



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

تقييم مستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعوامل الخطورة
في الضفة الغربية

محمد نعيم جميل مرعي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1440هـ / 2019م

تقييم مستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعوامل الخطورة
في الضفة الغربية

اعداد:

محمد نعيم جميل مرعي

بكالوريوس علم نفس من جامعة بيرزيت/فلسطين

المشرفة: د. سلام الخطيب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية
المجتمعية/ مسار علاج نفسي/كلية الصحة العامة في جامعة القدس

1440هـ/2019م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج الصحة النفسية والمجتمعية

إجازة الرسالة

تقييم مستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعوامل الخطورة في الضفة الغربية

اسم الطالب: محمد نعيم جميل مرعي

الرقم الجامعي: 21520388

المشرفة: د. سلام الخطيب

نوقشت هذه الرسالة واجيزت بتاريخ: 2019/5/4 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعاتهم أدناه:

التوقيع:
التوقيع:
التوقيع:

- 1- رئيس لجنة المناقشة: د. سلام الخطيب
- 2- ممتحناً داخلياً: د. نجاح الخطيب
- 3- ممتحناً خارجياً: د. عدنان سرحان

القدس - فلسطين

1440هـ/2019م

الإهداء

إلى والدي الغالي فكننت سنڏاً وءاعماً لي منك تعلمت الصبر وحب العلم.

إلى أمي الءنونة التي كانت وما زالت بحبها وتشجيعها وبعائها تنير لي الطريق.

إلى زوجتي رشا وابنتي سهام اللواتي لولا صبرهن وتحملهن وءعمهن لي

لما استعطت انجاز هذا العمل.

إلى أقربائي واءواتي واءواني.

إلى صءقائي على اءءلاف ءراجاءهم.

إلى زميلاءي وزملاءي المرشءين الءين ءءموا يد العون وساءموا ايضاً في ءمع معلوماء الرسالة.

إلى المشارءين/اء من الاءراء الناءين من الاءءار.

وأءيراً وليس آءراً أقءم شكري إلى زملاءي وأساءءائي في كلية الصءة العامة/ ءامعة الءءس، وإلى كل

من ساءم بشكل في ءعمي ومساءءائي وءءقيق هذا الحلم.

مءمء نعيم ءمبيل مرعي

إقرار:

أقر أنا معد هذه الرسالة بأنّها قدمت لجامعة القدس؛ لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأنّ هذه الدّراسة، أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:.....

الاسم: محمد نعيم جميل مرعي

التاريخ: 2019/5 /19

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي أعانني على إعداد هذا العمل العلمي المتواضع، كما أتوجه بخالص الشكر والعرفان والتقدير العظيم إلى د. سلام الخطيب التي تكرمت بإشرافها ومتابعتها الدؤوبة على هذه الرسالة، لما أعطته من وقت وجهد واهتمام فترة إعداد الرسالة، والتي بدورها أعطت للرسالة نظرة علمية عملية وتطبيقية.

كما أتوجه بخالص الشكر والثناء على أعضاء لجنة المناقشة د. نجاح الخطيب ود. عدنان سرحان وإلى الأساتذة المحكمين أ. لؤي فواضلة/ جامعة ببيزيت، وأ. فتحي فلفيل/ مدير برنامج الصحة النفسية في جمعية الهلال الأحمر، وكما أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى اساتذتي في كلية الصحة العامة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى زملائي وزميلاتي، الذين بفضلهم قدموا يد العون في جمع المعلومات من المشاركين في الدراسة ومؤسساتهم التي يعملون بها، أتقدم بالشكر للزملاء بحفظ القابهم ومسمياتهم في مركز ارشاد الطفل والعائلة، والشؤون الاجتماعية فرع بيت لحم، مركز محور بيت لحم، والشؤون الاجتماعية يطا الخليل، ومركز لحلول للصحة النفسية، ومركز الخليل للصحة النفسية، ومركز المرأة للإرشاد القانوني.

كما اشكر الزملاء/ات في مركز الطوارئ في التابع لمركز المرأة للإرشاد القانوني، وبرنامج الصحة النفسية وكالة الغوث، وبرنامج الحماية العائلة في وكالة الغوث في مدينة رام الله، والمركز النسوي في قلنديا، ومركز علاج ضحايا التعذيب في رام الله.

كما أنني أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الزملاء/ات بحفظ القابهم ومسمياتهم مركز يافا الثقافي في مخيم بلاطة/ نابلس، ومركز الارشاد الفلسطيني نابلس، ومركز الارشاد الفلسطيني قلقيلية، وجمعية نهر العوجا مخيم بلاطة، وبرنامج الصحة النفسية وكالة الغوث، نابلس، جنين، طولكرم.

كما أنني أشكر الأستاذ خليل حسن حامد على مساعدته في التدقيق اللغوي.

جدول مصطلحات الدراسة العلمية المختصرة:

رمز الاختصار	تعريف المصطلح العلمي
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.
DSM5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
WHO	World Health Organization

الملخص:

يعتبر الانتحار من الأسباب الرئيسة المؤدية للوفاة؛ حيث يشكل ما نسبته 1.4% من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم. ونظرًا لوجود تزايدًا مستمرًا للمحاولة الانتحارية للأفراد الناجين منها عالميًا، وعربيًا، وفلسطينيًا فإن هذه الدراسة هدفت الى تقييم جودة الحياة ومدى التوجه نحو محاولة إنهاء الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية العائلة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من العام 2014-2018. وهدفت ايضا الى تحديد عوامل الخطورة المؤدية للمحاولة الانتحارية، من أجل تحديد عوامل الحماية من هذه الظاهرة على مستوى الفرد الفلسطيني.

استخدم الباحث المنهج الوصفي، والطريقة القصدية في استهدافه لعينة الدراسة والبالغ عددهم (100) مبحوث من الجنسين، موزعين على (20) مركز في الضفة الغربية، واستخدم الباحث مقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية لعام (1996)، وقامت بتعريبه وتطويره أحمد (2008)، وتمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات؛ باستخدام الإحصاء الوصفي، من خلال برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وباستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والتكرارات، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد عينة الدراسة، واستجاباتهم على اختبار جودة الحياة، وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (Independent T.test)، واختبار المقارنات البعدية LSD، واختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Anova)، واستخدم أيضا لحساب ثبات الأداة اختبار كرونباخ ألفا.

ووجدت الدراسة أنّ أقل معدل لجودة الحياة للأفراد الناجين من محاولة الانتحار وفق متغيرات الدراسة الديمغرافية كان في منطقة جنوب الضفة الغربية (متوسط حسابي 2.30)، وفيما يتعلق بمكان السكن كان أقل معدل لجودة الحياة بين سكان القرى (متوسط حسابي 2.28)، وأنّ أقل جودة كان لدى الفئة العمرية من (18-24) سنة (متوسط حسابي 2.12). ووجدت الدراسة زيادة في عدد محاولات الانتحار بين الإناث مقارنة بالذكور بنسبة 1:3، واتضح أيضًا أنّ أقل جودة حياة كانت لدى الأرامل (متوسط حسابي 2.28)، وذوي المستوى التعليمي الإعدادي (متوسط حسابي 2.26) وذوي الدخل الشهري من (1100-2000 شيكل) وبتوسط حسابي (2.28).

ووجدت الدراسة مجموعة من عوامل الخطورة التي ساهمت في حدوث المحاولة الانتحارية، مثل: الأمراض المزمنة والتي شكلت نسبة (21%) من نسبة المبحوثين. وأن 54% من المشاركين يعانون من مشاكل نفسية، وتصدرت المشاكل النفسية على التوالي فكان الاكتئاب (35.2%)، والقلق (29.6%)، والضغوطات النفسية (16.6%)، والإحباط (7.4%)، والفصام (7.4%)، والوسواس القهري (1.9%)، واضطرابات الأكل (1.9%). ووجدت الدراسة أن أكثر المبحوثين من مراجعي عيادات وزارة الصحة بنسبة (23.1%)، وأن (20.5%) مراجعي في عيادات الأونروا، وأن (15.4%) مراجعي عيادة دكتور خاص، وأن (12.8%) مراجعي مركز ضحايا التعذيب، وكانوا مراجعي مركز التدريب والإرشاد للطفل والأسرة في بيت لحم نسبتهم (12.8%)، وأن (7.7%) مراجعي مركز حلول

للصحة النفسية، وأن (5.1%) مراجعي عيادة كلاليت في القدس، وأن أقل نسبة (2.6%) من مراجعي عيادة الصحة النفسية في مخيم قلنديا. ووجدت الدراسة أيضاً أنّ طريقة العلاج المستخدمة لدى المبحوثين هي العلاج بالأدوية بنسبة (35.9%)، ويليه الإرشاد الفردي بنسبة (33.3%)، ثم الإرشاد الأسرى مع عائلاتهم (17.9%) وأن (10.3%) من المبحوثين في مجموعات علاجية، وأن (2.6%) من المبحوثين في مجموعات للتفريغ النفسي، ومثلت الفترة العلاجية للمبحوثين بأعلى نسبة وهي سنة علاجية (58.9%)، وأن (15.1%) من عينة الدراسة قد استمروا بالعلاج لمدة ثلاث سنوات علاجية، وأن (10.3%) قد استمروا سنتين علاجية، وأن (5.1%) من أفراد العينة استمروا بالعلاج خمس سنوات، و أن نسبة (5.1%) من المبحوثين تلقوا العلاج 10 سنوات فأكثر، وأن أقل نسبة كانت (2.6%) تمركزت ما بين ست وثمانين سنوات علاجية. كما أظهرت الدراسة أنّ النسبة الأعلى من عينة الدراسة لم تتوجه لطلب خدمة العلاج النفسي بنسبة (61%)، وأن أقل نسبة هي التي توجهت لخدمة العلاج (39%). لإيمانهم بأنّ العلاج النفسي غير فعال لحل مشاكلهم النفسية، وتجنب وصمة المجتمع بأنهم مرضى نفسيين، وعدم معرفتهم بالأماكن التي تقدم مثل هذه الخدمات. إضافة الى تدني المستوى الاقتصادي للعائلة والذي كان سببا لعدم التقدم لطلب الخدمة، والإيمان بأن المشكلة التي لديهم مرتبطة بالسحر. إضافة الى ذلك بينت الدراسة ارتفاع مشاعر الحزن واليأس، وتكرار محاولات الانتحار، ووجود أفكار انتحارية مرتبطة بالمحاولة الانتحارية وبخطة مسبقة للانتحار، وان تعاطي الكحول والمخدرات لا يشكل دافعا في حدوث المحاولة الانتحارية لدى أفراد العينة وذلك بسبب ان (86%) من عينة الدراسة لم تتعاطى الكحول والمخدرات.

وتشير نتائج الدراسة الى انخفاض مستوى جودة الحياة بمتوسط حسابي (2.23) ومؤشراتها بمتوسطات حسابية كما يلي: مؤشر جودة الصحة العامة (2.32)، مؤشر جودة العلاقات الاسرية (2.30)، ومؤشر الصحة النفسية (2.35)، ومؤشر الرضا المهني (2.33)، لدى الافراد الذين قاموا بمحاولة الانتحار مسبقاً؛ مما يؤكد ان المحاولة الانتحارية تؤثر بشكل سلبي على جودة حياة الافراد، وبناءً على ذلك فان الدراسة توصي بضرورة قيام مقدمي الخدمات بدور فعال؛ لتقديم خدمات نفسية تركز على تغيير وتحسين جودة حياة الافراد والتي قد تساهم في تقليل أو منع حدوث المحاولة الانتحارية مرة اخرى. خلصت الدراسة الى وجود عوامل خطر متعددة؛ لحدوث المحاولة الانتحارية مثل العوامل الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والخدماتية. ولذلك فان فهم ومعرفة العاملين النفسيين وصناع القرار بهذه العوامل سيساهم في حدوث تقييم شامل وأكثر فعالية لمخاطر الانتحار واعداد وتقديم برامج وقائية وعلاجية موجهة لتفادي حدوث المحاولات الانتحارية.

Assessment of the quality of life among suicide survivors and the risk factors in the West Bank.

Prepared by: Mohammad Jameel Naim Miri

Supervisor: Dr. Salam AL-Khatib

Abstract

Suicide is the leading cause of death, accounting for 1.4% of all deaths worldwide. Because of the continuing increase in suicide attempts of survivors throughout the world, the Arab world, and Palestine, this study aimed to assess the quality of life and the extent of the trend of trying to end one's life among suicide survivors among people in the West Bank who were registered in the Palestinian Family Protection program from 2014-2018. It also aimed to identify the risk factors leading to the suicide attempt in order to highlight the protective factors against this phenomenon among the Palestinians.

The researcher used the descriptive approach. Purposive sampling was used in targeting the sample of (100) respondents of both sexes distributed in (20) centers in the West Bank. The researcher used the Quality of Life Index prepared by the World Health Organization in the year (1996) and Arabized and developed by Ahmed (2008). The statistical analysis of the data was carried out using the descriptive statistics through the SPSS program, and by extracting the numbers, percentages, frequencies, computational averages, standard deviations of the study sample, and their responses to the quality of life test. The following analytical statistical tests were used: T-test (independent T-test), LSD test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), which was also used to calculate the stability of the Cronbach alpha test.

The study found that the lowest quality of life for individuals who survived suicide according to demographic variables was in the southern West Bank (Mean 2.30). In terms of the place of residence, the lowest quality of life was among the villagers (mean 2.28), and the lowest quality was between the ages of (18-24) years (Mean 2.12) . Suicide among females compared to males by 3:1. it was also found that the lowest quality of life was among the widows (Mean 2.28), and those with a preparatory level of education (Mean 2.26) and low monthly income between 110-2000 NIS (Mean 2.28).

The study found a number of risk factors that contributed to the suicide attempt, such as chronic diseases, accounted for (21%) of the study participants. Fifty-four percent of the participants suffered from psychological problems. Psychological problems were respectively (35.2%) for depression, (29.9%) for anxiety, (16.6%) for psychological stress, (7.4%) for frustration, (7.4%) for schizophrenia, (1.9%) had obsessive compulsive disorder and eating disorders. It was found that the largest number of participants in the current study were registered at the Ministry of Health's clinics, accounting for (23.1%), (20.1%) were registered at UNRWA clinics, (15.4%) were visitors of a private doctor's clinic, (12.8%) of the sample population were visitors of the Center for Victims of Torture and the Center for Training and Guidance for Children and Families in Bethlehem, (7.7%) of the participants were treated at Halhul Center for Mental Health, (5.1%) were registered at Klalit Clinic in Jerusalem, and the lowest proportion of the sample, (2.6%) were registered at the Mental Health Clinic in Qalandia Refugee Camp. The study also found that the treatment methods used by the participants were varied; the most was psychotropic medication, used by (35.9%) of the participants, followed by individual counseling, which accounted for (33.3%) of the participants, then family counseling, chosen by (17.9%) of the participants, followed by (10.3%) who took part in therapeutic groups, and finally the lowest rate, (2.6%), took part in ventilation groups. The treatment period for the study participants that was the highest was one year, which was chosen by (58.9%) of the participants, followed by (15.1%) who continued treatment for three years, then (10.3%) who continued treatment for two years, followed by (5.1%) of the participants who continued treatment for five years, and (5.1%) of the participants who continued treatment for ten or more years. The smallest number of participants, (2.6%), continued treatment for six to eight years. The study also showed that the majority of participants, (61%), did not receive psychiatric treatments and services, and the smallest proportion, (39%), attended treatment services. This is possibly because they believed that the psychological treatment was ineffective for solving their psychological problems; to avoid social stigma of mental illness; lack of information about places that provided such services and low socio-economic status which was considered the main reason for not seeking treatment. In addition to their belief that their problems were caused by magic. Furthermore, the study revealed high level of feelings of sadness and despair among the participants, repeating suicidal attempts for more than once, the link between the presence of suicide ideation and suicide plan with the suicide attempts. It also found that alcohol use and drug addiction were not risk factors for the attempts as the study found that (86%) of the participants did not use alcohol and addictive drugs.

The results of the study found that the level of quality of life was low (Mean 2.23) and its indicators with mean averages as follows: General Health Quality Index (Mean 2.32), Family Relations Quality Index (Mean 2.30), Mental Health Index (Mean 2.35), Professional Satisfaction Index (Mean 2.33) among individuals who have attempted suicide in the past, which confirms that suicide attempt negatively affects the quality of life of individuals. Accordingly, the study recommends the need for providers to play an

effective role to deliver psychological services focused on change and improvement in quality of services. These steps may contribute to reducing or preventing a suicide attempt from occurring again. The study concluded that there are multiple risk factors for a suicide attempt, such as personal, social, economic, and service factors. The understanding and knowledge of psychologists and decision-makers in these factors will contribute to a comprehensive and more effective assessment of the risks of suicide as well as the development and delivery of prevention and treatment programs to prevent suicide attempts.

الفصل الأول:

خلفية الدراسة وأهميتها

- 1.1 المقدمة
- 2.1 مشكلة الدراسة
- 3.1 أهمية الدراسة
- 4.1 أهداف الدراسة
- 5.1 أسئلة الدراسة
- 6.1 حدود الدراسة
- 7.1 محددات الدراسة
- 8.1 مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة

1.1 المقدمة:

يعتبر الانتحار من الأسباب الرئيسية المؤدية للوفاة؛ حيث يشكل ما نسبته 1.4% من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم (منظمة الصحة العالمية، 2016)؛ الذي يمثل ثاني سبب رئيسي للوفيات بين الفئة العمرية 15-29 عاماً؛ وكما يشير تقرير منظمة الصحة العالمية (2018) أن 800 ألف يقدمون على الانتحار سنوياً في كل بلدان العالم، بمعنى أنه ينتحر كل يوم حوالي 2000 فرد، وأن كل حالة انتحار تقابلها 20 محاولة انتحار، أي أن هناك ما يقارب 16 مليون - 20 مليون محاولة انتحار في كل بلدان العالم (منظمة الصحة العالمية، 2018).

ويعتبر الانتحار من أهم الأضرار التي يسببها الاكتئاب؛ حيث بلغت نسبة الأشخاص المكتئبين بناءً على تقرير منظمة الصحة العالمية والذين يقدمون على الانتحار حوالي 80% من حالات الانتحار (WHO, 2014).

وتبين أيضاً من خلال دراسة جردات عام (2015)، أن الشباب الذين فكروا بالانتحار في المجتمع الفلسطيني بلغت نسبتهم 13.9%، بينما بلغت نسبة الأشخاص الذين لديهم خطة واحدة على الأقل للانتحار 10.6%، والتحدث مع أحد الأشخاص حول محاولة الانتحار جاءت بنسبة 7.8%، ونسبة لا تقل عن 10.2% لديهم خطة جدية للتفكير بالانتحار في المستقبل، وأكدت الدراسة علاقة التفكير بالانتحار بالعديد من الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب اللذان يعتبران من عوامل الخطر المنبأ بتشكيل التفكير الانتحاري، وتبين أن نسبة لا تقل عن 49% من افراد الدراسة لديهم قلق ونسبة 44.6% يعانون من الاكتئاب (جرdat، 2015). وبلغت محاولات الانتحار في المجتمع الفلسطيني وفق سجلات إحصائية

الشرطة الفلسطينية عام 2016 (317) حالة، وفي عام 2017 (506) حالة، على الرغم من عدم تسجيل كل الحالات لدى أرشيف سجلات الشرطة الفلسطينية، فإن هذا العدد مرتفع نسبياً، وقد يخلق حالة من القلق داخل المجتمع الفلسطيني ولدى العاملين النفسيين على حد سواء (ارزيقات، 2018). وعلى الرغم من زيادة محاولات الانتحار في السنوات السابقة التي تتناول جودة الحياة، والتي تعتبر من الاحتياجات الهامة لاستقرار الفرد النفسي والاجتماعي.

وقد أكدت دراسة (Shahbesandy, et al., 2012) ودراسة (Cofer, et al., 1984) على اختلاف نسبة جودة الحياة بين الأفراد الناجين من الانتحار، وذلك لاختلاف الخبرات والمواقف الحياتية لديهم، والتي بدورها تشكل نسبة قلق عالية قد تؤدي إلى تدني جودة حياة البعض، حيث وجد كاظم؛ وآخرون (2006) أن العوامل المذكورة سابقاً تؤدي إلى تدني مؤشرات جودة الحياة، كجودة حياته النفسية، والاجتماعية والأسرية، والصحية، وتدني الشعور بالإنجاز، وتكون هذه المؤشرات ذات صبغة غير متوازنة وتشكل عبء في حياته، تحول دون قدرته على مزاولة حياته بصورة عادية، وتمنعه من استئناف الدور الذي اعتاد القيام به سابقاً مما يؤدي لكسر روتين الحياة اليومي، ويؤكد جين وآخرون (Jin, et al., 2015) على ذلك حيث اعتبر أن الأفراد الناجين من الانتحار لهم ارتباطات ضعيفة بعائلاتهم والمجتمع من حولهم، كما وجدت دراسة روينجورن وآخرون (Ruengorn, et al., 2012)؛ ودراسة اكسينج وآخرون (Xing, et al., 2010)؛ ودراسة ريزايان (Rezaeian, 2010) ان العائلة التي لا تهتم بجودة حياة أفرادها، الذي تتصف بكون نظامها الأسري ضعيفا ومضطربا، من حيث أساليب التواصل بين الوالدين وأبنائهم تكون جودة حياة أبنائهم ضعيفة، إضافة إلى اتسام العائلات ذات جودة الحياة المتدني بنقص الدعم الاجتماعي من الأقارب أو الجيران، أو مؤسسات المجتمع المحلي، مما يخلق تدرج واضح في كافة مؤشرات جودة الحياة العامة للأفراد والتي تتمثل: بالجوانب الصحية، والاجتماعية، والأكاديمية، والنفسية، والمهنية، والعاطفية، لذا ينتج عنه مجموعة من المشاكل والعقبات لدى الفرد، لتتكون لديه مشاعر الغضب، والحزن، وعدم الاستمتاع بالأشياء، ويصبح غير قادر على التواصل الاجتماعي مع الأهل أو الأصدقاء، ولا يمتلك الطاقة الكافية على بذل الجهد لإتمام المهمات المطلوبة منه في عمله، فيعبر الفرد عن ذاته محاولاً إنهاء حياته، لتخفيف التوتر والصراع حين تتعارض الطموحات مع القدرات، ومع تكرار الأفكار السلبية لديه قد يفكر أو يقوم بمحاولة الانتحار شهابساندي وآخرون (Shahbesandy, et al., 2012).

وتعتبر جودة الحياة ومؤشراتها دلالة واضحة على سلوك الأفراد، من حيث صحتهم العامة، وعلاقاتهم الاجتماعية والأسرية، وصحتهم النفسية، ورضاهم المهني، وأن جودة الحياة تعكس جانباً مهماً في حياة الفرد (احمد، 2008؛ Fallowfield, 1990).

لذا سعى الباحث في هذه الدراسة لتقييم جودة حياة الأفراد الناجين من محاولة الانتحار - وذلك من خلال تقييم مؤشرات جودة الحياة لديهم، وفحص عوامل الخطورة ضمن السياق المجتمعي الفلسطيني.

2.1 مشكلة الدراسة:

سنويًا يموت ما يقارب 800,000 فرد في العالم من جراء الانتحار، الذي يمثل ثاني سبب رئيسٍ للوفيات بين الفئة العمرية 15-29 عاما (منظمة الصحة العالمية، 2018).

أما في المجتمع العربي فقد اشار تقرير الوقاية من الانتحار (2016) أن معدل الانتحار في الدول العربية؛ بلغ 4 / 100 ألف للفرد، ويحتل السودان المرتبة الأولى عربيا بـ 17/100 ألف للفرد، تليها المغرب، وقطر، والإمارات، واليمن، وموريتانيا، ثم تونس بمعدل 2.9 حالة، فيما تحتل كل من السعودية وسوريا وعمان والأردن والجزائر وليبيا ومصر ولبنان اقل معدل لحالات الانتحار (منظمة الصحة العالمية، 2016).

وفي الأردن بلغ عدد حالات الانتحار المسجلة 104 حالة، خلال الأشهر التسعة الأولى من عام 2017، مقارنة بـ 120 حالة مسجلة في عام 2016. وأكدت إدارة المعلومات الجنائية- التابعة لإدارة الأمن العام - أن هناك 388 حالة من حالات محاولة الانتحار في عام 2017 مقارنة بـ 486 حالة عام 2016 (Middle East Monitor, 2017).

وتشير إحصائيات الشرطة الفلسطينية لعام (2016) أن عدد المحاولات الانتحارية وصلت في مدن الضفة الغربية (317) حالة، بينما بلغت المحاولات الانتحارية لعام (2017) والتي نجت من الانتحار (506) وذلك وفق سجلات الشرطة الفلسطينية (ارزيقات، 2018)

لذلك يعد هذا السلوك ظاهرة عالمية واسعة الانتشار، ولا يكاد مجتمع يخلو من هذه الظاهرة؛ نتيجة الإحباطات التي يقابلها الأفراد كما بينت عدة إحصائيات عالمية لمدى خطورة المشكلة؛ إذ إن تقرير منظمة

الصحة العالمية للعام (WHO, 2014) يبين أن الانتحار لا يحدث في المجتمعات ذات الدخل المرتفع فحسب، بل هو ظاهرة عالمية تشهدها جميع دول العالم.

لذا فإن مشكلة الدراسة تتمثل بتزايد مستمر للمحاولة الانتحارية للأفراد الناجين منها عالمياً، وعربياً، وفلسطينياً، وعدم وجود دراسات عربية وفلسطينية سابقة فحصت موضوع الدراسة الحالي ضمن السياق المجتمعي الفلسطيني وذلك بتقييم جودة الحياة عند الأفراد الناجين من الانتحار وعوامل الخطورة المؤدية لذلك.

وعليه، تركز الدراسة على مشكلتها في ضوء السؤال التالي:

ما مستوى جودة الحياة ومؤشراته لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018؟

3.1 أهمية الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الهامة، لا سيما أنها تلقي الضوء على تقييم جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية العائلة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية، وعلى هذا الأساس فإن أهمية ومبررات إعداد الدراسة تقوم على ثلاث نقاط:

- الرغبة في الدراسة جراء ملاحظة الباحث في العمل الإرشادي في أن الأفراد الناجين من الانتحار يعانون من تردي جودة الحياة لديهم.
- إن الدراسات في هذا المجال تعد قليلة في فلسطين، وستكون هذه الدراسة مرجعاً يمكن الاستفادة منه والاستناد عليه في دراسات لاحقة.
- من خلال نتائج هذه الدراسة يمكن الاستفادة لتسليط الضوء على العوامل التي تزيد من محاولات الانتحار أو تكرار هذه المحاولات، وفي ضوءه يمكن تشخيص هذه المشكلة ومحاولة إيجاد التدخلات العلاجية المناسبة، للتقليل من محاولات الانتحار.

4.1 أهداف الدراسة:

الهدف العام:

تهدف الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الحياة ومؤشراته لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018.

الأهداف الخاصة:

1. تقييم مستوى جودة الحياة ومؤشراته (الصحة العامة، العلاقات الاجتماعية والاسرية، الصحة النفسية، الرضا المهني) لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018.

2. فحص العلاقة بين المتغيرات الديمغرافية للأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 وهي: (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، مكان السكن) وجودة الحياة ومؤشراتها.

3. فحص العلاقة بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 وهي: (المرض المزمن، المشاكل نفسية، التوجه أو عدم التوجه لطلب خدمة العلاج النفسي، مشاعر الحزن واليأس، الأفكار الانتحارية، عدد المحاولات الانتحارية، تعاطي المخدرات والكحول) وجودة الحياة ومؤشراتها.

5.1 أسئلة الدراسة:

1. ما مستوى جودة الحياة ومؤشراته (الصحة العامة، العلاقات الاجتماعية والاسرية، الصحة النفسية، الرضا المهني) لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، مكان السكن) للأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 ومستوى مؤشرات جودة الحياة؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 وهي: (المرض المزمن، المشاكل نفسية، التوجه أو عدم التوجه لطلب خدمة العلاج النفسي، مشاعر الحزن واليأس، الأفكار الانتحارية، عدد المحاولات الانتحارية، تعاطي المخدرات والكحول) ومستوى مؤشرات جودة الحياة؟

6.1 حدود الدراسة:

حدود زمانية: وهي حدود الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة وهي (2017-2018).

حدود بشرية: وتشمل الأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية ضمن الفترة الزمنية من عام 2014-2018 والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية

حدود مكانية: الضفة الغربية بما تشملها:

مراكز الارشاد النفسي ومؤسساته في مختلف مناطق الضفة الغربية، وتشمل هذه المراكز الافراد الناجين من الانتحار الذين قد حاولوا الانتحار وتم انقاذهم ومن ثم توجهوا لطلب خدمات ارشادية وعلاجية وتشمل هذه المؤسسات التالي:

1. عيادات الصحة النفسية الحكومية: (حلحول، الخليل).
2. عيادات وكالة الغوث الدولية للصحة النفسية: (رام الله، نابلس، طولكرم، جنين)
3. مراكز ارشاد غير حكومية: (مركز المرأة للإرشاد القانوني، مراكز الارشاد الفلسطيني، ومركز علاج ضحايا التعذيب، مركز الإرشاد والتدريب للطفل والأسرة، مركز يافا، نهر العوجا) الشؤون الاجتماعية بيت لحم، مركز محور بيت لحم، الشؤون الاجتماعية يطا الخليل، مركز حلحول للصحة النفسية الخليل، مركز الخليل للصحة النفسية محافظة الخليل، مركز المرأة للإرشاد القانوني الخليل.
4. مراكز علاج نفسي خاص: (رام الله، القدس).
5. مكاتب الشؤون الاجتماعية والمراكز التابعة لها: (مركز محور، مركز يطا، مركز بيت لحم).

7.1 محددات الدراسة:

1. شملت الدراسة فقط مناطق الوسط والشمال والجنوب من الضفة الغربية، وبالتالي فإن تعميم نتائج هذه الدراسة على مدن فلسطينية أخرى كان محدوداً، مثل: مناطق الداخل، وقطاع غزة.
2. اعتمدت عملية جمع البيانات على استبيان جودة الحياة للناجين من الانتحار، وبالتالي تردد بعض المشاركين في التعبير عن خبرتهم نحو المحاولة الانتحارية.
3. موضوع الدراسة موضوع حساس ويعتبر ذو أهمية اجتماعية؛ وكما انه بعنوانه الكامل يعتبر من المواضيع الجديدة والتي لم يتم التطرق إليها بصورة كافية، خاصة الدراسات التي طبقت على المجتمع العربي على حد علم الباحث، مما تسبب بصعوبة في الحصول على المعلومة سواء كانت من المراجع أو من باب طرح الموضوع كمادة للدراسة.
4. أجريت الدراسة في الفترة (2017-2018) لصعوبة الحصول على معلومات قبل هذه المدة، وذلك بسبب المشاكل في عملية التوثيق في المؤسسات العلاجية والايوائية، وعدم وضوح ملفات أفراد العينة لديهم للتواصل معهم، علماً بأن عينة الدراسة تشمل الأفراد الناجين من الانتحار خلال فترة 2014-2018.

8.1 مصطلحات الدراسة:

تقوم الدراسة على عدة مفاهيم ومصطلحات وهي: الانتحار، المحاولة الانتحارية، جودة الحياة، عوامل الخطورة، الضفة الغربية.

الانتحار: كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الفرد وبنفسه، وهو يعرف في داخله أن هذا السلوك يؤدي إلى نتيجة الموت الحتمية (سمعان، 1964).

المحاولة الانتحارية: هي محاولة من قبل الشخص لقتل نفسه سواء بهدف الموت فعليا او بهدف لفت الانتباه او طلب المساعدة، حيث يلجأ إليها الأشخاص الذين يبحثون عن المساعدة، ويعبرون بذلك ببناء لجلب اهتمام الآخر، ولديهم حاجات ورغبات غير ملباه، مثل: ضعف المهارات الحياتية؛ وتتمثل ببناء الثقة، واتخاذ القرارات، واستخدام أسلوب حل المشكلات، مما يجعل من الصعب على الشخص التواصل او التفاعل مع المجتمع المحيط فيه، كالأصدقاء، العائلة، وعدم مقدرته أيضا على تطوره المهني والوظيفي أو عدم ميوله له، واتخاذ القرارات المناسبة، ومعاناته الجسدية والتي تتمثل بالأمراض والآلام الجسمانية، فيلجأ الفرد إلى المحاولة الانتحارية بقصد إنهاء الحياة، ولكن يفشل في ذلك ويبقى على قيد الحياة؛ وهي لا تمثل الموت الفعلي (WHO,2014).

جودة الحياة: هي عملية التكامل والترابط بين جوانب الفرد المختلفة "الفسولوجية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية، والرضا المهني"، وذلك من خلال مستوى استقلالية سلوك الفرد، وعليه يدرك الفرد أهميته في الحياة، فهي تشمل الكثير من المكونات التي ترتبط مع أهداف وتطلعات الفرد (WHO,1998).

عوامل الخطورة: هي عبارة عن مجموعة من العوامل التي تتحدد لمحاولة الانتحار، والتي يمكن ملاحظتها على سلوك الافراد، والتي تتمثل من خلال: اصابة الفرد بالاضطرابات النفسية، والامراض المزمنة، وتعاطي الفرد الكحول والمخدرات، وجود تاريخ مرضي للفرد، وجود أفكار انتحارية، وخطط انتحارية، وأن يكونوا ضمن الفئة العمرية الأكثر خطورة لمحاولة الانتحار: أكبر من (18 وأقل من 45)، ويجب الاخذ بعين الاعتبار عامل الجنس: الذكور أعلى من الإناث في حالة الانتحار الفعلي، والإناث أعلى من الذكور في حالة المحاولة الانتحارية. (American Foundation for Suicide Prevention, 2019).

الضفة الغربية: هي منطقة جيوسياسية تقع في فلسطين، سُمِّيت بالضفة الغربية لوقوعها غرب نهر الأردن، تشكل مساحة الضفة الغربية ما يقارب 21% من مساحة (أي حوالي 5,860 كم²)، تشمل هذه المنطقة، أماكن سكنية كالمدين؛ والقرى؛ والمخيمات، متمثلة بجنوب الضفة الغربية؛ ووسط الضفة الغربية؛ وشمال الضفة الغربية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2017).

الفصل الثاني

مراجعة الأدبيات النظرية والدراسات السابقة:

1.2 مقدمة

2.2 الفرق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية وتحديد عوامل الخطورة للانتحار

3.2 نسب انتشار الانتحار عالميًا ومحليًا

4.2 العوامل المسببة للمحاولة الانتحارية

5.2 النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري

6.2 جودة الحياة

7.2 مؤشرات جودة الحياة

8.2 مراجعة الدراسات السابقة

1.8.2 مراجعة الدراسات العربية

2.8.2 مراجعة الدراسات الأجنبية

9.2 تعقيب على الدراسات السابقة

10.2 إطار المفاهيم

1.10.2 تعريف متغيرات الدراسة التابعة "مؤشرات جودة الحياة"

2.10.2 التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة المستقلة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 مقدمة:

تشير ناصر (2007) بأن الإطار النظري يمثل البناء أو الهيكل للفكرة أو الظاهرة المراد بحثها، فهو يشرح أو يحدد التداخلات والعلاقات ذات الصلة بالفكرة أو الظاهرة، وأن الإطار النظري للدراسة يساعد الباحث على وضع الأهداف والفرضيات المناسبة، فمن خلاله يحدد طبيعة الأسئلة البحثية، ويحدد الطريقة التي تصاغ بها الأسئلة البحثية، ويحدد الطريقة التي تعرف بها المفاهيم والعمليات في الدراسة، ويقود إلى عمليات التحليل وكتابة النتائج (ناصر، 2007).

وعليه سيتطرق الباحث في هذا الفصل لإحصائيات حول نسبة الانتحار والمحاولة الانتحارية، عالمياً وعربياً ومحلياً، والأدبيات النظرية التي وضحت مفاهيم جودة الحياة؛ وفسرت سلوك المحاولة الانتحارية عند الأفراد، وذلك من خلال التطرق لكل من: النظرية العقلية والبيولوجية، والنظرية الاجتماعية، والنظرية النفسية، والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية. وربطها بمؤشرات جودة الحياة، والتي تتضمن: مؤشر جودة الصحة العامة، ومؤشر جودة الحياة الاجتماعية والأسرية، ومؤشر جودة الصحة النفسية للفرد، ومؤشر جودة التوافق المهني للفرد، ومن خلاله تبيان الدوافع وعوامل المحاولة الانتحارية، وتفسير الفرق بين الجنسين من حيث نسبة المحاولة الانتحارية، وربطها بالدراسات الإجرائية السابقة، العربية والأجنبية التي حاولت التطرق لبعض المتغيرات المتعلقة بالانتحار.

2.2 الفرق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية وتحديد عوامل الخطورة للانتحار:

يعتبر عودة (2011) الانتحار سلوك يهدف لإنهاء حياة الفرد، ووضع نهاية لمعاناته الجسمية أو النفسية، وفيها يستخدم وسائل أكثر حدة ليقوم بالانتحار الفعلي، كاستخدام أدوات حاسمة كالسلاح الناري ولكن المحاولة الانتحارية تكون لدى الأفراد الناجين من الانتحار، وهي تعبير عن فشل تحقيق الانتحار، والتي من خلاله يتم انقاذهم، وإجراء التدخل الطبي اللازم لمعالجتهم من الآثار الجسدية التي تركتها المحاولة الانتحارية؛ مثل: محاولة الانتحار الفرد من خلال شرب السموم، أو محاولة الانتحار من خلال عملية الشنق بالحبل (American Foundation for Suicide Prevention, 2019).

تحديد عوامل الخطورة للانتحار:

من أجل تحديد عوامل الخطورة لمحاولة الانتحار يجب الأخذ بعين الاعتبار ثلاثة مستويات رئيسية، كما حددتها الجمعية الأمريكية للوقاية من الانتحار (American Foundation for Suicide Prevention,) (2019):

1. على مستوى الأفكار من خلال تعبير الفرد عن ذاته:

- قوله: "لو أنني لم أولد لكان أفضل، أو قول الموت فيه الراحة".
- لديه خطة انتحار معدة مسبقاً.
- لديه أفكار غير عقلانية.
- أنا أشعر باليأس.
- لا يوجد سبب للعيش.
- أنا عبء على الآخرين.
- أشعر بأنني محاصر.
- أنا أعيش ألماً لا يطاق

2. على مستوى السلوك الذي ينذر بالخطر، خاصة إذا كان مرتبطاً بحدث مؤلم أو خسارة أو تغيير:

- زيادة استخدام الكحول أو المخدرات.
- البحث عن طريقة لإنهاء الحياة، مثل: البحث عبر الإنترنت عن الأساليب والوسائل للانتحار.

- الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية.
- قلة تواصل الفرد مع العائلة والأصدقاء.
- لا يوجد لدى الفرد دعم اجتماعي.
- لا يوجد شريك حياة أو زوج.
- النوم أكثر أو أقل من اللازم.
- زيارة أو دعوة الناس ليقولوا وداعا.
- التخلي عن الممتلكات الثمينة.
- ممارسة الفرد سلوكيات عدوانية تجاه نفسه.
- يوجد لديه أمراض جسدية

3. على مستوى الحالة المزاجية للفرد عادةً ما يُعرض الأشخاص الذين يفكرون في الانتحار واحدًا أو أكثر من الحالات المزاجية التالية:

- المزاج الاكتئابي للفرد.
- القلق المستمر.
- فقدان الاهتمام بالأشياء التي تحيطه.
- التوتر والقلق.
- الشعور بالإذلال أو العار.
- الشعور بالغضب.

3.2 نسب انتشار الانتحار عالميًا ومحليًا:

تشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، أن حوالي مليون شخص يموتون سنويًا منتحرين، كما وتتوقع منظمة الصحة العالمية أن يزيد هذا الرقم إلى المليون ونصف في 2020، وتسجل بالمتوسط ما يقارب الثلاثة آلاف حالة انتحار يوميًا، كما أن هناك في مقابل كل حالة انتحار، عشرون محاولة انتحار أو أكثر عالميًا (WHO, 2014).

معدل انتشار القيام بمحاولة انتحار عالمياً ما بين الذكور 1 %، أما الإناث فنسبة انتشاره 3% من الأفراد، ومقابل كل فرد قام بالانتحار فعلياً يوجد 20 فرداً قاموا بمحاولات للانتحار (WHO, 2014).

وبالنظر إلى المجتمع السوري فإن الإحصائيات تشير إلى وجود 31 حالة انتحار إبان شهر كانون ثاني حتى شهر نيسان من عام 2008 (WHO, 2014)، وفي مصر والتي تعتبر أيضاً من أكثر الدول العربية التي تنتشر فيها حالات الانتحار، فتشير الأرقام في هذه الدولة إلى أن محاولات الانتحار بلغت في العام (2009) 104 الف حالة، بمعدل نحو 14 محاولة يومياً (WHO, 2014).

أما فلسطينياً فقد أشارت دراسة عبد الله وآخرون عام (2003) حول الانتحار في مدينة القدس، والتي هدفت بالتعرف على أسباب المحاولة الانتحارية من خلال النزلاء المرضى المدخلين في مستشفى المقاصد، حيث وجدت الدراسة أن 78.9% من الذين لديهم محاولة انتحار لا يعملون، في حين 21.1% منهم كانوا يعملون بمهن، وتبين أن لدى أفراد العينة أفكار انتحارية، وأن نوعية المواد المستخدمة في محاولات الانتحار في مدينة القدس كانت: أخذ الأدوية بنسبة 82%، وأخذ مواد سامة بنسبة 9.8%، والسقوط من مكان عالٍ بنسبة 3.3%.

4.2 العوامل المسببة للمحاولة الانتحارية:

يتشكل السلوك الانتحاري بمجموعة من الأسباب والدوافع والعوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل واضح على سلوك الفرد الناجي من الانتحار، وتساهم في نشأة السلوك الانتحاري، بمعنى أن المحاولة الانتحارية لا تتحصر بسبب أو بعامل واحد، بل إنها مجموعة عوامل متداخلة، تمثل معاناة الفرد النفسية والجسمية، وعدم رضاه عن علاقاته الاجتماعية ورضاه المهني (الشرييني، 2003). وعليه فهناك مجموعة من العوامل التي تزيد من احتمالية اللجوء الى الانتحار ، وهذا شرح مفصل لهذه العوامل:

1.4.2 العوامل الفسيولوجية المسببة للانتحار:

توجد ثلاثة أنظمة فسيولوجية عصبية تسبب السلوك الانتحاري، ويقدم الأفراد على المحاولة الانتحارية، نتيجة لذلك فإن كثافة النشاط في المحور تحت المهاد، والخلل الوظيفي للموصل العصبي السيروتونين، حيث يتمثل نقص هرمون السيروتونين في الجسم بمجموعة من المؤشرات التي يمكن أن تحدث للأشخاص

عند انخفاض مستوياته عن الحد الطبيعي، ويؤثر ذلك بشكل سلبي على جودة حياة الأفراد، والنشاط الزائد للأدرينالين، حيث ينشأ هذان النظامان استجابةً للضغوطات النفسية الشديدة، تتمثل مؤشراتهما بالشعور بالقلق والتوتر بشكل عام، والإصابة بآلام المزممة في الرأس، وارتفاع معدل نبضات القلب، والشعور بآلام المختلفة في جميع الجسم حينما تكون مثل هذه مؤشرات تتمثل: باضطرابات المزاج، واضطرابات في النوم، والتوتر العصبي، والإجهاد، والقلق، وعدم الشعور بالمتعة، والتعب والإعياء على الرغم من الراحة الكافية، وتغيرات في الشهية، والصداع، والتعرض لهبات ساخنة مثلما يحدث بسن الأمان عند النساء، وتغير في درجة الحرارة، وزياد الغضب والتوتر، وتغيرات في الرغبة الجنسية. (Kendler, et al., 2005).

2.4.2 العوامل النفسية المسببة للانتحار:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض ارتباطاً بالانتحار، وهو من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم حيث يصيب 4.4% من السكان في جميع أنحاء العالم (منظمة الصحة العالمية، 2014)، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2014 أن الاكتئاب يؤثر على أكثر من 300 مليون شخص، وأن الاكتئاب يختلف عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كاستجابة لتحديات الحياة اليومية (منظمة الصحة العالمية، 2014). وقد يصبح الاكتئاب حالة صحية خطيرة؛ وذلك وفق شدته، ومدته، وتكراره، ولاسيما عندما يكون طويل الأمد وبكثافة معتدلة أو شديدة (American Psychiatric Association –DSM5, 2013)

ويمكن للاكتئاب أن يسبب معاناة كبيرة للشخص المصاب به، مما يسئ لجودة حياة الفرد في العمل أو الصحة النفسية أو الصحة العامة أو في الحياة الاجتماعية، الأمر الذي قد يدفع الفرد إلى الانتحار. وفي دراسة قام بها روينغورن وآخرون (Ruengorn, et al., 2012) هدفت إلى معرفة عوامل الخطر المؤدية لمحاولات الانتحار لدى مرضى الاكتئاب في شمال تايلاند الذين تم تشخيصهم وفق ICD-10، الذي بلغ عددهم (186) مريضاً مصاباً بالاكتئاب، وتبين أن عوامل الخطر المرتبطة بمحاولات الانتحار، اتسمت بأحداث الحياة الضاغطة، وغياب العلاقات الاجتماعية والأسرية، وشعور الفرد بالعزلة الاجتماعية، وتعاطي الكحول، وقلة الالتزام بتناول الأدوية النفسية أو تناولها بشكل منقطع، وتبين أن العوامل المرتبطة

عكسيا بمحاولات الانتحار كانت طول المدة التي يتعالج فيها المريض من الاكتئاب، بما يقدر بحوالي خمس سنوات فأكثر، إضافة إلى مضادات الاكتئاب الموصوفة له.

أما محلياً فقد أشار تقرير الصحة النفسية في فلسطين لجبر وآخرون (Jabr, et al., 2013) أن عدد الافراد الذين يعانون من الاكتئابهم 400,000 شخص على الاقل وقد تكون الإحصاءات غير دقيقة ؛ وذلك يعود لمعيقات تعزى لأسباب متعلقة بطبيعة المجتمع الفلسطيني منها: عدم معرفة الفرد عن مرضه النفسي، أو شعور الفرد بالوصمة الاجتماعية نتيجة المرض وعدم طلب خدمة العلاج النفسي، ومخاوف العائلة تجاه المريض وعدم مقدرتهم على التواصل معه أو توعيته وتوجيهه، ومنها أيضاً محدودية مقدمي الخدمات الصحية النفسية، وعدم توفر عيادات الصحة النفسية الحكومية بشكل كاف، ونقص الأدوية المناسبة للمرضى، والوضع السياسي والاقتصادي للفرد. إضافة الى وجود معيقات حول تحرك الأفراد عبر الحواجز والتنقل بين المدن الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة وصولهم للعيادة لتلقي العلاج، فالمجتمع الفلسطيني مقسم إلى ثلاث مناطق سياسية: مناطق داخل الجدار، ومناطق السلطة الفلسطينية، ومنطقة قطاع غزة، مما يحد مقدرة الفرد على التنقل وأخذ العلاج المناسب (Jabr, et al., 2013).

ومن ناحية أخرى لا نستطيع الإشارة إلى أن الاكتئاب هو السبب الوحيد الذي يدفع إلى الانتحار أو محاولة الانتحار، بل توجد اضطرابات أخرى يمكن أن تؤدي إلى المحاولة الانتحارية، فعلى سبيل المثال يعتبر مرض الفصام من الأمراض الذهانية التي لا يدرك فيها الفرد الواقع، ونتيجة للأعراض المصاحبة للمرض كالهوسات، والضلالات، وتدني الأداء الوظيفي العام للفرد، فقد يفكر المصاب بالمرض بالانتحار (الرامني، 2007). وفي دراسة قام بها مارك وآخرون (Landmark, et al., 1987) في مستشفى لندن للطب النفسي، حول ارتباط الأفكار والمحاولات الانتحارية بمرض الفصام، حيث تم دراسة 118 مريض مشخصين بمرض الفصام قاموا بمحاولات انتحارية، وتبين أن هؤلاء المرضى لديهم تدنٍ في أداء العمل الوظيفي اليومي، ومشاكل في العلاقات الاجتماعية. وعرج بمبيلي وآخرون (Pompili , et al., 2007) على عوامل خطر الانتحار لمرضى الفصام ووجد أن نسبة 5-13% من مرضى الفصام يموتون عن طريق الانتحار، وأن المرضى المصابين بالفصام الأكثر احتمالية للانتحار هم: أصحاب الدخل المتدني، والأفراد غير المتزوجين، والأفراد الذين لديهم تاريخ مرضي مزمن، ومتعاطي المخدرات، والذين تعرضوا للفقدان والخسارة المفاجئة، أو الذين لديهم شعور بالرفض، ومن يعانون من تدني دعم الأهل والأصدقاء، والذين لديهم الضغوطات عائلية كثيرة، عدم الاستقرار النفسي والاقتصادي، ومن يعانون من فقدان الأمل

بالعلاج، كل هذه العوامل تمثل مؤشرات تدني جودة الحياة لديهم؛ ولذلك يقدم المرضى المصابين بالفصام على المحاولة الانتحارية.

وفي دراسة قام بها ساينث وآخرون (singh, et al., 2016) حول العوامل المؤدية للانتحار في الهند، حيث شملت الدراسة 120 مريضا قاموا بالمحاولة الانتحارية ممن يعانون من الفصام والاضطرابات العاطفية، والتي تتراوح أعمارهم ما بين 17-60 سنة، حيث تبين أن 60% من عينة الدراسة مصابون بالفصام ولديهم أعراض ذهانية؛ كالهوسات السمعية من قبيل سماع المريض صوتا في ذهنه يقول له: اقتل نفسك، حيث وجد الباحثون أن هذه الهلوسات من أهم الأسباب لتوجه عينة الدراسة للانتحار، وتبين أن 40% من عينة الدراسة مصابون باليأس والإحباط؛ نتيجة لمشاكل عاطفية، وقاموا بالمحاولة الانتحارية، وهم مدركون، وقد تمت الإشارة إلى تدني مؤشرات جودة الحياة عند المرضى الأمر الذي يدفعهم للتوجه نحو الانتحار.

وكما أكدت جبر وآخرون في تقرير الصحة النفسية في فلسطين أن الفصام يصيب 40,000 شخص في فلسطين، وهي نسبة مماثلة للنسب العالمية من الاضطرابات النفسية (Jabr, et al., 2013). وعليه تتدنى جودة الحياة عند مرضى الفصام، وتزيد عوامل الخطورة التي من شأنها أن يقدم الأفراد على المحاولة الانتحارية.

كما أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يحملون أفكارا انتحارية تجاه أنفسهم بنسبة أكثر من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات شخصية أخرى (عبد الله، 2006). وتشير سلتيرس (2018) "وهي أستاذ مشارك بقسم علم النفس في جامعة كونيتيكت الأمريكية"، أن 80% من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية يحاولون الانتحار لمرة واحدة على الأقل في حياتهم، وأن 9% من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية يقومون بالانتحار الكامل، وتعزى ارتفاع نسبة محاولات الانتحار لأفراد اضطراب الشخصية الحدية؛ وهي مرتبطة بقوة اختبار الفرد الصدمة النفسية التي مر بها أو التعلق غير الآمن وتعرضهم لخبرات صعبة في مرحلة الطفولة والمراهقة (Salters, 2018). وقام إسحاق وآخرون (Ishaq, et al., 2013) بعمل مراجعة لـ 25 دراسة تفحص العلاقة بين الشخصية الحدية وجودة الحياة، ووجدوا تدني في جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية وأن علاج هؤلاء الأفراد يحسن من جودة حياتهم.

وتؤكد دراسة بوميا وآخرون (Bomyea et al., 2013) على وجود ارتباط بين اضطراب القلق وزيادة تكرار الأفكار والمحاولات الانتحارية، حين درس الباحثون عينة من 1620 شخص في كاليفورنيا، الذين شخصوا باضطراب القلق حسب DSM-IV، والذين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، حيث أظهرت النتائج أن عوامل خطر الانتحار تمثلت بغياب الدعم الاجتماعي، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين، وكثرة توارد الأفكار عن الانتحار، وعدم قدرتهم على النوم لساعات طويلة، مما أظهرت عينة الدراسة تكرارا للأفكار الانتحارية والمحاولة الانتحارية. وتدل هذه النتائج على تدني مؤشر جودة الصحة النفسية عند الأفراد.

وتؤثر العوامل النفسية على الفرد نحو التوجه للانتحار في العمر المتأخر أيضا؛ وتعود أسباب ذلك إلى وجود تاريخ عائلي للانتحار، وصعوبة في بناء علاقات اجتماعية طوال حياة الفرد، والاكنتاب (Osgood, 1991)، وتشمل هذه العوامل خسائر عديدة في الحياة المتوسطة والمتأخرة مثل فقدان السلطة، وفقدان الزوج، وفقدان دور العمل؛ وزيادة المشاكل الصحية مثل وجود أمراض مزمنة أو عقلية في سن متقدم من عمر الفرد (Osgood, 1991)، بالإضافة إلى ذلك إدمان الفرد على الكحول هو عامل رئيسي آخر في عملية الانتحار في وقت متأخر من عمر الفرد، حيث لوحظ ان ما يقارب ثلث حالات الانتحار هم من مدمني الكحول، ويشكل إدمان الكحول والاكنتاب والانتحار مثلًا مميًا حسب اوسجورد (Osgood, 1991)، الذي أشار إلى أنه يجب أن تكون الأسرة ومقدمو الرعاية والممارسون للخدمات النفسية على دراية بالعلاقة القاتلة بين الإدمان على الكحول والاكنتاب والانتحار عند كبار السن بهدف التقليل من مخاطر الانتحار.

وهناك كثير من العوامل النفسية الأخرى تساهم في ارتفاع نسبة الانتحار بين كبار السن مثل الإجهاد، والشعور بالوحدة، وانخفاض تقدير الذات، ومشاعر القلق، والرفض، والعجز، واليأس.

وأكدت منظمة الغذاء والدواء الأمريكية (Food and Drug Administration, 2004) أن خطر الانتحار يزداد مع زيادة استخدام مضادات الاكنتاب حيث إن المرضى الذين يتناولون الأدوية التي تثبط استرجاع السيروتونين، يتطور لديهم اضطراب الهوس أو العدوان كأعراض جانبية قد تؤدي إلى الانتحار، عندما أُجري اختبار على أطفال يعانون من بعض الأمراض النفسية كالاكنتاب والوسواس القهري وغيرها؛ تم علاجهم بمضادات الاكنتاب، حيث أوضحت النتائج أن نسبة 4% من المرضى يعانون من التفكير

والسلوك الانتحاري بعد مدة من العلاج، مقارنةً بنسبة (2%) من المرضى تناولوا أقراصا مشابهة لأقراص مضادات الاكتئاب لكنها دون أي تأثير ضار أو نافع.

3.4.2 العلاقات الاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالانتحار:

إن العائلة لها تأثير في بناء أسلوب حياة الفرد، فإن الفرد يتأثر بأسلوب حياته من خلال علاقاته مع عائلته، فالعائلة التي تعاني من ضعف في وظائفها، ونظامها، ووضع الحدود لأفرادها الداخلية والخارجية، كالعائلة المفتوحة تمامًا أو العائلة المغلقة، والتي لا تشجع الحوار والتواصل فيما بينها، يكون مستوى جودة حياة أفرادها ضعيف، إلى جانب هذا فإنه يزيد عدد المحاولات الانتحارية لغياب التكافل والترابط الأسري (الهنداوي، 2011).

وأن الانتقاد اللاذع للأبناء بشكل مستمر يجعلهم يتجهون للتفكير بالانتحار هربًا من الانتقادات التي يعتبرونها بمثابة عار من والديهم، وعدم الرضا عن نظام البيت والشعور بالصرامة (فوننتير، 2001). ويعتبر غياب الحوار الأسري بين أفراد العائلة هو من أهم أسباب عدم قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره، مما يصعب عليه مشاركة أهله وأصدقائه مشاكله وهمومه التي تحيطه (فوننتير، 2001).

في دراسة قام بها اكسنج وآخرون Xing et al., (2010) اهتمت بدراسة جودة العلاقات الأسرية وارتباطها بالمحاولات الانتحارية بين الطلاب المراهقين الصينيين، واستهدفت الدراسة طلاب المرحلة الثانوية من الصفوف المدرسية 7-11، حيث شملت الدراسة ثمانية مدن؛ واستخدم الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي، وتبين أن 2.7% من الطلاب قاموا بمحاولة انتحار داخل المدرسة، وكانت المحاولات الانتحارية بين الإناث أكثر من الذكور، وتبين أن العلاقات العائلية؛ التي لا يوجد فيها ترابط أسري، كانت المحاولات الانتحارية فيها أعلى من الأسر المترابطة، واتضح ذلك من خلال انفصال الوالدين، وضعف التنشئة الاجتماعية، والتربية السلبية من قبل الوالدين والتي بدورها تؤثر على التواصل داخل العائلة، والتي تتمثل بغياب الحوار الإيجابي؛ والحميمية؛ والدفع العائلي؛ وقد وجد فوننتير أن سلوكيات أفراد الأسرة التي تتميز بضعف الحوار والترابط علاقة بشرب الكحول، وتناول التبغ باستمرار، بينما استنتجت الدراسة أنه الفقر لا يلعب دورا في ارتفاع المحاولات الانتحارية، بينما كان ضعف جودة العلاقات الأسرية عاملا رئيسيا في زيادة المحاولات الانتحارية (فوننتير، 2001).

كما أن الفرد المنطوي على نفسه والذي ينعزل في سلوكه وتفاعله الاجتماعي ويتفاعل مع نفسه أكثر من الآخرين، يكون عرضة للانتحار (الطويرقي، 1999)؛ حيث إن قلة تفاعل المجتمع مع الفرد المريض أكانت على مستوى الأسرة النووية أو الممتدة، أو على مستوى مؤسسات المجتمع المدني الذي يعيش فيه، كالمؤسسة الدينية أو النوادي، أو البلديات، أو الجمعيات الخيرية، تؤدي إلى عزله ومقاطعة المجتمع له، فيصبح موصوما اجتماعياً؛ وجودة حياته الاجتماعية ضعيفة؛ لهذا يلجأ للمحاولة الانتحارية (استيائية؛ وآخرون، 2012).

وضمن السياق الثقافي تشير التقديرات الإحصائية إلى أن محاولات الانتحار للإناث أعلى بمعدل ثلاث مرات عن الذكور، في حين أن الذكور أعلى من الإناث بمعدل ثلاث مرات من حيث تنفيذ الانتحار (منظمة الصحة العالمية، 2018).

وفي دراسة قام بها الباحثون (Ying, et al., 2012) حول الانتحار في آسيا حيث شملت الدراسة البلدان الآسيوية، حيث تبين أن معدلات الانتحار في البلدان العربية كانت أعلى لدى الذكور من الإناث بمقدار 3-4 مرات، وتشير الدراسة إلى أن نسبة الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية متساوية بين الجنسين بمقدار 3.8 مرة.

يتضح من ذلك أن الأنثى في البلدان العربية تميل أكثر للمحاولة وليس للانتحار وبالعكس فإن الذكور يميلون للانتحار (كريم، 2003). ويعزى ذلك إلى التنشئة الاجتماعية، في حين أن الأنثى وجراء التربية الوالدية تتربى على أنها أضعف من الذكر، وأنها لا تستطيع القيام بالمهام التي يقوم بها الذكر، فقبتها بذاتها تكون أضعف فلا تجرؤ للإقدام على الانتحار باستخدام الوسائل القاتلة، مثل: السلاح، فهي تميل للمحاولة لأن المحاولة أقل قوة من الانتحار الكامل بحد ذاته (استيائية؛ وآخرون، 2012).

ويتضح أيضاً رغبة الأنثى بالحياة حيث تغلب عليها أمومتها، في حال كانت متزوجة (كريم، 2003)، فهي دائمة التفكير بأولادها؛ ماذا لو انتحرت ما سيحصل لهم من بعدها؟ فهي تذهب للمحاولة لتهدئة الصراع الداخلي، ولفت نظر الآخرين لها. بينما الذكر بثقته العالية يذهب للانتحار مباشرة، فهو يهدف لإنهاء صراعات الحياة والتخلص منها دون التفكير في مشاعر الآخرين من حوله.

4.4.2 عدم الرضا المهني للفرد وعلاقته بالانتحار:

يعتبر عدم توافق الفرد مع مهنته أو عدم الرغبة بها جانباً مهماً في عدم الإبداع بالعمل وعدم تطوره مهنيًا (Stack, 2002)، فهو لا يتقن المهمات الوظيفية كما تعطى له، مما يؤثر ذلك على علاقاته مع زملائه في العمل، وعدم رغبة الآخرين بالتعامل معه، فتقل إنتاجية الفرد بالعمل، ويميل إلى العزلة وعدم مشاركة زملائه خبرتهم (Shahbesandy, et al., 2012)، بالإضافة إلى تدني مفهوم وقيمة الذات وعدم حصوله على المهنة المناسبة، أو فقدان المهنة بشكل كلي بسبب ضعف أدائه المهني. مما قد يؤدي بالفرد إلى الشعور بالإحباط، وعدم المقدرة على الإنتاج، والاعتراب بالهوية المهنية (فايد، 2001). وفي دراسة قام بها عبد الله (2008)؛ وجد أن نسب الانتحار تزداد مع قلة العمل وانتشار البطالة والفقر في المجتمع المصري، ووجد الباحث أن السلوك الانتحاري ينخفض عندما يبدأ أفراد المجتمع بالعمل وزيادة الإنتاج والرياح، كما وجد أن نسب الانتحار ترتفع في فترات الكساد الاقتصادي، وهبوط الأسعار والأزمات الاقتصادية وانتشار البطالة.

4.2.5 الأمراض المزمنة وعلاقتها بالانتحار:

يرافق المرض المزمن الفرد طيلة حياته، مثل: مرضى السكري، الضغط، الأمراض المنقولة جنسيًا كالإيدز، أو مرض السرطان، الأمراض المؤدية إلى شعور المريض بالإحباط الشديد والحزن لعدم مقدرته على إعادة روتين الحياة كما كان معتادا عليه في السابق، فتسوء مؤشرات جودة الحياة (كاظم؛ وآخرون، 2006).

وفي دراسة حديثة قام بها فرو وآخرون (Ferro, et al., 2017) هدفت إلى فحص جودة الحياة والسلوك الانتحاري بين المراهقين والشباب البالغين المصابين بمرض مزمن فقد وجد أن انتشار الأفكار والخطط والمحاولات الانتحارية أعلى في الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن. وأكدت الدراسة أن الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (15-30) عامًا ممن يعانون من مرض مزمن يكونون أكثر عرضة ثلاث مرات لمحاولة الانتحار من أقرانهم الأصحاء، بالإضافة إلى أنه كلما زادت شدة المرض المزمن ارتفع من احتمال وجود أفكار انتحارية، وتبين أن اضطراب المزاج كان أعلى بين الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن.

5.2 النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري:

لقد ظهر خلال العقدين الماضيين على وجه الخصوص العديد من النظريات التي سعت إلى تفسير أسباب سلوك الأفراد الذين يسعون لإنهاء حياتهم، وقد تطرقت هذه النظريات لتفسير تدني جودة الحياة والمحاولة

الانتحارية للأفراد، ومن هذه النظريات: النظرية الفسيولوجية والعقلية، والنظريات النفسية، والنظرية الاجتماعية، والنظرية الاقتصادية، والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية.

1.5.2 تفسير النظرية الفسيولوجية والطب العقلي للسلوك الانتحاري:

تعتبر هذه النظرية أن الفرد الذي يحاول تدمير نفسه مريض عقلي، فتدمير الشخص لذاته ومحاولة إنهاء حياته، إنما هي عبارة عن هروبه من الواقع والروابط الاجتماعية التي يرفضها، أو ليست لديه القدرة على التكيف معها، وقد أكد علماء الطب النفسي والعقلي أن الفرد يقدم على الانتحار في بعض الأحيان نتيجة لوجود الأمراض العقلية، مما يدل على الارتباط الوثيق بين المرض العقلي والسلوك الانتحاري، على أن الاستجابة الانتحارية مرتبطة بالمرض العقلي (الشربيني، 2003).

فإن مرضى الذهان لوجود أعراض كالضلالات أو الهلوسات ترافقه، فإنه يتصرف بشكل غير واع، مما يعرض نفسه للانتحار أو لمحاولة الانتحار، وحسب تقييم الأداء الوظيفي العام (GAF) يصل مستواه الوظيفي من 11-20% وهذا تدنٍ واضح بتقييم الأداء الوظيفي لمرضى الذهان، الذي لا يدرك فيه لماذا يلجأ للانتحار أو لمحاولة الانتحار (Richard,1995).

أما النظرية الفسيولوجية فتفسر التفكير الانتحاري والمحاولة الانتحارية، بارتفاع نسبة هرمون الكورتيزول، الذي تفرزه الغدة الكظرية عن النسب الطبيعية، كما وجد العلماء أن هرمون أرجنين فازوبرسين وهو هرمون يفرز من الغدة النخامية كمضاد لإدرار البول، يزداد تركيزه في بلازما الدم عند مرضى الاكتئاب الذين تسيطر عليهم الأفكار الانتحارية، وأن هرمون (Corticotropin-releasing hormone)، الذي يفرز من تحت المهاد، يفرز بمعدلات أعلى لدى الأفراد المنتحرين، كل هذه النتائج تبرهن نشاط محور تحت المهاد لزيادة إقدام الأفراد على الانتحار (Kendler, et al., 2005).

تعقيب على نظرية الطب العقلي والنظرية الفسيولوجية: ترتكز النظرية العقلية وجود مرض عقلي ناتج عن تلف في أحد أجزاء الدماغ فيؤثر على إدراكه ووعيه، مثل: مرضى الذهان، الذين يعانون من هلوسات سمعية وبصرية وذوقية وحسية وشمية، وأنهم أيضا يفكرون بمعتقدات ثابتة وخاطئة. وأما تفسير النظرية الفسيولوجية بأن النشاط الزائد في المحور تحت المهادي، والنشاط الزائد للأدرينالين، والخلل الوظيفي للسيروتونين، تنتج عنه مؤشرات مما تتدنى جودة حياة الأفراد والتوجه نحو الانتحار.

2.5.2 تفسير النظرية الاجتماعية للسلوك للانتحاري:

إن النظريات الاجتماعية قد أولت أهمية كبيرة للبيئة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية، ويعد دوركايم أول من تنبه إلى أن الانتحار يمكن النظر إليه كظاهرة اجتماعية؛ حيث جاء هذا التوجه لديه نتيجة لرفضه للأسلوب الفردي في دراسة الظاهرة الاجتماعية، وعدها ظاهرة اجتماعية مرتبطة مع غيرها من الظواهر الاجتماعية الأخرى ومتأثرة بها (عبد الله، 2008).

لقد استند دوركايم على ركيزتين أساسيتين وهما: التضامن الاجتماعي والتنظيم الاجتماعي؛ حيث إنه كلما زاد التضامن الاجتماعي بين أفراد المجتمع، انعكس ذلك في ظهور نوع من أنواع الانتحار يتمثل في الانتحار الإيثاري؛ حيث يضحى الفرد بنفسه في سبيل المجموعة الاجتماعية أو المجتمع الذي ينتمي إليه، كالعائلات الاستشهادية في فلسطين. أما عندما يقل التضامن في السياق الاجتماعي، يظهر السلوك الانتحاري الأناني؛ بحيث يضر الفرد بنفسه من خلال تعريضها للموت نتيجة الضغوط التي تواجهه، ولا يكون هذا السلوك لمصلحة الجماعة التي ينتمي لها الفرد كما هو الحال في الانتحار الإيثاري (عودة، 2011).

أما الركيزة الأخرى لنظرية دوركايم، فهي تتمثل بالتنظيم الاجتماعي، فكلما زاد التنظيم القهري الدكتاتوري القائم على الطبقية والاستغلال في المجتمع، أدى ذلك لظهور الانتحار القهري؛ والذي من خلاله يعمد الفرد لإيذاء نفسه، لعدم قدرته على تحمل ضغوط المجموعة، والتكيف مع الضغوطات والقوانين الجبرية التي تفرض على الفرد وتجعله في حال من عدم التوافق النفسي، كما يحدث في حالات انتحار الجنود والسجناء والعبيد، بحيث تكون كل حركة للفرد خاضعة للرقابة والتدقيق (عودة، 2011)، أما نقص التنظيم الاجتماعي، فيؤدي لما يسمى بالانتحار الأنومي كنتيجة لغياب واختلاط المعايير الثقافية الصحيحة، فيكون

التوجه لإيذاء الذات نتيجة عدم انسجامها مع السياق الثقافي الاجتماعي الذي توجد فيه، لا سيما بالنسبة لبعض الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل الفروق الثقافية جراء انتقالهم من ثقافتهم لثقافة أخرى بشكل سريع (وازي، 2012).

تعقيب على النظرية الاجتماعية: تحدث المحاولة الانتحارية نتيجة لثلاثة عوامل اجتماعية: التضامن الاجتماعي الذي ينتج عنه الانتحار الإيثاري، والتنظيم الاجتماعي؛ الذي يعبر عن السيطرة والتحكم بالفرد من قبل عادات وتقاليد المجتمع مما يؤدي به إلى استغلاله، بالإضافة إلى غياب التنظيم الاجتماعي يؤدي إلى الانتحار الأنومي كنتيجة لعدم وجود عادات وقيم ومعايير مجتمعية.

3.5.2 تفسير النظريات النفسية للسلوك الانتحاري:

ركزت النظريات النفسية على العقل والنفس والشعور والمعتقدات حول العالم من قبل الأفراد الذين ينزعون نحو السلوك الانتحاري، مثل هذه النظريات تعطي أهمية قليلة للعلاقات الاجتماعية الأوسع نطاقاً أو السياق الاجتماعي والثقافي للسلوكيات الانتحارية (Maskill et al., 2005).

ومن النظريات النفسية التي حاولت تفسير السلوك الانتحاري:

نظرية فرويد (نظرية التحليل النفسي):

افترض فرويد وجود غريزتين هما غريزة الموت (Thanatos)؛ حيث الميول للعدوان والفتاء، وهو مسير بمبدأ الخلود، وتعبّر عن نفسها بتدمير الذات أو الغير، وهو موجود في اللاشعور ويمثلها هو (ID) وغريزة الحياة (Eros) وهي الميل إلى اللذة، وتعبّر عن نفسها بحب الذات وحب الغير، فاللذة غير مرتبطة بشروط، ويمثلها الأنا الأعلى.

وخرج فرويد بنظرية سماها (الحزن) أو الحداد والاكئاب، ومؤدى هذه النظرية أن الإنسان يولد ولديه مجموعة من غرائز وميول غير مصقولة، وغير اجتماعية سماها (ID)، وباحتكاك الطفل بمحيطه وواقعه بما فيه من عقبات وآلام ورفاه، يدرك واقعه شيئاً فشيئاً، ويعي نفسه بالنسبة لغيره، وحينذاك تتكون شخصيته العاقلة الواقعية وهي الأنا، وفي بضع سنين تتعلق أفكار وعواطف الإنسان بمثل عليا وشخصيات مرموقة، يتطلع إليها بإجلال وإكبار واحترام، وهي شخصيات أبوية ومصدر المحبة والألم، وبالتالي يتكون القسم المثالي الكمالي (الأنا العليا) الضمير الحاكم المتطلع إلى الكمال (فايد، 2001).

ويقول فرويد في الحزن؛ بأن فقد الحبيب سواء كان شخصا أو رمزا (كالحرية والوطن) يؤدي إلى حالة الحزن الشديد والحداد، والحزن انفعال سوي، ولكنه ينقلب عند بعض الناس إلى اكتئاب مرضي (الجيوش، 1995).

ولقد لخص فرويد نظريته في الانتحار، بأن المنتحر يقع فريسة لغريزة وانفعال عدائي سادي أخفق في التعبير عن نفسه، فانعكس على ذاته الداخلية ليقتلها، كما أن الاكتئاب هو عنصر حساس في خلق هذه الميول العدائية، ومعنى ذلك أن فرويد يرجع الانتحار إلى أسباب نفسية داخلية مكبوتة، وتحولت هذه المشاعر إلى ناتج عن غضب وعدوان كنتيجة للإحباط، فإن المشاعر العدوانية توجه نحو الذات (الجيوش، 1995).

إن السلوك الانتحاري هو نتيجة دوافع ورغبات الفرد الداخلية، التي فشلت في التعبير عن نفسها مما أضعف قيمة الأنا في حل الصراع الداخلي فلجأت للانتحار محاولة لحل الصراع، وحرك تلك الدوافع العدائية يشمل اضطرابات نفسية كالاكتئاب، والقلق، والوسواس، والذهان، حيث إن الفرد الذي يعاني من الحزن يستجيب للأفكار التشاؤمية والميول الانتحاري، وأحيانا تصل إلى درجة الميل للانتحار (وازي، 2012) ، لذا فإن الاكتئاب من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار؛ لأن الفرد المكتئب يرفض الحياة ولا يجد أي لذة بها، ومن ثم يرفض وجوده؛ مما يدفع به إلى الانتحار (المغربي، 2015).

وفسر فيخل أفكار فرويد بأن احترام الذات وأن الأنا يشعر بالراحة والاستقرار تحت موافقة الأنا الأعلى، أو ما يقوم به الضمير في السياق الاجتماعي والأخلاقي، فإذا كان الأنا الأعلى عدائيا ساديا فإن الأنا يشعر بالكره تجاهه ويرغب في التخلص منه، وبما أن الأنا الأعلى يمثل المبادئ والمثل والعادات والتقاليد والمعايير المجتمعية والذي يمثلها الأفراد في المجتمع، فالانتحار يعني تدمير هذه المثل والعادات والتقاليد المكونة في الأنا الأعلى، على أن الأنا يستطيع قتل الأنا الأعلى القاسي وحده فقط ليتمكن أن يتوافق مع الأنا الأعلى (المغربي، 2015: 38).

ولقد أسهم كارل منجر في تفسير السلوك الانتحاري، وتقدم بالتفسير الفرويدي خطوة هامة، وذلك بما قام به من تنمية لفروض فرويد الأساسية، وإثرائها من خبرته الواسعة، وتحديد عناصر النظرية؛ ويعتبر منجر من المحللين النفسيين الذي احتفظ بمفهوم غريزة الموت الفرويدية، وأحيائها في التحليل النفسي من جديد،

ويتلخص تفسير منجر للانتحار بأنه نوع خاص من الموت يتضمن عناصر ثلاثة، تشتق وجودها وديناميكيته من الافتراض الثلاثي لجهاز الشخصية عند فرويد (وازي، 2012)، تتمثل في: أولاً: رغبة أن أقتل: تصدر عن الأنا؛ لأنها إحدى جوانب نشاطه، ومضمون هذه الرغبة نزعة عدوانية، ووجدان مشحون بالكراهية، ورغبات في اتهام الآخر، وتوبيخه، وعزله، والتخلص منه، وإبادته، والانتقام منه.

ثانياً: رغبة في أن أقتل: وهي رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الأنا الأعلى، فإن شدة وجدان الإثم وما يتبعه من توبيخ واتهام ذاتي يكشفان عن حاجة ملحة إلى العقاب.

ثالثاً: رغبة في أن أموت: وترحب بالموت، وهي تتولد في الهو ID بوجه عام، وغريزة الموت والتدمير بخاصة، ومضمون هذه الرغبة شعور أساسي باليأس والضياع، ويسانده وجدان الخوف، وتثبيط المهمة والخيبة، وإحساس عام بالتعب (المغربي، 2015).

وقد يتضمن السلوك الانتحاري هذه الديناميكيات كلها أو بعضها، ولكن وجودها وفعاليتها لا تكون بدرجة واحدة، إنما تظهر بصورة مغايرة بشدة كل منها (وازي، 2012)، وتشير كتابات منجر أن هذه العوامل أو النزعات تتفاعل معاً في الشخصية تفاعلاً ديناميكياً، وتحت وطأة شروط معينة يسود أحدها ويؤدي بصاحبه إلى تنفيذ الانتحار، كما ويستخلص منجز من وسيلة تنفيذ الانتحار دلالة على شخصية المنتحر، فللأداة الانتحارية دلالة عامة تلقي ضوءاً على دور المرء في الحياة، فالذكور يغلب أن يستخدموا في انتحارهم الأداة التي يمكن استخدامها في العدوان والقتل، دلالة على السيطرة التي يمارسونها في الحياة، أما الإناث فالغالب أنهن يستخدمن وسائل وأساليب تدل على اتخاذهن دور الخضوع والاستكانة، ولذلك يغلب أن يستخدمن في انتحارهن السموم والاختناق بالغاز والغرق، في حين يكثر بين الذكور الانتحار باستخدام المقذوفات النارية (المغربي، 2015).

تعقيب على نظرية التحليل النفسي: ينتج الانتحار عن الصراع الداخلي الناتج من الانفعال السادي المكون في الأنا الأعلى، فانعكس على ذاته الداخلية ليقتلها، كما أن الاكتئاب هو عنصر حساس في خلق هذه الميول العدائية، ومعنى ذلك أن الانتحار هي نتاج أسباب نفسية داخلية، وتحولت هذه المشاعر إلى ناتج عن غضب وعدوان كنتيجة للإحباط، مما تتحول هذه المشاعر إلى غضب وعدوان كنتيجة للإحباط، فإن المشاعر العدوانية توجه نحو الذات، فيتجه الفرد محاولاً الانتحار.

نظرية أريك أريكسون:

يعتبر أريك أريكسون المحاولة الانتحارية التعبير عن الفشل في نمو الأنا طبيعياً، حيث يفشل الفرد في حل أزمات النمو في مراحل العمر المختلفة بطريقة سليمة مما يؤدي به إلى المحاولة الانتحارية (عياش، 2005).

أن أهمية ربط المحاولة الانتحارية بمراحل النمو النفسي الاجتماعي، التي تتصف كل مراحلها بصراعاتها وخصائصها ومتطلباتها، وتعبير الفرد عن إخفاقه في إحدى المراحل التطورية يكون الفرد أكثر عرضة للمحاولة الانتحارية؛ بسبب هشاشة الفرد وعدم قدرته على اتخاذ قرارات، وكذلك تأثره بمختلف الظروف الصعبة التي يعاني منها كالصدمات المختلفة التي يتعرض لها (نشواتي، 2003)، فالمرحلة التطورية ينتقل فيها الفرد من مرحلة الطفولة التي يعتمد فيها على غيره، إلى المراحل التي يصبح فيها أكثر اعتماداً على نفسه، ومع أهمية مرحلة الطفولة التي تشكل الأسس الأولى لبناء الشخصية والتي تلمس من خلالها تقبل الطفل لذاته الذي يستمد من تقبل الآخرين له، إلا أن موقف الآخرين من ذلك الفرد وتكوين شخصيته لا يقتصر على مرحلة الطفولة بل يمتد إلى جميع مراحل الحياة (أبو جادو، 2001).

فتمثل مرحلة النمو النفسي الاجتماعي للفرد نجاح أو فشل في تحقيق الأنا الطبيعي ضمن المرحلة العمرية التي يمر بها، وعند إخفاق الفرد في تحقيق كل مرحلة فإنه تواجهه عقبات وصعوبات في المرحلة التي تليها (نشواتي، 2003).

تعقيب على أريك أريكسون: أنّ الفشل في نمو الأنا طبيعياً؛ ضمن المراحل العمرية المتعاقبة ببناء المرحلة إيجابياً فيؤدي ذلك به إلى المحاولة الانتحارية.

نظرية أدلر Adlar:

قامت نظريته على فكرة العجز والنقص، ويعتبرها القوة المحركة لسلوك الفرد حيث تدفعه إلى تحقيق أهدافه وطموحاته، ورأى أن الأحلام هي محاولة لحل مشكلات الفرد اليومية، حيث ربط أدلر بين أسلوب الحياة ومشاعر العجز والنقص والتوجه نحو السلوك الانتحاري مبرراً أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك، حيث يرى أدلر أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار، وكذلك الفرد المريض فهو يشعر بالعجز والنقص بالنسبة للأصحاء، وكما أن الفرد الذي لا يعمل فهو يشعر بالعجز والنقص في مقابل الفرد العامل بمهنة ما أيضاً، فتنشأ الاضطرابات النفسية كردة فعل على هذا العجز والنقص، مما تتشكل لديه

المحاولات الانتحارية لعدم قدرة الفرد للتخلص من عقدة النقص وتحقيق أسلوب حياة أفضل (عياش، 2005).

تعقيب على نظرية آدلر: أنّ عدم مقدرة الفرد على تبني أسلوب حياة، مما تتأكد لديه مشاعر العجز والنقص نتيجة فشله بالتعويض عن هذا النقص، وعليه تتشكل لديه المحاولات الانتحارية لعدم قدرة الفرد للتخلص من عقدة النقص وتحقيق أسلوب حياة أفضل.

4.5.2 تفسير النظرية السلوكية:

إن فكرة المدرسة السلوكية تقوم على أن المحاولة الانتحارية سلوك متعلم، من المحيط البيئي الذي يعيش فيه، ويخضع ذلك إلى شروط التعزيز الإيجابي والسلبى، والاشتراط الكلاسيكي، وهذا يعني بأن المثير المحايد المستقل يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يحدث محاولة الانتحار للفرد، كمشاهدة الفرد على التلفاز شخصاً يقوم بسلوكيات انتحارية، ناتجة عن مشاكل أسرية فيقوم بتعلم هذه السلوكيات، مثل: كيفية ربط الحبل بهدف الشنق، وتحطيم الأوردة بالسكين، وأحياناً تكون السلوكيات الانتحارية متعلمة، مثل أن يقوم أحد أفراد العائلة بالانتحار كالأم أو الأب أو الإخوة، أو أحد الأصدقاء المقربين، فيقوم الفرد بإعادة التجربة على نفسه (الزغول، 2003).

وينظر دولارد وميلر وسكنير كسلوكيين جدد إلى المحاولة الانتحارية، كحصيلة لتوقع الألم والذي يرتبط بالمشيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر، حيث خرجوا من الفكرة الضيقة القائمة على المثير والاستجابة، موضحين أهمية العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة تعزز وتقوي مثير المحاولة الانتحارية (الزعبى، 2013).

ويرى ولبى أن المحاولة الانتحارية مكتسبة من مواقف تعلم شرطي، ومن ثمّ يمكن أن تطبق عليه مبادئ الإطفاء نفسها، وهكذا فقد صاغ مبدأه الذي يقرر أنه لو استطعنا إحداث استجابة عكس استجابة المحاولة الانتحارية في استحضار مثيرات المحاولة الانتحارية، وكيفية تعلمها والاستمرار في الحديث عنها، تكون الاستجابة للمحاولة الانتحارية أضعف، وتميل إلى إيقاف استجابة المحاولة الانتحارية (نشواتي، 2003).

لذا فإن الشخصية ذات البعد السلوكي تعتمد في حياتها على مؤشرات تعزيز جودة الوسط الاجتماعي الذي تعيش فيه هذه الشخصية؛ مثل الاهتمام من قبل العائلة، والمدح، والمكانة الاجتماعية، والوظيفة،

والأصدقاء، فإذا شعرت هذه الشخصية بفقدان معزز من هذه المعززات أو أكثر أو فقدان المكافآت الإيجابية الإضافية فإن وسيلة هذه الشخصية لإعادة تلك التعزيزات والمكافآت هي محاولة الانتحار، وترد هذه الشخصية بقرار محاولة الانتحار نتيجة على الأفراد الذين تركوه، وسلبوا منه التعزيز والمكافآت المادية أو المعنوية لجعلهم يتألمون عليه ويؤنبون ضميرهم لأجله، فالانتحار مكسب لجلب الانتباه، والشفقة، والانتقام (الزعيبي، 2013).

تعقيب على النظرية السلوكية: ينتج السلوك الانتحاري عن ردة فعل الفرد من السلوكيات المتعلمة من الآخرين.

5.5.2 تفسير النظرية المعرفية:

يرى آرون بيك أن المحاولة الانتحارية ما هي إلا حصيلة خلل في تفكير الفرد ومعتقداته التي يؤمن بها، وعليه فإنه يفسر المواقف من حوله بواسطتها، وقد أشار بيك إلى وجود فروقات في ارتباطات البناء المعرفي عند الأفراد، فمثلا البناء المعرفي الذي يتميز بتوقع المخاطر، كالشعور بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي، يكون ارتباطه أقوى بسلوكيات الانتحار (الزغول 2003).

وتعتبر هذه النظرية أن كل سلوك يسبقه ببناء معرفي، ومعتقدات سابقة لظهوره، فإن المعتقدات تتوسط إدراك الضغوط والانتحار، فإذا كانت النظرة للذات والمستقبل والآخرين نظرة سلبية، فإن ميل الفرد للانتحار يزيد (راصع؛ وآخرون، 2014). وهذا يعني أن الانتحار يفسر بوجود أفكار سلبية مترسخة عن الذات من الطفولة، مثل: ان يقول الانسان: أنا فاشل؛ أنا غير كفؤ في عملي، أنا غير جذاب (الرشود، 2006). لذا فإن الانتحار عملية مركبة، فهي تبدأ بقوة كامنة تشمل على تصور الفرد للانتحار، ثم يبدأ بطرح تأملاته الانتحارية، ومن ثم يقوم بسلوك محاولة الانتحار، وأخيرا الانتحار (عبد الله، 2008). حيث تشير الدراسات الحديثة بأن المشاحنات السلبية وأحداث الحياة الضاغطة تؤدي لليأس الذي يؤدي إلى الانتحار (راصع؛ وآخرون، 2014).

تعقيب على النظرية المعرفية: هو مجموعة من الأفكار السلبية كانت نتيجة للشعور بالآلام النفسية والجسمية غير المحتملة.

6.5.2 نظرية العلاقات الشخصية البينية المتبادلة:

ركز سوليفان على أهمية العلاقات الشخصية البينية المتبادلة، ويرى أن القلق يبدأ مع بداية حياة الفرد، ففي المرحلة الأولى لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بين ذاته وذات أمه، وعليه فإن قلق الأم أثناء رعايتها لابنها ينساب وينتقل إلى طفلها بقصد ودون قصد، ولا يمكن خفض القلق لديه إذا استمر قلقها، ومن هنا ينشأ الاضطراب النفسي نتيجة لذلك، ويستمر ارتباط الاضطراب بطبيعة إدراك العلاقات المتبادلة وفقاً لمستوى النمو المعرفي للفرد، مما ينتج عنها علاقة بين شخصية مضطربة مع الآخر، فيشعر الفرد بالرفض والعدوان تجاه ذاته وفق العلاقة البين شخصية، فتتكون لديه وسائل دفاع داخلية تعزله عن العلاقات الاجتماعية المتبادلة، ولا يتمكن من إقامة علاقة حب، أو علاقة عمل، أو علاقة صداقة فيحس ان لا قيمة له وأنه وحيد وغير محبوب وغير مقبول من أسرته أو من مجتمعه، فيبدأ بالتفكير بالانتحار أو محاولة للانتحار للخلاص من مشاعر الخوف وعدم الحب (إستينّة، وآخرون، 2012).

تعقيب على نظرية العلاقات الشخصية البينية المتبادلة: تنتج المحاولة الانتحارية للفرد، لعدم قدرته إقامة علاقات شخصية بينية متبادلة.

7.5.2 النظرية الإنسانية:

ترى هذه النظرية ان الميل إلى تحقيق الذات قوة دافعة في حياة كل فرد تدفعه إلى أن يتميز ويزداد استقلالاً، وإلى أن يصبح أكثر التزاماً وإحساساً بالمسؤولية من الناحية الاجتماعية، كما أن جميع خبرات الفرد تتعرض للتقويم باستخدام النزعة إلى تحقيق الذات كإطار مرجعي، ويطلق روجرز على هذه الطريقة من طرق تقويم لخبرات الفرد عملية التقويم العضوية Organismic valuing process. أما الخبرات المضادة للنزعة إلى تحقيق الذات فهي غير مُرضية، وبالتالي فالفرد يتجنبها وينهيها. عملية التقويم هذه تخلق نظاماً للتغذية الراجعة يتيح للفرد أن ينسق خبراته وميله نحو تحقيق الذات، مما يشعر الفرد بنوعية جودة الحياة التي يعيشها، وفي حالة عدم مقدرة الفرد في تحقيق ذاته، نتيجة لعدم التطابق بين عالمه الشخصي أي كما يدركه الفرد، والعالم الخارجي، مما ينتج عنه عدم تطابق بين الذات المدركة (الواقعية) والذات المثالية، مما يظهر الصراع بين الذات والكائن العضوي فيشعر الفرد بأنه مهدد وقلق، ويتجه نحو المحاولة الانتحارية لعدم مقدرته لتلبية أهدافه نحو تحقيق ذاته (زهران، 2005).

8.5.2 نظرية التعلم الاجتماعي:

تعتبر هذه النظرية ان الانسان كائن اجتماعي يعيش مع مجموعات من الافراد يتفاعل معهم ويؤثر ويتأثر بهم، فهو يلاحظ سلوكيات وعادات واتجاهات الافراد الآخرين ويتعلمها بالملاحظة والتقليد، حيث يعتبر الفرد هؤلاء الآخرين بمثابة نماذج يتم الاقتداء بسلوكهم، ومع ذلك فأن هناك عمليات معرفية تتوسط بين الملاحظة للأنماط السلوكية الذي يؤديها الفرد الذي انهي حياته باستخدام وسيلة معينة؛ وتنفيذها من قبل الشخص الملاحظ، وهذه الانماط ربما لا تظهر على نحو مباشر ولكن تستقر في البناء المعرفي للفرد حيث يتم تنفيذها في الوقت المناسب (التعلم الكامن)، وبالرغم من ذلك يتضمن التعلم بالملاحظة جانب انتقائي، فليس بالضرورة ان عمليات التعرض الى الانماط السلوكية التي تعرضها الفرد المحاول للانتحار يعنى تقليدها أو حتى تقليدها بالضبط فقد يعمل الفرد على اعادة صياغة لها او ينفذ بعض منها دون الكل، وتتوقف الانتقائية في تعلم جوانب معينة من سلوكيات النماذج دون البعض الآخر على مستوى الدافعية والعمليات المعرفية لدى الفرد الملاحظ، ان ملاحظة سلوكيات الآخرين وخبراتهم وما يترتب عليها من نتائج تعزيزية او عقابية ربما يثير الدافع لدى الافراد الملاحظين للأفراد المحاولين للانتحار لتعلم تلك الانماط السلوكية التي تعرضوا لها او تجنب السلوك اللذين لاحظوه، فالنتائج التعزيزية الناجمة عن سلوك النماذج تؤثر على نحو بديلي في عملية التعلم محاولة الانتحار، وهو ما نطلق عليه بالتعزيز البدلي او العقاب البدلي (الزغول، 2003).

6.2 جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة متعدد الأبعاد والمؤشرات، فهي تمثل أسلوباً ونمطاً بحد ذاته يعكس في طياته مجمل سلوكيات الفرد (كاظم؛ وآخرون، 2006). وتعتبر جودة الحياة من المتطلبات الهامة والرئيسية لتحقيق الصحة النفسية للفرد، فقد كان للصحة النفسية الأولوية في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها (البهادلي؛ وآخرون، 2006).

ويعرف حبيب (2006) جودة الحياة على أنها شعور الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية، والإبداعية، والثقافية، والجسمية، والمعرفية، والمهارات الرياضية، ويتضمن التوازن المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز، والتعلم المتصل للعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل

المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة، وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارية في توليد الأفكار الخلاقة والاهتمام بالإبداع.

وأما العادلي (2006) فيحددها بأنها حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة، البيولوجية والاجتماعية والثقافية، والاستمتاع بالظروف المحيطة به.

ومن جهة أخرى فيعرفها عبد الفتاح وآخرون (2006) بأنها الاستمتاع بالحياة المادية والإحساس بالتمتع بممارسة سلوكيات الحياة، والإشباع لحاجاته الغريزية والبيولوجية والنفسية، ووعي الفرد لذاته والآخرين، وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه.

أما مصطفى (2005) فقدم مفهوماً أوسع للجودة وربطها بعلاقة الفرد بالمجتمع، واعتبرها المستوى العالي من تقديم الخدمات المادية والاجتماعية لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالتوازن المادي والنفسي والاجتماعي، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى المجتمع الذي تتوفر فيه كافة الوسائل المادية والمهارات التي من شأنها دعم التواصل الاجتماعي للفرد مما تحسن من جودة حياة الفرد.

وقد عرفها كاظم وآخرون (2006) بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته؛ من خلال ثراء البيئة، ورفي الخدمات التي تقدم له في المؤشرات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية، مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه.

كما أن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع، وذلك من خلال رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، هذا مما يساعد الأفراد على تقبلهم ورضاهم عن ذواتهم، وذلك من خلال شعورهم بالسعادة والراحة الجسدية، فيقدر مستوى جودة الحياة على أنه مرتفع (مصطفى، 2005).

ويرى كاظم وآخرون (2006) أنّ الشعور بجودة الحياة يمثل أمراً نسبياً، لأنه يرتبط ببعض العوامل الذاتية، مثل: المفهوم الإيجابي للذات، والحالة الاجتماعية والرضا عن الحياة وعن العمل، والسعادة التي يشعر بها

الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية، مثل: الإمكانيات المادية المتاحة، والدخل، والحالة الصحية، والحالة السكنية، والوظيفية، ونظافة البيئة، ومستوى التعليم، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد.

ومن كل ما سبق يمكن القول إنّ جودة الحياة والتي تتضمن شعور الفرد بالحياة الجيدة وهذا يكون بالشعور بالراحة، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، والصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى الحياة والتي تنعكس بمؤشرات جودة الحياة، الصحة العامة، والعلاقات الاجتماعية والأسرية، والصحة النفسية، والرضا المهني (أحمد، 2008). فالتقدير المنخفض لهذه المؤشرات تشترك في هدف واحد والمتمثل في هدم الذات، لكن بدرجات مختلفة قد يؤثر على رغبة وتوجه الفرد نحو الموت، هذا ما يدل على أنّ هناك اختلافا في الرغبة بالموت من فرد لآخر، ويبقى ذلك مرتبطا بمعاناة الفرد النفسية، والاجتماعية، والشعور بعدم الرضا المهني، والصحة العامة للفرد (الرفاعي، 1975).

7.2 مؤشرات جودة الحياة:

مؤشرات جودة الحياة تعني صحتهم العامة والتي تتمثل في حالتهم الصحية والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية، وتقييم جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، ويتضح ذلك من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، وممارسته للأنشطة الاجتماعية والترفيهية وقوة الروابط، وجودة الصحة النفسية وتنبؤ في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، وعدم التوافق مع المرض، أو الشعور بعدم السعادة والرضا، وجودة الحياة المهنية وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، ومقدرته على تنفيذ مهام وظيفته (أحمد، 2008؛ Fallowfield, 1990). إن من الأهمية بمكان دراسة جودة الحياة لما تحويه من معنى لدى الأفراد الناجين من الانتحار، وذلك بالتطرق لمؤشرات قياس جودة الحياة عند الأفراد حسب Fallowfield, (1990):

1.7.2 المؤشرات النفسية:

وتنبؤ في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو عدم التوافق مع المرض، أو عدم الشعور بالسعادة والرضا.

2.7.2 المؤشرات الاجتماعية:

وتتضح من العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية، وعلاقاته الأسرية.

3.7.2 المؤشرات المهنية (الرضا المهني):

وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله، وشعوره بالإنجاز.

4.7.2 المؤشرات الجسمية والبدنية:

وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية، ووجود الطاقة الكافية لديه لإتمام نشاط معين.

8.2 مراجعة الدراسات السابقة:

في هذا الجزء يستعرض الباحث عددا من الدراسات التي استطاع الحصول عليها والتي تعتبر ذات صلة بمتغيرات الدراسة، سواء كانت تلك الدراسات محتوية على متغير وأكثر من متغيرات الدراسة، وسيقوم الباحث باستعراض ومناقشة النتائج والأدوات وأحجام العينات والمعالجات الإحصائية التي استخدمتها الدراسات في حال وجودها، وذلك للاستفادة منها في تحديد المنهجية والخطوات التي سيتبعها الباحث لاحقاً، وتفتقد المساحة البحثية العربية والأجنبية لتلك الدراسات التي تتناول تقييم جودة الحياة عند الأفراد الناجين من الانتحار، بل تتمتع الدراسات البحثية العربية التي تبحث وراء أسباب المحاولة الانتحارية وليس بتقييمها، ولكن تتشابه في بعض متغيراتها.

1.8.2 مراجعة الدراسات العربية:

دراسة الخواجة (2016) حيث قامت الباحثة بدراسة تهدف لتفسير المحاولة الانتحارية من خلال الكشف عن المشكلات النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية التي تدفع بالفرد إلى المحاولة الانتحارية، والتعرف إلى الدلالة النفسية التي أدت للجوء إلى الانتحار، وذلك للكشف عن مستوى التدبير لديهم.

استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي على عينة قوامها ثلاث حالات من عيادة غرب غزة من الصحة النفسية، واستخدمت أدوات المقابلة المنظمة من إعداد الباحثة، دراسة حالة، زيارات منزلية، ومجموعة من المقاييس والاختبارات (SCL 90)، تقنين إبراهيم حماد (2015) واختبار بك للاكتئاب (1996)، تقنين معمارية (2010)، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن التنشئة الاجتماعية لها علاقة بحدوث المحاولات الانتحار، كما أن هناك مجموعة من العوامل التي ساهمت بلجوء الحالات لمحاولات الانتحار؛ وهي العوامل النفسية التي أبرزها (الحرمان العاطفي، تحمل المسؤولية مبكراً بما يفوق الاحتمال، التقدير السلبي للذات، القلق من المستقبل، الشعور بالاضطهاد، الحساسية الزائدة، الشعور بالاغتراب والعدوانية تجاه الآخرين، الضغوط النفسية والحزن، كثرة الشكوى)، وأما العوامل الاجتماعية فأبرزها (تدني المستوى التعليمي، الاعتداء الجنسي والتعرض له، تدخلات أهل الزوج، التعرض للعنف والتهديد والانتقادات، الطلاق، العلاقات مع أحد الوالدين أو كليهما، الحاجة المساندة)، وهناك عدة عوامل أسرية أبرزها الشعور بعدم الرضا عن الزوج وضعف شخصيته، وعدم وجود مشاركة أسرية فاعلة، كما أن المستوى الاقتصادي غير كاف لتلبية احتياجات الحالات. وتبين أيضاً أن تلك المحاولات تهدف إلى استعطاف الآخرين ومساندتهم، وتعبير عن الحاجة للتقدير والاهتمام وإثبات الذات، ولفت انتباه المحيط، والهروب من المشكلات والتي أبرزها الصراعات، وتبين أن انخفاض مستوى التدبير لأفراد العينة، حيث كان مستوى التدبير لديهم متوسط فأقل، ساهم في رفع نسبة محاولة الانتحار.

دراسة الدباغ (2005) حيث قامت الباحثة بدراسة أثر الثقافة والحرب والاحتلال التي يعاني منها الفلسطينيون على السلوك الانتحاري.

واستخدمت الباحثة أسلوب المقابلات، وذلك بتحليل 31 حالة مسجلة في المستشفيات ودوائر الشرطة، وبإجراء المقابلات في عدد من المستشفيات في الضفة الغربية وقطاع غزة.

وأظهرت نتائج الدراسة زيادة محاولات الانتحار في المجتمع الفلسطيني، خاصة في الفترة التي تبعت نهاية الانتفاضة الأولى 1987-1993. حيث وجدت تدخلات والهجمات العسكرية وهدم البيوت في مناطق القرى والمناطق المهمشة "مناطق ب و ج"، ووجدت تأثير الظروف السياسية وما يتركه الاحتلال من آثار سلبية على الرجال والنساء؛ كتضييق الموارد من حيث مصدر الرزق، الزيادة في البطالة، والفقر كلها عوامل مساعدة في زيادة تفكير الأفراد في الانتحار، كما أن الفرد الذي يشاهد الموت والقتل والدمار معظم أيام السنة فإنه من الطبيعي أن يفكر بالموت كأمر طبيعي، وقد أشارت الباحثة إلى أن هذه الظاهرة المتزايدة في المجتمع الفلسطيني لا يمكن معالجتها من خلال الاعتماد على جهود الأسرة فقط بل يجب إيجاد مؤسسات مختصة.

دراسة أبو صفا (2004) حيث قامت الباحثة بدراسة تقصي المخاطر الكامنة وراء تجربة الانتحار لدى عينة من النساء الفلسطينيات.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الكيفي للظاهرة، وتكونت عينة الدراسة من (20) امرأة ممن حاولن الانتحار مرة واحدة على الأقل، تم اختيارهن بالطريقة القصدية من المؤسسات الأهلية غير الحكومية وبعض الوزارات الحكومية كوزارة الشؤون الاجتماعية ومستشفيات خاصة جميعها في الضفة الغربية، وتم إجراء مقابلات مسجلة صوتياً معهن (في مكان خاص بعد موافقتهن)، عبر المقابلة المعمقة شبه المنظمة وجها لوجه، مبنية على دليل المقابلات شبه المركبة، وتم تحليل البيانات بناء على طريقة GIORGI لتحليل البحوث الوصفية النوعية للظاهرة، وقد أظهرت الدراسة وجود أربعة عوامل أساسية تشكل عوامل خطورة الانتحار، تشمل على (14) عاملاً فرعياً: (العنف: الجنسي، والأسري، والجمعي، ومشاهدة الاعتداءات، وسوء معاملة الأطفال)، و(الفقد: فقد الوالدين، فقد الهوية الثقافية، فقد علاقة ما، وفقد الأمان)، و(عوامل خطر نفسية: تدني الكفاءة الذاتية، تدني تقدير الذات، آليات تأقلم غير تكيفية)، و(غياب نظام الدعم: المهني وغير المهني)، كما وأشارت الباحثة إلى أهمية برامج الوقاية الوطنية كتطبيق برامج الصحة النفسية وإدراك حقوق النساء، ومواجهة الأمية لدى الرجال أو النساء، ومنع زواج القاصرين الإجباري، وتقديم الدعم الاقتصادي والاجتماعي بخاصة النساء الصغيرات، وتفعيل القيم الإسلامية أكثر من العادات والتقاليد، بهدف تقليل عوامل خطورة الانتحار.

دراسة شفيق (2013) حيث قام الباحث بدراسة لفحص العوامل النفسية والاجتماعية، وعوامل الخطر المرتبطة بمحاولي الانتحار.

استخدم الباحث لاستخدام المنهج المقارن، وقام باختيار عينيتين عشوائيتين قوامهما (110) من المراجعين لقسم الطب النفسي، ومركز السموم بمستشفيات جامعة عين الشمس بالقاهرة، و(50) من محاولي الانتحار المحولين إلى مركز الكويت للصحة النفسية، وتمت المقارنة بعينتين ضابطين قوامهما (50 و90) بمصر والكويت، تم اختيارهم من أصدقاء عينة الدراسة، بشرط ألا يكون لهم تاريخ محاولات انتحارية أو أية أمراض نفسية، وقد قام بتطبيق كل من فحص الحالة العقلية المصغر، قائمة مراجعة الأعراض للتصنيف الدولي العاشر للأمراض، ملزمة نصف منظمة لتدوين البيانات الديموغرافية الاجتماعية والعوامل المرتبطة بتحديد السلوك الانتحاري، المقياس المدرج لحالة العائلة الاجتماعية والاقتصادية للشخص، استبانة التغلب على حوادث الحياة لليونارد، واستبانة مغزى الحياة لكرامبو، واستنتج الباحث أن هناك مجموعة من عوامل الخطر النفسية والاجتماعية ترتبط مع السلوك الانتحاري؛ كالمشاكل الحياتية في العلاقات، والمشاكل الصحية والاقتصادية والقانونية وغيرها، وكذلك وجود اضطرابات نفسية خاصة بالاكتئاب، والاضطرابات الشخصية غير المستقرة عاطفياً من النوع المنفتح، واتضح أيضاً انخفاض أبعاد معنى الحياة لدى عينة الدراسة.

دراسة نعيمة (2014) حيث قام الباحث بدراسة هدفت إلى فهم ظاهرة الانتحار عامة والمحاولة الانتحارية خاصة.

من خلال فحص مدى تأثير وتأثر أفراد الأسرة فيما بينهم، ومدى تأثير هذه العلاقة على المراهق لتؤدي به إلى ارتكاب محاولات انتحار أو لا، إضافة إلى التحقق من الفرضيات التي وضعها الباحث للدراسة، والتي لم تهتم بها الدراسات المحلية، حيث إن الفرضية الأساسية تتمثل في أن النسق الأسري له علاقة بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق، واستخدام الباحث منهج الوصف المقارن، واختار عينة استطلاعية قوامها (60) فرداً، من المستشفى الجامعي ببنيزي وزو في المجتمع الجزائري، و(4) أفراد منهم للدراسة التجريبية للمقاييس، و(10) حالات من محاولي الانتحار، منهم (7) حالات من محاولي الانتحار في المشفى الجامعي CH4 لبنيزي وزو، وثلاثة من مستشفى الأمراض العقلية ببنيزي وزو بالجزائر، و(10) أفراد من طلاب الثانوية العامة ببنيزي وزو لم يحاولوا الانتحار. واستنتجت الدراسة عدم مقدرة عينة الدراسة على حل المشكلات، كما أن الاتساق الأسري يتميز بالانغلاق التام، مع ارتفاع للمعاملة القاسية لديهم، ويسود

اتساقهم الأسري انفعال الحزن والاكتئاب، وعليه فإن المراهق الذي يعيش في ظل اتساق أسري بالمواصفات المذكورة سينعكس عليه فيحاول الانتحار.

دراسة خضر (2008) حيث قامت الباحثة بدراسة هدفت لفحص أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والدينية للمنتحرات ومن حاولن الانتحار في مدينة الرياض.

وهدفنا الدراسة الى تحديد الخصائص الشخصية والاجتماعية والاقتصادية للمنتحرات، ومن حاولن الانتحار، وبيان أهم خصائص الانتحار، وتحديد أهم العوامل المؤدية للانتحار الإناث. واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، حيث طبقت دراستها على عينة مؤلفة من (287) حالة، منها حالتان انتحرتا فأصبحت عينة الدراسة (285) حالة من محاولي الانتحار. وقد استخدمت الباحثة تحليل المضمون ومنهج البحث الاجتماعي إضافة للاستبانة والمقابلة، واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات، النسب المئوية، اختبار كا²، اختبار الفروق بين المتوسطات من خلال برنامج SPSS، واستنتجت الباحثة بأن المنتحرات ومحاولات الانتحار يتصفن بعدد من السمات، وهي أنهم من فئة الشباب، مسلمات، حصلن على التعليم المتوسط، وتعانين من أمراض نفسية وعضوية، تدني نسبة التدخين في حالة وجود الضغوط الحياتية، وهذا يدل على وجود علاقة بين كل من الحالة الصحية والمستوى الاقتصادي والمهني والعوامل الدافعة للانتحار، ووجود علاقة عكسية بين كل من التعليم ومحاولات الانتحار، ولا توجد أي علاقة بين كل من تعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار لدى النساء، يتسم الانتحار بعدد من الخصائص أبرزها؛ ارتفعت نسبة محاولات الانتحار في عام 1427هـ الموافق 2005م، وتمت محاولة الانتحار بالمنزل حينما كانت بمفردها، وقد أسعفت أغلب الحالات من قبل أسرته، حيث كانت السموم هي أبرز الوسائل للمنتحرات ومحاولات الانتحار، وبالنسبة للعوامل الاجتماعية الدافعة للانتحار؛ فقد توصلت الباحثة إلى أكثر المشاكل العائلية بنسبة (47,7%)، تليها المشاكل الزوجية بنسبة (26,5)، وأخيرا الصراع مع الآخرين بنسبة (13,7)، وهذا ما أثبتته أيضا الخروج بنتيجة عدم ترك رسائل للأهالي أو الأصدقاء قبل تنفيذ القرار؛ لعدم الشعور بالأمان تجاه أحدهم، بالنسبة للعوامل النفسية التي دفعت للانتحار فهي (تدني الصبر، سماع الموسيقى والأغاني، التفكير المشوش، الحياة المملة، الشعور بالحزن والاكتئاب ووجود الأمراض النفسية).

دراسة ميموني (2008) حيث قام الباحث بإجراء دراسة هدفت للتعرف على الأسباب التي يتم من خلالها اللجوء لمحاولات الانتحار بوهران-الجزائر.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث طبق دراسته على عينة مكونة من (173) حالة، بمصلحة الاستعجالات بمركز الصحة النفسية بوهران، مستخدماً التحليل، وذلك باستخدام المقابلة، وتحليل الباحث للمقابلات. واستنتج الباحث أن السمات التي تميز محاولي الانتحار، أن هناك نسبة (75%) من محاولات الانتحار إناث، بينما (25%) ذكور، وهناك نسبة (7%) من محاولي الانتحار لا يتجاوز سنهم (36) سنة، ونسبة (65%) منهم غير متزوجين و(35%) متزوجون، وأغلب المتزوجين نساء، وأما عن أسباب اللجوء للانتحار فقد توصل الباحث للتالي: (احتل العنف الأسري وسوء التواصل المرتبة الأولى، تليها المشاكل الغرامية سواء بحدوث خلافات فيما بينهما أو رفض الأهالي تزويجهم، ثم تصلب الآباء وعدم إصغائهم لأبنائهم، وبهذه الحالة كان احتياج الفتيات أكثر من الفتيان، ثم احتقار الأسر لأبنائها)، كون محاولات الانتحار ليست فعلاً بسيطاً لكنه صدمة عميقة تمس كلاً من الأسرة والمحيط، مما قد تؤدي لسلوكيات مميتة، وما زالت المحاولات في ازدياد.

دراسة الدسوقي (2006) حيث قام الباحث بدراسة هدفت إلى نمذجة العلاقة السببية بين خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب، وتصور الانتحار لدى عينة من السيدات المعرضات للإساءة في محافظة المنوفية في مصر.

وذلك من خلال تصميم نموذج يوضح العلاقة بين الخبرات المذكورة آنفاً وتصور الانتحار لدى عينة من النساء الراشديات المعرضات للإساءة، إلى جانب التعرف إلى أبعاد الإساءة الجسمية أو النفسية أو الجنسية المنبئة بالاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة.

وقد لجأ الباحث لاستخدام المنهج الكمي، على عينة قوامها (114)، وقد كان اختيار العينة خاضعاً لشروط الاشتمال من يكونوا من السيدات العاملات بإدارة جامعة المنوفية، والعاملات بالمدارس الثانوية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (28-43) عاماً، وقد قام بتطبيق استمارات بيانات أولية من إعداد الباحث، مقياساً لتطور الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، مقياس سلوكيات الإساءة، مقياس القلق، قائمة تشخيص الاكتئاب IDD، واستخدام الباحث الأساليب الإحصائية التحليلية التحليل العاملي، تحليل المسار، ارتباط بيرسون، أسلوب الانحدار المنظم.

واستنتج الباحث أن خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار تُشكل فيما بينها سببا يوضح العلاقة بين هذه المتغيرات، وذلك من خلال الإساءة الجسمية والجنسية تنبئ بظهور خبرات اضطراب القلق والاكتئاب وتصور الانتحار.

دراسة الصرايرة (2006) حيث قام الباحث بدراسة هدفت للتعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة (1995-2004).

واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وذلك بالرجوع للبيانات الجاهزة والمتوفرة بالتقارير الإحصائية الجنائية والصادرة عن مديرية الأمن العام بالمملكة الأردنية الهاشمية من عام (1995-2004). واستنتجت الباحثة أن أكثر الفئات ارتكابا للانتحار هم الشباب ثم كبار السن، وغير العاملين أكثر انتحارا من العاملين، وفئة إقليم الوسط أكثر من فئتي الشمال والجنوب، كما أن الأسباب الاجتماعية هي أكثر الأسباب الدافعة للانتحار، والتي تتضمن الإهمال من قبل العائلة، غياب الدعم الاجتماعي من قبل المجتمع المحيط، وكانت أكثر وسيلة للانتحار استخدام السلاح الناري.

دراسة كريم (2003) حيث قام الباحث بدراسة هدفت الى تحديد أهم العوامل المؤثرة في حدوث ظاهرة الانتحار في محافظة السلمانية وضواحيها-العراق، لكلا الجنسين.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي، حيث قام باختيار عينة قوامها (410) من المنتحرين من كلا الجنسين، ثم جمع بيانات سجل لثلاث سنوات من (2000-2002)، من مديرية شرطة السلمانية ودائرة الإحصاء وشعبة الحروق في المستشفى التعليمي. وقد تم تطبيق المقابلات مع أطباء الحالة النفسية ومع محاولي الانتحار بالمشفى ومع الأهالي، من خلال تصنيف المتغيرات، وتحديد أهمها في الظاهرة المدروسة، وذلك لوصف العلاقات التصنيفية بين هذه المتغيرات من خلال تطبيق التحليل العاملي، باستخدام طريقة التعامل الرئيس التي تخص المنتحرين المتوفين، وتبين من خلاله تحديد عوامل خطر الانتحار، والتي تتمثل بالمشاكل الزوجية بنسبة (30.7%)، والصراعات العائلية بنسبة (20.9%)، والاحتياجات المادية بنسبة (16.4%)، والإدمان على المواد بنسبة (14.6%)، وسوء التعامل من الآخرين بنسبة (13.4%)، والأمراض النفسية بنسبة (10.7%)، والأمراض الجسمية بنسبة (3.65%)، والأمراض العقلية بنسبة (2.13%)، والصدمة بنسبة (2.4%). وتبين أنه يوجد علاقة بين هذه العوامل وتوجه الأفراد نحو محاولة الانتحار.

دراسة الطويرقي (1999) حيث قام الباحث بإجراء دراسة مسحية بعنوان المحاولات الانتحارية والشعور بالوصمة الاجتماعية في مستشفى الحرس الوطني بالرياض.

واستخدم الباحث أسلوب جمع المعلومات من خلال 156 ملف حالة في مستشفى الحرس الوطني بالرياض، واستخدم أسلوب الملاحظة، حيث استغرق الباحث في ملاحظة وجمع المعلومات من عام 1996-1998، واستنتج الباحث أن النساء شكلن (80%) من نسبة محاولات الانتحار، كما لاحظ الباحث أن أهالي المنتحرين لا يعودون إلى المستشفى نفسه الذي عالج الشخص الذي حاول الانتحار لديهم في المرة الأولى؛ خوفاً من الفضيحة، بالإضافة إلى أن الكثير من الأطباء قد لا يكتبون في تقاريرهم الحالة بأنها "انتحار"، ويكتفون بالتشخيص على أنها جرعة دواء زائدة أو تناول علاج خاطئ مما يجعل الظاهرة في الواقع أكثر اتساعاً من الأرقام الرسمية، كما بينت هذه الدراسة أن التضامن الاجتماعي الذي يحصل عليه الفرد من أسرته بعد المحاولة الأولى للانتحار غير كافٍ، وبالتالي فإن خطر المحاولة الثانية يكون شبه مؤكد.

دراسة عبد الله (2008) حيث قام الباحث بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى الانتحار من خلال العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في المجتمع المصري.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستخدام النظريات النفسية والاجتماعية، واستنتجت الدراسة بأن العلاقات الاجتماعية والاسرية غير الداعمة؛ والتربية القاسية وعدم تعبير أفراد الأسرة عن مشاعرهم تجاه بعضهم البعض، وتدني مستوى دخل الأفراد، تؤثر على الأفراد بشكل سلبي، كما وتشعر الفرد بالعجز والإحباط وعدم القدرة على التغيير، وبالتالي فإن مثل هذه العوامل تزيد من اتجاه الفرد نحو العدوان الموجه نحو الذات؛ حيث يحاول الفرد التخلص من ذاته وتدميرها، وقد بينت هذه الدراسة أنه ثمة علاقة بين تقلبات نسب الانتحار وتقلبات ظروف العمل، فقد وجد أن نسب الانتحار تزداد في أزمات العمل (البطالة، الفقر) وتهبط في فترات الرخاء" كما وجد أن نسب الانتحار ترتفع في فترات الكساد الاقتصادي وارتفاع الأسعار والأزمات الاقتصادية وانتشار البطالة.

دراسة البدينة (1995) حيث قام الباحث بدراسة هدفت إلى تحليل محاولات الانتحار في المجتمع الأردني، ووصفها من حيث التغيرات التي طرأت عليها.

من حيث توضيح خصائص المنتحرين في المجتمع الأردني كالجنس، والعمر، والمهنة، والحالة الاجتماعية والعلاقة التي تربط هذه المتغيرات، وقد اعتمدت الدراسة في الحصول على بياناتها من السجلات الرسمية

الصادرة عن مديرية الأمن العام في الفترة ما بين 1980-1991 وكان عدد الحالات في هذه الفترة هو 583 محاولة انتحار، وذلك من خلال مراجعة ملفات الافراد ، وأظهرت نتائج الدراسة أن حالات الانتحار بين الإناث أكثر من الذكور، وفي الشباب أكثر من كبار السن، وغير المتزوجين أكثر من المتزوجين والعاطلين عن العمل أكثر من الذين يعملون، أما بالنسبة للوسيلة التي استخدمت في عملية الانتحار فكانت شرب الأدوية، والسوموم هي الأكثر شيوعا.

2.8.2 مراجعة الدراسات الأجنبية:

دراسة اسكين وآخرون (Eskin, et al., 2018) قام الباحثون بإجراء دراسة حول الأفكار والمحاولات الانتحارية، ودوافعها بين طلاب الجامعات في 12 دولة إسلامية.

حيث شمل مجتمع الدراسة: أذربيجان، مصر، إندونيسيا، إيران، الأردن، لبنان، ماليزيا، فلسطين، باكستان، المملكة العربية السعودية، تونس، تركيا، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي، في تطبيقهم للمسح عن طريق الاستبيان الذاتي للأفكار والمحاولات الانتحارية ودافعها، وبلغت عينة الدراسة 8417 (54.4% إناث) من طلاب الجامعات وتبين أن 22% من المشاركين يفكرون في الانتحار وأن 8.6% منهم قد حاولوا الانتحار. وتبين أن أعلى مستوى انتشار الأفكار الانتحارية في أذربيجان وإندونيسيا والمملكة العربية السعودية، في حين تم تسجيل انخفاض نسب انتشار الأفكار الانتحارية في مصر والأردن ولبنان وماليزيا، في حين أن نسبة محاولات الانتحار جاءت عالية في أذربيجان، وفلسطين والسعودية، بينما كان مستوى المحاولات الانتحارية في إندونيسيا وإيران والأردن ولبنان وماليزيا وتونس أقل، وكانت أكثر طريقتين مستخدمتين لمحاولة الانتحار هما تعاطي المخدرات، واستخدام أدوات حادة، منهم 32.7% من المحاولات تطلبت عناية طبية، وارتفعت نسبة السلوكيات الانتحارية لدى الإناث على نسبتها من الذكور. ووجدت الدراسة ان أكثر الدوافع المسببة للانتحار هي الهروب من الواقع الذي يعيش فيه الشباب أكثر من العوامل الاجتماعية، وتبين أن أكثر نسبة لمحاولات الانتحار في البلدان التي تتميز بالتشدد الديني والعادات والتقاليد.

دراسة جين وآخرون (Jin, et al., 2015) قام الباحثون بإجراء دراسة تهتم بفحص السلوك الانتحاري، وعلاقته بجودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة للفرد.

وجمعت البيانات من خلال مسح الصحة العامة للأفراد ما بين عامي 2008 و2009، وشملت عينة الدراسة 393 مشاركًا، تزيد أعمارهم عن 20 عامًا، واستخدمت الدراسة التحليل الوصفي وتبين من خلاله أن المشاركين الذين اختبروا الأفكار الانتحارية أو محاولات الانتحار لديهم ضعف في جودة الحياة في الصحة العامة، فقد عبر المشاركون بأن لديهم مشاكل في النوم، وضعف القدرة الجسمية التي تساعدهم على التحرك والنشاط اليومي، وشعورهم بالألم الجسدي، والشعور المرتفع بعدم الاستمتاع، وتعبيرهم بغضب عن تدني قيمة ذواتهم، واستنتجت الدراسة بأن أفراد العينة لا يوجد لديهم إنجاز عملي على المستوى المهني، ولديهم إصابات في العمل، وتبين أيضا أنه لا يوجد نظام دعم اجتماعي من العائلة ولا من الأصدقاء.

دراسة فينج وآخرون (Feng, et al., 2016) قام الباحثون بإجراء دراسة فحصت التغيرات في جودة الحياة بعد المحاولة الانتحارية.

حيث تم فحص العوامل المتعلقة بمحاولة الانتحار في البرزيل، حيث استمرت الدراسة ثلاثة أشهر من محاولة الافراد للانتحار، وبلغت عينة الدراسة 97 من الأفراد الذين اختبروا المحاولة الانتحارية من المرضى النفسيين، وأظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الانتحاريين الذين قاموا بمحاولة الانتحار خلال الأشهر الثلاثة الأولى أظهروا متوسط درجات أقل في جميع المؤشرات الأربعة لأداة جودة الحياة التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وتبين أن الأفراد الذين لم يعادوا الانتحار يتمتعون بنقاط جودة أعلى في جميع المؤشرات. واتضح أن الأفراد المحاولين للانتحار حصلوا على درجات تدني ملحوظ في مجالات الصحة البدنية والبيئية.

دراسة فيروويذر وآخرون (Fairweather, et al., 2016) قام الباحثون بإجراء دراسة فحصت جودة الحياة والمحاولة الانتحارية في أستراليا.

واستخدم الباحثون منهج الدراسة الطولية للانتحار، ومقياس جودة الحياة، واستمرت الدراسة بجمع بياناتها فترة أربع سنوات، وتكونت عينة الدراسة من 130 فردا، تم اختيارهم بشكل عشوائي واستخدمت الدراسة في تحليلها نموذج الانحدار اللوجستي، وتبين من النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة متدني،

حيث اتضح أنهم يعانون من أمراض مزمنة، كالمشاكل في القلب، ومرض السكري، ومشاكل غسل الكلى، وعدم رغبة عينة الدراسة بالحياة، والشعور بالعزلة الاجتماعية، ولديهم مهارات حياتية متدنية، ضعف في الاتصال والتواصل، وضعف في قدرتهم على حل المشكلات، واتخاذ القرار، وعزت الدراسة المحاولات الانتحارية لوجود المرض المزمن، وضعف العلاقات الاجتماعية والأسرية وتدني وضعهم الاقتصادي، وذلك بسبب عدم مقدرتهم على القيام بالعمل، وهذا يعزى لتدني الإنجاز ومفهوم وقيمة الذات لدى عينة الدراسة.

دراسة اكسنج وآخرون (Xing, et al.,2010) قام الباحثون بإجراء دراسة بعنوان جودة العلاقات الأسرية المرتبطة بالمحاولات الانتحارية بين الطلاب المراهقين الصينيين.

واستخدم الباحثون المنهج الوصفي، وتم تحديد انتشار محاولات الانتحار ضمن العوامل الأسرية بين الصغار وطلاب المدارس الثانوية العليا، وتكونت عينة الدراسة من مجموعه 13512 طالبًا من 32 مدرسة ثانوية عليا، ضمن الصفوف من 7 إلى 11، وشاركت 8 مدن في الصين في المسح، وتركزت متغيرات الدراسة على الخصائص الاجتماعية، والديموغرافية، واستخدام التبغ، والكحول، وفحص أحداث الحياة العائلية الضاغطة لتقييم حياة عائلة الطلاب.

واستنتجت الدراسة بشكل عام أن 2.7% (338 / 12,470) من المراهقين داخل المدرسة قاموا بمحاولة انتحار في السنة الماضية، وكانت المحاولات الانتحارية للفتيات أكثر من الأولاد، وتبين أيضا أن انفصال الوالدين، والحياة العائلية الضاغطة، والتي لا يوجد فيها ترابط أسري كانت المحاولات الانتحارية لعينة الدراسة أعلى، وتمثلت سلوكيات عينة الدراسة بشرب الكحول، وتناول التبغ باستمرار.

دراسة فالفريديو وليدو وآخرون (Valfrido, at al., 2016) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت للتعرف على جودة حياة الأفراد المصابين بالإضرابات العقلية.

حيث تكون مجتمع الدراسة من المرضى الذين يترددون على خدمات الصحة العقلية في مجتمعات أرابيراكا، ألاغواس، البرازيل ويستفيدون منها، واستخدم الباحثون أسلوب المقابلات في وحدات صحة الأسرة ومركز الرعاية النفسية والاجتماعية، وشملت العينة 202 من مرضى اضطراب عقلي مع تكرار محاولات الانتحار، و207 من مرضى اضطراب عقلي من دون تكرار محاولات الانتحار. واستخدمت هذه الدراسة استبيان تحديد الهوية، واستبيان مختصر بجودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس بيك الانتحاري، واستنتجت الدراسة تدني جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب عقلي ولديهم خطر محاولات

الانتحار، حيث تبين أنهم كانوا منعزلين، وحيدين، والمستوى التعليمي والدخل الأسري لهم متدنٍ، وتبين أن بعض أفراد العينة لم يعملوا بمهن، والبعض الآخر ليسوا ناجحين في مهنتهم، وأظهروا درجات أقل في مجالات جودة الحياة؛ 73 من هؤلاء المرضى كان لديهم تصور انتحاري في الأسبوع السابق. وتبين أن الاضطرابات الاكتئابية، وحالات الهوس، واضطرابات النوم والرهاب الاجتماعي، والاضطراب الوسواسي القهري، واضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة، ومرضى الذهان، واضطراب القلق العام أكثر عرضة للتفكير بالانتحار وأنهم معرضين لخطر محاولات الانتحار المتكررة.

دراسة كيزا وآخرون (kizza, et al., 2012) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى فهم الديناميكيات والظروف التي تحيط بالانتحار بين النساء بعد التعرض للنزاعات في شمال أوغندا.

باستخدام مقابلات تستخدم التشریح النفسي النوعي، وتكونت عينة الدراسة من إحدى عشرة امرأة، حيث أجريت المقابلات مع ثلاثة إلى خمسة أفراد أقارب وأصدقاء المنتحرات الثلاث اللاتي شملتهن الدراسة، واستخدم الباحثون أداة المقابلة التشریح النفسي والذي يحتوي على العناصر التي حددها شنيدمان "Shenidman, 1993"، وتحليل التفسيري للظواهر من أجل الفهم العميق لتجربة الانتحار والظروف النفسية قبل الانتحار، ووجد الباحثون أن النساء المنتحرات مررن بتجارب صادمة تعزى للحرب-النزاع طويل الأمد بين الجماعات المتمردة والقوات المسلحة الحكومية بأوغندا، ومع ذلك فإن قرار إنهاء الحياة أمر ذاتي مرتبط بمجموعة من التجارب والأحداث غير السارة التي سادت حياتهن خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة قبل الانتحار، والتي يمكن تلخيصها تحت عنوانين رئيسيين هما: فقدان التحكم بالحياة، وغياب الرعاية والاهتمام، كما وجدت الدراسة بعض العوامل التي اعتبرت بمثابة انتهاكات ثقافية، ومن ثم ساهمت في انتحار النساء، منها تبدل الأدوار المجتمعية التقليدية المنوطة بالجنسين، بحث الرجال عن رجولتهم المفقودة، ومحاولات النساء للدفاع عن حقوقهن.

دراسة إيروغلو وآخرون (Eroglu, et al., 2013) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى تقييم مدى تكرار محاولات الانتحار، ونوعها وأهم الخصائص الإكلينيكية المصاحبة لها.

وتكونت عينة الدراسة من (122) فرداً؛ (60 إناثاً-62 ذكوراً)، كلهم مرضى مصابون باضطراب المزاج ثنائي القطب، تتراوح أعمارهم ما بين (18-65) عاماً، والذين يتابعون في كلية الطب قسم الطب النفسي

في جامعة شوکوروفا في تركيا، واستخدم الباحثون نموذج تسجيل ومتابعة المريض من إعداد قسم الطب النفسي، واستخدم الباحثون المقابلة السريرية المركبة لتشخيص الاضطراب النفسي حسب الدليل التشخيص الرابع للطب النفسي، حيث تمت تعبئة النماذج عبر المقابلات مع المرضى وذويهم، وعبر تقييم ملفات المرضى الداخليين، وقد أظهرت الدراسة أن معدل انتشار حالات الانتحار بلغ (19.7%) لدى المرضى المراجعين من خارج قسم الطب النفسي، كما وجدت ارتباطا بين التاريخ السابق من المحاولة الانتحارية وبين جنس المريض حيث كانت النساء أكثر من الرجال عرضة للانتحار أو المحاولة الانتحارية، وكذلك مرضى الاكتئاب، ومؤشرات مدة المرض، والتاريخ المرضي، وعدد الإدخالات المريض إلى المستشفى، وعدد نوبات الاكتئاب التي عانى منها، وخلصت الدراسة إلى أن مرضى اضطراب المزاج ثنائي القطب لديهم نسبة أعلى من محاولات الانتحار، مما يشير إلى ضرورة أن يكون التسريع في طلب العلاج، وتقليل عدد النوبات، وتقدير خطر الانتحار خلال النوبات الاكتئابية والمختلطة من أهم أولويات العملية العلاجية.

دراسة روينغورن وآخرون (Ruengorn, et al., 2012) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة عوامل الخطر المؤدية لمحاولات الانتحار بين مرضى الاكتئاب الحاد في شمال تايلاند.

الذين تم تشخيصهم بحسب ICD-10، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (186) مريضا مصابا بالاكتئاب الشديد، من الذين جاؤوا للعلاج في إحدى المستشفيات في الفترة ما بين أكتوبر 2006 ومايو 2009، حيث تم اعتماد الحالات على أنهم جميع المرضى الذين تم إدخالهم للمستشفى بعد محاولات الانتحار، وتكونت العينة الضابطة من (914) فردا سليما لم يحاولوا الانتحار، وتم اختيار الجميع في الأسبوع ذاته، وتم الحصول على البيانات البحث من السجلات الطبية حيث تم الحصول على البيانات الديموغرافية، وبيانات أخرى كتشخيص حسب ICD-10 وشدة الاضطراب والعلاج المستخدم للمريض، وأي إدخال سابق للمستشفى ومدته، ومدة العلاج من الاكتئاب والتاريخ الأسري السابق لأي اضطرابات نفسية أو للانتحار والوسيلة المستخدمة فيه، واستخدم لتحليل البيانات multivariable stepwise logistic regression & univariable logistic regression، وأظهرت نتائج الدراسة أن العوامل المرتبطة بمحاولات الانتحار كانت أحداث الحياة الضاغطة، تعاطي الكحول، قلة الالتزام بتناول الأدوية النفسية أو تناولها بشكل متقطع، وجود محاولتين سابقتين فأكثر للانتحار، واستخدام مضادات الذهان الموصوفة له، فيما وجدت أن العوامل المرتبطة عكسيا بمحاولات الانتحار كانت طول المدة التي يتعالج

فيها المريض من الاكتئاب بما يقدر بحوالي خمس سنوات فأكثر، إضافة إلى مضادات الاكتئاب الموصوفة له، بمعنى كلما زادت الفترة العلاجية للفرد قلت المحاولة الانتحارية، بسبب اكتمال العلاج للفرد.

دراسة ستيفانييلو وآخرون (Stefanello, et al., 2008) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى تحديد الفروقات الاجتماعية الديموغرافية، الاجتماعية النفسية، والسريرية بين الرجال والنساء الذين حاولوا الانتحار وجودة حياتهم.

حيث تمت مقابلتهم في مستشفى جامعة مدينة ساو باولو البرازيلية، وتألقت عينة الدراسة من (210) من المشاركين؛ منهم (68.1%) نساء، ممن حاولن الانتحار بين عامي 2002-2006، وأدخلن إلى مستشفى Hospital de Clinicas of the Universidade de São Paulo، وتم إجراء مقابلات موحدة، وتكونت من مقياس من إعداد الباحثين. واستخدم الباحثون منهج الدراسة العرضية، وتم تحليل البيانات باستخدام (SAS) The Statistical Analysis System Multivariate Logistic Regression Analysis، وأظهرت الدراسة أن النساء المشاركات حصلن على درجات منخفضة في مقياس منظمة الصحة العالمية حول جودة الحياة، كما أنه حصلن على درجات منخفضة في مقياس بيك للاكتئاب، كما أظهرت الدراسة وجود اضطرابات نفسية ناجمة عن تعاطي الكحول والعقاقير لدى الرجال أكثر منها لدى النساء، وأنهم استخدموا الكحول بغرض الانتحار بشكل أكبر من النساء، بينما أظهرت النساء نسبا أعلى من سوء المعاملة الجسدية والجنسية.

دراسة فيرو وآخرون (Ferro, et al., 2017) قام الباحثون بإجراء دراسة لفحص السلوك الانتحاري بين المراهقين والشباب البالغين المصابين بمرض مزمن.

واستخدمت الدراسة مقياس السلوكيات والأفكار الانتحارية، واستخدمت الدراسة فحص الانحدار اللوجستي متعدد الحدود الارتباطي بين المرض المزمن والسلوكيات والأفكار الانتحارية، وضبط للخصائص الاجتماعية والديموغرافية والصحية ذات الصلة، واستنتجت الدراسة أن انتشار الأفكار والخطط والمحاولات الانتحارية أعلى في الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن؛ فالمرض المزمن يؤدي إلى ارتفاع احتمالات الأفكار الانتحارية [OR = 1.28 1.01 إلى 1.64]، والتخطيط للانتحار [OR = 2.34 1.22 إلى 1.39]، ومحاولات الانتحار [OR = 4.63 1.52 إلى 11.34].

دراسة بالاز وآخرون (Balazs, et al., 2018) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت للتعرف على المحاولة الانتحارية، وجودة الحياة للمراهقين.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعة إكلينيكية 134 مراهقا، تتراوح أعمارهم بين 13 و 18 سنة. تم تقييم خطر الانتحار، أي وجود أي أفكار انتحارية حالية أو محاولة انتحار سابقة، وتم استخدام مقياس جودة الحياة ومقياس نقاط القوة والضعف (SDQ) عند المراهقين. تم اختبار نموذج mediational، والذي توسطت جودة الحياة لدى المرضى والتحكم في خطر الانتحار بالنسبة للجنس والعمر عن طريق تحليل الانحدار، واستنتجت الدراسة أن الجنس والعمر مرتبطان بمخاطر الانتحار؛ حيث توسطت جودة الحياة التي ارتفعت بشكل كبير العلاقات والمشكلات العاطفية، بالإضافة إلى مشكلات الأقران، وتبين أن المحاولة الانتحارية تعزى لمشاكل عاطفية، ومشاكل الأقران مع انخفاض مؤشر جودة الحياة، والذي بدوره كان مرتبطا بعلاقة عكسية مع خطر الانتحار لأفراد الدراسة، فكلما كانت جودة الحياة أعلى قلت محاولات الانتحار.

دراسة بونيزوفسكي وآخرون (Ponizovsky, et al., 2003) قام الباحثون بإجراء دراسة بعنوان فحص جودة الحياة والمحاولات الانتحارية بين الأشخاص المصابين بالفصام.

واستخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة، وتكونت عينة الدراسة من 227 مريضاً بشكل قصدي؛ إذ تم تشخيصهم وفق DSM-IV بمرض الفصام، مع وجود تاريخ محاولات الانتحار عند أفراد الدراسة، واستنتجت الدراسة أن المرضى الذين حاولوا الانتحار عدة مرات رضاهم عن حياتهم منخفض، ضمن مجالات الحياة التي يعيشون فيها. وتبين أن الاختلافات بين المرضى في جودة الحياة منخفضة تعود إلى التاريخ المرضي، وتعزى للمتغيرات النفسية الحالية للمريض، والتي تشمل: عمر المريض عند بداية الاضطراب، وعدد إدخلات المريض للمستشفى، والأعراض الإيجابية والسلبية لمرضى الفصام والاكتئاب. وارتبط عدم الرضا مع جودة الحياة بشكل عام وبالرجوع إلى أربعة مجالات محددة، بمحاولات الانتحار المتكررة، ويتضح ذلك من إجابات المشاركين أنهم يعانون من عدم رضا في مجالات حياتهم الصحية، والنفسية، والاجتماعية، وإدارتهم للوقت والإنجاز، ويتضح من خلال مقياس جودة الحياة أن مرضى الفصام الذين تكررت محاولات الانتحار لديهم تدنٍ في مستوى جودة الحياة.

دراسة هيدالجو راسموسين وآخرون (Hidalgo-Rasmussen, et al., 2015) قام الباحثون بإجراء دراسة حول السلوك الانتحاري وجودة الحياة وفقا لنوع الجنس لطلاب المدارس الثانوية للمراهقين المكسيكيين.

واستخدم الباحثون دراسة المقطع العرضي، في مجتمع مدينة جوزمان، وتم اختيار تسعة مدارس بشكل عشوائي، وتكونت عينة الدراسة من 899 طالبا، وأظهرت نتائج الدراسة أن 17.2% من أفراد العينة يشعرون بالحزن أو اليأس كل يوم لمدة أسبوعين أو أكثر، وأن 6.4% أفادوا بأنهم قد فكروا بجدية في الانتحار، وأن 6.1% قاموا بوضع خطة للانتحار، وأن 7.6% حاولوا بالفعل ارتكاب الانتحار، وتبين أن 6.4% بأنهم فكروا أو خططوا للانتحار، وبينت نتائج الدراسة أن الإناث أعلى بـ 1.7 - 2 ضعف في إظهار السلوك الانتحاري من الذكور في 4 من السلوكيات الخمسة التي تم قياسها.

دراسة موسيمي وآخرون (Musyimi, et al., 2017) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت لفحص جودة حياة مرضى الاكتئاب والانتحار الذين يبحثون عن خدمات من المعالجين التقليديين في المناطق الريفية في كينيا.

تكونت عينة الدراسة من 443 فردا، واستخدم الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث أجريت على مدى فترة ثلاثة أشهر بين المرضى البالغين الذين يبحثون عن الرعاية من المعالجين التقليديين، والذين لديهم إيمان في المناطق الريفية في كينيا. وتم جمع البيانات باستخدام Beck Depression Inventory II (BDI-II)، Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) و WHO Quality of Life Survey - BREF (WHOQOL-BREF)، واستنتجت الدراسة أن ارتفاع مستويات الاكتئاب مرتبط بانخفاض جودة الحياة بين المرضى الذين يبحثون عن الرعاية من المعالجين التقليديين والإيمان بهم في حل مشاكلهم. وارتبطت درجات BSS بشكل سلبي بشكل كبير مع مقياس جودة الحياة الكلي والجسدي والنفسي والبيئي، $P < 0.05$. إذ إن هناك فرقا كبيرا بين متوسطات درجات مقياس جودة الحياة الكلي والاكتئاب ($M = 3.03$)، ($SD = 0.67$)، ($t(441) = 2.35$)، ($SD = 0.76$)، والمشاركين غير المحبطين ($M = 2.23$)، ($SD = 0.69$)، ($p < 0.001$). كان الرضا عن الحياة بشكل عام للمشاركين المكتئبين ($M = 2.23$)، ($SD = 0.69$) أقل بكثير من المشاركين غير المكتئبين. وأشارت تحليلات الانحدار إلى أن الاكتئاب، والتفكير في الانتحار مرتبطان بشكل كبير، وكشفت اختبارات ما بعد الفروق وتحليل الفئات الفرعية حسب نوع الجنس عن وجود اختلافات كبيرة لصالح الإناث اللواتي كانوا أعلى من الذكور في محاولات الانتحار.

دراسة بريزو وآخرون (Brezo, et al., 2007) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت لفهم العمليات التي تقف وراء الرابط بين الشخصية ومحاولات الانتحار غير القاتلة، وتحديد المجموعات ذات الخطر المرتفع للانتحار.

وقد تحرى الباحثون الفروقات الكمية والكيفية في سمات الشخصية الضيقة والرحبة بين محاولي الانتحار لمرة واحدة، وأولئك ذوي المحاولات المتكررة للانتحار، عبر دراسة طويلة مبنية على السكان، لدى فئة اليافعين الفرنسيين الكنديين، وقد تكونت عينة الدراسة التي أجريت في فرنسا من (1094) فردا، تتراوح أعمارهم ما بين (21-24) عاما، وتكونت أدواتها من مزيج من المقابلات والتقرير الذاتي باستخدام مقاييس البيانات الديموغرافية، ومقاييس من إعداد الباحثين، شملت بنودا حول العقاب الجسدي، والاعتداء الجنسي في الطفولة، وعنف الشريك العاطفي، وأحداث الحياة الضاغطة، والتحليل التشخيصي الثالث المعدل (DSM-III-R) لتشخيص المبحوثين والتقييم التشخيصي للاضطرابات الشخصية (DAPP-BQ) ومقاييس الانتحار، منها المقاييس الجدية في الانتحار (SIN) ومقاييس الأفكار الانتحارية ومقياس الدعم الاجتماعي، واستنتجت الدراسة وجود فروقات بين محاولي الانتحار لمرة واحدة، وأولئك ذوي المحاولات المتكررة في سمة واحدة من سمات الشخصية الغير مرنة وصعبة المراس، وسمة واحدة من سمات الشخصية السهلة والمرنة، فيما وجدت فروقات بين محاولي الانتحار لمرة واحدة، وأولئك الذين لم يحاولوا الانتحار؛ وعدم الاستقرار العاطفي. واستنتج الباحثون أن غياب التنظيم العاطفي والمعرفي وما يتعلق به من مظاهر سلوكية ترتبط بمحاولات الانتحار بدرجات خطورة مختلفة.

دراسة كين وآخرون (Qin, et al., 2014) قام الباحثون بإجراء دراسة مسحية هدفت لفحص الفروق بين الجنسين من حيث الإقبال على الانتحار.

حيث بلغت عينة الدراسة 5212 مشاركا، في التحليل وتم الحصول على بيانات حول محاولات الانتحار، تم تصنيف بيانات نية الإقبال على الانتحار في "الإيذاء الذاتي المتعمد غير المعتاد" (DSH)، و"Parasuicidal Pause" (SP)، و"Parasuicidal Gesture" (SG)، و"محاولة انتحار خطيرة" (SSA)، وتطبيق مقياس Feuerlein، واستنتجت الدراسة بأن هناك ارتباطا كبيرا بين نية الانتحار والجنس، حيث تم تصنيف "محاولات الانتحار الجاد" (SSA) بشكل ملحوظ أكثر في الذكور من الإناث ($P < .001$). كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في النية والفئات العمرية ($P < .001$)

وبين البلدان ($P < .001$). علاوة على ذلك، تم تصنيف "محاولة الانتحار الجادة" (SSA) بشكل ملحوظ في كثير من الأحيان للذكور أكثر من الإناث ($p < .005$).

دراسة جولانت وآخرون (Jollant, et al., 2005) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى تقييم القدرة على اتخاذ القرار بين محاولي الانتحار.

وتكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات وهي: مرضى لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري العنيف، حيث بلغت العينة (32) فرداً، مرضى لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري غير العنيف، وبلغت العينة (37) فرداً، مرضى يعانون من اضطرابات في المزاج دون وجود تاريخ سابق لديهم للانتحار، وبلغت العينة (25) فرداً، وأشخاص طبيعيين، بلغت العينة (82) فرداً، واستخدم الباحثون أدوات الدراسة من مقياس بارنت للاندفاعية (Barrant Impulsivity Scale)، ومقياس العدائية (Buss-Durkee Hostility Inventory Scale)، ومقياس التعبير عن الغضب (Spielberger State -Trait Anger)، مقياس شدة العاطفة (Affective Intensity Scale)، ومقياس عدم الاستقرار العاطفي (Affective Scale (Lability Scale)) وأظهرت الدراسة أن القدرة على اتخاذ القرار لدى أفراد مجموعتي محاولي الانتحار كان أضعف منه لدى الأفراد الأسوياء، وأن المرضى ذوي التاريخ العنيف من السلوك الانتحاري كانوا أضعف أداءً من أولئك الذين يعانون من اضطرابات المزاج، دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات، كما لم تجد الدراسة ارتباطاً بين ضعف القدرة على اتخاذ القرار والعمر، والقدرات العقلية، ومستوى التعليم، وعدد محاولات الانتحار، والعمر عند أول محاولة انتحار، بينما وُجد ارتباط بين القدرة على اتخاذ القرار والتوجه نحو الانتحار.

دراسة مورلز وآخرون (Mohrls, et al., 2010) قام الباحثون بإجراء دراسة هدفت إلى تحديد العوامل الفردية، والأسرية، والاجتماعية المرتبطة بحدوث الانتحار في نارينو.

تكونت عينة الدراسة من مجموعة مفحوصة تألفت من (101) شخص ممن قاموا بالانتحار، ومجموعة ضابطة (112) فرداً ممن توفوا بسبب جروح عرضية)، متقاربين في العمر ومكان السكن وتاريخ الانتحار، وتم جمع بيانات حول أفراد كلتا المجموعتين من أقرب فرد في الأسرة عبر استبانة منظمة تحتوي على تقنيات التشريح النفسي والكشف عن الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق والذهان)، واستنتجت الدراسة أن (70%) من أفراد كلتا المجموعتين كانوا من الذكور، كما أظهرت عدداً من العوامل المنبئة بشدة بخطر

الانتحار، وهي انعدام الممارسات الدينية، وجود اضطراب نفسي سابق، وجود محاولة انتحار سابقة، وجود ضغط نفسي حاد، والاكتئاب).

9.2 تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة والتي تناولت بعض متغيرات الدراسة الحالية، ومن خلال اطلاع الباحث عليها، فقد تبين له ما يأتي:

➤ أن هذه الفئة لم تتل قسطا وافرا من الدراسة في الوسط العربي والفلسطيني بشكل خاص، فعلى حد علم الباحث فإن الدراسات في ميدان الأفراد محاولي الانتحار من خلال تقييم جودة الحياة لديهم، لا تزال شحيحة ومن هنا تأتي أصالة هذا البحث.

➤ لم يعثر الباحث على أي دراسة تناولت تقييم جودة الحياة عند الأفراد الناجين من الانتحار، بمفهومه وأبعاده الجسمية والاجتماعية والنفسية والمهنية لدى هذه الشريحة من المجتمع الفلسطيني والعربي.

➤ تنوعت الدراسات في استخدامها لإجراءات البحث من، حيث: الأدوات، والمعالجة الإحصائية، كل حسب هدفه وفروضة، مما أتاح للباحث الحالي فرصة الاستفادة والاستئثار بها وفق متطلبات البحث الحالي.

➤ تنوعت الأساليب الإحصائية المتبعة في هذه الدراسات طبقا لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا في هذه الدراسات: حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" وبعضها استخدم التحليل العاملي وغيره.

➤ استفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة الحالية وأسئلتها وفروضها، وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات، كما استفاد منها في استخدام أدوات البحث.

➤ بالنسبة للأدوات والمقاييس فمنها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها أو تكييفها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملاءمتها لطبيعة دراساتهم، أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة المعينة، ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على أدوات قام الباحث الحالي بتقنينها على البيئة الفلسطينية والتأكد من صدقها وثباتها.

10.2 الإطار المفاهيمي:

مقدمة:

يعبر الإطار المفاهيمي عن نظام متماسك يشتمل على مجموعة مترابطة من المفاهيم الخاصة بأهداف وأساسيات الدراسة الحالية، ويعتبر الإطار المفاهيمي أساساً منطقياً للتوصل إلى مجموعة متسقة من الفروض والمبادئ والمعايير، المبنية على أساس منطقي بهدف تقييم المبادئ والمعايير المعمول بها حالياً (العاني، 2014).

ويشير عدس؛ وآخرون (1984) إنَّ الإطار المفاهيمي بناء هيكلي للتبرير وليس للتفسير، ويتضمن وجهات نظر مختلفة، والمفاهيم المختارة للبحث يجب أن تكون مناسبة ومفيدة لمشكلة الدراسة، وتحدد أهداف الدراسة الحالية من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة، وتُبنى من خلال مجموعة مصادر واسعة النطاق، كالنظريات، والأدبيات.

ويستند الإطار المفاهيمي لهذه الدراسة الحالية على دراسات سابقة، وتحليلات مفاهيمية، ونظريات موجودة من خلال الأدبيات. يساعد الباحث في تأطير المشكلة، وتكوين قاعدة معرفية، وبناء خطة للدراسة، وخلق تبرير للدراسة (ناصر، 2007)

تضمن إطار المفاهيم للدراسة الحالية تقييم مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار ودوافعه في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018، فشملت متغيرات الدراسة المستقلة (المنطقة الجغرافية، مكان السكن، العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، المرض المزمن، مشاكل نفسية، التوجه لطلب خدمة الإرشاد النفسي، عدم التوجه لطلب خدمة الإرشاد النفسي، مشاعر الحزن، وجود أفكار انتحارية، تكرار المحاولة الانتحارية، تعاطي المخدرات والكحول) التي توضح مدى جودة حياة الأفراد الناجين من المحاولة الانتحارية، وذلك من خلال جمع البيانات الشخصية التي يحصل عليها المفحوص في المقياس الذي كونه الباحث نفسه، ومن خلال عرض المتغيرات في القسم (1+2) من الاستبيانات. ملحق رقم (6)

وتكونت المتغيرات التابعة من خلال مؤشرات مقياس جودة الحياة، والذي شمل على مؤشر الصحة العامة للفرد، ومؤشر العلاقات الاجتماعية والأسرية، ومؤشر الصحة النفسية، ومؤشر الرضا المهني، التي يحصل عليها المفحوص في مقياس مؤشرات جودة الحياة في القسم (3). ملحق رقم (6).

والشكل (1.2): يوضح إطار مفاهيم الدراسة الحالية بما في ذلك المتغيرات المستقلة والتابعة.

1.10.2 تعريف متغيرات الدراسة التابعة "مؤشرات جودة الحياة":

وتعرف جودة الحياة إجرائياً: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس منظمة الصحة العالمية (1996) تعريب أحمد (2008). ومؤشرات جودة الحياة كما حددها فلوفيلد (Fallowfield, 1990). وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (3).

مؤشر جودة الصحة العامة: وذلك من خلال تقييم جودة صحتهم العامة والتي تتمثل في حالتهم الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية للطعام (Fallowfield, 1990).

ويعرف إجرائياً: مؤشر الصحة العامة هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس منظمة الصحة العالمية (1996) تعريب أحمد (2008)، وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (3) المؤشر الأول.

مؤشر جودة الحياة الأسرية والاجتماعية: وذلك من خلال تقييم جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، ويتضح ذلك من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها وممارستها للأنشطة الاجتماعية والترفيهية وقوة الروابط (Fallowfield, 1990).

ويعرف إجرائياً: مؤشر جودة الحياة الأسرية والاجتماعية هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس منظمة الصحة العالمية (1996) تعريب أحمد (2008)، وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (3) المؤشر الثاني.

مؤشر جودة الصحة النفسية: شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، وعدم التوافق مع المرض، أو الشعور بعدم السعادة والرضا (Fallowfield, 1990).

ويعرف إجرائياً: مؤشر جودة الصحة النفسية هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس منظمة الصحة العالمية (1996) تعريب أحمد (2008)، وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (3) المؤشر الثالث.

مؤشر جودة الرضا المهني: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، ومقدرته على تنفيذ مهام وظيفته (Fallowfield, 1990).

ويعرف إجرائياً: مؤشر جودة الرضا المهني هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس منظمة الصحة العالمية (1996) تعريب أحمد (2008)، وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (3) المؤشر الرابع

2.10.2 التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة المستقلة:

مكان الإقامة: يشير إلى اسم السكن الذي يقضيه الفرد معظم وقته خلال السنة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012)، وفي الدراسة الحالية تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) - رقم السؤال (1،2) "مكان الإقامة" بتقييمه، كلهم كانوا من الضفة الغربية.
العمر: يُعرّف بأنه السن المُكمل للشخص المعد للدراسة، وذلك وفق (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004). وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) - رقم السؤال (3) "عمرك الحالي".

الجنس: يشار إلى مفهوم الجنس إجرائياً لدى جمعية علم النفس الأمريكية (2011) إلى الحالة البيولوجية للشخص، ويتم تصنيفها عادة كذكر أو أنثى. وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) السؤال (4) "ما هو جنسك؟"

الحالة الاجتماعية: تعرف بأنها الحالة الاجتماعية للفرد كما حددها (المركزي الفلسطيني للإحصاء، 2004). وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) - رقم السؤال (5) "الحالة الاجتماعية".

المستوى التعليمي: يشار إلى المفهوم إجرائياً وفق وزارة التربية والتعليم الفلسطيني (2017) إلى المستوى التعليمي للفرد وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) السؤال (6) "ما هو المستوى التعليمي؟"

المستوى الاقتصادي (دخل الأسرة الشهري): يتم تعريفها حسب (محيسن، 2007) هم الأفراد أو الجماعات والذي يعتمد وضعهم الاقتصادي على مجموعة من المتغيرات، بما في ذلك المهنة والتعليم والدخل والثروة ومكان الإقامة. غالباً ما يستخدم علماء الاجتماع الوضع الاجتماعي والاقتصادي كوسيلة للتنبؤ بالسلوك.

وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (1) - السؤال (7): "المستوى الاقتصادي".

المرض المزمن: مرض يدوم فترات طويلة ويتطور بصورة بطيئة عموماً. وتأتي الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري (منظمة الصحة العالمية، 2018). وفي الدراسة الحالية، تم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال (1) **المشاكل النفسية:** هي حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقر لنفسه ولمن حوله (زهران، 2005).

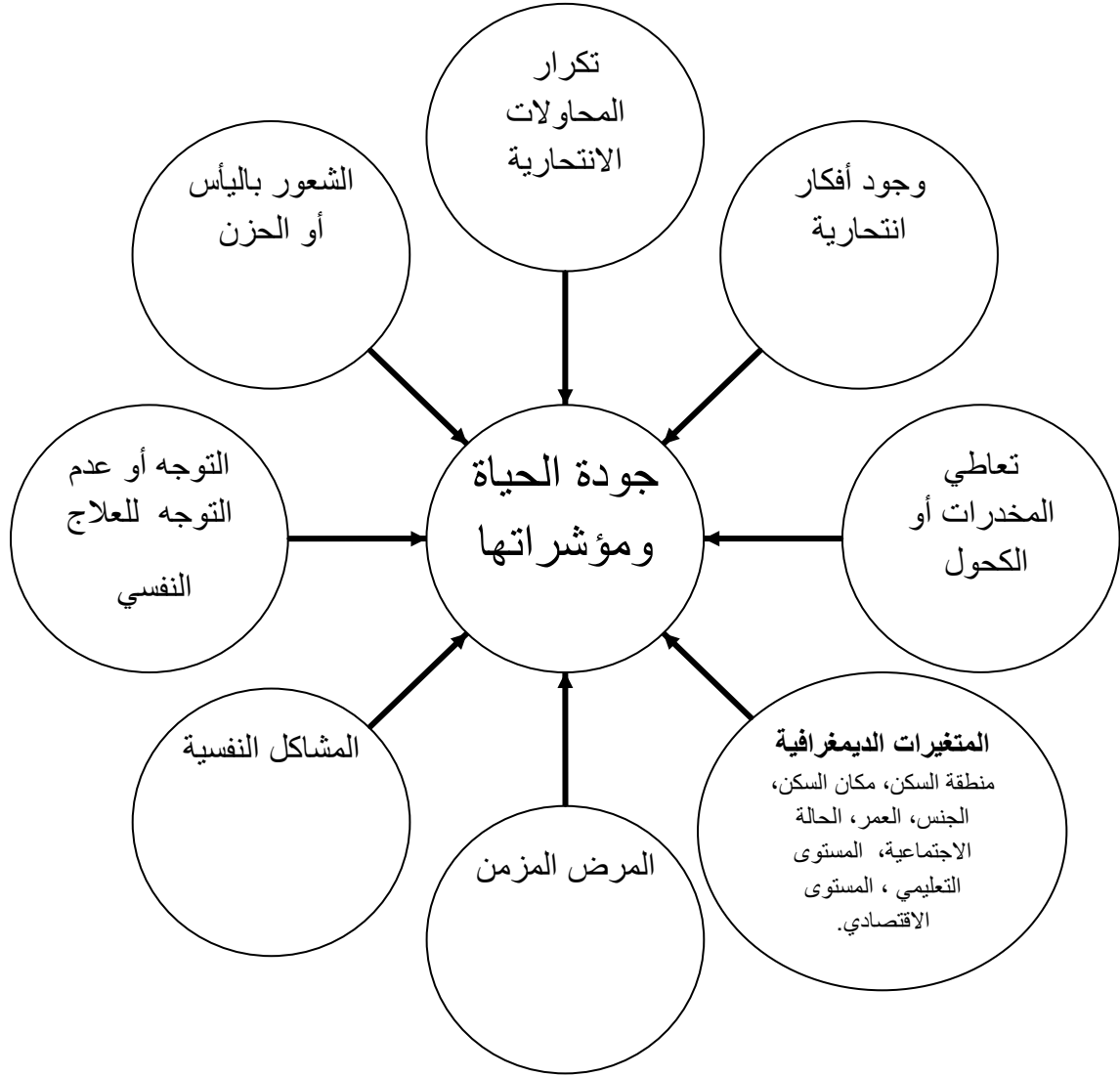
تلقي خدمة الإرشاد: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في الاستبيان الذي كونه الباحث نفسه، وتم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال (3)

الحزن واليأس: وهي شعور بالعجز واليأس، حيث يفقد الفرد فيه الطاقة والدافعية، وقد ترافقه الكآبة والهم ويجلب اليأس (رصرص، 2008)، وتم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال (4)

الأفكار الانتحارية: هي عبارة عن فكرة لا تستمر لتصل إلى مرحلة المحاولة الانتحارية، لكن مع ذلك يعد الفكر الانتحاري عامل خطورة (Fergusson et al., 2000)، وتم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال (5)

تكرار السلوك الانتحاري: هي كل محاولة انتحار باءت بالفشل ولم تصل إلى الموت؛ لأن الفرد لا يزال على قيد الحياة، مهما كان سبب الفشل (سهيري، 2013). وتم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال (6)

الإدمان على المواد: عبارة عن اضطراب سلوكي، يفرض على الفرد تكرار عمل معين باستمرار لكي ينهمك بهذا النشاط، مما ينتج عنه عواقب ضارة بصحة الفرد أو حالاته العقلية أو حياته الاجتماعية. (Malenka et al., 2009). وتم تصنيف الأفراد الناجين من الانتحار في القسم (2) - السؤال



الشكل (1.2): يوضح إطار مفاهيم الدراسة الحالية بما في ذلك المتغيرات المستقلة والتابعة

الفصل الثالث

الطريقة ومنهجية الدراسة

- 1.3 منهج الدراسة.
- 2.3 مجتمع الدراسة.
- 3.3 عينة الدراسة.
- 4.3 أدوات الدراسة.
- 5.3 إجراءات الدراسة.
- 6.3 تحليل البيانات.

الفصل الثالث

الطريقة ومنهجية الدراسة

كما تم الإشارة في الفصل الأول، فإن هذه الدراسة تدرس تقييم مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار ودوافعه في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018.

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها، وعينتها. كما أنه يعطي وصفاً مفصلاً لأداة الدراسة وفحص صدقه وثباته، ومتغيرات الدراسة، ومكان الدراسة، والمعايير الأخلاقية للدراسة، وجدوى الدراسة، وتحديد الدراسة.

1.3 منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي، لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة، وهذه المنهجية تتناسب مع موضوع الدراسة؛ من حيث متغيراتها، لأنها توضح مستوى مؤشرات جودة الحياة عند الفرد الناجي من الانتحار، وتفسر المتغيرات الديمغرافية ودوافع الانتحار لدى الفرد الناجي منه (ناصر، 2007). وباستخدام المنهج الوصفي يقتصر هدف منهجية الدراسة على معرفة تقييم مؤشرات جودة الحياة كما هي عند إجراء الدراسة وتعبئة الاستبانة، وتفسير الاختلافات في المتغيرات الديمغرافية ودوافعه (ناصر، 2007).

2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد الناجين من الانتحار والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018، والبالغ عددهم (100) مبحوث من الجنسين، موزعين على (20) مركزاً في الضفة الغربية، هذا ما استطاع الباحث استهدافه، من إحصائيات سجلات حماية الأسرة في جهاز الشرطة الفلسطينية، والأفراد الناجين من الانتحار الذين تمت موافقتهم من قبل الأخصائيين في المراكز الإرشادية، والبيوت الآمنة للأفراد المشاركين في مجتمع الدراسة، وتضمن مجتمع الدراسة ثلاثة مجتمعات، يبين من خلاله توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب المركز الذي تم أخذ المشارك الخدمة منه، وتتضح هذه المجتمعات من خلال ملحق رقم: (1- أ)؛ وملحق رقم: (1- ب)؛ وملحق رقم: (1- ج).

3.3 عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من المعايير تتصف بأنها من الأفراد الناجين من محاولات الانتحار، أن يكونوا ضمن ساكني الضفة الغربية؛ والتي أعمارهم ضمن الفئات العمرية من عمر 18-65 سنة، وتشمل كلا الجنسين. واستبعدت الدراسة: الناجين من محاولات الانتحار من قطاع غزة، وفئة الأطفال والمراهقين.

تم توزيع (130) استبيان على المراكز العلاجية والايوائية، حيث رفض المشاركة بتعبئة الاستبيان (23) فرداً، حيث ان الافراد الذين وافقوا على تعبئة الاستبيان (107) مشاركاً من الأفراد الناجين من الانتحار، وقد ألغيت (7) استبيانات؛ وذلك لإخلالهم بشروط تطبيق المقياس، ولعدم استكمال المعلومات المطلوبة، وبذلك أصبح عدد أفراد العينة الذين خضعوا للتحليل الإحصائي (100) مشارك/ة، والذين اختبروا محاولة او أكثر، في الضفة الغربية، ولصعوبة الوصول للمشاركين/ات في الدراسة لعدم معرفة الباحث مكان سكانهم الأصلي، وعدم تقبل المشاركين في الدراسة لحساسية الموضوع، وقد تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية (ناصر، 2007)؛ من خلال الافراد المتواجدين في المراكز الايوائية؛ والافراد الذين تم علاجهم في السابق وهم ضمن المتابعة من قبل المعالجين النفسيين، وتم تدريب العاملين الاجتماعيين والمرشدين في المراكز العلاجية على استبيان جمع المعلومات واستبان مؤشرات جودة الحياة الخاص بالدراسة.

جدول 1.3 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية:

العدد (%)	المتغير	
28 (28%)	منطقة جنوب الضفة الغربية	منطقة السكن
30 (30%)	منطقة وسط الضفة الغربية	
42 (42%)	منطقة شمال الضفة الغربية	
40 (40%)	قرية	مكان السكن
34 (34%)	مخيم	
26 (26%)	مدينة	
27 (27%)	من 18 سنة - 24 سنة	متغير العمر
39 (39%)	من 25 - 35 سنة	
27 (27%)	من 36 - 45 سنة	
5 (5%)	من 46 - 55 سنة	
2 (2%)	56-66 سنة	
23 (23%)	ذكر	الجنس
77 (77%)	أنثى	
27 (27%)	أعزب	الحالة الاجتماعية
54 (54%)	متزوج	
13 (13%)	مطلق	
6 (6%)	أرمل	
10 (10%)	ابتدائي	المستوى التعليمي
31 (31%)	إعدادي	
27 (27%)	ثانوي	
32 (32%)	جامعي	
12 (32%)	1000 شيكل - فما دون	المستوى الاقتصادي
29 (29%)	1000 - 2000 شيكل	
34 (34%)	2000 - 3000 شيكل	
25 (25%)	3000 شيكل - فما فوق	

يتضح من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير منطقة السكن، حيث تبين أن (42%) من عينة الدراسة من الشمال، بينما (30%) من الوسط و(28%) من الجنوب.

ويتضح أيضا من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير مكان السكن، حيث تبين أن (40%) من عينة الدراسة من سكان القرى بينما (34%) من سكان المخيمات، و(26%) من سكان المدن.

كما تبين من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير العمر، حيث أن أعلى نسبة (39%) من الفئة العمرية 25 - 35 سنة، وأن (27%) من الفئة العمرية 18 - 24 سنة، وأن (27%) كانوا ضمن الفئة العمرية من 36 - 45 سنة، وأن (5%) من الفئة العمرية 46 إلى 55 سنة، وأن أقل نسبة (2%) كانت 56 - 66 سنة.

وتضح من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير الجنس، أن (77%) من عينة الدراسة من الإناث، و(23%) من الذكور.

وتبين من متغير الحالة الاجتماعية الجدول رقم 1.3 أن توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير الحالة الاجتماعية، أن (54%) من عينة الدراسة كانوا متزوجين، بينما (27%) كانوا غير متزوجين، و(13%) كانوا مطلّقين، و(6%) كانوا أرامل.

وتبين من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير المستوى التعليمي، أن (32%) من عينة الدراسة كانوا جامعيين، وأن (31%) كانوا إعدادي، و(27%) كانوا ثانوي، و(10%) كانوا ابتدائي.

واتضح من جدول رقم 1.3 توزيع عينة الدراسة حسب النسبة المئوية لمتغير المستوى الاقتصادي، أن أعلى نسبة (34%) من عينة الدراسة ضمن المستوى الاقتصادي 2000-3000 شيكل، وأن (29%) من فئة مستوى 1000-2000 شيكل، وأن نسبة (20%) من فئة مستوى 3000 شيكل فما فوق، وأن أقل نسبة عينة الدراسة (12%) من فئة مستوى 1000 شيكل فما دون.

جدول 2.3 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات غير الديمغرافية:

المتغير	التكرارات (%)
السكري	7 (33.2%)
مشاكل في الكلى	1 (4.8%)
مشاكل في الجهاز الهضمي	6 (28.6%)
مشاكل في القلب	6 (28.6%)
مشاكل في الأطراف	1 (4.8%)
اكتئاب	19 (35.2%)
قلق	16 (29.6%)
ضغوطات نفسية	9 (16.6%)
فصام	4 (7.6%)
إحباط	4 (7.6%)
وسواس قهري	1 (1.9%)
اضطرابات الاكل	1 (1.9%)
عيادات وزارة الصحة	9 (23.1%)
عيادات الصحة النفسية/ الأونروا	8 (20.5%)
عيادة دكتور خاص	6 (15.4%)
مركز ضحايا التعذيب/ رام الله	5 (12.8%)
بيت لحم/ مركز الإرشاد والتدريب للطفل والأسرة	5 (12.8%)
مركز حلول للصحة النفسية	3 (7.7%)
القدس/ عيادة كلاليت	2 (5.1%)
قلنديا/ عيادة الصحة النفسية الأونروا	1 (2.6%)
علاج بالأدوية	14 (35.9%)
جلسات إرشاد فردي	13 (33.3%)
جلسات إرشاد أسري	7 (17.9%)
جلسات إرشاد جماعي	4 (10.3%)
جلسات تفرغ نفسي	1 (2.6%)
سنة	23 (58.9%)
سنتين	4 (10.3%)
ثلاث سنوات	6 (15.4%)
أربع سنوات	2 (5.1%)
خمس سنوات	1 (2.6%)

ثمانى سنوات	1 (2.6%)			
من 10 سنوات فأكثر	2 (5.1%)			
لأن العلاج النفسى غير فعال لحل مشاكل النفسية	25 (41%)	أسباب عدم التوجه للعلاج النفسى		
المستوى الاقتصادى لعائلى	6 (9.8%)			
لتجنب وصمة المجتمع بأبنى مريض نفسياً	20 (32.8%)			
عدم معرفتى بالأماكن التى تقدم مثل هذه الخدمات	8 (13.1%)			
معتقدات اجتماعية	2 (3.3%)			
	لا	نعم	المرض المزمن مع متغير العمر	
	(%88.9)	(%11.1)		من 18 سنة إلى 24 سنة
	(%84.6)	(%15.4)		من 25 إلى 35 سنة
	(%2)	(%3)		من 36 إلى 45 سنة
	(%40)	(%60)		من 46 إلى 55 سنة
	(%50)	(%50)		56 إلى 66 سنة

يتضح من جدول رقم 2.3 توزيع التكرارات والنسب المئوية لأنواع المشاكل النفسية، أن أعلى نسبة مشاكل نفسية (35.2%) يعانون من اكتئاب، وأن (29.6%) قلق، وأن نسبة (16.6%) يعانون من الضغوطات النفسية، وأن (7.4%) لديهم فصام وإحباط، وأن أقل نسبة (1.9%) لديهم وسواس قهري واضطرابات الأكل.

ويتبين من جدول رقم 2.3 نتائج التكرارات والنسبة المئوية للأماكن تلقي خدمة العلاج النفسى، حيث أن أعلى نسبة من عينة الدراسة كانوا مراجعي عيادات وزارة الصحة بنسبة (23.1%)، وأن (20.5%) من أفراد العينة كانوا مراجعي في عيادات الأونروا، وأن (15.4%) من مراجعي عيادة دكتور خاص، وأن (12.8%) من عينة الدراسة هم من مراجعي مركز ضحايا التعذيب ومركز التدريب والإرشاد للطفل والأسرة في بيت لحم، وأن (7.7%) من عينة الدراسة كانوا من مراجعي مركز حلول للصحة النفسية، وأن (5.1%) عيادة كلاليت في القدس، وأن أقل نسبة (2.6%) من عينة الدراسة هم من مراجعي عيادة الصحة النفسية في مخيم قلنديا.

كما يتضح من جدول رقم 2.3 نتائج التكرارات والنسب المئوية لنوع العلاج، أن أعلى نسبة (35.9%) من عينة الدراسة تتعالج عن طريق الأدوية، وأن (33.3%) من عينة الدراسة يتلقون الإرشاد الفردي، وأن نسبة (17.9%) يتلقون إرشادا أسريا مع عائلاتهم، وأن (10.3%) من أفراد الدراسة يشاركون في مجموعات علاجية، وأن (2.6%) قد شاركوا في مجموعات للتفريغ نفسى، والجدول رقم (2.30) يبين المدة الزمنية للعلاج المستخدم في حل مشاكل الأفراد اللذين يتلقون الإرشاد أو العلاج النفسى.

ويتبين من جدول رقم 2.3 نتائج التكرارات والنسب المئوية للمدة الزمنية للعلاج، أن (58.9%) من عينة الدراسة كانت أعلى نسبة وهي تمثل سنة علاجية، وأن (15.1%) من عينة الدراسة قد استمروا بالعلاج لمدة ثلاث سنوات علاجية، وأن (10.3%) قد استمروا سنتين علاجية، وأن (5.1%) من أفراد العينة استمروا بالعلاج خمس سنوات، ونسبة (5.1%) من أفراد عينة الدراسة تلقوا العلاج 10 سنوات فأكثر، وأن أقل نسبة كانت (2.6%) تمركزت ما بين ست وثمان سنوات علاجية.

ويتضح من جدول رقم 2.3 نتائج التكرارات والنسب المئوية للأسباب من عدم التوجه للعلاج النفسي، حيث أن أعلى نسبة (41%) من عينة الدراسة لم يتوجهوا لطلب خدمة الإرشاد لأن العلاج النفسي غير فعال لحل مشاكل النفسية، وأن (32.8%) من عينة الدراسة لم يتوجهوا لطلب خدمة الإرشاد النفسي لتجنب وصمة المجتمع بأنهم مريضون نفسيين، وتبين أيضا أن عدم معرفتهم بالأماكن التي تقدم مثل هذه الخدمات شكلت ما نسبته (13.1%)، وتبين أن عامل المستوى الاقتصادي للعائلة كان سببا للتقدم لطلب الخدمة بنسبة (9.8%)، وأن أقل نسبة (3.3%) من عينة الدراسة لم يتوجهوا لطلب الخدمة بسبب إيمانهم بأن مشكلتهم سببها أن لديهم سحر، ولا تحل إلا عن طريق الشيخ، فهي مرتبطة بمعتقدات اجتماعية.

يتضح من جدول رقم 2.3 أن نتائج التكرارات والنسب المئوية للأمراض المزمنة التي يعاني منها الأفراد، حيث أن أعلى نسبة (33.2%) من المبحوثين يعانون من مرض السكري، وأن (28.6%) من أفراد العينة يعانون من مشاكل في الجهاز الهضمي ومشاكل في القلب، وأن أقل نسبة (4.8%) من أفراد العينة يعانون من مشاكل في الكلى ومشاكل في الأطراف. المرض المزمن والفئة العمرية أن أعلى عدد من عينة الدراسة والتي تعاني من مرض مزمن ضمن فئة عمرية 46 - 55 سنة كانوا يعانون من مرض مزمن بنسبة (60%) بمعنى أن المرض المزمن يتمركز ضمن الفئات العمرية المتقدمة في السن.

4.3 أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياس مؤشرات جودة الحياة في الدراسة الحالية، وفيما يلي وصف يوضح تفاصيل المقياس، وذلك بالرجوع لملاحق رقم (6):

1.4.3 اختبار جودة الحياة:

للتعرف إلى جودة الحياة لدى أفراد العينة استخدم الباحث مقياس جودة الحياة -النسخة المختصرة- الذي أعدته منظمة الصحة العالمية (1996)، وقامت بتعريبه وتطويره أحمد (2008)، وقد أعد هذا المقياس ليقدّم صورة مختصرة عن مستوى جودة الحياة السائد في حياة الفرد، ويتكون المقياس من (41) فقرة،

بالإضافة إلى ذلك فإن الباحث استخدم أيضا مؤشرات جودة الحياة التي حددها فلوفيلد (Fallowfield, 1990) والتي تتمثل بـ: مؤشر جودة الصحة الجسمية والبدنية، ومؤشر العلاقات الاجتماعية، ومؤشر الصحة النفسية، ومؤشر الرضا المهني، وذلك بهدف تطويع أداة الدراسة وفق سياق المجتمع الفلسطيني. تكونت الصورة النهائية للمقياس من (41)، عبارة موزعة على أربعة مؤشرات فرعية للمقياس، وهي كما يلي:

1. مؤشر الصحة العامة للفرد:

يتكون من 8 مؤشرات (الرضى الصحي، الأنشطة الحياتية اليومية/ الترفيهية، الاعتماد على العقاقير والمساعدة الطبية، والقوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، الرضا المهني) وبذلك يتكون هذا البعد من 8 فقرات لقياس جودة الصحة العامة للفرد وهذه المؤشر يشمل الفقرات: (1,2,3,4,5,6,7,8).

2. مؤشر العلاقات الاجتماعية والأسرية:

ويتضمن هذا البعد ثلاثة مؤشرات وهي (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، والحياة الجنسية)، وهي متفرعة لـ 11 فقرة في مقياس مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية للفرد، وهذه أرقامها: (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

3. مؤشر الصحة النفسية:

يتكون من 14 مؤشر وهي: (الشعور بالسعادة والاستمتاع، الشعور بالغضب، صورة الجسم، الشعور بالحرز، الطاقة للعمل، تقدير الذات، توفر المال، التعليم، الرضى عن النمو الجنسي، التذكر، التركيز، الإحساس بالأمان، الرضى عن النمو الجسمي)، وبذلك يتكون هذا المؤشر من 14 مؤشر وأرقامها: (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14).

4. مؤشر الحياة المهنية:

ويتكون من 8 مؤشرات وهي: (الرضى عن المقدر، العمل أو التخصص الدراسي، الرضى عن المهنة، الميل المهني، تعلمك للمهنة، تعرضك لإصابات في العمل، الشعور بفاعلية العمل، المردود المالي من العمل، التطور في العمل). وبذلك يتكون هذا البعد من 8 مؤشرات، والتي أرقامها في مؤشر جودة الحياة: (1,2,3,4,5,6,7,8).

2.4.3 تصحيح المقياس والدرجة الكلية:

تتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس متدرج، تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات إلى درجة واحدة؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة، ويتم احتساب درجة كل بعد من المؤشرات الأربعة، بمتوسط مجموع درجات الفرد على البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجة الفرد على المؤشرات الأربعة للحصول على الدرجة الكلية.

وقد استند الباحث في هذه الدراسة في تفسيره لنتائج الأداة لأسلوب ليكرت، الذي يحدد درجة المبحوث على المقياس في ضوء درجة موافقته أو عدم موافقته على بنود المقياس، وتتحدد الدرجة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، بحيث يستجيب المبحوث على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على خمس نقاط.

ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى (5-1=4) للمؤشرات الأربعة، ثم تم تقسيمه من (5) للحصول على طول الخلية الصحيح (0.80=5/4)، وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس؛ أي بداية المقياس هي الواحد الصحيح، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول (3.3) تحديد قيم تصحيح مقياس جودة الحياة (ضعيف جداً.... جيد جداً)

الرقم	المستوى	الدرجة
1	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1-1.80	ضعيف جداً
2	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.80-2.60	ضعيف
3	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.60-3.40	متوسط
4	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.40-4.20	جيد
5	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 4.20-5	جيد جداً

3.4.3 تقنين المقياس:

قامت أحمد (2008) بتقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين (ن=11830) من (23 دولة)، من بين أفراد المجتمع العام، وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية، وقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة دالة إحصائياً (من 0.89 فأكثر) بين أبعاد النسخة المختصرة لمقياس جودة الحياة، وأبعاد الصورة الكلية للمقياس نفسه، كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس، وتمتعه بالصدق التمييزي، وصدق المحتوى، وبالانساق الداخلي، وبثبات إعادة الاختبار. هذا فضلاً على أنه تم إعداد صور متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم، وللتحقق من ثباته وصدقه فقد تم إعداده للبيئة الكورية، والماليزية، والإيرانية، والهندية والإيطالية، والنرويجية، كما استخدم في عدد هائل من الدراسات والبحوث على مستوى العالم.

وقد تم التحقق من كفاءة هذا المقياس من حيث ثباته وصدقه فيما يقيسه أو فيما وضع لقياسه من قبل أحمد (2008) على عينة مكونة من (50) فرداً من الذكور والإناث، من غير عينة الدراسة الرئيسية ممن تراوحت أعمارهم بين (20-40 عام).

كما وقد تحققت أحمد (2008) من ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار في صورته النهائية بعد (3 أسابيع) على عينة التقنين (ن=50)، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (0.80) بمستوى دلالة (0.01)، وكذلك باستخدام طريقة الفا كرونباخ على عينة التقنين نفسها.

أما الدراسة الحالية فقد قام الباحث بعرض الأداة على عدد من المحكمين في علم النفس والتربية والإرشاد وكان عددهم 5 محكمين، وحصل اتفاق بينهم على صلاحية الاختبار ومقروئته، واقترح بعضهم إضافة بعض التعديلات، أما عبارات الاختبار فلم يختلف أحد على صلاحيتها أو عدم مقروئية كلماتها، وأنه يقيس فعلاً لما وضع لقياسه.

4.4.3 صدق المقياس:

بعد إعداد أداة الدراسة بصورتها الأولية وللتحقق من صدقها قام الباحث بعرضها على لجنة من المحكمين من الأساتذة ذوي الخبرة والاختصاص؛ وذلك بهدف التأكد من صدق محتوى الفقرات المكونة للاستبانة، ومدى ملاءمتها لأهداف الدراسة ومتغيراتها، حيث طلب منهم بيان صلاحية العبارة لقياس ما وضعت

لقياسه، وقد حصل على موافقتهم بدرجة كبيرة مع إجراء بعض التعديلات على فقراتها في ضوء الملاحظات التي تقدم بها الخبراء المحكمون، وقد أشاروا إلى صلاحية أداة الدراسة، وذلك بالرجوع لملاحق رقم (4).

5.4.3 ثبات المقياس:

بخصوص الثبات في هذه الدراسة فقد قام الباحث باحتساب ثبات الأداة عن طريق قياس ثبات التجانس الداخلي (Consistency): وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم الباحث معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha). والجدول (4.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على مؤشرات المقياس المختلفة، وكذلك على الدرجة الكلية.

جدول (4.3) يوضح معامل ثبات ألفا لمؤشرات مقياس جودة الحياة:

الرقم	المؤشرات	كرونباخ ألفا
1	الصحة العامة	0.82
2	العلاقات الأسرية والاجتماعية	0.79
3	الصحة النفسية	0.80
4	الرضا المهني	0.79
	مؤشر جودة الحياة الكلي	0.80

يتضح من الجدول (4.3) أن قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا لمؤشرات المقياس المختلفة تراوحت بين (0.79-0.82)، في حين بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على الدرجة الكلية للأداة (0.80)، وهذا يشير إلى أن الأداة تتمتع بدرجة جيدة إلى ممتازة من الثبات.

5.3 إجراءات الدراسة:

من خلال تطبيق إجراءات الدراسة، تم اتباع الخطوات التالية في عملية جمع المعلومات، والمعايير الأخلاقية للدراسة، وتضمنت ما يلي:

1.5.3 عملية جمع المعلومات:

- قام الباحث بالعمل على رفع كتابين من قبل جامعة القدس، كتاب لقيادة الشرطة بهدف أخذ العينة، وكتاب لوزير التنمية الاجتماعية، بهدف السماح للطلاب بجمع البيانات من بيوت الإيواء لجمع البيانات، وذلك بالرجوع لملاحق رقم (5).
- الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي في جامعة القدس، ومن برنامج حماية الأسرة لدى قسم الشرطة الفلسطينية.
- اهتمام الباحث ومعرفته في مجال الصحة النفسية مما يسهل عملية إجراءات الدراسة.
- الباحث من منطقة الوسط ولديه سهولة التنقل بين منطقتي الشمال والجنوب.
- لم يحدد الباحث زمنًا محددًا للإجابة عن أداة البحث إلا أن معظم المشاركين قد تمكنوا من الإجابة على فقرات المقاييس في زمن قدره (20-25) دقيقة.
- تم إعطاء الاختبارات الصالحة أرقامًا متسلسلة وإعدادها لإدخالها للحاسوب.
- استخدام البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واستخراج النتائج.
- تضمنت الورقة إثباتًا موقعًا من جامعة القدس فيها معلومات حول الدراسة، وتم إطلاع المشاركين/ات.
- تم التنسيق مع الباحثين الاجتماعيين والمعالجين، على كيفية استهداف المشاركين/ات في الدراسة.
- تم جمع المعلومات في الدراسة من خلال المرشدين والباحثين الاجتماعيين في المراكز الايوائية، فشملت الحالات التي تعرضت للمحاولة الانتحارية وهي من نزلاء المراكز الايوائية، أو مراجعي المراكز العلاجية.
- قام الباحث بتدريب المرشدين على آلية جمع البيانات، وذلك للمساعدة في جمع الاستبيانات في المناطق البعيدة التي لا يتمكن الباحث من التواجد الدائم فيها، وخاصة أن الدراسة الحالية اشتملت شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية.

2.5.3 المعايير الأخلاقية للدراسة:

- تم الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي في جامعة القدس على إجراءات الدراسة، وطريقة استهداف العينة، قبل البدء بجمع المعلومات، وذلك بالرجوع لملاحق رقم (5).
- تم التأكيد على السرية لكل مشارك/ة.
- يحق لكل مشارك/ة وقف الاستبيان في حال الشعور بالانزعاج.

- قام الباحثون الاجتماعيون بتعبئة استمارة البحث مع عينة الدراسة، لكونهم تربطهم علاقة ثقة بالمشاركين، وذلك بالرجوع لملاحق رقم (3) الاجتماعات التنسيقية.

6.3 تحليل البيانات:

استخدم البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واستخراج النتائج، وتمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخدام الإحصاء الوصفي، حيث استخدم الباحث في تحليل البيانات على اختبارات المعلمية (parametric test) بسبب ان عينة الدراسة تم اختيارها بالطريقة القصدية، كما أن حجم عينة الدراسة أكثر من 30 مبحوث، وأيضا كان توزيع البيانات ضمن التوزيع الطبيعي؛ بسبب أن مستوى الدلالة في النتائج في معظمها أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لذلك تم استخراج الأعداد، والنسب المئوية، والتكرارات، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد عينة الدراسة واستجاباتهم على اختبار جودة الحياة، وتم تحليل اجابات اختبار (ت) (Independent T.test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One – Way Anova)، واختبار المقارنات البعدية LSD، واستخدم أيضا لحساب ثبات الأداة اختبار؛ كرونباخ ألفا. وذلك باستخدام الحاسوب من خلال برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1.4 المقدمة.

2.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول.

3.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني.

4.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1.4 مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لتوزيع عينة الدراسة ونتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها، والتي تمحورت أسئلتها في السؤال البحثي الرئيسي: ما مستوى جودة الحياة ومؤشراته لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014 - 2018؟

2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى جودة الحياة ومؤشراته (الصحة العامة، العلاقات الاجتماعية والأسرية، الصحة النفسية، الرضا المهني) لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018؟

وللإجابة عن السؤال العام لمقياس جودة الحياة؛ تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية والتقدير للمؤشرات (مؤشر الصحة العامة، مؤشر العلاقات الأسرية، ومؤشر الحياة الاجتماعية والأسرية، ومؤشر الصحة النفسية، ومؤشر الحياة المهنية)، وذلك من خلال الرجوع لملاحق رقم (2) والذي يتضمن نتائج مقياس جودة الحياة الكلي.

وللإجابة عن السؤال الأول تم استخراج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري ودرجة الرضا لمؤشر الصحة العامة.

الجدول (1.4) نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر الصحة العامة:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
المؤشر الأول: الصحة العامة					
	الدرجة الكلية لمؤشر الصحة العامة	2.32	0.531	46.4%	ضعيف

يتضح من الجدول رقم (1.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة الصحة العامة عند الأفراد الناجين من الانتحار حيث بلغ المتوسط الكلي (2.32) وهو يقع ضمن مستوى تقدير ضعيف، بمعنى أن مؤشر جودة الصحة العامة لدى أفراد عينة الدراسة متدنٍ وهم غير راضين عن وضعهم الصحي.

نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية لمؤشر العلاقات الاجتماعية والأسرية:

الجدول (2.4) نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر العلاقات الاجتماعية:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
المؤشر الثاني: مؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية					
	الدرجة الكلية لمؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية	2.30	0.41	46.0%	ضعيف

يتضح من الجدول رقم (2.4) أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية عند الأفراد الناجين من الانتحار حيث بلغ المتوسط الكلي (2.30) وهو يقع ضمن مستوى تقدير ضعيف، بمعنى أن مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية لدى أفراد عينة الدراسة متدنٍ وتقديره ضعيف.

الجدول (3.4) نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر الصحة النفسية:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
المؤشر الثالث: الصحة النفسية					
	الدرجة الكلية لمؤشر الصحة النفسية	2.35	0.33	47.0%	ضعيف

يتضح من الجدول رقم (3.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والاسرية عند الأفراد الناجين من الانتحار حيث بلغ المتوسط الكلي (2.35) وهو يقع ضمن مستوى تقدير ضعيف، بمعنى أن مؤشر جودة الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة متدنٍ بحيث أن شعور أفراد العينة بعدم الرغبة والاستمتاع بالأشياء، وعدم الشعور بالقيمة بالنسبة لهم ومن الآخرين إذ كان مستوى تقدير جميع الفقرات ضعيفاً.

الجدول (4.4) نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية لمؤشر الحياة المهنية:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
المؤشر الرابع: الحياة المهنية					
	الدرجة الكلية الحياة المهنية	2.33	0.49	46.7%	ضعيف

يتضح من الجدول رقم (4.4) أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والاسرية عند الأفراد الناجين من الانتحار حيث بلغ المتوسط الكلي (2.33) بمعنى أن مؤشر جودة الحياة المهنية لدى عينة الدراسة يقع ضمن مستوى تقدير ضعيف.

الجدول 5.4 نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية للدرجة الكلية لجودة الحياة:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
مؤشرات جودة الحياة					
	الدرجة الكلية لجودة الحياة	2.32	0.28	46.6%	ضعيف

يتضح من الجدول رقم (5.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية عند الأفراد الناجين من الانتحار حيث بلغ المتوسط الكلي لجودة الحياة (2.32) وهو يقع ضمن مستوى تقدير ضعيف، وكان أعلى متوسط للمؤشر الصحة النفسية بمتوسط (2.35)، وأدنى متوسط لمؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية بمتوسط (2.3).

1.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة والذي نصه: " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، مكان السكن) للأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014 - 2018 ومستوى مؤشرات جودة الحياة؟"

وللإجابة على السؤال السابق تم اشتقاق الفرضيات الصفرية التالية:

1.3.4 الفرضية الأولى: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير منطقة السكن"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (6.4، 7.4) التاليين:

جدول (6.4) نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير منطقة السكن:

المتوسط الحسابي	العدد	المتغير	المؤشرات
2.30	28	جنوب الضفة الغربية	المؤشر الأول الصحة العامة
2.29	30	وسط الضفة الغربية	
2.34	42	شمال الضفة الغربية	
2.32	100	المجموع الكلي	
2.33	28	جنوب الضفة الغربية	المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
2.07	30	وسط الضفة الغربية	
2.43	42	شمال الضفة الغربية	
2.30	100	المجموع الكلي	
2.32	28	جنوب الضفة الغربية	المؤشر الثالث الصحة النفسية
2.23	30	وسط الضفة الغربية	
2.45	42	شمال الضفة الغربية	
2.35	100	المجموع الكلي	
2.24	28	جنوب الضفة الغربية	المؤشر الرابع الرضا المهني
2.04	30	وسط الضفة الغربية	
2.60	42	شمال الضفة الغربية	
2.33	100	المجموع الكلي	
2.30	28	جنوب الضفة الغربية	الكلي جودة الحياة
2.16	30	وسط الضفة الغربية	
2.45	42	شمال الضفة الغربية	
2.32	100	المجموع الكلي	

يتضح من خلال جدول رقم (6.4) فيما يتعلق بمؤشر جودة الصحة العامة كان أعلى متوسط منطقة وسط الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.29)، وتليها منطقة شمال الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.34)، حيث إن أقل نسبة لمؤشر جودة الصحة العامة في منطقة جنوب الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.30).

وفيما يتعلق بمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى نسبة في منطقة شمال الضفة الغربية (2.43)، ومن ثم تليها منطقة جنوب الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.33)، وأن أقل متوسط حسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية في منطقة وسط الضفة الغربية وكانت (2.43)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، حيث شكل أعلى متوسط في منطقة شمال الضفة الغربية (2.45)، ومن ثم تليها منطقة جنوب الضفة الغربية بمتوسط (2.32)، وتبين أن أقل متوسط في منطقة وسط الضفة الغربية (2.23)، واتضح من خلال نتائج مؤشر الرضا المهني أن أعلى متوسط كان في منطقة شمال الضفة الغربية (2.60)، ومن ثم تليها منطقة جنوب الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.24)، وأن أقل متوسط حسابي لمؤشر الرضا المهني تضمنت في منطقة وسط الضفة الغربية (2.04).

وأظهرت النتائج جدول رقم (6.4)، أن أعلى مستوى لمؤشرات جودة الحياة بشكل عام للأفراد الناجين من الانتحار حسب مناطق السكن جاء لمنطقة شمال الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.45)، ومن ثم تليها منطقة جنوب الضفة الغربية بمتوسط حسابي (2.30)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة كانت لمنطقة وسط الضفة الغربية والتي كانت (2.16)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة، وذلك بمتوسط حسابي (2.32).

لذا فإن هناك فروقا في المتوسطات الحسابية لفئات متغير المنطقة الجغرافية وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (7.4) يوضح ذلك:

الجدول (7.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير منطقة السكن الذي تلقى المبحوث فيه الخدمة.

مؤشرات جودة الحياة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	0.048	2	0.024	0.084	0.919
	المربعات الداخلية	27.868	97	0.287		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	2.292	2	1.146	7.548	0.001
	المربعات الداخلية	14.728	97	0.152		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	0.861	2	0.431	4.194	0.018
	المربعات الداخلية	9.958	97	0.103		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	5.775	2	2.888	15.484	0.000
	المربعات الداخلية	18.090	97	0.186		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	1.481	2	0.741	11.131	0.000
	المربعات الداخلية	6.455	97	0.067		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

يتبين من الجدول رقم (7.4) إن قيمة مستوى الدلالة الكلية 0.000. وهذه القيمة أصغر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نرفض صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 حسب لمنطقة السكن للمركز الذي تم اختيار المبحوث فيه/ أو تلقي الخدمة.

ومن أجل تحديد لصالح من كانت الفروق اتبع تحليل التباين الأحادي باختبار LSD (للمقارنات البعدية) بين المتوسطات الحسابية ونتائج الجداول (8.4) التالية تبين ذلك:

جدول رقم (8.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب منطقة السكن.

المقارنات	جنوب	وسط	شمال
جنوب الضفة الغربية		0.142	- 0.147
وسط الضفة الغربية			- 0.289
شمال الضفة الغربية			

*دال إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية لجودة حياة الفرد حسب منطقة السكن التالية:

(الجنوب والوسط) ولصالح الجنوب.

(الجنوب والشمال) ولصالح الشمال.

(الوسط والشمال) ولصالح الشمال.

بمعنى أن جودة الحياة كانت أعلى لدى المبحوثين الذين تلقوا الخدمة في مراكز منطقة شمال الضفة الغربية، وتليها منطقة وسط الضفة الغربية، ومن ثم جنوب الضفة الغربية.

2.3.4 الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير مكان السكن"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (9.4)، (10.4) التاليين:

جدول (9.4) المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مكان السكن.

المؤشرات	المتغير	العدد	المتوسط الحسابي
المؤشر الأول الصحة العامة	قرية	40	2.28
	مخيم	34	2.28
	مدينة	26	2.41
	المجموع	100	2.32
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	قرية	40	2.28
	مخيم	34	2.22
	مدينة	26	2.42
	المجموع الكلي	100	2.30
المؤشر الثالث الصحة النفسية	قرية	40	2.26
	مخيم	34	2.34
	مدينة	26	2.48
	المجموع الكلي	100	2.35
المؤشر الرابع الحياة المهنية	قرية	40	2.31
	مخيم	34	2.37
	مدينة	26	2.31
	المجموع الكلي	100	2.33
الكلي جودة الحياة	قرية	40	2.28
	مخيم	34	2.30
	مدينة	26	2.42
	المجموع الكلي	100	2.32

يتضح من خلال الجدول رقم (9.4)، يتضح أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هي بين المبحوثين من الذين يسكنون المدن بمتوسط حسابي (2.41)، وتليها سكان القرية بمتوسط حسابي (2.28)، وإن أقل نسبة لمؤشر جودة الصحة العامة كانت لدى المبحوثين من سكان المخيمات بمتوسط حسابي (2.28)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط سكن المدن (2.42) ومن ثم تليها سكن القرى بمتوسط (2.28)، وأن أقل نسبة لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية جاءت للمبحوثين الذين يسكنون المخيمات بمتوسط حسابي (2.22)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، أن أعلى متوسط حسابي من الذين يسكنون المدن (2.48)، ومن ثم تليها المبحوثين الذين يسكنون المخيمات بمتوسط حسابي (2.34)، وتبين أن أقل متوسط من يسكنون القرى حيث شكلت (2.26)، واتضح من خلال متغير مكان السكن لمؤشر الرضا المهني أن أعلى متوسط جاءت لساكني المخيمات (2.37)، ومن ثم تليها للمبحوثين من سكان المدن بمتوسط حسابي (2.42)، وأن أقل متوسط لمؤشر الرضا المهني تضمنت من يسكنون في القرية (2.28).

واتضح من الجدول المبين أعلاه (9.4)، أن أعلى متوسط لمؤشرات جودة الحياة العام للأفراد الناجين من الانتحار حسب مكان السكن للمبحوثين من سكان المدن وكانت (2.42)، ومن ثم تليها المبحوثين من سكان المخيمات سكان المخيمات بمتوسط حسابي (2.30)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة كانت للمبحوثين من سكان القرى وكانت (2.28)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة وذلك بمتوسط حسابي (2.32).

وأن هناك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير مكان السكن، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (10.4) يوضح ذلك:

الجدول (10.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مكان السكن.

مؤشرات جودة الحياة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	0.340	2	0.170	0.597	0.552
	المربعات الداخلية	27.577	97	0.284		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	0.595	2	0.297	1.755	0.178
	المربعات الداخلية	16.425	97	0.169		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	0.754	2	0.377	3.632	0.030
	المربعات الداخلية	10.065	97	0.104		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	0.077	2	0.039	0.158	0.854
	المربعات الداخلية	23.788	97	0.245		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	0.319	2	0.159	2.028	0.137
	المربعات الداخلية	7.618	97	0.079		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

يتبين من الجدول المبين أعلاه، أن قيمة مستوى الدلالة الكلي (0.137) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، أما من حيث جودة الحياة لمجموع مربعات للمبحوثين من سكان القرى، تليها لسكان المخيمات، ومن ثم سكان المدن.

3.3.4 الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير العمر"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (11.4)، (12.4) التاليين:

جدول (11.4) نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير العمر.

المؤشرات	متغير العمر	العدد	المتوسط الحسابي
المؤشر الأول الصحة العامة	18 - 24 سنة	27	2.26
	25-35 سنة	39	2.33
	36-45 سنة	27	2.40
	46-55 سنة	5	2.15
	56-66 سنة	2	2.00
	المجموع	100	2.32
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	18 - 24 سنة	27	2.12
	25-35 سنة	39	2.36
	36-45 سنة	27	2.37
	46-55 سنة	5	2.49
	56-66 سنة	2	2.04
	المجموع الكلي	100	2.30
المؤشر الثالث الصحة النفسية	18 - 24 سنة	27	2.25
	25-35 سنة	39	2.38
	36-45 سنة	27	2.36
	46-55 سنة	5	2.64
	56-66 سنة	2	2.10
	المجموع الكلي	100	2.35
المؤشر الرابع الحياة المهنية	18 - 24 سنة	27	2.25
	25-35 سنة	39	2.34
	36-45 سنة	27	2.40
	46-55 سنة	5	2.32
	56-66 سنة	2	2.37
	المجموع الكلي	100	2.33
الكلي جودة الحياة	18 - 24 سنة	27	2.22
	25-35 سنة	39	2.36
	36-45 سنة	27	2.38
	46-55 سنة	5	2.44
	56-66 سنة	2	2.23
	المجموع الكلي	100	2.33

يتضح من خلال الجدول رقم (11.4)، أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هي للفئة العمرية (36-45) سنة وكانت (2.40)، حيث إن أقل متوسط لمؤشر جودة الصحة العامة كانت للفئة العمرية 56-65 بنسبة (2.00)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط للفئة العمرية 46-55 سنة كانت (2.49)، وأن أقل متوسط حسابي للفئة العمرية (56-65) سنة كانت (2.04)، وتبين أن أعلى متوسط لمؤشر الصحة النفسية للفئة العمرية (46-56) كانت (2.64)، وأن أقل متوسط لمؤشر الصحة النفسية للفئة العمرية 56-65 سنة كانت (2.10)، الفئة العمرية (36-45) سنة لمؤشر الرضا المهني بمتوسط حسابي (2.40)، وأن أقل متوسط للفئة العمرية كانت (2.25) ضمن فئة 18-24 سنة، وأن أقل قيمة لمؤشر جودة الحياة الكلي كانت للفئة العمرية (18-24) سنة وكانت (2.12) وأعلى قيمة كانت للفئة العمرية 46-55 وهي (2.44)، وكان المجموع الكلي لمتغير العمر لمؤشرات جودة الحياة بمتوسط حسابي ضعيف (2.32).

لذا فإن هناك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير العمر، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (12.4) يوضح ذلك:

يتبين من الجدول رقم (12.4) أن قيمة مستوى الدلالة الكلي (0.12) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى متغير العمر.

الجدول (12.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير العمر.

مستوى الدلالة (P)	قيمة (ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	مؤشرات جودة الحياة
0.698	0.552	0.159	4	0.635	المربعات بين الفئات	المؤشر الأول الصحة العامة
		0.287	95	27.282	المربعات الداخلية	
			99	27.916	المجموع الكلي	
0.076	2.188	0.359	4	1.436	المربعات بين الفئات	المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		0.164	95	15.584	المربعات الداخلية	
			99	17.020	المجموع الكلي	
0.100	2.008	0.211	4	0.843	المربعات بين الفئات	المؤشر الثالث الصحة النفسية
		0.105	95	9.976	المربعات الداخلية	
			99	10.819	المجموع الكلي	
0.871	0.309	0.077	4	0.307	المربعات بين الفئات	المؤشر الرابع الحياة المهنية
		0.248	95	23.559	المربعات الداخلية	
			99	23.865	المجموع الكلي	
0.122	1.872	0.145	4	0.580	المربعات بين الفئات	الكلي
		0.077	95	7.357	المربعات الداخلية	
			99	7.937	المجموع الكلي	

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

1.3.4 الفرضية الرابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير الجنس"، ولإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (13.4) التالي:

جدول رقم (13.4) نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الجنس.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	أنثى (العدد=77)		ذكر (العدد=23)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.293	1.057	0.560	2.35	0.413	2.21	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	أنثى (العدد=77)		ذكر (العدد=23)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.995	-0.007	0.410	2.30	0.437	2.30	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	أنثى (العدد=77)		ذكر (العدد=23)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.713	0.370	0.348	2.3435	0.267	2.37	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	أنثى (العدد=77)		ذكر (العدد=23)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.059	1.908	0.506	2.28	0.399	2.50	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	أنثى (العدد=77)		ذكر (العدد=23)		الكلية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.694	0.395	0.293	2.32	0.249	2.34	

دال احصائيا عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بدرجة حرية (98)

يتبين من الجدول رقم (13.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة الصحة العامة لدى الإناث أعلى من الذكور (2.35؛ 2.21) على التوالي، وأن المتوسط الحسابي لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية كان أعلى لدى الإناث (2.30)، مقارنة بالذكور (2.30)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، أن مؤشر الصحة النفسية للذكور أعلى من الإناث (2.37؛ 2.34) على التوالي، واتضح من خلال العلاقة بين متغير الجنس مؤشر الرضا المهني أن أعلى مستوى عند الذكور كان (2.50)، وأن أقل نسبة لمؤشر الرضا المهني تضمنت لدى الإناث كان بمتوسط حسابي (2.28).

واتضح من الجدول المبين أعلاه، أن أعلى متوسط حسابي لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار تعزى لمتغير الجنس يعزى للذكور وكانت (2.34)، وأن متوسط حسابي لمؤشرات جودة الحياة كانت أقل أو يساوي لدى الإناث (2.32)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة.

وبينت النتائج فيما اذا كانت الفروق في مستوى جودة الحياة دالة احصائيا بين الجنسين، حيث أن مستوى الدلالة الكلي (0.694) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 حسب متغير الجنس.

2.3.4 الفرضية الخامسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (14.4، 15.4) التاليين:

يتضح من خلال الجدول رقم (14.4)، أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة كان لدى المطلقين بمتوسط حسابي (2.37)، وإن أقل متوسط حسابي لمؤشر جودة الصحة العامة كان لدى المتزوجين (2.26)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط حسابي لدى الأرامل (2.40)، وأن أقل متوسط لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية بين غير المتزوجين (2.27)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية لدى المطلقين، (2.42) وتبين أن أقل متوسط لدى الأرامل حيث شكلت (2.17)، واتضح من خلال متغير الحالة الاجتماعي لمؤشر الرضا المهني أن أعلى متوسط لمتغير الحالة الاجتماعية شكلت (2.50)، وأن أقل متوسط لمؤشر الرضا المهني لدى المتزوجين (2.24). واتضح من الجدول المبين أعلاه، تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة وذلك بمتوسط حسابي (2.32).

لذا فإن هناك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير الحالة الاجتماعية، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (15.4) يوضح ذلك:

جدول (14.4) نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الحالة الاجتماعية.

المتوسط الحسابي	العدد	المتغير	المؤشرات
2.26	27	أعزب	المؤشر الأول الصحة العامة
2.33	54	متزوج	
2.37	13	مطلق	
2.31	6	أرمل	
2.32	100	المجموع	
2.27	27	أعزب	المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
2.27	54	متزوج	
2.39	13	مطلق	
2.40	6	أرمل	
2.30	100	المجموع الكلي	
2.42	27	أعزب	المؤشر الثالث الصحة النفسية
2.32	54	متزوج	
2.40	13	مطلق	
2.17	6	أرمل	
2.35	100	المجموع الكلي	
2.45	27	أعزب	المؤشر الرابع الحياة المهنية
2.24	54	متزوج	
2.50	13	مطلق	
2.29	6	أرمل	
2.33	100	المجموع الكلي	
2.35	27	أعزب	الكلي جودة الحياة
2.29	54	متزوج	
2.41	13	مطلق	
2.28	6	أرمل	
2.32	100	المجموع الكلي	

جدول (15.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الحالة الاجتماعية.

المؤشرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	0.138	3	0.046	0.159	0.924
	المربعات الداخلية	27.778	96	0.289		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	0.219	3	0.073	0.416	0.742
	المربعات الداخلية	16.801	96	0.175		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	0.400	3	0.133	1.227	0.304
	المربعات الداخلية	10.419	96	0.109		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	1.202	3	0.401	1.697	0.173
	المربعات الداخلية	22.663	96	0.236		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	0.182	3	0.061	0.749	0.526
	المربعات الداخلية	7.755	96	0.081		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (15.4) أن قيمة مستوى الدلالة الكلي (0.526) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية أقل أو يساوي عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 حسب إلى الحالة الاجتماعية.

6.3.4 الفرضية السادسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (16.4، 17.4) التاليين:

جدول (16.4) المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى التعليمي.

المؤشرات	المتغير	العدد	المتوسط الحسابي
المؤشر الأول الصحة العامة	ابتدائي	10	2.26
	إعدادي	31	2.24
	ثانوي	27	2.31
	جامعي	32	2.41
	المجموع	100	2.32
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	ابتدائي	10	2.30
	إعدادي	31	2.21
	ثانوي	27	2.24
	جامعي	32	2.42
	المجموع الكلي	100	2.30
المؤشر الثالث الصحة النفسية	ابتدائي	10	2.27
	إعدادي	31	2.29
	ثانوي	27	2.41
	جامعي	32	2.37
	المجموع الكلي	100	2.35
المؤشر الرابع الحياة المهنية	ابتدائي	10	2.26
	إعدادي	31	2.30
	ثانوي	27	2.36
	جامعي	32	2.36
	المجموع الكلي	100	2.33
الكلي جودة الحياة	ابتدائي	10	2.27
	إعدادي	31	2.26
	ثانوي	27	2.33
	جامعي	32	2.39
	المجموع الكلي	100	2.32

يتضح من خلال جدول رقم (16.4)، أن أعلى عدد للمشاركين بمتغير المستوى التعليمي الجامعي (32) ما بين أفراد عينة الدراسة، وأن عدد الأفراد المشاركين بمتغير المستوى التعليمي لمرحلة الإعدادي (31)، يتضح من النتائج أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هي لمتغير مستوى التعليم الجامعي بمتوسط (2.41)، وأن أقل نسبة لمستوى التعليمي الابتدائي بمتوسط (2.26)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط للمستوى التعليمي الجامعي (2.42) ، وأن أقل متوسط لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية لمستوى التعليم الإعدادي وكانت متوسط (2.21)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، أن أعلى متوسط جاء لمستوى التعليم الثانوي بمتوسط حسابي(2.41) ، وتبين أن أقل متوسط حسابي كان لمستوى التعليمي الابتدائي بقيمة (2.27)، اما بالنسبة لمؤشر الرضا المهني فإن أعلى متوسط حسابي كان لمستوى التعليمي الجامعي بقيمة (2.36)، وأن أقل متوسط لمؤشر الرضا المهني تضمنت مستوى التعليم الابتدائي بمتوسط (2.26).

وبينت النتائج أن أعلى متوسط لمؤشرات جودة الحياة العامة للأفراد الناجين من الانتحار حسب متغير المستوى التعليمي الجامعي وكانت (2.39)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة العامة كانت للتعليم الإعدادي بمتوسط (2.26)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة بمتوسط (2.32).

لذا فإن هناك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير المستوى التعليمي، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (17.4) يوضح ذلك:

الجدول (17.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى التعليمي للمبحوث.

المؤشرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	0.487	3	0.162	0.637	0.568
	المربعات الداخلية	27.429	96	0.286		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	0.820	3	0.273	0.190	0.621
	المربعات الداخلية	16.199	96	0.169		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	0.282	3	0.094	0.858	0.466
	المربعات الداخلية	10.537	96	0.110		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	0.129	3	0.043	0.174	0.914
	المربعات الداخلية	23.736	96	0.247		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	0.287	3	0.096	1.198	0.315
	المربعات الداخلية	7.650	96	0.080		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من جدول رقم (17.4) أن قيمة مستوى الدلالة الكلي (0.315) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى المستوى التعليمي للمبحوث.

7.3.4 الفرضية السابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي"، وللإجابة على هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (18.4، 19.4) التاليين:

الجدول (18.4) المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى الاقتصادي.

المؤشرات	المتغير	العدد	المتوسط الحسابي
المؤشر الأول الصحة العامة	1000 شيكل فما دون	12	2.36
	1100 – 2000 شيكل	29	2.11
	2100 – 3000 شيكل	34	2.40
	3100 فما فوق	25	2.42
	المجموع	100	2.32
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	1000 شيكل فما دون	12	2.27
	1100 – 2000 شيكل	29	2.27
	2100 – 3000 شيكل	34	2.27
	3100 فما فوق	25	2.37
	المجموع الكلي	100	2.30
المؤشر الثالث الصحة النفسية	1000 شيكل فما دون	12	2.34
	1100 – 2000 شيكل	29	2.31
	2100 – 3000 شيكل	34	2.35
	3100 فما فوق	25	2.38
	المجموع الكلي	100	2.35
المؤشر الرابع الحياة المهنية	1000 شيكل فما دون	12	2.27
	1100 – 2000 شيكل	29	2.38
	2100 – 3000 شيكل	34	2.33
	3100 فما فوق	25	2.30
	المجموع الكلي	100	2.33
الكلي جودة الحياة	1000 شيكل فما دون	12	2.31
	1100 – 2000 شيكل	29	2.28
	2100 – 3000 شيكل	34	2.34
	3100 فما فوق	25	2.37
	المجموع الكلي	100	2.32

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه (18.4)، أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هي لمتغير المستوى الاقتصادي (3100 فما فوق) بمتوسط (2.42)، وأن أقل متوسط كان للفئة ذات الدخل (1100-2000) شيكل بمتوسط (2.11)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط للمستوى الاقتصادي بدخل (2100-3000) شيكل وبمتوسط (2.27)، وأن أقل متوسط لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية لذوي الدخل الشهري (1000 شيكل فما دون) وكانت متوسط (2.27)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، حيث أن أعلى متوسط لذوي الدخل الشهري (2100-3000) شيكل (2.38)، وتبين أن أقل متوسط لمستوى الدخل (2100-3000) شيكل (2.31)، واتضح من خلال فحص متغير مستوى الدخل الشهري للفرد لمؤشر الرضا المهني أن أعلى قيمة مستوى للفئة التي دخلها (1100-2000) شيكل ومتوسطها (2.38)، وأن أقل متوسط لمؤشر الرضا المهني تضمنت مستوى دخل 1000 شيكل فما دون بمتوسط (2.27).

وتبين أيضا أن أعلى نسبة لمؤشرات جودة الحياة العامة للأفراد الناجين من الانتحار حسب متغير المستوى الاقتصادي للمبحوثين من ذوي فئة الدخل (3100 فما فوق) وبمتوسط (2.37)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة كانت للفئة من ذوي المستوى الاقتصادي (1000 شيكل فما دون) وبمتوسط (2.31)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة بمتوسط (2.32).

لذا فإن هناك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير المستوى الاقتصادي، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (19.4) يوضح ذلك:

الجدول (19.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى الاقتصادي.

المؤشرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	1.796	3	0.599	2.200	0.093
	المربعات الداخلية	26.121	96	0.272		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	0.181	3	0.060	0.344	0.794
	المربعات الداخلية	16.839	96	0.175		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	0.059	3	0.020	0.174	0.914
	المربعات الداخلية	10.761	96	0.112		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	0.153	3	0.051	0.207	0.891
	المربعات الداخلية	23.712	96	0.247		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	0.126	3	0.042	0.518	0.671
	المربعات الداخلية	7.810	96	0.081		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول المبين أعلاه (19.4)، أن قيمة مستوى الدلالة الكلي (0.671) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى المستوى الاقتصادي لدى أفراد العينة.

4.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة والذي نصه: " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 وهي: (المرض المزمن، المشاكل نفسية، التوجه أو عدم التوجه لطلب خدمة العلاج النفسي، مشاعر الحزن واليأس، الأفكار الانتحارية، عدد المحاولات الانتحارية، تعاطي المخدرات والكحول) ومستوى مؤشرات جودة الحياة؟"

ولإجابة على هذا السؤال السابق تم اشتقاق الفرضيات الصفرية التالية:

1.4.4 الفرضية الأولى: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى الى وجود مرض مزمن". من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) (Independent T-test) لمجموعتين مستقلتين ونتائج الجدول (20.4) تبين ذلك:

جدول رقم (20.4) نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير وجود مرض مزمن.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=79)		نعم (العدد=21)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.829	0.216	0.515	2.32	0.598	2.29	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=79)		نعم (العدد=21)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.611	0.510	0.416	2.31	0.416	2.25	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=79)		نعم (العدد=21)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.170	1.384	0.298	2.37	0.426	2.26	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=79)		نعم (العدد=21)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
.086	1.736	0.470	2.37	0.541	2.17	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=79)		نعم (العدد=21)		الكلية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.159	1.418	0.273	2.34	0.312	2.25	

دال احصائيا عند مستوى ($\alpha=0.05$) بدرجة حرية (98)

يتضح من جدول رقم (20.4)، أن عدد الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن (21) من عينة الدراسة، وأن (79) لا يعانون من أي مرض مزمن، بمعنى أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هو لدى الأفراد الذين لا يعانون من أي مرض مزمن بمتوسط حسابي (2.32)، وأقل متوسط حسابي لمؤشر جودة الصحة العامة للأفراد الذين يعانون من مرض مزمن (2.29)، وتبين أن من لا يعاني من أي مرض مزمن له مستوى أعلى في جودة العلاقات الأسرية مقارنة بمن يعاني من مرض مزمن (2.31، 2.25) على التوالي، واتضح أيضا أن مؤشر الصحة النفسية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة هي أقل مقارنة بمن لا يعاني من أي مرض مزمن وبنسبة (2.26)، بينما مستوى الصحة النفسية لمن لا يعاني من أمراض هي (2.37)، واتضح أيضا أن من لا يعاني من أي مرض مزمن لديه مؤشر الرضا المهني أعلى (2.37) مقارنة بمن لديه مرض مزمن (2.17).

واتضح من الجدول رقم (20.4)، أن أعلى متوسط حسابي لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار تعزى للمرض المزمن (2.34)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة كانت (2.25)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة.

وأن مستوى الدلالة الكلي (0.159)، وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى لوجود مرض مزمن عند أفراد الدراسة.

2.4.4 الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى متغير وجود المشاكل النفسية" من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) (Independent T-test) لمجموعتين مستقلتين ونتائج الجدول (21.4) تبين ذلك:

جدول رقم (21.4) اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير وجود المشاكل النفسية

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=46)		نعم (العدد=54)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.534	0.623	0.507	2.35	0.553	2.28	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=46)		نعم (العدد=54)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.578	0.559	0.375	2.32	0.447	2.27	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=46)		نعم (العدد=54)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.503	0.672	0.332	2.32	0.330	2.37	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=46)		نعم (العدد=54)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.909	0.115	0.425	2.34	0.544	2.33	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=46)		نعم (العدد=54)		الكلية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.827	0.219	0.274	2.33	0.292	2.32	

دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$) بدرجة حرية (98).

يتضح من جدول رقم (21.4)، ان جودة الحياة كانت افضل لدى المبحوثين الذين لا يعانون من مشاكل نفسية بمتوسط حسابي (2.35)، حيث إن أقل متوسط حسابي لمؤشر جودة الصحة العامة للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية (2.28)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أعلى بين الأفراد المشاركين الذين لا يعانون من مشاكل نفسية جودة الحياة لديهم افضل (2.32)، وأن أقل متوسط لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية من الأفراد المشاركين الذي يعانون من مشاكل نفسية كانت جودة الحياة لديهم بمستوى اقل (2.27)، واتضح أيضا أن مؤشر الصحة النفسية أعلى عند الأفراد المشاركين الذي يعانون من مشاكل نفسية (2.37)، وأقل عند الذي لا يعانون من مشاكل نفسية (2.32)، واتضح أيضا وجود فروقات طفيفة في مؤشر الرضا المهني بين الأفراد الذين لا يعانون من مشاكل نفسية وبين من يعانون من مشاكل نفسية (2.34؛ 2.33) على التوالي.

واتضح من جدول رقم (21.4)، أن أعلى متوسط حسابي لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار تعزى للأفراد الذين لا يعانون من مشاكل نفسية (2.33)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية (2.32)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي ضعيفا، بمعنى ان الأفراد الذين لديهم مشاكل نفسية كانت جودة الحياة لديهم بمستوى اقل من الذين لا تتواجد لديهم مشكلات نفسية.

وحيث إن مستوى الدلالة الكلي (0.827) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى لوجود مشاكل نفسية عند عينة الدراسة؟ من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) (Independent T-test) لمجموعتين مستقلتين.

3.4.4 الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى التوجه أو عدم التوجه لطلب خدمة العلاج النفسي

وجداول رقم (22.4) يوضح نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير التوجه أو عدم التوجه لطلب خدمة العلاج النفسي.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=61)		نعم (العدد=39)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.419	0.811	0.516	2.35	0.554	2.26	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=61)		نعم (العدد=39)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.752	0.317	0.370	2.31	0.479	2.28	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=61)		نعم (العدد=39)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.799	0.255	0.294	2.34	0.383	2.36	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=61)		نعم (العدد=39)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.352	0.934	0.418	2.37	0.588	2.27	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=61)		نعم (العدد=39)		الكلي
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.527	0.635	0.246	2.34	0.334	2.30	

دال احصائيا عند مستوى ($\alpha=0.05$) بدرجة حرية (98).

يتبين من الجدول السابق رقم (22.4) أن عدد الأفراد الذين توجهوا لطلب خدمة الإرشاد (39) من أفراد عينة الدراسة، وأن عدد الأفراد الذين لم يتوجهوا لطلب خدمة الإرشاد النفسي (61) من أفراد عينة الدراسة، بمعنى أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هو لدى الأفراد الذين لم يتوجهوا لطلب خدمة الإرشاد (2.35)، وأن أقل مؤشر لجودة الصحة العامة هو لدى الأفراد الذين طلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.26)، وتبين من مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن أعلى متوسط حسابي هو لدى الأفراد الذين لم يطلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.28)، وأقل متوسط لمؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية لدى الأفراد الذي طلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.31) واتضح أيضا من أن مؤشر الصحة النفسية أعلى لدى الأفراد

الذي طلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.36)، وأقل متوسط لدى الأفراد الذي لم يطلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.34)، واتضح أن من لم يطلب خدمة الإرشاد النفسي حصل على مؤشر الرضا المهني بمستوى أعلى (2.30)، مقارنة بمن تلقى خدمة الإرشاد النفسي (2.34).

واتضح من الجدول رقم (22.4)، أن المتوسط حسابي لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار كانت أعلى لدى للأفراد الذين لم يطلبوا خدمة الإرشاد النفسي (2.34)، مقارنة مع الذين طلبوا خدمة الإرشاد النفسي كانت والذين كان متوسط جودة الحياة لديهم (2.30)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي بدرجة ضعيفة.

وتبين أن مستوى الدلالة الكلي (0.527) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى هل توجهت في الماضي لتلقي خدمة الإرشاد أو العلاج النفسي للمساعدة في حل مشاكلك مباشرة.

4.4.4 الفرضية الرابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى مشاعر الحزن واليأس". من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent T-test) ونتائج الجدول (23.4) تبين ذلك:

جدول رقم (23.4) اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مشاعر الحزن واليأس.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=16)		نعم (العدد=83)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.465	-0.734-	0.523	2.41	0.534	2.30	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=16)		نعم (العدد=83)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.236	-1.193-	0.503	2.41	0.397	2.27	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=16)		نعم (العدد=83)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.440	0.776	0.441	2.41	0.478	2.30	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=16)		نعم (العدد=83)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.397	-0.851-	0.331	2.37	0.272	2.30	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=16)		نعم (العدد=83)		الكلية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.477	-0.714-	0.246	2.34	0.334	2.30	

دال احصائيا عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ بدرجة حرية (98).

يتبين من الجدول السابق رقم (23.4) أن مستوى الدلالة الكلية لجودة الحياة العامة هو (0.477) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ ، من حيث جودة حياة الفرد الناجي

من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى لوجود مشاعر من الحزن واليأس عند أفراد العينة.

5.4.4 الفرضية الخامسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى وجود أفكار انتحارية". من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent T-test) ونتائج الجدول (24.4) تبين ذلك:

جدول رقم (24.4) اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير وجود أفكار انتحارية.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=54)		نعم (العدد=45)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.188	1.325-	0.522	2.38	0.538	2.24	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=54)		نعم (العدد=45)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.790	0.267-	0.319	2.31	0.513	2.28	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=54)		نعم (العدد=45)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.059	1.907-	0.348	2.39	0.285	2.27	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=54)		نعم (العدد=45)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.919	-0.102-	0.485	2.32	0.460	2.31	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=54)		نعم (العدد=45)		الكلي
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.172	-1.375-	0.287	2.35	0.271	2.28	

دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بدرجة حرية (98).

وجدت الدراسة أن جودة الصحة الحياة لمؤشر الصحة العامة لدى الذين لا تتواجد لديهم أفكار انتحارية هو (2.38)، مقارنة مع متوسط حسابي بقيمة (2.24) لمؤشر جودة الصحة العامة للأفراد الذين تتواجد لديهم

أفكار انتحارية، وتبين أن مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أعلى لدى الذين لا تتواجد لديهم أفكار انتحارية (2.31) مقارنة بمن تتواجد لديهم أفكار انتحارية (2.28)، واتضح أيضا أن مؤشر الصحة النفسية أعلى لدى من لا تتواجد لديه أفكار انتحارية (2.39)، وأقل لدى من تتواجد لديه أفكار انتحارية (2.27). واتضح أيضا أن من لا تتواجد لديهم أفكار انتحارية لديهم مؤشر الرضا المهني أعلى (2.32)، ممن لديهم أفكار انتحارية (2.31).

ويتضح من جدول رقم (24.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشرات جودة الحياة العامة للمبحوثين الذين لا تتواجد لديهم أفكار انتحارية (2.35)، مقارنة مع المبحوثين الذين تتواجد لديهم أفكار انتحارية بمتوسط حسابي (2.28)، حيث ان المبحوثين الذين لديهم أفكار انتحارية كانت مؤشرات جودة الحياة اقل من المبحوثين الذين لا تتواجد مثل هذه الأفكار، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة.

وتبين أيضا أن مستوى الدلالة الكلي (0.172) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى لوجود أفكار انتحارية عند عينة الدراسة.

6.4.4 الفرضية السادسة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 2018 تعزى إلى تكرار المحاولة الانتحارية". وللإجابة على السؤال تم استخدام المتوسطات الحسابية واختبار التباين الأحادي (One – Way Anova) للعينات المستقلة وكانت النتائج كما هو مبين في الجدولين رقم (25.4، 26.4) التاليين:

جدول (25.4) نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب تكرار المحاولة الانتحارية:

المؤشرات	عدد المحاولات الانتحارية	العدد	المتوسط الحسابي
المؤشر الأول الصحة العامة	1	36	2.38
	2	31	2.32
	3	21	2.45
	4	7	1.76
	5	3	2.04
	6	2	2.00
	المجموع	100	2.32
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	1	36	2.33
	2	31	2.32
	3	21	2.25
	4	7	2.31
	5	3	2.45
	6	2	1.50
	المجموع الكلي	100	2.30
المؤشر الثالث الصحة النفسية	1	36	2.47
	2	31	2.31
	3	21	2.20
	5	7	2.36
	6	3	2.40
	6	2	2.07
	المجموع الكلي	100	2.35
المؤشر الرابع الحياة المهنية	1	36	2.37
	2	31	2.44
	3	21	2.15
	4	7	2.28
	5	3	2.41
	6	2	1.87
	المجموع الكلي	100	2.33
الكلي	1	36	2.39

2.34	31	2	جودة الحياة
2.25	21	3	
2.21	7	4	
2.34	3	5	
1.86	2	6	
2.32	100	المجموع الكلي	

يتضح من جدول رقم (25.4)، أن (36) من عينة أفراد الدراسة لم يكرروا المحاولة الانتحارية إلا مرة واحدة، وأن (31) من مشاركي عينة أفراد الدراسة قد كرروا المحاولة الانتحارية مرتين، وأن (21) من مشاركي عينة أفراد الدراسة قد كرروا المحاولة الانتحارية ثلاث مرات، وأن (7) من مشاركين عينة أفراد الدراسة قد كرروا المحاولة الانتحارية أربع مرات، وأن 3 أفراد من عينة الدراسة قد كرروا المحاولة الانتحارية خمس مرات، وأن أقل عدد (2) من عينة أفراد الدراسة قد كرروا المحاولة الانتحارية لست مرات، بمعنى أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة هو لدى الذين لم يكرروا المحاولة الانتحارية إلا لمرة واحدة (2.45)، وأقل متوسط حسابي لمؤشر جودة الصحة العامة للأفراد الذين كرروا المحاولة الانتحارية (1.76)، ومؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أعلى لدى الذين لم يكرروا المحاولة الانتحارية (2.45)، وأقل لدى الذين كرروا المحاولة الانتحارية (1.50)، واتضح أيضا أن مؤشر الصحة النفسية، أعلى لدى الذين لم يكرروا المحاولة الانتحارية (2.47)، وأقل للذين تتواجد لديهم تكرار للمحاولة الانتحارية (2.07)، وأن للذين لم يكرروا المحاولة الانتحارية كان مؤشر الرضا المهني أعلى (2.44)، من كرر المحاولة الانتحارية (1.87). وتبين أن أعلى مؤشرات جودة الحياة العامة كانت لدى الذين لم يكرروا المحاولة الانتحارية (2.39)، وأقل مؤشرات جودة الحياة لدى الذين كرروا المحاولة الانتحارية (1.86)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة (2.32).

لذا فإن هنالك فروقا ظاهرية في المتوسطات الحسابية لفئات متغير تكرار المحاولة الانتحارية، وللتحقق ما إذا كانت الفروق في المتوسطات الحسابية قد وصلت إلى مستوى الدلالة الإحصائية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي والجدول (26.4) يوضح ذلك:

الجدول (26.4) نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب تكرار المحاولة الانتحارية.

مؤشرات جودة الحياة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة (P)
المؤشر الأول الصحة العامة	المربعات بين الفئات	3.095	5	0.619	2.344	0.047
	المربعات الداخلية	24.822	94	0.264		
	المجموع الكلي	27.916	99			
المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية	المربعات بين الفئات	1.447	5	0.289	1.747	0.132
	المربعات الداخلية	15.573	94	0.166		
	المجموع الكلي	17.020	99			
المؤشر الثالث الصحة النفسية	المربعات بين الفئات	1.148	5	0.230	2.232	0.057
	المربعات الداخلية	9.671	94	0.103		
	المجموع الكلي	10.819	99			
المؤشر الرابع الحياة المهنية	المربعات بين الفئات	1.576	5	0.315	1.329	0.259
	المربعات الداخلية	22.290	94	0.237		
	المجموع الكلي	23.865	99			
الكلي	المربعات بين الفئات	0.802	5	0.160	2.114	0.070
	المربعات الداخلية	7.134	94	0.076		
	المجموع الكلي	7.937	99			

*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

يتبين من الجدول رقم (26.4)، أن قيمة مستوى الدلالة الكلية (0.070) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى لتكرار المحاولة الانتحارية عند عينة الدراسة.

7.4.4 الفرضية السابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين عوامل الخطورة التي دفعت الافراد الناجين من الانتحار إلى المحاولة الانتحارية في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى إلى متغير تعاطى مخدرات أو كحول". من أجل الإجابة على السؤال تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent T-test) ونتائج الجدول (27.4) تبين ذلك:

جدول رقم (27.4) اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير تعاطى مخدرات أو كحول.

الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=85)		نعم (العدد=14)		المؤشر الأول الصحة العامة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.770	0.293-	0.552	2.33	0.393	2.28	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=85)		نعم (العدد=14)		المؤشر الثاني العلاقات الأسرية والاجتماعية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.175	1.366	0.407	2.27	0.460	2.44	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=85)		نعم (العدد=14)		المؤشر الثالث الصحة النفسية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.819	0.229	0.333	2.34	0.284	2.36	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=85)		نعم (العدد=14)		المؤشر الرابع الحياة المهنية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.824	0.223	0.494	2.31	0.314	2.34	
الدلالة (P)	قيمة (ت)	لا (العدد=85)		نعم (العدد=14)		الكلية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.554	0.594	0.295	2.31	0.174	2.36	

دال احصائيا عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بدرجة حرية (97).

يتبين من الجدول رقم (27.4)، أن عدد أفراد العينة الذين يتعاطون الكحول والمخدرات كان (14)، وأن (85) لا يتعاطون مخدرات أو كحول، وتبين أن مؤشر جودة الصحة العامة كان أعلى لدى الذين لا يتعاطون مخدرات أو كحول (2.33)، مقارنة مع الذين تعاطوا المخدرات والكحول كان المتوسط الحسابي لمؤشر جودة الصحة العامة لهم (2.28)، وتبين أن مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية كان أعلى

لدى الذين يتعاطون مخدرات أو كحول (2.44)، مقارنة مع الذين لا يتعاطون مخدرات أو كحول (2.27)، واتضح أيضا من تحليل نتائج مؤشر الصحة النفسية، أن المؤشر أعلى لدى الذين يتعاطون مخدرات أو كحول (2.36) وأقل لدى من لا يتعاطون مخدرات أو كحول (2.34)، واتضح أيضا أن الذين يتعاطون مخدرات أو كحول لديهم مؤشر الرضا المهني أعلى بمتوسط حسابي (2.34)، من الأفراد الذين لا يتعاطون مخدرات أو كحول (2.31).

واتضح من الجدول المبين أعلاه (27.4)، أن المتوسط الحسابي لمؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار تعزى للأفراد الذين يتعاطون مخدرات أو كحول (2.36)، وأن أقل متوسط لمؤشرات جودة الحياة كان للذين لا يتعاطون مخدرات أو كحول (2.31)، وكان تقدير جودة الحياة الكلي درجته ضعيفة.

في الحقيقة الظاهرة هناك نظرة أولية تبين ان أولئك الذين تعاطوا الكحول والمخدرات جودة الحياة لديهم أفضل، لكن احصائياً لم يتم ظهور فروق ذات دلالة بين المبحوثين (من يتعاطى ومن لا يتعاطى)، هذا ما سيتم مناقشته في الفصل الخامس.

وأن مستوى الدلالة الكلي (0.554) وهذه القيمة أكبر من القيمة المحددة في الفرضية وهي (0.05)، ولذلك فإننا نقبل صحة الفرضية الصفرية ونقول بأنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$)، من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 تعزى للمخدرات أو كحول لدى عينة الدراسة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة.

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول.

3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني.

4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث.

5.5 الخلاصة

6.5 التوصيات.

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة:

بناء على ما تم عرضه في الفصل الخامس من تحليل إحصائي لأسئلة الدراسة التي فحصت مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار ودوافعه في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018، قام الباحث في هذا الفصل بمناقشة نتائج الدراسة بالاعتماد على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة، وسيقوم بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج وأيضاً قائمة بعدد من الدراسات المقترحة لإكمال البحث في مجال الدراسة الحالية، وفيما يلي عرض لمناقشة النتائج:

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول والذي نصه:

ما مستوى جودة الحياة ومؤشراته (الصحة العامة، العلاقات الاجتماعية والاسرية، الصحة النفسية، الرضا المهني) لدى الأفراد الناجين من الانتحار وعلاقته بعوامل الخطورة في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018؟

يتضح أن مستوى مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 جاءت بدرجة ضعيفة.

لم يُعثر على دراسات عربية تتناول مؤشرات جودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار، ومع هذا فإن نتائج الدراسات الاجنبية تتفق مع نتائج هذه الدراسة مثل دراسة (Jin, et al., 2015)، ودراسة (Feng, et al., 2016)، ودراسة (Fairweather, et al., 2016) ودراسة (Cofer, et al., 1984)، إذ إنها

فحصت ارتباط السلوك الانتحاري وجودة الحياة المرتبطة بمؤشر الصحة العامة، وتبين أن جودة الصحة للأفراد الذين حاولوا الانتحار أقل بكثير من أولئك الذين لم يحاولوا الانتحار. حيث إن مستوى مؤشر جودة الصحة العامة ضعيف، ومن خلال استعراض الأدب النفسي المتعلق بجودة الحياة فإن ما اتفق عليه كل من أحمد (2008)، و(Fallowfield, 1990)، وكاظم؛ وآخرون (2006) من تعريفهم لجودة الحياة، يشير إلى تقدير ضعيف لدى الأفراد الناجين من الانتحار في الدراسة الحالية، بمعنى أن مؤشر جودة الصحة العامة متدنٍ، وهم غير راضين عن صحتهم العامة، ويلاحظ من النتائج وجود تداخل منطقي بين تدني مؤشر جودة الصحة العامة والمحاولة الانتحارية، واتضح ذلك من عدم رضاهم عن وضعهم الصحي، والذي يتمثل بالإعياء الجسمي وعدم القدرة على ممارسة أنشطة الحياة المعتادة، مثل: (ممارسة الأنشطة الرياضية، والمداومة على النظافة الذاتية)، وعدم رضاهم عن الخدمات الصحية، والتي تشمل: (عدم توفر الأدوية، وعدم امتلاك تأمين صحي، وبعد العيادات الصحية عن المريض).

وتشير نتائج الدراسات السابقة دراسة (Xing, et al., 2010) ودراسة (Ruengorn, et al., 2012) ودراسة نعيمة (2014)، ودراسة الخواجة (2016) إلى أن انخفاض جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية، والتي تتضح من خلال ضعف دور العائلة والأصدقاء، وتدني الدعم الاجتماعي للفرد وغياب الحوار الأسري بين أفراد العائلة، وضعف الترابط العائلي، والنسق العائلي الذي يتميز بالانغلاق التام، يسوده عدم التفاعل في التواصل، والقسوة في المعاملة، والعلاقة السيئة مع أحد الوالدين أو كليهما، هي عوامل تدفع الفرد للمحاولة الانتحارية، وهذا ما تتفق معه نتائج الدراسة الحالية، وإن مستوى مؤشر جودة العلاقات الأسرية والاجتماعية ضعيف، واتضح ذلك من إجابات عينة الدراسة من عدم مقدرتهم على إقامة علاقات جديدة مع الآخرين، وتدني الدعم والتواصل الاجتماعي مع أفراد العائلة والأصدقاء، واتضح أيضاً أن جودة حياتهم الأسرية والاجتماعية فيها ضعف؛ من حيث التواصل مع الوالدين، والأصدقاء ولا يوجد مساندة من قبلهم، ولا تتاح لهم الفرصة للمشاركة في الأنشطة الترويحية، مما يزيد من نمطية التفكير السلبي عن ذواتهم والآخرين، وتضعف من علاقة الفرد الناجي من الانتحار من الاتصال والتواصل مع المجتمع.

ويرى الباحث إن الأسرة الفلسطينية تأخذ الطابع الأبوي، والتي تركز في تنشئتها على قوالب العادات والتقاليد والمعايير المجتمعية مع أفرادها، فتضع الفرد في نسق يصعب عليه الخروج منه، فينخفض مستوى

مهارته الحياتية، والتي تعتبر أساس جودة علاقاته الأسرية والاجتماعية، فيلجأ لإنهاء حياته محاولاً الانتحار، حيث فسّر دوركايم (وازي، 2012) الارتباط بين المحاولة الانتحارية ومؤشرات جودة العلاقات الاجتماعية للفرد، واعتبر بأنه كلما زاد التنظيم القهري الدكتورائي القائم على الطبقية والاستغلال في المجتمع، أدى ذلك لظهور الانتحار القهري؛ لعدم قدرة الفرد على تحمل ضغوطات المجموعة، والتكيف مع العادات والمعايير المجتمعية الجبرية التي تفرض عليه، وتجعله في حال من عدم التوافق النفسي.

وقامت دراسة (Eskin, et al., 2018) على تأكيد تفسير دوركايم حول الأفكار والمحاولات الانتحارية، ودوافعها بين طلاب الجامعات لدى 12 دولة إسلامية، وتبين أن أكثر نسبة لمحاولات الانتحار في البلدان التي تتميز بفرض بعض التصورات الدينية والقيمية بدون دفع الأفراد نحو وعي كامل وصحيح لتلك القيم، بل هي مجتمعات لا تسمح بممارسة الحريات العامة، مما ينشئ عند بعض هذه الفئات الرغبة في تخطي تلك التصورات من خلال المحاولة الانتحارية، بينما تتميز البلدان الإسلامية التي لا توصف بالتشدد الديني ولا بفرض تصورات بشكل قسري بانخفاض المحاولات الانتحارية؛ وذلك حسب ايسكن وآخرون (2018).

وبجانب ذلك فقد وضحت منظمة الصحة العالمية في إصدار لها (2006) أن الاعتقادات الدينية والثقافية والعرقية، ودعم العائلة، والأصدقاء، والاندماج بمؤسسات المجتمع المدني، وشعور الفرد بالتكامل الاجتماعي، كل ذلك يحسن من جودة الحياة الاجتماعية للفرد، وتحميه من المحاولة الانتحارية. لم تقم هذه الدراسة بدراسة أثر العائلة السلطوية على المحاولة الانتحارية ولكن الدراسات المستقبلية من الممكن أن تقوم بدراسة وفحص هذه الفرضية.

وقد فسّر سوليفان (الزيود، 2008) ظهور المحاولة الانتحارية كنتيجة لتفاعلات الأفراد مع بيئاتهم من خلال المواقف الاجتماعية السلبية، ووجود مشاعر القلق عند الفرد التي تظهر لعدم إشباع الحاجات العضوية وكذلك فقدان الأمن الاجتماعي، فالطاقة المتحولة التي تميز علاقات الفرد الشخصية التبادلية، من خلال الصورة الذاتية للفرد والمبنية على أساس من التجارب الشخصية التبادلية السلبية مع العائلة والأصدقاء، إضافة إلى ازدياد القلق يؤديان إلى انفصال نظام الذات عن الذات الحقيقية، وبالتالي يتجه الفرد نحو المحاولة الانتحارية لشعوره بالاغتراب، فنظام الذات عند أفراد محاولي الانتحار هي نتاج جوانب

غير منطقية وسلبية مع العائلة أو الأصدقاء، وتكون العلاقات التبادلية مستمدة من الطفولة حتى المرحلة التي حاول فيها الانتحار.

ووجدت هذه الدراسة الحالية أن مستوى مؤشر جودة الصحة النفسية منخفض لدى أفراد العينة، وتشير الدراسات الأجنبية والعربية على وجود ارتباط بين الإضطراب النفسي وتدني مؤشر جودة الصحة النفسية للفرد الناجي من الانتحار، حيث أشارت (Jabr, et al., 2013) أن الاكتئاب يصيب 400 ألف شخص في فلسطين، والذي يتمثل بالشعور بالعزلة الاجتماعية، وشعور الفرد بالحزن وعدم قدرته على الاستمتاع، وغياب الدافعية للعمل وعدم التركيز بالمهام، وظهور الأفكار السلبية عن ذاته والآخرين؛ مما يدفع نفسه محاولاً إنهاء حياته، وهذا ما أكدته أيضا دراسة (Eroglu, et al., 2003) أن الاكتئاب الحاد يؤدي إلى هبوط كبير في المزاج بشكل ملحوظ، وإلى التعب وفقدان الاهتمام بالأشياء من قبل الفرد المصاب، بالإضافة إلى فقدانه للأمل، وهو أكثر عرضة لمحاولة الانتحار من غيره.

واتضح أيضا من دراسة (Landmark, et al., 1987) تدني جودة الصحة النفسية لدى مرضى الفصام، من خلال انخفاض في الأداء الوظيفي العام للفرد. وتشير (Salters, 2018) أن 80% من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، جودة صحتهم النفسية متدنية، وذلك لوجود ألم حاد في مشاعرهم، فالأفراد يحاولون الانتحار مرة واحدة على الأقل في حياتهم، وتؤكد دراسة كريم (2003) ودراسة شفيق (2013) أن الحرمان العاطفي، والتقدير السلبي للذات، والقلق من المستقبل، والشعور بالاضطهاد، والشعور بالاغتراب والعدوانية تجاه الآخرين، قد يخفض مؤشر جودة الصحة النفسية للأفراد فتكون سببا للسلوك الانتحاري.

تتفق نتائج الدراسة مع الدراسات الأجنبية والعربية سابقة الذكر على انخفاض مؤشر الصحة النفسية لدى من يحاول الانتحار، ويتضح ذلك من خلال إبراز مشاعر الحزن، والغضب، وعدم الرغبة بالاستمتاع بالأشياء الحياتية، وعدم الشعور بالقيمة الذاتية، وتبين أن لدى عينة الدراسة ضعفا في التركيز والتذكر، واتضح أيضا أنهم غير راضيين عن مظهرهم الخارجي، فإن هذه المؤشرات تشير إلى تدنٍ واضح في جودة الصحة النفسية والتي شكلت مؤشرات عوامل خطورة إقدام الأفراد على الانتحار، وهذا ما تفسره النظرية التحليلية (المغربي، 2015) أن الحزن والغضب هما نتاج الصراع الداخلي، فينتج عنه إحباط للأنا، مما تلجأ الأنا الأعلى إلى تدميره بعدائية سادية.

ويشير عبد المعطي (2005) بأن لجودة الحياة مظاهر ومنها العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، ويشير (schalock, 2002) إلى أن هناك مجالات متنوعة من السعادة المادية، وبناء عليه فإن الذي يعمل بمهنة يحقق مورداً مالياً أفضل، وبالتالي يستطيع استخدام هذه الموارد في تحسين جودة حياته بالأنشطة الحياتية، وتوفير العلاجات المناسبة. يضيف الباحث أن هذه النتائج ليست بمستبعدة أو غريبة كون من يقوم بالانتحار ويفشل به تزداد لديه مشاعر الإحساس بالفشل والدونية وعدم مقدرته حتى على قتل ذاته فتتعاطم لديه مشاعر الحزن والاكتئاب وعدم الكفاءة والرضا عن الذات.

وأما في الدراسة الحالية فإن نتائجها تشير إلى تدني جودة مؤشر الرضا المهني، فقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى مؤشر الرضا المهني درجته ضعيفة، واتضح ذلك من خلال ضعف مقدرة أفراد العينة على العمل وتطويره، أو فشل في الدراسة للطلاب الجامعيين، وعدم رغبتهم في مهنتهم التي يعملون بها أو التخصص الأكاديمي الذي يتعلمونه في الجامعة، واتضح من إجابات أفراد العينة بأنهم لا يشعرون بأهمية العمل الذي يعملون به، وأنه ليس له فاعلية أو مردود مالي، وتبين أيضاً أنهم يتعرضون لإصابات أثناء العمل، ويفسر إدلر (العزة، 2004)؛ (الزيود، 2008) أن جودة الرضا المهني جانب مهم من جوانب أسلوب حياة الفرد، إذ إن شعور الفرد بالنقص لعدم توافقه مع مهنته، يدفعه نحو التعويض بالاستعلاء للتقليل من حدة مشاعر النقص، فتتسبب الاضطرابات النفسية كردة فعل على هذا العجز أو النقص، مما تتشكل لديه المحاولات الانتحارية لعدم قدرته للتخلص من عقدة النقص وتحقيق أهدافه وطموحاته.

وتشير منظمة الصحة العالمية (1998) أن الفرد الذي يعمل بمهنة هو شخص يتمتع بجودة حياة أفضل من الذي لا يعمل، فإن العمل يحسن من صورة الذات لدى الفرد، ويجعل من العمل آلية تكيف تبعده عن الشعور بالعجز وتحسن نظرة الآخرين والمجتمع إليه، وكما يحثه على زيادة التواصل مع الآخرين من خلال علاقات العمل والعلاقات الشخصية، وهذا بدوره يساهم في تمتعه بجودة حياة أفضل.

نستنتج مما سبق أن مؤشرات جودة الحياة مفهوم مترابط كما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية (1998) وكما أوضح Fallowfield (1990) هي عملية التظافر بين جوانب حياة الفرد المختلفة، وإدراك ووعي الأفراد لإمكاناتهم الحياتية، وبالتالي تشمل الكثير من المكونات التي ترتبط مع تطلعات الفرد. ووجدت هذه الدراسة أن مستوى الجودة بمؤشراتها المختلفة، (الصحة العامة، العلاقات الأسرية والاجتماعية، الصحة النفسية، والرضا المهني) هي مؤشرات مستوى درجتها ضعيفة، وهذا يؤكد على التداخل فيما بينها، وأن التدني في مؤشر ما قد يؤدي إلى تدن في مؤشر آخر؛ مما قد يزيد من خطورة الإقدام على الانتحار لدى الأشخاص الذين يتصفون بتدني جميع مؤشرات جودة الحياة لديهم.

ويرى الباحث ان غياب دعم المحيط للأفراد المبحوثين يؤدي الى تدني في مستوى جودة حياتهم العامة، فيصبح غير قادر على تلبية حاجاتهم النفسية والتي تتضمن تحقيق الذات، وعدم مقدرته على التفاعل المجتمعي، وضياح الهوية المهنية، نتيجة لذلك تخرج زملة من الاعراض التي تبدأ تتفاعل معها والتي منها الاعياء الجسدي، الانعزال عن الاخرين، الشعور بالتوتر والغضب، وعدم مقدرته بالاستمرار بالعمل، مما يصبح يعتقد عن نفسه بأنه فاشل، وانه غير كفؤ، فتتج لديه صراع بين ذاته وبين ما يريد لتدني جودة الحياة العامة، فتصبح الحياة لديه سوداوية لا يرى فيها أي متعة او رغبة في البقاء؛ فيتجه محاولاً الانتحار.

3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني والذي نصه:

مناقشة مؤشرات جودة الحياة ومتغيراتها:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، منطقة السكن، مكان السكن) للأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018 ومستوى مؤشرات جودة الحياة؟

مناقشة الفرضية الأولى: "منطقة السكن وعلاقته بمستوى جودة الحياة التي تم اختيار الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

تبين وجود فروقات بين منطقة السكن وجودة الحياة المبحوثين، حيث أن أعلى مؤشر لجودة الصحة العامة في منطقة الوسط، وتليها منطقة الشمال، ومن ثم منطقة الجنوب، وتبين أن أعلى مؤشر لجودة العلاقات الاجتماعية والأسرية في منطقة الشمال، وتليها منطقة الجنوب، ومن ثم منطقة الوسط، واتضح أيضا أن أعلى مؤشر لجودة الحياة النفسية لمنطقة الشمال، ومن ثم تليها منطقة الجنوب، ومن ثم منطقة الوسط، وتبين من خلال نتائج مؤشر الرضا المهني أن أعلى منطقة هي الشمال، ومن ثم تليها منطقة الجنوب، ومن ثم منطقة الوسط، واتضح أيضا أن أعلى نتائج لمؤشرات جودة الحياة الكاملة للأفراد الناجين من الانتحار هي في منطقة الشمال، ومن ثم تليها منطقة الوسط، ومن ثم منطقة الجنوب.

نتيجة لعدم وجود دراسات فلسطينية بحثت جودة الحياة والمناطق الجغرافية في الضفة الغربية، فقد أكدت قيادة الأمن العام في الأردن عام (2017) على نتائج الدراسة حيث أن أعلى معدلات الانتحار ومحاولة الانتحار في الأردن؛ كانت في العاصمة عمان حيث كانت هناك 38 حالة مقارنة بـ 28 حالة في المنطقة الوسطى و17 حالة في الشمال و13 حالة في الجنوب (Middle East Monitor, 2017).

وقدم دوركايم تفسيره (عودة، 2011) بأن محاولة الانتحار هي نتيجة لغياب القيم واختلاط المعايير الثقافية، فيكون التوجه للمحاولة الانتحارية نتيجة لعدم انسجامها مع السياق الثقافي الاجتماعي الذي توجد فيه، فينخفض مستوى جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية، لا سيما بالنسبة لبعض الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل الفروق الثقافية جراء انتقالهم من ثقافتهم لثقافة أخرى بشكل سريع، وهذه المجتمعات كما وصفها دوركايم تتجه نحو الانتحار الأنومي (محيسن، 2007)

ويرى الباحث إن طبيعة منطقة شمال الضفة والمتمثلة في مدنها، وقراها، ومخيمات اللاجئين فيها ما زالت تحتفظ بجودة حياة أعلى من منطقة الوسط والجنوب، وذلك لأن طبيعة الحياة في منطقة الشمال تتميز بالبساطة، أما منطقة الوسط نتيجة التدفق البشري، لوجود الشركات، والوزارات الحكومية مما يميز مجتمعها بالتعقيد، وتفرد الفرد بالعمل، وحميمية العلاقة الاجتماعية والأسرية وترباطها في مجتمع الشمال، وبحكم العمل الأسري الجماعي في الزراعة، مما تزيد من تكافل الأسرة، أما عن مجتمع الوسط والجنوب فإنه يتميز بالعمل التجاري والصناعي.

مناقشة الفرضية الثانية: "مكان السكن وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

تبين أن الفروقات بين مكان السكن والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل متوسط حسابي لسكن القرية وأعلى متوسط حسابي لسكن المدينة، وتبين ان مؤشرات جودة الحياة ليست ذو دلالة إحصائية إلا مؤشر الصحة النفسية؛ وهذا يفسر ان مكان السكن يعكس على احتياجات الفرد النفسية، فيختلف مفهومهم وقيمتهم عن ذواتهم، فجودة الحياة العامة في سكن المدن افضل من سكن القرى.

وفسر سوليفان (الزيود، 2008) أهمية العلاقات الشخصية البينية المتبادلة، وأن ارتباط الاضطراب بطبيعة إدراك العلاقات المتبادلة وفقاً لمستوى النمو المعرفي للفرد، مما تنتج عنها علاقة بين شخصية مضطربة مع الآخر، فيشعر الفرد بالرفض والعدوان تجاه ذاته وفق العلاقة البين شخصية، فتتكون لديه وسائل دفاع داخلية تعزله عن العلاقات الاجتماعية المتبادلة، فتضعف قدرته أو تتهيأ على إقامة علاقة حب، أو علاقة عمل، أو علاقة صداقة، فينخفض بذلك جودة حياته؛ فيبدأ الفرد بالتفكير بالانتحار أو محاولة الانتحار.

ويرى الباحث أن جودة حياة سكن المدن افضل؛ وذلك لتوفر حياة الرفاه في المدينة، وسهولة توفر الخدمات الصحية للأفراد، وتوفر الأمان في المدن لوجود السلطة الفلسطينية في مناطق (أ)، عدى عنها القرى والمخيمات إذ إن وحشية الاحتلال قللت شعور الفرد بالأمان لوجود تدخلاتهم العسكرية المستمرة، ووجود المقاهي والنوادي والمنزهات، وهذا بدوره يساهم الفرد في تشكيل عدد من العلاقات الاجتماعية البين شخصية، وتعبير المرأة عن رأيها في المدينة أكثر من القرى؛ وذلك بسبب انتشار الأسر النووية، وابتعادها عن تدخلات العائلات الممتدة.

وهذا ما أكدته دراسة الدباغ (Dabbach, 2005) بفحص أثر الثقافة والحرب والاحتلال التي يعاني منها الفلسطينيون على السلوك الانتحاري، حيث وجدت أن التدخلات والهجمات العسكرية وهدم البيوت في مناطق القرى والمناطق المهمشة "مناطق ب و ج" إضافة إلى الظروف السياسية وما يتركه الاحتلال من آثار سلبية على الرجال والنساء؛ كتضييق الموارد من حيث مصدر الرزق، والزيادة في البطالة، والفقر كلها عوامل مساعدة في زيادة تفكير الأفراد في الانتحار في المجتمع الفلسطيني.

مناقشة الفرضية الثالثة: "العمر وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار.

تبين أن الفروقات بين العمر والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل متوسط حسابي أن أقل جودة للفئة العمرية 18-24 سنة حيث أن أعلى فئة حاولت الانتحار هي الفئة العمرية الشابة حيث شكلت 18-35 سنة وبلغت نسبتها 66% من المبحوثين؛ وأن أعلى جودة للفئة العمرية 46-55 سنة. حيث أكدت دراسة (Klomek, et al.,2016) أن أكثر فئة عمرية تنتشر فيها المحاولات الانتحارية بين عرب فلسطين (1948) ضمن الفئة العمرية (15-24) وتؤكد أيضا دراسة (خليفي، 2013) أن الفئة العمرية الأكثر عرضة لخطر الانتحار هي (15-24) سنة وهذا ما أكدت عليه دراسة معوشة (2013) أن هناك ارتباطا بين الميول الانتحاري ومتغير السن، أي أنه كلما كان الفرد صغير السن، زادت ميوله الانتحارية، والسبب هو أنه كلما تقدم الفرد في العمر زاد نضجه ووعيه في معترك الحياة، وارتفعت خبرته في التعامل معها، وبالتالي زاد اتزانة النفسي، لكن جاءت نتائج الدراسة الحالية واختلفت مع ما جاء في بحث منظمة الصحة العالمية (2006) حيث تشير أن المحاولة الانتحارية بين الكبار السن أكثر، في حالة وجود تاريخ مرضي لعائلة الفرد، وغياب الدعم العائلي، والنبذ والإهمال من قبل أفراد العائلة، من شأنها أن تدفع كبار السن للمحاولة الانتحارية.

ويشير كاظم؛ وآخرون (2006) أن جودة الحياة تختلف وتتأثر بالعمر، وهذا بوجود الفارق بين الفئتين العمريتين، والجودة لها بعد ذاتي في التقييم والتقدير؛ ونظرا للاختلاف في العمر بين عينة الدراسة، تباينت الخبرات لدى الفئة العمرية الأكبر سنا؛ مما يحسن من أسلوب إدراكهم لجودة الحياة ومؤشراتها المختلفة، ويجعلهم أكثر عقلانية وموضوعية في إدراك الجودة من الفئة العمرية الأصغر سنا.

يرى الباحث ان العمر من 18-24 له تحديات مختلفة عن باقي الاعمار وفي معظمها اكااديمية ومهنية وقد يكون احدى التفسيرات لانخفاض مستوى جودة حياتهم يتعلق بمشاكل وتراجع اكااديمي فالطالب ومن حوله في المجتمع الفلسطيني يربطون نجاح الفرد بمدى نجاحه الاكاديمي وليس الذاتي وكون الدراسة لم تدرس العلاقة بين الاداء الاكاديمي بشكل خاص وجودة الحياة فاننا لا نستطيع الجزم بصحة هذا التفسير ولكن الدراسات القادمة تستطيع اثبات ذلك.

ويرى أريك أريكسون (الزيود، 2008) المحاولة الانتحارية تعبير الفرد عن فشل نمو الأنا في المراحل العمرية الطبيعية، حيث يفشل الفرد في حل أزمت النمو في مراحل العمر المبكرة حلاً للخروج من الأزمة والصراع فيخفض مستوى جودة حياته فتؤدي به إلى المحاولة الانتحارية.

مناقشة الفرضية الرابعة: "الجنس وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار.

يتبين من خلال جنس الأفراد الناجين من الانتحار أن جودة حياتهم ضعيفة، وتبينت انها ليست ذي دلالة إحصائية ويتضح أن الإناث أعلى بـ 77% والذكور بـ 23% وتشير منظمة الصحة العالمية (2014) أن معدل انتشار القيام بمحاولة انتحار عالمياً ما بين الذكور 1%، أما الإناث فنسبة انتشاره 3% من الأفراد ، وتؤكد على نتائج الدراسة دراسة (ميموني، 2008) أن الإناث يحاولن الانتحار 75% وأن الذكور 25% وتؤكد دراسة (تكفي، 1996) أن نسبة محاولة الانتحار لدى الإناث 77.33% مقابل 23.22% من الذكور، وتؤكد دراسة (خلفي، 2013) حيث إن نسبة المحاولات الانتحارية لدى الإناث أعلى بمعدل ثلاثة أضعاف عن الذكور. وفي دراسة حول محاولات الانتحار والانتحار الكامل لدى سكان عرب فلسطين عام (1948) (Klomek, et al., 2016) تبين أن محاولات الانتحار ما بين عرب فلسطين (1948) كانت معدلات محاولة الانتحار أعلى بالنسبة للإناث من الذكور في جميع الفئات العمرية.

وتفسر النظرية الفسيولوجية (Kendler, et al ., 2005) بأن الضغوطات النفسية والشعور بالقلق المستمر يزيد من إفراز الموصل العصبي الأدرينالين، مما تشعر المرأة بعدم الهدوء النفسي، وعدم مقدرتها على النوم، وأن انخفاض الدوبامين ينتج عنه الاكتئاب، واكتئاب ما بعد الولادة، حيث تنخفض جودة الحياة عند النساء مما يدفعهن بالأقدام على المحاولة الانتحارية.

ويرى الباحث أن أسباب زيادة نسبة المحاولة الانتحارية للإناث عن الذكور بضعف جودة الحياة لديهن، إذ يرجع إلى تدني مركزية دور المرأة في المجتمع الفلسطيني، إضافة إلى ما تتحمله المرأة الفلسطينية من متاعب الحياة والصبر على العيش والتغيرات التي تمر بها خلال فترات حياتها المختلفة، وكذلك الانشغال الدائم بحال الأولاد والزوج، وكذلك تدني نظرة المجتمع وعدم إعطائها مكانتها الاجتماعية كما تستحق والتي تتمثل بأخذ القرار المهني الذي يشكل جزءاً من هويتها، فتبقى في الوظائف التي لا تراعي ميولاتها

واهتماماتها؛ وتفكيرها المستمر بمستقبل عائلتها، تجعلها عاجزة عن أداء مهامها وأدوارها المختلفة كزوجة وأم راعية منزل، وكل ذلك يجعل منها أقل جودة من الذكر.

مناقشة الفرضية الخامسة: " الحالة الاجتماعية وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

يتبين من خلال الحالة الاجتماعية للأفراد الناجين من الانتحار أن جودة حياتهم ضعيفة بشكل عام، وتبين أن الفروقات بين الحالة الاجتماعية والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل متوسط حسابي كان لدى الأرملة، وتليها المتزوجين، ومن ثم غير المتزوجين (الأعزب)، وأخيرا المطلقين. وتشير دراسة ميموني (2008) أن 65% من غير المتزوجين لديهم محاولات انتحارية، وأن 35% متزوجين وأغلب المتزوجين نساء، وتؤكد دراسة (خليفي، 2013) الأفراد غير المتزوجين لديهم محاولات انتحارية أعلى من الحالات الاجتماعية الأخرى وتشير دراسة الخواجة (2016) ودراسة البداينة (1995) إلى ارتباط الطلاق بالمحاولة الانتحارية. ويفسر دوركايم (عودة، 2011) محاولات الانتحار للحالات الاجتماعية (الأرمل، المتزوج، الأعزب، المطلق) هي ناتجة من شدة التنظيم الاجتماعي، فالمجتمع يفرض على العائلة تنظيمها المجتمعي.

ويرى الباحث أن ممارسة الأبوية والتحكم والسيطرة على الآخرين، تنخفض جودة حياة المبحوثين الاجتماعية، كما في محاولات انتحار النساء المتزوجات، بحيث تكون كل حركة لهن خاضعة للرقابة والتدقيق من قبل أزواجهن، وتعرضهن للعنف الجسدي والنفسي في حالة عدم خضوعهن لمطالب الزوج، أو محاولة انتحار الأرملة وذلك بسبب عدم مقدرتهن على تحمل عبء الحياة، والتقييد المجتمعي لها بالعادات والتقاليد بأنها أرملة، بالإضافة لعدم مقدرتها على تلبية حاجاتها وحاجات أبنائها، وأما الأفراد غير المتزوجين يقدمون على المحاولة الانتحارية بتفكيرهم عن ذواتهم بأنهم مرفوضون اجتماعيا، وكما الحال للمطلقين فهم يعانون من الحكم المجتمعي نفسه؛ بأن لدى الأفراد مشاكل أو عيبا ما. لذا فإن التنظيم الاجتماعي الذي يتمثل بمعاييره وأحكامه وعاداته يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة عند الفرد مما يلجأ للمحاولة الانتحارية.

مناقشة الفرضية السادسة: "المستوى التعليمي وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

تبين أن الفروقات بين المستوى التعليمي والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل متوسط حسابي للمستوى التعليمي الإحصائي، وان أعلى جودة للمستوى الجامعي. وتؤكد دراسة (خليفي، 2013) على ذلك، حيث إن 10.25% من طلاب الجامعات حاولوا الانتحار، وتعزي لارتفاع مستوى طموحاتهم، وعدم رضاهم عن تخصصهم العلمي فكانت جودة حياتهم منخفضة. وتؤكد دراسة (الخواجة، 2016) أن من العوامل المساعدة على الانتحار تدني التعليم، وفي دراسة (خضر، 2008) حيث وجدت علاقة عكسية بين كل من التعليم ومحاولات الانتحار.

ويفسر إدلر (الزيود، 2008) المستوى التعليمي للفرد من خلال شعوره بالنقص العضوي، مما يدفع به أن يواجه شعوره بالنقص بشجاعة عن طريق التعويض، وهذا ما يميز الفرد المبدع عن الفرد العصابي الذي يتخذ من النقص ذريعة لعدم الجد -ويضخم ما كان يمكن أن يقوم به لو لم يلحق به ما أصابه- فالشعور بالنقص يمنعه عن القيام بمستويات عالية من الأداء العلمي فيتدنى جودة حياته، مما يزيد من شعوره بعدم الأمن، فيلجأ للمحاولة الانتحارية.

مناقشة الفرضية السابعة: "المستوى الاقتصادي وعلاقته بمستوى جودة الحياة الأفراد الناجين من المحاولات الانتحارية".

تبين أن الفروقات بين المستوى الاقتصادي والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل متوسط حسابي كان (1000 شيكل فما دون) وان أعلى متوسط (3100 شيكل فما فوق)، كما إنها تتفق مع دراسات أخرى مثل دراسة فالفريدو آخرون at al., Valfrido, (2016) ودراسة عبد الله (2008)، ودراسة البداينة (1995) التي ذهبت إلى أن تدني مستوى دخل الفرد يخفض جودة حياة الأفراد الذين حاولوا الانتحار، واختلفت مع دراسة اكسينج Xing, et al., (2010) حيث تبين أنه ليس للمستوى الاقتصادي علاقة بالمحاولة الانتحارية، بل تعزي ذلك للمشاكل والخلافات العائلية.

وفسر ماسلو (العزة، 2004) جودة الحياة بوجوب إشباع الحاجات الدنيا المادية في الهرم قبل الحاجات العليا المعنوية، كما أن هرمية الحاجات مرنة، عندما تلبى الحاجات الدنيا تتطور فيما بعد مطالب لاحتياجات العليا في الهرم، فالدافع يعني الاستمرارية في تحقيق الهدف، وهو المعيار الذي يقاس به طموح الإنسان لتلبية احتياجاته المادية والمعنوية في الهرم، فغياب الدافع نحو تحقيق هدف ما تتدنى جودة حياة الفرد وينخفض مستوى دخله الاقتصادي، مما يحاول الانتحار نتيجة لعدم مقدرته على تلبية حاجاته.

4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث:

مؤشرات جودة الحياة وعوامل الخطورة:

مناقشة الفرضية الأولى: " المرض المزمن وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من المحاولة الانتحارية".

يتبين أن جودة حياة الأفراد الناجين من الانتحار الذين يعانون من مرض مزمن تقديريهم ضعيف، ولم تكن ذات دلالة إحصائية؛ حيث يتضح أن نسبة المصابين بمرض مزمن 21% ضمن الفئة العمرية 46 - 55 سنة، حيث بلغت أعلى نسبة ضمن هذه الفئة 60%. حيث تتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسات أخرى مثل دراسة خضر (2008)، ودراسة فيرو وآخرون .Ferro et al. (2017) في أنه يوجد ارتباط بين تدني جودة حياة الأفراد الناجين من الانتحار والمرض المزمن، حيث إن زيادة خطورة المرض المزمن، وعدم التزامه بالعلاج، وزيادة النفقات الطبية، تشكل عبئا كبيرا على المريض. حيث اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة .Joshi, et al. (2017) حيث درسوا العلاقة بين المرض المزمن والأفكار الانتحارية والمحاولات الانتحارية وجودة الحياة. تألفت العينة من 3773 شخصا ذوي أفكار انتحارية و300 شخص قد قاموا بمحاولات انتحارية في كوريا، وجدت الدراسة علاقة طردية بين الأفكار والمحاولات الانتحارية والمرض المزمن وبين انخفاض جودة حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة ولديهم أفكار انتحارية.

مناقشة الفرضية الثانية: "المشاكل النفسية وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

تبين أن الفروقات بين المشاكل النفسية والجودة ضعيفة، حيث كانت افضل لدى المبحوثين الذين لا يعانون من مشاكل نفسية، ولكن وجد أن (54%) من المبحوثين يعانون من مشاكل نفسية، وتصدرت المشاكل النفسية على التوالي فكان الاكتئاب (35.2%)، والقلق (29.6%)، والضغطات النفسية (16.6%)، والإحباط (7.4%)، والفصام (7.4%)، والوسواس القهري (1.9%)، واضطرابات الأكل (1.9%)، كما تؤكد دراسة سينث وآخرون ., Singh et al. (2016) تدني جودة الحياة لدى مرضى الفصام حيث تبين أن لديهم محاولات انتحارية، حيث تتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسات مثل دراسة شفيق (2013) ودراسة نعيمة (2014) ودراسة خضر (2008) ودراسة الدسوقي (2006) على تدني جودة الحياة لدى الأفراد الذين قاموا بمحاولات انتحارية وهم يعانون من مشاكل نفسية، كالاكتئاب، والإحباط، والقلق، والضغطات النفسية.

مناقشة الفرضية الثالثة: "التوجه أو عدم التوجه للعلاج النفسي وعلاقته بمستوى جودة الحياة للأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

لم تكن هذه الفرضية دالة إحصائياً؛ أن لا فائدة من تقديم الخدمات النفسية للذين حاولوا الانتحار مع أن الكثيرين منهم عادة ما يشعرون بأنهم أفضل من خلال تقديم مساعدتهم، وبعض المبحوثين كرر المحاولة، ومع ذلك فإن جودة حياة الأفراد الناجين من الانتحار الذين توجهوا لطلب خدمة الإرشاد والعلاج النفسي تقديراً ضعيفاً، حيث اتضح أن أعلى نسبة من عينة الدراسة 61% لم يتوجهوا لطلب خدمة الإرشاد النفسي، وأن أقل نسبة هي التي توجهت لخدمة الإرشاد 39%. وهذا ما تؤكدته منظمة الصحة العالمية (2012) أن 4,500 مريض فقط يصلون إلى خدمات الصحة النفسية في فلسطين (WHO, 2012).

ووجدت الدراسة أيضاً أن طريقة العلاج المستخدمة لدى المبحوثين هي العلاج بالأدوية بنسبة (35.9%)، ويليه الإرشاد الفردي بنسبة (33.3%)، ثم الإرشاد الأسري مع عائلاتهم (17.9%) وأن (10.3%) من المبحوثين في مجموعات علاجية، وأن (2.6%) من المبحوثين في مجموعات للتفريغ النفسي، ومثلت الفترة العلاجية للمبحوثين بأعلى نسبة وهي سنة علاجية (58.9%)، وأن (15.1%) من عينة الدراسة قد استمروا بالعلاج لمدة ثلاث سنوات علاجية، وأن (10.3%) قد استمروا سنتين علاجية، وأن (5.1%) من أفراد العينة استمروا بالعلاج خمس سنوات، و أن نسبة (5.1%) من المبحوثين تلقوا العلاج 10 سنوات فأكثر، وأن أقل نسبة كانت (2.6%) تمركزت ما بين ست وثمانين سنوات علاجية. كما أظهرت الدراسة أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة لم تتوجه لطلب خدمة العلاج النفسي بنسبة (61%)، وأن أقل نسبة هي التي توجهت لخدمة العلاج (39%).

وأكدت دراسة (Ruengorn, et al., 2012) أن العوامل المرتبطة عكسياً بمحاولات الانتحار كانت طول المدة التي يتعالج فيها المريض من الاكتئاب، بما يقدر بحوالي خمس سنوات فأكثر، إضافة إلى مضادات الاكتئاب الموصوفة له.

واتضح أيضاً أن الأسباب التي منعت الأفراد من التوجه لطلب خدمة الإرشاد النفسي، حيث تبين أن أعلى نسبة لم تتوجه لطلب خدمة الإرشاد النفسي لأنه غير فعال لحل مشاكلهم النفسية، ولتجنب وصمة المجتمع بأنه مريض نفسي، وتبين أيضاً أن عدم معرفتهم بالأماكن التي تقدم مثل هذه الخدمات، وأن المستوى الاقتصادي المتدني للعائلة كانا سبباً لعدم التقدم لطلب الخدمة، والإيمان بأن المشكلة التي لديهم سحر، ولا

تحل إلا عن طريق الشيخ، وترتبط بمعتقدات وعادات وتقاليد وثقافة العائلة، وهذا ما تتفق معه العزة (2004) و الزبود (2007) ومنظمة الصحة العالمية (2006) في أن حصر المرضى في أماكن مغلقة، والاعتقاد بأن العلاج النفسي ليس له أي فاعلية، تعزز عوامل خطورة الانتحار عند الأفراد. ونظرا لغرابة هذه النتيجة كونه من المتوقع ان يكون دور للعلاج النفسي في التأثير بشكل ايجابي بصحة الفرد النفسية بشكل عام وبجودة الحياة بشكل خاص. هذا قد يشير الى الحاجة الى تقييم مدى عمق وكفاءة العلاج النفسي المقدم ومقدرته على معالجة والتعامل مع الاحتياجات والمشاكل الاجتماعية والعائلية لدى الافراد الناجين من الانتحار.

مناقشة الفرضية الرابعة: "الشعور بالحزن واليأس وعلاقته بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من المحاولة الانتحارية".

تبين أن الفروقات بين وجود مشاعر الحزن واليأس والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أعلى نسبة من المبحوثين تتابعهم مشاعر الحزن واليأس (83%) وأن نسبة (16%) لا تتابعهم مشاعر الحزن واليأس.

وتؤكد نتائج دراسة Ruengorn, et al., (2012) ودراسة Hidalgo-Rasmussen, et al., (2015) ودراسة Yong, et al., (1994) حيث تبين تدني مؤشرات جودة الحياة عند الأفراد تعزى إلى شعور الفرد بالحزن واليأس، نتيجة لعدم مقدرتهم على ممارسة حياتهم بالشكل الطبيعي، مما يزيد من حدة مشاعر الحزن واليأس لديهم فيلجؤوا للمحاولة الانتحارية لتهدئة مشاعر الحزن واليأس. ويؤكد الباحث على اهمية هذه النتيجة كون الفرد الناجي من الانتحار لا يعاني فقط من مشاكل نفسية بل توجد احتياجات اخرى له وهي كنتيجة تفيد ان تقييم جودة الحياة لا يرتبط بهذه المشاعر فقط كون الافراد بالمجمل سواء من لديهم مشاعر حزن او لا يوجد لديهم يقيمون جودة حياتهم بشكل منخفض. مما يعطي دلالة واضحة ان العمل على تحسين جودة الحياة يجب ان يتم على كافة الافراد الناجين من الانتحار.

وهذا ما تؤكد عليه النظرية المعرفية راصع؛ وآخرون (2014) في أن كل سلوك يسبق ببناء معرفي، ومعتقدات سابقة لظهورها، فإن المعتقدات تتوسط إدراك مشاعر الإحباط واليأس من الحياة، نتيجة النظرة السلبية لذاته والمستقبل والآخرين والمجتمع الذي يعيش فيه مما تتدنى جودة الحياة لديهم، وتصبح دافعيته للمحاولة الانتحارية أكبر من دافعيته للعمل.

المناقشة الخامسة: "وجود الافكار الانتحارية وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من المحاولة الانتحارية".

تبين أن الفروقات بين وجود أفكار انتحارية والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أقل نسبة (45%) لديهم أفكار انتحارية، وأن (55%) لا تتواجد لديهم أفكار انتحارية، وهذا ما اختلفت معه دراسة (جردات، 2015) من أن الشباب الذين فكروا بالانتحار في المجتمع الفلسطيني بلغت نسبتهم 13.9%؛ فنسبة عدد الأفراد الذين فكروا في الانتحار حسب هذه الدراسة يفوق عدد الأفراد في دراسة جردات المذكورة. وكما وتؤكد دراسة Musyimi, et al., (2017) ودراسة Ponizovsky, et al., (2013) ودراسة عبد الله؛ وآخرون (2003) ودراسة Hidalgo-Rasmussen, et al., (2015) انخفاض جودة الحياة لدى الأفراد لوجود أفكار انتحارية مرتبطة بالمحاولة الانتحارية وبخطة مسبقة للانتحار.

مناقشة الفرضية السادسة: "تكرار المحاولة الانتحارية وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من المحاولة الانتحارية".

تبين أن الفروقات بين تكرار المحاولة الانتحارية والجودة ضعيفة ولكن وجد أن أعلى نسبة (36%) كررت المحاولة مرة واحدة، وأن (31%) كررت المحاولة مرتين، وأن (21%) كررت المحاولة ثلاثة مرات، وأن (7%) كررت المحاولة أربعة مرات، وأن (3%) كررت المحاولة خمس مرات، وأن (2%) كررت المحاولة لست مرات، وهذه النسب والسلوك المتكرر للمحاولة الانتحارية، تفسر تدني مؤشرات جودة الحياة لدى المبحوثين.

وتؤكد دراسة (Ponizovsky, et al., 2003) أن المرضى الذين حاولوا الانتحار عدة مرات رضاهم عن حياتهم منخفضة، وتبين أن الاختلافات الخاصة بالمرضى بتكرار المحاولة الانتحارية والتي تشمل التاريخ المرضي، وعدد إدخال المريض للمستشفى، وارتبط عدم الرضا مع جودة الحياة بشكل عام وبالرجوع إلى أربعة مجالات محددة بمحاولات الانتحار المتكررة واتضح ذلك من إجابات المشاركين أنهم يعانون من عدم رضا في مجالات حياتهم الصحية، والنفسية، والاجتماعية، وإدارتهم للوقت والانجاز.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة عبد الله؛ وآخرون (2003) من أن نسبة 78.9% من الأفراد الذي لديهم محاولة انتحار لا يعملون بمهن، في حين 21.1% من الأفراد العاملين بمهن، وتبين أن لديهم أفكارا انتحارية، ونسبة الأشخاص الذين استخدموا أدوات وحاولوا الانتحار بها في مدينة القدس منها: أخذ الأدوية

82% وأخذ مواد سامة 9.8% والسقوط من مكان عالٍ 3.3%. وتؤكد دراسة Musyimi, et al., (2017) ان جودة الحياة لدى الإناث منخفضة، و انهن أكثر تكرارا للمحاولات الانتحارية لصالح الإناث عن الذكور. نظرا للربط في الكثير من الدراسات بين عدد مرات تكرار المحاولة الانتحارية ووجود افكار انتحارية واعادة المحاولة فقد توقع الباحث وجود علاقة بين من كرروا المحاولة ولديهم افكار انتحارية وجودة الحياة ولكن هذه النتيجة اثبتت ان تكرار المحاولة والافكار الانتحارية ليس مؤشر لتقييم الفرد لجودة حياته فمن حاول اكثر من مرة ومن لم يحاول يقيمون مستوى الجودة لديهم بشكل منخفض ولذا على المعالجين اخذ هذا الامر بعين الاعتبار وتوجيه خدماتهم للجميع لتحسين جودة حياتهم.

مناقشة الفرضية السابعة: "تعاطي المخدرات أو الكحول وعلاقتها بمستوى جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من محاولة الانتحار".

تبين أنه لا يوجد دلالة احصائية بين تعاطي الكحول أو المخدرات والجودة ضعيفة ولكن وجد أن اقل نسبة 14% وأن 85% لا يتعاطون مخدرات أو كحولا. وهذا ما اتفقت معه دراسة خضر (2008) الذي لم يجد أي علاقة بين كل من تعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار لدى النساء في مدينة الرياض. وهذا ما اختلفت معه منظمة الصحة العالمية (2006) و Sogood (1991) أن عوامل خطر الانتحار تتحدد بانخفاض جودة الحياة، وتعاطي المخدرات أو الكحول. وتشير (American Foundation for suicide Prevention, 2019) بتأثر جودة حياة الفرد سلبا عند تعاطي الفرد الكحول أو المخدرات والإدمان عليها، فتكون فرصة استعداده للمحاولة الانتحارية قوية. وتؤكد دراسة Stefanello, et al., (2008) انخفاض أبعاد جودة الحياة للأفراد الذين يتعاطون الكحول والمخدرات لدى الرجال أكثر منها لدى النساء.

ويرى الباحث أن هناك محددات مجتمعية كالوصمة الاجتماعية المرتبطة بمتعاطي الكحول أو المخدرات إلى إنهم ضعفاء وعديمي الارادة وعديمو الأخلاق ايضا، أو أنهم لا يحترمون المجتمع دون الحفاظ على القواعد والقوانين المجتمعية والدينية والأخلاقية، مما يتحدد للمبحوث التعبير على أنه يتعاطى مخدرات أم لا يتعاطى.

5.5 الخلاصة:

تقييم جودة حياة الأفراد الناجين من الانتحار تتمثل بمستوى ضعيف بالمجمل العام، حيث وجدت الدراسة أن محاولة الأفراد الانتحارية ترتفع عند مؤشر جودة الصحة العامة بالإعياء الجسدي؛ وعدم القدرة على ممارسة أنشطة الحياة المعتادة. كما أنها وجدت وباستخدام مؤشر جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية أن تدني جودة حياة الأفراد، وعدم قدرتهم على إقامة علاقات جديدة مع الآخرين، وضعف مهارات الاتصال والتواصل لديهم، وغياب الدعم الاجتماعي عنهم ساهم بشكل واضح في رفع نسبة المحاولة الانتحارية. كما أن الدراسة وجدت أن مؤشر جودة الصحة النفسية، بمشاعر الحزن، والغضب، وعدم الرغبة والاستمتاع، وتدني الشعور بالقيمة، وضعف في عملية التركيز والتذكر لدى الأفراد يرفع من نسبة المحاولة الانتحارية. وكذلك فإن تدني مؤشر جودة الرضا المهني والتي تمثلت بعدم الرغبة والميول للمهنة التي يعمل بها الأفراد ساهم أيضا في رفع محاولة الأفراد الانتحارية.

لذلك فإنه يتطلب على مقدمي خدمات الصحة النفسية والطبية الأخذ بعين الاعتبار هذه المؤشرات في ضمن إطار عوامل خطورة إقدام الأفراد على الانتحار، حيث وجدت الدراسة أن أقل مؤشر لجودة الحياة للأفراد الناجين من الانتحار وفق متغيرات الدراسة الديمغرافية كانت لمنطقة جنوب الضفة الغربية، ومكان سكن القرية، وأن أقل جودة للفئة العمرية وفق الفئة من 18-24 ، وأوضحت الدراسة أيضا زيادة عدد محاولات الإناث الانتحارية عن الذكور ثلاث مرات، واتضح أيضا أن أقل جودة لدى الحالة الاجتماعية (الأرامل)، والمستوى التعليمي الإعدادي، واتضح أن المستوى الاقتصادي للفرد 1000 شيكل فما دون يمثل أقل جودة حياة لدى الأفراد.

ووجدت الدراسة عوامل خطورة المحاولة الانتحارية، والتي من شأنها دفعت الأفراد للمحاولة الانتحارية، حيث تتدنى مستوى جودة حياة الأفراد الناجين من الانتحار للأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة، واستنتجت الدراسة أن جودة حياة الأفراد ضعيفة بسبب معاناتهم من المشاكل النفسية، كالاكتئاب، والقلق، والضغطات النفسية، والإحباط، والفصام، والوسواس القهري، واضطرابات الأكل، ووجدت أن أفراد الدراسة كان أكثرهم من مراجعي عيادات وزارة الصحة، ومراجعي عيادات الأونروا في المخيمات، ومراجعي عيادة دكتور خاص، ومراجعي مركز ضحايا التعذيب، ومركز الإرشاد والتدريب للطفل والأسرة، ويليه مراجعو مركز حلول للصحة النفسية، ومن ثم عيادة كلاليت في مدينة القدس، ووجدت الدراسة أيضا أن طريقة العلاج المستخدمة لدى الأفراد الناجين من الانتحار التي تمثل: العلاج بالأدوية، ويليه الإرشاد الفردي،

ويليه الإرشاد الأسرى مع عائلاتهم، وتليه المجموعات الإرشادية، ومن ثم مجموعات التفريغ النفسي. ووجدت الدراسة أن النسبة الأعلى من عينة الدراسة لم تتوجه لطلب خدمة الإرشاد النفسي؛ لإيمان أفراد الدراسة بأن العلاج النفسي غير فعال لحل مشاكلهم النفسية، وتجنب وصمة المجتمع بأنهم مرضى نفسيين، وعدم معرفتهم بالأماكن التي تقدم مثل هذه الخدمات، والمستوى الاقتصادي للعائلة كان سببا لعدم التقدم لطلب الخدمة، والإيمان بأن المشكلة التي لديهم سحر، وهي مرتبطة بمعتقدات وعادات وتقاليد وثقافة العائلة، بينما بلغت المدة الزمنية للعلاج المستخدم في حل مشاكل الأفراد الذين يتلقون الإرشاد النفسي بعد المحاولة الانتحارية في غالبيتهم مدة سنة. ووجدت الدراسة ارتفاع مشاعر الحزن واليأس، وتكرار محاولات الانتحار، ووجود أفكار انتحارية مرتبطة بالمحاولة الانتحارية وبخطة مسبقة للانتحار، واستنتجت الدراسة أنه ليس لتعاطي الكحول والمخدرات أي دافع للمحاولة الانتحارية لدى أفراد العينة.

إلى جانب ما سبق فإننا نستنتج من خلال تقييم مستوى مؤشرات جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار؛ تحديد عوامل الخطورة والحماية وفهمهما، والفحص من خلال طرح الأسئلة المحددة عن الأفكار الانتحارية أو النوايا أو الخطط، وتحديد درجة الخطورة وطبيعة التدخل المنشود، وتوثيق التقييم وإجراءات أخرى من خطة علاج.

6.5 توصيات الدراسة:

1.6.5 توصيات لصناع القرار:

1. بناء برامج توعوية ووقائية مع مؤسسات المجتمع المدني، بهدف توعية الأفراد من مخاطر المحاولة الانتحارية، ومؤشراتها، ودوافعها.
2. تفعيل دور الإعلام في التوعية والوقاية من الانتحار، وذلك من خلال تقليل الوصمة الاجتماعية للأفراد ودعوة الأفراد لطلب العلاج النفسي.
3. تدريب الطواقم الطبية الحكومية و الطواقم في عيادات وكالة الغوث الدولية في المخيمات؛ وغيرها من مؤسسات صحة نفسية على ملاحظة مؤشرات ضعف جودة الحياة عند الأفراد وتحويلها للأخصائيين النفسيين للعمل معهم.
4. العمل على المستوى المجتمع المحلي والمؤسساتي بالتعاون مع المعالج النفسي بالتدخل ميدانيا وفق خطة تحويل من قبل مؤسسات المجتمع المحلي، وعدم انتظار الحالة للحضور للغرفة العلاجية والتدخل معها مباشرة بناء على مؤشرات الجودة والانتحار؛ لأن الفرد الناجي من الانتحار تغلب عليه سمة اليأس والحزن كما وجدت الدراسة.
5. تأسيس قاعدة بيانات وطنية من قبل العاملين النفسيين تحت مظلة برنامج حماية الأسرة التابع للشرطة الفلسطينية، لإضافة جميع الأفراد الناجين من الانتحار، بهدف حصر عدد المحاولات الانتحارية، وذلك وفق خطة علاجية متفق عليها من قبل وزارة الصحة، والمراكز العلاجية على مستوى الوطن.
6. توحيد خطط العمل والتدخلات مع الحالات من خلال بروتوكول وطني.
7. توعية نفسية على مستوى المجتمع (الأفراد - العائلات - الجامعات - المدارس - الاذاعات المرئية والمسموعة) وتوعية على مستوى المعارف الأساسية بالصحة النفسية والاضطرابات النفسية الشائعة بالمجتمع).
8. رفع مستوى جودة الكفاءة النفسية للأفراد والعائلات .
9. العمل في مجموعات داعمة ومناصرة لفئة من يقدمون على محاولات انتحار.
10. ايجاد اماكن ملائمة للإدخال حين الضرورة - والعمل فيما بعد على قضايا التأهيل النفسي والدمج.

2.6.5 توصيات للعاملين في مجال العلاج النفسي:

1. ملاحظة وتحديد مؤشرات عوامل الخطورة للأفراد.
2. التعامل بكل جدية مع كل محاولة انتحار، ومتابعة الحالة لحين الاستقرار والتأكد من عدم وجود عوامل خطر، وإلا استكرر الحالة المحاولة الانتحارية مرة أخرى.
3. العمل مع العائلة.
4. ايجاد تواصل بين كل العاملين بالميدان والتحويل اللازم حين الضرورة ومتابعة الحالة اثناء وبعد الانتهاء من التدخلات.
5. اخذ موضوع الانتحار على محمل الجدية سواء في التعامل او التوثيق او اجراءات التحويل.
6. التواصل المستمر بين القطاعات المختلفة لخلق بيئة امنه تحمي الافراد من محاولة الانتحار.
7. العمل على خلق جودة حياة افضل للأفراد وهذا يزيد من عوامل الحماية من الانتحار.

3.5.5 توصيات للباحثين:

1. التطرق لموضوع الانتحار من خلال المؤسسات العاملة بمجال الصحة النفسية لحساسية الموضوع.
2. الاخذ بعين الاعتبار المواضيع التي لم تفحصها الدراسة؛ وهي بمثابة بحوث مقترحة.

6.5 بحوث مقترحة:

1. تقييم مؤشرات جودة الحياة لدى النساء الناجيات من الانتحار والتي تعرضن للعنف.
2. تقييم التدخلات النفسية الأولية مع الناجين من الانتحار لدى مقدمي الخدمات الطبية في مستشفيات المجتمع الفلسطيني.
3. تقييم مدى فاعلية الادوية النفسية في خفض الميول الانتحاري لدى الأفراد الناجين من الانتحار.
4. تقييم مدى فاعلية العلاج النفسي في خفض الميول والافكار الانتحارية لدى الافراد الناجين من الانتحار.
5. فحص تاثير وجود الامراض النفسية على جودة الحياة لدى الناجين من الانتحار في المجتمع الفلسطيني من خلال أبحاث أوسع وعينات اكبر.
6. فحص الأمراض المزمنة وجودة الحياة الفرد الناجي من الانتحار في المجتمع الفلسطيني.
7. فحص مدى فعالية برنامج التدخل وقت الأزمات في خفض المحاولة الانتحارية في مناطق المجتمع الفلسطيني.

8. فحص مدى فعالية برنامج المهارات الحياتية لخفض المحاولة الانتحارية لدى عائلات المجتمع الفلسطيني.

9. مدى فعالية برنامج التربية الإيجابية لخفض المحاولة الانتحارية لدى الأزواج في المجتمع الفلسطيني.

10. دراسة العوامل التي تؤثر على جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار في المجتمع الفلسطيني من خلال أبحاث نوعية، وعينات أكبر، وأبحاث مقارنة مع دول عربية أو اجنبية.

11. دراسات حول عوامل الخطورة والانتحار، مثل: الحالة الاجتماعية والعمل، والجنس، والظرف الاجتماعية والثقافية والدين.

قائمة المراجع:

أولاً المراجع العربية:

1. ابراهيم، عبد الستار. (1998). لاكتئاب اضطراب العصر الحديث- فهمه واساليب علاجه، المجلس الوطني للثقافة والادب، الكويت.
2. أبو جادو، صالح. (2011). علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة، دار المسيرة، الأردن، ط3.
3. أحمد، بشري. (2008). تعريب مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
4. إستيتية؛ دلال، سرحان؛ عمرو. (2012). المشكلات الاجتماعية، دار وائل للنشر، عمان، الاردن.
5. البدانية، ذياب. (1995). جريمة قتل النفس في المجتمع الأردني، دراسة من وجهة نظر علم الاجتماع، مكتبة أمان للمصادر والمراجع، عمان، الاردن.
6. البهادلي؛ عبد الخالق، كاظم؛ علي. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين دراسة ثقافية مقارنة، كلية التربية؛ جامعة السلطان قابوس، سلطنة عُمان، كلية الآداب؛ جامعة عمر بن المختار، الجماهيرية الليبية.
7. تكفي، كلثوم. (1996). الانتحار في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية على مستوى مدينة الجزائر، رسالة ماجستير في علم الاجتماع العائلي، جامعة الجزائر، الجزائر
8. الجيوش، ناجي. (1995). الانتحار، دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، مؤسسة الشبيبة للإعلام والطباعة والنشر، القاهرة.
9. حبيب، عبد الكريم. (2006). فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عُمان.
10. خضر، فوزة. (2008). بعض العوامل الدافعة لانتحار الإناث في مدينة الرياض، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- خلفي، نجاة. (2013). دراسة إبيدميولوجية لمحاولات الانتحار بمدينة عنابة: دراسة ميدانية بمركز الوقاية من الصدمة والانتحار، جامعة باجي مختار؛ عنابة، الجزائر.
11. الخواجة، الهام. (2016). التشريح النفسي لمحاولي الانتحار بغزة (دراسة اكلينيكية تحليلية)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

12. الدسوقي، مجدي. (2006). نمذجة العلاقة السببية بين بين خبرات الإساءة والقلق والاكتئاب وتصور الانتحار لدى عينة من السيدات المعرضات للإساءة، مجلة العلوم النفسية والتربوية النوعية، مصر.
13. راصع؛ إشراق، عبد الله؛ معتز (2014). الضغوط والاكتئاب كمتغيرين منبئين بالتفكير الانتحاري، دراسات عربية في علم النفس، دار المنظومة، مصر.
14. الرامني، فواز. (2007). أنواع الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين، دار الكتاب الجامعي، غزة، فلسطين، ط1.
15. الرشود، عبد الله. (2006). الانتحار والتشخيص والعلاج، مركز الدراسات والبحوث بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
16. رصرص، خضر. (2008). اليات التدخل وقت الازمات، مركز ضحايا التعذيب، رام الله، فلسطين.
17. الرفاعي، نعيم. (1975). دراسة سيكولوجية التكيف، الصحة النفسية، مطبعة محمد الهاشم، دمشق.
18. الزعبي، إبراهيم. (2013). مشكلة الانتحار في الأردن من وجهة نظر إسلامية، مؤته للبحوث والدراسات، عمان، الاردن.
19. الزغول، عماد. (2003). نظريات التعلم، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان.
20. زهران ، عبد السلام. (2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، ط 4.
21. زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، مصر، القاهرة، ط4.
22. الزيود، نادر. (2007). الدليل العملي للمرشدين النفسيين والتربويين، دار الفكر، عمان، الاردن.
23. سمعان، مكرم. (1964). مشكلة الانتحار "دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة، دار المعارف، القاهرة.
24. سهيري، زينب. (2013). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية، جامعة الاغواط، الجزائر.
25. الشربيني، لطفي. (2003). الطب النفسي ومشكلات الحياة، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، ط1.
26. شفيق، إيهاب. (2013). دراسة المتلازمات النفس اجتماعية لمحاوли الانتحار من منظور ثقافي، جامعة عين شمس مصر.
27. الصرايرة، ولاء. (2006). الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لضحايا الانتحار في المجتمع الأردني للفترة 1995-2004، جامعة مؤته، الأردن.

28. الطويرقي، جمال. (1999). الانتحار، مؤسسه عكاظ للطباعة والنشر الرياض.
29. العادلي، كاظم. (2006) مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرساق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
30. العاني، عبد الفهار. (2014). منهج البحث والتحقيق في الدراسات العلمية والإنسانية، دار وحي القلم، دمشق.
31. عبد الفتاح؛ فوقية، سعيد؛ محمد. (2006). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في لاكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة، كلية التربية- جامعة بني سويف، مصر.
32. عبد الله، مجدي. (2006). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، جامعة الاسكندرية، مصر.
33. عبد الله، مجدي. (2008). الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية "دراسة سيكومترية مقارنة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.
34. عبد الله؛ تيسير، جاد الله؛ احمد. (2003). الانتحار في مدينة القدس دراسة مسحية ميدانية استطلاعية لبعض ابعاض حالات المنتحرين، مؤسسة الاندلسي بيت صفافا، القدس، فلسطين.
35. عدس؛ عبد الرحمن، ذوقان؛ عبيدات؛ عبد الحق؛ كايد. (1984). البحث العلمي مفهومه وادواته واساليبه، دار الفكر، بيروت.
36. العزة، سعيد. (2004). تمييز الصحة النفسية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
37. عودة، حسن. (2011). الانتحار إيميل دوركايم، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق، سوريا.
38. فايد، حسين. (2001). العدوان والاكنتاب، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.
39. فونتير، دون. (2001). الأسلوب الأمثل في تربية المراهقين، ترجمة مكتبة جرير، السعودية.
40. كاظم؛ علي، منسي؛ محمود. (2006). مقياس جودة الحياة للطلبة الجامعيين وقائع ندوة علم نفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط.
41. كريم، ريزان. (2003). دراسة إحصائية لأهم العوامل المؤثرة على ظاهرة الانتحار، جامعة السلمانية، إقليم كردستان العراق.

42. محيسن، تيسير .(2007). النظام الاجتماعي الفلسطيني جدل التحول والتفكك: رؤية تحليلية، رام الله، مجموعة التفكير الفلسطيني.
43. مصطفى، عبد المعطي .(2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، وقائع المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر.
44. معوشة، عبد الحفيظ .(2013). الميول الانتحاري وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب، دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب بمدينة باتنة، مذكرة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة بسكرة.
45. المغربي، إبراهيم .(2015). الانتحار رؤية تكاملية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
46. منظمة الصحة العالمية .(2006). منع الانتحار مرجع للمستشارين، بيانات مكتبة منظمة الصحة العالمية جدولة في النشر، جنيف.
47. منظمة الصحة العالمية .(2014). الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
48. منظمة الصحة العالمية .(2016). الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
49. ميموني، مصطفى .(2008). محاولات الانتحار بين فرض الكيان والهروب من الواقع، إنسانيات، المجلة الجزائرية في العلوم الاجتماعية، الجزائر.
50. ناصر، رندة .(2007). أساليب البحث الكمي، جامعة بيرزيت، فلسطين.
51. نشواتي، عبد الحميد .(2003). علم النفس التربوي، عمان، دار الفرقان، ط4.
52. نعيمة، غازلي .(2012). النسق الأسري وعلاقته بظهور المحاولة الانتحارية لدى المراهق 14-17 سنة دراسة مقارنة لـ 20 حالة، جامعة مولود معمري، الجزائر.
53. الهنداوي، محمد .(2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة، كلية التربية؛ جامعة الأزهر، غزة، فلسطين
54. وازي، طاوس .(2012). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ع8.

1. Abu Safa, Einas .(2014). **Palestinian Women Attempted Suicide Risks Beyond the Experience**. A descriptive Phenomenological Study (Masters Thesis), Palestine: Al Najah National University.
2. American Psychiatric Association (DSM-5) .(2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition .USA
3. Balazes , Judit , Miklosi Monika, Halasz Jozsef, Horváth Lili .(2018) **Suicidal Risk, Psychopathology, and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents**, 8 Balazs, Miklosi, Halasz, Horváth, Szentiványi and Vida.
4. Bomyea Jessica ,Lang Ariel, Craske Michelle, Chavira Denise , Sherbourne Cathy, Rose Raphael, Daniela Golinelli, Campbell-Sills Laura, Welch Stacy, Sullivan Greer, Bystritsky Alexander ,Byrne Peter, Murray Stein .(2013). **Suicidal Ideation and Risk Factors in Primary Care Patients with Anxiety Disorders**. Psychiatry Res, PMID: 23608160 Free PMC Article.
5. Brezo, Jelena , Paris Joel, Hébert Martine, Vitaro Frank .(2007). **Broad and Narrow Personality Traits as Markers of One-Time and Repeated Suicide Attempts: A population-based study**. BMC Psychiatry, 8, 8-15.
6. Cerel Julie, Jordan John, Duberstein Paul (2008). **The Impact of Suicide on The Family**. Crisis, PMID: 18389644
7. Cofer, Charles , Appley Mortimer .(1984). **Motivation: Theory and Research**, New York, Joy Wilwy & Sons.
8. Dabbach, Nadia .(2005).**Suicide in Palestine, Narrative of Despair**, London, Hurst and Company.
9. Eroglu Meliha, Karakuş Gonca, Tamam Lut .(2013). **Bipolar Disorder and Suicide**. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26(2), 139.
10. Eskin, Mehmet, AlBuhairan, Fadia, Rezaeian, Mohsen, M. Abdel-Khalek, Ahmed, El-Nayal, & Mayssah, Asad, Nargis, I Khan, Aqee, Mechri, Anwar, Multazam Noor, Isa, Hamdan, Motasem, Isayeva, Ulker, Khader, Yousef, Al Sayyari, Alaa, Khader, Albaraa, Behzad, Bahareh, Şafak Öztürk, Cennet, Hendarmin, Laifa, Khan, Murad, Khatib, Salam. .(2018). **Suicidal Thoughts, Attempts and Motives Among University Students in 12 Muslim-Majority Countries**, Springer Science, Business Media, published online 29 November.
11. Fairweather Schmidt, Batterham PJ, Butterworth P, Raja Nada .(2016). **The Impact of Suicidality on Health-Related Quality of Life: A Latent Growth Curve Analysis of Community-Based Data**. Journal of Affective Disorders Volume.
12. Fallowfield, Lesley .(1990). **The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care**. London: Souvenir Press Ltd.
13. Feng Chen, Cune Yue, Pei Hsin, Wei Pin, Yuan San, Chii Wen .(2016). **Changes in Quality of Life After a Suicide Attempt**, Published in Western journal of nursing research.
14. Fergusson, David, Woodward LJ, Horwood LJ .(2000). **Risk Factors and Life Processes Associated with The Onset of Suicidal Behavior During Adolescence and Early Adulthood**. Psychol Med.

15. Ferro Mark, Rhodes Anne, Kimber Melissa .(2017). **Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness**, Can J Psychiatry Published online 2017 Aug 17.
16. Hidalgo- Rasmussen Carlos, Hidalgo-San Martín Alfredo .(2015). **Suicidal-Related Behaviors and Quality of Life According to Gender in Adolescent Mexican High School Students**, On –line version ISSN 1678-4561.
17. Ishak W.W , Elbau I, A Ismail, S Delaloye .(2013). **Quality of Life in Borderline Personality Disorder**, Harv Rev Psychiatry , PMID:23660969.
18. Jabr Samah, Morse Michael, El Sarraj Wasseem, Awidi Bushra .(2013). **Mental Health in Palestine: Country Report**, The Arab Journal of Psychiatry, 24 No.
19. Jin-Young Min , Kyoung-bok Min .(2015). **Suicide Behaviors and Health-Related Quality of Life: Results from the Korean Community Health Survey of 393,073 Adults**, Psychiatry 18:1000214.
20. Jollant Febrice, Bellivier Frank, Leboyer Marion, Astruc Bernard .(2005). **Impaired Decision Making in Suicide Attempters**. The American Journal of Psychiatry, 162, 304-310.
21. Joshi, Song and Lee .(2017). **Association of Chronic Disease Prevalence and Quality of Life with Suicide-Related Ideation and Suicide Attempt Among Korean Adults**, Indian J Psychiatry. Indian J Psychiatry.
22. Kendler, Kenneth, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B .(2005). **"The Interaction of Stressful Life Events and a Serotonin Transporter Polymorphism in The Prediction of Episodes of Major Depression: a Replication"**. Archives of General Psychiatry. PMID 15867106.
23. Kizza Dorothy, Knizek Birthe , Kinyanda Eugene, Hjelmeland Heidi .(2012). **An Escape from Agony: A Qualitative Psychological Autopsy Study of Women’s Suicide in a Post-Conflict Northern Uganda**. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 7, 18463.
24. Klomek Anat, Nakash Ora, Goldberger Nehama, Haklai Ziona .(2016). **Completed Suicide and Suicide Attempts in the Arab Population in Israel**, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 51(6).
25. Landmark, J, Cernovsky .Z, Merskey H. .(1987). **Correlates of Suicide Attempts and Ideation in Schizophrenia**, Br J Psychiatry, PMID: 3676622.
26. Malenka, Edward T. Mark A. Creager, Michael Belkin, Edward I. Bluth, Donald E. Casey Jr, Seemant Chaturvedi, Michael D. Dake, Jerome L. Fleg, Alan T. Hirsch, Michael R. Jaff, John A. Kern, David J. Martin, Emile R. Mohler III, Timothy Murphy, Jeffrey W. Olin, Judith G. Regensteiner, Robert H. Rosenwasser, Peter Sheehan, Kerry J. Stewart, Diane Treat-Jacobson, Gilbert R. Upchurch Jr, Christopher J. White and Jack A. Ziffer .(2009). **Molecular Neuropharmacology:A Foundation for Clinical Neuroscience**,

New York: McGraw-Hill Medical. "Chapter 15: Reinforcement and Addictive Disorders". In Sydor A & Brown RY.

27. Maskill, Caroline, S Ferguson, T Blakely, B Allan .(2005). **Explaining Patterns of Suicide A Selective Review of Studies Examining Social, Economic Cultural and Other Population-Level Influences**. New Zealand Ministry of Health.

28. Morales Johan, Martínez María (2010). **Factores De Riesgo Asociados Al Suicidio En Nariño (Colombia): estudio de casos y controles [Risk Factors for Suicide in Nariño, Colombia: A Matched Case-Control Study]**, Revista Colombiana de Psiquiatria, 39(2), 291312.

29. Musyimi ,Christine, Mutiso Victoria, Nayak Sameera , Ndetei David, Henderson David, Bunders Joske .(2017) **Quality of Life of Depressed and Suicidal Patients Seeking Services From Traditional and Faith Healers in Rural Kenya**, Published online 2017 May 8.

30. Osgood, N.J .(1991). **Psychological Factors in Late-Life Suicide**, Medical College of Virginia, Richmond.

31. Pompili , Maurizio, Amador Xavier , Girardi Paolo , Harkavy-Friedman Jill ,Martin , Harrow Kaplan, Krausz Michael , Lester David , Meltzer Herbert , Modestin Jiri , Montross Lori , Bo Mortensen Preben , Munk-Jørgensen Povl , Nielsen Jimmi , Merete , Saarinen Pirjo, Sidney Zisook, Scott T Wilson, Roberto Tatarelli (2007). **Suicide Risk in Schizophrenia: Learning From The Past To Change the Future**, ublished online 2007 Mar.

32. Ponizovsky, Alexander, Itzhak, Levav . (2003). **Life Satisfaction and Suicidal Attempts Among Persons with Schizophrenia**, Elsevier Inc.

33. Qin Ping, Freeman Aislinné, Mergl Roland, Kohls Elisabeth , Székely András, Gusmao Ricard, Arensman Ella , Koburger Nicole , Hegerl Ulrich, Rummel-Kluge Christine .(2014). **A Cross-National Study on Gender Differences in Suicide Intent**, Published online 2017 Jun 29.

34. Rezaeian, Mohsen .(2010). **Suicide Among Young Middle Eastern Muslim Females**. Crisis, 31(1), 36-42.

35. Richard C.W. Hall M.D .(1995). **Global Assessment of Functioning: A Modified Scale**, Department of Psychiatry, University of Florida, Gainesville.

36. Ruengorn Chidchanok, Sanichwankul Kittipong , Niwatananun Wirat , Mahatnirunkul Suwat , Pumpaisalchai Wanida , Patumanond Jayanton .(2012). **Factors Related to Suicide Attempts Among Individuals with Major Depressive Disorder**. International Journal of General Medicine, 5, 323-330.

37. Schalock, Ivan . (2002). **Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners**, American Association on mental Retardation, Washington.

38. Shahpesandy Homayun, Heeswijk van .(2012). **Suicide on The Isle of Wight: A Case-Study of 35 Suicides Among Mental Health Service Users Between 2006 and 2008**. Irish Journal of Psychological Medicine, 29(2), 80-84.

39. Singh Hemendra, Chandra Prabha, Reddi Senthil .(2016). **Clinical Correlates of Suicide in Suicidal Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders and Affective Disorders**, Indian Journal of Psychological Medicine.
40. Stack, Steven .(2002). **Occupation and Suicide**. Social Science Quarterly-Austin.
41. Stefanello Sabrina Carlos Filinto Da Silva Cais; Marisa Lúcia Fabrício Mauro; Gisleine Vaz Scavacini De Freitas; Neury José Botega .(2008). **Gender Differences in Suicide Attempts: Preliminary Results of The Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil**, Revista Brasileira de Psiquiatria [online], 30(2), 139-143.
42. Valfrido Leão de Melo Neto, Verônica de Medeiros Alves' Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco, Flaviane Maria Pereira Belo, Vinicius Gomes Barros, Antonio E Nardi.(2016). **Evaluation of the Quality of Life and Risk of Suicide**, Clinics (Sao Paulo) ; 71(3): 135–139. Published online 2016 Mar. PMC4785854.
43. World Health Organization .(1998). **World Health Report Life in The 21 St Century: A Vision for All**, WHO, Geneva.
44. World Health Organization .(2014). **Preventing Suicide: A Global Imperative**, WHO, Geneva.
45. Xing, Jiang, Fang-Biao Tao, Yu-Hui Wan, Chao Xing, Xiu-Yu Qi, Jia-Hu Hao, Pu-Yu Su, Hai-Feng Pan, Lei Huang .(2010.) **Family Factors Associated With Suicide Attempts Among Chinese Adolescent Students: A National Cross-Sectional Survey**, a Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, Anhui Medical University, Auhui, People's Republic of China b Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Anhui Medical University, Auhui, People's Republic of China.
46. Yang B , Clum GA .(1994). **Life Stress, Social Support, and Problem Solving Skills Predictive of Depressive Symptoms, Hopelessness, and Suicide Ideation in an Sian Student Population: A Test of Model, Suicide & Life-Threatening Behavior**, Vol. 24, No. 2, 127-139.

ثالثاً: مراجع الشبكة العنكبوتية:

1. التعداد العام للسكان 2017 - الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2364.pdf>

2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2004)

[/http://www.pcbs.gov.ps](http://www.pcbs.gov.ps)

3. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2012)

[/http://www.pcbs.gov.ps](http://www.pcbs.gov.ps)

4. جرادات، نسرين (2015). الانتحار في فلسطين.

<https://pulpit.alwatanvoice.com/articles/2015/07/23/372893.html>

5. جمعية علم النفس الامريكية (2011)

[/https://www.apa.org](https://www.apa.org)

5. المهدي، محمد (2010). الانتحار بين المرض والاختيار،

<http://www.maganin.com/articles/articlesview.asp?key=29>

منظمة الصحة العالمية (2018). الامراض المزمنة.

www.who.int/topics/chronic_diseases/ar

منظمة الصحة العالمية (2018). الانتحار.

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

وزارة التربية والتعليم الفلسطيني (2017)

<https://www.mohe.pna.ps/>

1. American Foundation for Suicide Prevention (2019). Risk Factors and Warning Signs.

<https://afsp.org/About-Suicide/Risk-Factors-and-Warning-Signs>.

2. Food and Drug Administration (2004). Suicide and Antidepressants

3. Middle East Monitor, (2017) <https://www.middleeastmonitor.com/20171012-104-Suicides-388-Attempted-Suicides-in-Jordan-in-2017/>

4. Slters , Kristalyn (2018). **Suicidality in Borderline Personality Disorder.**

<https://www.verywellmind.com/suicidality-in-borderline-personality-disorder-425485>.

5. World Health Organization (2012) Transforming mental health services and attitudes: phase 2 of EU-funded mental health initiative in the West Bank and Gaza Strip.

[Online] Available from: http://www.emro.who.int/palestine-press-releases_/transforming-mental-health-services-and-attitudes-palestinian-moh-and-who-launch-phase-2-of-eu-funded-mental-health-initiative-in-west-bank-and-gaza.html [Accessed 5 Oct 2013].

أرشيف الشرطة الفلسطينية:

أزريقات، لؤي.(2018). إحصائيات محاولي الانتحار لعامي (2016) وعام (2017)، أرشيف وحدة حماية الاسرة، رام الله، فلسطين.

الملاحق

ملحق رقم (1 - أ):

توزيع المبحوثين في شمال الضفة حسب المركز الذي تم أخذ المشارك الخدمة منه.

الرقم	اسم المركز	المكان	العدد
1.	مركز يافا الثقافي / مؤسسة خدماتية مجتمعية للاجئين.	مخيم بلاطة/ نابلس	7
2.	مركز الإرشاد الفلسطيني/ مركز يعنى بالعلاج النفسي.	نابلس	4
3.	مركز الإرشاد الفلسطيني/ مركز يعنى بالعلاج النفسي.	عزون/ قلقيلية	6
4.	جمعية نهر العوجا الثقافية.	مخيم بلاطة/ نابلس	3
5.	برنامج الصحة النفسية وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	جنين	5
6.	برنامج الصحة النفسية وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	نابلس	4
7.	برنامج حماية العائلة وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	نابلس	8
8.	برنامج الصحة النفسية وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	طولكرم	6
	المجموع		43

ملحق رقم (1- ب)

توزيع المبحوثين في وسط الضفة الغربية حسب المركز الذي تم اخذ المشارك الخدمة منه.

الرقم	اسم المركز	المكان	العدد
1.	مركز الطوارئ التابع لمركز المرأة للإرشاد القانوني/ البيت الآمن.	أريحا	14
2.	برنامج الصحة النفسية وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	رام الله	3
3.	المركز النسوي/ مركز خدماتي مجتمعي.	مخيم قلنديا/ القدس	2
4.	مركز ضحايا التعذيب/ مركز يعنى بالعلاج النفسي.	رام الله	4
5.	برنامج الحماية العائلة وكالة الغوث/ برنامج يعمل مع اللاجئين برفع الصحة النفسية من خلال العيادات في المخيمات.	رام الله	5
	المجموع		28

ملحق رقم (1- ج)

توزيع المبحوثين في جنوب الضفة حسب المركز الذي تم أخذ المشارك الخدمة منه.

الرقم	اسم المركز	المكان	العدد
1.	مركز الإرشاد والتدريب للطفل والأسرة/ مركز يعنى بالعلاج النفسي.	بيت لحم	6
2.	الشؤون الاجتماعية/	مديرية التنمية الاجتماعية بيت لحم	2
3.	الشؤون الاجتماعية/	مديرية التنمية الاجتماعية يطا/ الخليل	3
4.	مركز حلحول للصحة النفسية/ مركز يعنى بالعلاج النفسي حكومي.	حلحول/ الخليل	4
5.	مركز الخليل للصحة النفسية/ مركز يعنى بالعلاج النفسي.	الخليل	7
6.	مركز المرأة للإرشاد القانوني	الخليل	5
7.	مركز محور/ البيت الآمن	بيت لحم	2
	المجموع		29

ملحق (2) نتائج الأوساط الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لفقرات مقياس جودة الحياة مرتبة تنازليا وفق المتوسط الحسابي:

الرقم حسب الاستبانة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	درجة الرضا
المؤشر الأول: الصحة العامة					
7	إلى أي مدى ترضى عن حصولك على الخدمات الصحية؟ (أدوية، تأمين صحي، عيادات قريبة)	2.69	1.24	53.8%	متوسط
6	إلى أي مدى ترضى عن مقدرتك في أداء أنشطتك اليومية؟ (أكل، لباس، حمام).	2.42	1.24	48.4%	ضعيف
8	إلى أي مدى تشعر بملاءمة البيئة المحيطة بك لحياتك واحتياجاتك، وتعتبرها بيئة صحية؟ (المكان الذي تعيش فيه يتوفر فيه كل ما يلزمك، ولا يوجد به ما يضر صحتك).	2.39	1.26	47.8%	ضعيف
3	إلى أي مدى تحتاج إلى العلاج الطبي حتى تؤدي مهامك اليومية؟ (الأدوية مثلا).	2.36	1.15	47.2%	ضعيف
5	إلى أي مدى تشعر بالارتياح في نومك؟	2.34	1.24	46.8%	ضعيف
4	إلى أي مدى قدراتك الجسمية تساعدك على التحرك؟ (لعب الرياضة، الذهاب للرحل)	2.28	1.04	45.6%	ضعيف

ضعيف	44.0%	.974	2.20	إلى أي مدى تشعر أن الألم الجسماني يمنعك من القيام بأداء شيء تحب تأديته؟	2
ضعيف	37.6%	1.07	1.88	إلى أي مدى أنت راضٍ عن وضعك الصحي؟	1
ضعيف	46.4%	.531	2.32	الدرجة الكلية لمؤشر الصحة العامة	
المؤشر الثاني: مؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية					
ضعيف	49.6%	1.42	2.48	إلى أي مدى أنت راضٍ عن حياتك الجنسية؟	6
ضعيف	49.6%	1.30	2.48	إلى أي مدى أنت راضٍ عن توفر وسائل النقل لديك؟	9
ضعيف	48.0%	1.27	2.40	إلى أي مدى تتاح لديك الفرصة للأنشطة الترويحية في وقت الفراغ؟	10
ضعيف	47.8%	1.24	2.39	حياتي الاجتماعية والصحية والنفسية والمهنية التي أعيش فيها وكانت مثل توقعاتي.	11
ضعيف	45.8%	1.20	2.29	إلى أي مدى أنت راضٍ عن علاقاتك مع إخوانك؟	3
ضعيف	45.6%	1.11	2.28	إلى أي مدى أنت تشعر بالراحة في المنزل الذي تعيش فيه؟ (وتعتبره منزلاً مريحاً)	8
ضعيف	45.2%	1.25	2.26	إلى أي مدى أنت راضٍ عن علاقاتك مع أصدقائك؟	5
ضعيف	45.0%	1.07	2.25	إلى أي مدى أنت راضٍ عن	2

				علاقاتك مع أبويك؟	
ضعيف	43.8%	1.16	2.19	هل لديك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جديدة؟	1
ضعيف	43.2%	1.21	2.16	إلى أي مدى أنت راض عن علاقاتك مع جيرانك؟	4
ضعيف	42.6%	1.13	2.13	إلى أي مدى أنت راض عن المساعدة التي تجدها من أصدقائك؟	7
ضعيف	46.0%	0.41	2.30	الدرجة الكلية لمؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية	
المؤشر الثالث: الصحة النفسية					
ضعيف	51.4%	1.37	2.57	هل لديك المال الكافي لتلبية احتياجاتك؟	11
ضعيف	50.8%	1.28	2.54	إلى أي مدى أنت راض عن مظهرك الجسماني؟ (هل أنت راضي عن شكلك)	10
ضعيف	49.2%	1.18	2.46	إلى أي مدى تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟	12
ضعيف	48.8%	1.21	2.44	إلى أي مدى تتوفر لديك الطاقة الكافية لممارسة حياتك اليومية؟	9
ضعيف	48.2%	1.35	2.41	أعاني من الغضب باستمرار؟	2
ضعيف	47.8%	1.30	2.39	إلى أي مدى أنت تستمتع بالحياة؟ (مبسوط وسعيد بالحياة)	1

ضعيف	47.8%	1.35	2.39	إلى أي مدى أنت راض عن مظاهر نموك الجسدي؟	13
ضعيف	47.3%	1.24	2.36	إلى أي مدى أنت قادر على التركيز؟	5
ضعيف	47.2%	1.29	2.36	هل تعاني من صعوبة في التذكر؟	6
ضعيف	46.2%	1.26	2.31	إلى أي مدى أنت راض عن مظاهر نموك الجنسي؟	14
ضعيف	46.0%	1.30	2.30	إلى أي مدى تشعر بالحزن؟	3
ضعيف	44.0%	1.13	2.20	إلى أي مدى تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟	7
ضعيف	43.4%	1.18	2.17	إلى أي مدى أنت راض عن نفسك؟	4
ضعيف	40.0%	0.98	2.00	إلى أي مدى تشعر أن حياتك ذات قيمة؟ (حياتك مهمة بالنسبة لك وللآخرين)	8
ضعيف	47.0%	0.33	2.35	الدرجة الكلية لمؤشر الصحة النفسية	
المؤشر الرابع: الحياة المهنية					
ضعيف	48.6%	1.28	2.43	إلى أي مدى أنت قادر على أن تتطور في عملك؟	8
ضعيف	48.0%	1.37	2.40	إلى أي مدى تعتقد بأن عملك له مردود مالي ممتاز؟	7
ضعيف	47.8%	1.27	2.39	إلى أي مدى تعتقد بأن عملك نو فاعلية؟	6

ضعيف	47.2%	1.30	2.36	إلى أي مدى أنت راضٍ عن ميولك المهني؟ (حب المهنة).	3
ضعيف	46.8%	1.16	2.34	إلى أي مدى أنت راضٍ عن تخصصك؟ (تعلمك للمهنة)	4
ضعيف	46.6%	1.23	2.33	إلى أي مدى أنت تتعرض لإصابات في العمل؟	5
ضعيف	44.8%	1.12	2.24	إلى أي مدى أنت راضٍ عن مهنتك؟	2
ضعيف	44.0%	1.21	2.20	إلى أي مدى أنت راضٍ عن مقدرتك في أداء عملك، أو دراستك؟	1
ضعيف	46.7%	0.49	2.33	الدرجة الكلية للحياة المهنية	
ضعيف	46.6%	0.28	2.32	الدرجة الكلية لجودة الحياة	

ملحق رقم (3): الاجتماعات التنسيقية.

- العقيد وفاء معمر (كانون أول 2017) التعرف على عدد حالات محاولي الانتحار وكيفية الوصول إليهم.
- وزارة التنمية الاجتماعية (فبراير 2018) تقديم كتاب لاستهداف العينات في البيوت الآمنة التابعة لهم.
- رانيا صلاح (أيار 2018). مركز المرأة للإرشاد القانوني التنسيق للقاء المرشدات في مركز طوارئ اريحا للتدريب على الاستبيان في منطقة الوسط.
- عنان حميدان (حزيران 2018) اجتماع لتحديد أسماء مقدمي خدمات اجتماعية يعملون مع حالات حاولوا الانتحار في منطقة الشمال.
- لبنى كتانة (أيلول 2018) اجتماع مع برنامج حماية العائلة في وكالة الغوث الدولية.
- حمزة مشعل (تموز 2018) اجتماع لتحديد أسماء مقدمي خدمات اجتماعية يعملون مع حالات حاولوا الانتحار في منطقة الجنوب.

ملحق رقم: (4) أسماء المحكمين لأداة الرسالة.

أ. فتحي فليفل	مدير برنامج الصحة النفسية المجتمعية	جمعية الهلال الأحمر.
أ. لؤي فواضلة	أستاذ صحة نفسية	جامعة بيرزيت.
أ. أسامة قندس	معالج نفسي	مشرف لدى جمعية صناعات الأمل.
رياب أبو سليم	مرشدة نفسية مجتمعية	وكالة الغوث الدولية.

ملحق رقم (5) كتب تسهيل المهمة

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

التاريخ: 2018/2/4

حضرة معالي د. إبراهيم الشاعر المحترم
وزير التنمية الاجتماعية

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب محمد نعيم مرعي

تحية طيبة وبعد،،

وقوم الطالب محمد مرعي برنامج ماجستير صحة نفسية/ كلية الصحة العامة/ جامعة القدس، بإعداد بحث الرسالة بعنوان:
تقييم مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار ودوافعه في الضفة الغربية والمسلمين في برنامج حماية

الأمرة لدى جهات الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018

وتكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد الناجين من الانتحار وذلك ضمن ثلاثة مجتمعات:

- مجتمع جنوب الضفة الغربية: البيت الأمن (محور)، ومركز رعاية الفتيات في مدينة بيت لحم.
- مجتمع شمال الضفة الغربية: مركز الطوارئ في منطقة أريحا، ومركز صديق الطبيب، ودار الأمل في مدينة رام الله.
- مجتمع وسط الضفة الغربية: البيت الأمن في مدينة نابلس.

وهو بحاجة إلى توزيع استبانة الدراسة وجمع البيانات من الأشخاص الذين حاولوا الانتحار وتم إنقاذهم من عمر 16 سنة فما فوق خلال الفترة الزمنية 2014 - 2018، وسنتم التنسيق المسبق مع مرشدي الأفراد لتسهيل عملية الاستمارة على هيئة الدراسة.

فدعو من عطوفتكم تسهيل مهمة الطالب لجمع البيانات وتوزيع استمارة الدراسة، علما بأن المعلومات ستكون سرية ولاغرض من البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،



نسخة: المرفق.

Jerusalem
P.O.Box 51000
Telefax +970-2-2799234

رقم هاتف / الفاكس 02-2799234
ص.ب. 51000 القدس

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

التاريخ: 2017/12/8

حضرة اللواء حازم عطا الله المحترم
مدير عام الشرطة في الضفة الغربية

الموضوع: تسهيل مهمة للطلاب محمد نعيم

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الطلاب محمد نعيم وبرنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية/ كلية الصحة العامة/ جامعة القدس بإعداد بحث الرسالة بعنوان:
تقييم جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار في الضفة الغربية والمسجلين في برنامج حملية العائلة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية

وهو بحاجة إلى توفير إحصائية حول عدد الأشخاص الذين حاولوا الانتحار وتم إنقاذهم من عمر 16 فما فوق خلال الفترة الزمنية 2012-2017 لتحديد عينة الدراسة وسرتم توزيع استبانة الدراسة لاحقاً. نرجو من عطوفتكم تسهيل مهمة الطلاب لتحديد عينة الدراسة. طمأ بأن المعلومات ستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،،

العميد
Faculty of Public Health
AL-QUDS UNIVERSITY
كلية الصحة العامة

نسخة: الملف

Jerusalem
P.O.Box 51000
Telefax +970-2-2799234

فروع القدس / القدس 02-2799234
ص.ب. 51000 القدس



Research Ethics Committee
Committee's Decision Letter

Date: August 28, 2018
Ref No: 44/REC/2018

Dear Mr. Mohammad Miri, Dr. Salam Al-Khatib,

Thank you for submitting your application for research ethics approval. After reviewing your application entitled "Assessment of quality of life indicators for suicide survivors and their motives who are registered in the Palestinian Family Protection Program under the authority of police department 2014-2018 in the West Bank." the Research Ethics Committee confirms that it is in accordance with the research ethics guidelines at Al-Quds University. Please inform us if there will be any changes in your research methodology, subjects, plan and we would appreciate receiving a copy of your final research report.

Thank you again and wish you productive research that serves the best interest of your subjects.


Dina M. Bitar PhD ^{Chair}
Research Ethics Committee Chair



Cc. Prof. Imad Abu Kishek - President
Cc. Members of the committee
Cc. file

ملحق رقم: (6) الاستبانة.

كلية الصحة العامة

برنامج الصحة النفسية المجتمعية

تحية طيبة وبعد:

يقوم الباحث محمد مرعي بإجراء بحث حول تقييم مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد الناجين من الانتحار، ودوافعه في الضفة الغربية، والمسجلين في برنامج حماية الأسرة لدى جهاز الشرطة الفلسطينية من عام 2014-2018، وذلك كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من جامعة القدس/ أبو ديس.

أرجو من حضرتك المساعدة على تعبئة هذه الاستبيانات، مع التأكيد أن جميع المعلومات ستعامل بسرية كاملة، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي. إن مشاركتكم في تعبئة هذه الاستبيانات طوعية ولا داعي لكتابة الاسم الشخصي عليها.

مع الشكر والاحترام

الباحث

البيانات الأولية:

القسم الأول:

يتناول هذا القسم بيانات شخصية الرجاء وضع إشارة (X) في مكان الإجابة الملائمة للأسئلة:

(1) المنطقة الجغرافية:

1. جنوب.

2. وسط.

3. شمال.

(2) مكان السكن:

1. قرية

2. مخيم

3. مدينة

(3) العمر:

1. 18 سنة - 24 سنة

2. 25 سنة - 35 سنة

3. 36 سنة - 45 سنة

4. 46 سنة - 55 سنة

5. 55 سنة - 65 سنة

(4) الجنس:

1. ذكر

2. أنثى

(5) الحالة الاجتماعية:

1. أعزب

2. متزوج

3. مطلق

4. أرمل

6) المستوى التعليمي:

1. ابتدائي (1-6 سنوات دراسية).

2. إعدادي (7-9 سنوات دراسية).

3. ثانوي (10-12 سنة دراسية).

4. جامعي

5. غير ذلك _____

7) الوضع الاقتصادي (دخل الأسرة الشهري):

1. أقل من 1000 شيكل.

2. من 1100 - 2000 شيكل.

3. من 2100 - 3000 شيكل

4. أكثر من 3100 شيكل

القسم الثاني:

يتناول هذا القسم تأثير المرض على المشاركة/الرجاء وضع إشارة (X) في مكان الإجابة الملائمة للأسئلة:

1) هل تعاني من أي مرض مزمن؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، أرجو تحديدها من القائمة التالية:

1. مرض سكري.

2. مشاكل في الكلى.

3. مشاكل في الجهاز العصبي.

4. مشاكل في القلب.

5. مشاكل في أطراف الجسم.

6. مشاكل أخرى، اذكرها _____

(2) هل تعاني من مشاكل نفسية؟

1. نعم

2. لا

إذا كانت الإجابة نعم، اذكرها: _____

(3) هل توجهت في الماضي لتلقي خدمة الإرشاد أو العلاج النفسي للمساعدة في حل مشاكلك مباشرة؟

1. نعم

2. لا

إذا كانت الإجابة نعم:

أين: _____

نوع العلاج: _____

المدة الزمنية: _____

إذا كانت الإجابة لا ما الذي منعك من التوجه لطلب خدمة الإرشاد أو العلاج النفسي؟

1. لأن العلاج النفسي غير فعال لحل مشاكلي النفسية.

2. الوضع الاقتصادي لعائلتي.

3. لتجنب وصمة المجتمع بأنني مريض نفسيًا.

4. عدم معرفتي بالأماكن التي تقدم مثل هذه الخدمات.

5. أسباب دينية.

6. أسباب أخرى، اذكرها _____

4) هل تتأبك مشاعر من الحزن واليأس؟

1. نعم

2. لا

5) هل توجد لديك حالياً أية أفكار انتحارية؟

1. نعم

2. لا

6) هل تكررت لديك المحاولة الانتحارية؟

1.

2.

3.

4.

5.

6. أكثر من _____

7) هل تتعاطى مخدرات أو كحول؟

1. نعم

2. لا

القسم الثالث مقياس جودة الحياة:

يهدف إلى قياس مدى الرضى عن الصحة العامة، والعلاقات الأسرية والاجتماعية، والصحة النفسية، والرضا المهني، الخاصة بحياة الفرد الذي الناجي من الانتحار للفئة العمرية بين 18-65 سنة.

يهدف إلى قياس مدى رضاك عن صحتك والجوانب المحيطة بحياتك، أرجو الإجابة على كل الأسئلة، إذا لم تكن متأكدًا من الإجابات التي تريد اختيارها، حاول أن تختار الإجابة التي تلائمك أكثر، والتي يمكن اعتبارها إجابتك الأولى.

ضع إشارة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك.

الرقم	مؤشر الصحة العامة	ضعيف جدًا	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جدًا
1.	إلى أي مدى أنت راضي عن وضعك الصحي؟					
2.	إلى أي مدى تشعر أن الألم الجسماني يمنعك من القيام بأداء شيء تحب تأديته؟					
3.	إلى أي مدى تحتاج إلى العلاج الطبي حتى تؤدي مهماتك اليومية؟ (الأدوية مثلا).					
4.	إلى أي مدى قدراتك الجسمية تساعدك على التحرك؟ (لعب الرياضة، الذهاب للرحل)					
5.	إلى أي مدى تشعر بالارتياح في نومك؟					
6.	إلى أي مدى ترضى عن مقدرتك في أداء أنشطتك اليومية؟ (أكل، لباس، حمام).					
7.	إلى أي مدى ترضى عن حصولك على الخدمات الصحية؟ (أدوية، تأمين صحي، عيادات قريبة)					
8.	إلى أي مدى تشعر بملاءمة البيئة المحيطة بك لحياتك واحتياجاتك، وتعتبرها بيئة صحية؟ (المكان الذي تعيش فيه يتوفر فيه كل ما يلزمك، ولا يوجد به ما يضر صحتك).					

الرقم	مؤشر العلاقات الأسرية والاجتماعية.	ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جداً
1.	هل لديك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جديدة؟					
2.	إلى أي مدى أنت راض عن علاقاتك مع أبويك؟					
3.	إلى أي مدى أنت راض عن علاقاتك مع إخوانك؟					
4.	إلى أي مدى أنت راض عن علاقاتك مع جيرانك؟					
5.	إلى أي مدى أنت راض عن علاقاتك مع أصدقائك؟					
6.	إلى أي مدى أنت راض عن حياتك الجنسية؟					
7.	إلى أي مدى أنت راض عن المساندة التي تجدها من أصدقائك؟					
8.	إلى أي مدى أنت تشعر بالراحة في المنزل الذي تعيش فيه؟ (وتعتبره منزلاً مريحاً)					
9.	إلى أي مدى أنت راض عن توفر وسائل النقل لديك؟					
10.	إلى أي مدى تتاح لديك الفرصة للأنشطة الترويحية في وقت الفراغ؟					
11.	حياتي الاجتماعية والصحية والنفسية والمهنية التي أعيش فيها وكانت مثل توقعاتي.					

الرقم	مؤشر الصحة النفسية	ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جداً
1.	إلى أي مدى أنت تستمتع بالحياة؟ (مبسوط وسعيد بالحياة)					
2.	أعاني من الغضب باستمرار؟					
3.	إلى أي مدى تشعر بالحزن؟					
4.	إلى أي مدى أنت راض عن نفسك؟					
5.	إلى أي مدى أنت قادر على التركيز؟					
6.	هل تعاني من صعوبة في التذكر؟					
7.	إلى أي مدى تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟					
8.	إلى أي مدى تشعر أن حياتك ذات قيمة؟ (حياتك مهمة بالنسبة لك وللآخرين)					
9.	إلى أي مدى تتوفر لديك الطاقة الكافية لممارسة حياتك اليومية؟					
10.	إلى أي مدى أنت راض عن مظهرك الجسماني؟ (هل أنت راضي عن شكلك)					
11.	هل لديك المال الكافي لتلبية احتياجاتك؟					
12.	إلى أي مدى تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟					
13.	إلى أي مدى أنت راض عن مظاهر نموك الجسدي؟					

					إلى أي مدى أنت راض عن مظاهر نموك الجنسي؟	14.
--	--	--	--	--	--	-----

الرقم	مؤشر الحياة المهنية.	ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جداً
1.	إلى أي مدى أنت راض عن مقدرتك في أداء عملك، أو دراستك؟					
2.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن مهنتك؟					
3.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن ميولك المهني؟ (حب المهنة).					
4.	إلى أي مدى أنت راضٍ عن تخصصك؟ (تعلمك للمهنة)					
5.	إلى أي مدى أنت تتعرض لإصابات في العمل؟					
6.	إلى أي مدى تعتقد بأن عملك ذو فاعلية؟					
7.	إلى أي مدى تعتقد بأن عملك له مردود مالي ممتاز؟					
8.	إلى أي مدى أنت قادر على أن تتطور في عملك؟					

مع الشكر والتقدير

الباحث

فهرس الجداول والاشكال:

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
1.2	إطار مفاهيم الدراسة (المتغيرات المستقلة والتابعة).	58
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية.	62
2.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الغير ديمغرافية.	64
3.3	تحديد قيم تصليح مقياس جودة الحياة (ضعيف جداً.... جيد جداً).	69
4.3	يوضح معامل ثبات ألفا لمؤشرات مقياس جودة الحياة.	70
1.4	نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر الصحة العامة.	75
2.4	نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر العلاقات الاجتماعية والاسرية.	75
3.4	نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمؤشر الصحة النفسية.	76
4.4	نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسب المئوية لمؤشر الحياة المهنية.	76
5.4	نتائج المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية للدرجة الكلية لجودة الحياة.	77
6.4	نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير منطقة السكن.	78
7.4	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير منطقة السكن.	80
8.4	نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير منطقة السكن.	81
9.4	المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مكان السكن.	82
10.4	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مكان السكن.	84
11.4	نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار ومتغير العمر.	85
12.4	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير العمر.	87
13.4	نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الجنس.	88

90	نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الحالة الاجتماعية.	14.4
91	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير الحالة الاجتماعية.	15.4
92	نتائج المتوسط الحسابي لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى التعليمي.	16.4
94	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى التعليمي.	17.4
95	نتائج المتوسطات الحسابية لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى الاقتصادي.	18.4
97	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير المستوى الاقتصادي.	19.4
99	نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من ومتغير وجود مرض مزمن.	20.4
100	اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير وجود مشاكل نفسية.	21.4
102	نتائج اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير التوجه أو عدم للعلاج النفسي.	22.4
104	اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير مشاعر الحزن واليأس.	23.4
105	اختبار T-test لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير وجود أفكار انتحارية.	24.4
107	نتائج المتوسطات الحسابية لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير تكرار المحاولة الانتحارية.	25.4
109	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق لجودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير تكرار المحاولة الانتحارية.	26.4
110	اختبار T-test من حيث جودة حياة الفرد الناجي من الانتحار حسب متغير تعاطي مخدرات أو كحول.	27.4

فهرس المحتويات:

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء
ب	الاقرار
ت	شكر وتقدير
ث	جدول مصطلحات الدراسة العلمية المختصرة
ج	الملخص باللغة العربية
ح	الملخص باللغة الإنجليزية
1	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها
2	1.1 المقدمة
4	2.1 مشكلة الدراسة
5	3.1 أهمية الدراسة
6	4.1 أهداف الدراسة
7	5.1 أسئلة الدراسة
7	6.1 حدود الدراسة
8	7.1 محددات الدراسة
8	8.1 مصطلحات الدراسة
10	الفصل الثاني: مراجعة الأدبيات النظرية والدراسات السابقة
11	1.2 مقدمة
12	2.2 الفرق بين الانتحار والمحاولة الانتحارية وتحديد عوامل الخطورة للانتحار
13	3.2 نسب انتشار الانتحار عالمياً ومحلياً
14	4.2 العوامل المسببة للمحاولة الانتحارية
22	5.2 النظريات المفسرة للسلوك الانتحاري
32	6.2 جودة الحياة
34	7.2 مؤشرات جودة الحياة
36	8.2 مراجعة الدراسات السابقة
36	1.8.2 مراجعة الدراسات العربية
44	2.8.2 مراجعة الدراسات الأجنبية

53	9.2 تعقيب على الدراسات السابقة
54	10.2 إطار المفاهيم
59	الفصل الثالث: الطريقة ومنهجية الدراسة
60	1.3 منهج الدراسة
60	2.3 مجتمع الدراسة
61	3.3 عينة الدراسة
66	4.3 أدوات الدراسة
72	5.3 إجراءات الدراسة
73	6.3 تحليل البيانات
74	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
74	1.4 المقدمة
74	2.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول
77	3.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الثانية
98	4.4 تحليل وقراءة جداول النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الثالثة
113	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
114	1.5 المقدمة
114	2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول
119	3.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني
126	4.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث
130	5.5 الخلاصة
132	6.5 التوصيات
136	قائمة المراجع
146	الملاحق

169	فهرس الجداول والاشكال
170	فهرس المحتويات