



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد
الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة

جهاد محمد محمد مطر

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1434هـ _ 2012م

أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد
الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة

رسالة ماجستير مقدمه من الطالب
جهاد محمد محمد مطر

بكالوريوس تمرير - الجامعة الإسلامية - غزة

تحت إشراف
أ.د/ فضل خالد أبو هين
أستاذ علم النفس المشارك _ جامعة الأقصى _ فلسطين

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير

في الصحة النفسية المجتمعية
كلية الصحة العامة - غزة

جامعة القدس

1434هـ _ 2012م



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة

اسم الطالب: جهاد محمد محمد مطر
الرقم الجامعي: 20913041

المشرف: أ.دا فضل خالد أبو هين

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ:

من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

1. رئيس لجنة المناقشة التوقيع:
2. ممتحناً داخلياً التوقيع:
3. ممتحناً خارجياً التوقيع:

جامعة القدس - القدس

2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا سَفَى عَلَى يَوْسُفَ وَابْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ
الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ * قَالُوا تَاللَّهِ تَفْتَأُ تَذْكُرُ يَوْسُفَ حَتَّى تَكُونَ
حَرَضًا أَوْ تَكُونَ مِنَ الْهَالِكِينَ * قَالَ إِنَّمَا أَشْكُو بَثِّي وَحُزْنِي
إِلَى اللَّهِ وَأَعْلَمُ مِنَ اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ) .

{يوسف الآيات ٨٤-٨٦}

إهداء

إلي من تعيش في قلبي ذكراه وتسري في عروقي دماه والديرحمه الله .
إلي التي جعل ربي جنته تحت أقدامها إلي أُمي الحبيبة حفظها الله .
إلي شريكة حياتي زوجتي الغالية .
إلي نور عيناى . وفلذة كبدي وبهجة دنياى أبناى الأءزاء .
إلي أءى وزمىلى ورفىق درىى أشرف أبو ءوصة .
إلي إءوئى وأءوئى وأبنائهم وبنائهم .
إلى كل الأمهات الفلسطينيات وأءص بالذكر أمهات الشهداء الذين يحتضنون
الأرض بعشق أبدى .
وإلى كل من ساهم فى إءجاز هذا العمل .
...أود إءداء هذا العمل المتواضع ...

البيان

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد .

التوقيع

جهاد محمد محمد مطر

التاريخ:

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرّفان

أما وقد من الله العلي القدير علي بانجاز هذا العمل ، وبعد أن أحمده حمد الشاكرين ، فإنه يسعدني أن أرفع أجمل آيات الشكر والتقدير لأستاذي ومشرفي الفاضل الدكتور /فضل أبو هين ، وأقدم له شكري وامتناني واعترافي بالفضل له فيما أحاطني به من رعاية واهتمام ، وسديد توجيهات في جميع مراحل هذا العمل . كذلك أسجل امتناني وشكري إلي أستاذي الفاضل الدكتور عبد العزيز ثابت الذي قدم لنا الرعاية والتوجيه علي مدار دراستنا الجامعية . كذلك الشكر والعرّفان لجامعة القدس ، وكلية الصحة العامة وللأساتذة والعاملين فيها .

وأقدم بوافر الشكر والعرّفان إلي الأستاذ خليل مقداد الذي ساعد الباحث في تنفيذ المعالجات الإحصائية . ولا أنسي هنا أن أسجل شكري إلي أخي وزميل دراستي الأخ اشرف أبو خوصة لما قدمه لي من دعم ومساعدة. كذلك لا أنسي تقديم الشكر إلي ابن أختي محمد صيام الذي قدم لي المساعدة والدعم .

ومسك الختام أوجه شكري وتقديري إلي جميع أفراد أسرتي الذين شجعوني وآزروني لحظة بلحظة.

واني ارفع اكفي بالدعاء أن يجزي الله كل من ساعدني خيرا ، ويمنحه من الجزاء ما هو أهل له.

الباحث

جهاد مطر

ملخص الدراسة باللغة العربية

أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

تناولت الدراسة الحالية موضوع الفقدان ، وهو موضوع بالغ الأهمية في مجال الصحة النفسية ، وحظي وما زال يحظى باهتمام الباحثين . ونظرا لأهمية هذا الموضوع في المجتمع الفلسطيني ، وما يتركه من آثار نفسية علي العائلات الفلسطينية . تطرق الباحث لدراسة اثر فقدان احد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة. ولتحقيق هدف هذه الدراسة ، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي ، وتم تطبيق مقياس تايلور للقلق، ومقياس بك للاكتئاب ، ومقياس كرب ما بعد الصدمة ، علي عينة بلغ حجمها (350) أم فلسطينية في محافظات قطاع غزة من اللواتي فقدن أو لم يفقدن احد من أفراد أسرهن أثناء حرب غزة ، وما بعد حرب غزة ، بواقع (195) أم من اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن ، (155) أم من اللواتي لم يفقدن أي من أفراد أسرتهن. أظهرت النتائج أن مستوي القلق لدي الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن أثناء حرب غزة وما بعدها مرتفع وبوزن نسبي بلغ 56.9% ، وان مستوي الاكتئاب متوسط وبوزن نسبي بلغ 43.2% ، أما بالنسبة لمستوي كرب ما بعد الصدمة فكان متوسطا وبوزن نسبي بلغ 35.6% . كما أظهرت النتائج أن مستوي القلق لدي الأمهات اللواتي لم يفقدن أحدا من أفراد أسرهن مرتفع وبوزن نسبي بلغ 45.2% ، وان مستوي الاكتئاب ضعيف وبوزن نسبي بلغ 25.2% ، أما بالنسبة لمستوي كرب ما بعد الصدمة فكان ضعيفا وبوزن نسبي بلغ 23.3% . كذلك أظهرت النتائج فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن واللواتي لم يفقدن أحدا من أفراد أسرهن فيما يتعلق بدرجات القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرهن.

كذلك لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة فيما يتعلق بصلة القرابة مع الفقيد . كذلك أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوي القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة فيما يتعلق بمكان السكن . وكانت لصالح سكان (الشمال ، غزة ، خان يونس) ، وان مستوي الاكتئاب كان اعلي لدي أمهات المنطقة الوسطي . كذلك أظهرت النتائج وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي كل من الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن واللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن .

- وبناء علي نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يلي
- زيادة الاهتمام بالخدمات النفسية التي تقدمها المؤسسات الحكومية وغير الحكومية للأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن.
 - تقديم الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن .
 - عمل برامج إرشادية نفسية تهدف لخفض مستوى القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات اللواتي فقدن أي من أفراد الأسرة.
 - عمل برامج توعية للأمهات عن الآثار النفسية السيئة علي الصحة النفسية للأمهات المترتبة علي فقدان أحد أفراد الأسرة وطرق التكيف مع الأحداث الصادمة والأزمات للحد من الآثار السيئة.
 - العمل علي إنشاء مؤسسة يقع علي عاتقها مسئولية إصدار النشرات لتوعية الأمهات والتي تشمل أساليب التكيف مع الأحداث الصادمة والحد من أعراض القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة والتي تصاحب في بعض الأحيان فقدان احد أفراد الأسرة.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	م
I	البيان	.1
II	شكر وعرهان	.2
III	ملخص الدراسة باللغة العربية	.3
V	فهرس المحتويات	.4
IX	فهرس الجداول	.5
X	فهرس الأشكال	.6
X	فهرس الملاحق	.7

الفصل الأول - خلفية الدراسة

1	المقدمة	.8
4	مشكلة الدراسة	.9
5	مبررات الدراسة	.10
6	أهداف الدراسة	.11
7	مصطلحات الدراسة	.12
8	متغيرات الدراسة	.13
8	خلفية عن قطاع غزة	.14
8	الأمهات الفلسطينيات	.15

الفصل الثاني - الإطار النظري والدراسات السابقة

- 16 .16 فقدان
- 16 .17 مفهوم فقدان
- 19 .18 النظريات التقليدية والنظريات الحديثة التي تفسر مراحل الحزن علي فقدان عزيز
- 22 .19 اضطراب القلق
- 23 .20 مفهوم القلق
- 24 .21 أعراض القلق
- 25 .22 النظريات النفسية المفسرة للقلق
- 25 .23 القلق في نظرية التحليل النفسي
- 29 .24 التفسير السلوكي للقلق
- 31 .25 التفسير الوجودي والإنساني للقلق
- 32 .26 تفسير الاتجاه المعرفي للقلق
- 33 .27 التفسير الفسيولوجي للقلق
- 34 .28 قلق الحالة وقلق السمة
- 35 .29 تصنيف القلق
- 38 .30 أسباب القلق
- 40 .31 اضطراب الاكتئاب
- 41 .32 مفهوم الاكتئاب
- 45 .33 أهم النظريات التي تناولت الاكتئاب
- 45 .34 الاكتئاب في نظرية التحليل النفسي
- 46 .35 الاكتئاب في نظرية التعلم
- 49 .36 الاكتئاب في النظريات المعرفية
- 50 .37 الاكتئاب من وجهة النظر البيولوجية
- 50 .38 أنواع الاكتئاب وأعراضه
- 55 .39 نظرة عامة لأسباب الاكتئاب
- 57 .40 اضطراب كرب ما بعد الصدمة
- 57 .41 تعريف كرب ما بعد الصدمة
- 57 .42 مدي انتشار كرب ما بعد الصدمة
- 59 .43 العوامل المهيئة للإصابة بكرب ما بعد الصدمة

59	44.	مقدار الصدمة أو مستوى التعرض لها
60	45.	العوامل الشخصية والاجتماعية قبل الصدمة
60	46.	إدراك الضحية للحدث الصدمي
61	47.	المساندة الاجتماعية
61	48.	الأعراض الثانوية للصدمة
62	49.	النظريات المفسرة لكرب ما بعد الصدمة
62	50.	نظرية التحليل النفسي
63	51.	النظرية المعرفية
64	52.	النظرية السلوكية
65	53.	النظرية البيولوجية
67	54.	الدراسات السابقة
73	55.	تعقيب علي الدراسات السابقة

الفصل الثالث - إجراءات الدراسة

77	56.	منهج الدراسة
77	57.	مجتمع الدراسة
78	58.	عينة الدراسة
86	59.	أدوات الدراسة
93	60.	جمع البيانات
94	61.	المعالجات الإحصائية
95	62.	الاعتبارات الأخلاقية
95	63.	معوقات الدراسة

الفصل الرابع - نتائج الدراسة

96	64.	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
97	65.	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
99	66.	النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
101	67.	النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع
103	68.	النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس
107	69.	النتائج المتعلقة بالسؤال السادس
110	70.	النتائج المتعلقة بالسؤال السابع

الفصل الخامس - مناقشة النتائج والتوصيات

113	71.	أهم النتائج
121	72.	تفسير نتائج البحث
133	73.	التوصيات
134	74.	المقترحات

المصادر و المراجع

135	75.	القرآن الكريم
135	76.	المراجع العربية
141	77.	المراجع الأجنبية

فهرس الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
(1)	نوع المهنة للأمهات في العينة	78
(2)	توزيع أفراد العينة تبعاً للحالة الصحية	79
(3)	توزيع أفراد العينة تبعاً لفقدانهم لأحد أفراد أسرتهن	80
(4)	توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع صلة القرابة للفقيد	81
(5)	توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع المحافظة	82
(6)	توزيع أفراد العينة تبعاً لمكان الإقامة	83
(7)	توزيع أفراد العينة تبعاً لطبيعة السكن	84
(8)	مستوى الدخل الشهري لأسر الأمهات في العينة	85
(9)	معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس	87
(10)	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	89
(11)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى الأمهات	90
(12)	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمقاييس الثلاثة (ن = 350)	96
(13)	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمقاييس الثلاثة (ن = 350)	98
(14)	نتائج اختبار (ت) لكشف الفروق بين متوسطي درجات الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة للمقاييس الثلاثة (ن=350)	99
(15)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المقاييس الثلاثة بالنسبة لصلة القرابة للفقيد لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة	101
(16)	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المقاييس الثلاثة بالنسبة لمكان السكن لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة	103
(17)	نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية في المقاييس الثلاثة بالنسبة لمكان السكن لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة	106
(18)	مصنوفة معاملات الارتباط (r) بين القلق والاكتئاب وأعراض كرب ما بعد الصدمة للأمهات اللواتي فقدن أحد من أسرهن	107
(19)	مصنوفة معاملات الارتباط (r) بين القلق والاكتئاب وأعراض كرب ما بعد الصدمة للأمهات اللواتي لم يفقدن أحد من أفراد أسرهن	110

فهرس الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
79	نوع المهنة للأمهات في العينة	(1)
80	توزيع أفراد العينة تبعاً للحالة الصحية	(2)
81	توزيع أفراد العينة تبعاً لفقدانهم لأحد أفراد أسرتهن	(3)
82	توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع صلة القرابة للفقيد	(4)
83	توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع المحافظة	(5)
83	توزيع أفراد العينة تبعاً لمكان الإقامة	(6)
84	توزيع أفراد العينة تبعاً لطبيعة السكن	(7)
85	مستوى الدخل الشهري لأسر الأمهات في العينة	(8)

فهرس الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
144	موافقة لجنة هلسنكي	(1)
145	رسالة من الجامعة إلي مركز الميزان لحقوق الإنسان .	(2)
146	رسالة من الجامعة إلي مدير عام تنمية القوي البشرية .	(3)
147	رسالة من الجامعة إلي مدير عام الإدارة العامة للأحوال المدنية .	(4)
148	الإستبانه بصورتها النهائية.	(5)
158	ملخص لتصنيف جماعة الطب العقلي الأمريكية لأنواع القلق.	(6)
159	تصنيف دليل الطب العقلي الأمريكي لاضطرابات المزاج ومنها الاكتئاب.	(7)
160	الصيغة التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة كما وردت في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع. DSM.IV	(8)
161	خريطة قطاع غزة.	(9)
162	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	(10)

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة

بينت نتائج بعض الدراسات الدولية والدراسات الإقليمية والمحلية أن فقدان أحد أفراد الأسرة نتيجة الموت يمثل مصيبة عظيمة لهذه الأسرة ، ولاسيما الأمهات الفلسطينيات التي تعددت مصادر الكروب والشدائد لديهن بحيث أنه من الممكن أن تفقد أحد أبناءها أو زوجها أو أبيها أو أخاها أو أختها أو أي من أفراد أسرتها وأحيانا بيتها أو كلاهما معا . وتعيش الأم بعد ذلك الم الموت ومرارة الفراق ، وتشعر بألم نفسي عميق، يأخذ نوبات من الاضطراب والتوتر النفسي الذي يبدو في صورة النواح و البكاء و أحيانا الصراخ والولولة. وهي طرق طبيعية للتعبير عن الموقف والمصيبة غير الطبيعية التي ألمت بها ، ومهما اختلفت طرق التعبير عن المصيبة إلا أنها تعتبر نفسها في النهاية قد أتاحت لها الفرصة للتعبير عما يعتمل داخلها من عوامل مؤثرة جداً ، لكن المشكلة في بعض الأمهات اللاتي تقمن بكبت مشاعرها تجاه هذا الموت والذي ستظهر آثاره حتماً بعد مدة من الزمن قد تطول لدى البعض بسنوات ولدى البعض بمدة غير ذلك ، وقد يأخذ الحزن عندئذ صور أخرى كالقلق أو التوتر النفسي أو الاكتئاب المرضي.

فقد أظهرت دراسة (kaltman and bonanno,2003) أن موت الزوج بطريقة عنيفة يؤدي إلي تطور أعراض كرب ما بعد الصدمة بصورة اكبر بكثير من الحداد الطبيعي الذي يكون ناتجا عن وفاة طبيعية. ومع عدم إغفالنا لحالات الفقدان والتي سببها الموت الطبيعي أو الحوادث بأنواعها المختلفة إلا أن غالبية حالات الفقدان والموت في الأراضي الفلسطينية مردها إلى القتل المتعمد من قبل الاحتلال الإسرائيلي. إذ أن الآلاف من الفلسطينيين راحوا ضحايا هذا العدوان ، فعلى سبيل المثال لا الحصر استشهد خلال الحرب الأخيرة على غزة ما يقرب من 1409 شخص حسب إحصائية (مركز الميزان, 2010). كذلك لا نغفل حالات الوفاة التي تحدث نتيجة الأمراض الصعبة كأمراض السرطان والقلب ،والتي كان للاحتلال دور فيها بمنعه المرضي من السفر للعلاج ، أو حتى الحالات التي ينتج عنها الوفاة لكن السبب الأساسي ورائها هو التعرض للمفاجئات والمحن والشدائد التي تمر بالمرأة والمجتمع كحالات الاغتيالات أو القصف بالطيران للمنازل أو حالات الاجتياح ... الخ . كل ذلك أدي إلي الكثير من حالات الوفاة والفقدان لدي الأسر الفلسطينية ،مما أدي إلي تعرض هذه الأسر وخصوصا الأمهات إلي تهديدات وضغوطات أدت إلي ظهور التوتر والاضطرابات النفسية لديهن.

ففي دراسة كحيل (2002) عن تأثير العنف السياسي على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية أشارت إلى أن " الضغوط النفسية كانت موجودة بنسبة مرتفعة خلال الانتفاضة وتعرض المرأة بشكل مباشر أو غير مباشر للعنف أدى إلى حدوث ظهور أعراض لأعراض نفسية بين الحالات الدراسية بنسبة مرتفعة، و بنسبة قليلة بين الحالات الضابطة كما أن زيادة ممارسة العنف الموجه من قوات الاحتلال الإسرائيلية ضد أبناء الشعب الفلسطيني أدى إلى حدوث ضغط نفسي لدى المرأة الفلسطينية بشكل أكثر كما أحدث العامل الاجتماعي و الاقتصادي والمصاعب الفردية إلى زيادة تلك الضغوط النفسية مما أدى إلى ظهور الأعراض النفسية بشكل واضح لدى المرأة الفلسطينية . وقد أشار الخرافي (1993) إلى أن علماء النفس يرون أن الأفراد الذين يعيشون الحروب والأزمات يكونون غالباً أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية من الأفراد الذين لا يعيشون مثل هذه الخبرات وبالتالي فإن فقدان الأسرة لأحد أفرادها بصورة مفاجئة يؤدي لأنواع مختلفة من الاضطرابات خاصة لدى الزوجات والأبناء. وهذا ما يمكن تأكيده من خلال نتائج دراسة الخرافي (1997) على المجتمع الكويتي الذي بين أن درجة الشعور بالوحدة النفسية كانت أكثر لدى أرمال الشهداء الكويتيات ، يليه زوجات الأسرى ، و أخيراً أرمال فقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية، بمعنى أن أرمال الشهداء أكثر احساساً بالوحدة النفسية، وهذا يرتبط بنتيجة أخرى تمثلت في انه كلما زاد الشعور بالوحدة النفسية لدى الأرمال قل التوازن النفسي لدى أبنائهن.

وهذا يتفق مع نتائج البدر و آخرون (1999) التي بينت أن (50%) من بنات أسر شهداء مذبحه الحرم الإبراهيمي في الخليل وحوالي (39%) من نسائهم وحوالي (23%) من الأبناء، ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية بصوره واضحة، و ظهرت كثيراً في أعراض القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي. كما وتبين دراسة مغالسة (2003) أن العائلات التي استشهد أحد أفرادها أكثر تأثراً باضطرابات أجهاد ما بعد الصدمة النفسية وردد الفعل مقارنة بالعائلات التي اعتقل أفرادها وأشارت النتائج أيضاً أن العائلات التي استشهد أحد أفرادها أكثر تأثر بأعراض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة النفسية من العائلات التي هدمت بيوتها.

كذلك وجد كرم أن التأثير النفسي للحياة في منطقة حرب أو صراع يتضمن ارتفاعاً في معدلات الاكتئاب والقلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطرابات نفسية أخرى. كما وجد أن النساء يعانين بدرجة أعلى من نوعي الاكتئاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة وأنهن أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال كذلك فقد أظهرت الدراسات التي أجريت في فلسطين عدداً من الأعراض النفسية الشديدة التي تعاني منها الأمهات الفلسطينيات نتيجة فقدان أطفالهن بسبب القمع العسكري أو السياسي. كدراسات بايكروكبوليان 1995 ، البدر، بايكر، شلهوب كيفوليان ايرفين

وبيلمايكر ،1999 (أبو بكر وآخرون،2004). ولم تكن أعراض القلق والاكتئاب الجسدية واضطراب كرب ما بعد الصدمة أكثر شيوعاً بين النساء عنها بين الرجال فحسب بل كانت أيضاً أكثر شدة منها لدى الرجال (عبد الحميد عفانة وآخرون ،2002).
كذلك أشار مارش (1990) إلى أن معظم الخصائص للضغوط التالية للصدمة يمكن أن تحدث نتيجة الأذى البدني ، وفقدان العزيز والأعمال الوحشية والتعرض للموت البشع ، وجميع هذه الخبرات متجذرة في نفوس الأسر الفلسطينية بحكم حقد وأجرام وبطش جيش الاحتلال الإسرائيلي.

مشكلة الدراسة

يعتبر فقدان احد أفراد الأسرة من أعظم المحن النفسية التي تواجه الأسرة ، وخصوصا" الأسرة الفلسطينية، التي تتعرض صباح مساء ، لأشد أنواع الألم والعذاب نتيجة ممارسات الاحتلال الإسرائيلي ، من قتل وأسر وإصابات وإعاقات علي مدار ستين عاما" . ففي أواخر العام 2008م وبداية العام 2009م ، شن الاحتلال الإسرائيلي علي قطاع غزة حربا شرسة خلفت ما يقرب الألف وخمسمائة شهيد ، وآلاف المصابين والمعاقين ، ولقد شهد الباحث هذه الحرب الشرسة وما خلفته من أوضاع نفسية واجتماعية واقتصادية صعبة علي أهالي قطاع غزة وعلي الأسر الفلسطينية في قطاع غزة . ولقد أعقب هذه الحرب الشرسة ، بداية دراسة الباحث في مجال الصحة النفسية والاجتماعية ، حيث لفت انتباه الباحث الوضع النفسي ، والمشاكل النفسية التي تعرضت لها الأسر الفلسطينية في أعقاب هذه الحرب ، وخصوصا الأسر التي استشهد أحد أفراد أسرتها ، حيث لاحظ الباحث أن هذه الأسر قد تركت لوحدها تعاني ويلات الألم والحزن دون أي سند أو دعم نفسي أو معنوي أو مجتمعي من قبل المؤسسات الحكومية وغير الحكومية .

ونظرا لان الأم تمثل عصب الأسرة الفلسطينية واللبننة الأساسية فيها وأنها الأكثر تأثرا بفقدان أحد أفراد أسرتها ، فقد رأي الباحث أن يكون محور دراسته الحالية تتمركز حول الأم الفلسطينية التي استشهد أحد أفراد أسرتها . وأن يظهر من خلال هذه الدراسة مدي الألم والمعاناة النفسية التي تعرضت لها الأم الفلسطينية نتيجة استشهاد أحد أبنائها أو زوجها أو أخيها أو أختها أو أي من أفراد أسرتها ، وأثر هذا الفقدان علي صحتها النفسية .

وقد حدد الباحث ثلاث متغيرات ، هي القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، ومدي علاقتها بفقدان الأم الفلسطينية في قطاع غزة لأحد أفراد أسرتها

و من خلال الواقع الفلسطيني المعاش،ومن خلال الدراسات السابقة ،تتحدد مشكلة البحث في طرح السؤال التالي ما علاقة فقدان أحد أفراد الأسرة بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة .

ويتفرع عن السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية :

١. ما مستوى القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن؟

٢. ما مستوى القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده.

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده تعزى لمتغير صلة القرابة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده تعزى لمتغير مكان السكن (المحافظة) لدى الأمهات الفلسطينيات.

٦. هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس كرب ما بعد الصدمة بأبعاده عند الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن

٧. هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس كرب ما بعد الصدمة بأبعاده عند الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

مبشرات الدراسة (أهمية الدراسة)

من خلال الواقع الفلسطيني المعاش،ومن خلال الدراسات السابقة،وإدراكي لأهمية مساندة الأم الفلسطينية وتعزيز صلابتها النفسية في مواجهة المحن والأزمات والتعرف علي مواطن الضعف النفسي لديها ،ومحاولة علاجها ودعمها ،وبناء" علي ذلك قام الباحث بعمل دراسة حول مشكلة فقدان احد أفراد الأسرة التي تواجه الأم الفلسطينية وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة في مسعى لإفادة المهتمين في مجال البحث التربوي والمتخصصين في مجال علم النفس العلاجي في إجراء دراسات أخرى ذات علاقة سواء كان ذلك على عينات اكبر، أم في أعداد البرامج العلاجية المناسبة، ومعرفة تأثيرها في علاج القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة. ويتوقع من خلال نتائج الدراسة التعرف على معدل القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة وبناء على هذه النتائج يتم التعامل مع الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة وتقديم الدعم اللازم لهن، (نفسى،ومعنوي،ومادي) من خلال زيادة الخدمات النفسية التي تقدمها المؤسسات الحكومية وغير الحكومية كذلك الدعم الاقتصادي وعمل برامج إرشادية وتدريبية نفسية.و من الممكن أن تكون نتائج الدراسة مصدر للمعلومات القيمة حول المشاكل النفسية للأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة. ونتائج هذه الدراسة ربما تساعد في التخطيط الجيد لبرامج

التدخل مع الأمهات الفلسطينيات ، و البرامج التعليمية والتثقيفية، للأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة .

أهداف الدراسة

الهدف العام للدراسة

التعرف على أثر فقدان أحد أفراد الأسرة و فحص علاقته بالقلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة.

الأهداف الخاصة للدراسة

1. تحديد درجة القلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن و اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن في محافظات قطاع غزة
2. فحص وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة بأبعاده.
3. فحص وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة بأبعاده تعزى لمتغير صلة القرابة، و مكان السكن (المحافظة) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة
4. فحص وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس كرب ما بعد الصدمة بأبعاده عند الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن و اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

مصطلحات الدراسة

1.الفقدان

يقصد الباحث بالفقدان في هذه الدراسة هو فقدان الأم الفلسطينية لأحد أفراد أسرتها(استشهاد) نتيجة ظرف معين (سياسي أو عسكري).

2.القلق

القلق كما عرفه الدكتور حامد زهران في كتابه " الصحة النفسية " هو حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث و يصحبها خوف غامض و أعراض نفسية جسدية.

التعريف الإجرائي للقلق: هو الدرجة التي تحصل عليها الأم التي فقدت احد أفراد أسرتها في مقياس تايلور للقلق.

3.الاكتئاب

يذكر زهران في كتابه الصحة النفسية ، الاكتئاب أنه " حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه " (زهران، 1977: 429). أما بيك (Beck) فيقول: "إن اضطراب الاكتئاب" ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة " (Beck,1976,p.84).

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي تحصل عليها الأم التي فقدت احد أفراد أسرتها في مقياس بيك للاكتئاب

4. كرب ما بعد الصدمة

هي مجموعة الخبرات السلبية التالية للصدمة والتي تتمثل في الشعور بتكرار الحدث، والاضطرابات الانفعالية، وتجنب التفكير بالصدمة، والقابلية المرتفعة للاستثارة. (Allen, 1986).

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي تحصل عليها الأم التي فقدت احد أفراد أسرتها في مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون.

متغيرات الدراسة

المتغير المستقل independent variable

فقدان (استشهاد) احد أفراد الأسرة

المتغير التابع dependent variable

القلق والاكتئاب وكره ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة

خلفية عن قطاع غزة

قطاع غزة هو شريط ساحلي علي البحر الأبيض المتوسط بين الأراضي المحتلة أو ما يسمى إسرائيل و مصر ومساحته 360 كيلو مترا مربعا. يقسم القطاع إلي خمس مناطق هي:- شمال غزة ، و مدينة غزة وضواحيها بما فيه مخيم الشاطئ ، والمنطقة الوسطي، وخانيونس، ورفح. يبلغ عدد سكان قطاع غزة مليون وستمائة ألف نسمة (حسب إحصائية المركز الإحصائي الفلسطيني، 2010). وتشكل النساء ما نسبته حوالي(49%) من تعداد السكان في قطاع غزة، وان نسبة المتزوجات حوالي (58%). وهناك نسبة كثافة سكانية عالية حيث المعدل هو (2150) نسمة في الكيلومتر المربع وهو مؤشر للصعوبات البيئية والنفسية علي سكان قطاع غزة . ويشكل اللاجئين نسبة 62.6% من السكان، يعيش 55% منهم في 8 مخيمات مكتظة بينما يعيش الباقون 45% في القرى والمدن. (ملحق 10)

الأمهات الفلسطينيات

إن الأمهات الفلسطينيات وعلى مدار المائة عام الماضية كن تواقات للمشاركة في النضال من أجل الحرية والاستقلال ، والى تقديم الخدمات للجمهور والمساهمة في عملية البناء و التنمية ولديهن الإمكانية والقوة والقدرة الكافية لتلعب أرفع الأدوار إذا أتاحت لها الفرصة. أم الشهيد وزوجته وابنته وشقيقته.. إنها المرأة الفلسطينية التي ضربت بصمودها المثل في الصبر والمثابرة، حتى لتعجز الصورة عن الوفاء بحقيقتها، ويعجز القلم عن وصف بطولتها. أي نوع من البشر هذه المرأة التي تعرف موعد استشهاد ابنها وتنتظره في حبور؟! وأية عقيدة ربانية تملأ كيانهن حتى يستقبلن نبأ الشهادة بالزغاريد مع يقين بوعد رب العزة؟! ﴿وَلَا تَحْسَبَنَّ الَّذِينَ قُتِلُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ أَمْوَاتًا بَلْ أَحْيَاءٌ عِنْدَ رَبِّهِمْ يُرْزَقُونَ﴾ (آل عمران:169).

وباعتبار أن المرأة هي أساس المجتمع، فقد وددت الحديث حول موضوع معاناة المرأة الفلسطينية من الانتهاكات التي يرتكبها الاحتلال بحقها، مما يمسه مباشرة كالاتهداف المباشر المتعمد بالقتل والأسر والتعذيب وهدم المنازل ومصادرة الأراضي، أو مما يحرمها من حقوقها الأساسية

كالتعليم والرعاية الصحية والأمن والبيئة السليمة، هذا فضلا عن استخدامها في الكثير من الأحيان كورقة ضغط على زوجها أو ابنها أو أخيها، سواء أكان مقاوما أو أسيرا أو مطاردا. والمرأة الفلسطينية إلى جانب كونها الأم والزوجة والأخت في مجتمع يقاسي يوميا، بسبب احتلال لا يراعي أخلاقا أو عرفا أو قانونا، فهي أيضا المربية والمقاومة والممرضة والمعلمة، التي تخرج من رحم المعاناة أصلب وأقوى وأكثر عزما على الصمود والعتاء. وفي يوميات حياتها الصعبة بين منزل مهوم وأرض مصادرة وطفل مريض وزوج أسير وأب شهيد ومدن وقرى محاصرة، تغرس ورود الأمل والصمود، حين تحرص دائما على المشاركة في الحياة السياسية والاجتماعية والثقافية الفعالة والبارزة. نشرت وكالة الأنباء الفلسطينية دراسة تُحذّر من خطورة الضغوط النفسية التي تعاني منها المرأة الفلسطينية من جرّاء الممارسات الاحتلالية البشعة، وتؤكد أن المرأة الفلسطينية تُعدّ النموذج الفريد في التعامل مع هذه الضغوط ومع كل الظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية الاستثنائية، موضحةً أن تفاعلها مع الأحداث أثر في أساليب مواجهتها لهذه الضغوط، فأصبحت المرأة الفلسطينية تستخدم أساليب متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية؛ منها أسلوب التخطيط لحل المشاكل.. أسلوب التحكم بالنفس.. أسلوب تحمل المسؤولية.. أسلوب الانتماء. فالاحتلال الإسرائيلي فرض على المرأة الفلسطينية منذ سنة 1948 أن تعيش حياة مختلفة عن بقية النساء في هذا العالم، سواء فوق أرض فلسطين أو خارجها في دول الشتات، فحرمتها من أبسط حقوقها في الحياة والأمن وحرية التنقل والرعاية الصحية والتعليم، وحولها إلى لجنة تعيش ظروفًا غير التي تعودت عليها، محملة بأعباء ومسؤوليات تفوق طاقتها واستيعابها وقدرتها على الاحتمال. وليس من المبالغة القول أن التأثيرات السلبية للاحتلال طالت كل جوانب حياة المرأة الفلسطينية، الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، مما جعل حياة هذه المرأة نموذجا فريدا مختلفا عن سواه، نموذجا أشد صعوبة وأكثر قساوة، امتزج فيه سعيها كبقية النساء لاستعادة ما سلبه المجتمع من حقوقها بنضالها ضد المحتل. إلا أن تلك الظروف كلها لم تكسر عزيمة المرأة الفلسطينية، ولم تتمكن من النيل من صمودها، بل بالعكس فقد خرجت من رحم تلك الآلام امرأة غير بقية النساء، امرأة سطرت بمواقفها المشرفة وصبرها الجميل أعظم العبر والبطولات. فوفقت خلف الرجل أما وزوجة وأختا وابنة، والى جانبه مربية ومقاومة وممرضة وعاملة ومعلمة، وبقيت من بعد الشهداء راعية لشؤون أسرهم وأبنائهم، تزرع في أبنائها مزيدا من العزة والصمود والكرامة، ليفوق دور المرأة بذلك نسبة النصف التي تشكلها في المجتمع الفلسطيني، ولنكون مسؤولة عن بناء مجتمع بكامله، برجاله ونسائه. وتشكل المرأة الفلسطينية نحو نصف المجتمع الفلسطيني في فلسطين التاريخية ودول الشتات، فمقابل كل 100 من الإناث، في الضفة الغربية وقطاع غزة، يوجد 103 من الذكور، وتقارب هذه النسبة التي تعرف بنسبة الجنس، النسب الموجودة في الأراضي المحتلة سنة 1948. (الصلاحات وآخرون ، 2008)

ويواجه المجتمع الفلسطيني، داخل فلسطين التاريخية أو في دول اللجوء، صعوبات تجعل أفراده أكثر عرضة من غيرهم للمعاناة. فأى عنف أقسى على المرأة من احتلال كالأحتلال الإسرائيلي، الذي تغلغل في جميع مناحي الحياة وانتهاك الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، إلى جانب الحقوق المدنية والسياسية.

وتشكل النساء في قطاع غزة نسبة 49.3% من تعداد السكان، وتعاني كباقي السكان من ظروف بالغة القسوة جراء الأحتلال والحصار حيث تتأثر حياتهن وظروفهن المعيشية، كالحق في الحياة والحركة والتنقل والحصول على الخدمات الصحية والحق في الأمن والسلامة. (محيسن، 2012)

ويأتي ذلك منافياً للاتفاقيات الدولية مثل السيداو والإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ومنافياً لقرار مجلس الأمن رقم 1325 الذي اتخذته مجلس الأمن في جلسته 4213 المنعقدة في 31 تشرين الأول/أكتوبر سنة 2000 والذي يطالب باحترام أحكام القانون الدولي الإنساني لحقوق الإنسان بوصفهما يشكلان حماية للمرأة والفتاة في النزاعات المسلحة. وتتص المادة الثالثة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن: "يتعين على جميع الدول الوفاء الكامل بالالتزامات المترتبة عليها طبقاً لبروتوكول جنيف لعام 1925 واتفاقيات جنيف لعام 1949 ، وكذلك صكوك القانون الدولي الأخرى المتصلة باحترام حقوق الإنسان أثناء المنازعات المسلحة، التي تتيح ضمانات هامة لحماية النساء والأطفال". في حين تقضي المادة 4 بأن: "يتعين على جميع الدول المشتركة في منازعات مسلحة، أو في عمليات عسكرية في أقاليم أجنبية أو في أقاليم لا تزال تحت السيطرة الاستعمارية، أن تبذل كل ما في وسعها لتجنيد النساء والأطفال ويلات الحرب. ويتعين اتخاذ جميع الخطوات اللازمة لضمان حظر اتخاذ تدابير كالاضطهاد والتعذيب والتأديب والمعاملة المهينة والعنف، وخاصة ما كان منها موجهاً ضد ذلك الجزء من السكان المدنيين المؤلف من النساء والأطفال". وتعتبر من الأعمال الإجرامية، جميع أشكال القمع والمعاملة القاسية واللاإنسانية للنساء والأطفال، بما في ذلك الحبس والتعذيب والإعدام رمياً بالرصاص والاعتقال بالجملة والعقاب الجماعي وتدمير المساكن والطرده قسراً، التي يرتكبها المتحاربون أثناء العمليات العسكرية أو في الأقاليم المحتلة.

وينتهك الأحتلال الإسرائيلي معظم حقوق الإنسان ، بل كلها، فرصاً جنود الأحتلال لم يميز المرأة الفلسطينية عن غيرها، ولم يحترم حقها في الحياة. وعمليات الإغلاق والحصار طالتها في حالات الصحة أو المرض على السواء وفاقمت من معاناتها وحرمتها في أحيان عدة من التعليم أو العمل، ومنعتها من مغادرة بلادها أو العودة إليها، وحرمتها في أحيان أخرى من حقها بطاقة هوية

فلسطينية أو الإقامة مع عائلتها. كما أن عمليات الاعتقال التعسفية إن لم تنلها وتنتهك حقها في الحرية، طالت أحد أبنائها أو إخوانها أو والدها أو زوجها. وعمليات هدم المنازل وجرف الأراضي وتدمير المزروعات حرمتها من العيش في بيئة آمنة أو سليمة، وحرمتها كربة أسرة من البيئة الأسرية السليمة، وأضافت إلى مسؤوليتها أعباء جديدة. وينكر الاحتلال الإسرائيلي بشكل مستمر أية مسؤولية قانونية ملقاة عليه عن وضع حقوق الإنسان في الأراضي المحتلة، رغم الإجماع الدولي على ذلك والذي أكدته مرارا وتكرارا المنظمات الحقوقية والمجتمع الدولي، حيث أكدت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في سنة 2003 أنه: "حتى في وضع النزاع المسلح، يجب احترام حقوق الإنسان الأساسية، وإن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، كجزء من المعايير الدنيا لحقوق الإنسان، مكفولة بموجب القانون الدولي العرفي، كما أنها محددة في القانون الدولي الإنساني". (الصلاحيات وآخرون ، 2008)

و حسب إحصائية مركز الميزان لحقوق الإنسان 2011 لم تستثن انتهاكات الاحتلال الإسرائيلي لحق الفلسطينيين في الحياة، حياة المرأة الفلسطينية، فكانت ضحية لهجماته وعرضه لاستهدافه المباشر في الكثير من الأحيان. وقد بلغ عدد النساء اللاتي استشهدن نتيجة تلك الاعتداءات منذ بدء انتفاضة الأقصى في 28/9/2000 وحتى 29/5/2008 ، 163 شهيدة ، وبلغ عدد الشهداء من النساء في حرب غزة وما بعدها 130 شهيدة حتى عام 2011. في حين لم تتوفر إحصائية لنسبة النساء من مجموع الجرحى. وبحسب تقرير لمنظمة العفو الدولية، 2005 فان النساء الفلسطينيات اللاتي استشهدن أو أصبن باعتداءات إسرائيلية، تعرضن لهذه الاعتداءات وهن في منازلهن أو بالقرب منها، أو في أثناء تنقلهن بين المدن والقرى. كما ذكر التقرير أنه في بعض الحالات لقيت النساء حتفن تحت أنقاض منازلهن، التي دمرها الجيش الإسرائيلي فوق رؤوسهن، كما قتلت عدة فتيات على يد قوات الاحتلال داخل الأقسام الدراسية.

وتجدر الإشارة إلى أن قوات الاحتلال الإسرائيلي تحتجز فيما يعرف "بمقابر الأرقام" جثامين النساء الشهداء اللاتي نفذن عمليات مقاومة استشهادية، دون مراعاة لحرمة الأموات أو لمشاعر ذويهن. ومن هؤلاء الشهداء اللاتي ما تزال جثامينهن عند قوات الاحتلال: آيات الأخرس، دارين أبو عيشة، ووفاء إدريس، وهنادي جرادات، وهبة ضراغمة. (أبو عمرو، 2008)

وعلى غرار كل الاعتداءات التي طالت الشعب الفلسطيني في أرضه، كان للمرأة الفلسطينية نصيب من الاعتقالات التي كانت حصيلتها حوالي 700 ألف فلسطيني خلال أربعين عاما منذ احتلال الضفة والقطاع سنة 1967. (الفراونة، 2007)

وبناء على تقرير المقرر الخاص المعني بحالة حقوق الإنسان في الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ عام 1967، "جون دوغارد" والذي ينص على معاملة الأسرى بكرامة، ويشترط نصوصا واضحة بذلك، خاصة بالنسبة للأسيرات من النساء، في عدة اتفاقيات أبرزها اتفاقيات جنيف، واتفاقية مناهضة التعذيب، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، فإن الاحتلال الإسرائيلي كان وما يزال ينتهك هذه الحقوق ويعامل النساء الأسيرات معاملة مهينة وقاسية، ويحتجزهن في ظروف صعبة، ويحرمهن في أغلب الأحيان من الرعاية الصحية السليمة ومن الغذاء الكافي، ومن حقهن في حضانة أولادهن أو حتى رؤيتهن. بالإضافة إلى أساليب التحقيق والتعذيب، والتي إلى جانب قسوتها، تتم أحيانا على يد محققين أو سجانين رجال، بخلاف ما ينص عليه القانون الدولي من وجوب توكيل الإشراف المباشر عليهن إلى نساء سجانين دون الاحتكاك بهن من قبل السجانين الذكور، وعدم جواز تفتيشهن إلا من قبل امرأة، وضرورة فصل الفتيات القاصرات عن النساء البالغات. وذكر تقرير للأمم المتحدة أن السجينات الفلسطينيات في السجون الإسرائيلية يتعرضن للعنف الموجه ضدهن خلال مرحلتي التحقيق والحبس. وتحدث تقرير منظمة العفو الدولية، عن تعرض النساء الفلسطينيات من خلال استجوابهن للضرب أو الصفع أو اللكم، وأنه تم تقييدهن بكراسي في وضع غير مريح، ووجهت إليهن تهديدات، وأن المحققين الذكور جلسوا على مسافة قريبة جدا منهن ولامست أجسادهم أجسادهن، وشعرن بأن القصد الواضح من وراء ذلك هو تخويفهن وإشعارهن بالحرج. كما تعرضت المعتقلات لتهديدات بتدمير منازل عائلتهن، وإصدار أحكام طويلة بالسجن عليهن، وإلقاء القبض على أفراد عائلتهن، لا سيما المسنون والأولاد الصغار في الأسرة. لكن قائمة الانتهاكات الإسرائيلية الطويلة بحق الأسيرات لا تتوقف عند هذا الحد، فصورة معاناة الفلسطينيات في السجون الإسرائيلية هي صورة قل نظيرها في سجون العالم كله، وأشكال التعذيب والمعاملة القاسية تشمل أساليب التفتيش العاري، والتحرش الجنسي، والتهديد بالاعتصاب، والافتحام المفاجئ للغرف ليلا من قبل السجانين الذكور، وتمزيق الجلابيب وأغطية الرأس، ووضعهن في ظروف صحية صعبة مترافقة مع منعهن من الزيارات في أغلب الأوقات. "تتحدث الأسيرة المحررة تهاني نصار البالغة 19 ربيعا بعد أن أفرج عنها بعد قضائها عام من الاعتقال في سجن تلموند الإسرائيلي عندما انتظرتها والدتها قلقة على طفلتها التي خرجت مكبلية الأيدي والأرجل. حيث ذكرت الأسيرة المحررة تهاني أن إدارة السجون الإسرائيلية لا تزال مستمرة في إتباع سياسة العنف وممارسة كافة أساليب التعذيب فلا تتهاون مصلحة السجون في تدمير أوضاعهم الصحية والنفسية كما ذكرت نصار. ويزداد عدد الأسيرات اللواتي يقعن في سجون الاحتلال الإسرائيلي مقسمات بين سجنى هشارون والرملة، تقول نصار لقد خضنا الإضراب عن الطعام الشهر الماضي آب 2004 للتخلص أساسا من التفتيش العاري لكن الأمور مستمرة بالتفتيش العاري المذل و رش المياه الساخنة والباردة في منتصف الليل و الأسيرات

نائمات، وتزداد نسبة الرطوبة والتعفن في غرف المعتقل. وتعبّر الأسيرة المحررة تهاني نصار الشاهدة الحية على مأساوية الحياة في السجون وما تعانيه الأسيرات في معتقلات العدو من ضرب وحشي وعنيف ووصول الروح الإنسانية إلى العيش بلحظة الموت يوميا، ولا تتهاون مصلحة السجون في الابتكار اليومي لأساليب التنكيل والتعذيب. إن معاناة الأسيرات تزداد يوميا وخصوصا بوجود أسيرات مريضات وأمهات لأطفال المعتقل. تعاني الكثير من الأسيرات من أمراض عديدة منها حالة الأسيرة عبير محمود عودة التي تعرضت للضرب المبرح وهي تعاني من قرحة حادة وتنتفياً دماً وتحتاج إلى العلاج السريع وتعاني من آلام حادة في الظهر نتيجة شبحها لمدة أسبوع على السرير وعزلها أيام في زنزانية، والأسيرة شرين فايق تعاني من تدهور حالتها الصحية وهي لا تقل معاناة عن باقي الأسيرات ضربا وتعذيبا وحرمانا من كل مقومات الحياة الإنسانية.

ونقلا عن نادي الأسير الفلسطيني (2004) فإن إرادة الأسيرات لم تنكسر ولطالما بقيت وعاشت الأسيرات الصمود والقوة و الانتصار ولم يرضخن يوما لإهانات السجانين، رغم الإهمال الطبي والتفتيش العاري. لكن معركة المعتقلات لم تنته بعد وما زالت مستمرة في كل زنزانية وغرفة ومعتقل وستبقى الأسيرات الفلسطينيات صامدات في وجه السجان. وتضاف إلى هذه القائمة الانتهاكات بحق الأسيرات الحوامل، واللاتي يفرض الاحتلال عليهن قيودا قاسية خلال فترة الحمل وعند الوضع أو عند قدوم المولود، دون أن يراعي صحة الأم أو الطفل.

في حين تنص القوانين الدولية على أن يكون للأسيرات الحوامل وضع خاص، ومراعاة لظروفهن الصحية والرعاية الطبية التي يحتجن إليها. وتستمر معاناة الأسيرة الحامل إلى ما بعد الولادة، حيث يعاد تقييدها بالسلاسل في السرير الذي ترقد عليه، ويعامل مولودها الجديد كأسير، لا كطفل رضيع يحتاج إلى توفير رعاية خاصة، من راحة وعناية فائقة وغذاء وحليب ومطاعم ضرورية وغيرها. فيحتجز هؤلاء المواليد مع أمهاتهم في ظروف الاعتقال المزرية، ويحرمون من أبسط حقوق الطفولة، ويتعرضون لأقسى أنواع القهر والحرمان التي تتعرض لها أمهاتهم عندما تُفتح غرفهن ويتم رشهن بالغاز أو المياه الباردة، بالإضافة لانتشار الحشرات وندرة المياه الساخنة وانعدام التهوية، مما يعرض الأطفال للمرض في غياب الرعاية الصحية. وفي أحيان كثيرة تقدم إدارة السجن على مصادرة حاجياتهم الخاصة وألعابهم القليلة التي يدخلها لهم الصليب الأحمر، وفي أحيان أخرى تعاقب الأسيرات على بكاء هؤلاء الأطفال وصراخهم. وتعيش المرأة الفلسطينية في الأراضي المحتلة حياة اختلطت فيها صعوبات الحياة اليومية وأعباؤها بمعاناة جراء ممارسات الاحتلال الجائرة، والتي تشمل سياسة إغلاق صارمة، منع التجول، وتعطيل العملية التعليمية،

وهدم المنازل، ومصادرة الأراضي، وتجريف المزروعات والهجمات المستمرة، وغارات تستهدف في معظم الأحيان المناطق السكنية، وتتحكم بكل تفاصيل الشؤون المدنية والحياتية للفلسطينيين في الأراضي المحتلة بذريعة أنها قضايا أمنية. (الصلاحات وآخرون ، 2008)

وفي السنوات الأخيرة زادت قوات الاحتلال من القيود المفروضة على تنقلات الفلسطينيين في الأراضي المحتلة، وأصبح وصف "الوطن سجن كبير" ينطبق بكل ما للعبارة من قساوة المعنى على الشعب الفلسطيني داخل الضفة الغربية وقطاع غزة. فإلى جانب الحواجز ونقاط التفتيش وإغلاق المعابر الرئيسية المؤدية من قطاع غزة واليه بشكل شبه دائم ونظام الإغلاق ومنع التجول والتصاريح، تابعت سلطات الاحتلال بناء جدار الفصل العنصري في الضفة الغربية، حتى بعد صدور القرار الاستشاري لمحكمة العدل الدولية، والذي نص على عدم قانونية هذا الجدار، مضيفاً إياه كإيحاء انتهاك مستمر جديد من انتهاكات الإسرائيليين لحقوق الشعب الفلسطيني. (العارضة، 2007،

وذكر المقرر الخاص المعني بحالة حقوق الإنسان في الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ عام 1967، "جون دوغارد" بأن الاحتلال والجدار ينتهكان حقوق المرأة، وأن النساء الفلسطينيات يتعرضن بصورة روتينية للمضايقات والتخويف وإساءة المعاملة عند نقاط التفتيش والبوابات، كما يتعرضن للإذلال أمام أسرهن، ويتعرضن للعنف الجنسي من قبل الجنود والمستوطنين. وبحسب منظمة العفو الدولية (2005) تضطر العديد من الفتيات والنساء إلى ترك تعليمهن العالي أو عملهن، حيث تمنع العديد من العائلات في ترك بناتها يتعرضن للتجربة المهينة المتمثلة في الانتظار عند نقاط التفتيش أو حواجز نقاط العبور وتفتيشهن، أو تعرضهن لتحرش الجنود الإسرائيليين، أو اضطراهن للسير مسافات طويلة لتفادي مثل هذه التجارب.

وفي هذا الإطار دائماً، تعاني المرأة الفلسطينية كأمرأة المنزل أعباء مضاعفة على الصعيد المنزلي والعائلي بسبب ممارسات الاحتلال، حيث أدت سياسة الإغلاق الدائم، إلى تشتيت شمل العديد من العائلات، حيث يصبح مجرد مغادرة أحد الوالدين في مهمة قصيرة تستدعي السفر، أمراً يحسب له ألف حساب إذ أن سياسة فتح المعابر وإغلاقها تتبع لأهواء سلطات الاحتلال، كما أن طلبات لم الشمل لا تحظى بالموافقة في الكثير من الأحيان. وتبرز في هذا المجال معاناة سكان قطاع غزة، حيث الممر الوحيد للعالم الخارجي هو معبر رفح، والذي أقدمت السلطات الإسرائيلية خلال السنوات الأخيرة على إغلاقه في معظم الأوقات، ومنعت بالتالي دخول وخروج أكثر من مليون ونصف فلسطيني يعيشون في القطاع، بمن فيهم الطلاب والعمال. وتقرض مثل هذه السياسات قيوداً أكبر على النساء خاصة ممن لديهن أطفال. ولطالما كان المنزل وما يزال، الحيز

الرئيسي للمرأة الفلسطينية، وممتلكاتها الصغيرة التي تحرص على رعايتها على الرغم من كل ما يواجه الأسر الفلسطينية من واقع معيشي صعب، لذلك كان لعمليات هدم المنازل التي يمارسها جيش الاحتلال الإسرائيلي باستمرار كأسلوب من أساليب العقاب الجماعي على الشعب الفلسطيني، والذي كان له تأثير سلبي أشد على المرأة

الفلسطينية. وتقوم سلطات الاحتلال عادة بعمليات دون أي تحذير مسبق، وغالبا ما تكون في الليل حيث لا تتعدى المهلة الممنوحة لأصحاب المنازل لمغادرتها بضع دقائق. ولقد سجلت حالات لنساء جرحن خلال مغادرتهن منازلهن، كما سجلت حالات لنساء هدمت منازلهن فوق رؤوسهن واستشهدن من جراء ذلك. (الصلاحيات وآخرون ، 2008)

وعلى الرغم من تزايد الانتهاكات لحقوق المرأة الفلسطينية من قبل الاحتلال الإسرائيلي والضغوطات والقيود والاعتداءات والمعاناة التي تتعرض لها، فإن المرأة الفلسطينية أظهرت إصراراً متزايداً على التمسك بحقوقها والصمود في وجه الاحتلال، حيث زادت التضحيات التي تقدمها ونضالها وأصبحت تلعب دوراً أكبر في عدد متزايد من مجالات الحياة اليومية، ومجال النضال والمقاومة خصوصاً في ظل تشديد الاحتلال من قبضته بالاغتيالات والاعتقالات وتقييد الحركة على الرجال، فكان لا بد للمرأة أن تنهض لتكون على قدر ما يلقي على عاتقها من مسؤوليات. ولا يخفى أي متابع أو مراقب لوضع المرأة في فلسطين أن ما تتعرض له يجري على مرأى ومسمع من العالم كله، بما في ذلك المؤسسات والمنظمات الدولية المنادية بحقوق المرأة والداعية لتحسين وضعها في العالم العربي. دون أن تقدم أي من هذه الجهات حماية عملية للمرأة الفلسطينية مما تتعرض له من انتهاكات على يد الاحتلال، تحفظ حياتها من سيف الموت المسلط من قبل قوات الاحتلال على عنق الشعب الفلسطيني، أو تحفظ كرامتها على حواجز الذل والقهر، أو تنصفها في عتمة زنازين سجون الاحتلال ووحشيتها أو تضمن لها على الأقل أبسط حقوقها في التعليم والرعاية الصحية. أما هذا كله يبقى بين هؤلاء من يتعجب من تضحية المرأة الفلسطينية بأبنائها في سبيل قضيتها، أو يستغرب منظرها وهي تشارك بفعالية في المقاومة والنضال، أليس هناك في كل تلك المشاهد أمر آخر يدعو إلى التعجب. عدم الاستقرار وعدم الإحساس بالأمان والتعرض الدائم لفقدان الأبناء أو الأزواج والكوارث الناتجة من الاعتداءات الصهيونية المتكررة؛ تترك الأثر السيئ في نفوس الفلسطينيات، خاصة إحساسها بالإحباط الشديد عندما تشعر بأنها تضحّي وتقدم الزوج والابن، وأنه لا شيء يضمن لها عودة أرضها كاملةً، ولكن يبدو أن لديهن مقدرة على الصمود، وهذه القدرة ليست وليدة اليوم، ولكن نتيجة التعرض لخبرات سابقة؛ مما جعله أمراً واقعاً ومفروضاً عليهن.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

مقدمة

يتناول الباحث في هذا الفصل مفهوم الفقدان والاتجاهات المفسرة للفقدان ، والآثار المترتبة عليه وقد أشار الباحث في دراسته الحالية إلي مصطلح فقدان احد أفراد الأسرة ، ويعني به استشهاد الزوج ، أو الابن أو الابنة ، أو الأخ ، أو الأخت ، أو أي من أفراد الأسرة ، كذلك أشار الباحث إلي المراحل التي تعقب فقدان احد أفراد الأسرة ، وتحدث عن أهم النظريات والنماذج المتعلقة بذلك .

كذلك تطرق الباحث في هذا الفصل إلي اضطراب القلق ، الاكتئاب ، وكرب ما بعد الصدمة موضحا مفهوم القلق ، الاكتئاب ، وكرب ما بعد الصدمة، وأعراض القلق ، الاكتئاب ، وكرب ما بعد الصدمة ، واهم النظريات المفسرة للقلق ، الاكتئاب ، وكرب ما بعد الصدمة ، وتصنيفاتها كما وردت في دليل الطب العقلي الأمريكي الرابع (DSM4) ، والعوامل المسببة لها . كذلك أشار الباحث في هذا الفصل إلي أهم الدراسات والبحوث السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية .

الفقدان

مفهوم الفقدان

الفقدان لغة ، يشير مصطلح الفقدان في المعجم الوسيط إلى فقد الشيء ، فُقِدًا ، وفُقِدَانًا ، أي ضاع منه. يقال فقد الكتاب. و المال ونحوه أي خَسِرَهُ وعدمه. ويقال فقد الصديق، وفقدت المرأة زوجها. فهو فاقد، والمفعول مفقود، وفقيد و يشير مصطلح الفقدان في معجم لسان العرب إلى فَقَدَ الشيءَ يَفْقِدُهُ فَقْدًا وفِقْدَانًا وفُقُودًا، فهو مَفْقُودٌ وفَقِيدٌ: عَدِمَهُ؛ وَأَفْقَدَهُ اللهُ إِيَّاهُ. والفاقِدُ من النساءِ التي يموتُ رَوْجُها أو ولدها أو حميمها.

الفقدان اصطلاحا ، يشير الباحث في دراسته الحالية إلي مصطلح فقدان احد أفراد الأسرة ، ويعني به استشهاد الزوج ، أو الابن أو الابنة ، أو الأخ ، أو الأخت ، أو أي من أفراد الأسرة . ظاهرة الموت كانت وما زالت من أهم الظواهر التي شغلت فكر الإنسان وحيرته، وقف الإنسان القديم أمامها راصداً، يسجل ظروفها وأسبابها المختلفة، معللاً أحياناً، ومصوراً أحاسيسه وانفعالاته تجاهها أحياناً أخرى، يتساءل: كيف نموت؟ ولماذا نموت؟ وماذا بعد الموت؟ فما كان عليه إلا أن يبتكر مجموعة من الرموز التي تعينه على قبول الواقع، والاستعداد لما هو آتٍ، فكانت الأسطورة،

وسرعان ما تقبل مضمونها؛ لأنها أقرب إلى ما يسمو إليه، وإلى نظرتِه التَّفَاوُلِيَّةِ فيم يخصُ الحياةَ والموت.

قال تعالي "ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين". (البقرة، الآية، ١٥٥) ، ذكرت الآية الكريمة أن فقدان عزيز من المحن العظيمة لبني البشر ، وان الله بشر الصابرين علي هذه المحنة والأزمة.

يعد فقدان احد أفراد الأسرة من أعظم الأزمات التي تعصف بالأسرة والتي تترك آثارا نفسية واجتماعية علي أفرادها ، ولا سيما الأمهات اللواتي يتأثرن بشكل كبير ، في جميع النواحي النفسية ، والاجتماعية ، والاقتصادية .

إذ يتعرض الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات خلال مراحل حياتهم ونموهم ، المختلفة بمجموعة من الضغوط الداخلية والخارجية 1 internal and external stresses التي تعكر عليهم صفو حياتهم وتفقدهم حالة التوازن equilibrium مع البيئة المحيطة بهم .وهذه الحالة من عدم التوازن disequilibrium ناتجة عن حادثة أو مجموعة من الحوادث التي تتسم بالخطورة وتؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض المحدودة، أو تتسبب في إحداث ضغوط داخلية شديدة . (Golan,1986).

نتيجة لتأثير هذه الحادثة الخطيرة يفقد الفرد توازنه ويصبح في حالة من الاضطراب والحساسية الشديدة والقابلية السريعة للتأثر، وتظهر عليه أعراض القلق والاكتئاب والتوتر الشديدة. وخلال عملية إعادة التوازن يمر الفرد بمجموعة من المراحل التي يمكن تلخيصها في اللجوء إلى الأساليب أو الحيل الدفاعية المألوفة أو الأساليب التكيفية المعتادة للتعامل مع الموقف أو المشكلة، وفي حالة عدم النجاح تزداد حالة الاضطراب والقلق والاكتئاب ويحاول الفرد تجربة واختبار أساليب جديدة غير مألوفة، وفي حالة استمرار الأزمة وعدم قدرة الفرد على التعامل معها تزداد لديه حالة التوتر والاكتئاب. والوصول إلى هذه المرحلة قد يؤدي بالفرد إلى التعجل والاندفاع والتهور في سبيل التخلص من الموقف ويصبح الفرد في حالة من عدم القدرة على التحكم في تصرفاته وسلوكه، ويدخل في مرحلة تسمى مرحلة نشاط الأزمة active crisis التي تتميز عادة بعدم التوازن وعدم التنظيم، ثم يتبعها مرحلة إعادة التنظيم reorganization التي تتسم بالتدرج في الوصول إلى حالة جديدة من التوازن. ويتطور الحادثة المسببة للأزمة يرى الفرد أن الحادثة الأساسية وما ترتب عليها من حوادث أخرى مسببة للضغوط تشكل تهديدا لحاجاته واستقلالته وحياته بشكل عام، ويظهر ذلك جليا من خلال فقدان الفرد لشخصيته ودوره ومركزه وقدراته. كل تهديد من التهديدات السابقة الذكر للدور والمكانة والقدرات يستدعي ظهور استجابات نفسية معينة تعكس مغزى ومفهوم الموقف الذي يمر به الفرد. فالتهديد يؤدي إلى الشعور بالقلق، والإحساس بالفقد يجلب مشاعر الاكتئاب والإحساس بالحرمان والحزن والموقف المسبب للأزمة لا يعتبر

مرضا في حد ذاته، كما لا تعتبر خبرات مرضية أيضا ولكنه موقف يستلزم التدخل والتعامل مع الوضع الحالي للفرد، ويمكن أن يرتبط هذا الموقف بخبرات ومشكلات سابقة لم يستطع الفرد التعامل معها وحلها مما ينتج عنه استجابات غير ملائمة. والتدخل في مثل هذه المواقف باستخدام طريقة التدخل في الأزمات يتيح فرصا عديدة لحل المشكلة الحالية وإعادة التعامل مع المشكلات السابقة أو محاولة الفصل بين النوعين من المشكلات. و تختلف المدة الزمنية التي يقضيها الفرد من بداية الأزمة وحتى نهايتها وذلك باختلاف الحالات، ويعود هذا الاختلاف إلى العوامل التالية: خطورة الحادثة المسببة للأزمة، وخصائص استجابات الفرد، ودرجة الدعم والمساندة المتاحة، وفي الغالب تستمر فترة عدم التوازن ما بين 4 إلى 6 أسابيع. وكل حادثة مسببة لأزمة كالكوارث الطبيعية والحروب والموت والاعتصاب والمرض تمر بمجموعة من المراحل التي يمكن توقعها والتنبؤ بها. فالاستجابات الانفعالية والسلوكية في كل مرحلة يمكن توقعها، فالتوازن أو عدمه في مرحلة معينة يمكن أن يزودنا بمعلومات تساعدنا في معرفة موقع الصعوبة وأسباب عدم قدرة الشخص على التعامل مع الموقف والتغلب عليه. وخلال فترة عدم القدرة على التعامل مع الموقف يبدو الشخص أكثر استعدادا لقبول المساعدة فالحيل الدفاعية المألوفة والأساليب التكيفية المعتادة أثبتت عدم فاعليتها وتأثيرها وأصبح الفرد أكثر استعداد لتقبل المساعدة والتأثر بالعوامل الخارجية. ويعتبر الجهد المبذول في هذه المرحلة حتى ولو كان قليلا ذو فائدة كبيرة ويمكن أن يكون له نتائج إيجابية جيدة. فقليل من المساعدة المركزة يمكن أن تحقق نتائج أفضل من المساعدات المكثفة في مراحل متقدمة عندما يكون الفرد فيها أقل تقبلا للمساعدة. وخلال مرحلة إعادة التوازن تنشأ وتتطور أساليب معدلة جديدة يمكن أن تسهم بدرجة كبيرة في التعامل مع الموقف، وتعمل هذه الأساليب الجديدة على زيادة قدرات الفرد للتكيف مع مواقف مستقبلية مشابهة بصورة أكثر فاعلية. (Golan,1986).

وإذا ما تتبعنا الواقع الفلسطيني وما يحل علي هذا الشعب من أزمات وويلات خلفها الاحتلال الإسرائيلي من قتل للأطفال وللرجال والنساء ، صباح مساء ، تاركا خلفه أفرادا واسر ومجتمعات ، تعاني من ضغوط نفسية وكريات قد تتطور في بعض الحالات إلي أمراض نفسية مستعصية يصعب حلها والتعامل معها.

والأم الفلسطينية والتي تعد أحدي ركيزات المجتمع الفلسطيني لا تسلم من هذه الأزمات والمصائب بفقدانها زوجها أو احد أبنائها أو احدي بناتها أو أخيها أو أختها أو أي من أفراد أسرتها. فتكون عرضة لضغوط نفسية ، واجتماعية ، وعرضه للقلق والاكتئاب وكره ما بعد الصدمة وتدخل في حالة من الحزن الشديد والحداد ،والتي إذا ما زادت عن حدها الطبيعي فإنها تدخل في حالة من الاكتئاب وتصبح حالة مرضية تستوجب العلاج.

ويعد فقدان أحد أفراد الأسرة من أعظم الأحداث الضاغطة علي الأسرة وخصوصا عندما يكون مفاجأ أو نتيجة حدث صادم ، ويسبب أزمة عاطفية كبيرة ، إذ انه بعد وفاة احد أفراد الأسرة يتعرض الأفراد إلي فجيعة كبيرة ، والتي تعني الحرمان من رؤية المتوفى مرة أخرى برحيله عن هذه الدنيا. إذ أنه بفقدان شخص عزيز يتعرض أفراد عائلته إلي مشاعر حزن كبيرة حتى ولو كان موته متوقعا ، ويظهر العديد منهم أعراض الخدر في المشاعر في المرحلة الأولى بعد علمهم بوفاة ، كذلك يظهرون مشاعر الإنكار Denial، وعدم التصديق Disbelief، والارتباك ، Confusion والصدمة Shock، والحزن Sadness، والحنين Yearning، والغضب Anger، و الاهانة Humiliation، واليأس Despair، والشعور بالذنب Guilt .

هذه المشاعر طبيعية وتعتبر تعبيرات طبيعية لفقدان عزيز ، وتختلف من شخص لأخر في حدتها وفترتها ، وتحدث تغيرات في المزاج العام للأفراد . لكن الغير طبيعي أن تستغرق هذه المشاعر فترة طويلة ، ويزداد الحزن إلي اجل بعيد يؤثر علي الفرد ويحد من ممارسته لحياته الطبيعية ويدخل الأفراد في حالة من الاكتئاب واليأس الشديدين.

وتحدث ردود فعل عاطفية عميقة ، ردود الفعل هذه تشمل نوبات من القلق والتعب المزمن والاكتئاب والتفكير في الانتحار وهوس الفقدان an obsession with the deceased .

كذلك فان الكثير من الناس تظهر عليهم أعراض جسدية تترافق مع الحزن الشديد علي فقدان عزيز ، مثل الآم المعدة ، وفقدان الشهية واضطرابات الأمعاء وفقدان الشهية واضطرابات في النوم وفقدان الطاقة . (National Mental Health Association ,2008) .

النظريات التقليدية والنظريات الحديثة التي تفسر مراحل الحزن علي فقدان عزيز Traditional and modern stages of grief and loss .

علي مدي السنوات الأخيرة كان هناك تغير في الطريقة التي يتم بها الحديث عن الحزن examined، ومن المفيد أن ننظر إلي الوراثة علي النظريات التقليدية والنظريات الحديثة التي تحدثت عن مراحل الحزن لفقدان عزيز.الفقدان هو خسارة أو سلب أو فقدان شيء ذو قيمة أو نقصان في هذا الشيء ذو القيمة ، والفقدان هو جزء لا يتجزأ من الحياة حتى إن الولادة تمثل خسارة عند خروج الطفل من الرحم . وهناك أسباب للفقدان متعددة ، فمثلا فقدان الصحة وتغير المدرسة وتكرار الأشياء أو الفقدان في آخر المطاف عندما يموت احد أفراد الأسرة. The reasons for loss are many, such as the loss of health, changing school, redundancy, or the ultimate loss through death when a loved one dies. وهناك مجموعة متنوعة من الاستجابات البدنية والسلوكية والعاطفية والتي تظهر بعد تجربة الفقدان والفجيعة ،وتجربة كل شخص في الاستجابة للفقدان تختلف من شخص لأخر ، ومع ذلك معظم

حالات فقدان تجلب الألم ، والدعم الذي يقدم من قبل الآخرين في الوقت المناسب والطريقة المناسبة تجعل من فقدان أمرا واقعا وجزءا أساسيا في الاستجابة لتجربة فقدان والتعامل معها بطريقة صحيحة تكفل لنا الاستمرار في العيش في هذه الحياة بطريقة سوية بعيدا عن الضغوط النفسية والشعور بالاكتئاب واليأس.

النماذج والنظريات التقليدية تقسم مراحل الحزن علي فقد شخص عزيز إلي مراحل أو مهام ، والتي بانجازها يستطيع الفرد أن يتكيف مع الحدث ويعاود ممارسة حياته وأنشطته الاعتيادية.

نظرية بولبي Bowlbys attachment theory كانت النموذج الأول الذي عرف فترة الحداد علي موت عزيز والمراحل التي تحدث خلالها من الاحتجاج والغضب وصولا إلي اليأس ثم تقبل الوضع عندما يتيقن أن هذا الشخص قد مات ولن يعود إلي الحياة مرة ثانية. عندها يعود الشخص إلي حياته الطبيعية ويمارس أنشطته الاعتيادية بصورة سوية. أما في الحالات المرضية فإنه لا يستطيع تقبل الوضع ولا يستطيع الخروج من هذه الأزمة بسلام وتتدهور حالته النفسية ولا يستطيع ممارسة أنشطته الاجتماعية والحياتية بشكل صحيح. (Bowlby , 1971) .

ثم تطورت النظريات والنماذج بعد ذلك ولعل أشهر هذه النماذج كان نموذج كبلر- روس . (Kubler-Ross ، 1969) والتي وصفت في نموذجها استجابات الأشخاص الذين يتم إبلاغهم بأن شخص عزيز عليهم قد مات، حيث قسمت استجابة هؤلاء الأشخاص إلي خمس مراحل هي مرحلة الإنكار denial ، مرحلة الغضب anger ، مرحلة المساومة bargaining ، مرحلة الاكتئاب depression ، مرحلة القبول acceptance .

وأعربت عن اعتقادها بان الثقافة تلعب دورا هاما في التعامل مع تجربة فقدان (فقدان عزيز). (Humphrey et al ,2003). وأكدت علي أن عدم الخروج من حالات الحزن وتطورها إلي مراحل اخطر يكون نتاج ثقافات تنكر أو تتجنب الحديث عن الموت.

نموذج آخر تحدث عن مراحل الحزن علي فقدان عزيز شبيه بنموذج كبلر روس يعرف ب (tasks of mourning) (Worden, 2003) والذي تحدث فيه عن مهام أو مراحل الحزن علي فقدان عزيز ، وهي مرحلة الإقرار وتقبل أن الشخص قد مات ولن يعود ، هذه المرحلة تأخذ وقتا حيث أن التلكى المصابون بالفجعة يتعرضون إلي فترة من الخدر numbness ، والصدمة shock، وعدم التصديق disbelief ، حتى ولو كان موت هذا الشخص متوقعا . ويقومون بتذكر أحبائهم طوال الوقت، المرحلة الثانية أو المهمة الثانية من مراحل فقدان عزيز أن يسمح الشخص لإحزانه وآلامه أن يعبر عنها بطريقة صحية وبشكل صحيح. وتشمل هذه الآلام الاستجابات الجسدية physical، والعاطفية emotional ، والسلوكية behavioral ، والدينية spiritual . المرحلة الثالثة وتشمل التكيف مع الحدث دون الجوع إلي الورا والنظر إلي الأمام وممارسة الحياة

الطبيعية والتخطيط للمستقبل . أما المرحلة الرابعة فيعتقد وردن (Worden) أنها تقوم علي انتقال الشخص المفجوع بفقدان عزيز عاطفيا من مرحلة الحزن والألم والمضي قدما في الحياة . لكن الخطر في هذا النموذج أن وردن (Worden) يطلب من التكاليف أن يتبعوا هذه المراحل ليخرجوا من حالة الحزن، في حين أن مواجه الحزن والمصائب تختلف من شخص لأخر حسب خبرات كل شخص في مواجهة المصائب والأزمات. وبالتالي لا يجوز التحرك من خلال مراحل ، وتكون النتيجة لمن لا يطبق هذه المراحل أن يدخل في معاناة وتحديث تعقيدات وعدم حل للمشاكل التي يعاني منها وبالتالي تسوء حالته ، ويسيطر عليه الحزن والاكتئاب واليأس.

الاتجاهات الحديثة في الحزن modern approaches of grief

النظريات الأكثر حداثة عرضت الفترة التي تعقب الفقدان بوصفها عملية متطورة حيث أن الهدف من هذه العملية هو عدم العودة إلى حالة ما قبل الفقدان ولكن البقاء على قيد الحياة بدلا من الضياع والتأقلم مع التغييرات الجديدة عقب الفقدان.

استرب (stroebe , 1996) أقترح نموذجا أطلق عليه (dual process model) وبيّن فيه التآرجح oscillation بين عمليتين هما (الفقدان- التوجيه والإدراك) "Loss - orientation" وتشمل هذه العملية مواجهة الحزن مع نسيان أو قطع للروابط والعلاقات التي تربطه بالميت " breaking of bonds and ties" وبمعني آخر هي عملية " إصلاح وتوجيه " Restoration " orientation – والتي تتعلق بالممارسات الحياتية وإنهاء الحزن والتطلع إلي المستقبل. وفي نفس الوقت اكتساب تجربة جديدة هي تجربة الفقدان.

والترز (Walters ,1996) وضعت نموذجا للحزن والذي يسلط الضوء علي موضوع الاستمرار في الروابط والعلاقات وتذكر الميت " bond, proposing " الهدف منه بناء سيرة دائمة للميت ، من خلال الحديث عنه باستمرار وتذكره مع الآخرين الذين عرفوه جيدا. "the purpose of grief is the construction of a durable biography that enables the living to integrate the memory of the dead into their ongoing lives, principally through conversation with others who knew the deceased"

وأخيرا مهما اختلفت النماذج المفسرة للحزن الذي يعقب فقدان عزيز ، فمن المهم أن نشجع الأحياء علي التعبير الصحي عن مشاعرهم واكتساب خبرات جديدة فيما يتعلق بتجربة الفقدان، سواء كان متوقعا أو مفاجئا أو كان حدثا صادما .

اضطراب القلق Anxiety Disorder

تقديم

لقد أصبح من الواضح أن عصرنا الحاضر يتميز بالقلق وذلك نظراً لما يشهده من أحداث متزايدة وظروف متغيرة، بحيث يمكن القول بأن هذا العصر أصبح متغيراً في حد ذاته. والقلق بوجه عام أصبح نتيجة من النتائج الواضحة لهذه المتغيرات ، بل تحول من مجرد نتيجة إلى سبب يؤدي إلى ظهور الكثير من المظاهر العصبية حتى أن البعض يعتبره جوهر العصاب ومصدر الأعراض العصبية عند الفرد (عكاشة، 1988: 238). وبالرغم من أهمية القلق الموضوعي كمحفز للإنسان لإشباع حاجاته المختلفة، فقد عانى الإنسان منذ القدم من الجوع والمرض والعبودية والحرمان، ومن الحروب والكوارث الطبيعية، مما جعله يعاني من القلق بدرجات تفوق أحياناً الدرجة الموضوعية. وفي العصر الحديث، لم يقف الأمر عند هذا الحد، حيث أصبح الإنسان يواجه ظروفاً أكثر شدة فهو يعاني الآن من مواجهة التعقد الحضاري، وسرعة التغير الاجتماعي، والتفكك العائلي بمختلف أشكاله، وضعف القيم الدينية والخلقية، وزيادة أعباء الحياة، ومتطلباتها، وانتشار الفقر والجهل والصراع الطبقي والمادي والطائفي، وانتشار الحروب بشكل أكثر ضراوة ووحشية، كل هذه العوامل وعوامل أخرى زادت من حدة القلق المرضي وما يرتبط به من اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية أخرى عند الأفراد. ولعل ذلك سبباً كافياً لتسمية العصر بعصر القلق. ويعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية ، وموضوع القلق كان ولا زال من أهم الموضوعات التي تفرص نفسها دائماً على اجتهادات الباحثين في العلوم النفسية لما له من أهميه وعمق وارتباط بأغلب المشكلات النفسية (عثمان ، 2002: 13).

هذا التطور الكبير دفع الكثير من العلماء وخاصة من الوجوديين والتحليليين إلى التركيز على القلق كأساس للاضطرابات النفسية. ولعل مما يثير الانتباه أن نعلم "أن المفهوم لم يكن مألوفاً في الدراسات النفسية حتى الثلاثينات من هذا القرن، ثم بدأ ينتشر بظهوره في كتابات فرويد" (سوين، 1408).

وقد شاع استخدام هذا المفهوم منذ ذلك التاريخ، واستخدمه الكثيرون ممن كتبوا في علم النفس في مجالاته المختلفة، فقد استخدمه التحليليون بعد فرويد، واستخدمه السلوكيون، كما استخدمه من يتخذون المنحى الوجودي في نظرتهم إلى الإنسان، ولم يغفل عن استخدامه من يتحدثون الآن في علم النفس الإنساني، بحيث أصبح من الواجب على من يتعرض للحديث عن هذا المفهوم أن يحدد أولاً الإطار النظري الذي يتناوله فيه.

مفهوم القلق

القلق لغة

إن المعنى اللغوي لكلمة قلق هي: قلق الشيء قلقاً أي حركه فلم يستقر في مكان واحد ، اضطرب وانزعج فهو قلق (المعجم الوسيط ، ج 1 : 18).

القلق اصطلاحاً

اختلفت مفاهيم القلق باختلاف الباحثين واختلاف زاوية نظر كل منهم لهذا المفهوم الهام، ولم يخل الأمر من بعض التداخل مع المفاهيم النفسية الأخرى كالخوف والتهديد والتوتر.

فالقلق هو شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث ، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثيراً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس وفي الحالتين يهيئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد، فتتوتر العضلات، ويتسارع النفس ونبضات القلب (فراج، 2006 : 219).

يشير مصطلح القلق في المعاجم العربية إلى حالة الانزعاج والحركة المضطربة .

(ابن منظور، ب. ت)، كما يعرف في المعاجم الإنجليزية على نفس النحو، حيث يعرف في معجم أكسفورد Oxford على أنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". (Hornby, 1989) كما يعرف في معجم وبستر (Webster, 1991) على أنه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد ضربات القلب وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح".

وعلى المستوى الاصطلاحي ترتبط التعريفات في الغالب بالأطر النظرية التي ينتمي إليها المعروفون. وعلى هذا الأساس فإنه لا يمكن القول بأن هناك تعريف شامل لمصطلح القلق يمكن أن يعكس كل هذه التوجهات. فعلى سبيل المثال يعرف فرويد القلق العصابي على أنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسيمة، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" (الزباد، 1984).

في حين ينظر إليه السلوكيون ومنهم شامز ودوركسي (فهمي، 1967) على أنه " تعميم لاستجابات الخوف الحادثة كنتيجة لمواقف أو أحداث ما". وعلى خلاف ذلك ينظر إليه المعرفيون على أنه نتاج لخلل فكري، حيث يعرفه بيك Beck (باترسون، 1990) على أنه "انفعال يرتبط بتوقع لخطر محتمل". ويعرفه عثمان بأنه شعور غامض غير سار فيه توجس وخوف وتوتر

وتحفز مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية كضيق النفس والشعور بنبض القلب الخ (عثمان، 2000: 1). وترى العناني بأنه إشارة إنذار نحو كارثة توشك أن تقع وإحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية، مع عدم التركيز، والعجز عن الوصول إلى حل مثمر . (العناني، 2000: 112).

كما يعرفه هارولد بأنه حالة من عدم الاتزان المستمرة تنشأ بسبب وجود صراع داخلي فيما بين الاستجابات الانفعالية (هارولديندفنك، 1997: 124).

ويعرفه عكاشة بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، الذي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع (عكاشة، 1988: 107).

وانطلاقاً مما سبق يري الباحث بأن هذه التعاريف تعكس نظرة المنظرين حيث ركزت تعريفاتهم على طبيعة نمو وتطور هذا الاضطراب. وان القلق ما هو إلا نقطة بداية الاضطرابات السلوكية وله تأثير على صحة الفرد و إنتاجيته. هذا بطبيعة الحال يستوجب تقديم تفاصيل أكبر وهو ما سوف يستعرض باختصار في نظريات القلق. وخلافاً لذلك فإن التحديد بالاعتماد على الأعراض الملاحظة يمكن أن يكون أكثر دقة، ومثالاً على ذلك تصنيف القلق في دليل الطب النفسي الأمريكي وهو ما سيأتي الحديث عنه مستقبلاً.

أعراض القلق

تقسم أعراض القلق إلى ثلاث فئات هي الأعراض الجسمية ، الأعراض النفسية والاجتماعية، الأعراض المعرفية .أما فيما يتعلق بالأعراض الجسمية فهي كشحوب الوجه، واتساع حدقة العين وتعابير الخوف على الوجه ، وبرودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس والشعور بالاختناق ، وجفاف الحلق، وصعوبة البلع ، وعسر الهضم ، وآلام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة والشعور بالانتفاخ ، وكثرة الغازات وصعوبة التبول. ومن الأعراض الجسمية للقلق أيضاً الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية مثل: اختلاج الفم ، مص الإبهام، وقضم الأظافر، ورمش العينين (العناني ، 2000 : 114).

أما الأعراض النفسية فهي كالشعور بالخوف، وعدم الراحة الداخلية، وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتيت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز والنسيان وكذلك الأرق، وعدم القدرة على النوم والتوتر أو التهيج العصبي وهذا يجعل الفرد حساس جداً لأي ضوضاء، والشعور بالاختناق، والأحلام والكوابيس المزعجة، وسيطرة مشاعر الاكتئاب (عثمان، 2000:4).

أما الأعراض الاجتماعية فهي سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ مع الميل الشديد لنقد الذات ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله . كما يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين ، حيث يميل للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية (إبراهيم، 1994:24).

وأخيراً الأعراض المعرفية وتتضمن مجموعة من الخصائص المعرفية كالتطرف في الأحكام فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص المتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا يجلب له التعاسة و القلق. كذلك ميل العصبيين إلى التصلب ، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من أجل التفكير . يتبنون أيضاً اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدل من الانفعالات. وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك (إبراهيم، 1994:25).

النظريات النفسية المفسرة للقلق

القلق في نظرية التحليل النفسي

يعتبر فرويد Freud رائد مدرسة التحليل النفسي من أوائل من تحدثوا عن القلق في علم النفس، بل ويرى البعض أن هذا المفهوم لم يشع استخدامه إلا عندما شاع في كتابات فرويد، حيث يعود الفضل إليه في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان. و يعرف فرويد القلق العصبي على أنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسيمة، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد" (الزراد، 1984). و اعتبر "Frued" أن القلق يظهر أصلاً كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجه الشخص، فإذا انتهت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق ولكنها إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى (الشناوي ، 2000: 377). ولا ترجع نشأة هذا النوع من القلق

إلى مصدر خارجي، فهو قلق ينشأ من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها وكسر حواجز الكبت. وبعبارة أخرى ينشأ القلق العصابي كميكانيزم داخلي غير مدرك عندما تهدد " إلهود I d " بالتغلب على "دفاعات الأنا Ego Defense Mechanism" وإشباع تلك الحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهد "الأنا Ego" في سبيل كبتها. فالقلق إشارة إنذار تطلق "للأنا" لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات، وغالباً ما تلجأ الأنا في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والنكوص وغيرها من حيل دفاعية، غير أن استخدام هذه الحيل لا يؤدي إلا إلى راحة مؤقتة، ويشد القلق وتلجأ لا شعورياً إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتمويه لتحقيق استمرارية كبت هذه الخبرات الأشد إيلاماً من القلق نفسه. ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد. كما يمكن أن تظهر المخاوف كمخاوف عصابية حتى وإن كانت من موضوعات محددة إذا فاقت في شدتها ما هو متوقع أو إذا كانت المثيرات لا تثير القلق أساساً لدى الأشخاص العاديين ومن ذلك الخوف مثلاً عند رؤية الدم أو الحشرات. أخيراً فإنه يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات اشد كالهستيريا مثلاً، إن الشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بقلق أحياناً خوفاً من توقع حدوثها، إن هذا التوقع يجعله في حالة تهديد (فهيمى، 1997). وقد قام "Frued" بتصنيف القلق إلى التصنيفات التالية

القلق الواقعي Realistic Anxiety

وهو خبرة انفعالية مؤلمة ترجع لإدراك الفرد لموضوع ما في محيط عالمه، على أنه خطر ومهدد، والقلق الموضوعي هو استجابة مفهومه للخطر، ويشمل حالة انتباه حسي متزايد وتوتر حركي يميزان الاستجابة للقلق، ويعنى هذا النوع ، ارتباط القلق بمثير موضوعي خارجي يتعلق بالأنا، وينتج عندما يدرك الفرد خطراً ما في الواقع أو في البيئة، وذلك بهدف الإعداد لمواجهة هذا الخطر والتغلب عليه أو التخفيف من آثاره، وهو مفهوم قريب من السواء ومن حالات الخوف لأن كلاهما مرتبط بموضوع محدد بدرجة ما.

القلق الخلقي Moral Anxiety

وهو نوع من الخوف الموضوعي ، حيث انه يرتبط بموضوع محدد المعالم ، إلا أنه ليس خارجي المصدر ، بل يكون مصدره الأنا الأعلى ويبدو في صورة إحساس الأنا بالذنب أو الخجل الناتجين عن تهديد " الهو " وذلك في تلك الحالات المتعلقة بالضمير أو القيم والتقاليد الأخلاقية أو ذات الطابع العقائدي.

القلق العصابي Neurotic Anxiety

وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه ، ويبدو على شكل الخوف من المجهول وفي التحليل النفسي فإن هذا النوع من القلق يكون مصدره " الهو " أو الغرائز التي تفشل الأنا بميكانيزماتها الدفاعية في صدها ، ومن هنا فإن القلق يحدث في الأنا لا شعورياً بعيداً عن إدراك الشخص .
(العناني ، 2000:116).

وبالرغم من انفصال بينج Jung عن فرويد، إلا أنه بقي متأثراً بفكره. ولقد ذهب إلى أبعد مما قال به فرويد حتى وإن كان في نظريته إشارة لأهمية العوامل الاجتماعية. ويشير يونج (فهمي، 1997) انطلاقاً من نظريته في اللاشعور الجمعي المؤكد لتأثير الخبرات اللاشعورية الموروثة من الأجيال السابقة كأساس لتكوين الشخصية وأيضاً كأساس للقلق، إلا أن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية ويرتد إلى بعض التصرفات اللامعقولة، فالإنسان في حياته العادية المنظمة لا يشعر بتأثير الأشباح، ولكنه إذا مر بجوار القبور ليلاً، فإنه ينتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي. ومع تبعية أدلر Adlar أيضاً لفرويد في بداية عمله بالتحليل النفسي فقد طور نظريته الخاصة حيث ربط القلق بمشاعر العجز والنقص مبرزاً أهمية العوامل الاجتماعية في تأكيد ذلك وخاصة الأسرية منها كالتدليل الزائد للطفل أو نبذه والترتيب الميلادي يمكن أن تزيد من مشاعر العجز وحدة القلق (حوالة، 1991 ؛ فهمي، 1997).

ويرى أدلر أن الأطفال عادة ما يشعرون بضعفهم وعجزهم إذا ما قارنوا أنفسهم بالكبار، ويؤدى ذلك إلى شعور الفرد في المستقبل بالنقص والذي يحاول تعويضه عن طريق كسب حب وصدقة الآخرين، ولكنه يشعر بالقلق إذا ما فشل في ذلك. وركز "أدلر" على التأثيرات الثقافية في السلوك مفترضاً أن الشخصية اجتماعية بفطرتها، وأن الشعور بالنقص يتوسط الدفاعية الإنسانية. وأوضح أدلر أن الشعور بالقلق ينشأ عند شعور الفرد بالنقص العضوي أو الإجتماعي أو العقلي ، الذي قد يصاب به خاصة في مرحلة الطفولة (ليندا دافيدوف ، 2000 :177).

ولقد مهدت كل هذه الأفكار لظهور جيل من الفرويديين الجدد الذين قللوا من أهمية العوامل البيولوجية والغريزية مبرزين أهمية العوامل الاجتماعية وأهمية فاعلية الأنا فعلى سبيل المثال تؤكد هورني Horny أهمية القلق الأساسي رابطة إياه بالحاجات الأساسية والتي ترتبط بشكل واضح بالحب والتقبل والتعاطف والاعتراف وخاصة من الوالدين، مؤكدة على أن انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعوره بالنبذ والحرمان من الحب والعطف والحنان والضعف وسط عالم عدواني هو

أهم مصدر من مصادر القلق (فهمي، 1997). وترى "هورنى" أن السلوك الإنساني السوي يستند من الشعور بالطمأنينة وأن أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد على الوصول إلى حالة الطمأنينة ، التي ترجع إلى علاقاته مع والديه ، وهذا يؤدي إلى تكوين نظرية عدائية لعالم باعتباره عدواً مهدداً له . و أن الطفل الذي لا يشعر بالحب والاحترام في سنواته الأولى يميل إلى إظهار الكره والعداء نحو والديه ونحو الأشخاص الآخرين عامة، كما أنه يتوقع الأذى و الضرر من الآخرين. كما أكدت "كارن هورنى" على أن خبرات الأطفال المتنوعة تنتج أنماطاً مختلفة من الشخصيات والصراعات وأكدت أيضاً على الآثار السلبية للإحساس بالعزلة والضعف . (المشيخي، 2009 : 25).

وفي هذا الإطار أيضاً ظهرت نظرية فروم Fromm لتربط بين القلق والحاجات الأساسية والمتمثلة من وجهة نظره في الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى الارتباط بالجذور والحاجة إلى الهوية والحاجة إلى إطار توجيهي، حيث يؤكد فروم بأن هذه الحاجات الإنسانية جزء من طبيعة الإنسان ولازمه لتطوره وارتقائه مؤكداً إعاقة الظروف الاجتماعية السيئة والصراع الاجتماعي لإشباعها حيث يقود ذلك إلى القلق ومن ثم الاضطرابات النفسية (حوالة، 1991). كما اتخذ سوليفان (Monte,1987)موقفاً قريباً حيث ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدء من لحظة الميلاد إلا أنه وسع من مفهوم العلاقات الاجتماعية حيث أظهر أهمية نمو هذه العلاقات عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية. و يرى أن القلق يبدأ مع بداية الحياة وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم، ففي المرحلة الأولى لا تسمح قدرات الطفل المعرفية بالتفريق بين ذاته وذات أمه، وبالتالي فإن قلق الأم أثناء رعايتها لأبنها يعتبر قلقه، ولا يمكن خفض القلق لديه إذا استمر قلقها، وقد حدد سوليفان أربعة أنماط من الأمهات لتمثيل الأم كمصدر للإشباع في المرحلة الأولى وتشمل الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير مشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة، الأم الشريرة، ويستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة وفقاً لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، ففي المرحلة الثانية على سبيل المثال يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث دون الارتباط بأسبابها، في حين يرتبط في المرحلة الثالثة بالنتائج مقترنة بالأسباب. ولقد مهدت هذه الأفكار مجتمعة لظهور نظريات تأخذ في الاعتبار جميع المتغيرات، ويرى "Sullivan" أن الفرد حتى يتطبع اجتماعياً فإنه يمر بثلاث مراحل هي : الأنا ، الأنا الأعلى ، نكران الذات، وركز على أن الخبرة أو التجربة الإيجابية تجلب الأمن والطمأنينة للفرد، ويلعب كل من القلق والتوتر دوراً هاماً في نظرية "Sullivan" (نظرية العلاقات الإنسانية

المتبادلة) فالتوصل إلى إشباع الحاجات الجسمانية يؤدي إلى إزالة توتر العضلات الملساء اللاإرادية والشعور بالراحة والاسترخاء . والقلق عند "Sullivan" يعتبر قوة لها أثرها في تكوين الذات والنفس غير أنها قوة معوقة إذ تقلل من قوة الملاحظة كما تقلل من القدرة على التمييز، وتعيق الفهم والحصول على المعلومات. ولعل في نظرية اريكسون Erikson (1963) مثلاً لذلك حيث يربط الاضطرابات النفسية ومنها القلق والاكتئاب بالفشل في نمو الأنا نمواً طبيعياً حيث يفشل الفرد في حل أزمت النمو في مراحل العمر المختلفة وخاصةً في المراحل الأولى حلاً إيجابياً ولقد أورد اريكسون أمثلة متعددة من ارتباط هذه الاضطرابات بهذا الفشل في حياة كثير من المحاربين والأطفال الهنود. واعتماداً على ما سبق فإنه يمكن القول بان التحليليين يربطون ظهور الاضطرابات النفسية ومنها القلق بخبرات الفرد المؤلمة المعيقة للنمو السوي كنتيجة لسيطرة بعض الرغبات المكبوتة من جانب ولضعف نمو الأنا الفاعل القادر على التكيف في المقابل.

وهناك جهود مجموعة من العلماء التحليليين الذين انشقوا عن "Frued" بارتياحهم مدارس تحليلية أخرى تقلل من أهمية الغرائز في تفسير السلوك الإنساني مقارنة بما قدمه "Frued" ومن هؤلاء العلماء أثورانك Ottorank حيث أن صدمة الميلاد عند "أثورانك" وليست العقدة الأوديبية هي المشكلة الرئيسية للإنسان فهي التي تتحرك في اللاشعور ذلك القلق الأصلي الناشئ عن الانفصال عن رحم الأم ، وذهب إلى أن الطفل قبل ولادته كان ينعم باللذة والسعادة في جنة الرحم ، وميلاده عبارة عن طرد له من هذه الجنة فيشعر بصدمة شديدة مؤلمة ينتج عنها مشاعر القلق الأولى ثم تأتي خبرات الانفصال التالية لتكرر شعور الإنسان بالقلق (الدسوقي ، 1995: 93).

التفسير السلوكي للقلق

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي. ويركز الأوائل من السلوكيين الراديكاليين من أمثال واطسون Watson على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثبر الشرطي والمثبر الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق يلاحظ أن المثبرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف (الخالدي، 1404). ولقد تأثر الكثير بفكرة الاشتراط الكلاسيكي فعلى سبيل المثال يرى كل من شامز ودوركسي (فهمي، 1967) أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك" ، كما أشارا إلى أن الكثير من الأمثلة

للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدي إلى القلق ومنها على سبيل المثال المواقف غير المشبعة أو المؤلمة، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته الأولى لبعض المواقف التي يحدث فيها خوف أو تهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي وما يصاحبها من توتر وعدم استقرار. ولا تختلف نظرية سكنر Skinner كثيراً عن مسار التفسير الإشتراطي الكلاسيكي، حيث يرى أن السلوك إجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي والمرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قوياً ومستمرّاً لمثل هذه الاضطرابات (Monte,1987).

والسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ، ولا يتصورون الديناميات النفسية ، أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورته منظومات ثلاث ، "الهُو" ، "الأنا" ، "والأنا العليا" كما فعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق في ضوء الاشتراك الكلاسيكي ، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته، أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير الأصلي المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف على أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور، وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة نجده يشعر بالخوف عندما يتعرض لنفس الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ، لما كان هذا الموضوع لا يثير الخوف بطبيعته ، فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق (كفافي، 1990: 349).

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقاً للتطور في المدرسة السلوكية، حيث حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسون آخذين في اعتبارهم العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، ولعل من أهمهم كل من دولارد Dolard وميلر Miller حيث نظرا إلى القلق كنتاج لتوقع الألم والذي يرتبط بالمثيرات الخارجية من جانب والعمليات الداخلية من جانب آخر (Monte,1987). وقد أشار "دولارد وميلر" أن اضطراب السلوك عامة واضطراب القلق خاصة يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها . (كفافي، 1990: 349).

وقد تطور الفكر السلوكي بظهور نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bnadura الذي أكد على أهمية التفاعل المتبادل بين المثيرات وخاصة الاجتماعية منها، والسلوك، والعوامل الشخصية العقلية المعرفية والانفعالية الوجدانية، وبذلك يرى أن ظهور القلق مرتبط بحدوث مثيرات غير

مرغوبة شريطة أن يكون لدى الفرد استعداد نفسي لظهوره متمثلاً في المفهوم السالب للفرد عن قدراته. وعليه فإن القلق وان عبر عن استجابات بمثيرات خارجية مؤلمة، فإن هذا الارتباط يبقى ارتباطاً جزئياً مرتبطاً من جانب آخر بالسمات الشخصية العقلية منها والوجدانية ولعل من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق (Monte,1987).

ويلاحظ الباحث أن هذه النظرية أهملت اللاشعور واهتمت بدراسة السلوك الإنساني الظاهر وركزت على المثير والاستجابة في تفسيرها للقلق ورغم ذلك فقد اتفقت السلوكية مع التحليلية في أن القلق يرتبط بالماضي والخبرات السابقة للفرد التي سبق أن اكتسبها وتعلمها في ماضي حياته الأول.

التفسير الوجودي والإنساني للقلق

بدأ الحديث عن القلق مع بداية ظهور الفلسفة الوجودية. يقول كيركيجار Kierkegaard أحد مؤسسي هذه الفلسفة "إن الاختيار يجر إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق على الإمكانيات عامة وقلق من الوجه الذي اختاره الإنسان. فهذا قلق من و هذا قلق على، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية" (الفيومي، 1405). ولقد بقي القلق موضوعاً أساسياً لدى جميع الفلاسفة الوجوديين على اعتبار انه جزء من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال رولو مي Rollo May أحد أهم رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة. ويعتقد مي May أن الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل السوي معاقاً. ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، والقلق ليس خوفاً من شيء موضوعي بل يعبر عن شعوراً غامضاً وخوفاً عاماً من مهددات الوجود. ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو. وقد يدفع الفرد لكبتها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار، إلا أن هذا لا يحقق له الاستقرار الفعلي والذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق أصلاً كجزء من الوجود. هذا يساعد على قبولنا لحياتنا و استغلالها بفاعلية. ويعتقد أن فقدان القيم من أهم مشكلات الإنسان الناتجة عن سيطرة الحياة المادية التي أدت إلى اضطهاد وجودنا، حيث تدفع إلى فقدان الإحساس بالوجود بنماذج مختلفة (الوجود في العالم المادي، الوجود في العالم الاجتماعي، والوجود في العالم الذاتي)، حيث يفشل في الموازنة بين الإحساس بالوجود في هذه النماذج، مما يعني غلبة إحساسه بالوجود في أحدها، فقد يهمل العالم المادي والاجتماعي ويتمركز حول ذاته، وقد يهمل حاجاته في مقابل إرضاء المجتمع، وقد يركز على وجوده في العالم المادي

مما يعني النظرة السطحية لذاته وللمجتمع. هذا فقدان للإحساس بالوجود يؤدي بالفرد إلى الشعور بالعجز والذنب . و يرى مي May أن الحل هو قبوله كجزء من وجودنا واستغلاله كدافع لتحقيق الهدف الإيجابي وهو التكامل بين نماذج الوجود. ويؤكد مي أن لأساليب المعاملة الوالدية أثرها في تكوين إحساس الفرد بوجوده، فالأساليب الخاطئة عامل مثير للقلق ولمشاعر الذنب العالية المعيقة للإحساس بالوجود أو لخلق التكامل بين جوانبه (Monte,1987).

وتمثل المدرسة الإنسانية امتداداً للفكر الوجودي، ولذا يرى الإنسانيون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإنه المثير الأساسي للقلق، كما يرون أن فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي هو يريدتها (عبد الغفار، 1976). ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر كل من مازلو Maslow وروجرز Rogers، حيث يعتقد مازلو أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات. إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق (أنجلر، 1411). كما يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكانياته وطموحاته أو بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية، وباختصار فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات (أبو العلا، 1990).

تفسير الاتجاه المعرفي للقلق

يمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر حيث اثر على العديد من المنظرين من مدارس مختلفة ومن ذلك سوليفان في المدرسة التحليلية وباندورا في المدرسة السلوكية. كما تعددت الاتجاهات المعرفية وتعددت أغراضها. ولعل ما يهمننا في هذا المجال هو القلق والاضطرابات النفسية. ويعتبر جورج كيلي من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة. كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث وعلى اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (انجلر، 1411).

ويري بيك أن توقع الفرد للأخطار و الشرور هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق ، فالقلق لديه يتوقف أساساً على كيفية إدراكه لتلك المخاطر، و تقديره لها، فالفرد في حالة القلق

يكون مهموماً أولاً باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى. فالفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر داهم يهدد صحته، أسرته، ممتلكاته، مركزه المهني أو الاجتماعي و غيرها من أنواع التهديدات. ويعتبر التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مرضى القلق ، وتعني توقع أسوأ النتائج ، إذ أن تفكير مريض القلق يكون منصباً على توقع أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف. فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها للفرد في المستقبل، تجعله دائم التشكك في قدرته على المواجهة و المقاومة، مما تسبب له قلقاً مستمراً . ويعمل ميكانيزم الأفكار التلقائية السلبية المتسم بتوقع دائم للمخاطر على تحريف وتشويه معارف مريض القلق . وفي هذا الإطار تشير أعمال Beck & Greenberg إلى أن تشويه الفرد لما يرد إليه من معلومات في اتجاه التوقع المستمر للكوارث ينعكس على نظرة الفرد لذاته و للعالم وللمستقبل .

(بلكيلاني، 2008 : 136) . ويرى بيك Beck أن الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساساً عن اضطراب في تفكير الفرد، فطريقة تفكير الفرد و ما يعتقد، وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الانفعالي. وان القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل، ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها و انخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعقل فيها وتقويمها بموضوعية. هذا يؤدي إلى تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف كمهدد، فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور أو مفهوم الخطر مع انشغال البال الدائم بالمثيرات الخطيرة. وبسبب تثبت أو توقف معظم انتباه المريض على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر، فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه، مع الميل إلى تهويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية، (باترسون، 1990).

التفسير الفسيولوجي للقلق

إن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم من تنبيه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم، وتزيد ضربات القلب، وتجذب العينان، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة إفراز العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً الأطراف، ويعمق التنفس. (عكاشة ، 1992) . أما ظواهر نشاط الجهاز " الباراسمبثاوي" فأهما كثرة التبول

والإسهال، وقوف الشعر ، زيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم ، والشهية والنوم . ويتميز القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه، و اليقظة المرضية في وقت الراحة، مع بطئ التكيف للكرب ، أي أن الأعراض لا تقل عن استمرار التعرض للإجهاد نظرا لصعوبة التكيف في مرض القلق .

والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي " اللاإرادي " هو البيوثلاموس (المهاد التحتي)، وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي والذي هو مركز الإحساس بالانفعال . كذلك البيوثلاموس على اتصال بقشره المخ ملتقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية ، من ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشره المخ و البيوثلاموس ، والمخ الحشوي ومن خلال هذه الدائرة نعبّر ونحس بانفعالاتنا وإذا أخذنا بالاعتبار إن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال إشارات وشحنات كهربائية وكيميائية وان الموصولات العصبية المسؤولة عن ذلك هي (البروتونين، والنور أدريالين ، و"ادوبامين") ، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز من أي جزء آخر في المخ ، مع وجود " الباستيل قولين " في قشرة المخ. إن أسباب معظم الأمراض النفسية و العقلية هي خلل في توازن هذه الموصلات العصبية (عكاشة ، 1988 : 111) .

قلق الحالة وقلق السمة

لم تعطي النظريات السابقة أهمية للتفريق بين القلق من حيث هل هو حالة طارئة أم سمة لازمة، إلا أن كاتل Chattle وسبلييرجر Spielberger توصلا بعد دراسات وبحوث عديدة إلى أن لاضطراب القلق شكلان يجب التفريق بينهما، الأول هو حالة القلق الذي يشعر به الإنسان في موقف محدد ويزول بزواله وعرف هذا النوع من القلق على انه "حالة انفعالية مؤقتة يشعر به الإنسان في مواقف التهديد، فينشط جهازه العصبي المستقل وتتوتر عضلاته، ويستعد لمواجهة هذا التهديد. وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد، فيعود الإنسان جسماً ونفسياً إلى حالته العادية". أما الشكل الآخر من القلق فهو سمة القلق وعرف هذا النوع "أنه عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية فتثير حالة القلق ويتوقف مستوى إثارة حالة القلق عند الإنسان على مستوى استعداده للقلق"، وتوجد سمة القلق والتي تعني الاستعداد للقلق عند جميع الناس بدرجات متفاوتة فتوجد عند البعض بدرجة منخفضة وعند آخرين بدرجة عالية بينما توجد عند الغالبية بدرجة متوسطة أو قريبة من الوسط، والشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة، ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا

تتناسب مع ما في الموقف من خطر حقيقي، أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ويستجيب بقلق مناسب غير مبالغ فيه (مرسي، 1979). في ضوء نظرية "قلق الحالة - قلق السمة" فان الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية، تختلف من شخص لآخر بحسب الاستعداد للقلق عند كل منهما، فالشخص ذو الاستعداد العالي يظهر القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص ذو الاستعداد المنخفض للقلق، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة، ولا يثق في قدراته وإمكانياته، ويتوقع الشر، ويعجز عن اتخاذ قراراته. وينمو الاستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة، وقد تبين من العديد من الدراسات كما يشير مرسي (1985) تأثير أساليب التنشئة الخاطئة في تنمية هذا الاستعداد بدرجة تفوق تأثير الوراثة، حيث وجد أن الأشخاص من ذوي سمة القلق العالية عانوا من تنشئة أكثر سلبية كما تعرضوا لدرجة أعلى من النبذ والحرمان والقسوة في مرحلة الطفولة مقارنة بغيرهم.

تصنيف القلق

يمثل دليل الطب العقلي الأمريكي (American Psychiatric Association، 1994) DSM-IV المرجع الأكثر شهرة وأهمية لتصنيف الاضطرابات النفسية ومنها القلق. (ملحق رقم 6). ومع العلم بان الدراسة الحالية تركز على دراسة القلق العام أو القلق بعد الأحداث المؤلمة إذا أخذنا الفقدان كأزمة، إلا أن من المهم استعراض أنواع القلق كما يصنفها هذا الدليل بالرغم من اشتغالها على أنواع قد تكون خارج حدود البحث القيمة إذا أخذنا في الاعتبار أهمية إدراك موقع القلق العام في هذا التصنيف. ويصنف القلق وفقا للمعايير التشخيصية الإكلينيكية في هذا الدليل إلى:

Panic Disorder Without اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

Agoraphobia يتميز بحدوث نوبات مفاجئة من الهلع (الفرع والخوف الشديد) المتكرر والذي يستمر في العادة لأقل من ساعة، وعادة ما يرتبط بمظاهر فسيولوجية كضيق التنفس وسرعة ضربات القلب والعرق والارتجاف وألم الصدر والغثيان والدوخة واضطراب الإدراك، كما قد يرتبط بأفكار غير مبررة كالخوف من الموت أو الهلاك المحتوم.

Panic Disorder With Agoraphobia اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة يشتمل على نفس الأعراض المشار إليها في النوع السابق، إلا انه أيضاً يرتبط بالخوف من الأماكن المتسعة والمفتوحة.

رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع Agoraphobia Without history of Panic

يرتبط بالخوف الشديد من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الهرب منها ومنها على سبيل المثال التواجد في الأماكن شديدة الازدحام، وتتمثل أهم أعراض الرهاب في الدوخة واختلال الإدراك واختلال الآنية والقيء وقد تصل الأعراض إلى فقدان السيطرة على عمليات الإخراج. هذا النوع على أية حال يتسم بعدم وجود تاريخ من الهلع.

الرهاب المحدد Specific phobia تعرف أيضاً في الأدلة السابقة بالخوف البسيط **Simple Phobia** وهو خوف من مثير محدد ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ، الخوف من بعض الحيوانات والحشرات أو الدم والأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة المرتفعات وما إلى ذلك، وهو أكثر انتشاراً وخاصة بين الإناث إلا أنه أقل إعاقة لنشاطات الفرد.

الرهاب الاجتماعي Social phobia هو خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يتعرض فيها الفرد إلى النقد من الآخرين. وتتمثل أهم الأعراض في عدم القدرة على التحدث في جمع عام، أو الأكل أمام الآخرين.

اضطراب الوسواس والأفعال القهرية Obsessive-Compulsive Disorder يتميز هذا الاضطراب بسيطرة الوسواس القهرية على تفكير الإنسان بدرجة تسبب له الكرب و تعيق حياته ونشاطاته المختلفة ومنها المهنية والاجتماعية بل والشخصية إذ لا يقتصر أثرها على وجود الوسواس بل ترتبط في العادة بأفعال قهرية. ومن أمثلة الوسواس والأفعال القهرية كثرة غسل اليدين خوفاً من التلوث.

اضطرابات الضغوط بعد الحوادث Posttraumatic Stress Disorder يحدث هذا النوع من الاضطراب بعد الحوادث والصدمات الشديدة المؤلمة. وتتمثل أهم أعراضه في تكرار التعايش مع الحادث والاستغراق في التفكير فيه، والميل للعزلة، واضطراب النوم، اضطرابات الانتباه والذاكرة والتركيز، الشعور بالذنب. وقد وجد أن 50% إلى 80% ممن يتعرضون لصدمات قوية يمكن أن يقعوا ضحية لهذا الاضطراب، إلا أن انتشاره عامة بين الناس لا يتجاوز 5%. ويمكن أن تقسم أيضاً إلى حاد إذا استمر لمدة أقل من 3 أشهر، ومزمن إذا استمر أكثر من 3 أشهر. كما يمكن أن لا تظهر الأعراض إلا بعد 6 أشهر من حدوث الحادث وفي هذه الحالة يصنف على أنه نفس الاضطراب مع تأخر بدايته **Posttraumatic Stress Disorder With Delayed Onset**.

اضطراب الضغوط الحادة **Acute Stress Disorder** نوع من اضطرابات الضغوط بعد الحوادث ويمكن الفرق بدرجة أساسية في مدة حدوثها واستمراريتها حيث تحدث خلال الشهر الأول من حدوث الحادث وتحل في حدود الشهر مما يعني أن الفرق في مدى استمراريتها.

اضطراب القلق العام **Generalized Anxiety Disorder** يتمثل هذا الاضطراب في خوف عام غير محدد يرتبط بتوقع مكروه ويستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر. وتتمثل أهم أعراضه في الاضطرابات العضلية ومنها الارتجاف والرعدة والتوتر العضلي وسرعة الإجهاد. كما يزداد نشاط الجهاز العصبي المستقل ويظهر ذلك من خلال زيادة دقات القلب وسرعة التنفس وبرودة الأطراف والشعور بالاختناق أو ضيق التنفس وجفاف الحلق والدوخة والغثيان والإسهال. إضافة إلى ما سبق فإن الفرد يظهر أعراضاً اضطرابية نفسية وعقلية ومن ذلك الحذر الشديد وصعوبة التركيز والأرق وقد يتصاحب أيضاً مع أعراض اكتئابية.

Anxiety Due to General Medical Condition اضطراب القلق المرتبطة بالوضع الصحي

يظهر القلق كنتائج ناجمة عن الحالة الصحية السيئة.

Substance Induced Anxiety Disorder (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية) الأدوية والمواد المسببة للقلق يظهر القلق كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية والمواد الكيميائية كالمخدرات أو المنبهات أو الانقطاع عنها (الانسحاب).

Specified Anxiety Disorder Not Otherwise Specified اضطراب قلق غير محدد كواحد من الاضطرابات المصنفة أعلاه، ويمكن أن يشمل الاضطرابات المصحوبة بقلق أو رهاب والتي لا تقابل شروط التصنيف تحت أي من الأنواع السابقة المحددة أعلاه وأيضاً لا تقابل شروط

التصنيف تحت اضطرابات التوافق المصحوبة بالقلق **Adjustment Disorders With Anxiety**

، أو اضطرابات التوافق مع القلق المختلط والمزاج المكتئب **Adjustment Disorders with**

Mixed

Anxiety and Depressed Mood. ومن ذلك اضطراب القلق والاكتئاب المختلط

.Mixed Anxiety-Depressive Disorder

أسباب القلق

اختلف العلماء في تفسير أسباب القلق فمنهم من ركز على القلق كعصاب ناتج عن الخبرات المكبوتة، ومنهم من رأي أن عدم تحقيق الذات من أهم أسباب القلق. ومنهم من ركز على عملية التعلم وتعميمه، من جانب آخر أشارت نتائج البحوث إلى أن الأسباب وإن كانت موضوعية ومثيرات داخلية فإنها تختلف، وأهم أسباب القلق هي:

1. **الاستعداد الوراثي** تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد للقلق، فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل واستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم (التوأم القلق). وقد وجد في بعض الدراسات كما يشير محمد ومرسي (1997) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50 %، في مقابل 4% فقط بين التوائم غير المتشابهة، وإن 15 % من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

2. **الاستعداد النفسي العام** تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة، وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، كما يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة (زهران، 1997).

3. **العوامل الاجتماعية** تعتبر العوامل الاجتماعية وفقاً لغالبية نظريات علم النفس من المثير الأساسي للقلق، إذ تؤكد أهمية هذه العوامل كعوامل أساسية لإحداث القلق. ولا شك في أن حصر مثل هذه الأسباب أمر مستحيل لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة خاصة في عصر اتسم بالقلق. وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالأزمات الحياتية، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، وأساليب التعامل الوالدي القاسية، وتوفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، والفشل في الحياة ومن ذلك الفشل الدراسي والمهني والزواج.

4. **العوامل الفسيولوجية** يشير عكاشة (1992) إلى ارتباط القلق أحياناً ببعض العوامل البنائية و الفسيولوجية ومن ذلك عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة، وما يتبع ذلك من خلل في الوظائف الفسيولوجية والنفسية ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية. بالرغم من تحديد أسباب القلق

السابقة إلا أنها تبقى أسباب عامة، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر، وبالنسبة للدراسة الحالية فمن المتوقع أن يرتبط القلق بالفقدان وما يترتب على الفقدان من مشكلات نفسية اجتماعية واقتصادية، والحرمان من أحد أفراد الأسرة بالنسبة للأم الفاقدة ، قد يكون أحد العوامل الأكثر تأثيراً من العوامل الأخرى، أو أن تؤدي هذه العوامل في مجملها إلى القلق.

اضطراب الاكتئاب Depression disorder

تقديم

من طبيعة الإنسان التأثر بالموثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة (كالفرح، والحب والخوف، والحزن .. الخ) والحزن من أبسط صور الاكتئاب النفسي الذي يعرض للإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض (إسماعيل، بدون : 32). وقد حدثنا القرآن الكريم عن معاناة نبي الله يعقوب عليه السلام عندما أصيب بالحزن لفقد ابنه يوسف عليه السلام قال الله تعالى: (وتولى عنهم وقال ياأسفى على يوسف وابيضت عيناه من الحزن فهو كظيم) (سورة يوسف آية ٨٤) وشرح ما قد يصيبه من أعراض الحزن قال الله تعالى: (قالوا تالله تفتنوا تذكر يوسف حتى تكون حرضاً أو تكون من الهالكين) (سورة يوسف: آية ٨٥) وتعني كلمة حرضاً هو الشخص المريض الذي شارف علي الموت.

وحدثتنا السنة النبوية عن حزن رسول الله صلى الله عليه وسلم على فقد ابنه إبراهيم عندما توفى قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (إن العين تدمع والقلب يحزن ولا نقول إلا ما يرضي ربنا وإنا لفرآئك يا إبراهيم لمحزونون) رواه البخاري ومسلم (فتح الباري ، ١٩٨٦: ٢٠٦) كما قال صلى الله عليه وسلم في دعوة المكروب: (اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل... الخ) (عبد الخالق، بدون: 153).

وما يميز الحزن عن الاكتئاب أن الحزن استجابة انفعالية تتفق مع درجة الفقد أو الضرر الذي يلحق بالفرد يمكن تعديله باستخدام المنطق، أو بفعل ملائم أو عن طريق التفريغ الانفعالي، ويمكن أن يتحول من عانى منه عن هذه الحالة ، وأن يتعلم من واقع تلك الخبرة كيفية التفاعل مع المواقف المماثلة بشكل أسرع وأن يحقق قدراً من التكيف (إسماعيل، بدون : 32).

أما الاكتئاب فإنه يعني الانخفاض في المعنويات والجهود والشعور بالضيق وفقدان الأمل وعدم الجدوى (فاضل، 1987: 54) وهو استجابة انفعالية متطرفة وغير مناسبة للحدث المثير يختلف عن الحزن من حيث الشدة ، ومدة استمرارية الاستجابة ، والمكتئب لا يمكنه استشعار المشاعر المبهجة عكس الذي يعاني من حالة الحزن السوي، ويميل المريض بالاكتئاب لاجترار الأفكار والخبرات غير السارة في حياته وهو بحاجة إلى العلاج النفسي (إسماعيل، بدون: 32).

ويرجع البحث في الاكتئاب إلى ما قبل الميلاد، فقد أثار التحول الشديد لدى البعض من حالة الإثارة الشديدة إلى حالة الاكتئاب الشديد، حيث ربطها بالهوس Mania والمنخوليا Melancholia وهي الاكتئاب، وقد ربط المنخوليا (الاكتئاب) بأنظمتها المزاجية وتحديداً بالمزاج

السوداوي، كما ربط اريتوس Aretaeus في العصر الروماني بين الهوس والاكتئاب وأرجعها لنفس الأسباب، وقد استمر هذا الاعتقاد إلى بدايات القرن السابع عشر حيث أكد بونت Bonet هذا الاعتقاد وسماها جنون الهوس والاكتئاب Manic-depressive Insanity وقد تم تبني هذه الفكرة خلال القرنين الثامن والتاسع عشر وبدايات القرن العشرين، إلا أن الأبحاث الحديثة لا تدعم هذا الارتباط بصورة مطلقة ودائمة كما لا تدعم إرجاعها العام لنفس الأسباب، وإن كان البعض يتعرض لنوبات ثنائية أو دورية من الهوس والاكتئاب.(Costin & Draguns، 1989). وقد حاول العلماء من قديم الزمان فهم الاكتئاب أثناء شرحهم طبيعة الإنسان وما يعترضها من اضطرابات انفعالية، فقد فسره الكندي بأنه ألم نفسي يصاب به المرء بسبب فقد المحبوبات وفوت المطلوبات، واعتبره الرازي مرضاً عقلياً يكدر الفكر و العقل ويؤدي النفس والجسد، وهو عند ابن حزم حالة من الضيق تنشأ من حالات كثيرة كالغيبط والعزلة والمهانة وقلة الحيلة (نجاتي، 1993: 32 _ 158).

وسماه كل من أرسطو عام 370 ق . م وأبو قراط عام 400 ق . م بالماليخوليا والمعنى الحرفي لها سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض (موسى، 1993 أ:200) ويرى كرابلين Kraplin بأن الاكتئاب مرض وراثي يتنوع من الاكتئاب إلى الماليخوليا . (جلال، 1986: 255). ويعتقد بيبيرنج Bebring أنه ينشأ من التوتر بين طموح الفرد النرجسي ووعي الأنا بعجزها، ويرى روبنفاين Rubinfine بأنه يحدث من تمزق الوحدة النفسية بين الأم وطفلها، فينتج عن ذلك عجز وتحرر من الوهم النرجسي يترتب عليه أن يأخذ العدوان مكانه في تطوير الاستعداد للإصابة بالاكتئاب (عسكر، 1988: 81)

مفهوم الاكتئاب

يعرف ابن منظور (ب. ت.) الكآبة على أنها سوء الحال، والانكسار من الحزن، واكتئاب اكتئاباً حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب، والكآبة أيضاً تغيير النفس بالانكسار، من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكتئب. كما تعرفه الموسوعة العربية العالمية (1997) بأنه "مرض عقلي يشعر فيه الإنسان بالحزن العميق وفقدان الأمل وبعدم الأهمية في الحياة".

وعرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الأول DSM 1 بأنه: "مجموعة من الانحرافات لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو إلى اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو

محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلاً لأزمة نفسية ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه، قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصراراً" (ياسين، 1981: 209).

كما عرفه ليتشربرج licherberg بأنه: "مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوماً كوظيفة لأدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف" (عسكر، 1988: 60).

وقد عرفه جرجس بأنه: "الانقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء، والهبوط في الوظائف الفسيولوجية قد يصاحبه بعض الإرجاع العقلي المرضي، وقد يكون أحد طوري ذهان الهوس والاكنتاب وقد يحدث نتيجة التعرض لمشقة من قبيل الاستجابة المرضية لها" (موسى، 1993: 433).

أما برنز وبيك Burns & Beck فقد عرفا الاكنتاب بأنه: "اختلال يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله، ويشتمل على الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل على مشاعر الحزن والتوتر واليأس والشعور بالإثم، وتشمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق وزيادة الوزن أو نقصانه، والإمساك أو الإسهال، والسبات والخمول وعدم النشاط والانعزال عن العمل، وتجنب الأنشطة السارة" (الشناوي، 1991: 1). وعرفه بيك Beke تعريفاً آخر بأنه: "حالة انفعالية تتضمن تغييراً محدداً في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوماً سالباً عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط" (صالح، 1989: 108، 109). وعرفه كامبل Campell بأنه: "زملة اكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفر د، ويكون شعور الإثم مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص" (الشناوي، 1991: 2).

وعرفته منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف الدولي التاسع ICD-9 - بأنه: "اضطراب يتميز بحزن غير مناسب، ينشأ عادة من تجربة مضايقة، ولا يتضمن في مظهره توهماً أو هذياناً، ولكن يغلب انشغال المريض بصدمة نفسية سابقة على مرضه موجودة غالباً فيه، ولا يقوم التمييز

العصابي الاكتئابي والذهاني على درجة الاكتئاب ولكن على وجود أو عدم وجود الخصائص العصابية أو الذهانية وعلى درجة الاضطراب في سلوك المريض" (المحسيري، 1983: 113) . وعرفه رزق (1987: 4) بأنه: "الهبوط وهو موقف عاطفي، أو اتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلاً مرضياً واضحاً وينطوي على شعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس بحيث يطغى هذا الشعور على المرء أحياناً ويصاحبه انخفاض في النشاط النفسي والعضوي". وعرفه الرفاعي (1987: 314) بأنه: "انفعال أو انقباض أحواله ذاتية من الانقباض تتكرر بسبب عوامل داخلية أو خارجية أو بسبب اجتماع الطرفين ، وتتطوي على شدة لا يقتضيها الموقف ولا تكون مرافقة بتعطيل أو اضطراب عقلي مما يميز عادة ذهان الاكتئاب". وعرفه امري Emery (1988 : 112) بأنه "مجموعة أعراض ثابتة قد تستمر ما بين عدة سنوات، وهذه الأعراض يمكن تحديدها وفقاً لأربع زميلات هامة هي كيف تسلك أو تتصرف ؟ (التبليد وبطء الحركة) وكيف تشعر؟ (حزين، مذنب، قلق) وكيف تفكر؟ (نظرة سلبية للذات وللعالَم وللمستقبل) ثم كيف يتفاعل بدتك؟ (مشكلات النوم ومشكلة الشهية).

وعرفه صادق (1988: 95) بأنه "مرض عصابي وليس مرضاً عقلياً، لأن اتصال المريض بالواقع سليم وسلوكه سليم والمريض مستبصر بحالته وهو يحدث نتيجة ضغوط أو أزمات حادة يتعرض لها المريض ويتفاعل معها، وأي تغيير في البيئة وتحسين في الظروف فيه انفراج للمشكلة، والزمن كفيل بالشفاء منه".

وعرفته سلامة (1989: 43) بأنه "خبرة ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل الجهد".

وعرفته منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر ICD-10 بأنه "انحطاط في المريض وفق اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط، والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك، أو انعدام القوة ، و التفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع، ثم انعدام الشهية" (حقي، 1995: 82).

وعرف الحفني (1992: 74) بأنه استجابة الاكتئاب العصابي Neurotic Depression

Reaction والتي تعني "رد الفعل الذي يأتي نتيجة مواقف شديدة الوطأة مثل فقد عزيز، أو نزول كارثة مالية، أو الفشل في التجارة أو الزواج، ومن شأنها أن يصاب الشخص بالاكتئاب". وعرفته جمعيه الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع DSM IV (1994: 61) بأنه "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين ، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء ، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل رجين أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم ، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية ، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهجياً يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً واضحاً في المجالات الاجتماعية والمهنية ، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز".

وعرفه ستور Store بأنه: "حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية تصل أحياناً الدرجة في حالات منه إلى الميول الانتحارية ، كذلك تعلق درجة الشعور بالذنب إلى أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه وذنوبه وقد يصل إلى درجة البكاء الحاد" . (موسى، 1993 ب:433).

وعرفه زيور بأنه "حالة من الألم النفسي الذي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعور ي، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقص في النشاط العقلي والحركي والحسي".

ويعرفه الباحث بأنه "اضطراباً نفسياً ذو أعراض مميزة تعبر في مجملها عن العجز الإنساني الذي قد يصل في شدته حد الذهان، وهو نتيجة للخبرات المؤلمة في حياة الإنسان، وقد يدفع المصاب به إلى إيذاء ذاته والآخرين للخلاص من الحياة وعذابها"

وعلى المستوى الاصطلاحي يعرفه ايمري (Emerry 1988) بأنه عبارة عن "خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء المرء لنفسه والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي مجهود". وفي المؤلفات العربية يجمع الكتاب على انه حالة من الانكسار

والحزن والشعور بالتعاسة والضيق تنتج اثر تعرض الفرد لمواقف حياتية ضاغطة يصاحب ذلك زملة من ؛ الأعراض النفسية والجسمية (العيسوي، 1994 ؛ كفاي، 1990 ؛ العبد الرحيم، 1998 شرف، 1990).

وكما هو الحال بالنسبة للقلق، فان الكثير من التعريفات النفسية للاكتئاب تعبر عن وجهات نظرية مختلفة، وهو ما يستوجب استعراض النظريات الأساسية في الاكتئاب. واستعراض تصنيف الاكتئاب وفق دليل الطب النفسي الأمريكي.

أهم النظريات التي تناولت الاكتئاب

الاكتئاب في نظرية التحليل النفسي

لا شك في أن تفسير فرويد للاكتئاب يرتبط بتطور نظريته في النمو النفس/جنسي، ويرجع اهتمامه بالقلق إلى مقالته التي نشرت عام 1917 بعنوان "الحداد والمنخوليا Mourning and Melancholia" حيث يرى البعض أنها مثلت نقطة تحول في التحليل النفسي.

يرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا الأعلى (عكاشة، 1998: 25). وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد أرجع حالة السوداوية إلى النكوص إلى المرحلة الفمية

(عسكر، 1988 : 77). حيث يترد المريض إلى مرحلة الطفولة إلى الفترة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين بيئته، وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة اللبيدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات (موسى ، 1993 ب: 435) وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقص في القدرة على الحب والميل لإيلاف الذات، مع توقعات هذائية بالعقاب واعتبرها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية باستثناء إيلاف الذات فإنه قائم في حالة السوداوية فقط، ويعد فقدان موضوع الحب في حالة السوداوية لاشعورياً عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعورياً باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفتقد إلى الذات (إسماعيل، بدون: 147، 151).

ويفسر فرويد الإكتئاب على انه نوع من الكره تحول إلى الداخل (Schwartz and Schwartz,1993). إلا أنه بعد تطوير نظريته وتحديد بناءات الشخصية، ربط الإكتئاب بالصراع الداخلي حيث أرجعه إلى الصراع بين الذات العليا Super-ego والذات Ego مع إبقاء

فكرته عن الخوف من فقدان موضوع الحب، وقد ربطه بالعدوان، حيث يعتبر عدوان على الذات، وقد يرتفع إلى الدرجة التي يؤدي فيها إلى إقدام المكتئب على الانتحار (فرويد، 1989). ومما لا شك في أن فرويد قد ركز في نظريته إجمالاً على أثر الخبرات الأولى في حياة الإنسان وخاصة في المرحلة الأوديبية، ولقد أثار أبراهام Abraham وهو أحد تلامذة فرويد المطبقين لنظريته هذا الموضوع في تفسيره للاكتئاب مؤكداً بأن هذه الخبرات هي الأساس في إحداث الاكتئاب فيما بعد. ومع تطور مدرسة التحليل النفسي، وظهر النظريات المختلفة، تغير تبعاً لذلك تفسير الاضطرابات النفسية بطريقة مشابهة لما سبق الحديث عنه في الجزء السابق عن القلق. وبصفة إجمالية ومع ظهور النظريات المركزة على سيكولوجية الأنا، أصبح ينظر إلى الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب كنتائج لضعف الأنا وقدرته على التكيف، حيث يؤدي هذا إلى الفشل في تحقيق الفرد لأهدافه ومن ثم يبدأ فقدان الفرد لتقدير ذاته مفضياً إلى درجات أعلى من القلق ومن ثم الاكتئاب (Schwartz and Schwartz, 1993).

هذا التفسير يمكن أيضاً أن ينطبق على نظريات الأنا الأكثر حداثة كنظرية اريكسون الذي أعاد كثير من الاضطرابات في دراساته على الأطفال والجنود المحاربين وغيرهم، إلى الفشل في نمو الأنا وحل أزماته المتتابة والتي تمثل متطلبات للنمو السوي، حيث يفقد الفرد اهتماماته وأهدافه وبمعنى أكثر دقة فإنه يفقد هويته. و ما ذكره في حالات الجنود العصائبيين حيث تبين من متابعة حالاتهم بأنهم أشخاص فقدوا الإحساس بهوياتهم ممثلة في عدم الشعور باستمرارية ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم، وبضياع أهدافهم ذات المعنى في الحياة (Erikson, 1963).

الإكتئاب في نظرية التعلم

يرى السلوكيون أن الإكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر، وقد تطور تفسيره مع التطور في نظريات المدرسة السلوكية من نظريات الاشتراط الكلاسيكي أو الاشتراط الإجرائي أو التعلم الاجتماعي. ففي الاشتراط الكلاسيكي فإنه لما كان شأن مثيرات معينة (مشروطة) أن تولد استجابات انفعالية مشروطة فإن الأفراد يتجنبون هذه المثيرات. ويرى وولب Wolpe أن الإكتئاب ينقسم إلى اكتئاب موقفي واكتئاب بايولوجي، واكتئاب عصابي معتقداً أن الإكتئاب العصابي هو موضوع العلاج النفسي السلوكي. ويرى أن هذا النوع ينتج من استمرارية القلق الناتج عن مثيرات خارجية حيث يتحول إلى مثير للاكتئاب حيث يصبح المشكلة الأساسية لهم (Schwartz and Schwartz, 1993).

ويتطور المدرسة السلوكية وظهور نظرية التعلم الإجرائي أصبح ينظر للاضطرابات النفسية ومنها الإكتئاب كسلوك مرتبط بالتعزيز. وفي هذا السياق يرى فيرستر أن الإكتئاب قد ينتج عنه معدلات منخفضة من التدعيم، ومعدلات عالية من العقاب، واستبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة-التدعيم. كما اقترح ريهم نموذجاً للإكتئاب على أساس عيوب ضبط النفس، حيث حدد في النموذج النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاث جوانب هي مراقبة الذات وتقييم الذات، وتعزيز الذات، وبالنسبة لمراقبة الذات فإن الأفراد الذين يعانون من الإكتئاب يكونون منتبهين بشكل انتقائي للأحداث السالبة (السيئة)، وكذلك منتبهين بشكل انتقائي إلى النتائج الفورية أكثر من النتائج المؤجلة. وبالنسبة لتقويم الذات يكونون مخفقين في استنتاج الأسباب من داخلهم، كما يضعون معايير قاسية في تقويم أنفسهم، وبالنسبة للتعزيز الذاتي يكون لديهم معدلات منخفضة من سلوكيات تدعيم الذات، ومعدلات عالية من سلوكيات عقاب الذات (خضر و الشناوي، 1991).

ويرى سيلجمان Seligman أن تعرض الفرد لأحداث غير سارة فإنه يتعلم عدم مواجهتها انطلاقاً من اعتقاده بعدم وجود طائل من الاستجابة أو عدم قدرته على تغيير الأحداث، وعندما تصبح هذه الأحداث شديدة، فإن قلق الفرد وخوفه يمهد لظهور الإكتئاب. ومع التقدم في نتائج الأبحاث قام سيلجمان بتطوير نظريته في أساس الإكتئاب كعجز متعلم، حيث انتهى إلى أن الإكتئاب يرتبط بأنواع من الخلل تشمل خلل دافعي Motivational Deficit ، خلل معرفي

Cognitive Deficit ، خلل في مفهوم الذات Self Concept ، و خلل وجداني Affective Deficit، حيث تنتج الأنواع الثلاثة الأولى نتيجة لتعلم عدم القدرة على ضبط الأحداث، في حين ينتج النوع الرابع نتيجة لتوقع النتائج السلبية للأحداث. فعندما يعتقد الأفراد بأن النتائج المرغوبة غير محتملة أو غير متوقعة وأن ليس بالإمكان تعديلها فإن العجز المتعلم Helplessness يحدث مؤدياً إلى الاكتئاب Depression . وتعتمد درجة تعميم الاكتئاب على درجة تعميم العجز المتعلم، أي على اعتقاد الفرد بالعجز المتعلم أمام العديد من المواقف، وتعتمد استمرارية الإكتئاب على استمرارية هذه المعتقدات بالعجز. كما تعتمد درجة سلبية احترام الذات المصاحبة للإكتئاب على الدرجة التي تستدخل بها مشاعر العجز المتعلم. وتعتمد درجة العجز في الجوانب المشار إليها (الدافعية/ المعرفية/ مفهوم الذات/ الوجدانية) على درجة شدة التوقع بالنتائج السلبية، إضافة إلى ذلك فإن توقع النتائج السلبية تتفاعل مع مشاعر العجز التي يربطها الفرد بنتائج الأحداث، فكلما كانت النتائج أكثر أهمية فإن مشاعر العجز أو عدم القدرة على ضبط الأحداث يمكن أن

يؤدي إلى مفهوم ذات أكثر سلبية، وبالتالي يحدث مشاعر أكبر بالحزن والاكتئاب
(Seligman,1975; Price et al., 1978; Costin & Draguns, 1989).

الاكتئاب في النظريات المعرفية

تمثل وجهة نظر بيك Beck واحدة من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب من وجهة نظر معرفية، حيث يرى إجمالاً أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الاكتئاب إذ تبين من دراساته الأولى ارتباط الاكتئاب بخطأ في إدراك الأمور، وفي أسلوب التفكير فيها، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم ويضخمون ذلك إلى درجة الاكتئاب. وقد طور بيك نظريته المعرفية في الاكتئاب في وقت لاحق اعتماداً على نتائج الأبحاث الميدانية مرجعاً إياه إلى ثلاثة عناصر شملت الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل مؤكداً ارتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد مشيراً إلى أن المجموعات المعرفية Schemas تفسر سبب ميل البعض إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو ذاته أو تكوين اتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الإيجابية في حياته، ونعني بالمجموعات المعرفية هنا الطرق أو النماذج المعرفية التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث والمثيرات، هذه النماذج تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم، والمشكلة لدى المكتئبين تكمن في ربطهم ما يتعرضون له من أحداث آنية بالخبرات المؤلمة السابقة مما يحرمهم من ضم الخبرات المعرفية الجديدة إلى مجموعات أكثر مناسبة وأكثر إيجابية وذلك كنتيجة لفقدانهم للسيطرة على البنية المعرفية لديهم، كما يعمدون إلى اختيار المجموعات غير المناسبة لتفسير الأحداث

الحالية، وأيضاً للمعالجة الخاطئة للمعلومات Faulty Information Processing

والتي تشمل تكوين العلاقات السببية غير الصحيحة أو الوصول إلى نتائج في ظل غياب الدليل على علاقة سببية واضحة، والتركيز على عناصر قد تكون خارج الحدث، وإهمال عناصر أكثر قرباً وهي أكثر إيجابية، وأيضاً التعميم المبالغ فيه، والوصول إلى نهايات أو استنتاجات معتمدة على عناصر مفككة وغير مترابطة مما يعني عدم ارتباط المقدمات بالنتائج، وتضخيم الأمور والنتائج السلبية للأحداث، وربط الأحداث الخارجية بالنفس، و التفكير الأحادي والمطلق غير المرن والذي لا يأخذ في الاعتبار مختلف الاحتمالات، كالنظر إلى نتائج الخبرة على أنه ضدين لا أكثر، أو النظر إلى أن الأحداث يجب أن تكون تامة أو لا تكون (Beck et al.,1979).

الاكتئاب من وجهة النظر البيولوجية

تركز هذه النظرية على الخلل الحادث في كيان المخ وبصفة خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبي مثل النورينفرين Norepinephrine و السيروتين Serotonin، حيث يعملان على نقل السيال العصبي بين الأعصاب عبر الوصلات العصبية، حيث أن هاتين المادتين تتركزان في الجهاز العصبي الطرفي، ويقترح سيكلاكروت في نظريته أن النقص في النورينفرين يقترن بالاكتئاب على حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس ويرى هولن وبيك Holen and Beck أن النظريات البيولوجية لا زالت تعتمد في جانب كبير منها على الدراسات الإرتباطية، وبذلك لا يمكن تحديد ما إذا كانت التغيرات في فسيولوجيا المخ ينتج عنها اكتئاب أو أن الاكتئاب هو الذي ينتج عنه تغيرات في فسيولوجيا المخ (خضر و الشناوي، 1991).

أنواع الاكتئاب وأعراضه

يختلف تصنيف الاكتئاب باختلاف أعراضه وأسبابه، وفي ذلك يشير الزراد (1984) إلى أن بعض العلماء يقولون بوحدة الأمراض الوجدانية وعدم اختلافها إلا في شدة الأعراض فقط، وأنه لا يوجد اكتئاب نفسي واكتئاب عقلي ذهاني، كما أنه لا يوجد ما يثبت فسيولوجياً اختلاف هذين النوعين من مرض الإكتئاب، في حين يرى فريق آخر من العلماء أن الإكتئاب نوعان: نفسي وعقلي ذهاني، ويرى فريق ثالث أن هناك نوع من الإكتئاب خليط بين الاثنين. وقد أعتمد هؤلاء في تصنيفهم على الاختلاف الواضح في الأسباب والأعراض وفي استجابة المريض للعلاج. ويشير العيفي (1990) إلى أنواع الإكتئاب فيما يلي .

1- **الإكتئاب العصابي Neurotic Depression** ينتج هذا النوع من الإكتئاب نتيجة للشعور بالذنب، والكبت، والتعرض للحوادث المؤلمة، وهو أكثر أنواع الإكتئاب شيوعاً، ويتميز بعدد من الأعراض تشمل المزاج المكتئب الحزين، الشعور بالتعب لأقل مجهود ويسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء، فقدان الأمل، النوم المتقطع مع أحلام مزعجة، ويتميز بحدوث القلق في أول الليل، أعراض جسمية خفيفة مثل ارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية للطعام.

2- **الإكتئاب الذهاني Psychotic Depression** هو اضطراب ذهاني داخلي المنشأ وراثي الجذور يمتاز بالكآبة والبطء النفس-الحركي، ويميل إلى التكرار الدوري، وهو لا يكون استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها أو التعرف عليها بالفعل فهو يحدث دون أن تقع حادثة مباشرة أو قريبة. ويمتد هذا النوع من الإكتئاب إلى فترات أطول بكثير من فترات الإكتئاب العصابي. ويتميز

بعدد من الأعراض تشمل الهبوط في النشاط الحيوي أو الحركي، القنوط المسيطر، البطء الشديد في العمليات العقلية والجسمية، فقدان الشهية، والأرق، والبكاء، وتوهم المرض، واتهام النفس ومشاعر الإثم، و الهلوسة والهذات التي قد تصل بالمرضى إلى الانتحار. وينقسم هذا النوع من حيث الدرجة إلى

الإكتئاب البسيط Mild Depression يظهر في الحلقة الرابعة والخامسة من العمر، حيث تكون الشخصية ناضجة ومشغولة بالكفاح للوصول إلى الهدف المنشود، وحيث يكون الإنسان في أوج نشاطه، ونادراً ما يظهر هذا النوع في شكل حزن يشكو منه المريض أو يكون الحزن ظاهراً عليه، وغالباً ما يشكو المريض من قلبه ومعدته. ولا يتحول الإكتئاب البسيط إلى اكتئاب حاد إلا في حالات نادرة، إذ أنه غالباً ما يبقى بسيطاً لفترات طويلة، وقد يزول تلقائياً بلا علاج.

الإكتئاب الحاد Acute Depression وهو أقصى درجات الإكتئاب، إذا وصل المريض إلى هذا النوع قد يصعب تشخيصه، ويتميز ببعض الأعراض تشمل الجمود في التفكير والحركة والكلام تصل بالمريض إلى حد البكم حيث لا يستطيع الكلام أبداً، اليأس والذي يصل بالمريض إلى درجة القنوط والكدر، اضطراب الوعي بشكل واضح فلا يتعرف المريض على البيئة، ويبدو وكأنه في حالة غيبوبة، العزلة الشديدة، مع صعوبة في تحديد الزمان والمكان والأشخاص نظراً لتشتت الانتباه، ظهور هلاوس وضلالات تدور حول الشعور بالذنب واتهام النفس، ازدياد الشكاوى المرضية العضوية بشكل ملحوظ، الأفكار الانتحارية إلا أنه لا ينفذها نظراً لبطء حركته، ولذا يخشى عليه من تنفيذ الانتحار أثناء تماثله للشفاء لتحسن نشاطه الحركي قبل الانفعالي.

3-اكتئاب التقدم في العمر Aging Depression هو اكتئاب يحدث للمرء في النصف الثاني من عمره بسبب التقدم في العمر وما يصحب ذلك من ضعف في الحيوية، وتختلف سن الإصابة بهذا النوع من الاكتئاب بين الرجال والنساء، فعادة تصاب المرأة به في سن من 40- 50 سنة تقريباً ، بينما يصاب به الرجل في سن 50-60 سنة، ويعود السبب في الإصابة بهذا النوع إلى نقص بعض الأمينات، ويلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في الإصابة باكتئاب سن اليأس والقعود، بالإضافة إلى ما تحدثه الظروف الاجتماعية مثل التقاعد عند الرجال وانقطاع الحيض عند المرأة وغيرها من الظروف التي يشعر معها المسن بنقص الكفاية. يضيف شاهين والرخاوي (1977) إلى أن هذا النوع من الاكتئاب يتميز بعدد من الأعراض من أهمها الشك والقلق والشعور بالهم والهذاء، التوتر العاطفي، والهواجس السوداوية، رفض الطعام، الشعور بعدم الأهمية.

4-الاكتئاب الموقفي **Situational Depression** هو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة ومؤثرة نتيجة لموقف صعب أو عقب مصيبة كفقدان ثروة أو فشل اجتماعي أو أسري أو عاطفي. وهو قصير المدى لا يبقى طويلاً، ومن الممكن شفاؤه، ولا يعود للظهور إلا بعودة وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الموقف الذي سبب الاكتئاب، ويسمى الاكتئاب في الحالة الثانية الاكتئاب الشرطي **Conditioned Depression** ويضيف عزت (1407) أن هناك اختلاف بين الاكتئاب التفاعلي و الاكتئاب المرضي في عدد من الجوانب منها صعوبة النوم في أول الليل حيث يكون المريض مشغولاً بهوموم، عدم المعاناة من لوم الذات والقاء أسباب الفشل على الآخرين، عدم سيطرة الأفكار الانتحارية، عدم بطء حركي أو بطء في التفكير، الاستجابة للمهدئات ذات المفعول البسيط والعلاج النفسي المساند .

5-الاكتئاب الذهولي **Stupor Depression** هذا النوع يمثل أقصى درجات الحدة، حيث أن المصاب به يظل واقفاً بدون حركة إذا ترك، وعنده استعداد تام للعزوف عن الطعام والشراب لدرجة أنه إذا وضع الأكل في فمه يتركه دون مضغ، بالإضافة إلى إهمال النظافة الشخصية، حتى ليصعب التمييز أحياناً بين هذا النوع والفصام الكاتونوني لتشابههم في حالة الذهول والتخشب التي يكون عليها المريض في كلٍ منهما.

6-الاكتئاب الدفاعي **Defensive Depression** يتميز هذا النوع بأنه مثل أي عصاب آخر ليس سوى دفاعاً ميكانيزماً للتخلص من جرعة زائدة من القلق غير محدد المعالم يحمل تهديداً بالإحباط، فيقوم الاكتئاب بإزالة هذا التهديد بأن يعيش خبرة مثالية وكأن الإحباط قد تم فعلاً، وهذا التخيل رغم قسوته إلا أنه يحدث توازناً نفسياً لدى الشخص، وذلك أن النفس تستطيع أن تتحمل الإحباط الذي تم فعلاً وأصبح أمراً واقعياً أكثر من قدرتها على تحمل التهديد بالإحباط.

7-الاضطراب ثنائي القطب "الهوس الاكتئابي" **Bipolar Disorder** يتميز هذا النوع من الاكتئاب بدورات مختلفة من اكتئاب شديد إلى الابتهاج والشعور الشديد بالفرح غير المألوف لدى الشخص وأحياناً يكون هذا التغيير تدريجياً وأحياناً يكون سريعاً جداً، وعندما يكون المريض في دورة الهوس فإنه يمر بعدد من الأعراض تشمل تغير المزاج من السرور الشديد إلى الحزن الشديد والعكس وبشكل غير ملائم للظروف، الأرق وقلة واضطراب النوم، اضطراب التفكير، الشعور بالعظمة، سرعة الكلام وعدم ترابط الأفكار، الازدياد الملحوظ في الرغبة الجنسية، سوء التصرف في المواقف الاجتماعية، زيادة في الحركة والطاقة (عبد السلام، 1988).

ولا شك في أن التصنيف السابق اقل انتظاماً ومنطقية فمعظم ما ذكر يمكن أن يندرج تحت الاضطراب العصابي حيث تعد غالبية الاضطرابات المزاجية اضطرابات عصابية، ولذا فان ذلك يوجب استعراض بعض التصنيفات العالمية لهذا الاضطراب كتصنيف جماعة الطب النفسي (American Psychiatric Association, 1994) والذي يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorders والتي تشمل اضطرابات الهوس والاكتئاب.

(ملحق رقم 7) DSM-IV

وفيما يلي ملخص هذا التصنيف وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي في طبعته الرابعة DSM-IV

1- اضطراب الاكتئاب الأساسي (نوبة الاكتئاب العظمى) Major Depressive Disorder

وتتسم بنوبة من الاكتئاب، وتستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل يعاني الفرد فيها من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة، وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمام والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن، فقدان الطاقة والشعور بالخمول، الشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريباً، سيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط وأحياناً محاولة الانتحار.

2- الاكتئاب العصابي (الديستيميا Dysthemic Disorder) وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج

اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسمة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فان الفرد أيضاً يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو الشراهة، وضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أي نوبات اكتئابية عظمى أو حالات من الهوس. كما أن الأعراض لا تتقطع لأكثر من شهرين.

3- الاكتئاب غير المحدد Depressive Disorder Not otherwise specified

ويرجع إلى الأعراض الاكتئابية غير المحددة في هذه التصنيف والتي يمكن أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

4- الاضطراب ثنائي القطب -1 Bipolar Disorder-1

اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة. وتتلخص خصائص نوبة الاكتئاب العظمى فيما ذكر أعلاه في الفقرة الأولى، أما أهم أعراض نوبة

الهوس فتتلخص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة، إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات، عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار الطائفة الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، زيادة النشاط الهادف اجتماعياً أو عملياً أو أحياناً كاستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلاً وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الاجتماعية. كما تتلخص أهم أعراض الهوس Hypomanic بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم على الأقل أربعة أيام، كما انه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها اقل شدة بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد اجتماعياً أو عملياً. ويقسم الدليل هذا النمط إلى أنواع حسب درجة حدوث هذه النوبات كما هو مبين في الملحق رقم (7).

5- الاضطراب ثنائي القطب -2 Bipolar Disorder-II ويشمل على عدد من نوبات الاكتئاب وعدد من نوبات الهوس.

6- الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder تستمر نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب العظمى. هذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال. كما أنها لا تتقطع أكثر من شهرين.

7 - الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Not otherwise Specified

وتشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب السابقة الذكر. ومن ذلك التحول السريع بين الهوس والاكتئاب في اليوم الواحد مثلاً، أو دورية الهوس الخفيف من غير أعراض اكتئابية.

8 - الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية) Mode

Disorders Due to General Medical تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي و نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.

9. اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية Substance

Induced mood Disorder تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع (الانسحاب).

10 . الاضطرابات المزاجية غير المحددة Mood Disorders Not Otherwise

Specified وتشمل الاضطرابات التي يظهر فيها أعراض اضطراب مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط سابقة الذكر، وعندما يكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الاكتئابي غير المحدد أو الاضطراب تنائي القطب غير المحدد.

كما يقسم الدليل مستويات الاكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهانية ومحدداته إلى الأقسام التالية
1-البسيط **Mild (x1)** توجد بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة غير معيقة لفاعلية الإنسان المهنية والاجتماعية وغير المؤثرة على علاقته.

2_المتوسط **Moderate (x2)** توجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها على فاعليات الفرد. وهي حالة وسط بين البسيط والحاد.

3-حاد بلا خصائص ذهانية **Sever Without Psychotic Features (x3)**

أعراض اكتئابية حادة ومعيقة بشكل كبير لفاعليات الفرد.

4-حاد مع وجود خصائص ذهانية **Sever With Psychotic Features (x4)**

أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لفاعليات الفرد مع ظهور أعراض ضلالية وهلاوس ترتبط لدى البعض بموضوع الاكتئاب في حين لا ترتبط به لدى البعض الآخر.

نظرة عامة لأسباب الاكتئاب

هناك اختلاف في تفسير أسباب الإكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة ونتائج الأبحاث العلمية.

أ. **العوامل الوراثية والفسولوجية** تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الاكتئاب. كما يشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطراب البايوكيميائي للدماغ والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية (Goldstein,1988). ولدعم هذه الأفكار قام البعض بدراسة الفروق في درجة انتشار الاكتئاب بين الأقارب والمجتمع بصفة عامة، وقد تبين أن الارتباط بين درجة التعرض للاكتئاب بين الأقارب يمكن أن يصل إلى عشرة أضعاف مقارنة بالمجتمع عامة، بمعنى أن الإكتئاب عندما يظهر في فرد فان احتمالات وجوده في العائلة أكبر مما يعني احتمال وجود ارتباط بين الاكتئاب والعوامل الوراثية (Costin & Draguns, 1989). كما نهج آخرون نهجاً آخر وذلك من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة والمتأخية، وقد وجد أن احتمالات تراطب درجة الاكتئاب بين التوائم المتطابقة أعلى منه بين التوائم المتأخية مما يعني أيضاً دعم فكرة مساهمة العوامل البيولوجية في إحداث الاكتئاب.(Costin & Draguns, 1989).

ب. **العوامل الاجتماعية** تبين من الدراسات أن الظروف الضاغطة وخاصة في الطفولة، كفقدان أحد الوالدين، أو القسوة في المعاملة الوالدية، أسلوب الاعتمادية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب.

ج. **العوامل النفسية** الصراعات والخبرات المؤلمة وعدم القدرة على مواجهة العقبات والتحديات قد تكون سبباً في نشوء مرض الاكتئاب، والبعض يرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليست سبباً له، غير أن بعض الدراسات أثبتت العكس مثل دراسة رينيه Rennie التي أجراها حول أسباب الاكتئاب فوجد أن 80 % من بين 208 من مرضى الاكتئاب يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية (عكاشة، 1992). كما ذكر زهران (1997) عدد من العوامل النفسية المسببة للاكتئاب منها التوتر الانفعالي والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق أو هزيمة، الصراعات اللاشعورية، فقد الحب والحرمان من المساندة العاطفية، الوحدة والعنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد، ضعف الأنا واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية)، التربية الخاطئة، التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال، عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

د. **تعاطي الأدوية والمخدرات** تؤكد بعض الدراسات أن تناول أدوية معينة مثل الأدوية المستخدمة في علاج ضغط الدم وكذلك المستخدمة في علاج الروماتيزم مثل مشتقات الكورتيزون والسلفات تؤدي إلى تغيرات كيميائية في الدماغ يحدث نتيجة لذلك ظهور آثار جانبية منها الاكتئاب النفسي (مراد، 1994). ويشير الذويبي (1419) إلى أن العديد من الدراسات الأجنبية أو المحلية والتي أجريت بغرض الكشف عن آثار تعاطي المخدرات بمختلف أنواعها من الناحية النفسية والاجتماعية أثبتت جميعها شيوع القلق والاكتئاب لدى المتعاطين إلى جانب اضطرابات نفسية أخرى. كما يذكر الخاطر (1412) أن بعض المخدرات تسبب الاكتئاب بنفسها وبعضها الآخر تسببه إذا توقف عن تعاطيها الشخص.

اضطراب كرب ما بعد الصدمة

تعريف كرب ما بعد الصدمة

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب كرب ما بعد للصدمة PTSD في التصنيف الدولي العاشر (ICD-10) على نحو يتفق إلى حد كبير مع تحديد الرابطة الأمريكية للطب النفسي فيما يلي " ينشأ اضطراب كرب ما بعد الصدمة نتيجة لاستجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط (مستمر لفترة قصيرة أو طويلة) ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة ويحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له (مثل الموت العنيف لأشخاص آخرين، أو أن يكون الفرد ضحية للتعذيب أو الإرهاب أو الاغتصاب ، أو غير ذلك من الجرائم (WHO, 1992 , 147-148).

مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة النفسية

تتنوع نسب انتشار هذه الاضطرابات تبعاً للعينة (عدد السكان العالم / المجتمعات الواقعة تحت الخطر) وكذلك على نوع الأدوات والمقاييس لاكتشاف مثل هذه الحالات. ففي إحدى الدراسات على عينة من 955، شخصاً في الولايات المتحدة الأمريكية تتراوح أعمارهم بين 15-54 سنة دراسة مسحية قومية للمراضة، كان نسبة حدوث كرب ما بعد الصدمة طوال فترة حياة الشخص هي 7.8%. وهو يزيد في النساء المتزوجات وكانت الصدمات التي سببت مثل هذه الكروب هي التعرض للمعارك الحربية والمشاهدة للأحداث للرجال والاعتداءات الجنسية في النساء. كان كرب ما بعد الصدمة مترابط مع الاضطرابات النفسية الأخرى. وتبين أن حوالي ثلث الأشخاص الذين عانوا من هذا الاضطراب استمروا في المعاناة لعدة سنوات (Kessler et al , 1995).

وقد أجريت دراسة في إحدى المؤسسات الصحية الكبيرة في (ديترويت) قدرت نسبة تعرض البالغين للصدمة النفسية بين سن (21-30) من عينة 1007 فرد وجد مانسبته 39% تعرضوا إلى خبرات صادمة ومن هذه النسبة وجد أن ما نسبته 23.6% عانوا من كرب ما بعد الصدمة النفسية. وهذا يعطي معدل انتشار يصل إلي ما نسبته 9.2% (Breslau et al , 1991). في دراسة أخرى أجريت على 193 رجلاً وامرأة تعرضوا لنكبة طبيعية في عام 1972م عندما أنهار سد " بافلوجريك " في الولايات المتحدة الأمريكية، مما تسبب في حدوث فيضان هائل وقد أظهرت ما نسبته 25% يعانون من أعراض كرب ما بعد الصدمة، وكان نسبه 19.3% يعانون من

أعراض الاكتئاب، ووجدت الدراسة أن 17.6% أظهروا أعراض القلق العام وفي دراسة أخرى على 173 شخص بالغ تعرضوا لإعصار " أندرو" الذي ضرب جنوب فلوريدا في عام 1992 كان منهم 33% قد أظهروا أعراض كرب ما بعد الصدمة وكانت نسبة الإصابة في النساء أكثر من الرجال . وفي دراسة قام بها (Goenjian) بقياس وحدة ومدة الفترة الزمنية للتعرض للقلق والاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة والاكتئاب على مجموعتين من البالغين الذين تعرضوا لهزة أرضية بدرجة بسيطة إلي شديدة في " أرمينيا " في الاتحاد السوفيتي • مدينة جورمي ويرفان) كذلك مجموعة ثانية تعرضت للعنف في مدينة ثالثة (سام جيت) بأن المجموعتين من مدينة جورمي الذين تعرضوا لصددمات شديدة ومن مدينة سام جيت الذين تعرضوا للعنف لم يختلفوا في الأعراض النفسية الناتجة عن الصدمة ولكن الأعراض لديهم كانت أكثر من الأشخاص الذين تم فحصهم من مدينة يرفان والذين تعرضوا لخبرة صادمة ناتجة عن الزلزال مع مرور الوقت، الأشخاص الذين عانوا من بعض حوادث السيارات هم عرضة لحدوث هذه الاضطرابات. في إحدى الدراسات كانت هناك مقارنة بين مجموعتين الأولى عبارة عن 122 ضحية لحوادث طرق شديدة المجموعة الثانية عبارة عن 42 شخصاً تعرضوا لحوادث أخرى أقل حدة. وتم متابعتهم على مدار 12 شهراً. في الشهر الأول بعد الحادث وجد أن 34.3% من المجموعة الأولى كانت لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية أما المجموعة الثانية فكانت النسبة 2.4% لديهم أعراض كرب ما بعد الصدمة.وبالمثل بعد مرور 3 و6 أشهر فإن نسبة المجموعة الأولى أعلى من الثانية.

(الأولى 25.2 % والثانية 18.2 %) . ولوحظ أن نسبة تعرض النساء أكثر من الرجال بنسبة 4.6% . (Ursano et al 1999 , 589)

في دراسة طولية أخرى لمجموعة من المرضى عددهم 106 تم إدخالهم لوحدة العناية المركزة الجراحية لتعرضهم لإصابات ناتجة عن حوادث خطيرة، في المستشفى، خمسة مرضى أي نسبة 4.7% كان لديهم كرب ما بعد الصدمة، و 22 مريضاً بنسبة 20.8% كانت لديهم بعض والإعراض. وبعد مرور سنة كاملة من المتابعة كان هناك مريضين يعانون من كرب ما بعد الصدمة بنسبة 1.9% و13 مريض بنسبة 12.3% كانت لديهم بعض الأعراض .

(schnyder, et al, 2001,594)

ينتشر كرب ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الواقعين تحت الخطر،مثل الذين يعانون من أمراض نفسية أخرى،ففي دراسة لعشرين شخص لديهم مشاكل نفسية ،بعد 8 أسابيع ممن تعرضوا لاصطدام باص ،فإن (50%) عانوا من كرب ما بعد الصدمة. بتقسيم المجموعة لأشخاص تم

تشخيصهم من قبل كحالات قلق واكتئاب وفصام عقلي ،فالأشخاص الذين عانوا من الفصام
الذهاني عانوا بدرجة أقل من الصدمة النفسية الناتجة عن الصدمة
(chubb&bison,1996,430).

بالرغم من الجهود والمحاولات المبذولة في مجال الدراسات والأبحاث النفسية والعقلية في قطاع
غزة إلا انه لم توجد دراسات،تتحدث عن نسبة انتشار كرب ما بعد الصدمة في قطاع غزة وقد
حاول برنامج غزة للصحة النفسية تحديد وحصر الأشخاص المحتاجين لمساعدات نفسية وجسدية
حيث وجد أن هناك صعوبة في حصر وتقدير أعداد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات
نفسية،وقد وجد حوالي 30الى 40الف شخص متضرر نفسي جراء العنف والغالبية منهم لم يحاول
البحث عن العلاج خوفاً من وصمة المرض النفسي (afana,1995).

وفى دراسة شملت حوالي 600فرد من مختلف مناطق قطاع غزة وكان الهدف الكشف عن معدلا
انتشار الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة وجد أن بنسبة 34.2%يعانون من اضطرابات
نفسية وان هذه الضغوط تظهر لدى الرجال أكثر من النساء ولدى اللاجئيين أكثر من
المواطنين،ووجد أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة يبلغ 19.5%من أفراد العينة مع بروز
واضح بنسبة 23.7%لدى الرجال بينما ظهر 15.9%في النساء وكان بنسبة 24.7%بين اللاجئيين
من أفراد العينة وان 11.7%من المواطنين ظهرت عليهم أعراض الكرب (gcmhp,1998)
وفى دراسة لبرنامج الصحة النفسية المجتمعية التابع لوزارة الصحة وجد أن معد انتشار معدل كرب
ما بعد الصدمة من بين الحالات التي تراجع مراكز الخدمة هو 18.6% في غزة و 29.7% في
خانيونس (samor.2001).

العوامل المهمة للإصابة بكرب ما بعد الصدمة Risk and protective factors

مقدار الصدمة أو مستوى التعرض لها

من البديهي أن نفترض عنف الحادث وشدة التعرض له (كما في حالات القتال والجرائم وأبرزها
الاغتصاب ومحاولة القتل) يرتبط ارتباطاً وثيقاً باحتمالات الاضطراب كرب ما بعد الصدمة. وقد
أجريت دراسات مستفيضة في هذا الصدد وبخاصة ما يتصل منها بالحرب،وبشكل خاص متغير
عنف القتال ووجود الجندي في منطقة خطرة،حيث أن الحرب والقتال حادث صدمي وتربة خصبة
لنشأة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتطوره،وكشف دراسة (فوي)وصحبه عام 1987م انه في
حين يوجد معدل أعلى من الاضطراب النفسي في عائلات المصابين باضطراب كرب ما بعد
الصدمة فان الدور الذي قام به التاريخ الأسرى لم يكن جوهريا لدى المحاربين الذين تعرضوا

للقتال بدرجة عنيفة، أى أن نسبة كبيرة من المحاربين الذين تعرضوا للقتال الشديد طوروا اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بصرف النظر عما إذا كان لديهم تاريخ أسرى من المرض العقلي أو النفسي أو لم يكن. ولكن المحاربين الذين واجهوا مستويات منخفضة من التعرض للحرب مع وجود تاريخ أسرى للاضطراب النفسي مالوا إلى تطوير اضطراب كرب ما بعد الصدمة بتكرار أكبر من المحاربين الذين لم يكن لديهم الدراسة مؤداها أسرى للاضطراب النفسي. والنتيجة الأساسية لهذه الدراسة مؤداها أهم متغير يؤثر في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو مستوى التعرض للحدث الصادم (foy et al.1992) .

العوامل الشخصية والاجتماعية قبل الصدمة

على الرغم من أهمية عامل عنف الصدمة فمن الأهمية بمكان ألا نغفل دور العوامل الشخصية لدى الفرد قبل إصابة بهذا الاضطراب وذلك لسبب بسيط مؤداها أنه ليس كل الناس الذين تعرضوا للنوع نفسه من الصدمة يصابون بهذا الاضطراب، فيطورونه، وتنشأ لديهم أعراضه. فإذا كان الحادث الصدمي هو العامل المفجر على السطح فإن هناك عوامل مهياة كسمات الشخصية مثلاً. وعلى الرغم من أن شخصية الفرد يفترض أن تؤثر في إصابته أو عدم إصابته بالاضطراب بعد التعرض لضغط ناجم عن صدمة، فإن هذا التأثير يجب ألا تعول عليه كثيراً بالمقارنة إلى عنف الصدمة ذاتها. ومع ذلك يتعين أن نركز على تفاعل العوامل، فنحن أمام اضطراب مركب وظاهرة متشابكة .

أن الأفراد الذين لديهم مشكلات سلوكية قبل سن الخامسة عشر (كالسرقة و الكذب والغياب من المدرسة دون إذن، والشجار، وسوء استخدام العقاقير) يزداد الاحتمال لديهم بدرجة جوهرية- لتطوير هذا الاضطراب أو بعض أعراضه، وذلك بالمقارنة إلى الأشخاص الذين لم يكون لديهم هذه المشكلات في طفولتهم. وبالطريقة ذاتها فإن الأفراد الذين كان لديهم تاريخ أسرى من المشكلات الطبية النفسية، هناك احتمال أكبر عندهم لتطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة إذا تعرضوا للقتال في الجيش من أولئك الذين ليس عندهم هذه الخلفية.

إدراك الضحية للحدث الصدمي

لا بد عند دراسة أسباب اضطراب كرب ما بعد الصدمة من دراسة وجه نظر الضحية إلى الحادث الصدمي فقد ينظر من تعرض لحادث صدمي إلى أن هذا الحادث عامل تفكيك لشخصيته ومصدر شقاء لنفسه. وقد ينظر آخر إلى هذا الحادث على أنه ابتلاء واختبار من الله سبحانه وتعالى، أو أنه تكفير لسابق ذنوبه، أو أنه حادث يمكن أن يحدث لاي شخص، أو خبرة صعبة يتعين عليه أن يخرج منها صلب العود قوي البنين راسخ العقيدة أفضل مما كان، وكثير من الأفراد من هذا الصنف

يوافقون على هذه المقولة : "أن الضربة التي لا تقتلني، تزيدني قوة" ومن ناحية أخرى فيجب ألا ننسى أن قوة العقيدة وعمق الإيمان لدى الضحية يمكن أن تؤثر تأثيراً إيجابياً كبيراً في الاستجابة الصدمية، فمن الممكن أن يتلقى الإنسان الصدمة على أنها نوع من الاختبار والابتلاء والامتحان من المحنة، اختصه الله سبحانه وتعالى به، إما ليختبر قوة إيمانه ليظهر هل يشكر أم يكفر؟ أو ليكفر به طرفاً من ذنوبه، فإذا كانت الشوكة يشاكها الرجل تكفر الذنوب و الخطايا، فما بالناس بهذا الابتلاء الصعب والامتحان العسر المتمثل في الحادث الصدمي على أنواعه. (ثابت ، 2007)

والواقع إن الأشخاص الذين يشخصون على أن لديهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة يختلفون بعضهم عن بعض بالتأكيد علي جوانب لا حصر لها قبل الصدمة، ولقد واجه الإيقاع السوي لحياتهم كسراً عنيفاً هدم كثيراً من الافتراضات والاعتقادات لديهم إذا حدث لهم حادث جلل ذو أهمية وخطر(عبد الخالق، 1998) .

المساندة الاجتماعية presence of social support

تعد نظم المساندة الاجتماعية من أهم عوامل الدفاع ضد الحوادث الصدمية، فقد أظهر الأشخاص الذين يحاطون بأنساق أو نظم قوية تساندهم بعد حادث الصدمة أقل قابلية لتطوير الاضطراب، فإن ضحايا الاغتصاب الآتي يشعرون بأنه محبوبيات من قبل الأصدقاء أو الأقارب، وتقدر ونهم يرجح كثيراً أن يشفين بنجاح من هذا الاعتداء. ويبدو أن عدم مساندة المجتمع لها تأثير عكسي، فعندما تحقر ضحية الاغتصاب، وتتلقى صدمة أخرى من البيئة الاجتماعية، فمن المحتمل أكثر أن تطور أعراضاً تستمر زمناً، وقد تكررت النتيجة ذاتها بالنسبة لمحاربي فيتنام، وحيث التقارير الإكلينيكية أن أنساق المساندة الاجتماعية الضعيفة أو نظمها كان لها دور في تطوير اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى بعض المحاربين (comer,1992,218).

الصيغة الشخصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة: كما وردت في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM-IV ملحق رقم (8) .

الأعراض الثانوية للصدمة

إن الأعراض الأساسية في تشخيص الاضطراب اعتماداً عليها، أما الأعراض الثانوية فهي تجمعات الأعراض التي توجد عادة بشكل شائع مع اضطراب، ولكنها لا تمثل جزءاً من المحكات التشخيصية له ، بل أنها جزء من الصورة الإكلينيكية الأشمل والأكثر تعقيداً، والتي يقدمها المرضى باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتفاعل الأعراض الثانوية مع الأعراض الأولية وذلك

كالقلق العام الذي يؤثر تقريباً في كل تجمعات الأعراض الأولية ومن الأعراض الثانوية والتي تترافق مع كرب ما بعد الصدمة .

النظريات المفسرة لكرب ما بعد الصدمة PTSD

نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory

تبرز نظرية التحليل النفسي في تفسيرها إن الأنا تتحكم في الاستجابات المعتادة باستخدام حيل وأساليب دفاعية نفسية معينة تقي الفرد من الخطر وتزيد من تكيفه. ولكن حين يواجه الفرد منبهاً صادمًا لا يمكن التحكم فيه في فترة زمنية معينة فإنه يتعرض للطاقة المفرطة التي تهدد وسائلة في الوقاية والدفاع، بل وقد تقضى عليه. فإذا تهافت قدراته الدفاعية فان ذلك دليل على أن الصدمة قد وقعت. أما إذا كانت وسائل الدفاع والوقاية مهددة بالانهيار فان الأنا يفقد قدرته على الاستجابة بما يقتضيه الواقع وتصبح استجابة قلقه بسبب مفاجأة الخطر الداهم المبالغت الذي يفقد بسببه السيطرة على المواقف، ويبدو الفرد ضحية لعصاب الصدمة، ذلك لان الصدمة تولد كميات من التوتر تظهر في صورة أعراض مرضية أهمها تعطيل وظائف الأنا المختلفة أو ضعفها.

(النابلسي وآخرون، 1991:46).

إن الأحداث الصادمة ترتبط بأعراض القلق والتوجس وأعراض الاكتئاب ، حيث يشير(أوتوفينخل) إلى الخبرات الصادمة المعجلة للاكتئاب، وتتمثل أما بفقداننا للإمدادات التي تحفظ للفرد تقديره لذاته، أو فقدان التقدير الذاتي وإما أنها خبرات، وتنطوي على فقدان بعض الإمدادات من قبيل فشل الحب أو موت رفيق الحب ويمكن أن تجعل هذه الخبرات الفرد أكثر شعوراً بالعجز والدونية. (مخيمر، 1985: 756-757) ويرى فرويد أن اضطراب الكروب التالية للصدمة، سببها تصدع بنية الشخصية، والكبت والصراع النفسي، وتفترض النظرية أن الخبرات الانفعالية الصدمية إذا ظهرت في بؤرة الوعي بعد مرور عدد من السنوات على الحدث الصادم، فقد تصيب الفرد بالقلق والاكتئاب وربما الذعر، وهذه الخبرات الصادمة يتم كبتها في اللاشعور، وكلما حاول الفرد الوصول إليها أو تذكرها، يظهر الكبت كميكانزم دفاعي، بالإضافة إلى الحيل الدفاعية الأخرى، حيث أن تذكر الفرد لهذه الخبرات قد يؤدي إلى الشعور بالعجز وتصدع الشخصية(حامد الفقى، 1996:29).

ولقد قدم إريكسون إطاراً نظرياً هاماً؛ حيث يرجع العلاقة إلى المراحل النمائية والأزمات التي يواجهها الفرد في كل مرحلة، حيث أن كل مرحلة لها تحديات جديدة وأزمات جديدة على الفرد مواجهتها، وأشار إريكسون أن مواجهة الفرد لهذه الأزمات والأحداث الصادمة يتوقف على ما

يكتسبه الفرد في كل مرحلة من المراحل من صفات ايجابية أو سلبية. بحيث تكون أساس قدرته على مواجهة الضغوط والصدمات بعد ذلك (Moos,1976:7-11).

ويشير مخيمر(1985) إلى أن الجهاز الخاص بمواجهة الصدمات، هو الأنا وتستجيب الأنا للصدمة بالقلق الذي يمثل إشارة إنذار، حتى تعبئ الأنا كل دفاعاتها ضد ما يهددها من خطر خارجي، وفي هذه الحالة أما تكون الأنا قوية أي محتفظة بطاقتها النفسية وقوتها وغير مستنزفة في الصراعات، وبالتالي تستطيع مواجهة الصدمات، أو أن تكون الأنا ضعيفة أي أن طاقتها مستنزفة في الصراع مع الهو، وبالتالي فإن الصدمة تغمر الفرد ويشعر تجاهها بالعجز لذلك تعتبر الأنا وقوة الشخصية هي معيار القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط والتغلب عليها (مخيمر،1985:112).

ولقد استخدم فرويد مصطلح الصدمة ليدل على معاني ثلاثة هي: معنى الصدمة العنيفة، أو الكسور أو الإصابة بشكل عام وأثرها على الإنسان وفي تعريفه للحادثة الصدمية يذكر فرويد بأن:"الحادثة التي نسميها صدمة هي تلك التي تهدد الحياة النفسية في فترة وجيزة جدا من الزمن، مما يترتب عليه اضطراب في توزيع الطاقة النفسية واستهلاكها"(فرويد،1989:304).

النظرية المعرفية Cognitive Theory

يرى أصحاب النموذج المعرفي (بيك، لازاروس وآخرون) أن إدراك الفرد، وتقديره وتفسيره لأي حدث، يؤثر على نظريه للمستقبل، وإدراك الفرد للأشياء والأحداث، والأشخاص والمواقف يتوقف بصفة أساسية على منظومة العمليات العقلية Cognitive Schemata التي يستقبل ويدرك بها الفرد الأشياء والأحداث والمواقف وهذه المنظومة تتكون خلال مرحلة الطفولة من خلال علاقة الفرد بالوالدين، فإذا كانت هذه العلاقة تتسم بالحب والتقدير والاهتمام فإن الطفل يدرك العالم على أنه مكان آمن ويدرك ذاته على أنها تستحق الحب والاحترام، أما إذا كانت خبراته الطفولية تتسم بالإهمال والرفض، فإن الطفل يشعر بعدم الأمن، وبالتالي يدرك العالم على أنه مكان غير آمن، كما يبالغ في توقع الخطر، من الأحداث والمواقف ومن المستقبل(Beck,1972:343-354). فالنموذج المعرفي ما هو إلا المعلومات التي اختزنها الفرد في ذاكرته، خلال مراحل حياته خاصة المرحلة الأولى من الحياة، وكل مجموعة من هذه النماذج المعرفية، تنتظم فيما بينها لتشكل فيما بعد عمليات معرفية، يستخدمها الفرد لكل ما يستقبله من معلومات لتحديث ما يسمى بالنواتج المعرفية Cognitive products والتي تشير إلى الأفكار والقرارات، والتخيلات الناتجة من تفاعلات المعلومات المستقبلية ومضمون تكوينه المعرفي(Ingram et al.,1987:734-742).

ويرى ابستاين (Epstein) إن لكل فرد معتقدات، ونماذج معرفية تميزه عن الآخرين ولا شك أن الصدمة تؤدي إلى زعزعة معتقدات الفرد، وان نظرة الفرد إلى الواقع وتكيفه معه يتطلب تحقيق الأهداف التالية:-

١- الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم .

٢- فهم مقتضات الواقع والتكيف معه .

٣- الحفاظ على اعتبار الذات .

٤- الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين.

(Epstein,1990,p45).

ويشير (منصور،1995) إلى أن المكونات المعرفية، تلعب دوراً أساساً في تحديد شدة الإحساس بالصدمة، ويتفق مع المنظور الفينومينولوجي في أن تأثر الفرد بالموقف، يرتبط بكيفية إدراكه وتقديره وتفسيره للموقف أو الأزمة، وبقدر الصورة المعرفية الإدراكية لها، وكيفية تلاؤم تلك المواقف داخل الإطار المرجعي للفرد عن الحياة، أي كيفية استقباله وتفسيره لتلك المواقف. ويرى الباحث في ضوء النظرية المعرفية فان كرب ما بعد الصدمة يمكن أن يطول أثره وتطور ليترافق مع حالات مرضية أخرى في حال كون الفرد أفكار خاطئة حول الحدث أو الموقف الصادم الذي سبب الكرب، في حين يكون الفرد على قدرة عالية من التكيف العقلاني عند اتخاذه للأفكار السليمة كأسلوب في حل المشكلات التي تواجهه .

النظرية السلوكية Behavior theory

ترى هذه النظرية أن هناك نوعان من التعلم ؛ الأول قائم على التشريط الكلاسيكي الذي يدرس ردود فعل الجسم أو الكائن تجاه ضغوط البيئة "المنبهات" وفيها يكون الفرد، خاضعا لتلك الضغوط فيما يطلق عليه (المثير- الاستجابة) ويعتبر بافلوف رائد التشريط الكلاسيكي، حيث اهتم بالمزاوجة بين المثير الشرطي والاستجابة المحايدة .

والنوع الثاني التشريط الإجرائي لسكنر بحيث يكون فيه الشخص قادراً على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسباً أي ما يسمى بالسلوك الاستجابي .

ويرى دافيسون ونيلي (Davison & nale,1998:156-161) أن نظريات التعلم تفسر الكثير من مظاهر اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فمثلاً وفقاً للتشريط الكلاسيكي، فإن المتعرضة للاغتصاب تخاف المشي في الشارع والتواجد وسط الناس، ودائماً ما تتجنب لقاء الآخرين وكذلك الطفل أو الشخص الذي تعرض لحادث في وسط مكان معين غالباً ما يتجنب هذا المكان. ومن هنا

يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) تستمر عبر الحاضر والمستقبل وتطغى الصدمة على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم، بمعنى أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب من المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة لان تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف تؤثر تأثيراً نفسياً سيئاً على الفرد من هنا يتضح أن النموذج السلوكي يساعدنا على فهم اضطراب كرب ما بعد الصدمة من خلال نظرية التشريط ، فالصدمة والنكبات والحروب وأعمال العنف تعد منبهات مطلقة غير مشروطة، تؤدي إلى استجابة الخوف وردود أفعال سيكولوجية متعددة، ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها(يعقوب،1999:74) .

النظرية البيولوجية Biological Theory

يرى دافسون (Davison & neale) أن أي صدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ والجهاز العصبي ، وقد حاول (Van der kolk) أن تربط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبدلات كيميائية وفسولوجية ووظائفية وهذه الاضطرابات تجعل مادة النورادرينالين تزيد في الدم وتعمل على تفريغ الخلايا العصبية في الدماغ، من مادة النورادرينالين وكذلك تزداد مادة MHPG الأستيلكولين . والتعرض مرة أخرى للضغوط النفسية والصدمة يقلل من مادة السيردوتونين والدومامين، ونتيجة لهذه التغيرات البيولوجية في جسم الإنسان فإن التغيرات مرة أخرى للضغوط النفسية يؤدي إلى زيادة شديدة في مادة النورأدرينالين والتي تظهر نتيجة لذلك أعراض، زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم والعرق الغزير، والرعدة في اليدين، والصداع، وآلام في المعدة وتوسع في حدقة العين وكذلك يؤدي إلى ظهور تصرفات عدوانية وعصبية زائدة . ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض للصدمة، وبعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالانسحاب والتي نلاحظ مظاهرها في عوارض انقطاع الأشخاص المدمنون عن تناول المخدرات وما يصاحبه من مظاهر نفسية شديدة الألم وكذلك مظاهر فسيولوجية صعبة.

ويشير (Delapina,1984) في محاولته الربط بين كرب ما بعد الصدمة بطبيعة عمل الجهاز العصبي، حيث أن الشخص الذي يسيطر عليه الجهاز الباراسمبثاوى لا يستطيع التوصل إلى تحقيق فهم واضح للمؤثرات المفاجئة والمؤلمة بشكل صحيح، ولذلك تكون استجابة الفسيولوجية للصدمة بشكل غير عادي، مما تؤدي إلى ظهور بعض الأمراض مثل اضطرابات النوم والكوابيس والغضب والعدوانية، حيث يستند في تفسيره لهذه الأمراض على عدة فرضيات وهي أن الجهاز العصبي ومستوى الاستثارة يرتبط بمعد معالجة المعلومات في المنظومة الفرعية للجهاز العصبي،

وان المعدل الكلى لمعالجة المعلومات يرتكز على الجهاز العصبي المركزي وان هذا المعدل يرتبط ارتباط شديداً بالمجموع الكلى لمعدل المعلومات داخل المنظومة الفرعية في شكل هرمي .
(Delapina,1984,34-40) .

الدراسات السابقة

دراسة (الخرافي، 1997)

بعنوان: "مستوي الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات فقدن أزواجهن وأثرها في التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن".

هدفت الدراسة إلي التعرف علي الشعور بالوحدة النفسية لدي أمهات فقدن أزواجهن في ظل ظروف وفاة غير طبيعية سواء بالاستشهاد أو الأسر أثناء العدوان العراقي علي دولة الكويت وأمهات فقدن أزواجهن في ظروف وفاة طبيعية في نفس الفترة ،كما هدفت الدراسة إلي التعرف علي اثر مشاعر الوحدة النفسية التي تعاني منها تلك الأمهات علي التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن ،وقد تكونت العينة من (52) سيدة كويتية قسموا إلي ثلاث مجموعات (52) سيدة يمثلن أرامل الشهداء ،(13) سيدة يمثلن زوجات اسري ،و(14) سيدة أرملة فقدن أزواجهن في ظروف وفاة طبيعية .

أظهرت نتائج الدراسة أن زوجات الشهداء يعانون من مشاعر الوحدة بدرجة اكبر من غيرهن ،كما انه كلما ارتفع شعور الأم بالوحدة النفسية كلما انخفض مستوي التوافق الشخصي لاطفا لهن .

دراسة (كحيل، 2002)

بعنوان: "تأثير العنف السياسي علي الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية "

هدفت الدراسة إلي معرفة تأثير العنف السياسي علي الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية ،سواء إذا تعرضت بشكل مباشر أو غير مباشر لتلك الأحداث الصادمة خلال انتفاضة الاقصى ،وقد تكونت عينة الدراسة من (180) سيدة فلسطينية ، متوسط أعمارهن (18-50) عاما، وتم تقييم العينة إلي (90) سيدة كعينة دراسية منهم (45) سيدة أمهات أو نساء شهداء ، (45) سيدة من نساء أو أمهات جرحي ،وعينة ضابطة مكونة من (90) سيدة لا يكون قد استشهد أو جرح زوجها أو احد أبنائها، ولقد استخدم الباحث ورقة الاستبانة للقياس النفسي الذي يظهر الأعراض النفسية والمشاكل النفسية من عدمه

(SCL-90-R). أظهرت النتائج أن أكثر الفئات تأثرا ومعاناة وتظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير هن أمهات وزوجات الشهداء مقارنة بأمهات وزوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد استشهد أو جرح احد أبنائهن .

دراسة (Hays et al,1994)

بعنوان : "التاريخ الشخصي للخوف والاكتئاب والمساندة الاجتماعية والألم النفسي في أعقاب فقدان الزوج أو الزوجة "

هدفت الدراسة إلي وصف مدة وعوامل خطر الألم النفسي الذي يتبع الفقد عند عدد من الزوجات اللواتي فقدن أزواجهن ،وقد تكونت العينة من (400) زوجة،متوسط أعمارهن (61) عاما،ولقد استخدم الباحث مقياس الاكتئاب ،ومقياس فقدان الأمل ،ومقياس المساندة الاجتماعية والقلق العام ،ومقياس لازروس للتكيف .أظهرت النتائج أن الزوجات أو الأزواج الذين لديهم خبرة سابقة للحزن كانت عندهم مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام والاكتئاب وفقدان الأمل خلال(25) شهرا بعد فقدان أزواجهن ،أما الزوجات اللواتي يوجد عندهن خبرة سابقة ايجابية للحزن عبروا عن بعض الروابط الاجتماعية بين الأشخاص والأصدقاء والأقارب أكثر من الأشخاص الذين عندهم خبرة سابقة سلبية للحزن إلا أن الأشخاص الفاقدين ذو الخبرة السابقة الايجابية للحزن أجابوا بان اليأس كان قليلا مع وجود المساندة خلال الفترات النهائية مقارنة مع الأشخاص الذين لديهم خبرة سابقة سلبية للحزن.

دراسة (El bedour et al,1999)

بعنوان : "الاستجابات النفسية لدي أفراد العائلة بعد مجزرة الخليل"

أجرى (البدور، 1999) دراسة حول تأثير التعرض لمذبحة الحرم الإبراهيمي بالخليل بالضفة الغربية على الصحة النفسية للأطفال وعائلاتهم،وقد طبقت الدراسة على أطفال وعائلات الشهداء الذين قتلوا خلال مذبحه يوم 1994/2/25. تكونت العينة من (26) من الزوجات ،(26) من الأبناء ،و(12) من البنات .

وقد أستخدم الباحث الاختبارات التالية وهي أعراض الصدمات النفسية واختبار قائمة الأعراض المرضية "90" وقد أظهرت النتائج ما يلي :

1. أن حوالي 50% من أبناء الشهداء "الفتيات" ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية.
2. أن حوالي 39% من نساء الشهداء ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية.
3. أن حوالي 23% من أبناء الشهداء "الذكور" ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية.
4. أكثر الأعراض النفسية كانت القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي.

دراسة (ميرفي وآخرون ، 1999)

بعنوان : " كرب ما بعد الصدمة بين الآباء والأمهات التكلّي بموت أبنائهم من سن (12-28) عاما بشكل عنيف" ، دراسة تحليلية طويلة.

تتاولت هذه الدراسة انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الآباء والأمهات التكلّي بأبنائهم من سن (12-28) عاما بطريقة عنيفة. حيث تم اختيار عينة من (171) من الأمهات التكلّي و(90) من الآباء ومتابعتهم لمدة عامين.

وجدت دراسة ميرفي بأن أمهات الأطفال الذين توفوا بطريقة عنفيه أكثر تعرضا لعارض كرب ما بعد الصدمة حيث أن (20%) منهن يبقين متأثرات بصورة كبيرة لعامين بعد ذلك الموت. و سببه هو ارتباطهن الوطيد و القوي بالأطفال ، و الذي نتج عن الرعاية المكثفة لأطفالهن مهما كان عمر الطفل. وبلغت نسبة الآباء (14%) تعرضا لعارض كرب ما بعد الصدمة.

دراسة (الخضري،2005)

بعنوان "التوافق النفسي والاجتماعي لدي زوجات الشهداء وزوجات ذوي المنازل المهدمة :دراسة مقارنة

هدفت الدراسة إلي معرفة درجة التوافق النفسي والاجتماعي لدي زوجات الشهداء وزوجات ذوي المنازل المهدمة والزوجات العاديات اللواتي لم يستشهد أزواجهن أو يهدم منزلهن . وقد استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي .إضافة إلي استخدام الطريقة المقارنة في نتائج العينات الثلاثة .كما استخدم مقياس التوافق النفسي والاجتماعي .

تم اختيار العينة بطريقة قصديه ،اشتملت علي (161) سيدة ،منهن (55) زوجة شهيد،(46) سيدة هدمت منازلهن ،(60) سيدة من الزوجات العاديات اللواتي لم يستشهد أزواجهن أو يهدم بيتهن بمحافظة غزة للعام (2005).

أظهرت نتائج الدراسة أن البعد الأسري جاء في المرتبة الأولى ،تلي ذلك البعد الجسمي ،ثم جاء البعد الاجتماعي،تلاه البعد الانسجامي ،وأخيرا جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة في درجات التوافق لدي زوجات الشهداء .

كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن البعد الأسري جاء في المرتبة الأولى ،تلي ذلك البعد الاجتماعي،ثم جاء البعد الجسمي ،تلاه البعد الانسجامي ،وأخيرا جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة في درجات التوافق لدي ذوي المنازل المهدمة.

أما في درجات التوافق لدي الزوجات العاديات فقد جاء البعد الأسري في المرتبة الأولى ،تلي ذلك البعد الاجتماعي ،ثم جاء البعد الجسمي ،تلاه البعد الانسجامي وأخيرا جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة.

دراسة (Tagay et al,2008)

بعنوان: "العلاقة بين فقدان عزيز وكرب ما بعد الصدمة "

هدفت الدراسة إلي فحص العلاقة بين الصدمة "فقدان عزيز " وانتشار كرب ما بعد الصدمة PTSD.

وقد كانت الدراسة مستعرضة (cross-sectional study) ،حيث جمعت المعلومات من عينة مكونة من (317) فردا تتراوح أعمارهم (37) عاما، وقد استخدم الباحث مقياس (Esse Trauma Inventory).(ETI).

أظهرت النتائج أن :

نسبة انتشار كرب ما بعد الصدمة حوالي 13.1% .

(44.6%، ن=139) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز في المرتبة الثانية ضمن الأحداث الصادمة (25.4%) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز علي انه أسوء الصدمات . (15.1%) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز علي انه أسوء الأحداث الصادمة وقد حققوا معايير كرب ما بعد الصدمة PTSD .

وفي مقارنة بين صدمة فقدان عزيز مع غيرها من الصدمات النفسية ،سجلت العينة ما نسبته (4%) من مجموع العينة الكلية احتمالية ضعيفة ظهور كرب ما بعد الصدمة PTSD .

أظهرت الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بانتشار كرب ما بعد الصدمة بين الرجال والنساء ، ومع ذلك فالرجال قيموا صدمة " فقدان عزيز" في كثير من الأحيان علي انه أسوء حدث في حياتهم مقارنة مع النساء .

وقد خلصت الدراسة إلي نتيجة مفادها أن ظاهرة موت عزيز ظاهرة منتشرة في كل مكان وعلي الرغم من انخفاض مخاطر كرب ما بعد الصدمة إلا انه يعتبر حدث صادم حاد ويرتبط بتوترات وضغوطات نفسية شديدة لكثير من الناس .

دراسة (Zisook , et al ,1991)

بعنوان "الاكتئاب خلال السنة الأولى بعد وفاة احد الزوجين"

هدفت الدراسة إلي فحص وتيرة متلازمة الاكتئاب خلال الأشهر (13) الأولى بعد وفاة احد الزوجين وقد تم اخذ عينة لرجال ونساء فقدوا أزواجهم مؤخرا والذين تم تحديدهم من سجلات الوفاة . هذه العينة استكملت استبيان متعدد الأبعاد . من خلال مقابلات أجريت معهم بعد شهرين (7-8 أسابيع) من وفاة أزواجهم، وتم الانتهاء من تعبئة الاستبيانات بعد (7-13) شهرا بعد الوفاة.

تضمنت الاستبيانات بنود مطابقة لمعايير الطبعة الثالثة المعدلة لنوبات الاكتئاب (DSM 3 R) كذلك استخدم الباحث مقياس الاكتئاب (Zung) وقائمة الأعراض هوبكنز.

أظهرت النتائج أن :

(84) فردا، (24%) من (350) من الأرمال (زوج، زوجة)، حققوا معيار لنوبات اكتئاب في شهرين (72) فردا، (23%) من (308) حققوا معيار لنوبات اكتئاب في سبعة أشهر. (46) فردا، (16%) من (286) حققوا معيار لنوبات اكتئاب في ثلاثة عشر شهرا. تم عمل مقارنة لعينة من (126) زوج وزوجة ، ما زال أزواجهم علي قيد الحياة وبينت النتائج أن انتشار الاكتئاب لدي الأزواج الذين فقدوا أزواجهم اعلي بكثير بحوالي (4%)، من الذين لم يفقدوا أزواجهم وما زالوا علي قيد الحياة.

كذلك بينت الدراسة أن الأزواج صغار السن، والذين لديهم تاريخ مرضي للاكتئاب الشديد، والذين استمر الحزن لديهم لأكثر من شهرين بعد فقدان كانوا الأكثر عرضة لتحقيق معايير النوبات الاكتئابية بعد (13) شهرا من الفجعة.

وخلصت الدراسة بنتيجة مفادها أن نوبات الاكتئاب شائعة بعد موت احد الزوجين ولا بد للأطباء أن يتابعوا جيدا الحالات المشتبه فيها وبخاصة الأرمال الشابات والرجال الذين لديهم تاريخ مرضي من الاكتئاب ، أو الذين يعانون من متلازمة اكتئاب كامل بعد وقت قصير من فقدان.

دراسة (Elklit, et al, 2010)

بعنوان "كرب ما بعد الصدمة لدي الأفراد الذين فقدوا أقاربهم نتيجة مرض السرطان"

هدفت الدراسة إلي فحص كرب ما بعد الصدمة ومدى انتشارها لدي الأفراد الذين تعرضوا لفقدان عزيز لهم علي اثر مرض السرطان . تم اخذ عينة من (251) فرد تتراوح أعمارهم من 14-76 عاما (أقارب الضحايا). أظهرت النتائج أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة في العينة المكلومة بلغت حوالي 40% من العينة المكلومة.

دراسة (القدومي والحلو، 2003)

بعنوان " اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية"

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة ودرجة التعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية.

ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (100) أب وأم للشهداء بواقع (48) أبًا و(52) أمًا، طبقت عليها استبانة مكونة من (52) فقرة وذلك بواقع (38) فقرة لقياس اضطراب الضغوط التالية

للصدمة و(13) فقرة لقياس التعايش مع الصدمة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت كبيرة عند آباء وأمهات الشهداء حيث وصلت النسبة المئوية للدرجة الكلية إلى (71.4%)، وكانت درجة التعايش كبيرة أيضاً حيث وصلت النسبة المئوية إلى (79.8%). كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط التالية للصدمة بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، ولم تكن الفروق دالة إحصائية بينهما في التعايش مع الصدمة.

دراسة (عبد محمد عساف، منى سعد الله شعث ، 2002).

بعنوان " الآثار النفسية الاجتماعية و الاقتصادية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات " .

هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية التي تعاني منها المرأة الفلسطينية نتيجة

العدوان الإسرائيلي علي شتي فئات المجتمع خلال انتفاضة الأقصى . كذلك التعرف علي اثر المتغيرات الديموغرافية المختلفة في التباين في تكيف المرأة مع الآثار المترتبة علي العدوان الإسرائيلي .

تكونت عينة الدراسة من (900) امرأة تم اختيارهن بالطريقة العشوائية الطبقية من النساء الفلسطينيات في محافظات شمال فلسطين من مستويات علمية وظروف مهنية مختلفة وقد تم بناء استبانة لقياس الضغوط النفسية والاجتماعية علي أفراد العينة . أظهرت النتائج أن درجة الآثار النفسية والاجتماعية علي المرأة الفلسطينية بلغت (69%) وهذا يعني أن المرأة الفلسطينية تعاني بدرجة عالية نتيجة العدوان الإسرائيلي علي الشعب الفلسطيني . كذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بأثر المتغيرات الديموغرافية ، كالعمر وجرح أو استشهاد أحد أفراد الأسرة و ومنطقة السكن والحالة الاجتماعية ودخل الأسرة ومستوي الدراسة علي الضغوط النفسية والاجتماعية التي تتعرض لها المرأة .

تعقيب علي الدراسات السابقة

من خلال الاطلاع علي الدراسات السابقة التي أمكن الحصول عليها والتدقيق الجيد فيها فيما يتعلق بعنوان الدراسة "اثر فقدان الأمهات لأحد أفراد أسرتها وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة". تجمع هذه الدراسات السابقة علي وجود علاقة قوية بين فقدان عزيز واضطراب كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق. حيث تظهر النتائج أن الأمهات اللاتي فقدن احد أفراد الأسرة تكون عندهن مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة، لكن بنسب متفاوتة، كذلك تظهر الدراسات وجود فروق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بهذه الاضطرابات لصالح الأمهات، رغم أن بعض الدراسات لم تجد فروق فيما يتعلق بانتشار كرب ما بعد الصدمة بين الرجال والنساء. كذلك أظهرت الدراسات أن الموت نتيجة العنف الإسرائيلي سجل اعلي نسب بين الأمهات فيما يتعلق باضطرابات كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق.

كذلك استخدمت هذه الدراسات أكثر من متغير كالاكتئاب، وكرب ما بعد الصدمة، والقلق. وبالتدقيق الجيد في الدراسات السابقة نلاحظ أن دراسة كل من Elklit، tagay، ودراسة ميرفي، ودراسة القدومي والحو، تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بفقدان احد أفراد الأسرة، وأظهرت معظم نتائجها أن مخاطر كرب ما بعد الصدمة تعتبر حادث صادم حاد، ويرتبط بتوترات وضغوطات نفسية شديدة علي كثير من الأمهات. ففي دراسة (Elklit, et al, 2010) والتي كانت بعنوان "كرب ما بعد الصدمة لدي الأفراد الذين فقدوا أقرابهم نتيجة مرض السرطان" حيث هدفت الدراسة إلي فحص كرب ما بعد الصدمة ومدى انتشارها لدي الأفراد الذين تعرضوا لفقدان عزيز لهم علي اثر مرض السرطان. أظهرت النتائج أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة في العينة المكلومة بلغت حوالي 40% من العينة المكلومة. أما في دراسة (Tagay et al, 2008) والتي كانت بعنوان "العلاقة بين فقدان عزيز وكرب ما بعد الصدمة" هدفت الدراسة إلي فحص العلاقة بين الصدمة "فقدان عزيز" وانتشار كرب ما بعد الصدمة PTSD. وقد كانت الدراسة مستعرضة (cross-sectional study). وقد أظهرت النتائج أن نسبة انتشار كرب ما بعد الصدمة حوالي 13.1% وان (44.6%، ن=139) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز في المرتبة الثانية ضمن الأحداث الصادمة. وان (25.4%) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز علي انه أسوأ الصدمات. وان (15.1%) من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز علي انه أسوأ الأحداث الصادمة وقد حققوا معايير كرب ما بعد الصدمة PTSD. وفي مقارنة بين صدمة فقدان عزيز مع غيرها من الصدمات النفسية، سجلت العينة ما نسبته (4%) من مجموع العينة الكلية احتمالية ضعيفة ظهور كرب ما بعد الصدمة PTSD. كذلك أظهرت الدراسة انه لا توجد فروق فيما يتعلق بانتشار كرب ما بعد الصدمة بين الرجال والنساء، ومع ذلك فالرجال قيموا صدمة "فقدان عزيز" في كثير من الأحيان علي انه أسوأ حدث في حياتهم مقارنة مع النساء. وقد خلصت

الدراسة إلى نتيجة مفادها أن ظاهرة موت عزيز ظاهرة منتشرة في كل مكان وعلي الرغم من انخفاض مخاطر كرب ما بعد الصدمة إلا انه يعتبر حدث صادم حاد ويرتبط بتوترات وضغوطات نفسية شديدة لكثير من الناس. كذلك دراسة (ميرفي وآخرون، 1999) والتي كانت بعنوان " كرب ما بعد الصدمة بين الآباء والأمهات التكلية بموت أبنائهم من سن (12-28) عاما بشكل عنيف"، دراسة تحليلية طويلة. وقد تناولت هذه الدراسة انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الآباء والأمهات التكلية بأبنائهم من سن (12-28) عاما بطريقة عنيفة. وجدت دراسة ميرفي بأن أمهات الأطفال الذين توفوا بطريقة عنفيه أكثر تعرضا لعراض كرب ما بعد الصدمة حيث أن (20%) منهم يبقين متأثرات بصورة كبيرة لعامين بعد ذلك الموت. و سببه هو ارتباطهن الوطيد و القوي بالأطفال ، و الذي نتج عن الرعاية المكثفة لأطفالهن مهما كان عمر الطفل. وبلغت نسبة الآباء (14%) تعرضا لعراض كرب ما بعد الصدمة. كذلك تعرضت دراسة (القد ومي والحلو، 2003) إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بفقدان احد أفراد الأسرة ففي دراستهما التي كانت بعنوان " اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية". وقد هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة ودرجة التعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت كبيرة عند آباء وأمهات الشهداء حيث وصلت النسبة المئوية للدرجة الكلية إلى (71.4%)، وكانت درجة التعايش كبيرة أيضا حيث وصلت النسبة المئوية إلى (79.8%). كما أظهرت النتائج وجود فروق في الضغوط التالية للصدمة بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، ولم تكن الفروق واضحة بينهما في التعايش مع الصدمة.

كذلك من خلال فحص للدراسات السابقة نجد أنها تناولت أيضا اضطراب الاكتئاب كمتغير آخر وعلاقته بفقدان احد أفراد الأسرة كدراسة Hays، ودراسة Zisook وأظهرت نتائجها أن نوبات الاكتئاب شائعة بعد موت احد أفراد الأسرة. ففي دراسة (Hays et al, 1994). بعنوان "التاريخ الشخصي للخوف والاكتئاب والمساندة الاجتماعية والألم النفسي في أعقاب فقدان الزوج أو الزوجة" حيث هدفت الدراسة إلى وصف مدة وعوامل خطر الألم النفسي الذي يتبع الفقد عند عدد من الزوجات اللواتي فقدن أزواجهن. أظهرت النتائج أن الزوجات أو الأزواج الذين لديهم خبرة سابقة للحزن كانت عندهم مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام والاكتئاب وفقدان الأمل خلال (25) شهرا بعد فقدان أزواجهن، أما الزوجات اللواتي يوجد عندهن خبرة سابقة ايجابية للحزن عبروا عن بعض الروابط الاجتماعية بين الأشخاص والأصدقاء والأقارب أكثر من الأشخاص الذين عندهم خبرة سابقة سلبية للحزن إلا أن الأشخاص الفاقدين ذو الخبرة السابقة ايجابية للحزن أجابوا بان اليأس كان قليلا مع وجود المساندة خلال الفترات النهائية مقارنة مع الأشخاص الذين

لديهم خبرة سابقة سلبية للحرز. أما في دراسة (Zisook, et al, 1991). والتي كانت بعنوان "الاكتئاب خلال السنة الأولى بعد وفاة احد الزوجين" فقد هدفت الدراسة إلي فحص وتيرة متلازمة الاكتئاب خلال الأشهر (13) الأولى بعد وفاة احد الزوجين. أظهرت النتائج أن (84) فرداً، (24%) من (350) من الأرملة (زوج، زوجة)، حققوا معيار لنوبات اكتئاب في شهرين. (72) فرداً، (23%) من (308) حققوا معيار لنوبات اكتئاب في سبعة أشهر. (46) فرداً، (16%) من (286) حققوا معيار لنوبات اكتئاب في ثلاثة عشر شهراً. تم عمل مقارنة لعينة من (126) زوج وزوجة ، ما زال أزواجهم علي قيد الحياة وبينت النتائج أن انتشار الاكتئاب لدي الأزواج الذين فقدوا أزواجهم اعلي بكثير بحوالي (4%)، من الذين لم يفقدوا أزواجهم وما زالوا علي قيد الحياة. كذلك بينت الدراسة أن الأزواج صغار السن، والذين لديهم تاريخ مرضي للاكتئاب الشديد، والذين استمر الحزن لديهم لأكثر من شهرين بعد الفقدان كانوا الأكثر عرضة لتحقيق معايير النوبات الاكتئابية بعد (13) شهراً من الفجوة. وخلصت الدراسة بنتيجة مفادها أن نوبات الاكتئاب شائعة بعد موت احد الزوجين ولا بد للأطباء أن يتابعوا جيداً الحالات المشتبه فيها وبخاصة الأرملة الشابات والرجال الذين لديهم تاريخ مرضي من الاكتئاب أو الذين يعانون من متلازمة اكتئاب كامل بعد وقت قصير من الفقدان.

كذلك نلاحظ أن دراسة كل من الخضري، وكحيل، والبدور، ودراسة عساف وشعث ، والخرافي، تناولت موضوع التأثيرات النفسية علي الأمهات نتيجة فقدان احد أفراد أسرته. وخلصت نتائج هذه الدراسات إلي أن أكثر الفئات تأثراً ومعاناة ، وتظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير هن أمهات وزوجات قد استشهد احد أبنائهن أو زوجهن أو احد أقاربهن . ففي دراسة (الخضري ، 2005) والتي كانت بعنوان "التوافق النفسي والاجتماعي لدي زوجات الشهداء وزوجات ذوي المنازل المهمة دراسة مقارنة. حيث هدفت الدراسة إلي معرفة درجة التوافق النفسي والاجتماعي لدي زوجات الشهداء وزوجات ذوي المنازل المهمة والزوجات العاديات اللواتي لم يستشهد أزواجهن أو يهدم منزلهن . وقد استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي . إضافة إلي استخدام الطريقة المقارنة في نتائج العينات الثلاثة . كما استخدم مقياس التوافق النفسي والاجتماعي . أظهرت نتائج الدراسة أن البعد الأسري جاء في المرتبة الأولى ، تلي ذلك البعد الجسمي ، ثم جاء البعد الاجتماعي، تلاه البعد الانسجامي ، وأخيراً جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة في درجات التوافق لدي زوجات الشهداء . كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن البعد الأسري جاء في المرتبة الأولى ، تلي ذلك البعد الاجتماعي، ثم جاء البعد الجسمي ، تلاه البعد الانسجامي ، وأخيراً جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة في درجات التوافق لدي ذوي المنازل المهمة. أما في درجات التوافق لدي الزوجات العاديات فقد جاء البعد الأسري في المرتبة الأولى ، تلي ذلك البعد

الاجتماعي ،ثم جاء البعد الجسمي ،تلاه البعد الانسجامي وأخيرا جاء البعد النفسي بالمرتبة الأخيرة. أما في دراسة (كحيل،2002) . والتي بعنوان "تأثير العنف السياسي علي الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية" حيث هدفت الدراسة إلي معرفة تأثير العنف السياسي علي الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية ،سواء إذا تعرضت بشكل مباشر أو غير مباشر لتلك الأحداث الصادمة خلال انتفاضة الاقصى ، ولقد استخدم الباحث ورقة الاستبانة للقياس النفسي الذي يظهر الأعراض النفسية والمشاكل النفسية من عدمه (SCL-90-R). أظهرت النتائج أن أكثر الفئات تأثرا ومعاناة تظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير هن أمهات وزوجات الشهداء مقارنة بأمهات وزوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد استشهد أو جرح احد أبنائهن أما دراسة (El bedour et al, 1999). والتي كانت بعنوان "الاستجابات النفسية لدي أفراد العائلة بعد مجزرة الخليل". حيث أجرى البدر دراسة حول تأثير التعرض لمذبحة الحرم الإبراهيمي بالخليل بالضفة الغربية على الصحة النفسية للأطفال وعائلاتهم،وقد طبقت الدراسة على أطفال وعائلات الشهداء الذين قتلوا خلال مذبحة يوم 1994/2/25.

وقد أستخدم الباحث الاختبارات التالية وهي أعراض الصدمات النفسية واختبار قائمة الأعراض المرضية "90" وقد أظهرت النتائج أن حوالي 50% من أبناء الشهداء "الفتيات" ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية. وأن حوالي 39% من نساء الشهداء ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية. وأن حوالي 23% من أبناء الشهداء "الذكور" ظهرت لديهم أعراض الصدمات النفسية. وأكثر الأعراض النفسية كانت القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي. أما دراسة عساف وشعث فقد أظهرت نتائجها أن درجة الآثار النفسية والاجتماعية علي المرأة الفلسطينية بلغت (69%) وهذا يعني أن المرأة الفلسطينية تعاني بدرجة عالية نتيجة العدوان الإسرائيلي علي الشعب الفلسطيني. وأخيرا دراسة (الخرافي، 1997). والتي كانت بعنوان "مستوي الشعور بالوحدة النفسية لدي زوجات فقدن أزواجهن وأثرها في التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن". حيث هدفت الدراسة إلي التعرف علي الشعور بالوحدة النفسية لدي أمهات فقدن أزواجهن في ظل ظروف وفاة غير طبيعية سواء بالاستشهاد أو الأسر أثناء العدوان العراقي علي دولة الكويت وأمهات فقدن أزواجهن في ظروف وفاة طبيعية في نفس الفترة ،كما هدفت الدراسة إلي التعرف علي اثر مشاعر الوحدة النفسية التي تعاني منها تلك الأمهات علي التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن. أظهرت نتائج الدراسة أن زوجات الشهداء يعانون من مشاعر الوحدة بدرجة اكبر من غيرهن ،كما انه كلما ارتفع شعور الأم بالوحدة النفسية كلما انخفض مستوي التوافق الشخصي لاطفا لهن.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

مقدمة

يستعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وتطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل النتائج والتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة من خلال العينة الاستطلاعية، ومن ثم إجراءات الدراسة وجمع البيانات من العينة الكلية الفعلية للتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS من خلال عدد من الأساليب الإحصائية، وذلك على النحو التالي:

منهج الدراسة

اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يحاول الإجابة على السؤال الأساسي في العلم وماهية وطبيعة الظاهرة موضوع البحث، ويشمل ذلك تحليل الظاهرة، وبيئتها، وبيان العلاقة بين مكوناتها، ومعنى ذلك أن الوصف يتم أساساً بالوحدات أو الشروط أو العلاقات أو الفئات أو التصنيفات أو الأنساق التي توجد بالفعل، وقد يشمل ذلك الآراء حولها والاتجاهات إزائها، وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها والمتجهات التي بزغ عنها، ومعنى ذلك أن المنهج الوصفي يمتد إلى تناول كيف تعمل الظاهرة . (أبو حطب وصادق، 1991، 104)

مجتمع الدراسة

مجتمع الدراسة يشمل كل الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن (استشهد) علي الأقل أحد أفراد أسرتهن في محافظات قطاع غزة ، خلال فترة الحرب علي غزة وما بعد الحرب علي غزة إلي فترة إجراء الدراسة الحالية . وقد بلغ مجتمع الدراسة أمهات (1561) شهيد استشهدوا خلال حرب غزة وما بعد حرب غزة (حسب إحصائية مركز الميزان لحقوق الإنسان ، 2011). كذلك جميع

الأمهات اللواتي لم يفقدن (استشهد) احد أفراد أسرتهن خلال فترة الحرب علي غزة وما بعد الحرب علي غزة إلي حين إجراء الدراسة الحالية.

عينة الدراسة

عينة استطلاعية قام الباحث باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (40) أم من الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي فقدن احد أفراد الأسرة ، أثناء حرب غزة وما بعد حرب غزة من مجتمع الدراسة الأصلي أو اللواتي لم يفقدن ، وقد تم تطبيق مقياس تايلور للقلق، ومقياس بك للاكتئاب ، ومقياس كرب ما بعد الصدمة، علي هذه العينة بهدف التحقق من صلاحيتها للتطبيق علي أفراد العينة الكلية ، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

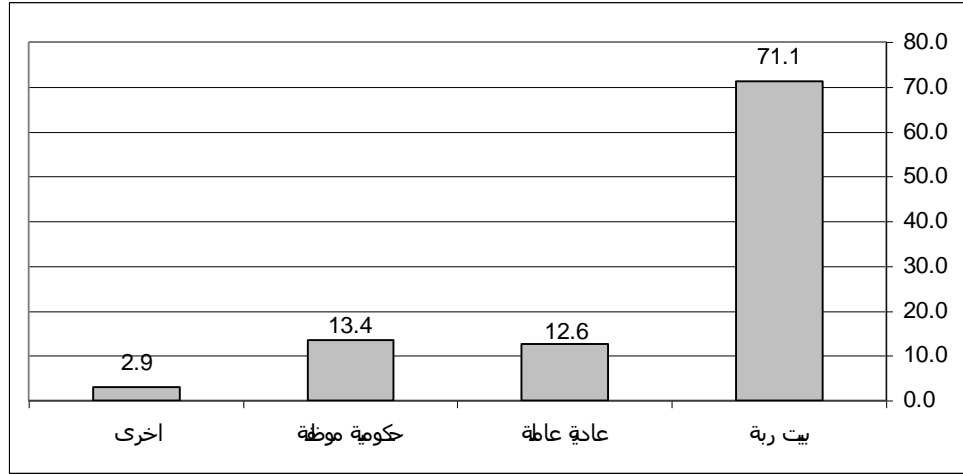
عينة الدراسة الكلية: تم اختيار عينة الدراسة بطريقة طبقية عشوائية موزعة بالتناسب من جميع محافظات قطاع غزة، فقد تكونت عينة الدراسة من 350 أم من الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن احد خلال الحرب علي غزة ، وما بعدها، وقد تم اختيار (199) من الأمهات اللواتي فقدن (استشهد) احد أفراد أسرتهن ، وتم اختيار (151) من الأمهات اللواتي لم يفقدن احد من أفراد الأسرة . وللتعرف علي الخصائص الديموغرافية للأمهات في العينة، يوضح من خلال الجداول التالية:

توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع مهنة الأم:

أظهرت النتائج إلى أن 71.1% من الأمهات ربات بيوت، بينما 13.4% موظفات حكوميات، في حين 12.6% من الأمهات عاملات، أما من يعمل في وظائف أخرى غير مذكورة في الاستبيان فقد كانت نسبتهن 2.9%، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي

نوع المهنة	العدد	النسبة %
ربة بيت	249	71.1
عاملة عادية	44	12.6
موظفة حكومية	47	13.4
أخرى	10	2.9
المجموع	350	100.0

جدول (1) يوضح نوع المهنة للأمهات في العينة



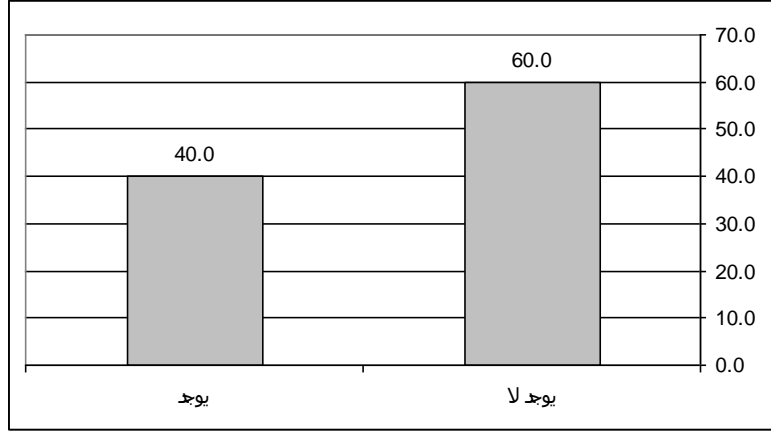
شكل (1) يوضح نوع المهنة للأمهات في العينة

توزيع أفراد العينة تبعاً للحالة الصحية:

اتضح من خلال النتائج أن 60% من الأمهات في العينة لا يوجد لديهن أي مشاكل صحية، في حين تبين أن 40% من الأمهات يوجد لديهن مشاكل صحية ، وتوضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي

النسبة %	العدد	مشاكل صحية
60.0	210	لا يوجد مشاكل صحية
40.0	140	توجد مشاكل صحية
100.0	350	المجموع

جدول (2) توزيع أفراد العينة تبعاً للحالة الصحية



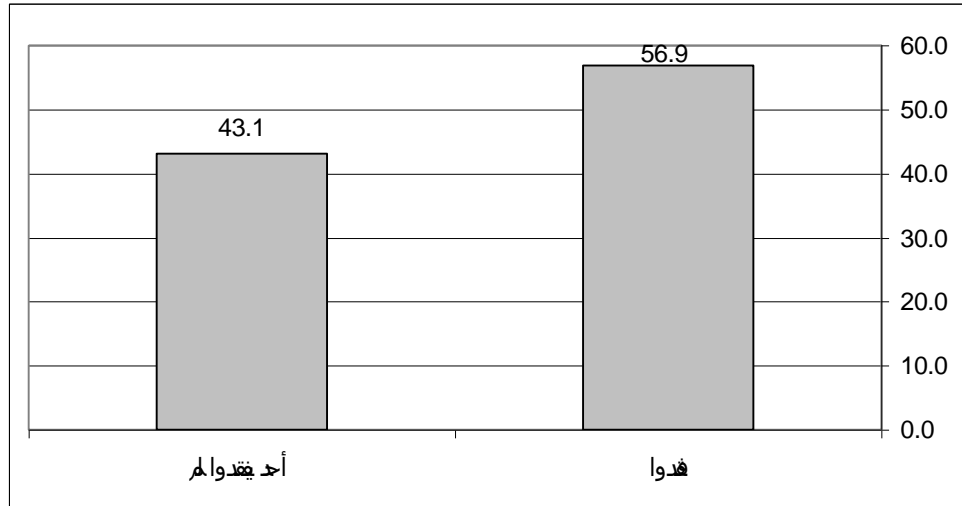
شكل (2) توزيع أفراد العينة تبعاً للحالة الصحية

توزيع أفراد العينة تبعاً لفقدانهم أحد أفراد الأسرة:

اتضح من خلال النتائج أن 43.1% من الأمهات في العينة لم يفقدن أحد أفراد الأسرة، في حين تبين أن 56.9% من الأمهات فقدن أحد أفراد أسرتهن، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي

النسبة %	العدد	فقدتي أحداً"
56.9	199	فقدوا
43.1	151	لم يفقدوا
100.0	350	المجموع

جدول (3) توزيع أفراد العينة تبعاً لفقدانهم لأحد أفراد أسرتهن



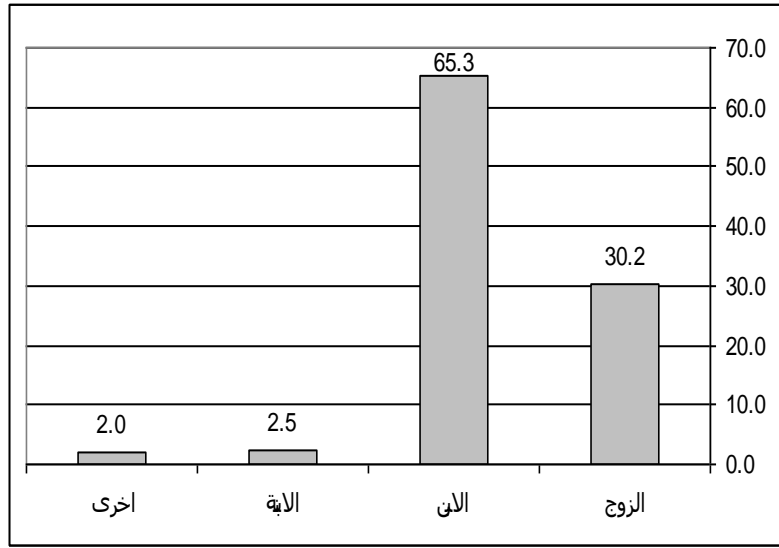
شكل (3) توزيع أفراد العينة تبعاً لفقدانهم لأحد أفراد أسرتهن

توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع صلة القرابة للفقيد:

تبين من خلال النتائج أن 65.3% من الأمهات اللاتي فقدن أحد أفراد أسرتهن قد فقدن أبنائهن، و30.2% منهن قد فقدن أزواجهن، في حين تبين أن 2.5% قد فقدن ابنتهن، وتبين أن 2.0% قد فقدن أقارب لهن، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي

النسبة %	العدد	صلة القرابة مع الفقيد
30.2	60	الزوج
65.3	130	الابن
2.5	5	الابنة
2.0	4	أخرى
100.0	199	المجموع

جدول (4) توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع صلة القرابة للفقيد



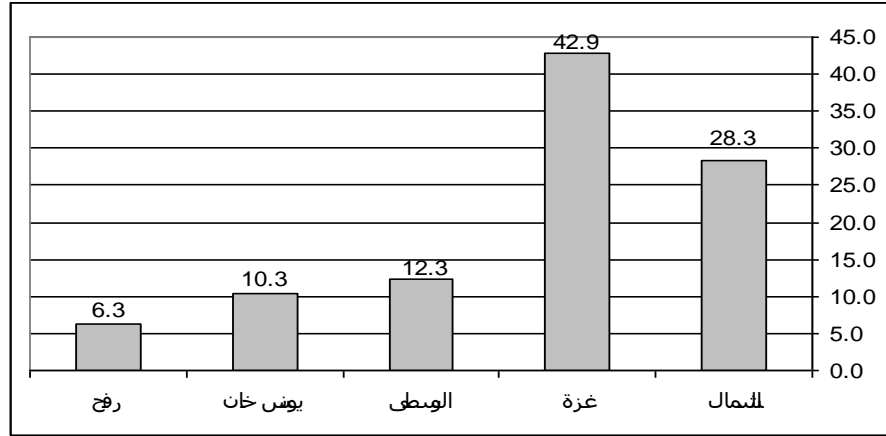
شكل (4) نسبة نوع صلة القرابة للفقيد بالنسبة للأمهات في العينة

توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع المحافظة

أظهرت النتائج إلى أن 42.9% من الأمهات في العينة يسكن في محافظة غزة، بينما 28.3% من الأمهات يسكن في محافظة الشمال، في حين 12.3% من الأمهات يسكن في محافظة الوسطى، وقد تبين أن 10.3% من الأمهات يسكن في محافظة خان يونس، و6.3% يسكن في محافظة رفح، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي

نوع المحافظة	العدد	النسبة %
الشمال	99	28.3
غزة	150	42.9
الوسطى	43	12.3
خان يونس	36	10.3
رفح	22	6.3
المجموع	350	100.0

جدول (5) توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع المحافظة



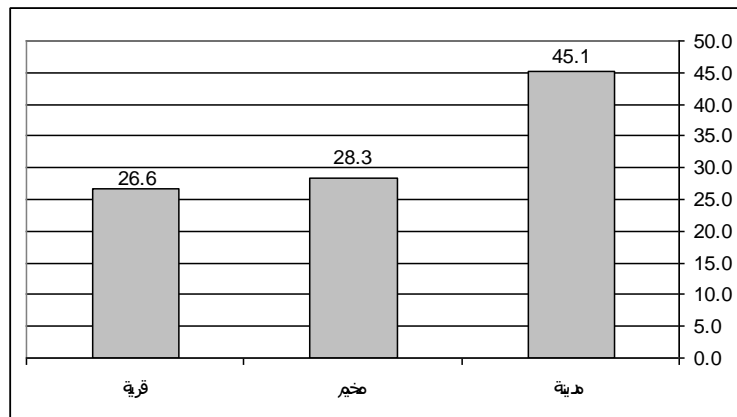
شكل (5) توزيع أفراد العينة تبعاً لنوع المحافظة

توزيع أفراد العينة تبعاً لمكان الإقامة

تبين من خلال النتائج أن 45.1% من الأمهات في العينة يسكن في المدينة، بينما 28.3% من الأمهات يسكن في المخيمات، و 26.6% من الأمهات يسكن في القرى، وتوضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي:

نوع السكن	العدد	النسبة %
مدينة	158	45.1
مخيم	99	28.3
قرية	93	26.6
المجموع	350	100.0

جدول (6) توزيع أفراد العينة تبعاً لمكان الإقامة



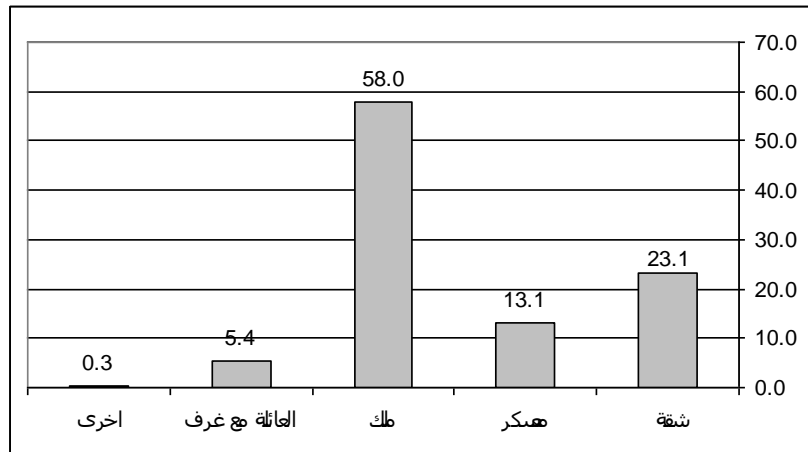
شكل (6) توزيع أفراد العينة تبعاً لمكان الإقامة

توزيع أفراد العينة تبعاً لطبيعة السكن

تبين من خلال النتائج أن 58.0% من الأمهات في العينة يسكن في منازل ملك، بينما 23.1% منهن يسكن في منازل إيجار، في حين 13.1% يسكنون في منازل معسكرات، و 5.4% منهن يسكن في غرف مع العائلة، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي:

النسبة %	العدد	طبيعة السكن
23.1	81	شقة مستأجرة
13.1	46	معسكر
58.0	203	ملك
5.4	19	غرف مع العائلة
0.3	1	أخرى
100.0	350	المجموع

جدول (7) توزيع أفراد العينة تبعاً لطبيعة السكن



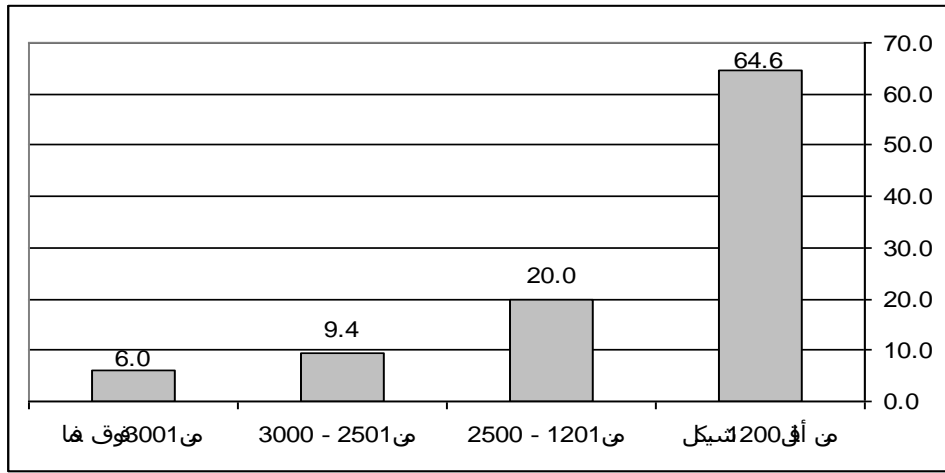
شكل (7) توزيع أفراد العينة تبعاً لطبيعة السكن

توزيع أفراد العينة تبعاً لمستوى الدخل الشهري للأسرة

تبين من خلال النتائج أن 64.6% من الأمهات يقل دخلهن أسرهن الشهري عن 1200 شيكل، بينما 20.0% من الأمهات يتراوح دخلهن من 1201 إلى 2500 شيكل في الشهر، في حين 9.4% يتراوح دخلهن من 2501 إلى 3000 شيكل، و 6.1% يزيد دخلهن عن 3001 شيكل، وتتضح النتائج من خلال الجدول والشكل التالي:

النسبة %	العدد	مستوى الدخل
64.6	226	أقل من ١٢٠٠ شيكل
20.0	70	من ١٢٠١ - ٢٥٠٠
9.4	33	من ٢٥٠١ - ٣٠٠٠
6.0	21	من ٣٠٠١ فما فوق
100.0	350	المجموع

جدول (8) يوضح مستوى الدخل الشهري لأسر الأمهات في العينة



شكل (8) يوضح مستوى الدخل الشهري لأسر الأمهات في العينة

فترة الدراسة: period of the study

تم إجراء هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي 2010-2011.

مكان الدراسة: place of the study

اقتصرت الدراسة على الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة (الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة، والأمهات اللواتي لم يفقدن احد أفراد الأسرة بعد حرب غزة). حيث ينقسم قطاع غزة إلى خمس محافظات وهي (المنطقة الشمالية- منطقة غزة- المنطقة الوسطي- خان يونس- رفح).

أدوات الدراسة

تحتوى الدراسة على ثلاث أدوات لكي تجاوب من خلالها على تساؤلات وفرضيات الدراسة، وبهذا سوف نعرض كل مقياس على حده، من خلال التالي

أولاً: مقياس تايلور للقلق (Taylor J, 1953)

قام تايلور (1953) Taylor بإعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين ، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0- 26 درجة تعني لا يوجد قلق شديد جداً). وتم تقدير معامل الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86) ، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79). و تم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون،2007).

صدق وثبات الأداة:

١- **الصدق** : يقصد بصدق الأداة هو أن تقيس ما صممت لقياسه (فرج، 1997: 254) فالصدق

يعني درجة تحقيق الأهداف التربوية التي صممت من أجلها أداة القياس، وقد اتبع الباحث

عدداً من الطرق لحساب صدق الأداة .

صدق الاتساق الداخلي:لقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عشوائية

بلغت (40) أم من الأمهات في محافظات قطاع غزة من مجتمع الدراسة الأصلي بهدف

حساب صدق وثبات الأداة، ولحساب صدق الاتساق الداخلي، فقد قام الباحث بحساب

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، كما يبين الجدول التالي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة
**0.01	0.58	26	**0.01	0.50	1
**0.01	0.43	27	**0.01	0.30	2
**0.01	0.60	28	**0.01	0.24	3
**0.01	0.44	29	*0.03	0.15	4
**0.01	0.40	30	**0.01	0.49	5
**0.01	0.30	31	**0.01	0.41	6
**0.01	0.31	32	**0.01	0.47	7
**0.01	0.29	33	**0.01	0.28	8
**0.01	0.37	34	**0.01	0.34	9
//0.67	-0.02	35	**0.01	0.46	10
**0.01	0.32	36	**0.01	0.36	11
**0.01	0.42	37	**0.01	0.26	12
**0.01	0.45	38	**0.01	0.20	13
**0.01	0.43	39	**0.01	0.34	14
**0.01	0.57	40	**0.01	0.44	15
**0.01	0.33	41	**0.01	0.33	16
**0.01	0.25	42	**0.01	0.25	17
**0.01	0.27	43	**0.01	0.37	18
**0.01	0.17	44	**0.01	0.30	19
**0.01	0.53	45	**0.01	0.50	20
**0.01	0.52	46	**0.01	0.54	21
**0.01	0.32	47	**0.01	0.45	22
**0.01	0.23	48	**0.01	0.27	23
**0.01	0.30	49	**0.01	0.41	24
**0.01	0.27	50	**0.01	0.44	25

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة

جدول (9) يبين معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباطات لدرجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (-0.15 - 0.60)، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. وبذلك يتضح أن فقرات

مقياس القلق تتسم بدرجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي، أي أن الأداة تقيس ما صممت لقياسه. ما عدا الفقرة رقم (35) فهي غير دالة إحصائياً، فلذلك يجب حذفها من المقياس.

٢- ثبات المقياس

يقصد بثبات الاختبار "الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام نفس الأداة وفي نفس الظروف" (الأغا، 2002: 120)، وقد قام الباحث بحساب معامل ثبات القائمة بالطريقتين التاليتين

١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات بالنسبة للمقياس الكلي، حيث وجد أن قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.83 وهذا دليل كافي على أن المقياس الكلي يتمتع بمعامل ثبات مرتفع .

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس الكلي، حيث أن طريقة التجزئة النصفية تقوم على قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس الكلي وكذلك لكل بعد على حده، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.68)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان- براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.80) وهذا يدل على أن المقياس لديه درجة ثبات أعلى من نقطة القطع التي على أساسها يتم معرفة أن الاستبانة لديه درجة ثبات مناسب أو غير مناسبة وهي 0.65.

ثانياً: مقياس بك للاكتئاب: إعداد (Beck I, 1984) وتعريب غريب غريب

هذا المقياس يتكون من 21 بند، تقيس شدة الاكتئاب في البالغين، ولقد استخدم في العديد من الدراسات السابقة، و يتم حساب النقاط وفقاً لتدرج ليكرت الرباعي وتتراوح درجات الاستجابة عليه بين (0) وتعني عدم وجود عرض إلى (3) وتعني وجود عرض شديد، و تم حساب مصداقية المقياس الداخلية و كان معامل ألفا = 0.81، ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).

النسخة العربية من هذا المقياس تم حسابها في دراسات على البيئة المصرية وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب، 2000). و تم استخدام هذا المقياس في دراسات أخرى في البيئة الفلسطينية، و كانت مصداقيته عالية (أبو ليله، 2008 وأبو سيف، 2007)، (ثابت، 2007).

أولاً : صدق مقياس الاكتئاب النفسي

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بطريقتين وهما كالتالي

١- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	0.58	** ٠,٠١	انعدام القيمة	0.69	** ٠,٠١
التشاؤم	0.51	** ٠,٠١	فقدان الطاقة	0.54	** ٠,٠١
الفضل	0.66	** ٠,٠١	القابلية للغضب أو الانزعاج	0.59	** ٠,٠١
فقدان الاستمتاع	0.62	** ٠,٠١	صعوبة التركيز	0.61	** ٠,٠١
مشاعر الإثم	0.44	** ٠,٠١	الإرهاق أو الإجهاد	0.61	** ٠,٠١
مشاعر العقاب	0.45	** ٠,٠١	فقدان الاهتمام	0.66	** ٠,٠١
عدم حب الذات	0.53	** ٠,٠١	فقدان الشهية	0.47	** ٠,٠١
نقد الذات	0.45	** ٠,٠١	فقدان في الوزن	0.51	** ٠,٠١
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0.57	** ٠,٠١	زيادة في الشهية	0.31	** ٠,٠١
البكاء	0.57	** ٠,٠١	زيادة في الوزن	0.16	// غير دالة
التهيج أو الاستثارة	0.51	** ٠,٠١	قلة في النوم	0.61	** ٠,٠١
فقدان الاهتمام	0.60	** ٠,٠١	زيادة في النوم	0.16	// غير دالة
تردد	0.54	** ٠,٠١			

** دالة عند ٠,٠١ * دالة عند ٠,٠٥ // غير دالة

جدول (10) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

تبين من الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.31-0.69)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن الفقرات (زيادة في الوزن، زيادة في النوم) غير دالات إحصائياً فلذلك يجب حذفهما من المقياس.

٢- صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب النفسي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات. وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	مقياس بك للاكتئاب
دالة 0.001	-16.7	5.0	9.6	10	أقل 25% من الدرجات
		6.8	40.3	10	أعلى 25% من الدرجات

جدول (11) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى الأمهات

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائياً بين الأمهات مرتفعات الدرجات والأمهات منخفضات الدرجات في درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأمهات ذوات الدرجات العليا والأمهات ذوات الدرجات الدنيا في درجات الاكتئاب، ومما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. وهو يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانيا : ثبات مقياس الاكتئاب النفسي

بعد تطبيق المقياس وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس تساوي 0.89، وهذا دليل كافي على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعامل ثبات مرتفع .

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس (0.77)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.87) ، وهذا ويدل على أن المقياس لديه درجة ثبات مرتفعة.

ثالثاً: مقياس كرب ما بعد الصدمة إعداد دافيدسون Davidson 1987 وترجمة وتفتين د. عبد العزيز ثابت

يتكون المقياس من سبعة عشر فقرة تتعلق بالخبرات الصادمة التي تعرض لها الأشخاص سابقاً وكل عبارة في المقياس ترتبط بالحدث الصادم السابق وأمام كل عبارة خمسة إجابات تبدأ الإجابة الأولى أبداً والثانية نادراً والثالثة أحياناً والرابعة معظم الوقت والخامسة دائماً، ويضع المبحوث إشارة (X) أمام العبارة التي تتفق وتعبر عن مشاعره والعبارات كلها صحيحة وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر. ويتم الإجابة علي واحدة من الخيارات التي أمام العبارة. و تتراوح درجات هذا المقياس من صفر وحتى 68 وهي اعلي الدرجات لأولئك الذين تعرضوا للخبرات السابقة وصفر لمن لم يتعرض لهذه الخبرة، فالإجابة ابدا تأخذ صفر والإجابة بنادراً تأخذ درجة واحدة والإجابة أحياناً تأخذ درجتان والإجابة بمعظم الوقت تأخذ ثلاث درجات ودائماً تأخذ أربع درجات، تحسب الدرجات حسب الإجابة بالموافقة. وللمقياس تصحيح فرعي، بحيث يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي: استعادة الخبرة الصادمة و تشمل البنود التالية 1,2,3,4,17. تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 5,6,7,8,9,10,11. والاستثارة وتشمل البنود التالية 12,13,14,15,16. ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من 0 - 4) و يكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم. و يكون مجموع الدرجات للمقياس الفرعي 136 نقطة.

ويتم حساب التشخيص لكرب ما بعد الصدمة بما يلي: عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة، 3 أعراض من التجنب. وعرضين من أعراض الاستثارة. لحساب ثبات مقياس الاضطرابات النفسية تم حساب معامل ألفا كرونباخ ل فقرات المقياس التي عددها = 17، وقد بلغت قيمة ألفا (0.82). وأجري الباحث حساب معامل الارتباط بين درجات الفقرات الفردية ودرجات الفقرات الزوجية، وقد بلغت قيمة معامل الثبات، معامل ارتباط بيرسون بين النصفين (ر=0.55). ثم استخدم معادلة جتمان لتعديل طول الاختبار بسبب كون عدد فقرات المقياس فردياً (النصفين غير متساويين)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل بتلك المعادلة (ر = 0.71).

ثبات مقياس كرب ما بعد الصدمة على الأمهات في العينة

بعد تطبيق المقياس وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي

١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس تساوي 0.78، وهذا دليل كافي على أن مقياس الاكتئاب يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (40) من الأمهات في محافظات قطاع غزة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس (0.60)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.75)، وهذا يدل على أن المقياس لديه درجة ثبات مرتفعة.

جمع البيانات Data collection

قام الباحث بإعداد فريق يتكون من أربعة باحثين ، اثنين منهم من زملاء الدراسة ، لإجراء المقابلات وجمع البيانات من خلال الالتقاء بالأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحدا من أفراد الأسرة ،من خلال إجراء مقابلات معهن في بيوتهن لتعبئة الاستبيانات في كل محافظات قطاع غزة (شمال غزة ،غزة، المنطقة الوسطي ،خانيونس،رفح) وكان يستغرق تعبئة الاستبانة حوالي نصف ساعة..، وقد توجه الباحث وفريقه إلي مناطق حدودية ، لم تتوفر فيها وسائل نقل، ناهيك عن الخطر علي حياة فريق العمل كونها منطقة حدودية مع الاحتلال الإسرائيلي.

وقد قام الباحث بتوزيع فريق العمل في كل منطقة علي بيوت أسر الشهداء ، بالإضافة إلي البيوت التي لم يستشهد أحدا من أفرادها والالتقاء بالأمهات في هذه البيوت وجمع البيانات منهن ، وقد واجه الباحث وفريقه بعض المشاكل المادية وصعوبة التنقل بين البيوت وخصوصا المناطق الحدودية .

وقد كان يتم اللقاء مع الأم وتطرح عليها الأسئلة بطريقة بسيطة وسهلة تستطيع من خلالها الإجابة علي معظم أسئلة الاستبيان ، وما صعب عليها فهمه يقوم فريق العمل من الباحثين بتوضيحه لها.

المعالجات الإحصائية

لقد تمت معالجة البيانات باستخدام الحاسوب بواسطة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS بهدف اختبار صحة فرضيات الدراسة وذلك بالطرق الإحصائية التالية

الأساليب المستخدمة في التحليل الإحصائي

- ❖ المتوسط الحسابي: وهو عبارة عن مجموع القيم على عددها.
- ❖ الانحراف المعياري: وهو عبارة عن انحراف القيم عن متوسطها الحسابي.
- ❖ الأوزان النسبية: للتحقق من مستوى القلق ومستوى الاكتئاب وأعراض كرب ما بعد الصدمة، وهو متوسط الدرجة للمفحوص على القائمة مقسوماً على الدرجة القصوى للمقياس مضروباً في مائة.
- ❖ اختبار "ت" T-test للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين.
- ❖ تحليل التباين الأحادي "One- way ANOVA" للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات درجات أكثر من مجموعتين.
- ❖ اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات.

Eligibility criteria

Inclusion criteria

جميع الأمهات اللواتي فقدن واحداً على الأقل من أفراد الأسرة ، أو اللواتي لم يفقدن أي من أفراد الأسرة خلال حرب غزة أو ما بعدها .

Exclusion criteria

جميع الأمهات اللواتي فقدن أي من أفراد الأسرة ، أو لم يفقدن أحداً من الأسرة خلال الفترة التي سبقت الحرب علي غزة .

الاعتبارات الأخلاقية ethical consideration

١. التأكيد علي السرية التامة من قبل الباحث في جمع المعلومات مع توضيح ذلك للمشاركين في الدراسة.
٢. التأكيد علي جمع المعلومات من كل شخص مشارك في الدراسة وإعطائهم توضيح عن طبيعة الدراسة ،أهداف الدراسة، سرية المعلومات .
٣. تقديم نسخة عن الدراسة للمشاركين في الدراسة للاطلاع عليها وقراءتها.
٤. احترام آراء المشاركين، أفكارهم، تصوراتهم ،أسلوب حياتهم،دياناتهم،مع الأخذ في عين الاعتبار البعد الثقافي والاجتماعي لهم.
٥. ضمان عدم معرفة الاسم ،والسرية التامة.

معوقات الدراسة

- ١-واجه الباحث بعض المشاكل بعدم قبول بعض (الأمهات) المشاركة في الدراسة.
- ٢-واجه الباحث مشكلة في قلة الدراسات السابقة والمصادر التعليمية في هذا الموضوع (الكتب والمجلات) .
- ٣- الظروف السياسية المتغيرة والتي قد تتدهور وتتغير في أي لحظة .
- ٤-واجه الباحث مشكلة في عدم مساعدة وزارة الصحة ووزارة الداخلية في إعطاء البيانات اللازمة للبحث.
- ٥-واجه الباحث صعوبة في الحصول علي عناوين المشاركين في الدراسة والوصول إليهم في أماكن إقامتهم.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

مقدمة

يسعى الباحث في هذا الفصل إلى تحقيق أهداف الدراسة، وقد قام بجمع البيانات اللازمة من خلال تطبيق الأداة المخصصة، والتي تم التفصيل لها في فصل الأساليب والإجراءات، وذلك على عينة من أفراد العينة"، وتم تفرغ البيانات وتصفيتهما وتحليلها إحصائياً للتحقق من صحة الفروض، وذلك من خلال عدد من المعادلات الإحصائية، باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل البيانات.

التساؤل الأول: ما مستوى القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن؟

للإجابة عن السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس القلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة وأبعاده بالنسبة للأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، وذلك بهدف الكشف عن مستواها لدى أفراد العينة، وتوضح النتائج في الجدول التالي

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	المقاييس
1	56.9	7.50	27.87	49	49	القلق
2	43.2	10.70	24.64	57	19	الاكتئاب
3	35.6	11.4	30.2	85	17	كرب ما بعد الصدمة
	44.6	4.2	11.2	25	5	استعادة الخبرة الصادمة
	29.7	5.3	10.4	35	7	تجنب الخبرة الصادمة
	34.6	4.4	8.7	25	5	الاستئثار

جدول (12) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمقاييس الثلاثة (ن = 350)

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

تبيين من خلال الجدول السابق أن:

بلغ متوسط درجات القلق عند الأمهات 27.9 درجة وبانحراف معياري 7.5 درجة ، وبوزن نسبي بلغ 56.9% ، وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن عالي ونسبة 56.9%.

أما بالنسبة لمستوى الاكتئاب لديهم فقد بلغ متوسط درجات الاكتئاب عند الأمهات 24.6 درجة وبانحراف معياري 10.7 ، وبوزن نسبي بلغ 43.2%، وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن متوسط ونسبة 43.2%.

أما بالنسبة لمستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة للأمهات اللواتي تعرضن لفقدان أحد أفراد أسرتهن فقد بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة 30.2 درجة بانحراف معياري 11.4 درجة، حيث وجد أن الوزن النسبي 35.6%، وهذا يدل على أن مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن متوسط ونسبة 35.6% .

أما بالنسبة لأبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة فقد وجد أن مستوى بعد استعادة الخبرة الصادمة يحتل المرتبة الأولى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة بوزن نسبي (44.6%)، يليه بعد الاستئثار بوزن نسبي(34.6%)، ويليه بعد تجنب الخبرة الصادمة بوزن نسبي (29.7%).

التساؤل الثاني: ما مستوى القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات

في محافظات قطاع غزة اللاتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن؟

للإجابة عن السؤال قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس القلق والاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة وأبعاده بالنسبة للأمهات اللاتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن ، وذلك بهدف الكشف عن مستواها لدى أفراد العينة، وتوضح النتائج في الجدول التالي:

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	المقاييس
1	45.2	8.50	22.13	49	49	القلق
2	25.5	9.56	14.56	57	19	الاكتئاب
3	23.3	15.0	19.8	85	17	كرب ما بعد الصدمة
	21.7	4.3	5.4	25	5	استعادة الخبرة الصادمة
	24.7	8.4	8.6	35	7	تجنب الخبرة الصادمة
	23.1	5.9	5.8	25	5	الاستثارة

جدول (13) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمقاييس الثلاثة (ن=350)

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق أن:

بلغ متوسط درجات القلق عند الأمهات 22.1 درجة وبنحرف معياري 8.5 درجة ، ووزن نسبي بلغ 45.2% ، وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن مرتفع وبنسبة 45.2%.

أما بالنسبة لمستوى الاكتئاب لديهم فقد بلغ متوسط درجات الاكتئاب عند الأمهات 14.6 درجة وبنحرف معياري 9.6 ، ووزن نسبي بلغ 25.5% ، وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن ضعيف وبنسبة 25.5%.

أما بالنسبة لمستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة للأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن فقد بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة 19.8 درجة بانحرف معياري 15.0 درجة ،حيث وجد أن الوزن النسبي 23.3%، وهذا يدل على أن مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن ضعيف وبنسبة 23.3% .

أما بالنسبة لأبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة فقد وجد أن مستوى بعد تجنب الخبرة الصادمة يحتل المرتبة الأولى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة بوزن نسبي (24.7%)، يليه بعد الاستثارة بوزن نسبي (23.1%)، ويليه بعد استعادة الخبرة الصادمة بوزن نسبي (21.7%).

التساؤل الثالث هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده:

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لكشف الفروق بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لمقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي :

P-value	t	لم يفقدن (ن = ١٥١)		فقدن (ن = ١٩٩)		المقاييس
		STD	M	STD	M	
**0.01	6.70	8.5	22.1	7.5	27.9	القلق
**0.01	9.14	9.6	14.6	10.7	24.6	الاكتئاب
**0.01	7.37	15.0	19.8	11.4	30.2	كرب ما بعد الصدمة
**0.01	12.52	4.3	5.4	4.2	11.2	استعادة الخبرة الصادمة
*0.02	2.41	8.4	8.6	5.3	10.4	تجنب الخبرة الصادمة
**0.01	5.21	6.0	5.8	4.4	8.7	الاستشارة

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05

جدول (14) نتائج اختبار (ت) لكشف الفروق بين متوسطي درجات الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة للمقاييس الثلاثة (ن=350)

تبيين من خلال الجدول السابق

وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات القلق النفسي

($t\text{-test} = 6.70, P\text{-value} < 0.01$)، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، أي أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن مستوى قلق نفسي أعلى من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد من أفراد أسرهن، والعكس صحيح.

وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن، أي أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن مستوى اكتئاب نفسي أعلى من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات كرب ما بعد الصدمة، P -، t -test = 7.37, value < 0.01) والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن وهذا يدل على أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن أعراض كرب ما بعد الصدمة أكثر من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات أبعاد كرب ما بعد الصدمة التالية (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة)، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، وهذا يدل على أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن درجات أعلى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة أكثر من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

التساؤل الرابع هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده تعزى لمتغير صلة القرابة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

للتحقق من صحة التساؤل قام الباحث بإيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)

لدراسة الفروقات في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده بالنسبة لصلة القرابة للفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذا التساؤل موضحة من خلال الجدول التالي

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	194.0	3	64.67	1.15	//0.329
	داخل المجموعات	10941.8	195	56.11		
	المجموع	11135.9	198			
الاكتئاب	بين المجموعات	445.0	3	148.34	1.30	//0.275
	داخل المجموعات	22240.7	195	114.05		
	المجموع	22685.7	198			
استعادة الخبرة الصادمة	بين المجموعات	43.5	3	14.50	0.81	//0.488
	داخل المجموعات	3474.7	195	17.82		
	المجموع	3518.2	198			
تجنب الخبرة الصادمة	بين المجموعات	115.2	3	38.40	1.37	//0.254
	داخل المجموعات	5481.0	195	28.11		
	المجموع	5596.2	198			
الاستشارة	بين المجموعات	43.4	3	14.45	0.74	//0.528
	داخل المجموعات	3797.4	195	19.47		
	المجموع	3840.8	198			
كرب ما بعد الصدمة	بين المجموعات	270.8	3	90.26	0.70	//0.555
	داخل المجموعات	25244.0	195	129.46		
	المجموع	25514.8	198			

// غير دالة إحصائياً

جدول (15) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المقاييس الثلاثة بالنسبة لصلة القرابة للفقيد لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة

تبين من خلال الجدول السابق

لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في أبعاد كرب ما بعد الصدمة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى أبعاد كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

التساؤل الخامس هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده تعزى لمتغير مكان السكن (المحافظة) لدى الأمهات الفلسطينيات.

للتحقق من صحة التساؤل قام الباحث بإيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروقات في مقياس القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بالنسبة لمكان السكن (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذا التساؤل موضحة من خلال الجدول التالي:

المقاييس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	878.1	4	219.5276	3.17	**0.014
	داخل المجموعات	23923.7	345	69.34402		
	المجموع	24801.8	349			
الاكتئاب	بين المجموعات	1841.8	4	460.4569	3.67	**0.006
	داخل المجموعات	43288.4	345	125.4738		
	المجموع	45130.3	349			
استعادة الخبرة الصادمة	بين المجموعات	659.6	4	164.9032	6.75	**0.000
	داخل المجموعات	8424.2	345	24.41793		
	المجموع	9083.8	349			
تجنب الخبرة الصادمة	بين المجموعات	238.7	4	59.68548	1.27	//0.281
	داخل المجموعات	16185.0	345	46.91314		
	المجموع	16423.8	349			
الاستشارة	بين المجموعات	453.3	4	113.3159	4.14	**0.003
	داخل المجموعات	9453.5	345	27.40142		
	المجموع	9906.8	349			
كرب ما بعد الصدمة	بين المجموعات	3306.9	4	826.7344	4.36	**0.002
	داخل المجموعات	65421.9	345	189.6288		
	المجموع	68728.9	349			

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول (16) نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المقاييس الثلاثة بالنسبة لمكان السكن لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة تبين من خلال الجدول السابق

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى قلق أكبر من مستوى القلق لدى

الأمهات في محافظة "رفح"، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة الوسطى لديهم مستوى اكتئاب أكبر من مستوى الاكتئاب لدى الأمهات في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) ، وتبين أيضاً أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة "الشمال" لديهم مستوى اكتئاب أكبر من مستوى الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة "رفح" في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، خان يونس) لديهم مستوى كرب ما بعد الصدمة أكبر من مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات في محافظة (الوسطى، رفح)، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استعادة الخبرة الصادمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى استعادة الخبرة الصادمة أكبر من المستوى لدى الأمهات في محافظة (الوسطى)، وأن مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات في محافظة الشمال أكبر من مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات في محافظتي (غزة، رفح) في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تجنب الخبرة الصادمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير مكان السكن ليس لديه أثر جوهري على مستوى الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستئثار بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى استئثار أكبر من مستوى استئثار لدى الأمهات في محافظة (الوسطى)، وأن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة خان يونس لديهم مستوى استئثار أكبر من الأمهات اللواتي يسكنون في محافظتي (غزة، رفح)، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى الاستئثار لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

المقاييس	المحافظات	المتوسط الحسابي	الشمال	غزة	الوسطى	خان يونس	رفح
القلق	الشمال	26.8	1	//0.101	//0.078	//0.656	**0.003
	غزة	25.0		1	//0.526	//0.108	*0.034
	الوسطى	24.1			1	//0.071	//0.151
	خان يونس	27.5				1	**0.004
	رفح	21.0					1
الاكتئاب	الشمال	22.6	1	//0.092	**0.001	//0.901	*0.031
	غزة	20.1		1	*0.022	//0.295	//0.203
	الوسطى	15.7			1	*0.009	//0.686
	خان يونس	22.3				1	//0.073
	رفح	16.9					1
مقياس كرب ما بعد الصدمة وأبعاده							
استعادة الخبرة الصادمة	الشمال	10.4	1	**0.002	**0.000	//0.385	**0.003
	غزة	8.3		1	*0.012	//0.199	//0.203
	الوسطى	6.2			1	**0.003	//0.577
	خان يونس	9.5				1	//0.051
	رفح	6.9					1
الاستشارة	الشمال	8.2	1	//0.126	**0.003	//0.235	//0.051
	غزة	7.2		1	*0.048	*0.021	//0.251
	الوسطى	5.4			1	**0.001	//0.758
	خان يونس	9.4				1	*0.011
	رفح	5.8					1
كرب ما بعد الصدمة	الشمال	28.6	1	//0.070	**0.002	//0.686	**0.006
	غزة	25.3		1	//0.052	//0.091	//0.067
	الوسطى	20.7			1	**0.004	//0.755
	خان يونس	29.6				1	**0.007
	رفح	19.5					1

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول (17) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية في المقاييس الثلاثة بالنسبة لمكان السكن لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة

التساؤل السادس هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس كرب ما بعد الصدمة بأبعاده عند الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن:

للتحقق من صحة التساؤل قام الباحث بإجراء معامل ارتباط "بيرسون" بين المقاييس الثلاثة (القلق، الاكتئاب، كرب ما بعد الصدمة بأبعاده) عند الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذا التساؤل.

المقياس	القلق	الاكتئاب	كرب ما بعد الصدمة	استعادة الخبرة الصادمة	تجنب الخبرة الصادمة	الاستئارة
القلق	1	**0.57	**0.55	**0.47	**0.32	**0.59
الاكتئاب		1	**0.65	**0.59	**0.46	**0.55
كرب ما بعد الصدمة			1	**0.81	**0.83	**0.80
استعادة الخبرة الصادمة				1	**0.49	**0.54
تجنب الخبرة الصادمة					1	**0.45
الاستئارة						1

** دالة عند 0.01

جدول (18) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط (r) بين القلق والاكتئاب وأعراض كرب ما بعد الصدمة للأمهات اللواتي فقدن أحد من أسرهن

تبين من خلال الجدول السابق:

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.57, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاكتئاب عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.55, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.47, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.32, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.59, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.65, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.59, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.46, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.55, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.81, p\text{-value} < 0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.83, p\text{-value} < 0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.83, p\text{-value} < 0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.49, p\text{-value} < 0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.54, p\text{-value} < 0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تجنب الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.45, p\text{-value} < 0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

التساؤل السابع هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مقياس القلق ومقياس الاكتئاب ومقياس كرب ما بعد الصدمة بأبعاده عند الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن:

للتحقق من صحة التساؤل قام الباحث بإجراء معامل ارتباط "بيرسون" بين المقاييس الثلاثة (القلق، الاكتئاب، كرب ما بعد الصدمة بأبعاده) عند الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذا التساؤل.

الاستثارة	تجنب الخبرة الصادمة	استعادة الخبرة الصادمة	كرب ما بعد الصدمة	الاكتئاب	القلق	من لم يفقدوا
**0.42	**0.23	**0.37	**0.40	**0.62	1	القلق
**0.41	**0.32	**0.46	**0.47	1		الاكتئاب
**0.76	**0.85	**0.78	1			كرب ما بعد الصدمة
**0.55	**0.50	1				استعادة الخبرة الصادمة
**0.38	1					تجنب الخبرة الصادمة
1						الاستثارة

** دالة عند 0.01

جدول (19) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط (r) بين القلق والاكتئاب وأعراض كرب ما بعد الصدمة للأمهات اللواتي لم يفقدن أحد من أفراد أسرهن تبين من خلال الجدول السابق:

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.62, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاكتئاب عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.40, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.37, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.23, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.42, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.47, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.46, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.32, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.41, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.78, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.85, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.76, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.50, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.55, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تجنب الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.38, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يستعرض الباحث في هذا الفصل النتائج الرئيسية التي توصل إليها البحث ، كما يسجل تفسيراته للنتائج بما يتفق مع مشكلة البحث، كما سيقوم الباحث بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج ، وكذلك عددا من الدراسات المقترحة في مجال الدراسة الحالية .

النتائج الرئيسية:

نتائج السؤال الأول من أسئلة الدراسة

يتضح من الجدول رقم (12) أن متوسط درجات القلق عند الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن 27.9 درجة وبانحراف معياري 7.5 درجة ، وبوزن نسبي بلغ 56.9% ، وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن مرتفع وبنسبة 56.9%. أما بالنسبة لمستوى الاكتئاب لديهن فقد بلغ متوسط درجات الاكتئاب عند الأمهات 24.6 درجة وبانحراف معياري 10.7 ، وبوزن نسبي بلغ 43.2%، وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن متوسط وبنسبة 43.2%. أما بالنسبة لمستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة للأمهات اللواتي تعرضن لفقدان أحد أفراد أسرتهن فقد بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة 30.2 درجة بانحراف معياري 11.4 درجة، حيث وجد أن الوزن النسبي 35.6%، وهذا يدل على أن مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن متوسط وبنسبة 35.6% . أما بالنسبة لأبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة فقد وجد أن مستوى بعد استعادة الخبرة الصادمة يحتل المرتبة الأولى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة بوزن نسبي (44.6%)، يليه بعد الاستثارة بوزن نسبي(34.6%)، ويليه بعد تجنب الخبرة الصادمة بوزن نسبي (29.7%).

نتائج السؤال الثاني من أسئلة الدراسة

يتضح من الجدول رقم (13) أن متوسط درجات القلق عند الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن 22.1 درجة وبانحراف معياري 8.5 درجة ، وبوزن نسبي بلغ 45.2% ، وهذا يدل على أن مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن مرتفع وبنسبة 45.2%. أما بالنسبة لمستوى الاكتئاب لديهن فقد بلغ متوسط درجات

الاكتئاب عند الأمهات 14.6 درجة وبتحرف معياري 9.6 ، ويوزن نسبي بلغ 25.5% ، وهذا يدل على أن مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن ضعيف وبنسبة 25.5%. أما بالنسبة لمستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة للأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن فقد بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة 19.8 درجة بتحرف معياري 15.0 درجة ، حيث وجد أن الوزن النسبي 23.3% ، وهذا يدل على أن مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن ضعيف وبنسبة 23.3% . أما بالنسبة لأبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة فقد وجد أن مستوى بعد تجنب الخبرة الصادمة يحتل المرتبة الأولى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة بوزن نسبي (24.7%) ، يليه بعد الاستثارة بوزن نسبي (23.1%) ، ويليه بعد استعادة الخبرة الصادمة بوزن نسبي (21.7%).

نتائج السؤال الثالث من أسئلة الدراسة:

يتضح من الجدول رقم (14) وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات القلق النفسي ($t\text{-test} = 6.70, P\text{-value} < 0.01$) ، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، أي أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن مستوى قلق نفسي أعلى من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد من أفراد أسرهن ، والعكس صحيح.

وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى الأمهات ($t\text{-test} = 9.14, P\text{-value} < 0.01$) ، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، أي أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن مستوى اكتئاب نفسي أعلى من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات كرب ما بعد الصدمة ($t\text{-test} = 7.37, P\text{-value} < 0.01$) ، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن وهذا يدل على أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن أعراض كرب ما بعد الصدمة أكثر من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن بالنسبة لدرجات أبعاد كرب ما بعد الصدمة التالية (استعادة

الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة)، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن، وهذا يدل على أن الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرهن لديهن درجات أعلى في أبعاد مقياس كرب ما بعد الصدمة أكثر من الأمهات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن.

نتائج السؤال الرابع من أسئلة الدراسة :

يتضح من الجدول رقم (15) عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة . عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة . عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة . عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في أبعاد كرب ما بعد الصدمة (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى أبعاد كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

نتائج السؤال الخامس من أسئلة الدراسة:

يتضح من الجدول رقم (16) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى قلق أكبر من مستوى القلق لدى الأمهات في محافظة "رفح"، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى القلق لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة. كما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب

بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة الوسطى لديهم مستوى اكتئاب أكبر من مستوى الاكتئاب لدى الأمهات في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) ، وتبين أيضاً أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة "الشمال" لديهم مستوى اكتئاب أكبر من مستوى الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة "رفح" في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة. كما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، خان يونس) لديهم مستوى كرب ما بعد الصدمة أكبر من مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات في محافظة (الوسطى، رفح)، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة. و لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استعادة الخبرة الصادمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى استعادة الخبرة الصادمة أكبر من المستوى لدى الأمهات في محافظة (الوسطى)، وأن مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات في محافظة الشمال أكبر من مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات في محافظتي (غزة، رفح) في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة. لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تجنب الخبرة الصادمة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير مكان السكن ليس لديه أثر جوهري على مستوى الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستثارة بالنسبة لأماكن السكن التالية (الشمال، غزة، الوسطى، خان يونس، رفح) لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة، ولكشف الفروق بين المجموعات تم إيجاد اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن

الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة (الشمال، غزة، خان يونس) لديهم مستوى استثارة أكبر من مستوى استثارة لدى الأمهات في محافظة (الوسطى)، وأن الأمهات اللواتي يسكنون في محافظة خان يونس لديهم مستوى استثارة أكبر من الأمهات اللواتي يسكنون في محافظتي (غزة، رفح) ، في حين لم يلاحظ أي فروق بين المجموعات الأخرى، مما يعني أن متغير مكان السكن لديه أثر جوهري على مستوى الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة.

نتائج السؤال السادس من أسئلة الدراسة :

يتضح من الجدول رقم (18) وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.57, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاكتئاب عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.55, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.47, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.32, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.59, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.65, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.59, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.46, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.55, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.81, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.83, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.83, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.49, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.54, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تجنب الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.45, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

نتائج السؤال السابع من أسئلة الدراسة

يتضح من الجدول رقم (19) وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.62, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاكتئاب عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.40, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.37, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.23, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.42, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.47, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.46, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.32, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.41, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة واستعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.78, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة و تجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.85, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين كرب ما بعد الصدمة و الاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.76, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة وتجنب الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.50, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين استعادة الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.55, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تجنب الخبرة الصادمة والاستثارة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ($r=0.38, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى تجنب الخبرة الصادمة عند الأمهات زاد مستوى الاستثارة عندهن والعكس صحيح.

تفسير نتائج البحث (Discussion)

بالنسبة إلى تفسير نتيجة السؤال الأول

نلاحظ أن مستوي القلق لدي الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن مرتفع وبنسبة 56.9% وهذه نتيجة ليست بالمفاجأة إذا ما قورنت مع حجم الصدمات التي يتعرض لها الشعب الفلسطيني وقسوة الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية والقتل المتعمد من قبل الاحتلال الإسرائيلي والذي بلغ ذروته في حرب غزة وما بعدها من اجتياحات واغتيالات وإطلاق للقذائف والصواريخ واستخدام الطائرات لإحداث ضجيج وتفريغ هواء بصورة تجعل أحداث الحرب ماثلة دائما في أذهان المجتمع وهو ما يرفع درجات التوقع والخوف والقلق لديهم وكذلك يؤدي إلى تنبيه العديد من الانفعالات السلبية داخل الأطفال خصوصا ومجمل أفراد المجتمع. وبما أن الزوجة أو الأم جزء من المجتمع بل وجزء مهم جدا فهي أيضا تتعرض للصدمات ولنفس ما يتعرض له أفراد المجتمع وبالتالي نتوقع ارتفاع درجات القلق لديها لارتفاع وتيرة الأحداث السياسية التي خلفتها وتخلقها إسرائيل للمجتمع الفلسطيني في غزة، بما أن الزوجة أو الأم زاد لديها معدل القلق بفقدانها زوجها أو احد أبنائها أو أي من أفراد أسرتها وهذا ما يجعلها في حالة من القلق والتوتر الشديد علي أفراد عائلتها والخوف الشديد من فقدانهم في أي لحظة وذلك نتيجة الاعتداءات التي يقوم بها الاحتلال والاجتياحات التي ينفذها الاحتلال علي قطاع غزة ويوقع من جراء ذلك الشهداء كضحايا للعدوان.

فقد أظهرت نتائج دراسة كل من (هايس 1994) Hays و دراسة Zisook (Hays et al, 1994) (أظهرت نتائجها أن الزوجات والأزواج الذين لديهم خبرة سابقة للحزن نتيجة وفاة أحد الزوجين كانت عندهم مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام والاكنتاب وفقدان الأمل يستمر حتى (25) شهرا بعد فقدان أزواجهن. كذلك تتفق نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة كحيل (كحيل ، 2002) والتي تشير إلي أن أكثر الفئات تأثرا ومعاناة نتيجة فقدان أحد أفراد الأسرة هن أمهات و زوجات الشهداء والتي تظهر عليهن الأعراض النفسية مقارنة بأمهات و زوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد أستشهد أو جرح أحد أبنائهن .

كذلك تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة البدور وآخرون (El bedour et al, 1999) والتي أظهرت أن أكثر الأعراض النفسية التي عانت منها عائلات ضحايا مجزرة الخليل ، ولاسيما الأمهات كانت القلق والاكنتاب والانسحاب الاجتماعي.

كذلك نلاحظ أن مستوي الاكنتاب لدي الأمهات اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة كان متوسطا وبنسبة 43.2% وهذا ما يتفق مع دراسة (Zisook, et al ,1991) والتي أشارت إلي أن انتشار

الاكتئاب لدي الأزواج الذين فقدوا أزواجهم أعلي بكثير من الذين لم يفقدوا أزواجهم وما زالوا علي قيد الحياة وهذه النسبة بلغت حوالي 4%. وخلصت الدراسة إلي نتيجة مفادها أن نوبات الاكتئاب شائعة بعد موت أحد الزوجين ولا بد للأطباء أن يتابعوا جيدا الحالات المشتبه فيها وبخاصة الأرامل الشابات والرجال الذين لديهم تاريخ مرضي من الاكتئاب أو الذين يعانون من متلازمة اكتئاب كامل بعد وقت قصير من فقدان.

كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Hays, et al, 1994) والتي أشارت إلي الزوجات أو الأزواج الذين فقدوا احد أفراد الأسرة والذين لديهم خبرة سابقة للحزن كانت عندهم مستويات مرتفعة من القلق العام والاكتئاب وفقدان الأمل خلال (25) شهرا بعد فقدان النساء لأزواجهن.

ويري الباحث أن هذه النتيجة تأتي منسجمة مع ما يسود في الواقع الفلسطيني وخصوصا في قطاع غزة وما تعانیه الأسر الفلسطينية وخصوصا الأمهات الفلسطينيات اللواتي يتعرضن لأصعب الظروف والمحن والصدمات من فقدانها لأحد أفراد أسرتها أو هدم لبيتها أو فقدانها لمصادر الدخل. والتي مردها للاحتلال الإسرائيلي الذي يمعن في العدوان علي أبناء شعبنا ليل نهار دون أي رادع أو قانون دولي.

إضافة للعديد من مصادر الضغط والشدائد التي تعيش المرأة الفلسطينية وتعرض لها وتؤثر بالتالي على قدرتها على التكيف وعلى تزايد درجات القلق والاكتئاب لديها مثل البطالة والحصار وتزايد مطالب أفراد الأسرة الفلسطينية مع عدم قدرة أرباب الأسر من تلبية وإشباع حاجات الأبناء بالطرق السليمة، كل ذلك مجتمعا يولد حالة من الحزن والإحباط لدي الأمهات، إذ أن من طبيعة الإنسان التأثر بالمؤثرات الحياتية والتفاعل معها من خلال انفعالاته المتنوعة (كالفرح والحب والخوف والحزن...) والحزن من ابسط صور الاكتئاب النفسي الذي يعرض للإنسان أثناء تفاعله مع مثيرات الحياة في مواقف الفشل والإحباط والمرض.

كذلك أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى كرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي فقدن أحد أفراد الأسرة متوسط وبنسبة 35.6%. وهذا ما يتفق مع دراسة (Elklit, et al, 2010) والتي أظهرت نتائجها أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة لدي الأفراد الذين فقدوا عزيز لهم نتيجة مرض السرطان حوالي 40% من العينة المكلومة.

كذلك يتفق مع دراسة (Tagay, et al, 2008) والتي أظهرت نتائجها أن نسبة 25.4% من أفراد العينة اعتبروا فقدان عزيز علي أنه أسوأ الصدمات .

كذلك يتفق مع دراسة (ميرفي وآخرون، 1999) والتي تناولت انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الآباء والأمهات التكلى بأبنائهن من سن (12_28) عاما بطريقة عنيفة حيث وجدت الدراسة أن

أمهات الأطفال الذين توفوا بطريقة عنيفة أكثر تعرضاً لعراض كرب ما بعد الصدمة حيث أن 20% منهم يمكن متأثرات بصورة كبيرة لعامين بعد ذلك الموت .

ويري الباحث أن هذه النتيجة منطقية إذا ما قورنت بما يدور في واقع قطاع غزة حيث أن آثار الصدمات التي يتعرض لها الشعب الفلسطيني وقسوة الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية جعلت الجميع يتأثر بشكل أو بآخر ، حتى النساء العاديات اللاتي لم يتعرضن لمحن وشدائد يتأثرن بهذه الظروف لأنهن يعشن في نفس المجتمع ويواجهن نفس الظروف، فلا يخلو بيت من بيوت أهالي قطاع غزة إلا وقد تعرض لمظهر من مظاهر القلق وعانى من شدة من الشدائد التي تعرض لها كافة المجتمع سواء خلال الحرب أو الاجتياحات التي سبقت وتلت الحرب ، كاستشهاد أو إصابة أو سجن أو هدم المنزل الذي يسكنون فيه.

بمعنى آخر أن كل فرد من أفراد الشعب الفلسطيني تعرض لمظهر معين من مظاهر الصدمة بشكل مباشر أو غير مباشر أي برؤية الحدث أو بشكل غير مباشر عبر شاشات التلفاز وهذا ما بينته دراسة (ثابت وآخرون ، شعث 2005) بأن 99% من أفراد الشعب الفلسطيني شاهدوا أو تعرضوا لخبرة أو أكثر من الخبرات الصادمة ، وبما أن الأم أو الزوجة جزء من المجتمع بل جزء مهم جدا فهي أيضا تتعرض للصدمة .

وهذا ما يتفق مع دراسة (Punamaki, 1986) التي أظهرت نتائجها أن العنف السياسي والعسكري لهما تأثير علي الصحة النفسية والجسمية لدي النساء الفلسطينيات حيث أدي تعرضهن لأحداث الاحتلال العسكري الصادمة إلي ازدياد ملموس في أعراض الأمراض النفسية التي يعانين منها وتزايد شعورهن بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، بالإضافة إلي تدني صحتهن العامة.

كذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة القدومي والحلو والتي هدفت إلي التعرف علي مستوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة ودرجة التعايش معها لدي آباء وأمهات شهداء انتفاضة الاقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية (القدومي والحلو ، 2003) وقد أظهرت نتائجها أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت كبيرة عند آباء وأمهات الشهداء حيث وصلت النسبة المئوية إلي 71.4%.

بالنسبة إلي تفسير نتيجة السؤال الثاني

تشير الدراسة الحالية إلي أن مستوى القلق لدي الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرهن مرتفع وبنسبة 45.2% .

يري الباحث أن هذه النتيجة هي صورة واقعية للواقع الفلسطيني الذي يعتبر من الأماكن الملتهبة والتي تصنف علي أنها مناطق حرب ، إذ أن قطاع غزة تعرض في السنوات الأخيرة إلي حرب شرسة وسبقها انتفاضات بدأت من العام 1987 وحتى نهاية 2000، وخلفت أعداد كبيرة من الشهداء والإصابات والإعاقات بين أبناء قطاع غزة ، ناهيك عن دمار للبيوت وللبنية التحتية ، مما زاد من الضغوط النفسية والاجتماعية علي الأفراد والأسر ولاسيما الأمهات اللواتي زاد معدل القلق لديهن نتيجة خوفهن من أن يفقدن أحد أفراد أسرهن أو أن يهدم بيوتهن أو يصاب أحد أفراد الأسرة.

ناهيك عن الأوضاع الاجتماعية الصعبة التي تعيشها الأمهات وزيادة معدلات الفقر والبطالة وعدم الشعور بالأمان ، إضافة إلي الحصار الظالم لقطاع غزة ، وما يولده من أعباء اقتصادية تؤثر علي الأسر الفلسطينية في قطاع غزة .

وقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع نتائج دراسة عساف ، و شعث والتي كانت بعنوان الآثار النفسية الاجتماعية والاقتصادية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الاقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات (عبد محمد عساف ، مني سعد الله شعث ، 2002) وأظهرت نتائجها أن الآثار النفسية والاجتماعية علي المرأة الفلسطينية بلغت 69% وهذا يعني أن المرأة الفلسطينية تعاني بدرجة عالية نتيجة العدوان الإسرائيلي علي الشعب الفلسطيني .

وقد نالت مجالات الضغوط النفسية علي متوسطات عالية جدا كشعور المرأة بالتعب والإرهاق المتواصلين بسبب الأحداث حيث بلغت نسبة ما يعانين من تعب وإرهاق 85.8% وأيضا عبرت النساء عن خوف وقلق شديدين علي نفسها وعلي الأسرة بلغت 86.4% وأيضا عبرت المرأة عن الحزن والآسى لما يحدث 85.2% مما لا يدع شك حول نسبة الإحباط الذي تعاني منه المرأة الفلسطينية من جميع الفئات.

وقد أكدت الكثير من الدراسات الآثار الوخيمة التي تتعرض إليها النساء ، وهن الحلقة الأضعف في أي مجتمع ، وذلك في حالات الحروب والنزاعات كما أظهرت ذلك دراسة (Ron, 1999) حول نساء البوسنة. كذلك أظهرت دراسة (كرم ، 1999) أن التأثير النفسي للحياة في منطقة حرب أو صراع تتضمن ارتفاعا في معدلات القلق وكرب ما بعد الصدمة والاكنتاب واضطرابات نفسية أخرى . كما وجد أن النساء يعانين بدرجة اعلي من الرجال.

كذلك اشارت الدراسة الحالية إلي أن مستوى الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات غزة اللواتي لم يفقدن أحد أفراد أسرتهن ضعيف وبنسبة 25.5%. كذلك أشارت الدراسة إلي أن مستوي كرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات اللواتي لم يفقدن احد أفراد أسرتهن ضعيف وبنسبة 23.3%. يري الباحث أن هذه النتيجة طبيعية للأمهات لم يفقدن أحدا من أفراد أسرتهن ، حيث أن فقدان احد أفراد الأسرة يترك أثارا نفسية كبيرة علي الأمهات ويدخلهن في حالة من الحزن والألم علي فراق عزيز والتي إن امتدت فترته فان الأم تكون عرضة للاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة. لذلك فان الأم التي لم تتعرض لفقدان أحدا من أفراد أسرتها تكون اقل عرضة للاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي بينت أن نسبة الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة كانت ضعيفة لدي الأمهات اللواتي لم يفقدن أحدا من أفراد أسرتهن.

بالنسبة إلي تفسير نتيجة السؤال الثالث

تشير الدراسة الحالية إلي وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن ، والأمهات اللواتي لم يفقدن احد أفراد أسرتهن ، بالنسبة لدرجات القلق النفسي والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده ، والفروق كانت لصالح الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن ، أي أن الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن لديهن مستوي مرتفع من القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بأبعاده مقارنة مع الأمهات اللواتي لم يفقدن احد أفراد أسرتهن والعكس صحيح وييري الباحث أن هذه النتيجة تعتبر منطقية وتلامس الواقع لما يتركه فقدان من اثر نفسي كبير علي الأمهات الفلسطينيات ، وخصوصا الأمهات اللواتي يستشهد أبنائهن أمام أعينهن علي اثر قصف من الطيران أو الدبابات ، تاركة خلفها جثتا ممزقة وأشلاء متناثرة . هذا الحدث الصادم يترك أثارا نفسية عميقة علي الأم، قد تدخلها في حالة من الصدمة القوية والتي تتطور مستقبلا بأشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية ، كالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، مقارنة مع أمهات لم يفقدن أحدا من أفراد أسرتهن ، أو فقدن أحدا من أفراد الأسرة علي اثر موت طبيعي.

وهذا ما يتفق مع دراسة (الخرافي ، 1997) والتي بينت أن الشعور بالوحدة النفسية لدي أمهات فقدن أزواجهن في ظل ظروف وفاة غير طبيعية سواء بالاستشهاد أو الأسر أثناء العدوان العراقي علي دولة الكويت ، مقارنة مع أمهات فقدن أزواجهن في ظروف وفاة طبيعية ، كانت مرتفعة لصالح الأمهات اللواتي فقدن أزواجهن في ظل ظروف وفاة غير طبيعية. وأظهرت نتائج الدراسة أن زوجات الشهداء يعانون من مشاعر الوحدة والقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة بدرجة اكبر من غيرهن. كذلك تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (كحيل ، 2002) والتي أظهرت نتائجها أن أكثر الفئات تأثرا ومعاناة وتظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير هن أمهات وزوجات

الشهداء مقارنة بأمهات وزوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد استشهد أو جرح احد أبنائهن. كذلك في دراسة (ميرفي وآخرون ، 1999) والتي أظهرت نتائجها أن أمهات الأطفال الذين توفوا بطريقة عنفيه أكثر تعرضا لعراض كرب ما بعد الصدمة ، مقارنة مع أمهات أطفال توفوا بشكل طبيعي .

كذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Hays et al , 1994) والتي أظهرت نتائجها أن الزوجات اللواتي لديهن خبرة سابقة للحزن كانت عندهم مستويات مرتفعة من أعراض القلق العام والاكنتاب وفقدان الأمل خلال (25) شهرا بعد فقدان أزواجهن. كذلك تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (El bedour et al , 1999) والتي أظهرت نتائجها أن (39 %) من نساء الشهداء ظهرت لديهن أعراض الصدمات النفسية ، وأن أكثر الأعراض النفسية كانت القلق والاكنتاب والانسحاب الاجتماعي ، وذلك عقب فقدان أحد أفراد الأسرة .

كذلك تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Zisook , et al , 1991) والتي كانت بعنوان الاكنتاب خلال السنة الأولى بعد وفاة احد الزوجين . وقد تم عمل مقارنة لعينة من الأرمال اللواتي فقدن أزواجهن ، مع عينة من الزوجات اللواتي ما زال أزواجهن علي قيد الحياة . وقد بينت النتائج أن انتشار الاكنتاب لدي الزوجات اللواتي فقدن أزواجهن اعلي بكثير من اللواتي ما زال أزواجهم علي قيد الحياة .

بالنسبة إلي تفسير نتيجة السؤال الرابع

تشير الدراسة الحالية إلي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق والاكنتاب وكرب ما بعد الصدمة بالنسبة لصلة قرابة الفقيد (زوج، ابن، ابنة، أخ، أخت، أخرى) لدى النساء الفلسطينيات في قطاع غزة، مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى القلق والاكنتاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

ويري الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع واقع المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة والذي يعتبر من المجتمعات المكروبة والتي تحمل الصدمة معاني اجتماعية ونفسية سامية ، فهي تعني البطولة والاحترام والتقدير الاجتماعي والالتفاف الوطني لأن الفقدان حدث في عرف المجتمع بطريقة نضالية تغذي تقدير واحترام الذات وتغذي الصورة الحسنة نفسيا أمام الآخرين ، تلك هي أحد العوامل الداعمة للشخص خلال الصدمات إضافة للطابع العائلي الإسلامي المتماسك والذي يسود عائلته أواصر التعاطف والتعاقد والتماسك فيما بينهم والشعور بالآخرين في أحزانهم

وأفراحهم. وينطبق عليهم قول الرسول صلي الله عليه وسلم فيما رواه كل من البخاري ومسلم وأحمد بن حنبل رحمهم الله أجمعين عن النعمان بن بشير رضي الله عنهما عن رسول الله صلي الله عليه وسلم "إنما المؤمنون في توادهم وتراحمهم كالجسد الواحد إذا أشتكى منه عضو تداعي له سائر الأعضاء بالسهر والحمى".

والنموذج الاجتماعي للعائلات الفلسطينية هو النموذج العائلي الممتد الذي يتميز بمتانة العلاقة بين الأفراد بحيث تمتد هذه العلاقة إلي أجيال عدة بما يحمي ويساند الأفراد حين تعرضهم للمحن والشدائد ويسود تلك العلاقة الود والدفء وهي ما يحتاجها الشخص في أوقات المحن والشدائد .

في حين نري علي الجانب الآخر العائلات الغربية والتي تعتبر عائلات نووية ويتكون أفرادها من الزوج والزوجة وفي بعض الأحيان أبن أو ابنة والذي يترك العائلة لحظة بلوغه في سن الثامنة عشر تاركا والديه . وهذا دليل علي عدم تماسك وترايط العائلات الغربية وتفكك الأواصر والروابط فيما بينها وعدم الشعور بمشاعر الآخرين في أحزانهم وأفراحهم .

وبناء" علي نتيجة هذه الدراسة بان متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه اثر جوهري علي مستوي القلق والاكتئاب وكره ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة ،فان الباحث يري أن هذه النتيجة نتيجة طبيعية تتوافق مع طبيعة المجتمع الفلسطيني الذي يتميز بالتماسك والتعاقد والشعور بمشاعر جميع أفراد المجتمع الفلسطيني، وما يحل بهم من مصائب وويلات ، والتي هي كثيرة نتيجة استمرار العدوان الصهيوني علي أهلنا في الأراضي الفلسطينية ، وكذلك ما تتعرض له المرأة الفلسطينية بصورة عامة إن كانت أم أو أخت أو زوجة شهيد أو مصاب فالجميع سواسية تحت سوط الاحتلال وممارساته بحيث أن تلك الظروف تخلق كما بينته الباحثة النفسية الفنلندية "رايا لينا بونامكي" بالشعور النفسي العام وهو ما يساوي نفسيا ومرضيا الهستيريا الجماعية فأينما ينتشر التعاطف والمساندة في جماعة تسود الأعراض الجماعية لدى الجميع ويتم أيضا تناقل أعراضهم عبر الأجيال للتكون في النهاية مناخ نفسي واحد لدى الجميع .

وليس غريبا علي الأمهات الفلسطينيات أن لا يكون هناك فرقا في اثر فقدانها لزوجها أو أبنها أو أخيها أو أختها أو أي من أفراد أسرتها ، علي صحتها النفسية فيما يتعلق بمستوي القلق والاكتئاب وكره ما بعد الصدمة . مما يعني أن متغير صلة القرابة للفقيد ليس لديه أثر جوهري على مستوى القلق والاكتئاب وكره ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة .

بالنسبة إلي تفسير نتيجة السؤال الخامس

تشير الدراسة الحالية إلي أن متغير السكن لديه أثر جوهري علي مستوي القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة ، فقد لوحظ أن مستوي القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة مرتفع في محافظات الشمال ، ومحافظة غزة وكذلك محافظة خانينوس مقارنة مع المحافظات الوسطى ومحافظة الجنوب (رفح).

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلي أن هذه المناطق كانت الأكثر تضررا ومعاناة في حرب غزة وما قبل وبعد حرب غزة إلي يوم إجراء هذه الدراسة ، حيث أن النسبة الأكبر من المفقودين كانت من منطقتي الشمال وغزة.

وهذا ما يتفق مع الواقع حيث تعتبر منطقة الشمال وغزة وخانينوس نقاط تماس مع الاحتلال منذ اندلاع انتفاضات غزة وزادت الشدائد على قاطني تلك المناطق خصوصا خلال حرب غزة والتي تركزت في منطقتي الشمال وغزة ، مما أضطر الكثير من سكانها إلي الهجرة والرحيل من أماكن سكنهم إلي أماكن كانوا يعتقدون أنها أكثر أمانا وهي مدارس وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين . لكن العدوان الإسرائيلي كان شرسا ولاحقهم إلي هذه الأماكن وقتل الكثير منهم دون رحمة .

ويري الباحث أن ارتفاع مستوي القلق وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات في هذه المناطق يعود إلي خوفهن المتكرر والمختزن داخلهن والذي يستثار بسهولة خاصة في ظل قيام الجيش الإسرائيلي المتكرر بالغارات الوهمية وإطلاق قنابل الصوت وتفريغ الهواء والاجتياحات والاعتقالات المتكررة والتي تعزز خوفهن وتوترهن من تكرار هذه الحرب والاجتياحات مرة ثانية ويخسرن أفراد جدد من أفراد عائلتهن.

إضافة إلي ذلك خشيتهن من تدمير بيوتهن وتشريد أفراد العائلة وهو ما يخلق ضغوطا وعبئا جديدا عليهن ، بالإضافة إلي الحصار الظالم علي قطاع غزة ، وهو ما يمنع العائلات من إعادة بناء بيوتهم.

أما فيما يتعلق بارتفاع مستوي الاكتئاب لدي الأمهات في محافظة الوسطى عنها في المناطق الأخرى فيري الباحث أن هذه النتيجة منسجمة مع واقع المخيمات الفلسطينية والتي تمثل المنطقة الوسطى غالبية مخيمات قطاع غزة ، إذ تعتبر المخيمات من أكثر مناطق قطاع غزة فقرا ، ومعاناة وزيادة في عدد سكانها وعدم وجود الإمكانيات ومقومات الحياة لدي سكانها ، مما يزيد من الأعباء والضغوط النفسية لدي سكانها ، وخصوصا الأمهات التي تعتبر الجزء الأهم في العائلات الفلسطينية ، وليس غريبا أن يكون مستوي الاكتئاب لدي الأمهات في المنطقة الوسطى

اعلي منه في المناطق الأخر من قطاع غزة وكذلك ما بينته نتائج استطلاعات برنامج غزة للصحة النفسية خلال الأعوام الماضية من تزايد درجات القلق والاكتئاب لدى مجموع سكان قطاع غزة بسبب تلك الأحداث والظروف الصعبة وحالات الاستنزاف والخوف المستمر بفقدان أعزاء عليهم .

بالنسبة إلي تفسير نتيجة السؤال السادس

تشير الدراسة الحالية إلي وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.57, p\text{-value}<0.01$)، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى الاكتئاب عندهن والعكس صحيح.

وهذا ما يتفق مع دراسة (kessler Rc, et al ,1996) والتي بينت أن هناك درجات مختلفة في حدوث القلق بالتزامن مع الاكتئاب (الاعتلال المشترك)، comorbidity ففي نتائج لمؤسسة US national Comorbidity Survey بينت أن حدوث القلق بالتزامن مع الاكتئاب في متابعة لمدة ١٢ شهر سجلت ٥١% .

كذلك يتفق مع دراسة (Sartorius N, et al, 1996) حيث أخذت النتائج من منظمة الصحة العالمية WHO في دراسة علي انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الأولية ، وقد سجلت نسبة انتشار الاكتئاب ٣٩% بالتزامن مع (comorbid) القلق . وقد سجلت نسبة انتشار القلق ٤٤% بالتزامن (comorbid) مع الاكتئاب.

كذلك في دراسة (Mineka S,et al, 1998) والتي بينت أن نسبة الاعتلال المشترك بين القلق والاكتئاب عالية جدا (highly correlated) .

هذه النتيجة تعزز ما هو متعارف عليه من أن كلا من القلق والاكتئاب وجهين يعزز كل منهما الآخر ، فإذا كان القلق هو شعور عام بإمكانية حدوث شيء سيء على وشك الحدوث وهو ما جعل حالات القلق ترتفع لدى النساء في محافظات غزة بسبب توقعهن لحدوث مكروه في أي لحظة بعدما وقع لهن قبل ذلك، فالإكتئاب لديهن هو شعورهن بأن ما كان متوقعا قد وقع بالفعل ومن الممكن أن يقع في أي لحظة وكذلك ما يوجد في وعيهم وذاكرتهن من شعور لا زال يعتمل داخلهن من آثار للفقدان وهو ما يتم إحياءه بسهولة في ظل تعرضهن لظروف وأحداث مشابهة للحدث الصادم الأول.

كذلك تشير الدراسة الحالية إلي وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و كرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.55, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح ، فكرب ما بعد الصدمة يأخذ أشكال متعددة منها القلق والذي يتعزز في ظل بيئة التوتر

والشدائد ، لذلك فطالما وأينما وجدت الأحداث الصدمية يوجد مخارج لتلك الأحداث الصدمية في شكل قلق لدى البعض واكتئاب لدى البعض الآخر وأعراض أخرى لدى فئة ثالثة ، أي أن الأحداث الصعبة الصدمية تعتبر مرتعا خصبا لانتشار الأمراض النفسية بتعددتها وتنوعها .

كذلك تشير الدراسة الحالية إلي جود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.65, p\text{-value}<0.01$) ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكتئاب عند الأمهات زاد مستوى كرب ما بعد الصدمة عندهن والعكس صحيح.

وهذا ما يتفق مع دراسة (A Bleich , et al ,1997) حيث تم فيها دراسة للإمراض النفسية والتي تعقب الصدمات النفسية للحرب، مع التركيز بشكل خاص علي الاعتلال المشترك بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة (PTSD) ، وقد أظهرت نتائجها أن كرب ما بعد الصدمة الأكثر انتشارا ، وأن الاعتلال المشترك بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة الأوسع نطاقا ويعانون من اضطراب اكتئابي (MDD) يليه اضطرابات القلق ، واضطرابات عاطفية بسيطة ، وسوء استخدام الكحول أو المخدرات

كذلك يتفق مع دراسة (Breslau N , et al ,1997) والتي كانت بعنوان العواقب النفسية لكرب ما بعد الصدمة لدي النساء بعد حدث صادم (Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women) وقد أظهرت نتائجها الارتباط الكبير بين حدوث كرب ما بعد الصدمة ، وحدث الاكتئاب والقلق وسوء استخدام الأدوية لدي النساء عقب حدث صادم .

كذلك يتفق مع دراسة (Breslau N , et al , 2000) والتي كنت بعنوان نظرة أخرى علي الاعتلال المشترك في ضحايا الصدمات النفسية ، وما إذا كان هناك ارتباط مشترك في حدوث كرب ما بعد الصدمة مع الاكتئاب أم أنها تحدث بشكل منفصل لدي الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم .

(a second look at comorbidity in victims of trauma : the ptsd –major depression connection) وقد أجريت الدراسة علي أشخاص تعرضوا لحدث صادم ، وأشخاص لم يتعرضوا لحدث صادم ، وأظهرت نتائجها الارتباط الملحوظ للاكتئاب مع كرب ما بعد الصدمة لدي الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم مقارنة بالأشخاص الذين لم يتعرضوا لحدث صادم ، وهذا ما لا يدعم الفرضية القائلة بان كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب في ضحايا الصدمات النفسية تتأثر بشكل منفصل ويكونوا عرضة لذلك بشكل منفصل.

كذلك يتفق مع دراسة (Stefan G. Hofmann , 2003) والتي كانت بعنوان القلق الاجتماعي والاكنتاب واضطراب كرب ما بعد الصدمة لدي المحاربين القدامى في فيتنام .

(social anxiety ,depression , and ptsd , in Vietnam veterans) وقد أجريت الدراسة علي مجموعة من المحاربين القدامى الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة ومجموعة أخرى لا تعاني من كرب ما بعد الصدمة ، وقد أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يعانون من كرب ما بعد الصدمة لديهم مستويات عالية من القلق الاجتماعي ، كذلك سجلوا مستويات عالية من الاكنتاب ، قياسا بالأشخاص الذين لا يعانون من كرب ما بعد الصدمة.

كذلك يتفق مع دراسة (Shalev YA, et al , 1998) والتي كانت بعنوان (prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma)

حدث كرب ما بعد الصدمة والاكنتاب لدي الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة نفسية عقب حدث صادم.

وكان الهدف من الدراسة فحص حدوث وتداخل وفترة حدوث كرب ما بعد الصدمة (ptsd) والاكنتاب عقب حدث صادم . وقد أظهرت النتائج أن نسبة الاعتلال المشترك (comorbidity) بين كرب ما بعد الصدمة والاكنتاب عقب شهر من الحدث كانت (44.5%) وكانت النسبة بعد ٤ شهور من الحدث (43.2%) ، وقد كانت الأعراض كبيرة وحادة مع انخفاض في الأداء الوظيفي .

كذلك تشير الدراسة الحالية إلي وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الاكنتاب و استعادة الخبرة الصادمة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن ($r= 0.59, p < 0.01$ ، أي أنه كلما زاد مستوى الاكنتاب عند الأمهات زاد مستوى استعادة الخبرة الصادمة عندهن والعكس صحيح.

وهذا ما يتفق مع دراسة (Carlier Iv, et al , 2000) والتي كانت بعنوان استعادة الخبرات والذكريات المؤلمة ، والاعتلال المشترك مع كرب ما بعد الصدمة لدي مرضي الاكنتاب.

(Intrusive traumatic recollections and comorbid ptsd in depressed patients)

حيث ركزت الدراسة علي فحص العلاقة بين استعادة الخبرات الصادمة ودورها لدي مرضي الاكنتاب من الرجال والنساء . وقد أظهرت النتائج أن 75% من مرضي الاكنتاب لديهم خبرات سابقة للأحداث المؤلمة والصادمة . وان أعراض استعادة الخبرات السابقة شخصت في 48% من الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة عنيفة . وان 13% شخصوا كرب ما بعد الصدمة من مجموع

العينة كاعتلال مشترك . النتائج أظهرت ارتفاع في مستوى استعادة الخبرات الصادمة واستعادة الذكريات المؤلمة لدي مرضي الاكتئاب.

بالنسبة إلى تفسير نتيجة السؤال السابع

تشير الدراسة الحالية إلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق و الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة بأبعاده ، لدي الأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة ، اللواتي لم يفقدن أحدا من أفراد أسرهن .ويري الباحث أن وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية لدي الأمهات اللواتي فقدن احد أفراد أسرهن ، واللواتي لم يفقدن احد أفراد أسرهن في قطاع غزة ، يرجع إلى الظروف السيئة التي تعيشها الأمهات الفلسطينيات وحجم الضغوطات النفسية الكبيرة التي تتعرض لها الأم الفلسطينية من خلال معاشتها الواقع الفلسطيني المرير الذي لا يستثني صغيرا أو كبيرا ، امرأة أو رجل ، فالجميع عرضة للقتل ، أو الإصابة أو هدم بيته أو التضييق عليه في مصادر الرزق ، ناهيك عن عدم توفر الخدمات الطبية ، أو التعليمية ، ودمار شامل للبنية التحتية ، بالإضافة إلى عدم توفر ابسط سبل الحياة . كل ذلك مرده إلى الاحتلال البغيض الذي يعمل ليل نهار علي تدمير الفلسطيني أينما كان. كل ذلك بالإضافة إلى توقع الأمهات لحدوث مكروه في أي لحظة بعدما وقع لهن قبل ذلك، يخلق لديهن حالة من القلق ، والخوف المستمر قد يتطور إلى ظهور الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة ، لذلك وجدت الدراسة الحالية وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية لدي الأمهات اللواتي فقدن أو لم يفقدن أي من أفراد أسرهن علي حد سواء .

التضمينات (التوصيات)

من خلال عرض الإطار النظري والدراسات السابقة والنتائج التي توصل لها البحث فان الباحث يقدم التوصيات التالية :

- ١- تصميم برامج إرشادية مستمرة وليست طارئة تعمل علي رفع مستوي التوافق النفسي والاجتماعي لدي الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن. وخصوصا الأمهات اللواتي استشهد احد أفراد أسرتهن.
- ٢- وضع سياسات وطرق تكفل الدعم الطبي والنفسي والتعليمي والمادي للأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن كذلك دعم عائلتهن من قبل المؤسسات والجمعيات الخيرية.
- ٣- دمج الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن احد أفراد أسرتهن وخصوصا زوجات الشهداء في المجتمع من خلال خلق فرص عمل في مجالي التعليم والصحة والمؤسسات الخيرية وذلك بهدف رفع مستوي التوافق النفسي والاجتماعي لديهن والخروج من حالة القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة التي تشعر بها الأمهات عقب فقدانها احد أفراد أسرتها.
- ٤- العمل علي زيادة الوعي النفسي والاجتماعي من قبل المرشدين والتربويين والمؤسسات المتخصصة يهدف إلي كيفية التعامل مع الضغوطات النفسية وحالات القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة التي تواجه الأفراد وخصوصا الأمهات اللواتي يفقدن أحد أفراد أسرتهن.
- ٥- زيادة تركيز دور الإعلام الإذاعي والمرئي لإظهار الآثار النفسية والاجتماعية لدي الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن .
- ٦- العمل علي إبراز الدور الديني في رفع مستوي التوافق النفسي والاجتماعي والخروج من حالة القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقدن أحد أفراد أسرتهن من خلال الدروس الدينية التي يلقيها الدعاة سواء في وسائل الإعلام أو المساجد .
- ٧- وضع سياسات وطرق تكفل الدعم الطبي والنفسي والتعليمي والمادي للأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أي من أفراد أسرتهن كذلك دعم عائلتهن من قبل المؤسسات والجمعيات الخيرية.
- ٨- العمل علي زيادة الوعي النفسي والاجتماعي من قبل المرشدين والتربويين والمؤسسات المتخصصة يهدف إلي كيفية التعامل مع الضغوطات النفسية وحالات القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة التي تواجه الأفراد والأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يتعرضن لفقدان أحد أفراد أسرتهن.

توصيات لمزيد من البحث

استكمالاً لهذا البحث فإن الباحث يقترح إجراء المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع منها :

١. دراسة الآثار النفسية والمجتمعية الناجمة عن فقدان احد أفراد الأسرة علي الأمهات الفلسطينيات مع الأخذ بعين الاعتبار زيادة حجم العينة وأن تكون العينة شاملة لجميع أنواع الفقد كفقْدان عن طريق حادث، مرض عضال، استشهاد ، الخ ..
٢. دراسة أثر البرامج الإرشادية في الحد من الآثار النفسية والمجتمعية الناجمة عن فقْدان احد أفراد الأسرة لدي الأمهات الفلسطينيات.
٣. دراسة علاقة فقْدان أحد أفراد الأسرة بالاكْتئاب والقلق لدى الأمهات الفلسطينيات
٤. دراسة علاقة فقْدان أحد أفراد الأسرة بالقلق وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات
٥. أثر التدعيم الديني في رفع مستوي التوافق النفسي والمجتمعي والتكيف مع فقْدان أحد أفراد الأسرة لدى الأمهات الفلسطينيات اللواتي فقْدن أحد أفراد أسرهن.
٦. دراسة أثر البرامج الإرشادية في التخفيف من أثار القلق لدي شرائح واسعة من الأمهات الفلسطينيات اللواتي لم يفقدن أي من أفراد أسرهن خلال الحرب علي غزة أو بعدها أو الصدمات النفسية التي تعرضت لها نتيجة العدوان علي غزة.

أولاً: المصادر

القرآن الكريم

ثانياً: المراجع

المراجع العربية

1. ابن منظور (ب. ت). لسان العرب. بيروت: دار لسان العرب .
2. أنجلر، باربرا. (1411 هـ) مدخل إلى نظريات الشخصية .ترجمة فهد الدليم .الطائف: مطبوعات نادي الطائف الأدبي.
3. أبو العلا، مدحت الطاف عباس (1990).دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم .رسالة دكتوراه منشورة، جامعة مصر .
4. أبو عمرو ، أكرم (2008) الذكرى السنوية ليوم المرأة العالمي والأسيرات الفلسطينيات معاناة لا تنتهي، مركز معلومات وإعلام المرأة، ٢٠٠٨/٣/٨.
5. إسماعيل، عزت سيد إسماعيل (بدون). اكتئاب النفس وأعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه الكويت: وكالة المطبوعات.
6. إبراهيم، عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط 1، القاهرة.
7. إبراهيم ، علي إبراهيم ، النيال ، مایسة (1994) : توهم المرض وعلاقته ببعض الميكنزمات الدفاعية ، دراسة عاملية مقارنة لدي عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر ، دراسة نفسية ، مجلة علم النفس ، العدد الأول .
8. إحسان الأغا (2002) البحث التربوي وعناصره -مناهجه وأدواته، ط٤، الجامعة الإسلامية ، غزة
9. باترسون ، س . هـ . (1990) . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي .ترجمة، حامد الفقي . الكويت، دار القلم.
10. بليكاني ، إبراهيم محمد (2008) : تقدير الذات وقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج، رسالة ماجستير،جامعة أوسلو.
11. ثابت ، عبد العزيز : (1998) . الطب النفسي للأطفال والمراهقين ، غزة ، ط 1.
12. ثابت ، احمد حسين : (2007) " ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدي طلبة الجامعات قي قطاع غزة " . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الصحة العامة جامعة القدس.

13. جلال، سعد (1986). في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة: دار الفكر العربي .
14. الحفني، عبد المنعم (1992). موسوعة الطب النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي، ط 1.
15. حقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
16. حوالة ، محمد السيد أحمد . (1991) القلق الأخلاقي وعلاقته بالقيم والمفاهيم الدينية لدى شرائح من الشباب المصري الجامعي. رسالة ماجستير منشورة. القاهرة: جامعة عين شمس
17. الخالدي، عطا (1404 هـ) . الدليل في الإرشاد النفسي .الرياض :جامعة الملك سعود، قسم علم النفس.
18. خاطر، عبد الله (1412هجري). الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة. الطبعة الثانية. لندن: المنتدى الإسلامي.
19. الخرافي، نوريه (1993)، القلق كسمة- وكحالة لدى أبناء الشهداء وأبناء الأسرى الكويتيين، المجلة التربوية، (8)، (26)، 21-43.
20. الخرافي، نوريه مشاري.(1997): "مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات فقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية وغير طبيعية وأثرها على التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن"، مستقبل التربية العربية،(3)، (12)، 9-31.
21. خضر، علي والشناوي، محروس (1991) . مقياس بيك للحالة المزاجية. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المؤتمر السابع لعلم النفس 2- 4 سبتمبر، الانجلى المصرية القاهرة .
22. الخضري، باسل.(2005) : التوافق النفسي والاجتماعي لدي زوجات الشهداء وزوجات ذوي المنازل المهتمة :دراسة مقارنة . غزة-فلسطين،جامعة القدس، فلسطين (رسالة غير منشورة).
23. دخوله أبو بكر،د.نادرة شلهوب-كيفوركين،ا.ساما عويضة.(2004) النساء والنزاع المسلح والفقدان- الصحة النفسية للنساء الفلسطينيات في المناطق المحتلة،مركز الدراسات النسوية القدس .
24. الدسوقي، راوية حسين (1995): فاعلية الذات وعلاقات بأحداث الحياة الضاغطة وبعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقات، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق،العدد 24
25. الذويبي، نايف بن خربوش (1419هـ). علاقة تعاطي المخدرات بالتوافق_الشخصي الاجتماعي: دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين في محافظة جده. رسالة ماجستير غير منشورة. مكة: جامعة أم القرى.
26. رزق، أسعد (1987) . موسوعة علم النفس . مراجعة عبد الله عبد الدايم، المؤسسة العربية. للدراسات والنشر بيروت: ط 3.

27. الرفاعي، نعيم (1987). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف). مكة، مكتبة أجياد للتراث ط7.
28. الزراد، فيصل خير (1984). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم، لبنان.
29. زهران، حامد. (1977) الصحة النفسية و العلاج النفسي، عام الكتب، القاهرة ص429.
30. زهران، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. القاهرة: عالم الكتب.
31. سلامة، ممدوحة محمد (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين . مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 11 ، ص4.
32. سوين، رينشارد م. (1408) . علم الأمراض النفسية والعقلية .ترجمة أحمد عبد العزيز سلامه .الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
33. شاهين، عمر ويحي الرخاوي (1977). مبادئ الأمراض النفسية. الطبعة الثالثة. القاهرة: مكتبة النصر الحديثة.
34. الشناوي، محمد محروس (2000): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
35. الشناوي، محمد محروس وآخرون (1991). مقياس بيك. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
36. صالح، احمد محمد حسن (1989). تقدير الذات وعلاقته بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين . الكتاب السنوي السادس، تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة: الانجلو المصرية.
37. صادق، عادل (1988). الطب النفسي. جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع، ط1.
38. الصلاحات ، سامي وآخرون (2008). معاناة المرأة الفلسطينية تحت الاحتلال الإسرائيلي، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى بيروت لبنان، ص7.
39. صيدم ، رياض و ثابت ،عبد العزيز (2007). الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها على الصحة النفسية للطلبة في قطاع غزة . مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، 13(2)، 5-16
40. العارضة ، ريم (2007). "جدار الفصل الإسرائيلي في القانون الدولي"، مذكرة ماجستير في القانون، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس فلسطين، 2007. ص83 وما بعدها.
41. عبد السلام، أحمد (1998). الاكنتاب: درجاته، أنواع وعلاجه. مجلة الأمل، (18) 11- 22.
42. عبد الخالق، عبد الغني (بدون). الطب النبوي . محمد ابن أبي بكر الزرعي الشهير بابن القيم . 691 ، بيروت: دار الفكر.

43. عبد الخالق ، احمد : (1998). الصدمة النفسية ، ط 1، الشويخ ، جامعة الكويت ، الكويت.
44. عبد الغفار، عبد السلام (1976) .مقدمة في الصحة النفسية .القاهرة :دار النهضة الغربية.
45. عثمان، محفوظ (2000): يوم دراسي بعنوان الصدمة النفسية وآثارها، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
46. عثمان، محفوظ (2002): يوم دراسي بعنوان التدخل السريع في الأزمات ومدى قابلية التطبيق في الواقع الفلسطيني، جامعة القدس المفتوحة، غزة.
47. عريشي ، طاهر (2002) سمة القلق لدي المستخدمين القات . (دراسة ميدانية) . دراسة نفسية غير منشورة ، جمعية التوعية بأضرار القات . جازان .
48. عسكر، عبد الله (1988) . الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص . القاهرة : الأنجلو المصرية.
49. عساف ، عبد الحميد ، شعث ، مني (2002) : الآثار النفسية الاجتماعية والاقتصادية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الاقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات (مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ، عدد (2) ص : 513- 546 .
50. عزت، دري حسن (1407). الطب النفسي. الطبعة الثالثة. الكويت: دار القلم.
51. عكاشة، أحمد (1992) . الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية.
52. عكاشة، أحمد (1998) . الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الإنجلو المصرية، ط مزيدة.
53. العناني، حنان عبد الحميد (2000): الصحة النفسية ، دار الفكر للطباعة والنشر،الأردن.
54. فاضل، خليل (1987) . الصحة النفسية للأسرة. جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع، ط1
55. فرا ج، محمد أنور إبراهيم (2006): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة من طلاب كلية التربية جامعة الإسكندرية، رسالة ماجستير ،كلية التربية ،جامعة الإسكندرية.
56. الفراونة، عبد الناصر (2007). تقرير صادر عن عمل وزارة شؤون الأسرى والمحررين:"فلسطين خلف القضبان"، 22/10/2007
57. فرويد، سيجموند (1989) . الكف والعرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. القاهرة: دار الشروق.
58. الفقي ، حامد : (1996) . دراسات في سيكولوجية النمو ، ط 6 ، الكويت ، دار القلم .
59. فهمي، مصطفى . (1967) علم النفس الإكلينيكي .القاهرة :دار مصر للطباعة.
60. فهمي، مصطفى . (1997) الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف. الطبعة الثانية .القاهرة :مكتبة الخانجي.
61. الفيومي، محمد إبراهيم (1405 هـ) .القلق الإنساني .الطبعة الرابعة .القاهرة :دار الفكر العربي.

62. القدومي، عبد الناصر و الحلو، غسان (2003). اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدي آباء و أمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية. مجلة رسالة الخليج العربي ، العدد (89).
63. كحيل ، عماد.(2002) تأثير العنف السياسي على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية. غزة-فلسطين، جامعة القدس، فلسطين (رسالة غير منشورة).
64. كفاي ، علاء الدين (1990) : الصحة النفسية ، القاهرة ، الطبعة الثانية.
65. ليندا ، دافيد وف (2000): الشخصية الدافعية والانفعالات- ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، مصر .
66. المحسيري، خالد رشيد (1983) . مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية . الرياض : مطابع نجد.
67. محيسن، تيسير (2012). تيسير محيسن: "حال المرأة الفلسطينية في قطاع غزة"، أبحاث برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP وبرنامج مساعدة الشعب الفلسطيني PAPP، غزة فلسطين، ص ٢٣.
68. مخيمر ، صلاح : (1985) . المدخل إلي الصحة النفسية ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
69. مراد، عزت (1994) . كيف تتخلص من الأمراض النفسية. جدة: دار البلاد للطباعة.
70. مرسي، سيد عبد الحميد (1985) . الشخصية السوية . القاهرة :مكتبة هبة.
71. مرسي، كمال إبراهيم (1979) . القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة. القاهرة :دار النهضة العربية.
72. المسحر، ماجدة (2007). إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كما تدركها طالبات الجامعة وعلاقتها بأعراض الاكتئاب. جامعة الملك سعود، السعودية،(رسالة غير منشورة).
73. المشيخي ،غالب بن محمد علي(2009): القلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف ،رسالة دكتوراه،كلية التربية ،جامعة أم القرى.
74. مغالسة، جميلة. (2003) اضطرابات ما بعد الصدمة المتعلقة بالشهادة أو السجن، وهدم البيوت في محافظة بيت لحم، جامعة القدس، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
75. منصور، طلعت : (1995) . دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي لدولة الكويت ، الكويت: عالم المعرفة ، العدد 195، عدد خاص عن الغزو العراقي للكويت .
76. موسى، رشاد علي عبد العزيز (1993 أ). دراسات في علم النفس المرضي . القاهرة: دار عالم المعرفة.
77. موسى، رشاد علي عبد العزيز (1993ب). علم النفس الديني. القاهرة: دار عالم المعرفة.

78. النابلسي ، محمد و آخرون : (1991) . الصدمة النفسية علم النفس الحرب والكوارث ، بيروت : دار النهضة العربية .
79. نجاتي، محمد عثمان (1993) . الدراسات النفسية عند علماء المسلمين . القاهرة: دار الشروق، ط1.
80. هاروليندفنك، دافيد (1997): الاسترخاء النفسي والعصبي ترجمة يوسف ميخائيل أسعد، دار النهضة للطباعة والنشر، مصر .
81. ياسين، عطوف محمود (1981) . علم النفس العيادي (الإكلينيكي) . بيروت : دار العلم للملايين، ط1.

- 1) Afana, A. (1995). Mental health planning in Palestine: *Community approach GCMHP*, 2nd International Conference.
- 2) Allen. M, (1986), Post traumatic stress disorder among Black Vietnam veterans. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(1), 55-61.
- 3) American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder,. 4th ed. (DSM-IV). Author: Washington, DC.
- 4) Beck ,A .(1972) *Cognition, Anxiety and Psychological disorders in C D Spiederger* (Ed) Anxiety Current Trades in theory an research ,New York: Academic press. Pp 343-354.
- 5) Bowlby, J. (1971) Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger. Harmondsworth: Pelican Books.
- 6) Breslau, N.; Davis,C.G.; andreski,P. &Peterson, E.: (1991) .Traumatic events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults . *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- 7) Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- 8) Breslau, N.; Davis,C.G.; Peterson, E.L.; & Schultz, L. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Journal of biological psychiatry*, 48, 902- 909.
- 9) Carlier, I.V; Voerman B.E.; & Gersons Bp. (2000) Intrusive traumatic recollections and comorbid ptsd in depressed patients. *Journal of psychosom Med.* ,62, 26-32.
- 10) Chubb, H.L.& Bisson, J. I. (1996). Early psychological reactions in a group of individuals with pre-existing and enduring mental health difficulties following a major coach accident .*The British Journal of Psychiatry*, 169, 430-433.
- 11) Comer, R.J .(1992). *Abnormal Psychology*. New York :Freeman& Comp.
- 12) Costin, F. & Draguns, G. C. (1989). *Abnormal Psychology*. New York: John Willey and sons.
- 13) Davison , G. & Neale, J. :(1998). *Abnormal psychology* , Sixth edition ,New York : John Wiley & sons Inc.
- 14) Delapina .A.: (1984). PTSD in Vitnam combat delayed stress syndrome . *American Journal of Clinical Hypnosis* ,23, 34-40.
- 15) Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton
- 16) Epstein, S. (1990). Beliefs and symptoms in maladaptive resolution of the traumata ., In D' Ozer, J.M Herly & Stewart (Eds), *Perspective on Personality* . Vol,3, London. Jessica Kingsley. Pub.
- 17) Emery, G. (1988). Under-pressed. New York: Sinonand schuster Inc.
- 18) El bedour, S., Baker, A., Shalhoub, N., and Irwin, M. (1999). Psychological Responses in family members after the Hebron massacre depression and anxiety, 9, 27-30.
- 19) Elklit,A.,Reinholt,N.,Nielsen,LH.,Blum,A.,&LasgaardM.(2010). Posttraumatic stress disorder among bereaved relatives of cancer patients. *Journal of Psychosoc Oncol* , 28(4):399-412.
- 20) Foy, D.W., Osato, S.S, Houskamp, B.M.,& Neumann, D.A (1992) Etiology of post-traumatic stress disorder . In P.A. Saigh (Ed) posttraumatic stress disorder . A behavioral approach to assessment and treatment .Boston :Allyn & Bacon, pp.28-49.
- 21) Goenjian,A.K.,Steinberg,A.M.,Najarian,L.M.,Fairbanks, L.A.,Tashjian,M.& Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of

- posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *The American journal of Psychiatry*, 158,788-794.
- 22) Golan, N. (1986). Crisis Theory. In Turner, F. (ed.). *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*. Third Edition. New York : The Free Press.
 - 23) Goldstein, M. J. (1988). The family and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 39: 283-229..
 - 24) Hornby, A S. (1989). *Oxford advanced learner's dictionary*. England: Oxford University Press.
 - 25) Hays, J., Stanislav, K. & Selby, J.(1994).Past personal, history of Dysphoria, Social support and psychological distress following Conjugaol bereavement. *The American Geriatrics Society*, 42: 712-718.
 - 26) Humphrey, G. M. & Zimpfer, D. G. (2003) *Counselling for Grief and Bereavement*. London: Sage Publications.
 - 27) Ingram, R.E; Kendall ,P. C; Smith T. W.; Donnel, c& Ronan. S.: (1987). Cognitive Specificity in Emotional Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 22, pp. 205-208.
 - 28) Kubler-Ross, E. (1969) *On death and dying*: New York: Collier, MacMillan Publishing.
 - 29) kaltman, s .and Bonanno, G (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent death. *Journal of Anxiety Disorder*,17:131-147.
 - 30) Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
 - 31) Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M,& Blazer DG. (1996) Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* (Suppl 30):17-30.
 - 32) March, J. S, (1990). The psychology of Posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, (4), 61-82.
 - 33) Mineka S, Watson D, & Clark LA.(1998) ; Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology* 49:377-412.
 - 34) Moos, R. (1976). *Human competence and coping* : An overview in R. Moss (Ed) *Human adaptation coping with live crises* ,pp ,3-16 .New York :D C.Health and Company.
 - 35) Murphy, SA., Braun, T., Tillery, L., Cain, KC., Johnson LC., & Beaton RD. (1999). PTSD Among Bereaved Parents Following the Violent Deaths of their 12-28 Year Old Children. *A Longitudinal Prospective Analysis. Journal of Traumatic Stress*, 12(2) 273-291.
 - 36) Price, R. A. et al. (1978). Learned helplessness and depression in a clinical population: A test of two behavioral hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology*, 87: 113-121.
 - 37) Samour, A. (2001). *Community mental health services*. Gaza, Palestine.
 - 38) Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU.(1996); Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* (Suppl 30):38-43.
 - 39) Schnyder, U., Moergeli, H., klaghofer, R.& Buddeberg, C.(2001).Incidence and prediction of post traumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594-599 .
 - 40) Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression development, and death*. San Francisco: Freeman.
 - 41) Schwartz, A. and Schwartz, R. M. (1993). *Depression theories and treatments: Psychological, biological, and social Perspectives*. New York: Columbia University Press.
 - 42) S, Zisook. & Sr, Shuchter.(1991).depression through the first year after the death of aspouse. *American journal of Psychiatry*,148:134-1352.

- 43) Shalev YA; Freedman S; Peri T; Brandes D; Sahar T; Orr SP; & Pitman RK (1998): Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 155:630–637.
- 44) Stefan, G. Hofmann ; Breh, T. Litz & Frank, W. weathers .(2003) Social anxiety , depression , and ptsd in Vietnam veterans. *Journal of anxiety disorders* ,17:573-582.
- 45) Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. and Schut, H. (Eds) (1993) Handbook of Bereavement Theory, Research and intervention. New York: University Press.
- 46) Tagay, S., Arntzen, E., Mewes, R., & Senf , W.(2008). correlation between death of important relatives and PTSD. *Journal of Z Psychosom med Psychother*, 54(2):164-73.
- 47) Ursano, R.; Fullerton, C.S.;Epstein, R.S; Crowley, B.; Kao, T.; Vance, K.;Craig, K.; Dougall A.L. & Baum, A.(1999). Acute and chronic post traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156, 589-595.
- 48) Walters, T. (1996) A new model of grief: Bereavement and Biography. Mortality Vol. 1. No. 1
- 49) Worden, J. (2003) Grief Counselling and Grief Therapy. 3rd Edition. London: Tavistock Routledge.
- 50) World Health Organization (1992) .The ICD- 10 Classification of mental and Behavioral Disorders : Clinical descriptions and guidelines ginea: World health organization. Pp. 147-148.

ملحق رقم (1)

Palestinian National Authority
Ministry of Health
Helsinki Committee



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
لجنة هلسنكي

التاريخ: 07/03/2011

Name: **Jehad Mater**

الاسم: جهاد مطر

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

نفيدكم علماً بأن اللجنة قد ناقشت مقترح دراستكم
حول:-

" أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب
مابعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة".

In its meeting on March 2011
and decided the Following:-

و ذلك في جلستها المنعقدة لشهر 3 2011
و قد قررت ما يلي:-

To approve the above mention research study.

الموافقة على البحث المذكور عاليه.



Signature

توقيع

Member

Member

Chairperson

عضو

عضو

Conditions:-

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

ملحق رقم (2)

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

2011/5/18

حضرة الأستاذ/ عصام يونس المحترم
مدير مركز الميزان لحقوق الانسان
تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: مساعدة الطالب جهاد مطر

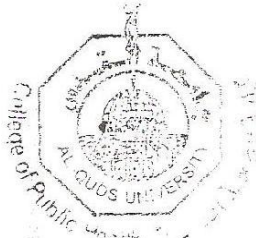
يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات
في محافظات قطاع غزة

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية وعليه نرجو التكرم والإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل مهمة الطالب في جمع الاحصائيات و البيانات اللازمة من أسر ذوي المفقودين .
علما بأن المعلومات ستكون متوفرة لدى الباحث والجامعة فقط وسنتطلعكم على النتائج في حينه.
شاكرين لكم حسن تعاونكم ودعمكم للمسيرة التعليمية .

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،،،

د. عبد العزيز موسى ثابت
منسق برنامج الصحة النفسية المجتمعية
جامعة القدس - غزة



نسخة/ الملف

ملحق رقم (3)

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

2011/5/14

حضرة الدكتور/ ناصر أبو شعبان المحترم
مدير عام تنمية القوى البشرية
تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: مساعدة الطالب جهاد مطر

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:

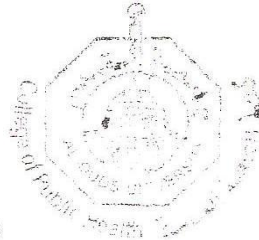
أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والامتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات
في محافظات قطاع غزة

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية وعليه نرجو التكرم والإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل
مهمة الطالب في جمع الاحصائيات و البيانات اللازمة من أسر ذوي المفقودين .
علما بأن المعلومات ستكون متوفرة لدى الباحث والجامعة فقط وسنطلعكم على النتائج في حينه.

شاكرين لكم حسن تعاونكم ودعمكم للمسيرة التعليمية .

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،،،

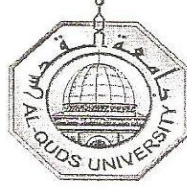
د. عبد العزيز موسى ثابت
مدير البرامج الأكاديمية
د. عبد العزيز موسى ثابت
منسق برنامج الصحة النفسية المجتمعية
جامعة القدس - غزة



نسخة/ الملف

ملحق رقم (4)

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس
القدس
كلية الصحة العامة

2011/5/16

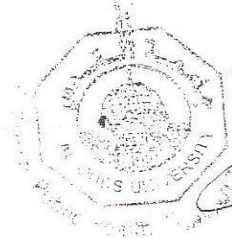
حضرة الأستاذ/ رياض الزيتونية المحترم
مدير عام الإدارة العامة للأحوال المدنية
تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع: مساعدة الطالب جهاد مطر

يقوم الطالب المذكور أعلاه بإجراء بحث بعنوان:
أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والانتساب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات
في محافظات قطاع غزة

كمطلب للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية وعليه نرجو التكرم والإيعاز لمن ترونه مناسب لتسهيل
مهمة الطالب في جمع الاحصائيات و البيانات اللازمة من أسر ذوي المفقودين .
علما بأن المعلومات ستكون متوفرة لدى الباحث والجامعة فقط وسنطلعكم على النتائج في حينه.
شاكرين لكم حسن تعاونكم ودعمكم للمسيرة التعليمية .

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،،،



د. عبد العزيز موسى ثابت
منسق برنامج الصحة النفسية المجتمعية
جامعة القدس - غزة
أ.د. عبد العزيز موسى ثابت
استاذ مشارك الطب النفسي
جامعة القدس

نسخة/ الملف

ملحق رقم (5)

الإستبانة بصورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

يقوم الباحث بإجراء دراسة ماجستير

بعنوان

"أثر فقدان أحد أفراد الأسرة وعلاقته بالقلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة"

يهدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير فقدان احد أفراد الأسرة على الصحة النفسية للأمهات كما يهدف إلى معرفة علاقة فقدان بكل من القلق و الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى الأمهات الفلسطينيات في محافظات قطاع غزة مستخدما أربعة مقاييس تتم الإجابة عليها من خلال الأم وهذه المقاييس هي المعلومات الديموغرافية (الاجتماعية والاقتصادية) ومقياس تايلور للقلق والذي يقيس القلق الصريح للأمهات، ومقياس بيك للاكتئاب والذي يهدف إلى قياس الاكتئاب عند الأمهات في محافظات قطاع غزة ، ومقياس كرب ما بعد الصدمة والذي يتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها الأم خلال الفترة الماضية نتيجة فقدانها أحد أفراد أسرتها وأدت إلى تغيرات على صحتها النفسية مع العلم أن:

البيانات التي يتم الحصول عليها سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وأن المشاركة في البحث لن تعرض الأم لأي خطر أو استغلال.

شاكرين لكم حسن تعاونكم ،،،، والله الموفق

الباحث

جهاد مطر

المعلومات الديموغرافية

تعباً من قبل الأم

تاريخ تعبئة الاستبانة /

أولاً: بيانات عن الأم

اسم الأم _____

عمر الأم : _____ تاريخ الميلاد / /

عدد سنوات تعليم الأم: —

مهنة الأم: ربة بيت عاملة عادية موظفة حكومة

تاجرة أخرى حدد _____

مشاكل صحية: لا يوجد يوجد (انكريها) _____

هل فقدتي أحد من أفراد أسرتك أثناء حرب غزة أو بعدها نعم لا

صلة القرابة مع الزوج الابن الابنة

الفقيد (الشهيد)

أخ أخت أخرى _____

ثانياً: بيانات عن الأسرة

مكان السكن : _____

نوع السكن : مدينة مخيم قرية

طبيعة السكن : شقة مستأجرة بيت معسكر بيت ملك

غرف مع خيمة أخرى حدد _____
العائلة

دخل الأسرة الشهري : أقل من من ١٢٠١ - من ٢٥٠١ من ٣٠٠١

١٢٠٠ شيكل ٢٥٠٠ شيكل - ٣٠٠٠ شيكل شيكل لما فوق

مقياس تايلور

عزيزتي / الأم

ضعي دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك ولو بالقرب ، وأجبي على جميع الأسئلة ولا تتركي
اي سؤال بدون إجابة :-

الرقم	البند	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع .		
2	مرت بي أوقات افتقدت فيها النوم بسبب القلق		
3	لدى قليل جدا من المخاوف إذا قورنت بأصدقائي		
4	أعتقد أنني لست أكثر عصبية من معظم الناس		
5	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) من حين لآخر		
6	عندي قدر كبير من المتاعب في معدتي		
7	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل من الأعمال		
8	أعاني من نوبات الإسهال		
9	المال والعمل يثيران القلق عندي		
10	أصاب أحيانا بنوبات من الغثيان (غميان النفس)		
11	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً		
12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا		
13	أنني أثق بنفسي تماما		
14	لا أتعب بسرعة		
15	إن الانتظار يجعلني عصبيا		
16	أشعر أحيانا بالاثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي		
17	أشعر دائما بالهدوء		
18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع أن أمكث طويلا في مقعدي .		
19	أنني سعيدة في معظم الوقت		
20	أجد من الصعب على تركيز ذهني في عمل ما		
21	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طول الوقت تقريبا		
22	أخاف من مواجهة أزمة أو أشدة		
23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين		

		كثيرا ما أجد نفسي قلق على شيء ما	24
		من المؤكد أنني أشعر أحيانا بأن لا فائدة لي	25
		أشعر أحيانا بأنني أكاد أتمزق إربا	26
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	27
		الحياة عسيرة بالنسبة لي في اغلب الأوقات	28
		يقلقني ما قد أواجه من حظ سيء	29
		أنني حساسة بنفسي لدرجة غير عادية	30
		لا أظن أنني لاحظت أبدا أن قلبي يخفق بشدة ويندر أن تنهج أنفاسي	31
		أبكي بسهولة	32
		لقد خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي	33
		عندي استعداد لان تأثر في أحداث الحياة تأثيرا شديدا	34
		قلما أصاب بالصداع	35
		لا بد أن أعترف أنني شعرت أحيانا بالقلق الشديد على أشياء لا قيمة لها	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري على شيء واحد	37
		أنا أرتبك بسهولة	38
		في بعض الأحيان أعتقد أنني لا أصلح لشيء لأبدا	39
		أنني شخص متوتر جدا	40
		أحيانا عندما أتضايق يتساقط مني العرق بصورة تضايقتني	41
		وجهي لا يحمر خجلا بدرجة أكثر مما يحدث للآخرين	42
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	43
		لا يكاد يحمر وجهي من الخجل أبدا	44
		مرت بي أوقات كنت أشعر خلالها بان الصعاب تتراكم فوق بعضها البعض بحيث لا أستطيع التغلب عليها	45
		عندما أقوم بعملية أكون في حالة توتر شديد	46
		يदाي وقدماي دافئتان في العادة	47
		أحلم كثيرا بأمور أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	48
		تتقصني الثقة بالنفس	49
		يندر جدا أن أصاب بالإمساك	50

مقياس بيك للاكتئاب

عزيزتي / الأم

يتضمن هذا الاختبار ٢١ مجموعة من العبارات الرجاء قراءة كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم اختاري عبارة واحدة والتي تصف ما تشعرين به خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ضعي دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها. تأكدي أنك لا تختارين أكثر من عبارة في أي مجموعة. ضعي دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها. ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تطبق عليك بطريقة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة وتأكد أنك لا تختار أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة 16. (تغيرات في نمط النوم) أو المجموعة 18 (تغيرات في الشهية).

البند		
1- الحزن	0	لا اشعر بالحزن
	1	أشعر بالحزن أغلب الوقت
	2	أنا حزينة طول الوقت
	3	أنا حزينة أو غير سعيدة لدرجة لا أستطيع تحملها
2- التشاؤم	0	لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي
	1	أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت
	2	لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي
	3	أشعر بأن لي في المستقبل وانه سوف يزداد سوءا
3- الفشل السابق	0	أشعر أن لي شخص فاشل
	1	لقد فشلت أكثر مما ينبغي
	2	كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل
	3	أشعر بأنني شخص فاشل تماما
4- فقدان الاستمتاع	0	أستمتع بالأشياء قدر استمتاعي بها من قبل
	1	لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه
	2	أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن استمتع بها
	3	لا أستطيع الحصول على اي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها
5- مشاعر الإثم (تأبين الضمير)	0	لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير)

أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) عن العديد من الأشياء التي قننت بها أو أشياء كان بأنه يجب أن أقوم بها	1	
أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) أغلب الوقت	2	
أشعر بالإثم (تأنيب الضمير) طول الوقت	3	
لا أشعر بأنه يقع على عقاب	0	6- مشاعر العقاب
أتوقع بأنه يقع على عقاب	1	
أتوقع بأن يقع علي عقاب	2	
أشعر بأنه يقع على عقاب	3	
شعوري نحو نفسي كما هو	0	7- عدم حب الذات
فقدت الثقة في نفسي	1	
خاب رجائي في نفسي	2	
لا أحب نفسي	3	
لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد	0	8- نقد الذات
أنقد نفسي أكثر مما اعتدت	1	
أنقد نفسي على كل أخطائي	2	
ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة	3	
ليس لدى أي أفكار انتحارية	0	9- الأفكار أو الرغبات الانتحارية
لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها	1	
أريد إن انتحر	2	
قد انتحر لو سئحت لي الفرصة	3	
لا أبكى أكثر مما اعتدت	0	10- البكاء
أبكى أكثر مما اعتدت	1	
أبكى بكثرة من أي شيء بسيط	2	
أشعر بالرغبة في ولكني لا أستطيع	3	
لست أكثر تهيجا أو استثارة عن المعتاد	0	11- التهيج أو الاستثارة
أشعر بالتهيج أو الاستثارة أكثر من المعتاد	1	
اهتاج أو استثارة لدرجة أنه من الصعب على البقاء بدون حركة	2	

اهتاج وأستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما	3	
لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة	0	12- فقدان الاهتمام
أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل	1	
فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى	2	
من الصعب إن أهتم بأي شيء	3	
اتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة	0	13- التردد
أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات	1	
لدى صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات	2	
لدى مشكلة اتخاذ أي قرارات	3	
لا أشعر بأنني عديم القيمة	0	14- انعدام القيمة
لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون	1	
أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين	2	
أشعر بأنني عديم القيمة تماما	3	
لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد	0	15- فقدان الطاقة
لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت	1	
ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	2	
ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء	3	
لم يحدث لي أي تغيير في نمط (نظام) نومي	0	16- تغيرات في نمط النوم
أ- أنام أكثر من المعتاد إلي حد ما ب- أنام أقل من المعتاد إلي حد ما	1	
أ- أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير ب- أنام أقل من المعتاد بشكل كبير	2	
أ- أنام اغلب اليوم ب- استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين ولا استطيع أن أعود إلي النوم مرة أخرى	3	
قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد	0	17- القابلية

		للغضب الانزعاج أو
قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد	1	
قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد	2	
قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت	3	
لم يحدث أي تغير في شهيتي	0	18-تغيرات في الشهية
أ- شهيتي أقل من المعتاد إلي حد ما ب- شهيتي اكبر من المعتاد إلي حد ما	1	
أ- شهيتي أقل كثيرا من المعتاد ب- شهيتي اكبر كثيرا من المعتاد	2	
أ- ليست لي شهية علي الإطلاق ب- لدي رغبة قوية للطعام طول الوقت	3	
استطيع التركيز بالكفاءة المعتادة	0	19- صعوبة التركيز
لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة	1	
من الصعب علي أن أركز عقلي علي أي شيء لمدة طويلة	2	
أجد نفسي غير قادر علي التركيز علي أي شيء	3	
لست كثيرة الإرهاق أو الإجهاد من المعتاد	0	20- الإرهاق أو الإجهاد
أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد	1	
يعوقني الإرهاق أو مجهدة جدا لعمل اغلب الأشياء التي اعتدت عليها	2	
أنا مرهقة أو مجهدة جدا لعمل اغلب الأشياء التي اعتدت عليها	3	
لم ألاحظ أي تغيرات في اهتمامي بالجنس القديم	0	21-فقدان الاهتمام بالجنس
أنا أقل اهتماما بالجنس مما اعتدت	1	
أنا أقل اهتماما بالجنس ألان بدرجة كبيرة	2	
فقدت الاهتمام بالجنس تماما	3	

مقياس كرب ما بعد الصدمة

عزيزتي / الأم

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضتي لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي أثرت على صحتك . ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجبني على الأسئلة التالية :-

الرقم	الخبرة الصادمة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١-	هل تتناوبك صور متكررة، وذكريات ، وأفكار عن الخبرة الصادمة التي تعرضت لها؟					
٢-	هل تتناوبك أحلام مزعجة عن الخبرة الصادمة ؟					
٣-	هل تتناوبك مشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث سيحدث مرة أخرى ؟					
٤-	هل تتضايقني من الأشياء التي تذكرك بما تعرضتي لهو من خبرة صادمة ؟					
٥-	هل تتجنبني الأفكار، والمشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم ؟					
٦-	هل تتجنبني المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم ؟					
٧-	هل لديك فقدان للذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضتي لها (فقدان ذاكرة نفسي محدود)					
٨-	هل لديك صعوبة في الاستمتاع بالحياة والنشاطات اليومية التي تعودت عليها ؟					
٩-	هل تشعرين بالعزلة، وبأنك بعيدة عن الآخرين، ولا تشعرين بالحب، والانبساط ؟					
١٠-	هل فقدت القدرة على الإحساس بمشاعر الحزن، والحب (متبلد الإحساس)					
١١-	هل تجدي صعوبة في تخيل بأنك ستعيشين لفترة طويلة لتحقيقي أهدافك في العمل، الزواج ، و إنجاب أطفال ؟					
١٢-	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائمة					

					كالمعتاد ؟	
					هل تتناوب نوبات من التوتر، والغضب الشديد الفجائية ؟	١٣-
					هل تعاني من صعوبات في التركيز ؟	١٤-
					هل تشعرين بأنك على حافة الانهيار (واصلة معك على الأخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك ؟	١٥-
					هل تستتارين لأنفه الأسباب ودائما تشعرين بأنك متحفزة ؟	١٦-
					هل الأشياء أو الأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة تجعلك في نوبة من ضيق التنفس ، الرعشة، العرق الغزير وسرعة في ضربات القلب ؟	١٧-

ملحق رقم (6)
ملخص لتصنيف جماعة الطب العقلي الأمريكية لأنواع القلق DSM-IV

الرمز	النوع
300.01	اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Panic Disorder Without Agoraphobia
300.21	اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Agoraphobia Panic Disorder With
300.22	رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع Agoraphobia Without History of Panic
300.29	الرهاب المحدد (مثل الرهاب من بعض الحشرات، الدم.....) Specific phobia
300.23	الرهاب الاجتماعي Social phobia
300.3	اضطراب الوسواس والأفعال القهرية Obsessive-Compulsive
300.81	اضطرابات الضغوط بعد الحوادث Posttraumatic Stress Disorder
300.03	اضطراب الضغوط الحادة Acute Stress Disorder
300.02	اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder
293.89	اضطراب القلق المرتبطة بالوضع الصحي Anxiety Due to General Medical condition
-----	الأدوية المسببة للقلق (القلق المرتبط بتعاطي الأدوية) Substance Induced Anxiety Disorder
300.00	القلق غير المحدد Anxiety Disorder Not otherwise specified

ملحق رقم (7)

تصنيف دليل الطب العقلي الأمريكي لاضطرابات المزاج ومنها الاكتئاب DSM-IV

الرمز	أنواع الاكتئاب
296-xx	اضطراب الاكتئاب الأساسي (نوبة الاكتئاب العظمى) Major Depressive Disorder : ويشمل النوبة الواحدة (296 -2x) النوبات المتكررة (296 -3x) .
300.4	الاكتئاب العصبي: الديستيميا Dysthemic Disorder
311	الاكتئاب الغير المحدد Depressive Disorder Not otherwise specified
296.xx	الاضطراب ثنائي القطب I Bipolar Disorder-1 ويشتمل على عدد من الأنواع تشمل نوبة الهوس الوحيدة Single Manic Episode . (296.0x). النوبة الحديثة للهوس الخفيف Most Recent Episode Hypomanic .(296.40). النوبة الحديثة للهوس Most Recent Episode Manic .(394.4x). النوبة الحديثة المختلطة Most Recent Episode Mixed .(296.6x). النوبة الحديثة للاكتئاب Most Recent Episode Depressed .(396.5x). النوبة الحديثة غير المحددة Most Recent Episode Unspecified .(296.7).
296.89	الاضطراب ثنائي القطب 2 - Bipolar Disorder-II
301.13	الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder
296.80	الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Not otherwise specified
293.87	الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية) Mood Disorder Due to General medical
-----	الأدوية المسببة للاكتئاب Substance Induced Mood Disorder
296.90	الاضطرابات المزاجية غير المحددة Mood Disorder Not otherwise Specified

ملحق رقم (8)

الصيغة التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة :كما وردت في الدليل التشخيصي و

الاحصائي الرابع DSM- IV

- ١- التعرض لحدث صادم يؤدي إلى ضغط نفسي على معظم الناس خارج نطاق الطاقة البشرية الاعتيادية.
- ٢- استعادة الحدث الصادم باستمرار على هيئة أحد الأعراض التالية:
الاستعادة المتكررة والمؤلمة للحدث لاإراديا.
كوابيس كلها تدور حول الحدث الصادم.
شعور مفاجئ كما لو أن الحدث الصادم سوف يحدث مرة ثانية.
الشعور بالضيق وبالآلم عند التعرض لحدث جديد يذكر بالحدث السابق وهذا ينطبق على الذكرى السنوية للحدث الصادم
- ٣- التجنب المستمر للمنبهات التي تذكر بالحدث الصادم مع تخدر في الاستجابة العامة وذلك يظهر بوجود على الأقل ٣ من الأعراض التالية:-
المحاولات المستمرة لتجنب الأفكار والمشاعر المصاحبة للصدمة.
النسيان النفسي (لا يظهر في الأطفال).
انخفاض الاهتمام بالفعاليات المهمة اليومية .
الشعور بالابتعاد عن الآخرين والغربة .
تحديد الوجدان ولا يكون هناك تجاوب عاطفي .
النظرة التشاؤمية للمستقبل .
- ٤- استمرار أعراض زيادة التنبيه كما هو موضح في الأقل في اثنين من الأعراض التالية:-
صعوبة في النوم والقلق في النوم.
التوتر ونوبات من الغضب .
صعوبة التركيز .
زيادة التنبيه في الإحساس.
زيادة الاستجابة للمنبهات الخارجية.
الاستجابات الفسيولوجية عند التعرض لأحداث مشابهه للحدث الصادم.
- ٣- يجب أن تستمر الأعراض على الأقل لمدة شهر (ثابت ، 1998 ، 71) .

Abstract

The effect of the loss of a family member and its relationship with anxiety, depression and posttraumatic stress in Palestinian mothers of Gaza Strip.

The present study addressed the issue of loss, which is a very important topic in the field of mental health. It has been an interest of researchers. Due to the importance of this issue in Palestinian society, and what it causes of the psychological effects on Palestinian families, the researcher performed this study which is The effect of the loss of a family member and its relationship with anxiety, depression and posttraumatic stress in Palestinian mothers of Gaza Strip. To achieve the goal of this study, the researcher used the analytical descriptive method. The instruments used in the study were the Taylor scale of anxiety, Beck scale of depression, and the scale of post-traumatic stress, The total sample size was (350) a Palestinian mothers from the Gaza Strip who have lost one of their family members during or after Gaza war, or have not lost any of their family members during or after Gaza war, where (195) mothers who have lost one of their family members, and (155) mothers from who have not lost any members of their family. The results showed that the level of anxiety of Palestinian mothers in Gaza Strip who have lost a member of their family during and after war in Gaza is high where it is 56.9%, and that the level of depression is moderate where it is 43.2%, while the level of PTSD is moderate where it is 35.6%. The results also showed that the level of anxiety of mothers who have not lost any of their family members is also high 45.2%, but their level of depression is weak 25.2%, and also their level of PTSD is weak 23.3%. Results also showed significant differences between the rates of anxiety, depression, and post-traumatic stress of mothers who have lost and the mothers who have not lost any of their family members toward mothers who have lost. Whereas, it showed no significant differences in the level of anxiety, depression and post-traumatic stress regarding kinship with the deceased. Furthermore, the results showed that there is significant differences in the level of anxiety, depression and post-traumatic stress regarding the place of residence toward the population (North Gaza, Gaza, Khan Younis), and that the level of depression is the highest among mothers of the Middle Zone. The results also showed a positive correlation between anxiety, depression and posttraumatic stress in both of mothers who have lost a family member, and mothers who have not lost.

Based on the results of the study the researcher recommends the following

- Increased attention to the psychosocial services provided by government institutions and non-governmental for Palestinian mothers who have lost family members.
- Providing Socio-economic support for mothers who have lost family members.
- Performing outreach programs designed to reduce level of anxiety, depression and posttraumatic stress in mothers who have lost any family members.
- Performing outreach programs for teaching mothers about negative effects of loss on mental health and how to cope with crisis and traumatic event in order to reduce the level of negative effects .
- Establishing institutions as much as possible responsible of issuing bulletins to educate mothers, which include methods of adaptation to traumatic events and

reduce symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress, which sometimes accompanies the loss of a family member.