DOI: http://dx.doi.org/10.33948/sjps-ksu-2-11-2

إعداد مقياس الحزن المطول للأطفال

د. إيمان بنت حمد المقبالية[1] د. غادة حسن الدغماني[2] د. عزام صالح السحيباني[3]

(قدم للنشر 1446/10/22هـ -وقبل 13 /01/ 1447هـ)

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى إعداد مقياس الحزن المطول للأطفال، ومعرفة بنيته العاملية، ولتحقيق هدف الدراسة، أُعد المقياس، وطبق على عينة تكونت من الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة المسجلين لدى جمعية انسان في المملكة العربية السعودية، وعددهم (n= 120)، وطُبق المقياس على العينة بغرض إجراء التحليل العاملي الاستكشافي، واستخراج الخصائص السيكومترية، وخلصت الدراسة إلى أن مقياس الحزن المطول للأطفال يتكون من عامل واحد، كما كشفت النتائج عن أن جميع فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال احصائياً عند مستوي دلاله (p <.01)، وكذلك معامل ثبات جيد ويبلغ (α > .885)، وفي ضوء النتائج قدمت الدراسة عدداً من التوصيات أبرزها: إعادة التحقق من البنية العاملية لمقياس كفاءة الحزن المطول للأطفال باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، وتطبيقه على عينات مختلفة في دول أخرى.

الكلمات المفتاحية: البنية العاملية، التحليل العاملي، الحزن المطول، الأطفال.

Designing The Prolonged Grief Scale for Children

Eman H. Almeqbalia[1] Gada H. Aldogmani[2] Azam S. Alshibani[3]

(Submitted 21-04-2025 and Accepted on 08-07-2025)

Abstract: The current study aimed to prepare a measure of prolonged grief for children, and to know its factorial structure. To achieve the goal of the study, the measure was prepared and applied to a sample consisting of children without a father aged (12-6) years registered with the Insan Society in the Kingdom of Saudi Arabia, and their number is (n= 120), and the scale was applied to the sample for the purpose of conducting exploratory factor analysis and extracting psychometric properties. The study concluded that the Prolonged grief Scale for Children consists of one factor, The results also revealed that all items of the Prolonged grief Scale for Children have a high correlation coefficient that is statistically significant at the level of significance (p <.01), as well as a good reliability coefficient of (α > .885). Considering the results, the study presented several recommendations, the most prominent of which are: revalidation of the factorial structure of the Prolonged Grief Scale for Children using confirmatory factor analysis and applying it to different samples in other countries.

Keywords: Factorial structure; Factor analysis, Prolonged Grief.

(1), (2) Department of Psychology, College of Education, King Saud University

(1)، (2) قسم علم النفس- كلية التربية- جامعة الملك سعود

Email: 443204150@student.ksu.edu.sa Email: gdoghmani@ksu.edu.sa Email: azzam.ss@ksu.edu.sa

المقدمة

يُعد الحزن استجابة انفعالية طبيعية يمر بها معظم الأشخاص عند فقدان أحد أحبائهم، وفي معظم الحالات لا يترتب عليه مشكلات نفسية أو ضائقة طويلة الأمد، إذ تتلاشى أعراضه تدريجياً مع الوقت والتكيف. مع ذلك؛ قد يواجه بعض الأفراد نوعاً من الحزن غير التكيفي الذي يستمر لفترة طويلة، بما يستدعي تدخلاً علاجياً. وقبل التِّسعينات لم يُفرّق في الأدبيات النفسية بشكل واضح بين الحزن التكيفي بِعَدِّهِ شعورًا إنسانِياً طبيعياً يمكن أَنْ يَمُرَّ به أَيُّ شخص، والحزن غير التَّكيُّفي الذي قد يَطُول ويتطوَّر ليتحوَّل إلى حزن مضطرب.

في التِّسعينات، وجدت بريجيرسون ومجموعتها البحثية (Prigerson et al., 1995) أَنَّ الحزن المضطرب يتداخل مع الاكتئاب والقلق، ولكنَّه ليس هو نفسه، فطوَّرت بحثًا لدراسة الحزن المضطرب؛ حيث ركَّزت بريجيرسون على قياس الحزن المضطرب باستخدام تِقْنِيَّات القياس النفسي المتقدِّمة، ثم أُعْطِيَتْ شير ومجموعتها البحثية (Shear et al., 2014) مَهَمَّةَ تطوير علاج للحزن المضطرب تَكُونُ فاعليَّتُهُ أكثرَ من العلاجات المُطَبَّقَة على الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، نظرًا لأَنَّ علاج الاكتئاب المرتبط بالحزن تركز على تقليل أعراض الاكتئاب، ولكن ليس الحزن، نتيجةً لتلك الجهود وَضَعَتْ مجموعةُ بريجرسون تَصَوُّرًا للحزن المضطرب على أَنَّهُ حُزْنٌ طويل الأمد يرتبط بالنتائج السلبية، وتصوَّرت مجموعة شير الحزن المضطرب على أَنَّهُ حزن شديد مُعَقَّد بسبب الميزات التي تتداخل أثناء تكيُّف الفرد مع الخسارة، وفي عام 2013 أُدرج هذا الاضطراب بصيغته الهجينة لأول مرة في ملحق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)، وفي العام الميلادي ألفين وعشرين أُضِيفَ اضطراب الحزن المُطَوَّل بشكل رسمي DSM-5-TR (Zachar et al., 2023).

وغالبًا تكون الأشكال السريرية للحزن المُطَوَّل بين الأطفال أكثر تنوُّعًا وغير متجانسة، وتَمِيلُ إلى الارتباط بمراحلِ النُّمُوّ؛ ما يجعل التشخيص أكثر صعوبة (Revet et al., 2020). فالأطفال الذين يفقدُون أَحَدَ الوالدين يواجهون صعوباتٍ حادة؛ كالحزن بسبب الفقد، وما يترتب عليه من خسارة وجود الشخص المُتَوَفَّى في حياتهم، والتعامل بشكل عام مع الحدث المُؤْلِم؛ هذا التداخل بين الصعوبات هو ما يصف الدرجة الحادة من الحزن في مرحلة الطفولة، ويُشَكِّلُ أيضًا تحدِّيًا للباحثين والمُختصِّين على حَدٍّ سواء لتعريف حزن الأطفال، ووَصْفِهِ سريريًّا.

قد يظهر على الأطفال الذين يعانون من الحزن المطوَّل سلوكيات غير تكيفيَّة؛ كالانسحاب الاجتماعي، والعدوانية، والإجهاد، والحسَّاسيَّة العاطفية، وعدم التركيز، وعدم القدرة على إنجاز المهام (Bergman et al., 2017). وقد لا تكون مهارات التعامل والمواجهة قد تطوَّرت بالكامل لدى الأطفال؛ فَيَنْمُو لديهم الشعور بشكل واضح أَنَّهُم عاجزون، وفاقِدُون للسيطرة، كما لو أَنَّ عالَمَهُم قدِ انقلبَ رَأْسًا على عَقِبٍ (Bergman et al., 2017; Keyser, Seelaus & Kahn, 2000). من أجل ذلك تهدُفُ الدراسة الحاليَّة إلى اعداد أداة لقياس الحزن المطول لدى الأطفال.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

ظهرت مشكلة الدراسة الحاليَّة بعد التَّدخُّل مع عدد من الأطفال المراجعين لوحدة الخِدْمَات النفسية في جامعة الملك سعود، والمُسَجَّلِين في جمعية إنسان المَعْنِيَّة بالأيتام فاقِدِي الأب؛ ولُوحِظ ارتفاع في أعراض الحزن المطوَّل لديهم، وتَرَافَقَ مع هذا الارتفاع سلوكيات غير تكيُّفِيَّة دَفَعَتِ الأمهات لطلب التَّدخُّل العلاجي، وبعد مراجعة الأدبيات التي أُجْرِيَتْ على مدار ربع القرن الماضي تبين أَنَّ نسبة كبيرة من رُدُودِ أفعال

الحزن يمكن أَنْ تكون شديدةً، مُعَوِّقَةً، تتجاوزُ التَّوقُّعات العادية، وتؤدي إلى اختلال وظيفي (Maciejewski et al., 2007; Maciejewski et al., 2016). وقد تستجيب فقط للعلاج المُتَخَصِّص (Boelen et al., 2006; Prigerson et al., 2009; Prigerson et al., 1995; Shear et al., 2005). ولها ارتباط بيولوجي عصبي (Kakarala et al,.2020). ويمكن أَنْ تستمر بلا توقف لأشهر أو حتى سنوات (Maciejewski et al., 2007; Prigerson et al., 2009).

وعلى غرار البالغين؛ هنالك ما يَقْرُبُ من 140 مليون طفل في أنحاء العالم شَهِدُوا وفاةَ أحد الوالدين أو كِلَيْهِمَا، وهؤلاء الأطفال لديهم مُعَدَّلات أعلى للإصابة بالإجهاد اللاحق للصَّدمة، والحزن المطوَّل، ومشكلات السلوك أكثر من الأطفال الآخرين (Dorsey et al., 2020). ووجدت دراسة ملحم (Melhem et al., 2011) أَنَّ عشرة بالمائة من الأطفال فاقِدِي الأب لديهم حزن طويل بعد ما يَقْرُبُ من ثلاث سنوات من الوفاة، وارتبط الحزن المطوَّل بزيادة حدوث الاكتئاب بمقدار ثلاثة أضعاف، وتَفَاقَمَ الضعف الوظيفي في المنزل أو المدرسة أو مع الأقران بمرور الوقت.

وبالرغم من كثرة الدراسات الغربية التي تناولت الحزن المطوَّل لدى الأطفال إلا أن الدراسات العربية المنشورة التي تناولت هذا المتغير محدودة (احمد وسليمان، ٢٠٢١؛ علاء الدين، ٢٠١٩؛ سعد، ٢٠١٦)، ويظهر اهتمامها بالفئات العمرية من 12 سنة وأعلى، ويغيب فيها الاهتمام بالفئة العمرية الأقل من 12 سنة، كما أن بعض تلك الدراسات استهدفت الأطفال من ضحايا الحروب (علاء الدين، ٢٠١٩؛ سعد، ٢٠١٦) على عكس الدراسة الحالية التي ستركز على حزن فقد الأب في ظروف السلم.

وحتى يمكن الاستفادة من النتائج في ظروف مماثلة، وحتى تُؤْخَذُ مراحلُ النُّمُوِّ في الحُسبان؛ سَتُرَكِّزُ الدراسة الحاليَّةُ على الأطفال فاقِدِي الأب من عُمُرِ (6-12) سنة، والذين يندرجون في مرحلة العمليات المادية الملموسة كما أَطْلَقَ عليها بياجيه، فَهُمْ يتميَّزُون بتفكيرهم الملموس غير المُجَرَّد؛ لأنَّ العمليات التي يقومون بها تستند إلى أشياء مادية وليس إلى فرضيَّات تم التعبير عنها بالكلمات (Symons-Bradbury, 2004). فيحتاج هؤلاء الأطفال إلى أدوات لقياس الحزن المطوَّل تُنَاسِبُ مرحلتهم العُمُرِيَّة.

وفي ضوء ما توصل له الباحثون خلال البحث، والأدبيَّات السابقة يتحدَّدُ هدف الدراسة في اعداد مقياس الحزن المطول للأطفال، وتتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1) ماهي البنية العاملية لمقياس الحزن المطول للأطفال باستخدام التحليل الاستكشافي؟
2) ما مؤشرات حساب الاتساق الداخلي لمقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة من الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة؟
3) ما مؤشرات ثبات مقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة من الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة؟

أهداف الدراسة

1) التحقق من البنية العاملية لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال باستخدام التحليل الاستكشافي.
2) التحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة.
3) التحقق من ثبات مقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة.

أهمية الدراسة

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها على المستويين النظري والتطبيقي كالتالي:

الأهمية النظرية

تَكْمُنُ أهمية الدراسة الحالية على الصعيد النظري من كونها إضافةً علميَّةً إلى الإسهامات البحثية في علم النفس العيادي المتعلقة بالحزن المطول، بسبب ندرة الدراسات العربية -حسب اطلاع الباحثين- على الأطفال الذين يعانون من حزن الفقد، وصعوبة الوصول إليهم لإجراء الدراسات؛ لذلك قد تكون بيانات الدراسة مفيدة للمقارنة بالدراسات المستقبلية في ظروف مماثلة.

الأهمية التطبيقية

تظهر الأهمية التطبيقية للدراسة الحاليَّة من خلال توفير مقياس نمائي وثقافي لِرُدُودِ أفعال الحزن التي تظهر على الأطفال لاستخدامه في المجالات الإكلينيكية والبحثية، وتعد هذه الدراسة منطلقاً علمياً للباحثين والمُهْتِمِّين إلى إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية.

حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على اعداد مقياس للحزن المطول لدى الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة.

الحدود الزمانية: العام الأكاديمي 2023 -2024

الحدود المكانية: اقتصرتِ الدراسة الحاليَّة على الأطفال المُسَجَّلِين في جمعية "إنسان" في مدينة الرياض.

مصطلحات الدراسة

اضطراب الحزن المطوَّل Prolonged Grief Disorder (PGD) تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس اضطراب الحزن المطول بأنه: رَدُّ فعلِ حُزْنٍ غير متكيّف طويل لا يمكن تشخيصُهُ إلَّا بعد انقضاء 12 شهرًا على الأقل (ستة أشهر مع الأطفال والمراهقين) منذ وفاة شخص كان للفاقِد علاقة وثيقة معه (APA, 2020).

التعريف الإجرائي: الدرجة التي يحصل عليها الأطفال فاقِدِي الأب من الفئة العُمُرِيَّة (6-12) سنة بأسلوب تقدير مقدِّم الرعاية (غالباً الأم) على الأداة المُستخدَمَة في قياس الحزن المطوَّل في الدراسة الحاليَّة.

الإطار النظري

مصطلحات الحزن المطوَّل

يُلَاحَظُ عند مراجعة الأدبيات وجودُ عدد من العبارات باللغة الإنجليزية لِتُعَبِّرَ عن الحزن الذي يأتي بعد الفقد؛ كالحزن المُعَقَّد Complicated Grief، الحزن الصادم Traumatic Grief، اضطراب الفجيعة المُعَقَّد Complex Bereavement Disorder، واضطراب الحزن المطوَّل Prolonged Grief Disorder (Revet et al., 2020). كما يُوْصَفُ الأشخاص الذين مَرُّوا بتجربة فقد شخص عزيز بالثَّكْلَى Bereaved، وتعكِسُ هذه الوَفْرَةُ من المصطلحات صعوبةَ تصنيفِ هذا الاضطراب، وتحديدِهِ بوضوح؛ لذلك في الرسالة الحاليَّة سَيُسْتَخْدَمُ مصطلح "اضطراب الحزن المطوَّل" للإشارة إلى الحزن غير التَّكَيُّفي الذي يُوَلِّدُهُ الفقدُ. ويتم تعريف الحزن المطول على أنَّهُ وجود أعراض ضائقة الانفصال (الشوق، والانشغال) والأعراض المصاحبة له مثل (اضطراب الهُوِيَّة، والتَّجَنُّب، والغضب) لدى الشخص الذي عانى من الفقد، ما يُسَبِّبُ معاناة نفسية شديدة مستمرة، وضعف كبير في الأداء (Prigerson et al., 2021).

فَهْمُ الموت في مرحلة العمليات المادية الملموسة

النَّهج السريري للتعامل مع الحزن لدى الأطفال هو نَهْجٌ نمائي؛ يتطلب أَخْذَ مراحلِ النُّمُوِّ النفسي والمعرفي للطفل في الحُسبان من أجلِ فَهْمِ رُدُودِ أفعال الطفل تِجَاهَ الحزن ووَصْفِها بِدِقَّةٍ (Revet et al., 2020). ويمكن أَنْ تُفَسِّرَ نظريَّةُ بياجيه التَّطوُّرَ المعرفي للأطفال بشأن فَهْمِهِم للموت؛ فقد أطلقَ بياجيه على الفترة من (6-12) سنة فترة العمليات المادية الملموسة،

فَيُعَدُّ تفكيرُ الطفل "ملموسًا" بطبيعتِهِ لأنَّ العمليات التي يقوم بها تَستنِدُ إلى أشياء مادية وليس إلى فرضيَّات تم التعبير عنها بشكل مُجَرَّدٍ بالكلمات (Piaget, 1935). فَيُدْرِكُ الطفل في هذه المرحلة مصطلح "الموت"؛ إلَّا أنَّهُ لم يَفْهَمْ في كثير من الأحيان أَنَّ الموتَ أَمْرٌ لا مَفَرَّ منه، وقد يعتقد أنَّهُ يمكن التَّخلُّص من الموت إذا كان ذكيًّا أو محظوظًا بما فيه الكفاية؛ في هذه المرحلة يَميلُ الأطفال إلى البقاء على اعتقادهم أنَّهُم يَفْرِضُون نظامًا على العالم الموضوعي، ويبدأ الطفل بطرح أسئلة "ماذا" بدلاً من أسئلة "لماذا"، لذلك فيما يتعلق بمحاولة الطفل فَهْمَ الموت؛ قد يسأل الطفل "ما هو الموت؟" بدلًا من السؤال السابق لهذه المرحلة "لماذا يموت الناس؟"، كما يبدأ الطفل في فَهْمِ نهائية الموت، ويُدرِكُ أنَّهُ لا يمكن عكسَهُ، ولا يمكن تفسيرُهُ من خلال التفسيرات السحرية؛ فيبدأ في فَهْمِ علاقات السبب والنتيجة، كالعلاقة بين المرض والموت(Symons-Bradbury, 2004).

الحزن المطول لدى الأطفال من خلال نظرية الحزن متعدِّد الأبعاد Multidimensional Grief Therapy

تقترح نظرية الحزن متعدِّد الأبعاد أَنَّ رُدُودَ فعلِ حُزْنِ الطفولة يمكن أَنْ تتميَّزَ بثلاثة أبعاد واسعة تتألف من ضائقة الانفصال، الضيق الوجودي/ الهُوِيَّة، والضيق المرتبط بالظرف، والتَّالي تَنَاوُلٌ للجانب السلوكي غير التَّكَيُّفِي لهذه الأبعاد:

ضائقة الانفصال Separation Distress:

تتميَّزُ بِرُدُودِ فعلِ فقدان المُتَوَفَّى، كالتَّوْق أو الشوق إلى لَمِّ شَمْلِهِ جَسَدِيًّا، والاحتجاج أو الغضب أو اليأس من الانفصال المستمر (Kaplow et al., 2013) ؛ فقد يَظْهَرُ ذلك على شكل تباطُؤ في النُّمُوِّ أو تَرَاجُع مدفوع بالرغبة في البقاء على اتصال مع المُتَوَفَّى من خلال البقاء عالِقِين في نفس مرحلة النُّمُوِّ أو أنماط السلوك غير التكيفية/ المُدَمِّرَة لِلذَّات (Layne et al., 2017). وقد ينطوي ذلك على تراجُعات سلوكية؛ منها نوبات الغضب وزيادة التَّهَيُّج أو تَأَخُّر اللغة، ونظرًا لفهمِ الأطفال الناشئ لطبيعة الموت وديمومتِهِ، قد يستمرون في توقُّعَاتِهِم لِرُؤْيَة أحبَّائهم المُتَوَفِّين مرة أخرى؛ كالانتظار عند الباب أملًا في أَنْ يعود المُتَوَفَّين إلى البيت (Kaplow et al., 2012) . وقد يُعَبِّرُ الأطفالُ الصغار عن شوقِهِم باللعب؛ كتمثيل تَسَلُّق سُلَّمٍ إلى الجنة أو استخدام لعبة الهاتف للاتصال بأحبَّائِهِم المُتَوَفِّين (Kaplow et al., 2012; Kentor & Kaplow, 2020). عند الأطفال الأكبر سِنًّا (الذين هُمْ بشكل عام أكثر قدرة على فَهْمِ ديمومة الوفاة)؛ يُعَدُّ الشوق، والتَّوْقُ الشَّديد عاملَ خَطَرٍ مُحْتَمَلٍ لتجربة تخيُّلات لَمِّ الشَّمْلِ مع الشخص المُتَوَفَّى مرة أخرى في الحياة الآخرة، ويتجلَّى ذلك في شكل تَمَنِّي الموت، أو أفكار انتحارية، أو سلوك انتحاري (Dyregov, 1990).

الضيق الوجودي/ الهُوِيَّة Existential/ Identity Distress:

نظرًا لأنَّ الأطفال الأصغر سِنًّا يُوَاجِهُون صعوبة في التعبير أو فَهْمِ المفاهيم الوجودية؛ فقد يَظْهَرُ الضيق الوجودي سلوكيًّا في شكل خمول أو انعدام التَّلَذُّذ أو الانسحاب الاجتماعي (Kaplow et al., 2012). وقد يُوَاجِهُ الأطفالُ الصغار مَخَاوِفَ تتعلق بالحياة اليومية كالتفكير فِيمَنْ سيأخذُهُ للمدرسة، أو يُمَشِّطُ شَعْرَهُ، أو يساعدُهُ في واجباته المدرسية، وقد يُعَبِّرُونَ عن انقطاع الهُوِيَّة بمشاعر الاختلاف عن الآخرين لأنَّهُم لا يَملِكُون أَبًا؛ فيَشعرُونَ بالخجل من أنفسهم (Brown & Larson, 2009; Kroger , 2006).

وقد تتَّخِذُ الضائقةُ الوجودية شكلَ الغيرة أو الاستياء تِجَاهَ الأطفال الآخرين الذين لم يَفْقدُوا آباءَهُم (Kaplow et al., 2013)؛ أو مخاوف تتعلق بالاقتراب من الآخرين أو تكوين علاقات جديدة؛ حتى لا يشعرَ بألمِ فقدان شخصٍ ما مرَّةً أخرى (Saltzman et al., 2017).

الضائقة المرتبطة بالظروف Circumstance-Related Distress:

تتضمَّنُ أفكارًا مزعجةً بشأن الطريقة التي حَدَثَت بها الوفاة (Kaplow & Layne 2014)؛ فقد يتلقَّى الأطفال معلوماتٍ أقلَّ لمساعدتهم في فَهْمِ ظروف الوفاة بسبب افتراضات البالغين بشأن قدرة الاطفال المحدودة على الفهم. وقد يؤدي ذلك إلى جَعْلِ الأطفال عُرْضَةً للاعتقادات بشأن المسؤولية المُحتَمَلَة في التَّسَبُّب في الوفاة أو عدم القدرة على مَنْعِ حدوثها؛ ما قد يُثِيرُ مشاعر الذنب ويُدِيمُ الكرب النفسي (Cohen et al., 1977; Raveis et al., 1999). وقد يكون لدى الطفل تَجَنُّبٌ لذكرياتِ الفقدِ كالأماكن التي اعتادُوا الذهاب إليها، أو الصُّوَر الفوتوغرافية، أو الأشخاص الذين يَرْوُونَ قِصَصًا عن المُتَوَفَّى، وقد يَظْهَرُ الضِّيقُ المرتبط بالظروف في صورة إعادة تمثيل الموت من خلال اللعب أو الرسومات المتكرّرة لمشهد الموت المُتَخَيَّل، وقد يشمل اللَّعِبَ أيضًا تخيُّلات متكرّرة بشأن الوقاية أو الحماية؛ فيتخيَّلُون ما كان بإمكانهم أو غيرهم فِعْلُهُ لمنعِ الوفاة (Eth and Pynoos, 1985; Kaplow et al., 2012b). وقد يرفض الأطفال الذهاب إلى النوم خوفًا من وجود كابوس بشأن كيفية وفاة الشخص (Salloum, 2015).

يتَّضِحُ من الإطار النظري أَنَّ حزن الأطفال عادةً يَظْهَرُ في شكلٍ سُلُوكِيٍّ يمْكِنُ ملاحظتُهُ؛ لذلك تَظهَرُ أهمية تصميم أدوات تَقِيسُ الشكل السلوكي للحزن المطوَّل لدى هذه الفئة العُمُرِيَّة، وبطريقة تُمَكِّنُ مقدِّم الرعاية من الإجابة عن تلك الأدوات بعد ملاحظتِهِ لسلوك الطفل، وفكرة أَنْ يقوم مقدِّم الرعاية بالإجابة عن أدوات القياس وُجِدَتْ في المراجعة الأدبية التي قام بها سالادينو وآخرون (Saladino et al., 2023)؛ فقدِ اتَّضَحَ من بعض الدراسات السابقة مشاركةُ الآباء والأوصياء ومُرْشِدِي المدارس وأطباء الأطفال والأقارب والمعلمين بشكل مباشر أو غير مباشر؛ في تقييم الحزن المطوَّل بسبب عُمُرِ العيِّنة وتعقيد الموضوع (Saladino et al., 2023).

قياس الحزن المطول لدى الأطفال

بعد مراجعة الأدبيات، هنالك عدد من مقاييس الحزن المطول التي اهتمت بالتركيز على فئة الأطفال:

أَعَدَّ سبويج وآخرون (Spuij et al., 2012) مقياسًا للحزن المطوَّل لدى الأطفال وكانت العينة (N=169)، وتتراوح أعمارُهم بين (8-18) عاماً، وتكوَّنَ المقياس من 30 فقرة، وتَقَرَّرَ استخدامُ مقياس ليكرت مكوَّن من ثلاث نقاط لِعَدِّهِ أكثرَ سهولةً في الفهمِ من ليكرت الخماسي بالنسبة للأطفال، وتُشِيرُ النتيجة التي تزيد عن 40 درجة إلى اضطراب الحزن المطوَّل ذِي الصِّلَة سريريًّا، وأدَّى تحليل العوامل الاستكشافية إلى ظهور عامل واحد، وكانت قيمة ألفا كرونباخ (91. < α) وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (24.-63.). وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من البحوث على الخصائص السيكومترية لمقاييس الحزن المطول في مرحلة الطفولة في مجموعات أكثر تحديدًا وتجانسًا (على سبيل المثال، الأطفال الذين يعانون من مشاكل عاطفية حادة بعد الخسارة) ولأن معظم المشاركين لديهم أصل غربي، فقد أوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات على مشاركين غير غربيين حتى يمكن الاستفادة من تعميم النتائج.

وحددت دراسة ملحم وآخرون (Melhem et al., 2013) رُدُود أفعال الحزن المطوَّل لدى الأطفال من خلال تقييم 182 طفلًا، تتراوح أعمارُهُم بين (8-17 عاماً؛ عند تسعة و21 و33 شهرًا من حدوث الفقد، فأُعِد مقياس يتكوَّن من 28 فقرة وتم قياس خصائصِهِ السيكومترية، وكانت قيمة ألفا كرونباخ (82. < α)، وسُجلت كل فقرة من الفقرات الـ 28 على مقياس ليكرت خماسي، مع مجموع نقاط يتراوح بين 28 إلى 140، ووجدتِ الدراسةُ أَنَّ الحصول على درجة 68 أو أعلى في المقياس بعد تسعة أشهر من الفقد تُشِيرُ إلى

أَنَّهُ من غير المُرَجَّحِ أَنْ يتعافَى هؤلاء الأطفال تلقائيًّا، وإنَّ الأطفال الذين يستمرُّون في تسجيل 68 درجة أو أعلى بعد نحوِ عامَيْن من الفقد؛ يعانون من مشكلات الحزن المطوَّل، كما أظهرَ التَّحليلُ العاملي ظهورَ بُعْدٍ واحدٍ للمقياس، وأوصت الدراسة بمزيد من البحوث المستقبلية لفحص وتقييم مقاييس الحزن المطول لدى الأطفال.

كما اختبرت دراسة بريجرسون (Prigerson et al., 2021) نسخة مُعَدَّلَة من مقياس الحزن المطوَّل الذي أعدَّتْهُ بنفسها سنة 1995؛ وطبقت الدراسة في جامعة ييل (n=270)، وجامعة أوتريخت (n= 163)، وجامعة أكسفورد (n=239)، بعد (12-24) شهرًا من الفقد، وأشارت النتائج إلى أَنَّ عبارات مقياس الحزن تُمَثِّلُ بِنْيَةً أُحَادِيَّةَ البُعْدِ، مع درجات عالية من الاتِّسَاق حيث كانت قيمة ألفا كرونباخ (.93, .90, .83) في جامعات ييل وأوترخت وأكسفورد، وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (.49 -.79)، ووجدت النتائج أن معاييرُ المقياس موثوقة وصالحة لتصنيف الأفراد الذين لديهم استجابات حزن غير قادرة على التَّكَيُّف، واسْتُخْدِمَ مقياس ليكرت خماسي لاستخراج النتائج، وتتراوح درجة المقياس المُجَمِّعَة لعناصر الأعراض من 10 إلى 50، وأظهرتِ النتائجُ أَنَّ درجة أعراض المقياس البالغة 30 كانت درجة العتبة المثالية عبرَ مجموعات البيانات الثلاث؛ فيتنبَّأُ الحصول على هذه الدرجة بالضيق الدائم والاختلال الوظيفي. وأوصت الدراسة بإجراء أبحاث مستقبلية لتأكيد الأداء النفسي في عينات أكثر تنوعًا عرقياً (Prigerson et al., 2021).

التَّعقيب على الدراسات السابقة

وجد الباحثون أَنَّ أدواتِ قياس الحزن المطوَّل جميعَها غربيَّةٌ يمكن تطبيقُها في الثقافات الناطقة باللغة الإنجليزية، وهنالك توصيات لدراسة خصائصها السيكومترية باللُّغَات الأخرى كالتَّوصيات الواردة في دراسة سبويج وآخرون (Spuij et al., 2012)، كما لاحظ الباحثون بأن الدراسات السابقة لم تفحص موضوعات اللعب والسلوك، وهذا ما أكده (Melhem et al., 2013) في دراسته. واستنتج الباحثون أهمِّيَّةَ تصميم الأدوات الخاصة لهذه الفئة العُمُرِيَّة لِسَدِّ الفجوة في المقاييس التي تَقِيسُ الحزن المطول لدى الأطفال؛ فقد وَجَدَ الباحثون أَنَّ أغلب الدراسات على سبيل المثال (Burnett et al., 1997; Layne et al., 1998; Layne et al., 1999; Layne et al., 2001; Melhem et al., 2013; Prigerson et al., 2009; Sandler et al., 2010; Spuij, 2012)، استهدفتِ الأطفالَ من عُمُرِ ثَمَانِي سنوات فأكثر، ولم يتمِّ التَّطَرُّقُ للأطفال الأصغر سِنًّا، وهذا ما وجدته المراجعة الأدبية التي قام بها ريفيت وآخرون (Revet et al., 2020) والتي توصلت إلى عدم وجود أداة تشخيصية للأطفال دُونَ سِنِّ سبع سنوات. وتتَّفِقُ الدراسةُ الحاليَّةُ مع الدراسات التي اختارت مقياس الاستجابة المُكَوَّن من ثلاث نقاط؛ كونُهُ أكثر سهولة في الفهم، ويتطابق مع المقاييس الأخرى المُستخدَمَة على نطاق واسع منها (Spuij et al., 2012; Kovacs, 2003)، كما خَلُصَتْ دراسة كومبس وآخرون (Coombes et al., 2021) إلى أَنَّ التَّدَرُّجَ الثنائي هو الأنسب للأطفال بين (5-7) سنوات، أمَّا الأطفال من عمر ثماني سنوات فأعلى فَيَكْمُنُ استخدام التَّدَرُّج الثلاثي عليهم، وتستفيد الدراسة الحالية من نتائج الدراسات السابقة للتفريق بين الحزن التكيفي والحزن غير التكيفي من خلال درجة العتبة المثالية في مقاييس الحزن المطول.

منهج الدراسة

بناء على مشكلة الدراسة وتساؤلاتها تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي لملائمته لطبيعة الدراسة الحالية، وهو يهدف إلى وصف الحالة الراهنة وتفسيرها، عن طريق جمع البيانات المتعلقة بها، ووصف العلاقات بين المتغيرات (أبو علام، ٢٠١٤).

مجتمع الدراسة

يتكوَّن مجتمع الدراسة الحاليَّة من الأطفال فاقِدِي الأب في المرحلة العُمُريَّة (6-12) سنة، والمُسَجَّلِين في جمعية إنسان، خلال الفصل الدراسي الثاني من السنة الدراسية (2023-2024)، والبالغ عددهم (3673) طفلاً منهم (1790) بنتاً، و(1883) ولداً وفقاً للإحصائية التي حصل عليها الباحثون من الجمعية.

عينة الدراسة

استخدم الباحثون الطريقة القصدية Purposive Sampling في اختيار العينة لمناسبتها لطبيعة الدراسة الحالية ومنهجها؛ حيث تم التعاون مع جمعية "إنسان" لتسهيل الوصول للعينة المستهدفة. قامت الجمعية بإرسال رسالة عبر تطبيق الواتساب للأسر جميعها المسجلة لديهم في الرياض، تضمنت دعوة للمشاركة في الدراسة من خلال رابط إلكتروني يتضمن نموذجاً لجمع البيانات الأولية، شمل: عمر الطفل، وطريقة التواصل مع الأسرة. استجابت للدعوة **(143)** أسرة، وتم تحديد الحجم المناسب للعينة بناءً على التحليل الإحصائي باستخدام برنامج **G*Power** اعتماداً على طبيعة التحليل المستخدم في الدراسة، وتبين أن العدد الملائم للعينة يبلغ نحو**115** طفل **(Faul et al., 2007)**. بعد جمع البيانات الأولية قام الباحثون بفرز الاستجابات المسجلة، واستبعاد الاستجابات التي يكون فيها عمر الطفل أقل من (6) سنوات أو أكبر من (12) سنة؛ حتى وصل العدد إلى (120) استجابة. جرى تطبيق أداة الدراسة (مقياس الحزن المطول) من خلال المقابلة الهاتفية مع مقدمي الرعاية (وكانت الأم في جميع الحالات) وذلك لتقدير سلوكيات ومظاهر الحزن لدى الأطفال.

جدول 1

توزيع أفراد العينة حسب متغيرات النوع الاجتماعي والعمر والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري

	المتغيرات	العدد	النسبة
النوع الاجتماعي	ذكر	58	48.3
	أنثى	62	51.6
العمر	6 سنوات	19	15.8
	7 سنوات	13	10.8
	8 سنوات	11	9.16
	9 سنوات	17	14.16
	10 سنوات	15	12.5
	11 سنه	20	16,6
	12 سنة	25	20.8
المجموع الكلي		120	100%
المتوسط الحسابي			21.5
الانحراف المعياري			8.9

أداة الدراسة

أعد الباحثون مقياس الحزن المطول لدى الأطفال اعتماداً على المعايير التشخصية في (DSM-5-TR، والأدبيات النظرية التي أهتمت بالتعبير السلوكي للحزن لدى الأطفال مثل (Brown & Larson, 2009; Cohen et al 1977; Dyregrov, 1990; Eth and Pynoos, 1985; Kaplow et al, 2012; Kaplow et al., 2012b; Kaplow et al., 2013; Kaplow & Layne 2014; Kentor & Kaplow, 2020; Kroger, 2006; Layne et al., 2017; Raveis et al., 1999; Salloum, 2015; Saltzman et al., 2017)، وكذلك بالاطلاع على مقياس بريجرسون للبالغين (Prigerson et al., 2021)، الذي وُضِعَ لقياس الحزن المطول بالاستناد إلى المعايير التشخيصية في DSM-5-TR؛ والمُكَوَّن من بِنْيَة أُحَادِيَّة البُعْدِ، مع درجات عالية من الاتِّسَاق حيث كانت قيمة ألفا كرونباخ (.93 ,.90 ,.83) في ثلاث دراسات على التَّوالي؛ جامعة ييل (n=270)، وجامعة أوتريخت (n= 163)، وجامعة أكسفورد (n=239)، بعد (12-24) شهرًا من الفقد، وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (.49-.79)، كما تم الاطلاع على المقاييس التي أعدت لقياس الحزن المطوَّل لدى الأطفال؛ والتي استمدَّت عباراتِها من مقياس بريجرسون والمعايير التشخيصية، وهي مقياس سبويج وآخرون (Spuij et al., 2012)، الذي قُنن على عينة (N=169) تتراوح أعمارهم بين (8-18) عاماً، وكانت قيمة ألفا كرونباخ (α > .91) وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (.24-.63). ومقياس مُلْحِم وآخرون (Melhem et al., 2013)، الذي قُنن على عينة (n=182)، تتراوح أعمارهم بين (7-18) عاماً، وكانت قيمة ألفا كرونباخ (α > .82)، وتكون المقياس في صورته النهائية من (22) فقرة، وأشارت النتائج إلى أن المقياس يمثل بنية أحادية البعد.

تحديد العتبة التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR)

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) الحد الأدنى لتشخيص الاضطراب بناء على مجموعة من المعايير التشخيصية المحددة، ويتطلب التشخيص توافر خمسة أعراض على الأقل، بشرط أن ينتمي أحد هذه الأعراض إلى الفئتين الرئيسيتين ضمن المعيار B، بالإضافة إلى وجود ما لا يقل عن ثلاثة أعراض تنتمي إلى المعيار C، وأخيراً تحقيق متطلبات المعيار D التي تقتضي ارتباط الأعراض بتأثيرات وظيفية واضحة على الفرد. في الدراسة الحالية تم اشتقاق العبارات التشخيصية بناءً على معايير DSM-5-TR، حيث تضمنت الأداة المستخدمة 22 عبارة تشخيصية، نظراً لأن كل عرض سريري في الدليل التشخيصي DSM-5-TR تم تمثيله بعبارتين في الأداة المستخدمة، فقد تم تحديد نسبة الأعراض اللازمة بناءً على تحليل احصائي، مما أسفر عن اشتراط توافر 45.45% من الأعراض المحددة في DSM-5-TR كحد أدنى للحصول على تشخيص الاضطراب. وبالنظر إلى أن أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب في المقياس المستخدم تبلغ 44 درجة، فإن النسبة التشخيصية المستخلصة (45.45%) تعادل 20 درجة من أصل 44، وبالتالي فإن الحصول على 20 درجة أو أكثر يُعتبر حداً أدنى للتشخيص وفقاً لهذا النموذج.

تم أيضاً استخدام نهج إحصائي يستند إلى متوسط الدرجات والانحراف المعياري لتحديد الحد الأدنى للتشخيص بناءً على المعايير التوزيعية، وفي الدراسة الحالية بلغ المتوسط الحسابي 21.5 بينما بلغ الانحراف المعياري 8.9، وفقاً للمقاييس الإحصائية المعتمدة، يمكن تحديد الحد الأدنى للتشخيص باستخدام معيار الانحراف المعياري عن المتوسط، حيث يعتبر الأفراد الذين يحصلون على درجات أقل من -1 انحراف معياري عن المتوسط خارج نطاق الدرجات الطبيعية، بينما يمكن اعتبار الذي يحصلون على درجات عند المتوسط أو أعلى أقرب إلى الفئة المستهدفة بالتشخيص.

وبناءً على ذلك؛ فإن الحد الأدنى المستخرج باستخدام هذه الطريقة يدعم العتبة المحسوبة مسبقاً، حيث تقع قيمة 20 ضمن نطاق القيم القريبة من المتوسط، وهي لم تصل لقيمة المتوسط لأن العينة لم تستوف جميعها معايير التشخيص، مما يعزز مصداقية هذه النقطة كنقطة فصل بين المستجيبين الذي يستوفون معايير التشخيص، وأولئك الذي لا يستوفونها.

صدق أداة الدراسة

للتحقق من صدق أداة الدراسة، عُرضت في صورتها الأولية- والتي تكونت من 22 فقرة على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة والاختصاص في الإرشاد والعلاج النفسي، وعددهم عشرة، وفي ضوء الملاحظات عُدلت أداة الدراسة وأُبقي على الفقرات التي نالت على نسبة اتفاق (80%) فأعلى من المحكمين، ونتيجة لذلك ظل المقياس مكوناً من 22 فقرة قبل إجراء التحليل العاملي الاستكشافي.

ثبات أداة الدراسة

للتحقق من ثبات المقياس في صورته الأولية، طبق على عينة استطلاعية تكونت من (40) طفل من مجتمع الدراسة، ثم استُخدمت معادلة ألفا لكرونباخ لحساب معامل الثبات للمقياس ككل والذي بلغ (.885 < α)، وتعد هذه القيمة مناسبة لتحقيق أهداف الدراسة الحالية.

الاتساق الداخلي

للتحقق من الاتساق الداخلي استخدم ارتباط بيرسون والذي بينت نتائجه أن جميع فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال احصائياً يتراوح بين (.338-.743) عند مستوي دلاله (p<.01)، مما يشير إلى معامل ارتباط مناسب للفقرات.

إجراءات إعداد المقياس

أُعتمدت عدد من الإجراءات الرئيسية والهامة عند إعداد مقياس الحزن المطول للأطفال، يمكن شرحها كما يلي:

1) تم الاطلاع على المعايير التشخيصية في (DSM-5-TR)، وكذلك الأدبيات النظرية والدراسات السابقة التي هدفت إلى إعداد مقاييس للحزن المطول لدى الأطفال، وذلك لإعداد فقرات المقياس.
2) تقرر اختيار مقياس الاستجابة المكون من ثلاث نقاط.
3) عُرض المقياس على متخصصين في علم النفس والقياس والتقويم، وقدم المراجعون تغذية راجعة حول وضوح الفقرات وملاءمتها للفئة العمرية (6-12) سنة علاوة على ذلك، قدموا اقتراحات لتبسيط التعليمات وبعض الفقرات ليتناسب مع المرحلة العمرية المستهدفة للأطفال، ولتسهيل فهم الفقرات لدى مختلف المستويات التعليمية للأمهات، وبعد الأخذ بالتعديلات والمقترحات التي قدمها المحكمين تكون المقياس في آخر صورة قبل التحليل العاملي من 22 فقرة.
4) تم مراجعة المقياس من قبل خمسة أمهات لأطفال تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة طُلب منهن التعليق على قابلية فهم الفقرات، مما أدى إلى تغييرات إضافية طفيفة في الصياغة.
5) أُخذت موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي في جامعة الملك سعود
6) طُبق المقياس على العينة الكلية المكونة من 120 طفلاً من الأطفال فاقدي الأب والمسجلين لدى جمعية انسان.
7) تم التحقق من البنية العاملية لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال باستخدام التحليل الاستكشافي، وابقيت على جميع العبارات ليكون عدد الفقرات في الصورة النهائية للمقياس 22 فقرة.
8) تم اختبار مؤشرات الاتساق الداخلي بواسطة معامل ارتباط بيرسون.
9) تم اختبار ثبات المقياس بواسطة معامل ثبات ألفا لكرونباخ.

الأساليب الإحصائية

استخدمت الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية الآتية عن طريق برنامج SPSS:

- التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis
- معامل ارتباط بيرسون Pearson
- معامل ثبات ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient

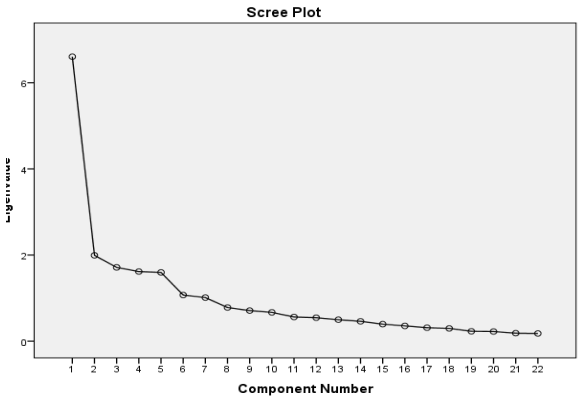
نتائج الدراسة ومناقشتها

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ماهي البنية العاملية لمقياس الحزن المطول للأطفال باستخدام التحليل الاستكشافي؟

لمعرفة البنية العاملية لمقياس الحزن المطول للأطفال تم التحقق من قيمة اختبار كيزر ماير اولكين -Kaiser Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) لتقدير جودة مطابقة البيانات للتحليلات حيث تبين أن قيمة نتائج اختبار (KMO) للمقياس قد بلغت (800.) وهي قيمة مناسبة لكونها أكبر من المحك (5.) الذي حدده كيرز (Williams et al., 2010) مما يدل على ملائمة وصلاحية استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لاستكمال باقي التحليلات الإحصائية ومدى ملائمة حجم عينة الدراسة. كما تبين أن قيمة كا تربيع تساوي (1134.888)، وكانت النتائج دالة عند مستوى دلالة ($p<.05$) مما يدل على ملائمة وصلاحية استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لاستكمال باقي التحليلات الإحصائية ومدى ملائمة حجم عينة الدراسة. وقد حدد الباحثون محك القبول الذي يتشبع عليه جميع العوامل ألا يقل عن (30.) لكل مفردة من مفردات المقياس.

بعد أن تم التحقق من الافتراضات تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي وفقاً لطريقة المكونات الأساسية (Principal Component) واعتُمد محك كيزر الذي يشير بأن قيمة الجذر الكامن يجب أن تكون أعلى من الواحد الصحيح، وأظهرت نتائج التحليل المبدئي أن المقياس يتكون من سبعة عوامل، بلغ التباين المفسر للجذر الكامن (020 .30).

ونظراً لاحتواء بعض العوامل على أقل من ثلاث فقرات تم حذفها، إذ يشير (Stevens, 2002) إلى أن العوامل التي تتشبع عليها أقل من ثلاث فقرات تُستبعد. ونتيجة لذلك أصبح المقياس متكون من عامل واحد، ثم تم إعادة التحليل مع فرض بأن المقياس يتكون من عامل واحد، والشكل (1) يوضح اختبار منحنى المنحدر.



شكل (1): اختبار منحنى المنحدر

من الشكل (1) يتضح أن هناك انكساراً في المنحنى بعد العامل الأول، ويأخذ المنحنى في التباطؤ ويميل ليكون موازياً لمحور السينات.

والجدول (2) يوضح نسبة إسهام الفقرات الاثنين والعشرين في تكوين العامل الواحد في مقياس الحزن المطول لدى الأطفال.

جدول (2)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي بعد التدوير المتعامد لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال

Rotated Component Matrix[a]

م	الفقرة	العامل الأول	قيم الشيوع
1	الطفل يشتاق كثيراً لوالده	.434	.699
2	كثير السؤال عن والده	.472	.740
3	يبحث عن أماكن أو صور تذكره بوالده	.403	.664
4	يتأخر في إنجاز النشاطات اليومية بسبب الانشغال في التفكير بوالده	.615	.601
5	يعتمد على الأم أو مقدم الرعاية لتحديد ما هو جيد ومقبول في الحياة	.318	.877
6	يجد صعوبة في التعبير عن مشاعره واحتياجاته	.538	.528
7	يعتقد أن والده لا يزال على قيد الحياة	.420	.864
8	ينتظر عودة والده	.462	.861
9	يبتعد عن الأشخاص الذين يذكرونه بوالده	.385	.733
10	يبتعد عن الأماكن التي تذكره بوالده	.378	.803
11	يغضب بسبب موت والده (ويظهر في اللعب العدواني، أو الكوابيس، أو التهيج، أو غيرها من السلوكيات غير التكيفية)	.574	.734
12	يشعر بالغيرة من الأطفال الذين برفقة والدهم	.486	.762
13	يجد مشكلة في التواصل مع الأصدقاء بعد وفاة والده	.610	.709
14	يرفض الذهاب للمدرسة	.523	.622
15	ضعيف في الاستجابة للمنبهات الخارجية	.592	.711
16	يجد صعوبة في الإحساس بالسعادة أو الحزن	.640	.559
17	حياته غير ممتعه بدون والده	.649	.681
18	انخفض الاهتمام بالأنشطة والهوايات والأحداث اليومية	.578	.724
19	يشعر بالوحدة منذ وفاة والده	.765	.730
20	يبتعد عن المناسبات الاجتماعية	.663	.686
21	انخفض مستواه في التحصيل الدراسي	.611	.632
22	يتصرف بشكل أصغر مما تفرضه مرحلته العمرية	.677	.685
	الجذر الكامن	6.604	
	التباين المفسر	30.020	

أُجري تحليل عاملي استكشافي على بيانات مقياس الحزن المطوّل باستخدام عينة مكوّنة من (N=120) طفلًا. أظهرت النتائج الأولية لاستخراج العوامل ظهور سبعة عوامل. ومع ذلك، تشير عدة اعتبارات منهجية وإحصائية إلى أن الحل الأفضل يتمثل في عامل واحد فقط، وذلك للأسباب الآتية:

1. نسبة التباين المفسر: فسر العامل الأول ما نسبته 30% من التباين الكلي، في حين تراوحت مساهمة العوامل اللاحقة (الثاني إلى السابع) بين 4% و9% لكل منها، ما يُعد انخفاضًا ملحوظًا في القوة التفسيرية لهذه العوامل مقارنة بالعامل الأول.
2. الرسم البياني للمكونات (Scree Plot): أظهر الرسم البياني "انقطاعًا واضحًا" (clear elbow) بعد العامل الأول، مما يدعم اعتماد عامل واحد بناءً على معيار كاتيل البصري.
3. الاستقرار البنيوي للعوامل: تضمنت بعض العوامل أقل من ثلاث فقرات، وهو ما يُضعف موثوقيتها البنيوية ويُخالف المعايير المعتمدة في بناء المقاييس النفسية. بناءً عليه، تم حذف هذه الفقرات، وأُعيد التحليل بفرض وجود عامل واحد.
4. القابلية النظرية لتفسير الفقرات: لم تكن هناك دلالة مفهومية واضحة لتجميع الفقرات في سبعة عوامل منفصلة، مما يضعف التماسك النظري للحل متعدد العوامل.

تدعم هذه النتائج اعتماد بُنية أحادية العامل للمقياس، وهو ما يتسق مع الأدبيات السابقة؛ فعلى سبيل المثال، توصلت دراسة سبويج وآخرون (Spuij et al., 2012) إلى نتيجة مماثلة عند تطوير مقياس لأعراض الحزن المطوّل لدى الأطفال بعد تطبيقه على عينة من الأطفال الذين تعرضوا للفقد تتراوح أعمارهم بين (8-12) سنة، (n=12)، حيث أدى التحليل العاملي إلى ظهور سبعة عوامل أولية، إلا أن العامل الواحد كان الأكثر ملاءمة بناءً على اعتبارات مشابهة.

كما أن معظم المقاييس المعتمدة لقياس الحزن المطوّل في الفئات العمرية المختلفة – مثل مقياس بريجرسون وآخرين للبالغين (Prigerson et al., 2021)، ومقياس ملحم وآخرين للأطفال (Melhem et al., 2013) – صممت ببنية أحادية العامل، مما يعزز من مصداقية اعتماد العامل الواحد في الدراسة الحالية.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة؟

تم حساب الاتساق الداخلي بمعاملات الارتباط بين الفقرة ودرجة المقياس ككل، وذلك من خلال معامل ارتباط بيرسون، للتعرف على مدى دلالة هذه الارتباطات كما هو موضح في جدول (3)

جدول (3)

معاملات الارتباط (بيرسون) بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	.426**
2	.479**
3	.402**
4	.602**
5	.338**
6	.523**
7	.453**
8	.489**
9	.415**
10	.402**
11	.580**
12	.512**
13	.616**
14	.526**
15	.597**
16	.614**
17	.625**
18	.555**
19	.743**
20	.640**
21	.606**
22	.678**

**دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (p<.01)

يتضح من جدول (3) أن جميع فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال احصائياً يتراوح بين (338.-743.) عند مستوي دلاله (p<.01)، مما يشير إلى معامل ارتباط مناسب للفقرات.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ما مؤشرات ثبات مقياس الحزن المطول للأطفال لدى عينة الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة؟

جدول (4)

معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال

المقياس	الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	22	.885

ويتضح من جدول (4) أن معامل الثبات الكلي لمقياس الحزن المطول بطريقة ألفا لكرونباخ قد بلغ (885.) وهذا المؤشر يدل على أن المقياس يتمتع بمستوى عالٍ من الثبات، إذ يؤكد هير وزملاءه (Hair et al., 1998) أن قيم الثبات تكون مقبولة عندما تبلغ (70.) فأعلى.

المناقشة

أعدت هذه الدراسة مقياساً للحزن المطول لدى لأطفال، ولغرض إجراء التحليل العاملي الاستكشافي، واستخراج الخصائص السيكومترية، طُبق المقياس على عينة تكونت من الأطفال فاقدي الأب من عمر (6-12) سنة المسجلين لدى جمعية انسان في المملكة العربية السعودية، وعددهم (n= 120)، وخلصت الدراسة إلى أن مقياس الحزن المطول للأطفال يتكون من عامل واحد، وتتفق هذه النتيجة مع أغلب مقاييس الحزن المطول التي توصل لها الباحثون حيث اتضح بأنها ذات عامل واحد مثل مقياس بريجرسون وآخرون للبالغين (Prigerson et al., 2021)، ومقياس مُلْحِم وآخرون للأطفال (Melhem et al., 2013). وكشفت النتائج عن أن جميع فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال احصائياً عند مستوي دلاله (p <.01)، وكذلك معامل ثبات جيد ويبلغ (α > .885)

النتائج الحالية امتداد لما توصلت له الأبحاث السابقة في عينات الأطفال، ولكن صيغت فقرات المقياس الحالي لتعبر عن الشكل السلوكي الذي يظهره الأطفال لأعراض الشوق والتوق الشديد، وصعوبات قبول الخسارة والغضب، والشعور بأن الحياة لا معنى لها، وهو ما يُعد اتجاهاً مكملاً لما ذكرته (Melhem et al., 2013) من ضرورة تطوير أدوات تعكس الطابع العملي لسلوكيات الأطفال الحزينة، بدلًا من الاعتماد فقط على التعبير اللفظي أو الشعوري، الذي قد يكون محدودًا في هذه المرحلة العمرية. ونتائج هذه الدراسة تقدم دليلاً على أن اعراض الحزن المطول لدى الأطفال قد تشكل كياناً سريرياً متميزاً عن الحزن المطول لدى الكبار.

وتبرز مساهمة الدراسة الحالية في تطوير أداة مناسبة ثقافيًا ولغويًا لبيئة عربية غير غربية، بما يسد الفجوة التي أشارت إليها دراسة (Spuij et al., 2012) حول محدودية تعميم نتائج المقاييس الغربية على بيئات مختلفة لغويًا وثقافيًا. كما أن استهداف الدراسة لعينة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثمان

للتحقق من ثبات مقياس الحزن المطول لدى الأطفال في صيغته النهائية، استخدم معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha، وجدول (4) يوضح هذه النتائج.

سنوات يمثل إضافة نوعية، نظرًا لأن أغلب الأدوات السابقة - كما أوضحت مراجعة (Revet et al., 2020) ركزت على أطفال بعمر ثمان سنوات فما فوق، مع غياب أدوات تشخيصية ممنهجة للأطفال دون سن السابعة.

وتُظهر نتائج الدراسة الحالية أهمية التفريق بين الحزن التكيفي والحزن غير التكيفي، من خلال قياس الأعراض وتحديد درجات العتبة الحرجة، وهو ما أكدته الدراسات السابقة، خاصة (Prigerson et al., 2021.)، مما يعزز موثوقية استخدام المقياس لأغراض تشخيصية أو بحثية مستقبلًا.

كما تساعد نتائج الدراسة الحالية للفت النظر إلى الحاجة لطرق علاج مختلفة للمتلازمات التي قد تتطور عند الأطفال الذين يفشلون في التعافي من الفقد، على سبيل المثال، يمكن الإشارة إلى التدخلات السلوكية المعرفية والعلاج باللعب، الذي يركز على التدخل مع التأقلم غير التكيفي للأعراض المرتبطة بالحزن المطول، ويعد تطوير وتقييم طرق العلاج الخاصة هذه تحديات مهمة للبحوث المستقبلية.

ومع ذلك، واجهت الدراسة الحالية بعض القيود، فلم تكن هناك بيانات متاحة عن الصحة العقلية للأطفال مما يحد من تعميم النتائج، كما أن تعميم عينة البحث يقتصر على الأطفال فاقدي الأب فقط، وقد لا يمتد لأولئك الذين فقوا أشخاص آخرين، ولم يتم اشتراط مدة معينة للفقد، وذلك بسبب صعوبة الوصول إلى عينة تتقارب فيها المدة لدى جميع المشاركين، لذلك سيكون من الجيد للأبحاث المستقبلية أن تكون مدة الفقد مخصص مثلاً تسعة أو 21 أو 33 شهراً كما في دراسة (Melhem et al., 2013) أو 12 و24 كما في دراسة (Prigerson et al., 2021).

وبناءً على ما سبق، تسهم الدراسة الحالية في بناء قاعدة عربية علمية لقياس الحزن المطول لدى الأطفال، وتفتح المجال أمام مزيد من الدراسات لتطوير أدوات معيارية شاملة تأخذ في الاعتبار الجوانب الثقافية، والسلوكية، والنمائية عند تقييم الأطفال في مراحل الحداد.

خاتمة

توفر هذه الدراسة أداة مناسبة لقياس الحزن المطول لدى الأطفال، ذات عامل واحد، وبدرجات عالية من الثبات والاتساق الداخلي.

التوصيات

في ضوء النتائج التي تُوصل إليها، توصي الدراسة الحالية بما يلي:

1) التحقق من البنية العاملية لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، وتطبيقه على عينات مختلفة وفي دول أخرى.
2) إعادة حساب الخصائص السيكومترية للمقياس باستخدام أحد نماذج نظرية الاستجابة للمفردة والاستفادة من نتائج التحليل العاملي الاستكشافي في التحقق من افتراض أحادية البعد.
3) عمل نسخة من المقياس بصياغة تناسب استجابة الطفل لها أثناء المقابلة مع الأخصائي النفسي، للأطفال من عشر سنوات وأكبر، والقادرين على إعطاء إجابات عن أنفسهم، وعمل نسخة من المقياس يكون التدرج فيها رباعي أو خماسي تناسب أن يستجيب عليها مقدم الرعاية. ثم انشاء دليل للمقياس يضم النسختين أعلاه، ليتمكن الأخصائي النفسي من المقارنة بين استجابة الطفل عن نفسه واستجابة مقدم الرعاية.
4) إجراء دراسات عن علاقة الحزن المطول ومتغيرات أخرى مثل الجنس، وعدد سنوات الفقد.
5) إجراء دراسات تكون مدة الفقد فيها مخصصة بفترة محددة.
6) إجراء دراسات تهتم بتطوير وتقييم طرق علاج خاصة للتدخل مع الحزن المطول لدى الأطفال.

****

المراجع

المراجع باللغة العربية

احمد، سعدة؛ سليمان، نزيهة. (2021). استجابة الحزن في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المراهقين بمدينة بنغازي. مجلة كلية الآداب، (٤٩)، ١٤٢-١٦١.

سعد، أمينة. (٢٠١٦). أثر برنامج جمعي في خفض أعراض الحزن المطوَّل والانسحاب الاجتماعي عن أطفال اللاجئين في الأردن [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الهاشمية.

علاء الدين، جهاد محمود. (2019). تأثيرات فقدان الأب المتعلق بالحرب على الحزن المطوّل والانسحاب الاجتماعي عند الإناث من أطفال اللاجئين السوريين في الأردن. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، 3(6)، 25-62.

المراجع باللغة الإنجليزية

Ahmed, S; Suleiman, N. (2021). Grief response in light of some variables among a sample of adolescents in Benghazi. *Journal of the Faculty of Arts*, (49), 142-161.

Alaa El-Din, J. (2019). The Effects of War-Related Father Loss on Prolonged Grief and Social Withdrawal among Female Syrian Refugee Children in Jordan. *Arab Journal of Educational and Psychological Sciences*, 3(6), 25-62.

Bergman, A. S., Axberg, U., & Hanson, E. (2017). When a parent dies–a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliative Care*, *16*, 1-15. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0234-3

Boelen, P. A., Stroebe, M. S., Schut, H. A., & Zijerveld, A. M. (2006). Continuing bonds and grief: A prospective analysis. *Death Studies*, *30*(8), 767-776. https://doi.org/10.1080/07481180600842363

Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 74-104). Wiley.

Brown, E. J., Goodman, R. F., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Chaplin, W. F. (2019). An exploratory trial of cognitive-behavioral vs client-centered therapies for child–mother dyads bereaved from terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *13*(1), 113–125. https://doi.org/10.1007/s40653-019-00245-9

Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, *27*(1), 49–57. https://doi.org/10.1017/S0033291796004151

Cohen, P., Dizenhuz, I. M., & Winget, C. (1977). Family adaptation to terminal illness and death of a parent. *Social Casework*, *58*(4), 223–228.

Coombes, L., Bristowe, K., Ellis-Smith, C., Aworinde, J., Fraser, L. K., Downing, J., & Harding, R. (2021). Enhancing validity, reliability and participation in self-reported health outcome measurement for children and young people: A systematic review of recall period, response scale format, and administration modality. *Quality of Life Research*, *30*(7), 1803-1832. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02742-6

Dorsey, S., Lucid, L., Martin, P., King, K. M., O'Donnell, K., Murray, L. K., Wasonga, A. I., Itemba, D. K., Cohen, J. A., Manongi, R., & Whetten, K. (2020). Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania. *JAMA Psychiatry*, *77*(5), 464–473. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4475

Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, *31*(4), 266-280. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1990.tb00832.x

Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). Post-traumatic stress disorder in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(2), 227-233. https://doi.org/10.1097/00004583-198503000-00003

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Kakarala, S. E., Roberts, K. E., Rogers, M., Coats, T., Falzarano, F., Gang, J., ... & Prigerson, H. G. (2020). The neurobiological reward system in

Keyser, J. L., Seelaus, K., & Kahn, G. B. (2000). Children of trauma and loss: Their treatment in group psychotherapy. In R. H. Klein & V. L. Schermer (Eds.), *Group psychotherapy for psychological trauma* (pp. 209–238). American Psychological Association.

Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical manual update*. Multi-Health Systems

Kroger, J. (2006). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage Publications.

Layne, C. M., Kaplow, J. B., Oosterhoff, B., Hill, R. M., & Pynoos, R. S. (2017). The interplay between posttraumatic stress and grief reactions in traumatically bereaved adolescents: When trauma, bereavement, and adolescence converge. *Adolescent Psychiatry, 7*(4), 266-285.

Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. R., Arslanagić, B., Black, M., Savjak, N., Popović, T., Duraković, E., Mušić, M., Ćampara, N., Djapo, N., & Houston, R. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 5*(4), 277–290. https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.4.277

Layne, C. M., Pynoos, R. S., Savjak, N., & Steinberg, A. (1998). *Grief screening scale* [Unpublished psychological test]. University of California, Los Angeles.

Layne, C. M., Saltzman, W. R., & Woods, J. (1999). *UCLA Trauma-Grief Screening Interview* [Unpublished psychological test]. University of California, Long Beach.

Layne, C. M., Savjak, N., Saltzman, W. R., & Pynoos, R. S. (2001). *Extended Grief Inventory* [Unpublished psychological test]. University of California, Los Angeles.

Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3), 266-275.

Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA, 297*(7), 716–723.

Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 303*, 111135. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2020.111135

Kaplow, J. B., & Layne, C. M. (2014). Sudden loss and psychiatric disorders across the life course: Toward a developmental lifespan theory of bereavement-related risk and resilience. *American Journal of Psychiatry, 171*(8), 807–810. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040458

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J. A., & Lieberman, A. (2012). DSM-5 diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 75*(3), 243–266. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.3.243

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J., & Lieberman, A. (2012). DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry, 75*(3), 242–265. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.3.242

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J., & Pynoos, R. S. (2013). Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(3), 322–340. https://doi.org/10.1007/s10567-013-0137-3

Kaplow, J. B., Shapiro, D. N., Wardecker, B. M., Howell, K. H., Abelson, J. L., Worthman, C. M., & Prossin, A. R. (2013). Psychological and environmental correlates of HPA axis functioning in parentally bereaved children: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 233–240. https://doi.org/10.1002/jts.21788

Kentor, R. A., & Kaplow, J. B. (2020). Supporting children and adolescents following parental bereavement: Guidance for health-care professionals. *The Lancet Child & Adolescent Health, 4*(12), 889–898. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30184-X

Jordan [Unpublished Master's Thesis]. Hashemite University.

Saladino, V., Verrastro, V., Calaresi, D., & Barberis, N. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for prolonged grief symptoms in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/str0000301.

Salloum, A. (2015). *Grief and trauma in children: An evidence-based treatment manual*. Routledge.

Saltzman, W., Layne, C., Pynoos, R., Olafson, E., Kaplow, J., & Boat, B. (2017). *Trauma and grief component therapy for adolescents: A modular approach to treating traumatized and bereaved youth*. Cambridge University Press.

Sandler, I. N., Ma, Y., Tein, J. Y., Ayers, T. S., Wolchik, S., Kennedy, C., & Millsap, R. (2010). Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 131–143. https://doi.org/10.1037/a0018393.

Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (Vol. 4). Lawrence Erlbaum Associates.

Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology, 47*(3), 253-267.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA, 293*(21), 2601-2608.

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(11), 1287-1295.

Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Psychometric properties of the Dutch inventories of prolonged grief for children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(6), 540-551.

Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012).

Melhem, N. M., Porta, G., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2013). Identifying prolonged grief reactions in children: Dimensional and diagnostic approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(6), 599-607.

Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry, 68*(9), 911-919.

Piaget, J. (1935). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (p. 216). Delachaux et Niestlé.

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry, 20*(1), 96-106.

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry, 152*(1), 22-30.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*(1-2), 65-79.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121.

Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(2), 165–180.

Revet, A., Bui, E., Benvegnu, G., Suc, A., Mesquida, L., & Raynaud, J. P. (2020). Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives. *L'Encephale, 46*(5), 356-363.

Saad, A. (2016). *The Effect of a Group Program on Reducing Symptoms of Prolonged Sadness and Social Withdrawal in Refugee Children in*

Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(12), 673–679. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0307-4

Symons-Bradbury, J. (2004). *Children's perceptions of death: A Piagetian perspective* (Master's dissertation). University of the Witwatersrand, Johannesburg.

Zachar, P., First, M. B., & Kendler, K. S. (2023). Prolonged Grief Disorder and the DSM: A history. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 211*(5), 386-392.