



تأثير خبرات الطفولة السلبية على الصحة الجسدية في مرحلة البلوغ (نتائج دراسة أجريت في مدينة بغداد)

أميل الشاوي - رياض لفتة

ترجمة وتحرير مركز البيان للدراسات والتخطيط

كانون الثاني 2016



عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركزٌ مستقلٌّ، غيرُ ربحيٍّ، مقرّه الرئيس في بغداد. مهمته الرئيسة، فضلاً عن قضايا أخرى، تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بشكل خاص ومنطقة الشرق الأوسط بشكل عام. ويسعى إلى إجراء تحليل مستقلٍّ، وإيجاد حلول عمليّة جليّة لقضايا معقدة تهمّ الحقلين السياسي والأكاديمي.

تأثير خبرات الطفولة السلبية على الصحة الجسدية في مرحلة البلوغ: نتائج دراسة أجريت في مدينة بغداد

أميل الشاوي – رياض لفنة *

الملخص

الخلفية

كشفت الدراسات وجود علاقة قوية بين الخبرات السلبية في مرحلة الطفولة (ACE) والصحة البدنية والعقلية في مرحلة البلوغ. وتوثق الأدبيات تحول الخبرات العاطفية المؤلمة في الطفولة إلى مرض عضوي في وقت لاحق من الحياة.

أجريت دراسة مقطعية خلال الفترة من كانون الثاني 2013 إلى كانون الثاني 2014. وتم اختيار عينة الدراسة من مدينة بغداد. استخدمت أساليب أخذ العينات متعددة المراحل في اختيار 13 مركزا للرعاية الصحية الأولية، وثمانية كليات في ثلاث جامعات في بغداد. بالإضافة إلى ذلك، تم اختيار المعلمين من سبع مدارس ابتدائية ومدرستين ثانويتين بطريقة مريحة. وتم قياس تجارب الطفولة من خلال تطبيق شكل استبيان التجارب السلبية في مرحلة الطفولة الدولي قياسي معدل، ومع أسئلة ذات ارتباط بالأسرة، والمراقبة الابوية. وقد تم قياس تقييم الصحة البدنية باستبيان معدل مستمد من استبيان تقييم الصحة لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها. ويتضمن الاستبيان أسئلة حول الأمراض الدماغية الوعائية، وداء السكري، والأورام، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجهاز الهضمي.

النتائج:

أظهر نموذج الانحدار اللوجستي أن مستوى أعلى من الترابط الأسري (الربع الرابع) يتوقع أن يقلل من مخاطر الأمراض الجسدية المزمنة الى النصف تقريبا (نسبة الأرجحية = 0.57)، وأن التعرض لمستوى عال من الضعف الأسري وسوء المعاملة (الربع الرابع) من المتوقع أن يزيد من خطر الأمراض الجسدية المزمنة بنسبة 81 %.

*أميل الشاوي /قسم طب المجتمع، كلية الطب، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.

*رياض لفنة /قسم الصحة العامة، جامعة واشنطن، سياتل، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية.

الخلاصة:

تلعب خبرات الطفولة دوراً رئيسياً في تحديد النتائج الصحية في مرحلة البلوغ، والوقاية المبكرة من التجارب السلبية في مرحلة الطفولة. ويمكن لتشجيع الترابط الأسري القوي أن يعزز الصحة البدنية في الحياة مستقبلاً.

كلمات مفتاحية: تجارب الطفولة السلبية، بغداد، الترابط الأسري، الصحة البدنية، العنف

المقدمة

تعتبر سنوات الطفولة حيوية لتطوير المهارات الحياتية. ويمكن للتجارب السلبية في المنزل أو في المدرسة أو في المجتمع أن يكون لها تأثير ضار على تنمية هذه المهارات الإدراكية والعاطفية الأساسية.^[1]

تشير خبرات الطفولة السلبية (ACE) إلى بعض من أهم المصادر المركزة والمتكررة للضغوطات التي يعاني منها الأطفال في وقت مبكر من الحياة. وتشمل هذه التجارب أنواعاً متعددة من الإساءة والإهمال والعنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية، وأنواعاً أخرى من حالات الخلل المنزلية الخطيرة مثل ادمان الكحول وتعاطي المخدرات، والعنف المجتمعي، والعنف الجماعي.^[2]

وتبين الأدبيات حول الخبرات السلبية في مرحلة الطفولة أن التعرض لعوامل خطر متعددة في الطفولة يرتبط مع ارتفاع معدلات استخدام التبغ والكحول، وتعاطي المخدرات غير المشروع ومحاولة الانتحار والأمراض المنقولة جنسياً والسمنة والسكري وأمراض نقص تروية القلب والسكتة الدماغية ومرض الانسداد الرئوي المزمن، واضطرابات الجهاز الهضمي، والسرطان.^[3,4,5,6]

من ناحية أخرى، يمكن لخبرات الطفولة الإيجابية مثل الترابط الأسري القوي أن توفر حماية ضد المشاركة في السلوكيات الخطرة التي تعزز بدورها صحة جيدة في وقت لاحق من الحياة. ويتم تعريف الترابط الأسري بأنه شعور من التقارب والحميمية تجاه الوالدين، وينعكس في المراقبة المدركة والاتصالات، والمشاركة، والأنشطة المشتركة في الأسرة.^[7,8]

تعتبر الأسرة واحدة من المتغيرات الأكثر خطورة ومرونة بالنسبة لتعاطي المخدرات في سن المراهقة وحياة الشباب البالغين.^[9]

لأكثر من ثلاثة عقود، عانى الشعب العراقي من الحروب والعقوبات والعنف في المناطق الحضرية.^[10,11,12]

إن العنف هو السبب الرئيس للوفاة لدى البالغين العراقيين، كما كان السبب الرئيس للوفاة لدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 عاماً خلال السنوات الثلاثة بعد الغزو في عام 2003.^[13]

وقد تأثر الأطفال والشباب العراقي كثيراً بسبب هذه الظروف القاسية، التي يواجهون فيها مخاطر حقيقية جداً من المرض، والجوع، والصدمات النفسية، والموت. [14،15] المقالات المنشورة حول أثر العنف على العراقيين قليلة. [16،17]. اما الهدف من هذه الدراسة فكان لتقدير تأثير خبرات الطفولة على الصحة البدنية للبالغين في مدينة بغداد.

المبحوثين والطرائق

كانت تلك دراسة مقطعية أجريت في مدينة بغداد، عاصمة العراق ومركز محافظة بغداد. وقد تم جمع البيانات خلال الفترة من كانون الثاني 2013 إلى كانون الثاني 2014. ومن أجل توسيع النطاق وزيادة عدد النقاط النهائية، تم اختيار السكان المستهدفين من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين 18 الى 59 عاماً. ولم يتم ادراج الأفراد الذين تزيد أعمارهم على 60 عاماً في الدراسة، لتفادي تدخل عوامل أخرى في النتيجة، مما يجعل أي استنتاجات للدراسة مشكوك فيها. أما مصدر جمع البيانات بشكل رئيسي فكان من مراكز الرعاية الصحية الأولية والجامعات على النحو التالي:

1. مراكز الرعاية الصحية الأولية : تم استخدام تقنية متعددة المراحل للعينات العشوائية لاختيار عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد (كانون الاول 2012). وتم تقسيم بغداد الى 16 قطاعاً صحياً، ومنها، تم اختيار خمسة قطاعات من خلال أخذ عينات عشوائية بسيطة. كان العدد الإجمالي لمراكز الرعاية الصحية الأولية في هذه القطاعات الخمسة، 60، بمعدل 12 مركز رعاية صحية أولية في كل قطاع. ثم تم اختيار ثلاثة من مراكز الرعاية الصحية الأولية من كل قطاع واسع (أكثر من 12 مركز رعاية صحية أولية) واثنين من كل قطاع صغير (أقل من 12 مركز رعاية صحية أولية) من خلال تقنية بسيطة لأخذ العينات العشوائية لتحقيق العدالة في اختيار مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقاً لكثافة التوزيع. وفي النهاية، تم اختيار 13 من مراكز الرعاية الصحية الأولية من كل من الكرخ والرصافة في مدينة بغداد لتمثيل القطاعات المركزية والطرفية.

2. تم زيارة كل مراكز الرعاية الصحية الأولية لمدة 2 - 3 أسابيع لجمع البيانات يومياً من المراجعين، ومعظمهم من الأمهات اللاتي يحملن أطفالهن للتطعيم. وقد تم ذلك من خلال تقنية أخذ عينات عشوائية منتظمة من خلال شمول كل شخص رابع.

3. مصدر آخر للعينات هو الجامعات: تم اعتماد تقنية العينات العشوائية متعددة المراحل عن طريق تحديد ثلاث جامعات من أصل خمسة في بغداد من خلال تقنية العينة العشوائية البسيطة: وهي الجامعة التكنولوجية والنهرين وجامعة بغداد. ومن ثم تم اختيار بعض الكليات من كل جامعة عن طريق تقنية العينة العشوائية البسيطة، ومستوى واحد من كل كلية مرة أخرى عن طريق تقنية العشوائية البسيطة. وقد

تم شمول جميع الطلاب من هذا المستوى الذين كانوا متواجدين في ذلك الوقت لجمع البيانات في العينة. بالإضافة إلى ذلك، تم اختيار المعلمين من سبع مدارس ابتدائية ومدرستين ثانويتين بطريقة مريحة. يتكون الاستبيان من العناصر التالية:

1. المعلومات الديموغرافية الاجتماعية: العمر (59-18 عاما)، مستوى التعليم الحالي ، تاريخ الادمان على التدخين (السابق أو الحالي)، تاريخ شرب الكحول (السابق أو الحالي)، وتاريخ الأمراض المزمنة العائلي.

2. تم قياس خبرات الطفولة السلبية (15 سنة وأقل) بما في ذلك الضعف الأسري والاساءة الاسرية (مفصلة أدناه)، والتعرض للمجتمع والعنف الجماعي، باستخدام استبيان التجارب السلبية في مرحلة الطفولة الدولي قياسي معدل المطور من قبل منظمة الصحة العالمية.^[2] يتضمن هذا:

فئات الضعف الأسري والاعتداء مثل الإيذاء النفسي والإيذاء الجسدي، والعنف ضد الأم أو أفراد الأسرة الآخرين، وفقدان أحد الوالدين في مرحلة الطفولة بغض النظر عن السبب، والعيش مع أفراد الأسرة الذين كانوا مدمني مخدرات، والخلل العقلي أو الانتحار، أو السجن.

ويشمل العنف المجتمعي: رؤية أو سماع أي شخص يتعرض للضرب أو الطعن أو الكي. التعرض للعنف الجماعي بما في ذلك الحروب والإرهاب والصراعات السياسية والعرقية والقمع والاختطاف والتعذيب. وقد تم قياس ذلك من خلال الأسئلة التالية: إذا اضطرت للذهاب والعيش في مكان آخر، إذا كان أحد أفراد العائلة أو صديق قد اختطف، أو قتل أو ضرب من قبل الجنود والشرطة والميليشيات والعصابات.

وتم الإشارة الى خبرات الطفولة الإيجابية من خلال الترابط الاسري، والمراقبة الأبوية (عندما يكون العمر 15 عاما وأقل): وقد تم قياس الترابط الاسري من خلال خمسة بنود تعديل مستمدة من دراسة Lan-grange and White

(1989)^[18] ومن الأسئلة حول العلاقة مع الوالدين، الموجودة في استبيان الخبرات السلبية في مرحلة الطفولة الدولي القياسي المعدل^[2] وأشارت المواضيع الى مقدار الرغبة في أن يكون هذا النوع من الناس آبائهم، وكم جعلهم آبائهم يشعرون بالثقة، وكم كانوا يعتمدون على والديهم للحصول على المشورة والتوجيه، ومدى تفهم الوالدين لمشاكلهم ومخاوفهم.

وقد تراوحت الاجابات على الأسئلة عن الترابط العائلي من "أختلف بقوة" إلى "أوافق بشدة" على مقياس ليكرت ذو الأربع نقاط.

وقد وضعت ثلاثة بنود للمراقبة الأبوية كمؤشرات: الوقت المستغرق في الحديث عن المدرسة، الفعاليات

اليومية، الوقت المستغرق في اللعب مع الموضوعات، ومعرفة الذين كانوا أصدقاء في هذا الموضوع. وقد تراوحت الردود المحتملة لبنود المراقبة الأبوية بين "تقريباً" و "أبداً" إلى "غالباً" [18].

وتم اكمال الاستبيان عن طريق المقابلة المباشرة مع المشاركين بعد أن تم توضيح الهدف من هذه الدراسة وبعض الأسئلة التي قد يكون من الصعب فهمها.

وقد تم قياس تقييم الصحة البدنية من خلال استبيان معدل مستمد من استبيان تقييم الصحة لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها. [19] كان هناك أسئلة حول ارتفاع ضغط الدم، والذبحة الصدرية، واحتشاء عضلة القلب، وداء السكري، والورم، والحوادث الدماغية، وأعراض الجهاز التنفسي وأمراض الربو والتهاب الشعب الهوائية المزمن، وضيق التنفس، وأمراض الجهاز الهضمي مثل أعراض القولون العصبي، والإثني عشري وقرحة المعدة.

ويسبب حساسية هذا الموضوع في الثقافة العراقية، فقد تقرر تجنب الأسئلة التي تناولت الأوضاع السيئة أو التي تسبب وصمة اجتماعية مثل الاعتداء الجنسي أثناء مرحلة الطفولة. وقد أوضح الباحث، قبل المقابلة، للمستطلعين، هدف ومفهوم البحوث، والتأكيد لهم أن المعلومات التي تم جمعها من الاستبيان سوف تحفظ في سرية تامة، ولن تستخدم لأي أغراض أخرى غير البحث.

كان الاستبيان مجهولاً، وأعطيت المواضيع خيار المشاركة أو الانسحاب. كما أجريت المقابلة في غرفة منفصلة للخصوصية.

وتم العمل على خبرات الطفولة السلبية من خلال الإحصاء الوصفي والتحليلي باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS الإصدار 21)، وتم حساب الترابط الاسري والمراقبة الابوية كدرجة واحدة (تم اعتبارها كعنصر واحد من خبرات الطفولة الإيجابية).

كما تم حساب نقاط العنف الاسري وسوء المعاملة والعنف الجماعي لكل مشارك وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{Standardization score } (/100) = (\text{sum } (Q1-Qn) \times 100) / (\text{count valid} \times \text{upper limit of scoring of the questions in the scale})$$

$$\text{Sum } (Q1-Qn) = \text{summation of answers to questions for}$$

$$\text{Count valid} = \text{number of answered questions on that scale}$$

درجة توحيد القياس (/100) = (مقدار (Q1-Qn) / (العدد الحقيقي * الحد الأعلى لدرجات الأسئلة على المقياس)).

مقدار (Q1-Qn) = مجموع الإجابات على الأسئلة ل

العد الحقيقي = عدد الأسئلة التي تم الإجابة عليها على المقياس
كان الهدف من توحيد الدرجات هو لتجاوز تأثير الأسئلة المفقودة ، ومن أجل توفير وسيلة فريدة من نوعها للتحليل (بدأت كل الدرجات 0-100)
تم حساب درجات الأربع للخل الاسري وسوء المعاملة والعنف الجماعي والترابط الأسري (أربعة ارباع لكل درجة)، وكانت الموثوقية 0.86 على مقياس كرونباخ لنطاق الترابط الأسري.
وتم استخدام الانحدار اللوجستي لضبط تأثيرات العوامل الديموغرافية على العلاقة بين العدد التراكمي لفئات التعرض في مرحلة الطفولة وعوامل الخطر للأسباب الرئيسة المؤدية للمراضة في حياة الكبار.

النتائج

من بين ما مجموعه 1040 موضوعا شملتها الدراسة، استجاب 1000 بإعطاء معدل استجابة 96.2%. وتراوحت أعمار المبحوثين من 59-18 سنة، بمتوسط قدره (32.08 ± 11.169) ، وتشكل الإناث نسبة أعلى (58.3% من عينة الدراسة) . وذكر 18.5% فقط من المشاركين عادة التدخين، فيما افاد 4.2% بوجود تاريخ لشرب الكحول [الجدول 1].

التعرض للخل الاسري وسوء المعاملة: يبين الجدول 2 أن 104 (10.4%) من المشاركين توفي آبائهم عندما كانوا اقل من خمسة عشر عاما من العمر، في حين توفيت أمهات 21 (2.1%) من المشاركين عندما كانوا اقل من خمسة عشر عاما. كما انفصل والدي 30 (3%) من المبحوثين. كان هناك 469 (46.9%) تقريرا افاد فيها المبحوثون أنه رأى أو سمع أحد الوالدين أو أفراد الأسرة يصرخ على أحد أو يتم الصراخ عليه، أو يتعرض للإهانة أو الإذلال في المنزل. كما كان هناك 331 (33.1%) افادوا برؤية أو سماع أحد الوالدين أو أفراد الأسرة في المنزل يصفع أو يركل أو يلكم أو يضرب، فيما ذكر 175 (17.5%) من الحالات أنه تم فيها ضرب أحد الوالدين أو أفراد الأسرة بشيء مثل عصا، أو علبه، أو زجاجة، أو هراوة، أو سكين أو سوط. وافاد 387 (38.7%) بأنهم رأوا أو سمعوا أحد الوالدين أو الوصي أو عضو أسرة أخرى يصرخ في وجهه أو يهينه أو يقوم باذلاله. كما افيد عن رؤية الوالدين أو أحد أفراد أسرة أخرى يتعرض للصفع أو الركل أو اللكم من قبل 335 (33.5%).

التعرض للعنف المجتمعي بعمر أقل من 15 سنة: كما هو مبين في الجدول رقم 3 ، فإن الحدث الصادم الأكثر شيوعا في العنف المجتمعي قد أبلغ عنه مشاركون شاهدوا أو سمعوا أي شخص يتعرض للضرب في الحياة الحقيقية (48.3%)، أو يهدد بسكين أو مسدس 181 (18.1%). اما الإبلاغات عن خطف أحد أفراد العائلة أو صديق أو الضرب من قبل الجنود والشرطة والميليشيات، أو العصابات، فقد

تأثير خبرات الطفولة السلبية على الصحة الجسدية في مرحلة البلوغ

ذكرها 148 (14.8%)، فضلاً عن 172 (17.2%)، قتل أحد أفراد عائلتهم أو صديق من قبل الجنود والشرطة، والميليشيات أو العصابات (كل العناصر في الجدول 3 تمثل استجابة في بعض الأحيان، وكثيراً).

الجدول رقم 1 – الخصائص الديمغرافية الاجتماعية لعينة الدراسة (n=1000)

الجنس

أنثى 583 (58.3)

ذكر 417 (41.7)

الكلية 1000 (100.0)

المجموعة العمرية بالسنوات	الخصائص (%) N
< 30	498 (49.9)
39 – 30	227 (22.7)
49 – 40	177 (17.7)
59 – 50	96 (9.6)
الكلية	998 (100.0)

اعلى مستوى تعليم	الخصائص (%) N
مدرسة ابتدائية	135 (13.5)
مدرسة متوسطة	127 (12.7)
مدرسة ثانوية	122 (12.2)
جامعة ، دبلوم	603 (60.4)
الدراسات العليا	12 (1.2)
الكلية	999 (100.0)

الخصائص (%) N	تدخين السجائر
814 (81.5)	غير مدخن
185 (18.5)	مدخن في السابق
999 (100.0)	الكلي

الخصائص (%) N	عادة شرب الكحول
949 (95.8)	لم يشرب مطلقا
42 (4.2)	شرب الكحول في السابق
991 (100.0)	الكلي

الخصائص (%) N	التاريخ العائلي للأمراض المزمنة
408 (41.3)	لا
579 (58.7)	نعم
987 (100.0)	الكلي

تواتر الأمراض الجسدية والأعراض: كما هو مبين في الجدول رقم 4، كان 358 شخصا 35.8 % لديهم أمراض وأعراض الجهاز الهضمي ، و 231 (23.1 %) يشكون من أمراض ومشاكل في القلب والأوعية الدموية، بالإضافة الى 17.7 % من المشاركين يشكون من مشاكل في الجهاز التنفسي، و 4.2 % داء السكر، وتسعة يشكون من السرطان.

نموذج الانحدار اللوجستي المتعدد: كما هو موضح في الجدول رقم 5 ، يتم تقييم مساهمة الترابط الأسري، والتعرض للعنف المجتمعي الجماعي والضعف الأسري والاعتداء بمخاطر وجود أي مرض جسدي مزمن في الانحدار اللوجستي المتعدد، بعد أن يتم تعديل أثر من كم من العمر والتاريخ العائلي للأمراض المزمنة، وعادة التدخين واستهلاك الكحول.

يرتبط وجود مستوى أعلى من الترابط الأسري (الربع الرابع) بخفض احتمالات وجود المرض الجسدي المزمن إلى النصف تقريبا (نسبة الأرجحية [أو] = 0.57)، مقارنة مع تلك التي يتدنى فيها مستوى

الترايط الأسري (الربع الأول). من ناحية أخرى، كان المستوى العالي من التعرض للعنف المجتمعي، والخلل الأسري والإيذاء (الربع الرابع) مرتبطاً بزيادة مخاطر مرض بدني مزمن 98 % و 81 % على التوالي، مقارنة مع أولئك الذين لديهم مستوى منخفض من التعرض للعنف المجتمعي، والضعف الأسري وسوء المعاملة (الربع الأول). كما زادت عادات التدخين بشكل كبير من مخاطر المرض المزمن بنسبة 61 %. وقلل جنس الذكور بشكل كبير من مخاطر المرض المزمن بالمقارنة مع الجنس الأنثوي ($OR = 0.58$). ولم يكن هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية على وجود تاريخ عائلي إيجابي من الأمراض المزمنة وتاريخ إدمان الكحول مع مخاطر النتيجة.

وتمثل هذه التقديرات للمخاطر مساهمة صافية من كل بند من المخاطر الكلية لوجود المرض الجسدي المزمن، بعد أن تم تعديل آثار الخلط المحتملة للمتغيرات التفسيرية الأخرى المدرجة في النموذج. ويعتبر هذا النموذج ذو دلالة إحصائية ويحتوي على دقة تنبؤ شاملة (66.7 %). بالإضافة إلى ذلك، فإن الدقة التنبؤية لنتائج إيجابية هي عالية (74.4 %).

المناقشة

كانت هناك نسبة عالية من عينة الإناث يرتدن مراكز الرعاية الصحية الأولية. الى جانب ذلك، شكلت الإناث نسبة أكبر من الذكور في كل من طلاب الجامعات ومعلمي المدارس من الذكور. ويمكن أن يُعزى ذلك إلى التغيرات الديموغرافية في البلاد بسبب العنف، وهو السبب الرئيسي للوفيات عند الرجال.^[13] بالإضافة إلى ذلك، وجد أن العديد من الرجال، وخاصة من بغداد^[20] قد هاجروا إلى الخارج لأسباب عديدة من ضمنها الأمن.

تراوحت الخبرات من الأفعال غير السارة للصراع مثل أن يصرخ عليه أو يضربه أو يهينه أو يهدده أو حالات الإهمال البدني أو العاطفي كما ورد في دراسات أخرى،^[21,22]

وقد كشفت النتائج أن 10 % من المشاركين قد فقدوا آباءهم عندما كانوا اقل من خمسة عاما، في حين خسر 2 % منهم أمهاتهم عندما كانوا أصغر سناً. وقد يكون هذا الاستنتاج نتيجة لفترات طويلة من تعرض الشعب العراقي للحروب والعنف على نطاق واسع،^[23,24] والموت، وأغلب الضحايا من الرجال.^[13]

وبلغت نسبة انتشار سوء المعاملة العاطفية (38.7 %)، والاعتداء الجسدي (33.5 %)، وتعرض الأم أو أحد أفراد الأسرة الى العنف اللفظي (46.9 %) والعقاب البدني (33.1 %) ، وهي أعلى مما ورد في دراسة ACE عن سكان الولايات المتحدة الأمريكية (10.6 %)، (28.3 % و 12.75 %) على

التوالي [25]، وأقل مما ورد في ألبانيا، [26] وفي بيرو وبنغلاديش [27].

ويمكن أن تعزى هذه الاختلافات الى الاختلافات في الثقافة، ومستوى التعليم، وأنواع الشخصية، والوضع الاقتصادي، ووجود أو عدم وجود مرافق بالإضافة إلى اختلافات في منهجية البحوث.

الجدول 2 - توزيع تواتر الضعف الاسري وسوء المعاملة

الخصائص (%) N	بند الضعف الأسري والاعتداء (أقل من 15 سنة) n (n = 1000) (%)
104 (10.4)	توفي والده عندما كان >15 سنة
21 (2.1)	توفيت والدته عندما كان >15 سنة
30 (3.0)	الوالدين المنفصلين عندما كان >15 سنة من العمر
133 (13.3)	العيش مع أحد أفراد الأسرة من شاربى الكحول، أو اساء استخدام الشارع أو وصفة طبية للمخدرات
83 (8.3)	عاش مع أحد أفراد الأسرة كان مكتئباً، مختل عقلياً أو منتحر
105 (10.5)	عاش مع أحد أفراد الأسرة الذي تم ارساله في أي وقت مضى إلى السجن
469 (46.9)	رأى أو سمع أحد الوالدين أو أفراد الأسرة في المنزل يصرخ فيه، أو يتعرض للإهانة أو الإذلال
331 (33.1)	رأى أو سمع أحد الوالدين أو أفراد الأسرة في المنزل الذي صفع والركل واللكم أو ضرب
175 (17.5)	رأى أو سمع أحد الوالدين أو أفراد الأسرة في المنزل يضرب بـ (عصا، زجاجة، هراوة، سكين، سوط، وما إلى ذلك)
137 (13.7)	هل أن أحد الوالدين أو الوصي أو غيرهم من أفراد الأسرة هدد، أو في الواقع، تخلى عنكم أو رماكم خارج المنزل
387 (38.7)	هل ان أحد الوالدين أو الوصي أو غيرهم من أفراد الأسرة صاح، صرخ، لكم، اهان أو أذلكم
335 (33.5)	هل ان أحد الوالدين أو الوصي أو غيرهم من أفراد الأسرة صفع، ركل، لكم أو ضربكم
162 (16.2)	هل ان أحد الوالدين أو الوصي أو غيرهم من أفراد الأسرة ضربكم بشيء ما مثل (عصا، زجاجة، هراوة، سكين، سوط)
33 (3.3)	إذا أدت سوء المعاملة الى إصابة

-في كل البنود في الجدول رقم 2، كانت الاجابات احيانا وغالبا

الجدول 3: توزيع تواتر التعرض للعنف المجتمعي والعنف الجماعي

العنف المجتمعي والعنف الجماعي (أقل من 15 سنة)	n (n = 1000) (%)
تعرض للضرب	176 (17.6)
رأى أو سمع شخصا يتعرض للضرب في الحياة الحقيقية	483 (48.3)
رأى أو سمع شخصا يتعرض للتهديد بسكين أو مسدس في الحياة الحقيقية	181 (18.1)
اضطر للذهاب والعيش في مكان آخر	107 (10.7)
ضرب على أيدي الجنود أو الشرطة أو الميليشيات أو العصابات	27 (2.7)
أحد أفراد العائلة أو صديق خطف أو تعرض للضرب من قبل الجنود والشرطة والميليشيات أو العصابات	148 (14.8)
أحد أفراد العائلة أو صديق قتل من قبل الجنود والشرطة والميليشيات، والعصابات	172 (17.2)

الجدول 4: تردد تواتر المرض البدني أو الشكاوى

المرض الجسدي أو الشكاوى	n (n = 1000) (%)
أمراض الجهاز الهضمي	358 (35.8)
أمراض القلب والأوعية الدموية	231 (23.1)
أمراض الجهاز التنفسي	177 (17.7)
داء السكري	42 (4.2)
الأورام	9 (0.9)

التعرض للعنف المجتمعي: كان الحدث الصادم الأكثر شيوعاً من حيث التعرض للعنف المجتمعي هو رؤية أو سماع شخص يتعرض للضرب في الحياة الحقيقية. وهذا يشير إلى أن حوالي نصف المشاركين قد عاش في بيئة عنيفة في طفولتهم.

وكشفت النتائج أن الترابط الأسري عامل وقائي مهم ضد الأمراض الجسدية ومن المتوقع أن مستوى أعلى من الترابط الأسري يساهم في الحد من مخاطر المرض الجسدي المزمن إلى النصف. وتشير هذه النتيجة إلى

الدور الأساسي في الترابط الأسري في بناء المرونة والقدرة على التكيف في وقت لاحق في الحياة. [9] كما أفيد بأن الأسرة هي واحدة من المتغيرات الأكثر مرونة للتنمية الاعتيادية. وقد أظهرت دراسة [Skodol 28] أن التجارب الإيجابية وتحقيق العلاقات الشخصية الإيجابية خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة ارتبطت بشكل كبير مع الانعتاق من اضطراب الشخصية في مرحلة البلوغ المبكر. من ناحية أخرى، يمكن أن يؤدي ضعف الترابط إلى نتائج ضارة بالصحة في مرحلة البلوغ. وكشفت دراسة [29] Agostini وجود ارتباط بين عدم كفاية الأبوة والأمومة والمرض الجسدي المزمن.

أظهر الانحدار اللوجستي أن التعرض لمستويات عالية من العنف المجتمعي الجماعي والمنزلي والإساءة خلال مرحلة الطفولة له عواقب وخيمة على صحة البالغين، كما أنها زادت من مخاطر المرض المزمن بنحو الضعف، مقارنة مع الذين لديهم مستويات منخفضة من التعرض. وهذا يدل على أن التوتر في وقت مبكر خلال مرحلة الطفولة يمكن أن يتحول إلى تغيرات مرضية خلال مرحلة البلوغ. وتبين الأدبيات أن الأطفال الذين يتعرضون للعنف يعانون من الأذى الجسدي والعاطفي. [30] تشير دراسة ACE إلى أن تجارب الطفولة المجهدة أو الصدمة تكون لها آثار عصبية نمائية سلبية تستمر مدى الحياة، وتزيد من خطر المشاكل المادية والاجتماعية [31].

ارتبط جنس الذكور إلى حد كبير بمخاطر أقل من وجود مرض مزمن إلى نحو النصف أقل من جنس الإناث. ويمكن أن يفسر هذا الاستنتاج جزئياً الاختلافات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية بين الذكور والإناث (ديفيدسون وآخرون 2006). تميل الإناث إلى الإبلاغ عن الاضطرابات الجسدية أكثر من الذكور. وهذه النتيجة مهمة في بناء برامج المرونة مع الأخذ في الاعتبار عوامل الضعف والمخاطر.

كما تبين أن عادات التدخين ساهمت في زيادة كبيرة من خطر الإصابة بمرض مزمن. وهذا يتوافق مع تقارير في الأدبيات نظراً إلى أن التدخين هو واحد من أهم عوامل الخطر على الصحة. ويعتبر التدخين هو المسؤول عن حوالي 80 % من الوفيات الناجمة عن أمراض الانسداد الرئوي المزمن وكذلك أمراض القلب والشرابين المبكر وحالات الوفاة. [31]

الجدول 5: نموذج الانحدار اللوجستي مع مخاطر وجود مرض بدني مزمن نتيجة (المتغير التابع) والمتغيرات التفسيرية المختارة

بعض بنود خبرات الطفولة	القيمة التنبؤية الجزئية الكلية	قيمة نموذج P
درجة الترابط الأسري الربع الرابع مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	0.57	0.01
الربع الثالث مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.03	0.88 (غير مؤثر)
الربع الثاني مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	0.67	0.039
درجة العنف المجتمعي الربع الرابع مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.98	0.002
الربع الثالث مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.79	0.007
الربع الثاني مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.00	1 (غير مؤثر)
درجة الضعف الأسري والإساءة الربع الرابع مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.81	0.007
الربع الثالث مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	1.25	0.22 (غير مؤثر)
الربع الثاني مقارنة مع الربع الأول (الأدنى)	0.89	0.63 (غير مؤثر)
العمر بحسب السنين	1.05	< 0.001
مدخن سابق مقارنة مع غير مدخن	1.67	0.015
مستهلك سابق للكحول مقارنة مع غير مستهلك	0.62	0.19
التاريخ إيجابي للأسرة من حيث الأمراض المزمنة بالمقارنة مع التاريخ السلبي	1.15	0.33 (غير مؤثر)
الذكور مقارنة مع الإناث	0.58	< 0.001
ثابت	0.21	< 0.001

حدود الدراسة

حالت الأوضاع الأمنية العامة غير المواتية دون اجراء مسح من منزل الى المنزل، وهو أمر ضروري في مثل هذه الدراسات. وقد تتطلب خبرات الطفولة المبكرة طرح أسئلة مخرجة، الامر الذي يثير بعض الذكريات غير السارة، والتي قد لا يرغب المبحوثين في الكشف عنها. بالإضافة إلى ذلك، كان بعض المشاركين متردد حتى في الرد على أسئلة عن التدخين واستهلاك الكحول.

الاستنتاج

تزيد خبرات الطفولة السلبية من خطر حدوث مرض جسدي مزمن في حياة البلوغ. ويبدو الترابط الأسري عاملاً وقائياً مهماً ضد الأمراض الجسدية. وتشير هذه النتيجة إلى دور أساسي في الترابط الأسري في بناء القدرة على التكيف وقدرة الشخص المبحوث على التكيف مع ظروف الحياة المتغيرة في وقت لاحق من الحياة.

REFERENCES

1. WHO. Risks to Mental Health an Overview of Vulnerabilities and Risk Factors. Background Paper by WHO Secretariat for the Development of a Comprehensive Mental Health Action Plan. 2012
2. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ); 2012. [Last accessed on 2012 Dec 02]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/
3. Shevlin M, Murphy J, Read J, Mallett J, Adamson G, Houston JE. Childhood adversity and hallucinations: A community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:1203–10. [PubMed]
4. Marie-Mitchell A, O'Connor TG. Adverse childhood experiences: Translating knowledge into identification of children at risk for poor outcomes. *Acad Pediatr*. 2013;13:14–9. [PubMed]
5. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58:245–53. [PubMed]
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adverse childhood experiences reported by adults – Five states, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59:1609–13. [PubMed]
7. Kuendig H, Kuntsche E. Family bonding and adolescent alcohol use: Moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol Alcohol*. 2006;41:464–71. [PubMed]
8. Herrenkohl TI, Lee JO, Kosterman R, Hawkins JD. Family influences related to adult substance use and mental health problems: A developmental analysis of child and adolescent predictors. *J Adolesc Health*. 2012;51:129–35. [PMC free article] [PubMed]
9. Clark M. The family and substance use among Maltese university students. *J Educ Soc Res*. 2012. [Last accessed on 2014 Mar 17]. p. 2. Avail-

able from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf?ua=1 .

10. Fearson JD. Iraq's civil war. *Foreign Aff.* 2007;86:2–16.
11. Al-Shawi AF, Al-Hemiary NF, Al-Diwan JK, Tahir DH. Post-traumatic stress disorder among university students in Baghdad: A preliminary report. *Iraq J Community Med.* 2011;24:287–90.
12. Al Hilfi TK, Lafta R, Burnham G. Health services in Iraq. *Lancet.* 2013;381:939–48. [PubMed]
13. Iraq Family Health Survey Study Group. Alkhuzai AH, Ahmad IJ, Hweel MJ, Ismail TW, Hasan HH, et al. Violence-related mortality in Iraq from 2002 to 2006. *N Engl J Med.* 2008;358:484–93. [PubMed]
14. Burnham G, Lafta R, Doocy S, Roberts L. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: A cross-sectional cluster sample survey. *Lancet.* 2006;368:1421–8. [PubMed]
15. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2007;7:274. [PMC free article] [PubMed]
16. Dyregrov A, Gjestead R, Raundalen M. Children exposed to warfare: A longitudinal study. *J Trauma Stress.* 2002;15:59–68. [PubMed]
17. Al-Hakeem SS. Prevalence and Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder in Mosul City. A Dissertation Submitted to Iraqi Board of Medical Specialization in Psychiatry. 2007
18. Tiet QQ, Huizinga D, Byrnes FH. Predictors of resilience among Inner City youths. *J Child Fam Stud.* 2010;19:360–78.
19. CDC. Health Appraisal Questionnaire. Centers for Disease Control and Prevention; 2013. [Last accessed on 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/pdf/haqmweb.pdf> .
20. Al-Khalisi N. The Iraqi medical brain drain: A cross-sectional study.

Int J Health Serv. 2013;43:363–78. [PubMed]

21. Nguyen HT, Dunne MP, Le AV. Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2010;88:22–30. [PMC free article] [PubMed]

22. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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. 1998;14:245–58. [PubMed]

23. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak MM, Othman AY, et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS) World Psychiatry. 2009;8:97–109. [PMC free article] [PubMed]

24. Al-Shawi AF, Al-Diwan JK, Al Nuaimi AS. Exposure to violence and complex post-traumatic stress symptoms among university students in Baghdad: A preliminary report. Iraq J Community Med. 2013;26:192–4.

25. CDC-ACE Study-Prevalence of individual adverse childhood experiences. Centers for Disease Control and Prevention. [Last accessed on 2013 Sep 30]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/prevalence.html> .

26. WHO. Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania; 2013. [Last accessed on 2014 Mar 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/181042/e96750.pdf .

27. Hidrobo M, Fernald L. Cash transfers and domestic violence. J Health Econ. 2013;32:304–19. [PubMed]

28. Skodol AE, Bender DS, Pagano ME, Shea MT, Yen S, Sanislow CA, et al. Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. J Clin Psychiatry. 2007;68:1102–8. [PMC free article] [PubMed]

29. Agostini A, Rizzello F, Ravegnani G, Gionchetti P, Tambasco R, Ercolani M, et al. Parental bonding and inflammatory bowel disease. Psy-

chosomatics. 2010;51:14–21. [PubMed]

30. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby S, Kracke K. National survey of children exposure to violence. US Department of Justice, Office of Juvenile Justice; 2009. [Last accessed on 2013 Dec 20]. Available from: <http://www.ojp.usdoj.gov> .

31. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: A prospective cohort study. BMC Public Health. 2010;10:20. [PMC free article] [PubMed]