

2010

محادثة الدراسات العليا  
جامعة القدس

الأثار النفسية على أسر الشهداء خلال إنتفاضة الأقصى الحالية (2001)

مقدمة من

ميسر يوسف علي صبيح

بكالوريوس علم اجتماع / علم نفس من جامعة بيت لحم / فلسطين

تقدمت هذه الرسالة امتحاناً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في  
الصحة النفسية المجتمعية / كلية الصحة العامة / جامعة القدس.

2010A-0-0-0-1

أذار - 2005

Library	المكتبة
Act No :	رقم المتسلسل :
College :	الكلية :

U  
22.3  
.P19  
52  
2005

الصحة النفسية المجتمعية/ كلية الصحة العامة

عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

الأثار النفسية على أمر الضحايا خلال إنتفاضة الأقصى الحالية (2001)

الطالبة :- ميسر يوسف علي صبيح

الرقم الجامعي : 9910855

المشرف :- الدكتور بسام حسني الأشهب

المشرف المشارك :- الدكتور أحمد فهيم جبر

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2004/9/27

من لجنة المناقشة المدرجة اسماؤهم وتواقيعهم :-

1- الدكتور: بسام الأشهب رئيس لجنة المناقشة

2- الدكتور : سمير شقير ممتحن داخلي

3- الدكتور : حازم عاشور ممتحن خارجي

القدس - فلسطين

2005

## إقرار

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

التوقيع :.....

ميسر يوسف علي صبيح

التاريخ :.....

# ﴿وقتل ربي زكيني علما﴾

## الإهداء

إلى روح والدي المرحومين

إلى أرواح الشهداء الذين سقطوا على ثرى فلسطين العبيبة

إلى من ماعدوني في إنهاء رسالتي إخوتي وأختي وأبنائهم

## الشكر والتقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع الذي لم يكن ليتم لولا جهود  
الخيرين من المشرفين والأساتذة الكرام وأخص منزم بالذكر الدكتور أحمد فهيم جبر  
والدكتور بسام الأشهب مدير الصحة النفسية المجتمعية والذي عمل أيضا على  
ترشيحي للدراسة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية .شاكرا لهم جهودهم  
و تشجيعهم متمنية لهم دوام التقدم و الإزدهار .

وأتقدم بالشكر من الدكتور حازم عاشور الذي لم يتوان في الإجابة عن  
تساؤلاتي وكان له الفضل الأكبر في مساعدتي في تفسير بعض القضايا النفسية .  
واتوجه بشكر جامعة القدس متمثلة في رئيسها الاستاذ الدكتور سري نسيبة  
ومسؤول الدراسات العليا ،الدكتور محمد ابو طه .

ولا يفوتني شكر كل من الممتحنين الدكتور حازم عاشور والدكتور سمير شقير  
لتوجيهاتهم وآرائهم سواء ما كان تعزيزا او نقدا لما جاء فيها .

كما ويسعدني التوجه بخالص الشكر إلى الدكتور غريب عبد الفتاح بتزويده  
لي بالمراجع الدراسية وأيضا الدكتور عبد الرقيب البحيري لما قدمه لي من مساعدة.  
ويحضرني شكر القائمين على التحليل الإحصائي الدكتور إلياس ضبيط والسيد  
هاني الأحمد ، وزملائي وزميلاتي في العيادة النفسية المجتمعية وفي مركز علاج  
وتأهيل ضحايا التعذيب وأخص بالذكر نزيهة حسين،فاطمة ديرية وفاطمة شعبان .  
وكذلك كل فرد من أفراد أسر الشهداء الذين تعاونوا معي في تعبئة الإستمارات  
كل بإسمه، أتوسل من الله أن يرحم شهدائنا الأبرار ويسكنهم فسيح جناته.

ولا أنسى للطالبتين أماني صبيح وحنين الخطيب في مساعدتهما لطباعة  
الرسالة وتنسيقها. وكل من ساعدني في إنهاء هذه الرسالة.

والله من وراء القصد

## ملخص الدراسة

لا يزال الشعب الفلسطيني يعيش تحت ظروف مستمرة من العنف الإسرائيلي، ومنذ بداية إنتفاضة الأقصى التي إنطلقت أثر إغارة أرئيل شارون على المسجد الأقصى في تاريخ 2000/9/28 وبناءً عليه فقد هب الشعب الفلسطيني الراض لهذه الإغارة ، للتعبير عن غضبه وإحتجائه لتدنيس قدس الأقداس وما نتج عنها من قتل وتدمير وتهجير، أدى بالتالي إلى وضع الأسرة الفلسطينية بأكملها خصوصاً أسر الشهداء تحت ضغوط نفسية وإجتماعية منها ما هو مباشر ومنها ما هو غير مباشر، ومن هنا جاء الإهتمام ببحث هذه المشكلة وإعداد هذه الدراسة التي تحاول الإجابة على السؤال التالي :

**ما الأثار النفسية على أسر الشهداء الناجمة من الإحتجاجات الإسرائيلية في أحداث إنتفاضة الأقصى؟**

لإستكمال هذه الدراسة إستخدمت الباحثة مقياس قائمة الأعراض التسعين (SCL 90) المكون من 90 سؤال يضم عشر أبعاد ومقياس بيك المختصر للإكتئاب يتكون من 13 عبارة وطبقا على البيئة الفلسطينية وأثبتا صدقاً وثباتاً عاليين .

تم جمع البيانات بواسطة عينة عشوائية بسيطة مكون من 230 فرد حسب درجة القرابة(أب،أم، أخ،أخت،زوجة،زوج) والمتغيرات الديموغرافية (العمر،الجنس،مكان السكن....) بنسبة 70% من مجتمع الدراسة(أسر الشهداء) بواقع 51 أسرة شهيد مقيمين في محافظة رام الله والبيرة والقدس.

أدخلت البيانات إلى الحاسوب عبر برنامج التحليل الإحصائي SPSS واستخدمت التقنيات الإحصائية الآتية : تحليل التباين الأحادي ، إختبار كاي تربيع ، والتكرارات ، والنسبة المئوية و المتوسطات الحسابية وقد توصلت الباحثة لأهم النتائج الآتية :

- للعمر بشكل عام دور كبير في التأثر بالأمراض النفسية ،وذلك بنسب متفاوتة بين فئة واخرى ،حيث ظهر من نتائج الدراسة أن مرحلة الشباب هي أكثر المراحل معاناة من الأعراض النفسية.
- تزيد نسبة الأمراض العصبية عند النساء بينما تزيد نسبة الأمراض الذهانية والبارانويا عند الرجال وتتساوى الفئتان بمرض الوسواس القهري .
- الزواج لا يحمي الأفراد من الإصابة بالأمراض النفسية.

- التحضر والمدنية لم تعمل على تحسين الوضع النفسي للفرد .
- يرتبط التعليم ارتباطا عكسيا بالأمراض النفسية، فكلما زادت نسبة التعليم كلما قلت فرصة الإصابة بالأمراض النفسية.
- هناك علاقة طردية بين الأمراض النفسية ودرجة القرابة " من الشهيد" ، كلما كانت العلاقة قوية كلما كانت الإصابة بالأمراض النفسية أعلى .
- عدم الرضى بالدور يرتبط إيجابيا بالأمراض النفسية .
- لا تختلف المرأة الفلسطينية عن المرأة الأجنبية ،فعدم حصول المرأة على عمل وعدم خروجها من البيت كما ظهر عند المرأة الأجنبية يزيد من احتمالية إصابتها بالأمراض النفسية .
- إن الأمراض النفسية عامل مهم في دفع الأفراد للتدين .

## التوصيات :

\* إجراء المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع وبالتحديد إجراء دراسات نوعية وأخرى مقارنة لمعرفة سبب إرتفاع بعض الإضطرابات وفحوى الأفكار المتعلقة بها كالوسواس القهري والذهان .

\* تشكيل فرق طوارئ للعمل والتدخل السريع في الأزمات ووضع برامج للمساعدة وتأهيل

الفئات التي تتعرض للفقدان لتفادي إزمان المرض .

\* وضع برامج وقائية من هذه الأعراض الناتجة عن الفقدان .

\* برنامج توعية حول الأعراض الناتجة عن الفقدان /عبر وسائل الإعلام المرئية وغير المرئية .

\* الشعب الفلسطيني بحاجة للدعم المادي والمعنوي ومن جميع دول العالم من أجل وقف العدوان

الإسرائيلي وآثاره النفسية والاجتماعية .

\* التنسيق مع مراكز الصحة النفسية والجامعات والمعاهد في دول العالم من أجل وضع حد

وفضح العنجهية والإرهاب الإسرائيلي.

\* توجيه إشارة إلى المسؤولين من أجل التخطيط الجيد لتوجيه الخدمات النفسية لهذه الفئة من

الناس وتقديم العلاج النفسي الملائم.

## SUMMARY

Palestinian people have been living under Israelis violence, since Sharon's visit to Al-Aqsa Mosque on Sep, 28, 2000. Rejecting this visit, Palestinians protested against Sharon's descretion of Jerusalem holy sites in a form of national Intifada"Uprising".

Trying to stamp out the Intifada the Israelis imposed upon all sorts of destruction, killing, which put all the Palestinian families especially martyrs families under social and psychological pressure which can be direct or indirect which lead to psychological effects, therefore, this study tries to answer this question; what are the psychological effects on Martyr's family due to Israeli aggression in the AL-Aqsa Intifada.

To address the question of this study, the researcher used SCL90. This international instrument is composed of 90 items distributed in 9 categories also; she employed beck's abridged form of depression which is made up of 13 items. Formerly, this measurement was adapted to the Palestinian environment, as a result of its application, it approved to be valid and reliable. The procedures employed in collecting the data made up of simple random sample, this sample included 230 subjects.

The variables studied in this research ranged from age, gender, place of residence, level of education and profession, practicing religious teachings, and the degree of relationship to the deceased.

The researched subjects were about 70% of the study population comprise 51 Martyr's family living in Ramallah, Al-bera region and Jerusalem.

The data were computerized using SPSS. Furthermore, these statistical techniques were utilized: ANOVA, Chi square, and Frequencies. Percentage and T test.

-Generally psychological distress have a great role on age , this in percentage variation between age group and other groups , this was clear from studies results . The Juvenile is the most stages suffering from psychological distress.

-Female are more affected by some psychological symptoms (neurotic disorder), while, males are more affected in paranoia and psychosis while both groups are equal in obsessive compulsive disorder.

-Marriage does not protect individuals to be affective from psychological distress.

- Urbanization and Civilization has no effect on improving the individual psychological stress but its promoting factor in increasing psychological distress.

-Education is universally related to psychological distress, if education rate increased, the psychological distress reduced.

- Psychological distress are proportionally related to the degree of relatively from martyr, when it have a strong relation there will be an increasing rate to be affected by psychological distress .

-Role and Unsatisfaction is negatively related to psychological distress.

- There is no difference between Palestinian and foreign women, if unemployed women (house wives) will increase the probability to be affected by psychological distress like European women.

- Psychological distress will be an important factor in promoting individual to be more religious.

### Recommendations

- \* To have more studies about the subject especially quantitative and comparative studies, in order to determine the cause of raise disorder and though relate to obsessive compulsive and psychosis.
- \* Forming and rehabilitation program for people in loss
- \* We need more prevented program for post traumatic effect and Initiate and establish emergency teams.
- \* In need an educational and awareness for the public through the visual and non visual media.
- \* Palestinian people are in need for more psychological program to adequate to the actual changes.
- \* We seek the Co-ordination between the psychological centers, universities to terminate the Israeli violence.
- \* To put more planning from the government to elevate the psychological programs and offer the appropriable psychological treatment.

## فهرس المحتويات

III	إقرار
V	الشكر والتقدير
VI	الملخص
X II	المحتويات
XII	قائمة الأشكال
1	الفصل الأول مشكلة الدراسة وأهدافها
2	1.1 المقدمة
4	1.2 مشكلة الدراسة
5	1.3 أهمية الدراسة
5	1.4 أهداف الدراسة
6	1.5 فرضيات الدراسة
7	1.6 حدود الدراسة
8	1.7 مصطلحات الدراسة
11	1.8 معيقات الدراسة
12	محتويات الفصل الثاني: الأدب السيكولوجي والسيكوباتولوجي ودراسات سابقة
13	2.1 تعريف الأعراض النفسية
19	2.2 النظريات المفسرة للأسى
19	2.2.1 نظرية التحليل النفسي
21	2.2.2 نظرية سوليفان
29	2.2.3 نظرية بولوك
30	2.2.4 نظرية جون بولبي
31	2.2.5 نظرية باركز
33	2.2.6 الإتجاه الشامل
36	2.2.7 اضطراب ما بعد الصدمة
40	2.2.8 الاسى والإكتئاب
47	2.3 النظريات المفسرة للإكتئاب
47	2.3.1 النظرية الطبية
50	(أ) 2.3.1 النظرية الوراثية
51	(ب) 2.3.1 النظرية الكيميائية
52	2.3.2 النظريات التحليلية
56	2.3.3 نظرية التعلق الآمن

57	2.3.4 النظرية النفسية الإجتماعية
58	2.3.5 النظرية المعرفية
63	2.3.5(أ) نظرية فيكتور تشارلز رايمي
65	2.3.6 نظرية العجز المتعلم
67	2.3.7 نظرية الضغوط النفسية وأحداث الحياة
70	2.4 دراسات عربية سابقة
75	2.5 دراسات أجنبية سابقة
86	الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات
87	3.1 منهج الدراسة
87	3.2 مجتمع الدراسة
87	3.3 عينة الدراسة
88	3.4 المعالجة الإحصائية
88	3.5 وصف عينة الدراسة
91	3.6 متغيرات الدراسة
92	3.7 المقاييس المستخدمة
92	3.7.1 مقياس قائمة الأعراض
94	3.7.2 مقياس بيك المختصر
97	3.8 إجراءات الدراسة
98	4.1 الفصل الرابع : تحليل النتائج
181	5.1 الفصل الخامس : مناقشة النتائج
187	5.1.1 أهم الإستنتاجات والتوصيات
189	قائمة المراجع العربية
192	قائمة المراجع الأجنبية
196	قائمة الملاحق

## فهرس الجداول

صفحة	إسم الجدول ورقمه
49	جدول رقم (1) الفروق بين الاعراض الاكتائية والهوس
89	جدول رقم (2) توزيع مجتمع الدراسة حسب العمر
89	جدول رقم (3) توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس
89	جدول رقم (4) توزيع مجتمع الدراسة حسب مستوى التعليم
89	جدول رقم (5) توزيع مجتمع الدراسة حسب مكان السكن
90	جدول رقم (6) توزيع مجتمع الدراسة حسب المهنة
90	جدول رقم (7) توزيع مجتمع الدراسة حسب درجة القرابة
90	جدول رقم (8) توزيع مجتمع الدراسة حسب ممارسة التعاليم الدينية
90	جدول رقم (9) توزيع مجتمع الدراسة حسب الحالة الإجتماعية
99	جدول رقم (10) المتوسطات الحسابية وتحليل التباين الأحادي للأعراض النفسية والعمر
100	جدول رقم (11) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الأعراض الجسدية و فئات الأعمار
101	جدول رقم (12) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري في فئة الأعمار

102	جدول رقم (13) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية في فئة الأعمار
103	جدول رقم (14) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب في فئة الأعمار
104	جدول رقم (15) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق في فئة الأعمار
105	جدول رقم (16) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة في فئة الأعمار
106	جدول رقم (17) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف في فئة الأعمار
107	جدول رقم (18) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البرانويا في فئة الأعمار
108	جدول رقم (19) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان في فئة الأعمار
109	جدول رقم (20) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي في فئة الأعمار
109	جدول رقم (21) المتوسطات الحسائية وتحليل التباين للأعراض النفسية والجنس
110	جدول رقم (22) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الأعراض الجسدية عند فئة الجنس
110	جدول رقم (23) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري عند فئة الجنس
111	جدول رقم (24) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية عند فئة الجنس
112	جدول رقم (25) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب عند فئة الجنس
113	جدول رقم (26) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق عند فئة الجنس

114	جدول رقم (27) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة عند فئة الجنس
115	جدول رقم (28) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف عند فئة الجنس
116	جدول رقم (29) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البرانويا عند فئة الجنس
116	جدول رقم (30) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان عند فئة الجنس
117	جدول رقم (31) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي عند فئة الجنس
118	جدول رقم (32) جدول المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية ومستوى التعليم
118	جدول رقم (33) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الأعراض الجسدية عند فئة مستوى التعليم
119	جدول رقم (34) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري عند فئة مستوى التعليم
120	جدول رقم (35) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية عند فئة مستوى التعليم
121	جدول رقم (36) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب عند فئة مستوى التعليم
122	جدول رقم (37) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق عند فئة مستوى التعليم
122	جدول رقم (38) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة عند فئة مستوى التعليم
123	جدول رقم (39) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف عند فئة مستوى التعليم
124	جدول رقم (40) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البرانويا عند فئة مستوى التعليم

124	جدول رقم (41) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان عند فئة مستوى التعليم
125	جدول رقم (42) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي عند فئة مستوى التعليم
126	جدول رقم (43) جدول المتوسطات الحسابية و تحليل التباين للأعراض النفسية ومكان السكن
126	جدول رقم (44) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الأعراض الجسدية ومكان السكن
127	جدول رقم (45) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري ومكان السكن
128	جدول رقم (46) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية ومكان السكن
128	جدول رقم (47) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب ومكان السكن
129	جدول رقم (48) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق ومكان السكن
130	جدول رقم (49) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة ومكان السكن
131	جدول رقم (50) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف ومكان السكن
131	جدول رقم (51) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البرانويا ومكان السكن
132	جدول رقم (52) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان ومكان السكن
133	جدول رقم (53) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي ومكان السكن
134	جدول رقم (54) جدول المتوسطات الحسابية و تحليل التباين للأعراض النفسية حسب متغير المهنة

134	جدول رقم (55) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الاعراض الجسدية ومتغير المهنة
135	جدول رقم (56) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري ومتغير المهنة
136	جدول رقم (57) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية ومتغير المهنة
137	جدول رقم (58) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب ومتغير المهنة
138	جدول رقم (59) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق ومتغير المهنة
139	جدول رقم (60) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة ومتغير المهنة
139	جدول رقم (61) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف ومتغير المهنة
140	جدول رقم (62) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البرانويا ومتغير المهنة
141	جدول رقم (63) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان ومتغير المهنة
142	جدول رقم (64) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي ومتغير المهنة
143	جدول رقم (65) جدول المتوسطات الحسابية و تحليل التباين للأعراض النفسية حسب متغير درجة القرابة
143	جدول رقم (66) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الأعراض الجسدية ومتغير درجة القرابة
144	جدول رقم (67) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الوسواس القهري ومتغير درجة القرابة
145	جدول رقم (68) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الحساسية التفاعلية ومتغير درجة القرابة

146	جدول رقم (69) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الإكتئاب ومتغير درجة القربة
147	جدول رقم (70) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من القلق ومتغير درجة القربة
148	جدول رقم (71) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من العداوة ومتغير درجة القربة
148	جدول رقم (72) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من قلق الخوف ومتغير درجة القربة
149	جدول رقم (73) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البارانويا ومتغير درجة القربة
150	جدول رقم (74) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من الذهان ومتغير درجة القربة
151	جدول رقم (75) توزيع العينة حسب الحاجة للعلاج من البعد الإضافي ومتغير درجة القربة
152	جدول رقم (76) المتوسطات الحسابية و تحليل التباين للأعراض النفسية ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
152	جدول رقم (77) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الأعراض الجسدية ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
153	جدول رقم (78) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الوسواس القهري ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
154	جدول رقم (79) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الحساسية التفاعلية ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
154	جدول رقم (80) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الإكتئاب ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
155	جدول رقم (81) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج القلق ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
156	جدول رقم (82) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج العداوة ومتغير ممارسة التعاليم الدينية

156	جدول رقم (83) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج قلق الخوف ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
157	جدول رقم (84) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج البرانويا ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
158	جدول رقم (85) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الذهان ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
158	جدول رقم (86) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج البعد الإضافي ومتغير ممارسة التعاليم الدينية
159	جدول رقم (87) المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية حسب متغير الحالة الإجتماعية
160	جدول رقم (88) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الاعراض الجسدية و متغير الحالة الاجتماعية
160	جدول رقم (89) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الوسواس القهري و متغير الحالة الإجتماعية
161	جدول رقم (90) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الحساسية التفاعلية و متغير الحالة الإجتماعية
162	جدول رقم (91) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الإكتئاب و متغير الحالة الإجتماعية
163	جدول رقم (92) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج القلق و متغير الحالة الاجتماعية
164	جدول رقم (93) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج العداوة و متغير الحالة الإجتماعية
164	جدول رقم (94) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج قلق الخوف و متغير الحالة الإجتماعية
165	جدول رقم (95) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج البرانويا و متغير الحالة الإجتماعية
166	جدول رقم (96) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج الذهان و متغير الحالة الإجتماعية

166	جدول رقم (97) توزيع العينة حسب الحاجة لعلاج البعد الإضافي ومتغير الحالة الإجتماعية
168	جدول رقم (98) الإكتتاب وفئات الأعمار
170	جدول رقم (99) الإكتتاب والجنس
173	جدول رقم (100) الإكتتاب والحالة الإجتماعية
173	جدول رقم (101) الإكتتاب ومكان السكن
174	جدول رقم (102) الإكتتاب ومستوى التعليم
176	جدول رقم (103) الإكتتاب ودرجة القرابة
177	جدول رقم (104) الإكتتاب والمهنة
178	جدول رقم (105) الإكتتاب وممارسة التعاليم الدينية
179	جدول رقم (106) عدد والنسبة المئوية لافراد العينة الذين يحتاجون للعلاج من الاعراض النفسية

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهدافها

- 1.1 المقدمة
- 1.2 مشكلة الدراسة
- 1.3 أهمية الدراسة
- 1.4 أهداف الدراسة
- 1.5 فرضيات الدراسة
- 1.6 حدود الدراسة
- 1.7 مصطلحات الدراسة
- 1.8 معيقات الدراسة

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهدافها

#### 1.1 المقدمة:

الشعب الفلسطيني كغيره من الشعوب الساعية إلى التحرر والإنعتاق من قيود الإحتلال، وجد أخيرا أنه لا سبيل لحل قضيته إلا بالدفاع عن نفسه ضد قوات الإحتلال، وتصعيد المقاومة وتحمل المشاق والتجارب المؤلمة نفسيا واجتماعيا، في سبيل الحصول على الحرية والإستقلال ونيل الكرامة الوطنية وممارسة ابسط حقوقه للعيش بحريه على تراب وطنه. وقد تجسد ذلك أخيرا عام(2000) فيما عرف بانتفاضة الأقصى الحالية، التي تمثل تجسيدا لهذا النهج عبر المواجهة اليومية مع قوات الإحتلال بوسائل مختلفة، كالحجارة والزجاجات الحارقة والمواجهة المسلحة والعمليات الإستشهادية، التي تهدف أولا وأخيرا إلى تكبيد الإحتلال خسائر مادية وبشرية، تجعله يشعر بفداحة الثمن مما سيدفعه إلى الرحيل عن مناطق الضفة الغربية وقطاع غزة.

إلا أن إنتفاضة الأقصى الحالية كانت الأكثر دموية منذ الإحتلال، فالمواجهة اليومية لقبضة "شارون" الشرسة أدت إلى سقوط المئات من الشهداء في الضفة الغربية وقطاع غزة حيث بلغ عدد الشهداء في تلك الفترة (2738) شهيدا حتى سنة (2003) والذين لا يعتبرون الموت مشكلة بالنسبة لهم بقدر ما هو مؤلم و فادح وعظيم الأثر على أسرهم وعائلاتهم الثكلى. ولرصد هذا الأثر المؤلم وتداعياته على الأسر الفلسطينية قامت الباحثة بإجراء هذه الدراسة بعنوان: الأثار النفسية على أسر الشهداء الناجمة عن الإعتداءات الإسرائيلية في أحداث انتفاضة الأقصى.

إن الشعب الفلسطيني شعب مؤمن بالله وبالقدر وبأن الموت حق، إلا أن المشاعر الطبيعية للإنسان تتلقى نبا الموت بالفجعة فيترك أثرا نفسيا هائلا على الأفراد ذكورا وإناثا ولا سيما أن حالات الإستشهاد خلال إنتفاضة الأقصى هي

منقبيل الموت المفاجئ الذي يباغت أهل الشهيد فيبهتهم، ويجعلهم يقفون مذهولين مشدوهين غير قادرين على استيعاب الحدث.

ومن الجدير بالذكر أن هناك دراسات عالجت أثر الموت على ذوي الميت ولعل أبرزها ما تناولته المجلتين العلميتين **Omega and Death Education** فمعظم علماء النفس والباحثين الاجتماعيين لم يدرسوا هذه الظاهرة دراسة نفسية وإجتماعية لا سيما أن الأثر النفسي والاجتماعي هو أكثر بروزا من الأضرار والآثار البيولوجية، حيث يؤدي الإستشهاد غالبا إلى فقدان احد أفراد الأسرة الذي يؤدي وفاته إلى خلل إجتماعي في النظام الأسري ووظائفه.

إن ظاهرة الموت هي أكثر الظواهر غموضا في حياة الإنسان حيث لا يمكن التنبؤ به بحدوثه أو بمنعه، فالعلم لا يزال عاجزا عن التنبؤ بالموت أو معالجة هذه الظاهرة، وقد كان الخلود مدار بحث الفلاسفة والأساطير القديمة لكنه لم يكتب ولن يكتب لأحد، على أن الأديان السماوية تقر بأن الموت يحصل متى شاء الله ولعل هذا ما يمنح الإنسان العربي المسلم والفلسطيني بالذات في موضوع الإستشهاد راحة إنسانية وتقبلا لهول الفجيرة والتسليم بها لا سيما انه يعلم تمام العلم أن للشهيد منزلة ومكرمة عند الله ليست لغيره، ولكن الفراق يبقى صعبا شاقا جدا على النفس التي ستفقد أعلى الناس في لحظة لم تكن حسبت لها حسابا. وعلى الرغم من أن المفهوم الدارج اجتماعيا والمسلم به ثقافيا أن المرأة هي الأكثر تأثرا بالفقدان من الرجل، إلا أنه ليس بالضرورة أن يكون الوضع كذلك، وتعتقد الباحثة أن تأثر كلا الجنسين متقارب، وإن كانت المشاعر الخارجية متفاوتة بدرجة أو بأخرى، لأن طرق التعبير تختلف من جنس لآخر، حيث أن الثقافة الشرقية أكثر تسامحا مع وفرة المشاعر لدى المرأة في حين أنها تنكرها على الرجل، فعندما تبكي المرأة فإن

ذلك مقبول اجتماعياً، على العكس مع الرجل الذي لا يسمح له المجتمع بالتعبير عن مشاعره بالدرجة التي يقبلها للمرأة (سحويل، 2001).

وقد واجهت الباحثة في هذا البحث صعوبات جمة منها قلة الدراسات المحلية والعربية، كما أن المراجع العربية والمحلية قليلة. وصعوبة الترجمة للمراجع الإنجليزية والتي لها علاقة بهذا الموضوع (محمود وفرج، 1993).

## 1.2 مشكلة الدراسة:

لا يزال الشعب الفلسطيني يعيش تحت ظروف مستمرة من العنف الإسرائيلي، فمنذ بداية إنتفاضة الأقصى التي إنطلقت إثر إغارة أرئيل شارون على المسجد الأقصى يوم (2000/9/28) وبناء عليه، فقد هب الشعب الفلسطيني الرفض لهذه الإغارة للتعبير عن غضبه واحتجائه لتدنيس قدس الأقداس، بتنظيم مسيرات ومظاهرات غاضبة ومواجهات غير متكافئة، مما حدا بالحكومة الإسرائيلية إلى إلقاء أوامرها لأفراد قواتها بأن تتكل بهذا الشعب وتكيل له أصناف العنف والإرهاب، حيث تقتل من تقتل، وتعيق من تعيق غير أبهة بما ينتج عن ذلك، ولا تميز بين كبير وصغير أو امرأة ورجل.

لذا لمست الباحثة آثار العنف والضغوطات على هذا الشعب بأكمله من خلال سماعها ومعايشتها ومشاهداتها لهذا الواقع الأليم وكذلك لطبيعة عملها في هذا المجال سواء كان قبل الإنتفاضة أو أثناءها حيث عملت كباحثة إجتماعية ولمدة (25) سنة في

مستشفى بيت لحم ومن ثم في الصحة النفسية المجتمعية ومركز علاج وتأهيل ضحايا التعذيب، وبناءً على ذلك تفترض الباحثة أن هذه الأحداث تكاد تضع الأسرة الفلسطينية بأكملها خصوصاً أسر الشهداء تحت ضغوط نفسية واجتماعية ومشاكل أخرى، منها ما هو مباشر منها ما هو غير مباشر، هذه الأسر منها من فقدت أبنها،

أو أخاها أو أباه، أو راعيها(الزوج) بشكل مفاجئ وغير متوقع فهل تركت هذه الأحداث آثاراً نفسية عميقة تستوجب الوقوف عندها ودراستها وتحليل آثارها على الأسرة الفلسطينية وبالتالي على الشعب الفلسطيني، بما يخدم التوجهات العامة لهذا الشعب المناضل من أجل نيل حقوقه، من هنا جاء الإهتمام ببحث هذه المشكلة وأعداد هذه الدراسة التي تحاول الإجابة عن السؤال التالي: ما الآثار النفسية على أسر الشهداء الناجمة عن الإعتداءات الإسرائيلية في أحداث انتفاضه الأقصى الحالية؟

### 1.3 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة بأنها:

- مقدمة لدراسات مستقبلية خصوصا وأن الدراسات في هذا الموضوع تكاد تكون قليلة في الدول العربية، حسب علم الباحثة إن هذه الدراسة لا يمكن أن تكون إلا في دول مثل فلسطين، العراق لبنان وأفغانستان.
- كونها أجريت على شريحة متميزة في المجتمع ألا وهم أسر الشهداء في فلسطين.
- أهميتها في بحث الأعراض النفسية التي تعاني منها فئة ذوي الشهداء الناتجة عن فقدان أحد أعزائها.

### 1.4 أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى استقصاء الآثار النفسية على أسر الشهداء الناجمة عن الإعتداءات الإسرائيلية في أحداث إنتفاضة الأقصى الحالية وبالتحديد فإن هذه الدراسة ستجيب على الاسئلة التالية:

ما الآثار النفسية التي تطرأ على أسر الشهداء خلال الانتفاضة الحالية انتفاضة الأقصى (2001)؟

هل المتغيرات التالية: (العمر، الجنس، الحالة الشخصية، مكان السكن، المهنة، التعليم، مستوى التدخين، درجة القرابة) لها تأثير على الأعراض النفسية لأسر الشهداء؟

### 1.5 فرضيات الدراسة:

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة وقلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى العمر.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية و الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة وقلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى الجنس.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى مستوى التعليم.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة وقلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى مكان السكن.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية

والإكتئاب والقلق و العداوة و قلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى المهنة.

• لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية و الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة وقلق الخوف و البرانويا التخيلية و الذهانية) تعزى إلى درجة القرابة.

• لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية و الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة و قلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى مستوى ممارسة التعاليم الدينية.

• لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha= 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية و الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق و العداوة و قلق الخوف و البرانويا التخيلية والذهانية) تعزى إلى الحالة الإجتماعية.

## 1.6 حدود الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة على أسر الشهداء في محافظتي (رام الله و البيرة ) ومحافظه القدس.

- الحدود المكانية: تشمل محافظتي رام الله و البيرة ومحافظه القدس وقرراها.
- الحدود البشرية: تشمل أسر الشهداء (الأسرة النووية) الأم، الأب، الأخ، الأخت، الزوج، الزوجة.
- الحدود الزمنية: تشمل دراسة الآثار النفسية لأسر الشهداء منذ بداية انتفاضة الأقصى (2000/9/28) وحتى تاريخ (2001/10/31).

## 1.7 مصطلحات الدراسة:

- السكن: المكان الحالي الذي يعيش فيه المبحوث سواء كانت مدينه أو قرية أو مخيم.
- التعليم: آخر درجة علمية حصل عليها المبحوث تتراوح ما بين الأمية-حتى الدرجات العلمية العليا.
- المهنة: العمل الذي يقوم به المبحوث من حيث كونه طالب، موظف، عامل، مزارع، ربة بيت، بلا.....الخ.

## • درجة القرابة للشهيد.

- التدين: تقييم المبحوث لذاته من حيث كونه يمارس التعاليم الدينية بصورة منتظمة أو غير منتظمة أو عدم ممارستها.

- الآثار النفسية: وقد عرفتها الباحثة بأنها ردة الفعل النفسية نتيجة مرور المبحوث بالأحداث المفاجئة مستخدمة مقياس (SCL90) إعداد ديوروجيتس تعريب غريب عبد الفتاح غريب والذي يحوي الأعراض التالية:

- الشكاوى الجسدية somatization: شكاوى جسدية متعددة بأجزاء كثيرة من الجسم والتي تطول أجهزة متعددة في الجسد، هذه الشكاوى موصوفة بشكل دراماتيكي وأكثر الأجهزة إصابة هما القلب والرئتان مثل عدم القدرة على التنفس، سرعة دقات القلب، ألم بالصدر، ثم ألم بالظهر والمفاصل وألم عند الدورة الشهرية، بجانب هذه الأعراض الجسدية هناك أعراض نفسية مثل سرعة الغضب والعصبية، التوتر النفسي، بعض أعراض الإكتئاب بينما فقدان الرغبة الجنسية والبرود الجنسي أعراض أساسية ويغلب الطابع النسائي على هذا المرض. تبدأ الأعراض عند البلوغ وقد تستمر مدى الحياة ويكثر ظهور المرض في العائلة وتصل نسبته (1%) من الناس بينما تصل النسبة الى (20%) في قرابة الدرجة الأولى للمريض ويلزم أن

تستمر الشكوى لمدة سنتين من اجل تشخيص المرض مع وجوب مراجعات طبية كثيرة (او كسفورد، 1991).

• الوسواس القهري: (obsessive compulsive) عبارة عن حركات أو سلوك أو أفكار غريبة يحدثها المريض او تأتي عليه ويعلم أنها سخيفة وعندما يحاول طردها يصاب بالقلق النفسي فيضطر إلى إعادتها أو تكرارها ولهذا يقال لها وسواس تكراري قهري كأن يغسل يديه خمس مرات إذا لمس يد الباب.

• الحساسية التفاعلية: interpersonal sensitivity هي التقيد الشديد بالضوابط والأخلاق لدرجة تعيق تقدم الفرد ويفقد الناحية العملية في التعامل مع الآخرين، يحمر خجلا لأي سؤال أو طلب فيجد صعوبة كبيرة في عملية التوافق الإجتماعي.

• الاكتئاب depression: شعور مرضي شديد بالحزن وانعدام الأمل، وأن الإنسان أصبح غير مجد ولا يمكن مساعدته فأصبح يرى الحياة بلا أمل والأبواب كلها مغلقة في وجهه وفقدان الشعور بمتاع الحياة والرغبة في الموت.

• القلق anxiety: الشعور بأن شيئا مرعبا على وشك الحدوث وهو مظهر آخر من مظاهر غريزة الدفاع عن البقاء وقد يكون ظاهرة مرضية مثل الخوف من المرض او الموت.

• قلق الرهاب phobic anxiety: وهو الخوف غير المبرر من شيء معين يحدث عند التعرض لذلك الشيء مثل الخوف من الأماكن المرتفعة أو التواجد داخل المصعد والخوف من الأماكن المغلقة أو من بعض الحيوانات غير الضارة.

• البارانويا التخيلية paranoid ideation: هي حالة مرضية تصيب من لديه العجرفة والكبرياء والشعور بالإضطهاد والظلم، والغيرة، وشدة الحرص، وشعور بعدم الثقة بالآخرين معتقدا بأنه موهوب بشكل غير عادي ولديه حساسية مطلقة وأن الآخرين يحاولون إستغلاله دائما ولهذا لا يثق بأحد لأنهم لا يدعونهم يصل إلى هدفه.

• الذهانية psychosis: ويقصد بالذهان المرض العقلي وبشكل عام تضطرب فيه الحقيقة او تتبدل ويضل المريض عن الحقيقة أي يكون عنده هواجس وإعتقادات

خاطئة وكذلك هلوسة والذهان من الذهن وهو العقل وهو لا يعني مرض معين والمقصود به أي اضطراب في القوى العقلية أو التشويش في الإدراك بشكل عام دون الإشارة إلى الأسباب أو التصنيف (وهو بالعامية الجنون).

• **الأسى:** هي حالة الحزن التي تصيب الشخص الذي فقد قريباً له بالموت والتي تسمى Grief.

• **الصدمة:** رد فعل طبيعي لحدث غير طبيعي.

• **معنى الشهيد**

قال تعالى: (ولا تحسبن الذين قتلوا في سبيل الله أمواتاً بل أحياء عند ربهم يرزقون فرحين بما آتاهم الله من فضله ويستبشرون بالذين لم يلحقوا بهم من خلفهم ألا خوف عليهم ولا هم يحزنون يستبشرون بنعمة من الله وفضل وأن الله لا يضيع أجر المؤمنين) (آل عمران، آية 169). المقصود بالشهيد: الذي يقتل في سبيل الله والشهداء أنواع - ففي الحديث الذي يرويه ابوهريرة رضي الله عنه - قوله صلى الله عليه وسلم " الشهداء خمسة: المطعون اوالمبطون اوالغريق اوصاحب الهدم اوالشهيد في سبيل الله ) (الشرقاوي، 1990).

الشهيد: من الناحية اللغوية: الشهيد: - من شهد: وهو يأتي بمعنى الشاهد ومن قتل في سبيل الله تعالى ويجمع على شهداء - أو شهداء، ومنه الشاهد: الحاضر ويجمع على شهود وأشهداء، وهو أيضاً من يؤدي الشهادة. الشهيد: من قتل في سبيل الله ومن يؤدي الشهادة.

وفي التنزيل العزيز: "ولا يضار كاتب ولا شهيد" (البقرة، آية 282). الشهادة (خبر قاطع) اسم من شهد له أو عليه (اليمين) الموت في سبيل الله (المعجم الوسيط، 1972). وما يعنينا في هذا البحث هو من ضحى بنفسه في سبيل الله الشهداء الذين سقطوا على أرض الوطن في الفترة الزمنية الواقعة ما بين (2000\9\28 - 2001\10\31).

## 1.8 المعوقات التي واجهت الباحثة أثناء قيامها بالبحث من وجهة نظرها

- عدم وجود المراجع العربية المحلية الكافية حول هذا الموضوع.
- عدم وجود دراسات عربية كافية حول الموضوع و الدراسات المتوفرة مشابهة لهذا الموضوع.
- المراجع باللغة الإنجليزية المتوفرة هي لأوضاع مشابهة وليست مطابقة لهذه الحالة بالإضافة الى صعوبة ترجمتها.
- وجود الحواجز العسكرية التي إعترضت الباحثة مما جعلتها عاجزة عن الإتصال ببعض أفراد العينة، لذلك إرتأت أن تختار عينة عشوائية مرة أخرى على الأفراد التي لم تتح الفرصة الأولى لهم أن يكونوا من ضمنها.
- عدم تواجد أفراد الأسرة الواحدة مجتمعين في آن واحد، وذلك بسبب ظروف خاصة بهم مما حدا بالباحثة لزيارة الأسرة اكثر من مرة.
- رفض بعض أفراد العينة تعبئة الإستمارة لأسباب شخصية.

## محتويات الفصل الثاني

### الأدب السيكولوجي والسيكوباتولوجي ودراسات سابقة

- 2.1 تعريف الأعراض النفسية
- 2.2 نظريات الأسي
  - 2.2.1 نظرية التحليل النفسي
  - 2.2.2 نظرية سوليفان
  - 2.2.3 نظرية بولوك
  - 2.2.4 نظرية جون بولبي
  - 2.2.5 نظرية باركز
  - 2.2.6 الإتجاه الشامل
  - 2.2.7 اضطراب ما بعد الصدمة
  - 2.2.8 الاسى والاكتئاب
- 2.3 نظريات الإكتئاب
  - 2.3.1 النظرية الطبية
    - 2.3.1 (أ) النظرية الوراثية
    - 2.3.1 (ب) النظرية الكيميائية
  - 2.3.2 النظريات التحليلية
  - 2.3.3 نظرية التعلق الأمن
  - 2.3.4 النظرية النفسية الإجتماعية
  - 2.3.5 النظرية المعرفية
    - 2.3.5 (أ) نظرية فيكتور تشارلز رايمي
  - 2.3.6 نظرية العجز المتعلم
  - 2.3.7 نظرية الضغوط النفسية وأحداث الحياة
- 2.4 دراسات عربية سابقة
- 2.5 دراسات أجنبية سابقة

## الفصل الثاني

### الأدب السيكولوجي و السيكوباتولوجي ودراسات سابقة

يتضمن هذا الفصل التعريف الإكلينيكي للأعراض النفسية الناتجة عن الأسي والنظريات حول الأسي ونظريات الإكتئاب بالإضافة إلى مراجعة الدراسات المتوفرة لدى الباحثة حول الموضوع.

#### 2.1 تعريف بالأعراض النفسية:

هناك ثلاثة مبادئ وضعت من أجل المساعدة في تقرير وجود العرض (الخاني، 1986).

(1) أن يكون العرض خارج نطاق التحكم الواعي للشخص كون الشخص لا يستطيع أبعاد الأفكار التي تشغله أو مقاومة التفكير بفكرة وسواسية أو أن يعجز في التغلب على نوبة الهلع رغم محاولته ذلك جاهدا.

(2) أن يكون العرض غير متناسب مع الظروف الموضوعية والأوضاع المحيطة بالشخص.

(3) أن يكون العرض مترافقا عادة بشعور مزعج. وتتعتمد الباحثة في تعريفها للأعراض المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (تصنيف الإضطرابات السلوكية والنفسية) (عكاشة، 1999) النسخة العربية.

#### الإكتئاب

عرف التصنيف للأمراض النفسية الإكتئاب (F3-ICD10.p128)، بأنه انخفاض في المزاج وفقدان التلذذ (الإستمتاع) والإهتمام بالأشياء وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى سرعة التعب ونقص النشاط. ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود ومن الأعراض أيضا:

- 1) ضعف التركيز والإهتمام.
- 2) انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس.
- 3) أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة حتى في النوبات الخفيفة
- 4) يبدو المستقبل مظلماً مع نظرات تشاؤمية.
- 5) اضطراب النوم.
- 6) اضطراب الشهية ونقص الوزن.
- 7) تتأثر المريض رغبة في إيذاء النفس أو الإنتحار ويستدعي تشخيص النوبات الإكتئابية ذات الدرجات الثلاث من الشدة بعد مضي أسبوعين على الأقل ولكن قد تكفي فترات أقصر أحيانا إذا كانت الأعراض شديدة بشكل غير عادي وسريعة البداية.

#### الأفكار الوسواسية

هي أفكار أو أفعال أو صور كريبية أو إندفاعات تطرأ على ذهن الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر ونمطي وهي دائما مثيرة للإزعاج وتكون غالبا عنيفة أو خارجة عن اللائق أو عديمة المغزى ويحاول المريض أن يقاومها ولكن دون نجاح ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالبا كريبية.

أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى وهي لا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، اما المريض فيرى فيها غالبا وقاية من حدث ما لا يحتمل وقوعه موضوعيا وغالبا ما يتضمن أذى موجه من الشخص أو إليه و يدرك المريض أن سلوكه هذا لا معنى ولا تفسير له ويبذل محاولات عديدة لمقاومته ومن أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر الأعراض الوسواسية أو الأفعال القهرية أو كلتاها في اغلب

الأيام لمدة اسبوعين على الأقل و يبدأ عادة في الطفولة كما يظهر في بداية مرحلة الكهولة (F42-ICD10.p125) .

### قلق الرهاب

هي مجموعة من الإضطرابات يستثار فيها القلق، بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومؤكدة جيدا (خارجة عن نطاق الشخص ) وهي لا تحمل في حد ذاتها خطرا. ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو مكابقتها مع التخوف منها، كما لا يمكن تمييزه شخصيا وفيزيولوجيا وسلوكيا عن أنماط القلق الأخرى وقد يتباين في شدته بين عدم إرتياح خفيف وبين فرع.

وقد يتركز قلق الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء وكثيرا ما تصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان السيطرة أو الجنون ولا يخفف من القلق أن يعرف المريض أن الناس الآخرين لا يرون خطرا أو تهديدا في الموقف المرهوب، بل إن مجرد التفكير في احتمال الدخول في الموقف الرهابي يولد في العادة قلقا توجسيا (F40 - ICD10.p144).

### القلق

قلق عام مستديم ولكنه لا يقتصر أو حتى يسيطر بشدة في حالة بيئية خاصة "يطفو بحرية فوق كل المواقف " وكما هي الحال بالنسبة لإضطرابات القلق الأخرى فإن الأعراض المهيمنة في كل حال تتباين تباينا كبيرا ولكن يشيع الإحساس بالعصبية طوال الوقت وبالرعدة والتوتر العضلي والعرق والدوار والخفقان والدوخة وحس الإنزعاج أعلى البطن وقد يقلقه ويجعله متشائم التفكير بأنه هو شخصا أو أحد اقاربه سوف يمرض قريبا أو يصاب بحادثة ذلك بالإضافة إلى مخاوف وتوقعات سيئة ويشيع هذا المرض بمعدل أكثر بين النساء. يشترط أن

- يعاني الشخص من أعراض قلق أولية في أغلب الأيام ولمدة عدة أسابيع متصلة على الأقل وعادة لعدة شهور تشتمل هذه الأعراض عادة عناصر من:
- توجس (مخاوف بشأن مشاكل في المستقبل، إحساس بالإنفعال، صعوبة في التركيز، الشعور بعدم الكفاءة لدرجة أنه على شفير الهاوية.....الخ.
  - توتر حركي (تململ، صداع عصبي، رعشة(دوار، عدم القدرة على الإسترخاء).
  - زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل(دوار، عرق، سرعة ضربات القلب أو سرعة التنفس، إحساس بانزعاج، دوخة، جفاف الفم) (F41.1-ICD10.p150).

### الإضطرابات الجسدية

السمات الرئيسية هي أعراض جسدية متعددة ومتكررة وكثيرة التغيير: وفي العادة تكون قد مرت سنوات عديدة قبل عرض المريض على الطبيب النفسي، وأغلب المرضى لهم تاريخ طويل ومعقد لدى الخدمات الطبية الأولية والمتخصصة، أجريت لهم فحوصات سلبية أو عمليات كثيرة لا فائدة منها وتتعلق الأعراض بأي جزء من أجزاء الجسم ولكنها أكثر شيوعا في الجهاز الهضمي (الشعور بالغثيان، تجشؤ) وإحساسات شاذة بالجلد (حكات، حرقة، تتميل ) وكثيرا ما يوجد قلق واكتئاب شديداً ومسار الإضطراب مزمن ويصاحبه اختلال طويل الأمد في السلوك الإجتماعي والشخصي والعائلي ويشيع الإضطراب بين النساء أكثر في اوائل سن الكهولة، وكثيرا ما ينجم الإعتماد على الأدوية (المهدئات ومضادات الألم ) أو اساءة استعمالها من تكرر دورات المعالجة وحتى يكون التشخيص قاطعا لا بد من وجود جميع الظواهر التالية:

- عامان على الأقل من الأعراض الجسدية المتعددة والمتغيرة التي لا يمكن إيجاد تفسير جسدي كافٍ لها.
- الرفض المستمر لقبول النصح أو الطمأننة من عدة أطباء بأنه لا يوجد تفسير جسدي للأعراض.

- درجة ما من اختلال الوظائف الإجتماعية والعائلية مرجعها إلى طبيعة الأعراض والسلوك المترتب عليها (متلازمة الشكوى المتعددة الإضطراب النفسي الجسدي المتعدد) (F45-ICD10.pp172-173).

## الذهان

اضطراب ذهني حاد تتضح فيه الهلوس والأوهام ( الضلالات) والإضطرابات الإدراكية ولكنها شديدة التباين. وتتغير من يوم إلى يوم أو حتى من ساعة إلى أخرى . كذلك يكثر وجود التهيج في المشاعر مع أحاسيس شديدة عابرة بالسعادة والنشوة و القلق. وهذه الصورة السريرية ( الإكلينيكية ) المتغيرة والمتعددة الأشكال وغير الثابتة سمة مميزة. وبالرغم من أن الأعراض الوجدانية أو الذهنية المنفردة قد تبرز في بعض الأوقات، إلا أن معايير النوبة الهلوسية (الإكتئابية) أو الفصام غير مستوفاة.

وقد عرف الذهان بأنه الجنون اطلاقا ويقال أنه إختلال، وذهان العقل وكما يوحي إسمه فإنه مرض يخص الذهن وله وقع شديد على من يصيبه ويمنع أن تكون له علاقة بالآخرين وينهي أي توافق وظيفي أو إجتماعي أو جنسي، ويعني الذهان من الناحية الوظيفية إنقراض عمل الشخصية فلا تقوم بوظائفها من إدراك وذاكرة وحكم وحركة وغيرها ومن الناحية الأكلينيكية تأتي المذهون عادة هلوسة وهذات، ومن الناحية العلاجية عادة يتطلب الأمر إيداع المذهون في المستشفى على الأقل عند بداية المرض. ومن الناحية الدينامية يعاني المذهون من تعطل وظائف الأنا ومن ثم يعجز عن أن يميز الواقع والتواصل بالأشياء، والذهان نوعان عضوي ووظيفي.

- فالعضوي ما كان بسبب مرض أو حادث يلم بالمخ فيحول بينه والقيام بوظائفه أو يصيبه بالتلف أو الضمور بأنسجته.

- والذهان الوظيفي: يتسبب عن اضطراب وظيفي للجهاز العصبي المركزي وهذا لا يمنع ان يكون له أسباب عضوية (عكاشة،2003).

### البرانويا

ويعتبر كريبلن (1921)أول من وصف البرانويا وقد أشار كل من كول (1930) ووينكير(1977)وكيتي(1981) إلى أن البرانويا مرض موجود بشكل مستقل حيث تميز المريض بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية.وتتميز هذه الهذات بقوتها وترتيبها وتنسيقها وكثيرا ما نجد إتباعا لهؤلاء المرضى يؤمنون بنفس الإعتقاد الخاطيء وعادة ما تكون شخصية مريض البرانويا قوية، مهيمنة سائدة، طاغية، أنانية، لا تحترم في داخلها عواطف الأفراد ولو أنه يحاول تمثيلها ظاهريا، وتمتلك مقدرة فائقة على الإقناع ويتميز أيضا بالشك في من حوله، وعدم ثقته المطلقة في أحد من الأتباع ودائما يسخر من أي آراء تخالف آراءه، ويحتم على الجميع الإقتناع والإقتداء برأيه الذي يؤمن بأنه الأسلم والأصح(إكسفورد، 1988).

### الحساسية التفاعلية:

تتركز الأعراض على مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة مقارنة الآخرين، ويتميز الأشخاص ذوي المستوى العالي من الحساسية ببخس الذات (التقليل من الأهمية ) والإنزعاج، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات مع الآخرين، وتعد مشاعر الأنيه (الشخصية الذاتية) الحادة، والتوقعات السلبية بشأن الإتصالات التفاعلية مصادر مماثلة للضيق أيضا(البحيري، 1984).

### العداوة:

أن وجود الغضب وسلوك العداة يعتبران محددان هامين من القرارات الإكلينيكية المختلفة التي يتخذها أطباء العيادات النفسية بصدد المرضى المترددين

على تلك العيادات وتعود تلك الحقيقة إلى إستخلاص بعد العداوة كبعد أساسي في القائمة (SCL90) ويشمل البعد الحالي 3 فئات من سلوك الاعتداء، الأفكار، المشاعر ، والافعال وتخفى العيادات الرمزية مشاعر التبرم ودوافع تحطيم الأشياء مثل المجالات المستمرة والثورات المزاجية التي لا يمكن للفرد السيطرة عليها (البحيري، 1984).

## 2.2 أهم النظريات المفسرة للأسى (Grief)

وقد درس تأثير فقدان بعمق منذ زمن طويل وهناك نظريات كثيرة ومتعددة عن هذا الموضوع وتأثيره النفسي على الأشخاص والمحيطين للمفقود ومنها:

### 2.2.1 نظرية التحليل النفسي

يعتبر فرويد من أوائل من ناقشوا نظرية Intrapsychic (مكون النفس) للأسى في أطروحته (الحداد والمنخوليا ) ولم يكن فرويد مهتما بتناول موضوع الحداد وذلك لأنه يعتبره ردة فعل طبيعية بقدر اهتمامه بموضوع الإكتئاب ولذلك قام بدراسة استجابات الملاحظه للحزن ومن ثم مقارنتها مع طبيعة الإكتئاب الغامضة، أو ما أطلق عليها المنخوليا وبذلك إستطاع فرويد التفريق بين الأسى والأعراض المرضيه للمنخوليا.

يعتقد فرويد أن الأسى عبارة عن ردة فعل طبيعية لفقدان عزيز أو لخسارة ثمينه وليس حالة مرضيه تستدعي العلاج، وإنما يزول مع مرور الزمن الذي يعمل قطع العلاقة بين الفاقد والفقيد، وفي هذا السياق بين فرويد اوجه الشبه والاختلاف بين الحداد والمنخوليا. حيث سعى فرويد إلى المقارنة بين صورتين من صور الحزن والذي يعجل فقدان الوضع بحدوثه. ففي حالات الحداد يوجد فقدان حقيقي مع انفصال واقعي عن الموضوع ويظهر عمل الحداد كنتيجة للفقدان وينخفض اعتبار الذات. أما في السوداوية فيكون الفقدان مختلفا حيث يأخذ شكلا إنسحابيا أكثر

للروابط الليبيدية بالموضوع. ويأتي فقدان على أنه فقدان في أنا المريض. ولهذا فقد حدد ثلاثة عوامل أساسية للإكتئاب هي فقدان الموضوع والتناقص الوجداني وارتداد الليبيدو الى الأنا.

أما بالنسبة لنقاط الاختلاف، فيرى أنها كبيرة وأن البون شاسع بين الحداد والمنخوليا، ففي حالة الإكتئاب، يرى فرويد أن المصاب بالمنخوليا غالبا ما يقل احترامه لذاته من خلال تأنيبها وتحقيرها إلى حد التعذيب، وهذا بدوره يشعر الفاقد ب فراغ الأنا. أما في حالة الحداد أو الحزن الطبيعي، فيعتقد فرويد أن الفاقد لا يشعر بخسارة احترامه نفسه و لا يشعر أيضا بمشاعر مزدوجه ومتأرجحه تجاه الفقيد.

لقد أقر أن الشكل العام لفقدان عزيز أو موضوع حب خارجي هو أن يسود مؤقتا إذعان للواقع، ومع ذلك فإن أمره لا يمكن أن يطاع دفعة واحدة، إذ يتم تنفيذ هذه المهمة شيئا فشيئا مما يكلف وقتا طويلا وطاقة إنفعالية كبيرة بينما يبقى وجود الموضوع المفقود مستمرا في الذهن ويتم إخراج كل واحدة من الذكريات والآمال التي كانت تربط الليبيدو بالموضوع ويتم اخفاء طاقة انفعالية عالية عليها. وعندما يتم عمل الحداد يصبح الأنا متحررا من الكف مرة أخرى.

وتتوقف مدة الحداد على مكانة الشخص المفقود بحسب أهميته بالنسبة للأنا كموضوع إشباع خارجي والتي تطول إذا ما صادفت استعدادا للإصابة بالمرض حيث يستدعي الموضوع المفقود موضوعا طفيليا على مستوى لاشعوري وبخاصة إذا كانت علاقة صاحب الحداد بالموضوع الفقيد علاقة متناقضة العاطفية. وفي حالات كثيرة يتم للفرد إنكار فكرة الموت والوهم بأن الشخص الفقيد لا يزال حيا(عسكر، 1998).

أن كل شخص تقريبا يعيش حالة الحزن لفقدان موضوعه يحدث له خلط بنائي شديد كمختلط فيها الأبنية الثلاث حيث يسيطر الذهول أو الاهتياج أو كلاهما

وجهان للقلق، قلق غير متوقع على المستوى الشعوري (بحسب نوع الصدمة التي يتلقاها الشخص) ويلتزم هذا القلق حالة الحزن بوصفه يعمل في خدمة أعراض تنظيمية لتكوين الإندفاعات اللاحقة. وقد يكون الاكتئاب ميكانيكياً دفاعياً ضد فكرة لا شعورية مؤداها كراهية للشخص المفقود، وكأن صاحب الحداد يقول للأخريين "انظروا كم كنت احب الفقيد ذلك الذي كنتم تظنون أنني اكرهه". وتعتبر هذه الصورة عن قدرة ضعيفة التآلية، ذلك الذي يميز الإكتئابى فهو بالطبع عاجز عن التعبير عن رغباته بصراحة تجاه موضوعه، وقد يبدو ذلك في الكراهية الشديدة للموضوعات التي تسبب خسارة للذات ولا يستطيع مواجهة المعتدي لظروف يحكمها الواقع أو الأنا الأعلى فينتج الإكتئاب كرد فعل لحدث محزن في الخارج (عسكر، 1988).

وأخيراً يخلص فرويد إلى النتيجة التالية: أن الواقع الجديد يفرض على الفاقد أن يفصل ويبعد طاقاته الإنفعالية والنفسية (أو ما يعرف بالليبيدو) عن المتوفى من أجل إنهاء التعلق به. وهذا وإذا فشل الفاقد قطع الارتباط مع المفقود فينشأ عنده صراع شديد لدرجة أنه قد يبتعد عن الواقع ويبدأ من جديد تعلقه بالفقيد في شكل أمانى وهلوسات تعرف بإضطرابات الذهان (Sanders, 1989)؛ (Worden, 1991).

## 2.2.2 نظريه سوليفان

لقد ساهم سوليفان مساهمة كبيرة في دراسته للشخصية والسلوك الإنساني، وقد اختلفت مفاهيمه عن مفاهيم الفرويديين الجدد حيث اعتمد في أسلوب دراسته للشخصية على الطب النفسي وعلم النفس الإجتماعي، كما قد تأثر كغيره من العلماء بفرويد وبعلماء الإنسان "الأنثروبولوجيا" وعلم الإجتماع. حيث اعتبر أن "الشخصية لا يمكن أن تكون منعزلة عن جملة العلاقات التي تعيش ضمنها وتظهر هذه الشخصية عن طريق التفاعل والتواصل مع الآخرين" وقد كان هذا الأساس لأفكار ونظرية سوليفان الذي تمحور حول العلاقات الشخصية المتبادلة (أحمد، 2003).

وقد ركز سوليفان على جانبين أساسيين في شخصية الفرد أعتبرهما المصدر الرئيسي لتوتر الشخصية وهما: الحاجة البيولوجية، وعدم الأمان الإجتماعي. وأن الفرد يسعى لخفض هذا التوتر بسلوكه الهادف دائما إلى الحصول على الرضا والأمان، وأن عدم قدرة الفرد في إزالة حالة التوتر هذه يؤدي إلى نشوء حالة القلق عنده (عباس، 1982)؛ (الزيود، 1989)؛ (عبد الرحمن، 1998).

وقد اختلف سوليفان مع فرويد في عدة امور منها أنه:

- أنكر الإتجاه الليبيدي libido لتفسير الشخصية. ورأى أن الشخصية ممكن أن تتشكل وتتأثر كذلك بعد الخمسة سنوات الأولى من حياة الإنسان كسن المراهقة مثلا (دوان، 1983).

- لم يعتقد أن الغرائز الجنسية هي منابع الرئيسية للدوافع الإنسانية، فالدوافع والغرائز واشباع الحاجات البيولوجية عند سوليفان، عبارة عن أنماط يحددها المجتمع وتتشكل حسب مقتضياته.

- أنكر أن الإنسان هو محصلة الإمكانيات البيولوجية وحدها، ورأى أن للوراثة وللأبعاد الإجتماعية والقدرات النفسية مكانة في تكوين الشخصية.

- رفض منهج "التداعي الحر" في العلاج النفسي، ورأى أنه لا يمكن فهم الشخصية إلا في مجال تبادل العلاقات الشخصية، والتي هي نظريته.

لقد قامت نظرية سوليفان على عدة مبادئ وفرضيات وهي ما أسماها ب (العزة وعبد الهادي، 1999).

1. العلاقات الشخصية المتبادلة: التي رأته أهمية الروابط والعلاقات الشخصية المتبادلة وأهمية العوامل الإجتماعية. حيث ربط سوليفان بدراسته للشخصية بين

العوامل البيولوجية الوراثية والعوامل النفسية الإجتماعية وتداخل هذه العوامل في بناء الشخصية. فإذا أشبع الفرد حاجاته البيولوجية وغزائره بما يتقبله المجتمع، حينئذ شعر بالأمن ووجود ذاته، وإذا لم ينجح في تلبية حاجاته فإنه سيشعر بعدم الأمن والقلق. إذن فالشخصية حسب سوليفان هي نتاج لتفاعل الفرد في المواقف ذات العلاقات المتبادلة، فحسب هذا الموقف وتأثيره على سلوك الفرد تتحدد شخصيته ويظهر تطورها الطبيعي أو المرضي من الناحية النفسية. فالإنسان يوجد دائما في مجال إجتماعي يتفاعل فيه مع أفرادا آخرين سواء كانوا موجودين فعلا أو أمواتا أو أفرادا خياليين. ويرى سوليفان بأن الأحلام هي " تفاعل مع أناس آخرين، وأن العمليات العقلية عند الفرد تتأثر بماضيه وخلقياته وتربيته وغيرها من العوامل التي تكونت خلال حياته في تفاعله مع الآخرين" (أحمد، 2003)؛ (العزة وعبد الهادي، 1999).

2. نظام التوتر: يرى سوليفان بأن الإنسان يسعى إلى خفض توتره وقلقه للحصول على الراحة والنشوة. ويرى بأن هذا القلق هو من المحركات الأولية في حياة الإنسان الذي ممكن ان يكون هداما أو بناء، والذي يبدأ منذ اللحظة الأولى من حياة الإنسان، فمصدر القلق عند الطفل هو امه المتمثل في صوتها ومسلكتها العام، فيلجأ الطفل للنوم أو للإنصياح لأوامر والديه ليتجنب القلق ولينعم بالأمن. فكلما زادت خبرات الفرد بالقلق كلما زاد تضخم نظام الذات لديه وزاد انفصاله عن بقية شخصيته وأصيب بالفصام، وإذا انخفض مستوى القلق عند الفرد قاده ذلك إلى حياة بنائة مع الآخرين (الزيود، 1998).

3. تحول الطاقة: يعتبر سوليفان بأن الطاقة تتكون عن طريق قيام بعمل عقلي او عضلي يهدف إلى خفض التوتر المرهون بظروف مجتمعه، وأن الفرد هو الذي يختار سلوكه نتيجة تفاعله مع الآخرين.

وأما بناء الشخصية عند سوليفان فيتكون من ثلاثة عناصر تعبر عن ترابط العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية داخل الشخصية، وهذه العناصر هي:

- الديناميات Dynamisms: وتعرف بأنها " نمطا ثابتا من تحولات الطاقة يميز بصورة متكررة في الكائن العضوي ويساعد على إستمراريته ويهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للكائن العضوي"، حيث أن هذه الطاقة ممكن أن تكون كلاما، أو تخيلا، أو تفكيرا، أو مشاعر. وأهم هذه الديناميات هو ما يميز علاقات الشخص المتبادلة مع الأفراد الآخرين. فجميع الناس حسب سوليفان لديهم نفس الديناميات ولكنهم يختلفون في كيفية التعبير عنها لإختلاف ظروف ومواقف وخبرات حياتهم. وقد تكون هذه الدينامية في الفم أو اليدين أو الشرج والأعضاء التناسلية. وهناك دينامية مهمة تظهر وتتطور كنتيجة للقلق تدعى دينامية الذات أو نظام الذات. (Sullivan,1953).

- نظام الذات: إن القلق هو نتيجة للعلاقات الشخصية المتبادلة، والتي تنقل بشكل طبيعي من الأم إلى الرضيع، وفي السنوات اللاحقة عندما يهدد أمن الفرد. وللحد أو التقليل من حدة القلق يلجأ الافراد إلى أساليب لحماية انفسهم وسلوكهم، كتجنب الإبن عقاب والديه بتنفيذ رغباتهم. فبشكل عام فإن كمية الخبرة التي يتعرض لها الفرد للقلق تجعل شخصيته تفصل عن بقيتها.

- التشخيصات personifications: فهي الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه من خلال الآخر. حيث تكون مزيج من المشاعر والإتجاهات والمفاهيم التي تنمو مع خبرات الفرد الشخصية. وهذه الصور تكون مزيج من المشاعر والإتجاهات والإدراكات التي تنمو مع خبرات الفرد في سعيه لإشباع حاجاته. فمثلا يطور الطفل تشخيصا للأم الجيدة بحصوله على الرعاية والعناية منها. فلأم والأب دورا في تكوين صورة الفرد عن ذاته، ويعتمد ذلك على سلوك

والوالدين معه أو أمامه. ويرى سوليفان بأن هناك تشخيصات فيها عدد كبير من الناس يسميها "بالأنماط المعجمة"، أو "السمة المعجمة" لأنهم يشتركون بنفس هذه الأنماط الفكرية حيث يتناقلها الناس من جيل إلى جيل ( أحمد، 2003).

- العمليات العقلية Cognitive Processes: تمر مراحل النمو الإنساني بمدرجات عقلية معينة تميز كل مرحلة. ففي مرحلة الحضانه تكون المدركات عارضة غير منظمة، ومع نمو الطفل تبدأ هذه المدركات بالتباين فعندما يبدأ الطفل فهم اللغة ومعانيها تبدأ في حياة الطفل مرحلة عقلية وقتية، ثم في مرحلة معرفة الطفل لرموز يصبح لديه القدرة على التمييز والإدراك. حيث تستمر هذه المرحلة العقلية بالتدرج ليصل الفرد إلى مرحلة من النضج يستخدم فيه الأسلوب المنطقي في التفكير (أحمد، 2003).

وتفترض النظرية بأن تطور الشخصية يمر بستة مراحل وهي:

1. مرحلة الطفولة المبكرة أو الرضاعة (Infancy): وتمتد منذ الميلاد حتى بداية ظهور الكلام. وهذه الفترة تكون المنطقة الفمية هي الأساس في تواصل الطفل مع بيئته، وميزة البيئة هنا أنها الموضوع الذي يزود الطفل بالطعام سواء من حلمة الأم أو حلمة زجاجة الرضاعة، حيث يكون الطفل من خلالها تصورات ذهنية مختلفة للحلمة وتفاعل الطفل معها فهي جيدة ومشبعة للطفل الجائع، وجيدة و غير مشبعة للطفل الغير جائع، حلمة غير مناسبة تجعله يبحث عن بديل، وحلمة سيئة لأم قلقة تجعله يتجنبها.

2. مرحلة الطفولة (childhood) : وتمتد من بداية ظهور الكلام الواضح إلى ظهور الحاجة إلى رفاق أو أقران اللعب، وهذا الانتقال من مرحلة الرضاعة إلى مرحلة الطفولة يكون بفضل تعلم الطفل لغة وتنظيم الخبرة الخاصة به في صور مدركة. بالإضافة إلى أن نظام الذات يبدأ بتكوين الدور الإجتماعي Gender كما

يرسمه المجتمع فيأخذ الولد الصغير الدور الذكوري والبنات الصغيرة الدور الأنثوي لما يتلقياه من مشاعر قبول وارتياح من والديهم. ويرى سوليفان بأن بعض أنماط التربية تعطي الطفل فكرة أنه يعيش بين اشرار الأمر الذي يفقده الشعور بالأمن ويزداد قلقه ويحدث عنده نكوص للمرحلة الأقل تهديدا. وإذا ازداد التوتر ولم يفرغ عن طريق الإعلاء فسيفرغ عن طريق الأحلام.

3. مرحلة الصبا (Juvenile era): ربط سوليفان مرحلة الصبا بسنوات التعلم الابتدائي حيث الطفل يكتسب أنماطا سلوكية وثقافية تساعده في تكوينه الاجتماعي، ومن أهم أحداث هذه الفترة ظهور تصور للتوجه في الحياة وهذا يعتمد على مدى استبصار الإنسان بنفسه بهذه المرحلة.

4. مرحلة ما قبل المراهقة (Preadolescence): تتميز هذه المرحلة - وهي قصيرة نسبيا - إلى علاقة حميمة وصديق من نفس الجنس يثق به ويتعاون معه في مواجهة الحياة وأعباءها. فهذه المرحلة تعتبر بداية تكوين العلاقات الإنسانية الأصلية.

5. مرحلة المراهقة المبكرة (Early adolescence): تتميز هذه المرحلة بظهور الشهوة الجنسية، ويرى سوليفان بأن الصراعات تنشأ هنا نتيجة الحاجة للإشباع الجنسي والحاجة بنفس الوقت للأمن والعلاقات الحميمة مع نفس الجنس وعدم انفصال هاتان الحاجتان تؤديان إلى اتجاه جنسي مثلي.

6. مرحلة المراهقة المتأخرة (Late adolescence): يكتمل بهذه المرحلة وبالتدريج الشكل التام والكامل للعلاقات الشخصية المتبادلة وتشبع حاجات الفرد الجنسية وتنمو الخبرة بشكل تركيبى يسمح بتوسع الآفاق الرمزية للفرد. وبعد أن يتم الفرد جميع هذه المراحل فإنه يصل لمرحلة الرشد كشخص إنساني.

اما بالنسبة لنظرة النظرية إلى السلوك الإنساني فإن سوليفان لم يرى أن هناك اختلاف نوعي بين السلوك العادي والسلوك المضطرب ولكن الإختلاف هو بالدرجة فقط. ويعرف سوليفان الإضطراب بأنه "تمط من السلوك غير المناسب يحدث في العلاقات الشخصية المتبادلة بين الناس(Sullivan, 1964) .

وقد تطرق سوليفان إلى أهمية الأساس الفسيولوجي كعامل لبعض الإضطرابات وسماه العامل البيولوجي. ولقد وضع سوليفان تفسيراً للشخصية المضطربة على أساس مفهوم القلق الزائد عن حده حيث اعتبره ظاهرة ناتجة عن سوء العلاقات الشخصية المتبادلة بين الأفراد عند شعور الفرد برفض الآخرين له ونبذه والسخرية منه، أو تعرضه لعقاب قاس مصحوب بحقد وغضب، فهذا سيحد من اشباع الفرد لحاجته، وإذا فشل الفرد من الحد من قلقه وتجنب هذا القلق بطريقة ملائمة فإن فشله هذا سيقوده إلى الحد من حريته والتمتع في حياته ويصبح فريسة للوسواس والأوهام والفصام.

ويرى سوليفان أن أكثر الأفراد عرضة لأن يفشلوا بالتعامل مع قلقهم هم اللذين لم تتوفر لديهم -في مرحلة الطفولة المبكرة- فرص لتعلم الإستجابات البديلة للمواقف المقلقة المختلفة في حياتهم، أو الذين تعلموا من والديهم والمحيطين بهم عادات وردود فعل غير جيدة، أو إعتقاد الفرد خطأ ببعض السلوكيات أن لها نتائج ايجابية في تخفيف القلق: كالهروب من المدرسة، واحتفاظ الفرد بمفاهيم خاطئة عن الآخرين وتعامله معهم من خلالها.

#### أهداف الإرشاد والعلاج:

يؤكد سوليفان على أن المريض هو الذي يحدد الهدف من العملية العلاجية وأنه قادر على حل مشاكله بنفسه إذا تعلم كيف يواجه مسببات قلقه، وأن للمعالج الحق

في وضع التعديلات المناسبة على الأهداف العلاجية، ويرى سوليفان أن هذه الأهداف هي:

1. إمكانية مساعدة المريض إلى إعادة أفكاره واستجاباته إلى حيز الإدراك للقضاء على القلق.
2. إكتشاف الخبرات والأفكار المفككة وأسباب فصلها.
3. دراسة المشاكل الناتجة عن العلاقات الشخصية المتبادلة.
4. تحليل المشاكل الناتجة عن العلاقات الشخصية المتبادلة.
5. التعرف على الأمور والظروف التي توتر المريض.

أي أن العلاج يهدف في النهاية إلى إزالة الصعوبات التي تقف أمام عملية التعلم "الإيجابي". وقد اعطى سوليفان أهمية للأبعاد الاجتماعية في عملية الأسي الناتجة عن فقدان. حيث يرى أن الأسي كأداة وقائية قيمة للغاية وهذا يعني أن الأسي يرتكز أساسا على التعلق بالفقيد وتقدم عملية الحداد الفرصة السانحة للفاقد في التخلص من رابطة التعلق بالفقيد وبالتالي تكمن قيمة الأسي في مسح رابطة التعلق بالفقيد التي ربما تسمح للفاقد بمواصلة التوهم بحب الفقيد للأبد (الزيود، 1998).

وباختصار يقدم منهج سوليفان نظرة تفاؤلية تتمثل في التغلب على المشاكل الصعبة الناجمة للفقدان من خلال العلاقات الاجتماعية مع الآخرين التي تسمح بإعادة تشكيل مفاهيمنا وتغير تقننا في الآخرين وتحسن شعورنا بالأمان، و يرى سوليفان أن ديناميكية الحزن المتمثلة في الإستجابات الإنفعالية كالشعور بالذنب والكبرياء تمثل اداة استحواذية (وسواسيه) ذات اثار سلبية على الفاقد وفي الوقت نفسه يرى أن عملية الأسي الناجم عن التذكار المتكرر بموت الفقيد يؤدي في النهاية إلى التخلص من فكرة الوسواس. وبكلمات اخرى يرى سوليفان أن تكرار القول للنفس وتذكيرها بأن الفقيد قد مات أو رحل يعمل على تحييد النزعة أو الميل للتعلق

بالفقد وتعمل أيضا على تعزيز تمسك الفاقد بالواقع وبالتالي يتمكن من قطع علاقته مع المتوفي.

هذا وقد شدد سوليفان على أهميه بتر العلاقة مع المفقد، فإذا لم تقطع العلاقة فقد يصبح الأسى في مثل هذه المواقف معززا سلبياً ثانويًا يمهد الطريق لخسارة الفاقد لأمنه وتعريضه للتوتر أو التعلق وفي هذه الحالة يصبح الأسى عائقًا في الحياة ومعيقاً للتغيير ومضاداً للواقع وفي النهاية يسبب هذا السلوك النكوصي التراجعي تدهورا وانفصاما في شخصية الفاقد (Worden,1991)؛ (Sanders, 1989)

### 2.2.3 نظرية بولوك

تقوم نظرية بولوك على عملية تكيف الأنا التي تتمثل في صراع الفاقد المنقطع لإعادة توازنه في الوقت الذي يعيد فيه تكيف نفسه مع تهديد عوامل البيئة الخارجية بمعنى آخر إن العوامل الداخليه للفاقد توازن الأخطار التي تفرضها البيئة الخارجية لكي يتحقق الإتزان النفسي عند الفاقد ففي حالة فقدان يتعطل سير الحياة الطبيعي عند الفاقد بسبب خسارته لشخص عزيز الأمر الذي يؤدي إلى جرح سيكولوجي وفي هذه المرحلة يرى بولوك أن الإنسان الفاقد يبدأ بإظهار قدرته على إبداء ردود فعل أو استجابات تكيفيه مع هذه البيئة الخارجية أو الواقع الجديد وهذا بدوره يولد حالة توازن أو إتزان مع البيئة الداخلية، وفي هذا الصدد يرى بولوك أن الحزن وسيلة تكيفية تبدأ من لحظة المعرفة بالخسارة التي حلت بالفاقد ومن ثم يحاول الفاقد من خلالها إعادة التوازن وإقامة الإتزان البدني والنفسي الداخلي مرة أخرى وفي ضوء ذلك أشار بولوك أن عملية الحزن والحداد تتكون من مرحلتين من العناصر التالية:

(1) المرحلة الحادة والتي تتشكل من:

أ) الصدمة: تحدث مباشرة بعد الوفاة، الأمر الذي يؤدي إلى انقلاب في حالة إتزان الأنا و تؤدي إلى هلع ورعب وعويل وأنين وهذه المرحلة قصيرة الأمد.

ب) الحزن: بعد إدراك الفاقد بحقيقة الموت يصاب باليأس والحزن وينتج عن ألم نفسي شديد.

ج) الإنفصال: ويعتمد ذلك على نوع العلاقة السابقة مع الفقيد فإذا كانت العلاقة السابقة جيدة، يكون التفريغ النفسي الداخلي أقل صعوبة الأمر الذي يمكن الفاقد التخلص من العلاقة مع المتوفى بشكل سلس.

2 ) المرحلة المزمنة (التعويض عن الضرر): تشكل هذه المرحلة خطوة متقدمة نحو التكيف الدائم مع غياب الأجزاء و يرى بولوك أن الخسائر الثانوية التي ترافق فقدان من خسارة البيت أو الممتلكات أو الجماعة الإجتماعية قد يسبب حزناً أو أسىً جديداً للفاقد قد يصعب عملية التعويض عن الضرر الناجم عن فقدان.

و خلاصة القول يعتقد بولوك أن الحداد الملازم للفقدان هو عبارة عن عملية متواصلة تكيفية للحفاظ على التوازن النفسي الداخلي وامكانية التغيير الايجابي (Sanders,1989)؛(Worden ,1991).

#### 2.2.4 نظرية جون بولبي

يقوم الإطار المفاهيمي لنظرية بولبي على دمج كل من نظريتي التعلق ومعالجة المعلومات، فنظرية التعلق من وجهة نظر بولبي تتجسد في الروابط العاطفية الإنفعالية التي تتأتى من الألفة والصلة الوثيقة مع احد الوالدين في بداية الحياة، أي عندما يزود الوالدان الطفل بالشعور بالأمن والأمان. اما نظرية معالجة المعلومات فترتبط بالسيطرة المركزية للتدفق الحسي للمعلومات، التي غالبا ما تكون خارج حدود المعرفة والإدراك الواعي وفي هذا الإطار يقدم بولبي الية يطورها الفاقد بشكل لا وعي ويسمى (الإقصاء الدفاعي)، وتستخدم هذه الآليه لمنع معالجة

المعلومات الصعبة وغير المرغوب فيها خصوصا عندما يكون النظام الفكري للإنسان في خطر. وفي هذه الحالة ينشأ عند الإنسان الفاقد نوع من النكران يحول دون معالجة المعلومات القادمة من الواقع . هذا وإذا استمر "الإقصاء الدفاعي " فسيتشوه الواقع الذي يعيش فيه الفاقد وبالتالي يصبح غير قادر على الترابط مع الآخرين، وقسم بولبي الحزن إلى أربع مراحل:

1. الخدران: يشعر الشخص المحزون أو الفاقد بالذهول ويصبح غير قادر على معالجة المعلومات.

2. الشوق والبحث: هذه المرحلة عبارة عن خليط من التوتر والقلق الشديد الذي يولد الرغبة في البحث عند الشخص المتوفي واستعادته. ونظرا للفشل في إعادة الفقد يصاب الفاقد بالإحباط وخيبة الأمل.

3. التشوش واليأس.

4. إعادة التنظيم.

يرى بولبي أن مهمة هاتين المرحلتين هي الموافقة والمصالحة بين الأفكار المتضاربة من التصديق وعدم التصديق لما حدث، ولهذا تولد مشاعر وعواطف وتساؤلات لا نهاية لها عن متى، ولماذا، حدث الفقدان وخالصة القول: تكمن قيمة عمل بولبي في رؤيته للحزن كخاصية تكيفية، ويعتقد أن الحزن والبحث عبارة عن حيل تكيفية واستجابات آلية داخلية نتيجة الفقدان (Bee ,1994).

### 2.2.5 نظرية باركز

ويرى باركز أن الفقدان أو خسارة شيء عزيز على الفرد تهدد أمن الفاقد وتضعه في حالة من الترقب والشعور بالخطر، ويعتبر هذا الترقب والحذر الإستجابة الأولى المميزة للفاقد بعد موت أحبائه خصوصا إذا كان هذا الفاقد هو

نفسه ناج من الموقف أو الحادث الذي قضى فيه عزيزه، يعتقد باركز أن مقاومة التغيير الناتج عن وجود وقائع جديد بعد فقدان، أو التردد في التخلي عن ممتلكات الفقيد هي أساس الحزن. وهنا لا بد هذا الموضوع إلى أن أساس الحزن يكمن في التنشئة الإجتماعي، إذا ما اكتسب الإنسان النقة في بواكر طفولته وأنها تشكل العامل الرئيسي الذي يحدد طبيعة ردة الفعل على فقدان أو الخسارة التي ينجم عنها التغيير. فإذا تعزز لديه في الآخرين والبيئة المحيطة به فيكون قبول التغيير الناجم عن فقدان وبالتالي الانفصال عن المتوفى أمراً سهلاً يتم ببسر وسهولة. والمهم في هذا الموضوع درجة وتيرة التغي، فإذا كان التغيير بطيئاً وتدرجياً فسيقبله الإنسان، أما إذا كان التغيير مفاجئاً وغير متوقع فقد يرفضه أو يقبله بصعوبة.

هذا وقام باركز بإلقاء الضوء على مراحل الحزن التي تختلف فيها كل مرحلة من شخص لآخر من حيث شدتها ومدتها الزمنية وهذه المراحل هي:

1-الخدرا: تحدث فور سماع خبر فقدان أو بعد عدة دقائق منه، وقد تستمر ما بين عدة ساعات إلى عدة أيام، هذا ويعد الحذر أحد أساليب التكيف مع فقدان الذي يعمل كحاجز نفسي ضد ألم فقدان، الأمر الذي يساعد الفاقد على القيام بالواجبات التي تملئها طقوس الحداد والفقدان.

2- البحث والتوق الشديد الى الفقيد: يتميز سلوك الفاقد بالبحث عن الفقيد بنشاط بالغ وكبير وعدم القدرة على التركيز على أي شيء عدا الفقيد والتأمل والتفكير في موضوع الموت.

3- الإكتئاب: طالما يدرك الفاقد أن بحثه عن المتوفى غير ذي جدوى تتلاشى قوة غضبه ومن ثم ينتابه شعور باللامبالاة واليأس.

4- الشفاء: تحدث هذه المرحلة عندما يصبح الفاقد حراً وطلايقاً من القيود النفسية الناجمة عن فقدان (Worden,1991).

## 2.2.6 الإتياء الشامل:

تقوم نظرة الإتياء الشامل لعملية الحداد والحزن عن الفقدان على أن الحزن عملية تكيفية شاملة يرافقه ويتزامن معه مشاكل صحية وعقلية.وهنا يبرز دور خبراء الصحة العامة في التعرف على هذه المشكلات والتدخل في الوقت المناسب لتقديم المساعدة للفاقد حتى يتجاوز مرحلة الحزن بسلام.هذا ويرى اصحاب هذا الإتياء في عملية الحداد والحزن تعبيراً عن النمو الشخصي ومسبب الأمراض نظراً للمشكلات الصحية والجسدية والذهنية التي قد تنتج عن هذا الحداد.

هذا وأشارت نتائج الأبحاث أن ثلث من يفقدون أعزاءهم يتعرضون إلى مشكلات نفسية وجسمية وصحية، يحتاجون إلى مساعدة مهمة وأن نصفهم يعانون من أعراض اكتئاب عادي وأن 10% يعانون من اكتئاب شديد، ومن 15% إلى 25% من الأراامل تتدهور صحتهم الجسدية ويعانين من الإكتئاب ويحتاجون إلى علاج في المستشفى.

إن فقدان الأعزاء من أكثر الخبرات المسببة للضغط النفسي التي يمر فيها الفرد في حياته فالفقدان يعتبر كارثة شخصية تؤثر على مفهوم الذات وعلى الصحة والواقع الإقتصادي والإجتماعي للفاقد. وفي هذا السياق يركز الإتياء الشامل على أهمية دور أخصائي العناية العامة الخبراء في تشخيص وكشف اثار الصحة الناجمة عن فقدان ثم تقييم درجة خطرها وأخيراً التدخل لتقديم العلاج أو الدعم النفسي للفاقد. ذلك لأنهم يمتلكون المعرفة المتعلقة بأعراض الأسي ومراحله وديناميكيته وطبيعته التكيفية التي تسمح للفاقد التكيف مع عملية الحداد و تتمثل مراحل تقييم عملية الحداد والحزن الناجم عن الفقدان في برامج العناية الأولية إلى ما يلي:

(1) تقييم اعراض الحزن الطبيعي إذا عانى الفاقد من مشاكل جسدية/ أمراض في القلب أو الجهاز التنفسي.

- إذا لوحظ أن الفاقد يعاني من مشاكل نفسيه إنفعاليه من اضطراب في النوم أو من مزاج مكتئب أو من امنيات انتحارية.
- إذا لوحظ أن الفاقد يعاني من نوبات غضب أو من مشاعر بالذنب أو انشغاله بصورة الراحل.

(2) مراحل الحزن وتتمثل فيما يلي:

- الصدمة أو عدم التصديق أو التجنب.
- الحداد الشديد.
- نهاية الحزن (الحل) وإعادة ترتيب وتنظيم الذات

(3) الأداء النفسي السيكلوجي وتتمثل فيما يلي:

النشاطات اليومية.

- الروتين الشخصي.

- الأداء الاجتماعي والوظيفي.

كما تبين أن هناك إمكانية إستخدام مهمات الحداد والحزن الموازية لأعراض الحزن الطبيعي كأداة علاجية اكلينكية للمساعدة في عمليات التقييم لعملية الحداد والتدخل فيها. هذا وتتلخص هذه المهمات في النقاط التالية:

- تقبل واقع فقدان.
- تجربة الم فقدان.
- التكيف مع البيئة الخالية من الفقيد.
- سحب الطاقة العاطفية من العلاقة المفقودة نتيجة رحيل الفقيد واستثمارها في علاقة جديدة.

اما بالنسبة لعوامل المخاطرة المتعلقة بالمضاعفات الصحية فوجد أن متغيرات القرابة من أهم العوامل التي تؤدي إلى مضاعفات صحية ومن أهم هذه المتغيرات :

- النوع الإجتماعي (الجنس): عانى الأرامل (الذكور الذين فقدوا زوجاتهم) في الشهور الستة الأولى من الإكتئاب، امراضاً عقلية وقابلية للإصابة بالأمراض.
- العمر: عانى الشباب الذكور والنساء من شدة وحدة الحزن وأمراض جسمية وعقلية.
- الوضع الصحي قبل فقدان: وجد أن الذين كانوا يعانون من أمراض نفسية كالإكتئاب قبل فقدان تطور لديهم مضاعفات خطيرة كالتفكير في الإنتحار.
- الوضع الصحي بعد فقدان: ازدادت الإصابة بالأمراض المسببة للوفاة .
- طريقة الموت: تبين أن الموت المفاجئ وغير المتوقع يؤدي إلى حدة عظيمة في الحزن وإلى تدهور صحة الفاقدين.
- النجاة: وجد أن الناجيين من عمليات القتل أو الحوادث هم أكثر الناس من جمهور الفاقدين عرضة للإصابة بمخاطر فقدان ومضاعفاته.
- القرابة: وجد أن الأزواج أو الزوجات الفاقداً أو الأباء الفاقدين هم لأكثر عرضة للإصابة بالأمراض المميتة، ووجد أيضاً أن الأمهات الفاقداً بخبرات أقصى وأطول وأكثر تأثيراً على صحتهم من غيرهم من جمهور الفاقدين.

هذا ويركز الإتجاه الشامل على التمييز بين الأسى الطبيعي والأسى المرضي، وقد بينت الأبحاث التي أجراها أصحاب التوجه النتائج التالية:

- إن نسبة الأسى المؤجل: تقدر تقريباً ما بين 10% الى 15% من الحزن المرضي و بداية عملية الحزن والبحث تتأخر لمدة أطول من أسبوعين، كما ويظهر لدى هؤلاء ضغوطات ما بعد الصدمة. وقد تمنع الإضطرابات الذهنية حدوث نهاية الأسى الطبيعي .

• بالنسبة للأسى الغائب (غير موجود): تقدر نسبة ما بين 5% الى 10% من الحزن المرضي ولا تظهر اعراض الفقدان في الستة اشهر كما في الأسى الطبيعي.

• وبالنسبة للأسى المكبوت: فنسبته تصل ما بين 5% الى 10% من الحزن المرضي. ويمتاز بثبات عملية الأسى وفي المناسبات التي لها علاقة بالوفاة تظهر الأعراض مفرطة من الأسى.

أما آثار الأسى الصحية فقد تمثلت في شكاوى جسدية مثل فقدان الشهية والإعياء العام وإضطرابات النوم والإكتئاب، وأما الآثار السلوكية فقد تمثلت بالإضافة إلى إجتماعية التي تظهر في الحياة الإجتماعية والبيت والمدرسة. أما بالنسبة لكبار السن فقد تمثلت بالإساءات الجسدية من قبل أبنائهم أو العاملين على رعايتهم خصوصا أولئك الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة و بالإضافة إلى الجزء التشخيصي فقد وصف الجزء العلاجي والمتمثل بإعطاء معلومات عن أعراض الحزن ومراحله الطبيعية لردود الأفعال الصادرة عنه، والتأكيد على أن حدوث الإنتكاسات وتردي حالة المحزون(الفاقد) حتمية وخصوصا في مناسبات ذكرى الفقدان أو الضغوط الظرفية للفقدان. إضافة إلى تقديم النصائح للفاقد لتجنب تغيير نمط حياته ولتجنب إتخاذ قرارات هامة لمدة سنة أو سنتين، والمساعدة المتواصلة للفاقد وتشجيعه على الحديث عن المتوفي وذلك لكشف المشاكل النفسية المستترة في اللاشعور. ووصف العلاج المناسب والأدوية والمضادات الفعالة إذا لزم الأمر (Steen, 1998).

### 2.2.7 إضطراب ما بعد الصدمة:

الحياة الإنسانية عرضة وبشكل دائم إلى تهديدات من قبل المحيط الذي يتواجد فيه الإنسان، وبهذا تترسخ فكرة الموت المؤجل لديه بعد إدراك حقيقة هذه التهديدات وأن آمال نجاحه كبيرة في العيش معتقدا أن لديه القدرة على تجاوز الأخطار

والتهديدات لذلك فإن أكبر صدمة يمكن أن نتعرض لها هي صدمة الموت المفاجيء، هذه الصدمة هي ما أتفق العلماء على تسميتها بالعصاب الصدمي أو الرضي "إقتراب الموت"، ولعل أول من درس آثاره النفسية والجسدية هو ابن سينا، و يعود الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب بوصفه يخلق آثارا نفسية ناجمة عن الرعب المصاحب للحوادث إلى Oppenheim سنة(1884)، وقد أدخلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي إسما جديدا للعصاب الصدمي هو " إضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة" (مجموعة من الباحثين، 1991).

### تعريف الصدمة:

هي خبرة مؤلمة أو حدث غير سار نتيجة فقدان أو خسارة أو إيذاء أو تهديد وتترك آثارا نفسية للفرد الذي تعرض لها أو شاهدها. فالإضطرابات النفسية التي قد تتجم عن الأحداث الخطيرة(الصدمة) حسب (DSMIV –TR):

1- ردود فعل نفسية للضغوطات الحادة (الإجهاد النفسي الحاد وتتميز بالأعراض التالية: الخدران، جمود المشاعر، انخفاض الوعي، تكرار المرور بالحدث المؤلم على شكل صور متكررة، أو أفكار، أحلام مزعجة، والشعور بالضيق جراء المرور بجانب الحدث، تجنب كل ما يذكر بالحدث. هذه الأعراض تستمر من يومين إلى أربعة أسابيع، ويجب أن تكون نجمت عن حدث مؤلم وليس عن تفاقم حالة كان يعاني منها المصاب سابقا.

2- سوء التكيف ويتمثل في الأعراض التالية:

ضيق نفس متفاقم لمجرد التعرض لمصدر الضغط، اضطراب في نواحي الحياة الاجتماعية أو المهنية للشخص، بحيث لا تكون الأعراض ناجمة عن اضطراب نفسي آخر، الأعراض السابقة تختفي خلال فترة أقصاها 6 شهور بعد انتهاء الحدث. ويعتبر هذا النوع الحاد من أنواع الصدمة وقد يتحول إلى مزمن إذا تجاوز

هذه الفترة. وهذه الأعراض يمكن أن تكون مصحوبة بمزاج كئيب أو قلق أو خلل في السلوك.

### 3- القلق النفسي الناجم عن مشاهدة أحداث مؤلمة.

يجب أن يكون الشخص عانى أو شاهد أحداث اشتملت على التهديد بالموت والضرر النفسي الجسدي له وللآخرين.

ومن أعراضها: الشعور بالخوف الشديد أو الرعب، عدم القدرة على فعل أي شيء. تكرار التجربة على شكل أفكار أو صور أو أحاسيس. تكرار حدوث الأحلام المزعجة والتي تتعلق بالحدث، قلة الإدراك والاهتمام لما يدور حول المصدوم، تجنب التفكير أو الحديث أو تخيل الحدث، تجنب كل ما يذكر بالحدث مثل الأماكن والأشخاص، عدم الرغبة في المشاركة في أنشطة الحياة، الشعور بالانفصال عن الآخرين، الجمود العاطفي، النظرة المتشائمة للمستقبل. اضطراب النوم (زيادة أو نقصان)، التعرض لنوبات غضب وعدوانية، صعوبة التركيز، الحذر المبالغ فيه، حساسية زائدة.

مشاكل نفسجسمانية: مثل الصداع، الغثيان، دوخة، تغيرات في الشخصية، الشعور بعدم احترام الذات، الخجل. الصورة الإكلينيكية الكاملة يجب أن تحتوي على الأعراض أكثر من شهر والاضطراب يجب أن يكون السبب الإكلينيكي في التوتر أو الخلل الاجتماعي أو العمل ومجريات الحياة الأخرى.

تعريف الشخص الذي يعاني من صدمة نفسية حسب DSMIV، هو الإنسان الذي تعرض لتجربة خارجة عن نطاق إدراك الإنسان العادي، أي أن يتعرض هذا الإنسان لتهديد خطير على جسمه أو حياته أو على حياة أولاده أو زوجته، ممتلكاته، مجتمعه، أو ان يكون قد شاهد شخصا آخر يتعرض لإصابة أو قتل.

ويمكن تلخيص ظواهر ال PTSD كالآتي:

1- الشخص الذي تعرض لصدمة عنيفة وبعد ذلك يتصور أجزاء من هذه الصدمة أو كلها، ويشترط بهذه الذاكرة التصويرية أن يحدث للشخص نفس الأعراض الجسمية والنفسية كتلك التي تعرض لها اثناء الحادث الأساسي وكأنها تحدث معه لأول مرة.

2- الشخص الذي تعرض لصدمة يرفض أن يضع نفسه في مواقف قد تذكره بالصدمة:

- تجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكره بالحادث.
- تجنب الأماكن التي تذكره بالحادث.
- عدم استطاعة الإستيقاظ من الحادث.

3- عدم قدرة الشخص الذي تعرض للحادث على النوم أو الإستيقاظ.

4- تعرض الشخص الذي تعرض للحادث لموجات غضب سريعة(سريعة الإستفزاز).

5- صعوبة التركيز:التأتأة المبالغ فيها، أعراض سيكوسوماتية عند المرور بأماكن تشبه مكان الحادث، مثال المرأة التي تعرضت للإغتصاب في حديقة يصيبها موجة من البكاء والعرق كلما دخلت إلى الحديقة. الأحداث المؤلمة كثيرة منها الفقدان، الخسارة، القتل، الهدم، الإغتصاب، السجن، وغيرها لا تعد ولا تحصى إلا أن هناك عوامل تساعد شخص ما من الناس أن يصاب بها وهي:  
طبيعة الصدمة كلما كانت الصدمة تصيب الجسم ولها اثار جسمية كلما كانت نتائجها أسوأ على النفس، وقد توصل (Horowitz،1986) إلى خمس مراحل للصدمة:

1- مرحلة الإنفعال الشديد ويدخل فيها الصراخ والرفض والإحتجاج والنقمة والخوف الشديد مع فترات من التفكك والذهان.

2- النكران والتبدل وعمليات التجنب لكل ما يذكر بالحادث بالإضافة إلى الإنسحاب وتعاطي الكحول والمخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف والقلق.

3-التأرجح بين النكران والتبльд والافكار الدخيلة التي تترافق مع حالة من اليأس والاضطرابات الانفعالية.

4- العمل من خلال الصدمة بحيث تصبح الافكار والصور الدخيلة اخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكنا بينما يشتد النكران- التبльд وتبرز استجابات القلق والاكتئاب والاضطرابات الفيزيولوجية.

5- وفي المرحلة الاخيرة يحدث التحسن النسبي في الاستجابة ولكن المريض لا يصل الى هذا التحسن بشكل كامل لذا تستمر لديه بعض الاضطرابات المزاجية.  
**تصنيف الصدمة حسب وقت حدوثها:**

- ممكن أن تكون حادة بحيث تظهر الأعراض لمدة اقل من 3 شهور.
- ممكن أن تكون الأعراض مزمنة - بحيث تظهر الأعراض لمدة تتراوح ما بين 3-6 شهور.
- متأخر في هذه الحالة تكون بداية الأعراض على الأقل 6 شهور بعد الصدمة.
- ويمكن تعريفها ايضا أنها تعبير عن صراع بين القيم عند الشخص وبين المحيط الذي يعيش فيه (Creamer et al ,1990).

## 2.2.8 الأسى والإكتئاب

يعتبر فقدان الأحبة لأي سبب كان من الخبرات الطبيعية المؤلمة التي يمر بها الإنسان، وعادة ما يرافق هذا الفقدان ردات فعل حزينة تتفاوت من شخص لآخر، فهناك من يزول حزنه تدريجيا، وهناك من لا يستطيع التكيف مع هذا الفقدان ويتحول حزنه الطبيعي إلى إكتئاب.

تناول العديد من الباحثين في الأدبيات التي تطرقت لهذا، وبكلمات الفرق بين الأسى الطبيعي والإكتئاب، فقد ميز فرويد بين الأسى الطبيعي والمرضي

أو(المنخوليا)، فأشار إلى أن آلية الأسي تتأتى من التعلق السابق بالفقيد نتيجة وجود صل، وعندما لا ينجح المرء الفاقد بفصل نفسه تدريجيا عن الفقيد فإنه يدخل في مرحلة دائمة من الإنكفاء على الذات أي أنه يصاب بالحزن المرضي.

إن إحترام الذات هو الفيصل بين الأسي الطبيعي و المرضي، وبكلمات أخرى تبين أن الفاقد في حالات الأسي، الطبيعي يبدو إحتراما لأنفسهم وللآخرين، أما الإكتئاب الناتج عن الأسي، فوجد أنهم يشعرون بالذنب تجاه المتوفي ويظهرون نوبات غضب شديد وينسحبون من الحياة مما يؤدي إلى شعور قاتل بالوحدة. كما أن الإكتئاب الذي يلزم فقدان ما هو إلا إكتئاب مؤقت يستمر لمدة 4 أشهر في أغلب الحالات وأن الحالات المستعصية التي لا تشفي بصورة تلقائية تعالج بالعقاقير المضادة للإكتئاب أوالدعم البيئي، خصوصا في الحالات التي لها سجل سابق للإكتئاب أو أمراض نفسية وعقلية (DSM-111).

ان الإكتئاب ردة فعل لفقدان عزيز ولهذا شدد العلماء على التفريق بين حالة الأسي الناجمة عن فقدان وبين الإكتئاب، وهنا يميز Walft(1998) بين الأسي الطبيعي والإكتئاب المرضي فيما يلي:

- يستجيب الشخص الفاقد في حالات الأسي إلى المواساة والدعم المعنوي في حين لا يقبل هذا الدعم في حالات الإكتئاب.
- يظهر الشخص الفاقد غضبه بوضوح في حالات الأسي الطبيعي بينما لا يعبر عن هذا الغضب، أما كل مباشر في حالات الإكتئاب.
- يشعر الشخص الفاقد بالذنب تجاه بعض الجوانب المحددة للشعور بالفقدان الذي ألم به، أما في حالات الإكتئاب فإنه يعبر عن شعوره بالذنب بصورة عامة.

• يمر الشخص الفاقد في الحزن لفترة قصيرة الأمد في حالات الأسى، بينما يعاني من أعراض جسمية مزمنة في حالات الإكتئاب.

• يتأثر إحترام الشخص لذاته مؤقتاً في الأسى، بينما يمتد فقدان الإحترام للذات لفترات طويلة في حالات الإكتئاب.

• يستطيع الشخص الفاقد أن يتمتع ويستمتع بالحياة، بينما لا يحصل ذلك في حالات الإكتئاب.

يمر الأسى الطبيعي بمراحل أربع هي:

المرحلة الأولى:مرحلة الصدمة وهي حالة من عدم التصديق بأن الوفاة قد حصلت ويمر الشخص بحالة خدران يتسم بهبوط المزاج تستمر، نومه ساعات لبعض أيام.

المرحلة الثانية: مرحلة الإنشغال بالمتوفى، حيث تغزو عقلية الفاقد أفكار عن المريض تدخل عليه عنوة ويكون الشخص حزينا يبكي، نومه سيء ، يفقد الشهية مع إضطراب حركي وصعوبة التركيز والتذكر والشعور بالذنب و البعض يشعر بوجود المتوفى بينهم.

المرحلة الثالثة: المرحلة غير المنتظمة، وتتسم هذه المرحلة بقبول الفقدان ولو على مضض، وتبدأ الأعراض السابقة بالإنحلال.

المرحلة الرابعة: مرحلة الشفاء حيث يتحرر الفاقد من إرتباطه بالمتوفى.

من الجدير بالذكر أن بعض الأعراض الموجودة بالإكتئاب نادرا ما تظهر مع الأسى مثل الأفكار الإكتئابيه والتباطؤ والشعور بالذنب وإنما تظهر على الفاقد أعراض جسمانية أكثر.

## العوامل التي تحدد فترة الأسى

يتأثر الشخص ببعض العوامل التي تؤثر على شدة الأسى وعلى طبيعة رد الفعل لديه ومنها:

- 1- درجة القرابة مع المتوفي كلما كان الشخص أقرب كلما كان الأسى أشد.
- 2- التعلق وطبيعته إن وجد: شدة العلاقة أو تضاربها ودرجة الأمان التي يشعر بها الشخص وكلما كانت العلاقة أقوى كلما كانت درجة الأسى أشد.
- 3- كيفية الوفاة: غير متوقعة، أو إنتحار، أو قتل نتوقع الأسى المرضي.
- 4- الخبرات السابقة للفاقد تزيد من شدة الأسى وقد تصل إلى الأسى المرضي.
- 5- المتغيرات الشخصية والاجتماعية، العمر، الجنس، الأخلاق الدينية و الدعم الموجود.
- 6- الضغوطات الاجتماعية والإقتصادية الناتجة عن فقدان وكيفية تعامل الفاقد مع الضغوطات (Parkes & Weiss , 1983).

ويتم التعبير عن الأسى بطريقه خاطئة حيث يظهر الأسى غير طبيعي بأشكال مختلفة، يصنفها رودلف وبروم (1992) في كتاب إكسفورد بما يلي: 1- الأسى المزمّن 2- الأسى المتأخر 3- الأسى المبالغ فيه 4- الأسى المقنع.

### 1- الأسى المزمّن Chronic Grief

هو أحد أنواع الحزن الذي يستمر في الفترة بعد الحزن الطبيعي ولا ينتهي عند وقت معين نتيجة مرضية، بعض الإستجابات تستمر لمدة 10 سنوات أو أكثر، هذا النوع من الحزن يسهل تشخيصه لأن الشخص الذي يمر في هذه الإستجابات لم يتخط مرحلة الحداد، وبالرغم من ذلك يكون الشخص واعياً ومدركاً للظروف التي يمر بها ولأن الحزن المزمّن لا ينحل لوحده ويحتاج للمساعدة وهذا الوعي أو الإدراك يكون قويا عندما يحدث الحزن منذ سنوات ولكن مشاعر الشخص لا تنتهي فحالة هؤلاء الأشخاص حينما يطلبون المساعدة "يقولوا مصطلحات" مثل: أنا لن أعود للحياة مرة أخرى (Paterson ,1987).

## 2- الأسي المتأخر Delayed Grief Reaction

ردود فعل الحزن المتأخر أو المؤجل (تبدأ الأعراض بعد أسبوعين من الوفاة)، في هذه الحالة يكون لدى الشخص إستجابات إنفعالية تجاه فقدان لكنها غير كافية، لذلك لا تظهر وتؤجل حيث تظهر في فقدان لاحق ولكن شدة الحزن تبدو متزايدة وكثيرة ومبالغا فيها. فالمشاعر المكثفة والضاغطة في لحظة فقدان تجعل الشخص يؤجل الحزن وهذا يحصل في حالة فقدان بواسطة الإنتحار، رغم أن بعض الحزن يعيشه في وقت الحدث لكنه لا يكون عادة كافيا مما يجعل الحزن يظهر لاحقا (اكسفورد، 1991).

## 3- الأسي المبالغ فيه أو المتضخم Hypertrophic Grief

هذا النوع من الحزن هو أن الشخص المحزون يمر في إستجابات حزن طبيعية لكنها قوية ومبالغ فيها، ويكون الشخص المحزون مدركاً أن سبب هذه الأعراض والمسلكيات التي يمر فيها ناتجة عن فقدان، لذلك يلجأ للعلاج لأن هذه الحالة متزايدة وتعتبر معيقة وتمنعه من إداء واجباته الحياتية. في هذا النوع من الحزن المبالغ فيه قد يتطور لدى الشخص اضطرابات نفسية واضحة مثل مشاعر الإكتئاب وفقدان الأمل و هي مشاعر عادية معروفة لمن يفقد عزيزاً أو شيئاً مهماً ولكن يمكن تشخيصها أنها مرض الإكتئاب إذا تلازمت مع مظاهر إكتئابية أخرى.

والقلق أيضا من الإستجابات الشائعة التي تظهر بعد فقدان على شكل نوبة هلع أو مخاوف سلوكية والمخاوف من الموت كما ويمكن أن تظهر أعراض الصدمة النفسية، كما أن الأشخاص الذين يتعاطون الكحول يمكن تصنيفهم تحت هذا النوع من الأسي، وعلى المعالج فحص وكشف احتمالية أسي غير محلول كجزء من عملية العلاج والشفاء (Rosenman & Tayler, 1986).

## الأسي المكبوت Inhibited Grief

وفي هذه الحالة لا تظهر أي من الأعراض المفروض أن تظهر لدى الأشخاص

الفاقدين، وقد بينت هيلين داتش أنه إذا مات شخص عزيز فسوف يظهر ذلك مشاعر تعبيرية أما غياب هذه المشاعر فهو الإختلاف بين الأسي الطبيعي والمرضي (اوكسفورد، 1991).

### تشخيص الأسي المعقد Diagnosing Complicated Grief

الأشخاص الذين لديهم حزن معقد يبحثون عن العلاج لمشكلة طبية أو نفسية غير مدركين أن سبب هذه المشاكل هو الأسي الذي لم يحل من خلال مرورهم بمراحل الحداد أو التثبيت في إحداها و عدم القدرة على الإنتقال منها فهذا يعتبر مؤشر على تفاقم المرض .

يجب على المعالج في مرحلة العلاج إفساح المجال للمريض للتحدث عن تاريخ المشكلة بالتفصيل وفي حالة الفقدان يفضل أن يتحدث المريض عنها والتي يمكن أن تكون سبب مشكلته الحالية لذلك من الضروري أخذ معلومات حول تاريخ الفقدان .

قام ( Lazar ) بتصنيف الأسي المعقد من عدة بنود والتي يعتبر من خلالها أن إي واحدة منها لا تكفي للتشخيص ولكن وجود واحدة منها يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار وهي كالآتي:

1- لا يستطيع الشخص الفائد التحدث عن الفقدان دون مشاعر جديدة وكان الفقدان حدث الآن مع أنه يكون قد مضى عليه وقت طويل.

2- بعض الأحداث قد تفجر مشاعر شديدة من الفقدان مثل امرأة لها صديقة فقدت طفلها مما جعلها تتفاعل مع الحدث ويكتشف المعالج أن هذه المرأة لديها أسي غير محلول.

3- مواضيع الفقدان ورموزه تأتي في المقابلة الإكلينيكية وعلى المعالج أن يصغي لهذه المواضيع.

- 4- الشخص الفاقد لا يحدّ تحريك الأشياء الخاصة بالفقيد.
- 5- يختبر الشخص أعراضاً جسدية كانت لدى الفقيد قبل موته تظهر في الذكرى السنوية والمواسم، وكذلك تظهر هذه الأعراض عندما يصل الشخص نفس عمر الفقيد.
- 6- هناك أشخاص فاقدون يعملون على تغيير البيئة ونمط الحياة ويقطعون علاقاتهم بأصدقائهم ونشاطاتهم التي كان لها علاقة مع الفقيد.
- 7- المريض الذي يكون لديه تاريخ طويل من الإكتئاب غالباً ما يميزه ذلك الشعور بالذنب، إضافة إلى تدني تقدير الذات.
- 8- التقليد القسري أو الإجباري للفقيد و تقليد سلوكه يأتي كنوع من التعويض عن الفقيد من خلال التمثّل به .
- 9- النزعة إلى تدمير الذات يتم إستئثارها من خلال عدة مواقف و الحداد المعقد أحدها.
- 10- أحزان متعددة وكثيرة تحصل في وقت محدد كل سنة تكون تحت قائمة الأسي غير المحلول و تظهر هذه الأحزان في العطل والمناسبات التي شارك فيها الفقيد.
- 11- الخوف من نفس المرض أو الطريقة التي مات فيها الفقيد مثل شخص مات بمرض السرطان والفاقد يصبح لديه خوف من هذا المرض.
- 12- معرفة الظروف المحيطة بالفقدان تساعد المعالج أن يحدد إذا كان هناك أسي غير محلول، فإذا فقد المنتفع شخصاً عزيزاً يجب سؤاله ما هو الشيء الذي كنت تحب عمله في لحظة الفقدان فإذا كان لا يحب زيارة المقبرة أو يتجنب الإشتراك في طقوس الدفن فإن هناك احتمال الأسي غير محلول وهذا صحيح في حالة الأشخاص الذين لم يكن لديهم عائلات ولم يتلقوا الدعم الإجتماعي خلال فترة الحداد، ويتفق كلا العالمين Belitsky & Jacobs (1986) على أهمية الإلمام بالظروف التي تم فيها الفقدان عند تشخيص الأسي المرضي (Belitsky & Jacobs, 1986).

### 2.3 النظريات المفسرة للإكتئاب

بسبب أهمية موضوع الإكتئاب على المستويات المختلفة، البحثية، النفسية، العلاجية، نشطت النظريات الكبرى في علم النفس لكي تقدم تفسيرها للإكتئاب وعوامل نشأته وتفسيره. وسوف يتم عرض للنظريات المتنوعة والتي إهتمت بتفسير الإكتئاب ومحاولة تقييم كل نظرية من خلال التعقيب عليها.

#### 2.3.1 النظرية الطبية

وقد ظهرت في بريطانيا مدرستان مشهورتان: الأولى مدرسة نيوكاسل والتي تقول بأن الإكتئاب ينقسم إلى قسمين، قسم ينبع من داخل المريض وليس له أي سبب خارجي، بينما القسم الثاني ينتج عن الظروف المحيطة، أي ردة فعل للضغوط النفسية. ويقر بوليت أحد رواد هذه النظرية بوجود إختلاف بين الفئات الإكتئابية في الأسباب والأعراض وفي إستجابة المريض للعلاج ومصير المرض.

أما المدرسة الثانية: فهي مدرسة لندن والتي ترى أن الإكتئاب مرض واحد، وترى صعوبة إرتباطه بشيء معين بل إن ما يميزه هو شدة المرض، وتقسمه إلى إكتئاب بسيط ومتوسط وشديد الدرجة. ومن رواد هذه المدرسة اوبري لويس والذي يؤمن بوحدة الأمراض الوجدانية وعدم إختلافها إلا في شدة الأعراض وأن الإكتئاب مرض طويل المدى يزخر بأعراض مختلفة يتباين في الكم وليس في الكيف وينفي وجود إكتئاب عصابي مستقل عن الإكتئاب حيث أن الفارق بينهما هو تعقيد الأعراض الإكلينيكية وشدها (أبو زيد، 2001).

وينصب إهتمام أصحاب هذا الإتجاه "إن كانت المدرسة الأولى أو الثانية" على الجانب الباثولوجي "المرضي" المرتبط بالفسولوجية، ناحية الفسيولوجية، بحسب أن الإكتئاب إضطراب وظيفي نتيجة لإضطراب في التنظيم الهرموني أو الكيميائي

لدى الفرد مع إسهام أو بالتفاعل مع العوامل الإنفعالية والبيئة. وتبدو اللوحة الإكلينيكية لمرض الإكتئاب في هذا المنظور من الممكن التغلب عليه إذا ما تم تعديل التحليل البيوكيميائي فان النتيجة لذلك تكون إنتظام الصحة النفسية والتخلص من الإكتئاب، ولهذا فهو يستخدم العلاجات الدوائية والصدمات الكهربائية للتخلص من الأعراض الإكتئابية دونما إعتبار للصراعات النفسية وديناميكية حدوث الإكتئاب أو النظام المعرفي والقيمي للفرد.

ولكون هذا التوجه يركز على الأعراض فإن هذه الأعراض تعد حجر الزاوية في عملية تشخيص الإكتئاب وتصنيفه. وهناك دليل تشخيصي أساسي يعتمد عليه معظم الأطباء النفسيين في العالم. وهو دليل التشخيص الإحصائي الرابع الذي أعدته رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية (DSMIV). وقد أورد العديد من الأنواع الإكتئابية كالآتي.

أولاً: الأحداث الإكتئابية الكبرى Major Depressive Episode وتتميز بالمزاج المبتئس وفقدان الإهتمام والسرور في معظم أو كل النشاطات المعتادة: وقد تضمن الدليل الأعراض التالية كأعراض أساسية لهذا النوع من الإكتئاب.

1. إضطراب الأكل: ضعف الشهية وفقدان الوزن أو زيادة الشهية وزيادة الوزن.
2. إضطراب النوم: الأرق insomnia أو النوم المفرط Hypersomnia.
3. التأخر الحركي النفسي كمشاعر ذاتية من الضجر والتلملل restlessness أو التبدل.

4. فقدان الإهتمام أو السرور في الأنشطة العادية.

5. تناقص الطاقة مع الشعور بالجهد Fatigue .

6. الإحساس بإنعدام القيمة Worthlessness ولوم الذات والإحساس بالذنب.

7. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز Concentration مثل التبدل الفكري والتردد.

8. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الإنتحارية ومحاولة الإنتحار. ثانياً: الإضطراب ثنائي القطب أو ما يسمى بالهوس الإكتئابي manic-depressive وهو حالة تتميز بفترات طويلة أما من الهوس أو الإكتئاب أو تعاقب كليهما مع فترات راحة طويلة بينهما. وقد ميز (DSM 1V) بين الأعراض الإكتئابية وبين نظيرتها الهوسية كالآتي:

### جدول رقم(1)

أثناء الهوس During Hypomania	أثناء الأكتئاب During Depression
العرض الرئيسي: حالة مزاجية من الإهتمام والإبتهاج المتصاعد وسهولة الإثارة. وعلى الأقل تحدث ثلاثة أعراض من الآتي : 1- تناقص الحاجة إلى النوم. 2- طاقة أكثر من المعتاد. 3- تضخم تقدير الذات والشعور بالعظمة. 4 - زيادة الإنتاجية والعمل لساعات طويلة غير معتادة. 5- شحذ التفكير وتفكير غير عادي	العرض الرئيسي: مزاج مكتئب مع فقدان الإهتمام والسرور في كل أو معظم النشاطات المعتادة وفقدان القدرة على إستثمار الوقت. وعلى الأقل تحدث ثلاثة أعراض له كالآتي: 1- الأرق أو الإفراط في النوم . 2- إنخفاض الطاقة و التعب المزمن. 3- الشعور بالنقص . 4- تناقص الفعالية و الإنتاجية في مختلف المجالات. 5- تناقص القدرة على التركيز

6 - البحث عن علاقات بصورة غير عادية.	والتفكير. 6- الإنسحاب الإجتماعي.
7- جنسية مفرطة دون معرفة بالألم اللاحق.	7- فقدان الإهتمام أو الإستمتاع الجنسي.
8- إستخدام زائد للنشاطات السارة.	8- تناقص الأنشطة السارة إرتفاع مشاعر الذنب تجاه هذه الأنشطة.
9- الثرثرة وكثرة الكلام.	9- قلة الكلام.
10- تفاؤل زائد ومبالغة في إنجازات الماضي.	10- إتجاه متشائم نحو المستقبل وإحتضان الماضي.
11- ضحك غير عادي.	11- البكاء والصراخ.

وبملاحظة الأعراض السابقة نجد أن أعراض الهوس هي النقيض تماما لأعراض الإكتئاب والتي نستنتج منها أن الهوس هو الدافع الرئيسي أو الآلية الدفاعية النفسية الرئيسية للإكتئاب لكون المرح حالة مرغوبة في الغالب ولا تؤدي إلى مشاعر الألم التي يصل فيها الفرد إلى الإضطراب بينما الإكتئاب يحتل الحالة المزاجية المكروهة لما تسببه من آلام نفسية وجسمية حادة. وقد تناول هذا الجانب بالبحث والتحليل إتجاه التحليل النفسي والذي سوف يتم التطرق له بعد (DSM 1V, pp349-387).

ومن النظريات الطبية المشهورة:

#### (أ) 2.3.1- النظرية الوراثية

يرى أصحاب هذه النظرية أن أسباب الأمراض النفسية وراثي حيث تلعب الوراثة دوراً كبيراً في زيادة نسبتها، فقد أشارت دراسات أجريت على التوائم أن نسبة الإصابة بذهان الهوس والإكتئاب بين التوائم المتطابقة والذين عاشوا منفصلين

وصلت إلى 67 %، ونسبة الإصابة في المرض بين التوائم المتطابقة والذين نشأوا معاً 68% أما بين التوائم الأخوة غير المتطابقين وصلت 23%، أما بالنسبة لنوبة الإكتئاب فكان تأثير العامل الوراثي غير واضح، فقد أظهرت الدراسات الجينية ارتفاع في مستوى الإكتئاب العصابي وأظهرت نتائج الدراسة على التوائم وجود نفس النسبة في التوائم المتشابهة وغير المتشابهة، كما أن المرض ثنائي القطبية يتواجد بشكل أكبر في عائلات المرضى ثنائي القطبية أكثر منه في مرضى أحادي القطبية. (او كسفورد، 1991).

### (ب) 2.3.1 النظرية الكيميائية

إنطلقت هذه النظرية من ملاحظة مرضى ارتفاع ضغط الدم والتي تستنزف الوصلات الكيميائية الإمينية في المخ التي تؤدي إلى الإكتئاب، بينما يؤدي العلاج الذي يستعمل لمعالجة الدرن إلى نوبات من الإنبساط والشعور بالمرح، لذلك إتجه العلماء لدور العوامل الكيميائية الحيوية مقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين وتبين أن مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلية العصبية يرتفع لدى المصابين بينما ينخفض بعد علاج الإكتئاب. أي أن الإكتئاب ناتج عن الخلل في توازن الصوديوم والبوتاسيوم. ثم طورت النظرية الإمينية والتي تقول أن سبب الإكتئاب هو نقص العناصر الإمينية، والإمينات عبارة عن موصلات عصبية وتشمل الدوبامين والسيروتونين و الادرينالين وأخرى كثيرة (عكاشة، 1998).

وهناك بعض الدلائل البيولوجية للتغيير الكيميائي وعلاقته بالإكتئاب أو بعض الأعراض الإكتئابية والتي يمكن تلخيصها على النحو التالي:

1. تزيد الأعراض الإكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث وتشكو الكثير من النساء من التوتر الداخلي وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الإنفعال وكثرة البكاء. وهذه الفترة يصاحبها تغييرات واضحة في الهرمونات الجنسية.

2. يتوقف الطمث أو يصاب بإضطراب شديد أثناء الأمراض الإنفعالية وأثناء الإكتئاب أو الإنبساط.
3. تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الإكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.
4. تظهر أعراض الذهان الدوري بكثرة بعد الولادة وأثناء التغيرات الفسيولوجية والهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة.
5. يصاحب مرض المكسيديما " نقص إفراز الغدة الدرقية" أعراض إكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات. وقد تبدأ الحالة بظهور الأعراض النفسية قبل ظهور الأعراض الجسمية.
6. المريض بمرض جريف"زيادة إفراز الغدة الدرقية" يصاب بنوبات الهوس الحاد أثناء نشاط هذا المرض.
7. تصاحب نوبات الذهان الدوري"إكتئاب-هوس" مرض كوشيخ (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية فوق الكليتين) أو أحيانا خلال علاج المريض بعقار الكوربيترون.
8. تقل نسبة المرض قبل البلوغ وتزيد ببدهه (عسكر، 1988).

### 2.3.2 النظريات التحليلية:

ومن روادها كارل أبرهام (1877-1925) الذي يقر أن حالة الإكتئاب التي يشعر بها الراشد هي عملية إعادة لخبرة مشابهة مرت في طفولته وأن أهم أسباب الإكتئاب هي فقدان الحب والإستجابة المؤلمة لهذا الفقدان أو الحرمان.

بينما يرى ساندرورا رادو (1928) أن الذين يتعرضون للإكتئاب لم يتطور لديهم الشعور بالأمن والقيمة الذاتية خلال المراحل الأولى من حياتهم وعندما يعاني هؤلاء الأفراد من الضياع أو الفقدان يستجيبون للغضب الذي يتحول تجاه الذات كعقاب من الذات العليا.

بينما جيرو (1936) أرجع الاكتئاب إلى 1- الجوع والجنس. 2- عدم تحمل الإحباط. 3- الخبرات الصادمة والخاصة بعلاقات فشل الحب، و الاكتئاب يتعلق بعملية تثبيت في مرحلة اللذة الفمية إضافة إلى المقلقات الجنسية والتناسلية والتي تكون مصبوغة بشيء من العدوان والشعور بالذنب (عكاشة، 1998).

بينما ميلاني كلاين (1932-1948) طورت نظريه العلاقه بالشيء -Object relations حيث وصفت فيها علاقته الطفل بأمه خلال السنين الأولى و حيث أن الطفل لا يستطيع تمييز الحدود فإنه يرى في أمه شخصيتان: شخصية سيئة وهي التي تهمله ولا ترضعه والشخصية الجيدة التي ترضعه وترعاه وعندما تحضر الأم أمام ناظره يكون في وضع شكاك، من هي الأم التي حضرت الجيدة أم السيئة وبذلك تكون وضعية الفصام الإضطهادي، ويحدد على الأم السيئة ويتمنى لها السوء، وعندما تتطور الأنا في الطفل وتصبح متكاملة يخاف الطفل أن أمنياته العدوانية المدمره قد تؤثر على الأم. هذا الاستيعاب الجديد للطفل يؤدي للحزن والشعور بالذنب والتخوف بما يسمى وضع الاكتئاب (أكسفورد، 1991).

### التحليل النفسي للاكتئاب

يعتبر سيجموند فرويد (1939-1956) من مؤسسيها وهي تعتبر من وجهة نظر الكثيرين من أشهر النظريات في التاريخ البشري. وقسم فرويد المكونات الشخصية إلى ثلاثة اجزاء وهي:

الهو ( Id )، الأنا (ego)، الأنا الأعلى (super ego). وقد أوضح فرويد أن العلاقة بين هذه الأجهزة الثلاثة هي علاقة صراع خاصة في المراحل المبكرة من العمر، وبسبب هذا الصراع بين الأجهزة تتطور الشخصية وجزءاً كبيراً من إمراضها، ومتطلبات الواقع الذي يمثله الأنا أو الرقابة الداخلية والأخلاقية والضمير

الذي يمثله الأنا الأعلى ومن العناصر الأساسية في حالات الإكتئاب الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب والتأنيب الذاتي اضطراب النوم والشهية.

يمكن فهم الإكتئاب في ضوء الصراعات بين الأجهزة الشخصية الثلاثة والذي ننتقد فيها الأنا الأعلى بما يمثل من تطرف وصرامة. ولقد أثبتت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤيديها، أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد بما فيها القلق والإكتئاب ما هي إلا نتائج للصراعات المبكرة، لهذا طور فرويد مفهوما جديدا سماه اللاشعور لكي يوضح أن الأمراض النفسية التي تظهر في المراحل المختلفة من العمر، ما هي إلا تكرار لاشعوري رمزي لكل ما يحدث في السنوات الأولى من العمر، لذا يرى المحللون النفسيون أن التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من اكتئاب أو قلق أو أي اضطراب نفسي ما هي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية. أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور وبالتالي يكون العلاج من وجهة نظرهم هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة، فالأفكار الرئيسية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي هو أن السلوك الظاهري بما فيه الأعراض المرضية محكوم بشكل حتمي باللاشعور ومدفوع بالدوافع الداخلية، فعلماء التحليل النفسي يولوا اهتماما خاصا بخبرات الطفولة المبكرة خاصة علاقة الطفل بوالديه فحياة الطفل تتميز بالصراعات القوية بسبب دوافعه الغريزية.

ابتكر فرويد مفهوم الجنسية الطفلية والذي تنتقل وتتطور في مراحل متميزة من اللذة إلى أن يأتي ما يسمى بعقدة اوديب والذي نعبر عن أن علاقة الطفل بأبيه تقوم على التنافس والغيرة بسبب حب الطفل لأمه الذي يشاركه إياها الأب، ومن خلال الصراع نخطو نحو عالم الرشد ونكون كل اتجاهتنا نحو الجنس الآخر والسلطة والمجتمع قد تكونت لكن إذا فشل الطفل في حل صراعاته مع والديه، قد ينمو وقد

تملكه مشاعر التهديد والمخاوف اللاشعورية التي تظهر فيما بعد على شكل أعراض مرضية وخصوصا اكتئاب لأن هذه الدوافع اللاشعورية أصبحت لا شعورية لأنها كبتت منذ الصغر فإنه لا يمكن الإطلاع عليها إلا من خلال الأحلام و زلات اللسان التي قد يرتكبها دون قصد (إبراهيم، 1998).

ويؤكد التحليل النفسي على ثلاثة عوامل عملية في منشأ الأمراض النفسية وهي:

1. تثبيت الليبيدو.

2. النكوص.

3. السبب الراهن أو الفعلي والذي يمكن أن يصبح بسبب الإحباط عاملا حاسما في نشأة المرض. فالصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك المرضي كالآتي:

إحباط قوي لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو استعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط الصدمي للنفس يؤدي إلى توتر يسبب النكوص في أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط.

وفي حالات الإكتئاب تتمثل الصدمة في فقدان الموضوع سواء أكان هذا الموضوع خارجيا فيكون الحزن هو رد الفعل الطبيعي للفقدان. وفي الحالات التي تكتمل فيها الشروط المسببة للمرض يكون النكوص في هذه الحالة محاولة ترميمية لإصلاح و تعديل الموضوعات داخل الذات في الاكتنابات البسيطة وإذا ما تسبب هذا الفقدان الخارجي في فقدان للموضوع الداخلي "الليبيدو" يكون النكوص أعمق ويكون الإكتئاب شديدا، يتطلب الأمر إعادة بناء الذات والموضوع معا.

**العدوان والإكتئاب:**

يمثل مفهوم العدوان أحد المفاهيم الضرورية لفهم مشكلة الإكتئاب حسب نظرية التحليل النفسي. فالعدوان يعمل موازيا مع الليبيدو. وتبدو مشكلة العدوان في

علاقتها بالإكتئاب من خلال الصراع النفسي الداخلي بين مكونات الشخصية الأنا والأنا الأعلى والهيو.

ويوجد نوعان من العدوان:

1. عدوان من الخارج: (موضوع خارجي) على الذات يمثل تهديدا مولدا لخالة من القلق تتطلب دفاعا فإذا فشلت الدفاعات فتكون مشاعر الإنهزام وإقرار العجز والشعور بحالات اليأس والمزاج المكتئب الحزين وما يتبعه من إستثارة العدوان المتخيل بحسب مطلق القدرة. ويعد هذا هو النموذج الأساسي.

2. (عدوان من الداخل) (من الأنا العليا) بوصفها أنا أخرى يضطلع بوظائف معينة شبيهة بوظائف الموضوعات الخارجية فيكون الإكتئاب الداخلي مع مشاعر الإنحماق والأعراض الإكتئابية الشديدة والتي تصل ذروته إلى السلوك الإنتحاري أو الإنتحار الفعلي (عسكر، 1988).

فالإكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب ولكنه غضب يتحول بفعل الدفاع اللاشعوري الذي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد (إبراهيم، 1998).

### 2.3.3 نظرية التعلق الأيمن (Attachment Theory) لجون بولبي (1973)

أرجع الإكتئاب إلى الانفصال عن الأم في مراحل الطفولة الأولى والذي يؤدي إلى خلل في الرباط العاطفي الأيمن بين الطفل والأم، مما يجعل الطفل لا يتفاعل بشكل جيد مع الأزمات التي يمر بها خلال تطوره، فالطفل في مراحل نموه الأولى يقوم بإستدخال معلومات اثناء تفاعله مع البيئة بحيث تصبح هذه المعلومات نماذج للتفاعل والتعامل مدى الحياة فيما بعد، فالطفل الذي يكون لديه علاقة قوية مع والديه يكون لديه إحساس عال بالأمان فيتوقع حينما تواجهه مشكلة ما أن أحدا ما سوف يأتي لمساعدته، أما الطفل الذي لديه علاقة ضعيفة (اقل أمانا) فإنه يتوقع عدم الإهتمام به عند مواجهته لمشكلة ما.

إن هذه التوقعات جاءت من خبرات فعلية بالتأكيد، ولكن تفسير ما حدث ربما تكون هناك خبرة واحدة دخلت في Internal model ثم حدث لها تعميم وبذلك أثرت على تحليل الخبرات المستقبلية والطفل الذي يتوقع أنه عندما يكبر سوف يكون فعالاً ومؤثراً سوف يتصرف بناءً على هذا التوقع وبذلك يعمل صداقات جديدة، أما الطفل الذي يتوقع أن يكون معزولاً عن العالم فسوف يتصرف بنفس الطريقة التي تؤدي فعلاً إلى أن يكون معزولاً وليس لديه أصدقاء (Bee , 1994).

#### 2.3.4 النظرية النفسية الاجتماعية ومن روادها ارنست بكر (1962)

يرى بكر أن الإكتئاب يحصل نتيجة لتهديدات تقدير الذات يتولد بوساطة مشاعر الضبط خلال الأفعال والمواقف الذاتية ويصبح الفرد سلبياً حينما ينخفض مستوى تقدير الذات ويجد صعوبة في كل ما يسلك، فالإحساس بالقيمة عنده يعد عنصراً مهماً بل ودفاعاً ضد الإكتئاب.

العنصر الثاني في تجنب الإكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل مع المواقف الصعبة مثل فقدان موضوع ما أو فقدان نشاط معتاد فنظرية بكر تجمع بين المفاهيم على المستوى النفسي الاجتماعي إضافة إلى مفهوم أنماط الأفعال المتصلبة ويعني هذا أن يكون لدى الفرد على المستوى الاجتماعي ضيق من الأفعال تجاه المواقف الاجتماعية. أما على المستوى النفسي فيعني أن يركز الشخص بإصرار على حلول معينة ثابتة بالنسبة للأفعال الممكنة واستجابة مع القضايا الممكنة والاستفسارات المحيطة.

و يفترض بكر أن الأفراد يجاهدون من أجل اكتساب تقدير الذات ومن أجل تجنب القلق وهذان الدافعان الأساسيان بالطبيعة البشرية على قدر من التناقض لأن الشخص الذي يكون ميالاً لأن يستجيب للشدائد بالإكتئاب يكون معنياً ومهماً بشكل

عام يتجنب القلق، وهذا من شأنه أن يقلل من تقديره لذاته وينظر بكر للإكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من فقدان:

- 1) فقدان الذات: فقدان احترام الذات في العدوان المباشر نحو الذات.
- 2) فقدان المعايير وقواعد السلوك: في مجموعة العادات والتقاليد وفقدانها عامل رئيسي وسبب مباشر للإكتئاب.
- 3) فقدان إدراك مباحج الحياة: أي أحوال الفرد وظروفه التي تتكون من خلال أماله وإدراكه وتطلعاته فالإكتئاب لدى بكر ما هو إلا الفشل في تقدير الذات وإحترامها والذي يجعل الحياة خالية من كل معنى ولا تستحق أن تكون حياة (أبو زيد، 2001).

### 2.3.5 النظرية المعرفية

يقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر به الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وأرائهم ومثلهم إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. فالناس يكونون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع المشكلات النفسية التي تصادفهم في حياتهم، وذلك من خلال الملاحظة واختبار الفروض وأجراء الأحكام والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم الطبيعي، ويتعلم الناس استخدام الحس العام من خلال ثقافتهم وتعليمهم وخبرتهم وإصاغة الفروض واختبارها، والتميز والتعليل من أجل حل الصراعات والحكم على ما إذا كانوا يستجيبوا بواقعية للمواقف التي يتعرضون إليها، إلا أن الحس العام يخفق في إمدادنا بتفسيرات للإضطرابات الإنفعالية. فمثلاً سلوكيات مرضى الإكتئاب تتعارض مع القواعد العامة للطبيعة الإنسانية وما فيها من غريزة الحب، وعندما يحاول المرء الدخول إلى النظام التصوري لهؤلاء المرضى وينظر إلى العالم من خلال أعينهم فقد يجد أن سلوكهم له معنى، ومن خلال المشاركة يمكن أن يفهم المعنى الذي يعطونه لخبراتهم، وأن يقدم التفسيرات التي تبدو معقولة

من الأطر المرجعية لهم، أما فيما يتصل بالواقع فإن تفكير مرضى الإكتئاب تحكمه أفكار خاطئة حول أنفسهم والعالم المحيط بهم والمستقبل.

و من أهم الفرضيات في النظريات المعرفية ما يلي:

1- يرى "بك" أن ردود الفعل الإنفعالية ليست إستجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي، وقد ينتج عن عدم الإتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الإضطرابات النفسية.

2- يقول "بك" أن الأشخاص الذين يعانون من المشاعر الإكتئابية هم أشخاص لديهم أخطاء في طريقة التفكير تؤدي بهم إلى نتائج غير منطقية، لذلك فإن تفكير مرضى الإكتئاب تحكمه أفكار خاطئة حول أنفسهم وحول العالم و حول المستقبل ويطلق عليها الثالث المعرفي السلبي للإكتئاب وهي أفكار تصبغ حياتهم بصبغة التشاؤم (كل هذا مرتبط بالحصيلة المعرفية عند الفرد).

ويقرر "بك" أن العامل الأساسي أو الأولي للإكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة والأهداف الكبيرة التي تتسم بالواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعاً، ودائم اللوم لذاته نظراً لوعيه وإدراكه بنقائصه والتي تعطي له مفهوماً سالباً عن ذاته، ويرى بك أن هذه القواعد تمثل التراث الاجتماعي للمجتمع وتكسبان خلال الخبرة والملاحظة، وعندما تكون هذه القواعد منفصلة عن الواقع أو إذا استخدمت بطريقة عشوائية وتطرف، فإن من المتوقع إنتاج مشكلات نفسية شخصية أو مشكلة في العلاقات.

فمن وجهة نظر بك أن الناس يستجيبون للأحداث إنطلاقاً من المعاني التي يعطونها لها، وهذه الإستجابات تجاه الأحداث تؤدي إلى ردود فعل إنفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأشخاص ومن الشخص الواحد باختلاف المواقف. ومن

الأفكار الأساسية في النموذج المعرفي للإنفعالات أو الإضطرابات الإنفعالية الفكرة التي تنادي بأن المعنى الخاص لحادث ما هو الذي يحدد الإستجابة الإنفعالية تجاهه، وبذلك فإن طبيعة الإستجابة الإنفعالية يتوقف على ما إذا كان هذا الشخص يدرك الحدث على أنه إضافة أو حدث أو تهديد أو اصطدام بالنسبة لمجال الشخص الذي يتألف من جملة الأشياء التي يعطيها أهمية.

فالحزن ينشأ من إدراك أن شيئاً ذا قيمة للشخص قد فقد، ومن ثم فقد حدث فقدان في المجال الذاتي للفرد. أما إذا أدرك أو توقع المكسب فإن ذلك يؤدي إلى السرور أو كذلك التهديدات إزاء الذات البدنية أو النفسية بأن شيئاً قد فقد يؤدي إلى القلق. إن الفكرة التي تؤدي إلى الحزن أو السعادة أو القلق إذا إستحلت تشويش للواقع فإنه ينتج عنه إكتئاب أو هوس أو إستجابات بارانويا (إبراهيم، 1998).

الإكتئاب كمثال لتفسير الإضطرابات النفسية في نظرية بك: أن تطور الإكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقداناً له وقد يكون الفقدان واقعياً أو فرضياً أو كاذباً، وفي كل الحالات فإنه يكون مبالغاً فيه ويدركه الشخص على أنه دائم وغير قابل للارتداد كما ينظر إليه على أنه إنعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو القدر سبب هذا الحادث المؤلم إلى عيوب في نفسه كما يحكم على كل خبرة تالية حتى لو كانت بسيطة في جوانبها السلبية حتى المبهمة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي. وتؤدي المقارنات التي يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقديره لذاته، وربما تكون النتيجة النهائية رفضاً لذاته وتؤدي هذه النظرة السلبية للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل ويصبح التشاؤم طاغياً على نظرة الشخص للحياة و تكون النتيجة النهائية لهذا التشاؤم وجود أفكار وأمانى ومحاولات انتحارية.

أما المنطقة الثانية للانتحار فهو الإعتقاد أن موته يجعل الأخرى في حالة تحسن. إن مفهوم الذات السالب والتفسير السلبي للأحداث والخبرات والنظرة التشاؤمية للمستقبل قد تشكل المثلث المعرفي للإكتئاب.

أن بعض مظاهر الإكتئاب مثل التراجع، التعب، الامتعاض كلها نتائج للجوانب المعرفية السالبة، كما أن الأعراض البدنية الأخرى مثل فقدان الشهية، الأرق وغيرها فيبدو أنها متلازمات بدنية للاضطراب النفسي في الإكتئاب(الشناوي، 1994).

ويقسم بك إدراكات الإكتئاب الى ثلاث مراحل:

الأولى: حبل من الأفكار السلبية: مثل أنا أم فاشلة.

الثانية: رزمة من التوقعات: مثل لا يمكن أن يكون الإنسان سعيدا إذا لم يحبه كل الناس.

الثالثة: مجموعة من الإدراكات نذكر منها:

• التضخيم والتقليل: يميل الشخص إلى المبالغة في إعطاء الأهمية في بعض الأحداث الصغيرة أو المبالغة في التقليل من بعض الأحداث الهامة فقد يرتكب خطأ بسيطاً فيبالغ في تصور النتائج السيئة المترتبة عليها وفي الوقت نفسه يعمل على التقليل من أهمية الإنجازات التي يحققها ويؤدي ذلك إلى الشعور بالنقص وهبوط الروح المعنوية كما يؤدي إلى الشعور بالإكتئاب.

• الإستنتاج التعسفي "العشوائي": يقفز الشخص إلى النتائج دون أن تكون هناك بيانات واقعية في الموقف لدعم الإستنتاج كأن يتصل بصديق له تلفونيا دون أن يرد أحد فيستنتج أن صديقه لا يريد أن يكلمه في حين أن صديقه لم يكن في البيت حينها، ويقوى ذلك الإستنتاج لذلك الشخص إذا كرر محاولة الإتصال عدة مرات

خلال فترة قصيرة وبناء عليه فقد يتعامل هذا الشخص مع التخيلات والتهيئات وكأنها حقيقة واقعة.

• التجرد الإختياري: (كل شيء أو لا شيء ) يشير هذا التشويه المعرفي إلى ميل الفرد إلى تقييم منجزاته على نحو متطرف فإما أن يحقق كل شيء أو أن ما يصل إليه لا يساوي شيئاً ومن الأمثلة على ذلك الذي يحصل على علامة مرتفعة ولكن ليست كاملة فيعد نفسه فاشلاً، أن هذا النوع من التفكير هو تشويه معرفي أو تفكير خاطيء لأنه يقوم على أساس القطبية، أي على إفتراض وجود حالتين متطرفتين لكل خاصية وهذا الإفتراض يتجاهل أن بين الحالتين المتطرفتين يوجد عدد كبير جدا من الإحتمالات.

• التعميم: يفترض الشخص في حالة التعميم الزائد أنه حالة فردية ذات نواتج سلبية هي نمط سائد سوف يتكرر باستمرار ودون توقف، فإذا تقدم لخطبة فتاة ولم توافق فهو يفترض بأن كل فتاة سوف يتقدم لخطبتها لن توافق عليه، وهذا يشبه الوضع الذي يشاهد فيه الطفل سيارة لونها حمراء فيفترض بأن جميع السيارات لونها أحمر.

• عزل الأشياء عن سياقها: أو الإنتقاء السلبي حيث يقوم بعزل خاصية عن سياقها العام مع تأكدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.

• التفسير السلبي بما هو إيجابي: "التقليل من شأن الأحداث الإيجابية" يميل الشخص هنا إلى خفض أهمية الحوادث الإيجابية التي يمر بها أو تحويلها إلى مواد سلبية فالشخص الذي يقلل من شأن الحوادث الإيجابية أو يحولها إلى سلبية ينتهي به الأمر إلى أن ينزع من حياته كل ما يبعث على البهجة ويحولها إلى شيء لا يطاق.

• التصفية العقلية: يقوم الشخص بإنتقاء جانب سلبي من الموقف ويجعله الموضوع الوحيد لإهتمامه وبذلك يدرك الموقف بأكمله بطريقة سلبية.

• الإستدلال الإنفعالي: هو أن يأخذ الفرد الحالة الإنفعالية كدليل على الواقع كأن يقول بما أنني أشعر بالإنقباض فلا بد أن شيئاً سيئاً قد حدث فالإستدلال الإنفعالي

يؤدي إلى مشكلة هي تأجيل العمل الذي يؤدي إلى تراكم العمل والشعور بعدم الإنجاز.

• عبارات الوجود: وهي عبارات يفرض الفرد بها على نفسه أو على الآخرين معايير محددة وجامدة لا مرونة فيها كأن يقول يجب أن يكون الإنسان دقيقاً في مواعيده في جميع الظروف.

• الشخصية: يعد الشخص نفسه سبباً للأحداث الخارجية السلبية دون وجود ما يبرر ذلك فقد يفكر الشخص بأنه أب فاشل إذا لم يحصل ابنه على نتائج جيدة في المدرس (Beck , 1979).

ويرى جورج كيلي (1905-1966) ان الفرد المريض نفسياً يشبه العالم أو الباحث غير الكفو الذي يظل متشبثاً بشده بفروض غير منطقيه، فهو يتوقع أنه ربما لا يستمتع بما يحققه من نجاح ولا يكون من السهل عليه أن يكون صداقات، وتتحول مثل هذه التوقعات غير الدقيقة الى عبء يصعب عليه تحمله على مدار حياته اليومية ومطلب شبه مستحيل، فمن وجهة نظره يعرف الاضطراب بأنه تكوينات شخصية من ذلك النوع الذي يستخدم بشكل متكرر على الرغم من عدم صدقها أو عدم موضوعيتها (عبد الرحمن، 1998).

#### (i) 2.3.5.1 نظرية فيكتور تشارلز رايمي

ركز على مفهوم الذات في العلاج النفسي والذي يتكون من التصورات والاعتقادات والأفكار المنظمة، والتي تشكل معرفة الفرد لنفسه وتؤثر في علاقاته مع الآخرين. فالخطأ في فهم الذات هام جدا والعلاج النفسي بنى على هذا الافتراض المفهوم الخاطئ ويركز على دور المعتقدات الخاطئة المحددة والراسخة في العلاج عوضاً عما تفعله النظريات الخاصة بالذات والتي تعتبر غير شاملة ومشوشة، والمفهوم الخاطئ هي من أقدم طرق العلاج النفسي، فهي جوهر نظرية

ادلر، والنظرية الادركية لكومبس وسينج، وكذلك نظرية ايليس للعلاج العقلاني الانفعالي. فالاضطرابات النفسية (بما فيها الإكتئاب) من وجهة نظر المفهوم الخاطئ وهي نتيجة المعتقدات أو الاقتناعات الخاطئة- أي التصورات أو المفاهيم الخاطئة- والهدف من العلاج هو تغيير التصورات الخاطئة لدى المسترشد، وتعديل وتصحيح هذه المعتقدات يؤدي إلى تحسن عملية التوافق، فتغير آراء وتصورات المسترشد والمتصلة بمشكلاته النفسية في اتجاه يحقق لها دقة أكبر بحيث تصبح مرتبطة بواقعه كما يدركه هو، والذي يتجاهل المسترشد جوانب منه، فإنه من المتوقع أن تزول جوانب سوء التوافق لديه.

فمفهوم الذات يوجه وينظم السلوك، أما التصورات الخاطئة حول الذات فقد تحد بشكل قاسي وغير واقعي من أنواع السلوك المرغوب المشاركه فيه أو أن تدفع الى سلوك غير متعلق يؤدي إلى إنهزام مستمر . فالتصورات الخاطئة لدى معظم الافراد تصحح عن طريق الخبرة أو التجربة، والناس غير العاديين غير متقبلين للتصحيح عن طريق التدريب أو الخبرة أو الحوار مع الآخرين، أي عن طريق ما يسمى بالتناقض العصابي، وهناك الكثير من المقترحات لتبرير التناقض العصابي والمحور العام هو انفصال، إنزال المفاهيم الخاطئة من الوعي الشعوري أو المعرفة الواعية، فحينما يتجنب الفرد هذه المفاهيم أو ينكرها أو يكتبها فتصبح في مكن لا يمكن تصليحها إلا بمفاهيم تحميها تسمى المفاهيم الخاطئة الدفاعية، ومن أجل علاج ذلك فالمعالج يوضح بحرص للمريض أخطائه (الشناوي، 1994)؛ (باترسون، 1981).

ومن وجهة نظر راسل (1930) - أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلص والهدوء إذا ما حاول عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن يتخيل أسوأ النتائج، وأن يركز الذهن فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس في هذا نهايته، ويرى أيضا أن من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف أن يفكر فيه بهدوء وبطريقة متعلقة، ولكن

بتركيز شديد إلى شيء مألوف لديه، وفي النهاية فإن الألفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف. يتبنى فلسفة للسعادة الانسانية مستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعلقة تصحبه حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب (إبراهيم، 1998).

### 2.3.6 نظرية العجز المتعلم (1975)

يعتبر سليجمان من روادها وقد أثبت من خلال تجاربه أن الإكتئاب إستجابة يتعلمها الإنسان عندما يجد نفسه في مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها، وأنه في حالة الإكتئاب هناك معاناة من الألم ويأس وخمول وإستسلام للقدر المؤلم، فسلوك الإنسان في مثل هذه المواقف يتصف بعدد من المظاهر:

(1) السلبية والإستسلام في مواجهة الضغوط المهددة، فمن المعروف أن الإنسان المكتئب يتسم بقلّة النشاط الحركي و الإجتماعي والعزوف عن الحركة. وتحدث هذه الصفات عند الفرد حينما لا توجد صلة بين ما يقوم به من سلوك ومما يؤدي إليه هذا السلوك من عائد أو مردود.

(2) وعلى مستوى التغييرات العضوية: يعاني الشخص المكتئب من فقدان الرغبة الجنسية وفقدان الوزن والشعور بالتعب والهزال.

(3) في حالات الإكتئاب تناقص مادة النوربينيفرين تناقصا حادا، ومن المعروف أن هذه المادة تخفف الاكتئاب عندما تعطى بوصفها عقارا طبيا للإنسان.

(4) إنخفاض درجة العدوانية في حالات الإكتئاب لدرجة أن نظرية التحليل النفسي جعلت من خاصية لوم الذات سببا رئيسا من أسباب الإكتئاب الإنساني، وفسرت لوم الذات على أنه نتاج، وتحول عملية العجز عن التعبير عن الغضب والعدوان إلى الذات.

(5) أظهرت التجارب أن الشخص المكتئب يعجز عن تذكر أو إستعادة أنواع السلوك التي تعلمها والتي تساعده على الخروج من أزماته، بالرغم من وجود هذا السلوك

ضمن رصيده. وهذه إحدى الخصائص التي جعلت بك يرى أن من أهم جوانب الإكتئاب المميزة هي تعبيرهم الدائم عن فشلهم حتى أن كان أداؤهم متفوقا ولا يعكس الفشل. فالياس المكتسب يؤدي إلى صيغ إدراك المكتئب للواقع ويلونه بلون قاتم سواء كان لذلك ما يبرره أم لا.

إكتساب الأمل: وقد أشار سليجمان إلى أنه في حالة العلاج والشفاء لحالات الإكتئاب، بأن لا يكتفي بتقديم النصائح والإرشادات والتوجيه لممارسة النشاطات السارة والبعد عن النكد والتهديدات ، بل وأن يقوم الواحد منهم بدور أكثر إيجابية لتحقيق أي مكاسب علاجية، وحثهم الدائم على ممارسة الإستجابات العلاجية عددا من المرات، حتى يكتسب المكتئب الخصائص الملائمة والمشجعة على التغير الإيجابي وإستعادة الأمل في الشفاء.

إفتقاد التدعيم وصناعة اليأس: فهو من المفاهيم الرئيسية في تفسير الإكتئاب وشرحه طالما يتوقف الشخص عن ممارسة نشاطاته المعتادة والتي كانت تلقى التدعيم من قبل بسبب فقدان (الموت، الطلاق..) بحيث تصبح أنماط السلوك الجديدة هي المصدر الرئيسي للدعم، وهذا يعني أن أنماط الرثاء الخارجي والعطف التي يلقاها المكتئب، تتحول إلى مصدر رئيسي من مصادر تطور الإكتئاب وتدعيمه أكثر فأكثر.

فالمساهمات الرئيسية في تفسير الإكتئاب وفق نظرية التعلم الإجتماعي :

1. يؤدي الشعور بالإكتئاب وما يصاحبه من الأعراض السريرية كالتعب إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط، وبذلك تقل مصادر الدعم.
2. يؤدي إنخفاض مستوى التدعيم إلى خفض النشاط أكثر فأكثر وبالتالي تنخفض فرص التدعيم أكثر فأكثر.
3. كمية التدعيم الإيجابي تتوقف على ثلاث مصادر:

أ) التدعيمات الممكنة نتيجة لخصائص ومميزات شخصية أو جسمية في الفرد مثل عمره/ مستوى جاذبيته للآخرين، وإنتماءه القومي أو غيره.

ب) التدعيمات البيئية التي يمكن أن تتاح له - كأن ينشأ في أسرة ميسورة بدلا من نشوءه في بيئة فقيرة - أو في بيئة أسرية آمنة بدلا من بيئة مهددة للأمن كمؤسسة أو سجن.

ت) التدعيمات الممكنة نتيجة لرصيده السلوكي بما في ذلك مهاراته الإجتماعية ومهنته، فالشخص الذي يتقن مهارات في التفاعل الإيجابي ويحتل في نفس الوقت وصفا مهنيا أو عملا يحقق رضاه، يكون أقل عرضة للأضطراب النفسي والإكتئاب (سليجمان، 1975).

فنظرية التعلم ترى أن الإكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة إجتماعية كانت من قبل مصدرا أثريا من مصادر الإهتمام و التدعيم كما ترى أن الإكتئاب يمكن أن يحدث في أي فترة زمنية ولا يقتصر ظهوره على فقدان موضوعات الحب في المراحل المبكرة ولنظرية التعلم آثار عميقة في تبلور جانبين رئيسيين من جوانب قيم الإكتئاب، تشخيصا وعلاجيا. بدأت الأنظار تتجه إلى دراسة ما يسمى بالضغوط الإجتماعية النفسية ومن جهة أخرى ساعدت على تبلور إحدى أهم الثورات في العلاج النفسي للإضطرابات النفسية بما فيها الإكتئاب وهو ما يسمى تجربة العلاج السلوكي متعدد المحاور (إبراهيم، 1998).

### 2.3.7 الضغوط النفسية وأحداث الحياة وعلاقتها بالإكتئاب

أن الضغط النفسي هو أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى إستجابة إنفعالية حادة ومستمرة وتمثل الأحداث الخارجية، ظروف العمل / الصراعات الأسرية / التلوث البيئي مثلها مثل الأحداث الداخلية والتغيرات العضوية كالإصابة بالمرض /الأرق التغيرات الهرمونية الدورية، ويعتقد أن هناك طائفة

كبيرة من أمراض الطب النفسي هي نتاج مباشر للإضطراب الإنفعالي والضغط كالقلق والوساوس القهرية والإكتئاب (إبراهيم، 1998).

وكان لهانز سيليا (1980) الفضل في وضع كثير من الأسس العلمية، فقد لاحظ منذ فترة مبكرة أن المرضى يشتركون في خصائص وأعراض مرضية متشابهة، فوجد أن جميع المرضى يعانون من ضعف الشهية والوهن العضلي وفقدان الإهتمام بالبيئة و أطلقوا عليها زملة الضغط العام بالإضافة إلى الأعراض النوعية بكل مرض. وقد أثبت سيليا أن إستمرار التعرض للضغط سيجعل الشخص عاجزاً عن المقاومة نتيجة فقدانه طاقة التكيف فتحدث الأمراض والوفيات المبكرة كما أشار أيضا إلى أن التغيرات البيئية الخارجية سلبية كانت أو إيجابية تشكل ضغوطاً على الفرد وبالتالي احتمالية الإصابة بالمرض وقد أشارت الكساندرا (1950) في دراستها حيث أوضحت أن الكبت المستمر للغضب يمكن أن يؤدي إلى مشاكل عضوية مثل أمراض القلب وتم تفسير هذه النظرية من خلال الأبحاث التي إهتمت بموضوع الضغوطات النفسية وتأثيرها على الفرد، حيث أن الظروف المحيطة والمتغيرات النفسية الإجتماعية وسمات الشخص ليس لها علاقة مع نوع محدد من المرض أو لا تؤدي إلى نوع معين من المرض بنفس الطريقة التي تسبب بها البكتيريا المرض أو الفيروس ولكنها تجعل الفرد أكثر عرضه للإصابة بالأمراض، وقد طورت مصطلحاً جديداً وهو قابلية التأثر *susceptibility* بعد أن أكدت على أن أحداث الحياة مثل الزواج /الإنقال إلى منزل جديد أو تغير الوظيفة لها علاقة بظهور بعض الأمراض الصحية مثل اللوكيميا، الإكتئاب، والفكرة العامة من هذا المصطلح أنه كلما كثرت أحداث الحياة التي تسبب التوتر كلما قلت قدرة الفرد على مقاومة الأمراض والإضطرابات النفسية.

وقد أكد عكاشة (1998) أن للضغوطات النفسية وأحداث الحياة دوراً مهماً في تفجير النوبة الإكتئابية. و تبين أن سوء الضغوطات وأكثرها ارتباطاً بالتوتر

بتركيز شديد إلى شيء مألوف لديه، وفي النهاية فإن الألفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف. يتبنى فلسفة للسعادة الانسانية مستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية ومرتقطة تصحبه حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب (إبراهيم، 1998).

### 2.3.6 نظرية العجز المتعلم (1975)

يعتبر سليجمان من روادها وقد أثبت من خلال تجاربه أن الإكتئاب إستجابة يتعلمها الإنسان عندما يجد نفسه في مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها، وأنه في حالة الإكتئاب هناك معاناة من الألم ويأس وخمول وإستسلام للقدر المؤلم، فسلوك الإنسان في مثل هذه المواقف يتصف بعدد من المظاهر:

(1) السلبية والإستسلام في مواجهة الضغوط المهددة، فمن المعروف أن الإنسان المكتئب يتسم بقلّة النشاط الحركي و الإجتماعي والعزوف عن الحركة. وتحدث هذه الصفات عند الفرد حينما لا توجد صلة بين ما يقوم به من سلوك ومما يؤدي إليه هذا السلوك من عائد أو مردود.

(2) وعلى مستوى التغييرات العضوية: يعاني الشخص المكتئب من فقدان الرغبة الجنسية وفقدان الوزن والشعور بالتعب والهزال.

(3) في حالات الإكتئاب تناقص مادة النوربينيفرين تناقصا حادا، ومن المعروف أن هذه المادة تخفف الاكتئاب عندما تعطى بوصفها عقارا طبيا للإنسان.

(4) إنخفاض درجة العدوانية في حالات الإكتئاب لدرجة أن نظرية التحليل النفسي جعلت من خاصية لوم الذات سببا رئيسا من أسباب الإكتئاب الإنساني، وفسرت لوم الذات على أنه نتاج، وتحول عملية العجز عن التعبير عن الغضب والعدوان إلى الذات.

(5) أظهرت التجارب أن الشخص المكتئب يعجز عن تذكر أو إستعادة أنواع السلوك التي تعلمها والتي تساعده على الخروج من أزماته، بالرغم من وجود هذا السلوك

أ) التدعيمات الممكنة نتيجة لخصائص ومميزات شخصية أو جسمية في الفرد مثل عمره/ مستوى جاذبيته للآخرين، وإنتماءه القومي أو غيره.

ب) التدعيمات البيئية التي يمكن أن تتاح له - كأن ينشأ في أسرة ميسورة بدلا من نشوءه في بيئة فقيرة - أو في بيئة أسرية آمنة بدلا من بيئة مهددة للأمن كمؤسسة أو سجن.

ت) التدعيمات الممكنة نتيجة لرصيده السلوكي بما في ذلك مهاراته الإجتماعية ومهنته، فالشخص الذي يتقن مهارات في التفاعل الإيجابي ويحتل في نفس الوقت وصفا مهنيا أو عملا يحقق رضاه، يكون أقل عرضة للأضطراب النفسي والإكتئاب (سليجمان، 1975).

فنظرية التعلم ترى أن الإكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة إجتماعية كانت من قبل مصدرا أثريا من مصادر الإهتمام و التدعيم كما ترى أن الإكتئاب يمكن أن يحدث في أي فترة زمنية ولا يقتصر ظهوره على فقدان موضوعات الحب في المراحل المبكرة ولنظرية التعلم آثار عميقة في تبلور جانبيين رئيسيين من جوانب قيم الإكتئاب، تشخيصا وعلاجيا. بدأت الأنظار تتجه إلى دراسة ما يسمى بالضغوط الإجتماعية النفسية ومن جهة أخرى ساعدت على تبلور إحدى أهم الثورات في العلاج النفسي للإضطرابات النفسية بما فيها الإكتئاب وهو ما يسمى تجربة العلاج السلوكي متعدد المحاور (إبراهيم، 1998).

### 2.3.7 الضغوط النفسية وأحداث الحياة وعلاقتها بالإكتئاب

أن الضغط النفسي هو أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى إستجابة إنفعالية حادة ومستمرة وتمثل الأحداث الخارجية، ظروف العمل / الصراعات الأسرية / التلوث البيئي مثلها مثل الأحداث الداخلية والتغيرات العضوية كالإصابة بالمرض / الأرق التغيرات الهرمونية الدورية، ويعتقد أن هناك طائفة

كبيرة من أمراض الطب النفسي هي نتاج مباشر للإضطراب الإنفعالي والضغط كالقلق والوساوس القهرية والإكتئاب (إبراهيم، 1998).

وكان لهانز سيليا (1980) الفضل في وضع كثير من الأسس العلمية، فقد لاحظ منذ فترة مبكرة أن المرضى يشتركون في خصائص وأعراض مرضية متشابهة، فوجد أن جميع المرضى يعانون من ضعف الشهية والوهن العضلي وفقدان الإهتمام بالبيئة و أطلقوا عليها زملة الضغط العام بالإضافة إلى الأعراض النوعية بكل مرض. وقد أثبت سيليا أن إستمرار التعرض للضغط سيجعل الشخص عاجزاً عن المقاومة نتيجة فقدانه طاقة التكيف فتحدث الأمراض والوفيات المبكرة كما أشار أيضا إلى أن التغيرات البيئية الخارجية سلبية كانت أو إيجابية تشكل ضغوطاً على الفرد وبالتالي احتمالية الإصابة بالمرض وقد أشارت الكساندرا (1950) في دراستها حيث أوضحت أن الكبت المستمر للغضب يمكن أن يؤدي إلى مشاكل عضوية مثل أمراض القلب وتم تفسير هذه النظرية من خلال الأبحاث التي إهتمت بموضوع الضغوطات النفسية وتأثيرها على الفرد، حيث أن الظروف المحيطة والمتغيرات النفسية الإجتماعية وسمات الشخص ليس لها علاقة مع نوع محدد من المرض أو لا تؤدي إلى نوع معين من المرض بنفس الطريقة التي تسبب بها البكتيريا المرض أو الفيروس ولكنها تجعل الفرد أكثر عرضه للإصابة بالأمراض، وقد طورت مصطلحاً جديداً وهو قابلية التأثر *susceptibility* بعد أن أكدت على أن أحداث الحياة مثل الزواج /الإنقال إلى منزل جديد أو تغير الوظيفة لها علاقة بظهور بعض الأمراض الصحية مثل اللوكيميا، الإكتئاب، والفكرة العامة من هذا المصطلح أنه كلما كثرت أحداث الحياة التي تسبب التوتر كلما قلت قدرة الفرد على مقاومة الأمراض والإضطرابات النفسية.

وقد أكد عكاشة (1998) أن للضغوطات النفسية وأحداث الحياة دوراً مهماً في تعجير النوبة الإكتئابية. و تبين أن سوء الضغوطات وأكثرها ارتباطاً بالتوتر

والإضطراب النفسي هي التي تحدث للفرد المنعزل والذي يفتقد للدعم النفسي والمساندة الإجتماعية، والمؤازرة ولكن من المؤكد أن تأثر الخبرات والضغوطات تعتمد على مدى تقدير الفرد لها وإدراكه لخطورتها الرمزية له، وعلى مدى ما يتسلح به الفرد من مهارات إجتماعية ومن ثم فإن نفس الحدث الواحد لا يثير الإضطراب عند فردين مختلفين أو حتى عند الفرد الواحد في الظروف المختلفة بنفس الدرجة.

يتضح من هنا أن الضغوط النفسية لها تأثير على الفرد، مثل ظهور بعض الأمراض سواء الجسمية أو النفسية وتتضح أهمية المساندة الوجدانية والدعم الإجتماعي الذي يتلقاه الفرد من بيئته الخاصة والعامة في تطوير مناعة لمقاومة هذه الأمراض و الإضطرابات النفسية.

من خلال النظريات التي تم تناولها إتضح أن كل نظرية تفسر جانب واحد من جوانب الإضطرابات النفسية، فالنظرية المعرفية تركز على النواحي المعرفية وطريقة التفكير، فيما التحليلية تركز على الصراعات الداخلية، نظرية الصدمة والضغوطات النفسية تركز على العوامل الخارجية التي تساعد في ظهور الأعراض النفسية.

ولأن الباحثة تفحص الآثار النفسية على أفراد أسر الشهداء الناتجة عن الضغوطات، ترى أن أكثر نظرية ملائمة قد تساعد في تفسير ما توصلت إليه الباحثة من نتائج هي نظرية الضغوط النفسية وأعراض ما بعد الصدمة الناتجة عن الإستشهاد والذي فيه موت مفاجيء وفقدان أحد الأجزاء لأنه يمكن من خلالها الوصول الى ما يلي:

1- كيفية تفهم الوضع الموجود لدى البيئة الفلسطينية وخصوصاً أفراد هذه العينة (أسر الشهداء).

2- وضع خطط علاجية لهذه الفئات بناء على مفاهيم هذه النظريات.

3- فهم ديناميكية فقدان و مساره الطبيعي.

من خلال النظريات التي تم تناولها إتضح أن كل نظرية تفسر جانب واحد من جوانب الإضطرابات النفسية، فالنظرية المعرفية تركز على النواحي المعرفية وطريقة التفكير، فيما التحليلية تركز على الصراعات الداخلية، نظرية الصدمة والضغوطات النفسية تركز على العوامل الخارجية التي تساعد في ظهور الأعراض النفسية.

#### 2.4 دراسات عربية سابقة

وفي دراسة مسحية قام بها إبراهيم وعبد الستار (1997) لمدى انتشار الإضطرابات النفسية بما فيها، القلق والإكتئاب والعداوة والإستعداد للمرض النفسي، حيث تم تطبيق مقاييس مقننة للإكتئاب والقلق والعداوة على عينة قوامها 1024 من الإناث و989 من الذكور من أطر ثقافية وإجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، فقد أوجدت الدراسة أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن ضخمة، إلا أن النساء سجلن درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات المرضية وقد إزدادت هذه الفروق بين من هم أصغر سنا (بين طالبات المدارس الثانوية، والطالبات الجامعيات ) بينما أقل الدرجات في الإكتئاب ظهرت لدى النساء العاملات ويتضح من هذه النتيجة شيان وهما:

- (1) أن كون الشخص ذكر أو أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عن إرتفاع الإكتئاب وإنما الضغوط النفسية والإجتماعية التي تقع على فئة دون أخرى والإحباطات المرتبطة بالنمو الإجتماعي والرغبة في تحقيق الأحلام وما نجده هذه الرغبة من معوقات إجتماعية أو نفسية هي المسؤولة أساسا عن هذا الإرتفاع.
- (2) وبالرجوع إلى كثير من الأبحاث نجد أن نسبة عالية من الأمراض النفسية منتشرة بين صغار السن ومنها القلق والإكتئاب.

وفي دراسة قامت بها خميس(1998) حول التكيف مع الضغوطات النفسية الناجمة عن فقدان والإعتقال والأبعاد أو تدمير البيوت تبين أن العائلات الفلسطينية التي تتعرض لمثل هذه الضغوط السياسية تتأثر سلبا ذلك لأن هذه الضغوط تؤثر على صحتهم النفسية والجسمية وعلى أنماط سلوكهم ولكن أظهرت الدراسة أيضا أن ممارسات الإحتلال من قتل وتدمير منازل وأبعاد لم تؤثر على قدرة العائلات على التكيف مع الضغوطات الناتجة عن الأحداث السابقة .

فقد وجدت الدراسة أن العائلات التي فقدت أحد أبنائها في الإنتفاضه (أي نتيجة إستشهاده) تعرضت لضغوط نفسيه أكثر من غيرها من العائلات الموجودة في المجموعة الضابطة التي تعرضت لضغوط سياسية من نوع اخر كالأبعاد على سبيل المثال. وتبين أيضا أن العائلات التي فقدت أعضائها واجهت صعوبة أكثر في التكيف مع الضغوط النفسية، في حين كانت عائلات المبعدين الأكثر تأقلا مع هذه الضغوط. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن هذه النتائج إتفقت مع نتائج دراسات أخرى حول هذا الموضوع (خميس، 1993)؛(رابكين، 1993)؛(أبوسمرة، 1993).

وفي هذا السياق، أشار مليغرام (1982) أن مستوى التوتر وألم الحسرة والقلق النفسي عند العائلات التي تفقد أحد أفرادها في صراع سياسي يكون أكثر بكثير من العائلات التي تصاب بأثر الضغوط السياسية بشكل غير مباشر. هذا وقد ألفت خميس الضوء على الأثر البالغ للفقدان على نفسية العائلات الثكلى والمفجوعة وذلك بتركيزها على قول العائلات المتكرر: "من الأفضل أن نسجن ولا نقتل وأن نبعد ولا نسجن". أما بالنسبة للنساء في هذه الدراسة، فقد وجد أن النساء عانين من ضغوط نفسية وتدهور مستمر في الصحة بشكل عام أكثر من الرجال، ويكمن السبب في أن المسؤولية المضاعفة التي أقيت على كاهلهن، فهن من جانب عليهن القيام بالأعمال المنزلية وتربية الأطفال، ومن جانب اخر عليهن القيام بالأعباء الاقتصادية.

في دراسة لمحمود وفرج (1993) بعنوان "التغلب على الأسى الناتج عن وفاة الإبن" على 100 سيدة مصرية من الأمهات اللواتي مضى على وفاة أبنائهن أكثر من عام حيث بلغت نسبة الأمهات العاملات 70% والباقي من مستويات تعليمية مختلفة 62% منهن لا يعملن والباقي عاملات في مهن مختلفة وبلغ متوسط أعمارهن 44.1 حيث استخدم الباحثان استبياناً مقنناً عن طريق المقابلة مكون من 66 سؤال بعضها أسئلة مركبة يضم معلومة أولية عن الأم والإبن المتوفي ، والعلاقة جيدة فيما بينهم قبل الوفاة ومظاهر أسى الأم خلال الشهر الأول بعد الوفاة ومدى مؤازرة الأقارب وقد أظهرت نتائج الدراسة :

1- أن الوفاة المفاجئة تحدث درجة أكبر من الأسى بالمقارنة بالوفاة المتوقعة في ضوء استقرار المجتمع المصري.

2- درجة الأسى الناتجة عن وفاة الإبن تتوقف على علاقة الأم بالأب فإذا كانت قوية وحسنة وأحدثت الوفاة حزناً شديداً أما إذا كانت سلبية فتقل شدة الحزن.

3- تتفاوت درجة الأسى تبعاً لنوع الإبن المتوفي، أوجدت الدراسة أنه إذا كان الإبن المتوفي ذكراً تكون درجة الأسى أعلى مقارنة مع كون المتوفي إبنه إلا أنه لم يظهر واضحاً عند الأمهات المتعلمات.

4- قراءة القرآن هو وسيلة أغلب الأمهات النكلى لتخفيف أحزانهن في (مجلة علم النفس، 1996).

وفي دراسة بعنوان (مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات فقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية وغير طبيعية وأثرها في التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن)، قامت بها نورية الخرافي (1997) بعد مرور ما يزيد على أربع سنوات من إنتهاء العدوان العراقي على الكويت ومن ملاحظاتها خلال الجلسات الإرشادية أن عدداً كبيراً من النساء اللواتي فقدن أزواجهن خلال فترة العدوان خاصة أرامل الشهداء وزوجات الأسرى لازلن يعانين من مشاكل نفسية

وإجتماعية أهمها الشعور بالوحدة وعدم الاندماج مع الغير وصعوبة التعامل مع الأطفال. وقد شملت عينة الدراسة على 52 سيدة كويتية قسمت إلى ثلاث مجموعات ، المجموعة الأولى تمثل أرامل شهداء وكان عددهن 25 أرملة، المجموعة الثانية زوجات أسرى بلغ عددهن 13 زوجة، والمجموعة الثالثة وبلغ عددها 14 فقدن أزواجهن بموت طبيعي أثناء الغزو. وقد طبقت الباحثة مقياس الشعور بالوحدة على الأمهات واختبار الشخصية على الأطفال لبحث الفرضيات حول الفروقات في مستوى الشعور بالوحدة النفسية (مرتفع -متوسط-منخفض) عند الأرامل زوجات الأسرى (زوجات الشهداء) والتوافق الإجتماعي مع الأطفال وقد أظهرت نتائج الدراسة بعد إستخدامها تحليل التباين أحادي الإتجاه لدرجات الشعور بالوحدة لدى الفئات الثلاثة إلى أن إرتفاع درجة الشعور بالوحدة لدى أرامل الشهداء أعلى منها عند زوجات الأسرى، أما عينة الأرامل اللواتي فقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية فكانت درجة إحساسهن بالوحدة أقل من الفئتين الأولى والثانية، كما وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود مستويين (مرتفع-منخفض) لدى الشعور بالوحدة النفسية في ظل ظروف وفاة طبيعية في (مجلة مستقبل التربية، 1997).

وفي دراسة أبو سمرة (1993) حول طقوس الحداد على أمهات الشهداء الفلسطينية خلال الانتفاضة الأولى ما بين (1987-1992)، وجد أبو سمرة أن أمهات الشهداء اللواتي أظهرن ردود أفعالهن الطبيعية على فقدان فلذات أكبادهن بالندب والعيول والبكاء لم يعانين من آثار ومشاكل جسمية ونفسية واجتماعية بعد الفقدان، أما الأمهات اللواتي منعن مشاعرهن الحزينة وكبحن جماح عواطفهن وحافظن على أعصابهن اثناء مراسم الدفن والعزاء فقد أصبن بآثار جسمية ونفسية تمثلت بالأزمة وضغط الدم والآلام في الأيدي والأرجل والكآبه والتعب وعدم التركيز، هذا وقد لا يقتصر تأثير الفقدان على إظهار مشاعر الحزن والأسى ومظاهر الحداد بفترة قصيرة وحسب وإنما قد يمتد ليصيب سلوك الفاقد والمحزون

الإجتماعي وبالتالي يقوده إلى الانسحاب من بعض جوانب الحياة خصوصا الإجتماعي منها، وفي هذا الإطار بين أبو سمرة (1993) أن كلتا المجموعتين من أمهات الشهداء قلت مشاركتهن بشكل ملحوظ في المناسبات الإجتماعية كحفلات الزواج مثلا والإكتفاء بالمشاركة في النشاطات الدينية والسياسية وليس ملابس الحداد السوداء بشكل دائم (أبو سمرة، 1993).

وأكدت نتائج دراسة قام بها القريناوي وزملائه (1998) على أسر شهداء مذبحه الخليل عام (1994) وقد وجد أن زوجات الشهداء عانين من مشاكل صحية وشكين من قلق وإضطراب أكثر من أبنائهن و بناتهن (قريناوي و زملائه، 1998).

وفي هذا الصدد تبين في دراسة على العائلات الفلسطينية التي فقدت أحد أحبائها في إنتفاضة الأقصى الحالية أن ردة فعل بعض أعضاء هذه العائلات تخطت وتعدت مرحلة الحزن الطبيعي تطور إلى حزن معقد، وقد وجد سحويل (2001) أن أفراد بعض هذه العائلات شكوا من أعراض جسدية كالتعب والإرهاق العام والإهتياج، هذا ولم يقتصر الأمر على ذلك وإنما تعداه إلى حالتهم الذهنية، بمعنى آخر أتضح أن لدى بعض الأفراد (أي الفاقدين) مشاكل ذهنية كالغضب على المجتمع، الصدمة، الشعور الشديد بالحزن، الهلوسة، إنكار موت الفقيد، والشعور بالعجز والإرتباك وإضافة إلى ذلك تبين أن بعض أفراد العائلات التكلية عانوا من مشاكل سلوكية كالإحتفاظ بموجودات الفقيد ومواصلة تقليد ومحاكاة سلوكيات الراحل. كما أشار إلى عدم قدرة أفراد هذه العائلات في التخلص من الحزن أو المرور والإنتقال بسلاسة في مراحل الطبيعية عزى ذلك إلى الطريقة القاسية والفظيعة التي قضى فيها الشهداء وبكلمات أخرى فإن الطريقة المنفرة والمرعبة التي مات فيها الشهداء بقيت صورة حية في عقول أو نفوس أهلهم تثير فيهم

الغضب أحيانا والحزن أحيانا أخرى والشعور بالعجز حيالهم في أغلب الأحيان (سحويل، 2001).

## 2.5 دراسات أجنبية سابقة:

في دراسة قام بها لندمان (1942) على أسر العائلات والتي فقدت أحد أبنائها في نادي ليلي أثر اشتعال النار فجأة فيه حيث فقد حوالي خمسمائة شخص وذلك بعد انتهاء لعبة رياضية كانوا يمارسونها، ومن خلال مقابلته لأهالي الضحايا، وجد لندمان أن مصطلح الحزن الطبيعي يعود في بعض الأحيان إلى مصطلح الحزن المعقد والمصاحب بسلوكيات ومشاعر متناقمة والتي كانت ظاهرة بوضوح عليهم بعد فقدان. ومن خلال ملاحظاته وزملائه لحوالي 101 من المرضى المحزونين إكتشف نماذج مشابهة للأعراض التي وصفت الأسي الطبيعي والحاد والتي لخصها بما يلي العدوانية، لضغوطات الجسدية، تخيل المتوفي وإعادة التخليل معه، الشعور بالذنب

تجاه المتوفي أو تجاه العلاقة أو الظروف التي حدثت فيها الوفاة، العدوانية، عدم القدرة على العمل كما كان قبل فقدان وقد أضاف سمة أخرى اكتشفها عند عدة مرضى وهي التماثل مع المتوفي (Lendman, 1942) .

كذلك أجرى Rees دراسة على 300 أرملة وأرمل من بريطانيا وقد تبين أن 39% من أفراد العينة يشعرون بوجود شريكهم المتوفي باستمرار و14% منهم كانت لديهم حالات هلوسة بوجوده أو وجودها (Kleber & Broom, 1992).

وفي دراسة أجريت من قبل كل من يوجين وبرنارد لوبين (1975) لإجراء مسحي قومي للإكتئاب على عينة عددها (3009) وقد استخدم الباحثون أداة واحدة وهي قوائم مراجعة الإكتئاب مستخدمين تقنيات التحليل الإحصائي، إختبارات،

وتحليل تباين لإظهار الفروق بين أفراد العينة ومعاملات الارتباط وأسفرت النتائج ما يلي:

- هناك ارتباط موجب بين الإكتئاب والسن والجنس، حيث كانت الإناث أكثر اكتئابا.
- هناك علاقة سلبية بين الإكتئاب ومستوى التعليم.
- يحدث الإكتئاب بين المتزوجين أكثر من غير المتزوجين.
- هناك علاقة سالبة بين الوظيفة (المهنة) والإكتئاب.
- لا توجد علاقة بين الإكتئاب ومكان الإقامة، سوى ارتباط موجب مع العيش في منازل مؤجرة (إبراهيم، 1998).

اتفقت نتائج الأبحاث التي درست الآثار المحتملة للفقدان على الفاقدين مع ليندلمان بور (1997) كليبر وبروم (1992) هوجنس (1989) و (1997) Bruse هذا يلاحظ في الأدبيات التي تناولت أثر الفقدان على وجود دلالات ومواصفات محدده لتعريف الحزن الطبيعي ومراحله بينما يلاحظ هناك غياب معايير محددة تتفق على تعريف الحزن المرضي وتحديد ماهيته وأشكاله. فتجد هناك إشارة إلى الحزن المرضي على أنه شاذ (غير عادي) أو معقد أو غير متكيف أو غير منتهي ولذلك قام الباحث ميدلتون باستشارة 77 باحث وكاتب مختص في هذا المجال بغية تحديد مفهوم الحزن المرضي وأشكاله، و بعد ذلك قام بترتيب أشكال الحزن المرضي كما يلي: المتأخر، المزمن، المتوقع، الغائب، واللامنتهي وأشار ميدلتون (1996) ان 20% من الفاقدين غالبا ما يصابون بالحزن المعقد. وفي هذا الإطار، وجد الباحثون في دراسة أجريت على 120 شخصا فقدوا أعزاءهم أن 19.2% من الأفراد أظهروا إستجابات الحزن المتأخر بينما أظهر الآخرون نماذج من الحزن والأسى التي لا علاقه لها بأعراض الحزن المزمن (ميدلتون، 1996).

هذا وقد قامت العديد من الدراسات كلبير وبروم (1992) بور(1997) ميدلتون(1996) بربط فقدان أحد الزوجين بالأمراض الجسدية والعقلية، ففي دراسة أجريت على 300 أرمل وأرملة في بريطانيا تبين أن 39% منهم شعروا بأن شريكهم وشريكتهم المتوفى موجود معهم باستمرار، في حين وجد أن 14% عانى من هلوسة كلبير وبروم(1992) وفي دراسة أخرى لبور(1997) تبين أن الحزن الشديد الناجم عن فقدان أحد الزوجين يزيد من فرصة الإصابة بالأمراض العقلية والجسمية. هذا واستندت بور في زعمها على دراسة أخرى لعالم النفس هولبي بري جرس التي وجد فيها أن الأرملة أو الأرمل ربما يعانون من اضطرابات في النوم وحسرة مؤلمة وأفكار ووساوس إنتحارية وإرتفاع ضغط الدم ومشاكل في القلب، ناهيك عن الزيادة في استهلاك الطعام وشرب الكحول والدخان (كلبير وبروم، 1992)؛ (بور، 1997).

هذا وأشارت نتائج دراسة أجريت على 150 أرمل وأرملة أن 33 منهم شخصوا بالإصابة بالحزن المؤذي (المسبب للصدمة) بعد سنتين من فقدان بور(1997) وعلاوة على ذلك، وجد في دراسة مماثلة على 120 أرمل وأرملة عانوا من الحزن المزمن (المسبب للصدمة) بعد فقدان أنهم أصيبوا بنقصان شديد وكبير في خلايا المناعة الوظيفية (بور، 1997)

وفي هذا السياق أظهرت دراسة لميدلتون وزملائه (1996) حول إستجابات أو ردود الفعل على فقدان احتمالية حدوث الحزن المتأخر حيث ترتبط الفجيرة وفقدان العزيز ببقاء الفاقد على قيد الحياة. أجرى الباحثون هذه الدراسة على 120 شخص، فقد 53 منهم أحد الزوجين إما بمرض السرطان أو القلب وفقد 52 طفلاً أحد والديهم نتيجة مرض أو حادث. وهنا أشارت نتائج الدراسة أن الوسط الحسابي للأزواج الفاقدين أعلى من الأولاد، ومن المتوقع من الناحية النظرية أن يعاني هؤلاء

الأولاد مستقبلاً من أعراض الحزن المتأخر. وفسروا ذلك بسبب ارتباط الفجعة أو وفاة الشخص العزيز بنجاة الفاقد. ففي الوقت الذي كان فيه ابن جريحا وأبوه متوفياً كان جل تركيزه على نجاته وبقائه هو. وحالما يشفى ويمر الزمن، ويسيطر على الفاقد أعراض ما بعد الصدمة على شكل ضغوط نفسية وقلق وتوتر وإحساس بالذنب تسمى الحزن المتأخر (ميدلتون وزملاؤه، 1997).

ومن جانب آخر، أشارت نتائج الدراسات والأبحاث التي درست المشاكل الجسدية والعقلية والنفسية الناجمة عن فقدان بغض النظر عن أسبابه إلى أهمية الإرشاد النفسي والجلسات العلاجية ذلك أن هذه الآثار ما هي إلا ردات فعل عاطفية (سوكسرلاند، 1994)؛ (هوجنس، 1989)؛ (سكوثندرس، 1994).

الضغوطات الناتجة من الصدمة السياسية في العادة تقيم وفق مقاييس عامة، وتظهر نتائج الدراسات أن هناك اختلاف في النتائج بين أنواع التأثيرات المختلفة على الشخص نفسه. وتشير الدراسات النظرية أن الخبرات الناتجة عن الصدمة تنبأ عن طبيعة وشدة المشاكل النفسية، على سبيل المثال فقدان مرتبط بأعراض إكتئابية تهديد بالقلق / حرمان مع عنف (مغالسة، 2003).

و في دراسة قام بها Walker & Peterson & Bryce (1998) على نساء غرب بيروت أثناء حرب لبنان 1982 ، حول أهمية نواحي الحياة المختلفة وعلاقتها مع الإكتئاب وجدوا أن الأحداث المتعلقة بالحرب المستمرة خصوصاً هدم البيوت ودمارها وتغير البيوت عدة مرات يؤثر على صحة النساء العقلية حيثما يكون هناك تداخل الظروف في حياة المرأة اليومية (مغالسة، 2003).

و قد أشارت خميس (2000) أن العائلات التي تعرضت لصدمة نفسية نتيجة فقدان أحد أقاربها عانت من أعراض ما بعد الصدمة النفسية بنسبة 2.07% أعلى من العائلات التي تعرضت لأي أنواع صدمات نفسية أخرى في قطاع غزة .

و قد أشارت أيضا إلى أن العائلات التي تعرضت لأنواع أخرى من الصدمات شخصت أيضا أنها تعاني من أعراض ما بعد الصدمة أكثر من العائلات التي سجن أحد أفرادها. وقد أوضحت خميس أن الفروقات المختلفة بين أعراض الصدمة أيضا لها علاقة مع الوضع الاجتماعي، حيث وجدت أن الأرامل 53.2% و المطلقات 54.3%. عانين بشكل متكرر من الصدمات النفسية أكثر من المتزوجين و نسبتهم 23.3% (خميس، 2000).

وقد أشار ساندرز (1982 - 1983) أن هناك إختلاف في ردود الأفعال الواضحة في حالة حدوث الموت فجأة أو نتيجة مرض طويل الأمد، وقد وجد أنه في حالة الموت المفاجيء ظهرت أعراض من الصدمة والمشاكل الجسدية الناتجة بعد مرور الوقت أكثر من أولئك الذين فقدوا فرد من العائلة بسبب مرض مزمن (مغالسة، 2003).

ووضح نورس (1992) أيضا المتغيرات، على عينة مكونة من 1000 من الراشدين في شمال أفريقيا، وجد أن 69% تعرضوا لضغوطات صادمة في حياتهم، ووجد أن الموت الفجائي هو من أكثر الصدمات شيوعا وأن الأحداث الناتجة من الدرجات هي تقريبا تؤدي إلى معدل عالي لأعراض ما بعد الصدمة. في هذه الدراسة كانت المتغيرات، العمر، الجنس، العنصرية، ذو تأثيرات مهمة في ظهور الصدمة، فعلى سبيل المثال وجد أن الرجال السود لديهم معدل عالي في الكشف عن الصدمة، بينما الشباب لديهم معدل عالي في أعراض ما بعد الصدمة (نورس، 1992).

التعويض تكون غير مجدية وفعالة حينما يكون المجتمع والثقافة ككل تعرض للصدمة (Silver&Wortman, 1989).

ففي دراسة على الناجين من الكوارث التكنولوجية والأضرار النفسية الناجمة عنها وجد هوجنس (1989) أن الناجين الذين فقدوا أحد أعزائهم أصيبوا بالشعور بالصدمة والشعور بالذنب اتجاه الفقيد والحذر الذي يمكنهم من الشعور بألم، وعلاوة على ذلك، يعانون من الشعور بالضعف والعجز والوهن، وغالبا ما يقللون من إنسانيتهم، وتبين أيضا أن أكثر ما يضايقهم ما يسمى بأثر الموت كناية عن الكوابيس المتكررة لأصوات الإنهيارات والإنفجارات أو صور الجثث المتقطعة أو المتفحمة أو الأشلاء المتناثرة، وأشار هوجنس إلى إمكانية مساعدة هؤلاء الناجين من خلال برامج وقائيه للصحة النفسية تساعد الضحية على الإحساس والسيطرة على الحداد وقيمة (Hodginson, 1989).

أما هندرسون (1994) فأستنتج من دراسته التعامل مع الفجعة أن فقدان قد يسبب مشاكل عقلية كالإكتئاب والأم جسدية كفقدان الشهية وقله النوم وعسر الهضم هذا ولفت سكوتندرس الإنتباه إلى القدرة والإمكانية الكبيرة عند الشباب الصغار للتكيف مع الآثار النفسية الناجمة عن فقدان إذا توفرت الجلسات العلاجية والإرشادية. وفي هذا السياق أكدت نتائج دراسة قام بها سوكر لاند (1994) على أهمية عملية الإرشاد مع الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الثقافية المجتمعية للفاقد وقد وجدت الدراسة أن فقدان الأحبة غالبا ما يرافقه عسر الهضم فقدان وزن، زيادة تدخين أو شرب الكحول، أو مشاكل جسدية مثل قلة النوم والأم في الرأس، إضافة إلى بعض المشاعر المؤلمة مثل الشعور بالذنب تجاه المتوفي (هندرسون، 1994).

أما بالنسبة للعوامل التي تلعب دورا في الحد من ديمومة أو استمرارية شدة الحزن الناتج عن فقدان الأجزاء فبين كميزر ( 1989 ) في دراسة أجراها على مجموعة من القوقازيين الذين تتراوح أعمارهم من 35-60 سنة والذين فقدوا أحد والديهم أن هذه العوامل تتلخص فيما يلي:

- الفترة الزمنية التي حصلت فيها الوفاة قريبة أو بعيدة.
- طبيعة الموت أي إذا كان موتاً مفاجئاً أو غيره.
- عمر المتوفى عند الوفاة.
- نوعية العلاقة بين المتوفى والفاقد.
- مدى الاعتماد العاطفي على الفقد أي نوع علاقته العاطفية معه.

هذا وأشار أندرو إلى أثر دور استقلالية الفاقد واعتماده على ذاته في استمرارية الحزن وشدته فوجد أن الأبناء الذين لم يتمتعوا باستقلالية عن أحد والديهم واجهوا صعوبات جمة في التغلب على الحزن من حيث تقليل فترة الحزن والتخفيف من شدتها ( Kmeyers , 1989 ).

وفي دراسة مماثلة عن أثر فقدان على الأطفال، وجد أن الأطفال يتصرفون بشكل مختلف عن الكبار عند موت أحد أفراد العائلة، إذ يرى الأطفال خصوصا في سن ما قبل المدرسة أن الموت الذي أنهى حياة أحدهم أو أخيهم مؤقت، معززين معتقداتهم من الأفلام الكرتونية التي يشاهدونها حين يرجع البطل مره أخرى بعد الموت، ويرى الأطباء النفسيون أن شعور الأطفال بالأسى والحزن في الأسابيع الأولى للفقدان ردة فعل طبيعيه، أما إذا أصروا على إنكار الموت فيعد هذا أمر غير صحي قد يؤدي بهم مستقبلا إلى مشاكل نفسية معقدة هذا وعندما يتقبل الطفل فكرة الموت، يصبح لديه الرغبة في إخفاء مشاعره لفترة طويلة، وهنا تبرز مسؤولية الوالدين في التخفيف من الخوف عند طفلهم من خلال إبقاء المصباح مضيئا وقضاء

وقت أطول معه.ولكن يجب الإشارة إلى أن مشاعر الطفل من خوف وحزن وغضب التي قد تظهر أحيانا على شكل كوابيس أو أحلام مزعجه أو حتى نوبات غضب تجاه أعضاء أسرته الأحياء ما هي إلا ردات فعل طبيعيه على الفقدان.

وتبين إلى أن أثر الفقدان على الطفل في حالة كان الفقيد أحد الوالدين أشد وأكثر إيلاما للطفل، فقد وجدت الدراسات أن الأطفال الذين فقدوا أحد والديهم يقومون بأدوار أصغر من أدوارهم، بمعنى آخر يصبح الطفل طفوليا أكثر ويسعى إلى جذب الإهتمام من خلال تحدّثه وتصرفه مثل الأطفال الأصغر منه سنا. و من جانب آخر تتمثل الآثار الأكثر سلبية للفقدان في شعور الطفل الفاقد لأحد أبويه بالذنب لما حدث ذلك لأنه تمنى الموت له مرة. ويؤكد أن هذه إشارة خطيرة تستدعي المراقبة والتدخل المهني للطبيب النفسي لمساعدته على تقبل الموت من خلال عمليه الحداد ذلك لأنه ربما:

- يعاني من إكتئاب لوقت طويل يفقده حيويته ونشاطه اليومي، يحد من قدرته على النوم ويفقده الشهية ويعزز خوفه من الوحدة، يتصرف بطفو ليه أكثر لقترة طويلة من الزمن، يفقد المتوفى، ينعزل اجتماعيا يتأخر دراسيا ويرفض الذهاب للمدرسة (American Academy ,1995).

#### ملخص الدراسات السابقة:

- إن الضغوط السياسية تنتج ضغوطا نفسية كما أشارت إليها دراسة ( خميس، 1989 ).
- إن الضغوط النفسية تؤثر سلبيا على صحة الأفراد النفسية والجسمية وأنماط سلوكهم، كما أظهرت دراسة (لندمان، 1942)؛ ( خميس، 1989).

- العائلات التي فقدت أحد أفرادها تعرضت لضغوط نفسية أكثر من العائلات التي تعرضت لضغوط سياسية أخرى مثل الأبعاد واتضحت هذه النتيجة من خلال دراسة (أبو سمره، 1993)؛ (خميس، 1989).
- العائلات التي فقدت أحد أفرادها نتيجة الاستشهاد واجهت صعوبة أكثر في التكيف مع الضغوط النفسية.
- وجدت الدراسات السابقة أن النساء عانين من ضغوط نفسية وتدهور مستمر في الصحة أكثر من الرجال كما أشار إليها (إبراهيم، 1997)؛ (خميس، 1989).
- الوفاة المفاجئة تحدث أسى أكثر من الوفاة الطبيعية للعائلات التي فقدت أحد أفرادها خصوصا "أحد الأزواج" عانت من مشاكل جسدية مثل التعب والإرهاق العام والاهتياج ومن مشاكل إنفعالية كالغضب على المجتمع ومشاكل ذهانية هلوسة سمعية وبصرية، صدمة، إكتئاب، شعور بالذنب تجاه الفقيد وأيضا مشاكل سلوكية كالاحتفاظ بأغراض الفقيد وحركاته (بروم، 1992)؛ (ليون، 1997)؛ (هوجنس، 1989).
- الطريقة المرعبة التي مات فيها الشهداء، بقيت صورة حية في عقول أو نفوس أهاليهم، فينتشر فيهم الغضب أحيانا أو الحزن أحيانا أخرى والشعور بالعجز حيالهم (سوكسرلاند، 1994)؛ (هوجنس، 1989).
- عملية الدعم النفسي وتفريغ المشاعر السلبية والجلسات العلاجية لها تأثير إيجابي على نفسية العائلات التكلية (هوجنس، 1989)؛ (سوكسرلاند، 1994).
- تختلف إستجابة الأطفال في حالة فقدان أحد أفراد العائلة عن ردات فعل الكبار (كيمرز، 1989).

• تشير إحصاءات وزارة الصحة الفلسطينية أن نسبة الأمراض النفسية في فلسطين ليست أعلى من مثيلاتها في دول أخرى للنسب العالمية (2004 , Ministry of health).

• ملخص في هذا الفصل لقد تم عرض الإطار النظري ومختلف النظريات التي تناولت فقدان و كذلك التي تناولت الإكتئاب الناتج عن فقدان بالإضافة إلى ذلك تشير معظم نتائج الدراسات الأنفة الذكر إلى أن الآثار النفسية للضغط تتناسب طرديا مع حجم الحدث، وكذلك يتناسب طرديا مع حجم المفاجئة في الحدث والطريقة التي تم فيها، ومدى تشوه جسد الضحية حيث أشارت الدراسات أعلى درجات الضغط أو أكثر الأحداث حدة وصعوبة هي التي نتجت عن موت مفاجيء و موت غير طبيعي تسبب في تشوه الضحية.

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

3.1 منهج الدراسة

3.2 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

3.4 المعالجة الإحصائية

3.5 وصف عينة الدراسة

3.6 متغيرات الدراسة

3.7 المقاييس المستخدمة

3.7.1 مقياس قائمة الأعراض التسعين

3.7.2 مقياس بك المختصر

3.8 إجراءات الدراسة

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

ستتطرق الباحثة إلى الإجراءات التي إتبعتها للوصول إلى تحقيق الهدف الذي تصبوا إليه.

#### 3.1 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في دراستها منهج المسح من خلال عينة عشوائية بسيطة مكونة من أسر الشهداء، حيث تم جمع المعلومات بواسطة إستبانة خاصة بالأعراض النفسية التي قام بإعدادها العالم ديروجيتس (1983) والمعروفة باسم SCL90-R والمترجمة للعربية من قبل خميس (1998) معدة من قبل لهذا الغرض لدى هذه الفئات بشكل عام، وكذلك تم استخدام إستبانة لفحص الإكتئاب والتي اعددها العالم بك (1961) والتي ترجمت للعربية واستخدمت بشكلها المختصر من قبل مركز غزة للصحة النفسية (1998). تم إدخال البيانات إلى الكمبيوتر عبر برنامج SPSS (Statistical Package for Social Sciences)، واستخدمت عدة تقنيات للتحليل.

#### 3.2 مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة هو أسر الشهداء التي أسنشهد أحد أفرادها على أرض الوطن خلال إنتفاضة الأقصى الحالية (أيلول 2000) في الفترة الواقعة ما بين (2000/9/28) و حتى (2001/10/31) حيث بلغ عدد الشهداء 73 شهيد في محافظات رام الله والبيرة والقدس تم الحصول على أسماء الشهداء من وزارة الشؤون الإجتماعية، علما أن عدد الشهداء في الضفة 1600 شهيد، وفي محافظتي رام الله والبيرة والقدس 186 شهيد حتى نهاية تشرين الأول (2003).

#### 3.3 عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 فردا من أسر الشهداء حسب درجة القرابة (أب، أم، أخ، أخت، زوج، زوجة) ومتغيرات ديمغرافية اخرى تم اختيارهم بواسطة عينة عشوائية

بسيطة وذلك بنسبة 70% من مجتمع الدراسة بواقع 51 أسرة شهيد حيث أعطى كل شهيد رقما متسلسلا وحسب تاريخ الاستشهاد من (رقم 1-73) بحيث يسمح لكل وحدة من وحدات المجتمع بالظهور مرة واحدة فقط بالقرعة، وقد تم تطبيق مقياس بك المختصر للاكتئاب بعد ست شهور من تطبيق المقياس الأول (SCL 90) على نفس العينة ورفض 18 فرد من أفرادها تعبئة الاستمارة.

### 3.4 المعالجة الإحصائية:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الآتية:

المتوسطات الحسابية للأعراض النفسية والمتغيرات الديمغرافية، التحليل التباين الأحادي للأعراض النفسية مع المتغيرات الديمغرافية لمعرفة العلاقات والفروقات بين المتغيرات. النسبة المئوية: من أجل عمل مقارنات بين المتغيرات. التكرارات: لوصف مجتمع العينة ومجتمع الدراسة. كاي تربيع: لإظهار العلاقات بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات المعتمدة. شفیه: لتوضيح الفروقات في الأعراض بين أفراد الفئات. Crosstab: لمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي من الإضطرابات النفسية الأنفة الذكر. إذ تم معالجة البيانات في التحليل بواسطة برنامج التحليل الإحصائي SPSS.

### 3.5 وصف عينة الدراسة:

تم استخدام تقنية التحليل الإحصائي لاختبار تحليل التباين الأحادي بين المتغيرات المستقلة والتابعة وفيما يلي: الجداول التي توضح توزيع العينة حسب المتغيرات الدراسية المستقلة (العمر، الجنس، درجة القرابة، الحالة الإجتماعية، مستوى التعليم، المهنة، مكان السكن، تطبيق التعاليم الدينية). وتم أيضا استخدام تقنية التحليل الإحصائي كاي تربيع بين المتغيرات المستقلة المذكورة سابقا والمتغير التابع للاكتئاب، وسبب اختيار هذه التقنيات لأن المتغير التابع أكثر من فئة، وقد استخدمت الباحثة الدرجة التائية (70. فما فوق المتوسط بانحرافين معيارين) كحدا فاصلا بين فئة الأسوياء (ليس بحاجة إلى تدخل علاجي) واللاسوياء (بحاجة إلى تدخل علاجي) حيث يذهب لويس كامل مليكة (1997) إلى أن الدرجة التائية (70 فما فوق) تعتبر غالبا حدا فاصلا الأسوياء

واللأسوياء. واستخدم اختبار شففيه لبيان مصدر العلاقة في الفروقات بين المتغيرات المستقلة والتابعة.

### جدول رقم (2)

#### توزيع العينة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة
أقل من 19	51	22.6
20 - 29	57	25.2
30 - 39	38	16.8
40 - 49	44	19.5
50 - 59	15	6.6
60 فما فوق	21	9.3
المجموع	*226	%100

### جدول رقم (3)

#### توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية %
ذكور	102	44.3
إناث	128	55.7
المجموع	230	%100

### جدول رقم (4)

#### توزيع العينة حسب مستوى التعليم

مستوى التعليم	العدد	النسبة
أمي/ابتدائي	26	11.5
إعدادي	57	25.2
ثانوي	76	33.6
جامعي	67	29.6
المجموع	*226	%100

### جدول رقم (5)

#### توزيع العينة حسب مكان السكن

مكان السكن	العدد	النسبة
مدينة	93	41
قرية	89	39.2
مخيم	45	19.8
المجموع	**227	%100

\* 4 من أفراد العينة لم يجيبوا على الاستمارة

\*\*3 من أفراد العينة لم يجيبوا على الاستمارة

جدول رقم (6)  
توزيع العينة حسب المهنة

المهنة	العدد	النسبة
طالب	47	20.4
موظف	24	10.4
عامل	25	10.9
أعمال حرة	15	6.5
متقاعد/بلا	42	18.3
ربات بيوت	77	33.5
المجموع	230	%100

جدول رقم (7)  
توزيع العينة حسب درجة القرابة

درجة القرابة	العدد	النسبة
الأب	51	22.6
الأم	49	21.3
الأخوة	65	28.3
الأخوات	60	26.1
الزوجات	18	2.8
المجموع	230	%100

جدول رقم (8)  
توزيع العينة حسب ممارسة التعاليم الدينية

ممارسة التعاليم الدينية	العدد	النسبة المئوية
منتظم	124	63.4
غير منتظما	49	21.9
قليل منها	33	14.7
المجموع	*224	%100

جدول رقم (9)  
توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
أعزب/خاطب	86	37.4
متزوج	113	49.1
أرمل/مطلق/منفصل	31	13.5
المجموع	230	%100

\* 6 من أفراد العينة لم يجيبوا على الاستمارة

### 3.6 متغيرات الدراسة:

اشتملت الدراسة على نوعين من المتغيرات:

- 1- المتغيرات التابعة للآثار النفسية وتشمل الأعراض الجسدية و الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق والعداوة والخوف والبارانويا و الذهان وعبارات إضافية.
- 2- المتغيرات المستقلة ولها عدة مستويات:
  - فالعمر له 6 مستويات لعينات عمرية بمدى 10 سنوات ويتدرج من ( أقل من 19 )
  - حتى ( 60 فما فوق ) كما هو موضح في جدول رقم(2).
  - الجنس وله مستويان: ذكر، أنثى كما هو موضح في جدول (3).
  - مستوى التعليم وله 4 مستويات (أمي + ابتدائي) ،(اعدادي)،(ثانوي)،(جامعي) كما هو موضح في جدول رقم (4).
  - مكان السكن وله أيضا 3 مستويات(مدينة- قرية- مخيم)كما هو موضح في جدول(5).
  - المهنة ولها أيضا 8 مستويات إلا أنها اختصرت في التحليل إلى 6 مستويات وهي كما يلي: (طالب)، ( موظف)، (عامل)، ( مزارع + أعمال حرة)، ( متقاعد +بلا)، (ربة بيت) كما هو موضح في جدول رقم(6).
  - درجة القرابة وله 6 مستويات ( أب، أم، أخ، أخت، زوج، زوجة) كما هو موضح في جدول (7).
  - الديانة وله مستويان (مسلم- مسيحي) إلا أنه ظهر من العينة أن جميع أفرادها مسلمون لذلك استثنى المستوى الثاني من التحليل.
  - ممارسة التعاليم الدينية ولها ثلاثة مستويات ( بصورة منتظمة)،(بصورة غير منتظمة) (ممارسة قليل من التعاليم، عدم تطبيقها) كما هو موضح في جدول رقم(8).
  - الحالة الإجتماعية ولها 6 مستويات وقد لخصت إلى 3 مستويات بحيث أصبحت كالتالي: (أعزب+خاطب)،(متزوج)،(أرمل+مطلق+منفصل) كما هو موضح في جدول رقم(9).

### 3.7 المقاييس المستخدمة:

#### 3.7.1 مقياس مراجعة الأعراض التسعين

استخدمت الباحثة مقياس ديروجيتس (SCL-90-R) والتي استخدمته فيفيان خميس في دراستها حول موضوع التكيف تحت الظروف الضاغطة بعد التعديل التي أجرتة عليه ليوافق البيئة الفلسطينية، وقد تم تحقيق المصادقية والثبات لهذا المقياس من قبلها بنسب عالية على معامل كرونباخ 97 % وبلغت نسبة المصادقية لمعامل 87% وللاكتتاب 85%، لقد أعد أعد مقياس (SCL-90-R) من قبل عدد من العلماء أمثال:ليوناردو، ديروجيتس، رونالدليمان، لينوكوفي، ويحتوي هذا المقياس على 90 عبارة تعكس 9 أبعاد للأعراض الأولية وكل بعد يتعلق بنموذج أسئلة معينة والتي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض التي تلاحظ لدى فئة المرضى وكل سؤال له خمسة درجات من (0-4) حيث تتدرج من ( لا يوجد معاناة ويشار إليه بكلمة مطلقا) وحتى معاناة مستمرة ويشار إليه بكلمة دائما) (انظر ملحق رقم 2).

أما الأبعاد التسعة فهي:

الأعراض الجسدية وتحتوي على(12 سؤال) وتشمل أرقام العبارات(42-52-58-56-12-49-27-48-4-53-1-40)، الوسواس القهري ويحتوي على( 10 أسئلة) وتشمل أرقام العبارات (45-38-51-9-46-55-10-28-65-3) الحساسية التفاعلية ويتكون من(9اسئلة) ويشمل أرقام العبارات( 6-21-34-36-37-41-61-69-73) الإكتتاب ويشمل(13 سؤال) ويشمل أرقام العبارات( 5-14-15-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79)القلق(10 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات( 2-17-23-33-39-57-73-78-80-86) العدوان(أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (11-24-63-67-74-81)الخوف(أسئلة) ويشمل أرقام العبارات( 13-25-47-70-75-82-50)البارانويا(6أسئلة) ويشمل أرقام العبارات(8-18-43-68-76-83)الذهان(13 سؤال) ويشمل أرقام العبارات(7-16-35-62-77-84-85-87-88-90) والبعد الإضافي يحتوي (4 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات( 19-60-44-64-66-59-89).

وقد صممت هذه القائمة كمقياس عام يستخدم في مجال البحث العلمي و الإكلينيكي وتعتبر أداة وثيقة لتشخيص الأعراض النفسية والعقلية التي يشكو منها المرضى المترددون على العيادات ولا يتطلب تطبيقه وتصحيحه الوقت الكبير والذي لا يتعدى 25 دقيقة كما أن سهولة تطبيقها في مجال البحث العلمي يسمح بالانتفاع بفاعلية كبيرة في دراسات العلاج المقارن (البحيري، 1984).

أما في البيئة الفلسطينية، فقد طبق هذا المقياس من قبل عدة باحثين منهم فيفيان خميس في دراستها عام 1998 التكيف مع الضغوطات السياسية والإجتماعية وأيضاً قريناوي وزملاؤه (1994) و صنصور (1995).

### وصف المقياس:

فإنه يستخدم في مجالات العلاج بالأدوية حيث يتم التشخيص بناء على المقاييس ويوصف العلاج للمريض بالرغم من أنه صمم على أساس استخدامه مع المرضى الخارجين، إلا أنه وبعد استخدامه فترة من الزمن يعاد استخدامه مرة أخرى، وطبقاً لنتيجة المقياس يعزز الدواء أو يحظر استخدامه، وبهذه الطريقة يمكن تحديد الفاعلية النسبية لهذا الدواء كعلاج كما ويمكن استخدامه مع الأسوياء بعد استخدامه مع عينة من المرضى من أجل عمل مقارنات وذلك لتوضيح شدة الأعراض والفروق الدقيقة بين المجموعتين، كما ويمكن تطبيقه من المرضى المدخلين في المستشفيات.

### ثبات المقياس.

الثبات الداخلي كما أشار إليه البحيري (1984) "لعبارات المقاييس الفرعية للقائمة تمد الباحث الإكلينيكي بأسس ثابتة لتقويم الفروق العلاجية عند إعادة الاختبار". لقد تم تقييم مقياس قائمة الأعراض بين المعايير ذات العلاقة بناء الثبات المقارنة عملت بين قائمة الأعراض والمقاييس الأخرى مثل مقياس الشخصية، أظهرت النتائج درجة عالية من الثبات التقريبي لقائمة الأعراض التسعين، مقياس الثبات لقائمة الأعراض يعمل لتقييم العوامل المختلفة للموضوعات لكل

من الأعراض قائمة الأعراض حيث أظهرت مستوى عالياً للأبعاد التسعة من خلال مواصفات الجنس، الطبقة الإجتماعية، التشخيص الطبي.

### 3.7.2 مقياس Beck للإكتئاب

وقد استخدمت الباحثة مقياس "Beck" المختصر للإكتئاب في جمع البيانات أيضا على نفس العينة، هذا وتم إعداده من قبل الطبيب النفسي بك الذي سمي المقياس بإسمه (1961) وقد ترجم للعربية من قبل غريب (1981) واستخدم في دراسة تم نشرها (1984) من قبله وقد تم نشره للاستخدام العام في البيئة المصرية والعربية عام (1985) سواء أكانت بحثية أو إكلينيكية بالرغم من عدم توفر البيانات الكافية لاستخدامه في البيئة العربية، وقد قام شقير (2003) بتقنين المقياس المختصر على عينة من طلبة جامعة القدس، وقد أشار غريب أن هناك بعض الفروق بين المقياس الحالي والترجمات لا بد من الإشارة إليها وهي:

(1) إن المقياس الحالي خضع لعدة خطوات للتأكد من صدق ترجمته وأنه ينقل بالضبط ما قصد له.

(2) إن المقياس الحالي يعتبر أحدث تطويرا للمقياس الأصلي الذي نشر عام (1961).

#### وصف المقياس بشكل عام :

يتكون مقياس بك من 21 مجموعة كل مجموعة تتكون من 4 بدائل ثم ترتيبها بحيث تعكس شدة الإكتئاب والتي توصل إليها من خلال الملاحظات الإكلينيكية للأعراض والتي كانت تتكرر عند المكتئبين أكثر منها عند غير المكتئبين (غريب، 1985). أما المقياس الحالي: فهو المختصر للمقياس الكامل ويتكون من 13 مجموعة من العبارات وقد أشارت الدراسة إلى أن الصورة المختصرة ترتبط بالصورة الكلية للمقياس بدرجة مرتفعة كما أشار غريب (1985) أن مقدار معامل الارتباط (الأصلي + الحالي) مقداره 0.96 بعد أن أجرى دراسة على عينة مختلطة من المرضى النفسيين وغير المرضى قوامها 598 فرداً وكذلك في دراسة على عينة من المرضى وغير المرضى النفسيين قوامها 93 فرداً و138 مريضاً نفسياً وجد معامل الارتباط فيما بينهم بنسبة ما بين 89% - 97% وأيضاً باستخدام عينة من المدمنين ووجد معامل الارتباط بين

صورتى المقياس 93%. وقد أجريت عدة دراسات لبحث العلاقة بين المقياس الكلى للاكتئاب والمختصر من دراستين منفصلتين على 500 من الإناث و500 من الذكور موظفون في الهيئة القومية للاتصالات اللاسلكية والسلكية المصرية، متوسط عمر الإناث 31.8 وانحراف معياري 8.71 ومتوسط عمر الذكور 38.74 عام وانحراف معياري 8.71 ، ووصل معامل الارتباط بين الدرجة الكلية عن المقياس الكامل والمنحصرة في الدراستين 96%.

#### بنود المقياس الحالي:

(1 الحزن. 2) التشاؤم. 3) الإحساس بخيبة الأمل والفشل. 4) السخط وعدم الرضا. 5) الشعور بالذنب. 6) كراهية الذات. 7) إيذاء النفس. 8) عدم الحسم. 9) الانسحاب من المجتمعات. 10) تغيير صورة الذات. 11) صعوبة أداء الأعمال. 12) الوهن والإجهاد. 13) ضعف الشهية.

وكما أثبتت غريب أن المقياس المختصر يناسب البيئة العربية أكثر من المقياس الكلى والذي تم نشره للفوائد التالية:

(1) الاقتصاد في الوقت لأنه يعطي الباحث نفس النتائج التي تعطيها الصورة الكاملة خاصة عند الفئات المكتتبة والتي يتم استخدام المقياس الإكلينيكي معهم كونهم يتصفون ببطء الإستجابة وفقد الهمة والملل.

(2) بعض البنود التي لا تلائم البيئة العربية بسبب التقاليد والعادات والخجل الذي تتصف به البيئة العربية مثل البنود التي تناولت الاهتمامات الجنسية لأن الحديث عن هذا الجانب لا يزال محرماً، كما أن البنود الخاصة لفقدان الوزن، لأنه من غير الشائع وجود ميزان في المنازل العربية لمتابعة الوزن كما أن هذه الفئة الوحيدة التي لم تظهر ارتباطاً عالياً في معامل الارتباط في المقياسين.

أما بالنسبة للبيئة الفلسطينية فقد تم تطبيق هذا المقياس في برنامج غزة للصحة النفسية ولكن على مرضى السرطان وقد أثبت الصدق العاملي للمقياس بنسبة 55% وهي نسبة تطمئن الباحثة.

## ثبات مقياس الإكتئاب في البيئة العربية:

استخدمت طريقتين من قبل وبعد المقياس وهما طريقة القسمة النصفية وطريقة إعادة الاختبار. باستخدام طريقة القسمة النصفية تم تجزئة المقياس إلى جزئين الأول يتضمن الفئات الفردية والثاني الفئات الزوجية وذلك لعدد 50 فردا من العاملين بالهيئة القومية للاتصالات الدولية المصرية، ووصل معامل الارتباط بين الجزئين الى 0.77 وباستخدام معادلة سبيرمان - براوان، وصل معامل الارتباط الى 0.87 وهو معامل دال عند مستوى ( $0.001 <$ ) ، وباستخدام طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخصا من البالغين، تم تطبيق المقياس عليهم مرتين بفاصل زمني مقداره شهر ونصف ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة الى 0.77 وهو معامل دال عند مستوى ( $0.001$ )، وقد استخدمت طريقة إعادة الاختبار في مجتمع الإمارات وذلك لدراسة ثبات المقياس في أربع دراسات:

- الدراسة الأولى: تم تطبيق المقياس مرتين على 37 طالبة جامعية بفاصل زمني مقداره تسعة أيام. ووصل معامل الثبات في هذه الدراسة ( $0.88$ ).
- الدراسة الثانية: تم تطبيق المقياس مرتين على 29 طالبة ثانوية بفاصل زمني 15 يوم ووصل معامل الثبات ( $0.90$ ).
- الدراسة الثالثة: تم تطبيق المقياس مرتين على 42 طالب من الصف الأول الثانوي بفاصل زمني مقداره 12 يوم ووصل معامل الثبات في هذه الدراسة إلى ( $0.71$ ).
- وفي الدراسة الرابعة تم تطبيق المقياس مرتين على 20 طالب من الصف الثاني ثانوي بفاصل زمني مقداره 12 يوم ووصل معامل الثبات في هذه الدراسة ( $0.68$ )، هذا فإن الدراسات توضح أن مقياس الإكتئاب المختصر يتمتع بدرجة عالية من الثبات (غريب، 1999).

### تطبيق مقياس Beck المختصر وتصحيحه:

صمم المقياس للاستخدام بواسطة أخصائيين ومدرسين، إلا أنه يمكن تطبيقه ذاتيا ويتطلب مستوى القراءة المطلوب للفهم والاستجابة على المقياس هو الصف الخامس حسب ما ورد في الدراسات السابقة (1982) إلا أن معد المقياس يفضل استخدامه مع الأفراد في سن الخامسة عشر أي من الصف الثالث الإعدادي كما يمكن إجراء المقياس بشكل فردي أو على مجموعة / وتحتوي أداة المقياس على تعليمات واضحة لكيفية الإجابة إذا طبق على فرد، يكفي قراءة التعليمات

الواردة ثم البدء في الإجابة، أما في حالة المرضى فيفضل أن يتعاون الفاحص والمفحوص في قراءة عبارات المقياس، أما في حالة تطبيقه على مجموعة يمكن توزيع الكراسات وعلى المفحوص كتابة اسمه وعمره ومستواه التعليمي وتاريخ الإجابة على الكراسة ويطلب من المفحوصين قراءة التعليمات وفي نفس الوقت يقوم الفاحص بقراءة التعليمات بصوت عال، وبعد القراءة يسأل إذا كانت هناك بعض الاستفسارات، ويحتاج للتطبيق من 5 إلى 7 دقائق إلا أن بعض المفحوصين يحتاجون إلى وقت أطول لكن ليس هناك زمن محدد للإجابة.

أما بالنسبة للتصحيح فكما ذكر سابقا أن المقياس يتكون من 13 مجموعة كل منها يتكون من أربع عبارات متدرجة من (0 إلى 3) ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول العبارة التي توصف حالته خلال الأسبوع الماضي ويقوم الفاحص بجمع العلامات المتدرجة لأن كل خيار يساوي قيمته، فإذا كانت الدائرة حول العبارة (0) تحسب درجة صفر أو إذا كانت حول العبارة (1) تحسب الدرجة 1 وهكذا، بحيث تتراوح الدرجات ما بين صفر (لا يوجد إكتئاب) إلى الدرجة 3 وهي الحد الأقصى الذي يمكن أن يصل إليه باستخدام المقياس (غريب، 1999).

### 3.8 إجراءات الدراسة:

تم التأكد من نسبة ثبات وصدق مقياس SCL-90-R وبك للاكتئاب وذلك من خلال نتائج الدراسات السابقة التي أجريت على المجتمع الفلسطيني من قبل كل من خميس (1998)، قريناوي وزملائه (1994)، صنصور (1995)، شقير (2003) وبرنامج غزة للصحة النفسية، وقد تم جمع المعلومات باستخدام مقياس SCL-90-R في البداية وبعد ستة أشهر تم جمع المعلومات باستخدام مقياس بك المخصر مما يمكن أن يؤثر على نتائج دراسة الباحثة، وقد تم اجراء مقابلة فردية مع كل فرد من أفراد العينة على حده وذلك بعد الاتصال هاتفيا مع كل أسرة شهيد للحصول على الموافقة عند جمع المعلومات ، تم البدء في تعبئة استمارة SCL-90-R أولا من تاريخ 11-12-2002 واستمر مدة 4 شهور .كانت تقوم الفئة المتعلمة بتعبئة الاستمارة بعد أن تم شرحها وتوضيحها لهذه الفئة كما كانت تقوم الباحثة بتعبئة الاستمارة للأفراد غير المتعلمين حسب استجاباتهم، وهذا كان يتطلب جهدا ووقتا كثيرا حيث كانت الباحثة تزور الاسرة عدة مرات وذلك لاستكمال عملية جمع المعلومات من جميع أفراد الاسرة لأنهم لم يكونوا مجتمعين في نفس الفترة.

## الفصل الرابع

### تحليل النتائج

## الفصل الرابع

سنتناول في هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من التحليل الإحصائي للبيانات التي تم الحصول عليها من استجابات أفراد العينة على أدوات القياس، قائمة ديروجيتس ذات التسعين عبارة ومقياس بك المختصر للإكتئاب، وقد قامت الباحثة بإستعراض النتائج وفقاً لانسجامها وارتباطها مع سؤال وفرضيات الدراسة التي تم تناولها في الفصل الأول.

### الفرضية الأولى: (الأعراض النفسية والعمر)

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الإكتئاب والقلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية) تعزى إلى العمر. كما هو مبين في الجدول رقم (10)

### جدول رقم (10)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين الأحادي للأعراض النفسية والعمر

Sigma	F	+ 60	59-50	49-40	39-30	29-20	19-	العمر
								الأعراض النفسية
<0.001	6.59	1.63	1.80	1.69	1.40	1.09	0.99	الأعراض الجسدية
0.014	2.91	1.52	1.78	1.59	1.67	1.27	1.32	الوسواس القهري
0.439	0.97	1.19	1.38	1.58	1.49	1.34	1.49	الحساسية المفرطة
0.241	0.36	1.68	1.57	1.73	1.86	1.50	1.51	الإكتئاب
0.004	3.52	0.90	1.51	1.45	1.41	1.03	1.26	القلق
0.024	2.63	0.95	1.34	1.36	1.62	1.19	1.53	العدوان
0.131	1.72	0.70	1.86	1.23	1.01	0.91	1.06	الخوف القلبي
0.986	0.13	1.44	1.58	1.48	1.45	1.40	1.49	البارانويا
0.451	0.99	0.82	1.16	1.01	1.11	0.89	1.07	الذهان
0.011	3.04	1.75	2.26	1.94	2.02	1.66	1.71	البعد الإضافي

الجدول رقم (11)  
الأعراض الجسدية والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أقل من 19	1	0.4%	51	22.1%	50	22.6%
20-29	0	0.0%	57	25.2%	57	25.2%
30-39	1	0.4%	38	16.4%	37	16.8%
40-49	4	1.8%	44	17.7%	40	19.5%
50-59	1	0.4%	15	6.2%	14	6.6%
فما فوق 60	3	1.3%	21	8.0%	18	9.3%
المجموع	10	4.4%	226	95.6%	216	100.0%

$$X^2(10.932.p=053)$$

الأعراض الجسدية والعمر

لفحص أثر العمر على الأعراض الجسدية استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وتبين من خلال النتائج وجود فروق بين الأعراض الجسدية وفئات العمر، وبناءً على ذلك ترفض فرضية الباحثة التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين عند مستوى الدلالة، حيث بلغت قيمة الدلالة المحسوبة ( $<0.001$ ) (جدول 10) وهي أقل من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وتبين من خلال استخدام (اختبار شفيه) (الملحق رقم 1) أن مصدر العلاقة تعزى إلى الفروقات بين الفئات (49-40)، (29-20) (أقل من 19) (59-50).

ولمعرفة أي الفئات العمرية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي (crosstab) واختبار كاي تربيع والجدول رقم (11) يبين أن 4.4% من أفراد العينة نفسها بحاجة للتدخل الإكلينيكي للعلاج من نفس الأعراض والتي يكثر إنتشارها في فئة الأعمار (49-40) بنسبة 1.8% ويليهما الفئة العمرية (فوق الستين) وتختفي هذه الأعراض بين الفئة العمرية بين (29-20). ومن وجهة نظر الباحثة أن فئة (29-20) هي فئة بداية الشباب حيث يكون هؤلاء منهمكين في أعمالهم وبناء مستقبلهم وتعتبر هذه المرحلة مرحلة العمل والجد وهذا بعد ذاته يشغلهم عن أي شيء يواجه تفكيرهم، ومن الجدير بالذكر أن هذه الفئة نقل فيها المسؤولية، فهم الفئة العازبة في معظمهم وليس لديهم أطفال يخافون عليهم من القتل أو السجن.

جدول رقم (12)  
الوسواس القهري والعمر

نسبة %	المجموع عدد	بحاجة للعلاج		لا يحتاج لعلاج		فئات الأعمار
		نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	
22.6%	51	0.9%	2	21.7%	49	أقل من 19
25.2%	57	0.0%	0	25.2%	57	20-29
16.8%	38	0.4%	1	16.4%	37	30-39
19.5%	44	1.3%	3	18.1%	41	40-49
6.6%	15	0.9%	2	5.8%	13	50-59
9.3%	21	0.0%	0	9.3%	21	فما فوق 60
100.0%	226	3.5%	8	96.5%	218	المجموع

$$X^2(8.574), p=0.127$$

### الوسواس القهري والعمر:

لفحص أثر العمر على الوسواس القهري استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الوسواس القهري ومتغير العمر، وبهذا ترفض الفرضية التي وضعتها الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث بلغ مستوى الدلالة المحسوبة (0.014) أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات البسيطة بين فئات الأعمار (20-29) (30-39) حسب إختبار شففيه (الملحق رقم 1).

وقد تبين أيضا من خلال استخدام Crosstab وكاي تربيع أن 3.5% من أفراد العينة بحاجة للتدخل الإكلينيكي، ويلاحظ أن فئة العمر (40-49) هي أكثر الفئات معاناة من هذا المرض ونسبته 1.3% ويختفي هذا العرض في الفئات (20-29) و(60-فما فوق) وأما الفئات (50-59) (أقل من 19) ينتشر بينهم بنسب متساوية وقيمتها 0.9%.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة عن نتائج الدراسة التي قام بها كارنوا وآخرون (1988) على عينة مكونة من 18572 وصلت أعمارهم إلى 18 عاما فأكثر، حيث وجد كارنوا أن الوسواس القهري ينتشر بين صغار السن أكثر من الفئات الأخرى (توفيق، 2002) إلا أن الوسواس القهري

يظهر في مرحلة النضج أما في الحالات المرضية فان 90 % يبدأ بعد سن 25. 15% يظهر بعد سن 35 (جونثن وزملاؤه، 1984).

ومن ملاحظات عكاشة (1998) من خلال علاجه لبعض مرضاه الذين يترددون على عيادة انطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس تبين أن 50 من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر وأن 80 قبل سن الخامسة والثلاثين، وان (50-70) من المرضى تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب أو شدة .

جدول رقم (13)  
الحساسية التفاعلية والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أقل من 20	50	22.1%	1	0.4%	51	22.6%
20-29	55	24.3%	2	0.9%	57	25.2%
30-39	37	16.4%	1	4%	38	16.8%
40-49	39	17.3%	5	2.2%	44	19.5%
50-59	13	5.8%	2	0.9%	15	6.6%
فما فوق 60	21	9.3%	0	0.0%	21	9.3%
المجموع	215	95.1%	11	4.9%	226	100.0%

$$X^2(8.974).p=110$$

### الحساسية التفاعلية والعمر:

لفحص أثر العمر على الحساسية التفاعلية استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وتبين من النتائج أنه لا يوجد فروق بين المتغيرين (جدول 10)، وبناءً عليه تقبل الفرضية التي وضعتها الباحثة والتي تنص "على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين"، حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.439) وهي أعلى من الدلالة المفروضة (0.05). وقد تبين من خلال استخدام crosstab وكاي تربيع كما هو موضح في (جدول رقم 13) أن 5% تقريبا من أفراد العينة بحاجة لعلاج إكلينيكي من الحساسية التفاعلية، وأكثر الفئات معاناة من هذا العرض هي فئة (40-49) ونسبته 2.2% تليها الفئات (20-29) و(50-59) بنسب متساوية ويختفي هذا العرض عند فئة (60 فما فوق).

وتعتقد الباحثة أن هذه الفئة هي فئة الإنجاز والاستقرار، بسبب تعرضها للظروف الحالية والتي أثرت على وضعها الاقتصادي، مما أدى إلى إحساسها بالفشل في تحقيق الراحة النفسية والاستقرار والحياة الكريمة لأفراد أسرتها، مما جعلهم أكثر حساسية من الآخرين، أضف إلى ذلك أيضا كونهم أهالي شهداء وإحساسهم بعدم توفير الأمن لأبنائهم مما جعلهم حساسين أكثر.

جدول رقم (14)  
الإكتئاب والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	بحاجة للعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
أقل من 19	49 21.7%	2 9%	51 22.6%
20-29	57 25.2%	0 0.0%	57 25.2%
30-39	36 15.9%	2 0.9%	38 16.8%
40-49	40 17.7%	4 1.8%	44 19.5%
50-59	14 6.2%	1 0.4%	15 6.6%
60 فما فوق	21 9.3%	0 0.0%	21 9.3%
المجموع	217 96.0%	9 4.0%	226 100.0%

$$p = 0.245 \times^2(6.684).$$

#### الإكتئاب والعمر:

لفحص أثر العمر على الإكتئاب استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وبناءً على النتائج التي توصلت إليها الباحثة ترفض الفرضية (الصفيرية) التي تنص "على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (جدول 10) حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.241) وهي أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) ويعزى مصدر هذه العلاقة إلى الفروقات بين فئات الأعمار (20-29) و(40-49) حسب اختبار شففيه (ملحق رقم 1).

وباستخدام تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع تبين أن 4% من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل إكلينيكي للعلاج من أعراض الإكتئاب وأكثر الفئات معاناة هي فئة (40-49) ونسبتهم 1.8% تليها الفئات (أقل من 19) و(30-39) بنسب متساوية وقيمتها 0.9% ويختفي هذا العرض عند الفئات الأخرى.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج المسح القومي عام (1992) حيث أجريت دراسة مسحية وقائية على 139 ألف شخص موزعين على تسعة مخيمات من الولايات المتحدة ودول

غرب أوروبا وأستراليا والشرق الأوسط لمعرفة دور الحضارة وتأثيرها على الإكتئاب، وقد أوضحت النتائج أن الإكتئاب ينتشر فيها بنسب متقاربة، وأنه يتزايد داخل تلك المخيمات من جيل إلى جيل.

وقد أشار غريب (1995) من إستعراضه للدراسات السابقة أن نسبة وتروغ الإكتئاب ترتفع لدى صغار السن وينقص كلما تقدم العمر. إلا أن دراسة كومستوك وهليسنج وكريمير (1972) بناء على نتائج الأبحاث الإكلينيكية وعدد حالات الإنتحار والإنتشار الواسع لإستخدام العقاقير المهدئة تشير إلى العلاقة بين السن والإكتئاب وقد توصلت نتائج دراستهما إلى وجود إرتباط موجب بين السن والإكتئاب، بمعنى أن الإكتئاب يزداد بإزدياد السن كما أكد (غريب، 2003).

### الجدول رقم (15) القلق والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أقل من 19	48	21.2%	3	1.3%	51	22.6%
20-29	57	25.2%	0	0.0%	57	25.2%
30-39	36	15.9%	2	0.9%	38	16.8%
40-49	42	18.6%	2	0.9%	44	19.5%
50-59	12	5.3%	3	1.3%	15	6.6%
60 فما فوق	20	8.8%	1	0.4%	21	9.3%
المجموع	215	95.1%	11	4.9%	226	100.0%

$$x^2(10.471).p=0.063$$

### القلق والعمر:

لفحص أثر العمر على القلق استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي "تحليل التباين الأحادي وتبين من النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.004) وهي أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) والتي تنص "على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) وبهذا نرفض فرضية الباحثة ويعزى مصدر هذه العلاقة إلى الفروقات بين الفئات (40-49) (20-29) (60 فما فوق) حسب إختبار شففيه (الملحق رقم 1).

لفحص أي الفئات العمرية التي تحتاج لتدخل وعلاج إكلينيكي استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج كما يتضح من الجدول رقم (15) أن 5% تقريبا من أفراد العينة بحاجة لعلاج إكلينيكي للقلق، وأكثر الفئات معاناة هي فئة (أقل من 19) (59-50) بنسب متساوية وقيمها 1.3 % تليها فئة الأعمار (39-30)(40-49) بنسب متساوية أيضا وقيمها 0.9 %، ويختفي هذا العرض عند فئة (20-29) هي فترة بناء مستقبل الشباب وهي مرحلة الجد والعمل مما يجعلهم منهمكين في تحقيق ذاتهم.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة لوندين وزملائه (1993) على المجتمع اللوردي بعد أسبوعين من تعرض المنطقة للتلوث النووي، حيث وجد أن المسنين يعانون من القلق مقارنة مع باقي الفئات كما أشار إليه (يعقوب، 1999).

الجدول رقم (16)  
العداوة والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أقل من 19	48	21.2%	3	1.3%	51	22.6%
20-29	56	24.8%	1	0.4%	57	25.2%
30-39	34	15.0%	4	1.8%	38	16.8%
40-49	42	18.6%	2	0.9%	44	19.5%
50-59	14	6.2%	1	0.4%	15	6.6%
60 فما فوق	21	9.3%	0	0.0%	21	9.3%
المجموع	215	95.1%	11	4.9%	226	100.0%

$$x^2(5.124).p=.401$$

#### العداوة والعمر:

لفحص أثر العمر على العداوة استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي تحليل التباين الاحادي، وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المتغيرين حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.024) وهي أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (0.05) وتعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات بين الفئات (39-30)(40-49) (60 فما فوق) (حسب اختبار شفيه) (ملحق رقم 1).

لفحص الفئات العمرية التي تحتاج لتدخل وعلاج إكلينيكي، استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الاحصائي Crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 5% فقط من أفراد العينة بحاجة لعلاج إكلينيكي من أعراض العداوة ويوضح من الجدول رقم (16) أن أكثر الفئات معاناة هي فئة (30-39) ونسبته 1.8 % تليها فئة الأعمار (اقل من 19) ونسبته 1.3 % تليها فئة الأعمار (40-49) ونسبته 0.9 % ويختفي هذا العرض عند فئة (60 فما فوق) ومن وجهة نظر الباحثة أن هذه الفئة هي مرحلة الأمان والاستقرار تجاه أفراد أسرته.

الجدول رقم (17)  
قلق الخوف والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	بحاجة للعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
اقل من 19	50	22.1%	1	0.4%	51	22.6%
20-29	56	24.8%	1	0.4%	57	25.2%
30-39	36	15.9%	2	0.9%	38	16.8%
40-49	38	16.8%	6	2.7%	44	19.5%
50-59	14	6.2%	1	0.4%	15	6.6%
فما فوق 60	21	9.3%	0	0.0%	21	9.3%
المجموع	215	95.1%	11	4.9%	226	100.0%

$$x^2(10.623).p=0.059$$

### قلق الخوف والعمر

لفحص أثر العمر على قلق الخوف استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متغير قلق الخوف يعزى إلى العمر (جدول 10)، حيث أن نسبة الدلالة المحسوبة تساوي (0.13) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناء على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير قلق الخوف والعمر.

لمعرفة الفئات العمرية التي بحاجة لتدخل وعلاج إكلينيكي استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الاحصائي Crosstab وكاي تربيع وتبين أن 5% من أفراد العينة بحاجة للتدخل لعلاج قلق الخوف والذي يكثر إنتشاره في فئة الأعمار (40-49) ونسبته 2.7% تليها فئة الأعمار (30-39) ونسبته 0.9% ويختفي هذا العرض عند فئة (60 فما فوق) ويتضح ذلك من الجدول السابق رقم (17) .

الجدول رقم (18)  
البرانويا والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع عدد نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	
أقل من 19	48	21.2%	3	1.3%	51 22.6%
20-29	57	25.2%	0	0.0%	57 25.2%
30-39	37	16.4%	1	0.4%	38 16.8%
40-49	41	18.1%	3	1.3%	44 19.5%
50-59	14	6.2%	1	0.4%	15 6.6%
فما فوق 60	20	8.8%	1	0.4%	21 9.3%
المجموع	217	96.0%	9	4.0%	226 100.0%

$$x^2(4.268).p=.511$$

#### البرانويا والعمر:

لفحص اثر العمر على البرانويا استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي وتحليل التباين الأحادي أظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين المتغيرين (جدول 10) حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.986) وهي أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين متغير البرانويا والعمر.

لمعرفة أي الفئات العمرية بحاجة للعلاج استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي الاحصائي Crosstab وكاي تربيع ، ويتضح من الجدول رقم (18) أن 4% من أفراد العينة بحاجة للتدخل والعلاج إكلينيكي من البرانويا والذي يكثر إنتشاره في فئة الأعمار (أقل من 19) (40-49) بنسب متساوية وقيمها 1.3% ويختفي هذا العرض عند فئة (20-29) وينتشر بشكل متساو عند الفئات الأخرى وقيمتها 0.4%.

#### الذهان والعمر:

لفحص أثر العمر على الذهان استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وقد أظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين المتغيرين (جدول 10) ذات دلالة إحصائية، حيث بلغت نسبة الدلالة

المحسوبة (0.05) هي أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.451) والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05).

لمعرفة أي الفئات العمرية الأكثر حاجة للتدخل العلاجي، استخدمت الباحثة تقنية الاحصائي Crosstab وكاي تربيع وتبين أن 6% من أفراد العينة كلها بحاجة للتدخل لعلاج الذهان ويوضح الجدول رقم (19) أن هذا العرض يكثر إنتشاره في فئة الأعمار (أقل من 19) (40-49) بنسب متساوية وقيمها 1.8% تليها فئة (50-59) ونسبته (1.3%) ويختفي هذا العرض عند فئة (20-29) و (60 فما فوق).

الجدول رقم ( 19 )  
الذهان والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	بحاجة للعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
أقل من 19	47 20.8%	4 1.8%	51 22.6%
20-29	57 25.2%	0 0.0%	57 25.2%
30-39	36 15.9%	2 0.9%	38 16.8%
40-49	40 17.7%	4 1.8%	44 19.5%
50-59	12 5.3%	3 1.3%	15 6.6%
فما فوق 60	21 9.3%	0 0.0%	21 9.3%
المجموع	213 94.2%	13 5.8%	226 100.0%

$$x^2(11.710).p=039$$

#### البعد الإضافي والعمر:

استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي لفحص أثر العمر على البعد الإضافي، وتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.011) وهي أقل من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (جدول 10)، ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين الفئات العمرية، و لمعرفة أي الفئات العمرية الأكثر حاجة للعلاج استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 3.5% من أفراد العينة بحاجة لتدخل وعلاج إكلينيكي والجدول رقم (20) يظهر لنا أن هذا العرض موزع بشكل متساوي بين فئات الأعمار (أقل من 19) (40-49) (50-59) وذلك بنسبة 0.9% ويختفي هذا العرض نهائياً عند الفئة العمرية (60-فما فوق).

الجدول رقم (20)

البعد الإضافي والعمر

فئات الأعمار	لا يحتاج لعلاج		بحاجة للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أقل من 19	49	21.7%	2	0.9%	51	22.6%
20-29	56	24.8%	1	0.4%	57	25.2%
30-39	37	16.4%	1	0.4%	38	16.8%
40-49	42	18.6%	2	0.9%	44	19.5%
50-59	13	5.8%	2	0.9%	15	6.6%
فما فوق 60	21	9.3%	0	0.0%	21	9.3%
المجموع	218	96.5%	8	3.5%	226	100.0%

$$x^2(5.760).p=.330$$

الفرضية الثانية: الأعراض النفسية والجنس

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الإكتئاب، القلق، العدواة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية) تعزى إلى الجنس.

(جدول رقم 21)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية والجنس

الجنس	ذكور	إناث	F	Sigma	الأعراض النفسية
					الأعراض النفسية
					الأعراض الجسدية
	1.12	1.40	11.21	<0.001	الوسواس القهري
	1.36	1.53	3.55	0.061	الحساسية التفاعلية
	1.27	1.55	7.08	0.008	الإكتئاب
	1.38	1.84	20.70	<0.001	القلق
	1.06	1.38	11.20	<0.001	العدواة
	1.29	1.39	0.71	0.401	قلق الخوف
	0.72	1.25	30.45	<0.001	البرانويا
	1.44	1.46	0.04	0.853	الذهان
	0.91	1.07	2.99	0.085	البعد الإضافي
	1.72	1.90	3.70	0.056	

الجدول رقم (22)  
الأعراض الجسدية والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
ذكر	101	43.9%	1	0.4%	102	44.3%
أنثى	119	51.7%	9	3.9%	128	55.7%
المجموع	220	95.7%	10	4.3%	230	100.0%

$$x^2(4.997).p=.025$$

### الأعراض الجسدية والجنس:

أشارت النتائج باستخدام تقنية تحليل التباين الأحادي، على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض الجسدية والجنس، حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.001) أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبهذا ترفض فرضية الباحث والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (جدول 21).

لمعرفة أي الفئات الجنسية بحاجة إلى علاج إكلينيكي ومن هذه الأعراض استخدمت الباحثة استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي Crosstab وكاي تربيع، وأظهرت النتائج أن 4.3% من أفراد العينة بحاجة لعلاج إكلينيكي من هذه الأعراض، وقد تبين كما يظهر من الجدول رقم (22) ويظهر أن فئة النساء هن أكثر معاناة من فئة الرجال بنسبة 3.9% مقابل 0.4% للرجال وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة خميس (1989) حيث وجدت نتائج دراستها أن النساء كانت تعاني من ضغوط نفسية وتدهور مستمر في الفئة بشكل عام، وأيضا مع دراسة سحويل (2001) حيث وجد أن أفراد بعض هذه العائلات التي فقدت أحد أبنائها يشكو من الأعراض الجسدية كالتعب والإرهاق وغيرها.

الجدول رقم (23)  
الوسواس القهري والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
ذكر	98	42.6%	4	1.7%	102	44.3%
أنثى	124	53.9%	4	1.7%	128	55.7%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(.107).p=.74$$

## الوسواس القهري والجنس:

استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الجنس على الوسواس القهري أظهرت النتائج كما يتضح من جدول رقم (21) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الوسواس القهري والجنس، حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.061) وهي أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبهذا تقبل فرضية الباحثة التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (جدول 10).

لفحص أي الفئات الجنسية الأكثر حاجة لتدخل علاج من اعراض الوسواس القهري استخدمت الاحصائي Crosstab وكاي تربيع وتبين أن 3.5% من أفراد العينة كلها بحاجة للعلاج الإكلينيكي بينما أظهرت النتائج أن النساء والرجال لديهم معاناة بنفس النسبة وقيمتها 1.7%.

وتتفق دراسة الباحثة بشكل جزئي مع وجهة نظر جونثان وزملائه (1984) بأن الوسواس القهري يعاني منه الجنسين بشكل متساو إلا انه يختلف في نسبة انتشاره حيث أشار جونثان وزملاؤه إلى أن نسبة الوسواس في السكان 5%.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة عن نتائج الدراسة التي قام بها العنيزي (1997) وهدفها الكشف عن معدلات (متوسطات الوسواس القهري لدى تلاميذ وتلميذات المدارس المتوسطة) باستخدام المقياس العربي للوسواس القهري حيث أظهرت النتائج أن التلميذات لهن متوسطات أعلى من التلاميذ.

الجدول رقم (24)  
الحساسية التفاعلية والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ذكر	97	42.2%	5	2.2%	102	44.3%
أنثى	122	53.0%	6	2.6%	128	55.7%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(.006).p=940$$

يظهر أن الإكتئاب ينتشر بين الذكور بنسبة 8.5/1000 بينما الإناث 177/1000 وفي تقييمات (ليهمان) أن نسبة انتشار الإكتئاب في السكان يتراوح بين 3-4% وفي النساء مقابل الرجال 1:2 في الإكتئاب ككل جونثين وزملاؤه (1984) وهذا يتوافق مع دراسة الباحثة حيث أن نسبة 4% تقريبا من أفراد العينة يحتاجون إلى تدخل علاجي ويبدو أن انتشاره بين النساء أكثر من الرجال.

واستعرض وايزمان واكليمان (1979) عدة قوائم لدراسات عديدة في الولايات المتحدة والعديد من بلاد العالم وأوضح بأن الدراسات في أغلبها توضح تفوق المرأة على الرجل في الإكتئاب وهذا التفوق يتراوح بين 1:6.7 و 1:1.1 نساء:رجال كما أوضحت نولين هوكسيما من خلال عرضها لقوائم تسع دراسات إتمدت على ملاحظات ومشاهدات إكلينيكية لأفراد تقدموا للعلاج أن التشخيص بالإكتئاب عند النساء كان عاليا بالمقارنة بما أعطي للرجال بدرجة دالة إحصائية ووصل متوسط نسب النساء إلى الرجال 1:1.95 وتتفق أيضا نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة غريب (2003) على المجتمع المصري حيث وجد أن هناك فروقا بين الجنسين في الإكتئاب وكذلك في شدته لصالح النساء .

كما تتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي قام بها أحمد عبد الخالق والنيال (1990) حيث هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الوسواس وكل من القلق والمخاوف والإكتئاب على عينة طلاب جامعة الإسكندرية وقد أظهرت النتائج فروق جوهرية بين الذكور والإناث في مقياس الإكتئاب.

#### جدول رقم (26) القلق والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
ذكر	100 43.5%	2 0.9%	102 44.3%
أنثى	119 51.7%	9 3.9%	128 55.7%
المجموع	219 95.2%	11 4.8%	230 100.0%

$$x^2(3.205).p=.073$$

#### القلق والجنس:

لفحص أثر الجنس على القلق استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج في جدول ( رقم 21) أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القلق يعزى إلى

الجنس، مقارنة مع الرجال، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة يساوي ( $<0.001$ ) وهي أقل من مستوى الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) وبناء عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05$ ) بين المتغيرين ويظهر أكبر متوسط حسابي يساوي  $1.4\%$  لصالح النساء مقابل الرجال  $1.06\%$ .

ولمعرفة أي الفئات الجنسية بحاجة إلى تدخل علاجي لهذا العرض استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن النساء أكثر معاناة من الرجال من القلق بنسبة  $3.9\%$  مقابل  $0.9\%$  للرجال علما أن نسبة  $4.8\%$  من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض.

وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع وجهة نظر (جونثين وزملائه، 1984) أن القلق ينتشر عند النساء كما أن نسبة انتشاره الطبيعي بشكل عام في المجتمع يتراوح بين ( $2-4\%$ ). كما تتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي استعرضها (غريب 1995)؛ (احمد عبد الخالق، 1988)؛ (ورزمان وزملاؤه، 1987)؛ (بنزور زبدنر، 1988) والتي أكدت أن اضطرابات القلق توجد لدى النساء أكثر من الرجال بنسبة الضعف (غريب، 1995).

كما تتفق مع نتائج دراسة (غريب، 1987) حيث أجرى الدراسة على 400 من الشباب المصري (200 ذكور و200 إناث) حيث وجد أن الإناث حصلت على درجات أعلى من القلق مقارنة مع الذكور) باستخدام مقياس القلق A.

الجدول رقم (27)  
العداوة والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	
ذكر	98	42.6%	4	1.7%	102
أنثى	121	52.6%	7	3.0%	128
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230

$$x^2(.298).p=.585$$

الجدول رقم (29)  
البرانويا والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ذكر	97	42.2%	5	2.2%	102	44.3%
أنثى	124	53.9%	4	1.7%	128	55.7%
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230	100.0%

$$x^2(.477).p=.490$$

### البرانويا والجنس:

لفحص أثر الجنس على البرانويا استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي تحليل التباين الأحادي وظهر من الجدول رقم (21) أنه لا يوجد فروق بين المتغيرين، حيث أن نسبة الدلالة تساوي (0.853) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين .

ولمعرفة أي الفئات الجنسية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع أظهرت النتائج أن 3.9% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي ويبدو أن الرجال يعانون أكثر من النساء بنسبة 2.2% مقابل 1.7% وتتفق نتائج الباحثة مع ما أشارت إليه (صوافوزملاؤها، 2001) والتي أكدت الدراسات أن السمات البارنوية المتصفة بالشك في الآخرين وتوقع الشر والأذى بالناس أقل إنتشارا بين النساء منه بين الرجال.

الجدول رقم (30)  
الذهان والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ذكر	95	41.3%	7	3.0%	102	44.3%
أنثى	122	53.0%	6	2.6%	128	55.7%
المجموع	217	94.3%	13	5.7%	230	100.0%

$$x^2(.504).p=.478$$

### الذهان والجنس:

لفحص أثر الجنس على الذهان، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين متغير الذهان يعزى إلى الجنس، حيث بلغ مستوى الدلالة

المحسوبة (0.085) أعلى من مستوى الدلالة المفوضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الجنسية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع، وأظهرت النتائج كما هو في جدول (30) أن 6% تقريبا من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي ويبدو أن الرجال يعانون أكثر من النساء بنسبة 3.0% مقابل 2.6%

الجدول رقم (31)  
البعد الإضافي والجنس

الجنس	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ذكر	98	42.6%	4	1.7%	102	44.3%
أنثى	124	53.9%	4	1.7%	128	55.7%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(.107).p=.743$$

#### البعد الإضافي والجنس:

لفحص أثر البعد الإضافي على الجنس استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي أوضحت النتائج أنه لا يوجد فروق بين متغير البعد الإضافي يعزى إلى الجنس، حيث بلغ مستوى الدلالة المحسوبة (0.056) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الجنسية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن النساء والرجال يعانون من هذا العرض بشكل متساو نسبته 1.7% علما أن 3.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض

#### الفرضية الثالثة: الأعراض النفسية ومستوى التعليم

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الإكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية) تعزى إلى مستوى التعليم.

جدول رقم (32)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية ومستوى التعليم

Sigma	F	جامعي	ثانوي	إعدادي	أمي + ابتدائي	مستوى
						التعليم الأعراض النفسية
0.015	3.54	1.30	1.22	1.27	1.81	الأعراض الجسدية
0.440	0.90	1.48	1.42	1.40	1.60	الوسواس القهري
0.872	0.24	1.40	1.40	1.50	1.41	الحساسية التفاعلية
0.025	3.17	1.54	1.60	1.58	2.08	الاكتئاب
0.737	0.42	1.2	1.22	1.27	1.38	القلق
0.368	1.06	1.31	1.49	1.27	1.21	العدوان
0.221	1.48	.92	1.06	0.96	1.26	الخوف القلبي
0.519	0.76	1.37	1.41	1.58	1.53	البارانويا
0.644	0.52	.91	1.01	1.06	1.07	الذهان
0.477	0.83	1.72	1.89	1.84	1.91	العبارات الإضافية

الجدول رقم (33)

الأعراض الجسدية ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ابتدائي / أمي	21	9.3%	5	2.2%	26	11.5%
إعدادي	53	23.5%	4	1.8%	57	25.2%
ثانوي	76	33.6%	0	0.0%	76	33.6%
الجامعة	66	29.2%	1	0.4%	67	29.6%
المجموع	216	95.6%	10	4.4%	226	100.0%

$$x^2(19.264).p \leq 0.001$$

الأعراض الجسدية ومستوى التعليم:

لنحسب أثر مستوى التعليم على الأعراض الجسدية ، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، وتبين وجود فروق بين الأعراض الجسدية تعزى إلى مستوى التعليم ،حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.015) أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، ويعزى مصدر هذه العلاقة لوجود فروقات بين ( فئة الأميين الابتدائي) ( وفئة ذوي التعليم الثانوي) (حسب اختبار شفیه)،

وبهذا ترفض فرضية الباحث والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين الأعراض الجسدية ومستوى التعليم .

ولمعرفة أي المستويات التعليمية بحاجة للعلاج استخدمت الباحثة تقنية التجليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع ووجد أن نسبة 4.4% من أفراد العينة الكلية من ذوي المستويات التعليمية المختلفة بحاجة إلى تدخل علاجي. إلا أنه ظهر من نتائج الجدول (33) أن فئة (الأميين ، التعليم الابتدائي) هم أكثر فئة بحاجة إلى تدخل علاجي وتبلغ نسبتهم 2.2% وتختفي هذه الأعراض في فئة المراحل الثانوية لتظهر بشكل قليل في فئة الجامعي

الجدول رقم (34)

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ابتدائي	26	11.5%	0	0.0%	26	11.5%
اعدادي	55	24.3%	2	0.9%	57	25.2%
ثانوي	72	31.9%	4	1.8%	76	33.6%
الجامعة	65	28.8%	2	0.9%	67	29.6%
المجموع	218	96.5%	8	3.5%	226	100.0%

$$x^2(1.676).p=.642$$

#### الوسواس القهري ومستوى التعليم:

لفحص أثر مستوى التعليم على الوسواس القهري استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين متغير الوسواس القهري يعزى لمستوى التعليم، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.440) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي المستويات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنيات التحليل crosstab وكاي تربيع وتبين أن 3.5% من أفراد العينة يحتاجون للعلاج الإحصائي من هذا العرض الذي ينتشر عند فئة ذوي التعليم الثانوي ونسبته 1.8% ويختفي هذا العرض عند فئة (الأميين والمراحل الابتدائية).

وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع دراسة توفيق (2001) في المجتمع البحريني على طلبة المرحلة الثانوية طلبة الجامعة بحيث حصلت عينة طلبة الثانوية على متوسط أعلى /ت=3.28 دالة عند مستوى (0.001). وسبب ارتفاع القلق لدى طلبة الثانوية، فمن المعروف أن هذه المرحلة تمثل مرحلة المراهقة وما يصاحبها من تغيرات إنمائية تعكس ارتفاع درجات القلق لديهم وهناك ارتباط إيجابي من القلق والوسواس القهري.

جدول رقم ( 35 )  
الحساسية التفاعلية ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
ابتدائي	26	0	26	11.5%
إعدادي	53	4	57	25.2%
ثانوي	72	4	76	33.6%
الجامعة	64	3	67	29.6%
المجموع	215	11	226	100.0%

$$x^2(1.947), p=0.583$$

#### الحساسية التفاعلية ومستوى التعليم:

لفحص أثر مستوى التعليم على الحساسية التفاعلية، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج أن لا يوجد فروق بين متغير الحساسية التفاعلية تعزى لمستوى التعليم، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.872) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع أظهرت النتائج أن 4.9% من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل علاجي إكلينيكي ويلاحظ أن ذوي فئات التعليم (إعدادي) (ثانوي) تعاني من هذا العرض بنسب متساوية قدرها 1.8% ويختفي عند فئة الابتدائي.

الجدول رقم (36)

الإكتئاب ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
ابتدائي	25	1	26	11.5%
إعدادي	55	2	57	25.2%
ثانوي	72	4	76	33.6%
الجامعة	65	2	67	29.6%
المجموع	217	9	226	100.0%

$$x^2(0.535).p=0.911$$

الإكتئاب ومستوى التعليم :

لفحص أثر مستوى التعليم على الإكتئاب، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي و من خلال النتائج وجد أن هناك فروق بين متغير الإكتئاب يعزى لمستوى التعليم حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.025) أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات بين مستوى (التعليم الجامعي) و(فئة الأميين والابتدائيين) حسب اختبار شففيه (الملحق رقم 1) وبهذا ترفض فرضية الباحثة التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين.

ولمعرفة أي المستويات التعليمية بحاجة للعلاج الإكلينيكي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 4.0 % من أفراد العينة بحاجة للعلاج التحليل الإحصائي وأكثر هذه الفئات فئة التعليم الثانوي ونسبتهم 1.8 %.

ومن خلال استعراض نتائج الدراسة السابقة التي أشار إليها غريب (1995) في دراسة العلاقة بين متغير الإكتئاب ومستوى التعليم والذي أظهرت نتائج هذه الدراسة إلى أن الإكتئاب يزداد لدى الأفراد الأقل حظاً من التعليم ويقل لدى الأفراد الأكثر حظاً من التعليم الجامعي. سواء في شدته أو نسبة انتشاره إلا أنه يؤكد غريب (1995) من نتائج دراسية أن الإكتئاب وجدت نسبته 44 % لدى الأفراد ذوي التعليم المتوسط وانخفض إلى 23 % لدى الأفراد ذوي التعليم العالي.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي قام بها عكاشة على عينة من المرضى والبالغ عددهم 80 والذين يترددون على العيادة بعد فترة تتراوح من شهر إلى 5 شهور وأن 32 من ذوي التعليم الجامعي أي نسبة 40 % من المرضى هم من ذوي التعليم الجامعي .

الجدول رقم (37)  
القلق ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
ابتدائي	23 10.2%	3 1.3%	26 11.5%
اعدادي	56 24.8%	1 0.4%	57 25.2%
ثانوي	72 31.9%	4 1.8%	76 33.6%
الجامعة	64 28.3%	3 1.3%	67 29.6%
المجموع	215 95.1%	11 4.9%	226 100.0%

$$x^2(3.740).p=0.291$$

#### القلق ومستوى التعليم:

لفحص أثر مستوى التعليم على القلق استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وظهر من خلال النتائج أنه لا يوجد علاقة بين متغير القلق يعزى إلى مستوى التعليم، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.737) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي المستويات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي من عرض القلق استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع تبين أن نسبة 4.9% من أفراد العينة يحتاجون للعلاج، ويظهر أن فئة مستوى التعليم الثانوي يعانون أكثر من الفئات الأخرى ونسبته 1.8% وتقل هذه النسبة عند فئة الإعدادي ونسبتهم 0.4% وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع دراسة غالي على المجتمع الكويتي كما أشار إليها إبراهيم (1994) حيث وجد أن فئات ذوي المستويات الثانوية هم أكثر المجموعات عصابية.

الجدول رقم (38)

#### العداوة ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
ابتدائي	25 11.1%	1 0.4%	26 11.5%
إعدادي	56 24.8%	1 0.4%	57 25.2%
ثانوي	69 30.5%	7 3.1%	76 33.6%
الجامعة	65 28.8%	2 0.9%	67 29.6%
المجموع	215 95.1%	11 4.9%	226 100.0%

$$x^2(4.860).p=.182$$

## العداوة ومستوى التعليم:

لفحص أثر مستوى التعليم على العداوة، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متغير العداوة تعزى لمستوى التعليم، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.368) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات من ذوي مستويات التعليم المختلفة بحاجة إلى تدخل علاجي، استخدمت تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع واتضح من النتائج أن 5% تقريبا من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل علاجي وتشير النتائج إلى أن فئة التعليم الثانوي هي أكثر الفئات معاناة من هذا العرض ونسبته 3.1% ويقل هذا العرض عند الفئات الأخرى.

### الجدول رقم (39)

#### قلق الخوف ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
ابتدائي	23	10.2	3	1.3	26	11.5%
إعدادي	56	24.0	1	0.4	57	25.2%
ثانوي	72	31.9	4	1.8	76	33.6%
الجامعة	64	28.3	3	1.3	67	29.6%
المجموع	215	95.1	11	4.9	226	100.0%

$$x^2(3.740).p=.291$$

### قلق الخوف ومستوى التعليم :

لفحص أثر مستوى التعليم على قلق الخوف استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين المتغيرين حيث بلغ مستوى الدلالة المحسوبة (0.221) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين.

لمعرفة أي المستويات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد أظهرت النتائج أن 5% تقريبا من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل علاجي ويظهر أن أكثر الفئات حاجة هي فئة مستوى (التعليم الثانوي)، تليها فئة مستوى التعليم (الأميين والابتدائي)، (الجامعيين) بنسب متساوية 1.3%.

الجدول رقم (40)  
مستوى التعليم والبرانويا

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
ابتدائي	23	10.2%	3	1.3%	26	11.5%
إعدادي	54	23.9%	3	1.3%	57	25.2%
ثانوي	75	33.2%	1	0.4%	76	33.6%
الجامعة	65	28.8%	2	0.9%	67	29.6%
المجموع	217	96.0%	9	4.0%	226	100.0%

$$x^2(5.714).p=.126$$

### مستوى التعليم والبرانويا:

لفحص أثر مستوى التعليم على البرانويا، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متغير البرانويا يعزى لمستوى التعليم، حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.519) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد أظهرت النتائج أن 4.0% من أفراد العينة يحتاجون للتدخل العلاجي، ويلاحظ أن الفئات من المستويات التالية ( الأميين /الابتدائيين)( وفئة الإعدادي ) هم أكثر الفئات لديهم هذا العرض بشكل متساو ونسبته 1.3% بينما يقل هذا العرض عند الفئات من المستويات الأخرى .

الجدول رقم (41)  
الذهان ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
ابتدائي	25	11.1%	1	0.4%	26	11.5%
إعدادي	54	23.9%	3	1.3%	57	25.2%
ثانوي	69	30.5%	7	3.1%	76	33.6%
الجامعة	65	28.8%	2	0.9%	67	29.6%
المجموع	213	94.2%	13	5.8%	226	100.0%

$$x^2(2.822).p=2.420$$

## مستوى التعليم والذهان:

لفحص أثر مستوى التعليم على الذهان استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي و أظهرت النتائج كما هو موضح في جدول رقم (32) عدم وجود فروق بين متغير الذهان تعزى لمستوى التعليم، حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.644) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05). وبذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود علاقة بين المتغيرين ولمعرفة أي الفئات التعليمية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع حيث أظهرت النتائج أن نسبة 5.8% من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل علاجي و أن فئة ذوي (التعليم الثانوي) تعاني من هذا العرض نسبته تفوق الفئات الأخرى ونسبته 3.1% تليها فئة ذوي التعليم الإعدادي ويقل هذا العرض في الفئات الأخرى.

### الجدول رقم (42)

#### البعد الإضافي ومستوى التعليم

مستوى التعليم	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة%	عدد	نسبة%	عدد	نسبة%
ابتدائي	26	11.5%	0	0.0%	26	11.5%
إعدادي	57	25.2%	0	0.0%	57	25.2%
ثانوي	71	31.4%	5	2.2%	76	33.6%
الجامعة	64	28.3%	3	1.3%	67	29.6%
المجموع	218	96.5%	8	3.5%	226	100.0%

$$x^2(5.274).p=.153$$

### البعد الإضافي ومستوى التعليم:

لفحص أثر مستوى التعليم على البعد الإضافي، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج أنه لا يوجد فروق بين متغير البعد الإضافي يعزى لمستوى التعليم، وقد بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.473) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية وكاي تربيع Crosstab ودلت النتائج على أن 3.5% من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل علاجي إكلينيكي لهذا العرض

ويظهر أن فئة (التعليم الثانوي) هي أكثر الفئات معاناة و نسبته 2.2% تليها فئة الجامعيون ونسبتهم 1.3% ويختفي هذا العرض عند الفئات الأخرى.

#### الفرضية الرابعة : الأعراض النفسية ومكان السكن

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية الأعراض الجسدية والوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الإكتئاب، القلق، العدوان، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية ( تعزى إلى مكان السكن.

#### جدول رقم (43)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية و مكان السكن

Sigma	F	مخيم	قرية	مدينة	مكان السكن
					الأعراض النفسية
0.644	0.44	1.42	1.28	1.31	الأعراض الجسدية
0.680	2.72	1.64	1.49	1.34	الوسواس القهري
0.099	2.34	1.40	1.56	1.31	الحساسية المفرطة
0.437	0.83	1.64	1.72	1.56	الإكتئاب
0.569	0.57	1.25	1.30	1.18	القلق
0.413	0.89	1.42	1.41	1.26	العدوان
0.002	6.22	1.08	1.19	0.81	الخوف القلبي
0.501	0.69	1.44	1.53	1.38	البارانويا
0.345	1.07	1.01	1.07	0.92	الذهان
0.072	2.06	1.73	1.95	1.73	العبارات الإضافية

#### الجدول رقم (44)

الأعراض الجسدية ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	
مدينة	88	38.8%	5	2.2%	93
قرية	86	37.9%	3	1.3%	89
مخيم	43	18.9%	2	0.9%	45
المجموع	217	95.6%	10	4.4%	227

$$x^2(.435).p=.805$$

## الأعراض الجسدية ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على الأعراض الجسدية، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، وأشارت النتائج على أنه لا يوجد فروق بين متغير الأعراض الجسدية يعزى إلى مكان السكن، حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة تساوي (0.644) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين متغير الأعراض الجسدية تعزى إلى مكان السكن. و لمعرفة أي الفئات بحاجة للعلاج حسب متغير السكن استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع و ظهر أن 4.4% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي يكثر انتشاره بين سكان المدن ونسبتهم 2.2% ويقل عن ذلك عند سكان المخيمات.

### الجدول رقم (45)

#### الوسواس القهري ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة
	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
مدينة	89	39.2%	4	1.8%	93	41.0%
قرية	86	37.9%	3	1.3%	89	39.2%
مخيم	44	19.4%	1	0.4%	45	19.8%
المجموع	219	96.5%	8	3.5%	227	100.0%

$$x^2(3.96).p=.821$$

## الوسواس القهري ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على الوسواس القهري، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (43) أنه لا يوجد فروق بين متغير الوسواس القهري يعزى إلى مكان السكن، حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.068) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الوسواس القهري يعزى إلى مكان السكن. ولمعرفة أي الفئات حسب متغير السكن بحاجة للعلاج استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع و تبين أن 3.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي من هذا المرض الذي يكثر بين سكان المدن ونسبتهم 1.8% ويقل عن ذلك عند سكان المخيمات.

الجدول رقم (46)

مكان السكن والحساسية التفاعلية

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة
	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
مدينة	90	39.6%	3	1.3%	93	41.0%
قرية	82	36.1%	7	3.1%	89	39.2%
مخيم	44	19.4%	1	0.4%	45	19.8%
المجموع	216	95.2%	11	4.8%	227	100.0%

$$x^2(2.961).p=.228$$

الحساسية التفاعلية ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على الحساسية التفاعلية، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (43) عدم وجود فروق بين متغير الحساسية التفاعلية تعزى إلى مكان السكن حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة تساوي (0.099) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) و بناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي حسب هذا المتغير استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وتبين أن 4.8% من أفراد العينة الكلية بحاجة التحليل الإحصائي إلى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي يكثر إنتشاره بين سكان القرى ونسبتهم 3.1% ويقل عن ذلك عند سكان المخيمات.

الجدول رقم (47)

الإكتئاب ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة
	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
مدينة	91	40.1%	2	0.9%	93	41.0%
قرية	83	36.6%	6	2.6%	89	39.2%
مخيم	44	19.4%	1	0.4%	45	19.8%
المجموع	218	96.0%	9	4.0%	227	100.0%

$$x^2(2.965).p=.227$$

## الإكتئاب ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على الإكتئاب، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، ودلت النتائج على عدم وجود فروق بين متغير الإكتئاب يعزى إلى مكان السكن حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.437) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متغير الإكتئاب يعزى إلى مكان السكن .

ولمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي حسب متغير السكن. استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد تبين أن 4.0% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي من هذا العرض والذي يكثر إنتشاره بين أفراد العينة الذين يسكنون في القرى ونسبتهم 2.6% ويقل هذا العرض عند أفراد فئة العينة الذين يسكنون المخيمات .

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة (عكاشة وعبد الحكيم، 1996) ، الذين أشاروا إلى أن نسبة الأعراض و الإضطرابات الإكتئابية كانت متقاربة بين الريف والحضر، حيث وجدوا أن نسبة الأمراض الإكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية حوالي 36% والحضر حوالي 32% والإضطرابات الوجدانية تتراوح بين 4-7% من هذه العينة.

وقد أشار (الشربيني، 2001) إلى أن نتائج الدراسات عبر كل حضارات أنحاء العالم، تؤكد وجود فروق في مظاهر وعلامات الإكتئاب بين المرضى في الدول الغربية المتقدمة ودول الشرق النامية وبين أهل المدن الحضر وسكان الريف والمناطق البدوية البدائية .

الجدول رقم (48)  
القلق ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
مدينة	88	38.8%	5	2.2%	93	41.0%
قرية	84	37.0%	5	2.2%	89	39.2%
مخيم	44	19.4%	1	0.4%	45	19.8%
المجموع	216	95.2%	11	4.8%	227	100.0%

$$x^2(.844).p=.656$$

## القلق ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على القلق، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج على أنه لا يوجد فروق بين متغير القلق يعزى إلى مكان السكن حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.569) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين المتغيرين ولمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع تبين أن 4.8% من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل إكلينيكي والذي ينتشر بنسب متساوية بين أفراد العينة الذين يقطنون (المدينة) و(القرية) ونسبتهم 2.2% ويقل عن ذلك عند فئة العينة الذين يقطنون المخيم.

### الجدول رقم (49)

#### العداوة ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج عدد	نسبة	يحتاج لعلاج عدد	نسبة	المجموع عدد	نسبة
مدينة	89	39.2%	4	1.8%	93	41.0%
قرية	84	37.0%	5	2.2%	89	39.2%
مخيم	43	18.9%	2	0.9%	45	19.8%
المجموع	216	95.2%	11	4.8%	227	100.0%

$$x^2(.191).p=.909$$

## العداوة ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على العداوة، استخدمت الباحثة التقنية الإحصائية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج على عدم وجود فروق بين المتغيرين حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.413) وهي أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات السكنية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع أظهرت النتائج أن 4.8% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى

تدخل إكلينيكي من هذا العرض والذي يكثر إنتشاره بين سكان القرى ونسبتهم 2.2% ويقل عند سكان المخيمات ونسبتهم 0.9%.

الجدول رقم (50)  
قلق الخوف ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة
	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
مدينة	93	41.0%	0	0.0%	93	41.0%
قرية	81	35.7%	8	3.5%	89	39.2%
مخيم	42	18.5%	3	1.3%	45	19.8%
المجموع	216	95.2%	11	4.8%	227	100.0%

$$x^2(8.373).p=0.015$$

### قلق الخوف ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على قلق الخوف، إستخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأتضح من الجدول رقم (43) أن هناك فروق بين قلق الخوف يعزى إلى مكان السكن حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة ( 0.002 ) أقل من ( الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين ( فئة سكان المدينة) ( وفئة سكان القرية) حسب اختبار شفيه ( الملحق رقم 1)

ولمعرفة أي الفئات السكنية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض إستخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 4.8% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض الذي ينتشر بنسبة 3.5% بين فئة (سكان القرى) ويختفي عند فئة سكان المدينة.

الجدول رقم (51)  
البرانويا ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة
	عدد	نسبة	عدد	نسبة		
مدينة	88	38.8%	5	2.2%	93	41.0%
قرية	86	37.9%	3	1.3%	89	39.2%
مخيم	44	19.4%	1	0.4%	45	19.8%
المجموع	218	96.0%	9	4.0%	227	100.0%

$$x^2(.928).p=629$$

## البرانويا ومكان السكن:

لفحص أثر مكان السكن على البرانويا، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير البرانويا يعزى إلى مكان السكن حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة (0.501) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات السكنية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع واتضح من خلال جدول رقم (51) أن 4.0% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل علاجي من هذا العرض الذي ينتشر بنسبة 2.2% بين فئة سكان المدن ويقبل عند سكان المخيمات.

وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع ما أكدته كفاقي من خلال استعراضه لما أورده مرفي (1982) حيث لخص الأخير انطباعات أربعون من الأطباء النفسيين في سبع وعشرين بلداً كانوا من المهتمين بالدراسات عبر الثقافية في الأمراض النفسية حيث تبين أن الأعراض البرانية هي أكثر انتشاراً بين المرضى الحضريين عنه بين المرضى من سكان المناطق الريفية، ويفسر مرفي المرضى الحضريين يعيشون في مجتمع من صنع الإنسان إلى حد ما، حيث يكون كل شيء متوقع وله سبب محدد ومقنع، من هنا فالمرضى يبحثون عن سبب لخبراتهم غير العادية بينما المرضى الريفيين أكثر ألفة بأحداث ليست من صنعهم ولا يعلمون عن أسبابها شيئاً مثل الأوبئة التي تصيب المحاصيل فإنهم لا يكونون مضطرين للبحث عن أسباب أو عوامل تفسر كل خبرة تمر بهم . (كفاني، 1998)

الجدول رقم (52)  
الذهان ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
مدينة	89	39.2%	4	1.8%	93	41.0%
قرية	82	36.1%	7	3.1%	89	39.2%
مخيم	43	18.9%	2	0.9%	45	19.8%
المجموع	216	94.3%	11	5.7%	227	100.0%

$$x^2(1.241).p=.538$$

## الذهان ومكان السكن:

لفحص اثر مكان السكن على الذهان، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المتغيرين حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة تساوي 0.345 أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الذهان يعزى إلى مكان السكن .

ولمعرفة أي الفئات السكنية بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 5.7% من أفراد العينة الكلية بحاجة إلى تدخل إكلينيكي، من هذا الغرض والذي يكثر إنتشاره بين سكان القرى ونسبتهم 3.1% ويقل عند فئة سكان المخيمات. وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي أكدها كفاي والتي أشارت الى أن الإضطرابات تنتشر بين سكان المدن بنسبة أكثر من سكان الريف وأن معدلات الإصابة في الإضطرابات النفسية في المدن الكبرى تصل ضعف معدلاتها في الريف كما ذكر بعض الباحثين (كفاي، 1998).

الجدول رقم (53)  
البعد الإضافي ومكان السكن

مكان الإقامة	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
	عدد	عدد	عدد	نسبة %
مدينة	90	3	93	41.0%
قرية	84	5	89	39.2%
مخيم	45	0	45	19.8%
المجموع	219	8	227	100.0%

$$x^2(2.816).p=.245$$

## البعد الإضافي ومكان السكن:

لفحص اثر مكان السكن على البعد الإضافي، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج من خلال الجدول رقم (43) على انه لا يوجد فروق بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوي (0.072) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05). وبناءً عليه

تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير البعد الإضافي يعزى الى مكان السكن، ولمعرفة أي الفئات السكنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الاحصائي crosstab وكاي تربيع وتبين ان 3.5% من أفراد العينة الكلية

بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض والذي يكثر انتشاره (سكان القرى) ونسبتهم 2.2% ويخفي هذا العرض عند فئة سكان المخيمات.

### الفرضية الخامسة: الأعراض النفسية و المهنة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية ( تعزى إلى المهنة.

#### جدول رقم (54)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية مع المهنة

المهنة الأعراض النفسية	طالب	موظف	عامل	مزارع/ اعمال حرة	متقاعد/ بلا	ربة بيت	F	Sigma a
الأعراض الجسدية	0.83	1.15	1.18	0.88	1.47	1.72	9.90	<0.001
الوسواس القهري	1.14	1.39	1.46	1.18	1.48	1.70	4.46	0.001
الحساسية المفرطة	1.36	1.38	1.22	0.87	1.49	1.62	2.98	0.013
الإكتئاب	1.14	1.49	1.26	1.39	1.56	2.03	6.80	0.000
القلق	1.67	1.15	1.03	0.93	1.25	1.49	3.41	0.005
العدوان	1.40	1.14	1.34	1.03	1.26	1.48	1.22	0.301
الخوف القلبي	0.99	0.83	0.81	0.47	0.84	1.34	6.56	0.000
البارانويا	1.29	1.31	1.49	1.13	1.63	1.54	1.43	0.215
الذهان	0.99	0.94	0.89	0.76	1.03	1.10	1.20	0.312
العبارات الإضافية	1.58	1.89	1.59	1.42	1.96	2.02	4.70	0.000

#### الجدول رقم (55)

الأعراض الجسدية والمهنة

المهنة	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
طالب	47 20.4%	0 0.0%	47 20.4%
موظف	24 10.4%	0 0.0%	24 10.4%
عامل	25 10.9%	0 0.0%	25 10.9%
أعمال مزارعين	15 6.5%	0 0.0%	15 6.5%
لا يعمل متقاعد	40 17.4%	2 0.9%	42 18.3%
ربة منزل	69 30.0%	8 3.5%	77 33.5%
المجموع	220 95.7%	10 4.3%	230 100.0%

$$x^2(11.821).p=0.037$$

## الأعراض الجسدية والمهنة:

لفحص اثر المهنة على الأعراض الجسدية، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وقد دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض الجسدية والمهنة حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة ( $< 0.001$ ) اقل من مستوى الدلالة المسروضة (0.05) وتعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات بين (فئة الطلاب) و(ربات البيوت) و(المتقاعدين و بدون عمل) حسب اختبار شفيه (الملحق رقم 1)، وبناءً على ذلك ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وتبين ان 4.3 % من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل علاجي ويظهر ان فئة(ربات البيوت) هن اكثر الفئات معاناة بنسبة 3.5% تليها فئة (المتقاعدين وبدون عمل) ونسبته 0.9% واختفت هذه المعاناة عند اصحاب المهن الأخرى.

### جدول رقم (56)

#### الوسواس القهري والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
طالب	46	20%	1	0.4%	47	20.4%
موظف	23	10.0%	1	4%	24	10.4%
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25	10.9%
أعمال حرة	15	6.5%	0	0.0%	15	6.5%
لا يعمل متقاعدين	40	17.4%	2	0.9%	42	18.3%
ربة منزل	74	32.25%	3	1.3%	77	33.5%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(1.096).p=.954$$

### الوسواس القهري والمهنة :

لفحص اثر المهنة على الوسواس القهري، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي و أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الوسواس القهري والمهنة، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة ( $< 0.001$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبهذا ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، وتعزى

مصدر هذه العلاقة للفروق بين (فئة ربات البيوت ) ( وفئة الطلاب) حسب اختبار شففيه(الملحق رقم 1) .

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع تبين ان 3.5% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض والذي ينشر عند فئة ربات البيوت بنسبة 1.3% ويختفي هذا العرض عند فئة(ذوي الأعمال الحرة والمزارعين).

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة (كارنوا واخرون ،1988) حيث وجد ان اضطراب الوسواس القهري اكثر انتشارا بين فئة العاطلين عن العمل فيما وجدت الباحثة ان الوسواس القهري اكثر انتشاراً عند فئة ربات البيوت ربما لكونهن (أمهات وزوجات وأخوات شهداء ) عنصراً نسوياً .

جدول رقم (57)  
الحساسية التفاعلية والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
طالب	46 20.0%	1 0.4%	47 20.4%
موظف	22 9.6%	2 9%	24 10.4%
عامل	24 10.4%	1 0.4%	25 10.9%
أعمال حرة	14 6.1%	1 0.4%	15 6.5%
لايعمل	41 17.8%	1 0.4%	42 18.3%
ربة منزل	72 31.3%	5 2.2%	77 33.5%
المجموع	219 95.2%	11 4.8%	230 100.0%

$$x^2(2.569).p=.766$$

#### الحساسية التفاعلية والمهنة:

لفحص اثر المهنة على الحساسية التفاعلية، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج وجود فروق بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوي (0.013) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) بين متغير الحساسية التفاعلية يعزى للمهنة ، يعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين فئة (ذوي الأعمال الحرة ،والمزارعين ،ربات البيوت) حسب اختبار شففيه (ملحق رقم 1)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق عند مستوى الدلالة بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج ان ربات البيوت اكثر معاناة بنسبة 2.2% تليها فئة الموظفين بنسبة 0.9% وينتشر في الفئات الأخرى بشكل متساو بنسبة 0.4%.

جدول رقم (58)  
الاكتئاب والمهنة

المهنة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	
طالب	46	20.0%	1	0.4%	47
موظف	23	10.0%	1	0.4%	24
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25
أعمال حرة	13	5.7%	2	0.9%	15
لا يعمل متقاعد	42	18.3%	0	0.0%	42
ربة منزل	73	31.7%	4	1.7%	77
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230

$$x^2(5.990).p=.307$$

#### الاكتئاب والمهنة:

لفحص اثر المهنة على الاكتئاب، استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي، تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج وجود فروق بين متغير الاكتئاب يعزى الى المهنة. حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة ( $<0.001$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات بين (فئة الطلاب) (فئة ربات البيوت) (العمال) (وربات البيوت) حسب اختبار شفيه (الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي crosstab وكاي تربيع وقد اتضح ان (ربات البيوت) اكثر معاناة من هذا العرض بنسبة 1.7% تليها فئة (المزارعين وذوي الأعمال الحرة) بنسبة 0.9% ويختفي هذا العرض عند فئة (المتقاعدين وبدون عمل) وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة كل من رادولف 1970 وهوكسيما 1986، حيث وجد ان الزوجات غير العاملات كن اكثر اكتئابا من الزوجات العاملات

وتدعم نظرية الأدوار الاجتماعية التي قال بها جوف وتودرو (1973) والتي تقترح وجود نوعين من الأدوار او المهام في حياة الفرد يؤدي الى حمايته من الاكتئاب، لذا فان مصدر الخطأ التقليدي للمرأة (سيدة/بنت) - هو ان يسمح لها بمصدر واحد للإشباع بينما يمكن ان يفسر انخفاض نسبة المكتئبين من الرجال بوجود نوعين من المهام او الأدوار كما استعرضها (غريب، 2003).

جدول رقم (59)  
القلق والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
طالب	46	1	47
موظف	23	1	24
عامل	24	1	25
أعمال حرة	15	0	15
لا يعمل	41	1	42
ربة منزل	70	7	77
المجموع	219	11	230

$$x^2(5.205).p=.391$$

### القلق والمهنة:

لفحص اثر المهنة على القلق، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متغير القلق والمهنة حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.005) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق البسيطة بين فئة (الطلاب) (ربات البيوت) حسب اختبار شففيه (الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد اتضح ان 5% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي من القلق والذي ينتشر في فئة ربات البيوت بنسبة 3.0% ويختفي هذا العرض (عند فئات المزارعين و ذوي الأعمال الحرة) وينتشر بنسب متساوية بين الفئات الأخرى. وتختلف نتائج دراسة الباحثة عن نتائج دراسة غالي كما أشار إليها (إبراهيم، 1994) على المجتمع الكويتي حيث وجد غالي ان اكثر المجموعا عصابية هي اصحاب المهن إلا ان نتائج دراسة الباحثة تشير الى ان ربات البيوت هن اكثر حاجة

للعلاج من الاضطرابات العصابية بما فيها القلق.

جدول رقم (60)  
العداوة والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
طالب	45	19.6%	2	0.9%	47	20.4%
موظف	23	10.0%	1	0.4%	24	10.4%
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25	10.9%
أعمال حرة	15	6.5%	0	0.0%	15	6.5%
لا يعمل	41	17.8%	1	0.4%	42	18.3%
ربة منزل	71	30.9%	6	2.6%	77	33.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(2.899).p=716$$

#### العداوة والمهنة:

لفحص اثر المهنة على العداوة، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق بين متغير العداوة والمهنة عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة (0.301) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وتبين ان 5% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض الذي ينتشر بصورة اكبر عند فئة (ربات البيوت بنسبة 2.6% ويختفي هذا العرض عند فئة (نوي الأعمال الحرة والمزارعين).

جدول رقم (61)  
قلق الخوف والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
طالب	46	20.0%	1	0.4%	47	20.4%
موظف	22	9.6%	2	0.9%	24	10.4%
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25	10.9%
اعمال حرة	15	6.5%	0	0.0%	15	6.5%
لا يعمل متقاعد	42	18.3%	0	0.0%	42	18.3%
ربة منزل	70	30.4%	7	3.0%	77	33.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(7.427).p=.191$$

## قلق الخوف والمهنة:

لفحص اثر المهنة على قلق الخوف، استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي تحليل التباين الأحادي وأوضحت النتائج وجود فروق بين المتغيرين، حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة ( $0.001 <$  ) اقل من نسبة الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) ويعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق البسيطة بين فئات (المتقاعدين وربات البيوت ) ( وربات البيوت والمزارعين وذوي الأعمال الحرة) و( الموظفين ) ( وفئة العمال ) وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة ، والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين .

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crossta وكاي تربيع وأظهرت النتائج ان 4.8% من أفراد العينة الكلية يحتاجون الى التدخل للعلاج الإكلينيكي من قلق الخوف والذي يكثر انتشاره عند ربات البيوت ونسبته 3.0% ويختفي هذا العرض عند ( فئة المزارعين وذوي الأعمال الحرة) ( وفئة المتقاعدين وبدون عمل) .

### جدول رقم (62)

#### البرانويا والمهنة

المهنة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
طالب	45	19.6%	2	0.9%	47	20.4%
موظف	24	10.4%	0	0.0%	24	10.4%
عامل	25	10.9%	0	0.0%	25	10.9%
أعمال حرة مزارعين	14	6.1%	1	0.4%	15	6.5%
لا يعمل متقاعدين	39	17.0%	3	1.3%	42	18.3%
ربة منزل	74	32.2%	3	1.3%	77	33.5%
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230	100.0%

$$x^2(3.478).p=627$$

### البرانويا والمهنة:

لفحص اثر المهنة على البرانويا، استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأتضح من خلال النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير البارانويا يعزى الى المهنة حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوي ( $0.215$ ) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير البارانويا يعزى للمهنة.

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد اتضح ان 4% تقريبا من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بصورة متساوية عند فئة (ربات البيوت) و فئة (المتقاعدين بدون عمل ) أكثر من الفئات الأخرى بنسب متساوية 1.3% ويختفي هذا العرض عند فئة (الموظفين والعمال).

جدول رقم (63)  
الذهان والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	
طالب	45	19.6%	2	0.9%	47
موظف	22	9.6%	2	0.9%	24
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25
أعمال حرة متقاعدين	14	6.1%	1	0.4%	15
لا يعمل متقاعدين	38	16.5%	4	1.7%	42
ربة منزل	74	32.2%	3	1.3%	77
المجموع	217	94.3%	13	5.7%	230

$$x^2(2.278).p=.809$$

#### الذهان والمهنة:

لفحص اثر المهنة على الذهان، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي و اتضح انه لا يوجد فروق بين متغير الذهان تعزى للمهنة، حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.312) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab كاي تربيع اتضح أن 6% تقريبا من أفراد العينة بحاجة الى تدخل علاجي والذي يظهر عند فئة (المتقاعدين بدون عمل) أعلى منها في الفئات الأخرى بنسبة 1.7% تليها فئة ربات البيوت بنسبة 1.3% بينما تتخفف النسبة في الفئات الأخرى.

## البعد الإضافي والمهنة:

لفحص اثر المهنة على البعد الإضافي، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة ( $0.001 <$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) و يعزى مصدر العلاقة للفروق بين فئة (ربات البيوت) و(فئة الطلاب) وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. حسب اختبار شففيه(ملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات المهنية بحاجة الى تدخل علاجي لهذا العرض استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج ان 3.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة للعلاج من هذا العرض والذي اختفى عند (فئة المزارعين وذوي الأعمال الحرة) وتوزعت النسب بين فئة الموظفين، والمتقاعدين، وربات البيوت، بنسب متساوية وقيمتها 0.9%.

جدول رقم (64)  
البعد الإضافي والمهنة

الوظيفة	لا يحتاج لعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	
طالب	46	20.0%	1	0.4%	47
موظف	22	9.6%	2	0.9%	24
عامل	24	10.4%	1	0.4%	25
أعمال حرة	15	6.5%	0	0.0%	15
لا يعمل	40	17.4%	2	0.9%	42
ربة منزل	75	32.6%	2	0.9%	77
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230

$$x^2(2.885).p=.718$$

## الفرضية السادسة: الأعراض النفسية ودرجة القربان

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية ( تعزى إلى درجة القربان

جدول رقم (65)

المتوسطات الحسابية للأعراض النفسية وعلاقتها مع درجة القرابة

Sigma	F	زوجات	اخوات	اخوة	الأم	الأب	درجة القرابة الأعراض النفسية
<0.001	13.32	1.31	1.16	0.97	1.98	1.30	الأعراض الجسدية
0.008	3.51	1.37	1.39	1.29	1.76	1.48	الوسواس القهري
0.138	1.76	1.65	1.48	1.25	1.57	1.34	الحساسية التفاعلية
<0.001	7.90	1.99	1.61	1.35	2.06	1.44	الإكتئاب
0.004	3.93	1.45	1.20	1.03	1.52	1.10	القلق
0.650	0.831	1.56	1.28	1.35	1.45	1.20	العدوان
<0.001	8.52	1.29	1.10	0.74	1.40	0.73	قلق الخوف
0.902	0.26	1.57	1.39	1.41	1.46	1.53	البارانويا
0.389	0.04	0.93	1.10	0.91	1.10	0.89	الذهان
0.35	2.63	1.84	1.75	1.71	2.10	1.74	العبارات الإضافية

الجدول رقم (66)

درجة القرابة والأعراض الجسدية

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أب	38	16.5%	0	0.0%	38	16.5%
أم	41	17.8%	8	3.5%	49	21.3%
أخ	64	27.8%	1	0.4%	65	28.3%
أخت	59	25.7%	1	0.4%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	220	95.7%	10	4.3%	230	100.0%

$$x^2(21.722).p=.000$$

الأعراض الجسدية ودرجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على الأعراض الجسدية، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج ان هناك فروق بين متغير الأعراض الجسدية يعزى الى متغير درجة القرابة حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة ( $<0.001$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين وتعزى مصدر هذه

العلاقة للفروق بين ( فئة الآباء ) ( وفئة الأمهات ) مع جميع الفئات الأخرى حسب اختبار شفيه (الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات حسب درجة القرابة بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 4.3% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي لعلاج الأعراض الجسدية التي تنتشر بين فئة الأمهات بنسبة 3.5% ويختفي هذا العرض عند فئة الإباء والزوجات وينتشر بصورة متساوية عند فئة ( الإخوة والأخوات ) ونسبتهم 4.0%. وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة خميس (1989) حول التكيف مع الضغوطات النفسية الناجمة عن فقدان، الاعتقال، الأبعاد او تدمير البيوت حيث أظهرت نتائج الدراسة ان العائلات الفلسطينية التي تتعرض لمثل هذه الضغوطات السياسية تؤثر سلبا على صحتهم النفسية والجسمية.

الجدول رقم (67)  
درجة القرابة والوسواس القهري

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
أب	36	7.5%	2	0.9%	38	16.5%
أم	47	20.4%	2	0.9%	49	21.3%
أخ	63	27.4%	2	0.9%	65	28.3%
أخت	58	25.2%	2	0.9%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(1.097).p=.895$$

#### الوسواس القهري ودرجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على الوسواس القهري، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي ظهر من الجدول رقم (65) ان هناك علاقة بين الوسواس القهري ودرجة القرابة حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة تساوي (0.008) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ( بين المتغيرين، وتعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين فئة ( الأمهات وفئة الاخوة ) حسب اختبار شفيه(الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات حسب درجة القرابة بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab كاي تربيع حيث وجد ان 3.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين جميع الفئات بنسب متساوية وقيمته 0.9% ويختفي هذا العرض عند فئة الزوجات.

الجدول رقم (68)  
درجة القرابة والحساسية التفاعلية

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أب	35	15.2%	3	1.3%	38	16.5%
أم	46	20.0%	3	1.3%	49	21.3%
أخ	63	27.4%	2	0.9%	65	28.3%
أخت	58	25.2%	2	0.9%	60	26.1%
زوجة	17	7.4%	1	0.4%	18	7.8%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(1.717), p=.788$$

#### الحساسية التفاعلية ودرجة القرابة :

لفحص اثر درجة القرابة على الحساسية التفاعلية استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوى (0.138) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات حسب درجة القرابة بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع، وجد أن 4.8% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة (الأمهات والإباء) بنسبة متساوية وقيمتها 1.3% تليها فئة الأخوة والأخوات بنسبة 0.9% ويقل في فئة الزوجات.

الجدول رقم (69)  
درجة القرابة والاكنتاب

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
أب	35	15.2%	3	1.3%	38	16.5%
أم	46	20.0%	3	1.3%	49	21.3%
أخ	64	27.8%	1	0.4%	65	28.3%
أخت	58	25.2%	2	0.9%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230	100.0%

$$x^2(4.000).p=.406$$

### الاكنتاب ودرجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على الاكنتاب استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج وجود فروق عند مستوى الدلالة بين المتغيرين، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة ( $< 0.001$ ) اقل من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين (الإباء والأمهات) (الأمهات والأخوة) (الأبء والأخوات) (الأمهات والزوجات) حسب اختبار شففيه (الملحق رقم 1) وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات حسب درجة القرابة بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد أظهرت النتائج أن 3.9% من أفراد العينة كلها بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من الاكنتاب الذي ينتشر بنسب متساوية عند فئة الإباء والأمهات وقيمه 1.3% تليها فئة الأخوات ونسبته 0.9% ويختفي هذا العرض عند فئة الزوجات.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي استعرضها غريب (2003) والتي ظهر من إحدى نتائجها ان الأم أكثر اكتئاباً من الأب بالنسبة للمكتئبين من أفراد العينة المدروسة بينما أوجدت الباحثة ان النسبة متساوية بين الأمهات والإباء في حاجتهم للعلاج من الاكنتاب، علماً ان هناك اختلافاً في العينة لان عينة الباحثة هم ذوي الشهداء وكذلك الظروف التي أجريت بها الدراسة. وقد اوضح براون ومساعدته من دراسته على نساء يعشن جنوب لندن العاصمة ان هناك أربعة عوامل تزيد من احتمال تعرضهن للاكنتاب وهذه العوامل هي فقد احد الوالدين قبل بلوغ

السابعة عشرة، وان تكون المرأة لها ثلاثة أبناء تحت سن الرابعة عشرة، عدم السعادة في الزواج عدم الحصول على فرصة عمل كاملة (العفيفي، 1990).

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة (لوندين وزملاؤه، 1993) حيث أظهرت نتائج دراسته ان الأمهات يعانين من الاكتئاب اكثر من غيرهن علما ان 10% من أفراد العينة ظهر لديهم الاكتئاب والتغير في عاداتهم وحياتهم اليومية (يعقوب، 1999).

الجدول رقم (70)  
درجة القربة والقلق

درجة القربة	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع عدد	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
أب	37	16.1%	1	0.4%	38	16.5%
أم	43	18.7%	6	2.6%	49	21.3%
أخ	64	27.8%	1	0.4%	65	28.3%
أخت	57	24.8%	3	1.3%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100%

$$x^2(8.790).p=.067$$

#### القلق ودرجة القربة :

لنحصر اثر درجة القربة على القلق استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، يظهر الجدول رقم (65) ان هناك فروق بين متغير القلق ودرجة القربة، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.004) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، ويعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين فئة (الأمهات والأخوة) حسب اختبار شففيه (ملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات حسب درجة القربة بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وجد أن 4.8% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الأمهات بنسبة 2.6%، تليها فئة الأخوات ونسبته 1.3% ويختفي هذا العرض في فئة الزوجات .

وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي قام بها (لوندين وزملاؤه، 1993) حيث أجريت الدراسة على 84 شخص من السويد بالإضافة الى 216 شخص من المناطق المهدهة

بالتلوث النووي حيث أجريت بعد اسبوعين من وقوع الكارثة وقد أظهرت الدراسة ان الأمهات يعانين من القلق اكثر من الفئات الأخرى كما أشار (يعقوب، 1999).

الجدول رقم (71)  
درجة القرابة والعداوة

نسبة %	المجموع عدد	يحتاج لعلاج		لا يحتاج للعلاج		درجة القرابة
		نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	
16.5%	38	0.9%	2	7.5%	36	أب
21.3%	49	0.9%	2	20.4%	47	أم
28.3%	65	0.9%	2	27.4%	63	أخ
26.1%	60	1.3%	3	24.8%	57	أخت
7.8%	18	0.9%	2	7.0%	16	زوجة
100.0%	230	4.8%	11	95.2%	219	المجموع

$$x^2(2.077).p=.722$$

#### العداوة و درجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على العداوة استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق بين متغير العداوة ودرجة القرابة ،حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة ( 0.506) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل الفرضية التي وضعتها الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات بحاجة الى تدخل علاجي حسب هذا المتغير استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع حيث وجد ان 4.8% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الأخوات بنسبة 1.3% بينما يتواجد هذا العرض عند الفئات الأخرى بنسب متساوية قيمتها 0.9%

الجدول رقم (72)  
درجة القرابة وقلق الخوف

نسبة %	المجموع عدد	يحتاج لعلاج		لا يحتاج للعلاج		درجة القرابة
		نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	
16.5%	38	0.4%	1	16.1	37	أب
21.3%	49	3.0%	7	18.3	42	أم
28.3%	65	0.4%	1	27.8	64	أخ
26.1%	60	0.9%	2	%	58	أخت
7.8%	18	0.0%	0	7.8%	18	زوجة
100.0%	230	4.8%	11	95.2	219	المجموع

$$x^2(12.786).p=.012$$

## قلق الخوف ودرجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على قلق الخوف استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، حيث ظهر من الجدول (65) ان هناك فروق بين متغير قلق الخوف يعزى الى درجة القرابة حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة ( $0.001 <$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروقات بين فئة (الاباء والأمهات) (الأمهات والأخوة) حسب اختبار شففيه(الملحق رقم 1)، وبهذا ترفض الفرضية التي وضعتها الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات بحاجة الى تدخل علاجي حسب هذا المتغير استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع، وجد أن 4.8% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الأمهات بنسبة 3.0% تليها فئة الأخوات ونسبته 0.9% ويخفي هذا العرض عند فئة الزوجات. وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسة التي قامت بها صواف وزملاؤها حيث أوجدت نتائج دراستهم ان الرجال يعانون من الخوف الاجتماعي اكثر بينما انفقت معها ان النساء يعانين من الخوف بشكل عام اكثر من الرجال.(صواف وزملاؤها، 2001).

الجدول رقم (73)  
درجة القرابة و البرانويا

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أب	34	14.8%	4	1.7%	38	16.5%
أم	48	20.9%	1	0.4%	49	21.3%
أخ	63	27.4%	2	0.9%	65	28.3%
أخت	59	25.7%	1	0.4%	60	26.1%
زوجة	17	7.4%	1	0.4%	18	7.8%
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230	100.0%

$$x^2(5.932).p=.204$$

## البرانويا ودرجة القرابة :

لفحص اثر درجة القرابة على البرانويا استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وقد أظهرت النتائج انه لا يوجد فروق بين متغير البرانويا ومتغير درجة القرابة حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوي ( $0.902$ ) الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين.

الدلالة المحسوبة تساوي (0.902) الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات بحاجة الى تدخل علاجي حسب هذا المتغير استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع ويظهر من الجدول رقم (73) ان 4.0% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الاباء بنسبة 1.7% تليها فئة الأخوة ونسبته 0.9% ويتساوى انتشار هذا العرض عند الفئات الأخرى.

الجدول رقم (74)  
درجة القرابة و الذهان

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أب	34	14.8%	4	1.7%	38	16.5%
أم	47	20.4%	2	0.9%	49	21.3%
أخ	62	27.0%	3	1.3%	65	28.3%
أخت	56	24.3%	4	1.7%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	217	94.3%	13	5.7%	230	100.0%

$$x^2(3.245).p=.518$$

### الذهان ودرجة القرابة:

لفحص اثر درجة القرابة على الذهان، استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي واتضح من الجدول (65) انه لا يوجد فروق بين متغير الذهان ومتغير درجة القرابة حيث ان نسبة مستوى الدلالة المحسوبة (0.664) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات بحاجة إلى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع واطهرت النتائج أن 5.7% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة ( الأمهات والأخوات) بالتساوي ونسبته 1.7% تليها فئة الأخوة ونسبته 1.3% ويخفي هذا العرض عند فئة الزوجات . وتتماشى نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة سحويل (2001) على مجتمع أهالي الشهداء والتي أشارت الى وجود مشاكل ذهانية كالغضب على المجتمع، الهلوسة، الشعور بالعجز والارتباك والإنكار لموت الفقيد .

الجدول رقم (75)  
درجة القرابة و البعد الإضافي

درجة القرابة	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أب	37	16.1%	1	0.4%	38	16.5%
أم	47	20.4%	2	0.9%	49	21.3%
أخ	62	27.0%	3	1.3%	65	28.3%
أخت	58	25.2%	2	0.9%	60	26.1%
زوجة	18	7.8%	0	0.0%	18	7.8%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(1.037).p=.904$$

### درجة القرابة والبعد الإضافي:

لفحص اثر درجة القرابة على البعد الإضافي استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وقد أظهرت النتائج انه يوجد علاقة بين البعد الإضافي تعزى الى درجة القرابة بما ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.035) اقل من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين (الاباء والأخوة) (الاباء و الأخوات) (الأمهات والاباء) (الأمهات والأخوة) حسب اختبار شفيه (ملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات بحاجة الى تدخل علاجي حسب هذا المتغير استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج أن 3.5% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين الأخوة وقيمه 1.3 % تليها فئة (الأمهات و الأخوات) ونسبته 0.9% ويختفي هذا العرض عند فئة الزوجات .

### الفرضية السابعة: الأعراض النفسية ودرجة ممارسة التعاليم الدينية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) في درجة الآثار النفسية (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية) تعزى إلى درجة ممارسة التعاليم الدينية.

جدول رقم (76)

تحليل التباين والمتوسطات الحسابية للأعراض النفسية وعلاقتها مع ممارسة التعاليم الدينية

Sigma	F	لا يمارسها/ قليل منها	بصورة غير منتظمة	بصورة منتظمة	ممارسة التعاليم الأعراض النفسية
0.005	5.48	1.08	1.09	1.46	الأعراض الجسدية
0.127	2.09	1.42	1.28	1.51	الوسواس القهري
0.530	0.64	1.38	1.32	1.46	الحساسية المفرطة
0.123	2.12	1.42	1.53	1.70	الإكتئاب
0.743	0.30	1.17	1.19	1.26	القلق
0.498	0.20	1.19	1.41	1.35	العدوان
0.48	3.83	0.83	0.86	1.10	الخوف القلبي
0.922	0.081	1.43	1.48	1.43	الباراتويا
0.979	0.21	0.99	0.97	0.99	الذهان
0.031	3.53	1.59	1.70	1.90	العبارات الإضافية

الجدول رقم (77)

التعاليم الدينية والأعراض الجسدية

المجموع		يحتاج لعلاج		لا يحتاج لعلاج		ممارسة التعاليم الدينية
نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	
63.4%	142	3.6%	8	59.8%	134	منتظم
21.9%	49	0.4%	1	21.4%	48	غير منتظم
14.7%	33	0.4%	1	14.3%	32	قليل/عدم تطبيق
100.0%	224	4.5%	10	95.5%	214	المجموع

$$x^2(1.289).p=.525$$

الأعراض الجسدية وممارسة التعاليم الدينية

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على الأعراض الجسدية استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الأعراض الجسدية وممارسة التعاليم الدينية، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.005) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، وتعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروقات في فئة أفراد العينة الذين يمارسون التعاليم الدينية (بشكل مستمر) (وغير مستمر) حسب اختبار شفيه (الملحق رقم 1)، وبالتالي ترفض فرضية الباحث الذي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين ولمعرفة أي

الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة الى تدخل علاجي من الأعراض الجسدية، استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي Crosstab وكاي تربيع وتبين ان 4.5% من أفراد العينة بحاجة للعلاج الإكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الممارسين (للتعاليم الدينية بشكل مستمر) ونسبتهم 3.6% أعلى منها في الفئات الأخرى والذي ينتشر هذا العرض لديهم بشكل متساوي ونسبته 0.4% وأظهرت النتائج ان (فئة المنتظمة في ممارسة التعاليم الدينية) هي اكثر الفئات بحاجة الى تدخل علاجي من جميع الأعراض النفسية مما يؤكد ان الأمراض النفسية هي بيولوجية المنشأ وأنه ليس للدين او المعتقدات أية علاقة بالأمراض النفسية، وربما يعود ذلك الى أسباب اخرى غير الدين كالظروف التي أجريت فيها الدراسة او سمات شخصية او ظروف اخرى لم تخضع للدراسة.

الجدول رقم (78)  
التعاليم الدينية والوسواس القهري

ممارسة التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج عدد	يحتاج لعلاج عدد	المجموع عدد
منتظم	137	5	142
غير منتظم	48	1	49
قليل/عدم تطبيق	32	1	33
المجموع	217	7	224

$$x^2(.265).p=.876$$

### الوسواس القهري وممارسة التعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على الوسواس القهري استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.127) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تشير الى عدم وجود فروق بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة للتدخل العلاجي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد وجد ان 3.5% من أفراد العينة بحاجة الى التدخل الإكلينيكي للعلاج من عرض الوسواس القهري الذي ينتشر بنسبة 2.2% بين فئة

الممارسين (للتعاليم الدينية بشكل مستمر) أعلى منها في الفئات الأخرى والذي ينتشر هذا العرض بينهم بشكل متساو بنسبة 0.4%

#### الجدول رقم (79)

##### التعاليم الدينية والحساسية التفاعلية

ممارسة التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
منتظم	عدد 134 نسبة % 59.8%	عدد 8 نسبة % 3.6%	عدد 142 نسبة % 63.4%	
غير منتظم	عدد 47 نسبة % 21.0%	عدد 2 نسبة % 9%	عدد 49 نسبة % 21.9%	
قليل/عدم تطبيق	عدد 33 نسبة % 14.7%	عدد 0 نسبة % 0.0%	عدد 33 نسبة % 14.7%	
المجموع	عدد 214 نسبة % 95.5%	عدد 10 نسبة % 4.5%	عدد 224 نسبة % 100.0%	

$$x^2(2.014).p=.365$$

##### الحساسية التفاعلية وممارسة التعاليم الدينية

من خلال استخدام تقنية تحليل التباين الأحادي اتضح انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.530) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تشير الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحساسية التفاعلية وممارسة التعاليم الدينية.

ولمعرفة أي الفئات بحاجة للتدخل العلاجي من هذا العرض، استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي Crosstab وكاي تربيع وجد ان 4.5% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من عرض الحساسية التفاعلية الذي ينتشر بنسبة 3.6% بين فئة الممارسين (للتعاليم الدينية بشكل منتظم) ويختفي هذا العرض عند فئة الذين لا يمارسون التعاليم الدينية.

#### الجدول رقم (80)

##### التعاليم الدينية والاكنتاب

ممارسة التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
منتظم	عدد 136 نسبة % 60.7%	عدد 6 نسبة % 2.7%	عدد 142 نسبة % 63.4%	
غير منتظم	عدد 48 نسبة % 21.4%	عدد 1 نسبة % 0.4%	عدد 49 نسبة % 21.9%	
قليل/عدم تطبيق	عدد 32 نسبة % 14.3%	عدد 1 نسبة % 0.4%	عدد 33 نسبة % 14.7%	
المجموع	عدد 216 نسبة % 96.4%	عدد 8 نسبة % 3.6%	عدد 224 نسبة % 100.0%	

$$x^2(.538).p=.764$$

## الاكتئاب وممارسة التعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على الاكتئاب استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين، حيث بلغ مستوى الدلالة المحسوبة (0.123) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05). وبناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب وممارسة التعاليم الدينية .

ولمعرفة أي الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع أظهرت النتائج ان 3.6% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى العلاج الإكلينيكي من عرض الاكتئاب الذي ينتشر بنسبة أعلى بين الفئة الممارسة للتعاليم الدينية بشكل منتظم ونسبتهم 2.7% منه عند الفئات الأخرى التي ينتشر العرض بصورة متساوية بين افرادها بنسبة 0.4%.

الجدول رقم (81)  
التعاليم الدينية والقلق

ممارسة التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
منتظم	135	60.3%	7	3.1%	142	63.4%
غير منتظم	47	21.0%	2	0.9%	49	21.9%
قليلًا/عدم تطبيق	32	14.3%	1	0.4%	33	14.7%
المجموع	214	95.5%	10	4.5%	224	100.0%

$$x^2(248).p=.883$$

## القلق وممارسة التعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على القلق استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج كما هو موضح في جدول رقم (76) انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.743) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبهذا تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي Crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج ان 4.5% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من عرض القلق الذي ينتشر بنسبة 3.1% عند الفئات التي تمارس التعاليم الدينية بشكل مستمر اعلى منه عند الفئات الأخرى.

الجدول رقم (82)  
التعاليم الدينية والعداوة

ممارسة التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
منتظم	137 61.2%	5 2.2%	142 63.4%
غير منتظم	46 20.5%	3 1.3%	49 21.9%
قليلًا/عدم تطبيق	31 13.8%	2 0.9%	33 14.7%
المجموع	214 95.5%	10 4.5%	224 100.0%

$$x^2(809).p=.667$$

### العداوة وممارسة التعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على العداوة استخدمت الباحثة تقنية التحليل الإحصائي، تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير العداوة يعزى لممارسة التعليم الدينية حيث أن نسبة الدلالة المحسوبة (0.498) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنيات التحليل الإحصائي Crosstab وكاي تربيع وجد ان 4.5% من أفراد العينة بحاجة للعلاج الإكلينيكي من عرض العداوة الذي ينتشر بنسبة أعلى بين فئة الممارسين (للتعاليم الدينية بشكل منتظم) ونسبتهم 2.2% ويقل هذا المرض عند فئة الذين (لا يمارسون التعاليم الدينية) او (قليلًا منها).

الجدول رقم (83)  
التعاليم الدينية وقلق الخوف

التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج عدد نسبة %	يحتاج لعلاج عدد نسبة %	المجموع عدد نسبة %
منتظم	134 59.8%	8 3.6%	142 63.4%
غير منتظم	47 21.0%	2 0.9%	49 21.9%
قليلًا/عدم	33 14.7%	0 0.0%	33 14.7%
المجموع	214 95.5%	10 4.5%	224 100.0%

$$x^2(2.014).p=.365$$

## قلق الخوف والتعاليم الدينية:

لفحص اثر التعاليم الدينية على قلق الخوف استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير قلق الخوف تعزى الى ممارسة التعاليم الدينية، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.048) اقل من مستوى الدلالة (0.05). وبناء عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق بين المتغيرين، ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين فئة الافراد الذين يمارسون (التعاليم الدينية بشكل منتظم) (او قليل منها) حسب اختبار شففيه (الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات الممارسة للتعاليم الدينية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع، وجد ان 4.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة الممارسين للتعاليم بشكل منتظم ونسبتهم 3.6% ويختفي هذا العرض عند فئة الذين لا يمارسون التعاليم الدينية.

الجدول رقم (84)  
التعاليم الدينية والبرانويا

التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع
نسبة %	عدد	نسبة %	عدد
منتظم	61.2%	2.2%	142
غير منتظما	21.0%	0.9%	49
قليل/عدم	13.8%	0.9%	33
المجموع	96.0%	4.0%	224

$$x^2(.448).p=.799$$

## البرانويا وممارسة التعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على البرانويا استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق بين متغير البرانويا وممارسة التعاليم الدينية، حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.922) أعلى من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) بناءً عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين . ولمعرفة أي الفئات بحاجة للعلاج استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وأظهرت النتائج ان 4.0% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر

بين فئة الممارسين للتعالم بشكل منتظم ونسبتهم 2.2% وتتساوى النسب عند الفئات الأخرى بنسبة 0.9%.

الجدول رقم (85)

التعاليم الدينية والذهان

التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
عدد	نسبة %	عدد	عدد	نسبة %
منتظم	135	7	142	63.4%
غير منتظم	45	4	49	21.9%
لا ينتظم	32	1	33	14.7%
المجموع	212	12	224	100.0

$$x^2(1.165).p=.559$$

الذهان والتعاليم الدينية:

لفحص اثر ممارسة التعاليم الدينية على الذهان استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.079) أعلى من مستوى الدلالة (المفروضة 0.05) وبناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الذهان وممارسة التعاليم الدينية .

ولمعرفة أي الفئات بحاجة للتدخل العلاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وجد أن 5.4% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من عرض الذهان الذي ينتشر بين فئة الممارسين للتعالم بشكل منتظم ونسبتهم 3.1% ويقل في الفئة التي لا تمارس التعاليم الدينية.

الجدول رقم (86)

التعاليم الدينية والبعد الإضافي

التعاليم الدينية	لا يحتاج لعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
عدد	نسبة %	عدد	عدد	نسبة %
منتظم	137	5	142	63.4%
غير منتظم	48	1	49	21.9%
قليل/لا ينتظم	32	1	33	14.7%
المجموع	217	7	224	100.0%

$$x^2(.265).p=876$$

البعد الإضافي والتعاليم الدينية:

ظهر من جدول رقم (76) ان مستوى الدلالة المحسوبة تساوي (0.031) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05)، باستخدام تقنية تحليل التباين الأحادي اتضح انه يوجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين متغير العبارات الإضافية تعزى الى ممارسة التعاليم الدينية وبناء عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين ويعزى مصدر هذه العلاقة للفروق بين الذين يمارسون التعاليم الدينية بصورة منتظمة والفئة التي لا تمارس التعاليم الدينية حسب اختبار شفیه (الملحق رقم 1).

ولمعرفة أي الفئات بحاجة للتدخل العلاجي من هذا المرض استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وتبين أن 3.1% من أفراد العينة بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة (الممارسين للتعاليم بشكل منتظم) ونسبتهم 2.2% ويقل في الفئات الأخرى لينتشر بنسب متساوية فيما بينهم وقيمته 0.4%

### الفرضية الثامنة: الأعراض النفسية والحالة الاجتماعية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الآثار النفسية الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا التخيلية، الذهانية ( تعزى إلى الحالة الاجتماعية).

#### جدول رقم (87)

المتوسطات الحسابية وتحليل التباين للأعراض النفسية مع الحالة الاجتماعية

Sigma	F	أرمل امطلق	متزوج	أعزب/أخاطب	الحالة الاجتماعية الأعراض النفسية
<0.001	20.79	1.60	1.56	0.90	الأعراض الجسدية
<0.001	9.92	1.69	1.59	1.20	الوسواس القهري
0.083	2.52	1.60	1.48	1.28	الحساسية المفرطة
<0.001	10.64	2.09	1.71	1.38	الإكتئاب
0.017	4.13	1.43	1.32	1.08	القلق
0.657	0.39	1.46	1.35	1.30	العدوان
0.402	0.91	1.15	1.03	0.94	الخوف القلبي
0.138	1.99	1.68	1.48	1.33	البارانويا
0.413	.89	1.04	1.05	0.92	الذهان
0.002	6.21	2.01	1.92	0.62	العبارات الإضافية

الجدول رقم (88)  
الأعراض الجسدية والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	86	37.4%	0	0.0%	86	37.4%
متزوج	105	45.7%	8	3.5%	113	49.1%
مطلق /أرمل	29	12.6%	2	0.9%	31	13.5%
المجموع	220	95.7%	10	4.3%	230	100.0%

$$x^2(6.267).p=.44$$

الأعراض الجسدية والحالة الاجتماعية:

لفحص أثر الحالة الاجتماعية على الأعراض الجسدية، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية والأعراض الجسدية ويعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين فئات مستوى الحالة الاجتماعية (أعزب/ خاطب) و(المتزوجين) و(الأرامل/مطلقين) حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة ( $<0.001$ ) أقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناء على ذلك ترفض فرضية الباحثة، والتي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين (حسب اختبار شفيه). ولمعرفة أي الفئات حسب هذا المتغير بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع، تبين ان نسبته 4.3% من أفراد العينة ككل بحاجة الى علاج الإحصائي وأكثر هذه الفئات حاجة للعلاج أكلينيكي هي (فئة المتزوجين) بنسبة 3.5% وتليها فئة الأرامل 0.9% وتختفي هذه الأعراض عند فئة العزاب وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع دراسة قريناوي وزملائه (1994) حيث وجد ان الشكوى الجسدية عند أرامل الشهداء أعلى منها عند البنات والأبناء.

الجدول رقم (89)

الحالة الاجتماعية والوسواس القهري

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	85	37.0%	1	0.4%	86	37.4%
متزوج	108	47.0%	5	2.2%	113	49.1%
مطلق /أرمل	29	4.5%	2	0.9%	31	13.5%
المجموع	222	96.5%	8	3.5%	230	100.0%

$$x^2(2.491).p=.288$$

## الوسواس القهري والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على الوسواس القهري، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي وأظهرت النتائج ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية والوسواس القهري ويعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين فئة (العزاب والخطاب) (العزاب والخطاب) و(الأرامل/مطلقين) و(المتزوجين) حسب اختبار شفيه (الملحق رقم 1). حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة ( $0.001 <$ ) اقل من نسبة الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) وبهذا ترفض الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات حسب هذا المتغير بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع أظهرت النتائج أن 3.5% من أفراد العينة الكلية بحاجة للعلاج من هذا العرض الذي ينتشر في فئة المتزوجين بنسبة 2.2% أعلى من الفئات علاج إكلينيكي الأخرى وتختلف نتائج دراسة الباحثة عن دراسة (كارنوا، 1988) وآخرون حيث وجد ان اضطراب الوسواس القهري بين (المطلقين والمفصولين) أعلى من الفئات الأخرى وذلك في دراسة على عينة مكونة من 18572 وصلت اعمارهم الى 18 سنة فأكثر (توفيق، 2000).

### الجدول رقم (90)

#### الحساسية التفاعلية والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج عدد	نسبة %	يحتاج لعلاج عدد	نسبة %	المجموع عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	85	37.0%	1	0.4%	86	37.4%
متزوج	104	45.2%	9	3.9%	113	49.1%
مطلق /أرمل	30	13.0%	1	0.4%	31	13.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(5.152).p=0.076$$

#### الحساسية التفاعلية والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على الحساسية التفاعلية استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، اتضح من جدول رقم (87) انه لا يوجد فروق بين متغير الحساسية التفاعلية والحالة الاجتماعية حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة ( $0.083$ ) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود دلالة إحصائية بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات حسب الحالة الاجتماعية بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع اتضح من خلال النتائج ان 4.8% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض والذي ينتشر بنسبة 3.9% عند (فئة المتزوجين) وهي نسبة أعلى من الفئات الأخرى التي ينتشر فيها بنسب متساوية.

### الجدول رقم (91)

#### الحالة الاجتماعية والاكتئاب

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج		يحتاج علاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
أعزب/خاطب	85	37.0%	1	0.4%	86	37.4%
متزوج	106	46.1%	7	3.0%	113	49.1%
مطلق/أرمل	30	13.0%	1	0.4%	31	13.5%
المجموع	221	96.1%	9	3.9%	230	100.0%

$$x^2(3.334).p=.189$$

#### الاكتئاب والحالة الاجتماعية الشخصية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على الاكتئاب، استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي واتضح من الجدول رقم (87) ان هناك فروق بين متغير الحالة الاجتماعية والاكتئاب حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة (0.017) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الاكتئاب والحالة الاجتماعية، ويعزى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين الفئات (العزاب) والخطاب (المتزوجين) (حسب اختبار شففيه ملحق رقم 1) .

وترى الباحثة ان نتائج دراستها تتعارض مع نتائج دراسة كيرنج وزملائه (1979)، حيث أشار الى ان المتزوجين لديهم نسبة اقل من الأعراض الإكتئابية، إلا ان مجتمع كيرنج وزملاءه مختلف عن مجتمع دراسة الباحثة، وربما ايضا الظروف التي أجريت فيها الدراسات مختلفة تماما.

ألا انه وجد بيرنز (1978) الى ان عامل الخطر للإصابة بالإضطرابات الوجدانية يقل لدى المتزوجين بالمقارنة مع غير المتزوجين باستثناء زهان الهوس -الاكتئاب (غريب، 2003) .

ولمعرفة أي الفئات بحاجة للتدخل العلاجي حسب متغير الحالة الاجتماعية استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد اتضح ان 3.9% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض الذي ينتشر عند فئة المتزوجين بنسبة 3.0% أعلى من الفئات الأخرى.

وقد أشار (ابو زيد، 2001) من تلخيص نتائج الدراسات التي أشار إليها في تعليقه ان المتزوجين اكثر اكتئابا من غير المتزوجين، وهذا يتفق مع نتائج دراسة الباحثة والتي كانت نتیجتها ان المتزوجين بحاجة للعلاج الإكلينيكي من الاكتئاب اكثر من الفئات الأخرى. إلا انه تختلف نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه غريب (1995) من خلال استعراضه لنتائج الدراسات السابقة الى انه يزداد الاكتئاب لدى غير المتزوجين من حيث الشدة ونسبة الانتشار.

الجدول رقم (92)  
القلق والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	نسبة %
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %		
أعزب/خاطب	84	36.5%	2	0.9%	86	37.4%
متزوج	106	46.1%	7	3.0%	113	49.1%
مطلق/أرمل	29	12.6%	2	0.9%	31	13.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(1.824).p=.402$$

#### القلق والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الشخصية الاجتماعية استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، وتعزى مصدر هذه العلاقة للفروق البسيطة بين فئة (العزاب، خاطبين) (فئة المتزوجين) حسب اختبار شفیه (الملحق)، حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة 0.017 اقل مستوى من الدلالة المفروضة (0.05)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الاجتماعية. القلق يعزى الى الحالة الاجتماعية.

ولمعرفة أي الفئات بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد أظهرت النتائج ان 5% تقريبا من أفراد العينة كلها بحاجة الى تدخل إكلينيكي من هذا العرض الذي ينتشر بين فئة المتزوجين ونسبتهم 3.0% أعلى منه عند الفئات الأخرى وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع دراسة قريناوي وزملاءه (1993)، حيث وجد ان فئة الأرامل تعاني من القلق اكثر من فئة (الأبناء والبنات) إلا ان الباحثة لم تخضع الأبناء للدراسة.

الجدول رقم (93)  
العداوة والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج		يحتاج للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	84	36.5%	2	0.9%	86	37.4%
متزوج	107	46.5%	6	2.6%	113	49.1%
مطلق /أرمل	28	12.2%	3	1.3%	31	13.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(2.840).p=.242$$

### العداوة والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على العداوة استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي واتضح من النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير العداوة والحالة الاجتماعية حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.675) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الاجتماعية بحاجة للعلاج الإكلينيكي من هذا العرض استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وأتضح من خلال النتائج ان 4.8% تقريبا من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض الذي ينتشر بنسبة 2.6% بين فئة المتزوجون تليه فئة (المطلقين، الأرامل، المفصولين).

الجدول رقم (94)  
قلق الخوف والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج		يحتاج للعلاج		المجموع	
	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	84	36.5%	2	0.9%	86	37.4%
متزوج	104	45.2%	9	3.9%	113	49.4%
مطلق /أرمل	31	13.5%	0	0.0%	31	13.5%
المجموع	219	95.2%	11	4.8%	230	100.0%

$$x^2(5.210).p=.074$$

### قلق الخوف والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على قلق الخوف استخدمت الباحثة تقنية التحليل التباين الأحادي، اتضح انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير قلق الخوف والحالة الاجتماعية حيث

بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.402) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة، والتي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الاجتماعية بحاجة الى تدخل إكلينيكي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد أظهرت النتائج ان 4.8% تقريبا من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي للعلاج من هذا العرض والذي ينتشر بنسبة 3.9% بين (فئة المتزوجين) ويختفي هذا العرض عند فئة (المطلقين، الأرمال، المفصولين).

**الجدول رقم (95)**  
**البرانويا والحالة الاجتماعية**

الحالة الاجتماعية	لا يحتاج للعلاج	يحتاج لعلاج	المجموع	نسبة %
	عدد	عدد	عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	84	2	86	37.4%
متزوج	108	5	113	49.1%
مطلق /أرمل	29	2	31	13.5%
المجموع	221	9	230	100.0%

$$x^2(1.186).p=.553$$

#### البرانويا والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الشخصية على الباحثة استخدمت الباحثة، تقنية التحليل التباين الأحادي، اتضح من خلال النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير البرانويا والحالة الاجتماعية حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.138) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناءً على ذلك تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المتغيرين.

ولمعرفة أي الفئات الاجتماعية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وظهر ان 4.0% تقريبا من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل علاجي من هذا العرض والذي ينتشر بنسبة 2.2% بين (فئة المتزوجين) أعلى منه في الفئات الأخرى والذي ينتشر بين أفرادها بنسب متساوية.

الجدول رقم (96)  
الذهان والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية		لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	83	36.1%	3	1.3%	86	37.4%	
متزوج	105	45.7%	8	3.5%	113	49.1%	
مطلق /أرمل	29	12.6%	2	0.9%	31	13.5%	
المجموع	217	94.3%	13	5.7%	230	100.0%	

$$x^2(1.224).p=.542$$

### الذهان والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على الذهان استخدمت الباحثة تقنية تحليل التباين الأحادي اتضح من خلال النتائج انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الذهان والحالة الاجتماعية حيث بلغت نسبة الدلالة المحسوبة (0.413) أعلى من نسبة الدلالة المفروضة (0.05) وبناء عليه تقبل فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الاجتماعية بحاجة الى تدخل علاجي استخدمت الباحثة تقنية crosstab وكاي تربيع وقد وجد ان 5.7% من أفراد العينة الكلية بحاجة الى تدخل علاجي وان اكثر الفئات معاناة هي فئة (المتزوجين) ونسبتهم 3.5% وهي أعلى منه عند الفئات الأخرى.

الجدول رقم (97)  
البعد الإضافي والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية		لا يحتاج للعلاج		يحتاج لعلاج		المجموع	
عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %	عدد	نسبة %
أعزب/خاطب	83	36.1%	3	1.3%	86	37.4%	
متزوج	110	47.8%	3	1.3%	113	49.1%	
مطلق /أرمل	29	12.6%	2	0.9%	31	13.5%	
المجموع	222	96.5%	8	3.9%	230	100.0%	

$$x^2(1.045).p=.593$$

### البعد الإضافي والحالة الاجتماعية:

لفحص اثر الحالة الاجتماعية على البعد الإضافي استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي، اتضح ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير البعد الإضافي والحالة الاجتماعية حيث بلغت مستوى الدلالة المحسوبة (0.002) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وتعرى مصدر هذه العلاقة الى الفروق بين فئة(العزاب، الخاطبين ) و (العزاب، والمطلقين ) (المتزوجين والعزاب ) حسب اختبار شفيه (ملحق رقم 1)، وبناءً عليه ترفض فرضية الباحثة والتي تنص على عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. ولمعرفة أي الفئات الاجتماعية بحاجة الى العلاج الاكلينيكي استخدمت الباحثة تقنية Crosstab وكاي تربيع وقد أوضحت النتائج ان 3.9% من الفئة الكلية بحاجة الى تدخل إكلينيكي من العرض والذي ينتشر بين الفئات (العزاب والخاطبين ) ( والمتزوجين) بنسب ثابتة وقيمتها 1.3% ويقل عند فئة (الأرامل والمطلقين والمفصولين ) .

## الإكتئاب والعمر

### المقدمة

الحياة مليئة بالمتغيرات التي ربما تزيد من الانفعالات سواء كانت الايجابية منها والتي تجلب للفرد الراحة والسرور او السلبية التي تسبب الإحباط وتجلب الألم والمعاناة وبديمومة الانفعالات السلبية مع تراكمات حياتية وخبرات سيئة يتولد لدى الفرد نوع من الاضطراب الذاتي يحد من قدرته على ممارسة حياته كالمعتاد وهذا الاضطراب الذي يؤثر على المزاج والعقل والجسم يسمى الاكتئاب.

فبالرغم من ان الاكتئاب وجد منذ القدم إلا ان الناس في الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب بصورة اكبر من الماضي، وقد أظهرت الدراسات الى ان الاكتئاب هو اضطراب شائع في كل الحضارات الإنسانية لدرجة ان كثيراً من الأدباء والكتاب وصفوا هذا العصر بأنه العصر الاكتئابي، ففي الولايات المتحدة اكثر من 20 مليون يعانون من هذا الاضطراب، اما على المستوى العالمي فتخمين دراسات منظمة الصحة الدولية كما أشار إليها إبراهيم وآخرون ان هناك على الأقل 100 مليون شخص يعانون من الاكتئاب، كما يبين كالان ( 1979 ) ان فرصة الشخص الذي يصل الى 70 من العمر في الإصابة يأخذ اضطرابا بات الاكتئاب التي تصل الى 8% بالنسبة للذكور والى 20% بالنسبة للإناث في الولايات المتحدة.

كما ان الاكتئاب لا يقتصر على فئة دون اخرى فهو يصيب عامة الناس سواء كانوا أغنياء او فقراء، صغاراً او كباراً اناس مشاهير او اناس غير معروفين، حيث عرض لنا التاريخ بعض الأمثلة على مشاهير أصيبوا بالاكتئاب أمثال أبراهام لينكولن، تشرشل والعقاد (إبراهيم، 1998).

## تحليل ومناقشة النتائج

الفرضية الاولى:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين العمر والاكنتاب.

جدول رقم (98)  
الأكنتاب والعمر إعداد ونسب مئوية

فئات العمر	19- عدد نسبة	29-20 عدد نسبة	39-30 عدد نسبة	49-40 عدد نسبة	59-50 عدد نسبة	60+ عدد نسبة	المجموع عدد نسبة
لا يوجد	27 %24.8	38 %34.9	15 %13.8	16 %14.7	10 %9.2	3 %2.8	109 %51.4
بسيط	4 8%	16 %32	9 %18	10 %20	3 6%	8 %16	50 %23.6
متوسط	6 %13.3	6 %13.3	9 %20	14 %31.1	5 11.1%	5 %11.1	45 %21.2
شديد	0 0.0	2 %25	2 %25	2 25%	1 12.5%	1 %12.5	8 %3.8
المجموع	38 %17.5	62 %29.2	35 %16.5	42 %19.8	19 %9	17 %8	212 %100

$$x^2 = (15) = 28.013, p = 0.021$$

لفحص العلاقة بين الاكنتاب وفئات الأعمار، تم استخدام تقنية التحليل كاي تربيع حيث ان ( $x^2 (15) = 28.013, p, 0.021$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة ( $0.05$ ) تبين ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05$ ) وقد ظهر من التحليل الإحصائي ان 51.4% من أفراد العينة لا يعانون من الاكنتاب بينما 48.6% منها يعانون من الاكنتاب بدرجاته المختلفة وهي موزعة بين فئات الأعمار كالتالي:

بسيط ونسبته 23.6%، متوسط 21.2%، شديد ونسبته 3.8% ويمكن من خلال الجدول (98) ملاحظة الفئات العمرية الأكثر معاناة من الاكنتاب حيث ان الفئة العمرية (29-20) تعاني من الاكنتاب البسيط اكثر من غيرها نسبة 32% تليها الفئة العمرية (49-40) بنسبة 20% علما ان الفئة نفسها تعاني من الاكنتاب المتوسط أكثر من غيرها من الفئات بنسبة 31.1% تليها الفئة العمرية (39-30) بنسبة 20% بينما ترى أن الإكنتاب الشديد في الفئات الثلاث (29-20) (30-39) (49-40) ينتشر بنسب متساوية تقريبا واخفى الإكنتاب الشديد في الفئة العمرية (اقل من

19) ومن هنا ترفض الفرضية التي وضعتها الباحثة والتي تقول انه لا يوجد علاقة بين العمر والاكئاب عند مستوى الدلالة (0.05) وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة ميرلاند التي ذكرت في Pederson et al كما اشارة غريب (1995)؛ غريب (2003) التي مفادها ان الاضطرابات الوجدانية ترتفع الى حدها الأقصى في سن (50-70)، وتختلف أيضا مع نتائج الدراسة السابقة التي تم عرضها كما أشار غريب (1995) في بحثه الاكئاب في ضوء المتغيرات الديمغرافية، والتي اتضح فيها ان الاكئاب يزداد لدى صغار السن وينقص كلما تقدم العمر. وترى الباحثة أن نتائج دراستها تتفق مع نتائج الدراسة المسحية التي أجريت على مجتمعات الولايات المتحدة (1992) والتي أثبتت ان الاكئاب بشكل عام يصيب فئات الأعمار المختلفة، إلا انه اختلفت نتائج دراسة الباحثة في مستويات الاكئاب بين فئات الأعمار والتي ظهر من خلالها ان شدة الاكئاب متواجد بين الفئات الشابة اكثر منها في الفئات الكبرى والصغرى. ويمكن تفسير هذا لأن هذه الفئة هي الأكثر تحملا للمسؤولية من حيث الواجبات الملقاة على عاتقها من تأمين الإحتياجات المختلفة للأسرة.

ويشير شربيني (2001) ان المرحلة التي تبدأ بعد الأربعين في الرجال والنساء هي من مراحل العمر الهامة حيث يتوقع ان يصل الفرد الى قمة الإنجاز على المستوى الشخصي والاجتماعي ويطلق على هذه المرحلة مرحلة (منتصف العمر) وتتميز بالمسؤوليات والأعباء الأسرية والاجتماعية والعملية وبعض التغيرات البدنية والنفسية ويلاحظ ان بعض السيدات والرجال الذين يمرون ببعض الأزمات في هذه المرحلة قد تنتهي بالإصابة بالاكئاب وفي نهاية هذه المرحلة يصل الشخص الى السن المتقدم والذي يرتبط بالإحساس بالنهاية وهو ما يطلق عليه (خريف العمر) وقد اتضح ان نتائج الدراسة تختلف مع نتائج الدراسة عام (1987) التي قام بها، كانوا أكثر والتي أظهرت ان الأشخاص الذين تجاوزوا سن الستين O'BRIEN et al الأشخاص إصابة بالتوتر، والتجنب، واضطراب النوم، وصعوبة التركيز وكذلك دراسة لوندلين وآخرون ، (1993) حيث أظهرت نتائج دراستهم ان المسنين يعانون اكثر من الفئات الأخرى (يعقوب، 1999).

## الفرضية الثانية :

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب والجنس

جدول رقم (99)  
الاكتئاب والجنس

الجنس الاكتئاب	ذكور		إناث		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
لا يوجد	51	46.8%	58	53.2%	109	51.4%
بسيط	22	44%	28	56%	50	23.6%
متوسط	18	40%	27	60%	45	21.2%
شديد	1	12.5%	7	87.5%	8	3.8%
المجموع	92	43.4%	120	56.6%	212	100%

$$x^2 (3)=3.838, p =279$$

لفحص العلاقة بين الاكتئاب والجنس، تم استخدام تقنية التحليل كاي تربيع ومن خلالها تبين انه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة حيث ان ( $x^2 (3)=3.838, p =0.279$ ) وبالرغم من هذا فقد ظهر من التحليل الإحصائي ان 48.6% من أفراد العينة يعانون من الإكتئاب بدرجاته المختلفة ونرى ان فئة النساء تعاني من الاكتئاب بدرجاته المختلفة أكثر من الرجال وذلك لأسباب أخرى غير الجنس وتبلغ أكثر وضوحا في الاكتئاب الشديد ويوضح الجدول (99) توزيع الإكتئاب بين الجنسين كالتالي:

بسيط 56% مقابل 44% عند الرجال، متوسط 60% مقابل 40% عند الرجال شديد 87.5% مقابل 12.5% عند الرجال وبناء عليه تقبل الفرضية الصفرية ويعني ذلك ان الاكتئاب موجود بين الجنسين، علما ان نسبته بين النساء تفوق النسبة بين الرجال بسبعة أضعاف، في حالة الاكتئاب الشديد وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة إبراهيم، عبد التسار (1997) والتي أشارت نتائج دراستها الى ان النساء هن اكثر معاناة من حيث الشعور بالاكتئاب والقلق والعدوان مقارنة مع الرجال، وتؤكد هذه النتيجة من خلال التقرير الذي أشارت إليه كلبرتسون (1997) وبناء على نتائج دراستها حول المجتمعات الإنسانية الى ان المرأة تعاني أكثر من الرجل بما يعادل الضعف

من الاضطرابات خاصة الاكتئاب، كما ان بعض الدراسات أشارت الى ان هذه النسبة تزيد لتصل الى ثلثين او خمسة أضعاف (الصواف، 2001).

كما توافقت نتائج دراسة الباحثة مع نتائج دراسة ليفت لوبين (1975) والمسح القومي للاكتئاب في الولايات المتحدة ودراسة هامين وبيترز سنة (1987) دراسة ينومان (1984) والتي تهدف لدراسة الفروق الجنسية في الأعراض الاكتئابية وأيضاً دراسة عبد الخالق (1989) لدراسة الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين (غريب، 2004).

ويمكن تفسير ذلك حسب وجهة نظر الشربيني (2001) ان التحليل المنطقي للارتباط بين المرأة والاكتئاب ربما يكون لانخفاض تقدير المرأة لذاتها مقابل سيادة الرجل في الأسرة والمجتمع ويشير عيفي (1990) إلى أن طبيعة التكوين النفسي للأنثى أكثر حساسية من الذكر ويميل الى التفكير العاطفي ولتأملي وهي أكثر رقة وأنوثة لذلك تكون أكثر تعرضاً للاكتئاب.

وقد قدم في مؤتمر الطب النفسي الاجتماعي في واشنطن كما أشار إليها الصواف وزملاؤها (2001) ان المرأة تصاب بالحداد المرضي عند فقد شخص عزيز لديها أكثر من الرجل وقد وجد أيضاً ان الزوج ليس هو الشخص العزيز الأول بل الأب، ويليه الأخ ومن ثم الزوج، مما يدل على ان العلاقة بين الزوجين الفردين مستقلين ليست بالقوة التي يتوقع منها ان تكون.

### الفرضية الثالثة:

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب والحالة الاجتماعية

وقد أوضحت النتائج ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الاكتئاب ومتغير الحالة الاجتماعية حيث أن ( $X^2(6)=24.633, p \leq 0.001$ ) وقد ظهر من الجدول ان الاكتئاب بدرجاته المختلفة موزع بين الفئات ويلاحظ ان فئة المتزوجين تعاني من الاكتئاب بدرجاته المختلفة وهي موزعة كالتالي: بسيط 50% ومتوسط 62% شديد 62% وتليها فئة (الأرامل/مطلقين/ مفصولين) حيث بلغت نسبة الاكتئاب لديهم البسيط 26% متوسط 20%، شديد 37% بينما فئة العزاب و المخطوبين كانت نسبة الاكتئاب موزعة كالتالي: بسيط 24% متوسط 17% واختفت نسبة شدة الاكتئاب ويظهر من النتائج ان الزواج لا يحمي من الاكتئاب وهذا مغاير للرأي العام والمتعارف

عليه عالميا ان الزواج يحمي من الاكتئاب، وعليه فإننا نرفض الفرضية الصفرية التي تنص على انه لا يوجد علاقة بين الاكتئاب والحالة الاجتماعية.

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي عرضها غريب (1995) من الدراسات السابقة والتي اتضح فيها ان الاكتئاب يزداد لدى غير المتزوجين بالمقارنة بالمتزوجين من ناحية الشدة ونسبة الانتشار. وأيضا مع النتائج التي توصل إليها غريب (1995) في عينة الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، حيث أوضحت النتائج الى ان نسبة شيوع الاكتئاب لدى غير المتزوجين 62% بينما لدى المتزوجين 38%، والعزاب من اكثر الجماعات عرضة للإصابة بالأمراض العقلية كالاكتئاب، القلق، العدوان من غيرهم.

إلا ان هناك دراسة اخرى توافقت مع نتائج هذه الدراسة مثل الدراسة التي قام بها كل من يوجين ليفت وبرنارد لوبيين (1975) حيث أظهرت نتائج دراستهم ان الاكتئاب يحدث بين المتزوجين اكثر من غيرهم كما أشار شربيني (2001) انه ظهر من خلال الدراسة التي أجريت ان الفترة الاولى للزواج تشهد العديد من الصعوبات في نسبة تزيد على 50% من حالات الزواج حيث يكون طرفا الزواج غير مستقرين ويحدث بعض الشد والجذب بين الطرفين حتى يستقر الأمر في النهاية. اما الاستمرار في الزواج اوالتدهور في العلاقات بين الزوجين ويمكن تفسير نتائج هذا البحث من وجهة نظر الباحثة حسب" ملفات ذوي الشهداء مركز علاج وتأهيل ضحايا التعذيب" والاباء والأمهات اكثر هم متأثرا بالظروف الاقتصادية والمالية باستشهاد أبنائهم مما انعكس على وضعهم بشكل عام فالزوج لا يستطيع القيام بدوره على أكمل وجه كما انه لا يستطيع توفير الأمن والأمان والحياة المعيشية الكريمة للأسرة وكذلك الزوجة فهموم الأبناء كثيرة تجعلهم غير قادرين على تحمل المصاعب والمشاق بالإضافة الى ان مشكلات عدم التوافق في الحياة الزوجية وما يصاحبه من صراعات تجعلهم ربما عرضه للإصابات التي ربما ينتج عنها المعاناة من الاكتئاب.

جدول رقم (100)

الاكتئاب والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية الاكتئاب	أعزب/خاطب		متزوج		أرمل/مطلق		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
لا يوجد	53	48.6%	44	40.4%	12	11%	109	51.4%
بسيط	12	24%	25	50%	13	26%	50	23.6%
متوسط	8	17.8%	28	62.2%	9	20%	45	21.2%
شديد	0	0.0%	5	62.5%	3	37.5%	8	3.8%
المجموع	73	34.4%	102	48.1%	37	17.5%	212	100%

$(6)=24.633, P<0.001$

الفرضية الرابعة:

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى  $(\alpha=0.05)$  بين الاكتئاب ومكان السكن.

جدول رقم (101)

الاكتئاب ومكان السكن

مكان السكن درجة الاكتئاب	مدينة		قرية		مخيم		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
لا يوجد	54	49.5%	40	36.7%	15	13.8%	109	51.4%
بسيط	23	46%	16	32%	11	22%	50	23.6%
متوسط	17	37.8%	21	46.7%	7	15.6%	45	21.2%
شديد	4	50%	3	37.5%	1	12.5%	8	3.8%
المجموع	98	46.2%	80	37.7%	34	16%	212	100%

$x^2 (6)=3.927, p=0.687$

لفحص العلاقة بين الاكتئاب والجنس، تم استخدام تقنية التحليل كاي تربيع ومن خلالها تبين انه

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) حيث أن مستوى الدلالة المحسوبة ( $\chi^2 (6)=3.927, p=0.687$ ) إلا أنه ظهر من خلال الجدول أن سكان المدن يعانون من الاكتئاب الشديد أكثر من سكان المخيمات والقرى بنسبة 46.2% وتليها القرى بنسبة 37.2% و 16% في المخيمات وأيضاً يعاني سكان المدن من الاكتئاب البسيط أكثر من غيرهم بنسبة 46% القرى بنسبة 32% والمخيمات بنسبة 22% وتتفق نتائج هذه الدراسة مع بعض نتائج الدراسات التي أشار إليه شربيني (2001) من خلال نتائج الدراسة التي أجريت في مدينة شيكاغو الأمريكية لانتشار الأمراض النفسية في أحياء المدينة حيث لوحظ زيادة انتشار حالات الاكتئاب النفسي في الأحياء الراقية بالمدينة مما أدى إلى التفكير في ارتباط زيادة الإصابة بالاكتئاب بارتفاع المستوى الاجتماعي. إلا أن هناك اختلافات بين مكان السكن والاكتئاب تعزى لمجموعة عوامل أخرى لم يتم ضبطها في الدراسة. ويمكن تفسيرها بعدم وجود روابط أسرية قوية في المدينة كما هو الحال في القرية حيث أنه من خلال ملاحظات الباحثة أثناء تعبئة الاستمارة أن ذوي الشهداء في المدينة وحدهم بعد فترة زمنية بينما في القرية غير ذلك أضف إلى ذلك عدم وجود دعم أسري كافٍ.

#### الفرضية الخامسة :

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب ومستوى التعليم.

جدول رقم (102)

الاكتئاب ومستوى التعليم

مستوى التعليم درجة	ابتدائي/أمي عدد نسبة	إعدادي عدد نسبة	ثانوي عدد نسبة	جامعي عدد نسبة	المجموع عدد نسبة
لا يوجد	16 14.8%	29 26.9%	39 36.1%	24 22.2%	108 51.2%
بسيط	19 38%	9 18%	17 34%	5 10%	50 23.7%
متوسط	20 44.4%	11 24.4%	11 24.4%	3 6.7%	45 21.3%
شديد	5 62.5%	2 25%	0 0.0%	1 12.5%	8 3.8%
المجموع	60 28.4%	51 24.2%	67 31.8%	33 15.6%	211 100%

$$\chi^2 (9)=27.586, p < 0.001$$

وقد أظهرت النتائج باستخدام تقنية التحليل كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين فئة الأميين وذوي التعليم الابتدائي تعاني ( حيث ان  $(9) = 27.586, p = 0.001$  ) وقد ظهر من الجدول (102) ان فئة الاميين و ذوي التعليم الابتدائي تعاني من الاكتئاب بدرجاته المختلفة موزعة كالتالي بسيط ونسبته 38% متوسط ونسبته 44.4% شديد ونسبته 62.5% وتليهم الفئة الذين انهوا المرحلة الثانوية حيث يكون توزيع النسب كالتالي اكتئاب بسيط 34% متوسط 24.4% واختفت شدة الاكتئاب عندهم ومن ثم فئة الذين انهوا المرحلة الإعدادية حيث ان نسبتهم كما يلي. اكتئاب بسيط 18% متوسط 24% شديد 25% وتقل نسبة الاكتئاب بمختلف مستوياته في المرحلة الجامعية وبهذا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة.

وتختلف نتائج دراسة الباحثة مع وجهة نظر العفيفي (1990) والذي مفادها ان المتعلمين والمتقنين يعلمون مشاكل مجتمعهم ويحسون بها ويعيشونها عن علم و فهم وإدراك ويحاولون المشاركة بأرائهم وخبراتهم وكفاءاتهم في المساعدة إلا أنهم يصطدمون اما بمعوقات بيروقراطية أو قانونية أو سياسية فيعانون ويتألمون إزاء شعورهم بحبهم لمجتمعهم وعجزهم عن التعبير والمشاركة والمساعدة وفقا لفلسفتهم فيقعون في صراع نفسي كثيرا ما يسبب لهم الاكتئاب، من وجهة نظر الباحثة انه ممكن تفسير نتائج دراستها التي تظهر ان الأميين وذوي التعليم الابتدائي هم أكثر معاناة من الاكتئاب لكونهم لم يأخذوا دورا هاما في المجتمع مقارنة مع غيرهم من المتعلمين من حيث المكانة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي أضف الى ذلك أنهم تعرضوا لتجربة فقدان لأحد أحبائهم ولم يجدوا شيئا يعوضهم عن ذلك.

وتتفق نتائج دراسة الباحثة مع نتائج الدراسات السابقة التي أشار إليها غريب (1995) في بحثه الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، ومستوى، التعليم، الحالة الزوجية) والتي اتضح فيها ان الاكتئاب يزداد لدى الافراد الأقل حظا في التعليم، ويقل لدى الافراد الأكثر حظا من التعليم سواء في الشدة او في نسبة انتشاره، وكذلك مع نتائج الدراسات السابقة والتي أظهرت نتائجها ان نسبة شيوع الاكتئاب لدى الافراد ذوي التعليم العالي اقل من المستويات الأخرى فقد أشارت دراسة غريب (1995) الى ان الاكتئاب ينتشر بنسبة 53% بين الافراد من ذوي التعليم العالي، فانه يوجد بنسبة 33% لدى الافراد ذوي التعليم فوق المتوسط بنسبة 44% لدى الافراد من ذوي التعليم المتوسط. علما أن غير المتعلمين يشكلون النسبة الأعلى لطبقة العمال

والذين تأثروا أكثر من غيرهم بالبطالة بسبب هذه الانتفاضة أضف الى ذلك الى ان الحاصلين على خط ضئيل من التعليم دائما محرومين وعليهم ان يكافحوا للحصول على ما يريدون.

### الفرضية السادسة

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية على المستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب ودرجة القرابة.

جدول رقم (103)

#### الاكتئاب وعلاقته بدرجة القرابة

درجة القرابة	الآباء		الأمهات		الأخوة		الأخوات		الزوجات		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
لا يوجد	16	14.7%	17	15.6%	37	33.9%	37	33.9%	2	1.8%	109	51.4%
بسيط	9	18%	10	20%	13	26%	13	26%	5	10%	50	23.6%
متوسط	11	24.4%	17	37.8%	7	15.6%	6	13.3%	4	8.9%	45	21.2%
شديد	0	0.0%	5	62.5%	1	12.5%	2	25%	0	0.0%	8	3.8%
المجموع	36	17%	49	23.1%	58	27.4%	58	27.4%	11	5.2%	212	100%

$$X^2(12)=31.545, p=0.002$$

وباستخدام تقنية التحليل كاي تربيع لفحص العلاقة بين المتغيرين اتضح ان هناك علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة المفروضة حيث ان نسبة الدلالة المحسوبة ( $X^2(12)=31.545, p=0.002$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة وقد ظهر من خلال النتائج ان فئة الأمهات يعانين من الاكتئاب بمستوياته المختلفة اكثر من الفئات الأخرى حيث كانت النسب موزعة في هذه الفئة كالتالي:

بسيط ونسبته 20% متوسط ونسبته 38% شديد ونسبته 63% وتليها فئة الشقيقات حيث وزعت نسبة الاكتئاب في هذه الفئة كما يلي : بسيط 26% متوسط 13% شديد 25% اما بالنسبة للأشقاء فتوزيع نسبة الاكتئاب بينهم بسيط 26% متوسط 16% شديد 13% فكانت فئة الآباء والزوجات اقل معاناة للاكتئاب من حيث درجته البسيط والمتوسط واختفاء شدة الاكتئاب في هذه الفئة وبناء عليه ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة . وأشارت نتائج الدراسات التي

استعرضها غريب (2003) ان الأم اكثر اكتئابا من الأب، أضف الى ذلك ان عينة الباحثة هي أمهات الشهداء. ومن وجهة نظر راوية (الدسوقي، 1996) وبناء على نتائج دراستها على عينة مختارة من المطلقات لأول مرة من مدة لا تقل عن سنة ولديها طفل وتتراوح أعمارهم ما بين (25-40) ومن ذوي المؤهلات المتوسطة والعالية وجميعهم مسلمين وعاملات حكوميات، حيث كان من أهداف دراستها التعرف على العلاقة البيئية المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات.

وقد أشارت نتائج الدراسة ونتائج الدراسات التي اعتمدت في بحثها، الافراد الذين لديهم درجات عالية من المساندة الاجتماعية يكونون أفضل صحة نفسية وأكثر قدرة على إدراك ضغوط الحياة والتخفيف من حدتها وأن الحالة الاجتماعية للفرد متمثلة في الأسرة والأصدقاء تزوده بالإمدادات الاجتماعية النفسية وذلك من اجل المحافظة على صحته النفسية والجسمية والعقلية (الدسوقي، 1996).

#### الفرضية السابعة:

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب والمهنة.

جدول رقم (104)  
الاكتئاب وعلاقته بالمهنة

المهنة والاكتئاب	طلاب		موظفين		عمال		أعمال حرة		متقاعد		ربة بيت		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
لا يوجد	30	27.5%	21	19.3%	19	17.4%	6	5.5%	8	7.3%	25	22.9%	109	51.4%
بسيط	4	8%	3	6%	6	12%	3	6%	14	28%	20	40%	50	23.6%
متوسط	4	8.9%	3	6.7%	6	13.3%	1	2.2%	10	22.2%	21	46.7%	45	21.2%
شديد	0	0.0%	0	0.0%	2	25%	0	0.0%	1	12.5%	5	62.5%	8	3.8%
المجموع	38	17.9%	27	12.7%	33	15.6%	10	4.7%	33	15.6%	71	33.5%	212	100%

$$X^2(15)=41.763, p<0.001$$

ولفحص العلاقة بين المتغيرين استخدمت الباحثة تقنية التحليل كاي تربيع وتبين ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث ان الدلالة المحسوبة ( $X^2(15)=41.763, p=0.001$ ) اقل من مستوى الدلالة المفروضة (0.05) وقد ظهر من خلال الجدول ان فئة ربات البيوت هن اكثر

الفئات معاناة من الاكتئاب بمستوياته الثلاثة وهي موزعة بين نفس الفئة كالتالي: بسيط ونسبته 40% متوسط ونسبته 47% شديد ونسبته 63% وتليه فئة المتقاعدين حيث ان الاكتئاب موزع كالتالي بسيط 28% متوسط 22% شديد 13% والفئة الثالثة من حيث المعاناة حيث يتوزع الاكتئاب كما يلي: هي فئة العمال بسيط ونسبته 12% متوسط 13% شديد 25% بينما الفئات الثلاثة (الطلاب) (الموظفين) (المزارعين ذوي الأعمال الحرة) هم اقل معاناة من الاكتئاب بدرجاته البسيطة والمتوسطة واختفت شدة الاكتئاب عندهم "وبهذا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي قام بها غريب (1995) على عينة من حالات الاكتئاب النفسي في الإسكندرية حيث كانت غالبية الحالات من السيدات بنسبة 66%، وكانت نسبة ربات البيوت من السيدات اللواتي يعانين من مرض الاكتئاب 70%، وتفسير ذلك هو عدم اقتناع المرأة بدورها كربة بيت بالإضافة الى مسؤولية تربية الأبناء والواجبات المنزلية الملقاة على عاتقها والتي تمثل ضغطا نفسيا نتيجة الملل والرتابة في حياتها.

### الفرضية الثامنة

لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين الاكتئاب وممارسة التعاليم الدينية

جدول رقم (105)

الاكتئاب وعلاقته بممارسة التعاليم الدينية

ممارسة الدينية الاكتئاب	التعاليم	منتظم عدد نسبة	غير منتظم عدد نسبة	قليل عدد نسبة	لا يمارس عدد نسبة	المجموع عدد نسبة				
لا يوجد	68	62.4%	24	22%	15	13.8%	2	1.8%	109	51.7%
بسيط	26	52%	17	34%	7	14%	0	0.0%	50	23.7%
متوسط	28	63.6%	9	20.5%	6	13.6%	1	2.3%	44	20.9%
شديد	5	62.5%	1	12.5%	2	25%	0	0.0%	8	3.8%
المجموع	127	60.2%	51	24.2%	30	14.2%	3	1.4%	211	100%

$$X^2(9)=5.510, p=0.788$$

ولفحص العلاقة بين المتغيرين استخدمت الباحثة تقنية التحليل كاي تربيع وقد ظهر من خلال الجدول انه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث إن مستوى الدلالة المحسوبة ( $x^2(a)=5.510, p=0.780$ ) اعلى من مستوى الدلالة المفروضة وبالرغم من ذلك يظهر من

الجدول ان الفئات التي تمارس التعاليم الدينية بشكل مستمر هي أكثر الفئات معاناة من الاكتئاب بمستوياته الثلاثة والتي هي موزعة كالتالي: بسيط ونسبته 52% متوسط ونسبته 64% شديد ونسبته 63% تليها فئة الذين يمارسو التعاليم الدينية بصورة غير منتظمة حيث كانت النسبة موزعة كما يلي بسيط 34% متوسط 20% شديد 13% بينما نجد ان الفئة التي لا تمارس التعاليم الدينية هي اقل الفئات معاناة من الاكتئاب واختفت نسبة الاكتئاب البسيط والشديد في هذه الفئة وهذا يلاحظ ان العلاقة طردية بين ممارسة التعاليم الدينية والاكتئاب وبهذا تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة.

### جدول (106)

عدد والنسبة المئوية لأفراد العينة الذين يحتاجون للعلاج من الأعراض النفسية:

النسبة	العدد	الأعراض النفسية
4.3	10	الأعراض الجسدية
3.5%	8	الوسواس القهري
4.8%	11	الحساسية التفاعلية
3.9%	9	الإكتئاب
4.8%	11	القلق
4.8%	11	العداية
4.8%	11	قلق الخوف
3.9%	9	البرانويا
5.7%	13	الذهان
3.5%	8	البعد الإضافي

لقد تم إجراء هذه الدراسة على عينة مكونة من 230 فردا جميعهم تعرضوا لأزمة فقدان المفاجئ من خلال استشهاد أحد أقاربهم "قريب من الدرجة الأولى سواء كانت القرابة بيولوجية

"أم/أب/أخ/أخت" أو قرابة سيكولوجية "الزوج/الزوجة"، وقد تم استخدام مقياسين مختلفين لفحص إن كانت هذه الأزمة قد تسببت لهم في اضطرابات نفسية معينة كالقلق والإكتئاب... الخ. وقد إتضح من خلال هذه الدراسة أن ما نسبة 4% من أفراد العينة يعانون من اضطرابات مختلفة حسب SCL 90 وكان أعلاها الذهان حيث بلغ 5.7% وبقيت الإضطرابات الأخرى نسبها متقاربة تتراوح بين 4.8%-3.5%. أما الإكتئاب فكانت نسبته حسب هذا المقياس "SCL90" من النسب المنخفضة حيث بلغ 3,9% بالمقارنة مع ما ظهر على مقياس بك للإكتئاب، والذي بلغت نسبته 48.6%، وهذا يمكن تفسيره أن المقياس الأول "SCL90" يقيس الإضطرابات المرضية المختلفة مثل القلق، الذهان، الوسواس القهري... الخ. وهذه الإضطرابات تكون من أهم الأعراض المميزة لها الأعراض الإكتئابية كعرض ثانوي لوجود الإضطراب الأصلي وليس كعرض إكتئاب رئيسي، وهذا ما ظهر بوضوح عند تطبيق اختبار بك الذي قاس الأعراض الإكتئابية عند جميع أفراد العينة بغض النظر عن منشأها أن كانت كعرض ثانوي أو رئيسي. ولهذا السبب كانت النسبة مرتفعة على مقياس بك للإكتئاب ومنخفضة على "SCL 90".

وبالنظر إلى جدول رقم (106) نلاحظ أن إضطرابات الأعراض الجسدية، الحساسية التفاعلية، الإكتئاب، القلق، العدائية والخوف جميعها قد تكون أعراض ما بعد الصدمة والتي سبق ذكرها.

ستتطرق الباحثة في مناقشة النتائج التي توصلت إليها بعد تطبيقها أدوات القياس التي تم الإشارة إليها سابقا.

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج

#### الفرضية الاولى: الأعراض النفسية والعمر

تبين من خلال نتائج وتحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأعراض النفسية "الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، القلق، العدوان و البعد الإضافي" وبين العمر وبناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية و التي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، وقد اتضح حسب تحليل التباين الأحادي و المتوسطات الحسابية ان فئة الأعمار (50-59) هي الأكثر الفئات معاناة من الأعراض النفسية بينما تظهر حدة هذه الأعراض وشدتها و التي بحاجة الى تدخل علاجي تكمن في فئة الأعمار (40-49) وتتماشى هذه النتائج من نتائج سكوتندرس، التي توصلت الى ان فقدان بسبب الاكتئاب والآم جسدية ويمكن للشباب الصغار التكيف مع الآثار النفسية الناجمة عن فقدان إذا توفرت الجلسات العلاجية والإرشادية اللازمة.

#### الفرضية الثانية: الأعراض النفسية والجنس

اتضح من خلال نتائج و تحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأعراض النفسية التالية "الأعراض الجسدية، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف" و بين الجنس و بناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية و التي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) وقد اتضح: النساء هي اكثر معاناة من الأعراض النفسية الأنفة الذكر و يحتاج الى العلاج من هذه الأعراض، حسب تحليل التباين الأحادي والمتوسطات الحسابية.

#### الفرضية الثالثة : الأعراض النفسية ومستوى التعليم

تبين من خلال نتائج وتحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأعراض النفسية التالية "الأعراض الجسدية، الاكتئاب" و بين مستوى التعليم، وبناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية و التي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)

حسب تحليل التباين الأحادي والمتوسطات الحسابية و قد اتضح ان فئة ذوي التعليم الابتدائي و الثانوي هي اكثر الفئات معاناة من الأعراض النفسية الأنفة الذكر ويحتاج للعلاج من هذه الأعراض، وتتماشى هذه النتائج مع دراسة يوجين وبرنارد لوبين (1975) التي وتوصلت الى ان هناك علاقة عكسية بين الاكتئاب ومستوى التعليم .

#### الفرضية الرابعة: الأعراض النفسية و مكان السكن

تبين من خلال نتائج و تحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية فقط بين قلق الخوف و مكان السكن وبناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية و التي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) و قد اتضح حسب تحليل التباين الأحادي و المتوسطات الحسابية ان فئة سكان القرى هي اكثر معاناة من هذا العرض و تتماشى هذه النتائج مع نتائج دراسة يوجين برنارد لوبين والتي وجدت عدم وجود علاقة بين الاكتئاب و مكان الإقامة.

#### الفرضية الخامسة: الأعراض النفسية و المهنة

تبين من خلال نتائج و تحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية التالية " الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف و البعد الإضافي و بين المهنة وبناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية. التي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) و قد اتضح ان اكثر فئة تعاني من هذه الأعراض و بحاجة الى تدخل علاجي هي ربات البيوت حسب تحليل التباين الأحادي و المتوسطات الحسابية و تتماشى هذه النتيجة مع نتائج دراسة يوجين و برنارد لوبين (1975) حيث وجدت ان هناك علاقة عكسية بين المهنة و الاكتئاب.

#### الفرضية السادسة : الأعراض النفسية و درجة القرابة

تبين من خلال نتائج و تحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأعراض النفسية التالية " الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف ، و البعد الإضافي و بين درجة القرابة، و بناءً على ذلك نرفض الفرضية الصفرية و التي تنص على عدم وجود

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) و قد اتضح حسب تحليل التباين الأحادي و المتوسطات الحسابية ان اكثر فئة تعاني من هذه الأعراض هي فئة الأمهات يليها فئة الاباء و تقل هذه الأعراض عند فئة الزوجات ويمكن تفسير ذلك بان نسبة من زوجات الشهداء، 28% كما ظهرت من خلال جمع المعلومات تزوجن من اخر بعد استشهاد الزوج ( الشهيد) وهذه تعمل على تخفيف الأعراض النفسية و عملية تكيف سريعة بالنسبة للزوجة. و تتماشى هذه النتائج مع نتائج دراسة سحويل التي توصلت الى أن أفراد العائلات الثكلى تشكو من اعراض جسدية وتعب، إرهاق ومشاكل ذهانية وايضا مع النتائج التي توصلت إليها دراسة خميس وأبو سمرة حيث وجدت دراستهم ان القلق النفسي ومستوى التوتر عند العائلات التي فقدت أعضائها في صراع سياسي يكون كبير وهذا يتماشى مع دراسة الباحثة التي وجدت ان العائلات التي فقدت عزيز خلال صراع سياسي تعاني من قلق.

#### **الفرضية السابعة: الأعراض النفسية ودرجة تطبيق ممارسة التعاليم الدينية**

تبين من خلال نتائج وتحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأعراض النفسية التالية "الأعراض الجسدية وقلق الخوف" وبين درجة ممارسة التعاليم الدينية وبناءً على ذلك ترفض الفرضية الصفرية والتي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) وقد اتضح حسب تحليل التباين الأحادي والمتوسطات الحسابية ان فئة الممارسين للتعاليم الدينية بشكل منتظم هي الأكثر الفئات معاناة وبحاجة للتدخل العلاجي.وتتماشى هذه النتائج مع نتائج دراسة محمود وفرج التي توصلت الى ان قراءة القرآن هو وسيلة لأغلب الأمهات الثكلى لتخفيف أحزانهن.

#### **الفرضية الثامنة: الأعراض النفسية والحالة الاجتماعية**

تبين من خلال نتائج وتحليل البيانات وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأعراض النفسية التالية "الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الأكتئاب، القلق، والبعد الإضافي" وبين الحالة الاجتماعية، وبناءً على ذلك ترفض الفرضية الصفرية والتي تنص على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ، وقد اتضح من خلال تحليل التباين الأحادي والمتوسطات الحسابية ان هذه الأعراض اكثر انتشاراً عند فئة الأرمال، إلا ان حدة هذه

الأعراض والتي بحاجة الى العلاج تكمن في فئة المتزوجين .وتتماشى هذه النتائج من النتائج التي توصلت لها دراسة نورية الخرافي وهي ان زوجات الأسرى يعانون من الشعور بالوحدة وعدم الاندماج مع الغير.وكذلك تتماشى مع نتائج دراسة القريناوي ( 1994 )والتي توصلت الى ان زوجات الشهداء عانين من مشاكل صحية وشكين من قلق واضطراب أكثر من أبنائهن وبناتهن .

فالأعراض الجسدية ظهرت لدى أفراد العينة بنسبة 4.3 % بينما من المعروف شيوعها عالميا وكما ورد في إحصاءات المنظمة الأمريكية للطب النفسي والتي لا تتجاوز الحد الأقصى ما نسبته 2% في الظروف العادية هذا ما يعتبر مؤشر واضح على ان ارتفاع النسبة في هذه الدراسة يعود الى الحدث الصادم (الاستشهاد) نفسه، حيث انه هو المتغير الأقوى الذي يميز أفراد هذه العينة وهذا يتطابق مع نتائج اعراض ما بعد الصدمة.

وبالنظر الى اضطراب الوسواس القهري نلاحظ انه ظهر بنسبة 3.5% بينما عالميا يتراوح بين 1% الى 2.3% علما بان هذا الاضطراب ليس من اعراض ما بعد الصدمة كما هو معروف إلا ان الصدمات والأزمات النفسية تلعب دورا بارز في إظهاره لدى الفرد الذي لديه الاستعداد لهذا الاضطراب. وحسب مدرسة التحليل النفسي فان الوسواس القهري ما هو إلا نكوص الى إحدى مراحل الطفولة الباكرة والتي هي المرحلة الشرجية حيث يكون قد حصل فيها تثبيت لطاقة الليبيدو خلال التدريب القاسي على عملية النظافة والتي ينتج عنها شخصية عصابية ( وأنا أعلى مترمت). ومن الممكن ان تكون الافكار الوسواسية لها علاقة مباشرة بالحدث او بالفقيد، وقد يكون من المفيد إجراء الدراسات لاحقا في هذا المجال لمعرفة نوعية الافكار الوسواسية التي يعاني منها أفراد عينة هذه الدراسة ومقارنتها بأفكار وسواسية لدى عينة تعاني من الاضطراب نفسه ولكن لم تتعرض لنفس الخبرة الصادمة.

اما بالنسبة للحساسية التفاعلية والتي ظهرت لدى العينة بنسبة 4.8 % وحيث ان الباحثة لم تتمكن من التوصل الى أي إحصائية في هذا المجال وذلك لان هذه الحساسية تمثل سمة شخصية اكثر من كونها اضطراب نفسي.

اما القلق والذي ظهرت نسبته 4.8 % فهي تعد ايضا نسبة مرتفعة لدى العينة بالمقارنة مع هو شائع عالميا حيث تبلغ النسبة الأقصى 3 % حسب DSM IV-TR .

وبالنظر الى الأعراض الاكتئابية على مقياس بك كانت نسبته 48.6 % وهذا مؤشر واضح على ما يقارب نصف أفراد العينة مازالت لديهم مشاعر الأسى والحزن على فقدانهم للشهيد، كمرض واضطراب. وبلغت نسبته 3.9 % على مقياس SCL90. والتي هي بحاجة الى تدخل علاجي وهذا ما أكدته نتائج مقياس بك وهذا يعني ان مشاعر أفراد العينة التي وصلت الى حد المرض ما نسبته 3.8%.

اما بالنسبة للعنصرية: كانت نسبته لدى أفراد العينة 4.8 % كسلوك - ردة فعل طبيعي وسلوك طبيعي على فقدان بسبب القتل، والشعور بالغضب تجاه القاتل المعتدي يفجر السلوك والفكر والمشاعر العدائية وقد تكون إحدى أعراض الاكتئاب والخوف والقلق كوسيلة دفاعية لحماية الذات او وسيلة للتعبير عن الغضب والرغبة في الانتقام.

قلق الخوف: حيث ظهر لدى أفراد العينة ان 4.8 % بحاجة للعلاج وهذه طبعا نسبة مرتفعة ولكن يفسر ارتفاعها تعرض أفراد العينة لضغوطات مختلفة تمثلت أقصاها في فقدانهم للشهيد. وربما لديهم مخاوف مختلفة من فقدان ممتلكات أو تعرض لاعتقال بسبب علاقتهم بالشهيد وهذا الجانب لم تتم دراسته وربما يكون من المفيد إجراء دراسة بهذا الخصوص في المستقبل. الذهان: وهو أقصى درجة من رد الفعل العاطفي على الأزمة وفقدان الشهيد حيث بلغت نسبته أعلى في الاضطرابات وصلت الى 5.7%. وجميع ما عبر عنه ذوي الشهداء من أفكار ذهانية كانت جميعها متعلقة بالشهيد، برؤية صورته او سماع صوته.

**نتيجة عامة:-** ارتفاع حاد في نسبة الاضطرابات النفسية لدى أهالي الشهيد ان كانت هذه الاضطرابات قلق او خوف او ذهان....الخ فإننا يمكن ان نستنتج بان هذه الفئة في حاجة ماسة الى تدخل سريع حتى لا تتفاقم الأزمات اكثر وتصل الى حد الأزمات والذي يصبح من الصعب علاجه. علما ان هذه الأعراض التي ظهرت لدى هذه الفئة بعد تعرضها بشكل خاص لحدث صادم إلا وهو الاستشهاد "فقدان عزيز لديهم بشكل مفاجيء ، وان هذه الأعراض بحد ذاتها هي اعراض ما بعد الصدمة النفسية والتي تم تناولها في الفصول السابقة (الفصل الثاني)

كما ذكرت في DSM V-TR.

## أهم الاستنتاجات والتوصيات

- يمكن تلخيص أهم الاستنتاجات التي حصلت عليها الباحثة على النحو التالي:-
- للعدر بشكل عام دور كبير في التأثير بالأمراض النفسية، وذلك بنسب متفاوتة بين فئة وأخرى، ان مرحلة الشباب هي اكثر المراحل معاناة من الأعراض النفسية.
  - تزيد نسبة الأمراض العصابية عند النساء بينما تزيد نسبة الأمراض الذهانية و البارانويا عند الرجال، وتتساوى الفئتان بمرض الوسواس القهري.
  - الزواج لا يحمي الافراد من الإصابة بالأمراض النفسية.
  - التحضر والمدنية لم تعمل على تحسين الوضع النفسي للفرد..
  - يرتبط التعليم ارتباطا عكسيا بالأمراض النفسية، فكلما زادت نسبة التعليم كلما قلت فرصة الإصابة بالأمراض النفسية.
  - هناك علاقة طردية بين الأمراض النفسية ودرجة القرابة " من الشهيد"، فكلما كانت العلاقة قوية كلما كانت فرصة الإصابة بالأمراض النفسية أعلى.
  - عدم الرضى بالدور يرتبط ايجابياً بالأمراض النفسية.
  - لا تختلف المرأة الفلسطينية عن المرأة الأجنبية، فعدم حصول المرأة على عمل وعدم خروجها من البيت كما ظهر عند المرأة الأجنبية، يزيد من احتمالية إصابتها بالأمراض النفسية.
  - ان الأمراض النفسية عامل مهم في دفع الافراد للتدين.

## التوصيات:

- \* إجراء المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع وبالتحديد دراسات نوعية وأخرى مقارنة لمعرفة سبب ارتفاع بعض الاضطرابات وفحوى الافكار المتعلقة بها كالوسواس القهري والذهان.
- \* تشكيل فرق طوارئ للعمل والتدخل السريع في الالفقدان. وضع برامج للمساعدة وتأهيل الفئات التي تتعرض للفقدان لتفادي إزمان المرض.
- \* وضع برامج وقائية من هذه الأعراض الناتجة عن الفقدان .
- \* برنامج توعية حول الأعراض الناتجة عن الفقدان، عبر وسائل الأعلام المرئية وغير المرئية.
- \* الشعب الفلسطيني بحاجة للدعم المادي والمعنوي ومن جميع دول العالم من أجل وقف العدوان الاسرائيلي وأثاره النفسية والاجتماعية.
- \* التنسيق مع مراكز الصحة النفسية والجامعات والمعاهد في دول العالم من أجل وضع حد وفضح العنجهية والإرهاب الاسرائيلي.
- \* توجيه الإشارة الى المسؤولين من أجل التخطيط الجيد لتوجيه الخدمات النفسية لهذه الفئة من الناس وتقديم العلاج النفسي الملائم.

## المصادر والمراجع

### المراجع العربية :

القران الكريم

ابراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه.

عالم المعرفة. الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

\_\_\_\_\_ (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (أساليبه وميادين تطبيقه).  
دار الفجر للنشر والتوزيع. القاهرة.

أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2001). الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتري . دار المعرفة الجامعية  
ص 61-95.

أبو سمرة ، يوسف. ( 1993 ). دراسة حول طقوس الحداد في فلسطين على أمهات الشهداء. جامعة  
بيروت. مجلة الجامعة . فلسطين .

احمد ،سهير كامل . (2003). سيكولوجية الشخصية . جامعة القاهرة . مركز الاسكندرية للكتاب .  
القاهرة.

البحيري ، عبد الرقيب احمد. (1984). قائمة مراجعة الاعراض التسعين . كلية التربية - جامعة  
اسيوط . مكتبة النهضة المصرية . الطبعة الاولى .

الحفني، عبد المنعم . (1992). الكتاب الجامع في الاضرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا.  
موسوعة الطب النفسي . القاهرة . مكتبة مدبولي . المجلد الأول والثاني.

الخاني، محمد فضل . ( 1986 ). النسخة العربية لطريقة فحص الحالة العقلية الحاضرة . الرياض،  
مؤسسة الشريف للخبرات او المستلزمات الطبية . الطبعة الاولى.

الخرفاي، نورية مشاري. (1997) دراسة حول مستوى الشعور بالوحده النفسية لدى زوجات فقدن  
ازواجهن في ظل ظروف طبيعية وغير طبيعية واثرها على التوافق

الشخصي والاجتماعي لاطفالهن . الكويت . مجلة مستقبل التربية ع 9-10 .

داون، شالتر. (ترجمة) حمد الكربوني و عبد الرحمن القيسي. (1983). نظريات الشخصية. مطبعة  
جامعة بغداد.

الزيود، نادر فهمي . (1998). نظريات العلاج والارشاد النفسي . ط1، دار الفكر - عمان.

الشرقاوي، محمد. (1990). الايمان حقيقته واثره في النفس والمجتمع اصوله وفروعه  
مقتضياته ونواقصه. بيروت - دار الجيل .

الشناوي ،محمد محروس . (1994). نظريات الارشاد والعلاج النفسي . كلية العلوم الاجتماعية ،جامعة

الامام محمد بن سعود الاسلامية . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

شقيير ، سمير . (2003). مدى فعالية برنامج ارشاد نفسي في خفض مستوى الإكتئاب و قلق الموت لدى

عينة من طلبة جامعة القدس. رسالة دكتوراة . قسم الصحة النفسية . جامعة عين شمس.

العزة ، سعيد حسني . عبد الهادي ، جودت عزت . (1999) نظريات الارشاد والعلاج النفسي.

مكتب دار الثقافة للنشر والتوزيع . عمان .

العفيفي ، عبد الحكيم . ( 1990 ) الاكتئاب والانتحار (دراسة اجتماعية تحليلية) . الدار المصرية

اللبنانية . الطبعة الاولى .

العنيزي ، فريج عودة . (1997). الوسواس القهري لدى الاطفال الكويتيين . دراسات نفسية 202.

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض ، (1999). تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية . ترجمه (احمد

عكاشة)، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

المنجد في الاعلام . ( 1973 ) بيروت . المطبعة الكاثوليكية . الطبعة السابعة ص 406 .

توفيق ، عبد المنعم . ( 2000 ) . الوسواس القهري . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

ع . 55 . ص 64-75

سحويل ، محمود . ( 2001 ) . ردة فعل الحزن المعقد . ورقة بحثية تم قاءها في مؤتمر للصحة العالمية

اثينا اليونان .

شربيني ، لطفي . ( 2001 ) . الاكتئاب المرض والعلاج . منشأة المعارف جلال . الاسكندرية .

صواف ، منى . صادق ، عادل ، واخرون . ( 2001 ) . الصحة النفسية للمرأة العربية . مؤسسة مدرسي .

الدولية للنشر والتوزيع . الاسكندرية . الطبعة الاولى للكتاب ، ع . 55 . ص 64-75

عباس ، فيصل . ( 1982 ) . الشخصية في ضوء التحليل النفسي . دار المسيرة ، بيروت .

عبد الرحمن ، محمد السيد . ( 1998 ) . نظريات الشخصية . دار قباء للنشر ، القاهرة .

عبد الخالق ، احمد . النيال ، مایسة . ( 1990 ) الوسواس القهري وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف

والاكتئاب . مجلة كلية الاداب ، جامعة الاسكندرية ، 575، 545، 880 .

عسكر ، عبدالله . ( 1988 ) . الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص . مكتب الانجلو المصرية ، القاهرة .

عكاشه ، احمد . ( 1998 ) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

\_\_\_\_\_ ( 2003 ) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية .

غريب ، عبد الفتاح غريب . ( 2003 ) بحوث في الصحة النفسية . الجزء الاول .

مكتبة الانجلو المصرية . القاهرة . ص 152 .

- \_\_\_\_\_ (1999). مقياس بك المختصر للاكتئاب. مكتبة النهضة المصرية ( القاهرة ) الطبعة الثانية.
- \_\_\_\_\_ (2004) بحوث في الصحة النفسية. الجزء الثالث. مكتبة الانجلو المصرية .  
القاهرة ص 119-176 .
- \_\_\_\_\_ (1995). بحوث نفسية في دولة الامارات العربية المتحدة ومصر. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- كفافي ، علاء الدين . (1998) . الثقافة والمرض النفسي . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب . ع. 46 . ص 6-37.
- قريناوي ، عليان . جون ، اغراهام . سحويل ، محمود . ( 1994 ) . دراسة حول استجابات اهالي الشهداء في مذبحه الخليل .
- محمود ، عبد المنعم . فرج ، طريف . ( 1993 ) . التغلب على الاسى الناتج عن وفاة ابن .  
مجلة علم النفس . الهيئة المصرية العامة للكتاب . ع . 28 . ص 100-109 .
- مجموعة من الباحثين ، ( ترجمة واشراف النابلسي ) . ( 1991 ) . الصدمة النفسية . علم نفس الحروب والكوارث ، دار النهضة العربية . بيروت .
- مغالسة ، جميلة . ( 2003 ) . اضطراب الصدمة العصابية المتعلقة بالشهادة والسجن ، وهدم البيوت في محافظة بيت لحم . رسالة ماجستير . جامعة القدس . فلسطين .
- فايد ، حسين . ( 2001 ) . العدوان والاكتناب في العصر الحديث ( نظرة تكاملية ) . المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع . الاسكندرية . الطبعة الأولى .
- لويس ، كامل مليكه . ( 1997 ) . اختبار الشخصية متعدد الواجه ، دليل الاختبار . ط5 القاهرة . الناشر المؤلف نفسه .
- يعقوب ، غسان . ( 1999 ) . سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي . ( اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ) دار الفارابي - بيروت

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV – TR) Washington DC.
- American Academy of child and adolescent psychiatry .(1995). **Children and grief** , facts for families .Fact No.8.
- Bee,Helen.(1994). **Lifespan Development** .Harper Collins College Publishers
- Bower, Bruce .(1997). **Health may succumb to Grief reaction**.  
301. p Science news .vol 151, no.20,
- Belitsky ,R.,Jacobs, S.(1986). Bereavement ,**attachment theory and mental disorder** . psychaitry Annals ,16,276-280.
- Beck,A.T.,Rush,A.J.,Shaw,B.F.,& Emery,G.(1979).**Congnitive therpy of depression** ,New York :Guilford Press.
- Brid .Jonathan. Harrison. Gynn.(1989). **Examination Notes in psychiatry**.  
\_\_\_\_\_.(1992) .**Examination Notes is psychiatry** ,British library cataloging is Reprinted with attention .
- Brom, Danny, (1992). **Coping with Trauma. Theory**, Kleber, Rolfs  
**Prevention and Treatment:- Amsterdam** (etc):-Swetsen  
Zeitlinger pp 106 \_ 123.
- Catherine, M, Sanders. (1989). **Grief: the mourning after dealing with adult**.  
Bereavement .John Wiley & Sones.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1990) . Cognitive processing in post-trauma reactions: Some preliminary findings. Psychological Medicine 20 (3), 597-604.
- Cross National Callaborative Group .(1992) .**The changing rate of major depression** .Jowrnal of the American medical Assocuation  
268,21.3098-3105 .
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ,Volume 111 Revised .  
(1987) (1994). Washington: American psychiatric Assn.

- \_\_\_\_\_ (2000). Fourth Edition ,Text Reviton . DSM-IV-TR . American psychiatric Assn.349-387
- Gaza community Mental Health Programme (1998). **An Epidemiological study on the Prevalence of Street Related Psychiatric Disorder Among Palestinians in the Gaza Strip**
- Gelder,Michael,Cath,Dennis .Mayou,Richard.(1983).**Oxford,text book of psychaitry**,second edition .
- \_\_\_\_\_ (1991). **Oxford,text book of psychiatry**. Second edition
- Henderson, A, Scott. (1994). **coping with bereavement. (Physical And emotional problems)**.World health. v47, n2 p25( 3 ) .
- Hodginson, Peter, E. (1989). **Technological disaster – survival and Bereavement**. Vol 29, No3.Britain.
- Khamis,Vivian.(1993).Posttraumatic stress disorder among the injured of the intifada.Journalof traumatic strees, vol.6,no.4.
- \_\_\_\_\_ (1998). **Psychological distress and well – being among Traumatized Palestinian women during the intifada**. Soc- sci, med.vol.46, No8, p88.
- \_\_\_\_\_ (2000). Political violence and the Palestinian Family, implication for mental health and well being, Hawarth Press, Inc
- Kelber,Rolfs.Brom, Danny.(1992). Coping With Trauma. Theory, Prevention and Treatment: Amsterdam (etc):Swetsen Zeitlinger p p106-123
- Kmeyers. (1989). **Grief upon death of parent**. [http.www.yahoo, health, diseases and conditions](http://www.yahoo.health.diseases.and.conditions).
- Kendall .(1988).**Companion.To.Psychatric Studies**.
- \_\_\_\_\_ (1982).personality and social resources in stress resistance .**journal of personality and social psychology** ,45,839-850.

- Lemhau, Jean P. et al .(2000). **A Questionnaire survey of family practice Physician's perception of bereavement care.**  
Archives of family medicine. Vol 9, No9. p822
- Lazare,A.(1979) .Unresolved grief.In:A.lazare(ED) outpatient **psychiatry:Diagnosis and treatment** . Baltimore: Williams Wilkense.
- Lindemen, E.(1944). **Symptomatology and management of acute grief**  
American Journal of psychiatry ,101,141-148.
- Middleton, warwich et al .(1996). **The bereavement response: A cluster Analysis.** British Journal of psychiatry. vol. 196 p.167\_171.
- Ministry Of Health Annual Report .(2003). Health Status In Palestine, Palestinian Health information center(PHIC).
- Norris,F.H.(1992).**Epidemiology of trauma : Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups.** Journal of Consulting and Clinical Psychology,60(3),409-418.
- Parkes,C.M.Weiss.R.S.(1983) Recovery from bereavement . New York : basic london . tavistock publications .(second edition was published in ( 1986).
- Paterson ,C.M.(1987).Managing Grief and bereavement. primary Care,14,403-415.
- Rosenman , S.J.Tayler ,H(1986)Mania following bereavement: A care report  
British Jornal of psychiatry , 148,468-470 .
- Sansur,Micheals,(1995).**Palestinian Woman Mental Health** ,Asurvey Of Mental Health Conditions of Palestinian Woman in west bank and the Gaza strip, child and family consultation, center.
- Selye,H.(1980).**The stress concept today.in1.L. Kutesh,L.B**  
(Schlesinger-et al.handbook on stress and Anxiety. SanFrancisco .CA.lossey- Bass.pp.127-129.

- Smith,E.M.,&North,C,S. (1993).Post –traumatic stress disorder in natural disaster and technological accidents .(In ) J.P. Willson and B. Ragbal (Eds.).International Handbook of Traumatic Stress Syndrome (pp.400-419).New York:Plenum Press.
- Sullivan,H.S.(1950).**Tensions Interpersonal&International:a Psychiatrists View. Tensions that cause war.** Urbana, I 11.: Univ.of I11inois Press ,pp.79-183.
- Steen, Karen F (1998). **A comprehensive Approach.** The Nurse Practioner. Vol .23, No23, p54.
- Switzerland .(1994) **world health organization** .<http://web6.infotrac.g>.
- Wolfelt, Alan. (1988). **coping with grief and loss.** AARP Webplace.
- Worden, J, William. (1991). **grief counselling and grief therapy** . Great Britain second edition.
- Wortmen,C.B.&Silver,R.C.(1989).The myths of coping With loss. Journal of consulting and Clinical Psychology,57,349-357.

## فهرس الملاحق

- استمارة جداول شففيه
- مقياس (دير جيتس) قائمة الاعراض التسعين
- مقياس (دير جيتس) الاعراض التسعين حسب استجابة افراد العينة
- مقياس Beck المختصر للاكتئاب
- ارقام الشهداء

ملحق (1) جداول شففيه  
الاعراض الجسدية ومستوى التعليم

مستوى الدلالة	اختلاف المتوسطات	التعليم	الامين والابتدائي
.056	.5861	الاعدادي	
.020	.5334	الثانوي	
.067	.5069	الجامعي	

الاكتتاب ومستوى التعليم

مستوى الدلالة	اختلاف المتوسطات	التعليم	الامين والابتدائي
.075	.4967	الاعدادي	
.074	.4769	الثانوي	
.036	.5399	الجامعي	

الحالة الشخصية

الاعراض الجسدية و الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية
			الاعراض الجسدية
.000	.06646	متزوجين	اعزب /خاطب
.000	.07034	ارامل مطلقين	
.969	.0388	اعزب/خاطب	متزوجين
.000	.7034	ارمل /مطلق	

الوسواس القهري والحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية
			الوسواس القهري
.013	.03292	متزوجين	اعزب /خاطب
.000	.07102	ارامل مطلقين	

### الاكتئاب والحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية
			الاكتئاب
.013	.03292	متزوجين	اعزب /خاطب
.000	.07102	ارامل مطلقين	

### القلق والحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية
			القلق
.053	.02515	متزوجين	اعزب /خاطب
.061	.03636	ارامل مطلقين	

### البعد الاضافي والحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الحالة الاجتماعية	الحالة الاجتماعية
			البعد الاضافي
.010	.03018	متزوجين	اعزب /خاطب
.023	.03967	ارامل مطلقين	

### المهنة

#### الاعراض الجسدية والمهنة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	المهنة	الاعراض الجسدية
			المهنة
.008	.6436	متقاعدین	طلاب
.000	.8910	ربات بيوت	
.011	.8377	ربات بيوت	مزارعين اعمال حرة

الوسواس القهري والمهنة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	المهنة	الوسواس القهري
			المهنة
.845	.2454	موظفين	طلاب
.624	.03183	عمال	
1.000	.360	اعمال حرة	
.365	.4309	متقاعدين	
.002	.5580	ربات بيوت	

الحساسية التفاعلية والمهنة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	المهنة	الحساسية
			المهنة
.0496	.4817	طلاب	اعمال حرة مزارعين
.0561	.5056	موظفين	
.0865	.3470	عمال	
.0224	.6173	متقاعدين	
.044	.7444	ربات بيوت	

المهنة والاكتئاب

الدلالة المحسوبة	اختلاف المتوسطات	الفئة	طلاب
.999	0.0840	موظفين	عمال
989	0.1413	عمال	
1.000	0.0211	اعمال حرة/مزارعين	
0968	0.01540	متقاعدين	
0.002	0.6214	ربة بيوت	
0.989	0.1413	طلاب	
0.955	0.2253	موظفين	
0.999	0.1202	اعمال حرة مزارعين	
0.739	0.2952	متقاعدين	
0.002	0.7626	ربات بيوت	

المهنة والقلق

الدلالة المحسوبة	اختلاف المتوسطات	الفئة	طلاب
.999	.0765	موظفين	
1.000	.0424	عمال	
.994	.1402	اعمال حرة/مزارعين	
.928	.1783	متقاعدين	
.086	.4177	ربة بيوت	
.086	.4177	طلاب	
.0536	.3412	موظفين	
.189	.5579	اعمال حرة مزارعين	
.700	.2393	متقاعدين	

البعد الاضافي والمهنة

الدلالة المحسوبة	اختلاف المتوسطات	الفئة	طلاب
.642	.3104	موظفين	
1.000	.0121	عمال	
.987	.1574	اعمال حرة	
.212	.3831	متقاعدين	
	.4473	ربات البيوت	

المهنة وقلق الخوف

الدلالة المحسوبة	اختلاف المتوسطات	الفئة	اعمال حرة
.299	.5232	طلاب	اعمال حرة
.797	.03607	موظفين	
.831	.03400	عمال	
.692	.03752	متقاعدين	
.002	.08895	ربات بيوت	
.966	.1480	طلاب	متقاعدين
1.000	.145	موظفين	
1.000	.0352	عمال	
.692	.3752	اعمال حرة	
.017	.5144	ربات بيوت	
.179	.3663	طلاب	ربات البيوت
.078	.5288	موظفين	
.051	.5495	عمال	
.002	.8895	اعمال حرة	
.017	.5144	متقاعدين	

الاعراض الجسدية ودرجة القرابة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	درجة القرابة	الاعراض الجسدية
			درجة القرابة
.002	.6781	الامهات	الاباء
.380	.3156	الاحوة	
.929	.1455	الاحوات	
1.000	.0131	الزوجات	
.002	.6781	الاباء	الامهات
.000	.9938	الاحوة	
.000	.9236	الاحوات	
.039	.6651	الزوجات	

الوسواس القهري ودرجة القرابة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	المهنة	الوسواس القهري
			درجة القرابة
.477	.2829	الاحوة	الامهات
.14	.4718	الاحوة	
.102	.3760	الاحوات	
.387	.3922	الزوجات	

القلق ودرجة القرابة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	درجة القرابة	درجة القرابة
			القلق
.598	.4163	الاباء	الامهات
.014	.4881	الاحوة	
.476	.2608	الاحوات	
.998	.0704	الزوجات	

الاكتئاب ودرجة القرابة

مستوى نسبة نسبة الدلالة	اختلاف الوسيط		درجة القرابة
			الاكتئاب
.007	.62	الامهات	الاباء
.982	.984	الاخوة	
.896	.1641	الاخوات	
.179	.5462	الزوجات	
.007	.6200	الاباء	الامهات
.000	.7185	الاخوة	
.048	.4559	الاخوات	
.0998	.738	الزوجات	
.982	.0984	الاباء	الاخوة
.000	.6185	الامهات	
.444	.2625	الاخوات	
.040	.6447	الزوجات	

العداوة ودرجة القرابة

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	العداوة ودرجة القرابة	العداوة
			درجة القرابة
.001	.6749	الامهات	الاباء
1.000	.0107	الاخوة	
.17	.3702	الاخوات	
.114	.5583	الزوجات	
.001	.6749	الاباء	الامهات
.000	.6642	الاخوة	
.259	.3047	الاخوات	
.986	.1166	الزوجات	

فئات العمر  
الاعراض الجسدية والعمر

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الفئة	الاعراض الجسدية
.995	.0973	29-20	اقل من 19
.353	.04126	39-30	
.003	.06925	49-40	
.033	.08061	59-50	
.995	.0973	60 فما فوق	
.015	.05951	49-40	29-20
.003	.06925	اقل من 19	
.015	.05951	39-30	

الوسواس القهري والعمر

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الفئة	الوسواس القهري
.0999	.0546	اقل من 19	29-20
.0195	.3983	39-30	
.0384	.03220	49-40	
.0267	.05151	59-50	
.826	.02614	60 فما فوق	

القلق والعمر

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الفئة	القلق
.0725	.02346	اقل من 19	29-20
.266	.03854	39-30	
.140	.4208	49-40	
.393	.4789	59-50	
.991	.1324	60 فما فوق	

العداوة والعمر

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الفئة	العداوة
.998	.0968	اقل من 19	39-30
.288	.4368	29-20	
.839	.2659	49-40	
.946	.2775	59-50	
.127	.6695	60 فما فوق	

البعد الاضافي والعمر

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	الفئات	البعد الاضافي
.999	.0567	اقل من 19	29-20
.282	.3589	39-30	
.530	.2789	49-40	
.106	.06010	59-50	
.997	.0967	60 فما فوق	

قلق الخوف ومكان السكن

مستوى الدلالة	اختلاف الوسيط	مكان السكن	قلق الخوف مكان السكن
.003	.08311	قرية	مدينة
.150	.02631	مخيم	

ملحق (2)  
مقياس ديرجيتس (SCL90)

4	3	2	1	0	استمارة مقياس قائمة مراجعة الاعراض التسعين والنسب المنوية
					1 الصداع
					2 سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي (نرفزة بسرعة)
					3 وجود أفكار أو خواطر أو الفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك
					4 الشعور بالاعياء أو الاعماء أو الدوخة
					5 فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية (فقدان الزوج - الزوجة)
					6 الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
					7 الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
					8 القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
					9 الصعوبة في تذكر الأشياء
					10 الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والاهمال
					11 الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة ( والاستفزاز)
					12 الاحساس بآلام في القلب أو الصدر
					13 الشعور بالخوف في الماكن المفتوحة أو الشوارع
					14 الشعور بالخمول أو قلة النشاط
					15 التفكير في إنهاء حياتك
					16 سماع اصوات لا يسمعها الآخرون
					17 رعشة بالجسم
					18 الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
					19 ضعف الشهية للطعام
					20 البكاء بسهولة ( بسرعة؟)
					21 الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
					22 الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
					23 رعب مفاجئ بدون سبب
					24 ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها ( تنفجر-تنفجرين غضبا دون القدرة على كبح الجماع)
					25 الشعور بالخوف من ان تخرج من المنزل بمفردك
					26 لوم نفسك على الاحداث التي تمر بك
					27 الاحساس بالام أسفل الظهر
					28 عدم القدرة على اتمام أعمالك
					29 الاحساس بالوحدة
					30 الحساس بالانقباض
					31 القلق على الاشياء بصورة مبالغ فيها
					32 الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
					33 الشعور بالخوف
					34 الاحساس بأن مشاعرك يمكن ان تخرج بسهولة
					35 الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
					36 الشعور بأن الآخرين لا يفهموك أو لا يتعاطفون معك
					37 الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
					38 الاضطرار الى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها
					39 الاحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
					40 الاحساس بالغثيان واضطراب المعدة
					41 الاحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
					42 الشعور بالام في العضلات
					43 الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك

44	صعوبة الاستغراق في النوم
45	الاضطرار الى اعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد)
46	صعوبة اتخاذ القرارات
47	الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الاتوبيسات
48	الصعوبة في التقاط أنفاسك (صعوبة التنفس)
49	الاحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك
50	الاضطرار الى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الاحساس بالخوف
51	الاحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار
52	تميل أو شكشكة في اجزاء من جسمك
53	الاحساس بأن شيئ يقف في زورك (يسد زورك)
54	الاحساس باليأس من المستقبل
55	صعوبة في التركيز
56	الشعور بضعف في اجزاء من جسمك
57	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً
58	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك
59	التفكير في الموت
60	الأفراط في تناول الطعام
61	الشعور بالاضطرابات والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبوك
62	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
63	الاحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين
64	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح
65	الاضطرار الى تكرار نفس الفعال كالمس والعد والغسيل
66	نوم مضطرب أو غير مريح
67	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
68	وجود أفكار ومعتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون
69	الاحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
70	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما
71	الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (الدنيا تعب في تعب)
72	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول
73	الاحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام
74	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
75	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك
76	الشعور بأن الآخرين لا يعطوك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاته
77	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
78	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا يمكنك من الجلوس هادئاً في مكان
79	الشعور بأنك عديم الأهمية
80	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية
81	نوبات من الصراخ وقذف الأشياء
82	الشعور بالخوف من الأغماء في الأماكن العامة
83	الاحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك
84	أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً
85	أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك
86	الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة
87	الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك
88	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
89	الشعور بالذنب
90	الاعتقاد بأن هناك تغيراً غريباً قد طرأ على أفكارك

ملحق (3)  
مقياس ديرجيتس (SCL90) حسب استجابات أفراد العينة

دائما	غالبا	احياناً	نادراً	مطلقاً	استمارة مقياس قائمة مراجعة الاعراض التسعين والنسب المنوية
9.6	13	42.2	20	15.2	1 الصداع
23.2	32	25.4	11.8	7.5	2 سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي ( نرفزة بسرعة)
14.4	13.1	23.6	22.3	26.6	3 وجود أفكار أو خواطر أو الفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك
4.8	6.1	22.4	16.2	50.4	4 الشعور بالاغياء أو الاغماء أو الدوخة
16.7	12	23.9	10	37.3	5 فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية ( فقدان الزوج - الزوجة)
15.3	21.8	28.4	14.8	19.7	6 الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
4	3.5	12.8	15.9	63.9	7 الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
5.2	11.4	26.6	16.6	40.2	8 القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
8.7	11.4	31	22.3	26.6	9 الصعوبة في تذكر الأشياء
9.4	13	17	16.1	44.4	10 الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والاهمال
21	22.3	27.2	15.6	13.8	11 الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة ( والاستفزاز)
9.2	7	24.6	12.7	46.5	12 الاحساس بآلام في القلب أو الصدر
4.4	7.4	17	15.3	55.9	13 الشعور بالخوف في الاماكن المفتوحة أو الشوارع
9.2	10	32.8	22.3	25.8	14 الشعور بالخمول أو قلة النشاط
10.5	7.9	14.4	9.2	58.1	15 التفكير في انتهاء حياتك
0.4	2.2	5.7	8.8	82.9	16 سماع اصوات لا يسمعاها الآخرون
0.9	2.6	21.8	11.8	62.9	17 رعشة بالجسم
8.3	16.2	33.6	17.5	24.5	18 الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
5.3	12.8	34.4	20.7	26.9	19 ضعف الشهية للطعام
26.8	23.7	20.6	12.7	16.2	20 البكاء بسهولة ( بسرعة؟)
10.2	11.5	26.5	13.3	38.5	21 الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
10.9	15.7	24.5	14.4	34.5	22 الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
4.4	2.6	15	15	63	23 رعب مفاجئ بدون سبب
7.4	13	31.7	16.5	31.3	24 ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها ( تنفجر-تنفجرين غضبا دون القدرة على كبح الجماع)
5.2	1.3	10.4	13	70	25 الشعور بالخوف من ان تخرج من المنزل بمفردك
12.2	11.3	30.4	17	29.1	26 لوم نفسك على الاحداث التي تمر بك
13	16.5	29.1	13.9	27.4	27 الاحساس بالام أسفل الظهر
6.5	14.3	33.9	17.8	27.4	28 عدم القدرة على اتمام أعمالك
13.5	17.9	30.6	9.6	28.4	29 الاحساس بالوحدة
9.2	17.1	29.8	20.2	23.7	30 الحساس بالانقباض
16.7	20.6	21.1	15.4	26.3	31 القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
7.1	8.4	23.6	17.3	43.6	32 الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
10	7.4	26.6	15.7	40.2	33 الشعور بالخوف
14	23.7	25.4	18.4	18.4	34 الاحساس بأن مشاعرك يمكن ان تجرح بسهولة
3.5	6.1	20.2	23.2	46.9	35 الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
8.8	11.8	30.3	19.7	29.4	36 الشعور بأن الآخرين لا يفهموك أو لا يتعاطفون معك
2.6	5.2	22.2	18.7	51.3	37 الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
16.3	13.2	30	18.5	22	38 الاضطرار الي أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها
7	10	24.9	18.3	39.7	39 الاحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
7.4	7	25.3	18.3	41.9	40 الاحساس بالغثيان واضطراب المعدة
4.8	7.4	20.1	14.8	52.8	41 الاحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
13	10.4	27	16.1	33.5	42 الشعور بالام في العضلات
7	10	24.8	20.4	37.8	43 الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك

ملحق (3)  
مقياس ديرجيتس (SCL90) حسب استجابات أفراد العينة

دائما	غالبا	احياناً	نادراً	مطلقاً	استمارة مقياس قائمة مراجعة الاعراض التسعين والنسب المنوية
9.6	13	42.2	20	15.2	1 الصداع
23.2	32	25.4	11.8	7.5	2 سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي ( نرفزة بسرعة)
14.4	13.1	23.6	22.3	26.6	3 وجود أفكار أو خواطر أو الفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك
4.8	6.1	22.4	16.2	50.4	4 الشعور بالاعياء أو الاغماء أو الدوخة
16.7	12	23.9	10	37.3	5 فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية ( فقدان الزوج - الزوجة)
15.3	21.8	28.4	14.8	19.7	6 الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
4	3.5	12.8	15.9	63.9	7 الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
5.2	11.4	26.6	16.6	40.2	8 القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
8.7	11.4	31	22.3	26.6	9 الصعوبة في تذكر الأشياء
9.4	13	17	16.1	44.4	10 الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقدارة والاهمال
21	22.3	27.2	15.6	13.8	11 الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة ( والاستفزاز)
9.2	7	24.6	12.7	46.5	12 الاحساس بالآلام في القلب أو الصدر
4.4	7.4	17	15.3	55.9	13 الشعور بالخوف في الاماكن المفتوحة أو الشوارع
9.2	10	32.8	22.3	25.8	14 الشعور بالخمول أو قلة النشاط
10.5	7.9	14.4	9.2	58.1	15 التفكير في انتهاء حياتك
0.4	2.2	5.7	8.8	82.9	16 سماع اصوات لا يسمعاها الآخرون
0.9	2.6	21.8	11.8	62.9	17 رعشة بالجسم
8.3	16.2	33.6	17.5	24.5	18 الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
5.3	12.8	34.4	20.7	26.9	19 ضعف الشهية للطعام
26.8	23.7	20.6	12.7	16.2	20 البكاء بسهولة ( بسرعة؟)
10.2	11.5	26.5	13.3	38.5	21 الشعور بالخل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
10.9	15.7	24.5	14.4	34.5	22 الشعور بأنك محبوبس أو مقيد الحركة
4.4	2.6	15	15	63	23 رعب مفاجئ بدون سبب
7.4	13	31.7	16.5	31.3	24 ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها( تنفجرتتنفجرين غضبا دون القدرة على كبح الجماع)
5.2	1.3	10.4	13	70	25 الشعور بالخوف من ان تخرج من المنزل بمفردك
12.2	11.3	30.4	17	29.1	26 لوم نفسك على الاحداث التي تمر بك
13	16.5	29.1	13.9	27.4	27 الاحساس بالآلام أسفل الظهر
6.5	14.3	33.9	17.8	27.4	28 عدم القدرة على اتمام أعمالك
13.5	17.9	30.6	9.6	28.4	29 الاحساس بالوحدة
9.2	17.1	29.8	20.2	23.7	30 الحساس بالالقباض
16.7	20.6	21.1	15.4	26.3	31 القلق على الاشياء بصورة مبالغ فيها
7.1	8.4	23.6	17.3	43.6	32 الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
10	7.4	26.6	15.7	40.2	33 الشعور بالخوف
14	23.7	25.4	18.4	18.4	34 الاحساس بأن مشاعرك يمكن ان تجرح بسهولة
3.5	6.1	20.2	23.2	46.9	35 الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
8.8	11.8	30.3	19.7	29.4	36 الشعور بأن الآخرين لا يفهموك أو لا يتعاطفون معك
2.6	5.2	22.2	18.7	51.3	37 الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
16.3	13.2	30	18.5	22	38 الاضطراب الي أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها
7	10	24.9	18.3	39.7	39 الاحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
7.4	7	25.3	18.3	41.9	40 الاحساس بالغثيان واضطراب المعدة
4.8	7.4	20.1	14.8	52.8	41 الاحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
13	10.4	27	16.1	33.5	42 الشعور بالآلام في العضلات
7	10	24.8	20.4	37.8	43 الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك

15.3	22.3	24	14.4	24	صعوبة الاستغراق في النوم	44
9.2	12.3	22.8	23.2	32.5	الاضطرار الى اعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد)	45
7.4	15.7	29.6	22.6	24.8	صعوبة اتخاذ القرارات	46
4.8	5.3	8.8	11.8	69.3	الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الباصات	47
6.6	8.3	25.8	20.1	39.3	الصعوبة في التقاط أنفاسك (صعوبة التنفس)	48
3.9	5.7	32.6	20.9	37	الاحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك	49
9.6	7	32.6	15.7	35.2	الاضطرار الى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف	50
2.6	7.4	22.6	21.7	45.7	الاحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار	51
3.5	6.6	24	17.9	48	تميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك	52
4	8.8	28.6	18.9	39.6	الاحساس بأن شيئاً يقف في زورك (يسد زورك)	53
15.7	13.5	24	16.6	30.1	الاحساس باليأس من المستقبل	54
8.8	15	31.3	21.1	23.8	صعوبة في التركيز	55
6.1	11.8	28.1	18.9	35.1	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك	56
11.7	18.7	34.8	19.1	15.7	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً	57
9.2	14	21.8	18.3	36.7	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك	58
26.2	21.8	21.8	8.7	21.4	التفكير في الموت	59
3.9	6.6	28.8	23.6	37.1	الإفراط في تناول الطعام	60
9.1	21.7	25.7	18.3	25.2	الشعور بالاضطرابات والضييق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبك	61
3.1	4.9	21.7	11.1	59.3	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك	62
5.3	4.4	19.3	10.5	60.5	الاحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين	63
30.1	22.7	17.5	17	12.7	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح	64
9.2	4.8	22.4	13.6	50	الاضطرار الى تكرار نفس الأفعال كالمس والعد والغسيل	65
12.7	22.4	32.9	12.7	19.3	نوم مضطرب أو غير مريح	66
4.9	4.4	11.6	13.3	65.8	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء	67
13.7	15.4	24.7	17.2	9.1	وجود أفكار ومعتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون	68
4.8	9.6	21.3	17	47.4	الاحساس بالخجل والهيبية في وجود الآخرين	69
11.3	20	23	10	35.7	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما	70
34.8	26.1	17	12.6	9.6	الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (الدنيا تعب في تعب)	71
3.5	5.7	15.7	13	62.2	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول	72
12.2	8.3	15.7	14.8	48.9	الاحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام	73
14.9	19.8	25.6	20.7	18.9	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات	74
10.6	9.3	24.2	18.5	37.4	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك	75
8.3	13.2	28.1	15.8	34.6	الشعور بأن الآخرين لا يعطوك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاته	76
12.2	7.9	23.1	18.3	38.4	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين	77
10	13.1	21	19.2	36.7	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئاً في مكان	78
2.6	6.1	17.2	13.1	65.5	الشعور بأنك عديم الأهمية	79
2.2	6.6	20.2	16.2	54.8	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية	80
7	3.1	14.9	14.5	60.5	نوبات من الصراخ وقذف الأشياء	81
60.5	4.8	10.9	11.4	29.9	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	82
9.6	10.5	25.9	16.7	37.3	الاحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك	83
5.8	4	11.9	20.4	58	أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً	84
11.4	11.8	25.3	15.7	35.8	أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك	85
3.9	6.1	23.2	19.7	46.9	الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة	86
6.6	6.1	21.8	16.6	48.9	الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك	87
7.5	2.6	19.3	19.3	51.3	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر	88
8.7	14	31.9	16.6	28.8	الشعور بالذنب	89
6.6	12.7	36.7	18.8	25.3	الاعتقاد بأن هناك تغيراً غريباً قد طرأ على أفكارك	90

ملحق (4)  
مقياس Beck للاكتئاب

عليمات:

المطلوب أن تقرأ كل مجموعة على حدة ثم تضع دائرة حول الرقم امام العبارة التي تصف حالتك خلال الفترة الأخيرة بما في ذلك اليوم، تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد انك قد أجبت على كل المجموعات

0	لا أشعر بالحزن	الحزن
1	أشعر بالحزن والكآبة	
2	أحس بالاكتئاب أو الحزن طول الوقت ولا أستطيع انتزاع نفسي منه	
3	يبلغ حزني وتعاستي حدا لا أستطيع تحمله.	التشاؤم
0	ليس التشاؤم من صفاتي ولست أخشى المستقبل	
1	أشعر بأن المستقبل سيخذلني	
2	ليس لدي ما أرجوه أو أتطلع إليه في المستقبل.	الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل
3	أشعر أنه لا أمل في المستقبل ولن يطرأ على الأشياء أي تحسن ( ما فيش فايده)	
0	لا أعتقد أنني شخص فاشل	
1	أعتقد أنه نالني من الفشل أكثر مما ينال الشخص العادي	الإحساس بخيبة الأمل أو الفشل
2	كلما عدت بذاكرتي إلى الوراء رأيت حياتي سلسلة من الفشل.	
3	أشعر أنني شخص فاشل تماماً.	
0	ليس الشعور بالسخط أو عدم الرضى من صفاتي البارزة.	السخط وعدم الرضى
1	لم أعد أستمتع بالأشياء كما كنت أفعل سابقاً.	
2	لم يعد هناك شيء يجعلني أشعر بالرضى والارتياح.	
3	أنا مستاء من كل شيء.	الشعور بالذنب
0	لا أشعر بأنني مذنب أو آثم على وجه الخصوص.	
1	أشعر دائماً أنني سيء ولا نفع لي.	
2	أشعر أنني آثم ومذنب تماماً.	كراهية الذات
3	أعتقد أنني سيء ولا قيمة لي البتة.	
0	لا أحس بخيبة الأمل في نفسي.	
1	لقد خاب ظني في نفسي.	ايداء النفس
2	أنا مشمئز من نفسي.	
3	أكره نفسي.	
0	ليس لدي نية لإلحاق الأذى بنفسي.	ايداء النفس
1	الموت أفضل لي.	
2	لدي خطط محددة للانتحار.	
3	سأقتل نفسي لو أتاحت لي الفرصة.	

0	اتخذ قراراتي كما كنت أخذها دائماً.	
1	أحاول تأجيل اتخاذ قراراتي.	
2	أجد صعوبة شديدة في اتخاذ قراراتي.	
3	لم أعد أستطيع اتخاذ قرار.	عدم الحسم
0	لم أفقد اهتمامي بالناس.	
1	أصبحت أقل اهتماماً بالناس عن ذي قبل.	
2	لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس تماماً ولم أعد أحس بهم.	الانسحاب من المجتمعات
3	فقدت اهتمامي بالناس تماماً ولم أعد أحفل بهم.	
0	لا أشعر أن مظهري ساء عما كان عليه.	
1	يزعجني أن أبدو عديم الجاذبية.	
2	أشعر أن هناك تغيرات ثابتة قد طرأت على مظهري مما يجعلني أفقد جاذبيتي.	تغير صورة الذات
3	أعتقد أنني قبيح أو كريه المنظر.	
0	أقوم بعملتي مثلما كنت أقوم به دائماً.	
1	أبذل جهداً إضافياً لأبدأ العمل في أمر ما.	
2	أضغط على نفسي ضغطاً شديداً حتى أقوم بأي عمل.	صعوبة أداء الأعمال
3	لا أستطيع القيام بأي عمل.	
0	لا أشعر بالتعب أو الإجهاد أكثر من المعتاد.	
1	أصبح التعب يحل بي بسهولة أكثر من ذي قبل.	
2	ينتابني الإجهاد عند القيام بأي عمل.	الوهن والإجهاد
3	أحس بالإجهاد الشديد لدرجة أنني لا أستطيع القيام بأي شيء.	
0	شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.	
1	لم تعد شهيتي للطعام كما كانت من قبل.	
2	شهيتي للطعام الآن أسوأ بكثير.	ضعف الشهية
3	ليست لدي أي شهية للطعام	

مكتبة جامعة القدس

## ملحق (5)

### ارقام الشهداء

رقم الشهيد	العمر	الحالة الاجتماعية	المهنة	التعليم	تاريخ الاستشهاد
الشهيد رقم 1	16 سنة	اعزب	طالب مدرسة	التاسع	2000-9-30
الشهيد رقم 2	22 سنة	اعزب	عسكري	توجيهي	2000-10-1
الشهيد رقم 3	15 سنة	اعزب	طالب مدرسة	التاسع	2000-10-1
الشهيد رقم 4	23 سنة	متزوج	عسكري	ثاني ثانوي	200-10-4
الشهيد رقم 5	18 سنة	اعزب	سائق	العاشر	2000-10-8
الشهيد رقم 6	25 سنة	متزوج	عسكري	توجيهي	2000-10-12
الشهيد رقم 7	30 سنة	متزوج	مواسرجي	السادس	2000-10-16
الشهيد رقم 8	18 سنة	اعزب	عامل	اول اعدادي	2000-10-20
الشهيد رقم 9	15 سنة	اعزب	طالب مدرسة	العاشر	2000-10-21
الشهيد رقم 10	27 سنة	اعزب	تاجر	اول ثانوي	2000-10-27
الشهيد رقم 11	18 سنة	اعزب	عامل	ثالث ثانوي	2000-10-31
الشهيد رقم 12	34 سنة	اعزب	حداد	اول اعدادي	2000-11-14
الشهيد رقم 13	28 سنة	اعزب	حداد	السادس	2000-11-11
الشهيد رقم 14	15 سنة	اعزب	طالب مدرسة	ثاني اعدادي	2000-11-14
الشهيد رقم 15	25 سنة	اعزب	حلاق	ثاني ثانوي	2000-11-28
الشهيد رقم 16	23 سنة	متزوج	عامل	توجيهي	2000-12-1
الشهيد رقم 17	26 سنة	متزوج	كهربائي	توجيهي	2000-12-2
الشهيد رقم 18	15 سنة	اعزب	طالب مدرسة	التاسع	2000-12-5
الشهيد رقم 19	41 سنة	متزوج	عامل	ثاني اعدادي	2000-11-8
الشهيد رقم 20	27 سنة	متزوج	عسكري	ثاني اعدادي	2000-12-17
الشهيد رقم 21	18 سنة	اعزب	طالب مدرسة	توجيهي	2000-12-17
الشهيد رقم 22	11 سنة	اعزب	طالب مدرسة	الخامس	2201-1-14
الشهيد رقم 23	24 سنة	متزوج	سائق	ثالث اعدادي	2001-2-12
الشهيد رقم 24	15 سنة	اعزب	طالب مدرسة	العاشر صناعي	2001-2-26
الشهيد رقم 25	23 سنة	متزوج	نجار	اول ثانوي	2001-3-2
الشهيد رقم 26	9	اعزب	طالب مدرسة	الثالث	2001-3-2
الشهيد رقم 27	19 سنة	اعزب	طالب جامعة	سنة اولي	2001-3-18
الشهيد رقم 28	50 سنة	متزوجة	ربة بيت	اول ثانوي	2001-3-28
الشهيد رقم 29	21 سنة	اعزب	نجار	العاشر	2001-3-360

2001-4-1	السابع	طالب مدرسة	اعزب	
2001-4-8	توجيهي			
2001-4-30	جامعة	بنون		
2001-7-1				

2001-5-15	اعدادي	ماتاة	اعزب	25 سنة	الشهيد رقم 31
2001-6-3	اول اعدادي	عامل	انسة	7 سنوات	الشهيد رقم 32
2001-6-3	الرابع	سائق	اعزب	4 سنوات	الشهيد رقم 33
2001-6-26	السادس	عامل	اعزب	18 سنة	الشهيد رقم 34
2001-7-5	الحادي عشر	عامل	متزوج	22 سنة	الشهيد رقم 35
2001-8-5	ثالث اعدادي	طالب مدرسة	متزوج	32 سنة	الشهيد رقم 36
		طالب مدرسة	اعزب	36 سنة	الشهيد رقم 37
					38

2001-4-1	السابع	طالب مدرسة	اعزب	23 سنة	الشهيد رقم 30
2001-4-8	توجيهي	حداد/ يدون	اعزب	43 سنة	الشهيد رقم 31
2001-4-30	سنة 4 جامعة	عسكري+طالب	اعزب	25 سنة	الشهيد رقم 32
2001-4-30	الثاني	طالب مدرسة	اعزب	7 سنوات	الشهيد رقم 33
2001-4-30	-	الاول	انسة	4 سنوات	الشهيد رقم 34
2001-5-1	اعدادي	عامل	اعزب	18 سنة	الشهيد رقم 35
2001-5-15	اول اعدادي	سائق	اعزب	22 سنة	الشهيد رقم 36
2001-6-3	الرابع	عامل	متزوج	32 سنة	الشهيد رقم 37
2001-6-3	السادس	عامل	متزوج	36 سنة	الشهيد رقم 38
2001-6-26	الحادي عشر	طالب مدرسة	اعزب	17 سنة	الشهيد رقم 39
2001-7-5	ثالث اعدادي	عامل دهان	متزوج	37 سنة	الشهيد رقم 40
2001-8-5	توجيهي صناعي	عامل دهان	متزوج	30 سنة	الشهيد رقم 41
2001-8-13	السادس	موظف شركة	اعزب	21 سنة	الشهيد رقم 42
2001-9-4	بكالوريوس	معلم مدرسة	اعزب	26 سنة	الشهيد رقم 43
2001-9-16	توجيهي	موزع البنان	اعزب	25 سنة	الشهيد رقم 44
2001-5-31	توجيهي	طالب	اعزب	20 سنة	الشهيد رقم 45
2000-2-31	اعدادي	عامل	خاطب	24 سنة	الشهيد رقم 46
2001-8-29	توجيهي	عامل	متزوج	28 سنة	الشهيد رقم 47
2000-11-3	اعدادي	عامل	اعزب	22 سنة	الشهيد رقم 48
2000-11-3	اعدادي	عامل	اعزب	17 سنة	الشهيد رقم 49
2000-9-29	توجيهي	عامل	متزوج	28 سنة	الشهيد رقم 50
2000-10-4	اعدادي	طالب	اعزب	20	الشهيد رقم 51