



كلية الصحة العامة
School of Public Health



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى

طلبة الجامعات في قطاع غزة

أحمد حسين ثابت

القدس - فلسطين

2007

ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى

طلبة الجامعات في قطاع غزة

أحمد حسين ثابت

-

الدكتور/ أحمد أبو طواحينة

-

-

2007

وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا

(114 -)

"

"

(8)

.

.

.

.

.

.

..... :

2007 /

-

ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة

20211643 :

2007/1/21 :

- : . -1
- : . -2
- : . -3

-

2007

.

/

.

/

.

/

.

/

.

332 .
25 - 18 . (170) (162)

30 (%70.9) 73
(%29.1)

ABSTRACT

Aims: The study aimed to assess the comorbidity between depression and PTSD among universities students in Gaza Strip and its relationship with some variables such as: gender, age, type of residence, family income, education and jobs of father and mother. **Methodology:** The sample consisted of 332 students (162 males, 170 females) that selected stratified random sample from the four universities of Gaza Strip; their was ranged from 18 – 25 years. The researcher adopts the descriptive analytic design in the research; The researcher used the following tools in this study; Traumatic Events Inventory, PTSD Scales, Beck's Depression Scale.

Results: The findings indicate that there were positive statistical significant correlation between Trauma, PTSD, and Depression.

The male students significant more exposed to trauma than females. While female was significant higher of PTSD than male of universities students.

There were 73 of traumatized students were not depressed (70.9%), while 30 of theme were depressed (29.1%).

There were no statistical differences in comorbidity (Depression and PTSD) due to all of the demographic variables.

I		❖
III		❖
IV		❖
V		❖
VI		❖
VIII		❖
X		❖
:		
2		1.1
4		1.2
4		1.3
5		1.4
6		1.5
7		1.6
7		1.7
8		1.8
10		1.9
:		
12		2.2
21		2.3
42		2.4
:		
47		3.1
47		3.2
51		3.3
51		3.3.2
54		3.3.3
55		3.3.4
58		3.3.5

61		3.3.6
65		3.4
65		3.4.1
66		3.4.2
67		3.4.3
70		3.4.4
73		3.4.5
75		3.4.6
:		
80		4.1
80		4.2
81		4.3
83		4.4
83		4.5
84		4.6
87		4.7
87		4.8
88		4.9
:		
90		5.1
90		5.2
119		5.3
:		
121		6.1
121		6.2
124		6.3
133	" "	6.4
134		6.5
:		
137		:
141		:
147		

82		1
80		2
91		3
91		4
92		5
92		6
93		7
93		8
94		9
94		10
95		11
95		12
96		13
97		14
98	(332 =)	15
99		16
100	()	17
100	()	18
101	() " - - "	19
101	()	20
102	(332 =)	21
104		22
104	()	23

105	()	24
105	() " - - "	25
106	()	26
107		27
107	()	28
108	()	29
108	" () " - - "	30
109	()	31
110		32
111		33
112		34
112		35
113		36
114		37
115		38
116		39
117		40
118		41
118		42

148		1
149		2
153		3
154		4
155		5
156		6
157		7

الفصل الأول

المقدمة

- 1.1
- 1.2
- 1.3
- 1.4
- 1.5
- 1.6
- 1.7
- 1.8
- 1.9

الفصل الأول

المقدمة

1.1

(117 2001)

.(Figlry,1993, 112)

%38

.(Allodi et al, 1985, 58-78)

(Randall)

(Westermeyer et at, 1993)

PTSD

.(Randall, 1991, 3)

%34

.(Mghir et al, 1995, 24)

%75

%50

.(Silvir,1986, 78)

.(GCMHP, 1998)

%32,2

(1999)

%28

(1991)

%32

(127)

.

%17

:

1.2

:

1.3

-1

.

-2

-3

-4

-5

-6

: **1.4**

-1

-2

-3

-4

-5

1.5

-1

-2

-3

-4

-5

1.6

:

:

:

-1

-2

-3

-4

-5

1.7

:

:

. 2007 / 2006

:

:

: 1.8

:

Comorbidity : -1

)

(

The Health)

.(Encyclopedia, 2004

Depression : -2

Beck

Clinical depression

Normal depression ()

()

.(38 1992)

PTSD : -3

PTSD

(WHO)

ICD-10

:

()

)

World Health

.(Organization, 1992: pp147- 148)

Trauma :

.(Meichenbaum.1994 , 32)

DSM-IV

Traumatic Stress

.(American Psychiatric Association, 1994, 424)

:

. - - -

. 25

:

1.9

" "

.

.

.

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

2.1

2.2

2.3

الخلاصة

2.4

الفصل الثاني استعراض الأدبيات

2.2

:PTSD

2.2.1

Psychoanalytic Theory :

-1

)

.(46 :1991

()

(757-756 :1985)

)

.(29 :1996

.(Moos,1976: 7-11)

(1985)

,)

.(112 :1985

:

":

.(304: 1989)"

Cognitive Theory : -2

()

Cognitive Schemata

.(Beck ,1972: 343-354)

Cognitive Products

.(Ingram et al., 1987: 734-742)

(Epstein)

:

-1

-2

-3

-4

(Epstein, 1990, p 45)

(1995,)

Behavior theory : -3

" "

(-)

(Davison & Neale , 1998: 156- 161)

()

)

.(74 :1999

Biological Theory: -4

(Davison & Neale)

(Van der kolk)

MHPG

(Delapina, 1984)

(Delapina, 1984, 34-40).

2.2.2

Psychoanalytic Theory :

-1

" (1917)

.(1989)

(Schwartz &

. Schwartz, 1993)

.(27 :1998)

.(37 :1967 ,)

Behavior theory : -2

()

:1988 ,) .

.(236

(Seligman)

Motivational Deficit

Self Concept

Cognitive Defecit

Affective deficit

. (Seligman,1980: 155)

Helplessness

Cognitive Theory : -3

Beck

.(Beck et al., 1979: 144)

Serotonin

Noropinephrine

.(1991)

.(234 :1988)

(32-31 :1988)

2.3

2.3.1

." " : :(1992) -1

(TAT)

.

:

-

-

-

" (1995)

-2

" "

.(592)

:

" **:(Basoglu et al, 1994)**

-3

"

(55)

(23)

(55)

(47)

:

-

-

:(Basoglu et al, 1997)

-4

(34)

(55)

:

-

% 4

-

%9

: (Bleich et al., 1997)

-5

."

6 -4

(60)

:

(%100)

-

(%87)

% 50

%95

-

" : **(Unsworth & Glodberg, 1998)** -6

."

(84)

:

" : **(Engdahl et al 1998)** -7

: ."

DSM III R

.DSM III R

(262)

:

" : **(Breslau et al., 2000)** -8

."

(1007)

:

-

-

-

: **(Oquendo et al., 2003)**

-9

."

(156)

:

-

-

-

: (O'Donnell, 2004) -10

."

12 3

(363)

:

3

: (Nixon et al., 2004) -11

."

:

%75

-

%54

-

" : (Momartin et al., 2004)

-12

."

(126)

(Blake et al., 1995) (CAPS)

.(First et al., 1997) (SCID)

:

29

39

-

58

-

-

" : (Maercker et al., 2004) -13

"
(1966)

45 -18

:

%23.3 %17 -

%6.5 %13.3 -

%29 -

-

" (Thabet & Vostanis, 2004) -14

"

15 - 9

(403)

(% 52.6)

(%23.9)

" : (Oquendo et al., 2005)

-15

(59)

(230)

" : (O'Campo et al., 2006)

-16

."

:

-

%25

%34

-

%15 %18

%19.7

-

%4.5

%4.2 %4.6

-

2.3.2

: :(1993)

-1

."

(45)

.(14-5)

.

:

(%62)

-

.

-

" (1993)

-2

"

:

"

"

(400)

" "

" "

:

-

-

" : (1994) -3

."

(260)

" "

:

:

-

-

" : (1996) -4

."

.(1994) (249)

. " " (1996) -5
 .
 , 388
 :) . 204 (183)
 . ,(1996
 :
 . -
 . -
 .
 : " : (1997) -6
 . "
 (2135)
 . " "
 :
 . -
 : -
 . -

:(1991)

-7

(127)

(SRQ)

%32

%46

%17

%18

(1999)

-8

(983)

(1129)

(DES)

(30)

."

" : (1999)

-9

%28

" : (2003)

-10

."

(227)

68-18

(112)

(115)

:

2.3.3

" (Labbat & Snow, 1990) -1

."

: . (57)

%39 : :

.

." : (Yuksel, 1991) -2

(33)

.(1991 -1988)

(Derogate Symptoms 90)

.PTSD

:

(%70)

(%82)

-

.PTSD

.PTSD

(4)

(7)

(23)

(21)

6

.PTSD

" : (1994)

-3

"

(150)

:

" : (1998)

-4

"

(36-15)

(1337)

" :

"

"

"

:

-

-

" : (2001)

-5

"

(220)

(1999 - 1994)

.SCL90

:

-

-

%35

-

."

" : (France, 2003)

-6

:

%5.6

2:1

6.1 (58.9%) ,(1074)

%

" (Blair et al, 2004)

-7

"

3 , 1059

11

%21

%74 , %61

" (Gray & Elisa, 2004)

-8

"

(1040)

7

%87

%4.5 ,

18-9

" : (Salter & Stallard, 2004)

-9

"

18-7

(%42) 67

158

(%37) 25

2.4

%95

Bleich et al.,)

%50

(1997

%29

(Maercker et al., 2004)

O'Campo et al.,)

%4.5 (2006)

%19.7

(Momartin et al., 2004)

(Oquendo et al., 2003)

(1993)

(1996)

(1997)

(1999)

(France, 2003)

(1992)

(Engdahl et al., 1998)

(Basoglu et al., 1994)

:

(2003)

(1997)

(1996)

(1993)

Engdahl et al.,) (Shalev et al., 1998) :

DSM-III-R

.(Thabet & Vostanis, 2004) .(1998

(1992)

(60) (Bleich et al., 1997)

(1174) (Holtzheimer et al., 2005) :

(1007) (Breslau et al., 2000)

(592) (1995)

(2135) (1997)

:

.(1994)

(1994,1997)

(1993)

(Breslau et al., 2000) (1995)

(1993) :

.(Thabet & Vostanis, 2004) (1996)

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي

3.1

3.2

3.3

3.4

3.1

(1996) (1993)

PTSD

D.S.M.I

1968

1952

"

"

.(DMS-III-R) 1980

(DMS-III) 1978

3.2

(:

The Health Encyclopedia,)

.(2004

%39

11 .(Labbat & Snow, 1990) .

%21

(Blair et al., 2004)

%35 (2001)

(1999)

%28

.(1994)

.(516 1997)

.(35 1988)

.(517 1997)

(1991)

%17

%32

(1997)

(1996)

(Basoglu et al, 1994)

(Unsworth & Glodberg, 1998)

(Engdahl et al 1998)

:

(Breslau et al., 2000)

(Oquendo et al., 2003)

Oquendo)

.(et al., 2005

.(Nixon et al., 2004)

Depression : 3.3

)

(....

.(32 : .)

.(158-32 1993)

: 3.3.2

:

" "

.() .

:

"

.(21 1997) "

" (1998)

" (2002)

"

" (2002)

" (2002)

"

(2003)

":

.(433 .)"

" : Beck

.(108 1989)"

": ICD-10

.(82 1995)"

" DSM-IV

:

(American Psychiatric

Association, 1994, 61)

: **3.3.3**

.(340 1992)

..

.(103 ,2000) %5-3

%12

(Montgomery,

(%26-20)

(%12-8

1991)

3.5

.(Clay et al, 1993)

%3-2

%9-5

.(American Psychiatric Association, 1994, 341)

24-18

%15

.(104 ,2000:)

- -

-

-

.

: **3.3.4**

: **-1**

.(Goldstein, 1989)

.(Costin & Draguns1989)

.(Costin & Draguns, 1989)

(36:1998)

..

.(243 1998)

: -2

.(36 1989)

:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

.(430 1978)

-9

: -3

(Rennie)

)

208 %80

.(1992

(1997)

()

: -4

.(1994)

(1419)

(1412) .

: 3.3.5

:

: -1

-

-

()

-

-

-

-

.(516 :1997)

-

.(225 :1990)

-

:

-2

-

-

-

-

-

-

-

-

.(35 :1988)

-

-

-

.(516 :1997)

-

:

-3

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

(517 :1997) "...

"

-

: 3.3.6

(American Psychiatric Association, 1994)

Mood Disorders

:DSM-IV

() -1

Major Depressive Disorders

Dysphemism Disorders () -2

Depressive Disorders Not otherwise specified : -3

Bipolar Disorder - I : -4

Bipolar Disorder - II : -5

:Cyclothymic Disorder : -6

Not otherwise specified Bipolar : -7

:Disorders

Moode () -8

Disorders Due to General Medical

Substance Induced : -9

:mood Disorder

.()

Mood Disorders Not Otherwise : **-10**
:Specified

DSM-IV

:

:(X1) Mild: -1

:(X2) Moderate: -2

:(X3) Sever Without Psychotic Features : -3

:(X4) Sever With Psychotic Features -4

3.4

3.4.1

:

:

:

:

" "

. : . :

.

.

)

:

:

.(2420 1984

:

Meichenbaum, 1994,

.(32)

.

.(Mitchall & Enerly, 1995, 6)

Trauma ()

(1993 :271)

DSM IV

()

Traumatic Stresses

(American Psychiatric Association, 1994, 424)

: **3.4.2**

(ICD-10)

PTSD

:

()

)

(WHO, 1992, 147)

3.4.3

:

/)

(

955

54-15

.%7.8

.(Kessler et al, 1995)

()

%39 1007 (30-21)

%23,6

.(Breslau et al, 1991) %9,2

1972 193

" "

%19.3

%25

%17.6

.1992

" "

173

%33

(Goenjian)

() " "

122

12

42

%34,3

%2,4

%25.2)

6 3

(Ursano et al. 1999, 589)

(%18.2

al, 1999, 589)

106

%20.8

22 ,

%4.7

Schnyder et al, 2001,

%12.3

13 ,%1.9

.(594)

8

(%50)

.(Chubb & Bisson, 1996, 430)

40 30

.(Afana, 1995)

600

%34.2

%19.5

%24.7

%15.9

%23.7

.(GCMHP, 1998)

%11.7

%29.7

%18.6

.(Samor, 2001)

Risk and protective :

**3.4.4
factors**

:

-1

)

(

1987

()

.(Foy et al,1992, 28)

:

-2

)

(

-

-

:

-

.

!"

" :

-

:

.

.(159 1998)

Presence of Social Support :

-4

.(Comer, 1992, 218)

:

3.4.5

DSM-IV

-1

:

-2

-

-

-

-

-:

3

-

-

-

.()

-

-

-

-

-

-:

-4

-

-

-

-

-

-

.(71 1998)

-5

: 3.4.6

: -

DSM-IV

1984 Iacono

: %75

. -1

. -2
 . -3
 . -4
 . -5
 . -6
 : % 50
 . -1
 . -2
 . -3
 .() -4
 : % 45
 . -1
 . -2
 , -3

Selignam " " Helplessness .

Death anxiety

Death Imprint

()

Drug Abuse

) REM

(

1998)

.(140

(Breslau et al., 2000)

(Oquendo et al., 2003)

Oquendo et al.,)

.(2005

.(Nixon et al., 2004)

الفصل الرابع

الأساليب

4.1

4.2

4.3

4.4

4.5

4.6

4.7

4.8

الفصل الرابع الأساليب

4.1

4.2

(: 1997 : 73) .

:

-1

-2

-3

-4

.(- - -)

. 15 - 10

4.3

: 4.3.1

,)

(45814)

(, ,

(12623)

(12475)

:

(9500)

,(11216)

: 4.3.2

(EPI-6)

%30

%95

%35

)

332

(

:(1)

				.
76	38	38		.1
83	47	36		.2
87	47	40		.3
86	38	48		.4
332	170	162		

: 4.3.2.1

. 2007 /2006

25 – 18

: **4.3.2.2**

26

60

. 2007 /2006

4.4

. 2007 / 2006

4.5

.(1)

-

-

.(2)

-

.(3)

4.6

:

(4) : -1

:

:

.(5) : -2

(22)

() () ... ,

.(11) ,(10 - 6) (5) :

,)

. (2003) (1997) (2004 ,2001 ,1999

.(6) (1998 ,) : -3

17

:

.1,2,3,4,17 -

5,6,7,8,9,10,11

-

12,13,14,15,16

-

(4-) 5

. 136 .

:

:

:

241

,

,

.0.99

Test-retest

.(Davidson, 1987) 0.001 =

0.86

:

:

-1

3 -2

Concurrent validity :

120
 67
 ,38 +/- 62
 (62)
 .(0.0001 ,9.37 =) 13.8 +/- 15.5

(7) : -4

, 21

(4) (0)
 .(Beck, 1988) (0.82) = ,0.81 =

.(2000 ,) 0.79 =

.(2003 , ,2003 ,)

4.7

(1)

4.8

.(SPSS)

-

-

-

:

SPSS

:

-

(Chi Square X^2)

-

Independent Sample T test

-

One Way ANOVA

-

-

4.9

الفصل الخامس

النتائج

5.1

5.2

5.3

الفصل الخامس النتائج

SPSS

:

"

5.2

5.2.1

%48.8

162

%51.2

170

20.72

25 – 18

20.19

(2)

48.8	162		1
51.2	170		2
100.0	332		

83

%22.9

76

%26.2

87

%25.0

%25.9

86

(3)

22.9	76		1
25.0	83		2
26.2	87		3
25.9	86		4
100.0	332		

64

%30.7

102

%31.6

105

%19.3

%18.4

61

(4)

30.7	102		1
19.3	64		2
31.6	105		3
18.4	61		4
100.0	332		

91		%20.8	69	
	%45.8	152		%27.4
%1.8	6		%4.2	14

(5)

20.8	69		1
27.4	91		2
45.8	152		3
4.2	14		4
1.8	6		5
100.0	332		

	%9.9	33	%89.2	296
		%0.3	%0.6	

(6)

89.2	296		1
9.9	33		2
0.6	2		3
0.3	1		4
100.0	332		

%6.9

23

%61.7

205

%31.3

104

(7)

61.7	205		1
6.9	23		2
31.3	104		3
100.0	332		

161

34

,%41.3

137

,%48.5

.%10.2

(8)

48.5	161		1
41.3	137		2
10.2	34		3
100.0	332		

168

1200

- 2001

,%50.6

52

,%24.4

81

2000

3000

,%15.7

3000 - 2001

. %9.3

31

(9)

50.6	168	1200	1
24.4	81	2000 -1201	2
15.7	52	3000 -2001	3
9.3	31	3000	4
100.0	332		

:

,%6.6

22

,%3.9

13

,%15.4

51

117 "

"

,%33.7

112

%5.1

17

,%35.2

(10)

3.9	13	" "	1
6.6	22		2
15.4	51		3
33.7	112		4
35.2	117		5
5.1	17		6
100.0	332		

24

:

,%5.4 , 18

,%7.2

,%20.2

67

,%18.7 , 62

,%47.0 156

. %1.5 5

(11)

7.2	24	" "	1
5.4	18		2
20.2	67		3
47.0	156		4
18.7	62		5
1.5	5		6
100.0	332		

,%36.7

122

,%8.7 29

,%11.1 37

50 ,,%28.3 94

. %15.1

(12)

36.7	122		1
11.1	37		2

8.7	29		3
28.3	94		4
15.1	50		5
100.0	332		

284 " " :
, %10.5 35 , %0.9 3 , %85.5
. %3.0 10

(13)

85.5	284		1
0.9	3		2
10.5	35		3
3.0	10		4
100.0	332		

5.2.2

:

1- ما طبيعة العلاقة بين الخبرات الصادمة وكره ما بعد الصدمة والاكتماب لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة؟

للكشف عن العلاقة بين المتغيرات استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لإيجاد مصفوفة الارتباطات، وكانت النتائج كما في الجدول التالي كما يلي:

أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الخبرات الصادمة وكره ما بعد الصدمة، فالأفراد الذين تعرضوا لخبرات صادمة بشكل كبير هم عرضة للإصابة بكره ما بعد الصدمة والعكس صحيح (Person's correlation= 0.199, df= 330, P= 0.000).

كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة، أي أن الأفراد الأكثر عرضة للصدمة فإنهم عرضة للإصابة بالاكتئاب والعكس صحيح (Person's correlation= 0.447, df= 330, P= 0.000).

وتوجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الخبرات الصادمة والاكتئاب، فكلما زادت فرص تعرض أفراد العينة للخبرات الصادمة فإنهم بذلك يكونوا عرضة للإصابة بالاكتئاب والعكس صحيح (Person's correlation= 0.242, df= 330, P= 0.000).

(14)

الاكتئاب	الخبرات الصادمة	البيان
*** 0.447	*** 0.199	كرب ما بعد الصدمة
*** 0.242		الخبرات الصادمة

0.001 > ***

0.01 > **

0.01 > *

-2

:

%92.5

307 :

%90.7 301 ,

100

%30.1

%31.0

103

:

(332 =)

(15)

28.9	96	71.1	236		.1
38.9	129	61.1	203		.2
25.6	85	74.4	247		.3
57.8	192	42.2	140		.4
14.8	49	85.2	283		.5
7.5	25	92.5	307		.6
18.4	61	81.6	271		.7
9.3	31	90.7	301		.8
14.5	48	85.5	284		.9
10.2	34	89.8	298		.10
62.0	206	38.0	126		.11
66.6	221	33.4	111		.12
58.7	195	41.3	137		.13
68.1	226	31.9	106		.14
64.8	215	35.2	117		.15
55.4	184	44.6	148		.16
65.4	217	34.6	115		.17
68.1	226	31.9	106		.18
69.0	229	31.0	103		.19
58.4	194	41.6	138		.20
69.9	232	30.1	100		.21
66.0	219	34.0	113		.22

الجدول التالي يبين أن الخبرات الصادمة الخفيفة من 0-5 درجات، والمتوسطة من 6-10 درجات، والخبرات الصادمة الشديدة من 11 درجة فما فوق: ووفقاً لذلك فإن 5 من الطلبة الذكور لم توجد لديهم خبرات صادمة بنسبة (3.1% من مجموع الذكور)، و 21 من الطالبات الإناث بنسبة (12.4% من

مجموع الإناث). فيما وجد أن 66 من الطلبة الذكور توجد لديهم خبرات صادمة متوسطة بنسبة (40.7%)، و 83 من الطالبات الإناث بنسبة (48.8%)، ووجد أن 91 من الطلبة الذكور توجد لديهم خبرات صادمة شديدة بنسبة (52.2%)، و 66 من الطالبات الإناث بنسبة (38.8%)، وقد كانت $F = 15.583$ الفرق دالة إحصائياً بين الجنس وشدة الخبرات الصادمة باستخدام دلالة مربع كاي ($df = 2, p = 0.000$).

(16)

2 = .					
	%		%		
*** 15.583	12.4	21	3.1	5	
	48.8	83	40.7	66	
	38.8	66	52.2	91	
	100.0	170	100.0	162	

0.001 > ***

0.01 > **

0.01 > *

0.001

() (17)

330 = .	(170 =)		(162 =)		
*** 3.61	5.56	10.96	5.35	13.13	

0.001 > ***

0.01 > **

0.05 > *

() (18)

330 = .	22 (89 =)		21 (243 =)		
1.26	5.90	12.66	5.42	11.79	

0.001 > ***

0.01 > **

0.05 > *

"

"

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الخبرات الصادمة تبعاً لنوع السكن، أي أن نوع سكن أفراد العينة إن كانوا يسكنون في المعسكر أو في المدينة أو القرية فإن ذلك لا يؤثر على مستوى تعرضهم للخبرات أو الأحداث الصادمة، فجميع أفراد العينة من طلبة الجامعة يتعرضون لنفس المستويات من الخبرات الصادمة بغض النظر عن نوع سكنهم، وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(19)

()

" - - "

--	--	--	--	--	--

	65.98	2	131.96		
2.147	30.73	329	10111.84		
		331	10243.80		
0.001 >	***		0.01 >	**	0.05 >
					*

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الخبرات الصادمة تبعاً للدخل الشهري، أي أن الخبرات أو الأحداث الصادمة التي يتعرض لها أفراد العينة لا تختلف باختلاف الدخل الشهري لأسرهم، وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(20)

()

--	--	--	--	--	--

0.727	22.56	3	67.69		
	31.02	328	10176.10		
		331	10243.80		

0.001 >

0.01 >

**

0.05 >

*

-3

:

%30.0

%3.3

,()

%17.2

%2.7

(332 =)

(21)

%	%	%	%	%		
9.6	15.7	42.2	17.8	14.8	' '	1
5.4	13.3	31.0	26.5	23.8		2
15.4	23.8	30.1	15.7	15.1		3
13.6	30.4	21.4	19.9	14.8		4
16.0	20.5	28.9	20.2	14.5		5
17.2	15.7	28.0	21.4	17.8		6
2.7	3.3	13.9	12.3	67.8	()	7
9.3	14.5	26.2	22.3	27.7		8

(21)

%	%	%	%	%		
9.9	13.6	25.3	16.6	34.6	' ' ,	9
3.6	7.8	15.1	15.7	57.8	' ()	10
10.5	13.3	29.8	20.5	25.9		11

9.6	14.2	26.8	22.9	26.5		12
8.1	17.5	22.6	28.3	23.5		13
12.3	20.5	25.9	26.2	15.1		14
7.8	13.3	21.4	25.9	31.6)	15
5.7	12.3	22.6	29.2	30.1	, (16
4.8	9.0	21.1	25.9	39.2		17

يتبين من الجدول التالي أن: 124 من الطلبة الذكور لا توجد لديهم حالات كرب ما بعد الصدمة بنسبة (54.1%)، و105 من الطالبات الإناث بنسبة (45.9%). فيما توجد حالات كرب ما بعد الصدمة لدى 38 من الطلبة الذكور بنسبة (36.9%)، و65 من الطالبات الإناث بنسبة (63.1%). وكشفت النتائج $\chi^2 = 8.466$ عن وجود فروق دالة إحصائية في كرب ما بعد الصدمة تبعاً للجنس باستخدام دلالة مربع كاي ($8.466, df = 1, p = 0.004$).

(22)

1 = .					
	%		%		
** 8.466	36.9	38	54.1	124	
	63.1	65	45.9	105	
	100.0	103	100.0	229	

0.001 >

0.01 > **

0.05 > *

0.001

() (23)

330 = .	(170=)		(162 =)		
** 3.52	10.68	45.71	12.29	41.25	
0.001 > ***		0.01 > **		0.05 > *	

() (24)

330 = .	22 (89 =)		21 (243 =)		
0.14	12.39	43.69	11.45	43.48	
0.001 > ***		0.01 > **		0.05 > *	

- "

" -

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في كرب ما بعد الصدمة تبعاً لنوع السكن، أي أن نوع سكن أفراد العينة لا يؤثر على مستوى كرب ما بعد الصدمة لديهم، وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(25)

()

" - - "

	130.24	2	260.48		
0.95	136.83	329	45018.00		
		331	45278.49		

0.001 > ***

0.01 > **

0.05 > *

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه توجد فروق دالة إحصائية في الخبرات الصادمة تبعاً للدخل الشهري عند مستوى 0.05، ويتبين من متوسطات الدرجات أن الطلبة ذوي الدخل الشهري للأسرة أكثر من 3000 شيكل الأكثر إصابة بـكرب ما بعد الصدمة بمتوسط (46.19)، يليهم الذين بدخل أقل من 1200 شيكل بمتوسط (44.48)، ثم الذين تتراوح دخولهم الشهرية 1201 – 2000 شيكل بمتوسط حسابي (42.87)، وكان الطلبة ذوي الدخل 2001 - 3000 شيكل الأقل تعرضاً لكرب ما بعد الصدمة بمتوسط حسابي (39.92)، وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(26)

()

--	--	--	--	--	--

*	361.73	3	1085.21		
	134.73	328	44193.27		
		331	45278.49		
0.001 >	***		0.01 >	**	0.05 >
2.68					*

-4

يتبين من الجدول التالي أن: 133 من الطلبة الذكور لا توجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (47.5%)، و147 من الطالبات الإناث بنسبة (52.2%). فيما توجد حالات اكتئاب لدى 29 من الطلبة الذكور بنسبة (55.8%)، و23 من الطالبات الإناث بنسبة (44.2%). ويتضح أنه لا توجد فروق دالة $\chi^2 = 1.20, df = 1, p = 0.273$. (إحصائياً في الاكتئاب تبعاً للجنس باستخدام دلالة مربع كاي)

(27)

1 = .					
	%		%		
1.20	55.8	29	47.5	133	
	44.2	23	52.5	147	
	100.0	52	100.0	280	
0.001 >	***		0.01 >	**	0.01 >

() (28)

330 = .	(170=)		(162 =)		
0.98	9.10	20.90	11.09	19.80	
0.001 > ***		0.01 > **		0.05 > *	

() (29)

330 = .	22 (89 =)		21 (243 =)		
0.35	10.18	20.69	10.11	20.25	
0.001 > ***		0.01 > **		0.05 > *	

- - "

"

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب تبعاً لنوع السكن عند مستوى دلالة 0.05، أي أن نوع سكن أفراد العينة يؤثر على مستوى الاكتئاب لديهم. ويتبين من متوسطات الدرجات أن الطلبة الذين يسكنون القرية هم الأكثر إصابة بالاكتئاب بمتوسط (23.64)، يليهم الذين يسكنون المدينة بمتوسط (20.94)، والذين يسكنون المعسكرات بمتوسط حسابي (19.19)، وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(30)

" - - "

()

	316.551	2	633.102		
* 3.13	101.138	329	33274.329		
		331	33907.431		

0.001 > ***

0.01 > **

0.05 > *

يتبين من النتائج كما في الجدول التالي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الخبرات الصادمة تبعاً للدخل الشهري عند مستوى 0.05، أي أن مستوى الاكتئاب لأفراد العينة لا يختلف باختلاف الدخل الشهري. وقد استخدم الباحث اختبار تحليل التباين الأحادي.

(31)

()

2.05	208.84	3	626.54		
	101.46	328	33280.88		

		331	33907.43		
--	--	-----	----------	--	--

0.001 >

0.01 >

**

0.05 >

*

-5

يتبين من الجدول التالي أن: 207 من الطلبة الذين لا توجد لديهم حالات كرب ما بعد الصدمة لا توجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (90.4%)، و22 من الذين لا يوجد لديهم كرب ما بعد الصدمة وجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (9.6%). فيما كشفت النتائج أن 73 من حالات كرب ما بعد الصدمة لا يوجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (70.9%)، و30 من حالات كرب ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين يوجد لديهم مكتئبين بنسبة (29.1%) أي أن حوالي ثلث عينة المكروبين لديها ترافق مرادة، ومن جهة أخرى فإن الترافق شائع بشكل عام بنسبة حوالي (9%) من أفراد العينة الكلية. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب تبعاً لكرب ما بعد الصدمة باستخدام دلالة مربع كاي.
($\chi^2 = 20.492, df = 1, p = 0.000$)

(32)

1 = .					
	%		%		
*** 20.492	70.9	73	90.4	207	
	29.1	30	9.6	22	
	100.0	103	100.0	227	

0.001 >

0.01 >

**

0.01 >

*

يتبين من الجدول التالي أن: 25 من الطلبة الذين لا توجد لديهم حالات اكتئاب تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (8.9%)، و 133 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (47.5%)، ولا يوجد اكتئاب أيضاً لدى 122 من الطلبة تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة (43.6%). فيما كشفت النتائج أن 1 من حالات الاكتئاب تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (1.9%)، وأن 16 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (30.8%)، وأن 35 من حالات الاكتئاب من أفراد العينة تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة (67.3%). ويلاحظ من الجدول أنه توجد علاقة طردية بين الاكتئاب وشدة الخبرات الصادمة، أي أنه كلما زادت شدة الخبرات الصادمة لأفراد العينة من طلبة الجامعة فإن ذلك يزيد من فرص إصابتهم بالاكتئاب. وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب تبعاً لشدة الخبرة الصادمة باستخدام دلالة مربع $\chi^2 = 10.709, df = 1, p = 0.005.$

(33)

2 = .					
	%		%		
** 10.709	1.9	1	8.9	25	
	30.8	16	47.5	133	
	67.3	35	43.6	122	
	100.0	52	100.0	280	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 1 فقط من الطلبة الذين توجد لديهم حالات ترافق مرادة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (3.3%)، و 11 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (36.7%)، ويوجد ترافق لدى 18 من الطلبة الذين تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة (60.0%) من الذين لديهم ترافق مرادة. فيما كشفت النتائج أن 25 من أفراد العينة ممن بدون ترافق مرادة تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (8.3%)، وأن 138 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (45.7%)، وأن 139 منهم تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة

(46.0%). وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المراضة تبعاً لشدة الخبرة

($\chi^2 = 2.474, df = 2, p = 0.290, NS.$) باستخدام دلالة مربع كاي

(34)

2 = .	بدون ترافق				
	%		%		
2.474	8.3	25	3.3	1	
	45.7	138	36.7	11	
	46.0	139	60.0	18	
	100.0	302	100.0	30	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 13 من الطلبة الذكور هم حالات ترافق المراضة بنسبة (43.3%)، و17 من الطالبات الإناث بنسبة (56.7%). فيما لا يوجد ترافق المراضة لدى 149 من الطلبة الذكور بنسبة (49.3%)، و153 من الطالبات الإناث بنسبة (50.7%). وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المراضة تبعاً للجنس باستخدام دلالة مربع كاي

($\chi^2 = 0.394, df = 1, p = 0.530, NS.$)

(35)

1 = .	بدون ترافق		حالات ترافق المراضة		
	%		%		
0.394	49.3	149	43.3	13	
	50.7	153	56.7	17	
	100.0	302	100.0	30	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 21 من الطلبة ممن تتراوح أعمارهم 21 سنة ودون هم حالات ترافق المراضة بنسبة (70.0%)، و9 ممن تتراوح أعمارهم 22 سنة وفوق هم حالات ترافق مراضة بنسبة (30.0%). فيما لا يوجد ترافق المراضة لدى 222 من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم 21 سنة ودون بنسبة (73.5%)، و80 من الذين تتراوح أعمارهم 22 سنة وفوق بنسبة (26.5%). وكشفت النتائج $\chi^2 =$ عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المراضة تبعاً للعمر باستخدام دلالة مربع كاي ($0.171, df = 1, p = 0.679, NS.$)

(36)

1 = .	بدون ترافق		حالات ترافق المراضة		
	%		%		
0.171	73.5	222	70.0	21	21
	26.5	80	30.0	9	22
	100.0	302	100.0	30	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 19 ممن دخلهم الأسري أقل من 1200 شيكل هم حالات ترافق مراضة بنسبة (63.3%)، و149 منهم بدون ترافق مراضة بنسبة (49.3%)، ويوجد ترافق لدى 5 من الطلبة الذين دخلهم الأسري 1201-2000 شيكل بنسبة (16.7%)، و76 منهم بدون ترافق مراضة بنسبة (25.2%)، ويوجد ترافق لدى 3 من الطلبة الذين دخلهم الأسري 2001-3000 شيكل بنسبة (10.0%)، و49 منهم بدون ترافق مراضة بنسبة (16.2%)، ويوجد ترافق أيضاً لدى 3 من الطلبة شيكل بنسبة (10.0%)، و28 منهم بدون ترافق مراضة بنسبة 3000 من الذين دخلهم الأسري أكثر بنسبة (9.3%). وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المراضة تبعاً للدخل الشهري للأسرة باستخدام دلالة مربع كاي

$$\chi^2 = 2.555, df = 3, p = 0.465, NS.$$

(37)

3 = .	بدون ترافق				
	%		%		
0.465	49.3	149	63.3	19	1200
	25.2	76	16.7	5	2000 - 1201
	16.2	49	10.0	3	3000 - 2001
	9.3	28	10.0	3	3000
	100.0	302	100.0	30	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 1 فقط من أفراد العينة ممن تعليم آبائهم ابتدائي ودون هو حالة ترافق مرضية بنسبة (3.3%)، و34 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (11.3%)، ويوجد ترافق مرضية لدى 6 من الطلبة الذين تعليم آبائهم لمرحلة الإعدادية بنسبة (20.0%)، و45 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (14.9%)، ويوجد ترافق لدى 11 من الطلبة الذين أنهى آباءهم مرحلة التعليم الثانوي بنسبة (36.7%)، و101 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (33.4%)، ويوجد ترافق أيضاً لدى 12 من الطلبة ذوي الآباء الجامعيين بنسبة (40.0%)، و122 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (40.4%). وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المرضية تبعاً لتعليم الأب باستخدام دلالة مربع كاي

$$\chi^2 = 2.173, df = 3, p = 0.537, NS.$$

(38)

3 = .	بدون ترافق				
	%		%		
0.537	11.3	34	3.3	1	

	14.9	45	20.0	6	
	33.4	101	36.7	11	
	40.4	122	40.0	12	
	100.0	302	100.0	30	
	0.001 >	***	0.01 > **		0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 2 فقط من أفراد العينة ممن تعلم أمهاتهم ابتدائي ودون هما حالة ترافق مرضة بنسبة (6.7%)، و40 منهم بدون ترافق مرضة بنسبة (13.2%)، ويوجد ترافق مرضة لدى 5 من الطلبة الذين تعلمت أمهاتهم لمرحلة الإعدادية بنسبة (16.7%)، و62 منهم بدون ترافق مرضة بنسبة (20.5%)، ويوجد ترافق لدى 16 من الطلبة الذين أنهت أمهاتهم مرحلة التعليم الثانوي بنسبة (53.3%)، و140 منهم بدون ترافق مرضة بنسبة (46.4%)، ويوجد ترافق أيضاً لدى 7 من الطلبة ذوي الأمهات الجامعيات بنسبة (23.3%)، و60 منهم بدون ترافق مرضة بنسبة (19.9%). وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المرضة تبعاً لتعليم الأم باستخدام دلالة مربع كاي $\chi^2 = 1.580, df = 3, p = 0.664, NS.$

(39)

3 = .	بدون ترافق				
	%		%		
1.580	13.2	40	6.7	2	
	20.5	62	16.7	5	
	46.4	140	53.3	16	
	19.9	60	23.3	7	
	100.0	302	100.0	30	
	0.001 >	***	0.01 > **		0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 18 من أفراد العينة ممن لا يعمل آبائهم هم حالة ترافق مرضية بنسبة (60.0%)، و104 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (34.4%)، ويوجد ترافق مرضية لدى 2 من الطلبة الذين يعمل أبائهم في أعمال عادية بنسبة (6.7%)، و35 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (11.6%)، ويوجد ترافق لدى 1 من الطلبة ذوي الآباء المهنيين بنسبة (3.3%)، و28 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (9.3%)، ويوجد ترافق لدى 8 من الطلبة ذوي الآباء الموظفين بنسبة (26.7%)، و86 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (28.5%)، كما يوجد ترافق أيضاً لدى 1 فقط من الطلبة الذين يعمل أبائهم في أعمال أخرى بنسبة (3.3%)، و49 منهم بدون ترافق مرضية بنسبة (16.2%). وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المرضية تبعاً لعمل الأب ($\chi^2 = 9.591, df = 4, p = 0.048$).

(40)

4 = .	بدون ترافق				
	%		%		
* 9.591	34.4	104	60.0	18	
	11.6	35	6.7	2	
	9.3	28	3.3	1	
	28.5	86	26.7	8	
	16.2	49	3.3	1	
	100.0	302	100.0	30	

0.001 > ***

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 24 من أفراد العينة ممن أمهاتهم ربات بيت هم حالة ترافق مرضاة بنسبة (80.0%)، و260 منهم بدون ترافق مرضاة بنسبة (86.1%)، و3 وهم جميع الذين أمهاتهم يعملن في أعمال عادية بدون ترافق مرضاة بنسبة (1.0% فقط)، ويوجد ترافق لدى 4 من الطلبة ذوي الأمهات الموظفات بنسبة (13.3%)، و31 منهم بدون ترافق مرضاة بنسبة (10.3%)، كما يوجد ترافق أيضاً لدى 2 فقط من الطلبة الذين تعمل أمهاتهم في أعمال أخرى بنسبة (6.7%)، و8 منهم بدون ترافق مرضاة بنسبة (2.6%). وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المرضاة لدى أفراد العينة من طلبة الجامعة تبعاً لعمل الأم باستخدام دلالة مربع كاي ($\chi^2 = 2.123, df = 3, p = 0.547, NS.$)

(41)

3 = .	بدون ترافق				
	%		%		
2.123	86.1	260	80.0	24	
	1.0	3	0.0	-	
	10.3	31	13.3	4	
	2.6	8	6.7	2	
	100.0	302	100.0	30	

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

يتبين من الجدول التالي أن: 15 من الطلبة ممن يسكنون المعسكرات هم حالات ترافق مرضاة بنسبة (50.0%)، و10 ممن يسكنون المدينة هم حالات ترافق مرضاة بنسبة (33.3%)، و5 ممن يسكنون القرية هم حالات ترافق مرضاة بنسبة (16.7%). فيما لا يوجد ترافق المرضاة لدى 146 من الطلبة الذين يسكنون المعسكر بنسبة (48.3%)، و127 من الذين يسكنون المدينة بنسبة (42.1%)، و29 من الذين يسكنون القرية بنسبة (9.6%) ممن بدون ترافق مرضاة. وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في ترافق المرضاة تبعاً لنوع السكن باستخدام دلالة مربع كاي ($\chi^2 = 1.848, df = 2, p = 0.397, NS.$)

جدول (42) ترافق المرضاة تبعاً لنوع السكن

2 = .	بدون ترافق		حالات ترافق المراضة	
	%		%	
1.848	48.3	146	50.0	15
	42.1	127	33.3	10
	9.6	29	16.7	5
	100.0	302	100.0	30

0.001 >

0.01 > **

0.01 > *

5.3 الخلاصة

وفقاً للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة فإنه كلما زادت فرص تعرض أفراد العينة للخبرات الصادمة فإنهم بذلك يكونون عرضة للإصابة بأعراض كرب ما بعد الصدمة أو بأعراض الاكتئاب والعكس صحيح، كما أنه كلما زادت أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من طلبة الجامعة فإنهم بذلك يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب والعكس صحيح.

تبين أن حوالي نصف أفراد العينة الكلية (47.3%) تعرضوا لخبرات صادمة شديدة، وأن حوالي ثلث العينة الكلية (31%) من طلبة الجامعة من الجنسين لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة. فيما كان 15% من طلبة الجامعة من الجنسين حالات اكتئاب.

وتبين أن الذكور أكثر عرضة للخبرات الصادمة من الإناث، بينما كانت أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى الإناث أكثر من الذكور، مما يشير إلى أن خبرة الحياة والاحتكاك المباشر للذكور من طلبة الجامعة يزيد من قدرتهم على التكيف مع المواقف الضاغطة وتكون أعراض الكرب عندهم أدنى مما لدى الإناث، في حين لم يختلف مستوى الاكتئاب باختلاف الجنس.

وتبين للباحث أن الترافق المرضي بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة شائع بشكل عام بنسبة حوالي (9%) من أفراد العينة الكلية من طلبة الجامعات الفلسطينية.

بالرغم من عدم وجود فروق في ترافق المراضة والخبرات الصادمة إلا أن النتائج تشير إلى أنه كلما زادت شدة الخبرات الصادمة فإن ذلك قد يؤدي إلى زيادة ترافق المراضة بين الاكتئاب والكرب لدى أفراد العينة من طلبة الجامعة. ويستدل الباحث أن المتغيرات الديموغرافية لم تكن ذات أثر واضح وملحوظ على الترافق المرضي لدى أفراد العينة من ذوي الترافق، وبمعنى آخر فإن العينة التي كشف لديها ترافق مرضي كانت حوالي عشر (10%) من أفراد العينة الكلية.

الفصل السادس

الاستنتاجات والتضمينات

6.1

6.2

6.3

" "

6.4

6.5

6.1

6.2

نتائج السؤال الأول

كشفت نتائج هذا السؤال أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الخبرات الصادمة وكرب ما بعد الصدمة.

كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة.

وتوجد علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين الخبرات الصادمة والاكتئاب.

نتائج السؤال الثاني

كشفت نتائج هذا السؤال أن 91 من الطلبة الذكور توجد لديهم خبرات صادمة شديدة بنسبة (52.2%)، في حين كانت الخبرات الصادمة الشديدة لدى 66 من الطالبات الإناث بنسبة (38.8%)، وتبين أن الذكور أكثر عرضة للخبرات الصادمة من الإناث.

ولم تجد نتائج هذا السؤال فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للعمر، أو لنوع السكن مخيم- مدينة- قرية، أو الدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة.

نتائج السؤال الثالث

توجد حالات كرب ما بعد الصدمة لدى 38 من الذكور بنسبة (36.9%) من المكروبيين، و65 من الطالبات الإناث بنسبة (63.1%) من الذين لديهم كرب ما بعد الصدمة، وبلغ عدد طلبة الجامعة من الجنسين الذين لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة 103 طالب وطالبة بنسبة 31% من إجمالي العينة الكلية من طلبة الجامعة.

وتبين أنه توجد فروق دالة في مستوى كرب ما بعد الصدمة تعزى للجنس عند مستوى دلالة 0.001، وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة من طلبة الجامعة.

ولم تجد نتائج هذا السؤال فروقاً دالة إحصائياً في مستوى كرب ما بعد الصدمة تعزى للعمر، أو لنوع السكن مخيم-مدينة- قرية.

في حين كانت هناك فروق دالة عند 0.05 في كرب ما بعد الصدمة تبعاً للدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة، ومتوسطات الدرجات أن الطلبة ذوي الدخل الشهري للأسرة أكثر من 3000 شيكل هم الأكثر إصابة بكرب ما بعد الصدمة بمتوسط (46.19)، يليهم الذين بدخل أقل من 1200 شيكل بمتوسط (44.48)، ثم الذين تتراوح دخولهم الشهرية 1201 – 2000 شيكل بمتوسط حسابي (42.87)، وكان الطلبة ذوي الدخل 2001 - 3000 شيكل الأقل تعرضاً لكرب ما بعد الصدمة بمتوسط حسابي (39.92) على مقياس الكرب.

نتائج السؤال الرابع

كشفت النتائج أنه توجد حالات اكتئاب لدى 29 من الطلبة الذكور بنسبة (55.8%)، و23 من الطالبات الإناث بنسبة (44.2%) من عينة المكتئبين والتي بلغت 52 طالب وطالبة بنسبة 15% من إجمالي العينة الكلية. ولم تجد النتائج فروقاً دالة في مستوى الاكتئاب تعزى للجنس.

ولم تجد نتائج هذا السؤال فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب تعزى للعمر، أو للدخل الشهري لأسر أفراد العينة من طلبة الجامعة.

في حين كشفت نتائج هذا السؤال عن وجود فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب تبعاً لنوع السكن عند مستوى دلالة 0.05، فالطلبة الذين يسكنون القرية هم الأكثر إصابة بالاكتئاب بمتوسط (23.64)، يليهم الذين يسكنون المدينة بمتوسط (20.94)، والذين يسكنون المعسكرات بمتوسط حسابي (19.19) على مقياس الاكتئاب.

نتائج السؤال الخامس

كشفت النتائج أن 73 من حالات كرب ما بعد الصدمة لا يوجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (70.9%)، و30 من حالات كرب ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين يوجد لديهم مكتئبين بنسبة (29.1%) وكانت الفروق لصالح الذين لا يوجد لديهم حالات اكتئاب من عينة المكروبيين.

ويوجد ترافق لدى 18 من الطلبة الذين تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة (60.0%) من الذين لديهم ترافق مرضية، و11 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (36.7%)، 1 فقط من الطلبة الذين توجد لديهم حالات

ترافق مرضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (3.3%) من عينة الترافق المرضي بين الاكتئاب والكرب. ولم تجد الدراسة فروق دالة إحصائياً في ترافق المرضة والخبرات الصادمة. وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً في ترافق المرضة تبعاً للجنس، أو العمر، أو الدخل الشهري للأسرة أو تعليم أي من الوالدين أو عمل الأم. في حين كشفت النتائج أنه توجد فروق في ترافق المرضة وعمل الأب فقد كان 18 من الطلبة ممن لا يعمل آباؤهم بنسبة 60% لديهم ترافق مرضة بين الاكتئاب والكرب من عينة ذوي الترافق المرضي.

6.3

كشفت نتائج هذا السؤال أنه توجد علاقة موجبة بين الخبرات الصادمة وكرب ما بعد الصدمة، وبين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة، بين الخبرات الصادمة والاكتئاب.

وتشير هذه العلاقة الموجبة بين متغيرات الدراسة إلى أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في الخبرات الصادمة لديهم كرب ما بعد الصدمة مرتفع وأيضاً اكتئاب مرتفع، كما أن الأفراد من الطلبة الجامعيين الذين لديه أعراض كرب مرتفعة لديهم أيضاً أعراض اكتئاب مرتفعة في درجاتهم على مقياس الاكتئاب ويكونوا قد تعرضوا لخبرات صادمة شديدة.

أي أنه كلما زادت فرص تعرض أفراد العينة للخبرات الصادمة فإنهم بذلك يكونوا عرضة للإصابة بأعراض كرب ما بعد الصدمة أو بأعراض الاكتئاب والعكس صحيح، كما أنه كلما زادت أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة من طلبة الجامعة فإنهم بذلك يكونوا عرضة للإصابة بالاكتئاب والعكس صحيح.

:

(1995)

(Unsworth & Glodberg, 1998)

(1996)

وفي دراسة (Basoglu et al, 1994) فإن الناجون من التعذيب كان عندهم أعراض من الاكتئاب والقلق وكرب ما بعد الصدمة بصورة ملحوظة مقارنة مع المجموعة التي لم تتعرض للتعذيب.

ولذلك فإنه في ظل العلاقة التي كشفت عنها الدراسة الحالية بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة فإن ذلك قد يشير إلى خطر أن الأفراد الذين لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة يكونوا عرضة للإصابة بالاكتئاب أو بأعراض نفسية أخرى.

تبين من نتائج السؤال الثاني أن 307 من أفراد العينة بنسبة 92.5% تعرضوا للخبرة الصادمة من خلال مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون، و301 بنسبة 90.7% تعرضوا للخبرة الصادمة من خلال سماعهم للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة.

مما يشير إلى أن جميع الطلبة الجامعيين من كلا الجنسين يتعرضون بشكل جماعي إلى أحداث صادمة من خلال مشاهدة هذه الأحداث في التلفاز، أو من خلال السماع المباشر للأحداث الصادمة كسماع القصف المدفعي.

وكانت دراسة الحلو وعفانة (1994) عن المشكلات التي يواجهها الطلبة الجامعيين في ظل الانتفاضة الفلسطينية الأولى وتمثلت هذه المشكلات في: المعاملة السيئة لجنود الاحتلال، واقتحام المنازل والتلفظ بألفاظ سيئة والضرب المبرح والاعتقالات والكرهية والغضب والحقد.

ووجد أن 91 من الطلبة الذكور توجد لديهم خبرات صادمة شديدة بنسبة (52.2%)، و 66 من الطالبات الإناث بنسبة (38.8%) من ذوي الخبرات الشديدة. أي أن 47.2% من أفراد العينة الكلية تعرضوا لخبرات صادمة شديدة. وبالرغم من أن هذه النتيجة مرتفعة إلا أن تبقى تتقارب نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت له دراسة الفقي (1993) والتي بينت أن نسبة (62%) من الأطفال والمراهقين الكويتيين نتيجة الاحتلال العراقي كانوا يعانون من خبرات صادمة، ظهرت أثارها في شكل مخاوف وأحلام مفزعة، واضطرابات النوم والبكاء الشديد، والتشاؤم بشأن المستقبل، والاكتئاب والتوقع المستمر للخطر.

مما سبق يتبين أن الشعب الفلسطيني ولسنوات طويلة وبشكل متكرر يخضع لأحداث صادمة متعددة ومتكررة، مما يشير إلى استمرار سوء الوضع النفسي الذي يعيش فيه هذا الشعب، وقد يتساعل البعض أنه كيف يمكن للفرد أن يتحمل هذه الضغوط باستمرار، والإجابة تكمن في أن الإنسان بطبيعته يستخدم أساليب تكيف مع الحدث الضاغط مثل الكبت للأحداث المؤلمة ولكن مع استمرار هذه الأحداث الصادمة ينزع الفرد بعد فترة من الزمن إلى استخدام عزل التأثير نتيجة لتأقلم الطالب الجامعي مثلاً مع الحواجز الموجودة يومياً في طريقه إلى الجامعة، أو كتعوده اليومي على سماع قصف المدفعية الإسرائيلية للمناطق الحدودية بشكل روتيني، لكن تفسر هذه الحالة بأنها تبدل إحساس في حال

أصبحت الاستجابة الشائعة لدى الفرد في مظاهر حياته المختلفة، فإما أن يتم الاعتناء والرعاية النفسية الاجتماعية بالذين يتعرضون لصددمات شديدة بشكل مستمر أو أنهم سيكونوا عرضة لمخاطر الأمراض النفسية.

توجد حالات كرب ما بعد الصدمة لدى 38 من الذكور بنسبة (23.5%) من عينة الذكور، و65 من الطالبات الإناث بنسبة من (38.2%) من عينة الإناث، وبلغ عدد طلبة الجامعة من الجنسين الذين لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة 103 طالب وطالبة بنسبة 31% من إجمالي العينة الكلية من طلبة الجامعة.

وتتقارب نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الزير (2001) على المحررين الفلسطينيين من السجون الإسرائيلية والتي بينت أن 35% من أفراد العينة يعانون من الاضطراب الناتج عن الصدمة. ومع نتائج دراسة (Engdahl et al, 1998) من أن حوالي الثلث من عينة الدراسة قد تعرض خلال حياته إلى كرب ما بعد الصدمة، فيما تعرض أكثر من نصف الحالات لمضاعفات كرب ما بعد الصدمة في المرحلة الحالية. وبينت أيضاً دراسة (O'Campo et al., 2006) بينت أن حوالي 34% من النساء المدنيات المعرضات للإساءة لديهن أعراض كرب ما بعد الصدمة.

فيما كانت النتائج أعلى مما توصلت له دراسة (Bliar et al, 2004) من أن حوالي 21% اظهروا أعراض كرب ما بعد الصدمة وأغلب المستجيبين بنسبة 61% اهتموا بالأمان الشخصي، أما 74% فقد اهتموا بأمن العائلة. وهذه نسبة أقل من نتائج الدراسة الحالية التي جرت على طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة.

(Maercker et al., 2004) 17%

(1996) 13.3%

15%

(1991) 17%

(Maercker et al., 2004) 23.3%

6.5%

%17

.(Oquendo et al, 2005)

%1.3

(Basoglu et al, 1994)

(Engdahl et al 1998)

كما كشفت نتائج هذه الدراسة أنه توجد حالات اكتئاب لدى 29 من الطلبة الذكور بنسبة (55.8%)، و23 من الطالبات الإناث بنسبة (44.2%) من عينة المكتئبين. ولم تجد النتائج فروقاً دالة في مستوى الاكتئاب تعزى للجنس. فيما توصلت دراساتي الخواجة (1996)، والأنصاري (1997، 1999) إلى وجود فروق في الاكتئاب بين الجنسين من طلبة الثانوية والجامعة وكانت الفروق لصالح الإناث.

ويرى الباحث أن البناء الاجتماعي بداخل الأسرة الفلسطينية هو بناء قوي، رغم التفاوت في عدد أفراد الأسرة، وأن الصدمة النفسية تؤثر على كل أعضاء الأسرة بغض النظر عن حجمها أو جنس الأبناء. وقد تؤدي متابعة وسائل الإعلام من قبل العائلات إلى تفاوت في مستوى الصدمة النفسية، لكن هذا الأثر يتقلص عندما يصبح الحديث عن مرض نفسي يشل قدرة الفرد على الأداء كالاكتئاب، ولذلك يرجع الباحث عدم وجود فروق في الاكتئاب بين الجنسين إلى انخفاض معدل الاكتئاب لدى أفراد العينة بشكل عام.

تبين من النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة في الإجابة عن السؤال الخامس أن 73 من حالات كرب ما بعد الصدمة لا يوجد لديهم حالات اكتئاب بنسبة (70.9%)، و30 من حالات كرب ما بعد الصدمة لدى الطلبة الجامعيين يوجد لديهم اكتئاب بنسبة (29.1%) أي أن 29% من المكروبين لديهم ترافق مرضية مع الاكتئاب في حين تكون نسبة ذوي الترافق حوالي 9% فقط من عينة الدراسة الكلية من طلبة الجامعة.

ويوجد ترافق لدى 18 من الطلبة الذين تعرضوا لخبرات صادمة شديدة بنسبة (60.0%) من الذين لديهم ترافق
مرضاة، و11 منهم تعرضوا لخبرات صادمة متوسطة بنسبة (36.7%)، 1 فقط من الطلبة الذين توجد لديهم حالات
ترافق مرضية بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة تعرضوا لخبرات صادمة خفيفة بنسبة (3.3%) من عينة الترافق
المرضي بين الاكتئاب والكرب. ولم تجد الدراسة فروق دالة إحصائية في ترافق المرضية والخبرات الصادمة.

29% (Maercker et al., 2004)

(Oquendo et al., 2003)

(1989)

(Thabet &

Vostanis, 2004)

(O'Donnell, 2004)

(O'Campo et al., 2006)

19.7%

(Nixon et al., 2004)

.(Ingram et al., 1987: 734)

(Oquendo et al., 2003)

(Breslau et al., 2000)

% 50

%95 (Bleich et al., 1997)

(1992)

()

6.4

(%10)

.

:

-

-

-

(- -)

-

-

()

6.5



ملاحق الدراسة

الملاحق



(1)

ملحق (1)

موافقة لجنة هلسنكي

بسم الله الرحمن الرحيم

Palestinian National Authority
Ministry of Health
Helsinki Committee



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
لجنة هلسنكي

Date: 3/5/2005

التاريخ: 2005/5/3

Mr./ Ahmed Thabet

السيد: أحمد ثابت

I would like to inform you that the committee
has discussed your application about:

نفيدكم علماً بأن اللجنة قد ناقشت مقترح دراستكم
حول:-

Comorbidity of PTSD and Depression among
University Students in Gaza Strip.

ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة
الجامعات في قطاع غزة.

In its meeting on May 2005
and decided the Following:-

و ذلك في جلستها المنعقدة لشهر مايو 2005
و قد قررت ما يلي:-

To approve the above mention research study.

الموافقة على البحث المذكور عالياً.

Signature

توقيع



Member

عضو

البر

Member

عضو

Chairperson

S. Shams

Conditions:-

- ❖ Valid for 2 years from the date of approval to start.
- ❖ It is necessary to notify the committee in any change in the admitted study protocol.
- ❖ The committee appreciate receiving one copy of your final research when it is completed.

Gaza Etwam – Telefax 972-7-2878166

(2)



٢٠٠٦/١٠/٢٨

سعادة الأستاذ الدكتور كمالين شعت حفظه الله
رئيس الجامعة الإسلامية
المعلم عليكم ورحمة الله وبركاته...

الموضوع: مساعدة الطالب أحمد ثابت

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

" ترافق المراضة بين الأكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لطلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة "

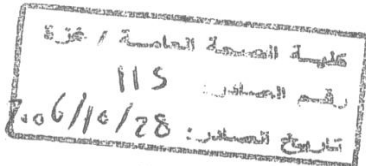
كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة مسار صحة نفسية مجتمعية علماً بأن المعلومات سوف تكون متوفرة لدى الباحث فقط. و عليه نرجو التكرم للإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل مهمة الطالب في جمع البيانات الخاصة بواسطة مقابلة الطلبة لتعبئة استبانة البحث.

موافقتكم دعماً للمسيرة الأكاديمية
و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

S. Shara
د. سوزان شعشاعة
مساعد عميد كلية الصحة العامة

لامانح
علي

نسخة: الملف



جامعة القدس



كلية الصحة العامة

School of Public Health

القدس - فلسطين.

وزارة الصحة



٢٠٠٦/١٠/٢٨

الشيخ الدكتور محمد سليم الكرنج
دكتور في الصحة العامة
رئيس جامعة القدس
القدس - فلسطين

سعادة رئيس جامعة الأقصى حفظه الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

الموضوع: مساعدة الطالب أحمد ثابت

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

"ترافق المراضة بين الأكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لطلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة"

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة مسار صحة نفسية مجتمعية علماً بأن المعلومات سوف تكون متوفرة لدى الباحث فقط. و عليه نرجو التكرم للإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل مهمة الطالب في جمع البيانات الخاصة بواسطة مقابلة الطلبة لتعبئة استبانته البحث.

موافقتكم دعماً للمسيرة الأكاديمية
و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

الدكتور محمد سليم الكرنج
رئيس جامعة القدس
القدس - فلسطين

د. سوزان شعشاعة
مساعد عميد كلية الصحة العامة

كلية الصحة العامة / غزة
رقم الصادر: 116
تاريخ التصدير: 28/10/2006

نسخة: الملف

جامعة القدس



كلية الصحة العامة

School of Public Health

القدس - فلسطين

وزارة الصحة



٢٠٠٦/١٠/٢٨

سعادة الأستاذ الدكتور جواد وادي
رئيس جامعة الأزهر
الملاء عليكم ورحمة الله وبركاته...

الموضوع: مساعدة الطالب أحمد ثابت

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

" ترافق المراضة بين الأكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لطلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة"

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة مسار صحة نفسية مجتمعية علماً بأن المعلومات سوف تكون متوفرة لدى الباحث فقط. و عليه نرجو التكرم للإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل مهمة الطالب في جمع البيانات الخاصة بواسطة مقابلة الطلبة لتعبئة استبانته البحث.

موافقتكم دعماً للمسيرة الأكاديمية

و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

د. سوزان شعشاعة
مساعد عميد كلية الصحة العامة

كلية الصحة العامة / غزة
رقم الصادر: 118
تاريخ الصادر: 2006/10/28



لاستشارة
د. سوزان شعشاعة
مساعد عميد كلية الصحة العامة

جامعة القدس



كلية الصحة العامة

School of Public Health

القدس - فلسطين

وزارة الصحة



٢٠٠٦/١٠/٢٨

السيد/مدير منطقة غزة التعليمية بجامعة القدس الفتوحة حفظه الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

الموضوع: مساعدة الطالب أحمد ثابت

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

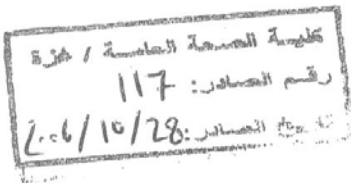
"ترافق المراضة بين الأكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لطلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة"

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة العامة مسار صحة نفسية مجتمعية علماً بأن المعلومات سوف تكون متوفرة لدى الباحث فقط. و عليه نرجو التكرم للإيعاز لمن تروونه مناسب لتسهيل مهمة الطالب في جمع البيانات الخاصة بواسطة مقابلة الطلبة لتعبئة استبانته البحث.

موافقتكم دعماً للمسيرة الأكاديمية
و تفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

د. سوزان شعشاعة

مساعد عميد كلية الصحة العامة



P. عرفات حلسي
أصل ما عرته
و لكم الشكر
٢٠٠٦/١٠/٢٨

نسخة: الملف

(3)

:

(4)

:

/ / :

□ □

----- :

_____ : _____ : _____ :

□ □ □ :

□ □ □ □ :

□

□ □ □ □ :

□ □ □ :

3000 -2001 □ 2000-1201 □ 1200 □ :
. 3001 □

□ □ □ □ □ □ :

_____ □ □ □ □ □ :

□ □ □ □ □ □ :

_____ □ □ □ □ :

(5)

() /
,
.:

			-1
			-2
			-3
			-4
			-5
			-6
			-7
			-8
			-9
			-10
			-11
			-12
			13
			-14
			-15
			-16
			-17
			-18
			-19
			-20
			-21
			-22

(6)

/

					,	-1
						-2
						-3
						-4
					,	-5
						-6
					(-7
)	-8
					,	-9
					,	-10
					(-11
)	-12
						-13
					,	-14

					, ()	-15
						-16
						-17

(7)

21

.16
() 18 ()

		0	-1
		1	
		2	
		3	
		0	-2
		1	
		2	
		3	
		0	-3
		1	
		2	
		3	
	..	0	-4

	1	
	2	
	3	
()	0	-5 ()
()	1	
()	2	
()	3	
	0	-6
	1	
	2	
	3	
	0	-7
	1	
	2	
	3	
	0	-8
	1	
	2	
	3	
	0	-9
	1	
	2	
	3	
	0	-10
	1	
	2	
	3	
	0	-11
	1	

	2	
	3	
	0	-12
	1	
	2	
	3	
	0	-13
	1	
	2	
	3	
	0	-14
	1	
	2	
	3	
	0	-15
	1	
	2	
	3	
()	0	-16
-	1	
-	2	
-	3	
-		
	0	-17
	1	
	2	

	3	
	0	-18
-	1	
-	2	
-	3	
-		
	0	-19
	1	
	2	
	3	
	0	-20
	1	
	2	
	3	
	0	-21
	1	
	2	
	3	

قائمة المراجع

المراجع

المراجع العربية



المراجع الأجنبية



	:	:	
	" (1984)	.1	
_____	.(1999) :	.2	
' _____	.(2001) :	.3	
"	.(1998) :	.4	
_____	(1991) :	.5	
_____	.(.) :	.6	
: 2 " "	.(1997) :	.7	
:	.(1997):	.8	
.1	_____		
	.(1994) :	.9	
_____)			
.68_53	(1994 6-2 _____		
_____	.(1999) :	.10	
.2	_____ .(2002) :	.11	
.1	_____ .(1998) :	.12	
	.(1999) :	.13	
_____	.156-155 2 :3 _____		
	_____ .(1995) :	.14	
	.(1994) :	.15	
.(2)	_____		
' _____	.(1412):	.16	
	:		

	.(1991) :	.17
4-2	_____	
2	_____ .(2000) :	.18
	.(1998):	.19

	.(1996) :	.20
,22	_____ ,235-	
	209-191	
	.(1996) :	.21
	3 6 _____ .	
)	.(1992):	.22
_____ :	(
	. 274-238 39	
7	_____ ,	
	.(1997) :	.23
	.(1993):	.24
	6-3 _____ :	
_____	.(1992)	.25
	.326 -297	
:	(1419) :	.26
:	_____ .	
_____	.(1992)	.27
.3	_____ .(1997):	.28
.2	_____ .(1978) :	.29
	.(2001) :	.30

	.(1998) :	.31
_____	-	
.27 -1	1 _____	
_____	_____ .(2002) :	.32
	_____ .(1989) :	.33
	_____ .(1995) :	.34
.1	_____ .(1993) :	.35
.197 - 154	1 22 _____ :	
	1 _____ .(1998) :	.36
_____	:(1992) :	.37
	_____ .(1985) :	.38
	_____ . (2001) :	.39
	_____ .(1988) :	.40
	_____ .(1998) :	.41
	_____ .(1992) :	.42
	_____ .(1998) :	.43
	_____ .(1967) :	.44
	.3 (_____ :	
	_____ .(1989) :	.45
	_____ .(1993) :	.46
.(79 -27)	_____ (22) _____	
	6 _____ .(1996):	.47
.1	_____ .(1989) :	.48
	_____ .(1996):	.49

		.(1996):	.50
:	(2)	_____	
		.(123 -80)	
	:	_____ .(1985) :	.51
	.	_____ .(1994):	.52
	.	_____ .(1993) :	.53
		:	
		.(1996) :	.54
		.351-331 6 _____ .	
	:	_____ .(2002) :	.55
		_____ .(1993) :	.56
		()	
		.(1995) :	.57
		195 _____ :	
		_____ .(1993) :	.58
:		_____ - _____ .(1991) :	.59
.1	:	_____ .(1993) :	.60
		_____ .(1967) :	.61
.1	:	" _____ " .(1981) :	.62
		_____ .(1988) :	.63
	"	_____ .(1999) :	.64
		_____ :	
		_____ .(2000) :	.65

:

66. Abu Laila .(2001) Effect of Trauma on Mental Health of Ambulance Drivers During AL- Aqsa Intifada. *Master Thesis* .Al Quds University
67. Afana, A. (1995). Mental health planning in Palestine: *Community approach GCMHP*, 2nd International Conference.
68. Allodi, F. et al. (1985) Physical and Psychiatric effects of torture:- Two medical studies .E.Stover and E.O. Nightingale.(Eds). The breaking of minds and bodies: Torture Psychiatry abuse, and the health Professions .New York:: Freeman. Co.
69. American Psychiatric Association: (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSM-IV"*, Washington DC, USA.
70. Basoglu, m. et al ((1997) . Psychological preparedness for trauma: a protective factor in survivors of torture, *Psycho-med.* No. 27 (6) 1421-33.
71. Basoglu, M., M.; Parker, M.; Ozmen, E.; Tasdemir, O. & Sahin, D.: (1994). Factors related to long – term traumatic stress responses in survivors of torture in turkey. *Journal of American Medical Association*, 272; PP: 357- 363.
72. Beck, A. T. et al . (1979). *Cognitive theory of Depression*. New York: Guilford Press.
73. Beck, A .(1972) *Cognition, Anxiety and Psychological Disorders in C D Spiederger* (Ed) Anxiety Current trends in theory an research ,New York: Academic press. pp343-354.
74. Blair, E.H.; Torabi, M.R.; Kaldahl, M.A.: (2004). Lifestyle and perceptual changes among college students since September 11. *American Journal of Health Studies*. [http: // www.looksmart.com](http://www.looksmart.com)
75. Bleich, A.; Koslowsky, M; Dolev, A. and Lerer, B.: (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*; 170: 479-482.
76. Breslau, N.; Davis G.C.; Peterson, E.L. & Schultz L.R.: (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*. Nov 1;48(9):878- 880.
77. Breslau, N.; Davis, C.G.; Andreski, P. & Peterson, E.: (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
78. Chibmall, J & Duchro, P. (1997). Post traumatic stress disorder in chronic post traumatic headache patients, *Headache*, vol 34(6) pp.357_361.

79. Chubb, H. L. & Bisson, J. I. (1996). Early psychological reactions in a group of individuals with pre-existing and enduring mental health difficulties following a major coach accident. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 430-433
80. Clay, D., Anderson, W., & Dixon, W. (1993). Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *Journal of Counseling & Development*. 72,91-94
81. Comer, R.J. (1992). *Abnormal Psychology*. New York: Freeman & Comp.
82. Costin, F. & Draguns, G.C. (1989). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley and sons.
83. Davidson, J. R. T., Book, S. W. & Colket, J. T. (1995). *Davidson Self-Rating PTSD Scale*. Available from Multi-Health Systems, Inc., 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY 14120.
84. Davison, G. & Neale, J.: (1998). *Abnormal psychology*, Sixth edition, New York: John Wiley & sons Inc.
85. Delapina, A.: (1984). PTSD in Vietnam combat delayed stress syndrome. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23,34-40.
86. Engdahl B.K.; Dikel T N, Eberly R, Blank A JR: (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former of war, *American Journal of Psychiatry*, 155(12) p1740
87. Epstein, S.: (1990). Beliefs and symptoms in maladaptive resolution of the traumata., In D' Ozer, J.M Herly & Stewart (Eds), *Perspectives on Personality*. Vol,3, London. Jessica Kingsley. Pub
88. Foy, D.W., Osato, S.S, Houskamp, B.M., & Neumann, D.A (1992) Etiology of post-traumatic stress disorder. In P.A. Saigh (Ed) posttraumatic stress disorder. A behavioral approach to assessment and treatment. Boston: Allyn & Bacon, pp.28-49
89. France, O.: (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population. *Acta universitatis Upsaliensis*. Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Social Sciences 129.
90. Franklin, CL. & Zimmerman, M.: (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *Journal Nervous and Mental Disorders*. Aug;189(8):548- 551.

91. Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M. & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 911-916.
92. Goenjian, A., Molina, L., Steinberg, A. Fairbanks, L. A. Alvarez, M. L., Goenjian, H. A. & Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 788-794.
93. Goldstein, M.J.: (1988). The family and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 39:283-229.
94. Gray, M.J.; Bolton, E.E. & Litz, B.T.: (2004). A longitudinal Analysis of PTSD symptoms course: delayed –onset PTSD in Somalia Peacekeeper. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72(5), 909-913.
95. Hennessy, B & Oei T.(1993). The relationship between severity of combat exposure and ordinary status on post-traumatic stress disorder among .Australian Vietnam War Veterans., *Behavior Change* , 3, 136-144.
96. Hodgkinson, P, & Stewart, M.(1998). Coping with catastrophe. A Hand book of post disaster psychosocial after care second edition. New York: Routledge
97. Holtzheimer, P. E.; Russo, J.; Zatzick, D.; Bundy, C. and Roy-Byrne P. P.: (2005). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *American Journal of Psychiatry*; May; 162: 970-976.
98. Ingram, R.E; Kendall , P. C; Smith T. W.; Donnel, c& Ronan.S.: (1987). Cognitive Specificity in Emotional Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol .22, pp.205-208
99. Kalman, N,A, Waugh, F.C.(1993). *Mental Health Concept*. Delmer Center. USA.
100. Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
101. Labbat , L& Snow, M.(1990). Post traumatic stress Symptoms among soldiers exposed to combat in The Persian Gulf. *Hospital & Community Psychiatry* .43 (8) p 830.
102. Maercker, A.; Michael, T.; Fehm, L.; Becker, E. S. & Margraf,, J.; (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women, *The British Journal of Psychiatry*; 184: 482-487.

103. Meiche banm.D.(1994). *A clinical hand book /practical theraprst manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (ptsp)* .waterloo ontario : Institute fress.
104. Mghir,R.; Freed, W.; Raskin, A. & Katon, W.: (1995).Depreerrion and Posttraumatic Stress Disordre among acommunity sample of adolescent and young adult afghan refugees .*Journal of Nervous and Mental Disease*, 189.24-30.
105. Mitchell.J.T.& Everly.G.S..(1995). *Critical Incident stress Debriefing (ISD). An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers* .Elliott city: chevron publishing corporation 2nd Ed.
106. Momartin, S; Silove, D; Manicavasagar, V & Steel Z.: (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*. 2004 Jun; 80(2-3):231-238.
107. Montgomery, S. (1991). *Anxiety and depression*, London: Charles, E., and Merrill, R. Publishing. 1
108. Moos, R. (1976). *Human competence and coping* :An overview in R. Moos (Ed) *Human adaptation coping with live crises* ,pp ,3-16 .New York :D C.Health and Company.
109. Nixon, R.D.; Resick, P.A. & Nishith, P.: (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, October; 15;82(2):315-220.
110. O'Donnell, M. L.; Creamer, M. & Pattison, P.; (2004). Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry*; August ;161: 1390-1396.
111. O'Campo, P.; Kub, J.; Woods, A; Garza, M.; Jones, A. S.; Gielen, A. C.; Dienemann, J & Campbell, J.: (2006). Depression, PTSD, and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 6(2):99-110.
112. Oquendo M; Brent DA; Birmaher B; Greenhill L; Kolko D; Stanley B; Zelazny J; Burke AK; Firinciogullari S; Ellis SP & Mann JJ.: (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. March;162(3):560-566.

113. Oquendo, M. A.; Friend, J. M.; Halberstam, B.; Brodsky, B. S.; Burke, A. K.; Grunebaum, M. F.; Malone, K. M.; and Mann, J.J.: (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*; March; 160: 580-582.
114. Paula P. Schnurr, Carole A. Lunney, and Anjana Sengupta. (2004). Risk Factors for the Development Versus Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 17, No. 2, , pp. 85–95.
115. Ramasay, R., Grost- Unsworth, C., and turner, S. W. (1993) . Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture: A retrospective series, *British Journal of Psychiatry*. 162, PP: 55-59.
116. Randall, Glenn ,R.and Lutz ,Ellen ,L (1991) *Serving survivors of torture*. The American Association for the Advancement of science, AAAS Publications. Washington D.C. p 39.
117. Salter, E., and Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in Child Survivors of Road Traffic Accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 335-340.
118. Samour, A. (2001). *Community mental health services*. Gaza, Palestine.
119. Sarantidis, D. et al.: (1996). Long – term effects of torture of victims during the period of dictatorship in Greece. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. Volume 6, Number 1, 1996. Copenhagen. Denmark. PP: 16-18.
120. Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R.& Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of post traumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594-599.
121. Schwartz, A. & Schwartz, R. M.: (1993). *Depression theories and treatments: Psychological, biological, and Social Perspectives*. New York: Columbia University press.
122. Seligman, M. E. P. (1980) *Helplessness: on Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman
123. Shalev , A. Y.; Sara Freedman; Tuvia Peri; Dalia Brandes; Tali Sahar; Scott P. Orr; and Roger K. Pitman: (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma, *American Journal of Psychiatry*, May; 155:630-637.
124. Silver, S.M., and Iacono, c. (1986). *Symptom group and family patterns of vietnam vetrans with PTSD*. In C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake*, vol. 2 : *Traumatic stress theory, research, and intervention*, New York: Brunner Mazael Publisher,pp.78-96.

125. Srofe,L,A.(1983) Infant Caregiver Attachment and patterns of Adaptation in Preschool :The Roots of Maladaptation and Competence. In .M Perlmutter(Ed) Minnesota Symposium on child psychology.Vol. 16,pp 41-81 Hillsdale NJ.Erlbaum.
126. Stein, M.B. & Kennedy, C.: (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*. Oct;66(2-3):133-138.
127. Stern,D.T.A.: (1985) *The Interpersonal World of the Infant*, New York:Mcgraw-Hill.
128. Tarch, M. (1985). Further look at Vietnam :*British .Journal of psychiatry* 145-pp 18-50.
129. Thabet A.A. & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refuge children in an continuing war conflict., *Journl of Child psychology and psychiatry*.
130. Unsworth, G, and Goldberg, E. (1998). Psychological Sequel Of Torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. *The British Journal of Psychiatry.*, 172 (10): 90 – 93.
131. Ursano, R.; Fullerton, C. S.; Epstein, R. S; Crowley, B.; Kao, T.; Vance, K.; Craig, K.; Dougall A. L. & Baum, A. (1999). Acute and chronic post traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156, 589-595.
132. Van der Folk (1982) :Psychopharmacological Issues in P.T.S.D., *Community Psychology* Vol 34. 683-691.
133. Weine,S,Becker, D, McGlashan, T, Lazrovic,S,Vojvoda, D.and, Hyman,L.(1995).Psychiatric consequences of "Ethnic cleansing": clinical assessment and truma testimonies of newly resettled Bosnian refugees *American Journal of Psychiatry*,152,536-542.
134. Westermeyer ,J, Vang ,T.F,& Neider, J .(1993) A comparison of refufees using and not using a psychiatric service: An analysis of DSM III Criteria and self – rating scales in cross- cultural context, *Journal of operational psychiatry*, 14,pp:36-41.
135. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and guidelines ginena: World Health organization. Pp. 147 -148.
136. Yuksel,S.: (1991).Anxiety disorders in torture survivors. *Torture Journal*, 1; Pp. 31-35

