

مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر

أ.م.د. عبدالرقيب عبده حزام الشميري

كلية التربية ، جامعة إب: الجمهورية اليمنية

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصري ضوء متغيرات (الجنس، العمر، البلد، عدد سنوات الإقامة في مصر)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (251) طفلاً وطفلة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر اختيروا بالطريقة المتيسرة، وتم استخدام مقياس الصحة النفسية ("MHI-18" Mental Health Inventory- 18). وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصحة النفسية على جميع أبعاد المقياس جاء متوسطاً، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى القلق لصالح الإناث، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في بقية أبعاد المقياس (الاكتئاب، التحكم بالسلوك، التأثير الإيجابي)، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغيري الجنسية، ومدة الإقامة على أبعاد القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، ووجود فروق دالة إحصائياً على بعد الاكتئاب لصالح الأطفال اليمنيين مقارنة بالأطفال السوريين، ولصالح مدة الإقامة (2-4) سنوات مقارنة بمدة الإقامة أكثر من 4 سنوات.

الكلمات المفتاحية : الصحة النفسية ، لدى الأطفال

Abstract

The current study aimed to identify the level of mental health among Yemeni, Syrian, and Sudanese refugee children in Egypt in light of the variables (gender, age, country, number of years of residence in Egypt). The study relied on the descriptive analytical approach, and the study sample consisted of (251) male and female children from Yemeni, Syrian, and Sudanese refugee children in Egypt were selected using the available method, and the Mental Health Inventory-18 (MHI-18) scale was used. The results of the study showed that the level of mental health on all dimensions of the scale was average. The results also indicated that there were statistically significant differences between males and females in the level of anxiety in favor of females, and that there were no statistically significant differences in the rest of the dimensions of the scale (depression, behavioral control, positive affect). There are no statistically significant differences in the level of mental health attributable to the age variable, in addition to the absence of statistically significant differences in the level of mental health attributable to the variables of nationality and length of residence on the dimensions of anxiety, behavior control, and positive affect, and the presence of statistically significant differences on the depression dimension in favor of Yemeni children compared to Syrian children, and in favor of the length of residence. (2-4) years compared to the length of residence of more than 4 years.

مقدمة:

شهد العالم العربي في عام ٢٠١١ قيام العديد من الثورات والانتفاضات الشعبية فيما سمي حينها بـ (الربيع العربي)، وقد أدى الصراع الدائر في بعض البلدان العربية إلى أوضاع مأساوية نتج عنه ظهور موجات كبيرة من النازحين داخلياً، أو اللاجئين إلى عدد من دول العالم للهروب من تلك الأوضاع السيئة، والاستقرار والبحث عن الأمان الذي افتقدوه داخل بلدانهم. وتستضيف مصر أكثر من ٢٧٠٠٠٠ شخصاً من طالبي اللجوء المسجلين واللاجئين من (65) دولة مختلفة، غالبيتهم من سوريا تليها السودان وجنوب السودان وإريتريا وإثيوبيا واليمن والصومال.

ويعد اللجوء من أهم مصادر الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية، كالقلق، والاكتئاب، والرهاب، واضطراب ما بعد الصدمة. فاللاجئ ينتقل من بيئة إلى أخرى تتصف بعدة متغيرات اجتماعية ونفسية غير مألوفة بالنسبة له، مما يؤدي إلى تطور الأعراض

النفسية والجسدية السلبية التي تؤثر على مسار حياته في بلد اللجوء، وقد يتعرض اللاجئين أثناء هجرتهم القسرية إلى بعض الأحداث المؤلمة والعنف، وغالبًا ما يعيشون تحت ظروف حياتية قاسية في بلد اللجوء، كما أن عملية إعادة التوطين في بلد جديد ينطوي عليه التعرض لضغوطات نفسية متعلقة بالتكيف (فرحان، ٢٠١٨، ٣).

ويرى باتل (2008، 205) أن معظم اللاجئين سوف يتكيفون مع الضغط، ويجدون طريقة لطلب الدعم من الآخرين ولشغل أنفسهم بنشاطات معينة ولكن ينبغي أن نتوقع ظهور بعض ردود الفعل العاطفية ودلائل الاضطراب النفسي عند بعض الأشخاص. أما الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا فهي الاكتئاب والضغط الناتج من صدمة، وقد يشكو الشخص عادة من صعوبة النوم والكوابيس والشعور بالخوف والتعب وفقدان الاهتمام بالنشاطات اليومية والشعور بالرغبة في الانتحار. ومن الأعراض الواردة والأقل شيوعًا أن يصبح بعض الأشخاص كثير الاضطراب ويتصرف بطريقة غريبة.

وقد بلغ عدد الأطفال واليافعين المتأثرين بالحروب في القرن الحادي والعشرين حدًا مقلقًا، حيث أشارت GrassMachil في تقريرها لليونيسيف أن النزاعات العنصرية تقتك بالأطفال خاصة لأنها "لا تفرق عملياً بين المقاتلين والمدنيين"، لقد شكلت نسبة الضحايا من الأطفال خلال العقدين الماضيين أكثر من (45%)، وقُتل أكثر من مليوني طفل، وأصيب عدد أكبر بجروح أو إعاقات فيما أُرغم حوالي (15) مليوناً على النزوح داخل بلدانهم أو اللجوء إلى بلدان أخرى (Liabre & Hadi, 2008, p. 85).

وفي وضع مثل وضع الحرب قد يصبح الإنسان مهددًا عاجزًا عن أي عمل، وقد يشعر بفقدان السيطرة وعدم القدرة على تجديد طاقاته الداخلية والخارجية للمواجهة، وفي هذه الحالة قد تتكون ردود فعل مختلفة وقد تؤدي إلى تراجع في الدراسة، بالإضافة إلى ظواهر عديدة منها: صعوبة التركيز، صعوبة التذكر، صعوبة في النوم، نوبات غضب، أحلام مزعجة، أفكار وهلوسات غير منطقية، الامتناع عن الذهاب إلى المدرسة، الامتناع عن المبادرات، إنزواء أو تعلق زائد، إحباط، مشاعر سلبية تجاه الذات، خوف زائد، شعور بالألم من التذمر والشكوى. وبشكل عام، فإن الخوف والقلق هي مشاعر طبيعية ترافقها صعوبات ومشاكل أخرى (الزين، 2007، 22). كما تجمع العديد من الدراسات على أن أثر الحروب على الأطفال يرتبط بوجود اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، ونمو الاضطرابات النفسية، وارتفاع مستويات القلق، والاكتئاب، واضطرابات عضوية متعددة (مقادي والمومني، 2017، 4).

لذا تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تعد خبرة اللجوء من أهم مصادر تطور الضغوط والاضطرابات النفسية؛ كالقلق والاكتئاب والرهاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ حيث إن اللاجئ ينتقل من مرحلة إلى مرحلة جديدة تتصف بعدة متغيرات بيئية واجتماعية ونفسية غير مألوفة له، مما يؤدي إلى تطوير أعراض نفسية وجسدية سلبية تؤثر على مسار حياته في بلد اللجوء، كما يتعرض اللاجئون لظروف معيشية صعبة، وقد يفقر كثير منهم إلى القدرات المعرفية التي تمكنهم من استيعاب ما يتعرضون له من أخطار وخبرات مؤلمة مما يجعلهم فريسة سهلة للاضطرابات النفسية (المومني وعودات، ٢٠٢٠، ٢٩٩).

وتشير الدراسات السابقة التي أجريت على اللاجئين في العديد من الدول إلى تعرض هؤلاء اللاجئين للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية ومنها تدهور المجال الاجتماعي للاجئين، وظهور العنف وعدم التكيف، والشعور بالعجز النفسي، والقلق الحاد، واضطرابات الهوية الشخصية، والشعور بالاغتراب النفسي. وفيما يتعلق بالدراسات التي أجريت على الأطفال اللاجئين فقد توصلت هذه الدراسات إلى ظهور العديد من أعراض المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية لدى هؤلاء الأطفال؛ كالخوف، والقلق الشديد، والحزن، وسرعة الغضب، وسرعة الإحساس بالضغط والتوتر، زيادة الالتصاق بالوالدين، النشاط المفرط، سلوك مشوش، الاكتئاب، التعب، اضطرابات النوم، رؤية الكوابيس (يحيوي وآخرين، ٢٠١٨، ١١٥-١١٦).

وقد تبلورت مشكلة الدراسة في ذهن الباحث من خلال اطلاعه على أوضاع اللاجئين اليمنيين والسوريين والسودانيين عن قرب بحكم تواجدهم في مصر خلال إجراء هذه الدراسة بعد حصوله على منحة زمالة بحثية ممولة من صندوق إنقاذ العلماء بمعهد التربية الدولي، وبالتالي فالباحث على معرفة بما يعاني هؤلاء اللاجئين من ظروف إنسانية ومعيشية قاسية قد تنعكس سلبًا على صحتهم النفسية. وقد جاء اختيار الباحث لفئة الأطفال اللاجئين تحديدًا نظرًا لطبيعة تخصص الباحث في مجال الطفولة، ولأن فئة الأطفال من

أكثر الفئات العمرية تأثراً بالحروب والأحداث الصادمة وتعرضاً للأمراض والاضطرابات النفسية، ناهيك عن قلة إن لم نقل انعدام الدراسات السابقة- في حدود علم الباحث- التي حاولت دراسة مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين مقارنة بنظرائهم من الأطفال السوريين والسودانيين.

وفي ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

- ما مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث)؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير العمر (12-14 سنة، 15-17 سنة)؟
- 3- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير الجنسية (يمني- سوري- سوداني)؟
- 4- هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير مدة الإقامة (أقل من سنتين، سنتين- أربع سنوات، أكثر من أربع سنوات)؟

أهمية الدراسة: تتجلى أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- 1- تتبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله والمتمثل في الصحة النفسية الذي يحتل مكاناً بارزاً في البحوث النفسية الإرشادية والعلاجية في العصر الحالي، وذلك لما للصحة النفسية والتوافق النفسي من أهمية كبيرة لنجاح الفرد في مختلف جوانب حياته لا سيما في عصر يتسم بالعديد من الصعوبات والتحديات.
- 2- كما تتمثل أهمية الدراسة في المرحلة العمرية التي يتناولها وهي مرحلة الطفولة وبداية مرحلة البلوغ والمراهقة حيث تعتبر هذه المرحلة العمرية أكثر أهمية لبناء حاضر ومستقبل المجتمعات والشعوب. ناهيك عن أن هذه الدراسة تسلط الضوء على شريحة هامة من شرائح المجتمع-ظهرت نتيجة الحروب والصراعات السياسية في العالم العربي- لم تلاق الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في العالم العربي بشكل عام وفي اليمن على وجه الخصوص وهي شريحة الأطفال اللاجئين.
- 3- تقدم هذه الدراسة إضافة معرفية جديدة للمكتبة العربية بشكل عام، والمكتبة اليمنية على وجه الخصوص، من شأنها إثراء الجانب النظري حول الآثار السلبية الناتجة عن لجوء اليمنيين إلى بعض الدول على الصحة النفسية لدى أطفالهم.
- 4- ندرة وجود دراسات سابقة- على حد علم الباحث- تناولت الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين الأمر الذي يحقق لهذه الدراسة أصالة معرفية ويفتح المجال أمام الباحثين الآخرين للقيام بالمزيد من الأبحاث والدراسات في هذا المجال.
- 5- قد تفيد نتائج هذه الدراسة والتوصيات التي ستخرج بها الباحثين الآخرين للقيام بتطوير العديد من البرامج الإرشادية الوقائية والعلاجية التي تستهدف الأطفال اليمنيين اللاجئين بهدف تحسين مستوى الصحة النفسية والتوافق النفسي لديهم.
- 6- كما يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة والتوصيات التي ستخرج بها في مساعدة الهيئات والمنظمات الإنسانية والحقوقية المعنية بشؤون الأطفال اللاجئين على تقديم المساعدات اللازمة للأطفال اليمنيين اللاجئين لما من شأنها التخفيف من مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1- معرفة مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر.
- 2- معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين تبعاً لمتغير الجنس.
- 3- معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير العمر.

4- معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير الجنسية.

5- معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير مدة الإقامة.

فرضيات الدراسة: في ضوء أهداف الدراسة وأسئلتها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسي لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير الجنس (ذكور - إناث).

2- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير العمر (12-14 سنة، 15-17 سنة).

3- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنسية (يمني - سوداني - سوري).

4- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير مدة الإقامة (أقل من سنتين، سنتين - أربع سنوات، أكثر من أربع سنوات).

حدود الدراسة : تتحدد حدود الدراسة على النحو التالي:

- الحدود العلمية والموضوعية: تقتصر الدراسة الحالية على دراسة الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر، ومعرفة مدى اختلاف مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين تبعاً لمتغيرات (الجنس - العمر - مدة الإقامة)، وذلك من خلال استخدام الباحث لمقياس الصحة النفسية ("MHI-18" Mental Health Inventory) المستخدم في الدراسة الحالية.

- الحدود البشرية: وتتمثل بعينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين مع أسرهم بسبب الحرب إلى جمهورية مصر العربية، من الذكور والإناث، ممن تتراوح أعمارهم بين (12 - 17) سنة.

- الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2023/2024م، وتم التطبيق الميداني للدراسة خلال الفترة الواقعة بين (2023/9/18م) ولغاية (2023/11/8م).

- الحدود المكانية: وتتحدد بالمدارس التي يرتادها الأطفال اليمنيون والسوريون والسودانيون اللاجئون في مصر التابعة لإدارة التربية والتعليم في محافظتي القاهرة والجيزة.

مصطلحات الدراسة:

1- الصحة النفسية:

عرّف القوسي (1952، ٧) الصحة النفسية بأنها: "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الشعور الإيجابي بالسعادة والكفاية".

وعرّف زهران (2005، 9) الصحة النفسية بأنها: "حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش بسلام".

2- الأطفال اللاجئين:

يعرّف اللجوء لغةً أنه اسم مشتق من لجأ يقال لجأ إلى شيء أو مكان، ويقال لجأت إلى فلان أي استندت إليه واعتضدت به، أو لجأت من فلان أو عدلت عنه إلى غيره، وكأنه أشار إلى الخروج والانفراد، ويقال لجأ من قوماً أي انفرد عنهم وخرج عن زميرتهم إلى غيرهم فكأنه تحصن منهم ولجأ إلى شيء أي اضطر إليه. (ابن منظور، 1994، 1/125)

ويعرّف اللجوء اصطلاحاً بأنه: منح الدول حماية في إقليمها لأشخاص من دول أخرى يفرون من اضطهاد أو من التهديد الخطير، ويشمل اللجوء عناصر متنوعة من بينها عدم الترحيب والسماح بالبقاء على إقليم دولة اللجوء، والمعايير الإنسانية للمعاملة (الأتربي، 2021، 419).

وتعرف الأمم المتحدة اللاجئين بأنه: "الفرد الموجود خارج وطنه لخوفه المشروع من أن يكون مضطهداً بسبب عرقه، أو دينه، أو جنسه، أو انتمائه إلى مجموعة اجتماعية خاصة، أو رأيه السياسي الخاص، والذي بفعل مثل هذا الخوف، لا يريد أو لا يستطيع الاستقادة من الحماية المتوافرة في وطنه، أو أنه الفرد الذي لا جنسية له ويقوم خارج بلد إقامته السابقة المعتادة بسبب مثل هذه العوامل وهذا الخوف، ولا يريد أو لا يستطيع العودة إليه" (باتل، 2008، 204).

ويعرف الباحث الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في هذه الدراسة بأنهم: الأطفال الذين غادروا مع أسرهم بلدانهم الأصلية (اليمن وسوريا والسودان) ولجئوا إلى جمهورية مصر العربية طلباً للأمن والحماية، وذلك نتيجة للحرب وتساعد أحداث العنف والنزاع المسلح الذي تمر به أوطانهم الملحقين بالمدارس اليمنية السورية والسودانية في محافظتي القاهرة والجيزة ممن تتراوح أعمارهم بين (12-17) سنة.

الإطار النظري:

1- تعريف الصحة النفسية:

يرى الداهري (2010، 25) أن أول من استعمل مصطلح الصحة النفسية هو العالم "أولف ماير"، وقد استخدم هذا المصطلح ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي نحو السوية وعلى الوقاية من الاضطرابات النفسية؛ فالصحة النفسية تعني تكيف الشخص مع العالم الخارجي المحيط به بطريقة تكفل له الشعور بالرضا كما تجعل الفرد قادراً على مواجهة المشكلات المختلفة. ويعرّف فهمي (1995، 18) علم الصحة النفسية بأنه: "علم الكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية".

وتعرّف منظمة الصحة العالمية (2013) الصحة النفسية بأنها: "حالة من العافية يستطيع فيها كل شخص إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي" (الهاشمية، 2017، ٧). ويعرّف عبدالخالق (2015، 30) الصحة النفسية بأنها: "حالة وجدانية معرفية مركبة، دائمة دوماً نسبياً، من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالرضا، والطمأنينة، والأمن، وسلام العقل، والإقبال على الحياة، مع شعور بالنشاط، والقوة، والعافية، ويتحقق في هذه الحالة، درجة مرتفعة نسبياً من التوافق النفسي، والتوافق الاجتماعي، مع علاقات اجتماعية راضية مرضية".

ويرى غراب (2015، 26) بأن الصحة النفسية حالة انفعالية سارة تحدث نتيجة لإشباع حاجات الفرد الفسيولوجية والسيكولوجية وينتج عنها شعور الفرد بالارتياح والسعادة والرضا والطمأنينة والأمن والوصول إلى درجة مناسبة من التكيف النفسي والاجتماعي مع القدرة على مواجهة المواقف والأزمات.

٢- أهداف الصحة النفسية:

تبرز الحاجة إلى الصحة النفسية لتحقيق الأهداف التالية (منصور، 2014، 19):

- ١- تسعى إلى تمكين الفرد من الإحساس بالسعادة والسرور من خلال إشباع حاجاته الأساسية، وكما تهدف إلى الكشف عن إمكانات الفرد وقدراته وتوجيهها الوجهة الصحيحة حيث يمكن الاستفادة منها، وإجراء تعديلات مختلفة والإفادة من الخبرات التي يمر بها.
- ٢- إحداث حالة من التوازن والانسجام بين مكونات الجهاز النفسي، بحيث لا يطغى جانب على آخر.
- ٣- إقامة توازن وانسجام بين الفرد بكل مقوماته والبيئة التي يعيش فيها الفرد ليكون متواءماً مع الجماعة التي ينتمي إليها، ومنخرطاً في علاقات إنسانية متوازنة.

4- تؤكد الصحة النفسية على تمتع الفرد بالحياة، وتمكينه من مواجهة الإحباط والصراع في حياته من خلال إجراء تعديلات وتغييرات جوهرية في حياته.

5- كما تهدف إلى توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه.

3- مظاهر الصحة النفسية:

يصنف كفاي (2012) مظاهر الصحة النفسية إلى أربع مجموعات كما يلي (المومني وعودات، 2020، 298):

- 1- الشعور بالارتياح مع الذات (التكيف النفسي).
- 2- الشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي).
- 3- القدرة على مواجهة مطالب الحياة (حل المشكلات).
- 4- السلامة النفسية (الخلو من المرض).

وقد حدّد "فالانت" (Vailland, 2003) ستة جوانب للصحة النفسية على النحو الآتي: (1) فوق المستوى، (2) علم النفس الإيجابي، (3) النضج من وجهة نظر النمو الصحي للراشد، (4) الذكاء الوجداني أو الاجتماعي، (5) الهناء الشخصي، وهي حالة نفسية يمر بها الشخص ويجربها ذاتياً، وتتسم بالسعادة، والرضا، والسرور، (6) الصمود، والمرونة، ومواجهة المشكلات، كما في التكيف الناجح، والأتزان الحيوي Homeostasis (عبدالخالق، 2016، 9).

ويرى الشميري (٢٠٢٢، 51-52) أن أهم مظاهر الصحة النفسية: السوية، التوافق، السعادة، التكامل، تحقيق الذات، مواجهة مطالب الحياة، الفاعلية، الكفاءة، الملاءمة، والمرونة.

وترى فهيم (2007، 17-25) أن العوامل التي تساعد على توفير الصحة النفسية للطفل تتمثل فيما يلي:

الصحة الجيدة، الحب غير المشروط للطفل، إحساس الطفل بالأمن، علاقة الأبوين بالطفل، العلاقات الأسرية السليمة، الاختلاط بالمجتمع والأطفال الآخرين، القدوة الحسنة، تدريب الطفل على احترام القيم الأخلاقية والروحية، إشباع الحاجات النفسية للطفل، عدم تمييز طفل على آخر أو تفضيل الولد على البنت أو العكس، الجزاء والعقاب بطريقة سليمة، تحقيق الحب المتبادل بين أفراد الأسرة، غرس القيم الدينية في الأطفال، تجنّب التدخل في كل صغيرة وكبيرة في حياة الطفل، العدالة في المعاملة.

4- مؤشرات الشخصية السوية:

لكي يصل سلوك الفرد إلى مستوى السوية لا بد أن تتوفر فيه شروط معينة، ولقد وضع بعض الباحثين عدداً من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي وتتمثل في: الفاعلية، الكفاءة، المرونة، نظرة الفرد لذاته، القدرة على التواصل الاجتماعي، الإحساس الواضح بالهوية، الواقعية، التناسب، الراحة النفسية، الإفادة، من الخبرة، الاستقلالية، التوافق الاجتماعي والشخصي، الشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، تحقيق الذات واستغلال القدرات، القدرة على مواجهة مطالب الحياة، مدى نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه، التحمس والإقبال على الحياة بوجه عام، السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، حسن الخلق، والخلو النسبي من الأمراض (دايلي، 2018، 184-188).

وقد وضع كلاً من ماسلو ومتلان (Maslow & Mittelman, 1951) قائمة بالمحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح وهي: شعور كافٍ بالأمن، درجة معقولة من تقويم الذات، أهداف واقعية في الحياة، اتصال فعال بالواقع، تكامل وثبات في الشخصية، القدرة على التعلم من الخبرة، تلقائية مناسبة، انفعالية معقولة، القدرة على إشباع حاجات الجماعة مع درجة ما من التحرر من الجماعة (أي الفردية)، رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة على إشباعها في صورة مقبولة (كوفيل وآخرون، 1986، 4-5).

وترى أبو العمرين (2008، 22-24) أنه لكي يصل السلوك إلى مستوى السوية لا بد وأن تتوفر فيه الشروط التالية: الفاعلية، والكفاءة، والمرونة، والقدرة على الاستفادة من الخبرة، والقدرة على التواصل الاجتماعي، وتقدير الذات، والواقعية، والتناسب، والشعور بالأمن، والتوجه الصحيح، والإفادة من الخبرة، والاستقلالية.

كما يرى منصور (2014، 20-22) أن الشخصية المتمتع بالصحة النفسية تنتم بالخصائص التالية: كفاءة الفرد في مواجهة إحباطات الحياة اليومية، تقبل الفرد الواقعي لحدوده وإمكانياته، ضبط النفس والتحكم في الذات، القدرة على العمل والإنتاج، تصدي الفرد لمسئولية ما يتخذ من قرارات وأفعال، الشعور بالرضا عن الحياة، الشعور بالأمن، الاستفادة من الخبرة، التوافق النفسي.

5- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

تعددت النظريات والمدارس والاتجاهات العلمية المفسرة للصحة النفسية، وفيما يلي نستعرض بعض تلك الاتجاهات النظرية بشكل مختصر:

1- مدرسة التحليل النفسي: الإنسان السليم في نظر سيجموند فرويد (S. Freud) هو الإنسان الذي يملك "الأنا" لديه قدرة كاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلاً لجميع أجزاء "الهو"، ويستطيع التأثير عليه، حيث في حالة الصحة لا يمكن فصلهما عن بعضهما، ويشكل "الأنا" الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص، في حين تتجمع الغرائز اللاشعورية في "الهو"، حيث تنمرد وتتشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي)، وتكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة، كما يضم هذا النموذج "الأنا الأعلى" والذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر، وهنا يفترض "فرويد" أنه في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية ومبهجة، في حين في حالة العصاب مثارة من خلال تصورات جامدة مرهقة، ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها، وإنما تتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها (بخوش وحמידاني، 2016، 52).

2- النظرية السلوكية: تدور النظرية السلوكية حول عملية التعلم، وتعتبر العادة بمثابة المفهوم الأساسي في نظريتهم عن السلوك، وهي محور الشخصية، ولذلك ينظر السلوكيون إلى الإنسان كتنظيم معين من عادات اكتسبها أو تعلمها، ويؤكدون في نظريتهم على أهم العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في أثناء نموه. والاضطراب الانفعالي الاجتماعي عند السلوكيين هو نتيجة عامل من العوامل، أما الصحة النفسية السليمة عند السلوكيين فهي اكتساب الفرد لعادات مناسبة ويقصد بها تلك التي تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد، وهي العادات التي يتقبلها أفراد المجتمع واستحسنوا إكسابها لأبنائهم، لأنها تساعد الفرد على أن يحيا حياة فعالة ناجحة مع الآخرين من خلال مواجهة مختلف المواقف وفي هذه الحالة هو ذو صحة نفسية سليمة، وإن فشل في اكتساب هذه العادات أو اكتسب عادات لا تتناسب مع ما اتفق عليه المجتمع من عادات فهو في صحة نفسية سيئة أو مضطرب انفعالياً، وهكذا فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد هو محك اجتماعي، لأن النظرية السلوكية تعتبر البيئة من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (غالي، 2014، 28).

3- النظرية المعرفية: تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل، وأن لا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه. ومن المفيد القول في هذا المجال أن بعض الوجوديين يرى أن الصحة النفسية للفرد تكون في حريته في اختيار قيم تحدد إطاره في الحياة وتعطي معنى لحياته، كما تكون في اللجوء إلى الله وعبادته، أما البعض الآخر فقد رفض هذا الرأي ونادى بضرورة إدراك الإنسان بأنه يعيش حياة بلا معنى، حياة تتشكل من سلسلة من التناقضات وعليه أن يعيشها أو يعايشها كما تأتي الرياح. ونلاحظ تأثر الطرف الأول بمبادئ علم النفس فقد ظهر من بين المشتغلين بعلم النفس عدد من المتحدثين بالوجودية نذكر منهم: ماي، لينج، وفرانكل، وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات بينهم إلا أنهم يشتركون في إطار عام، حيث يؤكدون على فردية الإنسان وقيمه وصراعه في سبيل الوصول إلى معنى لوجوده ورغبته في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يختاره بإرادته إلى اكتشاف ذاته وممارسة حياته كما يراها وكما يختارها، وبهذه الإرادة يحقق الإنسان لنفسه الصحة النفسية ويعود من اغترابه بالتمسك بالقيم الروحية (الخواجة، 2010، 16-17).

4- النظرية الإنسانية: تركز الأساليب الإنسانية في تناولها للسلوك في سوائه أو اضطرابه على علاقة الفرد بالعالم، وعلى الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى أنفسهم في علاقاتهم بالآخرين. فالأفراد حينما ينمون مشاعر من انعدام القوة والإحباط بدلاً من المسئولية

وتقدير الذات self-esteem، فإنهم غالباً ما ينغمسون في سلوكيات لا توافقية مضطربة، ومن ثم فإن ما يسمى بالسلوك المضطرب هو أساساً علامة على عدم قدرة الفرد على تحقيق وإشباع الحاجات والقدرات الإنسانية، ويصبح علاج هؤلاء الأفراد الذين يعانون من السلوكيات اللاتوافقية المضطربة هو مساعدتهم على أن يشعروا بشكل مختلف نحو أنفسهم، مما يقودهم إلى تحقيق اعتبار الذات وتقديرها (قاسم، 1998، 92). ويرى ماسلو Maslow أن الشخص الذي يتمتع بصحته النفسية هو الفرد الذي حظي بإشباع حاجاته الأساسية ومحقق لذاته، وأن الشخص المحقق لذاته وفق رأي "ماسلو" هو الفرد الذي أنجز مستوى عال من التوافق ويستطيع أن يصدر أحكاماً جديدة، ويمتلك القدرة على النمو الشخصي، ومثل هؤلاء الأفراد يحصلون على المصدر الرئيسي للرضا من خلال نموهم وتطورهم الفردي، كما أنهم لا يعانون من التهديد والقلق والصراعات والتوتر (التميمي، 2013، 90).

وبصورة عامة فإن النظرية الإنسانية ترى أن التوافق يمكن تفسيره على وفق اتجاهات النمو عند الأفراد، وأن التوافق السوي عملية مستمرة طول الحياة ترجع إلى ما يسمى بتحقيق الذات (Bruin, 1983, 87).

6- مناهج الصحة النفسية:

يشير زهران (2005، 12) إلى أنه يوجد ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية وهي:

أ- **المنهج الإنمائي Developmental**: وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانات والقدرات وتوجيهها لتوجيه السليم (نفسياً وتربوياً ومهنياً) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقاً للتوافق والصحة النفسية.

ب- **المنهج الوقائي Preventive**: ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولاً بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية. وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. ويطلق البعض على هذا المنهج اسم "التحصين النفسي".

ج- **المنهج العلاجي Therapeutic**: ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجات والعيادات والمستشفيات النفسية.

7- الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين:

يبتعد آلاف الأشخاص عن بيوتهم هرباً من الحرب أو الاضطهاد أو المجاعة. هؤلاء نسميهم اللاجئين أو النازحين أو المهجرين، أي الأشخاص الذين أجبروا على ترك منازلهم في محاولة لإنقاذ حياتهم. فالحرب والإرهاب والشغب والاضطراب الأهلي، كلها حالات مفجعة واقعية في عدة مناطق في العالم. ومع تطور التكنولوجيا، تطورت آلات القتل بدورها، وأصبحت تجارة الأسلحة أشد فتكاً وأكثر وحشية. أما الإصابات الأسوأ فمن الشائع أن يتحملها المدنيون، لاسيما النساء والأطفال. ومع ذلك فإن اللاجئين هم الأوفر حظاً، أما الذين يبقون في منازلهم فهم معرضون للربح الناتج من الحرب وللمعاملة اللا-إنسانية التي ينالونها من المعتدين. فتغتصب النساء، ويُقتل الرجال، وتدمر القرى والمجتمعات بأكملها. وتأتي آثار الحرب على الصحة النفسية من هذا الغياب التام للإنسانية والفقدان الكامل للإيمان، والربح الذي ينتج من رؤية الناس يتعرضون للأذى. ومن أبرز النتائج النفسية والاجتماعية للنزوح: العزلة الاجتماعية التي قد تصل إلى الشعور بالغربة، الإقامة ضمن شروط معيشية غير ملائمة، فقدان موارد الرزق والمداخل، البطالة، تدهور الخدمات المتعلقة بالتعليم والصحة (بائل، 2008، 204).

قد يعاني اللاجئون مشكلات صحية نفسية لعدة أسباب منها:

- الحزن والحداد: إن خسارة كل الممتلكات الخاصة، بما فيها المنزل العائلي والدخل، هي مفاجأة رهيبية للأشخاص، لاسيما الأشخاص الفقراء أصلاً. وما يزيد حدة الحزن أن الحدث بحد ذاته لا يحمل أي معنى.
- التعرض للعنف المرعب: عدد كبير من اللاجئين قد شهد أو عانى أحداث مروعة.
- الإصابات أو الأمراض الجسدية: هذه الأمراض أيضاً قد يكون لها أثر على الصحة النفسية.
- العيش في بيئة خالية من شبكات الدعم الاجتماعي: غالباً ما تكون مخيمات اللاجئين أمكنة حزينة، والمنشآت الصحية فيها مكتظة وفقيرة. وقد يتواجد في المسكن نفسه أشخاص من مجتمعات مختلفة (باتل، 2008، 205).

الدراسات السابقة:

- دراسة جروبر (Gruber, 1996) وهدفت إلى تقصي العلاقة بين النزاع المسلح الذي اندلع في جمهورية السلفادور وبين الصحة النفسية للأطفال تلك الدولة، وذلك عن طريق استخدام الأساليب الكمية أو الإحصائية للمجموعة المقارنة، وتم تطبيق الدراسة على مجموعتين من الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين (8-12) سنة، حيث جمعت البيانات من الأطفال الذين تعرضوا للكثير من آلام الحرب وولاياتها مقارنة بمجموعة أخرى من الأطفال الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الولايات، وذلك من حيث متغيرات العمر، والجنس، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، وقد تم فحص الصحة النفسية للأطفال المجموعتين عن طريق العديد من أدوات القياس ذات العلاقة ومن خلال المقابلات أيضاً، أما الدور النفسي للأطفال فقد تم قياسه عن طريق مقابلة الأطفال وأولياء أمورهم، وأظهرت النتائج وجود مستويات من الإحباط والضغوط النفسية والمشكلات السلوكية والقلق، إلا أن الأطفال الذين تعرضوا لظروف الحرب وولاياته كانت لديهم مستويات أعلى من القلق مع وجود أصناف متنوعة من المشكلات السلوكية كالعدوانية والوشاية بالآخرين أكثر من أقرانهم الذين لم يتعرضوا لتلك الولايات وبدلالة إحصائية.

- دراسة سميث وآخرين (Smith et al, 2002) في بريطانيا: هدفت الدراسة إلى تقييم آثار الحرب على الصحة النفسية للطفل ومعرفة أثر العنف خلال الحرب (البوسنية - الكرواتية) في تطور كرب ما بعد الصدمة. تكونت عينة الدراسة من (2976) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (9 - 14) سنة. وأظهرت النتائج ارتفاع معدل كرب ما بعد الصدمة والحزن بشكل واضح، وقد كانت معدلات القلق والاكتئاب ضعيفة جداً، ولم يكن هناك اختلاف مهم بين كلا الجنسين في درجة التعرض للخبرات الصادمة.

- دراسة جبار وظاظا (Jabbar & Zaza, 2014) في الأردن: وهدفت إلى تعرف أثر الأزمة السورية في الصحة النفسية لدى الأطفال في مخيم الزعتري، وتكونت العينة من (216) طفلاً من الأطفال اللاجئين الذين جرى اختيارهم عشوائياً من مخيم الزعتري، والرمثا، وعمان، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى انتشار القلق والاكتئاب، والأعراض النفسجسدية لدى الأطفال اللاجئين السوريين جاء متوسطاً، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى أماكن اللجوء بمستويات انتشار القلق والاكتئاب لصالح الأطفال اللاجئين في مخيم الزعتري مقارنة مع الأطفال اللاجئين في الرمثا وعمان.

- دراسة الأسمر (2010): وهدفت إلى الكشف عن مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية، وتكونت عينة الدراسة من (543) طالباً وطالبة، وتم استخدام مقياس الأعراض النفسية المرضية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى أفراد العينة جاء بدرجة متوسطة؛ حيث جاء في المرتبة الأولى القلق بمستوى مرتفع، وفي المرتبة الأخيرة الاكتئاب والوسواس القهري بمستوى منخفض، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغير الجنس؛ إذ بينت النتائج أن مستوى الاكتئاب والوسواس القهري وأعراض التجسيد لدى الإناث أعلى من الذكور، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغيرات مدة الإقامة، والصف، وفقدان أحد أفراد الأسرة.

- دراسة طشوش والأسمر (2015): وهدفت إلى معرفة مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي، وتمثلت أداة الدراسة في استبانة، وتكونت عينة الدراسة من (580) طالب وطالبة سوريين اختيروا بالطريقة العشوائية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد

العينة على مجالات الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة)، وكانت الأعراض المرضية الخاصة بالأعراض الجسمية، وكذلك الأعراض النفسية الخاصة بالاكتئاب لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور.

- دراسة يعقوب وكنعان (٢٠١٦): وهدفت إلى دراسة الاضطرابات النفسية والسلوكية الحالية عند الأطفال الفلسطينيين في المرحلة الابتدائية، وتكونت عينة الدراسة من (٣٦٠) طفلاً وطفلة من الفلسطينيين و(٩٠) طفلاً وطفلة من اللبنانيين تراوحت أعمارهم بين (٦-١٢) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس بيك الذي يضم خمسة مقاييس فرعية هي (مفهوم الذات، القلق، الاكتئاب، الغضب، واضطراب السلوك)، كما استخدمت الدراسة استبيان خاص بالتلميذ يتضمن بعدين؛ الأول يدرس علاقة التلميذ مع أهله، والثاني يدرس علاقة التلميذ مع معلميه، بالإضافة إلى استبيان خاص بالمعلم حول المشكلات التي يعاني منها التلامذة في المدرسة من وجهة نظره، وأثبتت الدراسة أن الأطفال اللاجئين في المخيمات لديهم تقدير ذات متدن، ارتفاع نسبة الغضب لدى الأطفال اللاجئين، كما تبين أن ٥٠٪ من الأطفال يمارسون الكذب والغش أو يتلفظون بألفاظ نابية ويقومون بالاعتداء على رفاقهم ولا يحترمون الأنظمة، وهناك حوالي ٢٠٪ منهم يتمردون على المعلمين والإدارة، أما فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب فذات نسب مرتفعة لدى الأطفال.

- دراسة الجبور وسمور (2016): وهدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار الاكتئاب لدى اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، واختبار الفروق بين متوسطات الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات، والتحقق من فاعلية برنامجي إرشاد في خفض مستوى الاكتئاب لديهم، وتكونت عينة الدراسة من (600) لاجئ اختيروا بطريقة عشوائية، وتم تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب عليهم، وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الاكتئاب الشديد بين أفراد العينة بلغت (30.7٪)، ونسبة انتشار الاكتئاب المتوسط بلغت (34.5٪)، أي أن ما نسبته (65.2٪) من أفراد العينة يعانون من مستويين متقدمين من الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن الذكور أقل اكتئاباً من الإناث، وكبار السن أقل اكتئاباً من غيرهم، ولم تظهر فروق دالة إحصائية في الاكتئاب تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

- دراسة جيت (Jet, 2016): وهدفت إلى تعرف مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين القاصرات المتزوجات في الأردن، وتكونت العينة من (٣٠١) لاجئة سورية قاصرة متزوجة، وتم استخدام مقياس الصحة النفسية، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين القاصرات المتزوجات في الأردن كان متوسطاً، كما جاءت جميع مجالات الصحة النفسية متوسطة وهي: السلامة النفسية (الخلو من المرض)، والشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي)، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة (حل المشكلات)، والرضا عن الذات (التكيف النفسي).

- دراسة عودات (2017): وهدفت إلى معرفة مستوى الضغوط الثانوية والصحة النفسية والعلاقة الارتباطية بينهما لدى اللاجئين السوريين في الأردن، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتم تطبيق مقياسي الضغوط الثانوية والصحة النفسية بعد تعريبهما، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٩٥) لاجئ ولاجئة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدد من النتائج منها أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة كان متوسطاً، كما وجدت فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى متغيرات (الجنس، عدد سنوات الإقامة في الأردن، مكان الإقامة)، وعدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغيرات (العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

- دراسة يحيوي وآخرين (٢٠١٨): وهدفت إلى التعرف على المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال اللاجئين السوريين في الجزائر، ومعرفة الفروق في درجات هذه المشكلات تبعاً لمتغير الجنس، بالإضافة إلى التعرف على المشكل الذي يطغى على باقي المشكلات الأخرى وبالتحديد اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) طفلاً وطفلة؛ (٤٠) ذكور، و(٤٠) إناث، واستخدمت الدراسة استبيان التقرير الذاتي للمشكلات الانفعالية والسلوكية لتوماس أشنباخ (Thomas Achenbac, 1991)، وتوصلت الدراسة إلى أن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو الاضطراب الذي يتصدر قائمة المشكلات الانفعالية والسلوكية، حيث أن نسبة ٦٠٪ من المجموع الكلي للأطفال يعانون من هذا الاضطراب، تليه مباشرة مشكلات الانتباه بنسبة ٥٩٪، ثم مشكلات العناد بنسبة ٥٥٪، والوسواس القهري بنسبة ٥٢٪، بعدها مباشرة مشكلات نقص الانتباه وفرط النشاط بنسبة ٥١٪، ثم تليها باقي المشكلات بنسب متوسطة ومنخفضة نوعاً ما رغم دلالتها. كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من المشكلات العاطفية، والسلوك الجانح، والسلوك العدواني، ومشكلات نقص الانتباه وفرط النشاط، ومشكلات العناد، ومشكلات السلوك حيث كانت الفروق لصالح الذكور، في حين وُجدت فروق دالة إحصائية لصالح الإناث في مشكلات القلق/ الاكتئاب، والمشكلات الاجتماعية، ولم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

في بقية المشكلات وهي (الانسحاب/ الاكتئاب، الشكاوي السوماتيكية، مشكلات القلق، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مشكلات التفكير، مشكلات الانتباه، المشكلات السوماتيكية).

- دراسة المومني وعودات (٢٠٢٠): وهدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن في ضوء متغيرات (الجنس، العمر، عدد سنوات الإقامة في الأردن، مكان السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٩٥) لاجئاً ولاجئة، واستخدمت الدراسة مقياس الصحة النفسية Mental Health Inventory_18 (MHI_18) بعد تعريبه، وأظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية على أبعاد المقياس جاء متوسطاً، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعض أبعاد مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس لصالح الإناث، والعمر لصالح الفئة العمرية "١٥-٢٠" سنة، وعدد سنوات الإقامة في الأردن لصالح "٣-٤" سنوات، ومكان السكن لصالح سكان المخيم، والحالة الاجتماعية لصالح الحالة الاجتماعية أعزب)، في حين لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد المقياس تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

- دراسة الشميري (٢٠٢٢ب): وهدفت إلى التعرف إلى مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين في مصر وعلاقتها بمتغيرات (الجنس، العمر، مدة الإقامة)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (150) طفلاً وطفلة من الأطفال اليمنيين اللاجئين في مصر، وتم استخدام مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية من إعداد جودمان (Goodman, 1997)، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها أن الاضطرابات الانفعالية كالقلق والحزن والعصبية والخوف جاءت في المرتبة الأولى، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسطات درجات كل من الأعراض الانفعالية، والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح الإناث، ووجود فروق دالة إحصائية في مستوى كل من النشاط الزائد والمشكلات السلوكية تعزى لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية (15-17) سنة، وفي مستوى السلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح الفئة العمرية (11-14) سنة، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير مدة الإقامة.

تعقيب على الدراسات السابقة : من خلال عرض الدراسات السابقة يمكن استنتاج ما يلي:

- غياب الدراسات والأبحاث التي تناولت دراسة مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين، حيث لم يجد الباحث - في حدود ما أتيج له الاطلاع عليه من دراسات سابقة - أي دراسة سابقة استهدفت الأطفال اليمنيين اللاجئين سوى دراسة واحدة وهي دراسة الشميري والتي استهدفت معرفة مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين في مصر، مما يجعل هذه الدراسة تسد نقصاً في المكتبة اليمنية.

- معظم الدراسات السابقة حديثة أجريت في الألفية الثالثة خلال الفترة الممتدة بين عامي (2000) و(٢٠٢٠) وهي الفترة التي شهد خلالها العالم المزيد من الصراعات والحروب الدامية في العديد من البلدان أجبرت الكثير من مواطني هذه الدول على مغادرة أوطانهم هرباً من جحيم الحرب المستعرة فيها وسعيًا للحصول على ملاذ آمن لهم ولعائلاتهم في دول أخرى.

- سعت الدراسات السابقة إلى معرفة مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين، ومعرفة الفروق في مستوى هذه المشكلات والاضطرابات تبعاً لمتغيرات (الجنس، العمر، الصف الدراسي، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، مدة الإقامة، فقدان أحد أفراد الأسرة). - استهدفت الدراسات السابقة الأطفال والمراهقين من الجنسين، وتفاوتت في عدد أفراد عيناتها؛ فبعض هذه الدراسات أجريت على أعداد كبيرة من الأطفال كدراسة سميث وآخرين (Smith, et al, 2002) التي أجريت على (2976) طفلاً وطفلة، في حين أجريت بعض الدراسات على عينات صغيرة كدراسة يحيوي وآخرين (2018) التي أجريت على (80) طفلاً وطفلة.

- تشابهت الدراسات السابقة في اعتمادها على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره المنهج الملائم لهذه الدراسات، وهو ما اعتمده الباحث في بحثه الحالي.

- أجمعت الدراسات السابقة على تدني مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين وارتفاع مستوى كل من الخوف، والقلق، والحزن، والاكتئاب، والغضب، والعناد، والعصبية، والإحباط، والضغوط النفسية، والمشكلات السلوكية، واضطراب ما بعد الصدمة، والوساوس القهرية، وغيرها من الأعراض النفسية المرضية، بالإضافة إلى انخفاض تقدير الذات. إلا أن نتائج هذه الدراسات تناقضت فيما يتعلق بالفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية المدروسة.

- استفاد الباحث من الدراسات السابقة في مجال اختيار المنهج والعينة والاختبارات والمقاييس ووسائل جمع البيانات، وأساليب المعالجة الإحصائية المناسبة لدراسته الحالية، وكيفية عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها مع نتائج تلك الدراسات.

طريقة الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

انطلاقاً من طبيعة موضوع الدراسة وهدفها الرئيس المتمثل في معرفة الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر، وانطلاقاً من التساؤلات التي تسعى الدراسة للإجابة عنها من خلال الفرضيات المقترحة، تبين للباحث أن أنسب منهج يمكن استخدامه في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، لكون هذا المنهج يحقق للباحث فهماً أفضل للظاهرة المدروسة عن طريق تحليل بنية الظاهرة المدروسة وبيان العلاقة بين مكوناتها (أبو حطب وصادق، 1991: 105).

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين مع أسرهم بسبب الحرب في اليمن وسوريا والسودان إلى جمهورية مصر العربية، ولكن نظراً لعدم وجود إحصائية دقيقة توضح الأعداد الحقيقية أو التقريبية لهؤلاء اللاجئين، كون العديد من هؤلاء اللاجئين غير مسجلين رسمياً لدى المفوضية السامية لشؤون اللاجئين في مصر، لذا فإنه لا يتوفر رقم محدد لأفراد المجتمع الأصلي للدراسة الحالية. وبما أنه لا توجد قاعدة واحدة ثابتة للحصول على عينة كافية وممثلة للمجتمع الأصلي، لاسيما أن اختيار العينة يتأثر بالعوامل والشروط الخاصة بكل بحث وبالمغرض منه، ونتيجة لبعض الصعوبات فقد لجأ الباحث - مجبراً - إلى استخدام أسلوب العينة العشوائية العرضية أو المتيسرة بما يتوافر من أطفال يمنيين وسوريين وسودانيين لاجئين في مصر وملتحقين في بعض المدارس التابعة لإدارة التربية والتعليم في محافظة الجيزة؛ ذلك أن الطريقة العشوائية العرضية هي عينة عشوائية مستقلة، تسحب من فئة مناسبة ومتوفرة، والفئة المختارة بموجبها ليست أفضل الفئات بل أكثرها توفراً (حمصي، 1991: ١١٩). وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من (251) طفلاً وطفلة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر؛ بواقع (97) من الذكور، و(154) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (12-17) سنة، وبمتوسط عمري بلغ (14.2) سنة. والجدول التالي يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة من حيث: العدد، والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإقامة.

جدول (1) عينة الدراسة

الجنس		العمر		الجنسية		مدة الإقامة			
ذكور	إناث	14 - 12 سنة	15 - 17 سنة	يمني	سوري	سوداني	أقل من سنتين	سنتين - ٤ سنوات	أكثر من ٤ سنوات
97	154	152	99	84	80	87	89	57	105

أداة الدراسة:

للكشف عن مستوى الصحة النفسية استخدمت النسخة المختصرة من مقياس الصحة النفسية (Mental Health Inventory-18 "MHI-18"، والمطور من قبل (McHorney, Ware, Rogers, Roczek & LU, 1992)، وهو النسخة المختصرة من (MHI-38) المعد من قبل (Veit & Ware, 1983)، ويتكون المقياس من (١٨) فقرة، موزعة على أربعة مجالات، هي: القلق (٥ فقرات)، والاكتئاب (٤ فقرات)، والتحكم بالسلوك (٤ فقرات)، والتأثير العام الإيجابي (٥ فقرات)؛ حيث يهدف المقياس إلى الكشف عن الجوانب الإيجابية والسلبية للصحة النفسية لدى الفرد. وبما أن المقياس لا يوجد له درجة كلية، وإنما يتم التعامل معه بناءً على أبعاده المختلفة، ويتم تقدير الدرجات على المقياس وفق تدرج خماسي كما يلي: دائماً (٥)، غالباً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، أبداً (١)، علماً بأن الفقرات كلها موجبة، وبناءً على ذلك فقد تراوحت الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس بين (١-٥) درجات، ولتحديد مستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة الحالية تم تصنيف المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية كما يلي:

- أقل من 2.33 منخفضة.

- من ٢.٣٤ - ٣.٦٧ متوسطة.

- من 3.68 - 5 مرتفعة.

صدق المقياس: قام الباحث باستخراج مؤشرات الصدق للمقياس بطريقتين كما يلي:

1- الصدق الظاهري: حيث قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين وذلك للحكم على مدى وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقياس، ومدى ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تنتمي إليه. وقد اتخذ الباحث نسبة (90 %) فما فوق كميّار لقبول الفقرة، وقد حظيت جميع الفقرات بنسبة اتفاق (90%) فما فوق، كما قام الباحث بتعديل الصياغة اللغوية لبعض الفقرات لتلائم أفراد العينة حسب آراء السادة المحكمين.

2- صدق الاتساق الداخلي: وتم التأكد منه بعد تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (20) طفلاً وطفلة من غير أفراد العينة الأصلية للدراسة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس

م	أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	القلق	0.365	0.0472 (*)
٢	الاكتئاب	0.457	0.0111 (*)
٣	التحكم بالسلوك	0.434	0.0167 (*)
٤	التأثير الإيجابي	0.472	0.0085 (**)

يلاحظ من الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس بلغت (0.365، 0.457، 0.434، 0.472) على الترتيب، وقد كانت مستويات الدلالة لأبعاد القلق والاكتئاب والتحكم بالسلوك دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، في حين كان مستوى الدلالة لبعد التأثير الإيجابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الصدق.

ثبات المقياس: للتحقق من ثبات المقياس استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية، ومعامل ثبات ألفا كرونباخ، وذلك على النحو التالي:

١ - التجزئة النصفية: حيث قام الباحث بتجزئة فقرات كل بعد من أبعاد المقياس إلى نصفين، اشتمل النصف الأول على الفقرات الفردية، في حين اشتمل النصف الثاني على الفقرات الزوجية، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس، كما تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان- براون للثبات الكلي. وقد بلغت معاملات ثبات المقياس كما هو موضح في الجدول (3).

جدول (3) معاملات الثبات لمقياس الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين باستخدام طريقة التجزئة النصفية

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	معامل ارتباط بيرسون	معامل الثبات بعد إجراء المعادلة التصحيحية
القلق	٥	0.493 (*)	0.66
الاكتئاب	4	0.738 (**)	0.85
التحكم بالسلوك	٤	0.490 (*)	0.66
التأثير العام الإيجابي	5	0.729 (**)	0.84
الدرجة الكلية للمقياس	18	0.670 (**)	0.80

(*) دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، (**) دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

يلاحظ من الجدول (3) أن جميع معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية إيجابية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بالنسبة لبعدي القلق والتحكم بالسلوك، وعند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لبعدي الاكتئاب والتأثير الإيجابي بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمقياس، مما يدل على أن مقياس الصحة النفسية المستخدم في هذه الدراسة يتمتع بقدر جيد من الثبات.

٢- معادلة ألفا كرونباخ: قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل ثبات المقياس بهذا الأسلوب (0.41) وهو معامل ثبات جيد.

3- معامل الثبات من خلال تطبيق معادلة كيورد - ريتشاردسون رقم ٢١ (KR21) وهي كما يلي:

$$r_{11} = \frac{N}{N-1} \frac{(1 - \frac{M}{N})}{N}$$

حيث r_{11} : معامل الثبات، N : عدد عبارات المقياس، M : المتوسط الحسابي للدرجات، E^2 : تباين الدرجات وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.50)، وهو أيضاً معامل ثبات جيد يكفي للثقة في مقياس الصحة النفسية وإمكانية تطبيقه على أفراد عينة البحث الحالي.

إجراءات التطبيق:

بعد أن تم استخراج الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة والتأكد من مؤشرات الصدق والثبات، ولأجل الحصول على البيانات المتعلقة بالدراسة وأهدافها فقد تم تطبيق أداة الدراسة والمتمثلة بمقياس الصحة النفسية-MHI-18 Mental Health Inventory (18) على عينة الدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة من (2023/9/18م) إلى (2023/11/8م).

متغيرات الدراسة:

أ- المتغيرات المستقلة:

- ١- الجنس: وله مستويان (ذكور - إناث).
 - ٢- العمر: وله مستويان (12-14 سنة، ١٥-١٧ سنة).
 - ٣- مدة الإقامة: وله ثلاثة مستويات (أقل من سنتين، سنتين - أربع سنوات، أكثر من أربع سنوات).
- ب- المتغير التابع: الصحة النفسية.

المعالجة الإحصائية:

استفاد الباحث من البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS في تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً، إذ تم حساب التكرارات والنسب المئوية لاستخراج صدق المحكمين، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف على مستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة، وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق وثبات أداة الدراسة، ومعامل ألفا كرونباخ ومعادلة كيورد-ريتشاردسون رقم 21 ومعادلة سبيرمان- براون التصحيحية لحساب ثبات أداة الدراسة، كما تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لحساب الفروق الإحصائية المتعلقة بمتغيري الجنس والعمر، واستخدام تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق الإحصائية المتعلقة بمتغير مدة الإقامة.

عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها:

أولاً: عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالهدف الأول للدراسة:

سعى الهدف الأول للدراسة إلى معرفة مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية، والجدول (4) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية

أبعاد المقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	المرتبة
القلق	3.04	0.804	متوسط	٤
الاكتئاب	3.43	0.783	متوسط	٣
التحكم بالسلوك	3.59	0.795	متوسط	١
التأثير الإيجابي	3.54	0.868	متوسط	٢

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات كلاً من القلق، والاكتئاب، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي بلغت (3.04، 3.59، 3.43، 3.54) على الترتيب، وبحسب معايير تصحيح مقياس الصحة النفسية المشار إليها سابقاً فإن جميع هذه الأبعاد جاءت بدرجة متوسطة. وقد جاء بعد التحكم بالسلوك في المرتبة الأولى، يليه بعد التأثير الإيجابي، وفي المرتبة الثالثة جاء بعد الاكتئاب، أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاء بعد القلق.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى الحالة النفسية والانفعالية التي يعيشها الأطفال اللاجئين في البلد المضيف بسبب تعرضهم إلى العديد من الضغوط النفسية، والظروف الصعبة التي يمرون بها بسبب بعدهم عن وطنهم الأم، وصعوبة التكيف في بلد اللجوء، بالإضافة إلى الظروف المعيشية الصعبة التي يواجهونها، كل هذه العوامل ذات آثار سلبية تنعكس على توافقهم النفسي وصحتهم النفسية.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة جبار وظاظا (Jabbar & Zaza, 2014) التي أظهرت نتائجها أن مستوى انتشار القلق والاكتئاب والأعراض النفسجسدية جاء بدرجة متوسطة، ودراسة الأسمر (٢٠١٥) والتي أظهرت نتائجها أن مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى أفراد العينة جاء بدرجة متوسطة، ودراسة جيت (Jet, 2016) والتي أظهرت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين جاء متوسطاً، ودراسة عودات (2017) والتي أظهرت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية كان متوسطاً، ودراسة المومني وعودات (٢٠٢٠) والتي أظهرت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن كان متوسطاً، في اختلفت هذه النتيجة مع دراسة يعقوب وكنعان (2016) والتي توصلت إلى أن مستوى القلق والاكتئاب لدى الأطفال اللاجئين كان مرتفعاً.

ثانياً: عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالهدف الثاني للدراسة:

سعى الهدف الثاني للدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير الجنس. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5) نتائج الاختبار التائي لحساب الفروق بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق	ذكور	97	14.14	3.655	- 2.3936	0.0177 (*)
	إناث	154	15.57	4.525		
الاكتئاب	ذكور	97	13.95	3.037	- 0.1795	0.8578
	إناث	154	14.03	3.373		
التحكم بالسلوك	ذكور	97	15.04	3.943	1.3501	0.1786
	إناث	154	14.34	3.134		
التأثير الإيجابي	ذكور	97	17.96	4.267	0.1224	0.9027
	إناث	154	17.88	4.245		

(*) دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

تشير نتائج الجدول (5) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في متوسطات درجات كل من الاكتئاب، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، كون قيمة مستوى الدلالة لهذه الأبعاد أكبر من مستوى الدلالة (0.05). كما تشير نتائج الجدول (٥) إلى

وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متوسطات درجات القلق، حيث بلغت قيمة (ت) لهذا البعد (-2.3936) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وبالنظر إلى قيمة المتوسط الحسابي للإناث على بعد القلق نجد أنها تساوي (15.57) وهي أعلى من قيمة المتوسط الحسابي للذكور والتي بلغت (14.14) مما يعني أن الفروق كانت لصالح الإناث، أي أن مستوى القلق لدى الإناث أكثر من مستواه لدى الذكور وبدلالة إحصائية.

ويعزو الباحث شيوع القلق لدى الإناث بدرجة أكبر منها لدى الذكور إلى طبيعة الإناث والتي تتسم بالرقّة والحساسية ورهافة المشاعر، بالإضافة إلى أن الذكور أكثر خشونة وتحملاً للضغوط النفسية بعكس الإناث، ناهيك عن أن الذكور يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم بشكل مباشر في المجتمع بعكس الإناث اللواتي لا يستطعن فعل ذلك بسبب الأعراف والتقاليد الاجتماعية المتوارثة الأمر الذي يدفع الإناث إلى كبت مشاعرهن وعواطفهن وبالتالي ظهورها على شكل اضطرابات انفعالية كالخوف والقلق والتوتر والعصبية والحزن والاكتئاب وغير ذلك من الأعراض الانفعالية.

وبذلك تشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفريّة التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير الجنس فيما يتعلق بأبعاد الاكتئاب، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، ورفض الفرضية الصفريّة وقبول الفرضية البديلة فيما يتعلق ببعد القلق.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة الأسمر (٢٠١٥)، ودراسة طشطوش والأسمر (2015)، ودراسة الجبور وسمور (2016)، ودراسة يحيوي وآخرين (2018)، ودراسة الشميري (2022)، والتي توصلت جميعها إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية لصالح الإناث.

ثالثاً: عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالهدف الثالث للدراسة:

سعى الهدف الثالث للدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير العمر. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين. والجدول (6) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (6) نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير العمر

أبعاد المقياس	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق	(١٢-١٤) سنة	152	٨٦.١٤	٤.١٩٩	- 1.4317	٠.١٥٣٨
	(15-17) سنة	٩٩	15.٦٨	٣.٨٠٥		
الاكتئاب	(١٢-١٤) سنة	15٢	13.٨٨	3.٤١٧	- 0.١٤٩٢	0.٨٨١٦
	(15-17) سنة	٩٩	١٣.٩٥	٢.٩٠٤		
التحكم بالسلوك	(١٢-١٤) سنة	152	١٤.٦٤	٢.٩٥٧	٠.٣٨٦٤	0.٦٩٩٦
	(15-17) سنة	٩٩	14.٤٧	٢.٩٧٦		
التأثير الإيجابي	(١٢-١٤) سنة	١٥٢	١٨.١٩	4.٤٠٥	0.٩٨٩٨	0.٣٢٣٥
	(15-17) سنة	٩٩	17.٦١	٣.٨٣٥		

يتضح من الجدول (6) أن قيم مستوى الدلالة لكل من القلق، والاكتئاب، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي بلغت (0.1538، 0.8816، 0.6996، 0.3235) على الترتيب، وجميع هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05). ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى تقارب أعمار أفراد العينة؛ حيث أنهم يعيشون في بداية مرحلة البلوغ والمراهقة، وبالتالي فإن المدى العمري فيما بينهم ليس كبيراً جداً، كما أنهم يعيشون نفس الظروف المعيشية والدراسية ويتعرضون لنفس المثيرات والضغوط النفسية الأمر الذي يؤدي إلى تشابههم في مستوى أبعاد مقياس الصحة النفسية.

وتشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عودات (2017) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير العمر.

رابعاً: عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالهدف الرابع للدراسة:

سعى الهدف الرابع للدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير الجنسية ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي. والجدول (7) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (7) نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنسية

أبعاد المقياس	الجنسية	العدد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
القلق	يمني	84	بين المجموعات	46.993	2	23.497	1.46	0.2342
	سوري	80	داخل المجموعات	3991.294	248	16.094		
	سوداني	87	الكلية	4038.287	250			
الاكتئاب	يمني	84	بين المجموعات	59.991	2	29.996	3.106	0.0465 (*)
	سوري	80	داخل المجموعات	2394.997	248	9.657		
	سوداني	87	الكلية	2454.988	250			
التحكم بالسلوك	يمني	84	بين المجموعات	30.024	2	15.012	1.0828	0.3402
	سوري	80	داخل المجموعات	3438.438	248	13.865		
	سوداني	87	الكلية	3468.462	250			
التأثير الإيجابي	يمني	84	بين المجموعات	33.368	2	16.684	0.8835	0.4146
	سوري	80	داخل المجموعات	4683.222	248	18.884		
	سوداني	87	الكلية	4716.590	250			

يتضح من الجدول (7) أن قيمة مستوى الدلالة لأبعاد القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد العينة من الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر على هذه الأبعاد تعزى لمتغير الجنسية، في حين بلغت القيمة الفائية لبعد الاكتئاب (3.106) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) مما يعني وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنسية، وللتعرف على اتجاه الفروق في بعد الاكتئاب تم استخدام اختبار توكي للمقارنات البعدية، والجدول (8) يوضح نتائج الاختبار.

جدول (8) نتائج اختبار توكي لمستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنسية

البعد	الجنسية	المتوسط	يمني	سوري	سوداني
الاكتئاب	يمني	١٤.١٩	1	2.5345 (*)	0.6816
	سوري	13.01	2.5345 (*)	1	1.7596
	سوداني	13.85	0.6816	1.7596	1

يتضح من الجدول (8) وجود فروق دالة إحصائية في بعد الاكتئاب تعزى لمتغير الجنسية، حيث كانت الفروق لصالح الأطفال اليمنيين اللاجئين مقارنة بنظرائهم من الأطفال السوريين، ذلك أن المتوسط الحسابي على بعد الاكتئاب للأطفال اليمنيين أعلى من

المتوسط الحسابي لنظرائهم من الأطفال السوريين، مما يعني أن الأطفال اليمنيين اللاجئين لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب مقارنة بالأطفال السوريين اللاجئين في مصر.

ويعزو الباحث شيوع الاكتئاب لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين مقارنة بنظرائهم من الأطفال السوريين اللاجئين إلى أن الأطفال السوريين لجأوا إلى مصر في مرحلة مبكرة مقارنة بالأطفال اليمنيين، حيث اتضح للباحث أثناء التطبيق الميداني لمقياس الصحة النفسية على الأطفال السوريين - وبحسب إفادة مدراء المدارس السورية في مصر - أن غالبية السوريين لجأوا إلى مصر مع بداية الأحداث في سوريا مطلع العام ٢٠١١ وهناك عدد كبير من الأطفال السوريين لا يعرفون بلدهم ولم يعيشوا فيه سوى فترة بسيطة قبل لجوئهم مع أسرهم إلى مصر وبالتالي فهؤلاء الأطفال أكثر تكيفاً مع الأوضاع في مصر مقارنة بالأطفال اليمنيين الذين لجأوا إلى مصر في فترة متأخرة نسبياً وهو ما انعكس بدوره على رفع مستوى الاكتئاب لدى الأطفال اليمنيين.

وتشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير الجنسية بالنسبة لأبعاد القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، ورفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة بالنسبة لبعد الاكتئاب.

خامساً: عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالهدف الخامس للدراسة:

سعى الهدف الخامس للدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تبعاً لمتغير مدة الإقامة ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي. والجدول (9) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (9) نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير مدة الإقامة

أبعاد المقياس	مدة الإقامة	العدد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
القلق	أقل من سنتين	89	بين المجموعات	59.344	2	29.672	1.8267	0.1631
	سنتين - ٤ سنوات	57	داخل المجموعات	3963.328	248	15.981		
	أكثر من ٤ سنوات	105	الكلية	4022.672	250			
الاكتئاب	أقل من سنتين	89	بين المجموعات	60.921	2	30.461	3.0677	0.0483 (*)
	سنتين - ٤ سنوات	57	داخل المجموعات	2422.812	248	9.769		
	أكثر من ٤ سنوات	105	الكلية	2483.733	250			
التحكم بالسلوك	أقل من سنتين	89	بين المجموعات	22.734	2	11.367	1.124	0.3266
	سنتين - ٤ سنوات	57	داخل المجموعات	2467.493	248	9.949		
	أكثر من ٤ سنوات	105	الكلية	2490.227	250			
التأثير الإيجابي	أقل من سنتين	89	بين المجموعات	93.215	2	46.608	2.4738	0.0864
	سنتين - ٤ سنوات	57	داخل المجموعات	4597.012	248	18.537		
	أكثر من ٤ سنوات	105	الكلية	4690.227	250			

يتضح من الجدول (9) أن قيمة مستوى الدلالة لأبعاد مقياس الصحة النفسية (القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي) أكبر من (0.05) مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد العينة من الأطفال اليمنيين

والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر على هذه الأبعاد تعزى لمتغير مدة الإقامة، في حين كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة على بعد الاكتئاب حيث بلغت القيمة الفائية لهذا البعد (3.0677) عند مستوى دلالة (0.0483)، وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وللتعرف على اتجاه الفروق في بعد الاكتئاب تم استخدام اختبار توكي للمقارنات البعدية، والجدول (١٠) يوضح نتائج الاختبار.

جدول (١٠) نتائج اختبار توكي لمستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير مدة الإقامة

البعد	مدة الإقامة	المتوسط	أقل من سنتين	(٢-٤) سنوات	أكثر من ٤ سنوات
الاكتئاب	أقل من سنتين	١٣.٨٧	1	0.9534 -	1.5523
	(٢-٤) سنوات	14.42	0.9534 -	1	2.5489 (*)
	أكثر من ٤ سنوات	13.15	1.5523	2.5489 (*)	1

يتضح من الجدول (10) وجود فروق دالة إحصائياً في بعد الاكتئاب تعزى لمتغير مدة الإقامة، حيث كانت الفروق لصالح الأطفال اللاجئين ذوي الإقامة (٢-٤) سنوات مقارنة بنظرائهم من الأطفال اللاجئين ذوي الإقامة ٤ سنوات فأكثر، ذلك أن المتوسط الحسابي على بعد الاكتئاب للأطفال اللاجئين ذوي الإقامة (٢-٤) سنوات بلغ (١٤.٤٢) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لنظرائهم من الأطفال اللاجئين ذوي الإقامة أكثر من ٤ سنوات والذي بلغ (13.15)، مما يعني أن الأطفال اللاجئين ذوي الإقامة (٢-٤) سنوات لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب مقارنة بالأطفال اللاجئين ذوي الإقامة ٤ سنوات فأكثر. ويعزو الباحث ذلك إلى أنه كلما زادت مدة الإقامة في بلد اللجوء كلما أدى ذلك إلى تكيف الفرد مع البلد المضيف ومحاولة التأقلم والتعايش مع هذا الوضع وتقبله وهو ما ينعكس بدوره على خفض مستوى الاكتئاب لدى الفرد، وتشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير مدة الإقامة فيما يتعلق بأبعاد القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، ورفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة فيما يتعلق ببعد الاكتئاب.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الأسمر (2015)، ودراسة المومني وعودات (2020)، ودراسة الشميري (2022) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الأعراض النفسية والصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإقامة.

الاستنتاجات: من خلال ما تم عرضه ومناقشته من نتائج يمكن استنتاج ما يلي:

- 1- أن مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر متوسط.
- 2- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متوسطات درجات كلاً من الاكتئاب، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي، ووجود فروق دالة إحصائياً في متوسط درجات القلق لصالح الإناث.
- 3- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير العمر.
- 4- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى كل من القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير الجنسية، ووجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لصالح الأطفال اليمنيين اللاجئين مقارنة بنظرائهم من الأطفال السوريين اللاجئين.
- 5- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى كل من القلق، والتحكم بالسلوك، والتأثير الإيجابي لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر تعزى لمتغير مدة الإقامة، ووجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لصالح الأطفال اللاجئين ذوي الإقامة (2-4) سنوات مقارنة بنظرائهم ذوي الإقامة أكثر من أربع سنوات.

التوصيات والمقترحات: استناداً إلى النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة يمكن تقديم التوصيات والمقترحات التالية:

- ١- نوصي المنظمات الدولية والإنسانية على ضرورة تقديم خدمات الدعم النفسي للأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر وغيرها من الدول المضيفة لهم وذلك لما من شأنه رفع مستوى الصحة النفسية لدى هؤلاء الأطفال.

- ٢- إعداد وتصميم البرامج الإرشادية والتوعوية الهادفة إلى خفض الاضطرابات النفسية وتحسين مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال اليمنيين والسوريين والسودانيين اللاجئين في مصر.
- ٣- نوصي منظمة الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بضرورة تقديم مختلف أشكال الدعم للاجئين اليمنيين وأطفالهم والاعتراف بهم كلاجئين أو طالبي لجوء ومعاملتهم بالمثل أسوة بغيرهم من اللاجئين الآخرين في الدول المضيفة.
- ٤- بما أن مستوى الصحة النفسية لدى الإناث على بعد القلق كان أعلى من الذكور، فيوصي الباحث بضرورة استهداف اللاجئين الإناث بالخدمات النفسية بشكل أكبر.
- ٥- إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على الأطفال اليمنيين والعرب اللاجئين في دول أخرى غير مصر ومقارنة نتائج مع نتائج الدراسة الحالية.
- ٦- إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية تتناول الصحة النفسية لدى الأطفال اللاجئين وعلاقتها بمتغيرات ديموغرافية ونفسية أخرى وفي بيئات أخرى.
- ٧- إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث على الأطفال اللاجئين تتناول الاضطرابات النفسية والانفعالية الأخرى التي لم تتناولها الدراسة الحالية ومعرفة علاقتها بمتغيرات نفسية أخرى.

المراجع:

- ابن منظور، محمد بن مكرم (١٩٩٤). *لسان العرب*، بيروت: دار صادر.
- أبو حطب، فؤاد وصادق، آمال (1991). *مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو العمرين، ابتسام أحمد. (2008). *مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم. رسالة ماجستير غير منشورة*، الجامعة الإسلامية- غزة، فلسطين.
- الأتري، أحمد عبدالمعطي. (2021). "آليات الحماية المجتمعية بالمنظمات الدولية لمواجهة مشكلات اللاجئين بالمجتمع المصري"، *مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية*- جامعة الفيوم، 22(22)، ج2، يناير، 401-454.
- الأسمر، صالح. (٢٠١٥). *مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- التميمي، محمود كاظم. (2013). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- باتل، فيكرام. (2008). *كتاب الصحة النفسية للجميع "حيث لا يوجد طبيب نفسي"*. ط2، ترجمة: علا عطايا وآخرين، بيروت: ورشة الموارد العربية.
- بخوش، نورس وحيداني، خرفية. (2016). *جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور، رسالة ماجستير غير منشورة*، جامعة زيان عاشور، الجلفة.
- الجبور، فراس وسمور، قاسم. (2016). "الاكتئاب لدى اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري في ضوء بعض المتغيرات وبرنامجي إرشاد في خفض مستواه"، *مجلة دراسات العلوم التربوية*، 43(3)، 2045-2066.
- حمصي، أنطون (1991). *أصول البحث في علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق: مديرية الكتب الجامعية*.
- الخواجة، عبدالفتاح محمد. (2010). *مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد*. ط1، عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- الداهري، صالح حسن. (2010). *مبادئ الصحة النفسية*. ط2، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- دايلى، ناجية. (2018). "معايير السواء ومؤشرات الصحة النفسية- دراسة نظرية تحليلية"، *مجلة العلوم الاجتماعية*، 15(27)، 174-192.
- زهران، حامد عبدالسلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.

- الزين، هيام لطفي.(٢٠٠٧). *الصغار في الظروف الصعبة.. نصوص مختارة للأهل، والمدارس، والعاملين في الدعم النفسي- الاجتماعي*، ترجمة: شاديا نهرا ومايا صؤان، بيروت- نيقوسيا: ورشة الموارد العربية.
- الشميري، عبدالرقيب.(٢٠٢٢"أ"). *الإرشاد النفسي للأطفال*، ط١، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- _____.(2022"ب"). "الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال اليمنيين اللاجئين في مصر وعلاقتها ببعض المتغيرات"، *مجلة البحوث والدراسات التربوية العربية*، معهد البحوث والدراسات العربية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ع (٢)، ديسمبر، 49-100.
- طشطوش، رامي والأسمر، صالح.(2015). *مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين في المدارس الأردنية*. المؤتمر الدولي الثاني "اللاجئون في الشرق الأوسط"، مركز دراسات اللاجئين والنازحين والهجرة القسرية، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.
- عبدالخالق، أحمد محمد.(2015). *أصول الصحة النفسية*. ط3، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- _____.(٢٠١٦). *دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عودات، فاطمة أحمد علي.(2017). *الضغوط الثانوية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
- غالي، مريم.(2014). *الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة بين طلبة العلوم الاجتماعية وطلبة علوم وتكنولوجيا*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر.
- غراب، هشام أحمد. (2015). *الصحة النفسية للطفل*، ط١، بيروت: دار الكتاب العلمية.
- فرحان، جوان فؤاد.(2018). *اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللاجئين السوريين في لبنان*. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية، جامعة بيروت العربية.
- فهمي، مصطفى.(1995). *الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف*. ط3، القاهرة: مكتبة الخانجي.
- فهمي، كلير.(2007). *الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة*. ط١، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قاسم، أنسي محمد أحمد (١٩٩٨). *أطفال بلا أسر*. ط١، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- القوصي، عبدالعزيز.(1952). *أسس الصحة النفسية*. ط4، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- كوفيل، والتر ج. وكوستيللو، تيموثي د. وروك، فابيانل. (1986). *الأمراض النفسية*. ترجمة: محمود الزيايدي، جامعة عين شمس، مكتبة سعيد رأفت.
- مقدادي، يوسف؛ والمومني، فواز (٢٠١٧). *اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أطفال اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، بحث علمي محكم مقدم لمؤتمر "التربية: تحديات وآفاق مستقبلية"*، في الفترة من ٢٥-٢٧ نيسان/ أبريل.
- منصور، السيد كامل.(2014). *الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة*. ط١، دسوق: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- المومني، فواز أيوب؛ وعودات، فاطمة أحمد علي. (٢٠٢٠). *مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، دراسات، العلوم التربوية*، ٤٧(٣)، ٢٩٦-٣١٧.
- الهاشمية، سعادة بنت عيد بن خلفان.(2017). "المرونة النفسية وعلاقتها بمهارات التواصل والصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة نزوى بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، سلطنة عمان.
- يحيوي، حسينة؛ وردة، أجعود؛ فتيحة، مرابطي؛ مريم، بلعوينات (٢٠١٨). *المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال اللاجئين السوريين (دراسة ميدانية لـ ٨٠ طفل سوري لاجئ في الجزائر)*. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، ديسمبر، ٢٨، ١١٢-١٢٨.
- يعقوب، غسان؛ وكنعان، عارفة (٢٠١٦). *الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال اللاجئين*. ط١، بيروت: دار النهضة العربية.

- Bruin, F. J.(1983). Adjustment and personal growth, seven pathways cs. Ed Toronto, Canada Inc.
- Gruber, Kerry Lyn.(1996). "Psychological effects of the civil war on the children of EL-Salvador: A quantitative study", Dissertation Abstracts International, B, 56(10), 5767.
- Jabbar, S., & Zaza, H.(2014). Impact of conflict in Syrian on Syrian children at the Zaatari refugee camp in Jordan. Early Child Development and Care, 148(9/10), 1507-1530.
- Jet, T.(2016). Underage female marriage and its relation mental health among Syrian refugees in Jordan. Unpublished master thesis, Yarmouk University, Jordan.
- Liabre, M., & Hadi (2008). The psychological conditions of children and youth in Lebanon after the July 2006 war. First Edition Mark.
- Smith ,P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia – Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample. Journal of Traumatic Stress. 15(2). 2, 147-156.