

تاريخ الإرسال (2017-07-08)، تاريخ قبول النشر (2017-08-14)

د. أميرة أحمد عبد الحفيظ محمد^{1*}

¹ قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن -
السعودية.

* البريد الإلكتروني للباحث المرسل:

E-mail address: amira19737@gmail.com

تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية لدى سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية

الملخص:

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو رد فعل للأحداث الصادمة ، فالعديد من الناس الذين يتعرضون لأحداث صادمة يتعافون في الأشهر الأولى التي تلي الصدمة ، ولكن هناك البعض منهم يستمر تأثر باضطراب ما بعد الصدمة وأعراضها لسنوات. يهدف هذا البحث الى التعرف على تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية لدى سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ، وذلك من خلال مسح ميداني للأفراد الذين تعرضوا لصدمة نفسية بمدينة الرياض المملكة العربية السعودية. وتم توظيف مقياسي الكرب والضغط (إعداد الباحثة) ، على عينة عشوائية بلغت 184 فرداً ممن تعرضوا لأحداث صادمة. وأشارت نتائج الدراسة الميدانية إلى وجود تأثير لكرب ما بعد الصدمة على الاضطرابات النفسية لدى عينة البحث. وقد تبين من البحث عدم وجود اختلافات في تأثير كرب ما بعد الصدمة على الاضطرابات النفسية بين فئات العينة حسب متغيرات العمر، والجنس، والمهنة التي تم استخدامها في هذا البحث.

كلمات مفتاحية: اضطراب الكرب - الاضطرابات النفسية - الصدمة - الرياض

The impact of Post Traumatic Stress disorder on some mental disorders to the population of Riyadh, Saudi Arabia

Abstract:

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common reaction to traumatic events. Many people recover in the ensuing months, but in a significant subgroup the symptoms persist, often for years.

A cognitive model of persistence of PTSD is proposed. This study aims at examining the impact of Post Traumatic Stress disorder on some mental disorders at a sample of the population of Riyadh, Saudi Arabia. A random sample of 184 members of individuals who have been exposed to trauma in Riyadh, Saudi Arabia was selected for the study. The Shock and pressure scale (the researcher) was applied for this study.

The findings show that there is an effect of stress on post-traumatic stress disorder among a sample search: emotional exhaustion, depersonalization, and personal achievement, there are no differences in the impact of stress on post-traumatic stress disorder among the sample groups by age variables, sex, profession variables.

Keywords: Post Traumatic - Stress - mental disorders - Riyadh

المقدمة:

الصدمة هي أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشده وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، كما تؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب. (عبد الخالق، 1998م) فمعظم الناس يشهدون حدثاً أو أحداثاً مؤلمة وصادمة في حياتهم تتفاوت درجة إيلاها وصدمتها من فرد إلى آخر مثل حوادث السيارات، الإصابة ببعض الأمراض المزمنة أو الخطيرة، الحروب، والكوارث الطبيعية والكوارث غير مقصودة، والإيذاء وسوء المعاملة كالاغتداء الجسدي، والاغتداء الجنسي، والعنف الأسري أو المجتمعي، والخطف والموت المفاجئ لأحد الوالدين. يتبعها ظهور مشكلات نفسية أو عصبية مزمنة تُصنف تبعاً للأعراض التي تظهر على الفرد، ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هي اضطراب ما بعد الصدمة. (Bruce and Perry, 2007)

وتتراوح نسبة الأفراد من سكان العالم الذين يواجهون حادثة صادمة واحدة على الأقل خلال حياتهم بين 50-90 %؛ ومع ذلك، فإن عدداً قليل فقط من هؤلاء الأفراد المعرضين للصدمة تتطور الأعراض لديهم إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (Roberts et al, 2011)

واضطراب ما بعد الصدمة هو حالة من الفوضى طويلة الأمد للحياة النفسية للفرد والتي تؤثر على تفكيره وسلوكه، فهو الحالة النفسية التي تضم ظواهر عقلية وعصبية متعددة نتيجة لصدمة عاطفية شديدة ، أو في أعقاب الحوادث ، وخاصة الحرائق ، تصادم القطارات والانحرافات (Damian et al, 2011) أيضاً اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة هو اضطراب نفسي محدد ، وهو حالة مدمرة تتبع حادثة صادمة كالمعارك أو الحوادث ، أو الاغتصاب ، ويُسمى أيضاً هيكل الصدمة ، وغالباً ما يُساء فهم هذا الاضطراب ويتم تشخيصه بطريقة خاطئة ، بالرغم من أعراضه المحددة، مثل التشوش المستمر في الحياة اليومية ، تكرار ذكريات مخيفة بشكل مستمر من الحدث الصادم، مما يؤدي إلى الشعور بالشلل العاطفي . (The South African Depression, 2006)

فاضطراب ما بعد الصدمة بمثابة رد فعل للتعرض للصدمة التي تتطوي على الخوف الشديد، والعجز أو الرعب، بالإضافة إلى استمرار إعادة تجربة الحدث الصادم، والتجنب المستمر للمؤثرات المرتبطة بالصدمة والتخدير من الاستجابة، وزيادة الإثارة باستمرار. (American Psychiatric Association, 2000) ومخاطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة تتغير بدرجة كبيرة حسب درجة التعرض التي فتلاً تتراوح بين

80% بين أسرى الحرب السابقين، إلى حوالي 50% بين الناجيات من الاغتصاب، و8% بين الأفراد المعرضين للكوارث الطبيعية. (Engdahl et al,1997)

ومع استمرار اضطراب ما بعد الصدمة يُصبح الفرد غير قادر على رؤية الصدمة كحدث محدود الوقت بل يتطور الأمر فتكون له آثار سلبية على حياته ومستقبله ، كالضعف الوظيفي الذي يُعد سمة من سمات اضطراب الإجهاد (PTSD) ما بعد الصدمة في المدنيين ، (Breslau et al,2004) وعادة ما تكون تقييمات الفرد سلبية للحدث الصادم وهذا يخلق شعوراً دائماً لدى الفرد بالتهديد، مثل: ظهور أعراض مميزة، قد تؤدي إلى الموت أو تهديد بالموت ، أو الإصابات الخطيرة، أو تهدد الفرد في سلامته الشخصية هذا التهديد يمكن أن يكون خارجياً (مثال : العالم هو أكثر مكان خطيراً)، أو داخلياً (مثال: نظرة الفرد لنفسه بأنه شخص غير قادر على تحقيق أهداف مهمة في حياته أو أنه غير مقبول ممن حوله من الناس) . (Anke and David,2000)، ومعظم الأفراد الذين تعرضوا للصدمة تتطور لديهم أعراض نفسية من بعد الصدمة كاضطرابات كبيرة في المزاج ، وسرعة الاستثارة (Cohen et al,2010)، ويمكن السيطرة على هذا التهديد وتلك الأعراض من قبل مجموعة من الاستراتيجيات يتوقف اختيارها على تقييم الفرد للصدمة، والمعتقدات العامة له نحو الطريقة الصحيحة للتعامل معها ، حيث يمكن تحديد الاستراتيجية المناسبة من خلال تحديد الأعراض المباشرة لاضطراب ما بعد الصدمة، ومنع المضاعفات السلبية للأحداث الصادمة، ومنع أي تطور أو تغير في تذكر الأحداث الصادمة. (Salkovskis,1996) وتتوقف درجة الخطر لاضطرابات ما بعد الصدمة على طبيعة الصدمة، وعمر الفرد وجنسه ؛ وشخصيته ، وعوامل أخرى كالأسرة والمجتمع، (Salmon,2002) ، كذلك توجد عوامل تساعد على ضعف الفرد أثناء الحادث فيتطور اضطراب ما بعد الصدمة إلى اعتلال في الصحة النفسية (اضطراب نفسي) منها عوامل ثابتة مثل التنشئة النفسية في مرحلة الطفولة، وعوامل ديموغرافية (متغيرة) مثل الجنس أو العرق. (Samantha and Rebecca, 2015) ، ولا يقتصر تأثير ضغوط ما بعد الصدمة الذي يصيب الفرد في مرحلة الطفولة على تلك المرحلة ، بل قد يمتد إلى المراحل العمرية اللاحقة إذا لم يعالج، فالتجارب المؤلمة في الطفولة تؤدي إلى مخاطر نفسية كبيرة وعميقة وتستمر آثارها طويلاً في مرحلة البلوغ. (Lanius et al,2010)، ومما يدعم ذلك وجود بعض الدراسات التي أظهرت استمرار أعراض ضغوط ما بعد الصدمة الذي يتصل بمرحلة الطفولة حتى مرحلة الرشد. (شاهين وحمدى، 2008م)، وقد أخذت "Mawbray" في الاعتبار مرحلة النمو المعرفي للطفل كسمة جوهرية في فهمها لكيفية فهم الطفل للخبرات الصادمة، فهي تؤمن بمفهوم بياجيه في التمرکز حول الذات بحيث تكون ذات الطفل هي المنطلق في مفهومه للعالم من حوله، وهذا ينطبق على الأحداث الصادمة حيث يبدأ الطفل بلوم ذاته على الحدث الذي تعرض له. (Arms and Holladay, 1993)، والصدمة النفسية المتكررة كسوء المعاملة ، يمكن أن يكون لها تأثير على الفرد مدى الحياة ، بما في ذلك التكيف والعلاقات الشخصية ، تنظيم العاطفة والإدراك والذاكرة. (Felitti et al,1988).

وقد تم دراسة الاضطرابات النفسية الناشئة بعد الصدمة النفسية وتحديدها بالتفصيل بدءاً من الأعراض الشائعة والتي منها اضطراب النوم والاكتئاب والقلق الشديد. (Damian et al, 2011)، فهناك العديد من الدراسات التي أثبتت وجود مجموعة من الاستجابات المؤلمة في أعقاب الصدمة، بما في ذلك قلق ما بعد الصدمة، واضطرابات المزاج، ومشاكل النوم، والعدوان وتعاطي المخدرات، والعديد من الأعراض الجسدية والنفسية الأخرى (Isserlin et al, 2008)، أيضاً قد يتطور الحزن (على الرغم من عدم الاعتراف به رسمياً على أنه اضطراب نفسي) لفترات طويلة بعد التعرض للصدمة إلى أعراض اضطرابات نفسية وعقلية سلبية. (Lichtenthal et al, 2004)، كذلك فإن أعراض القلق والاستجابات الانفصالية من أعراض الاضطرابات النفسية الشائعة في أعقاب الصدمة. (Cardena and Spiegel, 1993)، ومن الأعراض الشائعة أيضاً بعد التعرض للصدمة أعراض اليقظة بما فيها الأرق. (Feinstein, 1989).

مشكلة الدراسة :

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو الصدمة النفسية الشديدة التي تؤدي إلى معاناة عاطفية وتدهور كبير في العلاقات الاجتماعية، هو رد فعل للأحداث الصادمة، والعديد من الناس يتعافون في الأشهر التي تلي الصدمة، وهناك البعض منهم يستمر تأثر باضطراب ما بعد الصدمة وأعراضها لسنوات، وقد حاولت العديد من الدراسات دراسة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وبعض الاضطرابات النفسية، فتوصلت دراسة (Giaconia, 1995) إلى أن أعراض الانعزال (التجنب السلبي) ترتبط ارتباطاً إيجابياً باضطراب ما بعد الصدمة، وقد أظهرت دراسة (Prigerson and Slimack, 1999) انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين النساء الحوامل ذوات الدخل المنخفض في المجتمع، كما بينت أن النساء الذين عانوا من حدث صادم مؤهلات لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أثناء الحمل، ولديهن أفكار حول إيذاء النفس، كما أوضحت دراسة (Marshall, 2001) أنه توجد بعض الاضطرابات النفسية التي تعقب التعرض لحدث صادم كاضطراب القلق، والاكتئاب، كما كشفت دراسة (Smith et al, 2006) أن المراهقين الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة قد اتسموا بمزيد من الصعوبات الشخصية والعاطفية والسلوكية، وارتفاع المخاطر بالنسبة للاضطرابات النفسية الأخرى، دراسة (Bernal et al, 2007) التي أوضحت أن اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وارتباطاً باضطراب ما بعد الصدمة والذي قد يستمر مع الفرد طوال الحياة وقد يؤدي في بعض الأحيان إلى فكرة الانتحار، وتبين من دراسة. (Sareen et al, 2007) أن اضطراب الاكتئاب، والهوس، ونوبات الذعر، والخوف

من الأماكن المكشوفة، والرهاب الاجتماعي، والكحول من أكثر الاضطرابات النفسية ارتباطاً باضطراب ما بعد الصدمة مع اختلاف درجاتها بين الأفراد، وفي دراسة (Marchand et al, 2010) وجد أن اضطراب الاكتئاب يتبع اضطراب ما بعد الصدمة بصورة متكررة مع اختلاف أنواع الصدمات والأفراد الذين يتعرضون لها ، ودراسة (Inslicht et al, 2010) التي أوضحت وجود ارتباط بين الاكتئاب والهوس واضطراب ما بعد الصدمة ، وعلى ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في معرفة درجة تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية لدى سكان مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية ، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- 1- ما مدى تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على سكان مدينة الرياض ؟
 - 2- هل يوجد فروق دالة إحصائية في أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للعمر والجنس والمهنة ؟
 - 3- هل يوجد تأثير لاضطراب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية الأخرى ؟ واستناداً للأسئلة المطروحة تمت صياغة الفروض التالية:
- فروض الدراسة:**

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير العمر .
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس .
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير المهنة .
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير العمر .
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس .
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير المهنة .
- 7- لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) لكرب ما بعد الصدمة على الضغوط النفسية لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة:

تسعى الدراسة لتحقيق الهدف التالي:

التعرف على تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على بعض الاضطرابات النفسية لدى سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية حسب متغيرات الدراسة للوقوف على ما تتمتع به هذه الفئة من صحة نفسية وجسمية.

اضطراب الكرب (ما بعد الصدمة)

على مر التاريخ، كان هناك عدد قليل جدا من الدراسات العلمية (مقارنة بما نحن عليه الآن) تشير إلى اضطراب ما بعد الصدمة. (Parish, 2008) ، فقد بدأ الأطباء العسكريون في تشخيص الجنود "بالإنهاك" بعد ضغوط المعركة، وقد اتسم هذا "الإنهاك" بالإغلاق العقلي بسبب الصدمة الفردية أو الجماعية، وقد كان الاعتقاد أن هذا الإجهاد العقلي المتطرف والمتكرر بسبب إرهاب الجنود كرد فعل طبيعي للصدمة، وبحلول عام 1900 عانى المزيد من الجنود من نفس الأعراض. وكان الشيء الوحيد الذي تغير هو مسمى الاضطراب حيث تم تشخيصه على أنه ارتجاج دماغي، وأصبح هذا التشخيص أكثر ارتباطا مع الحرب العالمية الأولى (Babington, 1997)، وأثناء الحرب العالمية الثانية ظهرت عبارة "التعب القتالي"، وبحلول عام 1980 تمت إضافة اضطراب ما بعد الصدمة من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث (DSM) للتحقق من اضطراب ما بعد الصدمة وهو اضطراب عقلي حقيقي ، وقد ظهر علم الصدمة في العقد الأخير فقط ويعني دراسة عميقة تطبيقية للأثار النفسية والاجتماعية المباشرة طويلة المدى وقصيرة المدى للأحداث الشديدة الضاغطة وكذلك العوامل والمجالات المؤثرة فيها والمرتبطة بها، كالعنف داخل الأسرة، وجماع المحارم، والاعتصاب، والشذوذ الجنسي، والجرائم وصددمات الحروب. (مهدي، 2008)، وفي المراحل الأولى لدراسة الصدمة كان هناك تصور بأن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بمثابة استجابة طبيعية لصدمة نفسية شديدة، على أساس أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة يحدث بعد التعرض لأنواع مختلفة من الصدمات، لكن يوجد قبول متزايد لفكرة أن التعرض للصدمة قد لا يكون كافيا دائما لشرح تطور اضطراب ما بعد الصدمة، وأن عوامل الضعف الفردية لها دور تلعبه في فهم هذه الحالة. (Yehuda, 1999) ، وتؤثر هذه العوامل على اضطراب ما بعد الصدمة في وقت لاحق للصدمة ، أو التعرض للخطر (Shalev et al, 1996).

ما هو اضطراب ما بعد الصدمة ؟

يشير مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) إلى الفوضى التي يمكن أن تحدث بعد تجربة أو أحداث تهدد الحياة مثل الأحداث الإرهابية، والأحداث الخطيرة ، أو الاعتداءات الشخصية العنيفة. (Reynolds, 1997) فهو حالة من التوتر النفسي الشديد والاضطراب ، تحدث بسبب التعرض لمحنة أو خطر جسيم ، كأخطار الكوارث الطبيعية أو تلك التي يسببها الإنسان ، والحوادث ، أو العمليات العسكرية وأشدّها الاحتلال (Amaya, 1995) and March, 1995) ، وقد عرف اضطراب ما بعد الصدمة على أنه رد فعل طبيعي لأحداث غير طبيعية تتمثل بتعرض الشخص لحادث صادم واجه فيه خطر الموت أو إصابة بالغة أو تهديد للذات أو للآخرين وتكون استجابة الشخص للصدمة على شكل خوف شديد أو عجز أو رعب، نتيجة لذلك يصاب الشخص بأعراض واستثارة لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة. (American Psychiatric Association, 2000)

عوامل حدوث اضطراب ما بعد الصدمة :

يوجد العديد من الأسباب لحدوث اضطراب ما بعد الصدمة إلا أن السبب الأساسي هو مواجهة أو رؤية شيء مزعج وخطير كأن يكون الفرد ضحية للعنف أو مشاهدته، وفاة أو مرض خطير يصيب أحد أفراد أسرته، الحرب أو القتال، حوادث السيارات وتحطم الطائرة، الأعاصير والحرائق، الجرائم العنيفة، مثل السرقة أو إطلاق النار (National Institute of Mental Health (NIMH), 2011)

وبصفة عامة يوجد عاملين من أقوى العوامل التي تحدد النتائج النفسية للصدمة على المدى الطويل وهما : خبرة الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة أو الأحداث الصادمة ، ومستوى الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية التي يحصل عليها الفرد بعد وقوع الحدث الصادم فكلما زادت خبرة الفرد في مواجهة الأحداث الصادمة ، وكلما كانت المساندة الاجتماعية أقوى وأكبر (خاصة في الأسابيع الأولى بعد الحادث) كلما أدى ذلك إلى خفض التوتر والأعراض النفسية التابعة للحدث الصادم . (Ozer et al,2003) كذلك من عوامل ظهور أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة أو زيادتها تحطم اعتقادات الفرد ، وأفكاره ، وقيمه ومبادئه الشخصية عند مواجهته لتجربة مؤلمة فيجد أن هذه المعتقدات والقيم لا أساس لها(منها على سبيل المثال أن العالم عادل ومنطقي). (André et al,2013)

تطور اضطراب ما بعد الصدمة :

تظهر الإحصاءات أن ما يقرب من 60% من الرجال و 50% من النساء يمرون بتجربة حدث صادم في حياتهم، هذه الصدمة سيكون لها بعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في الأيام والأسابيع التالية للحدث، هذا الحدث قد يسبب أن يخشى الفرد على حياته، وربما قد يترك الشعور بالعجز التام، وهناك بعض العوامل التي تؤدي الى تطوره منها مدى حدة الصدمة أو ووقت استمرارها ، فقدان أو إصابة شخص ما كان بالقرب من الفرد أثناء الحدث الصادم، مدى قرب الفرد من الحدث، درجة رد فعل الفرد، قدرة الفرد على السيطرة على الأحداث، حجم المساعدة والدعم الذي يحصل عليه بعد هذا الحدث.

(United States Department of Veterans Affairs (U.S. Dept. of V.A.), 2010)

أعراضه

يشير (Roberta et al , 2012) إلى أن من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المعاناة من الأفكار المتكررة، تكرار الكوابيس، وذاكرات الماضي ، التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة (على سبيل المثال، تجنب الأفكار والمشاعر، والأحاديث ، أو الأماكن ذات الصلة بالحدث الصادم)، وشروذ الذهن ، فرط التيقظ، مع صعوبة في التركيز.

ووفقاً لـ (U.S. Dept. of V.A.), 2010) يوجد أربعة أنواع من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أولاً : أعراض إعادة الحدث أو التجربة فيمكن أن تعود الذكريات السيئة للحدث الصادم في أي وقت ، ويشعر الفرد بنفس الخوف والرعب الذي شعر به أثناء حدوث الحدث ، وتكرر الكوابيس ويُسمى هذا flashback، أو رؤية أشياء أو سماع أصوات متعلقة بالحدث، ثانياً : تجنب المواقف التي تُذكر بالحدث فيحاول الفرد تجنب المواقف أو الناس التي تؤدي إلى تذكر الحدث الصادم ، ثالثاً : الشعور بفقدان الاحساس (الشلل) فيجد الفرد صعوبة في التعبير عن مشاعره، وهذا وسيلة أخرى لتجنب الذكريات ، وقد لا يكون قادراً على تكوين مشاعر إيجابية أو محبة تجاه الآخرين، فقدان الفرد الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة ، عدم قدرة الفرد على تذكر أجزاء من الحدث الصادم أو عدم قدرته على الحديث عنها ، رابعاً : فرط الإثارة فيكون الفرد في حالة غضب مستمر، أو دائماً في حالة تأهب وبحث عن الخطر الذي قد يسبب له الغضب والانزعاج المفاجئ، صعوبة في النوم، صعوبة في التركيز، التأهب الدائم والخوف على الحياة .

وتتأثر أعراض ما بعد الصدمة حسب نوع الحدث الصادم فعلى سبيل المثال ، (أعراض الاعتداء الجنسي تختلف عن أعراض الكارثة الطبيعية ونطاق الدمار الناجم عنها)، ففي تحديد الأعراض الأولية للكوارث الطبيعية يكون البحث عن وجود إصابات جسدية أولاً ثم تحديد ما إذا كان الفرد عرضة لمضاعفات أمراض نفسية على العكس من الاعتداء الجنسي فيكون التعامل الأولي مع الآثار النفسية لهذا الحدث الصادم. (Brewin et al , 2002) ، ويوجد عاملان يؤثران في حدة تلك الأعراض وهما مواجهة الفرد للصدمة ، ومضاعفاتها ، وقدرة الفرد على تذكر الحدث وربطه بغيره من الذكريات والتجارب التي مر بها. (Anke et al,2000)

الوقاية من اضطراب ما بعد الصدمة :

يُشير (Australas, 1997) إلى أن الدعم الاجتماعي والفرص المتاحة للتحدث عن التجارب المؤلمة مع الآخرين في العمل لها تأثير عاطفي كبير ، يساعد على التقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، لذلك ينبغي وضع برامج التدخل بحيث تأخذ في الاعتبار العوامل البيئية والاجتماعية واحتياجات الفرد.

علاج اضطراب ما بعد الصدمة :

هناك عدد قليل من أنواع العلاج الأكثر شيوعاً لاضطراب ما بعد الصدمة منها العلاج النفسي (العلاج الحديث) والعلاج الدوائي (الدواء) ، والعلاج النفسي أكثر اتساقاً مع اضطراب ما بعد الصدمة ، ولا يحدث الشفاء من اضطراب ما بعد الصدمة تلقائياً دون علاج، ويكون العلاج تدريجياً فمسار اضطراب ما بعد الصدمة هو يتغير ويختلف من فرد إلى آخر ومن وقت إلى آخر ، وغالبية الأفراد المصابون بهذا الاضطراب يتحسنون خلال السنة الأولى من العلاج ، الذي يقلل من الأعراض التي يمكن أن يطول بعضها ويستمر مدى الحياة. (Stewart,2011) ، ومن الصعب تحديد نوع معين من العلاج النفسي يكون مناسباً لجميع حالات اضطراب ما بعد الصدمة ، ولكن يمكن ذكر بعض أنواع العلاج الداعم ، كالتثقيف النفسي ، العلاج الديناميكي النفسي وأنواع مختلفة من العلاج السلوكي المعرفي ، بما في ذلك إدارة القلق ، والإجهاد ، والتدريب على تأكيد الذات. Roy- (Byrne et al , 2003) والخطوة الأولى في علاج اضطراب ما بعد الصدمة هي تحديد الأفراد الذين يعانون الاضطراب مع مراعاة اختلاف الأعراض تبعا للحدث الصادم ومتابعتهم لضمان السلامة الجسدية والنفسية لهم، كذلك الرعاية الطبية والنفسية اللازمة لهم. (Veterans Health Administration,2003)، ثم اختيار التدخل العلاجي المناسب، ويُعد العلاج المعرفي السلوكي هو التدخل الفعال والأكثر شيوعاً في علاج اضطرابات ما

بعد الصدمة سواء في العلاج الفردي أو الجماعي ، كما يمكن استخدامه جنباً إلى جنب مع غيره من أشكال العلاج . (Keane et al ,1992)

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي لمناسيته لطبيعة هذه الدراسة. حيث تم استقصاء آراء الاشخاص الذين عانوا من الصدمات من سكان مدينة الرياض حول درجة كرب ما بعد الصدمة وتأثير ذلك على الاضطرابات النفسية لديهم.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الاشخاص الذين عانوا من كرب ما بعد الصدمة النفسية من سكان مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية ، من كلا الجنسين، الذين عانوا من كرب ما بعد الصدمة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (200) فرداً من الذين تعرضوا لصدمات نفسية سابقا ، حيث تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية ، وبعد إتمام عملية جمع البيانات وصلت حصيلة الجمع (187) فرداً. استبعد منها (3) استبيانات بسبب عدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي (لعدم اكتمال الاجابة على جميع فقرات المقياسين) لكي تصبح عينة الدراسة التي تم إجراء التحليل الإحصائي عليها (184) فرداً، ويبين الجدول رقم (1) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر والجنس والمهنة.

جدول (1): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر والجنس والمهنة.

المتغير	العدد	النسبة المئوية	المجموع
العمر	اقل من 18 سنة	4.9	184
	من 18-30	23.9	
	من 30-45	62.5	
	أكبر من 45 سنة	8.7	
الجنس	ذكر	8.2	184
	أنثى	91.8	
المهنة	طالب/ة	16.8	184
	موظف/ة	60.3	
	أعمال حرة	4.9	
	لا تعمل	17.9	

أدوات الدراسة:

مقياس كرب ما بعد الصدمة - مقياس الضغوط النفسية

للتعرف إلى درجة كرب ما بعد الصدمة ودرجة الضغوط النفسية لدى أفراد العينة تم بناء مقياس كرب ما بعد الصدمة ، ومقياس الضغوط النفسية بالاعتماد على مجموعة من الدراسات والمقاييس السابقة ، منها دراسة (Anke and David ,2000) ، ودراسة (شاهين و حمدي ،2008م) ، ودراسة (Siegfried and Susan,2009)، وقد تكون المقاييس (بعد دمجها) في صورتها الأولى من (87) فقرة ، وبعد عرض المقاييس على مجموعة من المختصين والمحكمين تم استبعاد 4 فقرات (تم الاتفاق على عدم مناسبتها من قبل المحكمين) فأصبح المقاييس يتكون في صورتها النهائية من (83) فقرة ، موزعة على سبعة أبعاد رئيسية لمقياس كرب ما بعد الصدمة والجدول رقم (2) يوضح أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد كرب ما بعد الصدمة، وأرقام العبارات الخاصة بمقياس الضغوط النفسية.

جدول (2) يوضح أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد كرب ما بعد الصدمة ، ومقياس الضغوط النفسية.

الرقم	البعد	فقرات البعد	عدد الفقرات
البعد الأول	إعادة الأحداث الصدمية	9 - 1	9
البعد الثاني	محاولة تجنب الأحداث الصدمية	15 - 10	6
البعد الثالث	فرط التيقظ	19 - 16	4
البعد الرابع	ردود الأفعال النفسية والعاطفية الشديدة	33 - 20	14
البعد الخامس	الأعراض الجسمية	39 - 34	6
البعد السادس	المشاركة الاجتماعية	47 - 40	8
البعد السابع	الجوانب الإيجابية	59 - 48	12
مقياس الضغوط		83-60	24
	عدد الفقرات الكلي	83 - 1	83

تصحيح المقاييس:

تم تصميم المقاييس على أساس مقياس (ليكرت الخماسي)، وقد بنيت الفقرات بالاتجاه السلبي والإيجابي، وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت:(دائماً: خمس درجات ، غالباً : أربع درجات. أحياناً: ثلاث درجات. نادراً: درجتين. مطلقاً: درجة واحدة). وقد تم الاستناد في تفسير نتائج الأدوات لأسلوب ليكرت الذي يحدد درجة المفحوص على المقياس في ضوء درجة موافقته أو عدم موافقته على فقرات المقياس، وتحدد الدرجة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة ، بحيث يستجيب المفحوص على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على خمس نقاط ، وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد (تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على الاضطرابات النفسية لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالملكة العربية السعودية)، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم حساب

المدى (4= 1-5) تم تقسيمها على 5 للحصول على طول الخلية الصحيح ($0.80 = 5/4$)، وتم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية ، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو موضح في جدول رقم (3) يوضح طول الخلايا.

جدول (3) يوضح طول الخلايا.

الرقم	المستوى	الدرجة
1	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 - 1.79	منخفضة جدا
2	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.80 - 2.59	منخفضة
3	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.60 - 3.39	متوسطة
4	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.40 - 4.19	مرتفعة
5	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 4.20 - 5	مرتفعة جدا

صدق المقياسين:

تم استخدام صدق المحكمين أو ما يعرف بالصدق المنطقي وذلك بعرض المقياسين على (7) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص بهدف التأكد من مناسبة أدوات الدراسة لما أعدت من أجله وسلامة صياغة الفقرات وانتماء كل منهما للمجال الذي وضعت فيه.

ثبات المقياسين:

تم حساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياسي كرب ما بعد الصدمة، ومقياس الضغوط النفسية على الدرجة الكلية وجميع الأبعاد المكونة لمقياس كرب ما بعد الصدمة وكذلك على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية حيث تم حساب الثبات لأداتا الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي، بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (4).

جدول (4) نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداتا الدراسة بأبعادها المختلفة.

الرقم	القيمة	عدد الفقرات	قيمة Alpha
البعد الأول	اعادة الاحداث الصدمية	9	0.859
البعد الثاني	محاولة تجنب الاحداث الصدمية	6	0.848
البعد الثالث	فرط التيقظ	4	0.869
البعد الرابع	ردود الافعال النفسية والعاطفية الشديدة	14	0.941
البعد الخامس	الاعراض الجسمية	6	0.917
البعد السادس	المشاركة الاجتماعية	8	0.907
البعد السابع	الجوانب الايجابية	12	0.949
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة			0.981
الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية			0.902

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن أداتا الدراسة بأبعادهما المختلفة تتمتعان بدرجة عالية جدا من الثبات ، حيث تراوحت درجات الثبات بين (85%) وبين (95%)، معبرة عن درجة بين عالية وعالية جدا على ابعاد مقياسي كرب ما بعد الصدمة ، والضغط النفسي ، كما بلغت قيمة ألفا على الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة (98%) معبرة عن درجة عالية جدا من الثبات. في حين بلغت قيمة ألفا على الدرجة الكلية للضغط النفسي (90%) معبرة ايضا عن درجة عالية جدا من الثبات.

المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، وتم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على مقياسي (كرب ما بعد الصدمة والضغط النفسي)، وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (t-test)، وتحليل التباين الأحادي (one – way anova) كما استخدم معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة ، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد الدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير العمر .
للتحقق من صحة الفرض الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تبعا لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (5).

جدول (5): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة كرب ما بعد الصدمة تبعا لمتغير العمر .

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المتغير
2.80	22.4	9	اقل من 18 سنة	اعادة الاحداث الصدمية
7.70	12.7	44	من 18-30	
1.80	2.58	115	من 30-45	
4.90	2.50	16	أكبر من 45 سنة	
.051	2.44	9	اقل من 18 سنة	محاولة تجنب الاحداث الصدمية
1.13	2.78	44	من 18-30	

المتغير	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	من 30-45	115	82.8	90.0
	أكبر من 45 سنة	16	72.6	1.07
	أقل من 18 سنة	9	2.25	91.1
فرط التيقظ	من 18-30	44	72.9	41.3
	من 30-45	115	3.07	91.0
	أكبر من 45 سنة	16	3.03	.880
ردود الافعال النفسية والعاطفية الشديدة	أقل من 18 سنة	9	32.3	1.05
	من 18-30	44	42.8	1.04
	من 30-45	115	62.7	.960
	أكبر من 45 سنة	16	2.72	81.0
	أقل من 18 سنة	9	2.57	1.49
	من 18-30	44	2.77	.940
الاعراض الجسمية	من 30-45	115	62.5	51.1
	أكبر من 45 سنة	16	72.6	1.16
	أقل من 18 سنة	9	2.75	91.1
المشاركة الاجتماعية	من 18-30	44	82.5	1.13
	من 30-45	115	32.5	11.0
	أكبر من 45 سنة	16	22.7	31.1
	أقل من 18 سنة	9	42.6	21.3
	من 18-30	44	72.4	31.1
	من 30-45	115	2.24	1.02
الجوانب الايجابية	أكبر من 45 سنة	16	62.1	1.05
	أقل من 18 سنة	9	92.4	61.1
	من 18-30	44	2.73	8.90
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة	من 30-45	115	2.66	.850
	أكبر من 45 سنة	16	42.6	9.90

يتضح من الجدول (5) وجود تقارب في متوسطات درجات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة على اختلاف اعمارهم. ولفحص الفرض تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول رقم (6).

جدول (6): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات كرب ما بعد الصدمة وفقاً للعمر.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
اعادة الاحداث الصدمية	بين المجموعات	.9870	3	.3290	.5000	.6830
	داخل المجموعات	118.536	180	0.659		
	المجموع	119.523	183			
محاولة تجنب الاحداث الصدمية	بين المجموعات	2.080	3	.6930	.7220	.5400
	داخل المجموعات	172.770	180	.9600		
	المجموع	174.850	183			
فرط التيقظ	بين المجموعات	5.754	3	1.918	1.466	.2250
	داخل المجموعات	235.555	180	1.309		
	المجموع	241.309	183			
ردود الافعال النفسية والعاطفية الشديدة	بين المجموعات	1.979	3	.6600	.6630	.5760
	داخل المجموعات	178.979	180	.9940		
	المجموع	180.957	183			
الاعراض الجسمية	بين المجموعات	1.523	3	.5080	.4030	.7510
	داخل المجموعات	226.903	180	1.261		
	المجموع	228.425	183			
المشاركة الاجتماعية	بين المجموعات	.8390	3	.2800	.2500	.8610
	داخل المجموعات	201.279	180	1.118		
	المجموع	202.118	183			
الجوانب الايجابية	بين المجموعات	2.994	3	.9980	.8770	.4540
	داخل المجموعات	204.702	180	1.137		
	المجموع	207.696	183			
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة	بين المجموعات	.4900	3	.1630	.1970	.8980
	داخل المجموعات	149.189	180	.8290		
	المجموع	149.679	183			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير العمر على الدرجة الكلية وكذلك على جميع الأبعاد الأخرى لكرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة (0.197) عند مستوى الدلالة (0.898)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن

هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري الأول على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى، وتلك نتيجة واقعية ومنطقية يُمكن تبريرها بأنه نادراً ما تتجاوز اضطرابات ما بعد الصدمة الستة شهور، ومعظم الحالات يتوقع أن تشفى، ونسبة قليلة من المرضى تستمر لديهم الأعراض لسنوات طويلة، وإن نسبة كبيرة من سكان الرياض على مختلف أعمارهم لم يتعرضوا أصلاً لأحداث صادمة

نتائج الفرض الثاني:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس. للتحقق من صحة الفرض الثاني استخدمت الباحثة اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (7).

جدول (7) نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية الكلية لدرجة كرب ما بعد الصدمة.

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
إعادة الأحداث الصدمية	ذكر	15	12.4	41.0	-0.9520	182	.3420
	أنثى	169	2.61	9.70			
محاولة تجنب الأحداث الصدمية	ذكر	15	2.64	1.17	-0.7010	182	.4840
	أنثى	169	32.8	.960			
فرط التيقظ	ذكر	15	22.7	1.58	-1.012	182	.3130
	أنثى	169	33.0	1.10			
ردود الأفعال النفسية والعاطفية الشديدة	ذكر	15	2.42	1.20	-1.341	182	.1820
	أنثى	169	2.78	.9720			
الأعراض الجسمية	ذكر	15	2.34	1.35	-0.9950	182	.3210
	أنثى	169	2.64	101.			
المشاركة الاجتماعية	ذكر	15	22.2	51.2	-1.356	182	.1770
	أنثى	169	602.	1.03			
الجوانب الإيجابية	ذكر	15	22.0	11.3	-1.109	182	.2690
	أنثى	169	2.33	1.04			
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة	ذكر	15	402.	41.1	-1.212	182	.2270
	أنثى	169	2.69	.880			

** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

يتبين من الجدول (7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس سواء على الدرجة الكلية أو باقي الأبعاد الأخرى، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة النفسية لدى الذكور (2.40)، بينما بلغ

المتوسط الحسابي لدى الإناث (2.69) كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-1.212) عند مستوى الدلالة (0.227)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري الثاني على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى ، وقد وجدت الباحثة أن هناك بعض الدراسات تتفق مع هذه النتيجة كما ذكر (عبد الخالق، 1998) (دراسة قامت بها فوزية الهادي سنة 1995) حول تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ، وكانت النتيجة أن الخبرات الصدمية قد أثرت في الأطفال بصرف النظر عن جنسهم ذكوراً أو إناثاً وبالرجوع لـ (DSM-IV-1994) & (ICD-IO-) 1992 وهما المرجعان التشخيصيان العالميان ، نجد أنهما لم يشيرا إلى أن هناك تمايزاً من حيث الإصابة بالضغط الناجمة عن الصدمات وفقاً للنوع (ذكر، أنثى)

نتائج الفرض الثالث:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير المهنة ، وللتحقق من صحة الفرض الثالث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة كرب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير المهنة ، وذلك كما هو واضح في الجدول (8).

جدول (8): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة كرب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير المهنة.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المهنة	المتغير
.830	2.59	111	من 18-30	محاولة تجنب الأحداث الصدمية
.550	62.4	9	من 30-45	
.810	602.	33	أكبر من 45 سنة	
1.00	72.9	31	أقل من 18 سنة	فرط التيقظ
11.0	2.72	111	من 18-30	
.840	2.87	9	من 30-45	
.870	2.96	33	أكبر من 45 سنة	ردود الأفعال النفسية والعاطفية الشديدة
21.2	2.98	31	أقل من 18 سنة	
61.1	82.9	111	من 18-30	
21.0	33.0	9	من 30-45	الأعراض الجسمية
31.1	3.11	33	أكبر من 45 سنة	
7.90	52.6	31	أقل من 18 سنة	
51.0	92.6	111	من 18-30	
8.60	22.8	9	من 30-45	
.870	53.0	33	أكبر من 45 سنة	
21.0	2.78	31	أقل من 18 سنة	

المتغير	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	من 18-30	111	32.5	11.2
	من 30-45	9	32.6	1.01
	أكبر من 45 سنة	33	72.7	.890
المشاركة الاجتماعية	اقل من 18 سنة	31	92.5	.920
	من 18-30	111	502.	1.10
	من 30-45	9	72.6	.800
	أكبر من 45 سنة	33	62.7	1.05
الجوانب الايجابية	اقل من 18 سنة	31	2.45	81.0
	من 18-30	111	82.1	1.07
	من 30-45	9	2.69	8.90
	أكبر من 45 سنة	33	22.5	1.01
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة	اقل من 18 سنة	31	32.7	4.90
	من 18-30	111	602.	3.90
	من 30-45	9	42.7	.710
	أكبر من 45 سنة	33	2.82	.850

يتضح من الجدول (8) وجود تقارب في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس كرب ما بعد الصدمة على اختلاف مهنتهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (9).

جدول (9): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات كرب ما بعد الصدمة وفقاً للمهنة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
اعادة الاحداث الصدمية	بين المجموعات	3000.	3	1000.	.1510	.9290
	داخل المجموعات	119.223	180	0.662		
	المجموع	119.523	183			
محاولة تجنب الاحداث الصدمية	بين المجموعات	2.445	3	.8150	.8510	.4680
	داخل المجموعات	172.405	180	.9580		
	المجموع	174.850	183			
فرط التيقظ	بين المجموعات	.5060	3	.1690	.1260	.9450
	داخل المجموعات	240.803	180	1.338		
	المجموع	241.309	183			
ردود الافعال النفسية والعاطفية الشديدة	بين المجموعات	3.690	3	1.230	1.249	.2930
	داخل المجموعات	177.267	180	.9850		
	المجموع	180.957	183			

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الاعراض الجسمية	بين المجموعات	2.493	3	.831	.6620	.5760
	داخل المجموعات	225.932	180	1.255		
	المجموع	228.425	183			
المشاركة الاجتماعية	بين المجموعات	1.817	3	.6060	.5440	.6530
	داخل المجموعات	200.301	180	1.113		
	المجموع	202.118	183			
الجوانب الايجابية	بين المجموعات	5.367	3	1.789	1.592	.1930
	داخل المجموعات	202.328	180	1.124		
	المجموع	207.696	183			
الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة	بين المجموعات	1.495	3	.4980	.6050	.6120
	داخل المجموعات	148.184	180	.8230		
	المجموع	149.679	183			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس كرب ما بعد الصدمة تبعاً لمتغير المهنة على الدرجة الكلية وكذلك على جميع الأبعاد الأخرى لكرب ما بعد الصدمة، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لكرب ما بعد الصدمة (0.605) عند مستوى الدلالة (0.612)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري الثالث على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى، وقد يرجع ذلك إلى أن عنصر المفاجأة والمباغته وقوة الحدث الصادم تعمل على تهديد كيان الفرد، وبالتالي عملية الإحساس بالأمان، والنجاة تصبح ملاذ كل فرد للخروج بأقل الخسائر، وهنا تلعب خبرات الفرد في التعامل مع هذه الأحداث دوراً مهماً من نوع المهنة التي يعمل بها.

نتائج الفرض الرابع:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير العمر. للتحقق من صحة الفرض الرابع تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول (10).

جدول (10): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير العمر.

المتغير	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية	اقل من 18 سنة	9	82.5	.240
	من 18-30	44	52.6	6.70
	من 30-45	115	2.37	7.70
	أكبر من 45 سنة	16	62.4	1.70

يتضح من الجدول (10) وجود تقارب في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى سكان مدينة الرياض على اختلاف اعمارهم. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (11).

جدول (11): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الاضطرابات النفسية وفقا للعمر.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية	بين المجموعات	2.531	3	.8440	1.525	.2090
	داخل المجموعات	99.534	180	.5530		
	المجموع	102.064	183			

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$. ** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

يتضح من الجدول (11) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس الضغوط النفسية تبعا لمتغير العمر على الدرجة الكلية للضغوط النفسية ، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوط النفسية (1.525) عند مستوى الدلالة (0.209)، وتبعا لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري الرابع ، وهذه النتيجة تختلف عما أكدته كتب ومراجع علم النفس من وجود علاقة دالة بين الضغوط النفسية والعمر الزمني، ويمكن تفسير ذلك بعدم وجود أي معيار تفاوت في المراحل العمرية من حيث تحمل الضغوط الناتجة عن الصدمات .

نتائج الفرض الخامس:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس ، وللتحقق من صحة الفرضية الخامسة استخدمت الباحثة اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (12).

جدول (12): نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في المتوسطات الحسابية الكلية للاضطرابات النفسية.

الابعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	الدالة الإحصائية
الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية	ذكر	15	42.2	.780	-1.172	182	.2430
	أنثى	169	2.47	.740			

** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

*

يتبين من الجدول (12) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية الضغوط النفسية لدى الذكور (2.24)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث (2.47) كما تبين أن قيمة (ت) المحسوبة (-1.172) عند مستوى الدلالة (0.243)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري الخامس، وقد يرجع ذلك إلى أن أفراد العينة من الذكور والإناث يتمتعون بنفس الدرجة من المرونة النفسية في مواجهة الأحداث الضاغطة.

نتائج الفرض السادس:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تعزى لمتغير المهنة، وللتحقق من صحة الفرض السادس تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المهنة، وذلك كما هو واضح في الجدول (13).

جدول (13): المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة الاضطرابات النفسية تبعاً لمتغير المهنة.

المتغير	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	من 18-30	111	2.40	.800
	من 30-45	9	92.7	.410
	أكبر من 45 سنة	33	2.44	70.0

يتضح من الجدول (13) وجود تقارب في متوسطات درجات أفراد العينة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية على اختلاف مهنتهم. ولفحص الفرض تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (14).

جدول (14): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الاضطرابات النفسية وفقاً للمهنة.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدالة الإحصائية
الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية	بين المجموعات	1.710	3	.5700	1.022	.3840
	داخل المجموعات	100.354	180	.5580		
	المجموع	102.064	183			

** دالة إحصائية بدرجة عالية عند مستوى $(\alpha \geq 0.01)$.

* دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

يتضح من الجدول (14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس الضغوط النفسية لدى عينة سكان مدينة الرياض تبعا لمتغير المهنة على الدرجة الكلية للضغوط النفسية ، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للاضطرابات النفسية (1.022) عند مستوى الدلالة (0.384) ، وتبعا لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فان هذا يدعو إلى قبول الفرض الصفري السادس، ويمكن تفسير ذلك بأن قوة تحمل الفرد للضغوط النفسية ترتبط بعوامل أكثر تأثيراً مثل شخصية الفرد، طريقة تفكيره، سلوكه، خبراته، قدرته على تحمل المواقف الضاغطة، فهذه العوامل لها دوراً أهم من نوع المهنة التي يعمل بها في مواجهة الضغوط النفسية.

نتائج الفرض السابع:

لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) لكرب ما بعد الصدمة على الاضطرابات النفسية لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.

للتحقق من صحة الفرض السابع تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمعرفة تأثير كرب ما بعد الصدمة على الاضطرابات النفسية، وذلك كما هو واضح في الجدول (15)

جدول (15): نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين كرب ما بعد الصدمة وبين الاضطرابات النفسية لدى عينة من سكان مدينة الرياض.

المتغيرات									
إعادة الاحداث	محاولة تجنب الاحداث	فرط التيقظ	ردود الاعمال	الاعراض الجسمية	المشاركة الاجتماعية	الجوانب الايجابية	الصدمة	د.ك.كرب ما بعد	د.ك.الاضطرابات النفسية
	معامل الارتباط	.721**0	.600**0	.739**0	.702**0	.678**0	.680**0	.815**0	.472**0
	مستوى الدلالة	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
	معامل الارتباط	.810**0	.850**0	.786**0	.767**0	.709**0	.912**0	.514**0	
	مستوى الدلالة		.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	
	معامل الارتباط		.758**0	.565**0	.563**0	.578**0	.793**0	.317**0	
	مستوى الدلالة			.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	
	معامل الارتباط			.867**0	.826**0	.821**0	.948**0	.621**0	
	مستوى الدلالة								

المتغيرات	اعادة الاحداث	محاولة تجنب الاحداث	فرط التيقظ	ردود الاعمال	الاعراض الجسمية	المشاركة الاجتماعية	الجوانب الايجابية	د.ك.كرب ما بعد الصدمة	د.ك.النفسية	د.ك.الاضطرابات
مستوى الدلالة					.0000	.0000	.0000	.0000	.0000	.0000
الاعراض الجسمية						.861**0	.887**0	.918**0	.657**0	
مستوى الدلالة						.0000	.0000	.0000	.0000	
المشاركة الاجتماعية							.859**0	.899**0	.673**0	
مستوى الدلالة							.0000	.0000	.0000	
الجوانب الايجابية								.897**0	.751**0	
مستوى الدلالة								.0000	.0000	
د.ك.كرب ما بعد الصدمة									.648**0	
مستوى الدلالة									.0000	
د.ك. للاضطرابات النفسية										
مستوى الدلالة										

يتضح من الجدول (15) وجود اثر ايجابي ذي دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) لكرب ما بعد الصدمة وجميع أبعاد كرب ما بعد الصدمة النفسية فيما بينها ، وبين الدرجة الكلية للضغوط النفسية لدى عينة سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. وتبعاً لوجود علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية فان هذا يدعو الى رفض الفرض الصفري السابع ، وهذه نتيجة واقعية ومنطقية ومتوقعة قد اتفقت مع نتائج كثير من الدراسات السابقة مثل دراسة (Giaconia,1995) ، ودراسة (Prigerson and Slimack,1999) ، ودراسة (Marshall, 2001) ، ودراسة (Smith et all, 2006) ، ودراسة (Sareen et all,2007) ، ودراسة (Marchand et all,2010) حيث توصلت هذه الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب ما بعد الصدمة وبعض الاضطرابات النفسية مثل من أهمها القلق ، والاكتئاب ، والهوس ، والأفكار الانتحارية .

الاستنتاجات :

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن استنتاج الاتي:

- 1- انه لا يوجد تأثير لاضطراب ما بعد الصدمة على سكان مدينة الرياض، مما يؤكد على تمتعهم بصحة نفسية عالية.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لمتغير العمر والجنس والمهنة .
- 3- ان اضطراب ما بعد الصدمة يرتبط بظهور اضطرابات نفسية أخرى منها اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ، وبالتالي فالأفراد الذين يتعرضون لأحداث صادمة بحاجة لمساعد فورية لتخفيف معاناتهم التي تؤثر سلباً في الحياة اليومية.

توصيات الدراسة:

- 1- إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول اضطراب ما بعد الصدمة خاصة بين الشباب.
- 2- إجراء المزيد من الدراسات حول العنف في المجتمع وعلاقته باضطراب ما بعد الصدمة.
- 3- إعداد برامج تدريبية عن كيفية مواجهة الأحداث الصادمة والوقاية من خطر التعرض لاضطرابات ضغط ما بعد الصدمة.

المراجع:

- شاهين ، محمد أحمد ، و حمدي ، محمد نزيه (2008م):العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين وفاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفضها، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات ، عدد 14 ، ص 11-55.
- عبد الخالق ، أحمد محمد (1998م): الصدمة النفسية "مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت ، لجنة التأليف والتعريب والنشر، الكويت ، ط1، ص:15-36.
- مهدي ، صالح (2008 م) : اثر أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي والنمذجة في خفض اضطراب ما بعد الصدمة ، مجلة دياي، عدد 3 ، ص: 238-263 .

References:

- Arms worth, M. W., & Holladay.M.H. (1993). The effect of psychological trauma on children and adolescents, *Journal of Consulting & Development*, 72, 49-56.
- Amaya-Jackson. L, March J. S. (1995). Post-traumatic stress disorder in anxiety disorder in children and adolescents. Available: <http://www.mentlhealthchannel.net/ptsd>.
- American Psychiatric Association. (2000).*Diagnostic and statistical annual of mental discover* (4th ed, text revision), Washington D.C.
- André M.,Richard B, ,Céline N., & Mélissa M. (2013) . Predictors of Posttraumatic Stress Disorders in Police Officers, IRSST - Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in Police Officers: Prospective Study,p.1-80.
- Anke, E.M.,& David, M. C. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38 , 319-345.
- Australas, J. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organizational traumatic stress. *Disaster Trauma Stud.*, no. 1 (v.p.),34-63.
- Babington, A. (1997). *Shell-Shock: A History of the Changing Attitude to War Neurosis*. UK: Penn & Sword.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata. P., McEvedy. C., Turner. S.,& Foa. E.B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*; 181:158–162 [G]
- Bruce,D.,& Perry,M.D.(2007). Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children,The ChildTrauma Academy,pp.1-15.
- www.ChildTrauma.org.
- Breslau, N., Lucia ,V.C.,& Davis, G.(2004).Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine*;34:1205–14.
- Cardena E.,& Spiegel D.,(1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry* 1993;150:474–478.
- Cohen, J.A., Bukstein .O.,& Walter, H.(2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;49:414–30.
- Damian,S.I., Knieling,A.,& Ioan.B.G. (2011). Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study, *Romanian Society of Legal Medicine*,135-140.
- Engdahl, B.E., Dikel, T.N., Eberly, R.E.,& Blank, A.S. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma., *American Journal of Psychiatry* 154, 1576-1581.

- Feinstein A.(1989). Posttraumatic stress disorder: a descriptive study supporting DSM-III-criteria.Am J Psychiatry;146: 665–666.
- Felitti,V.J., Anda, R.F., &Nordenberg .D.(1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. Am J Prev Med;14:245–58.
- Inslicht, S. S., McCaslin S. E., Metzler T. J., Henn-Haase C., Hart S. L.,& Maguen S. (2010). « Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: A prospective study of police », Journal of Psychiatric Research, vol.44, n°1, , p. 22-31.
- Isserlin L., Zerach G., Solomon Z.(2008). Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. Am J Orthopsychiatry ;78:423–429.
- Keane, T.M., Gerarali, R.J., Quinn, S.J.,& Litz ,B.T.(1992). Behavioral treatment of posttraumatic stress disorder, in Handbook of Clinical Behavior Therapy, 2nd ed. Edited by Turner SM,Calhoun KS, Adams HE. New York, Wiley, pp 87–97 .
- Lanius, R.A., Vermetten, E.,& Pain.C.(2010). The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge, UK: Cambridge University Press,35-96.
- Lichtenthal W.G., Cruess D.G.& Prigerson H.G.(2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. Clin Psychol Rev;24:637–662.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. American Journal of Psychiatry, 158, 1467–1473.
- Marchand.A,Boyer.R, Nadeau.C., &Martin,M.(2010). Predictors of Posttraumatic Stress Disorders in Police Officers, Prospective Study, Studies and Research Projects, R-786,2-45.
- National Institute of Mental Health (2011). (a) Post-Traumatic Stress Disorder. (b) Demographics for Lifetime Prevalence. Retrieved March 27, 2011 from the World Wide Web: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-easyto-read/index.shtm>
- Ozer, E.J., Best, S.R.,& Lipsey ,T.L. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull;129:52–73.
- Parish, I. S. (2008). History and definitions of PTSD. Military Veterans PTSD Reference Manual [Book online]. Retrieved March 28, 2011 from the World Wide Web: <http://www.ptsdmanual.com/chap1.htm>.
- Prigerson, H. G., & Slimack, M. J. (1999). Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults. Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 23–31.
- REYNOLDS, J. L. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. Canadian Medical Association Journal, 156, 831 – 835.
- Roberts, A.L., Gilman, S.E., Breslau, J., Breslau, N.,& Koenen, K.C.,(2011). Race-ethnic differences in exposure to traumatic events, development of posttraumatic stress disorder, and treatment seeking in the United States population, Psychological Medicine 41, 71-83.
- Roberta ,.W., Margot. I., Anne. S., Rebecca. H., Joi. W., .H. Murray-S., Norman. G.,& Frederick. E.(2012). Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment, Institute of Medicine of the National Sciences ,Washington ,D.C., www.nap.edu ,pp :20-68.
- Roy-Byrne P., Berliner L., Russo J., Zatzick D., &Pitman R.K.(2003). Treatment preferences and determinants in victims of sexual and physical assault. J Nerv Ment Dis; 191:161–165.
- Salkovskis, P. M., (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behaviour and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis, Frontiers of cognitive therapy ,pp. 48-74.
- Salmon K., Bryant R.A.(2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. Clin Psychol Rev;22:163–88.
- Samantha.B., & Rebecca .D.(2015). Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment, The National Institute for Health Research (NIHR) Weston Education Centre, British Medical Bulletin, N. Greenberg et al., Vol. 0, No. ٣ p. 1–9.

- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, 69, 242–248.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219–225.
- Siegfried O., & Susan F. O. (2009). Post Traumatic Stress Disorder—The Neurofeedback Remedy, Association for Applied Psychophysiology & Biofeedback, Volume 37, Issue 1, pp. 24–31.
- Smith, M. V., Poschman, K., Cavaleri, M. A., Howell, H. B., & Yonkers, K. A. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 163, 881–884
- Stewart, S. S. (2011). Post-Traumatic Stress Disorder and the Effect on Law Enforcement, Camp Robinson Police Department, North Little Rock, Arkansas Session XXXVII.
- The South African Depression and Anxiety Group (2006). POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: Treatment and Referral Guide, MRC Research Unit on Anxiety and Stress Disorders, 1–25.
- Veterans Health Administration (2003). Management of Post-Traumatic Stress. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04. Washington, DC, VA/DoD Clinical Practice Guideline, Working Group, Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_Base.htm [G]
- Yehuda, R. (Ed.). (1999). Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press, 35–45