره	حذف
33	حاول أحدهم التحرش بك أو حاولت أنت التحرش بهم جنسياً	حاول أحدهم أو بعضهم باستغلالك جنسياً	حذف + إضافة
39	تحرش بك أحد جنسياً	قام أحدهم أو بعضهم باستغلالك جنسياً	حذف + إضافة

يعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون أصبحت عبارات المقياس في صورته النهائية (43) (انظر ملحق رقم "3").

الصدق الاحصائي:

لمعرفة الخصائص القياسية لمقياس سوء معاملة الطفل في صورته المعدلة بتوجيهات المحكمين قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية عشوائية مصغرة من مجتمع الدراسة تتكون من (30) مفحوصاً (20) أنثى و(10) ذكور، وذلك بهدف التأكد من الاتساق الداخلي للمقياس، وإيجاد معامل الثبات والصدق لمقياس سوء معاملة الطفل.

الاتساق الداخلي لمقياس سوء معاملة الطفل

يعتبر صدق التكوين الفرضي من أفضل الطرق في تحديد صدق الاختبار، وفي هذا يشير فؤاد أبو حطب (1977) المذكور في إيمان الصادق (2001) إلى أن أفضل الطرق التي تستخدم في تحديد صدق الاختبارات التي في مرحلة التجريب هو صدق التكوين الفرضي. ولمعرفة الاتساق الداخلي لهذا المقياس قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي يقع تحته البند. والجدول رقم (5) يوضح نتائج هذا الإجراء

جدول رقم (5) يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة علاقة ارتباط

كل بند من بنود مقياس سوء معاملة الطفل بمجموع البنود التي يشملها كل بعد

الأبعاد	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
سوء المعاملة العاطفية	2	0.2215	17	0.3886	32	*0.0650
	7	0.5016	25	0.6573	35	0.3383
	9	0.6725	29	0.3522	37	0.3041
	12	0.4632	31	0.3405	41	0.1694
سوء المعاملة الجسدية	5	0.3858	20	*0.1512	28	0.7266
	8	0.3583	23	0.3623		
	18	0.2843	26	0.4193		
سوء المعاملة الجنسية	14	0.3862	36	0.5182	42	0.3507
	21	0.3766	38	0.3487		
	34	0.6912	40	0.4911		
الاهمال العاطفي	1	0.2794	13	0.6740	27	0.1981
	3	0.5941	15	0.5723	30	0.6169
	4	0.4996	16	0.4467	33	0.5416
	6	0.4203	19	0.4861	39	0.5071
	10	0.5118	22	0.5683	43	0.3373

		0.5105	24	0.3128	11	
--	--	--------	----	--------	----	--

ثانياً: معامل الثبات لمقياس سوء معاملة الطفل

لحساب ثبات مقياس سوء معاملة الطفل استخدمت الباحثة طريقة تحليل التباين (الفاكرونباخ) على بيانات العينة الإستطلاعية المكونة من (30) مفحوصاً وباستخدام جهاز الحاسوب حصلت على النتائج الموضحة بالجدول رقم (6)

جدول رقم (6) يوضح معامل الثبات الأبعاد مقياس سوء معاملة الطفل
باستخدام معامل تحليل التباين (الفاكرونباخ)

الأبعاد	معامل الثبات
سوء المعاملة العاطفية	0.7513
سوء المعاملة الجسدية	0.7058
سوء المعاملة الجنسية	0.7384
الإهمال العاطفي	0.8558

ثالثاً الصدقي الذاتي لمقياس سوء معاملة الطفل:

أوضح رجاء محمود أبو علام (1998) أن الصدق الذاتي يساوي الجذر التربيعي للمعامل الثابت وعليه فقد قامت الباحثة بإيجاد الصدق الذاتي لمقياس سوء معاملة الطفل من القيم الرقمية المعاملات الثبات التي تم توضيحها في الجدول السابق رقم (6). والجدول رقم (7) يوضح هذا الإجراء.

جدول رقم (7) يوضح معاملات الصدق
الذاتي للأبعاد المختلفة بمقياس سوء معاملة الطفل

الأبعاد	معامل الصدق الذاتي
سوء المعاملة العاطفية	0.8667
سوء المعاملة الجسدية	0.7401
سوء المعاملة الجنسية	0.8593
الإهمال العاطفي	0.9250

يتضح مما سبق أن مقياس سوء معاملة الطفل يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق.

3.4. عينة الدراسة

وقد قامت الباحثة بإختيار عينة هذه الدراسة بالطريقة الكلية، حيث تشتمل عينة هذه الدراسة كل الحالات التي تم تشخيصها بانها تعاني من الإضطراب التحولي بكل أنواعه والمتكردين على مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم في الفترة من 1/ مايو 2002 - 1/ يوليو 2002 والمستشفيات هي التجاني الماحي، مستشفى الخرطوم، مستشفى الخرطوم بحري للأمراض العصبية والنفسية).

والجدول التالي رقم (8) يوضح توزيع عينة الدراسة من أفراد هذه المجموعة من حيث النوع والمستشفيات التي تم اختيارهم منها

جدول رقم (8) يوضح توزيع عينة الدراسة على
حسب نوع المفحوصين - والمستشفى التي تم اختيارهم منها

اسم المستشفى	عدد الحالات إناث	عدد الحالات ذكور	المجموع
مستشفى التجاني الماحي	12	3	15
مستشفى الخرطوم	10	6	16
مستشفى الخرطوم بحري	14	5	19
المجموع	36	14	50

توصيف عينة الدراسة

بلغ حجم العينة التي تم اختيارها من المجتمع الأصلي (50) حالة، منهم 36 أنثى (14) ذكر، مصابين بالاضطراب التحولي، والجدول التالي رقم (9) يوضح توصيف العينة في حجمها النهائي تبعاً للنوع وبعض المتغيرات الأخرى.

جدول رقم (9) يوضح التكرار والنسبة المئوية للمعلومات الأساسية العينة الدراسة

المتغيرات	مستوى المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	14	28%
	أنثى	36	72%
العمر	(18-15) عاماً	15	30%
	(22-19) عاماً	16	32%
	(27-23) عاماً	9	18%
	(28 وما فوق)	10	20%

المستوى التعليمي	أمي	1	2%
	خلوة	5	10%
	ابتدائي	6	12%
	متوسط	10	20%
	ثانوي	20	40%
	جامعي	7	14%
	فوق الجامعي	1	2%
السكن	محافظه الخرطوم	15	30%
	محافظه أم درمان	6	12%
	محافظه الخرطوم بحري	6	12%
	محافظه شرق النيل	9	18%
	محافظه بحري شمال	7	14%
	محافظه كرري	4	8%
	محافظه جبل أولياء	3	6%
القائم بالرعاية	والدين	29	58%
	أقارب	21	42%
تاريخ المرض السابق	صفر	21	42%
بالأيام	36 - 120 يوم	4	8%
	180 - 2555 يوم	25	50%
تاريخ المرض الحالي	2 - 17 يوم	25	50%
بالأيام	20 - 120 يوم	25	50%
نوع الاضطراب	حركي	18	36%
	حسي	17	34%
	نوبات	6	12%
	مختلط	9	18%

طريقة جمع البيانات وتطبيق الأدوات ميدانياً

قامت الباحثة بزيارة تلك المناطق ميدانياً، وبعد اختيار مجموعة المفحوصين المتضمنين في الدراسة بالطريقة الكلية التي تم ذكرها، قامت الباحثة ببداية جمع البيانات بمساعدة إحدى المتخصصات في علم النفس بعد أن تم لها شرح المقياس وطريقة تطبيقه.

تصحيح أدوات الدراسة

قامت الباحثة بتصحيح الإستمارات وفقاً للطريقة التي سبق ذكرها بالنسبة لكل أداة وبعد الإنتهاء من التصحيح قامت بتفريغ البيانات في جداول صماء أعدت خصيصاً لهذا الغرض ومن ثم أدخلت في جهاز الحاسوب لمعالجتها إحصائياً، وذلك عن طريق الإستعانة بمتخصص في هذا المجال.

أساليب المعالجة الإحصائية

اعتمدت الباحثة في تحليل بيانات العينة الاستطلاعية والعينة النهائية على جهاز الحاسب الآلي وذلك للآتي: تحري الدقة في النتائج. السرعة الزمنية. تقليل الجهد

وقد لجأت الباحثة إلى استخدام عدة أساليب إحصائية عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical Package for Social Science (SPSS) الآتية : معامل ارتباط بيرسون، معامل تحليل التباين (الفاكرونباخ) لتحديد الثبات. مربع (كا)، اختيار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، النسبة المئوية

4. عرض النتائج

تمهيد

يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الإجابة على اسئلة البحث وفروضه حيث أوردت الباحثة أولاً نص الفرض ثم أوضحت كيفية معاملته إحصائياً وأخيراً تم عرض النتائج في جداول والتعليق عليها.

الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على الآتي: تنتشر درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة وسط المصابين بالاضطراب التحولي بمستويات متباينة. ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة النسبة المئوية لمستويات ابعاد سوء معاملة الطفل لأفراد عينة الدراسة، وقد أظهر هذا الإجراء الجدول التالي

جدول رقم (10) يوضح المستويات المختلفة لأبعاد سوء معاملة الطفل

لدى المصابين بالاضطراب التحولي وحدود النسبة المئوية لكل مستوى في مجتمع الدراسة

الأبعاد	مستويات الأبعاد	عدد الحالات	النسبة المئوية	حدود النسبة في المجتمع	
				الحد الأدنى	الحد الأعلى
سوء المعاملة العاطفية	(41 وما فوقها) شديد	13	0.26	0.14	0.36
	(40-35) متوسط	17	0.34	0.23	0.47

0.44	0.20	0.32	16	بسيط (34-30)	سوء المعاملة الجسدية
0.15	0.005	0.08	4	قليل جداً (29-12)	
0.95	0.77	0.86	43	(18 وما فوقها) شديد	
0.12	0.08	0.10	5	(17-14) متوسط	
0.09	0.01-	0.04	2	(13-12) بسيط	
0.00	0.00	0.00	00	(11-7) قليل جداً	سوء المعاملة الجنسية
0.51	0.25	0.38	19	(22 وما فوقها) شديد	
0.61	0.35	0.48	24	(21-13) متوسط	
0.23	0.05	0.14	7	(12-9) بسيط	
0.00	0.00	0.00	00	(8-7) قليل جداً	
0.3648	0.2352	0.30	15	(61 وما فوقها) شديد	الاهمال العاطفي
0.7545	0.4855	0.62	31	(60-50) متوسط	
0.1551	0.01	0.08	4	(49-39) بسيط	
0.00	0.00	0.00	00	(16-38) قليل جداً	

الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على الآتي: توجد علاقة بين نوع المصاب (ذكر/أنثى) بالاضطراب التحولي ونوع الاضطراب التحولي. وبدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (كا²) لمعرفة العلاقة بين المتغيرين، وقد أظهرت نتيجة التحليل الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح قيمة اختبار (كا²) لمعرفة العلاقة

بين نوع الاضطراب التحولي ونوع المصابين به

الاستنتاج	القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة (كا ²)	النوع		نوع الاضطراب الحواسرارات
				إناث	ذكر	
لا توجد علاقة دالة بين المتغيرين	0.613	3	1.80	15	3	الحركة
				11	6	الحواس
				4	2	النوبات
				6	3	المختلط

الفرض الثالث

ينص هذا الفرض على الآتي: توجد فروق في أبعاد سوء معاملة الطفل بين النوعين (ذكر، أنثى)، ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين وقد أظهر هذا الإجراء الجدول التالي

جدول رقم (١٢) يوضح نتيجة اختبار (ت) لمعرفة الفروق

في سوء معاملة الطفل وسط المصابين بالاضطراب التحولي تبعاً للنوع (ذكر، أنثى)

الأبعاد	النوع	عدد الحالات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
سوء المعاملة العاطفية	ذكر	14	41.7143	3.6040	4.401	48	0.000	توجد فروق دالة
	أنثى	36	34.7500	5.4583				
سوء المعاملة الجسدية	ذكر	14	22.8571	3.3709	2.436	48	0.017	توجد فروق دالة
	أنثى	36	20.1944	3.4544				
سوء المعاملة الجنسية	ذكر	14	23.2143	3.1666	3.477	48	0.001	توجد فروق دالة
	أنثى	36	18.000	5.2318				
الاهمال العاطفي	ذكر	14	36.1429	9.2392	2.304-	48	0.026	توجد فروق دالة
	أنثى	36	44.3611	8.3054				

الفرض الرابع

ينص ها الفرض على الآتي: يختلف نوع سوء معاملة الطفل باختلاف القائم بالرعاية في الطفولة، والدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، وقد أظهر هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول رقم (13) يوضح نتيجة اختبار (ت) لمعرفة الفروق في سوء معاملة الطفل وسط

المصابين بالاضطراب التحولي تبعاً للفرد القائم برعاية المصاب في الطفولة (والدين - اقارب)

الأبعاد	النوع	عدد الحالات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
سوء المعاملة العاطفية	الوالدين	29	35.48	5.74	1.75	0.086	لا توجد فروق دالة
	الأقارب	21	38.38	5.80			
سوء المعاملة الجسدية	الوالدين	29	18.31	5.87	1.85	0.070	لا توجد فروق دالة
	الأقارب	21	21.04				
سوء المعاملة	الوالدين	29	03..20	3.77	2.16	0.035	توجد فروق دالة

الجنسية	الأقارب	21	22.1	3.01		
الاهمال العاطفي	والدين	29	44.55	7.25	1.83	0.072
	الأقارب	21	39.95	10.17		
						لا توجد فروق دالة

5. مناقشة النتائج

تمهيد

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية للفروض التي انطلقت منها الدراسية وتفسيرها، وسوف تناقش الباحثة تفسير كل فرض على حدة.

مناقشة نتيجة الفرض الأول:

تنتشر درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة وسط المصابين بالإضطراب التحولي بمستويات متباينة وتوضح النتيجة المستخلصة من الجدول رقم (10) والتي تشير إلى إنتشار درجات سوء المعاملة في الطفولة الوسطى والمتأخرة (6 - 12) سنة وسط المصابين بالإضطراب التحولي إلى تحقق الفرضية التي وضعتها الباحثة حيث أن كل أفراد العينة تعرضوا لسوء المعاملة العاطفية والجسدية والجنسية والإهمال العاطفي بمستويات متباينة.

تفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي: كثيراً ما يتعرض الأطفال في الطفولة الوسطى والمتأخرة (6 - 12) سنة لأنواع معينة من سوء المعاملة من الوالدين أو القائمين على الرعاية ويمكن رد ذلك لعدة أسباب

أسباب نفسية متعلقة بالخصائص الشخصية القائمين على الرعاية ؛ فغالباً ما يسئ المصابون بالأمراض العقلية والنفسية كالفسام أو ذهان الهوس أطفالهم. وأكدت دراسة روسي وكولمر Ross and Colliner (1995) كما وردت في أحمد السيد إسماعيل (2001) أهمية معرفة تاريخ القائمين بالرعاية، حيث أثبتت بأن هذه الدراسة بأن الذين تعرضوا لسوء معاملة في الطفولة يميلون إلى إساءة معاملة أطفالهم.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

توجد علاقة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) بالإضطراب التحولي ونوع الإضطراب التحولي. وللتحقق من هذا الفرض فإن النتيجة المستخلصة من الجدول رقم (11) والتي تقول بأنه لا توجد علاقة دالة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) ونوع الإضطراب التحولي وتأتي على عكس ما توقعته الفرضية كما جاءت على عكس ما ورد في الإطار النظري.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

هذه النتيجة مع دراسة أحمد السيد إسماعيل (2001) التي أوضحت وجود فروق بين الذكور والإناث في متوسط درجاتهم في سوء المعاملة وتفسير الباحثة هذه النتيجة بالآتي:

أولاً: بالنسبة للبعد الخاص بسوء المعاملة العاطفية والتي أسفرت النتيجة عن فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث، فإن الباحثة تفسر هذه النتيجة بالآتي: إن الفرق بين النوعين (ذكر، أنثى) له طابع اجتماعي ثقافي .

ثانياً: بالنسبة للبعد الخاص بسوء المعاملة الجسدية والتي أسفرت النتيجة عن فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث، فإن الباحثة تفسر هذه النتيجة بالآتي: إن الثقافة السائدة تستهدف غرس قيم القوة وتحمل الصعاب عند الذكور إذ نجد في بعض قبائل السودان وكجزء من العادات والتقاليد السائدة في هذه القبائل وفي مناسبات الزواج أن الذكور يضربون بالسياط بواسطة العروس أمام الحضور في حين تزغرد لهم النساء فرحاً وإبتهاجاً وتشجيعاً.

ثالثاً: بالنسبة للبعد الخاص بسوء المعاملة الجنسية والتي أسفرت النتيجة عن فروق دالة إحصائياً لصالح الإناث، تفسر الباحثة هذه النتيجة بالآتي:

أن الثقافة السائدة في المجتمع ذات الصلة بالمحارم والمخاوف الجنسية تنطلق من فكرة أساسية وهي أن الأنثى ستفقد شرفها نهائياً وإلى الأبد إذا فقدت عذريتها ولكن هذا المعيار الذي يحرم أية تجربة جنسية على الأنثى لا ينطبق بذات القوة والصرامة والنفاز على الذكور.

رابعاً: بالنسبة للبعد الخاص بالإهمال العاطفي والتي أسفرت النتيجة عن فروق دالة إحصائياً لصالح الذكور، تعزو الباحثة هذه الفروق في الإهمال العاطفي إلى القمع والقهر الذي تعاني منه الأنثى منذ نعومة أظفارها، وإلى الكبت والضغط الإنفعالية التي تواجهها.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:

أولاً: بالنسبة للبعدين الخاصين بالإهمال العاطفي وسوء المعاملة العاطفية، والتي أسفرت النتيجة عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الإهمال العاطفي وسوء المعاملة العاطفية تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة.

ثانياً: أما ما يخص البعد الخاص بسوء المعاملة الجسدية، والتي أوضحت النتيجة عن فروق دالة إحصائياً في بعد سوء المعاملة الجسدية تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة. جاءت هذه النتيجة على عكس النتيجة التي توصلت إليها دراسة أحمد (1994) والتي أثبتت فروقاً دالة بين الوالدين والأقارب، وأن الآباء أكثر إساءة لأبنائهم من الأقارب لأطفالهم.

ثالثاً: بالنسبة للبعد الخاص بسوء المعاملة الجنسية والتي أسفرت النتيجة عن أروق دالة إحصائياً في سوء المعاملة الجنسية تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة وذلك لصالح الوالدين فهذه نتيجة منطقية وطبيعية، حيث إن الفطرة الإنسانية السوية تشمنز من غشيان المحارم كالأبناء.

6. الخاتمة والتوصيات

تمهيد

في هذا الجانب من الدراسة سوف تقوم الباحثة بعرض وتلخيص لجميع النتائج التي توصلت إليها من إجراءاتها لهذه الدراسة، كما يتضمن أيضاً بعض التوصيات والمقترحات التي ترى إنها تفيد في حل مشكلة الدراسة، وأيضا يتضمن هذا الفصل مقترحات لدراسات مستقبلية ترى الباحثة أنها ذات أهمية بالنسبة للجانب النظري والعملي لمشكلة الدراسة.

1.6. تلخيص نتائج الدراسة

- (1) تنتشر درجات سوء معاملة الطفل بأبعادها المختلفة وسط المصابين بالإضطراب التحولي بدرجات متباينة.
- (2) لا توجد علاقة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) ونوع الإضطراب التحولي.
- (3) توجد فروق دالة إحصائياً في كل من سوء المعاملة العاطفية والجسدية والجنسية بين الإناث والذكور لصالح الإناث، بينما وجدت فروق دالة إحصائياً في الإهمال العاطفي بين الإناث والذكور لصالح الذكور.
- (4) لا توجد فروق دالة إحصائياً في أبعاد سوء المعاملة العاطفية وسوء المعاملة الجسدية والإهمال العاطفي تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة، بينما وجدت فروق دالة في سوء المعاملة الجنسية تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة وذلك لصالح الوالدين.

2.6. التوصيات

- (1) على الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل إتباع الأساليب التربوية السليمة أثناء الاجتماعية وذلك لتجنب الأطفال العوامل التي تمهد بظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية.
- (2) يجب أن يكون الوالدان نموذجاً إيجابياً لأطفالهما كما عليهما مساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم المكبوتة لتفادي الصراع والضغط النفسية حتى لا يلجأون إلى وسائل هروبية الأمر الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض التحولية.
- (3) توعية الوالدين بمراحل النمو المختلفة وإحتياجات كل مرحلة من عمر الطفل وخصائصها ومتطلباتها مع مراعاة التسوية في المعاملة بين الذكور والإناث.

- (4) وضع برامج تثقيفية إرشادية للوالدين توضح أهمية الأساليب التربوية السليمة التي يجب أن تمارس تجاه الأطفال ويمكن عرض هذه البرامج من خلال مؤسسات الإعلام وأجهزة التوجيه المختلفة.
- (5) وضع إستراتيجية شاملة تتعلق بإعداد برامج توعية للأسرة والمجتمع عبر وسائل التنشئة الاجتماعية المختلفة (الأسرة، المدرسة، دور العبادة، وسائل الإعلام المختلفة) لتوضيح النتائج والآثار السالبة المترتبة على سوء معاملة الطفل.
- (6) إجراء مزيد من الدراسات حول موضوع سوء معاملة الطفل بأبعاده المختلفة في السودان حتى يتمكن من تحديد حجم هذه المشكلة ومعرفة معدل إنتشارها.

3.6. الدراسات والبحوث المقترحة :

تقترح الباحثة الموضوعات التالية كدراسات مستقبلية في نفس المجال:

- (1) إجراء دراسة عن السمات الشخصية للفرد الذي يسئ معاملة الأطفال تبعاً للقائم بالرعاية في الطفولة.
- (2) دراسة العلاقة بين نوع المصاب (ذكر، أنثى) ونوع الاضطراب التحولي.
- (3) دراسة أثر التفكك الأسري وعلاقته بسوء معاملة الطفل.
- (4) معرفة العلاقة بين استعمال المخدرات والكحول وبين سوء معاملة الطفل.
- (5) معرفة الفروق بين الوالدين (أب، أم) من حيث طريقة كل منهما في أبعاد سوء معاملة.

7. المصادر والمراجع

المراجع العربية

- (1) القرآن الكريم.
- (2) صالح، أحمد (1992). علم النفس التربوي، (ط 2)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- (3) عكاشة، أحمد (1986). الطب النفسي المعاصر (ط 5)، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- (4) عكاشة، أحمد (1997). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، دار اللواء للطباعة.
- (5) بيك، أرون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، القاهرة، دار الآفاق العربية.
- (6) ميخائيل، أسعد (1990). الإحصاء النفسي وقياس القدرات الإنسانية، بيروت: دار الآفاق الجديد.
- (7) رحمة، أنطوان (1992). أثر معاملة الوالدين في تكوين الشخصية، مطبعة الحياة - بيروت.
- (8) أقلاديوس، أنيس (1989). السينما والمسرح وأمراض النفس، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

- 9) زهران، حامد (1978). علم نفس الطفولة والمراهقة، القاهرة: عالم الكتب.
- 10) زهران، حامد (1980). علم نفس النمو، (ط 1)، القاهرة: دار المعارف.
- 11) زهران، حامد (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط 3)، القاهرة: عالم الكتاب.
- 12) قميحة وآخرون (1993). الطب النفسي، (ط 1) دمشق: دار النابغة للدراسات والتحقيق والنشر.
- 13) أيوب، حسن. السلوك الاجتماعي في الإسلام، (د.ت)
- 14) عبد المعطي، حسن (1998). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 15) فرحات، حسين (1995). قراءات في أساليب البحث العلمي، عمان: مكتبة الفلاح.
- 16) أبو علام، رجاء (1998). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، (ط 1)، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 17) الدمنهوري، رشاد (1995). التنشئة الاجتماعية والتأخر الدراسي، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 18) الخطيب، رناد (1977). تربية طفل الروضة، نشأة وتطور تاريخي، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 19) جلال، سعد (1994). المرجع في علم النفس، القاهرة: دار المعارف.
- 20) عبد الرحمن، سعد (1983). القياس النفسي، (ط 1)، الكويت: مكتبة فلاح.

المراجع المترجمة

- 1) مايبرز، آن (1990). علم النفس التجريبي، ترجمة خليل إبراهيم، بغداد: مطابع التعليم العالي.
- 2) سوين، رينشارد (1988). علم الأمراض النفسية والعقلية (ط 2)، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة القاهرة: دار النهضة العربية.
- 3) شايفر شارس و هورالد هلمان (1996). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة عليها ترجمة نسيم دأود ونزيه حمدي، عمان: مطبعة الجامعة الأردنية.
- 4) فلسفي، محمد (1983). الطفل بين الوراثة والتربية، ترجمة فاضل حسين الميلاني، بيروت: دار التعارف للمطبوعات.
- 5) كونجر وآخرون (1986). أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، (ط 1)، الكويت.

الرسائل الجامعية

- 1) طه، أيمن (1999). المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بتوافقهم الذاتي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة الخرطوم.
- 2) مصطفى، إيمان (2001). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالتفوق الدراسي لطلاب المرحلة الثانوية بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة الخرطوم.

- (3) علي، عبد الرحمن (1993). الاتجاهات الوالدية وأثرها على التحصيل الدراسي لدى تلاميذ المدارس الابتدائية بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم، كلية التربية.
- (4) جوانة، فائقة (1992). أساليب المعاملة الوالدية و علاقتها ببعض سمات الشخصية للفتاة الجامعية السعودية، رسالة دكتوراه منشورة - كلية التربية الرياض.
- (5) حسن، محاسن (1999). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء و علاقتها بجناح الأحداث بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم - كلية الآداب.
- (1) في كل من الريف والحضر (1995)، دراسات وبحوث في علم النفس، دار الفكر العربي.

المراجع باللغة الإنجليزية

- 1) American psychiatric diagnostic statistical manual for mental disorders (DSM.IV). Washington (1994).
- 2) Ammerman, R.T. and Herson, M (1990). Research in child abuse and neglect, An Evaluation of factors contributing to child abuse neglect.
- 3) Angus G, and wood Ward, S (1995). child abuse and neglect, Australia, child welfare series No.13. Australian Institute of health and welfare, AOPS, Conberra.
- 4) Baar - Debarah.E (1979). Interaction patterns in families of normal and aggressive adolescent males. Paper presented at the Annual convention of the American psychological Association (87th, New Yourk, NY).
- 5) Block S (1992). Assessment of patients for psychotherapy. Brit, J psychiatry.
- 6) Brassard MR, Hart SN, hardy, DB (1999). the psychological maltreatment rating scales, child abuse Neglect.
- 7) Carbino J, Guttman E, seeley JW (1996). The psychologically Battered child, san Francisco, Jossey. Bass.
- 8) Clark - Stewart. A. and Fiedman (Susan) (1998). child development : Infancy through Adolescence John Wiley and sons, New Yourk.
- 9) Claussen AH, crittenden PM (1995). physical and psychological maltreatment, relations among Types of maltreatment, child abuse Negl.
- 10) Corby, B (1998). child abuse to words aknoweldge Base, open university press, buckingham.

- 11) Daro, D (1998). American Academy of child and adolescent psychiatry, child sexual abuse.
- 12) Eron Freed Learned, D and other (1979). How learning conditions in Early child hood, paper presented at the Annivers meeting of the American psychiatry Association (50 th, New Yourk N. Y may.
- 13) Ferguson KS, Dacey CM (1997). Anxiety, depression, and dissociation in child health care, providers reporting ahistory of child hood psychological abuse, child abuse negl.
- 14) Fin Kelhor (1996). D A source Book of child sexual abuse, sage publications, New Yourk.

Doi: doi.org/10.52133/ijrsp.v3.23.1