



عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية،  
في مدينة الخليل للفئة العمرية من 18-59 عاماً

نائلة نعمان خليل الحرباوي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1429 هـ / 2008

الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية،  
في مدينة الخليل للفئة العمرية من 18-59 عاماً

إعداد

الطالبة : نائلة نعمان خليل الحرباوي

بكالوريوس تنمية اجتماعية/خدمة اجتماعية/ جامعة القدس المفتوحة / الخليل

المشرف الرئيس: الدكتورة نجاح مناصرة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الماجستير في الصحة النفسية من كلية  
الصحة العامة/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية/ جامعة القدس

1429 هـ / 2008 م



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

برنامج الصحة النفسية المجتمعية/ دائرة الصحة العامة

إجازة الرسالة

الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية، في مدينة الخليل للفئة العمرية من 18-59 عاماً

الطالبة : نائلة نعمان خليل الحرباوي

الرقم الجامعي : 20520142

المشرف الرئيس: الدكتورة نجاح مناصرة

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ ..... من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتواقيعهم:

- 1- رئيس لجنة المناقشة: دكتورة نجاح مناصرة التوقيع:
- 2- ممتحناً داخلياً: الدكتور تيسير عبد الله التوقيع:
- 3- ممتحناً خارجياً: الدكتور محمد ابريغيث التوقيع:

القدس - فلسطين

1429 هـ / 2008 م

## الإهداء

إلى الذين غمروني بحبهم .. وحنانهم ... وتوجيهاتهم

إلى من عرفوني كيف أتعلم؟؟... كيف أنجح؟؟ ... كيف أحب الناس؟؟... كيف أتسامح؟؟

إلى كل من ينزف قلبه ألماً ... وأسى ...

إلى كل من يبئن ويشتكي ...

إلى كل من يغرس الفرح والأمل في قلوب البشر ...

إلى ... الجميع ...

أهدي هذا البحث .....

إقرار:

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

التوقيع : .....

نائلة نعمان خليل الحرباوي

التاريخ : .....

## شكر و عرفان:

الشكر والحمد لله أولاً وآخراً الذي أعانني ومنحني القوة والعزم على إتمام هذا العمل، رغم كثرة التحديات والصعوبات.

وأود أن أقدم الشكر إلى كل من ساهم وتعاون معي في إكمال هذا البحث، الذي لم يكن بالصورة التي هو عليها لولا جهود الخيرين من المشرفين والأساتذة الكرام وأخص بالذكر الدكتورة نجاة منصور التي أشرفت على هذه الدراسة.

وأتقدم بالشكر إلى وزارة الصحة التي منحتني الفرصة للدراسة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية وجميع المسؤولين والعاملين فيها، وأخص بالذكر الدكتور بسام الأشهب لجهوده في تطوير خدمات الصحة النفسية وتشجيعه للدارسين، والدكتور حازم عاشور مدير وحدة الصحة النفسية والدكتور نبيل عيسى السيد مدير صحة الخليل الذي سهل لي المهمة أثناء الجولات الميدانية في العيادات وتزويدي بالمعلومات التي تهتم بالبحث، متمنية لهم التوفيق ودوام التقدم والإزدهار. كما أتوجه بالشكر لجامعة القدس ممثلة في رئيسها الدكتور سري نسيبة ومسؤولي الدراسات العليا، لما وفروه لنا من تسهيلات سواء من ناحية المرافق أو من جهود المشرفين والأساتذة وما قدموه لنا من الإرشاد والمساعدة لإنجاز هذا العمل على أكمل وجه.

هذا ولا يفوتني شكر كل من الممتحنين الدكتور تيسير عبد الله والدكتور محمد ابريغيث لتوجيهاتهم وآرائهم.

كما أتوجه بالشكر إلى زميلاتي وزملائي في مركز الصحة النفسية المجتمعية والأخوات والأخوة الذين تعاوروا معي أثناء الجولات الميدانية بالعيادات والعاملين في هذه العيادات من أطباء وممرضين لتعاونهم ومساعدتهم.

وجزيل الشكر والامتنان للأخوات والأخوة المرضى الذين تعاونوا معي أثناء إجراء المقابلة وتعبئة الاستمارات، داعية الله أن يشفيهم جميعاً وتمنّي لهم طول العمر والسعادة في حياتهم. ولا يفوتني شكر كل من الأستاذ منجد سموح القائم على التحليل الإحصائي والأستاذ تقي الدين عبد الباسط القائم على تنقيح الدراسة لغوياً.

جزيل الشكر والامتنان لكل من ساعدني

## قائمة المختصرات التي وردت في الدراسة :

- SPSS : Statistical Package for Social Sciences
- WHO : World Health Organization
- GSI : Global Severity Index
- PST : Positive Symptoms Total
- PSDI : Positive Symptom Distress Disorder Index
- ICD 10 : Classification of Mental and Behavioural Disorders
- DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
- SSRS : Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
- BSI : Beck Scale Inventory
- df : Degree of Freedom

## المخلص:

هدفت الدراسة إلى تفحص قضية هامة من قضايا الصحة وهي مشاكل الصحة النفسية، والكشف عن بعض الاضطرابات النفسية ونسبتها التي قد يعاني منها المرضى مراجعو العيادات المذكورة وعلاقتها ببعض الخصائص الديموغرافية وبعض المتغيرات المستقلة، والترابط بين هذه المتغيرات والاضطرابات النفسية. جرت هذه الدراسة في الفترة الزمنية بين ( 9/1-2007/9/30 ) أي طيلة شهر أيلول بمسح لجميع عيادات الرعاية الصحية الأولية الحكومية في مدينة الخليل وعددها خمس عيادات موزعة في مناطق مختلفة في المدينة.

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة منهج (Ex Post Facto)، وقد تم أخذ عينة ملائمة ومتوفرة (Convenious Sampel)، وهي من جميع المرضى مراجعي هذه العيادات الذين وافقوا على المشاركة بالبحث من عمر (18-59) من كلا الجنسين الذكور والإناث ممن زاروا طبيب العيادة للعلاج. تم ذلك بوجود الباحثة كل يوم في أحد العيادات وبشكل دوري طوال شهر أيلول، ليتم تمثيل جميع مرضى العيادات في العينة ممن يشملهم التأمين الصحي، واستثني أولئك الذين أتوا من أجل التحويلات والتطعيم والتأمين أو امتحانات رخصة السياقة أو رعاية ما قبل الولادة أو مشاكل الحمل أو الطوارئ، وقد كان عدد المرضى الذين راجعوا الطبيب في شهر أيلول من ضمن الفئة العمرية المستهدفة ( 450 ) مريض حيث طلب منهم تعبئة الاستبيان المعد للدراسة، وقد وافق ( 340 ) مريضاً على المشاركة، وهم عينة الدراسة. تم تحليل ( 330 ) استمارة ولم تستكمل البيانات الأساسية في الباقي. استخدمت الباحثة استمارة لمعرفة الوضع الاجتماعي والاقتصادي أداة للدراسة وشملت متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، المهنة، الحالة الصحية التي شملت على المتغيرات (يعاني من مرض جسدي أو لا يعاني، نوع المرض ومكانه، عدد مرات المراجعة للطبيب، الفترة الزمنية للشكوى، يستخدم أدوية للمرض أو لا يستخدم، إضافة إلى أداة أخرى وهي مقياس ( SCL-90-R الذي يقيس كلا من (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الخوف، البرانويا، الذهان وعبارات إضافية). كانت مشاركة المرضى تطوعية بشكل كامل، وتمت من خلال الإتصال المباشر والمقابلة للإجابة عن أسئلة الأداة التي استغرقت ( 10-25 ) دقيقة.



تمت معالجة البيانات عن طريق برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتم استخدام عدة أساليب إحصائية منها التكرارات والنسب المئوية والأوساط الحسابية والإنحرافات المعيارية والانحدار المتعدد ومعامل التحديد ومعامل الارتباط، وتم استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية، لأن البيانات الدراسية لا تخضع للتوزيع الطبيعي ومنها، اختبار U لـ مان-وتني واختبار كروسكال-واليس.

لقد أظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته (24.1%) من أفراد العينة يشكون من الاضطرابات النفسية، بناء على الـ GSI منهم (3.3%) في درجة شديدة، وقد وجدت فروق في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في جميع الأعراض وزيادة المستوى التعليمي تقل نسبة الشكوى النفسية والعكس بالعكس. كما كانت فروقا لمتغير الدخل المنخفض وطول فترة الشكوى المرضية. وهناك ما نسبته (39.3%) من أفراد العينة يعانون من الأعراض الجسدية منهم (11%) يشكون من أعراض شديدة، وهناك ما نسبته (33.3%) من أفراد العينة يعانون من أعراض الوسواس القهري منهم (8%) يشكون من أعراض شديدة، أما بالنسبة لأعراض الحساسية التفاعلية فهناك ما نسبته (31.2%) بحاجة إلى تدخل منهم ما نسبته (7.1%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. وهناك (29.1%) يعانون من أعراض الاكتئاب منهم (6.5%) يشكون من أعراض شديدة، وكان (26.8%) من أفراد العينة يعانون من القلق منهم (3.6%) بحالة شديدة، وظهرت العدوانية بنسبة (27.9%) منهم (8.9%) بحاجة إلى تدخل. أما بالنسبة لأعراض قلق الخوف فهناك ما نسبته (16.1%) من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل منهم (1.8%) يعانون من أعراض شديدة، وكان (30.6%) من أفراد العينة يشكون من أعراض البرانويا التخيلية منهم ما نسبته (7.7%) يعانون من أعراض شديدة، وهناك ما نسبته (17.9%) من أفراد العينة يعانون من الأعراض الذهانية منهم (2.1%) بحالة شديدة.

خرجت الباحثة بتوصيات عدة أهمها، زيادة الاهتمام بالخدمات النفسية وتطويرها بمختلف أنواعها ودعمها لتلبية الحاجات المتزايدة للجمهور من النواحي العلاجية والتنقيفية والوقائية، وتوجيه طاقات البحث إلى مجال الصحة النفسية خاصة في مجال المرأة والأسرة، وإدراج خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوفيرها في المستشفيات والعيادات العامة، و تدريب الأطباء والمرضى في عيادات الرعاية الأولية وتأهيلهم للكشف المبكر عن الحالات التي بحاجة للتدخل وإضافة أخصائيين نفسيين واجتماعيين للعمل مع طاقم هذه العيادات.

## Abstract :

Mental Disorders Among Patients Who Attend Primary Health Care Clinics in Hebron of Age Group 18-59 Years:

This study tackles an important issue in public health; it is the psychological problems of patients receiving primary services at the clinics of the Palestinian Ministry of Health in the city of Hebron. The study was conducted over a period of one month between 01-09-2007 and 30-09-2007, during which five public clinics out of about 118 located in different parts of the city were surveyed. The researcher chose this sample only for reasons related to limited human resources and finances.

The study aimed at identifying the rates of psychological disorder in patients attending the clinics and the relationship between these disorders and demographic and other independent factors,. The researcher used the Ex Post Facto method and the sample in this study were all the patients (aged between 18 and 59 years, females and males) who attended the five clinics and who gave their consent to be part of this research. The researcher visited clinics on 25 occasions in September. It is worth mentioning that all the patients were covered by health insurance (80% of the population are covered). Other patients who presented at the clinics for referrals, vaccinations, insurance, medical clearance, prenatal check-ups, pregnancy-related problems and emergency cases were excluded. Four hundred and fifty (450) patients within the target age group were requested to fill out a questionnaire, 340 agreed to be included, 4 questionnaires were discarded as they lacked basic data. The researcher used a questionnaire about the social and economic status. which included the variables: gender, age, education, social status, economic status, occupation, and physical health status. The latter included, type of disease, frequency of visits to physician, duration of chief complaint, and use of medications. Another tool called Derogatis Scale SCL-90-R that measures physical symptoms, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, aggressiveness, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism, was also used in collecting the data. All the patients took part voluntarily in the study and were contacted personally or interviewed so as to answer questions over a period of 10 to 20 minutes.

All the data were analyzed through SPSS and different statistical methods, such as levels of frequency, percentage, mean, standard deviation, multi-regression, co-efficient factor, non-parametric statistical methods, such as U test for Man Whitney and kroschal-Wallis, as the data do not conform to the normal distribution.

The results showed that 24.1 % of the sample had psychological symptoms, and 3.3% of which according to Global Indices was severe. Differences in the level of psychological disorders were found to be associated with levels of education in all the cases; the higher the level of education was, the less the frequency of the psychological problems and vice versa. Other factors included: low-income and duration of chief complaint. 39.3 % showed psychosomatic signs, 11% of which was severe. 33.3 % had obsessive-compulsive disorders and 8% of which was severe. As for the interpersonal sensitivity(can you add a comment on what this means?) cases, 31.2 % needed intervention and 7.1% needed to be referred for medical treatment. 29.1% suffered from depression and of whom 6.5% were severe. 26.8% suffered from anxiety, and of whom 3.6% were to be referred for medical treatment. 27.9% suffered with Hostility, and of these 8.9% needed intervention. As for the phobias, 16.1% needed intervention, and of which 1.8% was severe. 30.6% suffered from paranoid ideation, and which 7.7% needed medical intervention. 17.9% suffered from psychoticism, and of whom 2.1% needed medical treatment.

The researcher came out with several recommendations, the most important of which are giving more financial support and attention to psychological health services so as to meet the public demand which needs treatment, education, and prevention, in addition to channelling the research she also recommends that they be made available in primary health programs in hospitals, and that the societal and psychological services receive the needed development through the training of doctors and nurses working in primary health clinics so that they become able to identify cases that require treatment or referral to the local CMHC. Finally, first important she recommends that more psychotherapists and social workers be incorporated in public clinics.

## الفصل الأول

### خلفية الدراسة

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

## الفصل الأول

### 1.1 المقدمة:

الصحة النفسية موضوع مهم، يتصل بالصغير والكبير على السواء، ويعني الفرد والمجتمع معاً، ويشترك في بحثه الطبيب والباحث في ميادين الخدمة الإجتماعية وعالم النفس وعالم التربية. الصحة النفسية والبدنية والاجتماعية هي بالنسبة لجميع الأفراد خيوط من الحياة أساسية ومتداخلة. ومع نمو الفهم لهذه العلاقة، يتضح بشكل متزايد وباستمرار أن الصحة النفسية عامل حاسم في العافية الإجمالية للأفراد والمجتمعات والدول، وحسب منظمة الصحة العالمية يمكن تعريف الصحة النفسية "كحالة من العافية تمكن الأفراد من تحقيق قدراتهم والتغلب على الكروب المعتادة في الحياة والعمل المنتج والمثمر وتقديم مساهمات لمجتمعاتهم". وفي معظم أجزاء العالم - لسوء الحظ- لا تعطى الصحة النفسية والاضطرابات النفسية درجة من الأهمية تقترب ولو من بعيد من درجة الأهمية المعطاة للصحة البدنية. بل إنها تعرضت وتعرض للتجاهل والإهمال (WHO, 2003).

فالصحة النفسية مسألة تهتم العاملين في هذا المجال، كما تهتم الآباء والمربين في المدارس، وتهتم كذلك من يحتلون مراكز القيادات في إدارة المجتمع، وتنظيم شؤونه وتوفير شروط أمانة للجميع، خاصة إذا كانت حياة العصر شديدة التعقيد، كثيرة المفاجئات، سريعة التطور كهذا العصر. فإن العصر الحديث شهد جملة من التغيرات السريعة ساعدت على تبديل بعض القيم وتبديدها أحياناً، وكذلك شهد الكثير من الحروب وأعمال العنف والكوارث التي زادت من تعرض الإنسان للكثير من

الضغوط. ويرى إيريك فروم أن القلق هو نتاج الضغوط البيئية والثقافية، ويعتقد أن المجتمع الحديث مسئول ولا شك عن كثير من الاضطرابات النفسية (زهرا، 1997).

ورغم التطور العلمي والحضاري، وتمتع الإنسان بمباهج الحياة، واكتشاف الكثير من أسباب الأمراض الجسدية والنفسية، فإن هناك زيادة واضحة في المشكلات التي تواجه أو تعترض الأفراد والاضطرابات التي تصيبهم في مراحل حياتهم المختلفة. فالتطور لم يحل دون وجود المرض النفسي والعقلي ولن تختفي معاناة الإنسان من المرض والضغوط والمآسي الدنيوية، قال تعالى: " لقد خلقنا الإنسان في كبد " (سورة البلد، آية 4).

إن المشكلات والاضطرابات النفسية لا ترجع إلى نوع وشكل واحد، ولا تقف دائما عند حدود ضيقة من التعقيد والخطر، وأحيانا تكون بالغة التأثير على الصحة النفسية للأفراد والجماعات، فهي تتفوت في الآثار التي تخلفها في حياة الأفراد وشخصياتهم، وحياة أسرهم ومجتمعهم. لذلك فإن معرفة هذه الآثار وأسبابها مسألة مهمة وتستدعي المزيد من الدراسة والبحث.

اتفق كثير من علماء النفس كعكاشة والمهدي كما ستوضح الباحثة لاحقاً عن أسباب الأمراض النفسية على أنها لا يمكن أن تظهر إلا باجتماع عدة أسباب. فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهناً لسبب واحد لذلك فإننا نجدهم يقسمون عوامل الاضطرابات النفسية إلى عوامل مهينة وهي استعدادات ذاتية في الشخصية، وعوامل معجلة وهي عوامل تسبق ظهور المرض النفسي ولها القدرة على إثارة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. فلإنسان يعيش فوق هذه الأرض ويتغلب عليها فيؤثر فيها بما يحدثه من تغيير وتبديل في طبيعتها ويتأثر بما فيها وبما يجري حوله منها فهو دائماً وأبداً في حالة تفاعل مستمر. وعندما يكون الفرد بهذه المثابة في التأثير لا بد أن يصادف أموراً قد لا يرتضيها وأموراً قد تخالف عقله أو هواه أو رؤيته التي ينظر بها إلى الكون الذي يعيش فيه وقد يختلف موقف الفرد من هذه الأمور الحياتية، بحسب قوتها وبحسب انفعاله تجاه هذه الأمور. لذلك قد يتولد عن هذه الأمور، مواقف تفرث الإنسانية أمراضاً نفسية خفيفة أو مستعصية يصعب شفاؤها ويتعذر أو يتعسر مداواتها أو عارضة لا تلبث أن تزول بنفسها، أو بحوار سديد مع معالج مختص، مرشد أو أخصائي اجتماعي أو نفسي. وسط هذا كله على الإنسان أن يحقق التكيف عن طريق التلاؤم مع هذه المتغيرات والظروف، وأن

يشعر بالرضا حتى يستطيع أن يحقق قدرًا من التوافق النفسي يكفل له الصحة النفسية ويجعل منه إنساناً سوياً يستطيع أن يواجه كل ما يعترض سبيله من عقبات ومشكلات مما يساعده على أن يسلم من الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، وأن يكون بالتالي عضواً نافعاً للمجتمع، وهذا كله يتطلب طاقات عالية من التحمل والتكيف.

في الآونة الأخيرة كثر الحديث عن الأمراض النفسية والعقلية وتصنيفاتها، وهناك صعوبة في تعريف المريض النفسي، فهل هو الشخص الذي يعجز عن التكيف مع المجتمع؟ أو غير قادر على التأقلم مع من حوله؟ وهو خلال هذا المرض يعاني ويتألم وقد يبدع وينتج ويجاهد ويكافح للوصول الى غايته في هذه الحياة، وأحياناً يتوقف تماماً عن العمل والإنتاج لمعاناته لمرضه ولخضوعه لأعراض القلق أو الاكتئاب أو الهستيريا أو الوسواس أو الفصام وغيرها، حيث أن هناك عوامل كثيرة بيئية واجتماعية وبيولوجية وشخصية، تتداخل وتتفاعل لتحديد مصير الشخص. فالطب النفسي بشكل عام عندما يشخص المرضي يعتمد على التقارير الذاتية والتخمين والإطار الثقافي لتعريف المرض ثم يبحث عن العلامات البيولوجية (سوربورو ، 2007).

يزداد الوعي النفسي نسبياً عند الإنسان باطراد. وهذا ما نلاحظه من خلال الإهتمام المتزايد بالبحث عن المساعدة النفسية، أو من خلال صفحات الإنترنت. غير أن هذا الإهتمام المتزايد بالقضايا النفسية، لا يوجد ما يوازيه من كفايات من مقدمي الخدمة والمتخصصين النفسيين في هذا الإطار للتعامل مع هؤلاء المرضى، وما زال هناك قصور في هذا المجال، نأمل أن يتم تداركه، من خلال تعاون التخصصات النفسية المختلفة والمتنوعة (WHO, 2002).

لأهمية هذا الموضوع ولعمل الباحثة في مجال الصحة النفسية، في أحد مراكز الصحة النفسية المجتمعية، في مدينة الخليل، التابع لوزارة الصحة، رأت الباحثة إعداد هذه الدراسة، للكشف عن بعض الاضطرابات النفسية ونسبتها التي قد يعاني منها المرضى، مراجعي عيادات الرعاية الأولية، التابعة لوزارة الصحة في مدينة الخليل، وذلك لوقايتهم من تدهور وضعهم الصحي، والكشف عنها والتدخل المبكر لهم.

## 2.1 مشكلة ومبررات البحث

هناك ازدياد ملحوظ في معظم دول العالم للأفراد الذين يعانون من الأمراض والاضطرابات النفسية، الذين يحتاجون للرعاية الصحية. وتدل الدراسات الحديثة على أن نسبة المرض النفسي بين كل الشعوب تتشابه وإن اختلفت الأماكن أو طريقة الحياة، ولكن قد تختلف المظاهر المرضية. فقد وجد أن (30%) من مجموع السكان يعاني من أزمات واضطرابات نفسية. ولكن الحصول على رقم حقيقي لمدى انتشار المرض هو أمر عسير، لأن معظم المرضى لا يتوجهون للعلاج في المصحات والمراكز النفسية والعقلية، والجزء الأكبر من المرضى يترددون على كافة العيادات الطبية ويعانون من أعراض الألم الجسدي ويتقلوا من طبيب إلى آخر دون معرفة للتشخيص الحقيقي (عكاشة، 2003).

ويلجأ للعلاج الشعبي أو للطبيب العام حوالي (20%) من هؤلاء المرضى، ولا يستطيع الطبيب العام أن يشخص سوى (10%) على أنها حالات نفسية، كما يلجأ للطبيب النفسي حوالي (2,3%) ولا يدخل المستشفى أكثر من (5%) وهذا يعني أن غالبية المرضى النفسيين يعالجون عند الطبيب العام أو الباطني، ولذا يجب الاهتمام بتوعية الممارس العام لعلاج هذه الفئات من المرضى (عكاشة، 2003). فالاضطرابات النفسية تشكل أحد أهم تحديات المشاكل النفسية بالنسبة لخبراء الرعاية النفسية، في كل من الدول النامية والمتطورة (Weiller et al, 1993).

كما أن انتشار الاضطرابات النفسية يتزايد مع ازدياد الضغوط النفسية في الحياة، مما يؤدي إلى اختلال توازن تكيف الإنسان مع محيطه واضطراره إلى اللجوء لشتى أساليب العلاج النفسي، والعلاج الدوائي (رضوان، 1996).

وتشير التوقعات في المستقبل إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية والعقلية خاصة القلق، الاكتئاب، وذلك بسبب كرب الحضارة وسرعة التغير وتغلب المادة على الفكر والذاتية المفرطة وتقلص روح الجماعة وعبثية الانتماء وأزمة الهوية الإنسانية واهتزاز نزعة الإيمان، ومحاولة الإنسان المستمرة للهروب من هذا الخضم من المشقات والكروب بطرق مختلفة، حتى ينسنى له عبور المرحلة الحياتية (عكاشة، 2003).



لذا يجب أن تكون الصحة النفسية هماً شاغلاً للجميع، وليس لمن يعانون من اضطراب نفسي وحدهم لأن أثر مشكلات الصحة النفسية في المجتمع بأكمله وليس في جزء صغير معزول فحسب. لذلك فهي تحد رئيسي للتنمية العالمية. ولا تتمتع أية مجموعة بحصانة ضد الاضطرابات النفسية، لكن الخطر أكبر بين الفقراء، والمشردين والعاطلين عن العمل وذوي التعليم المنخفض وضحايا العنف والمهاجرين واللاجئين والأطفال المراهقين والنساء اللواتي تعرضن للإيذاء الجسدي والكبار في السن المهملين (WHO, 2003).

هذا وقد أدى تزايد الإقرار بأهمية الصحة النفسية في مجال الصحة العامة الدولية إلى زيادة الحاجة لإظهار أن الاستثمار في الموارد في تطوير الخدمات ليس مجرد أمر ضروري بل إن له جدواه وقيمتها الاقتصادية. كما أفادت الدراسات والأبحاث أن عمليات العلاج في حالات الفصام، والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية ليست مجرد متوفرة وفعالة، ولكنها أيضا ذات كلفة يمكن تحملها وهي تستحق ما يصرف عليها (وزارة الصحة الفلسطينية، 2004).

واستنادا إلى تقرير منظمة الصحة العالمية للعام (2001) حول الأعباء العالمية للأمراض، فإن الاضطرابات النفسية تتسبب في 33% من سنوات الإعاقة التي يعيشها الناس، كما أن تنامي هذه الأعباء أدى إلى مزيد من البؤس والإعاقات والمخاسر الاقتصادية بين الناس. وقد أشارت الدراسات العالمية إلى أن الأمراض العصابية على سبيل المثال تشكل تهديداً لاقتصاد البلد حيث أن الدراسات تشير إلى أن حوالي 40-60% من عمال المصانع يتغيبون عن عملهم لأسباب نفسية وعقلية، وهذا إهدار للوقت ويؤثر على الإنتاج (WHO, 2002).

لقد وجدت الباحثة في المكتبة الأجنبية عدداً غير قليل من الدراسات والمراجع حول موضوع الصحة النفسية أو جوانب منها، ولكن المكتبة العربية سواء في الوطن العربي أو في فلسطين تفتقر إلى مثل هذه الدراسات حسب علم الباحثة. ومن الجدير بالانتباه أن هناك خصوصية للوضع السياسي في فلسطين الذي يزيد من احتمالية إصابة الفرد بالمرض النفسي، فهناك ثلاثة أجيال من الفلسطينيين قد خبروا الكبت والقمع من خلال التعرض للعنف والإصابات والإهانات والحرمان من الأهل، وانتهاكات حقوق الإنسان والسجن، وهدم البيوت والتشريد وتعرض الأفراد بشكل كبير ومباشر للصدمات. وهناك نسبة عالية من السكان تعيش كلاجئين في المخيمات، وهناك مستويات

عالية من البطالة والحرمان الاجتماعي والفقر، إضافة للأمور والضغوطات العصرية، الأمر الذي يتطلب دراسات معمقة وطويلة (وزارة الصحة، 2001).

وحسب ما يراه الباحثون الفلسطينيون بأنه تدعو الحاجة الملحة والمعقولة إلى التفكير في حاجات الصحة العقلية للفلسطينيين، تلك الحاجات القائمة على طريقة وأسلوب فلسفة الصحة العقلية المجتمعية التي تنقلنا من الرعاية الصحية القديمة إلى مشروع سياسات لخدمات الصحة العقلية التي تزودنا بخدمات معقولة ومتاحة من قبل كل من الأخصائيين في الصحة والمجتمع. ففي فلسطين هناك حوالي ثلث المجموع الكلي للسكان، هم بحاجة لتدخلات الصحة النفسية" (قوته، رجا، السراج، 2003). وتضيف الباحثة إلى التوقعات السابقة، أن ما يجعل الأمور أكثر سوءاً، أن الفلسطينيين يعيشون في بيئة ثقافية تصم بالعار المشاكل النفسية.

يشير تقرير وزارة الصحة الفلسطينية (2005) أن تقديم خدمات الصحة النفسية في فلسطين يتم من خلال وزارة الصحة ووكالة الغوث والمنظمات الأهلية. وتقدم دائرة الصحة النفسية في وزارة الصحة العديد من الخدمات الوقائية والعلاجية وخدمات التأهيل النفسي، حيث تتعاون دائرة الصحة النفسية مع العديد من المؤسسات الدولية من أجل تنفيذ العديد من المشاريع الهادفة لتطوير خدمات الصحة النفسية، علماً بأن عدد الزيارات إلى عيادات الصحة النفسية المجتمعية في وزارة الصحة قد بلغت 89285 زيارة، حيث تم تسجيل 2261 حالة جديدة تعاني من أمراض واضطرابات نفسية بمعدل 62.2 لكل 100,000 من السكان مقارنة ب 956 حالة عام 2000 بمعدل 30.3 لكل 100,000 من السكان وهذه الزيادة واضحة. وتقدم خدمات الصحة النفسية والعقلية في فلسطين من خلال 15 عيادة صحة نفسية مجتمعية إضافة إلى مستشفيات يقدمان خدمات الصحة النفسية والعقلية وهما مستشفى بيت لحم ومستشفى غزة للصحة النفسية والعقلية (وزارة الصحة، 2005).

أما بالنسبة للأوضاع الاقتصادية للفلسطينيين فقد أظهرت المسوح التي أجراها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في أيار/ 2007، انتشار الفقر الواسع في الأراضي الفلسطينية، إلى جانب وجود نسبة عالية من الفقر المدقع، حيث يعيش معظم الشعب الفلسطيني، بواقع 58%، تحت خط الفقر، ويعيش نصف هؤلاء، أي 30% في فقر مدقع، حيث يشير الفقر المدقع إلى الأسرة المكونة من شخصين بالغين وأربعة أطفال والتي تعيش على (1000-1500) شيكل في الشهر أو أقل. وتعني نسبة الفقر

(58% ) أن حوالي ( 2,182,000 ) من بين (3,762,000) فلسطينيا في الأراضي الفلسطينية المحتلة يعيشون في فقر، ويعيش حوالي ( 1,128,600 ) من ضمنهم في فقر مدقع (معهد الأبحاث التطبيقية، 2007).

إن البيانات الديموغرافية المتوفرة حول الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية تظهر أن نسبة الأفراد دون الخامسة عشر من العمر بلغت (45.8%)، في حين بلغت نسبة الذين تبلغ أعمارهم ( 65 ) سنة فأكثر (3.1%)، كما بلغ العمر الوسيط للسكان (16.7) سنة. كما أشارت البيانات إلى أن متوسط حجم الأسرة الفلسطينية بلغ ( 4.9 ) فرد، هذا ما استعرضه الجهاز المركزي للإحصاء في تقرير أصدره عن الوضع الديمغرافي للشعب الفلسطيني نهاية عام (2005). وفي تقرير آخر لجهاز الإحصاء ذكر أن المجتمع الفلسطيني يتكون من الشباب، حيث ثلاثة أرباع السكان في الضفة الغربية وغزة هم دون ( 30 ) سنة وهناك نسبة ضئيلة فوق الـ ( 60 ) سنة (جهاز الإحصاء، 2006).

تلعب مراكز الرعاية الأولية دوراً مهماً في مجال تشخيص الاضطرابات النفسية حيث يلجأ المرضى إلى الأطباء كافة يشكون أعراضاً عامة، مثل: الأرق، التهاب المعدة، سوء الهضم، ضعف عام، فقر دم، روماتيزم، الدوار، سخونة في الجسم، تنميل في الأطراف، آلام متقلبة في الجسم، الخوف من أمراض الدرن والسرطان، القلب، انقباض الصدر، صعوبة في البلع. و قد اهتم الناس منذ القدم بالجانب العضوي للصحة لأنه بالإمكان قياسه واكتشافه والتعامل معه بدقة وموضوعية على العكس من الجانب النفسي للصحة . وبما أن مؤشرات الصحة النفسية لا تقتصر على الجانب النفسي، وإنما الوضع الصحي الجسمي هو مؤشر أساسي على الصحة النفسية أصبحت شركات التأمين في الدول المتقدمة تغطي العلاج النفسي بالإضافة إلى العلاج الجسمي، والأهم من ذلك أن إعداد الأطباء أخذ يتضمن بعداً نفسياً مهماً وأصبحت الخدمة النفسية تدخل جنباً إلى جنب مع الخدمة الصحية.

إن الأثر الواضح حالياً لهذا الوضع الفلسطيني وحسب توقعات الباحثة هو معدلات عالية للاضطرابات النفسية لدى الفلسطينيين خاصة الشباب وهم الفئة المستهدفة في هذه الدراسة، ذلك أن

الشباب تواجههم الكثير من المسؤوليات والتحديات، كما أن الآثار المستقبلية للنمو السريع للسكان البالغين يشير إلى تزايد الاحتياجات للصحة النفسية.

عند النظر إلى الأمور مجتمعة وبما أن غالبية المرضى النفسيين يعالجون عند الطبيب العام أو الباطني عند بداية ظهور أعراض وشكاوى نفسية مرضية التي غالباً ما تظهر بشكل آلام وشكاوى عضوية متنوعة، كما أنه توجد بنية تحتية جيدة لخدمات الرعاية الصحية في كل بلدة وقرية في مدينة الخليل، وتنظم على عدة مستويات، بالتالي توفر الخدمات القائمة أساساً جيداً للتطوير المستقبلي للرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة والفعالة. كما أن مدى انتشار الاضطرابات النفسية في مراكز الرعاية الأولية بين السكان الفلسطينيين وسكان مدينة الخليل غير معروف، لذا فكرت الباحثة بالقيام بهذه الدراسة للكشف والتعرف إلى مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى مراجعي عيادات الرعاية الأولية في مدينة الخليل التي تعيش فيها.

تقع مدينة الخليل في الجزء الجنوبي في فلسطين ويبلغ عدد سكانها حسب إحصائية الجهاز المركزي للإحصاء لعام ( 2006 ) ( 166.003 ) ألف نسمة من مجموع سكان المحافظة البالغ عددهم ( 542.593 ) ألف نسمة حسب إحصائية الجهاز المركزي لعام ( 2006 ). وتبلغ مساحة محافظة الخليل ( 1164 ) كم<sup>2</sup>، وتشكل مساحة المدينة ( 250 ) كم<sup>2</sup> (حسب معطيات بلدية الخليل).

توجد ( 118 ) عيادة للرعاية الأولية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في محافظة الخليل، موزعة حسب الكثافة السكانية في القرى والمدينة، منها ( 5 ) عيادات في مدينة الخليل التي يبلغ معدل مراجعيها من المرضى البالغين (دون الأطفال من عمر 0-3) أو المراجعين لخدمات أخرى) والذين يشملهم التأمين الصحي شهرياً هو ( 6827 ) مريض من مختلف الأعمار. (حسب معطيات مديرية صحة الخليل)، علماً بأن نسبة الحاصلين على التأمين الصحي تبلغ ( 80% ) من السكان، وذلك (حسب معطيات مديرية الصحة)، وهذه العيادات هي: عيادة الكرنيتينا، عيادة عين سارة، عيادة الحرم الابراهيمي، عيادة المشاركة، عيادة الحاووز.

ستقتصر الدراسة على مراجعي هذه العيادات، وذلك لعدم توفر الإمكانيات البشرية والمادية لتغطية جميع عيادات المحافظة ولضيق الوقت، و أيضاً لضمان تجانس العينة حيث أن سكان المدينة لديهم

الظروف الاجتماعية والإقتصادية والمعيشية والبيئية والثقافية نفسها تقريباً، كما أن لديهم العادات والتقاليد نفسها.

بناء على ما تم عرضه جاء الاهتمام بإعداد هذه الدراسة التي تحاول الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي:

"ما مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل، وارتباطها وعلاقتها ببعض الخصائص الديموغرافية وبعض المتغيرات المستقلة" ؟

### 3.1 أهمية الدراسة

بسبب قلة الدراسات في مجال الصحة النفسية وفق معرفة الباحثة في فلسطين وعدم التطرق لمثل موضوع الدرا

سة واستهداف المرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية، والحاجة الملحة لمثل هذه الدراسات، جاء اهتمام الباحثة بهذا الموضوع حيث تكمن أهمية الدراسة بأنها:

- مقدمة لدراسات مستقبلية خصوصاً وأن الدراسات في هذا الموضوع قليلة جداً في فلسطين، وفي الضفة الغربية خاصة، وفق علم الباحثة.

- أهميتها في الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مراجعي عيادات الرعاية الأولية، وتحويل الحالات لتقديم التدخل المناسب، للحد من تفاقم المشكلة الصحية والنفسية، وتحقيق الصحة النفسية.

- تعرف العاملين في عيادات الرعاية الأولية على مشاكل الصحة النفسية، حيث أن معظم فريق الرعاية الأولية يتلقون القليل من التدريب، أو لا يتلقون تدريباً في رعاية الصحة النفسية، وقد تكون كجزء من خطة لدمج العلاج للأمراض النفسية في مراكز الرعاية الأولية.

- قد تشجع نتائج هذه الدراسة المسؤولين عن الخدمات الصحية لاستثمار خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي توفر الخدمات القائمة أساسا جيدا للتطوير المستقبلي للرعاية الصحية النفسية المجتمعية الشاملة والفعالة، التي يسهل الوصول إليها وتكون مقبولة لدى المجتمع المحلي.

#### 4.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

- فحص مشاكل الصحة النفسية لدى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل والتحقق منها.
- علاقة هذه الأعراض والمشاكل النفسية ببعض الخصائص الديموغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الصحية الجسمية، المهنة، الدخل)
- توفير معرفة علمية لمساعدة واضعي ومخططي السياسات في وضع سياسات مناسبة. قد يكون إحداها دمج جزء من خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية، للكشف المبكر عن تلك الاضطرابات وتحويلها إلى الجهة المتخصصة، أو لتقديم التدخل المناسب. ويساعد في ذلك، تدريب وتأهيل الأطباء والعاملين في العيادات لهذه المهمة.

#### 5.1 أسئلة الدراسة

ستحاول الباحثة في دراستها الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- 1 -ما مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل ؟
- 2 -ما مدى ارتباط وعلاقة الاضطرابات النفسية ببعض الخصائص الديموغرافية وبعض المتغيرات المستقلة (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة الصحية، المستوى التعليمي، المهنة، الدخل) ؟

## 6.1 فرضيات الدراسة

على ضوء أسئلة الدراسة ستصوغ الباحثة الفرضية الرئيسية وهي:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ( $\alpha = 0.05$ ) بين المشاكل النفسية وكل من المتغيرات الديموغرافية والمستقلة.

والفرضيات الفرعية هي:

- 1 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى العمر.
- 2 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الإضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى الجنس.
- 3 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الإضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى مستوى التعليم.
- 4 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى الحالة الاجتماعية.
- 5 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجه الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى المهنة.
- 6 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى الدخل.

7 - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية) تعزى إلى الحالة الصحية .

### 7.1 حدود الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة على مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل. الحدود المكانية: تشمل عيادات الرعاية الأولية في مدينة الخليل وهم: الحاووز، الكرنتينا، المشاركة، الحرم، عين سارة. وهم موزعين كالآتي:

- عيادة الكرنتينا تقع جنوب المدينة ويبلغ معدل مراجعيها (1650) مريض شهرياً.
- عيادة عين سارة وتقع شمال المدينة ويبلغ معدل مراجعيها (1855) مريض شهرياً.
- عيادة الحرم الابراهيمي وتقع وسط المدينة ويبلغ معدل مراجعيها (982) مريض شهرياً.
- عيادة المشاركة وتقع شرق المدينة ويبلغ معدل مراجعيها (875) مريض شهرياً.
- عيادة الحاووز وتقع غرب المدينة ويبلغ معدل مراجعيها (1565) مريض شهرياً.

الحدود البشرية: تشمل مراجعي عيادات الرعاية الأولية في مدينة الخليل وهي: الحاووز، الكرنتينا، المشاركة، الحرم، عين سارة. من عمر (18-59) سنة، الذين يشملهم التأمين الصحي.

الحدود الزمنية: تشمل دراسة المشاكل النفسية لمراجعى عيادات الرعاية الأولية في مدينة الخليل في الفترة الزمنية بين (9/1-9/30/2007).



## 8.1 مصطلحات الدراسة

الاضطراب النفسي :

يعرف زهران الإضطراب النفسي ويسميه أيضا (المرض النفسي) "بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه" (زهران، 1997، ص.9).

كما يعرفه محمد الدسوري بأنها مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للتحديد من الناحية العيادية، وهي تتجم عادة عن مجموعة متولفة من العوامل النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تبدلات عضوية أو شذوذات سلوكية ظاهرة في التعامل مع المحيط الاجتماعي (الدسوري، 2007).

كما استخدم مصطلح "الاضطراب، Disorder" في "ICD 10" ويعرفه، بأنه جملة من الأعراض أو التصرفات التي يمكن تمييزها سريريا التي تكون مصحوبة في معظم الحالات بضائقة وتشوش في الوظائف الشخصية. ولا يدرج الإنحراف أو النزاع الإجتماعي الذي لا يصاحبه خلل أدائي في الشخصية ضمن الاضطرابات النفسية المعرفة في ذلك الكتاب (ICD 10, 1992).

وتعرف الباحثة الاضطراب النفسي بناءً على التعريفات السابقة بأنه جملة من الأعراض تحوي اضطراب في التفكير أو المزاج أو السلوك وأحياناً اضطراب في الشخصية، التي يمكن معرفتها إكلينيكيًا من خلال شكوى الشخص أو ملاحظته. هذه الأعراض تكون متكررة أو مستمرة لدى الشخص وتعيق حياته أو تؤثر بها سلبيا وتقلل من قابليته وقدرته على مواصلة حياته بشكل طبيعي ويكون غير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته. مثل حالات الذهان، حالات العصاب، اضطرابات المزاج، الاضطرابات الجسدية، اضطرابات الغذاء، اضطرابات الشخصية التي يكون المنشأ فيها نفسياً، الاضطرابات السلوكية والاجتماعية الناتجة عن سوء استعمال المواد والإدمان وأشكالاً من سوء التكيف.

## الصحة النفسية:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية، بأنها حالة من العافية يدرك الأفراد فيها قدراتهم، ويستطيعون التصدي للكروب العادية في الحياة. ويعملون بصورة منتجة ومثمرة، ويقدمون إسهامات إلى مجتمعاتهم. وتتعلق الصحة النفسية بتقوية كفاءات الأفراد والمجتمعات وتمكينهم من إنجاز الأهداف التي حددها لأنفسهم (WHO,2003.P.7).

أما زهران فقد عرفها قائلاً "يمكن تعريف الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبيًا. يكون فيها الفرد متوافقًا شخصيًا وفعالًا واجتماعيًا مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية عاديًا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام " (زهران، 1997.ص.9).

وتعرف الباحثة الصحة النفسية بأنها حالة ثابتة نسبيًا من العافية الجسدية والنفسية والاجتماعية والشعور بالتكيف والرضى مع الذات ومع الآخرين ضمن علاقات اجتماعية مستقرة، وليست مجرد غياب المرض أو العجز. وكذلك يكون الفرد في حالة الصحة النفسية قادرًا على التكيف واستثمار قدراته وإمكاناته الذاتية والبيئية لمواجهة متطلبات الحياة.

## الأعراض الذهانية: ( Psychoticism Symptoms )

"تلك الأعراض المرضية التي تؤثر على عقل الفرد فيفقد استبصاره بما حوله، وتضعف كفاءته وإنتاجيته وقدرته في الحكم على الأمور، ويحدث فيها أعراض غريبة لم تعهد عن ذلك الفرد ولم تعرف عنه كالأعتقادات والأفكار الغريبة الخاطئة التي لا يقبل معها نقاش، أو أن تتأثر أحد حواسه أو بعضها بما هو غير مألوف له كسماعه لبعض الأصوات التي لا وجود لها حقيقة، أو وصفه لنفسه بأنه يرى بعض الأجسام دون أن يكون لها أي وجود على أرض الواقع. ويمكن أن يصيب هذا النوع من الأمراض أي فرد من الناس . ويقصد بالذهان المرض العقلي الذي تضطرب فيه الحقيقة أو تتبدل ويضل المريض عن الحقيقة أي يكون عنده هواجس واعتقادات خاطئة وكذلك هلوسه. والذهان من الذهن وهو العقل وهو لايعني مرض معين والمقصود به أي اضطراب في

القوى العقلية أو التشويش في الإدراك بشكل عام دون الإشارة إلى الأسباب أو التصنيف (وهو بالعامية الجنون) " (عكاشة، 2003، ص109).

ويعرف الدوسري الذهان على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعوق نشاطه الاجتماعي. و يصنف الذهان إلى قسمين رئيسيين: الذهان العضوي: أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية ويرتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن اضطراب التغذية أو عن اضطراب الدورة الدموية. والذهان الوظيفي: أي النفسي المنشأ، وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي، وأهم الأشكال الإكلينيكية هي: الفصام، والبارانويا، والهوس، وذهان الهوس الاكتئاب (الدوسري، 2007).

التعريف الإجرائي للأعراض الذهانية كما وردت في مقياس التسعين الذي اعتمدته الباحثة: شكوى الشخص من التفكير بأن شخصا ما يسيطر على أفكاره وسماع أصوات لا يسمعها الآخرون والإعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكاره الخاصة، والشعور بأن أفكاره ليست من صنعه، والشعور بالوحده حتى في وجود الآخرين، وأفكار عن الجنس تسبب له اضطراباً شديداً وتزعجه، وتسيطر عليه أفكار بأنه لا بد وأن يعاقب على ذنوبه ويعتقد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمه والشعور بأنه غير قريب من أي إنسان آخر ويشعر بأن لديه مشكلة أو مرض في عقله أو نفسه (Derogatis,1983).

الإضطرابات العصابية: (العصاب, Neorosis)

أشار ويليام كولين لمصطلح العصاب وهو أول من استخدمه ( 1969)، أنه مجموعة من الاضطرابات مثل مشاعر القلق والإكتئاب والوسوسة والخوف المرضي، إذ يجد معه الفرد ألماً وضيقاً، فهي اضطرابات ليست بيولوجية وإنما هي اجتماعية ونفسية في نشأتها (Williams,1988).

وفي إشارة إلى العصاب أيضا ذكر الدايري، "بأنه حالة عقلية غير طبيعية نتج عن عدم وجود حل للصراع العقلي بين القوى المسببة للكبت والجزء المكبوت من الشخصية وينتج هذا الصراع عن تكيف المريض والبيئة المحيطة" ( الدايري، 2005، ص365).

وقد ورد تعريف العصابات في ICD-8 بأنها، اضطرابات نفسية، دون أي أساس عضوي قابل للبرهان يمكن للمريض فيها أن يملك رؤى (أراء أو وجهات نظر) مشوهة. ولكن إدراك الواقع يكون غير مضطرب لديه ولا يخلط عموما بين خبراته الذاتية والمرضية وخيالاته مع العالم الخارجي أما السلوك فيمكن أن يكون متضررا بشدة رغم أنه يبقى عموما ضمن حدود مقبولة اجتماعيا وتبقى الشخصية محافظة على ذاتها أما الأعراض الأساسية فهي تشمل على قلق واضح واكتئابيات.

وتعرف الباحثة العصاب بأنه الاضطراب الذي لا يثير على عقل الفرد ولا يفقد معه استبصاره أو قدرته في الحكم على الأمور ، أو تواصله مع المحيط، لكنها تُنقص نشاطه، ويؤثر على جميع المجالات الإجتماعية والنفسية (الإنفعالية، المعرفية والدافعية) وتعيق الشعور بالسعادة ومواجهة متطلبات الحياة، ويمكن لها أن تظهر لدى كل إنسان وفي أية مرحلة من مراحل الحياة، وأسبابها متنوعة ومتشابكة كسمات الشخصية والاستعداد المسبق للاستجابة النفسي أو الجسدية، ومواقف الصراع. وزملة العصاب تتميز بأعراض متباينة مختلفة، تظهر أحيانا دون وجود مشقة وتأخذ شكلا مزمنا، ومن أكثر الأعراض انتشارا القلق النفسي، الذي كثيرا ما يتحول إلى اضطراب الهلع، ثم يأخذ شكل الرهاب أو رهاب الساحة وهناك الأعراض القسرية والهستيرية وتوهم المرض والاكنتاب.

الاضطرابات الجسدية أو اضطرابات الجسدنة أو الامراض النفسجسدية أو الأعراض الجسدية كما جاءت في مقياس التسعين: (Somatization Disorder)

يعرف عكاشة اضطراب الجسدنة (الاضطرابات الجسدية) على أنها مجموعة أمراض، السمة الرئيسية فيها الشكوى المتكررة من أعراض جسمية، مع طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، وعلى الرغم من النتائج السلبية للفحوصات الطبية المتكررة وطمأننة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني، وإذا كانت هناك أية اضطرابات بدنية فهي لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا تبرر إنزعاج المريض وانشغاله (عكاشة، 2003، ص245).

وجاء تعريف الاضطرابات الجسدية في الأوكسفورد بأنها شكاوى جسدية متعددة بأجزاء كثيرة من الجسم التي تطول أجهزه متعددة في الجسد، هذه الشكاوى موصومه بشكل دراماتيكي. وأكثر الأجهزة إصابة هما القلب والرئتان، كعدم القدرة على التنفس، سرعه دقات القلب، ألم بالصدر، ألم بالظهر والمفاصل وألم عند الدورة الشهرية، بجانب هذه الأعراض الجسدية هناك أعراض نفسية مثل سرعه 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 النسبة 1% من الناس، بينما تصل النسبة إلى (20%) في قرابة الدرجة الأولى للمريض، ويلزم أن تستمر الشكاوى لمدة سنتين من أجل تشخيص المرض مع وجوب مراجعات طبية كثيرة ( أوكسفورد، 1991).

وجاء في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض/ تصنيف الإضطرابات الجسدية بأن السمات الرئيسية لهذا الإضطراب، هي أعراض جسدية متعددة ومتكررة وكثيرة التغير. 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 في أثناءه فحوصات سلبية أو عمليات كثيرة لا فائدة منها. وقد تتعلق الأعراض بأي جزء أو جهاز من الجسم، ولكن أكثرها شيوعاً إحساسات المجموع الهضمي ( ألم، تجشؤ، قيء، غثيان، الخ) وإحساسات شاذة بالجلد (حكات، حرقة، تتميل، خدر، تبقع، ألم..الخ). كذلك تشيع الشكاوى الجنسية ومتاعب الدورة الشهرية، وكثيرا ما يوجد اكتئاب وقلق شديداً وقد يتطلبان علاجاً نوعياً. مسار الإضطراب مزمن ومذبذب، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل الأمد في السلوك الإجتماعي والشخصي والعائلي. ويشيع الاضطراب بين النساء أكثر منه بين الرجال، ويبدأ عادة في أوائل سن الكهولة. وكثيرا ما ينجم الاعتماد على الأدوية المهدئة ومضادات الألم أو إساءة استخدامها، عند تكرر دورات المعالجة (ICD 10,1992 .P 172).

اعتمدت الباحثة التعريف الذي ورد في مقياس التسعين للاضطرابات الجسدية أو الاعراض الجسدية (التعريف الإجرائي):

مرض تظهر فيه الأعراض الآتية: أوجاع في الرأس أو صداع والشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة والإحساس بآلام في القلب أو الصدر والإحساس بآلام أسفل الظهر والغثيان واضطراب

المعدة وآلام في العضلات وصعوبه في التنفس والإحساس بنوبات من سخونه أو البروده في الجسم. والشعور بالخدر أو النمنمة في أجزاء من الجسم وإحساس الشخص بأن شيئاً يقف في (زوره) ولا يستطيع البلع. والشعور بضعف في أجزاء الجسم وبثقل في الأذرع والأرجل (Derogatis,1983).

### اضطراب الوسواس القهري ( Obsessive Compulsive Disorder )

يعد هذا الاضطراب من الاضطرابات العصابية التي تصيب الإنسان وتؤثر على سلوكه وقد وردت عدة تعريفات لهذا الاضطراب منها:

جاء تعريف اضطراب الوسواس القهري في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض/ تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، بأن السمات الرئيسية لهذا الاضطراب، هي أفكار وسواسية أو أفعال قهرية متعددة. الأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور، أو اندفاعات تطراً على ذهن الشخص المرة تلو الأخرى بشكل متكرر ونمطي. وهي مثيرة للإزعاج لأنها غالباً عنيفة أو خارجة عن اللائق وأنها عديمة المغزى. ويحاول المريض عادة أن يقاومها، ولكن دون نجاح. ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة. 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. أما المريض فيرى فيها وقاية من حدث ما، لا يحتمل وقوعه موضوعياً، وغالباً ما يتضمن أذى موجهاً من الشخص أو إليه. وإن لم يكن دائماً، يدرك المريض أن سلوكه هذا لا يحمل معنى ولا تفسير له ويبدل محاولات عديدة لمقاومته. وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جداً في الحالات المستمرة لفترات طويلة. وعادة يكون هناك قلق لا إرادي، ولكن يكثر أيضاً وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي بدون احتياج واضح. كما أن هناك علاقة وثيقة بين الأعراض الوسواسية والاكتئاب. فكثيراً ما يعاني مرضى اضطراب الوسواس القهري من أعراض إكتئابية، كما أن المرضى الذين يعانون من اضطراب إكتئابي، قد يكتسبون أفكاراً وسواسية أثناء نوبات الإكتئاب. ويتساوى شيوعه بين الرجال والنساء، كما توجد كثيراً صفات قهسية ( Anankastic ) بارزة في الشخصية. ويبدأ الاضطراب عادة في فترة الطفولة أو بداية مرحلة الكهولة (ICD 10, 1992).

ويعرفه الداھري بأنه "أفكار أو صور أو اندفاعات غير واقعية تتسلط على تفكير الفرد، وقد لا يستطيع التخلص منها بسهولة وتنتابه مثل هذه الأفكار من حين إلى آخر، على الرغم من شعوره بسخافتها وبعرقلتها لسير تفكيره" ( الداھري، 2005، ص72).

ومن التعريفات تعريف جمعية الطب العقلي وتعرفه على أنه اضطراب من اضطرابات القلق، يعاني فيه المريض من تسلط الأفكار المزعجة على ذهنه، التي لا يستطيع التخلص منها رغم علمه بأنها أفكار تافهة وهذا هو الوسواس (العيسوي، 1999)

ويعرفه أبو العزائم على أنه علة مرضية تصيب بعض الناس كما تصيبهم أية أمراض أخرى. وهي أفكار أو حركات أو خواطر أو نزعات متكررة ذات طابع بغيض يرفضها الفرد عادة ويسعى في مقاومتها، كما يدرك أيضاً أنها خاطئة ولا معنى لها، لكن هناك ما يدفعه إليها دفعاً ويفشل في أغلب الأحيان في مقاومتها. وتختلف شدة هذه الوسواس حتى إنها لتبدو - لغير المتخصصين - عند زيادة شدتها وكأن المريض مقتنع بها تماماً. ويعتري هذا النوع من الوسواس الإنسان أيضاً في عباداته وكذلك في شؤون حياته الدنيوية (أبو العزائم، 2002).

التعريف الإجرائي للوسواس القهري كما ورد في مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

يعرف هذا المرض، بوجود أفكار أو خواطر مزعجة في ذهن الشخص لا يستطيع التخلص منها، مع الصعوبة في تذكر الأشياء، والقلق من أنه لا يهتم بأداء أعماله أو أنه لا مبالي، والشعور بمعيقات في تنفيذ الأشياء والاضطرار إلى أداء أعماله ببطء شديد حتى يتأكد من دقتها، وبأن عليه أن يتأكد مما يفعل أكثر من مرة، والحاجة إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل والتأكد من إغلاق الباب والغاز... الخ، والإحساس بأنه غير قادر على التفكير مع صعوبه في التركيز واتخاذ القرار (Derogatis,1983).

الحساسيه التفاعليه: (Interpersonal Sensitivity)

هي التقيد بالضوابط والأخلاق لدرجه تعيق الفرد ويفقد الناحيه العمليه في التعامل مع الآخرين، يحمر خجلا لاي سؤال أو طلب، فيجد صعوبه كبيره في عمليه التوافق الإجتماعي. تتركز

الأعراض على مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حاله مقارنة الآخرين، ويتميز الأشخاص ذوي المستوى العالي من الحساسيه ببخس الذات (التقليل من الأهميه) والانعراج، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات مع الآخرين ( البحيري، 1984 ص63).

التعريف الإجرائي للحساسية التفاعلية كما وردت في مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

حالة تشمل بعض الأعراض وهي انتقاد الشخص للآخرين والشعور بالخجل وعدم الراحة بوجود الجنس الآخر، والإحساس بأن مشاعره يمكن أن تجرح بسهولة وأنه سريع التأثر. والإحساس بالخجل في وجود الآخرين وحساسية زائدة من معاملة الآخرين له، وبأن الآخرين لا يفهمونه ولا يتعاطفون معه، والشعور بعدم صداقه الناس له أو أنهم لا يحبونه ويرفضونه وبأنه أقل من الآخرين (الشعور بالنقص) والشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنه، أو ينظرون إليه والإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام أمام الناس (Derogatis,1983).

الإكتئاب (Depression):

للاكتئاب تعريفات كثيرة نذكر منها:

لقد ورد في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية في طبعة الرابعة (DSM-IV) عام (1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA أن الاكتئاب عبارة عن مركب من الأعراض المترامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق وعدم الإرتياح (Dysphonic mood) يسيطر عليه الكآبة والحزن وفقدان الأمل، وعدم الرضا، وانقباض الصدر، وسرعة الغضب أو الإنفعال، إضافة إلى الوجدان السلبي مع وجود تقلب دائم وثابت نسبيا للمزاج.

كما ورد تعريفه في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية بأن الاكتئاب يشير إلى مجموعة من الأعراض منها عدم القدرة على التركيز والإهتمام وانخفاض احترام الذات والثقة بالنفس، الشعور بعدم الأهمية، أفكار عن الشعور بالذنب، الإقدام على الإنتحار، نظرات تشاؤمية وفقدان الأمل، اضطراب النوم، اضطراب الشهية ونقصان الوزن. ويستدعي تشخيص النوبات الإكتئابية ذات الدرجات الثلاث من الشدة بعد مضي أسبوعين على الأقل ولكن قد تكفي فترات



F3 ICD- أقصر أحياناً إذا كانت الأعراض شديدة بشكل غير عادي وسريعة البداية ) (10,1999,p1213).

ويعرفه أحمد عكاشة بأنه اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوى، وإحساس بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، واليأس من مواجهة المستقبل، وفقد القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام، مع اضطراب في النوم والشهية للطعام (عكاشة، 1992 ص 145).

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت في أحد منشوراتها بأنه الحالة التي يعاني فيها الفرد من مزاج منقبض، وفقدان الإهتمامات والمتعة والترفيه عن النفس، وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى زيادة التعب وخمود النشاط (WHO, 1992 . p11).

وفي تعريف آخر للاكتئاب لـ (Ingram) هو حالة من فقدان الحيوية والإهتمامات، ونقص الطاقة والشعور بالتعب، والإسحاب من النشاطات الإجتماعية والوظيفية (Ingram,1985).

ومن وجهة نظر أخرى يعرفه (Clark) على أنه تركيب مفرط من الشقاء والتعاسة والضيق والتدهور الصحي الذي يحدث أحياناً بصورة تلقائية، أو يحدث بحدّة في الإستجابة لكارثة شديدة (Clark, 1997).

أما بيك (Beck) فيقول: إن اضطراب الاكتئاب "ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة (Beck,1976,p.84).

التعريف الإجرائي للاكتئاب كما ورد في مقياس التسعين الذي اعتمدت الباحثة:

إحساس الشخص بالإنقباض والحزن والوحده والبكاء بسهولة وبسرعه والشعور بالخمول والكسل وقله النشاط وبلن كل شيء يحتاج لبذل مجهود كبير وفقدان الإهتمام بالمواضيع والقضايا الجنسية والشعور بأنه محبوس أو محاصر أو مقيد الحركة والقلق والتفكير بما يجري بصورة مبالغ فيها ولوم نفسه على الأحداث التي يمر بها والشعور بعدم الإهتمام بما حوله والشعور بأنه عديم الأهميه والإحساس باليأس من المستقبل والتفكير في إنهاء حياته والإنتحار (Derogatis,1983).

## القلق العصابي: (Neurotic Anxiety)

يقدم DSM-IV (1994) تعريفاً للقلق العصابي على أنه حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب، وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاثة منها على الأقل هي الإستياء والضجر، والشعور بالتعب بسرعة لأقل مجهود، ووجود صعوبة في التركيز، وسرعة الإنفعال، وتوتر العضلات وإجهادها، واضطرابات النوم. كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي.

ويعرفه أحمد عكاشة بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي تأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، أو ضيق في التنفس، أو الشعور بالفراغ بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة" (عكاشة، 2003. ص134).

ويرى فرويد (Freud) أن القلق "رد فعل لحالة خطر والشعور بأن شيئاً مرعباً على وشك الحدوث، وهو مظهر آخر من مظاهر غريزة الدفاع عن البقاء، وقد يكون ظاهرة مرضية مثل الخوف من المرض أو الموت" (Freud, 1957. P125).

أما زهران فيعرفه بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد أو خطر فعلي أو رمزي، ويصاحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية . ويعتبر القلق أكثر حالات العصاب شيوعاً في العصر الحالي (زهران، 1997 - ص 371) .

التعريف الإجرائي للقلق كما ورد في مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

شعور الشخص بنزفزة أو اضطراب في داخل الجسم الإرتجاف (رجة) مع الإحساس برعب وخوف مفاجيء بدون سبب، ترافقه نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول أحياناً والشعور بالخوف والإحساس بضربات القلب وزياده سرعتها والشعور بالتوتر أو أنه مشدود داخليا وعدم الإستقرار

والتلمل ويكون لدى المرء أفكار وخيالات مخيفة لدرجه لا تمكنه من الجلوس هادئاً في مكان، مع الشعور بأن حدثاً سيئاً سيحدث له (Derogatis,1983).

البارانويا التخيليه: ( Paranoid Ideation )

يعرف زهران البارانويا بأنها حالة مرضية ذهانية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت. أي الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الإحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي. أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنظمة نسبياً وعلى إتصال لا بأس به بالواقع، ولا يرافقه تغيير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيان. وأطلق عليه البعض اسم "جنون العظمة أوجنون الاضطهاد (زهران،1998).

أما أبو العزائم فيعرف البارانويا بأنها حالة من الإضطرابات الذهنية، أي أنه استجابة مرضية عقليه وانحراف في التفكير يظهر فيه الفرد يهذي بأفكار مخالفة للواقع حول وجود من يحاول الإعتداء عليه أو التلمر ضده، وأحيانا يبدو الأمر وكأنه أفكار غير واقعية عن قدرات خيالية أو شعور مبالغ به من الثقة بالنفس لدرجة التعالي والتكبر على الآخرين وإنهم لن يستطيعوا المساس به، وقد يشعر بعض المرضى بلقن العالم ضده وأنه الشخص الأكثر معاناة من ظلم الآخرين وقد يظهر نمط يجمع بين الاثنين (ابو العزائم، 2003).

التعريف الإجرائي للبارانويا كما ورد في مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

وجود أفكار ومعتقدات لدى الشخص لا يشاركه فيها الآخرون وغير موجودة عندهم والشعور بأن الآخرين لا يعطونه ما يستحق من ثناء وتقدير على أعماله وإنجازاته ويلقي اللوم على الآخرين في معظم متاعبه وبأنهم مسؤولون عن معظم مشاكله والشعور بعدم الثقة في معظم الناس وبأنهم يراقبونه أو يتحدثون عنه والإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصته ويستغلونه لومكنهم من ذلك. وهي حاله مرضيه تصيب من لديه العجرفة والكبرياء والشعور بالاضطهاد والظلم، والغيرة، وشده الحرص، وشعور بعدم الثقة بالآخرين معتقداً بأنه موهوب بشكل غير عادي ولديه حساسيه مطلقه وأن الآخرين يحاولون استغلاله دائماً ولهذا لايتق بأحد (Derogatis,1983).

## قلق الخوف: ( Phobic Anxiety )

جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض/ تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية عن تعريف قلق الخوف على أنه مجموعة من الإضطرابات يستثار فيها القلق، بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومؤكدة جيداً (خارجة عن نطاق الشخص) وهي لا تحمل في حد ذاتها خطراً، ويترتب على ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو مكابقتها مع التخوف منها، مما لا يمكن تمييزه شخصياً وفسيولوجياً وسلوكياً عن أنماط القلق الأخرى وقد يتباين في شدته بين عدم ارتياح خفيف وبين فزع . وقد يتركز قلق الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء وكثيراً ما تصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان السيطرة أو الجنون ولا يخفف من القلق أن يعرف المريض أن الناس الآخرين لا يرون خطراً أو تهديداً في الموقف المرهوب، بل إن مجرد التفكير في احتمال الدخول في الموقف الرهابي يولد في العادة قلقاً توجسياً (ICD 10 .P 146).

ويعرف رضوان قلق الخوف على أنه، حالة طبية مرضية مزعجة جداً تحدث في ما يقارب واحد من كل عشرة أشخاص، وتؤدي إلى خوف شديد قد يشل الفرد أحيانا ويتركز الخوف في الشعور بمراقبة الناس. هذا الخوف أكبر بكثير من الشعور العادي بالخجل أو التوتر الذي يحدث عادة في التجمعات بل إن الذين يعانون من قلق الخوف وهو أحد المخاوف المرضية قد يضطرون لتكليف جميع حياتهم ليتجنبوا أي مناسبة اجتماعية تضعهم تحت المجهر. وإن علاقاتهم الشخصية ومسيرتهم التعليمية وحياتهم العملية معرضة جميعها للتأثر والتدهور الشديد، وكثير من المصابين يلجأون إلى الإدمان على الكحول أو المخدرات لمواجهة مخاوفهم.

ويصنف الرهاب (قلق الخوف)، وفق المرشد الطبي النفسي بصورته الرابعة (DSM-IV) ضمن اضطرابات القلق (Anxiety Disorders) التي ترد فيه على النحو الآتي:

- . اضطراب القلق العام. (Generalized Anxiety Disorder)
- . اضطراب الرهاب. (Phobic Disorder)
- . اضطراب الفزع. (Panic Disorder)
- . اضطراب الوسواس القسري (Obsessive - Compulsive Disorder)

. اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post Traumatic Stress Disorder)

هذا يعني أن الذي يجمع هذه الاضطرابات الخمسة هو: القلق المفرط. ولهذا تعرّف اضطرابات القلق هذه بأنها: " صنف من الاضطرابات تتصف بمشاعر مفرطة من القلق وتوقع الشر " (رضوان، 2002).

التعريف الإجرائي لقلق الخوف حسب مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

تعرف الباحثة قلق الخوف بأنه شعور الشخص بالخوف في الأماكن المفتوحة أو في الشوارع والخوف من الخروج وحيداً من المنزل والشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الباصات العامة والإضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب له الإحساس بالخوف والشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما والتجمعات العامة والشعور بالتوتر عندما يكون بمفرده والشعور بالخوف من الاغماء في الأماكن العامة (Derogatis,1983).

العدوانية :

عرف الرفاعي العدوانية بأنها " كل سلوك نشط فعال تهدف العضوية من ورائه إلى سد حاجاتها الأساسية أو غرائزها. وبهذا يشمل العدوان كل الفعاليات الإنسانية المتجهة نحو الخارج، المؤكدة للذات، والساعية وراء سد حاجات الذات الأساسية، أكانت هذه الحاجات من بين حاجات الجنس والبناء والتملك، أم كانت غيرها " (الرفاعي، 1981. ص 231).

وعرف مزعل العدوان على أنه هو سلوك ينتج عنه إيذاء شخص أو إتلاف لشيء أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة، أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين (مزعل، 2006).

عرفت العدوانية بحسب معجم مصطلحات التحليل النفسي ، أنها مجمل النزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو وهمية، وترمي إلى إلحاق الأذى بالآخر وتدميره وإذلاله. وقد يتخذ العدوان نماذج أخرى غير الفعل الحركي العنيف والمدمر كرفض العون مثلاً أو كالسخرية.

وعرف الطويل العدوانية بأنها مهاجمة طرف آخر، ويكون عادة وليس بالضرورة، على سبيل الرد ضد معارضة من جانب الطرف المعتدى عليه، وأن المدارس التحليلية تعتبره مظهرا تتجلى من خلاله إرادة القوة والسيطرة على الغير (آدلر) أو بمثابة إسقاط لغريزة الموت لدى الانسان (فرويد) (الطويل، 2007).

التعريف الإجرائي للعدوانية حسب مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة:

وتعرفها الباحثة بأنها الشعور بسرعة المضايقة والإستثارة (والاستفزاز) وثورات مزاجية لايمكن للشخص السيطرة عليها فينفجر غضبا دون القدرة على السيطرة على نفسه والإحساس بدافع ملح لأن يضرب أو يجرح أو يؤذي شخص معين والشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء والدخول في كثير من الجدل والمناقشات مع الآخرين ونوبات من الصراخ وقذف الأشياء (Derogatis,1983).

البعد الإضافي حسب مقياس التسعين الذي اعتمده الباحثة :

وهي مجموعة من الأعراض الإكلينيكية الهامة التي تساعد في التشخيص لا نستطيع أن ندرجها تحت أعراض الأمراض التي وردت في مقياس التسعين وهي (الأعراض الجسديه والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والإكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانويا والذهانية )، وهذه الأعراض، ضعف الشهية للطعام، الإفراط في تناول الطعام، صعوبة الإستغراق في النوم في الساعات المبكرة من الصباح وبدون سبب للإستيقاظ من النوم (أرق)، نوم مضطرب أو غير مريح، التفكير في الموت والشعور بالذنب (Derogatis,1983).

المرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية :

تعرف الباحثة المرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية بأنهم المرضى الذين يراجعون الطبيب في عيادات الرعاية الصحية الأولية الحكومية، التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، الذين يشملهم التأمين الصحي، من مختلف الأعمار.

## الفصل الثاني

الأدب السيكولوجي والسيكوباتولوجي والدراسات السابقة

## الفصل الثاني

### 1.2 الأدب السيکولوجي والسيکوباتولوجي والدراسات السابقة

#### 1.1.2 أسباب الاضطرابات النفسية: (Etiology)

علم الأسباب هو علم دراسة أسباب الأمراض (The Causes or Origins of Disease). في المجال الطبي هو دراسة نشأة الأمراض وعواملها، ويطلق عليه اسم السببية أو العلية، ولكي يتم بلوغ هذه الأسباب يحتاج الباحث والمعالج إلى دراسة طويلة لتاريخ المريض ومعرفة ظروف الحمل والميلاد، وتتبع مظاهر نموه الجسمية والعقلية والحركية والإجتماعية والتربوية، ودراسة التاريخ المرضي أو الصحي، والظروف التي ظهرت فيها الأعراض، إضافة إلى دراسة الشخصية بجوانبها النفسية، وخاصة الدينامية منها، من أجل خطة العلاج المناسبة (المهدي، 2005).

إن الرؤية ما زالت غير واضحة بالنسبة للأسباب الرئيسية للاضطرابات النفسية وتفسر الأسباب بنظريات مختلفة، ومدارس متنافرة (عكاشة، 2003). بعض علماء الصحة النفسية يصنفون أسباب اضطرابات الشخصية واختلال الصحة النفسية إلى:

- أولاً :- الأسباب الحيوية أو البيولوجية (Biological Causes)
- الأسباب النفسية أو السيکولوجية (Psychological Causes)
- الأسباب الإجتماعية والثقافية (Cultural Causes)



ثانياً : وهناك تصنيف آخر حيث تصنف الى:

1- عوامل داخلية المنشأ (أي من داخل الشخص ) ( Endogenous) وتشمل هذه الأسباب البيولوجية للاضطرابات كالذهانات والتي تعتبر داخلية المنشأ ( داخلي المنشأ يعني ناشئ من الداخل أو غامض السبب). ويعتقد بوجود عدد كبير من العوامل التي تتجمع وتتركب مع بعضها كالإستعداد الوراثي للمرض ومؤثرات الطفولة المبكرة ونمط الشخصية، والأحداث الحياتية، التي يمكن أن تثير الاستعداد الكامن للمرض (رضوان، 2006 ؛ زهران، 1997).

2 - أسباب أو عوامل خارجية المنشأ ، أي من المحيط الخارجي للشخص ( Exogenous). مثل الذهانات التي تكون ناجمة عن أسباب معروفة. وهي تتصف بأعراض مشابهة لأعراض الذهانات النفسية المنشأ إلا أن علاجها يتم من خلال معالجة السبب الذي قاد إليها. وهناك أسباب كثيرة معروفة يمكن أن تسبب هذا الشكل من الاضطرابات النفسية، كإصابات الدماغ الناجمة عن الحوادث ومرض الزهايمر وباركنسون ورقاص هونتينغتون وسوء تناول الكحول والإدمان التي تسبب الأعراض الذهانية (رضوان، 2006) .

ثالثاً: البعض يصنف أسبابها الى العوامل الممهدة أو المهيئة أو الاستعدادية، والعوامل المباشرة . وسوف تعرض الباحثة أسباب الاضطراب حسب التصنيف الثالث وهي العوامل الممهدة أو المهيئة أو الاستعدادية، والعوامل المباشرة .

### 1.1.1.2 العوامل الممهدة أو المهيئة أو الاستعدادية :

وهي التي تهيئ الفرد وتجعله عرضة للإصابة باضطراب ما ، ويدخل فيها العوامل الوراثية والعضوية، أو الجسمية والنفسية والاجتماعية، مثل المرض الطويل، وخبرات الفشل والإحباط، والحرمان وأسلوب التربية، فهذه كلها تضعف مقاومة الإنسان وتجعله عرضة للاضطراب النفسي (المهدي، 2004 ؛ زهران، 1997).

وتتضمن هذه المجموعة عددا كبيرا من العوامل المسببة في نشأة الاضطرابات النفسية وهي :

### 1.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الوراثي : Genogenic Factors

كل صفة في الإنسان ناتجة عن الوراثة، إضافة إلى المؤثرات المحيطة، وتعتبر الصفة الوراثية وحيدة المفعول عندما تعتمد كلياً على تشكيلة الجينات الوراثية، كلون العينين، والطول ولون البشرة. أما إذا كانت نتيجة جينات ومضافاً إليها ظروف محيطية، فتكون غير وراثية خالصة، ويُطلق عليها اسم ولادية (Congenital)، أي أن عوامل داخل الرحم قد حررت الطاقة الوراثية، فنتجت عنها صفات أخرى هي مزيج من الوراثة الخالصة والمحيط (المهدي، 2004).

ولقد بدأ توجه العلماء إلى البحث عن الأسباب الوراثية للمرض العقلي في الجينات، وكان من أوائل العلماء الذين اهتموا بهذا الجانب هو (مانفرد بلولر) الذي كان قد عزي مرض الفصام إلى وجود مظاهر عدم الترابط في شخصية المريض أو (تفكك الشخصية)، الذي يؤدي إلى تجزئتها لمكوناتها التي بتجمعها فيها بشكل غير متوافق هو الذي يجعل الشخصية الفصامية، لقد كان من رأي (مانفرد بلولر) أن الجينات المسببة للمرض ليست جينات مريضة في حد ذاتها وإنما تجمعها بشكل معين وغير متوازن هو الذي يكون الحالة المرضية، وذلك عن طريق أحداث حالة غير متوازنة من الشخصية تكون فيها عناصر الشخصية غير متوافقة وفي صراع مع بعضها البعض. غير أن مانفرد وجد مكاناً للعوامل النفسية في تكوين المرض فكان رأيه بأن الضغوط النفسية وخاصة تلك التي تنجم عن العلاقات في مجال العائلة والأقارب لها أن تدفع بعدم توازن مقومات الشخصية إلى حالة الأنهيار الفصامي (عبد الله، 2005).

لقد قام العالمان (هورن وبلومن) (من جامعة تكساس وجامعة كلورادو) بفحص سجلات ( 15,900 ) توأم يحتفظ به مجلس البحث القومي فتوصلا إلى نتائج تقول أنه فيما يقرب من خمسين عاملاً من عوامل الشخصية (الوراثية، والأنطواء والأنبساط وغيرها) كانت التوائم المتطابقة أكثر تشابهاً من التوائم الأخوية مما يدل على وجود عنصر وراثي وراء هذه العوامل، وبيحث علماء آخرون في اختباراتهم عن الوجدانية ومستوى الطاقة والسلوك المندفع وعكسه (أي السلوك القابل للتنبؤ) والمستويات العامة للنشاط الحافز (عبد الله، 2005).

ومن الدراسات التي طبقت في مجال الأمراض النفسية على احتمال وجود مريض آخر بفصام الشخصية بين أقرباء أحد المصابين بالمرض في المجتمعات الغربية كما يلي :

إذا كان الوالد أو والدة مصابين، فإن احتمال الإصابة تكون ( 5,1 % )، أخ أو أخت ( 8,7 % )  
توأم مشابه ( 47% )، ابن أحد الأبوين مصاب ( 12% )، ابن كلا الأبوين مصاب ( 39% )، عم أو  
خال ( 2% )، ابن عم أو ابن خال ( 2,9 % )، لا علاقة عائلية ( 9% ) .

فالملاحظ الاحتمال العالي لإصابة توأم متشابه عندما يكون أخوة التوأم مصاباً، وبالرقم 47% . إلا  
أن معدل ما توصلت إليه دراسات مختلفة تراوحت نتائجها ما بين ( 15 - 85% ) وهو يدل على  
حجم الدور الذي تلعبه الوراثة خصوصاً إذا ما قورن بدرجة التوافق عند التوأم غير المتشابه التي  
بلغت من ( 2-10% ) فقط، لقد وجد الباحثون أن نسبة المرض بفصام الشخصية السكيزوفرينيا بين  
أطفال الآباء أو الأمهات المصابين بهذا المرض أو المتبين من قبل عوائل أخرى، يبلغ ثلاثة  
أضعاف نسبة المرض بين أطفال الآباء أو الأمهات الطبيعيين (خلف، 2003 ؛ عبد الله، 2005).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأمراض الوراثية وخاصة بين التوائم المتشابهة وغير المتشابهة،  
إلى أن نسبة مرض الفصام بين التوائم المتشابهة، يصل إلى حدود ( 80% ) بينما التوائم غير  
المتشابهة لا تتجاوز النسبة 30% فقط (الوراثة والأنسان ص 168 ) (خلف، 2003).

وذكر عكاشة بأنه يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة، عادة ما يتعرضون  
للعوامل البيئية النفسية، مما يجعل استجابتهم العصابية متشابهة، لذا يصعب فصل عوامل البيئة عن  
الوراثة (عكاشة، 2003).

ومن الدراسات في مجال علاقة الجينات بالأمراض النفسية، الدراسة التي جرت في الدانمرك على  
أساس علمي دقيق، وهي لتحديد أي العاملين يلعب دوراً أكبر في مرض الشيزوفرينيا، الجينات؟ أو  
البيئة؟ فإذا كانت الشيزوفرينيا تنجم عن عوامل وراثية فإن ظهورها يكون أكثر إلى حد ذي دلالة  
بين أفراد العائلات ذات قرابة الدم، أما إذا كانت نتائج عوامل بيئية فسوف تتركز الحالات بين أفراد

عائلات التنبني. ولقد تبين فعلاً أن حالات الإختلال الشيزوفريني تتركز في أقارب الدم لمرض الشيزوفرنيا (عبد الله، 2005).

ووجدت الدراسات التي أجريت على التوائم المتشابهة (أحادي البويضة) أن إصابة أحد التوائم بالاكنتاب ترفع نسب حدوث الاكنتاب في التوأم الآخر بنسبة (70%) وإن إصابة أحد التوائم غير المتشابهة بالاكنتاب ترفع نسبة حدوث الاكنتاب في الآخر بنسبة (23%). ونستنتج من هذه الدراسات بلن للعامل الجيني دور في الإصابة بالاكنتاب. ويرى أصحاب هذه النظرية أن أسباب الأمراض النفسية وراثي حيث الوراثة تلعب دوراً كبيراً في زيادة نسبتها، فقد أشارت دراسات أجريت على التوائم أن نسبة الإصابة بذهان الهوس والاكنتاب بين التوائم المتطابقة والذين عاشوا منفصلين وصلت إلى (67%)، ونسبة الإصابة في المرض بين التوائم المتطابقة والذين نشأوا معا (68%) أما بين التوائم الأخوة غير المتطابقين وصلت إلى (23%)، أما بالنسبة لنوبة الإكنتاب فكان تأثير العامل الوراثي غير واضح، فقد أظهرت الدراسات الجينية ارتفاع في مستوى الإكنتاب العصابي، وأظهرت نتائج الدراسة على التوائم وجود نفس النسبة في التوائم المتشابهة وغير المتشابهة، كما أن المرض ثنائي القطبية يتواجد بشكل أكبر في عائلات المرض ثنائي القطبية أكثر منه أحادي القطبية (أوكسفورد، 1991).

أما بالنسبة لدراسات الإكنتاب الهوسي التي أجريت على المتبينين المصابين به فقد أظهرت أن من يكون له تاريخ عائلي لهذا المرض تكون فرصة أصابته بالإكنتاب أكثر بثلاثة أضعاف كما بين السكان عامة (خلف، 2003).

وأشارت معظم الدراسات التي أجريت على العائلة أن خطر الإصابة باضطرابات المزاج في الآباء والأخوة والأبناء لمرضى الاكنتاب يعادل (20%) مقابل (7%) في أقارب الذين لا يعانون من الاكنتاب، و أن هذه النسبة المرتفعة داخل العائلة هي نتيجة العامل الجيني (عكاشة، 2003) كما أن العامل الوراثي له تأثير واضح على ظهور أمراض القلق ويثبت ذلك دراسة التوائم حيث يتشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية، وأيضا يثبت من خلال دراسة العائلات حيث أن (15%) من آباء وأخوة مرضى القلق، يعانون من المرض نفسه (عكاشة، 2003).

وقد وجد سيلنر وشيلد ز (1962، 1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل 50% وأن حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، واختلفت النسبة بين التوائم غير المتشابهة فوصلت النسبة إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات، لذلك فالوراثة تلعب دور مهم في الاستعداد للمرض، وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال (زهرا، 1997؛ عكاشة، 2003).

إن دراسة جينات المخ يمكنها فعلاً أن تحدثنا عبر بروتيناتها التي تنتج عن كثير من الأمراض العقلية والنفسية، وهذا ما قام به أحد العلماء (دافيد كمنجز) في المركز الطبي القومي لسيتي هوب في دورات بكاليفورنيا، فقد كان كمنجز يهتم على وجه خاص بمخ المرضى المصابين بمرض هنتجتون، وهو علة تنتقل وراثياً وتتغلل متسللة لتسبب تدهوراً وجدانياً وذهنياً سريعاً يحدث عادة عبر حوالي الأربعين من العمر، ويتفجر مرض هنتجتون نتيجة جين سائل ويكفي وراثة نسخة جين واحدة من أحد الوالدين ليحدث المرض (خلف، 2003).

كما وترتبط أسباب مرض الوسواس القهري بعوامل وراثية وعائلية وعوامل تربوية وسلوكية و نفسية واجتماعية (Kendler, 1995)، وله علاجات دوائية فعالة وعلاجات نفسية مفيدة مثل العلاج السلوكي والمعرفي وتنمية المهارات (Den Boer, 2000). فالعامل الوراثي له دور مهم في نشأته، فوجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه، ووجدت في دراسة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في (16) مريضاً من (84) حالة، أي حوالي (30%) والنسبة تقارب النسبة العالمية. ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي، فعدم مرونة الوالدين المتمثلة بالمثل العليا والضمير الحي والوسوسة في التصرفات تعكس ذلك على الأطفال سواء وراثياً أو بيئياً.

#### 2.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الكيميائي: Biochemical Factors

من العوامل التي تؤثر في ظهور الإضطرابات النفسية التغير في كيمياء الدماغ، ونقص في وظائف النواقل العصبية، ونقص الأنزيمات والفيتامينات وخلل الهرمونات. ففي جسم الإنسان هناك نوع من التوازن الكيميائي، وهذا التوازن هو الذي يتحكم في النمو والتكاثر، وعملية البناء والهدم، هي التي تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات الحيوية والتي تعوض عن المواد المندثرة بمواد جديدة، وتتحكم

في عملية التمثيل الغذائي هذه الأنزيمات، كالعصارة الهضمية والفيتامينات، والهرمونات التي تفرزه الغدد الصماء . فإذا ما حصل خلل في التوازن الكيماوي، فقد يؤدي إلى اضطراب في الشخصية والسلوك (أبو هنيدي، عكاشة، 2003 ؛ المهدي، 2005).

وذكر الزغاري كمثلاً على ذلك بأن مرض الإكتئاب ينتج عن تغير في كيمياء الدماغ ، ونقص في وظائف النواقل العصبية أحادية الأمين، فهناك ثلاث نواقل عصبية وهي السيروتونين (Serotonin) والنورادرينالين (Noradrenaline) والدوبامين (Dopamine) وبينت معظم الدراسات بأنه في الأفراد الذين يكون لديهم استعداد لحدوث المرض فليق نقص نشاطات كل من الأدرينالين والدوبامين والسيروتونين هو كفيلاً بحدوث الاكتئاب (الزغاري، 2007).

ويذكر عكاشة أن هناك بعض الدلائل البيولوجية للتغيير الكميائي وعلاقته بالاكتئاب أو بعض الأعراض الاكتئابية. فلأعراض الاكتئابية تزيد أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث وتشكو الكثير من النساء من التوتر الداخلي وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الإنفعال وكثرة البكاء، وهذه الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية. ويتوقف الطمث أو يصاب باضطرابات شديدة لفترة قليلة أثناء الإكتئاب والانبساط . كما تزيد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية. وتظهر أعراض الذهان الدوري بكثرة بعد الولادة و أثناء التغيرات الفسيولوجية والهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة (عكاشة، 2003).

وكذلك هناك ما ذكر عن مرض الفصام و العوامل الكيمائية فالمرضى المصابون بالفصام يبدو أن لديهم عدم توازن بكمياء الجهاز العصبي ولذلك اتجه بعض الباحثين إلى دراسة الموصلات العصبية التي تسمح باتصال الخلايا العصبية وبعضها البعض. وبعد النجاح في استخدام بعض الأدوية التي تتدخل في إنتاج مادة كيماوية بالمخ تسمى "دوبامين" وجد أن مريض الفصام يعاني من حساسية مفرطة تجاه هذه المادة أو إنتاج كمية كبيرة من هذه المادة، وقد ساند هذه النظرية ما لاحظته العلماء عند معالجة حالات مرض "باركنسون" أو الشلل الرعاشي الناتج من إفراز كميات قليلة جداً من مادة "الدوبامين" وقد وجد أنه عند علاج هؤلاء المرضى بنفس العقار أنهم يعانون من بعض أعراض الهوس، وقد أدى هذا إلى أن العلماء قد بدأوا في دراسة كل الموصلات الكيمائية بالمخ على اعتبار أن مرض الفصام قد ينتج من خلل في مستوى عدد كبير من هذه المواد

الكيميائية وليس " الدوبامين " وحده. ولذلك تهدف الأدوية العصبية الحديثة إلى ثلاث موصلات عصبية هي: الدوبامين والسيروتونين والنورادرينالين (www.annabaa.org، 2007).

هذا وقد أصبح الكلام عن أسباب المرض في الطب النفسي مختلفا بشكل لافت في السنوات الأخيرة وهناك جدلاً كبيراً حول الأسباب المؤدية له، فبعد أن كان الأمر متعلقاً بالتفسيرات التي تقدمها مدارس ونظريات علم النفس المختلفة، أصبحت التفسيرات المعاصرة متعلقة بالتغيرات الكيميائية وربما التركيبية في المخ، فقد ساعدت الأساليب الحديثة على تشخيص الأمراض وملاحظة التغيرات الكيماوية، من خلال تطور تقنيات تصوير المخ تركيبياً بالأشعة المقطعية بالكمبيوتر (CTS) وبالرنين المغناطيسي (Tomography Scan Computed) (MRI) (Magnetic Resonance Imaging)، ووظيفياً باستخدام النظائر المشعة المختلفة، (Isotope Scanning) ومن خلال المسح الطبوغرافي للمخ ( Brain Mapping ) الذي يبين النشاط الكهربائي للمخ، والتصوير الطبقي بقذف البوزيترون (Tomography Positron Emission)، وكذلك التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Spectroscopy)، بحيث أصبح من الممكن معرفة اختلافات التركيب والحجم في بعض أجزاء المخ ومقارنتها ما بين المرضى وبين الأصحاء، وكذلك معرفة التغيرات الوظيفية في هذه المناطق من المخ، بل وأمكن التعرف على تأثير استخدام الأدوية النفسية في الوظيفة وفي التركيب أيضاً (المهدي،2004).

كما أن اكتشاف العديد من العقاقير الدوائية وتطور علم الأدوية الذي يشرح كيفية عمل الدواء وكيفية توزيعه في الجسم البشري، مكن الأطباء النفسيين من اكتشاف التغيرات الكيميائية التي تحدث في الوصلات العصبية في المخ البشري عند استخدام العقاقير النفسية بشكل منتظم، التي تصاحب التحسن في حالة المريض النفسية، ومكنهم بالتالي من استنتاج التغيرات الكيميائية التي تحدث عند المرضى أثناء وجود الأعراض النفسية. وكذلك فسر العلماء التغير الذي يحدث للمريض أثناء العلاج السلوكي بأنه ناتج عن تغيير الكيمياء في المخ بالضبط كما يفسر عمل الدواء. وبالتالي أصبح الكلام عما يقاس وما هو قابل للتكرار (إذا توافرت الظروف نفسها للتجربة) هو الكلام العلمي، وما غير ذلك لم يعد يحظى باهتمام الباحثين (المهدي،2004 ؛ ابو هندي و عكاشة،2003).

كما أثبتت الأبحاث قدرة الأدوية المضادة للذهان على سد مستقبلات الدوبامين-2 (أحد الأحماض الأمينية) والمسئولة عن فائدتها الإكلينيكية (Peroutka and Snyder ,1980).

كما أن النظرية الطبية الكيميائية وعندما ظهرت مضادات الذهان غير التقليدية بدأ الباحثون في التشكك في الفرض القائل بأن سد مستقبلات الدوبامين- 2 بواسطة مضادات الذهان هو السبب الرئيسي لمفعوله المضاد للذهان . وقد تبين أن مفعول مضادات الذهان غير التقليدية (الحديثة) يشمل ميلا شديدا للعديد من أنواع المستقبلات بالإضافة إلى الدوبامين- 2 تشمل من بينها مستقبلات السيروتونين(Meltzer et al. 1996). ولهذا فإن الأبحاث الحالية تقترح أن أنواعا عديدة أخرى من المستقبلات مثل (D-1, D-3, D-4, D-5, 5-HT2,NMDA)، لها علاقة بنشأة مرض الفصام وأمراض أخرى كالاكتئاب والوسواس القهري واضطرابات النوم (Hirsch and Weinberger 1995; Seeman 1995; Kerwin et al 1997).

#### 3.1.1.1.2 العوامل المتعلقة بالأنسجة: Histogenic

وتشير إلى العوامل التي تتعلق بالأنسجة، أما في الصحة النفسية وعلم النفس المرضي فتشير إلى كل الجروح الدماغية، باستثناء ما يحدث من المواد الكيميائية والعوامل الوراثية. فالصدمات والجروح التي تنتج عن الحوادث وكذلك الصدمات على الدماغ تترك أثرا واضحا في الشخصية ، لا يمكن التخلص منها بسهولة ، لأن خلايا الدماغ غير قادرة على التجدد، ومن المصادر الأخرى لتلف الأنسجة وتخريبها هو النيوبلازم الدماغى (Brain Neoplasm) أو الورم الدماغى (Tumor)، وقد يكون سرطانياً أو غير سرطاني، والاضطراب النسيجي الناتج عن الغزو الميكروبي الذي يدمر خلايا الدماغ مثلما يحدث في المرحلة الرابعة من نمو مرض الشلل العام (General Paralysis) (المهدي، 2004).

#### 4.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الجسمي والعضوي : Somatogenic Factors

نتيجة للعلاقة الوثيقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، فإن سوء الصحة الجسمية يؤدي إلى سوء التكيف عند الفرد واختلال صحته النفسية، والعكس صحيح أيضا. عندما يتعرض الفرد إلى ضعف في جسمه أو في أحد أعضائه يؤثر ذلك في سلوكه فيصبح قلقا وحزينا، وإذا كانت صحته



الجسمية قوية وحيوية كان أقدر على مواجهة الضغوطات اليومية والتغلب عليها . كما أن الشكل العام والتشوهات والعاهات والعوامل الفسيولوجية، وهي المتعلقة بطبيعة الوظائف الجسمية، وخاصة الجهاز العصبي الذي يلعب دورا تكامليا وتفاعلا بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية، كلها تؤثر على نفسية وشخصية الفرد (المهدي، 2004 ؛ الدايري، 2003) .

ذكرت منظمة الصحة العالمية في إحدى منشوراتها (الإستثمار في الصحة النفسية) عن مدى انتشار الإضطرابات النفسية، بأنه توجد علاقة متداخلة بين الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية، وأشارت إلى تصاحب الأمراض، الذي يعني إصابة شخص معين باضطرابين متزامنين أو أكثر هو موضوع يثير اهتماما كبيرا ومنتزادا في الرعاية الصحية وتدعم الأبحاث الرأي القائل أن عددا من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال الإكتئاب، القلق) يتكرر حدوثها لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات بدنية مزمنة لديهم احتمال أكبر لحدوث اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب. ومعدلات الانتحار أعلى بين من يعانون من اضطرابات جسدية منها بين غيرهم من الناس، في حين "أن معدل الانتشار للإكتئاب الرئيسي بين عامة السكان قد تتراوح من ( 3%-10%)، وأنه دائما أعلى بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة" ( WHO, 2003 P 10).

وهذا ماورد في تقرير صحي يتحدّث عن علاقة المرض الجسدي بالمرض النفسي، فقد جاء فيه: تدلّ الإحصائيات في أميركا أنّ حوالي نصف مليون من الأميركيين يعالجون في المستشفيات من هذه الأمراض، كما تقبل المستشفيات الأميركية كل عام حوالي (150/000) حالة جديدة منها. وتدلّ بعض الإحصائيات الأخرى على أنّ حوالي ( 10 بالمئة) من الأميركيين معرّضون للإصابة بهذه الأمراض في فترة من حياتهم (WHO, 2003).

وقد أثبتت الأبحاث العلمية المقننة أن الأمراض النفسية والاكتئاب تحديداً سبب مباشر للإصابة بأمراض الشرايين التاجية (الشرايين التي تغذي القلب). وقد ثبت أيضاً أن التعرض لضغوط نفسية ولو على سبيل البحث والتجربة يؤدي إلى حدوث تغيرات في الشرايين التاجية تطابق تلك التي تحدث عند مرضى القلب، و في نفس السياق تبين أن التغيرات التي تصيب الطبقة الداخلية لجدران الشرايين التاجية لدى مرضى الاكتئاب حتى وإن لم تظهر عليهم أعراض سريرية هي نفس التغيرات التي تصيب مرضى الشرايين التاجية، ويضاف إلى ذلك الكثير من التغيرات المختلفة التي

تطراً على مستويات العديد من المواد الكيميائية في الدم وارتفاع مستوى الدهون وزيادة لزوجة الدم مما يجعل مريض الاكتئاب عرضة للإصابة بأمراض القلب والشرايين وهذه الحقائق العلمية تؤكد مدى التفاعل النفسي الجسدي و كثافة التأثير المتبادل بين النفس والجسد وارتباطهما الوثيق (الهديل، 2007)، كما أن القلق والخوف والإنفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية، ولهذا فإن الفرد في حالات الخوف والإنفعال يستجيب لزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتكون حركات لا إرادية مثل الرجفة في الجسم والابتسامات غير الملائمة وتدوير منطقة العين .. إلخ. وتتوتر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب ويتعطل نشاط بعض الغدد مثل الغدد اللعابية فيجف ريقه ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته (عزة، 1999).

وهناك أمراض عضوية يصاحبها أعراض نفسية منها:

- (أ) أورام الغدة فوق الكلوية (الفيوكروموسيتوما): ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد، مع ارتفاع في ضغط الدم، شحوب باللون وزيادة السكر في الدم .
- (ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية: ويظهر فيها التوتر العصبي والقلق النفسي وسرعة التأثر والتهيج مع ارتجاف في الأطراف، ارتفاع في ضغط الدم والعرق الساخن في الأطراف، وجحوظ في العينين وأحياناً ورم بالغدة الدرقية، ولا بد من التفريق بين المرض والقلق النفسي.
- (ج) تصلب شرايين المخ: وهو مرض يظهر في المسنين ويكونوا سريع الغضب والإستثارة من أقل المنبهات، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما.
- (د) الشلل الاهتزازي ونقص السكر في الدم وكثير من الحميات: حيث تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر مع ارتجاج بالمخ (عكاشة، 2003).

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة ، ويصاحبه انخفاض في قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجارة الحياة اليومية وضعف الطاقة ، وصعوبة التركيز ، وسرعة الإنهاك عادة (الطيب، 1994).

ومن العوامل العضوية والجسمية التي تحدث اضطرابات نفسية وخطلا في الشخصية :

أ- الشكل العام والتشوهات والعاهات، ويتوقف ذلك على مدى تقبل الفرد أو عدم تقبله لجسمه ومظهره . فإن إصابة الأفراد بعاهات أو تشوهات تؤثر على فكرة الفرد عن نفسه كما يؤثر على توافقه وتكيفه وعلى صحته النفسية (الهابط، 1998).

ب- العوامل الفسيولوجية، وهي المتعلقة بطبيعة الوظائف الجسمية، وخاصة الجهاز العصبي الذي يلعب دورا تكامليا وتفاعلا بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية (المهدي، 2004).

وقدم (Krienz) نظرية يوضح فيها الدور الذي يلعبه Hypothalamus في إصابة الفرد بالاكتئاب في ضوء ما أطلق عليه الدائرة الانفعالية التي تبدأ باستقبال الفرد لأحداث بيئية معينة التي تنتقل بدورها إلى القشرة المخية ثم يقوم منير من القشرة المخية Cortex بلستئارة الهيبيوثالامس وهذا بدورة يؤدي إلى استئارة النظام الجسمي الحشوى System Somato - Visceral ويقوم العائد البيولوجي Biofeed - Back في هذا النظام بإستئارة التكوين الشبكي Reticular - Formation وبعد ذلك يتم تكملة وتشغيله في الثالامس والجهاز الطرفي Limbicsystem وتنتهى بعد ذلك إلى الدوافع في القشرة المخية. وهذه النظرية تؤكد أن بائولوجية الهيبيوثالامس هي المسئولة عن احتمال إصابة الفرد بالاكتئاب (كامل، 1990).

كما أن هناك من يؤيد وجود علاقة بين مرض الوسواس القهري والأسباب الفسيولوجية، مثل عدم نضج الجهاز العصبي، والصرع والتهابات الجهاز العصبي المركزي. وهناك اعتقاد بأن للوراثة ارتباط بمرض الوسواس القهري، وترجم بعض الباحثين ارتباط المرض بنقص السيروتونين وزيادة تمثيل الجلوكوز في الفص الأمامي للمخ (عكاشة، أبو هنيدي، 2003).

وقد أشار كل من المهدي وزهران إلى أن هناك عوامل فسيولوجية تعود إلى عوامل خاصة بالأأم، وعوامل خاصة بالفرد نفسه. أما العوامل الخاصة بالأأم فهي عوامل متنوعة متعلقة بالبيئة التي تؤثر على الجنين أثناء تكوينه ونموه داخل الرحم ابتداء من لحظة الإخصاب ولفترة تسعة شهور حتى الولادة، كالعمر للأأم والتغذية وحالتها الصحية كمرضها بالسكر أو الحصبة الالمانية أو الانفلونزا. وكذلك العوامل المتعلقة بمرحلة الولادة مثل الولادة المبكرة، حيث يوضع الطفل في حاضنات خاصة

ضمن ظروف مشابهة لظروف النمو داخل الرحم لاستكمال نموه، وعادة ما يكون ضعيفا وقليل الوزن، وقد يعرضه هذا إلى اضطرابات متنوعة قد تظهر في ضعف قدراته العقلية على شكل صعوبة في التعلم بالمدرسة، أو خلل في القراءة أو الكتابة أو الحساب (زهرا، 1995).

كذلك إصابة الرأس أثناء الولادة، فالولادة المتعسرة تعرض الوليد لأخطار جسمية مثل نزيف دموي بالجمجمة أو في أغشية الدماغ أو انفجار بعض الأوعية الدموية تحت تأثير الضغط على الرأس لصعوبة مروره. وأحيانا يحدث انعدام الأكسجين أو قلته، فلذا لم يحصل على الأكسجين المناسب تظهر عليه زرقة اللون وهذا يسبب عطب في خلايا جسمه، وبالتالي يتأثر جهازه العصبي الذي يعتمد بشكل مباشر على الأكسجين والجلوكوز، وأما إذا انعدم الأكسجين لفترة لا تتجاوز ثلاث دقائق فإن بعض الخلايا في المخ تموت، وهذه الخلايا لا يمكن تعويضها، ونتيجة لهذا التلف في الخلايا يحدث في مراحل النمو اللاحقة التخلف الجسمي والعقلي، والشلل بالأطراف، وتأخر النطق، وقد يصاب بالصرع (المهدي، 2004).

اما العوامل الخاصة بالفرد نفسه فتكون بسبب الغدد، والعوامل الوراثية، والنسجية، التي تؤثر على البنية والتركيب الجسمي والعضوي في الشخصية والصحة النفسية (المهدي، 2004).

إن الشكل العام والتشوهات والعاهات والعوامل الفسيولوجية، وهي المتعلقة بطبيعة الوظائف الجسمية، وخاصة الجهاز العصبي ونضجه الذي يلعب دورا تكامليا وتفاعلا بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية، وكلها تؤثر على نفسية وشخصية الفرد (المهدي، 2004؛ الدايري، 2003).

كما أن عامل السن له أثره في نشأة القلق فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة والشيخوخة، ويظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين على هيئة خوف من الظلام، والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار أو الخوف من أن يكون الطفل وحيدا بالمنزل أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلي. أما في سن المراهقة فيبدو القلق ظاهرا بالشعور بعدم الاستقرار والخرج الاجتماعي والإحساس الذاتي بشكله وجسمه وحركاته وتصرفاته ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء، والشكوى من عطل بدنية سواء العادة السرية والاستمناء الليلي، الخجل، الحياء،

التلثم في الكلام، نقل الأعراض في فترة النضوج وتعود في سن الشيخوخة الإجهاد بكافة أنواعه المذكورة (زهران، 1997 ؛ عكاشة، 2003).

وهناك من يؤيد كما أن الأبحاث العلمية أوضحت التغيرات الفسيولوجية التي تحدث مع حالات القلق والهلع والهستيريا والوسواس القهري، كذلك اكتشاف إفراز المخ للأفيون الداخلي، والذي يسيطر على عتبة الألم بكافة أنواعه، وكذلك العلاقة المباشرة ما بين مزاج الفرد وجهاز المناعة، وكيف أن التغيرات المزاجية تقلل المناعة وتسبب الأمراض النفسية والجسدية من السرطان الى السكر والروماتيزم وأمراض القلب (عكاشة، 2003).

أكد فريق من الأطباء الباحثين في جامعة كارينج ميلون في مدينة بيتسبيرغ بالولايات المتحدة أن التحلي بالمشاعر الإيجابية في مواسم نزلات البرد هو خير وسيلة دفاعية للإنسان في مقاومة عدوى الفيروسات المسببة للوعكة الصحية تلك، مما يعني رفع الشعور بالإيجابية لمستوى قوة جهاز مناعة الجسم في مقاومة الأمراض . إلى هذا أوضحت نتائج دراسة دولية واسعة شملت باحثين من كندا والولايات المتحدة وألمانيا وعدداً من الدول الأوروبية الأخرى بأن وجود أحد أنواع القلق النفسي، كنوبات الفزع أو الخوف أو القلق العام أو الوسواس القهري أو الخوف الاجتماعي أو غيرها، لدى الإنسان السليم ولدى المرضى، هو عامل لا يُمكن إغفال تأثيره في رفع احتمالات تدهور حالتهم الصحية أو في معاناتهم من الأعراض المزمنة للأمراض التي هم مصابون بها (صندقجي، 2006).

وهناك عدة دراسات أظهرت الارتباط بين الأمراض الجسمية والاضطراب النفسي ومنها:

#### 1 - مرض السكر:

لقد أوضح (Brend, 1993) أن الاضطرابات النفسية التي ظهرت لدى مرضى السكر تتمثل في:

- الأنطواء الذاتي: Introversive، والذي أتضح من خلال الخوف من المدرسة، الهروب من المدرسة، الخوف من أماكن العمل، مشكلات مع الزملاء، الصداع النفسي الفسيولوجي، الآلام المبرحة في البطن، الأوجاع الجسدية Somatization، وتوهم المرض Hypochondria، والقلق

العام General Anxiety، المخاوف Phobias، السلوك المتسم بالهلع Panic Behaviour، الوسواس Compulsion، حالة الاكتئاب Depressive Mood، الميول الانتحارية Suicidal Tendencies، سوء استخدام الأدوية Drug Abuse.

- سلوكيات مضادة للمجتمع: Antisocial، تمثلت في الهروب من أماكن العمل وسلوك تدمير الذات والأفراط في التدخين والهروب من المنزل والسلوك العدواني والإهمال.
- فرط الحركة: والتي تظهر في السلوك الاندفاعي وضعف التركيز.
- اضطرابات الطعام Eating disorder: مثل رفض الطعام أو النهيم في الطعام وأوضحت نتائج دراسة قام بها Brend (1993) أن معدل الإصابة لهذه الاضطرابات زاد بنسبة 33.3% عن مجموعة الأصحاء ولكن نسبتها لم تظهر فروق دالة بين الذكور، الإناث. ولكن وجدت الفتيات المصابات يعانين أكثر من الأولاد في اضطرابات الطعام (Brend, 1993).

ولبيان العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والشخصية أوضح نور الدين أن مرضى السكر أقل توافقاً من الأسوياء على مقاييس الهستيريا والاكتئاب (نور الدين، 1979).

وكشفت خميس في دراسة عاملية مصرية وجود علاقة بين مستوى القلق والإصابة ببعض الأمراض العضوية ومنها السكر حيث توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى السكر والأسوياء على مقاييس القلق (حالة أو سمة)، قلق الموت، القلق (داخلي أو خارجي المنشأ) ووجود فروق على مقاييس الصحة العامة (خميس، 1992).

أظهرت دراسة طبية جديدة أجرتها مراكز الوقاية ومكافحة المرض الأمريكية ، أن المرضى المصابين بداء السكري أكثر عرضة للإصابة بالقلق والكآبة بحوالي الضعف وأوضح الباحثون أن الكثير من هؤلاء المرضى يعيشون في أوضاع فقيرة ومزرية وسوء الصحة ولا يحصلون إلا على القليل من الرعاية الطبية (المالح، 2005).

ذكر المالح بأنه في حالات مرض السكري ترتفع نسبة الإصابة بالاكتئاب إلى ضعفي نسبتها في الانتشار العام. كما أن الاكتئاب يشخص كمرض مرافق بنسبة (30) بالمئة مع السكري من النوع I أو مع السكري من النوع II. والاكتئاب في حالات السكري يعتبر مزمناً ويرتبط بنسب أعلى من المضاعفات، ولديه إمكانية أن يسبب عجزاً أكبر مقارنة مع النسب العامة (المالح، 2005).

ووجد الباحثون بعد متابعة (10) آلاف شخص يعيشون في ولاية نيويورك، وكان 9 في المائة منهم مصابين بالسكري، و 10 في المائة منهم يعانون من توترات وضغوطات نفسية خطيرة منها الكآبة، أن الأشخاص المصابين بالسكري تعرضوا لأمراض نفسية خطيرة بنسبة أعلى بنحو الضعف من غير المصابين. ولاحظ الباحثون أنه من بين المرضى المصابين بالسكري وبمشكلات نفسية، كان 49 في المائة منهم مطلقيين، أو منفصلين أو أرامل مقارنة بـ 25 في المائة فقط من المصابين بالسكري فقط (المالح، 2005).

## 2- مرض القلب :

تشير أحدث البحوث الطبية للجمعية الطبية الأمريكية لعام 1986م إلى الحقائق الآتية:

- 1- أن القلب يجيب على كثير من الحوادث النفسية أكثر من أي عضو في البدن.
- 2- أن كل الدوافع لها صلة بالقلب والدورة الدموية، والقلب هو المعبر عن كل الانفعالات .
- 3- أن عدد ضحايا القلب هو (32%) من مجموع الوفيات في العالم (المهدي، 2007).

## 3- مرض السرطان :

لقد تناول كثير من الباحثين الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان مثل شعور المرضى بالفوضى والقلق والخوف، والانكسار والقلق والاكتئاب. ويقرر باحثون آخرون أن مرضى السرطان يستخدمون الإنكار لتقليل الفزع المرتبط بمرض السرطان، ويشيع لديهم القلق والاضطراب الانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان، وأنه قد يؤدي إلى أن يحاول بعضهم الانتحار. وهذه الأرقام تبين انتشار الاكتئاب الرئيسي بين المصابين بأمراض جسدية حسب دراسة لمنظمة الصحة العالمية للعام 2003:

فرط ضغط الدم 29%، احتشاء عضلة القلب 22%، الصرع 30%، السكتة 31%، السكري 27%، السرطان 33%، فيروس العوز المناعي البشري/الايدز 44%، السل 46%، عامة السكان 10%.

وقد أجريت دراسة في 5 من الدول النامية والصناعية لمعرفة الأعراض النفسجسمية، حيث وجد أن هذه الآلام تتدرج من الصداع بالدرجة الأولى يعقبها ألم الظهر والمعدة والأمعاء. وقد بلغ عدد الأعراض في هذه الدراسة حوالي 23 عرضاً تقود إلى المعاناة. وقد اعتبرت الأحداث الحياتية المرهقة من الأسباب الرئيسية لهذه الاضطرابات. حيث أكد ذلك حوالي 60% من الإيطاليين و 44 من الأمريكيين و 34 من الأفريقيين و 28% من الهنود و 8% من البرازيليين، علماً أن البرازيليين من سكان العاصمة واعتبروا الإرهاق المزمن أمراً طبيعياً علماً أن العاصمة البرازيلية من المدن المزدهمة جداً (رضوان، 2007).

وقامت الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية بالاشتراك مع الجامعة اللبنانية، ببحث أعده قلعية عن العوارض السيكوسوماتية ودور المعالج النفسي، وقد خرج البحث بأن هناك نسبة 70% من زوار العيادات الطبية ممن يشكون من أعراض جسدية هي في الواقع قناع تختف خلفه بعض الإنفعالات النفسية. وتتراوح هذه المظاهر بين التجسيدات الهيستيرية المألوفة والمكشوفة من قبل المعالجين، وبين الأعراض الجسدية التي تحتاج للفحوصات الطبية كي يتم التأكد من عدم وجود أساس عضوي لها، وتتركز غالبيتها على صعيد الجهاز التنفسي حيث أن أكثر الأعراض انتشاراً هو عارض شبيه بالربو (يشكو المريض من شعور بالضغط على صدره) واللقمة الوهمية (التي تعيق التنفس) بالإضافة إلى تسارع أو تباطؤ التنفس. كما تضاف إلى هذه الأعراض أعراض عصبية مثل تسارع نبض القلب وارتجاف الأطراف وتعرقها (قلعية، 1998).

ويضيف أبو هندي أن نمط الشخصية الوسواسية تتعرض لاضطرابات نفسية مختلفة نظراً لاحتكاكها الدائم بالمجتمع وعدم قدرتها على تحقيق المثل العليا وأهم هذه الاضطرابات: القلق النفسي بأعراضه الجسمية كعصاب الجهاز الهضمي أو القلبي الدوري، أو البولوي والتناسلي. توهم العلل البدنية مثل الأمراض الخبيثة، اضطراب الوسواس القهري، اكتئاب توقف الطمث، والشعور بالتغير في النفس والأمراض السيكوسوماتية. علماً أن الشخصية القهرية تظهر في حوالي (20-25%) من حالات الوسواس القهري، وكثيراً ما يصيب الاضطراب شخصيات أخرى مثل: الشخصية الاعتمادية والحدية أو شبه الفصامية (أبو هندي، 2003).



### 5.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ النفسي: Psychogenic

شخصية الإنسان تتأثر بالعديد من العوامل النفسية المختلفة، لأن الإنسان شخصية مليئة بالتجارب والأحداث النفسية المكونة للشخصية، وهذه مجتمعة تقرر درجة الاضطراب ونوعيته. وذكر (فروم) في دراساته الأثنوبولوجية، وعلم النفس الاجتماعي أن الأمراض النفسية خاصة، والسلوكية عامة لا يمكن فهمها جيدا إلا في ضوء العلوم الاجتماعية، وأن ميول البشر ليست غريزية فقط (كما قال فرويد) بل ميول حياتية نحو الحب والقوة والمكانة وأن الشخصية نوعين: الشخصية المنتجة وهي الشخصية الوحيدة الناضجة، والشخصية غير المنتجة غير الناضجة وتبدو هذه الشخصية بأشكال متنوعة، فمنها الاستغلالية، ومنها الكنوزة أو المدخرة، ومنها الاستهلاكية، هذه الشخصيات غير الناضجة عرضة للاضطرابات النفسية، فيظهر عند الاستغلالية العنف والحيلة للحصول على ما تريد، إضافة إلى الغيرة المرضية، أما الشخصية المدخرة أو الكنوزة فيغلب عليها القلق والالتزام بالنظام بصرامة والتزمت، وهي عرضة للوساوس والأفعال القهرية، في حين يغلب على الشخصية الاستهلاكية التقلب الانفعالي والكآبة (فروم، 1988).

في حال الاضطرابات يحدث اختلال في وظائف الجسم، وقد تحدث تغيرات في تركيبه، وهذا ينشأ من عوامل نفسية. وإن التوتر المصاحب للعوامل النفسية يؤثر على الجسم عن طريق أجزاء من المخ والهيپوثلاموس، وبواسطة أعصاب تعرف بالأعصاب السمبثاوية، وأخرى تعرف بالباراسمبثاوية، وعن طريق الغدد الصماء. فتحدث تغيرات بالجسم تشمل زيادة أو نقص إفرازات بعض الأعضاء كالمعدة، وهذه التغيرات تكون مؤقتة في البداية ثم تتحول إلى تغيرات دائمة كما يزيد الحامض بالمعدة ثم يؤدي إلى قرحة به (المهدي، 2005). أما الطبيب (الكسندر) فيؤكد بأن (المرض السيكوسوماتي) هو صراع سايكو ديناميكي يربط بين عقدة معينة ومرض معين، فعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة، وتكون نتيجة لزيادة الإفرازات والحمضيات المتولدة نتيجة لوجود ظروف نفسية انفعالية تشكل فجوات ملتهبة أو التهابات قد تتحول إلى نزيف داخلي حين تكون الضغوط والآلام النفسية شديدة وتقرض على المعدة إجهادا وإرهاقا وعملا مزدوجا. ويقول الدكتور (س. دولف) أن التوتر الانفعالي قد يولد تآكلا أو تخريبا في جدران المعدة وخلاياها وكذلك خلا في تفاعلاتها الكيميائية. فعندما تنقرح المعدة لا تتوقف عن العمل حتى بعد ذهاب الطعام إلى الإثني عشر، بل تستمر في حركاتها وإفرازاتها كالمطاحون، وهذا يعرض جدران المعدة للتآكل والأحماض والنزيف أحيانا، وهذا كله يرتبط باعتماد المريض على الآخرين وإخفاقه في الاستقلال الذاتي كالتصاق

بالأم، والإلحاح في طلب العطف من الآخرين وقد ينعكس الحال على شكل شهية زائدة والتي يصاحبها غير شديدة وحاجة شديدة لعطف الآخرين، وتزداد القرحة بين الذكور أكثر من الإناث. كما أضاف أنه ممكن حدوث اضطرابات معوية نتيجة الاعتماد على الآخرين وعدم الاعتماد على النفس، لالتهاب المعدة المزمن: وتشمل عدة أعراض كالحرقان، وعسر الهضم، و (كرغبة) المعدة، والتجشؤ، وكلها في العادة اضطرابات سيكوسوماتية عندما تكون مرتبطة بضغط انفعالي، وكذلك اضطرابات الإخراج: وتتمثل في الإسهال المزمن والتهاب الغشاء المخاطي والإمساك، والتبول اللاإرادي، وكلها ذات دلالات سيكولوجية هامة تؤكدتها مدرسة التحليل النفسي وتبدأ منذ الطفولة نتيجة ضغوط انفعالية، أو شعور بالقلق والإستياء والذنب والخطأ. وأيضا فقدان الشهية العصبي في هذا الاضطراب يفقد الإنسان الشهية للطعام نتيجة لاضطراب أو صدمة انفعالية مرتبطة بعقاب أو لوم الذات أو ضغط الوالدين، وأن الخوف والتوتر وأسلوب الأبوين الخطأ في التنشئة الاجتماعية والصراع والنكوص والعداء اللاشعوري والغيرة المكبوتة هي من أهم أسباب قرحة القولون. وتؤكد كل الاضطرابات المعدية والمعوية، علاقتها بالانفعالات النفسية بتجارب (وولف - ووولف) التي كان من أهم نتائجها: أنه في حالات الضيق والقلق تزداد إفرازات المعدة ويتضخم الغشاء المبطن بالدم و يترافق التواكل المكبوت مع زيادة الببسين في الدم وعنهما تصدر قرحة المعدة.

فإن الوظائف الفسيولوجية للجسم تتأثر مباشرة كأول رد فعل للضغوط والاجتهادات كما إن بعض الهرمونات التي تفرزها غدة الأدرينالين يرتفع مستواها عند التعرض للضغوط ويكون ذلك مصحوبا بالارتفاع في معدل دقات القلب مع ارتفاع في ضغط الدم، ومع حدوث تغيرات تؤثر على مقدرة الجلد على نقل الموجات الكهربائية التي ينشأ عنها نشاط فسيولوجي فإن هذه الاستجابات يمكن ان تكون تكيفية على المدى القصير لأنها تنتج رد فعل طارئ حيث أنها تمثل استجابة الجهاز العصبي السمبتاوي، إن رد الفعل الطارئ الذي يأخذ مثل هذا الشكل سيكون له تأثير كبير على التغلب على الموقف المرتبط بالضغوط والإجهاد والهموم. وبالرغم من ذلك فإن التعرض المستمر للضغوط سينتج عنه انخفاض في المستوى العام للوظائف البيولوجية بالجسم نظراً لقيامه بإفراز الهرمونات الخاصة بالضغوط وبمرور الوقت فلن تفاعل الجسم بشكل مستمر مع الضغوط، سينتج عنه تدهور فعلي في أنسجة الجسم مثل الأوعية الدموية والقلب، مما يجعلنا معرضين للإصابة بالأمراض مع انخفاض قدرة أجسامنا على محاربة الجراثيم والميكروبات. بالإضافة إلى العلل الصحية التي تصاب بها فلن معظم ما نشعر به من آلام خفيفة متواصلة وأوجاع بسيطة قد تزداد سوءا عند تعرض

الإنسان للضغوط. وإن هذه الأوجاع والآلام تتضمن الصداع، و آلام الظهر والطفح الجلدي وسوء الهضم والإرهاق والإمساك، كما توجد مجموعة كاملة من المشاكل الصحية التي يطلق عليها (الأمراض السيكوسوماتية) التي تتجم عن الضغوط (الطويل، 2005).

وتشير دراسات (مايكل هالبرستام) أستاذ الأعصاب بجامعة ليفربول بإنجلترا إلى علاقة حتمية ذات دلالات إحصائية بين الانفعالات والعوامل النفسية وبين معظم أمراض الجسم مثل : ضغط الدم وأمراض العيون ودرجة الحرارة وقرحة المعدة وأمراض القلب وأيضا السمنة (المهدي، 2007).

وقد أكدت دراسات ( يوجين شاركوفسكي)، وجود اضطراب في الهيبيوثلاموس المسؤولة عن الوظائف كالنوم والجنس والجوع والشبع والشعور باللذة والشعور بالألم، ناتج عن الانفعال النفسي (المهدي، 2006).

وإشارة إلى الألم ذي المنشأ النفسي الناتج عن الضغوط ( Psychogenic Pain Disorder ) جاء في (DSM IV) عن (Somatoform Pain Disorder) الشكوى الرئيسية في هذه الحالة هي ألم شديد شبه متواصل، ولا يمكن إرجاعه إلى سبب عضوي أو آلية فيزيولوجية كما هي الحال مثلاً في الصداع التوترى الذي يمكن إرجاع سببه إلى التشنج في عضلات الرأس. يحصل هذا الألم في كثير من الأحيان في ظروف توحى بأنه مرتبط بمشاكل اجتماعية أو صراعات نفسية، أدت إلى حصول المريض على الدعم والإهتمام الأسري أو الطبي من المحيط ولم يكن ليحصل على ذلك بطريقة أخرى. والألم لا يحصل بتخطيط من المريض أو وعي منه وإلا اعتبر احتيالياً. فالضغط النفسي هو أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة وتمثل الأحداث الخارجية، ظروف العمل، الصراعات الاسرية، 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 للاضطراب الإنفعالي والضغوط كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب (عبد الستار، 1998).

وقد أشارت الكساندرا قديما في دراسة لها أن الكبت المستمر للغضب يمكن أن يؤدي إلى مشاكل عضوية مثل أمراض القلب وتم تفسير هذه النظرية من خلال الأبحاث التي اهتمت بموضوع الضغوطات النفسية وتأثيرها على الفرد، حيث أن الظروف المحيطة والمتغيرات النفسية الإجتماعية

وسمات الشخص ليس لها علاقه 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 عرضة للإصابة بالأمراض، وقد طورت مصطلحا جديدا وهو قابليه التأثير بعد أن أكدت على أن أحداث الحياة مثل الزواج، الإنتقال إلى منزل جديد أو تغير الوظيفة لها علاقة بظهور بعض الأمراض الصحية مثل اللوكيميا، الاكتئاب، والفكرة العامة من هذا المصطلح، أنه كلما كثرت أحداث الحياة التي تسبب التوتر قلت قدرة الفرد على مقاومة الأمراض والاضطرابات النفسية (ابراهيم، 1998).

كما وضح الطويل كيفية تأثير الضغوط على الفرد، ذلك أن الضغوط في أعلى مستوياتها سوف تؤدي إلى حدوث استجابة عاطفية عنيفة، قد تمنع الناس من اتخاذ أي إجراء أو عمل أي شيء ومن ثم فإن الأفراد الذين يتعرضون لقدرة هائل من الضغوط تضعف قدرتهم على مجابهة أي ضغوط جديدة. وهناك ما يعرف باسم زملة أعراض التكيف العام، الذي يشمل ثلاثة مراحل: الأولى مرحلة التحذير والتعبئة وفيها يصبح الأفراد على وعي وإدراك بأسباب الضغوط وفي هذه المرحلة، نجد أن الجهاز العصبي السمبتاوي قد بدأ في التزود بالطاقة لفترة طويلة مما يؤدي إلى ظهور مشكلات في الدورة الدموية أو حدوث قرحة بالمعدة. والمرحلة الثانية، مرحلة المقاومة وفيها يبدأ الفرد في إعداد نفسه للدخول في حرب ضد مسببات الضغوط لتؤدي في النهاية إلى وقوع خسائر تتمثل في عدة أمراض نفسية وجسمية. وأما المرحلة الثالثة التي تعرف باسم مرحلة الإرهاق ففيها تقل مقدرة الشخص على التكيف والتوافق مع الآخرين مع إصابة الفرد ببعض الأمراض العضوية والنفسية التي تتمثل في عدم القدرة على التركيز وسرعة الهياج والغضب، والإنفعال السريع وفي بعض الأحوال يفقد الفرد الإحساس بالزمان والمكان، ويصبح عاجزا عن الإندماج بالواقع المعاش الذي يحيط به آفاق الإغتراب النفسي مما يجعل الفرد يتمرد على الواقع والمجتمع ويتطلع إلى تدمير وهدم الآخرين (الطويل، 2006).

لقد أشار عبد الستار (1998) ويوسف (2007) إلى أن لضغوط الحياة أثراً للإصابة بالأمراض النفسجسدية، فالضغوط المزمنة تؤدي إلى ضغط الدم، وضغوط العمل تؤدي إلى أمراض القلب، والضغوط الحادة المفاجئة (طلاق، موت، اغتصاب) تؤدي إلى ضعف المناعة ومن ثم لسرطانات، وضغوط القلق والمستقبل تؤدي إلى قرحة المعدة، ضغوط الخوف والغضب تؤدي إلى أمراض الربو، الضغوط الجسمية تؤدي إلى الاكتئاب.

وذكر عكاشة بأن النظرية التحليلية ركزت على أن الحرمان من عطف الأمومه من خلال الانفصال أو فقدان تهيبى لحدوث الاكتئاب في السنوات اللاحقة. أن تمزيق العلاقة بين الأطفال ووالديهم نتيجة الاساءه الجسدية والجنسية هي عوامل خطر في حدوث الاضطرابات النفسية ومن ضمنها الاكتئاب، وأن كل من عدم الإهتمام أو الإهتمام الزائد يهيبى لحدوث الاكتئاب (عكاشة، 2003).

كما أن الضغوط النفسية تؤثر على المناعة والجهاز الهرموني في الجسم مما يجعله عرضة للأمراض وكذلك تؤثر على سلوك الفرد. والإستجابة للضغوط تختلف من شخص إلى آخر حسب العوامل الوراثية والإستعداد النفسي والخبرات السابقة والقدرة على التعامل الصحيح مع هذه الضغوط. ولا يغفل دور الدعم الاجتماعي للفرد من قبل أسرته وأصدقائه لما لهم من تأثير كبير وكذلك العمل له قيمة هامة ترفع من مستوى ثقة الإنسان بنفسه وتدعم إحساسة بقيمة الذات (www. forum.h-shrqia.com, 2007).

#### 6.1.1.1.2 العوامل الثقافية والإجتماعية :

يتدخل المحيط الثقافي والإجتماعي في بناء شخصية الفرد وتحديد سلوكه، فهو المجال الذي يتحرك فيه ويتفاعل معه الفرد ويسلك باتجاهاته وقيمه.

وتقسم هذه العوامل إلى ثلاث فئات رئيسية وهي :

1- العوامل الحضارية الثقافية: وهي العادات والتقاليد والقيم والأعراف والتعليم والمعايير التاريخية، فهذه العوامل تؤثر بشكل غير مباشر في اضطراب الشخصية، وفي بعض الحالات الخاصة تكون هي السبب المباشر لحدوث الاضطرابات واختلال الصحة النفسية (المهدي، 2006).

فالعوامل الثقافية لها دور هام تلعبه في حدوث الاضطرابات واختلال الصحة النفسية، ونتيجة لهذا فقد نشأ فرع جديد وهام في علم النفس والطب النفسي، وهو الاتجاه عبر الثقافي (Trans Cultural Approach) أو الدراسات عبر الثقافية (Cross-Cultural Studies) التي تركز على بحث أشكال السلوك السوي والمرضي واختلافها من مجتمع لآخر، أو وجودها في بيئة ثقافية ذات طابع

معين. كما أن التعقيد الثقافي وعدم توافق الفرد مع مجتمعه وثقافته، وما يسودها من عوامل الهدم، تولد الإحباط، وتولد كذلك أشكالاً عديدة من سوء التكيف (المهدي، 2006).

بينت الدراسات علاقة كبيرة بين انتشار الإضطرابات النفسية الشائعة ومستويات التعليم المتدنية إضافة إلى ذلك تحول انخفاض المستوى التعليمي دون الوصول إلى معظم الوظائف الحرفية، ويزيد من سرعة التأثر ومن عدم الاطمئنان، ويساهم في انخفاض مستمر لرأس المال الاجتماعي (باتل وكلاينمان، 2003).

ويمكن القول أن العوامل الثقافية والتربوية تؤثر في تكوين الشخصية من خلال الوسائل والأساليب التالية:

أ - الأسلوب الذي يستخدمه الأهل في تربية الأبناء، من حيث التغذية والنظافة، والتعبير العاطفي، والإعداد للحياة، وأسلوب التعامل، سواء من حيث التسامح والطيبة، أو القسوة أو التذبذب في ذلك .

ب - القيم والمثل السائدة، مما له دور هام في تكوين الأنا الأعلى عند الفرد (زهران، 1997).

ويقول زيعور إن المجتمع الجديد ابتعد إلى حد بعيد عن جذوره، فقد خف تمسكه بالأخلاق وضعف إيمانه بالدين وبالقيم العليا وطغت الرغبة والإقتناء وقوى التنافس وظهرت النزعات العدائية والميول للعنف والقسوة، كل ذلك أضعف الثقة بالنفس، وكانوا كعوامل أخرى من عوامل الإضطراب الإنفعالي في الشخصية (زيغور، 1982).

ج - الظروف الإقتصادية والصناعية التي تؤثر كعامل اجتماعي وثقافي في الصحة النفسية للفرد ، وكذلك ظروف العمل والسكن والخدمات والتغيرات الاجتماعية . فتعتبر مشكلة الفقر من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التي تهدد أمن المجتمعات واستقرارها، كما أن جميع المجتمعات مهما كان درجة ثرائها وتطورها تعاني من هذه المشكلة وتعمل جاهدة في سبيل الحد منها ومن آثارها سواء على المستوى الأسري أو المجتمعي. فالفقر له تأثير على الأفراد والأطفال والدراسات العلمية والبحثية أثبتت بأن الفقر لا يقتصر تأثيره على الأفراد كونه فقط نقصاً في

المال أو في الطعام، لكنه أيضاً السبب الأول للأمراض النفسية والكثير من الأمراض العضوية، فهناك علاقة طردية بين الفقر والمرض النفسي. فكلما زادت نسبة الفقر، زاد المرض النفسي وأهمها الاكتئاب والقلق و الفصام والوسواس القهري والأدمان. وبناءً على المؤتمر الثاني عشر لاتحاد الأطباء النفسيين العالمي المنعقد في اليابان والمنبثق عن منظمة الصحة العالمية فلن السبب الأول للأمراض النفسية التي تعتبر أكثر المشاكل الصحية انتشاراً بالعالم في هذا القرن هو الفقر (أبو العزائم، 2003).

وباعتبار أن الإضطرابات النفسية تولد تكاليف من حيث العلاج الطويل الأمد والإنتاجية الضائعة، فمن الممكن القول إن هذه الاضطرابات تساهم مساهمة كبيرة في الفقر. وفي الوقت نفسه، فإن عدم الشعور بالإطمئنان وانخفاض المستويات التعليمية والسكن غير المناسب وسوء التغذية قد حددت جميعاً على أنها تساهم في الاضطرابات النفسية الشائعة. وتوجد أدلة علمية على أن انتشار الاكتئاب يزيد مرة ونصف أو مرتين بين المجموعات ذات الدخل المنخفضة من السكان. لذلك يمكن اعتبار أن للفقر مساهمة كبيرة في الاضطراب النفسي، والعكس صحيح. وهكذا فالإثنان مرتبطان في حلقة مفرغة، ويؤثران سلبي على عدة أبعاد من النمو الفردي والاجتماعي. وأيضاً ليس العنف والتعسف أمران مستغربان في المجتمعات الفقيرة. فهما يؤثران سلبي في العافية النفسية العامة ويمكن أن يحرضا على حدوث اضطرابات نفسية لدى الأشخاص الأكثر عرضة للتأثر (WHO, 2003 P 25)

كما أن البطالة وعدم العمل تساعد في ظهور الإضطرابات، فالأشخاص العاطلون عن العمل والذين يخفقون في العثور على عمل لديهم أعراضاً اكتئابية أكثر من الأفراد الذين يعثرون على وظائف (Bolyon, Osklry, 1987, Kessler, et al., 1995, Simon, et al., 2000). علاوة على ذلك، فاحتمال أن يكون الأشخاص الذين فقدوا وظائفهم بعد أن كانوا يعملون مصابين بالاكتئاب هو ضعف احتمال ذلك بين الذين يحتفظون بوظائفهم (Dooket, et. al, 1994).

وحول انخفاض الإنتاجية في العمل، قامت دراسة أجريت حديثاً من قبل كلية الطب في هارفرد بفحص تأثير الإضطرابات النفسية على أيام العمل (أي الغياب عن العمل) بين المجموعات المهنية الرئيسية في الولايات المتحدة (Kessler, 1995). وأشارت أن معدل أيام خسارة العمل التي يمكن

أن تعزى لاضطرابات نفسية، ستة أيام في الشهر لكل مائة عامل، وأيام انخفاض العمل 31 يوما في الشهر لكل مائة عامل. رغم أن التأثيرات على خسارة العمل لم تختلف كثيرا بين مهنة وأخرى، وإن تأثيرات انخفاض العمل كانت أكبر بين العمال الحرفيين. وتبين أن خسارة العمل وانخفاضه أكثر انتشارا بين الذين يعانون من اضطرابات مصاحبة للمرض مما هي بين الذين يعانون من اضطرابات مفردة. وتعطي الدراسة تقديرا مستقبليا على أساس سنوي بمقدار أكثر من أربعة ملايين أيام ضائعة وعشرين مليون، أيام انخفاض في العمل في الولايات المتحدة.

د - التطور الحضاري السريع وعدم توافر القدرة على مجاراة هذا التطور، والتغير السريع الذي يؤدي إلى قلة ميل الناس للراحة والاسترخاء وممارسة الهوايات، بسبب الأعباء وكثرة المسؤوليات (المهدي، 2006 ؛ الدايري، 2005).

2 - اضطراب التنشئة الاجتماعية: حيث أن التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم وتعليم، تعمل على تشكيل السلوك الاجتماعي للفرد، وإدخاله في ثقافة مجتمعه، وتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي. فإذا كانت العوامل السابقة تشكل الإطار الثقافي والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، فإن التنشئة الاجتماعية هي الأسلوب الذي يدخل الفرد في ثقافة مجتمعه، بحيث يتمشى معه وتتعرض التنشئة الاجتماعية لعدة عوامل تؤثر عليها وتخلق الكثير من الاضطرابات ، كالأضطراب داخل الأسرة والعلاقة بين أفرادها وسوء التكيف مع المجتمع وكالتنافس والصراع بين الأدوار والحالة الصحية وسوء التكيف المهني (المهدي، 2005). وعلماء التواصل يؤكدون على أن الأعراض الفصامية عبارة عن ردود فعل على اضطرابات العلاقات الأسرية فيعاني الطفل من الصراع والتنشئة بسبب المواقف المتناقضة لوالديه التي تقوده إلى صعوبات في الإدراك الحقيقي للواقع (Irene & Herrbert, 2005).

3 - الحضارة: في العصر الحاضر، عصر التقدم والتطور الصناعي، هناك ترف ونعم كثيرة، ولكن هذه النعمة لا تخلو من نقمة، لأن التطور والتقدم يجب أن يصاحبه استعداد وتهيئة، إضافة إلى أن سرعة التغير الاجتماعي تخلق ضغوطا نفسية لا يتحملها الكثيرون، ومن هنا ظهر ما يسمى بأمراض العصر فللعوامل الثقافية والحضارية لها دور هام تلعبه في حدوث الاضطرابات واختلال الصحة النفسية (المهدي، 2006 ؛ الدايري، 2005).



ويبتبأ العلماء بزيادة الاكتئاب نظراً لزيادة متوسط عمر الإنسان، ومن ثم كثرة الأمراض الجسدية، وذوبان التكافل الأسري في هجرة الشباب، وحركة الحياة السريعة، والمغريات التي تتجاوز قدرات الفرد، وقلة الوازع الديني وتسيب القيم، وانخفاض روح الجماعة، وتغلب الإيثار الذاتي، والإحساس المتواضع بالقيم الجماعية. وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على عيادات الطب النفسي، وهي، الاكتئاب الخفيف والمتوسط والجسيم وعسر المزاج والمزاج النوابي والاكتئاب المتكرر. ولوحظ أن هذه الأمراض يزيد انتشارها بين الطبقات المثقفة، وكذلك بين الطبقات العليا في المجتمع (عكاشة، الزغاري، 2003 ؛ الشرييني، 2005).

هناك إجماع بين العديد من الدارسين والباحثين على أن تكنولوجيا الإتصال الحديثة، وفي مقدمتها شبكة الإنترنت قد فتحت عصراً جديداً من عصور الإتصال والتفاعل بين البشر، وفي وفرة المعلومات والمعارف التي تقدمها لمستخدميها. ولكن على الجانب الآخر هناك أيضاً مخاوف مشروعة من الآثار السلبية الجسدية والنفسية والاجتماعية والثقافية التي قد تحدثها ، ومع تزايد الإقبال على شبكة الإنترنت وسوء استخدامها متمثلاً في قضاء وقت طويل في الإبحار فيها، ظهر ما يسمى (إدمان الإنترنت)، كظاهرة لا مجال لتجاهلها من قبل الدارسين والباحثين. ولذا فإن هناك العديد من الدراسات والمؤتمرات العلمية والدوريات المتخصصة، لبحث ودراسة الآثار النفسية والاجتماعية والجسمية لسوء استخدام شبكة الإنترنت، فإدمان الإنترنت له آثاره الجسدية والنفسية ويؤدي إلى العزلة وتغير المزاج وانقطاع العلاقات الأسرية (2008 <http://forums.graaam.com>).

وقد قامت عالمة النفس الأميركية يونغ (Young)، التي تعد من أولى أطباء النفس الذين عكفوا على دراسة ظاهرة إدمان الإنترنت في الولايات المتحدة منذ عام (1994) بدراسة موثقة شملت حوالي 500 مستخدم للإنترنت، تركزت حول سلوكهم أثناء تصفحهم شبكة الإنترنت، حيث أجاب المشاركون في الدراسة بنعم على السؤال الذي وجه لهم وهو: عندما تتوقف عن استخدام الإنترنت، هل تعاني من أعراض الإنقطاع كالاكتئاب والقلق وسوء المزاج؟ وجاء في نتائج هذه الدراسة أن المشمولين في الدراسة قضوا على الأقل 38 ساعة أسبوعياً على الإنترنت، مقارنة بحوالي خمس ساعات فقط أسبوعياً لغير المدمنين، وظهرت لديهم أعراض نفسية واجتماعية شملت الوحدة،

والإحباط، والاكتئاب، والقلق، والتأخر عن العمل، وحوادث مشكلات زوجية وفقدان للعلاقات الأسرية الإجتماعية، مثل قضاء وقت كاف مع الأسرة والأصدقاء، وأعراض جسدية تشمل التعب والخمول والأرق، والحرمان من النوم، وآلام الظهر والرقبة، والتهاب العينين. كما أن زيارة المواقع الإباحية يؤدي للإثارة الجنسية والكبت الجنسي وظهور العديد من المشاكل الإجتماعية والأسرية (<http://forums.graaam.com>)2008.

### 2.1.1.2 العوامل المباشرة، المسرعة في حدوث الاضطرابات والأمراض النفسية:

وتسمى العوامل المفجرة أو الحاسمة، وهي تلك العوامل التي تعجل في حدوث الاضطرابات النفسية، وهذه العوامل هي في الواقع ضغوط أو شدائد نفسية، وهي ذات مصادر متنوعة، تحدثها أو تخلقها أحداث وأزمات يمر بها الشخص، مثل، الخيانة الزوجية، والخسائر المالية، والهجرة، الحروب، الكوارث والموت المفاجئ لشخص عزيز، والفشل في الحب، وفقدان الوظيفة أو العمل ومصدر الرزق، وهذه الأحداث قد تكون خفيفة وبسيطة، ولكنها تعمل عملها بصورة قوية وتكون مؤثرة في الشخص المهياً أصلاً للإصابة بالأمراض النفسية (المهدي، 2006).

وذكرت عبد العزيز (2005)، أن الحروب تخلق حالة سلبية في حياة المجتمع. وتؤكد الدراسات المختلفة لأماكن كانت مسرحاً للحروب، كيف أنها خلفت أعداداً كبيرة من الناس الذين أصيبوا بالأمراض النفسية لما عانوه وشاهدوه من ويلات ومآسى فكان هؤلاء الناس أقل إنتاجية في اعمالهم وقل شعوراً بالتفاؤل نتيجة لحالة الاحباط الذي استوطن نفوسهم بفعل تلك الحروب، اضافة لما ينتج عن تلك الحروب من اذى يصيب النساء بسبب الترميل لفقدان الزوج والأطفال اليتامى وقد دلت النتائج أن أكثر الذين يتضررون هم النساء والأطفال.

أجريت مؤخراً دراسة نفسية على عينة من العراقيين الذين شهدوا أعمال عنف وفقدوا أقاربهم حيث كانت نسبة كبيرة منهم يعانون من اضطرابات نفسية حادة تشمل، حالات الإكتئاب والأرق فضلاً عن الاضطرابات التي تعقب الحوادث المفجعة. أحد الأطباء الذي عالج عدداً من الحالات حدثت أمامهم حوادث عنف بفعل التفجيرات، أخذ مسحاً شمل ألف شخص اختيروا عشوائياً من خمسة أحياء من مدينة بغداد وأشرف عليها مجموعة من الاطباء النفسانيين ليتبين أن نحو (890) من الأشخاص تعرضوا لتجربة عنيفة بم افيهم (27) طفلاً ما دون 12 سنة، والمثير للقلق بالنسبة للأطباء الذين

حللوا البيانات الإرتفاع المضطرد لحالات التعرض إلى الحوادث الأليمة التي أصبحت أكثر شيوعاً منذ الغزو الأميركي للعراق (2003).

وتؤكد الدراسة أن الذين شاهدوا الإعدامات الجماعية أو استخدموا كدروع بشرية أو رأوا جنثاً متعفنة هم الفئة الأكثر تضرراً بالعنف السياسي، وأن بالغى سن الرشد هم من أكثر المجموعات تعرضاً للاضطرابات النفسية. وتؤكد الدراسة أيضاً على أن الجنود الذين شاركوا في الحرب تأثروا بشكل بالغ في سلوكياتهم وتعاملاتهم الحياتية وبسبب ما شهدوه من ويلات الحرب، لم تعد حالات العنف التي رأوها تؤثر فيهم. وبسبب الضغوطات النفسية الناتجة عن الصدمات بسبب حالات العنف اليومي فقد تراجعت الحالات بسبب الصدمة عند التعرض لحادث مأساوي ما بين 72 إلى 75%. وكشفوا عن تزايد أمراض "السكني وفريينا" وارتفاع نسبة تعاطي العقاقير المخدرة والخمور وانتشار التدخين بشكل متزايد كأثار للمعاناة العراقية (عبد العزيز، 2005).

ومن العوامل المساعدة على ظهور الأمراض النفسية:

- 1- العوامل الحادة: كالتعرض للصدمات في الطفولة مثل الاعتداء الجنسي أو فقدان أحد الوالدين أو فقدان العمل أو المال أو اتهام سياسي أو بوليسي. كما أن حياة الحرمان والفقدان والإفصال والبطالة لها أثر في ظهور الشخصية السيكوباتية أو الشخصية المتبلدة انفعالياً.
- 2- طويلة المدى: حيث تتجمع الكروب وتتراكم، كالشخصية الطموحة ونقصان القدرة على تحقيق رغباتها، أو عدم التوافق الزوجي عاطفياً أو مزاجياً، أو عدم التكيف في العمل وقد أكد أن للضغوطات النفسية وأحداث الحياه دوراً مهماً في تفجير النوبة الاكتئابية، وبين أن أسوء الضغوطات وأكثرها ارتباطاً بالتوتر والاضطراب النفسي، هي التي تحدث للفرد المنعزل والذي يفتقد للدعم النفسي والمسانده الإجتماعيه والمؤازرة، ولكن من المؤكد أن تآثر الخبرات والضغوطات تعتمد على مدى تقدير الفرد لها وإدراكه لخطورتها الرمزيه له، وعلى مدى ما يتسلح به الفرد من مهارات إجتماعية ومن ثم نفس الحدث الواحد لا يثير الاضطراب عند فردين مختلفين أو حتى عن الفرد الواحد في الظروف المختلفة بنفس الدرجة (عكاشة، 2003).

3 - عوامل ذاتية: كالنزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل، أو ما يعتبره إهانة لذاته أو لكرامته. كما وتوجد بعض الحاجات التي لا بد من إرضاء الفرد فيها حتى لا تضعف مقاومته وتصيبه بالأمراض النفسية ومنها جسمية، انفعالية، روحية، فكرية مثل :

- الحاجة للإنتماء والشعور بالحب والفردية والكيان والقيام بعمل مفيد والشعور بالدور المجتمعي والقدرة على التعبير والإشراك بالأعمال الجماعية السياسية أو الدينية أو الفكرية ( زهران، 1997 ؛ عكاشة، 2003 ).

لقد ذكر ماسلو مجموعة من الأعراض صنفها في ثلاثة زمالات (رزم) تعد أساساً للشعور بعدم الطمأنينة النفسية وهي: شعور الفرد بالرفض وبأنه غير محبوب وأن الآخرين يعاملونه بقسوة واحتقار وشعوره بأن العالم يمثل تهديداً وخوفاً وقلقاً وشعوره بالوحدة والعزلة والنبذ. إن تصنيف ماسلو هذا يقوم على اعتبار الشخص غير الآمن هو من يعاني من مشاعر العزلة والوحدة والنبذ الاجتماعي وبالتالي يدرك العالم كمصدر تهديد وخطر، وهذه الأعراض عندما تستقل نسبياً عن مصادرها الأصلية تصبح سمة ثابتة إلى حد كبير ويصبح الفرد في المراحل العمرية اللاحقة غير مطمئن حتى لو توفرت له سبل الحياة والأمان طالما أنه لم يخبر في طفولته الطمأنينة النفسية الملائمة (الدليم وآخرون، 1993).

4 جسمية: كالأمراض الشديدة مثل الحميات والسوم وارتجاج في المخ، حيث تنقص هذه الأمور من قدرة الفرد على التأقلم والتكيف وقد وضحت الباحثة هذا سابقاً (عكاشة، 2003)

### 3.1.1.2 تفاعل العوامل وتضافرها في حدوث الاضطرابات النفسية :

يقول كل من ( Matarazzo& Carmody& Gentry, 1983) وكذلك (عبد الله، 2001) في الواقع أنه لا بد لنا من تبني الاتجاه المتعدد العوامل (Multiple Factors) لفهم الاضطرابات النفسية، ويدخل في ذلك النظر إلى العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تكون الشخصية، ومن هنا يسمى هذا بالاتجاه البيوسيكوسوشيال ( Biopsychosocial Approach )، أي الاتجاه (البيولوجي - النفسي - الاجتماعي)، والنظر في ذلك وفقاً للعمر ومراحل النمو ، فكل هذه العوامل السابقة الذكر تلعب دوراً هاماً في شخصية الفرد وفي الإضطراب، و تكون السلوك المرضي ومتلازمة

الأعراض، محصلة لتفاعل تلك العوامل، مع التأكيد على التأثير النسبي لكل منها، فقد يكون بعضها قويا في اضطراب ما وضعيفا في آخر (Akamatsu,et al ,1992).

وعليه يمكن القول أن أسباب المرض النفسي عديدة ومعقدة فبعضها داخلية جسمية ونفسية وخارجية مادية وإجتماعية وهناك أسباب مهيئة لظهور المرض النفسي فهي أسباب غير مباشرة تمهد لحدوث المرض وتجعل الفرد عرضه لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد يعجل بظهور المرض، كالعيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة في الطفولة والوضع الإجتماعي، وهناك الأسباب المساعدة وهي الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة التي تعجل بظهوره ، كالأزمات الإقتصادية، الصدمات الإنفعالية، المراحل الحرجة في حياة الفرد مثل سن البلوغ أو عند الزواج والإنجاب أو الإنتقال من بيئة لأخرى أو من نمط حياة لنمط آخر . ويمكن تلخيصها بأنها نتيجة تفاعل معقد بين الاستعداد الوراثي والضغوط النفسية والبيئية، مع حدوث بعض التغيرات في الهرمونات في الجسم والسيالات العصبية في الدماغ من ناحية الكم والكيف. وقد يكون لوجود بعض التشوهات الخلقية في المخ أو تلك التي تحدث أثناء عملية الولادة دور في ذلك إلا أن للعامل الوراثي دور ملحوظ في أكثر الأمراض العصبية والوجدانية والعقلية. كما أن الجوانب النفسية والإجتماعية تختلف في تأثيرها على المرض علماً أن هذا التأثير يختلف أيضاً من مرض لآخر ومن فرد لآخر وكذلك من وقت لآخر للفرد نفسه وللمرض نفسه. ومن ناحية أخرى يمكن لظروف نفسية واجتماعية معينة أن تؤثر على صحة فرد ما، بينما لا تؤثر على آخرين كما أن تأثير تلك الظروف في وقت معين لا يعني بالضرورة تأثيرها على نفس الفرد في وقت آخر.

مما سبق نلاحظ أن الأمراض النفسية لا يمكن أن تظهر إلا باجتماع عدة أسباب فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهناً لسبب واحد فعوامل الإضطرابات النفسية، عوامل مهيئة، وهي استعدادات ذاتية معينة في الشخصية ، وعوامل معجلة وهي عوامل تسبق ظهور المرض النفسي ولها القدرة على إثارة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. وهناك الاستعداد الوراثي المهيئاً إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للدماغ والعوامل العصبية والأمراض مثل التهاب وجروح وأورام المخ، والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين والصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية

الشديدة، وانهييار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والصدمات النفسية المبكرة والمشاكل الإنفعالية في الطفولة والإضطرابات الإجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة ، فالاضطرابات في الشخصية ناشئة عن صراع الإنسان مع الواقع المحيط وعن الصراعات التي تحطم الروابط الاجتماعية وتعزله.

فللأمراض النفسية ليست وحيدة السبب بل هي نتاج تفاعل مجموعة من العوامل وهناك أنواع تحدث دون سبب واضح، ويحدث فيها تغير واضح في نسبة المواد الكيميائية الموجودة في الدماغ.

### 2.1.2 نسبة انتشار الاضطرابات النفسية:

ورد في تقرير لمنظمة الصحة العالمية، بأن المرء يذهل لدى معرفة مدى انتشار المعاناة والعبء من حيث العجز والتكاليف التي يتحملها الأفراد والأسر والمجتمعات نتيجة المرض النفسي، حيث بلغ عدد المصابين بالاضطرابات النفسية (450) مليون نسمة، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن واحداً من بين أربعة مرضى ممن يراجعون عيادة الطبيب العام يعاني من اضطراب نفسي ويحتاج إلى علاج نفسي (WHO, 2003).

ذكر عكاشة (2003) بأن الدراسات تشير أن نسبة الذهان بين المجموع العام للسكان في العالم حوالي (5-10) وأن نسبة العصاب بين مجموع أي شعب تتراوح بين (10-25%) وأن حوالي (4-7%) من مرضى العصاب ينتهون بمرض ذهاني، وبأنه يصعب تحديد نسبة انتشار المرض لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولا تتردد على الأطباء كما أن كثيراً من هؤلاء يبدأون مرضهم بأعراض جسدية وفسولوجية، مما يجعل الوضع صعب لتحديد مدى شيوع المرض.

وعن مدى حدوث الفصام وانتشاره يظهر الفصام كاضطراب عقلي لدى الصغار تدريجياً حتى يتضح في المراهقة والرشد، ويظهر في 50% من الحالات بين سن 15-30، وفي 75% من الحالات قبل سن الثلاثين، وهو يصيب الرجال والنساء بالتساوي . وبعض الدراسات الإحصائية تشير إلى أنه يظهر بشكل أكثر تكبيراً لدى الذكور في عمر الرابعة والعشرين، أما لدى الإناث حوالي الثامنة والعشرين. هذا بشكل عام بغض النظر عن أشكاله الفرعية . فقد تبين أن أحد أشكاله

وهو الفصام الزوري (الهذائي) أكثر حدوثا لدى الذكور . والفصام من أكثر الاضطرابات الذهانية انتشارا يحدث لدى ما يقرب 1% من مجموع السكان ، ويبلغون نسبة 33% من الذين يدخلون المستشفيات العقلية لأول مرة ونسبة 50% منهم يعانون حالات فصام مزمن وتشير بعض الإحصاءات في روسيا إلى أن الفصاميين يمثلون 20% من المرضى الذين يتلقون علاجاً خارجياً مديداً، وثلاث الذين يدخلون المستشفى بسبب اضطرابات نفسية حادة، وثلاثي النزلاء من الحالات المزمنة، أما بعض الإحصاءات الفرنسية عام 1980 فتشير إلى أن 26 ألف مريض فصامي يقيمون في المستشفيات ويمثلون 25% من المرضى الفصاميين الذين يتلقون المعالجة ، كما أن هذا المرض عبء باهظ على الفرد والمجتمع ( [www.omferas.com](http://www.omferas.com), 2008 ) .

وأثبتت دراسة لمنظمة الصحة العالمية أن معدل انتشار الفصام يختلف اختلافاً قليلاً في العديد من البلدان حول العالم. وباستعمال تعريف دقيق لمرض الفصام فقد وجد أن معدل انتشاره لا يختلف اختلافاً ملموساً بين البلاد يتراوح بين (7-14 / 100000) في المناطق التي تمت دراستها. وعند استعمال تعريفاً أقل دقة فإن معدلات الانتشار تكون أكبر بكثير وعندما تضاف الحالات الذهانية المشابهة للفصام فإن معدلات الانتشار تزداد وتظهر تبايناً ذو دلالة إحصائية بين مختلف البلاد (Jablensky et al., 1992).

ويعد مشروع البحث العالمي المسمى "المشكلات النفسية في الإمداد الطبي الأساسي" الممول من قبل منظمة الصحة العالمية من أكبر الدراسات من نوعه. فقد أجري في 14 بلداً من جميع أنحاء العالم باشتراك (26000) مشترك. وظهر أن نسبة (25%) من المشاركين يعانون من اضطراب نفسي، وهناك (9%) وفق نتائج منظمة الصحة العالمية واقعون على حدود الاضطراب النفسي، و(31%) منهم يعانون من أعراض متفرقة من أعراض الاضطرابات النفسية. وهذا ما يشكل في مجموعه (65%) من مراجعي الأطباء العاميين، كما أن الأمراض النفسية والعقلية بدءاً من القلق والاكتئاب الحاد شائعة بشكل كبير، إلا أنه لا يتم علاجها بشكل كاف في عدد من الدول المتطورة والنامية على حد سواء، وأن أعلى نسبة مسجلة في الولايات المتحدة (WHO, 2001) .

توضح بعض التقارير العالمية أن (40%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من أمراض نفسية، والتي تتميز بشكاوى عضوية، وفي دراسة بريطانية لأحد الأطباء وجد أن 21% من مرضاه يعانون من العصاب وكذلك 10% يعانون من أمراض سيكوسوماتية (عكاشة، 2003).

وقد قام أحد الأطباء في بريطانيا بدراسة شاملة لمرضاه، ووجد أن 21% منهم يعانون من العصاب، و10% يعانون من أمراض سيكوسوماتية، وتعتبر هذه النسبة قليلة، حيث أن الوعي الطبي هناك يتيح لهؤلاء المرضى أن يلجأوا للعلاج المتخصص. كما بينت دراسة دقيقة أجريت في بريطانيا أيضاً، على عدد كبير من العمال والكتبة بالمصانع، أن (30.6%) منهم تبدو عليهم أعراض عصابية ملحوظة (عكاشة، 2003).

وفي إحدى الإحصائيات التي قام بها عكاشة وزملائه الأساتذة في كلية الطب بالقاهرة وجد أن نسبة المرضى العصبيين المترددين على عياداتهم كالاتي:

حوالي (40-60%) بين أطباء القلب، (30-40%) بين أطباء الصدر، (50-60%) بين أطباء الجهاز الهضمي، (30-40%) بين الممارس العام، (60-65%) بين أطباء الجلد، (40-60%) بين أطباء الأمراض التناسلية، (20-30%) بين أطباء النساء والولادة، (10-15%) بين أطباء الجراحة، (70%) بين أطباء الأعصاب، وذلك (لعدم وعي الفرد بالفرق بين طب الجهاز العصبي والنفسي والعقلي) (عكاشة، 2003).

أشار عكاشة أن بعض الدراسات بينت أن الأمراض النفسية تزيد نسبتها بين أفراد الطبقات العليا في المجتمع، والأمراض العقلية تكثر بين الطبقات السفلى. ولاحظ عكاشة من خلال بحث وبائي أجراه مع عبد الحميد (1989) أن نسبة الأعراض الاكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية، حوالي 36% مقارنة مع مجموع الحضر حوالي 32%، أما الإضطرابات الوجدانية فتراوحت بين 4-7% من هذه العينة. وخرجوا بنتائج أن نسبة انتشار المرض النفسي متساوية تقريباً في كل المجتمعات سواء المتحضرة أو النامية وأن الأعراض الاكتئابية تزيد في الريف عن الحضر في مصر بنسبة قليلة (عكاشة، 2003).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية وجود أكثر من 140 مليون مكتئب في العالم . ويصيب الاكتئاب حوالي 16% من الناس على الأقل مرة واحدة في حياتهم . وان 10% من رواد عيادات الطب العام هم في الواقع مكتئبون ، ونسبة حدوث الاكتئاب في النساء هي ضعف الرجال ويحدث بشكل رئيسي في أواخر العشرينات من العمر (WHO. 2001).



ويرى (برادلى و بول) أن الاكتئاب يُعد إحدى الحالات النفسية الأكثر شيوعاً، وتفترض بعض الدراسات معدلات تتراوح بين (2.2 إلى 3.5 %) لاضطراب الاكتئاب الرئيسي بوصفه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية ويُعتبر الاكتئاب الذى لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل أكثر شيوعاً، ويُقدر أن ما بين ( % و 20%) من مجموع السكان يعانون فى وقت أو آخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب، وقد قدرت الدراسات السابقة أن النساء اللاتى يعانين من أعراض إكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف الرجال (فرج، 2000 . ص127).

ورد فى إحدى منشورات منظمة الصحة العالمية حول تأثير العزل النفسية على العمل، شهد عبء الاكتئاب ارتفاعاً ويؤثر على حياة الأفراد فى العمل وحياتهم الاجتماعية معاً. وفى الولايات المتحدة يقدر أن ما بين ( 1.8 و 3.6) من العمال يعانون من إكتئاب رئيسي، وأن العجز الذى يتعرض له الموظفون الذين يعانون من الاكتئاب يبلغ فى معدله حوالي ضعفي المعدل لدى الأشخاص غير المصابين به (غولدبرغ وستوري، 2001) وفى عام ( 2000) تلقى ( 7.8) مليون كندي علاجاً للاكتئاب، مما يمثل زيادة بنسبة (36%) بالمقارنة مع العام السابق (Goldberg, Steury, 2001).

وذكر أيضاً فى نفس النشرة السابقة لمنظمة الصحة العالمية أنه فى شركة خدمات مالية كبيرة فى الولايات المتحدة، أدى الاكتئاب إلى معدل 44 يوماً من الغياب بسبب العجز القصير الأمد بالمقارنة مع 42 يوماً بسبب مرض القلب، و 39 يوماً بسبب آلام أسفل الظهر، و 21 يوماً بسبب الربو (كونتي وبرتون، 1994). وتوحي الدراسات بأن متوسط تكاليف السنوية للموظفين المعانين من الاكتئاب ، بما فيها التكاليف الطبية والدوائية وتكاليف العجز، قد تكون أعلى بمقدار ( 4.2) أضعاف التكاليف التى يتسبب بها المستفيدون العاديون (برنباوم وزملاؤه، 1999). ولكن تبين أن تكلفه تحقيق التخلص الكامل من الاكتئاب أو تخفيف حدته انخفضت بين عامي ( 1991 و 1996). وإذا كان عبء الاكتئاب فى ارتفاع، فإن تكاليف معالجته تتناقص، وتتحسن جودة رعايته مع مرور الزمن. لذلك من الممكن تخصيص استثمارات للوقاية من الاكتئاب الرئيسي ومعالجته، بل ويجب تخصيصها فى الدول المتقدمة والنامية (WHO, 2003).

أما بالنسبة لمرض القلق فهو من أكثر الأمراض شيوعاً فى العالم حيث تبلغ نسبته بين مجموع الشعب الى ( 1-3%). وتبين المسوح فى الولايات المتحدة إلى أن نسبة انتشار اضطرابات القلق

تبلغ (8-14%) من مجموع الشعب (عكاشة، 2003). وتدل بعض الدراسات في العالم العربي أن اضطراب القلق واسع الانتشار في مجتمعاتنا العربية، وتصل نسبة المصابين به من مرضى العيادات النفسية إلى حوالي 13% من عموم المرضى (فتنية، 1987؛ المالح، 1993).

أما (أبو العزيم، 2006) فيشير إلى مرض القلق بأنه من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً، فهو يصيب حوالي واحد من كل تسعة من الأفراد.

هناك دراسة تمت بين اعوام (2001 و2003) في عدد من الدول مثل بلجيكا والصين وكولومبيا والمانيا وايطاليا واليابان ولبنان والمكسيك وهولندا وفرنسا ونيجيريا واسبانيا وأوكرانيا والولايات المتحدة، تؤكد أن أكثر الأمراض النفسية انتشاراً في كل الدول ما عدا أوكرانيا هي نوبات القلق التي تشمل التعرض للصدمات النفسية وتؤكد الدراسة أن النسبة الأعلى هي في الولايات المتحدة، ولا يعرف ما إذا كان هذا صحيحاً أو أن الناس في الولايات المتحدة أكثر استعداداً للاعتراف بما يعانون. أما في اليابان والصين فقد انخفضت الأمراض النفسية بشكل كبير لأن نسبة استهلاك الأدوية المضادة للقلق هي الأعلى في اليابان. وظهر أن الصين بها أعلى نسبة للإنتحار في العالم. أما في اسبانيا وفرنسا فقد تمت معالجة (60%) ممن أصيبوا بأمراض نفسية خطيرة، بينما لم يعالج سوى (50%) من الفئة نفسها في بلجيكا والولايات المتحدة وهولندا وألمانيا. إلا أنه في دول مثل لبنان وكولومبيا والمكسيك وأوكرانيا لم يعالج من المصابين بالأمراض النفسية الخطيرة سوى (20%) (عبد العزيز، 2005).

وعن القلق النفسي الناتج عن الأمراض العضوية والأدوية، يؤكد شاووش، بأنه يجب أن تتوفر الأعراض المشخصة للقلق النفسي العام أو حالة الفزع أو الوسواس القهري مثلاً. لقد وجد من خلال الدراسات أن حوالي (83%) من أمراض القلب و (25%) من حالات الرعاش وحالات أمراض الرئة تكون مصحوبة بحالات الفزع، وكذلك حالات الآلام المزمنة وتليف الكبد والصداع تصاحبها أيضاً حالات الفزع بنسب متفاوتة، أما القلق النفسي العام فيكون عادة مصاحباً لأمراض الغدة الدرقية كذلك فإن أمراض الجهاز الهضمي قد تكون مصحوبة بالوسواس القهري أو الخوف الاجتماعي وحالات القلق النفسي المستمر يمكن أن تكون معيقه للشخص وتؤثر على مجريات حياته الاجتماعية والعملية والنفسية (الشاووش، 2007).

يعتبر قلق الخوف (الخوف الاجتماعي المرضي أو القلق الاجتماعي المرضي) اضطراباً نفسياً واسع الانتشار (Ballenger, 2000 . Faravlli C,et al, 2000). وتصل نسبة انتشاره إلى (7-14) بالمئة في المجتمعات الغربية وغيرها (Lecrubier, Y,et al, 2000). وجاء في الدليل الإحصائي المعدل (DSM-IV-TR) بأن الخوف الاجتماعي من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً ، حيث تصل نسبته بين عامة الناس ما بين (3%) إلى (13%)، وما بين (10%-20%) من الأفراد الذين يشخصون على أن لديهم اضطرابات قل ق كما ورد في (DSM-IV-TR). وهو اضطراب مزمن ومعتل ولكنه قابل للعلاج (Davidson . JR, 2000). ويظهر عند الإناث والذكور بنسبة (2-1) (Lecrubier Y,et al, 2000) ويظهر عادة في سن لطفولة والمراهقة، وهو يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى ومع الاكتئاب ، كما يمكن أن ينشأ من سوء استعمال للكحول والمواد الإدمانية في بعض الأشخاص الذين يح اولون معالجة أعراض خوفهم بالكحول أو المواد الإدمانية (Regier DA, 1998). وتظهر نتائج دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية أن قلق الخوف، من الاضطرابات المنتشرة في كل بلدان العالم. وترتبط هذه الاضطرابات مع الإرهاق والمشقة عبر كل الطبقات والفئات الاجتماعية (WHO, 2003) .

وتدل بعض الدراسات في العالم العربي بأن هذا الاضطراب واسع الانتشار في مجتمعاتنا العربية. وتصل نسبة المصابين به من مرضى العيادات النفسية إلى حوالي (13%) من عموم المرضى (المالح، 1993). ويشير الزراد (2007) أن هذا الاضطراب يمثل (20%) من مرضى العصاب، في حين أشارت جريدة Expressen اليومية السويدية أن نسبته انتشاره بين الشعب السويدي يتراوح بين (13-15%)، أما في الوطن العربي فليس هناك دراسات مسحية شاملة تبين نسبته ويبدو الرهاب الاجتماعي في الرجال - وبالذات المتعلمين منهم والشباب - بشكل أوضح منه في النساء.

بالنسبة لمرض الوسواس القهري، فإن هذا المرض من أكثر الأمراض النفسية ألماً ومعاناة، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع الشعب يتجاوز (2.5%)، ووجد من خلال بحث قام به الدكتور أحمد عكاشة في القاهرة، أن نسبة المترددين على عيادات الطب النفسي في جامعة عين شمس حوالي (6.2%) وهو يمثل حوالي (4%) من مجموع الاضطرابات العصابية. ويختلف الأطباء في طبيعة هذا المرض فبعضهم رأى إدراجه مع الذهان وبعضهم يقول بأنه عملية دفاعية ضد الذهان (عكاشة، 2004).

أما بالنسبة لمرض البارانويا، يمثل هذا المرض حوالي ( 2% ) فقط من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية، ولكن نسبة انتشار الهذاء في المجتمع لا شك أكبر من هذا الرقم، وخاصة إذا علمنا أن ذكاء المريض (الذي لا يتأثر بالمرض) يمكنه من تجنب دخول المستشفى، وحتى في حالة دخوله المستشفى فإنه يظهر لديه ما يسمى "الاستبصار بمطالب المستشفى" حيث يتظاهر أن هذائه وأوهامه لم تعد موجودة ويكثر ظهور البارانويا في منتصف العمر، وخاصة في الأربعينات أكثر مما يشاهد في مرحلة الشباب. ويشاهد البارانويا لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، وتقول بعض الدراسات إن نسبة الحدوث في الجنسين تكاد تتساوى. وقد لوحظ في بعض الدراسات أن البارانويا أكثر انتشاراً بين المطلقين، وأكثر وضوحاً لدى المهاجرين (زهرا، 1998).

- الإضطراب النفسي وانتشاره لدى الإناث :

تعددت الدراسات والبحوث النفسية عن الفروق بين الذكور والإناث في الإكتئاب النفسي، وقد تعارضت هذه الدراسات في نتائجها فبينت المدراس التي قام بها جالفر (Gallagher,1983)، بأن النساء أكثر اكتئاباً من الرجال، وانتهت الدراسة التي قام بها سارا كنج (King,1983) إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب، وأيضاً انتهت الدراسات التالية، ( Naglberg,1983 ) (Dambrot.Devault,1983) (Byrson and Pilon ,1984) إلى نفس النتيجة، وقامت نايت (Knit,1984) بايجاد المعايير النوعية للعمر والنوع على عينة مكونة من (19951) مفحوصاً على مقياس بيك للاكتئاب وبينت النتائج أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور وانتهت إلى نفس النتيجة للدراسة، التي قام بها هيمولفارب (Himmelfarb,1984) للكشف عن الفروق العمرية والجنسية في الصحة العقلية على عينة من كبار السن مكونة من (2051) من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين (55) سنة فأكثر وبتطبيق المقاييس النفسية التالية: القلق، الاكتئاب، التوافق، انتهت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب لصالح الإناث.

وقامت كلوديا سوا لستمان (Sowa ،1984) بدراسة الفروق بين الجنسين في تقدير الأحداث التي تسبب الضغوطات والمعاناة، والاكتئاب ولتحقيق هذا، تم تطبيق الادوات النفسية التالية استخبار ضغوط الحياة، (Life Stress Questionnaire)، (Automatic Thought –Questionnaire)

التفكير الذاتي. على عينة مكونة من (140) طالبا وطالبة وانتهت النتائج بأن الإناث أكثر اكتئابا من الذكور (المهدي، 2005).

وقد وجد في إحصائيات الأمم المتحدة في ما يتعلق بصحة المرأة مايلي:

النساء أكثر عرضة للأمراض النفسية وهذا قد يؤدي إلى الأمراض الجسمية فاضطرابات الاكتئاب النفسي تؤدي إلى (41,9%) من نسبة العجز النفسي العصبي لدى النساء في مقابل 29,3% لدى الرجال، يقدر (80%) من 50 مليون شخص تأثر بسبب العنف والحروب والكوارث والنزوح هم من النساء والأطفال . تقدر معدلات الاعتداء على النساء بين (16-50%). على الأقل واحد من كل خمس نساء تعرضن للاغتصاب أو محاولة الاغتصاب ( رضوان ، 2007 ).

وتوصل فينستون (Feinston 1984) من خلال استعراضه للدراسات والبحوث، بأن النساء أكثر اكتئاباً من الرجال وقد برهن على هذا من خلال دراسته على عينة مكونة من ( 476 ) من الرجال والنساء وكبار السن، وبتطبيق مجموعة من المقاييس النفسية لقياس المعاناة النفسية التالية، قائمة الاعراض من اعداد (جونز هوبكنز) في الشعور بالمعاناه النفسية أو الاكتئاب.

ذكر الشريبي (2005) أن المرأة أكثر إصابة بالاكتئاب من الرجال بنسبة تصل إلى ثلاثة أضعاف، وقد قدرت الدراسات السابقة أن النساء اللاتي يعانين من أعراض إكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف الرجال ( فرج ، 2000 )، ويذكر عكاشة أن الاضطرابات العصائية بين النساء أكثر من انتشارها بين الرجال.

ويفيد العلماء في دراسة نشرتها مجلة الجمعية الطبية الأمريكية ، لبحث العلاقة بين الهموم الزوجية والأمراض القلبية عند النساء ، أن النساء اللواتي يعانين من الهموم الزوجية هن عرضة لأن تتكرر عندهن الصدمة القلبية أكثر من الرجال . وأشار الباحثون إلى أن هناك احتمال أن تتكرر الإصابة عند النساء اللواتي عانين من صدمة قلبية سابقة وكن يعشن مع شركاء حياتهن ضمن مستويات عالية من التوتر المنزلي، أكثر من النساء اللواتي لا هم لهن بثلاث مرات (www.dralhuthail.com, 2007).

وللكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في الرهاب قام مافيسا كلاين ( Klein ، 1985 ) بدراسه مقارنة بين ( 15 ) ذكرا متوسط اعمارهم ( 38 - 52 ) و ( 15 ) أنثى متوسط أعمارهم ( 36 ) سنه

يعانون من الرهاب. وقام الباحث باستخدام بعض المقاييس الشخصية والإكلينيكية لدراسة أنماطهم المختلفة بعد الإستجابة لبرنامج من العلاج السلوكي وقد تم تطبيق الأدوات النفسية عليهم قبل وبعد برنامج من العلاج السلوكي. (مقياس ايزيك للشخصية، مقياس روتر للضبط الداخلي والخارجي، ومقياس التوكيديه) وقد استغرق برنامج العلاج لمدة شهر واحد، وانتهت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في العصائية والإنساطية والتوكيديه والاكنتاب.

وقام موكيس ( Moxnes ,1986) بدراسة الآلام النفسية والصعوبات التي تواجه كلاً من النساء والرجال عند مواجهة الطلاق، وتكونت عينة من ( 50) رجلاً مطلقاً، و ( 44) امرأة مطلقاً وقد تم إجراء مقابلات شخصية لهذه العينة للتعرف على استجابات الاكنتاب والحزن والغضب والأدوية المستخدمة سواء كانت منبهات أو مسكنات وتاريخ المرض، وتكرر الغياب عن العمل. بينت النتائج بأن النساء اكثر أكتئاباً وحزناً وغضباً أثناء اجراءات الطلاق من الرجال (موسى، 1992).

في دراسة أخرى قام بها كل من Brown and Gary (2003) لدراسة البطالة والتوتر النفسي بين النساء الأمريكيات السود. وقد تبين من المسح السيكولوجي على عينة مكونة من (245) امرأة أمريكية سوداء أن النساء العاملات بغض النظر عن العمر، المكانة الاقتصادية، مستوى التعليم، والحالة الزوجية، ووجود أطفال، أقل إصابة بالإضطرابات السيكولوجية (عكاشة، 2003).

وقد وجد في إحصائيات الأمم المتحدة في ما يتعلق بصحة المرأة مايلي:

النساء أكثر عرضة للأمراض النفسية وهذا قد يؤدي إلى الأمراض الجسمية فاضطرابات الاكنتاب النفسي تؤدي إلى 41,9% من نسبة العجز النفسي العصبي لدى النساء، في مقابل 29,3% لدى الرجال . ويقدر 80% من 50 مليون شخص تأثر بسبب العنف والحروب والكوارث والنزوح هم من النساء والأطفال . وتقدر معدلات الاعتداء على النساء بين 16-50% على الأقل واحد من كل خمس نساء تعرضن للاغتصاب أو محاولة الاغتصاب (الصحة العقلية والجسمية وارتباطها بالعمل والأسرة <http://forum.h-shrqia.com/thread6451.html>).

ويؤكد المدني (رئيس قسم الامراض النفسية بجامعة الأزهر) أن 65 في المئة من المترددين على

عيادته نساء، و أرجع سبب ذلك إلى التغيرات البيولوجية التي تمر بها المرأة في كل مرحلة من حياتها، بالإضافة للوضع الاجتماعي الذي فرض عليها ضغوطا مستمرة ، تجعلها أكثر تعرضا للأمراض النفسية والعصبية. فلإصابتها بالاكتئاب ضعف الرجل وخاصة المتزوجات في المرحلة العمرية التي تتراوح من 25 و 45 عام. وأن 45 في المئة من السيدات يعانين من اضطرابات الدورة الشهرية، إلا أن 2 إلى 10 في المئة منهن يحتجن للمساعدة الطبية، حيث ترتاب المرأة في تلك الفترة أعراض عادية أهمها الاكتئاب والقلق والتوتر، وفقدان الطاقة وقلة التركيز واضطرابات النوم (قاسم، 2006).

وأوضح أن هناك بعض الأعراض المرضية التي تصيب المرأة وتسبب خلافا نفسيا نتيجة للأسباب البيولوجية وزيادة معدل هرمون الاستروجين ونقص الفيتامينات أو عوامل نفسية كرفض المرأة لدورها الأنثوي، أو أن تكون من النساء العصبيات أو سبق لها أن أصيبت باضطرابات نفسية أو نتيجة لعوامل اجتماعية كتعرضها لمفاهيم ومعتقدات ثقافية خاطئة (قاسم، 2006).

عبدالغني استاذ الطب النفسي والاعصاب بجامعة الأزهر ( 2005 ) ذكر أن المرأة تصاب باضطرابات الهلع وهي من أنواع القلق النفسي، وتظهر على هيئة نوبات حادة من القلق والمخاوف، تصاحبها أعراض جسمانية في صورة زيادة ضربات القلب ورعشة في اليدين وعرق غزير وشعور بإغماء وفقدان السيطرة على الجسم، وتشعر المريضة بدنو أجلها وتسيطر عليها هذه الفكرة. وقد تنحصر أعراض اضطرابات الهلع في الرهبة من مكان بعينه، فتخشى الذهاب إليه بمفردها أو بصحبة آخرين. وأوضح أن نسبة إصابة المرأة باضطرابات الهلع أكبر، فالجسد لديها يحل محل النفس في التعبير عن المعاناة النفسية التي تشعر بها، كما أن خوفها من عدم وجود من ينصت إليها تجعلها تكتم مشاعرها وتشعر بإحباط ويأس . وبمرور الوقت، تتحول تلك المشاعر لأعراض جسمانية تتجسد في صورة نوبات هلع . ويزداد الأمر حدوثا في المجتمعات الشرقية لأن عدم قدرة المرأة على التعبير عن ذاتها يجعلها أكثر عرضة للإصابة . ومن أكثر اضطرابات الهلع شيوعا لدى المرأة ما يحدث في بداية الزواج، من انقباض لا إرادي في عضلات المهبل نتيجة للخوف الشديد، فتدخل المرأة في نوبة من الهلع وترتبط اضطرابات الهلع لدى المرأة بمرحلتين: من العمر أحدهما من 8 إلى 25 عاما والأخرى من 45 حتى 55 عاما. وفي الفئة العمرية الأولى تبدأ الفتاة تشكيل هويتها، وتمر بمرحلة المراهقة فتبدو غير مستقرة في مشاعرها، أما في الفئة العمرية الثانية

فان اضطرابات الهلع تنتج عن التغيرات الهرمونية المصاحبة لانقطاع الدورة الشهرية لدى المرأة (الطفي، 2007).

وتلخص الباحثة نسبة انتشار المرض النفسي بما ورد عن دراسات "معهد ماكس بلانك للطب النفسي" في ألمانيا أن أكثر من ثلث السكان ككل يعانون مرة على الأقل في حياتهم من أشكال مختلفة من الاضطرابات أو المشكلات النفسية (Kass, Oldham & Pardes, 1992 P. 8). كما وتشير دراسات منظمة الصحة العالمية إلى أن واحداً من كل أربعة من المرضى الذين يراجعون عيادات الطب العام يعاني من اضطراب نفسي ويحتاج من ثم إلى علاج نفسي. ففي دراسة شاركت فيها أربع عشرة دولة واشتملت على حوالي ( 36.000 ) مشارك وجد أن ( 25% ) من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية و ( 9% ) يقعون على الحدود بين النفسي والجسدي و ( 31% ) لوحظ لديهم أعراض متفرقة تشير إلى اضطرابات نفسية ممكنة. وهذا بمجموعه يشكل ما نسبته حوالي (65%) من مراجعي العيادات العامة (Kornbichler, 1998 Pp.9-10).

أما انتشار الاضطرابات المختلفة فيقع بين ( 1.5 و 3.5% ) بالنسبة لاضطرابات القلق، وبين ( 10 و 11.3% ) للرهابات النوعية، وبين ( 3 و 13% ) للرهابات الاجتماعية و ( 2.5% ) لاضطرابات الوسواس القهري، و 5% لاضطرابات القلق المعمم، وبين ( 0.2 و 2% ) للاضطرابات ذات الشكل الجسدي، وتوهم المرض بين ( 4 و 9% )، واضطرابات الأرق بين ( 30-40% ) من السكان ككل (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996 Pp. 460 ff.). وهذه المعدلات محسوبة وفق نسب الانتشار مدى الحياة. أما نسب انتشار الاضطرابات الاكتئابية فتتراوح بين ( 2.7-6.5% ) خلال ستة أشهر (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1994 P. 183). وتزداد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند النساء أكثر منها عند الرجال بشكل عام (Desilvia et al, 1977; Rapee, et al, 1986; Stuart, et. al, 1984). كما يحتل تحديد الأعراض في المجال العيادي مركزاً مهماً، ذلك أن المرضى بأشكال مختلفة من الاضطرابات ذات الشكل العصابي يعانون إلى جانب أعراض أخرى من كثرة الأعراض الجسدية الوظيفية والشكاوى النفسية والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي (Klussmann, 1992 Pp.1-4; Kasielke & Haensgen, 1987 P.6).



### 3.1.2 نظريات تفسير نشوء المرض النفسي.

هناك العديد من النظريات في تفسير الأمراض النفسية وستذكر الباحثة منها :

#### 1.3.1.2 النظريات والدراسات النفسية التحليلية:

هذه النظريات تتطرق من المبادئ الأساسية لنظرية فرويد من حيث اعتبار العوامل النفسية الدينامية (الداخلية) الأساس في حدوث المرض النفسي. إن الإطار الفلسفي الذي انطلق منه فرويد في نظريته في التحليل النفسي كان من أسس بيولوجية (الزيود، 1998). وقد اعتبر فرويد أن الحياة النفسية لها ثلاثة مستويات وهي: الشعور وما قبل الشعور واللاشعور. ويرى فرويد أن جانباً من حياة الفرد يقع خارج نطاق وعيه، وهو ما أطلق عليه اللاشعور، والذي يؤثر من وجهة نظره على الخبرة والسلوك، ويشتمل على بعض المواد أو الخبرات التي لا تتاح للشعور، بينما يصبح البعض ضمن الشعور. والمواد التي لا يسمح لها بالخروج إلى حيز الشعور، هي مواد انفصلت عن التفكير الشعوري، إما بعدم السماح لها بالدخول أصلاً إلى الشعور أو عن طريق كبتها من الشعور. أما الجزء من اللاشعور الذي يسمح له بالدخول إلى الشعور فإنه يطلق عليه ما قبل الشعور أو تحت الشعور. وقد تبقى المادة في ما قبل الشعور دون أن تسبب مشكلات، وفي المعتاد أن تنتقل إلى الشعور دون تدخل من العلاج النفسي، ويمكن أن ننظر إلى ما قبل الشعور على أنه مصفاة بين الشعور واللاشعور، ويمكن أن تعدل المادة التي في اللاشعور وتظهر في صورة محرفة، كما تحدث في الأحلام ومفهوم الشعور: هو عبارة عن حالة الوعي المتصلة بالعالم الخارجي، وكذلك الداخلي في اللحظة الحاضرة، وقد عبر فرويد عن ذلك بأنه جزء سطحي من أجزاء الجهاز النفسي وما قبل الشعور: حيث أشار فرويد إلى ذلك على أنه كل ما يحتوي على ما هو كامن وليس موجوداً في منطقة الشعور، ولكن يسهل على الفرد عملية استدعاء ذلك إلى الشعور، مثل المعارف والذكريات والكلام (الزيود، 1998) وأن اللاشعور يحتوي الكثير من الدوافع والاتجاهات والرغبات المحركة للسلوك بدون وعي أو إرادة من الشخص، وحدد فرويد الرغبات المكبوتة التي يحولها اللاشعور بانها ذات طابع جنسي، ويقول إن المكبوتات تسعى إلى شق طريقها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق الأحلام، وزلات اللسان وكذلك لا يمكن بأي حال أن تحدد اللاشعور في أي جزء من أجزاء الجسم (Paterson, 1987) وأن مكونات الشخصية هي: الهو والأنا والأنا

الأعلى، ويعمل الأنا دوماً على ضبط دوافع الهو وفقاً للواقع ولقيم الأنا الأعلى الذي يمثل كل ما هو مثالي وواقعي ومحاربة الوصول بالفرد إلى الكمال بدل اللذة (Gilliland, 1984).

إن الصراع بين أجهزة الشخصية الثلاثة التي ينتقد فيها الأنا الأعلى بما يمثل من نظرف وصرامة، هو من العناصر الأساسية في حالات الإكتئاب والإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب والتأنيب الذاتي واضطراب النوم والشهية (ابراهيم، 1998). ويقول الرفاعي إذا عجز الفرد عن تأدية مهمته والتوفيق بين ما يتطلبه العالم الخارجي وما يتطلبه الهو وما يمليه الأنا الأعلى كان في حالة صراع كثيراً ما تقوده إلى الإضطرابات النفسية (الرفاعي، 1981).

افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية وتسبب الإستجابة المرضية والعصابية، هي مؤثرات بيئية في الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد، وأن أي صدمة خلال هذه الفترة تؤثر على النمو الجنسي للطفل، وتجعله في حالة تثبيت (Fixation) في مرحلة من النمو لا يستطيع الفرد تجاوزها وخاصة المرحلة الشرجية والقضيبيية، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية لأي إجهاد أو شدة. وميز بين العصاب الحقيقي الذي يظهر نتيجة حالات جسمية ناتجة عن اضطراب الحياة الجنسية كالزهة مثلاً وبين العصاب النفسي سيكولوجي المنشأ (عكاشة، 2003) وركزت النظرية التحليلية بأن الحرمان من عطف الأمومه من خلال الانفصال أو فقدان تهيبئ لحدوث الإكتئاب في السنوات اللاحقة وإن تمزيق العلاقة بين الأطفال ووالديهم نتيجة الإساءة الجسدية والجنسية هي عوامل خطره في حدوث الاضطرابات النفسية ومن ضمنها الاكتئاب، وإن كل من عدم الإهتمام أو الإهتمام الزائد يهيبئ لحدوث الاكتئاب (السقا، 2007).

ويوضح فرويد أن العصاب ينشأ عن الكبت، فل لكبت دور هام في عملية الضبط هذه حيث تمنع رغبات ودوافع غير مقبولة من الظهور في مستوى الشعور وإيعادها دوماً إلى اللاشعور . كما أن السلوك العصابي أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد والديه وأن أصل العصاب هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية وأن الأمراض النفسية التي تطرا على الشخصية فيما بعد بما فيها القلق والإكتئاب، ما هي إلا نتاج للصراعات المبكرة، والإهمال البيئي المبكر أحد العوامل المشجعة للعصاب. إلا أن أسباب العصاب النفسي متعددة وله عوامل مختلفة وصنفت الإستجابات العصابية إلى عصاب الوسواس القهري، هستيريا القلق، الهستيريا التحويلية، النيوراسثينيا. ونظر إلى

العصاب في ضوء العلاقات الانسانية، حيث أن الشخص يلجا إلى الشلل الهستيرى ليحمي نفسه من شيء يخافه أو يتهدهده في علاقاته مع الآخرين، وكذلك بسبب التفاعل المتداخل في علاقة الطفل بوالديه ولا ينشأ بسبب الصراع بين الهو وبين الأنا الأعلى والأنا (أحمد، 1995).

وافترض فرويد أيضا أن سبب العصابات هو صدمات معينة وفسر الإضطرابات من خلال نموذج دفاعي ديناميكي فعال، فمن خلال الصدمات يحصل الجهاز النفسي على كمية كبيرة جدا من الإثارة حيث تقود هذه الصدمات إلى الإنفعالات، وإلى جانب الصورة الدفاعية الديناميكية الفعالة قدم فرويد نموذجا نفسيا لنشوء العصابات فقد عزاها إلى مخلفات الذكريات والتصورات من الماضي "الذكريات" التي لم تخدم، وما تزال مؤثرة، وهي المسؤولة عن الاضطرابات العصائية (رضوان، 2007).

ويرى الزغاري أن الإشباع الزائد جدا أو نقص الإشباع خلال المراحل الأولى من التطور يولد شخصيه مهينه للأمراض النفسية التي تصيب الشخص فيما بعد بما فيها الاكتئاب (الزغاري، 2007)

ويلاحظ ضمن تفسير فرويد للاكتئاب أن الاكتئاب ينتج عن فقد لاشعوري فقط. أما بالنسبة لكلاين فتوى الاكتئاب أنه تذكر الخبرات المؤلمة التي مرّ بها الفرد وهو طفل ( Klein, 1934 ). ويفسر بايبرينج ( Bibring, 1953 ) أن الإكتئاب يحدث نتيجة عجز الفرد عن تحقيق الحاجات النفسية له، مما يؤدي إلى صراع ذاتي ناتج عن شعور الفرد بالفشل في تلبية هذه الحاجات. ويقارن فرويد في كتابه " الحداد والميلانخوليا" (1917) الاكتئاب مع الحزن العادي(السوي). " ففي حين أن كليهما يمكن أن يحدث كردة فعل لفقدان شيء محبوب إلا أن الاكتئاب قد يحدث عند الأشخاص الذين لديهم استعداد خاص لفقدان شيء متخيل أو غامض يرى فيه هؤلاء الأشخاص سلبا للأنا، كما أن اتهامات الذات عند الشخص الاكتئابي تتجلى في عدائه تجاه الشخص المحبوب " (Beck,1994,p.246).

وحسب رأي الزبيود، الاكتئابي فرد يشعر دائما بأنه مهدد بتفجير شديد لعدوانيته ويصل خوف الاكتئابي ذروته من عدوانيته، التي يراها في المستوى المتخيل (اللاشعوري) مطلقة القدرة، فهو

يكتتب ليس لمجرد فقد بل لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من فقدان "أي إن الاكتتابي لا يحب الموضوع في ذاته ولذاته، بل لأنه بحاجة إليه، لكي يحتفظ باتزانة الإنفعالي من حيث تنظيم دقلعته الغريزية، فالعلاقة بين الاكتتابي وموضوعه تتسم بالنرجسية" (زيو د، 1980 . ص12-ص13) . كما ربط فرويد بين العدوان والإكتتاب وأوضح بان مفهوم العدوان أحد المفاهيم الضرورية لفهم مشكلة الاكتتاب، فالعدوان يعمل موازيا مع "الليبيدو" وتبدو مشكلة العدوان في علاقتها بالاكتتاب من خلال الصراع النفسي الداخلي بين مكونات الشخصية الأنا والأنا الأعلى والهو . فالإكتتاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة الى الحب، ولكنه غضب يتحول بفعل الدفاع اللاشعوري الذي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عن وجود أي تهديد (عبد الستار، 1989).

والمدرسة التحليلية تعزى إضطراب الوسواس القهري إلى المرحلة الشرجية في تكوين الشخصية، وقسوة الأنا الأعلى للفرد على كل تصرفاته(عكاشة، 2003).

ومن النظريات التحليلية التي فسرت الاضطراب النفسي نظرية يونغ وكان زميلاً لفرويد وتلميذاً له ثم افترق عنه وأنشأ ما يسمى بعلم النفس التحليلي. وقد حاول يونغ ومن خلال خلفه مع فرويد أن يفسر الهدف والغاية من السلوك لا تفسير الاسباب التي تؤدي اليه (الموسوي، 2007). وقد قسم يونغ الشخصية إلى نمطين منبسط ومنطو، ولكل منهما صفاته. فالإنبساطي هو الميل إلى الخارج، المفتوح على العالم، المتفائل النشط . والإنطوائي هو المرتد إلى الداخل المنغلق على نفسه، المنجرف مع عوالمه الداخلية. وتنشأ الأمراض النفسية والإندفاع والإلحاح في تلك الطباع والصفات التي تميز كل نمط ومن مقاومتها ومحاولة تبني لطباع أخرى (الحجاوي، 2004). ويرى يونغ أن المرض العصابي عبارة عن محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وينسب إلى الذكريات المكبوتة في اللاشعور دوراً هاماً في تكوين العصاب، ولكنه يقول إنها ليست متصلة بالرغبات الجنسية الطفلية بل إنها تتعلق بجميع مشكلات الفرد التي لم تحل ( زهران، 1997). فليست الأمراض العصابية كلها نتاج إشكالات حادثة في لحظة الطفولة ، بل إن هذا ينقص الإدراك الصحيح للحياة الإنسانية حيث يتغافل عن بعدين زمنيين هاميين في تشكيلها وهما الحاضر والمستقبل .(http://www.4shared.com)

تعطي سيكولوجية يونغ دوراً هاماً للوراثة حيث يؤكد أنه توجد بالإضافة إلى وراثة الصفات البيولوجية هناك وراثة لخبرات الأجداد ومعنى ذلك إمكانية وجود نفس النظام من خبرات الأجداد تُورث في شكل أنماط وذكريات أولية ( <http://www.4shared.com> ).

أما ادلر هو زميل فرويد ويونغ، وقد افترق عنهما، وكون ما يعرف باسم "علم النفس الفردي" ويرى إدلر أن جميع البشر لديهم هدف مشترك وهو التطور نحو الأفضل أو النضال من أجل التفوق لكنهم يختلفون في الأساليب التي يتبعونها لتحقيق هذا الهدف وردود فعلهم نحو المشكلات التي تواجههم (الغامدي، 2008). واعتبر أدلر أن الطاقة الدافعية والنفسية للإنسان ليست جنسية، وإنما هي إرادة القوة وحب السيطرة، وأن الشعور بالنقص يدفع الفرد للتعويض عنه، وذلك للحصول على القوة والمكانة، فإذا استطاع التعويض زال عنه شعوره بالنقص وأصبح التعويض وسيلة دفاعية تعزز الثقة بالنفس وتعيد للشخصية التوازن، أما إذا فشل في إيجاد التعويض المناسب فيتحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص (Inferiority Complex)، وهي مصدر الأمراض النفسية، والعصاب خاصة، أما مصادر الشعور بالنقص فهي متعددة، فقد تكون المدرسة أو المنزل أو المجتمع التي تتمثل بالإهمال والإهانة (الزيود، 1998).

وقد أرجع العدوانية إلى عدة عوامل منها البيولوجية وأهمها حتمية الشعور بالضعف في بداية الحياة وخبرات الطفولة والأحداث الحياتية المؤلمة والمؤكدة لعجز الفرد ووضع الطفل في الأسرة وترتيب الطفل في الأسرة والطفل إن كان الوحيد. وبالرغم من أن العدوان دافع طبيعي من وجهة نظر إدلر لتحقيق ذاته، فإني وجوده لا ينفي حاجة الإنسان للحب والعاطفة ولذا فهو يكافح من أجل تحقيق ذلك (الغامدي، 2007). واعتبر أن القوة الدافعة في الإنسان هي الرغبة في القوة بدل اللبيدو، والرغبة في العدوان محل الرغبة في الجنس، وأشار إلى بعض الأمور التي تتعلق بالمواقف الأسرية، بالطفل وتدريبه أو إهماله وأسلوب حياته التي تعتمد على المؤثرات البيئية سواء المؤدية إلى سلوك إيجابي أو سلوك تعويضي مرضي، واعتبر العصاب محاولة لكي يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص لكي يحصل على الإحساس بالتفوق، كتعويض لشعوره بالعجز (عكاشة، 2003)، حيث يرى أن العصاب ينشأ من خطأ في إدراك وتفسير بيئته، وعندما يصعب عليه أن يتخذ أسلوباً في الحياة يستطيع أن يعوض ما يشعر به من نقص، فيخاف من الفشل في تحقيق هدف الحياة، فيلجأ إلى حيل الدفاع النفسي التي تكون الأعراض العصابية (زهران، 1997؛ الداھري، 2005).

أما الطبيب جون بولبي صاحب نظرية التعلق الآمن (Attachment Theory) اكتشف أن غالبية الأفراد المصابين بأضرار عقلية يعيشون بعيداً عن أمهاتهم ودراساته وأبحاثه العلمية عن نمو الطفل وتطوره وحالته النفسية ركزت على تأثير فقد الحياة الأسرية على حالة الطفل العقلية والنفسية. وأكدت أبحاثه أن علاقة الأم بالطفل هي العلاقة الأكثر أهمية خلال السنوات الأولى، فهي تغذيه وتنظفه وهي التي تحفظه دافئاً وترичه وهو يلجأ لأمه في وقت الخطر، إذ هي التي تمنحه الحب وأي حالة تمنع الطفل من هذه العلاقة تسمى بالحرمان الأمومي (Boelby, 1965). الطفل يبدأ في تكوين علاقات الود والمحبة مع الأم منذ ولادته خلال الأسابيع الأولى من حياته، ثم تتطور هذه العلاقة وتنمو لتصبح علاقة اجتماعية راقية في نهاية السنة الأولى ويشير "بولبي" إلى أن أساس الصحة النفسية والعقلية والنمو النفسي السليم للطفل هو أن يمارس ألواناً من العلاقات الحارة والحميمة مع الأم (قنطار، 1992).

وأكد بولبي بأن أساس أو مرجعية الصحة العقلية أن يخبر الطفل علاقة حميمة مع أمه، وتقارن أهمية هذه العلاقة بأهمية الفيتامينات للجسم، ويضيف بأن الحرمان من الأمومة كالجوع، فالحرمان الجزئي يصحبه القلق والحاجة الملحة إلى الحب والرغبة الجامحة بالانتقام، والشعور بالإثم والاكنتاب، فالطفل الصغير الذي لم يكتمل نضجه العقلي والإنفعالي لا يتمكن من مقاومة هذه الدوافع، وقد تؤدي استجابته لهذه الإضطرابات إلى أمراض عصايبية ونقص لا يعوض، أما الحرمان التام فقد يؤدي إلى إعاقة قدرة الطفل بشكل تام عن إقامة علاقات اجتماعية، وميل إلى الكآبة والتعاسة، وغالباً ما تتناوبه نوبات هستيرية من البكاء الطويل والإرتعاش عند كل انفصال (مهلوبي، 2000).

وأرجع بولبي الإكنتاب إلى الانفصال عن الأم في مراحل الطفولة الأولى والذي يؤدي إلى خلل في الرباط العاطفي الآمن بين الطفل والأم، مما يجعل الطفل لا يتفاعل بشكل جيد مع الأزمات التي يمر بها خلال تطوره، ويكون معزولاً عن العالم وليس لديه أصدقاء (Bee, 1994).

أما "سوليفان" وهو من التحليليين الجدد فقد فسّر حدوث القلق بأنه ينتج عن العلاقات الشخصية مع الآخرين، ووصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة بين طرفين. وأن الإنسان يقوم بمناورات دفاعية للتغلب على القلق، وحيث أن القلق ينبع أساساً من الشعور بتهديد الحاجة إلى الآمن، فإن الوسائل الدفاعية التي تعتمد عليها الشخصية تتخذ أساساً لتحقيق الآمن بالحصول على الموافقة من الآخرين، وإذا زاد خطر القلق حاول الفرد حصر هذا الخطر في أضيق الحدود بأن يضيق خبراته

ونشاطه مقتصرًا على ما يستطيع أن يتنبأ تمامًا بعواقبه في أثناء عملية النمو قد يلجأ الفرد إلى الإنتباه الانتقائي حيث يركز فقط على المهم ويتجاهل غير المهم، ويتغاضى عن الخبرات المقلقة أو المثيرة للقلق مما يضيق أفق الفرد ويقلل فرص التعلم أمامه (دسوقي، 1993 ؛ زهران، 1997).

ويؤكد سوليفان أن "القلق ينشأ بسبب عدم توفر الأمن في العلاقات الشخصية التبادلية مع الآخرين والتي تشكل نمو الشخصية وتحديد مستوى الصحة النفسية خلال مراحل الرشد المبكر" (أنجلر، 1991. ص138) ويرى سوليفان أن مرحلة المراهقة المبكرة تواكبها احتمالية وجود سلسلة من مظاهر سوء التوافق ويرجع ذلك إلى العوامل الثقافية المعوقة لممارسه النشاط الجنسي والإفتقار إلى الإرشاد والمعلومات المرتبطة بهذه الناحية خلال هذه الفترة الهامة وقد يزيد الآباء المشكلة حدة من خلال مواقفهم السلبية كاللجوء إلى السخرية بدلا من الدعم العاطفي. لم يؤمن سوليفان بلقن القصور الجنسي لدى المراهق هو أهم العوامل المرتبطة بالإضطراب النفسي ولكنه أكد على دور عدم قدرة الفرد على تكوين علاقات شخصية مشبعة عاطفيا كأساس للإضطراب النفسي الجنسي (Sullivan,1950).

لقد تحدث سوليفان عن مرض الفصام، ويرى أن سبب قلق الفصامي يرجع إلى ما أصاب علاقة الطفل بأمه من ضرر أو أذى. كما أن الفصامي يمثل انسحاباً تدريجياً من الناس الآخرين وأن هذه العملية تبدأ من الطفولة المبكرة، حيث يكون هناك تفاعل مصحوب بالقلق والعداء بين الطفل ووالديه، وبسبب عدم وجود علاقة مودّة بينه والآخرين، فلنّه يهرب إلى عالم خاص به من الخيالات. وهذا يضعه في دائرة مغلقة، فكلما زاد انسحاب الطفل كلما قلت فرصته في تأسيس علاقات وثيقة بالآخرين، مما يقوده بالتالي إلى المزيد من القلق. وحسب سوليفان فإن الإنسان في مرحلة الرشد المبكرة يواجه أوضاعا جديدة لا يستطيع التعامل معها كالتطلبات الاجتماعية المتمثلة بالعمل والزواج وما إلى ذلك. ويصبح الفرد مغموراً بالقلق في مواجهة هذه التحديات، فينتهي به الأمر إلى الانسحاب التام، وتتعلل لديه كل إمكاناته العقلية المتعلقة بالإتصال والإدراك والتفكير المنطقي، التي تشكل جسور الإتصال بالآخرين والواقع الخارجي. إن هذه المرحلة الأخيرة من الانسحاب التام هي ما نسمي بالفصام الناتج أساسا من التراكم التدريجي للإنفصال عن العلاقات الإنسانية (صالح، 2007).

ويذهب رانك في نظريته إلى أن الإنسان يشعر في جميع مراحل نمو شخصيته بخبرات متتالية من الانفصال، ويعتبر الميلاد كأول وأهم خبرة للانفصال تمر بالإنسان وتسبب له صدمة مؤلمة، وتثير فيه قلق شديد. وقد سمى رانك هذا القلق بالقلق الأولي، ويستمر مع الإنسان فيما بعد حلول حياته، ابتداء من لحظة الانفصال وفيما بعد من أي نوع كان مسببا للقلق، فالفطام يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم، والزواج يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن حياة الوحدة، إذن القلق في رأي أتورانك هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة، والقلق الأولي يتخذ صورتين تستمر مع الفرد في جميع مراحل حياته وهما خوف الحياة وخوف الموت، فخوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي ويظهر هذا القلق عند احتمال حدوث أي نشاط ذاتي للفرد، أو عند ما يريد الفرد أن يكون علاقات جديدة مع الناس، والقلق هنا يظهر لأن هذه الإمكانيات تهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه السابقة. أما خوف الموت فهو عكس خوف الحياة، فهو قلق من التأخر والفقدان كل فرد يشعر بهذين القلقين وهو دائم التردد بينهما. والعصابي هو الذي لا يستطيع أن يحفظ التوازن بين هذين القلقين ([www.bmhh.med.sa/vb2008](http://www.bmhh.med.sa/vb2008)).

أما عكاشة فيقول، يعتبر أتورانك أول من تكلم عن صدمة الميلاد حيث يعتبرها كأول وأهم خبرة للانفصال يمر بها الإنسان وتسبب له صدمة مؤلمة، فهي مصدراً للقلق في الحياة بسبب الانفصال عن مأوى الحب والأمن، وأن الإرادة أهم قوة في تكامل أو تفكك الشخصية، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناجح انفعالياً ولم تتطور إمكانياته من تأكيد وضبط ذاته (عكاشة، 2003).

وذكر زهران أن رانك يرى العصابي بأنه الشخص الذي لا ينجح في محاولة التغلب على صدمة الميلاد، والشخصية العصابية هي التي وقفت في نموها عند حد ما، فيشعر الشخص العصابي بأنه مبعّد عن الأكثرية، لا يتقبل معاييرها ولا يتقبل نفسه ولا يتقبل المثل التي يوجدها بإرادته الخاصة، ويكافح ضد أي ضغط خارجي ويعيش في حرب دائمة مع نفسه ومع المجتمع وتسيطر عليه مشاعر الخوف من الحياة النابعة من شعوره بالاختلاف عن الآخرين وتسيطر في نفس الوقت مشاعر الخوف من الموت، حيث يرفض أن يبذل أي مجهود مشترك مع الآخرين، أو يشترك معهم في خبرة مباشرة، ولا يكون لديه استعداد لقبول ما يملى عليه من غيره ويرفض تبني وجهات نظر الآخرين (زهران، 1997).



أما هورني فقد وضعت نظريتها في الشخصية واعتبرت القلق أساس العصاب (عكاشة، 2003) وأشارت أن أسباب القلق نابعة من الحضارة والثقافة والبيئة، وأن الإنسان المعاصر يحتوي بها كالتنافس والمادية الطاغية والفردية والتضخم وعدم المساواة في الفرص والموارد وفرص التعليم والصحة والسكن، وانتشار الإستغلال والجريمة (ياسين، 1986). وتقول أن هناك ثلاث اتجاهات عصابية يتضمن كلا منها عنصراً من عناصر القلق. الأول يتميز بالتحرك نحو الناس، ويصاحبه قبول الحب والقرب والاعتماد على الناس مع الشعور بالعجز، والثاني يتميز بالتحرك ضد الناس في شكل قطيعة ومعارضة، ويصاحبه الشعور بالعداء، والثالث يتميز بالتحرك بعيداً عن الناس في عالم خصوصي ويصاحبه التمرکز حول الذات والشعور بالعزلة (زهران، 1997).

اهتمت هورني بالدوافع العدوانية ورأت في شدة هذه الدوافع أهم مصدر للخطر والذي بدوره يثير القلق يتمثل في خوف الفرد من توجيه هذا العدوان إلى الأشخاص الذين لهم مكانة عنده لأن توجيه العدوان إليهم سيؤدي إلى فقدان حبهم وعطفهم وإلى قطع علاقته بهم، وهو أمر لا يستطيع الفرد احتمالته ولذلك يكبت الطفل عادة دوافعه العدوانية خاصة نحو الأم مما يولد عنده القلق . وسمت هورني القلق الذي يسبب العصاب بالقلق الأساسي، وذلك من ناحيتين : فأولاً لأنه أساس العصاب، وثانياً لأنه ينشأ في المرحلة الأولى من الحياة نتيجة اضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه وهذا الاضطراب هو الذي يسبب للطفل الحرمان من الحب والعطف الحقيقيين، والطفل الذي لا يشعر بالحب والاحترام في سنواته الأولى يميل إلى إظهار الكره والعداء نحو والديه ونحو الأشخاص الآخرين. وبما أن الطفل يعتمد على والديه في كل شيء فهو لا يستطيع إظهار هذا العدوان وهذا ما يؤدي إلى كبت الشعور العدواني، ثم إلى القلق، إذن هناك تفاعل متبادل بين العدوان والقلق فكل منهما يقوي ويساعد الآخر ( 2008 www.bmhh.med.sa/vb ) .

إن الصبغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك المرضي، هي إحباط قوي لا يقوى الإنسان على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب، سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو الإسداد بعهم القدرة على احتمال الإحباط الصدمي للنفس، الذي يؤدي إلى توتر بسبب النكوص في أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة للتخلص من الموقف المحبط (ابراهيم، 2005).

### 2.3.1.2 النظريات السلوكية :

تذهب المدرسة السلوكية في تفسير المرض النفسي بأنه سلوك متعلم يصبح عادة تلازم الفرد خلال حياته، وأن الأعراض المرضية يتعلمها الفرد خلال مراحل نموه. وتستند هذه النظرية إلى دراسات (بافلوف) الإشرافية، ودراسات (واطسون)، ومن أهم ممثليها: (دولارد وميلر، سكينز، أيزنك) وتقرر هذه المدرسة أن سلوك الفرد هو محصلة لتفاعل العادة مع الدافع، أي استجابة للحافز مضافا إليه اهتمامات الشخص ورغباته ومشاعره والشخص السوي هو الذي تعلم واستجاب بالأسلوب الصحيح، في حين أن المرض النفسي هو تعلم خاطئ، أو عادة متعلمة سيئة (المهدي، 2006).

لقد خاض بافلوف ميدان الأمراض العقلية والنفسية، ففسر الهستيريا والفصام واعتبر الطب العقلي والنفسي فرعاً من فروع فسيولوجية الجهاز العصبي، ويرى أن السلوك يتم بالتوازن والتوافق بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي وهي:

- النظام الإشاري الأول نظام الأفعال المنعكسة غير الشرطية، أي نظام الغرائز والدوافع والإنفعالات المتمركزة في منطقة تحت اللحاء الملتصقة بالنصفين الكرويين للمخ.
- النظام الإشاري الثاني ويشمل إشارات مباشرة لمنبهات الواقع .
- النظام الإشاري الثالث ولا يوجد إلا عند الإنسان ويوجد في الفص الأمامي للحاء. وهذه المناطق تشكل الركائز الأساسية لهذا النظام. فإذا اختل هذا التوازن حل الإضطراب والمرض محل الصحة والسلوك السليم، والمرض في نظر بافلوف يأتي من تفكك هذه النظم العصبية (عكاشة، 2003).

وقال بأن ظهور العصاب عند الإنسان هو الصراع بين المؤثرات المنبهة (الإستثارة) والمنبثة (الكف)، لأن النشاط النفسي للإنسان السوي هو نتيجة توازن جهازي الإثارة والكف . إن عدم التوازن أو الصراع بين الاستثارة والكف يعتمد على العوامل الوراثية للفرد، والتكوينية للفرد. فلنمط قوي الاستثارة، المنافع يتميز بشدة الإستثارة، والإندفاع، والطيش، وكثرة التسلط والعوانية. والنمط المثبط الضعيف يتميز بضعف النشاط والتطرف والهدوء والإكتئاب والسكينة والخضوع والتخاذل. النمط الحيوي أو النشاط المتزن، يتميز بالإعتدال مع ظهور النشاط والحركة، والملل السريع حين لا يوجد ما يشغله وهو فعّال ومنتج. والنمط الهادئ المتزن الذي يتميز بالقبول والمحافطة والرزانة. وحسب ما تراه النظرية السلوكية تكثر الإضطرابات النفسية عند النمطين

المتطرفين: القوي الاستثارة المنافع، والمثبط الضعيف الخدول، بينما نقل الأمراض النفسية عند النمطين المعتدلين الهادئ، والمتزن. ويكثر حدوث الهستيريا عند الخدولين المثبتين. في حين يكثر حدوث الوهن العصابي النفسي عند المنفيعين، وذوي الاستثارة العالية (المهدي، 2004).

وجاء في نظرية دولارد وميلر أن المرض النفسي وخاصة العصاب بما فيه من آليات الدفاع والأعراض يتعلمه المريض، ويتميز العصاب بوجود التعاسة، والعصابي يلاحقه الفشل في فهم وحل مشكلاته ويؤدي الخوف إلى خلق الصراع الذي يمنع حدوث الإستجابات التي تساعده في بلوغ الهدف، وبالتالي يؤدي إلى خفض حوافز أخرى كالجنس والعدوان، إن الحوافز غير المشبعة تعتبر باعثاً على القلق وسوء التكيف والمرض (الزويد، 1998).

ويرى إيزنك في نشأة الأمراض النفسية والعقلية بأنه يوجد اختلاف بين الأفراد في تكوين الإرتباطات الشرطية وجوهر الاختلاف وراثياً وأن الإضطرابات النفسية تنشأ من تفاعل عاملي البيئة والوراثة واعتبرها أنماط من السلوك المتعلم وأن السلوك العصابي هو سلوك متعلم وسوء تكيف، وأن بناء المنعكسات الشرطية يشارك في أغلبية الأعراض العصابية (Eysenck, 1960؛ عكاشة، 2003).

من النظريات السلوكية نظرية ولبي ويرى أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشراف المضاد الذي يتضمن استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى الكف المتبادل، ويرى ولبي كغيره من العلماء السلوكيين أن العادات العصابية ما هي إلا عادات متعلمة ويمكن التخلص منها عن طريق محوها، وقد افترض ولبي أن السلوك البشري يعمل حسب قانون السببية وأن سلوك الإنسان في تغير مستمر وهذا التغير ناتج عن عوامل النمو والتعلم. والتعلم هو التغيير في السلوك الناتج عن التدريب (Paterson, 1987).

كما يرى ولبي أن بيئة الحرمان من الأم هي أحد أسباب الإضطرابات التي تظهر في المراهقة والرشد، حيث يعاني الفرد من صعوبة في التفكير المجرد بسبب سيطرة الذات والضمير على الواقع، كما أن النمط الوالدي السلبي والبيئة السلبية والأم التي تكثر من التأنيب، ولا تمنح الحب تجعل من هؤلاء الأبناء شخصيات مضطربة في المستقبل وقد يصاب الفرد بانفصام الشخصية وأحياناً يلجأ إلى إدمان المخدرات وتعاطي الخمر، ففقر العلاقات مع الوالدين والأسرة يؤدي

لزعزعة الثقة عند الطفل، ويؤثر على حياته في المستقبل، ويسبب سوء التوافق الاجتماعي والأسري. يرى ولبى أن السبب الرئيسي لهذه السلوكيات لدى الفرد هو القلق والذي يعتبره أنه متعلم ومؤلم وغير سار، ويؤدي إلى عدم التكيف، ومن أهم مظاهر القلق كما يراها ولبى، اضطراب التنفس، سرعة ضربات القلب، العرق، تغير لون الجلد، جفاف الحلق، ارتفاع ضغط الدم، وهذه كلها تسمى التغيرات الفسيولوجية ( الزبيد، 1998).

### 3.3.1.2 النظريات المعرفية :

تتميز النظريات المعرفية في أنها تؤكد أهمية العمليات المعرفية في تكوين السلوك المشكل وفي معالجته. وتتضمن العمليات المعرفية المعلومات التي يمتلكها الناس عن الصواب والخطأ. والتوقعات التي يضعونها لأنفسهم وللآخرين والأفكار التي تحدد سلوكهم ( الشناوي، 1994).

والنظرية المعرفية تركز ليس على ما يفعل الناس، ولكن كيف يرون أنفسهم والعالم من حولهم ، والناس ينظرون إلى الجانب السلبي من الأحداث ويلومون أنفسهم ويتوقعون الفشل أكثر من النجاح ويضخمون الفشل ويقللون من نجاحاتهم عند تقييمهم لأدائهم، فعندما يخطئون يلومون أنفسهم أكثر من أن يلوموا الظروف المحيطة (www.nafsyidman.com, 2005)، فإن ما يفكر به الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وآرائهم ومثلهم، إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. فالناس يكونون مخزنًا من المعلومات والمفاهيم للتعامل مع المشكلات النفسية التي تصادفهم في حياتهم، وذلك من خلال الملاحظة واختبار الفروض و إجراء الأحكام والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم الطبيعي ويتعلم الناس استخدام الحس العام من خلال ثقافتهم وتعليمهم وخبرتهم وصليغة الفروضيات واختباره، والتميز والتعليل من أجل حل الصراعات والحكم على ما إذا كانوا يستجيبوا بواقعية للمواقف التي يتعرضون إليها. مثلا إن تفكير مرضى الاكتئاب تحكمه أفكار خاطئة حول أنفسهم والعالم المحيط بهم والمستقبل، وعند الدخول الى النظام التصوري لهؤلاء المرضى والنظر إلى العالم من خلال أعين المرضى نجد أن سلوكهم له معنى، ومن خلال المشاركة يمكن أن يفهم المعنى الذي يعطونه لخبراتهم، وبقدم التفسيرات التي تبدو معقولة من الأطر المرجعية لهم (عبد الستار، 1998).

ومن أهم الفرضيات في النظريات المعرفية التي تفسر الاضطراب النفسي نظرية بيك ونظرية اليبس.

نموذج بيك قدم تفسيراً معرفياً للإكتئاب، حيث ركز على الأشياء التي يقولها الشخص لذاته خصوصاً أفكار النقد الذاتي والنظرة التشاؤمية للبيئة (كمال، 1994).

ويقول بيك إن اضطراب الاكتئاب "ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة (Beck, 1976, p.84).

وقد قدم بيك "مفهوم الثالوث الاكتئابي الذي يتضمن نظرة سلبية نحو الذات والعالم والمستقبل. والأشياء التي يقولها الفرد لذاته هي تشويهات معرفية أساسية وأخطاء في طريقة التفكير نحو نفسه، فينظر للأحداث العادية بأنها كبيرة (Cash, T. F. & Pruzinsky, T, 2002 p54).

ويرى "بيك" "أن ردود الفعل الإنفعالية ليست استجابات 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 مما يؤدي إلى وجود الإضطرابات النفسية (Burns, 1980). فإن تفكير مرضى الاكتئاب تحكماً أفكار خاطئة حول أنفسهم وحول العالم وحول المستقبل تؤدي بهم إلى نتائج غير منطقية على شكل تشويهات معرفية، ويطلق عليها الثالوث المعرفي السلبي للإكتئاب وهي أفكار تصبغ حياتهم بصبغة التشاؤم (باترسون، 1990؛ كمال، 1994).

ويقول "بيك" "أن العامل الأساسي الأولي للإكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة والأهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعاً ودائم اللوم لذاته نظراً لوعيه وإدراكه بنقائصة والتي تعطي له مفهوماً سالباً عن ذاته. وأن هذه القواعد تمثل التراث الاجتماعي للمجتمع، وتكسبان خلال الخبرة والملاحظة، وعندما تكون هذه القواعد منفصلة عن الواقع وإذا استخدمت بطريقة عشوائية وتطرف، فإن من المتوقع إنتاج مشكلات نفسية شخصية أو مشكلة في العلاقات. فالحزن ينشأ من إدراك أن شيئاً ذا قيمة للشخص قد فقد وهذا يؤدي إلى القلق.

كما أن الفكرة التي تؤدي إلى الحزن أو السعادة أو القلق إذا استحلت تشويش للواقع فلهذا ينتج عنه اكتئاب أو هوس (عبد الستار، 1998).

أما الشناوي فذكر أن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقداناً له وقد يكون فقدان واقعياً أو فرضياً أو كاذباً وفي كل الحالات فلهذا يكون مبالغاً فيه ويدركه الشخص على أنه دائم مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات وبلأن الشخص خاسر وليس له قيمه، 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 وربما تكون النتيجة رفضاً للذات وتؤدي هذه النظرة السلبية للذات إلى نظرة سلبية للمستقبل ويصبح التشاؤم طاغياً على نظرة الشخص للحياة وتكون النتيجة النهائية لهذا التشاؤم وجود أفكار وأمانى ومحاولات انتحارية. أما المنطقة الثانية للانتحار فهو الاعتقاد أن موته يجعل الآخرين في حالة تحسن. وهكذا يتشكل المثلث المعرفي للاكتئاب. كما أن بعض مظاهر الاكتئاب مثل التراجع، التعب، الإمتعاض كلها نتائج للجوانب المعرفية السالبة، والأعراض البدنية الأخرى مثل فقدان الشهية، الأرق وغيرها فيبدو أنها متلازمات بدنية للاضطراب النفسي في الاكتئاب (الشناوي، 1994).

ويقسم بيك الإدراكات إلى ثلاث مراحل، الأولى حبل من الأفكار السلبية مثل أنا فاشل والثانية طن من التوقعات مثل لا يمكن أن يكون الإنسان سعيداً إذا لم يحبه كل الناس، والثالثة: مجموعة من الإدراكات منها، التضخيم والتقليل والإستنتاج التعسفي "العشوائي" والتجرد الإختياري (كل شيء أو لا شيء) والتعميم والتفسير السلبي بما هو إيجابي: "التقليل من شأن الأحداث الإيجابية" والتصفية العقلية والإستدلال الإنفعالي وعبارات الوجوب والشخصانية (Beck, 1979).

أما إيليس وهو من منظري النظرية المعرفية ، فقد اكتشف أن سلوكيات المرضى النفسيين ليس نتيجة مطلقة للتعليم والإشراف، وإنما هو نتيجة للإستعدادات الإجتماعية والبيولوجية لإبقاء كل أفكار أو اتجاهات غير منطقية، ويركز إيليس في العلاج على التفكير والحكم والتصوير التحليل والفعل والمشاعر، ولكي نفهم سلوك المرضى يجب أن نفهم كيف يشعرون ويفكرون ويدركون ويتصرفون (الشناوي، 1994).

من الأقوال المأثورة لألبرت إيليس "إن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدد هذه الأحداث" ( Ellis, A, 1975: 163 )، ويقدم إيليس مجموعة من الأفكار حول طبيعة البشر والاضطراب النفسي والانفعالي التي يعانون منها وهذه الأفكار: من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من جميع المحيطين به يجب أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والإنجاز ليصبح شخص ذا أهمية، من المصيبة أن تسير الأمور على غير ما يريده المرء لها، التعاسة تنتج من ظروف خارجية لا يتحكم بها الفرد ، الأشياء الخطيرة والمخيفة تستحق الإنشغال الكبير بها ولا بد من التوقع الدائم لها، تفادي بعض المسؤوليات الشخصية والصعوبات أسهل من مواجهتها، من الضروري أن يكون هناك من هو أقوى مني أستند عليه ، تأثير الماضي لا يمكن استبعاده، هناك حل كامل ونموذجي لكل مشكلة ويجب إيجادها، بعض الناس يتصرفون بشكل سيئ شرير لذا فهم يستحقون العقاب، على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من أحداث . هذه الأفكار غير العقلانية ومن وجهة نظر إيليس، ربما تكون مسؤولة عن العصاب والاكنتاب والقلق ( باترسون، 1990).

#### 4.3.1.2 النظريات النفسية الاجتماعية :

هذه النظريات تؤكد على النمو النفسي للفرد وعلاقته بالمحيط الاجتماعي، هناك عدة نظريات اجتماعية منها نظرية أريكسون، ويشير في نظريته النفسية الاجتماعية إلى أن الإنسان يمر خلال مراحل نموه وتطوره بثمانية مراحل أساسية هي (مرحلة الرضاعة - مرحلة الطفولة المبكرة - مرحلة سن اللعب - مرحلة سن المدرسة - مرحلة المراهقة - مرحلة الشباب المبكر - مرحلة الرجولة - مرحلة النضج والكهولة)، ويشير أريكسون إلى أن مراحل النمو الثمانية متداخلة فكلما سعى الفرد إلى حل مشكلة من هذه المشكلات خلال مرحلة من مراحل نموه نجد أن آثار هذه الأزمات تنعكس بصورة ما على مراحل النمو الأخرى (الخطيب، 1996).

وحسب أريكسون فإن الفرد يواجه خلال كل مرحلة من مراحل نموه بعض المشكلات التي يطلق عليها "أريسكون" الأزمات (Crisis) وذلك نتيجة مواجهة لمواقف البيئة التي يتفاعل معها . إن "أريسكون" ينظر للأزمات ك نقطة تحول في حياة الفرد النفسية. وأن الصراع ينشأ بين حاجات الفرد ومطالب المجتمع ولهذا يسعى الفرد خلال مراحل نموه إلى

تطوير وتنمية بعض الكفايات والمهارات الأساسية لديه مثل الثقة والاستقلال والمبادأة والكفاية لمجابهة هذه الأزمات (عبد الرحيم، 1983).

ففي المرحلة الأولى الثقة مقابل عدم الثقة فإن الطفل إذا لم يحصل على حاجاته من الحب والرعاية أو قوبلوا بمعاملة متنافرة ومتقلبة، فمن المحتمل أن يصبح الأطفال خائفين وغير واثقين أو مرتابين في أنفسهم وأيضاً في الآخرين، الأمر الذي قد يؤدي إلى القلق والخوف الاجتماعي (الخطيب والحديدي، 1996؛ عبد الستار، 1985). وفي المرحلة الثانية الاستقلال مقابل الخجل والريبة، فإن الطفل الذي لا يتم مساعدته على الإستقلالية ينمو معتمداً على الآخرين خجلاً من نفسه وهذا قد يؤدي لاحقاً إلى نمو شخصية ضعيفة (ابراهيم، 1985؛ أبو عيطة، 1999).

والمرحلة الثالثة روح المبادأة مقابل الشعور بالذنب، فإذا لم يشجع الآباء أطفالهم على القيام بأنشطتهم الجسدية وحب الإستكشاف والحصول على المعرفة واللعب الإبتكاري وإقامة علاقات إجتماعية وصدقات، فإن الأطفال سيجدون صعوبة في التصرف بحرية والتفاعل مع الناس الآخرين فتقيد أنشطتهم وإستطلاعاتهم وحبهم للبحث سينمي لديهم الشعور بالذنب الذي سيعملونه بين طياتهم طوال حياتهم (أبو عيطة 1999؛ Berger، 1988).

أما في المرحلة الرابعة وهي المثابرة مقابل الشعور بالنقص فإذا لم ينمي الآباء والمعلمين لجهود ومحاولات الأطفال ولم يتعاونوا معهم لتحريك طاقاتهم بطرق بنائه فسينمي هؤلاء الأطفال إحساساً بالنقص والدونية وانخفاض الدافع للإنجاز (بغدادى، 1996).

وفي المرحلة الخامسة وهي الشعور بالهوية مقابل فوضى الدور وهي مرحلة المراهقة وهي فترة الأزمة لأنها تتميز ببزوغ جنسية الرشد وبداية الدخول في مرحلة الرشد عموماً. إذا لم يستطع المراهقين دمج وتوحيد تجاربهم وخبراتهم السابقة مع الضغوط والمتطلبات الجديدة التي يواجهونها كي يقرروا ويحددوا ما يريدونه من حياتهم وما يعتقدونه وما يؤمنون به، سيكونوا عاجزين عن تنمية الإحساس بالهوية (بغدادى، 1996).

وفي المرحلة السادسة وهي الشعور بالألفة والمودة مقابل الشعور بالإغتراب والعزل فللزواج والوالدية هي جميعها جزء من الخبرة السوية لمرحلة الرشد المبكرة، فلو عجزوا عن الإتصال بودية



ودفع بالآخرين أو لم يكتسبوا الإحساس الكامل بالهوية، ربما ينمو الإحساس بالعزلة ويشعرون بأنهم لا ينتمون إلى أى شىء في العالم سوى الإنتماء لأنفسهم فقط (الخطيب والحديدي 1996، عبد الستار، 1985). أما المرحلة السابعة وهي الشعور بالإنتاجية مقابل الإستغراق الذاتي وهي مرحلة وسط العمر الفترة التي يجب على الناس أن يحلوا فيها صراعاتهم مع العالم ويعدون لأنفسهم ولمستقبل أسرهم، الأفراد العاجزين عن عمل هذا يميلون إلى أن يصبحوا متمركزين حول ذاتهم أكثر من كونهم منتجين في تلك المرحلة (Berger, 1988).

والمرحلة الثامنة هي الإندماجية مقابل الشعور باليأس يدرك الناس في هذه المرحلة بلأن عملهم في الحياة تقريبا قد اكتمل، وأن مهمة حياتهم قد تمت تقريبا، فمنهم من يستطيعوا أن يعكسوا على حياتهم التمتع بالإحساس بالسعادة في تحقيق إنجازاتهم، شاعرين بمودة وإطمئنان مع أنفسهم ومع الآخرين ومنهم من يشعرون بأن حياتهم كانت سلسلة من الفشل والإحباطات وخيبة الأمل والكومون الإحساس باليأس والقنوط بسبب فوات الأوان على بداية الإنطلاق ومواصلته (الخطيب والحديدي، 1996 ؛ عبد الستار، 1985)

ويرى "أريكسون" أن ثمة توازنا بين الإتجاهات الإجتماعية أو الشخصية المتبادلة للعمليات البيولوجية في المراحل النفسية المختلفة، وأن التعبير الجسمي والإجتماعي يتأثر بالظروف الشخصية المتبادلة (لازاروس، 1989)

أما آرنست بيكر أحد رواد النظرية النفسية الاجتماعية فيوى أن الإكتئاب يحصل نتيجة لتهديدات تقدير الذات، التي يتولد بوساطة مشاعر الضبط خلال الأفعال والمواقف الذاتية، ويصبح الفرد سلبياً حينما ينخفض مستوى تقدير الذات ويجد صعوبة في كل ما يسلكه فالإحساس بالقيمة عنده يعد عنصراً مهماً بل دفاعاً ضد الإكتئاب . وعلى المستوى النفسى يركز الشخص بإصرار على حلول معينة ثابتة . ويفترض بيكر أن الأفراد يجاهدون من أجل اكتساب تقدير الذات ومن أجل تجنب القلق، وهذان الدافعان الأساسيين بالطبيعة البشرية على قدر من التناقض ، لأن الشخص الذي يكون ميالاً لأن يستجيب للشدائد بالإكتئاب، يكون معنياً ومهتماً بشكل عام بتجنب القلق، وهذا من شأنه أن يقلل من تقديره لذاته ونظر بيكر للإكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من فقدان احترام الذات في العدوان المباشر نحو الذات ، وفقدان المعايير وقواعد السلوك ، في مجموعة العادات والتقاليد ،

وفقدانها عامل رئيسي وسبب مباشر للاكتئاب، وفقدان إدراك مباحج الحياة ، أي أحوال الفرد وظروفه التي تتكون من خلال آمالة وإدراة وتطلعاته. فالإكتئاب لدى بيكر ما هو إلا الفشل في تقدير الذات واحترامها ، والذي يجعل الحياة خالية من كل معنى ولا تستحق أن تكون حياة (أبو زيد، 2001)

ويرى فروم وهو من المؤسسين لعلم النفس الإجتماعي أن الإنسان منذ ولادته عرضة للتفاعل والتأثر بالظروف الاجتماعية وأكد أن الأمراض النفسية خاصة، والسلوكية عامة لا يمكن فهمها جيدا إلا في ضوء العلوم الاجتماعية (موسوري، 2007).

لقد ربط فروم بين أنماط الشخصية والمرض النفسي حيث إن الشخصيات غير الناضجة عرضة للإضطرابات النفسية، ويظهر عندها الإستغلاية والعنف والحيلة للحصول على ما تريد، إضافة إلى الغيرة المرضية. أما الشخصية المدخرة أو الكنوزة فيغلب عليها القلق والالتزام بالنظام بصرامة وتزمت، وهي عرضة للوساوس والأفعال القهرية، في حين يغلب على الشخصية الإستهلاكية التقلب الإنفعالي والكآبة (المهدي، 2004).

### 5.3.1.2 نظريات أخرى:

#### 1.5.3.1.2 نظرية العجز المتعلم (Hopelessness) — Seligman:

يعتبر سيلغمان من روادها، وقد ذكر سيلغمان (1975) بأنها نظرية تعلم اليأس وقلة الحيلة والإحساس بالعجز كأساس للاكتئاب، وركز على أن توقع عدم إمكانية السيطرة على الأحداث ستؤدي إلى أعراض اكتئابية في الجوانب الدافعية والمعرفية والإنفعالية (إسماعيل، 1995).

وقد أثبت من خلال تجاربة أن الاكتئاب استجابة يتعلمها الإنسان عندما يجد نفسه في مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها، وأنه في حالة الإكتئاب هناك معاناة من الألم ويأس وخمول واستسلام للقدر المؤلم، فسلوك الإنسان في مثل هذه المواقف يتصف بعدد من المظاهر السلبية والإستسلام في مواجهه الضغوط المهددة، وعلى مستوى التغيرات العضوية، يعاني الشخص

المكتئب من فقدان الرغبة الجنسية وفقدان الوزن والشعور بالتعب والهزال. وتتناقص مادة النوربينيفرين تناقصاً حاداً، وتنخفض درجة العدوانية في حالات الإكتئاب، وأظهرت التجارب أن الشخص المكتئب يعجز عن تذكر أو استعادة أنواع السلوك التي تعلمها والتي تساعد على الخروج من أزماته، بالرغم من وجود هذا السلوك ضمن رصيدة (Seligman, 1975).

وسلوياً؛ فإنه يمكن تعريف الاكتئاب من خلال ما وصفته نظرية العجز المتعلم، إذ تشير هذه النظرية إلى أن الفرد المكتئب لا يستطيع التعرف على الاتساق بين سلوكه والنتائج المتحققة من البيئة، ويظهر العجز عندما تكون النتائج مستقلة عن الجهد المبذول من قبل الفرد من أجل السيطرة والضبط الذاتي لهذه النتيجة. تدريجياً يتوقف الفرد عن الاستجابة ويصبح سلبياً ولا يستجيب لمثيرات جديدة. مؤخراً فقد تم وصف مصطلح فقدان الأمل Hopelessness وتبعاً لهذا المصطلح، فإن الاكتئاب يرتبط مع التوقعات بأن أحداثاً واضحة سوف تحدث أو أن هذه الأحداث المنفرة سوف تحصل بغض النظر عما يفعله الشخص، فيشير مصطلح فقدان الأمل إلى توقعات الفرد السلبية نحو المستقبل وأن الاعتقادات المرتبطة بهذه الأحداث لا يمكن السيطرة عليها وبعد حصول هذه الأحداث. فإن احتمالية أن يصبح الشخص مكتئباً كوظيفة للوضوح والأهمية التي يوليها الفرد لهذه الأحداث ويسمى ذلك بالعزو السببي (ابراهيم، 1998).

وعليه فإن نظريته التعلم ترى أن الإكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخساره شخص أو مهنة أو علاقته اجتماعية، فالإكتئاب يمكن أن يحدث في أي فترة زمنية ولا يقتصر ظهوره على فقدان موضوعات الحب في المراحل المبكرة، ولنظريته التعلم آثار عميقة في تبلور جانبيين رئيسيين من جوانب تقييم الإكتئاب تشخيصاً وعلاجاً، وبدأت الأنظار تتجه إلى دراسته ما يسمى بالضغوط الاجتماعية النفسية ومن جهة أخرى ساعدت على تبلور إحدى أهم الثورات في العلاج النفسي للاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب وهو ما يسمى تجريره العلاج السلوكي متعدد المحاور (ابراهيم، 1998)

### 2.5.3.1.2 نظرية أدولف ماير السيكوبولوجية :

يعتقد ماير أن المرض النفسي لا يمكن تفسيره بعامل واحد، بل إنه يعتقد أن هناك عوامل متعددة ومتفاعلة تحدث المرض النفسي، كالوراثة وفترة الحمل والرضاعة، والطفولة، وطرق التربية والخبرات، فالسلوك هو نتاج الشخصية كلها، ولذلك يعتبر كل شخص فرد متميز وعالم بذاته، وأن

المرض النفسي هو فشل الفرد في تقبل طبيعته كما هي، والعالم الخارجي كما هو، أي الفشل في التكيف وعدم الانسجام بين القدرات التي يحملها الفرد وأهدافه وطموحه مما يولد عنده الشعور بالنقص والقلق والعصاب وإن ردود الأفعال الخاطئة على المواقف المتنوعة تتخذ أسلوبا اعتياديا هو المرض النفسي، وكل مرض نفسي هو نموذج رد فعل مرضي ، وهكذا فإن مدرسة أدولف ماير تمزج بين الإنسان ( العضوي البيولوجي ) وبين الإنسان ( النفسي ) وتاريخه الاجتماعي والتربوي، لكي ينتج عنها إنسان حي فاعل وفريد (المهدي، 2006).

وذكر عكاشة (2003) بأن ماير أكد على دراسة البناء والميول الوراثية وخبرات الحياة وضغوط البيئة، وذلك من خلال فهم السلوك الحقيقي بدراسة الشخصية كاملة. وأن العصاب يحدث بسبب بعد الإنسان عن الواقع وعدم تقبل الذات، والإصابة بالمرض النفسي تكون بسبب عدم القدرة على تحقيق الآمال وبالتالي يتولد الشعور بالنقص والخوف والاتجاهات العصابية.

### 3.5.3.1.2 النظرية الوجودية والظاهرية :

نشأت هذه النظرية في أوروبا، ومن أهم أصحاب هذا الاتجاه (كارل ياسبرز) و (رولوماي) و(فرانكل)، و يذهب فرانكل إلى أن الحياة تتمركز حول " إرادة المعنى " و يرى أنه إذا ما غاب عن الإنسان الشعور بمعنى الحياة فإنه يعاني من الفراغ الوجودي وهو ما يكمن وراء الكثير من أشكال الشقاء و الاضطراب كالقلق و الاكتئاب للتعبير عن حالة الملل والسأم وافتقار المعنى في الحياة (المهدي، 2006) .

ومن أهم مبادئ هذه النظرية أن الفرد الموجود هو (الموضوع) وأن الإنسان هو محور الوجود ، والقلق عندهم خوف من الموت الذي يهدد الوجود والشعور بالإثم عن عدم استطاعة الفرد إنجاز ما يقدر عليه، والاكتئاب هو شعور بتوقف الزمن الذاتي، وإن فهم المريض يتطلب معاشته في دنياه هو والسير معه حتى يدرك معنى وجوده. ويؤكد أصحاب الاتجاه الوجودي على خمسة مبادئ أساسية في تفسير السلوك المرضي وهي: السياق، الهدف، الدراما الشخصية للعلاقة المتبادلة بين الشخص والآخريين، أحداث الحاسمة والحرجة التي يمر بها الشخص في ضوء مرحلة نموه ، و تجسيد السلوك المرضي (المهدي، 2006).

ويذكر زيور في تفسيره للاكتئاب وفق منهج الوجودية، أن المريض المكتئب يعاني من توقف في الزمن عند الماضي لأنه يأسف لماضيه وهو الشكل الفعلي لخبرة الاكتئاب ، فالمكتئب يرى خبرات الماضي كأنها خبرات مؤكدة يستحيل على كل خبرة جديدة أن تتخطاها ومن ثم فإن الحاضر يصبح شيئاً مستحيلاً عنده، وكذلك المستقبل هو أكثر استحالة أما المريض الهوسي فعلى العكس ينظر إلى المستقبل بشكل مبالغ فيه (زيور، 1986) .

## 2.2 دراسات سابقة:

- دراسة تقويم الاضطرابات النفسية في عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة:  
عفانة (1998)

قام بهذه الدراسة عفانه في مركز غزة للصحة النفسية في العام (1998) وهدفت لتقويم الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض العوامل الديموغرافية في عيادات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، وهي دراسة لمقارنة انتشار مشاكل الصحة النفسية في غزة مع الدول الاسكندنافية، حيث تم اختيار عشرة عيادات للرعاية الصحية الأولية في القطاع بشكل عشوائي من خمسة مناطق تشكل جميعها قطاع غزة وهي: (المنطقة الشمالية ومدينة غزة والمنطقة الوسطى وخان يونس ورفح). وقد تم اختيار 10 عيادات في القطاع بشكل عشوائي من المناطق الخمسة التي تشكل قطاع غزة (جنوب غزة، مدينة غزة، المنطقة الوسطى، خان يونس، رفح ) وخمسة من هذه العيادات تابعة للونروا وخمسا تابعة للقطاع العام، وتم اخذ العينة من المرضى الذين يأتون لاستشارة أطباء الرعاية الأولية في العيادات العشرة عام (1998) وتراوحت أعمارهم بين 55-16 سنة. كانت أداة القياس استمارة تشمل استبيان HSCL-25 ومقياس الصحة العامة كما استخدمت قائمة فحص أعراض PTSD في هذه الدراسة التي ضمت ( 15 ) عرضا من اجل ملاحظة مشاكل الصحة النفسية، وللحصول على العينة في هذه الدراسة تم مسح (661) مريضا تم اختيارهم بشكل عشوائي من المناطق الخمسة التي تشكل كامل القطاع.

جاءت نتائج الدراسة أن نسبة الانتشار الكلي لمشاكل الصحة النفسية بين المرضى الفلسطينيين في عيادات الرعاية الأولية هو (73%) وهو بين الإناث ( 76.8%) أعلى من الذكور ( 76%) .

وبالنسبة للحالة الاجتماعية اظهر الأفراد المتزوجون سابقا والأفراد غير المتزوجين نسبة عالية من مشاكل الصحة النفسية أعلى من المتزوجين، وأظهر مرضى المخيمات نسبة أعلى من أولئك الذين يسكنون في أماكن أخرى. ومن ناحية أخرى لم يكن هناك فروقا جوهرية بين اللاجئين والسكان الأصليين في قطاع غزة وبالمثل لم يكن هناك فروقا بين المستويات الثقافية المختلفة والفئات العمرية. كما أشارت نتائج المسح هذه إلى أن النساء والرجال غير المتزوجين والعاطلين عن العمل والمرضى الكبار لديهم معدلات عالية من الاضطراب النفسي، وأظهرت الدراسة أن انتشار أمراض الصحة النفسية بين الفلسطينيين الذين يترددون على عيادات الرعاية النفسية الأولية في قطاع غزة أعلى مقارنة مع الأمم الأخرى. ووجد أن الانتشار الكلي لأمراض PTSD كان (29%) وكان أعلى بين الإناث من بين الذكور وكان انتشار PTSD بين الذين تعرضوا للخبرات الصادمة (36%) وغالباً ما لا يتعرض المتفقون جداً لحوادث الصدمة ومدى انتشارها بينهم أقل، وكانت النسبة لانتشار PTSD بين الذكور أقل مما هي بين الإناث المتأثرات بالصدمة.

ويشير ملخص هذه النتائج كما ذكر الباحث إلى الحاجة الملحة لجهود حقيقية نحو دمج معالجة الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكي نقوم بهذا التغيير المنظم ولكي نلبي حاجات جميع المرضى يجب أن نعطي الأولوية للتركيز على كامل شخصية الفرد ( تاريخه، ماضيه، حاضره، مستقبه، خبراته، تجاربه، طموحاته) علماً أن هذه الدراسة أجريت أثناء الاجتياحات الإسرائيلية، مما قد يكون أحد الأسباب المحتملة للإرتفاع الحاد في نسبة الاضطرابات النفسية في دراسة عفانة ( Afana, 2003).

لقد أشار عفانة إلى دراسة في النرويج قارن نتائج دراسته السابقة بنتائجها، وأخرى جرت في الأردن حول انتشار الاضطرابات النفسية، ولقطة الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة الحالية حسب علم الباحثة، ستذكر الباحثة هذه الدراسات ونقلنا عن ما ذكره عفانة في دراسته ( 1998 ) حيث ورد:

فيما يتعلق بالوضع النفسي للمرضى من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في النرويج التي استخدم فيها مقياس ( HSCL-25 ) كأداة عرض ومقياس المقابلة النفسية تبين أن ( 26% ) من (1281) من المرضى النرويجيين الذين تم فحصهم يعانون من اضطرابات نفسية وعندما استخدم بند ( HSCL-8D ) كمجموعة فرعية لمعيار ( HSCL-25 ) من خلال التحليل التفسيري للبيانات

تبين أن ( 70% ) من المرضى الذين تم مسحهم لا أعراض لديهم، وأن ( 17% ) ظهر عليهم أعراض أو اثنان وأن ( 13% ) من العينة كان لديهم من ( 3-8 ) أعراض وقد أظهر ( HSCL-8D ) أيضاً أن أهم عرض تكرر هو القلق الزائد على الأشياء حيث بلغت نسبته ( 15.7% ) بينما أقل عرض كان الشعور بعدم القيمة إذ بلغت نسبته ( 6.2% ) ( Afana , 2003 ) .

ولدراسة الوضع النفسي للمرضى من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن وكما ذكر عفانة (1998) تم إجراء دراسة في عام (1995) باستخدام (GHQ-28) أداة فحص وعرض، على عينة مكونة من (756) مريض. وظهر أن انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الرعاية النفسية الأولية كانت نسبته (61%) وكان الأعلى بين المرضى الذين تقل أعمارهم عن (40) سنة (77%) وبين الفئة العمرية من (18-29) سنة كانت نسبتهم (55%) بينما كانت معدلات الاضطرابات أعلى بين المرضى غير المثقفين والعاطلين والإناث. وأشارت الدراسة الأردنية إلى أن المرضى الذين تزيد أعمارهم عن (40) سنة كانت نسبة الاضطراب النفسي لديهم (77%) وهي أعلى من النسبة لدى أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (18-29) سنة حيث كانت النسبة لديهم (55%) وهي أعلى أيضاً من الذين تتراوح أعمارهم بين (30-39) سنة حيث كانت النسبة لديهم (56%)، وأظهرت النتائج أن نسبة الاضطرابات النفسية بين أصحاب الثقافة المحدودة كانت (81%) وهي أعلى من النسبة بين حملة الدبلوم إذ كانت (48%)، وكذلك نسبة الاضطرابات بين العاطلين عن العمل أعلى من نسبتها بين العاملين إذ كانت (73%) و(47%) على التوالي، ومن الجدير بالذكر أن نسبة عالية من السكان في شمال الأردن هم لاجئون فلسطينيون ، وهذا ربما يفسر التشابه في المعدلات بين دراسة غزة ودراسة الأردن، وقد تبين أن الارتباطات بين مشاكل الصحة النفسية ومتغيرات الجنس والعمر والحالة الاجتماعية كانت متشابهة في الدراسة النرويجية ( Afana , 2003 ) .

- دراسة مسحية لمدى انتشار الأمراض النفسية في الأردن: وزارة الصحة الأردنية (2007).

تقول نتائج مسح قامت به وزارة الصحة الأردنية أن عدد مراجعي العيادات النفسية التابعة لوزارة الصحة، ارتفع العام الماضي ليصل الى (23369) مراجعاً ومراجعة منهم (11622) من الذكور و(11747) من الإناث و أغلبهم في الفئة العمرية من 15-45 سنة حيث بلغ عددهم حوالي تسعة الاف مراجع. بينما بلغ عدد الحالات النفسية والعقلية التي ادخلت للمركز الوطني للصحة النفسية العام (2006) (991) حالة. اما المركز الوطني للإدمان فارتفع عدد حالات الادخال فيه من

(121) حالة عام (2001) إلى (253) حالة العام (2006). وتشير التقديرات وبناء على المعدلات العالمية إلى أن الاكتئاب النفسي والقلق هي الأكثر انتشاراً بين الأردنيين ، وفي القطاع الخاص (40%) من المراجعين للعيادات النفسية هم من الجامعيي و (23%) من حملة الثانوية العامة و (17%) أميين و (8%) من خريجي كليات المجتمع ، وهناك (40) حالة انتحار و (400) محاولة سنوياً تبلغ نسبة الانتحار للمصابين بالفصام العقلي من (10-15%)، في حين تصل نسبة الاكتئاب لدى المنتحرين إلى (70%)، وعلقت وزارة الصحة: إن ال ظروف الاجتماعية و الاقتصادية والمعيشية الصعبة تلعب دوراً في هذا الارتفاع وهناك نقص واضح في عيادات الطب النفسي (www.asyeh.com, 2007).

- دراسة نمط المراجعات النفسية في القطاع الخاص في الأردن: قام بها الخطيب (2003).

جرت هذه الدراسة في الأردن عام (2003)، والهدف من الدراسة هو فهم طبيعة مراجعي العيادة النفسية في الأردن من حيث طبيعة الشكوى والمرض وعلاقته بمختلف ظروف الحياة وذلك لتحسين الخدمات المقدمة في هذا المجال.

شملت هذه الدراسة عينة عشوائية تتمثل في (500) مريض من مراجعي عيادة الباحث الخاصة حيث تمت دراسة وتقييم معظم المعطيات الواردة في ملف المريض.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (54 % ) ذكور، (46 % ) نساء ، وكان (48 % ) منهم متزوج و (47 % ) أعزب و (2%) مطلق و (2 % ) أرمل. وأعمارهم : من (0-10 : 5 % )، من (10-20 : 11 % )، من (20-40 : 60 % )، من (40-60 : 24 % )، أما بالنسبة لمتغير العمل فكانوا: (40 % ) يعمل، (40 % ) لا يعمل، (20 % ) طالب، ومستواهم التعليمي: (17 % ) بلا، (5 % ) ابتدائي، (7 % ) إعدادي، (23 % ) ثانوي، (8 % ) كلية، (40 % ) جامعة، بالنسبة للأمراض والشكوى لديهم: (38 % ) اضطرابات القلق، (26 % ) اضطراب الكآبة، (7 % ) الإدمان، (14 % ) الفصام، (4 % ) الذهان، (8 % ) اضطرابات الشخصية (4 % ) الزهو و (20%) أخرى.



- دراسات فلسطينية حول الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية:

هناك دراسات عدة محلية جرت في فلسطين حاولت البحث عن الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية منها (صنصور، 1995؛ بوناميكي، 1986؛ خميس، 1998؛ بوناميكي، 1988؛ قوتة، 1999)، أشارت تقارير هذه الدراسات بأن هناك انتشاراً للإضطرابات النفسية بين الجنسين وأن هناك تأثيراً للإحتلال على الوضع النفسي ناتج عن الإحتلال وممارسته للعنف.

قام صنصور بدراسة الصحة النفسية ومهارات التوافق والتكيف للنساء الفلسطينيات عام (1995) بعد الانتفاضة الأولى، وشملت الدراسة (1500) امرأة من الضفة الغربية وقطاع غزة، واستخدم في هذه الدراسة ثلاث أدوات وهي: مقياس CSL-90-R للأعراض النفسية ومقياس Holmes & Rahe لقياس الضغوط ومقابلة قصيرة مع المبحوثين. كان من نتائج الدراسة ظهور الإكتئاب في المرتبة الأولى بنسبة (14%) لدى النساء وكذلك كان هناك ارتفاع في كل الأبعاد التي قاسها مقياس CSL-90-R مقارنة بنتائج المقياس نفسه في الظروف الطبيعية بين الأسوياء.

الباحثة بوناميكي أجرت عدة دراسات حول تأثير الأوضاع السياسية على النساء الفلسطينيات حيث بحثت مدى الضغوطات التي تعاني منها النساء الفلسطينيات تحت الإحتلال ومهارات التكيف لديهن لمواجهة الضغوطات وصحتهن النفسية. الدراسة الأولى نشرت عام (1986) والدراسة الثانية نشرت عام (1988) حول الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية استخدمت للدراسة استمارة أعدتها بنفسها تحوي على عدة أسئلة مغلقة ومفتوحة، إضافة إلى مقياس (Holmes & Rahe) لقياس الضغوطات، وقد أظهرت نتائج الدراسة نسبة عالية في كل من الاكتئاب والقلق لدى النساء الفلسطينيات.

أما قوتة فقد كانت دراسته حول الوضع النفسي والإجتماعي والإقتصادي للمرأة الفلسطينية في غزة عام (1994)، وقد استخدم مقياس (Guilford) للإكتئاب، وأشارت نتائج دراسته إلى ارتفاع نسبة الإكتئاب لديهن حيث بلغت (15%).

خميس أجرت دراسة عن التكيف مع الضغوطات في العائلات الفلسطينية والصدمة (Psychological Distress and Well-Being) عام (1998) وفي نهاية الإنتفاضة الثانية، على (305) من النساء اللواتي تعرضن للصددمات والنساء اللواتي لم يتعرضن للصدمة لبحث مدى انتشار الصدمة وعلاقتها بالضغوط العادية والضغوط السياسية والمصادر العائلية للدعم والتوافق بين العائلة وقسوة العائلة التي من الممكن أن تؤثر على الحالة النفسية. وكذلك فحصت الباحثة درجة تأثير الأدوار العائلية والحالة الإجتماعية والموقع الجغرافي ومدى تأثير الإحتلال على الحالة النفسية للمرأة الفلسطينية. واستخدمت الباحثة لذلك مقياس CSL- 90-R. وأعدت الباحثة قائمة لمعرفة الأحداث والتغيرات العائلية وقائمة للأحداث السياسية التي تعرضت لها عائلات النساء وقائمة للمصادر العائلية الداعمة وفحص مدى السيطرة في العائلة وكذلك قائمة لفحص مدى السلامة الصحية والنفسية لأفراد العائلة. وفحص استراتيجيات التأقلم وتوجهات العائلة للتعامل مع الضغوط. وكان من نتائج الدراسة ظهور الإكتئاب والقلق بنسبة عالية لدى النساء الفلسطينيات.

- دراسة مفهوم الذات وعلاقته بالصحة النفسية للنساء الفلسطينيات غير المتزوجات في فلسطين: دراسة لدرجة الدكتوراة، مناصرة (2003).

قامت الباحثة عام (2003) بدراسة حالة (300) من النساء العازبات في الضفة الغربية في فلسطين من عمر (25-50) كعينة متوفرة، واستخدمت الباحثة مقياس CSL- 90 للأعراض النفسية والمقابلة الشخصية أدوات للدراسة وذلك بهدف التعرف على إدراك النساء لذاتهن وتأثير بعض العوامل الديموغرافية كالعمر والعوامل الإجتماعية ومكان الإقامة (القرية أو المدينة) والعمل والمستوى التعليمي على الوضع النفسي للنساء، وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن ثلث أفراد العينة يعانون من مشاكل نفسية بدرجة متوسطة وفوق المتوسطة في الأعراض النفسية التي يقيسها CSL- 90 لدى النساء وأن تدني المستوى التعليمي وعدم العمل يؤثران في نسبة ارتفاع الأعراض النفسية لدى النساء، كما لم يوجد فوارق بين النساء اللواتي يعشن في المدينة والقرية في نسبة ظهور الأعراض النفسية.

- دراسة نسبة انتشار الإكتئاب لدى مرضى القلب في مستشفى بيت جالا في فلسطين: مشروع ماجستير، جامعة القدس (ياسين، 2007).

أجرت هذه الدراسة طالبة ماجستير من جامعة القدس، في مستشفى بيت جالا عام ( 2007)، بهدف التعرف على مدى انتشار الإكتئاب بين مرضى القلب الذين أدخلوا المستشفى للعلاج، وعلاقة الإكتئاب ببعض المتغيرات كالعمر والجنس والحالة الإجتماعية والمستوى التعليمي ومكان السكن. اتبعت الباحثة طريقة الدراسة المقطعية (Cross- Sectional Study) واختارت الباحثة دراسة (50) حالة من المرضى عينة للدراسة أعمارهم فوق (30) عاماً. استخدمت الباحثة قائمة بيك للاكتئاب واستمارة أعدتها تعباً عند مقابلة المرضى كأدوات للدراسة. أظهرت نتائج الدراسة أن الإكتئاب منتشر بين المرضى بنسبة (79%)، (63%) منهم بدرجة متوسطة و(16%) منهم بدرجة شديدة، وهذا له دلالة على ارتباط الإكتئاب بمرض القلب، كما أشارت نتائج الدراسة وجود علاقة بين متغير الجنس لصالح الإناث وبين الحالة الإجتماعية وتدني مستوى التعليم، ولم تكن هناك فروقا للعمر ومكان السكن. وأوصت الباحثة بضرورة توفير الخدمات النفسية في مستشفى بيت جالا، وإجراء المزيد من الدراسات حول الوضع النفسي للمرضى.

تستنتج الباحثة من هذه الدراسات الفلسطينية أن الإكتئاب ويليهِ القلق من الإضطرابات الشائعة لدى النساء الفلسطينيات، وأن الظروف السياسية وضغوط الاحتلال التي تتعرض لها النساء في فلسطين لعبت دوراً في ارتفاع هذه النسبة.

- دراسة الاكتئاب لدى المرضى الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد : سرحان عام (2002).

في بحث أجراه سرحان عام (2002) في بغداد لايجاد معدل الاكتئاب لدى المرضى الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد وعلاقته ببعض الخصائص الديموغرافية (العمر-الجنس- الحالة الزوجية-الحالة المعاشية- والحالة الصحية الجسمية).

تم اختيار عينة عشوائية مؤلفة من ( 208 ) مريض ومريضة ممن كانت أعمارهم أكثر من ( 60 ) سنة من بين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد خلال الفترة من ( 2002/10/4 الى 2003/3/12). حيث تم استخدام مقياس الاكتئاب المختصر مع معايير الاكتئاب حسب التصنيف العالمي العاشر وذلك بعد تطبيق مقياس العقلية المصغر وإبعاد الذين حصلوا على أقل من 23 درجة على هذا المقياس . وتألفت العينة (من 115 انثى و 93 ذكر) من كبار السن ما بين (60-90) سنة من العمر كان معدل العمر للمجموعة هو ( 65 ) سنة وكان معدل الإكتئاب بين

المجموعة هو (38.9%) اثبت التحليل الأحصائي أن العمر والجنس والأحوال المعيشية والصحية والحالة الزوجية لها ارتباط مع الأكتئاب. وقد اثبتت هذه الدراسة أن أكثر من ثلث المراجعين لمراكز الصحية الأولية من كبار السن يعانون من الأكتئاب وان العاملين في تلك المراكز لم يشخصوا أو ينتبهوا لوجود هذه الحالة لضعف تدريبهم في الطب النفسي (المجلة العربية للطب النفسي العدد 17، 2005).

- دراسة انتشار مشاكل الصحة العقلية بين مواطني بوروندي : (2004)

قام فريق بحثي من جامعة هارفارد بمسح استقصائي أجري في الفترة 1998-1999 في بوروندي، بهدف معرفة الاضطرابات العقلية بين سكان المدينة، وشمل هذا المسح الاستقصائي الخاص بأولويات بوروندي الذي شارك فيه حوالي 5599 شخصاً من المدن والريف ، للإجابة على (12) سؤالاً حول الرفاهة النفسية. وهذه الأسئلة مأخوذة بتصريف عن استقصاء للصحة العامة الذي يُعتبر بمثابة تقييم معياري يجري استخدامه على نطاق واسع في مختلف مناطق العالم لفحص واكتشاف حالات الضيق النفسي بين السكان ، وخلص المسح إلى أن سكان المناطق الحضرية أقل تأثراً من الناحية النفسية مقارنة بكل من سكان المناطق الجبلية، والهضبة الواقعة في غرب بوروندي، والسهول والهضبة الواقعة في الشرق حيث تركز الكثير من أعمال العنف التي وقعت في بوروندي . ووجد المسح أن حوالي ثلث السكان يعانون من ضائقة نفسية وأن من الأرجح وقوع المصابين بضائقة نفسية فريسة للمرض ، كما أن من الأطفال الذين يعاني أحد أبويهم من ضائقة نفسية أقل التحاقاً بالمدارس، مع ازدياد احتمال إبقاء الفتيان في منازلهم مقارنة بالبنات ، وقد أظهرت نتائج الدراسة نسبة عالية في كل من الاكتئاب والقلق لدى النساء ( Baingana, 2004 ) (<http://web.worldbank.org> , 2004).

- دراسة علاقة الاكتئاب بأمراض شرايين القلب التاجية في مرض السكري : المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة (1982).

قام المعهد الوطني للصحة العقلية (2005) بنشر نتائج دراسة بينت فيها أن الاكتئاب يلعب دوراً مشابهاً في التطور العيادي لحالات أمراض القلب التاجية عند المصابين بالسكري .

لقد اختيرت السيدات محوراً للدراسة بسبب الانتشار الواسع والمسار الشديد لأمراض القلب التاجية في السيدات المصابات بالسكري . وقد تضمنت الدراسة (76) امرأة تم اختيارهن ومتابعتن منذ عام (1982) لدراسة العلاقة بين السكري والاضطرابات النفسية. وكان متوسط العمر (41.3) سنة ومتوسط مدة السكري (12.4) سنة و من كلا نوعي السكري ، وبنسبة (44.7%) النوع I ونسبة (55.3) النوع II . ومعظم أفراد العينة كانوا من البيض (57.9%) وكان تمثيل الأمريكيين الأفارقة (40.8%). وقد تم تشخيص الاكتئاب الأساسي (Major Depression) الحالي وخلال الحياة وفقاً لمخطط المقابلة المعتمد من المعهد الوطني للصحة العقلية ومعتمداً على معايير التشخيص للدليل الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية.

وقد تم فحص كل حالة من الناحية الطبية عند اشتراكها بالدراسة. وتم تحديد معايير الإصابة بأمراض القلب التاجية مثل الجلطة القلبية أو نقص التروية القلبية خلال تخطيط القلب أثناء الراحة أو أثناء الجهد. وقد وافق تشخيص الاكتئاب الحالي لدى (16) مريضة (22.1%) في المقابلة الأولى الرئيسية. وقد اختلفت الحالات المصابة بالاكتئاب عن غير المصابة به بمتوسط وزن الجسم، (كثيرون أكثر بدانة)، وقد حدثت أمراض قلبية تاجية لدى (11) حالة من العينة العامة (14.5%) خلال (10) سنين من المتابعة، وكانت الأحداث القلبية التاجية أكثر حدوثاً في الحالات المصابة بالاكتئاب. ويبدو أن الاكتئاب يزيد في حدوث الحوادث القلبية التاجية حتى بعد تعديل عامل الوزن. وهذه الزيادة محددة في الحالات التي كانت تعاني من الاكتئاب في المقابلة الأولى منذ بدء الدراسة، بينما كانت نسب الإصابة بالحوادث القلبية التاجية متشابهة مع الحالات التي كان الاكتئاب في تاريخها السابق البعيد، أو لم يكن لديها أي اكتئاب سابق .

أشار الباحثون أن الاكتئاب عامل خطورة للأمراض القلبية التاجية لاسيما في الحالات المترافقة مع السكري. كما أن مرض السكري يترافق مع ظهور أبكر وأشد لتصلب الشرايين وأن الأشخاص المصابين بالسكري لديهم ارتفاع واضح في احتمال الإصابة بالأمراض القلبية التاجية. وداء السكري يعطي نسبة احتمال للحوادث القلبية الخطرة مشابهة للحالات التي لديها مرض قلبي تاجي ثابت وليست مصابة بالسكري . كما أن الحماية من المرض القلبي التاجي المرتبطة بالجنس الأنثوي تزول مع وجود مرض السكري عند المرأة ، وعندما تحدث حوادث قلبية خطيرة في حالات الداء

السكري فإنها ترتبط بنسب موت أعلى. كما أن مرض السكري يرتبط بأمراض مرافقة مثل فرط شحوم الدم، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة والتدخين.

- دراسة المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى السكري بمدينة الرياض : قام بها فريق بحث مكون من (العتيبي، المطيري، الزهراني، البصيلي) ، (2005).

الفريق الذي قام بالدراسة هم أخصائيو إجتماعيون في كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام بالرياض عام (2005). استخدم الباحثون منهج المسح الاجتماعي لتحديد أهم المشكلات المصاحبة لوجود مرض السكري على عينة مكونة من (89) مراجعاً لعيادات السكري (58.4% ) ذكوراً و ( 41.6 % إناثاً)، واستخدم مقياس بيك للاكتئاب واستمارة أخرى أعدها فريق البحث عن الوضع الإجتماعي والإقتصادي.

خرجت الدراسة بنتائج ومنها: إن (84.3%) من مرضى السكري يشعرون بقلق من خطورة المرض، وأن (83,1%) منهم تحسنت حالتهم مع العلاج، وأن (69,%) من أفراد عينة الدراسة لديهم أقارب مصابون بمرض السكري، وأن ( 28.7%) منهم أفادوا أنهم يستخدمون وصفة شعبية لعلاج السكري، كما أفاد ( 7.8%) منهم بوجود أعراض اضطرابات النوم لديهم بعد الإصابة . كما بينت الدراسة أن 65% أفادوا بأن المرض تسبب في وجود مشكلات اجتماعية كان من أبرزها (وجود مشكلات نفسية مصاحبة للمرض خوف ، قلق، اكتئاب وذلك بنسبة (67.7%)، وهناك تأثير بالعلاقات الاجتماعية بنسبة ( 35%) وتأثر بالعلاقة الزوجية بنسبة ( 9.8%)، وقد وجد أن هناك مشكلات اقتصادية بنسبة (19%)، وتبين عدم وجود عمل وفصل من الوظيفة بسبب المرض بنسبة (23.9%) وعدم توفر الخدمات والاحتياجات الطبية بنسبة (15%).

- دراسة نوبات الشعور بالذعر والازمات القلبية: لـ اسمولر(2007).

قام بالدراسة اسمولر بالمستشفى العام في "ماساتشوستس" واستمرت طيلة خمس سنوات، ورصدت الدراسة زيادة مخاطر التعرض للإصابة بأزمة قلبية أو جلطة في غضون خمسة اعوام لدى (330)

امرأة أعلن أصلا عن تعرضهن لنوبة ذعر خلال الشهور الستة السابقة. وكان هؤلاء من بين (3369) امرأة تتراوح اعمارهن بين 51 الى 83 عاما شاركن في الدراسة.

كانت نتائج الدراسة أن الاشخاص الذين تعرضوا لقلق وزيادة في ضربات القلب وزيادة في معدل التنفس جراء التعرض لنوبات ذعر تزيد لديهم احتمالات الإصابة بأزمات قلبية أو جلطات.

وذكر معد الدراسة أنه من الممكن أن نضيف نوبات الذعر إلى قائمة الحالات الانفعالية والأعراض النفسية التي لها صلة بزيادة مخاطر أمراض الأوعية الدموية بالقلب والوفاة، وأن هناك عوامل عديدة ربما يكون لها أثر وبينها أعراض نوبات الذعر التي تضر بجهاز القلب والأوعية الدموية بالقلب. وأضاف أن الشعور بالذعر يمكن أن يؤدي إلى إنتاج الصفائح الدموية التي تزيد من مخاطر تخثر الدم وقد يؤدي بدوره إلى الإصابة بأزمة قلبية أو بجلطة. وربما تؤدي نوبات الذعر أيضا إلى تقلص بشريان مغذ للقلب مما قد يقلل من تدفق الدم أو يوقفه. كما أن الناس الذين لديهم شعور مستمر بالاكتئاب والغضب والعداء معرضون بشكل أكبر للأزمات القلبية نشرت في دورية "سجلات الطب النفسي"، (The Archives of General Psychiatry, 2007).

- دراسة إكلينيكية سيكومترية للأعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة :  
الفييه (2002).

هدف الباحث من دراسته التي جرت في العام ( 2000-2002) معرفة الفروق بين مرضى السرطان وبين الأسوياء في حدة الأعراض النفسية، استنادًا إلى أن الفروق بين المرضى والأسوياء فروق في الدرجة وليست فروقًا في النوع. ومعرفة أهم الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان، وهل تختلف حدة الأعراض باختلاف موقع الإصابة بالسرطان، ومعرفة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السرطان في حدة الأعراض النفسية، حيث قام الباحث باختبار فروضه عن طريق اختيار مجموعتين بلغ عددهم ( 300 ) شخص تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين إحداهما من مرضى السرطان (150)، والأخرى من الأسوياء (150)، وذلك لمعرفة الفروق بينهما في متغيرات الدراسة، ثم قام الباحث باختيار مجموعتين متكافئتين في المتغيرات التي يمكن أن يكون لها أثر على الظاهرة المدروسة، وقد قام الباحث بحساب أوجه التكافؤ بين المجموعتين وفقًا

لبعض المعادلات الاحصائية. استخدم الباحث مقياسين في هذه الدراسة وهما مقياس قائمة مراجعة الأعراض المختصرة SCL 90 ومقياس الحالة المزاجية (بيك).

أشارت نتائج الدراسة إلى أن مرضى السرطان أكثر اكتئاباً من الأسوياء، ووجود فروق جوهرية بين مجموعة مرضى السرطان (المجموعة التجريبية) والأسوياء (المجموعة الضابطة) في الأعراض الجسمية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعداوة وقلق الخوف والبرانونيا التخيلية والذهانية، وأن مرضى السرطان أعلى من الأسوياء في الأعراض الجسمية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف، البرانونيا التخيلية والذهانية، بينما كان الأسوياء أعلى من مرضى السرطان في العداوة.

كما أشارت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السرطان لصالح الذكور في بعض الأبعاد التي تمثلها قائمة الأعراض المختصرة وقائمة بيك، وأن هناك أثر لتفاعل عاملي الجنس والحالة المرضية في حدة الأعراض النفسية المصاحبة لمرضى السرطان، بالإضافة إلى أثرهما منفردين كل على حدة. كما أن اختلاف موقع الإصابة بالسرطان يؤدي إلى اختلاف في درجة الأعراض النفسية.

- دراسة التشاؤم والاكتئاب ومرض القلب: بيرفوت (2008).

جرت دراسة أمريكية نشرت نتائجها هذا العام ( 2008 ) في المركز الطبي التابع لجامعة ديوك وأشرف عليها جون بيرفوت، بهدف معرفة كيفية تأثير صحة المريض بنظرته وتوجهاته حيال مرضه، وهو ما قد يؤثر في النهاية على فرصته في النجاة، أن التشاؤم والاكتئاب قد يهلك صاحبه بعد أن كشفت عن زيادة احتمالية تعرض مرضى القلب للوفاة بسبب معاناتهم القلبية، في حال لجأوا إلى التشاؤم عن حالتهم الصحية. وقد أجريت الدراسة على ( 2800 ) من المصابين بأمراض الشرايين التاجية، يعاني كل منهم انسداداً في شريان واحد على الأقل. وقد طلب من المشاركين ملء استبانات خاصة أعدها فريق البحث لقياس توقعاتهم حيال مقدرتهم على التعافي من المرض، واستعادتهم نمط الحياة الطبيعية، وطبقاً للدراسة توفي ( 978 ) شخصاً من المشاركين خلال فترة تراوحت (6 - 10) سنوات من بدء الدراسة، حيث تبين أن سبب الوفاة في ( 66% ) من الحالات



يرجع إلى إصابة المرضى بالشرابين التاجية، وتشير نتائج الدراسة الى ارتفاع مخاطر الوفاة للذين اظهروا تشاؤماً تجاه وضعهم الصحي، وذلك بمقدار الضعف مقارنةً مع المرضى الآخرين، ومن وجهة نظر الباحثين هناك علاقة بين الاكتئاب وزيادة معدلات الوفيات عند الأشخاص، غير أن النتائج الحالية تظهر حجم تأثير توقعات المريض على تعافيه من المرض، بغض النظر عن أية عوامل نفسية أو اجتماعية أخرى، ويعلق ( بيرفوت ) على النتائج موضحاً بان الدراسة تقدم نصيحة للطبيب، حول أهمية التنبيه الى ما يعتقد المريض حيال مرضه، لما لذلك من تأثير على تعافيه، كما تبين للمرضى بأن توقعاتهم الايجابية تجاه هذا الأمر لا تحسن من شعورهم فحسب، وإنما قد تمكنهم من العيش لفترة أطول.

- دراسة الإكتئاب والعزلة الاجتماعية واختلالات وظائف جهاز المناعة : جامعة كاليفورنيا (2008).

هذه الدراسة صدرت نتائجها عن جامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس بالولايات المتحدة (2008)، ونشرت في إحدى الدوريات العلمية المتخصصة في علم الجينات (Biology Genome) تمت هذه الدراسة من عبر متابعة الحالة الصحية لأكثر من ثلاثة آلاف شخص على مدار أربعة أعوام، اكتشف العلماء أن الأشخاص الذين يعيشون في عزلة اجتماعية، ترتفع في دمائهم مستويات بعض البروتينات الدالة على وجود التهاب مزمن، مقارنة بأقرانهم الذين يتمتعون بقدر أكبر من التواصل الاجتماعي ويرى الباحثون أن هذا الالتهاب الداخلي المزمن، يلعب دوراً في تصلب الشرايين عبر زيادة التصاق كريات الدم البيضاء بجدرانها الداخلية، مسببة انسدادها أو انفجارها لاحقاً.

وخلصت هذه الدراسة إلى أن العزلة الاجتماعية والوحدة الناتجة عن الإكتئاب، تؤديان إلى اختلالات في وظائف جهاز المناعة وإلى تحفيز بعض الجينات المسؤولة عن تنشيط عملية الالتهاب داخل الجسم، ويغيّران من طبيعة الع ملهات الكيميائية داخل الجسم، مما يؤثر سلباً على جهاز المناعة، ويحفز بعض الجينات على زياد إنتاج العوامل المسببة للالتهاب، التي تؤدي بدورها إلى تصلب الشرايين، ومن ثم الإصابة بالذبحات الصدرية والسكتات الدماغية.

- دراسة الاكتئاب: لـ بيرماهر/ جامعة بيتسبورج الأمريكية (1994).

تشير هذه الدراسة لعلاقة الوراثة بمرض الإكتئاب، وقد أجريت عام (1994)، لدراسة حالة عدد من الأطفال والمراهقين المعرضين للإصابة بمرض الإكتئاب بسبب إصابة أحد أفراد عائلاتهم به. وأوضحت الدراسة أن هؤلاء المفحوصين يفرزون كمية من هرمون النمو أقل من أقرانهم عند إعطائهم هرمون آخر يوعز بإطلاق هرمون النمو وهو هرمون (GHRH) ولا يعرف الباحثون إن كان سبب رد الفعل هو نوعية الجينات التي يحملها الشخص أو إن كانت العائلات تعاني من ضعف وراثي ما وقال الباحث بوريس بيرماهر إن الاكتشاف يضيف معلومات جديدة لفهم مرض الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين (<http://www.minshawi.com/other/Depressing.htm>,2008).

- دراسة الاكتئاب والأمراض العضوية: فريق بحث في جامعة ونستون - ميسون الأم ريكية (2007).

قام علماء في جامعة ونستون - ميسون الأمريكية ببحث العلاقة بين الحالة النفسية للبشر، ومدى استجابة جهازهم المناعي، حيث طلبوا من (52) متطوعاً رجالاً ونساءً، الكتابة عن أسوأ أوقات حياتهم وأفضلها، وبعد هذا قام الباحثون بقياس نشاطهم العقلي إلكترونياً. ولاحظ العلماء أن زيادة النشاط في مقدمة الفص الأمامي للمخ كان مرتبطاً باستجابة عاطفية أقوى، وحدث حالة اكتئاب ، وقد خضع الأشخاص بعد أن تم حقنهم بمصل مضاد للأنفلونزا لاختبارات متتالية بعد مرور أسبوعين وأربعة أسابيع وستة أشهر على الترتيب، وذلك لتحديد مدى استجابتهم للمصل. تبين من نتائج الاختبارات أن الأفراد الذين اظهروا نشاطاً أكبر في مقدمة الفص الأمامي للمخ، كانت لديهم كميات أقل من الأجسام المضادة للمرض في الدم، مما يعني أن جهازهم المناعي استجاب للمصل بصورة أقل. وكشف فريق البحث أن الاكتئاب لا يجعل الإنسان سلبياً من الناحية الذهنية فقط، بل إنه يمكن أن يجعل البشر أكثر عرضة للإصابة بأمراض جسدية أيضاً. وقد نُشرت نتائج البحث هذا العام على الموقع الإلكتروني للأكاديمية الوطنية للعلوم، وفقاً لوكالة الأسوشيتد برس (الزغاري، 2008) ([www.nafsyidman.com](http://www.nafsyidman.com)).

- دراسة الخوف والإصابة بأمراض القلب : غيزر (2008).

أجرت فرانشيسكا غيزر وأعضاء فريق البحث في عيادة (بوليكلينيك) ومعهد أرسولا هربريخت في المانيا مقارنة بين (31) مريضا من مختلف الأعمار يعانون من الرهاب (الفوبيا) وعددا مماثلا من الأشخاص الأصحاء آخذين في الاعتبار أمورا مثل الجنس (ذكور أو اناث)، وبعد اجراء فحوصات دم للمجموعتين ومقارنة عينات المرضى بعينات الأصحاء، تبين أن نسبة التخثر لدى الأشخاص الذين يعانون من التوتر وقلق الخوف كانت اعلى من نظرائهم الذين ليست لديهم أى مشاكل من هذا النوع، فقد وجد أن مرضى الفوبيا يعانون من انحلال مادة ( الفينيبيرين) وهي المسؤولة عن سيولة الدم، مما يزيد من فرص إصابتهم بالجلطات، وأن تزايد الإصابة بالتخثر قد يشكل الحلقة المفقودة التي توضح لماذا يكون المرضى الذين يعانون من القلق والخوف أكثر عرضة للموت بأمراض القلب من غيرهم . وأكدت الباحثة أن هذا لا يعنى أن كل مريض يعانى من القلق يصاب بنوبة قلبية، مشيرة إلى أن الخطر الصحي الحقيقي يكون بسبب تجمع عوامل أخرى مثل التدخين والبدانة. وقد أجريت دراسة تكميلية أشارت أن هؤلاء المرضى المصابين بتجلط الدم تحسنت صحتهم لالتزامهم في العلاج ( جريدة الشرق الأوسط، 2008).

- دراسة التفكير الإيجابي وتعزيز المناعة مما يقلل الأمراض النفسية والجسدية: فريق بحث في بتسبورغ في أمريكا (2006).

أجرى الباحثون الأمريكيون من جامعة كارنيجي ميلون في بتسبورغ دراسة أميركية عن علاقة الوضع النفسي بالتعرض للأمراض على (330) متطوعا لا يعانون من أمراض جسدية أو نفسية. وراقب الباحثون المرضى طوال أسبوعين واستفسروا منهم باستمرار عن وضعهم النفسي ومزاجهم. وركز الأطباء في أسئلتهم على الوضع النفسي للمتطوعين من خلال ثلاثة معايير ايجابية وهي: الحيوية، والشعور بصحة جيدة، والراحة الداخلية. كما تركزت الأسئلة السلبية (نفسيا) في ثلاثة معايير أخرى هي: الاكتئاب والتوتر والعدائية. وللتعرف على مدى مناعة المتطوعين ضد الأمراض عمد الأطباء بعد الاستجواب على بخ الرينوفيروسات المسببة للبرد عبر البخاخ في الأنف . وكتب فريق العمل الذي قاده شيلدون كوهين في المجلة المتخصصة (سيكوماتيك) أن المتطوعين في المجموعة الأولى الايجابية، أي المتفائلين الذين يشعرون أنفسهم بحالة وصحة جيدة، عانوا من أعراض برد أقل بكثير من المجموعة الثانية السلبية، وذكر شيلدون أن التفكير الايجابي يرتبط بمناعة قوية ضد فيروسات البرد، وواقع الحال أن الفيروس أصاب أفراد المجموعتين بالتساوي إلا أن أعراض المرض اختلفت بينهم وكانت أقل بشكل ظاهر بين المتفائلين. ويرى الباحثون أن سر

هذه المناعة ربما يكمن في أن الجسم يفرز مواد تشجع الالتهابات عندما يكون متفائلاً ويشعر  
بارتياح داخلي (<http://www.vb.maharty.com>).

- دراسة " الفروق بين المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له في عدد من المتغيرات الشخصية  
والإكلينيكية ": فرج والشيخ (2004).

هدفت الدراسة التعرف إلى الفروق بين المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له في متغيرات  
الإكتئاب، والوسواس القهري، وإضطراب الضغوط التالية للصدمة، وإضطرابات النوم، والأبعاد  
المختلفة لمفهوم الذات. وقد أفترضت الدراسة وجود فروق بين المتعرضات للعنف بجميع صورته  
اللفظي والجسدي وغير المتعرضات له، على جميع المتغيرات الديمغرافية.

استخدم في هذه الدراسة عينة من الإناث بمتوسط عمري ( 19.38 )، وجميعهن من طالبات جامعة  
الكويت بالكلديات المختلفة، عدد أفرادها (242) منهن (28) متزوجات، ويمثلن (11.57%) من حجم  
العينة، ومتوسط اعمارهن ( 20.78 )، و(214) طالبة غير متزوجة بنسبة ( 88.43%) ومتوسط  
أعمارهن (19.87) واستخدم الباحثان عدة مقاييس هي :  
1- مقياس العنف ضد المرأة. 2- مقياس تنس لمفهوم الذات. 3- قائمة بك للاكتئاب.

أشارت نتائج الدراسة وجود فروق بين المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له على متغيرات  
البحث، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين السيدات المتزوجات العاملات وغير العاملات  
في التعرض للإساءة من الزوج، مما يشير أن الإساءة لا ترتبط بعمل الزوجة فقط وإنما ترتبط  
بمتغيرات أخرى كخصائص شخصية الزوج ومعتقداته حول العنف ومدى قدرته على تحمل  
الإحباطات (قلة الدخل - البطالة - ضغوط العمل) وكذلك تاريخه الأسري وطبيعة علاقة الأم  
والأب، وكذلك ترتبط الإساءة بشخصية الزوجة واعتماديتها على الزوج واستفزازها لزوجها  
وطبيعة العلاقة الزوجية والعلاقة الجنسية بينهما. كما أشارت النتائج أن الإساءة الجسمية أكثر  
أشكال الإساءة ارتباطاً بالإتجاهات السلبية نحو الزوج ونحو المرأة ونحو وحدة الأسرة ونحو العلاقة  
الجنسية، وكذلك ارتبطت الإساءة الجسمية بوجود بعض الاضطرابات النفسية لدى الزوجة. وأن  
الإساءة بكل أشكالها تؤدي إلى اضطراب شخصية الزوجة المساء إليها وشعورها بالقلق والاكتئاب

والإحساس بالدونية والعجز مما يدفعها لتكوين صيغة معرفية سلبية نحو ذاتها والآخرين وخاصة الزوج ونحو أسرتها ومستقبلها مما يؤدي إلى زيادة اضطراب شخصيتها بتكرار تعرضها للإساءة .

- دراسة مدى انتشار الاضطرابات النفسية في المنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية: عبد الستار (1997).

وفي دراسته مسحية قام بها عبد الستار عام (1997) للتعرف على مدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها ، القلق والاكتئاب والعداوة والاستعداد للمرض النفسي، على عينه قوامها ( 1024 ) من الإناث و( 989 ) من الذكور من أطر ثقافية واجتماعية متباينة في المنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، حيث تم تطبيق مقاييس مقننه للاكتئاب والقلق والعداوة فقد وجدت الدراسة أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن ضخمة، إلا أن النساء سجلن درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات المرضيه، وقد ازدادت هذه الفروق بين من هم اصغر سنا (بين طالبات المدارس الثانويه، والطالبات الجامعيات) بينما اقل الدرجات في الاكتئاب ظهرت لدى النساء العاملات.

- دراسة العلاقات الاسريه والزوجيه وكيفية التعامل مع المرض: Stone وزملائه عام (1984).

قام ستون، بلوهم، ووايت ( Stone.Bluhmana & White.1984 ) في أمريكا بدراسه الخصائص الديموغرافيه والعلاقات الاسريه والزوجيه ومعرفه كيفية التعامل مع المرض، وعدد المضاعفات وشدتها، وتقديرات الذات، ومواقع الضبط الداخلي والخارجي، والرضا عن الحياه وارتباط هذه المتغيرات مع الاكتئاب على عينه مكونه من ( 75 ) مريضا بالبول السكري ( Diabetics ) ومعتدين لفترة طويلة المدى على تناول الانسولين، حيث تراوح متوسط أعمارهم ( 43.5 ) سنة، وقد تم تطبيق الأدوات النفسية الآتية: مقياس بيك للاكتئاب، اختبار لجمع البيانات، وقائمة المضاعفات الناتجة عن المرض، ومقياس سميث لتقدير الذات، ومقياس روتر للضبط الداخلي والخارجي، وقائمة الرضى عن الحياه، وقد انتهت النتائج إلى وجود ارتباط بين الإكتئاب والاعتقاد في الضبط الخارجي، والعلاقات الزوجية السلبية، والمضاعفات الناشئة من المرض وتقدير الذات المنخفض.

- دراسة الحالة النفسية للمرأة الحامل وعدم مبالاة أطباء النساء والولادة لهذا الجانب: أطباء نساء وولادة (2007).

أجريت هذه الدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية (2007)، لمعرفة مدى تقبل أطباء النساء والولادة إجراء مسح لاضطراب القلق للسيدات الحوامل اللاتي يراجعن عيادات الحمل، وهل هم مستعدون لإجراء مسح حول تشخيص اضطراب القلق وعلاجه للسيدات اللاتي يتم إجراء المسح عليهن، وذلك لأن اضطراب القلق يؤثر بصورة سلبية على صحة المرأة والجنين. هذه الدراسة تمت بتدريب أطباء نساء وولادة على تشخيص اضطراب القلق باستخدام مقياس للقلق ، واعطائهم معلومات عن هذا الاضطراب، وكيفية تشخيصه وكيفية علاجه خلال فترة الحمل.

تم إختيار (1193) طبيبياً من أطباء النساء والولادة ومتابعتهم خلال ممارستهم اليومية في مراجعة الحوامل وكانت نسبة الاستجابة (44%) (397)، حيث أبدى أطباء النساء والولادة اهتماماً متوسطاً بإجراء مسح لتشخيص اضطراب القلق، ولكنهم أبدوا اهتماماً أقل لعلاج القلق خلال هذا المسح . فقط (20%) من الأطباء أبدوا اهتماماً بالقلق وحولوا المريضات التي يُعانين من اضطراب القلق إلى العيادات المختصة بعلاج الأمراض النفسية، وقالت الدراسة أن الأطباء الذين تلقوا تدريباً جيداً هم أكثر اهتماماً بموضوع الاضطرابات النفسية عند المرأة الحامل سواء كان اكتئاب أو قلق أو أي اضطراب نفسي آخر، بينما قال الأطباء الذين نالوا تدريباً أقل أنهم لا ينتبهون لحالة الحامل النفسية، سواء كانت تُعاني من اكتئاب أو قلق أو أي اضطراب نفسي آخر، رغم اعترافهم بأهمية الحالة النفسية للحامل وتأثير ذلك على المرأة الحامل وعلى الجنين.

وقال الأطباء الذين تلقوا تدريباً جيداً أثناء دراستهم وأمضوا سنين أطول في الخبرة بأنهم يحرصون دائماً على حالة الحامل من جميع الجوانب النفسية والعضوية والاجتماعية. ثمة نقطة أخرى قال أطباء النساء والولادة بأن خبرتهم الشخصية سواء عانوا هم أنفسهم أو أحد أصدقائهم أو صديقاتهم من اضطراب القلق يجعلهم يهتمون كثيراً بالمشاكل النفسية للسيدات الحوامل اللاتي يُراجعن عيادات الحوامل، ويبدون اهتماماً جيداً بتحويل السيدة الحامل التي تُعاني من اضطراب القلق إلى العيادات المختصة في علاج الاضطرابات النفسية .

وكان من نتائج الدراسة أن أكد الأطباء الذين قاموا بالبحث، على اضطراب القلق أثناء الحمل من الاضطرابات المشهورة التي تعاني منها كثير من النساء الحوامل، ولكن لا ينتبه لها الأطباء المختصون بأمراض النساء والولادة، وأن التغيرات الفسيولوجية وما يتبع ذلك من تغير في الهرمونات عند المرأة الحامل له تأثير على حالتها النفسية (الخضير، 2007).

- دراسة حول المرض النفسي والثقة بالنفس: ستون (2003).

قام بعمل هذه الدراسة سلفرستون على المرضى النفسيين الموجودين في قسم الطب النفسي في جامعة البيرتا (ادمونت) في كندا ونشرت في الشهر الثاني من عام (2003م) في مجلة حوليات مستشفى الطب النفسي العام وكانت مكونة من جزأي. الجزء الأول منها هدف لبحث العلاقة بين انخفاض الثقة بالنفس والمرضى النفسيين وتحديد مدى انتشار ودرجة انخفاض الثقة بالنفس على نطاق الأمراض النفسية، أجريت هذه الدراسة على عينه مكونه من (11190) ، واستخدم الباحث مقياس روزنبرغ للثقة بالنفس ومقياس جانيس وفيلد للكفاءة الاجتماعية وعند مسح المرضى الذين أكملوا استبيانين لقياس الثقة بالنفس. تم عمل تحليل إحصائي بينت نتائج هذه الدراسة أن المرضى النفسيين يعانون بدرجة معينة من انخفاض الثقة بالنفس وأن درجة الانخفاض تختلف باختلاف التشخيص (اختلاف المرضى) فالثقة بالنفس كانت أقل في المرضى الذين يعانون من اكتئاب واضطرابات الأكل ويستخدمون المواد المخدرة وكذلك فإن هناك دليل التأثير التراكمي للأمراض النفسية على الثقة بالنفس فالمرضى الذين يعانون أكثر من مرض نفسي وخاصة عندما يكون أحدها الاكتئاب تكون ثقتهم بأنفسهم منخفضة أكثر. علق الباحث عن وجود حلقة مفرغة بين الثقة بالنفس والإصابة بالأمراض النفسية وأن انخفاض الثقة بالنفس يزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية ووجد أن هذا التأثير يكون واضحا أكثر مع بعض الأمراض النفسية عن غيرها مثل الاكتئاب واضطرابات الأكل واستخدام المواد المخدرة.

أما الجزء الثاني من الدراسة فقد كان عن العلاقة بين الثقة بالنفس والعوامل الديموغرافية والضغطات النفسية الاجتماعية في المرضى النفسيين. بينت نتائج هذه الدراسة أن هناك ارتباط مهم بين ارتفاع الثقة بالنفس وزيادة العمر والتحصيل العلمي والدخل، وأبدى المرضى الموظفون ارتفاع الثقة بالنفس مقارنة بالمرضى غير الموظفين وكانت المريضات يعانين من انخفاض الثقة

بالنفس مقارنة بالمرضى الذكور، وأن الثقة بالنفس عند المرضى النفسيين لم تتغير بشكل مهم بالنسبة لحالتهم الزوجية. لم تحدد أي علاقة بين الاضطرابات الحادة والثقة بالنفس في المرضى النفسيين ولكن الضغوطات الشديدة والمستمرة كانت قد ارتبطت بانخفاض الثقة بالنفس عند هم. إن نتائج هذه الدراسة بينت أن الثقة بالنفس عند المرضى النفسيين الناضجين تتأثر بعدة عوامل نفسية واجتماعية وديموغرافية تشمل العمر والجنس والحالة التعليمية والدخل والحالة الوظيفية والضغوطات النفسية والاجتماعية المستمرة (الزغاري، 2007).

- دراسة "الرهاب الاجتماعي والوسواس وتأثيرهما على الحياة الزوجية": الخضير (2007).

قام فريق طبي في البرازيل بإجراء دراسة جديدة عن تأثير اضطراب الوسواس القهري واضطراب الرهاب الاجتماعي على العملية الجنسية عند الأشخاص المصابين بهذين الاضطرابين ومقارنة النتائج بالنسبة للجنس عندهم. لقد تمت دراسة حالة (31) مريضاً من مرضى الوسواس القهري، تم تشخيصهم حسب الدليل الأمريكي للأمراض النفسية والعقلية الطبعة الرابعة. أما مرضى الرهاب الاجتماعي فكانوا (26) مريضاً وكان تشخيصهم حسب الدليل الأمريكي للأمراض النفسية والعقلية الطبعة الرابعة. وقد تم عمل مقابلات شخصية عن الأداء الجنسي لجميع المرضى من الفريقين، فالرجال تم سؤالهم عن الانتصاب، سلوكهم الجنسي، استخدامهم موانع الحمل والوقاية أثناء ممارسة العملية الجنسية. بالنسبة للنساء فقد تمت سؤالهن عن الوصول للذروة في العملية الجنسية (الأورجازم)، سلوكياتهم الجنسية، وكذلك سؤال الفريقين عن التعرض للتحرش الجنسي أثناء الطفولة. المقابلات كانت مقننة وباستخدام استبيانات معروفة ومُستخدمة في دراسات أخرى وثبتت فاعليته.

وقد كانت النتائج: أن المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري يجدون صعوبة أكثر في القذف بالنسبة للرجال وصعوبة الوصول للأورجازم بالنسبة للنساء، مقارنة بالأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، وكانوا يعانون من صعوبة في الانتصاب مقارنة بمرضى الرهاب الاجتماعي، كذلك كان عدد الأشخاص الذين تعرضوا لتحرش جنسي في طفولتهم أكثر بين الأشخاص المصابين بالوسواس القهري. أما الرجال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي كانوا أقل حرصاً في عملية الوقاية في استخدام واقٍ أثناء العملية الجنسية مقارنة بمرضى الوسواس القهري. أما المرضى المصابون بالوسواس القهري يستخدمون طرقاً مختلفة في العملية الجنسية عن مرضى الرهاب



الاجتماعي حيث يتناسب ذلك مع قلقهم وخوفهم من الأمراض، وأنهم لا يُحبون التغيير حسب طبيعة مرضهم، بينما مرضى الرهاب الاجتماعي كانوا يستخدمون طرقاً مختلفة في ممارسة العملية الجنسية بصورة أكثر من مرضى الوسواس القهري (الخصير، 2007).

- دراسة "ضغوط العمل تزيد احتمال الإصابة بأمراض القلب": فريق بحث بريطاني (2008) .

خلصت نتائج دراسة بحثية إلى أن لضغوط العمل تأثيراً بيولوجياً مباشراً على جسم الفرد، ما يؤدي إلى خطر تعرضه لأمراض القلب. وركزت الدراسة التي وردت تفاصيلها في مجلة أمراض القلب الأوروبية على أكثر من (10) آلاف موظف حكومي بريطاني . وتوصلت الدراسة إلى أن الأشخاص الذين نقل أعمارهم عن (50) عاماً ويعتبرون أن بيانات عملهم ضاغطة هم على الأرجح أكثر احتمالاً بنسبة (70%) للإصابة بأمراض القلب مقارنة مع زملائهم الذين يعملون في بيئات عمل تخلو من الضغوط .

واستنتجت الدراسة أن الأفراد العاملين في بيئات عمل ضاغطة لا يملكون الوقت الكافي لممارسة الرياضة والحفاظ على أنظمة غذائية صحية لكنها رصدت ظهور علامات على حدوث تغيرات بيولوجية وكيميائية مهمة في أجسام هؤلاء . وبالإضافة إلى توثيق الباحثين لشعور الموظفين تجاه بيئات عملهم، فإنهم راقبوا معدلات دقات القلب ومدى انتظامها وضغط الدم وكمية ما يسمى بهرمون الضغط في الدم، وكذلك، أخذ الباحثون في اعتبارهم النظام الغذائي المتبع والتمارين الرياضية والتدخين وتناول المشروبات الكحولية، وبعد ذلك، درس الباحثون كيفية إصابة الكثير من الأفراد بأمراض شرايين القلب أو تعرضهم لأزمات قلبية وعدد الذين ماتوا جراء ذلك.

وبدا أن الأشخاص الذين قالوا إنهم يعملون في بيئات عمل ضاغطة أقل احتمالاً لتناول كميات كافية من الفواكه والخضار وممارسة التمارين الرياضية، وخلص الباحثون إلى أن طبيعة نمط العيش المتبع يمثل عاملاً أساسياً في الإصابة بأمراض القلب، لكن الباحثين قالوا أيضاً إنهم متفائلون الآن لأنهم فهموا الآليات البيولوجية التي تربط ضغط العمل بالإصابة بالمرض .

ورغم أن العلماء يعتقدون على نطاق واسع بوجود علاقة بين ضغط العمل والمرض، فإنهم لا يستطيعون إثبات هذه العلاقة بسهولة ويبدو أن الضغط يضايق الجهاز العصبي المسؤول عن حركة القلب إذ يحدد كيفية عمله ويتحكم في وتيرة دقات القلب.

بالنسبة لمركز العامل، وفي الوقت الذي يبدو أن العاملين الشباب أكثر عرضة لخطر الإصابة بأمراض القلب، فإن البحث لم يتوصل إلى نتائج مختلفة فيما يخص أصحاب المراكز الإدارية العليا. ويُشار إلى أن دراسات بحثية سابقة خلصت إلى أن أصحاب الدرجات الإدارية الدنيا في العمل قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب منشورة GMT02:32:22 23/01/2008  
© BBC MMVIII ( , 2008) <http://news.bbc.co.uk>.

### 3.2 ملخص الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة تبين أن الاضطرابات النفسية تنتشر بين المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية، وأن العاملين في تلك العيادات لم يشخصوا أو ينتبهوا لوجود هذه الحالات لضعف تدريبهم في الطب النفسي.

كما أن الاضطرابات النفسية تزداد نسبتها لدى الإناث، وأنهن سجلن درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات المرضية، خاصة النساء الحوامل الذواتي تزداد لديهن نسبة القلق، وكذلك تزداد نسبة الاضطرابات النفسية لدى النساء المتعرضات للعنف وغير المتعرضات له، بينما أقل الدرجات في الاضطرابات، خاصة الاكتئاب ظهرت لدى النساء العاملات.

وظهر من الدراسات الفلسطينية أن الاكتئاب والقلق من الاضطرابات الشائعة لدى النساء الفلسطينيات وأن الظروف السياسية وضغوط الإحتلال التي تتعرض لها النساء في فلسطين لعبت دوراً في ارتفاع هذه النسبة.

ولوحظ أيضاً أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمعيشية الصعبة تلعب دوراً في ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية، كما أن التغيرات البيئية الخارجية سلبية كانت أو ايجابية تشكل ضغوطاً على الفرد وبالتالي تزيد احتمالية الإصابة بالمرض النفسي. ولوحظ أن استمرار التعرض للضغوط يجعل الشخص عاجزاً عن المقاومة نتيجة فقدان طاقة التكيف فتحدث الأمراض والوفيات المبكرة،

والإصابة بالأمراض الجسدية. كما أن لضغوط العمل تأثيراً بيولوجياً مباشراً على جسم الفرد، مما يؤدي إلى خطر تعرضه لأمراض القلب. وأن العزلة الاجتماعية والوحدة الناتجة عن الاضطرابات النفسية كالإكتئاب، تؤدي إلى اختلالات في وظائف جهاز المناعة وإلى تحفيز بعض الجينات المسؤولة عن تنشيط عملية الالتهاب داخل الجسم، ويغيران من طبيعة العمليات الكيميائية داخل الجسم، مما يؤثر سلباً على جهاز المناعة. نتيجة للعلاقة الوثيقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، فإن سوء الصحة الجسمية يؤدي إلى سوء التكيف عند الفرد واختلال صحته النفسية، والعكس صحيح. فالمرضى الذين يعانون من الأمراض الجسدية أكثر إصابة بالأمراض النفسية والاكئاب من الأسوياء، وأن هناك أثر لتفاعل عاملي الجنس والحالة المرضية في حدة الأعراض النفسية المصاحبة للمرضى كمرضى السرطان، بالإضافة إلى أثرهما منفردين كل على حدة. كما أن اختلاف موقع الإصابة بالمرض كالسرطان يؤدي إلى اختلاف في درجة الأعراض النفسية.

أما عن علاقة الوضع النفسي بالتعرض للأمراض للأمراض الجسدية أشار الباحثون أن الاكتئاب عامل خطورة للأمراض القلبية التاجية لاسيما في الحالات المترافقة مع السكري. كما أن مرض السكري يتزافق مع ظهور أبكر وأشد لتصلب الشرايين وأن الأشخاص المصابين بالسكري لديهم ارتفاع واضح في احتمال الإصابة بالأمراض القلبية التاجية. وكانت الأحداث القلبية التاجية أكثر حدوثاً في الحالات المصابة بالاكتئاب، ويبدو أن الاكتئاب يزيد في حدوث الحوادث القلبية التاجية.

فالاكتئاب لا يجعل الإنسان سلبياً من الناحية الذهنية فقط، بل إنه يمكن أن يجعله أكثر عرضة للإصابة بأمراض جسدية. كما أشارت نتائج بعض الدراسات لعلاقة الوراثة بمرض الإكتئاب.

كما تبين أن الأشخاص الذين يعانون من التوتر وقلق الخوف ومرضى الفوبيا معرضون للإصابة بالجلطات. وأن الأشخاص الذين تعرضوا لقلق وزيادة في ضربات القلب وزيادة في معدل التنفس جراء التعرض لنوبات زعر تزيد لديهم احتمالات الإصابة بأزمات قلبية أو جلطات. وأن الناس الذين لديهم شعور مستمر بالاكتئاب والغضب والعداء معرضون بشكل أكبر للأزمات القلبية.

من الملاحظ أنه نتيجة للعلاقة الوثيقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، هناك ارتباط بين المرض الجسدي وحدث المرض النفسي فسوء الصحة الجسمية يؤدي إلى سوء التكيف عند الفرد واختلال صحته النفسية، والعكس صحيح أيضاً.

وبينت بعض نتائج الدراسات أن التفكير الايجابي يرتبط بمناعة قوية ضد الأمراض الجسدية، و أن هناك ارتباط مهم بين ارتفاع الثقة بالنفس وزيادة العمر والتحصيل العلمي والدخل. فلنخفض الثقة بالنفس يزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية وجد أن هذا التأثير يكون واضحا أكثر مع بعض الأمراض النفسية عن غيرها مثل الاكتئاب واضطرابات الأكل واستخدام المواد المخدرة.

وقد انتهت بعض نتائج الدراسات إلى وجود ارتباط بين الإكتئاب، والعلاقات الزوجية السلبية، والمضاعفات الناشئة من المرض وتقدير الذات المنخفض.

## الفصل الثالث

### منهجية وإجراءات الدراسة

1.3 الطريقة والإجراءات للدراسة

1.1.3 منهج الدراسة

2.1.3 مجتمع الدراسة

3.1.3 عينة الدراسة والإجراءات

1.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

2.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الفئة العمرية

3.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية

4.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى دخل الأسرة

5.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة

6.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

4.1.3 متغيرات الدراسة

5.1.3 أدوات الدراسة

6.1.3 أساليب المعالجة الإحصائية

## الفصل الثالث

### 1.3 منهجية وإجراءات الدراسة:

تطرقَت الباحثة إلى الإجراءات التي اتبعت للوصول إلى تحقيق أهداف الدراسة.

#### 1.1.3 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذا البحث للكشف عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية ومدى ارتباطها ببعض المتغيرات المستقلة، منهج (Ex Post Facto) وهو طريقة من طرق البحوث الشبه تجريبية (Quazi Eperimental) يستخدمها الباحث عندما يكون البحث التجريبي غير ممكن، وهذا المنهج شائع الاستخدام ومفيد عند استخدام الموضوع الإنساني بموقف بالعالم الحقيقي وعندما يأتي الفاحص بعد الحدث، كما هو الحال في هذه الدراسة التي طبقت على المرضى الذين راجعوا طبيب العيادة للعلاج. لقد بدأت الباحثة بتحديد العوامل المستقلة والتابعة وإعداد أدوات القياس بعد أن خضعت لشروط الصدق والثبات، حيث تم كشف علاقة المتغيرات المستقلة (الديموغرافية والحالة الصحية) مع المتغير التابع وهو الحالة النفسية. ثم تم مسح خمس عيادات للرعاية الأولية وهي جميع العيادات الموجودة في مدينة الخليل وذلك في تواجد الباحثة يوميا في إحدى هذه العيادات وبشكل دوري ومنتظم للإشراف شخصيا على تعبئة استمارة البحث والإجابة على أي استفسار، ذلك طيلة فترة الدوام وطوال شهر أيلول للحصول على عينة الدراسة الملائمة والمتوفرة والممثلة لجميع مرضى العيادات الموزعة في

المدينة طوال هذا الشهر، حيث بلغ حجم العينة النهائي ( 330 ) مريض من الفئة العمرية (18-59) من المرضى مراجعي هذه العيادات، وقد طلب من جميع المرضى الذين حضروا من ضمن الفئة المستهدفة تعبئة استمارة البحث.

بعد جمع البيانات قامت الباحثة بالتحليل الإحصائي بإدخال البيانات إلى الحاسوب وتحليلها باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعالجة بياناتها احصائيا وخرجت الدراسة بالنتائج التي يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي.

### 2.1.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل والعيادات هي: عيادة الحاووز، عيادة عين سارة، عيادة الحرم الابراهيمي، عيادة الكرنتينا وعيادة المشاركة. وهذه العيادات تخدم جميع سكان مدينة الخليل من مختلف الأعمار والذين يشملهم التأمين الصحي . علما بأن 80% من سكان مدينة الخليل مؤمنين صحيا ( حسب معطيات مديرية الصحة) من عدد سكان المدينة البالغ ( 166.003 ) نسمة حسب إحصائيات الجهاز المركزي للإحصاء لعام (2006) .

### 3.1.3 عينة الدراسة وتوزيعها الديموغرافي:

العينة التي تم اختيارها في هذه الدراسة هي من نوع العينات غير احتمالية (Nonprobability Sampling)، وتسمى العينة الملائمة أو المتاحة (Available Sample) (Covenience Sample). وقد اختارت الباحثة هذا النوع من العينات، لأنها ملائمة لمثل هذه البحوث، وميسرة ويسهل الوصول إليها، وذلك بسبب عدم إمكانية إختيار عينة عشوائية، خاصة أن المرضى يأتون يوميا سواء كانوا مسجلين في سجل الطبيب أو يأتون لأول مرة، فهم متجددين يوميا وبذلك أخذت الباحثة ما هو متاح من الحالات، وكذلك نظرا لمحدودية الوقت وللإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة للباحثة. وقد اشار الحمداني في كتابه مناهج البحث العلمي، أن هذه الأنواع من العينات غير الاحتمالية قد تحدد الباحث في إمكانية تعميم نتائجها على المجتمعات التي اختيرت منها (الحمداني، 2006).

لقد تم أخذ العينة من مجتمع الدراسة والتي بلغ عددها ( 340 ) من المرضى الذين يأتون لاستشارة أطباء الرعاية الأولية في العيادات الخمسة، حيث شملت جميع المرضى في الدراسة والذين تتراوح أعمارهم بين ( 18-59 ) سنة، أما المرضى الذين يأتون بسبب الطوارئ ولأسباب غير مرضية مثل (التحويلات والتطعيم والتأمين أو من أجل فحص السياقة أو رعاية ما قبل الولادة أو التقارير الطبية) فقد تم استثناءهم من الدراسة، وكذلك تم استثناء المرضى ذوي الإعاقة العقلية، والصم الأكميين. علماً بأنه دعي للمشاركة في الدراسة جميع المرضى الذين حضروا لمقابلة الطبيب في شهر ايلول من 07/ 9/30-9/1. وبلغ عددهم في هذا الشهر اعتماداً على سجل الأطباء في جميع العيادات الخمس (6222) مريضاً من مختلف الأعمار.

والجداول التالية تبين التوزيع الديموغرافي للعينة:

### 1.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

يوضح الجدول (1.3) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس، ومنه نلاحظ أن الإناث لهم النصيب الأكبر بالعينة حيث بلغت نسبتهم 66.7% بينما بلغت نسبة الذكور 33.3%، أي أن ثلثي أفراد العينة من الإناث. وهذه الجداول تبين توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات المستقلة:

جدول 1.3: توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس.

متغير الجنس	التكرار	النسبة المئوية
أنثى	224	66.7
ذكر	112	33.3
المجموع	336	100



### 2.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الفئة العمرية:

يبين الجدول (2.3) توزيع أفراد العينة حسب متغير الفئة العمرية، ومنه نلاحظ أن الفئة العمرية (من 32 الى 38) هي الأكثر ظهوراً بالعينة حيث بلغت نسبتهم (23.4%) ويليهما الفئة العمرية (من 25 الى 31) حيث بلغت نسبتهم (21.8%) بينما جاء في المرتبة الأخيرة الفئة العمرية (من 53 الى 59) حيث بلغت نسبتهم (6.2%) وهناك ما نسبته (4.5%) امتنعوا عن الاجابة على هذا السؤال.

جدول 2.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الفئة العمرية.

متغير العمر	التكرار	النسبة المئوية
من 32 الى 38	75	23.4
من 25 الى 31	70	21.8
من 39 الى 45	56	17.4
من 46 الى 52	54	16.8
من 18 الى 24	46	14.3
من 53 الى 59	20	6.2
المجموع	321	95.5
قيم مفقودة	15	4.5
المجموع	336	100

### 3.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية:

يتضح من الجدول (3.3) أن النسبة العظمى هي من المتزوجين بنسبة تبلغ (83.9 % ) يليها وبفارق كبير العزاب بنسبة (13.1%) ونسبة ضئيلة لا تكاد تذكر يأتي المطلقون والمترملون.

جدول 3.3 : توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	التكرار	متغير الحالة الاجتماعية
83.9	282	متزوج
13.1	44	أعزب
1.8	6	مطلق أو أرمل
98.8	332	المجموع
1.2	4	قيم مفقودة
100	336	المجموع

#### 4.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى دخل الأسرة:

يتضح من الجدول ( 4.3 ) أن غالبية أفراد العينة من ذوي الدخل المنخفض حيث بلغت نسبتهم (71.2%).

جدول 4.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير مستوى الدخل.

النسبة المئوية	التكرار	متغير مستوى الدخل
71.2	235	أقل من 1500 شيكل
24.8	82	من 1500 الى 3500 شيكل
3.9	13	أكثر من 3500
98.2	330	المجموع
1.8	6	قيم مفقودة
100	336	المجموع

### 5.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة:

يبين الجدول (5.3) توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة ومنه نلاحظ أن معظم أفراد العينة هم ربات بيوت حيث بلغت نسبتهم (48.5%) ويليهما الموظفون بنسبة (20.7%) بينما جاء في المرتبة الأخيرة العاطلون عن العمل بنسبة (6.4%).

جدول 5.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير المهنة.

متغير المهنة	التكرار	النسبة المئوية
ربة بيت	145	48.5
موظف	62	20.7
عامل	34	11.4
أعمال حرة	27	9
لا يعمل	19	6.4
طالب	12	4
المجموع	299	89
قيم مفقودة	37	11
المجموع	336	100

### 6.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

يبين الجدول (6.3) توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي وأن غالبية أفراد العينة هم من المرحلة الإعدادية حيث بلغت نسبتهم (33.1%) ويليهما أولئك ذوو المرحلة الثانوية بنسبة (24.7%) بينما جاء في المرتبة قبل لأخيرة ذوو المرحلة الابتدائية أو الأميون بنسبة (21.4%) وفي المرتبة الأخيرة الجامعيون بنسبة (20.8%).

جدول 6.3 : توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	متغير المستوى التعليمي
33.1	110	إعدادي
24.7	82	ثانوي
21.4	71	ابتدائي وأقل
20.8	69	جامعي
98.8	332	المجموع
1.2	4	قيم مفقودة
100	336	المجموع

#### 4.1.3 إجراءات الدراسة:

لقد بدأت الباحثة بإجراءات الدراسة بفحص لأداة الدراسة والتي استغرقت أسبوعين، على ثلاثين مريضا من مراجعي عيادات الرعاية الأولية الخمس، كفحص أولي لمدى صلاحية الإستمارة، وفحص مدى استجابة المرضى لفهم واستيعاب بنود الاستمارة وذلك قبل البدء بعملية جمع المعلومات بأسبوعين، وقد أفادت نتائج التحليل عدم وجود أي غموض في العبارات، عدا بعض الاستفسارات العادية للتأكد من الإجابة.

بعد ذلك تم البدء بعملية جمع المعلومات التي امتدت من (9/1-9/30) حيث قامت الباحثة بإجراءات تعبئة الاستمارات وقد أشرفت شخصا على تعبئتها والإجابة على أي استفسار، وذلك بتواجدها يوميا في جميع العيادات وبشكل دوري.

أما إجراءات الحصول على العينة فقد تمت بأن بدأت الباحثة في اليوم الأول بالعمل في عيادة الحاووز طيلة ساعات الدوام الرسمي من الساعة الثامنة وحتى الثالثة ووزعت الأداة على جميع المرضى الذين وافقوا على المشاركة في البحث من عمر ( 18-59) بعد شرح أهداف الدراسة، ثم قامت في اليوم التالي وبنفس الطريقة للعمل في عيادة الكرنيتينا، ثم في اليوم الثالث في عيادة الحرم ثم عيادة المشاركة ثم عيادة عين سارة. وفي الأسبوع الثاني بدأت الباحثة بالدوام في عيادة الكرنيتينا ثم في اليوم الثاني الحرم ثم المشاركة ثم عين سارة ثم الحاووز، وهكذا على التوالي إلى نهاية الشهر

وقد كان الهدف من هذه الطريقة الحصول على عينة ممثلة من جميع العيادات الخمس الموزعين جغرافيا في المدينة وتفاذي ثبات الدوام في يوم محدد في كل من العيادات الخمس فقد تم تغطية جميع العيادات بأيام مختلفة وبنفس عدد الأيام طوال شهر أيلول .

كانت المشاركة تطوعية بشكل كامل وتمت من خلال الإتصال المباشر والمقابلة، حيث تم شرح الهدف من الدراسة. وقد طلب من (450) مريضا ممن تنطبق عليهم المواصفات من عمر (18-59) من خلال المقابلة، أن يكملوا الاستبيان وقد وافق ( 340 ) على المشاركة، أما بالنسبة للباقيين الذين رفضوا المشاركة في الدراسة فقد كان السبب الرئيسي للرفض كما ذكروا، هو ضغط الوقت. وقد تم تحليل ( 336 ) واستبعد الباقي لعدم استكمال المعلومات الأساسية وأيضا تم استبعاد الأرملة والمطلق بعد تحليل التوزيع لأفراد العينة لأن عددهم قليل جدا حيث بلغ عددهم 6 ثلاثة أفراد من كل فئة. هذا وقد تم تحليل ( 330 ) استمارة فقط لمعرفة الاضطرابات النفسية وارتباطها بمتغيرات الدراسة.

تم تعبئة الاستمارات بشكل فردي من قبل المرضى بعد الموافقة وتوضيح الهدف والتعليمات الخاصة بتعبئة الاستمارة، التي استغرق تعبئتها من ( 10 - 25 ) دقيقة، علماً بأن الباحثة لم تطلب وقت محدد لتعبئتها. أشرفت الباحثة على تعبئة جميع الإستمارات وقامت بتعبئة الإستمارة للأفراد الأميين والذين لم يستطيعوا وحدهم تعبئتها. وقد قام بمساعدتها أخصائيو اجتماعيون تم تدريبهم مسبقاً، ومتقنون صحيون من العاملين في الصحة، وذلك في بعض العيادات التي يزورها أعداد كبيرة من المرضى حيث شرحوا للمرضى أهداف الدراسة وطلب الموافقة للمشاركة في البحث فقط ولم يقوموا بالإشراف على تعبئة الاستمارات.

بعد جمع البيانات قامت الباحثة بالتحليل الإحصائي بإدخال البيانات إلى الحاسوب وتحليلها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS).

### 5.1.3 متغيرات الدراسة :

اشتملت الدراسة على نوعين من المتغيرات:

المتغيرات التابعة وهي الاضطرابات النفسية وتشمل، الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، الخوف، البرانويا، الذهان، البعد الإضافي، GSI، PSDI، PST .

المتغيرات المستقلة ولها عدة مستويات :

1-العمر : له (6) مستويات لعينات عمرية بمدى (5) سنوات من ( 18 -24 ) من ( 25 -31 ) من (32 - 38) من (39 - 45) من (46 - 52) من (53 - 59)

2-الجنس: ذكر، أنثى.

3-المستوى التعليمي : وله أربعة مستويات ابتدائي وأقل، إعدادي، ثانوي، جامعي .

4-الحالة الاجتماعية : ثلاث مستويات، أعزب، متزوج، (أرمل، مطلق) استثنوا من الدراسة لقلة عددهم.

5-الحالة الاقتصادية : ولها ثلاث مستويات

1 أقل من (1500) شغل الذين يعيشون في فقر مدقع 2- ( 1500 - 3500 ) شغل الذين

يعيشون تحت خط الفقر 3 - ( 3500 ) شغل وأكثر الذين يعيشون فوق خط الفقر.

6-المهنة : ولها ستة مستويات، طالب، موظف، عامل، أعمال حرة، ربة بيت، لا يعمل .

7-الحالة الصحية :

أ- يعاني من مرض جسدي أو لا يعاني .

ب-نوع المرض ومكانه وقد تم تصنيفها ل :

أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الجهاز التناسلي والبولي، أمراض الغدد، الأمراض الجلدية،

أمراض الجهاز العصبي، الجهاز الهيكلي والعضلي، الجهاز الدوري والقلب، الجهاز التنفسي.

ج- عدد مرات المراجعة للطبيب.

د- الفترة الزمنية للشكوى.

هـ- يستخدم أدوية للمرض أو لا يستخدم.

جدول 7.3: الحالة الصحية الجسمانية لأفراد العينة.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الصحية الجسمانية
58.04	195	لا أعاني من مرض جسيمي
41.96	141	أعاني من مرض جسيمي
100	336	المجموع

نلاحظ من الجدول (7.3) أن ما نسبته (41.96%) من أفراد العينة يعانون من أمراض جسمانية بينما (58.04%) لا يعانون من أمراض جسمانية.

جدول 8.3: عدد مرات المراجعة شهريا بسبب المرض.

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرار	
5.004	3.2	139	عدد مرات المراجعة بسبب المرض
83.31	72.5	194	الفترة الزمنية للشكاوي المرضية

يتبين من الجدول (8.3) أن معدل عدد مرات المراجعة الشهرية بسبب المرض الجسيمي (3.2) بانحراف معياري تقريبا (5) مرات ونلاحظ أن قيمة الانحراف المعياري كبيرة نوعا ما مما يشير إلى أن هناك حالات كانت تتطلب زيارات كثيرة في الشهر الواحد قد تكون هذه الأمراض صعبة منها أمراض السكري وأمراض القلب والضغط، كما وهناك حالات كانت لا تتطلب مراجعات كثيرة بسبب كون المرض بسيط مثل حالات الإنفلونزا والرشح. وأن معدل الفترة الزمنية للشكاوي المرضية بلغ (72.5) شهر بانحراف معياري تقريبا (83) شهرا وهذا يشير إلى وجود حالات تعاني من أمراض مزمنة وهناك أيضا حالات كانت الفترة الزمنية للشكاوي بسيطة حيث نلاحظ أن قيمة الانحراف المعياري كبيرة.

جدول 9.3: هل تستخدم الأدوية لعلاج الحالة التي تشكو منها؟

النسبة المئوية	التكرار	هل تستخدم الأدوية لعلاج الحالة التي تشكو منها؟
75.5	194	نعم
24.5	63	لا
76.49	257	المجموع
23.51	79	قيم مفقودة
100	336	المجموع

نلاحظ من الجدول (9.3) أن ما نسبته (75.5%) من أفراد العينة الذين حضروا للعيادة العامة أثناء إجراء الدراسة يستخدمون الأدوية للعلاج بينما ( 24.5%) لا يستخدمون وهذا قد يعود إلى أن المريض قد حضر للعيادة لأول مرة بسبب مرض جديد مثل الإنفلونزا أو الرشح.

### 6.1.3 أدوات الدراسة:

#### 1.6.1.3 استمارة الوضع الاقتصادي والاجتماعي :

استخدمتها الباحثة لمعرفة بعض الخصائص الديمغرافية والمستقلة وقد تحدثت الباحثة عنها سابقا.

#### 2.6.1.2 مقياس الأعراض التسعين SCL-90-R

استخدمت الباحثة مقياس قائمة مراجعة الأعراض التسعين، وتم تحقيق المصدقيه والثبات لهذا المقياس على معامل كورنباخ ألفا. حيث كانت (0.97%) وكانت معاملات الثبات لكل بعد من الأبعاد كما يشير جدول رقم (11) كالتالي: الأعراض الجسدية (0.89%)، الوسواس القهري (0.82%)، الحساسية التفاعلية (0.79%)، الإكتئاب (0.85%)، القلق (0.82%)، العدوانية (0.76%)، قلق الخوف (0.74%)، البرانويا التخيلية (0.72%)، الذهانبة (0.82%) والبعد الإضافي (0.73%).



جدول 10.3: معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس بطريقة كرونباخ ألفا.

الأبعاد	معامل الثبات
الأعراض الجسدية	0.89
الإكتئاب	0.85
القلق	0.82
الذهانية	0.82
الوسواس القهري	0.82
الحساسية التفاعلية	0.79
العدوانية	0.76
قلق الخوف	0.74
البعد الإضافي	0.73
البرانويا التخيلية	0.72

### 7.1.3 وصف المقياس :

هو قائمة صمم كمقياس عام يستخدم في مجال البحث العلمي والإكلينيكي ويعتبر 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 تطبيقه في مجال البحث العلمي يسمح بالانتفاع بفاعليته الكبيرة في دراسات العلاج المقارن.

صمم هذه القائمة ديروجيتس ولييمان وكوفي (Derogatis, Lipman & Covi, 1976)، وصدرت لها طبعة معدلة في عام ( 1986 ) (Derogatis, 1986). وهي من القوائم الواسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية (Maragraf & Schneider, b, 1994 P.33). وتتوفر القائمة باللغة الإنجليزية والألمانية والإسبانية والعربية، وقد صممت هذه القائمة كمقياس عام يستخدم في مجال البحث العلمي والإكلينيكي وتعتبر أداة وثيقة لتشخيص الأعراض النفسية والعقلية التي يشكو منها المرضى المترددون على العيادات، وتحتوي القائمة المعدلة SCL- 90- R على (90) بنداً تقيس مجالاً واسعاً من أعراض الاضطرابات النفسية والأضرار المعاشية ذاتياً ضمن فترة تبلغ سبعة أيام. وهي معدة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد تم تطويرها من خلال الأبحاث السيكمترية والإكلينيكية، ومن ثم تعتبر القائمة مكملة بطريقة مثالية جداً

للاختبارات التي تقيس بنية الشخصية عبر فترة زمنية طويلة ومتغيرات الأعراض المرضية المتطرفة، أو المستمرة لفترة زمنية طويلة. وتتيح القائمة إجراء تقييم متعدد الأبعاد وإمكانية إعادة الاختبار في دراسات سيرورة العلاج. وتقيس القائمة تسعة مجالات فرعية ويحتوي هذا المقياس على (90) عبارة تعكس (9) أبعاد للأعراض الأولية هي:

الأعراض الجسدية (Somatization) والوسواس القهري والقلق الاجتماعي والاكتئاب والقلق والعدوانية والقلق الرهابي، البارانويا والذهانية. إضافة إلى ثلاثة مؤشرات عامة خاصة بالإستغاثة GSI،PST،PSDI (Global Indices of Distress) وكل بُعد يتعلق بنموذج أسئلة معينة التي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض التي تلاحظ لدى فئة المرضى، وكل سؤال له خمس بدائل (0-5) حيث تدرج من لا يوجد معاناة ويشار إليه بكلمة (مطلقا) ومن ثم (نادرا) و(أحيانا) و(غالبا) وحتى معاناة مستمرة ويشار إليه بكلمة (دائما) (البحيري، 1984، ص35).

يمكن استخلاص الدرجة الكلية وقياس درجة الضغوط النفسية وعدد الأعراض الضاغطة. وتعتبر القائمة مفيدة من أجل الحصول على معلومات من المرضى والتحديد المتعدد الأبعاد للمنشأ المرضي (Maragraf & Schneider, 1994, P.70).

أما الأبعاد التسعة فهي :

- الأعراض الجسدية وتحتوي على (12 سؤال) وتشمل أرقام العبارات ( 40-1-53-4-48-27-49-12-56-58-52-42) .
- الوسواس القهري ويحتوي على (10 أسئلة)، وتشمل أرقام العبارات ( 45-38-51-9-46-55-10-28-65-3) .
- الحساسيه التفاعلية ويتكون من (9 أسئلة) وتشمل أرقام العبارات (6-21-34-36-37-41-61-69-73) .
- الاكتئاب ويشمل (13 سؤال) ويشمل ارقام العبارات (5-14-15-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79) .
- القلق (10 اسئلة) ويشمل ارقام العبارات (2-17-23-33-39-57-73-78-80-86) .
- العدوان (6 اسئلة) ويشمل ارقام العبارات ( 11-24-63-67-74-81) .
- الخوف (7 اسئلة) ويشمل ارقام العبارات ( 13-25-47-70-75-82-50) .

- البارانويا (6 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (8-18-43-68-76-83).
- الذهان (10 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (7-16-35-62-77-84-85-87-88-90).
- البعد الاضافي يحتوي (6 أسئلة) ويشمل أرقام العبارات (19-60-44-64-66-59-89).

واستخدمت القائمة في عدد كبير من الدراسات المتعلقة بالعلاج والمتابعة. أما مجالات الاستخدام فتقع في مجال المرضى المراجعين للعيادات في المجال الطبي النفسي وغير النفسي وفي مجال علم النفس الطبي والعلاج النفسي والنفسي- الاجتماعي.

في عام (1984) أصدر البحيري الترجمة العربية للقائمة عن النص الأصلي عارضاً لشرح أشكال الاضطرابات التي تقيسها القائمة والبنود وكيفية التصحيح. ويذكر بأنه يتم استخدامها أحياناً في مجالات العلاج بالأدوية، حيث يتم التشخيص بناء على المقياس ويوصف العلاج للمريض بالرغم من أنه صمم على أساس استخدامه مع المرضى الخارجين، إلا أنه وبعد استخدامه فتره 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 عينه من المرضى من أجل عمل مقارنات وذلك لتوضيح شدة الأعراض والفروق الدقيقة بين المجموعتين، كما ويمكن تطبيقه مع المرضى المدخلين في المستشفيات. ولا يتطلب تطبيقه وتصحيحه الوقت الكبير والذي لايتعدى (25) دقيقة كما أن سهوله تطبيقها في مجال البحث العلمي، يسمح بالانتفاع بفاعلية كبيرة في دراسات العلاج المقارن ( البحيري، 1984).

ثبات مقياس التسعين:

بناء الثبات المقارن للمقياس عملت بين قائمه أعراض الـ ( 90 ) والمقاييس الاخرى مثل مقياس الشخصية. وأظهرت النتائج درجه عاليه من الثبات التقريبي لقائمه الأعراض التسعين. ومقياس الثبات لقائمه الأعراض يعمل لتقييم العوامل المختلفه للموضوعات ولكل من أعراض القائمه الأخرى، حيث أظهر المقياس مستوى عالياً للابعاد التسعه من خلال مواصفات الجنس، الطبقة الاجتماعيه، والتشخيص الطبي (البحيري، 1984). والاختبار الثابت هو الذي يعطي نتائج مقارنة لنفس النتائج إذا طبق أكثر من مرة في ظروف متماثلة. (نادر، هشام، 1998). وتتمتع القائمة باتساق داخلي Internal Consistency بين (0.79 و 0.89) بالنسبة لعينات عيادية. كما أن هناك ثبات

عند إعادة الاختبار، والصدق محقق. ويبلغ معامل الارتباط بين المقاييس الفرعية مع بعضها (0.45) بالنسبة لعينات غير عيادية (Test Catalog,1996\1997 P. 199,244)

وفي البيئة الفلسطينية، فقد استخدم وطبق هذا المقياس من قبل عدة باحثين منهم فيفيان خميس في دراستها عام (1989) التكيف مع الضغوطات السياسية والاجتماعية، وأيضا قريناوي وزملائه (1994) في دراستهم الشهداء في مذبحة الخليل وميشيل صنصور (1995) في دراسته الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية في الضفة الغربية وإيليا عواد (1998) في دراسته الأطفال المعرضين للعنف ونجاح مناصرة (2003) في دراستها لمفهوم الذات عند النساء الفلسطينيات غير المتزوجات. لقد جرى في هذه الدراسة استخراج معامل الثبات للأداة بطريقة كرونباخ ألفا فكانت (0.97%) وهو كما نلاحظ معامل ثبات مرتفع جداً، علماً بأنه لا توثق بنتائج الدراسة إذا كان معامل الثبات أقل من (65%)، أيضاً جرى حساب معامل الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس بطريقة كرونباخ ألفا وكانت جميعها أعلى من (65%) والجدول رقم (10.3) يبين ذلك.

### 8.1.3 أساليب المعالجة الإحصائية :

بعد جمع بيانات الدراسة، قامت الباحثة بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسوب. وقد تم إدخالها للحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية ، حيث أعطيت الإجابة :

جدول 11.3: توزيع الدرجات على فقرات المقياس.

الاجابة	الدرجة	النسبة	الوسط الحسابي	الحالة
يضايقتني جدا	أربع درجات	81% - 100%	3.50 فأكثر	شديد جدا
كثيرا	ثلاث درجات	61% - 80%	من 2.50 الى 3.49	شديد
أحيانا	درجتان	41% - 60%	من 1.50 الى 2.49	متوسط
بعض الشكوى	درجة واحدة	21% - 40%	من 0.50 الى 1.49	بسيط
لا يضايقتني بالمرّة	صفر درجة	0% - 20%	أقل من 0.49	لا يوجد

وقد تمت معالجة البيانات باستخدام الحاسب الآلي عن طريق برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، (Statistical Package for Social Sciences)، وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية لوصف العينة وتحديد مدى انتشار الأعراض النفسية لأفراد العينة، ويستخدم أسلوب التكرارات والنسب المئوية لوصف المتغيرات النوعية.
2. الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف المتغيرات الكمية.
3. الانحدار المتعدد (Multiple Regression) ويستخدم هذا الأسلوب لاستقصاء العلاقة بين متغير تابع واحد وعدة متغيرات مستقلة، ويستخدم أسلوب (Stepwise Regression) وهو أحد أساليب الانحدار المتعدد للبحث عن المتغيرات المستقلة التي تؤثر على المتغير التابع ويرتبها حسب الأهمية أي الأكثر تأثيراً أو ارتباطاً بالمتغير التابع.
4. معامل التحديد (  $R^2$  Coefficient of Determination ) وهو يقيس نسبة مساهمة المتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة في تفسير المتغير التابع وتتراوح قيمة معامل التحديد من 0 إلى 1.
5. تم استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية التالية لأن البيانات الدراسية لا تخضع للتوزيع الطبيعي:
  - أ. اختبار U ل مان- وتني ( The Mann-Whitney Test ) ويستخدم هذا الإختبار لمقارنة متوسطي عينتين غير مرتبطتين وهو اختبار لا معلمي أي لا يعتمد على شرط التوزيع الطبيعي كما لا يعتمد على تساوي عدد أفراد العينتين. ويعتمد هذا الإختبار إلى منح الرتب ويستخدم قانون (Z) للتحقق من صحة الفرق بين العينتين. وفيها تعطى الرتب لأفراد العينتين على أنهما مجموعة واحدة.
  - ب. اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) وهو اختبار لامعلمي يستخدم لمقارنة متوسطات ثلاث مجتمعات فأكثر، ويعتمد هذا أيضا إلى منح الرتب ويستخدم قانون  $(\chi^2_{(df)})$  حيث ( df ) هي درجات الحرية.
7. تم التحقق من المصادقية والثبات لهذا المقياس على معامل كورنباخ الفا.

**الفصل الرابع**  
**عرض نتائج الدراسة ومناقشتها**

## الفصل الرابع

تناولت الباحثة في هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من المرضى، من خلال إجابة أفراد العينة على أدوات البحث والقياس، وهي استمارة الوضع الاجتماعي والاقتصادي ولبعض الخصائص الديموغرافية، وقائمة الأعراض التسعين للأعراض النفسية والعقلية. التي تم تحليلها بالطرق الإحصائية باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) لـ 330 استمارة اكتملت فيها المعلومات، واستعراض النتائج وفقاً لانسجامها وارتباطها مع أسئلة البحث وفرضياته، لإعطاء تفسير لها.

### 1.4 عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي نصه:

" ما مدى انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل ؟ "

للإجابة على هذا السؤال تم ترميز الاجابة اللفظية " لا يضايقني بالمره " بالرقم 0 والإجابات الأخرى بالرقم 1 وذلك للتعرف على نسبة انتشار الاضطرابات النفسية التسعة.

جدول 1.4: النسب المئوية للأعراض النفسية مرتبة حسب الدرجة.

الرتبة	النسبة المئوية	الأعراض النفسية
المرتبة الأولى	58.13	الأعراض الجسدية
المرتبة الثانية	54.61	الوسواس القهري
المرتبة الثالثة	53.00	الاكتئاب
المرتبة الرابعة	52.71	الحساسية التفاعلية
المرتبة الخامسة	50.45	البرانويا التخيلية
المرتبة السادسة	46.55	القلق
المرتبة السابعة	46.38	العدوانية
المرتبة الثامنة	35.45	الذهانية
المرتبة التاسعة	34.95	قلق الخوف

يتبين من الجدول (1.4) أن الأعراض الجسدية Somatization هي الأكثر انتشارا لدى المبحوثين حيث ظهرت بنسبة مئوية (58.13%) بينما كان قلق الخوف هو أقل الأعراض انتشارا حيث ظهرت بنسبة مئوية (34.95%).

جدول 2.4.أ: التكرارات والنسب المئوية للأعراض النفسية موزعة حسب درجة الشدة.

الأعراض						
شديد جدا	شديد	متوسط	بسيط	لا يوجد	التكرار	النسبة
-	11	70	185	70	التكرار	GSI
-	3.3	20.8	55.1	20.8	النسبة	
-	71	222	39	-	التكرار	PSDI
-	21.4	66.9	11.7	-	النسبة	
3	34	95	145	59	التكرار	الأعراض الجسدية
0.9	10.1	28.3	43.2	17.6	النسبة	
2	25	85	164	60	التكرار	الوسواس القهري
0.6	7.4	25.3	48.8	17.9	النسبة	
1	23	81	165	66	التكرار	الحساسية التفاعلية
0.3	6.8	24.1	49.1	19.6	النسبة	



جدول 2.4.ب: التكرارات والنسب المئوية للأعراض النفسية موزعة حسب درجة الشدة.

الأعراض		لا يوجد	بسيط	متوسط	شديد	شديد جدا
الاكتئاب	التكرار	65	173	76	22	-
	النسبة	19.3	51.5	22.6	6.5	-
القلق	التكرار	93	153	78	12	-
	النسبة	27.7	45.5	23.2	3.6	-
العدوانية	التكرار	86	156	64	24	6
	النسبة	25.6	46.4	19.0	7.1	1.8
قلق الخوف	التكرار	152	130	48	6	-
	النسبة	45.2	38.7	14.3	1.8	-
البرانويا التخيلية	التكرار	79	154	77	26	-
	النسبة	23.5	45.8	22.9	7.7	-
الذهانية	التكرار	149	127	53	7	-
	النسبة	44.	37	15	2.	-

يتبين من الجدول (2.4) أن ما نسبته (24.1%) من أفراد العينة يشكون من الأعراض النفسية بناء على الـ GSI منهم (3.3%) في درجة شديدة. هناك ما نسبته (39.3%) من أفراد العينة يعانون من الأعراض الجسدية منهم (11%) بدرجة شديدة وشديد جدا وهم بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. وهناك ما نسبته (33.3%) من أفراد العينة يعانون من أعراض الوسواس القهري منهم (8%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. أما بالنسبة لأعراض الحساسية التفاعلية فهناك ما نسبته (31.2%) بحاجة إلى تدخل منهم ما نسبته (7.1%) بدرجة شديدة وشديد جدا وهم بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. . وهناك (29.1%) يعانون من أعراض الإكتئاب منهم (6.5%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. (26.8%) من أفراد العينة يعانون من القلق منهم (3.6%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. (27.9%) من أفراد العينة يعانون من العدوانية منهم (8.9%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. أما بالنسبة لأعراض قلق الخوف فهناك ما نسبته (16.1%) من أفراد العينة بحاجة إلى تدخل منهم (1.8%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. (30.6%) من أفراد العينة يشكون من أعراض البرانويا التخيلية منهم ما نسبته (7.7%) بدرجة شديدة وبحاجة إلى

تحويل للتدخل العلاجي. وهناك ما نسبته ( 17.9%) من أفراد العينة يعانون من الأعراض الذهانية منهم (2.1%) بدرجة شديدة بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي.

وعند مقارنة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للأعراض النفسية للدراسة الحالية وبين دراسة Derogatis للأشخاص الطبيعيين تبين أن هناك فروقا واضحة بين معدل الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية بين الأشخاص الطبيعيين والمرضى مراجعي العيادات في هذه الدراسة الحالية ، مما يدل على وجود اضطرابات نفسية لديهم.

جدول (3.4): مقارنة بين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للأعراض النفسية للدراسة الحالية وبين دراسة Derogatis للأشخاص الطبيعيين.

Derogatis Normative Group		الدراسة الحالية		الأعراض النفسية التي يقيسها SCL-90-R
Stander Deviation	Mean	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
.42	.36	.85	2.90	الأعراض الجسدية
.45	.39	.78	2.73	الوسواس القهري
.44	.36	.78	2.65	الإكتئاب
.39	.29	.75	2.63	الحساسية التفاعلية
.44	.34	.73	2.52	البرانونيا التخيلية
.37	.30	.85	2.33	القلق
.40	.30	.70	2.32	العدوانية
.25	.14	.80	1.77	الذهانية
.31	.13	.71	1.75	قلق الخوف
.31	.31	.65	1.09	GSI
.42	1.32	20.40	44.43	PSDI
15.48	19.29	.52	2.12	PST

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصه:

" ما مدى ارتباط وعلاقة الاضطرابات النفسية ببعض الخصائص الديموغرافية والمتغيرات المستقلة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى دخل الأسرة، المهنة، المستوى التعليمي، الحالة الصحية) ؟ "

وللإجابة عن هذا السؤال فحصت الباحثة الفرضيات المتعلقة به.

1- النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى لمتغير الجنس. لفحص الفرضية استخدم اختبار Mann-Whitney والجدول (4.4) يبين ذلك.

جدول 4.4.أ: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس.

الأعراض	متغير الجنس	العدد	الوسط الرتبي	العلامة المعيارية Z	p-value
GSI	ذكر	112	145.93	-3.011	0.003
	أنثى	224	179.78		
PST	ذكر	112	142.19	-3.511	0.000
	أنثى	224	181.66		
PSDI	ذكر	110	162.97	-0.600	0.548
	أنثى	224	169.72		

جدول 4.4.ب: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس.

الأعراض	متغير الجنس	العدد	الوسط الرتبي	العلامة المعيارية Z	p-value
الأعراض الجسدية	ذكر	112	143.71	-3.310	0.001
	أنثى	224	180.90		
الوسواس القهري	ذكر	112	153.15	-2.050	0.040
	أنثى	224	176.17		
الحساسية التفاعلية	ذكر	112	154.69	-1.845	0.065
	أنثى	224	175.40		
الاكتئاب	ذكر	112	143.04	-3.399	0.001
	أنثى	224	181.23		
القلق	ذكر	112	142.77	-3.438	0.001
	أنثى	224	181.37		
العدوانية	ذكر	112	163.61	-0.654	0.513
	أنثى	224	170.94		
قلق الخوف	ذكر	112	144.21	-3.260	0.001
	أنثى	224	180.65		
البرانويا التخيلية	ذكر	112	153.59	-1.995	0.046
	أنثى	224	175.95		
الذهانية	ذكر	112	159.24	-1.240	0.215
	أنثى	224	173.13		

يتبين من الجدول (4.4) وجود فروق في نسبة الشكوى النفسية GSI والأعراض الجسدية والوسواس القهري والاكتئاب والقلق وقلق الخوف والبرانويا التخيلية وكانت هذه الفروق لصالح الإناث كما هو واضح من خلال الأوساط الحسابية. بينما لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الجنس في الأعراض التالية: الحساسية التفاعلية والعدوانية والذهانية، حيث كان مستوى الدلالة لقيم (Z) عليها أكثر من (0.05).

2. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية ( الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية ) تعزى لمتغير الفئة العمرية. لفحص الفرضية استخدم اختبار Kruskal-Wallis والجدول (5.4) يبين ذلك.

جدول 5.4: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية.

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير الفئة العمرية	الأعراض
0.231	6.867	169.34	46	من 18 الى 24	GSI
		180.31	70	من 25 الى 31	
		149.56	75	من 32 الى 38	
		163.06	56	من 39 الى 45	
		141.89	54	من 46 الى 52	
		162.98	20	من 53 الى 59	
0.090	9.536	172.57	46	من 18 الى 24	PST
		182.74	70	من 25 الى 31	
		151.15	75	من 32 الى 38	
		164.83	56	من 39 الى 45	
		136.36	54	من 46 الى 52	
		151.05	20	من 53 الى 59	
0.505	4.315	162.33	46	من 18 الى 24	PSDI
		163.69	70	من 25 الى 31	
		146.50	75	من 32 الى 38	
		158.63	56	من 39 الى 45	
		164.44	53	من 46 الى 52	
		192.40	20	من 53 الى 59	
0.120	8.729	128.85	46	من 18 الى 24	الأعراض الجسدية
		171.47	70	من 25 الى 31	
		155.15	75	من 32 الى 38	
		178.21	56	من 39 الى 45	
		164.56	54	من 46 الى 52	
		162.43	20	من 53 الى 59	

جدول 5.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير الفئة العمرية	الأعراض
0.114	8.876	175.88	46	من 18 الى 24	الوسواس القهري
		178.35	70	من 25 الى 31	
		156.55	75	من 32 الى 38	
		153.75	56	من 39 الى 45	
		134.73	54	من 46 الى 52	
		173.95	20	من 53 الى 59	
0.093	9.438	177.72	46	من 18 الى 24	الحساسية التفاعلية
		178.04	70	من 25 الى 31	
		146.85	75	من 32 الى 38	
		169.88	56	من 39 الى 45	
		145.38	54	من 46 الى 52	
		133.32	20	من 53 الى 59	
0.392	5.196	169.85	46	من 18 الى 24	الاكتئاب
		178.66	70	من 25 الى 31	
		150.61	75	من 32 الى 38	
		159.41	56	من 39 الى 45	
		146.70	54	من 46 الى 52	
		160.85	20	من 53 الى 59	
0.300	6.070	171.96	46	من 18 الى 24	القلق
		175.96	70	من 25 الى 31	
		153.04	75	من 32 الى 38	
		160.18	56	من 39 الى 45	
		140.06	54	من 46 الى 52	
		172.15	20	من 53 الى 59	
0.088	9.591	181.14	46	من 18 الى 24	العدوانية
		173.36	70	من 25 الى 31	
		151.22	75	من 32 الى 38	
		161.30	56	من 39 الى 45	
		134.22	54	من 46 الى 52	
		179.53	20	من 53 الى 59	

جدول 5.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير الفئة العمرية	الأعراض
0.017	13.733	173.39	46	من 18 الى 24	قلق الخوف
		189.40	70	من 25 الى 31	
		160.58	75	من 32 الى 38	
		147.63	56	من 39 الى 45	
		135.06	54	من 46 الى 52	
		142.18	20	من 53 الى 59	
0.237	6.788	171.05	46	من 18 الى 24	البرانونيا التخيلية
		175.39	70	من 25 الى 31	
		160.51	75	من 32 الى 38	
		154.55	56	من 39 الى 45	
		136.23	54	من 46 الى 52	
		174.28	20	من 53 الى 59	
0.051	10.994	185.90	46	من 18 الى 24	الذهانية
		176.87	70	من 25 الى 31	
		138.68	75	من 32 الى 38	
		164.35	56	من 39 الى 45	
		147.44	54	من 46 الى 52	
		159.13	20	من 53 الى 59	

يتبين من الجدول (5.4) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية في جميع الأعراض ماعدا قلق الخوف، حيث كان مستوى الدلالة لقيمة ( $\chi^2$ ) عندها أقل من (0.05)، وأن هذه الفروق لصالح الفئة العمرية من 25 إلى 31 ويلبها الفئة العمرية من 18 إلى 24.

### 3. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية ( الأعراض الجسديه والوسواس القهري والحساسيه التفاعليه والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانونيا التخيلية والذهانية ) تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

ولفحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار Mann-Whitney بعد استبعاد عينة الأرامل والمطلقات وذلك لصغر حجمها والجدول (6.4) يبين نتائج الاختبار.

جدول 6.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

p-value	العلامة المعيارية Z	الوسط الرتبي	العدد	متغير الحالة الاجتماعية	الاعراض
.1700	-1.372	145.36	44	أعزب	GSI
		166.33	282	متزوج	
.6610	.4390-	157.70	44	أعزب	PST
		164.40	282	متزوج	
.0330	-2.128	134.19	43	أعزب	PSDI
		166.83	281	متزوج	
.0000	-4.715	101.23	44	أعزب	الأعراض الجسدية
		173.22	282	متزوج	
.8890	.1390-	161.66	44	أعزب	الوسواس القهري
		163.79	282	متزوج	
.3390	.9560-	150.88	44	أعزب	الحساسية التفاعلية
		165.47	282	متزوج	
.2670	-1.109	148.85	44	أعزب	الاكتئاب
		165.79	282	متزوج	
.3450	.9440-	151.03	44	أعزب	القلق
		165.45	282	متزوج	
.6580	.4420-	157.67	44	أعزب	العدوانية
		164.41	282	متزوج	
.4860	.6970-	154.34	44	أعزب	قلق الخوف
		164.93	282	متزوج	
.9000	.1250-	161.85	44	أعزب	البرانونيا التخيلية
		163.76	282	متزوج	
.3510	.9320-	175.78	44	أعزب	الذهانية
		161.58	282	متزوج	

يتبين من الجدول (6.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في الأعراض الجسدية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية حيث نلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أقل من (0.05) وأن



هذه الفروق لصالح المتزوجات بينما نلاحظ عدم وجود فروق في بقية الأعراض، حيث كان مستوى الدلالة لقيم (Z) عندها أكبر من (0.05).

4. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى لمتغير مستوى دخل الأسرة. لفحص الفرضية استخدم اختبار Kruskal-Wallis والجدول (7.4) يبين ذلك.

جدول 7.4: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعاً لمتغير مستوى دخل الأسرة.

p-value	$\chi^2_{(2)}$	الوسط الرتي	العدد	متغير مستوى الدخل	الاعراض
0.000	16.065	178.09	235	أقل من 1500 شيكل	GSI
		139.68	82	من 1500 الى 3500	
		100.85	13	أكثر من 3500	
0.002	12.827	175.79	235	أقل من 1500 شيكل	PST
		147.18	82	من 1500 الى 3500	
		95.15	13	أكثر من 3500	
0.000	16.233	177.83	235	أقل من 1500 شيكل	PSDI
		130.10	82	من 1500 الى 3500	
		138.88	13	أكثر من 3500	
0.000	22.764	181.15	235	أقل من 1500 شيكل	الأعراض الجسدية
		130.18	82	من 1500 الى 3500	
		105.31	13	أكثر من 3500	
0.020	7.866	172.80	235	أقل من 1500 شيكل	الوسواس القهري
		154.28	82	من 1500 الى 3500	
		104.35	13	أكثر من 3500	
0.001	13.910	176.41	235	أقل من 1500 شيكل	الحساسية التفاعلية
		145.49	82	من 1500 الى 3500	
		94.50	13	أكثر من 3500	
0.000	15.213	178.09	235	أقل من 1500 شيكل	الاكنتاب
		138.24	82	من 1500 الى 3500	
		109.92	13	أكثر من 3500	
0.002	12.480	177.08	235	أقل من 1500 شيكل	القلق
		139.41	82	من 1500 الى 3500	
		120.77	13	أكثر من 3500	

جدول 7.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير مستوى دخل الأسرة.

الاعراض	متغير مستوى الدخل	العدد	الوسط الرتبي	$\chi^2_{(2)}$	p-value
العدوانية	أقل من 1500 شيكل	235	174.88	8.571	0.014
	من 1500 الى 3500	82	145.40		
	أكثر من 3500	13	122.73		
قلق الخوف	أقل من 1500 شيكل	235	178.46	16.075	0.000
	من 1500 الى 3500	82	137.01		
	أكثر من 3500	13	110.96		
البرانونيا التخيلية	أقل من 1500 شيكل	235	172.83	4.993	0.082
	من 1500 الى 3500	82	148.90		
	أكثر من 3500	13	137.81		
الذهانية	أقل من 1500 شيكل	235	172.77	8.914	0.012
	من 1500 الى 3500	82	155.42		
	أكثر من 3500	13	97.62		

يتبين من الجدول (7.4) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى  $(\alpha = 0.05)$  لجميع الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير مستوى دخل الأسرة باستثناء البرانونيا التخيلية حيث كان مستوى الدلالة لقيم  $(\chi^2)$  عليها أقل من  $(0.05)$ ، وأن هذه الفروق كانت لصالح مستوى الدخل المنخفض أقل من 1500 شيكل. كما ونلاحظ وجود علاقة عكسية بين مستويات متغير دخل الأسرة ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية أي بزيادة مستوى دخل الاسرة تقل نسبة انتشار الأعراض النفسية.

##### 5. النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة  $(\alpha = 0.05)$  في درجة الاضطرابات النفسية (الاعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتئاب والقلق والعدوانية و قلق الخوف والبرانونيا التخيلية والذهانية ) تعزى لمتغير المهنة.

لفحص الفرضية استخدم اختبار Kruskal-Wallis والجدول (8.4) يبين ذلك.

جدول 8.4: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير المهنة.

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير المهنة	الأعراض
0.000	33.993	169.89	145	ربة بيت	GSI
		96.48	62	موظف	
		127.54	12	طالب	
		159.66	34	عامل	
		147.96	27	أعمال حرة	
		172.63	19	لا يعمل	
0.000	27.461	101.23	145	ربة بيت	PST
		169.50	62	موظف	
		151.88	12	طالب	
		149.20	34	عامل	
		160.76	27	أعمال حرة	
		145.75	19	لا يعمل	
0.000	26.666	108.28	145	ربة بيت	PSDI
		160.91	62	موظف	
		169.25	12	طالب	
		145.63	34	عامل	
		188.97	27	أعمال حرة	
		98.71	19	لا يعمل	
0.000	51.271	174.59	145	ربة بيت	الأعراض الجسدية
		91.10	62	موظف	
		95.58	12	طالب	
		164.28	34	عامل	
		131.98	27	أعمال حرة	
		188.92	19	لا يعمل	

جدول 8.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير المهنة.

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير المهنة	الأعراض
0.002	18.630	160.34	145	ربة بيت	الوسواس القهري
		110.86	62	موظف	
		140.54	12	طالب	
		165.38	34	عامل	
		146.87	27	أعمال حرة	
		181.71	19	لا يعمل	
0.000	33.251	169.53	145	ربة بيت	الحساسية التفاعلية
		97.87	62	موظف	
		125.33	12	طالب	
		170.85	34	عامل	
		144.06	27	أعمال حرة	
		157.76	19	لا يعمل	
0.000	24.999	168.29	145	ربة بيت	الاكتئاب
		105.63	62	موظف	
		135.83	12	طالب	
		146.44	34	عامل	
		146.19	27	أعمال حرة	
		175.97	19	لا يعمل	
0.000	29.747	169.93	145	ربة بيت	القلق
		99.61	62	موظف	
		136.33	12	طالب	
		148.90	34	عامل	
		157.02	27	أعمال حرة	
		162.97	19	لا يعمل	

جدول 8.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير المهنة.

p-value	$\chi^2_{(5)}$	الوسط الرتبي	العدد	متغير المهنة	الأعراض
0.003	18.373	160.01	145	ربة بيت	العدوانية
		109.01	62	موظف	
		143.50	12	طالب	
		162.60	34	عامل	
		165.26	27	أعمال حرة	
		167.26	19	لا يعمل	
0.001	21.571	167.91	145	ربة بيت	قلق الخوف
		108.12	62	موظف	
		147.21	12	طالب	
		155.66	34	عامل	
		140.76	27	أعمال حرة	
		154.76	19	لا يعمل	
0.187	7.492	156.53	145	ربة بيت	البرانونيا التخيلية
		124.57	62	موظف	
		151.21	12	طالب	
		162.97	34	عامل	
		160.57	27	أعمال حرة	
		144.11	19	لا يعمل	
0.004	17.159	160.60	145	ربة بيت	الذهانية
		110.24	62	موظف	
		161.46	12	طالب	
		158.78	34	عامل	
		153.04	27	أعمال حرة	
		171.55	19	لا يعمل	

يتبين من الجدول (8.4) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المهنة في أعراض البرانويا التخيلية حيث كان مستوى الدلالة عندها أكبر من (0.05) بينما وجدت الفروق في بقية الأعراض، حيث كان مستوى الدلالة لقيم ( $\chi^2$ ) عليها أقل من (0.05)، وأن هذه الفروق كانت لصالح العاطلون عن العمل في الأعراض الجسدية والوسواس القهري والاكنتئاب والعدوانية والذهانية وكانت لصالح العمال في أعراض الحساسية التفاعلية والبرانويا التخيلية وكانت لصالح ربان البيوت في أعراض القلق وقلق الخوف.

6. النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى لمتغير المستوى التعليمي. لفحص الفرضية استخدم اختبار Kruskal-Wallis والجدول (9.4) يبين ذلك.

جدول 9.4: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأعراض	متغير المستوى التعليمي	العدد	الوسط الرتبي	$\chi^2_{(3)}$	p-value
GSI	أمي أو ابتدائي	71	189.52	27.821	0.000
	اعدادي	110	186.01		
	ثانوي	82	162.86		
	جامعي أو أكثر	69	116.04		
PST	أمي أو ابتدائي	71	188.73	17.019	0.001
	إعدادي	110	177.74		
	ثانوي	82	165.43		
	جامعي أو أكثر	69	126.99		
PSDI	أمي أو ابتدائي	71	185.69	35.934	0.000
	اعدادي	110	195.84		
	ثانوي	82	150.17		
	جامعي أو أكثر	69	114.26		

جدول 9.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأعراض	متغير المستوى التعليمي	العدد	الوسط الرتبي	$\chi^2_{(3)}$	p-value
الأعراض الجسدية	أمي أو ابتدائي	71	203.75	47.503	0.000
	اعدادي	110	189.27		
	ثانوي	82	156.71		
	جامعي أو أكثر	69	103.51		
الوسواس القهري	أمي أو ابتدائي	71	174.37	15.475	0.001
	إعدادي	110	180.79		
	ثانوي	82	174.20		
	جامعي أو أكثر	69	126.47		
الحساسية التفاعلية	أمي أو ابتدائي	71	196.25	27.358	0.000
	اعدادي	110	179.95		
	ثانوي	82	164.26		
	جامعي أو أكثر	69	117.11		
الاكتئاب	أمي أو ابتدائي	71	185.23	22.130	0.000
	اعدادي	110	187.40		
	ثانوي	82	158.02		
	جامعي أو أكثر	69	123.98		
القلق	أمي أو ابتدائي	71	190.40	17.779	0.000
	اعدادي	110	178.98		
	ثانوي	82	161.70		
	جامعي أو أكثر	69	127.72		
العدوانية	أمي أو ابتدائي	71	187.82	16.770	0.001
	اعدادي	110	181.92		
	ثانوي	82	157.48		
	جامعي أو أكثر	69	130.69		
قلق الخوف	أمي أو ابتدائي	71	171.75	17.398	0.001
	اعدادي	110	179.94		
	ثانوي	82	179.45		
	جامعي أو أكثر	69	124.30		

جدول 9.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأعراض	متغير المستوى التعليمي	العدد	الوسط الرتبي	$\chi^2_{(3)}$	p-value
البرانويا التخيلية	أمي أو ابتدائي	71	174.32	8.898	0.031
	اعدادي	110	181.33		
	ثانوي	82	162.93		
	جامعي أو أكثر	69	139.06		
الذهانية	أمي أو ابتدائي	71	189.94	14.908	0.002
	اعدادي	110	178.73		
	ثانوي	82	157.42		
	جامعي أو أكثر	69	133.67		

يتبين من الجدول (9.4) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في جميع الأعراض حيث كان مستوى الدلالة لقيم ( $\chi^2$ ) عليها أقل من (0.05)، وأن هذه الفروق كانت لصالح الأمييون في الأعراض الجسدية والحساسية التفاعلية والقلق والعدوانية والذهانية، وكانت لصالح لذوي المرحلة الاعدادية في أعراض الوسواس القهري والاكتئاب وقلق الخوف والبرانويا التخيلية. كما ونلاحظ بشكل عام وجود علاقة عكسية بين متغير المستوى التعليمي ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية أي بزيادة المستوى التعليمي تقل نسبة الشكوى النفسية.

7. النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجه الاضطرابات النفسيه (الأعراض الجسديه والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى للحالة الصحية. لفحص الفرضية استخدم اختبار Mann-Whitney والجدول (10.4) يبين ذلك.



جدول 10.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الحالة الصحية الجسدية.

الأعراض	الحالة الصحية الجسدية	العدد	الوسط الرتبي	العلامة المعيارية Z	p-value
GSI	لا يعاني	131	150.74	-2.004	0.045
	يعاني	195	172.07		
PST	لا يعاني	131	152.98	-1.652	0.099
	يعاني	195	170.57		
PSDI	لا يعاني	130	148.49	-2.203	0.028
	يعاني	194	171.89		
الأعراض الجسدية	لا يعاني	131	127.79	-5.610	0.000
	يعاني	195	187.49		
الوسواس القهري	لا يعاني	131	161.89	-0.253	0.801
	يعاني	195	164.58		
الحساسية التفاعلية	لا يعاني	131	152.12	-1.789	0.074
	يعاني	195	171.14		
الاكتئاب	لا يعاني	131	157.65	-0.919	0.358
	يعاني	195	167.43		
القلق	لا يعاني	131	150.86	-1.987	0.047
	يعاني	195	171.99		
العدوانية	لا يعاني	131	157.32	-0.973	0.331
	يعاني	195	167.65		
قلق الخوف	لا يعاني	131	162.32	-0.186	0.852
	يعاني	195	164.29		
البرانويا التخيلية	لا يعاني	131	163.65	-0.023	0.981
	يعاني	195	163.40		
الذهانية	لا يعاني	131	156.75	-1.063	0.288
	يعاني	195	168.04		

يتبين من الجدول (10.4) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الحالة الصحية الجسمانية في جميع الاعراض ماعدا الاعراض الجسدية والقلق، حيث كان مستوى الدلالة لقيم (Z) عليها أقل من (0.05)، وكانت هذه الفروق لصالح الذين يعانون من أمراض جسمانية كما هو واضح من خلال الأوساط الحسابية.

والجدول (11.4) يصنف الأمراض التي يعانون منها أفراد العينة حسب أجهزة جسم الإنسان.

جدول 11.4: موضع المرض الجسمي لأفراد العينة حسب أجهزة جسم الإنسان.

النسبة المئوية	التكرار	موضع المرض الجسمي
35.5	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
15.4	33	الغدد الصماء
12.6	27	الجهاز الدوري والقلب
10.3	22	الجهاز الهضمي
10.7	23	الجهاز التنفسي
7	15	الجهاز العصبي
5.6	12	الجلد
2.8	6	الجهاز البولي والتناسلي
63.69	214	المجموع
36.3	122	قيم مفقودة
100	336	المجموع

نلاحظ من الجدول (11.4) أن معظم أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسمانية المرتبطة بالجهاز الهيكلي حيث بلغت نسبتهم (35.5%) ومن هذه الأمراض أمراض العضلات والغضاريف والأيدي والأرجل، كما ونلاحظ أن ما نسبته (15.4%) من الامراض الجسمانية كان موضعها الغدد الصماء ومن هذه الامراض أمراض السكري والغدد، ونلاحظ أن الأمراض المرتبطة بالجهاز التناسلي منها الأمراض المتعلقة بالدورة الشهرية والرحم كانت الأقل ظهورا حيث بلغت نسبتها (2.8%). وللكشف فيما اذا كانت توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية (الاعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق

والعدوانية و قلق الخوف والبرانونيا التخيلية والذهانية ) تعزى لموضع الإصابة استخدم اختبار Kruskal-Wallis والجدول من (12.4) إلى (22.4) تبين ذلك.

جدول 12.4: الشكوى النفسية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.6960	4.703	126.54	27	الجهاز الدوري والقلب
		113.40	15	الجهاز العصبي
		108.50	12	الجلد
		107.59	23	الجهاز التنفسي
		106.24	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		105.33	33	الغدد الصماء
		92.98	22	الجهاز الهضمي
		85.92	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 13.4: مجموع الأعراض الايجابية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.2970	8.417	130.76	27	الجهاز الدوري والقلب
		117.22	23	الجهاز التنفسي
		109.00	12	الجلد
		108.93	15	الجهاز العصبي
		107.73	33	الغدد الصماء
		102.87	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		93.50	22	الجهاز الهضمي
		67.75	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 14.4: مؤشر الشكوى النفسية الايجابية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.6940	4.719	126.83	6	الجهاز البولي والتناسلي
		123.21	14	الجهاز العصبي
		112.68	76	الجهاز الهيكلية والعضلي
		110.91	27	الجهاز الدوري والقلب
		101.79	12	الجلد
		97.07	22	الجهاز الهضمي
		96.94	33	الغدد الصماء
		95.24	23	الجهاز التنفسي

جدول 15.4: الأعراض الجسدية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.6170	5.355	128.85	27	الجهاز الدوري والقلب
		114.83	15	الجهاز العصبي
		109.88	33	الغدد الصماء
		105.47	76	الجهاز الهيكلية والعضلي
		101.04	12	الجلد
		101.20	22	الجهاز الهضمي
		95.00	23	الجهاز التنفسي
		89.58	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 16.4أ: الوسواس القهري مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.7630	4.148	119.87	15	الجهاز العصبي
		116.52	23	الجهاز التنفسي
		112.79	12	الجلد

جدول 16.4.ب: الوسواس القهري مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
		109.63	27	الجهاز الدوري والقلب
		108.52	33	الغدد الصماء
		107.66	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		88.07	22	الجهاز الهضمي
		85.50	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 17.4: الحساسية التفاعلية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.9270	2.502	118.96	27	الجهاز الدوري والقلب
		114.02	23	الجهاز التنفسي
		109.73	15	الجهاز العصبي
		108.42	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		101.83	33	الغدد الصماء
		100.58	12	الجلد
		98.45	22	الجهاز الهضمي
		91.83	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 18.4: الاكتئاب مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.6620	4.987	129.35	27	الجهاز الدوري والقلب
		110.89	23	الجهاز التنفسي
		109.77	15	الجهاز العصبي
		106.45	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		101.79	12	الجلد
		99.32	22	الجهاز الهضمي
		99.14	33	الغدد الصماء
		91.17	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 19.4: القلق مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.7740	4.050	124.96	27	الجهاز الدوري والقلب
		114.18	33	الغدد الصماء
		109.65	23	الجهاز التنفسي
		107.73	15	الجهاز العصبي
		104.83	12	الجلد
		101.38	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		100.98	22	الجهاز الهضمي
		90.17	6	الجهاز البولي والتناسلي

جدول 20.4: العدوانية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.5300	6.085	130.44	27	الجهاز الدوري والقلب
		125.75	12	الجلد
		110.17	6	الجهاز البولي والتناسلي
		107.11	22	الجهاز الهضمي
		102.55	33	الغدد الصماء
		101.78	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		101.76	23	الجهاز التنفسي
		99.80	15	الجهاز العصبي

جدول 21.4: قلق الخوف مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.4480	6.822	127.65	27	الجهاز الدوري والقلب
		123.50	12	الجلد
		110.21	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		107.00	6	الجهاز البولي والتناسلي
		101.26	33	الغدد الصماء
		99.26	23	الجهاز التنفسي
		95.66	22	الجهاز الهضمي
		88.63	15	الجهاز العصبي

جدول 22.4: البرانويا التخيلية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.7150	4.545	118.25	12	الجلد
		116.50	15	الجهاز العصبي
		114.07	23	الجهاز التنفسي
		113.04	27	الجهاز الدوري والقلب
		109.53	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		102.08	33	الغدد الصماء
		100.75	6	الجهاز البولي والتناسلي
		84.80	22	الجهاز الهضمي

جدول 23.4: الذهانية مع موضع المرض الجسمي.

p-value	$\chi^2_{(7)}$	الوسط الرتبي	العدد	موضع المرض الجسمي
0.3580	7.720	122.00	27	الجهاز الدوري والقلب
		118.57	15	الجهاز العصبي
		113.70	33	الغدد الصماء
		110.54	23	الجهاز التنفسي
		107.29	12	الجلد
		105.90	76	الجهاز الهيكلي والعضلي
		87.00	22	الجهاز الهضمي
		64.67	6	الجهاز البولي والتناسلي

يتضح من الجداول (12.4) إلى (23.4) عدم فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى ( $\alpha = 0.05$ ) في درجة الاضطرابات النفسية لجميع الأبعاد تعزي لمتغير موضع المرض الجسمي.

وللكشف عن فيما إذا كان هناك تأثير لعدد مرات المراجعة بسبب المرض على مدى ظهور أعراض الشكوى النفسية فقد حسب معامل ارتباط بيرسون وكانت النتائج كما في الجدول (24.4).

جدول 24.4: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض وعدد مرات المراجعة بسبب المرض.

الأعراض	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
GSI	-0.15	0.07
PST	-0.22	0.01
PSDI	-0.01	0.90
الأعراض الجسدية	-0.10	0.23
الوسواس القهري	-0.19	0.03
الحساسية التفاعلية	-0.12	0.16
الاكتئاب	-0.18	0.03
القلق	-0.16	0.06
العدوانية	-0.08	0.38
قلق الخوف	-0.15	0.08
البرانويا التخيلية	-0.07	0.41
الذهانية	-0.09	0.27

ونلاحظ من الجدول (24.4) وجود ارتباط سلبي بين جميع الأعراض النفسية وعدد مرات المراجعة بسبب المرض، أي بزيادة مرات المراجعة تقل نسبة ظهور هذه الأعراض.

وللكشف عن فيما إذا كان هناك تأثير للفترة الزمنية للشكاوى المرضية على مدى ظهور أعراض الشكاوى النفسية فقد حسب معامل ارتباط بيرسون وكانت النتائج كما في الجدول (25.4).

جدول 25.4: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض والفترة الزمنية للشكاوى المرضية.

الأعراض	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
GSI	0.22	0.002
PST	0.14	0.06
PSDI	0.24	0.001
الأعراض الجسدية	0.33	0.000



جدول 25.4.ب: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض والفترة الزمنية للشكاوى المرضية.

الأعراض	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الوسواس القهري	0.09	0.195
الحساسية التفاعلية	0.12	0.10
الاكتئاب	0.24	0.001
القلق	0.27	0.000
العدوانية	0.18	0.010
قلق الخوف	0.14	0.05
البرانويا التخيلية	0.10	0.15
الذهانية	0.06	0.44

ونلاحظ من الجدول (25.4) وجود ارتباط ايجابي بين الفترة الزمنية للشكاوى المرضية مع كل من نسبة الشكاوى النفسية GSI والأعراض الجسدية وأعراض الاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف، أي بزيادة الفترة الزمنية تزداد نسبة ظهور هذه الأعراض. بينما لا توجد علاقة بين بقية الأعراض ومتغير الشكاوى المرضية حيث نلاحظ أن مستوى الدلالة عندها أكبر من (0.05).

وللكشف فيما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في درجه الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى بسبب استخدام أدوية لعلاج الحالة التي يشكو منها المصاب أو لا يستخدم اختبار Mann-Whitney والجدول (26.4) يبين ذلك.

يتبين من الجدول (26.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية تعزى لمتغير استخدام الأدوية العلاجية حيث نلاحظ أن مستخدمي الأدوية العلاجية هم أكثر تأثراً بالأعراض الجسدية كما توجد فروق في أعراض القلق تعزى لمتغير استخدام الأدوية العلاجية حيث نلاحظ أن مستخدمي الأدوية العلاجية هم الأكثر تعرضاً لأعراض القلق، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير استخدام الأدوية العلاجية في بقية الأعراض.

جدول 26.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير استخدام الأدوية.

الاعراض	أدوية علاجية	العدد	الوسط الرتبي	العلامة المعيارية Z	p-value
GSI	لا يستخدم	63	111.91	-2.048	0.041
	يستخدم	193	133.91		
PST	لا يستخدم	63	114.13	-1.775	0.076
	يستخدم	193	133.19		
PSDI	لا يستخدم	62	110.15	-2.138	0.032
	يستخدم	192	133.10		
الأعراض الجسدية	لا يستخدم	63	94.52	-4.198	0.000
	يستخدم	193	139.59		
الوسواس القهري	لا يستخدم	63	115.81	-1.568	0.117
	يستخدم	193	132.64		
الحساسية التفاعلية	لا يستخدم	63	120.44	-0.996	0.319
	يستخدم	193	131.13		
الاكتئاب	لا يستخدم	63	113.82	-1.814	0.070
	يستخدم	193	133.29		
القلق	لا يستخدم	63	110.27	-2.253	0.024
	يستخدم	193	134.45		
العدوانية	لا يستخدم	63	124.83	-0.455	0.649
	يستخدم	193	129.70		
قلق الخوف	لا يستخدم	63	126.83	-0.208	0.835
	يستخدم	193	129.05		
البرانويا التخيلية	لا يستخدم	63	123.67	-0.598	0.550
	يستخدم	193	130.08		
الذهانية	لا يستخدم	63	116.51	-1.484	0.138
	يستخدم	193	132.41		

ولمعرفة مدى تأثير المتغيرات المستقلة كمجموعة واحدة على كل من الاضطرابات النفسية، فقد استخدم أسلوب الإنحدار المتعدد (Stepwise Regression) وذلك بعد إعادة تعريف المتغيرات المستقلة كمتغيرات وهمية على النحو التالي:

الجنس:	0 = ذكر	1 = أنثى
الحالة الاجتماعية:	0 = أعزب	1 = متزوج
مستوى دخل الأسرة:	0 = أقل من 1500 شيكل	1 = أكثر من 1500 شيكل
المهنة:	0 = لا يعمل	1 = يعمل
المستوى التعليمي:	0 = أقل من ثانوية عامة	1 = ثانوية عامة فأكثر
الحالة الصحية:	0 = لا يعاني	1 = يعاني
الفترة الزمنية للشكاوي:	0 = أقل من سنة	1 = سنة فأكثر
العمر:	متغير كمي.	

تم ادخال جميع هذه المتغيرات في معادلة الإنحدار المتعدد باستخدام أسلوب (Stepwise Regression) مع الأعراض النفسية والمؤشرات الثلاثة (GSI, PST, PSDI) وكانت النتائج على النحو التالي.

جدول 27.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوي المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الشكاوي النفسية (GSI).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value			
المقطع الصادي	0.068	20.406	0.000			
المستوى التعليمي	0.098	-3.127	0.002			
المهنة	0.097	-2.482	0.014			
تحليل التباين ANOVA						
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	p-value	R-square
الانحدار	7.077	2	3.538	8.825	0.000	0.10
الايخطاء	71.771	179	0.401			
الكلية	78.847	181				

يتبين من الجدول (27.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الشكوى النفسية هي على الترتيب المستوى التعليمي والمهنة، حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.10$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات على الشكوى النفسية، ومن خلال اشارات قيم المعاملات نلاحظ أن الافراد المبحوثين ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والذين لا يعملون هم أكثر عرضة من هؤلاء ذوي المستوى التعليمي ثانوية عامة فأكثر والذين يعملون.

جدول 28.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع (PST).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value			
المقطع الصادي	5.972	11.338	0.000			
المهنة	2.843	-2.911	0.004			
العمر	0.142	-2.591	0.010			
المستوى التعليمي	2.929	-2.392	0.018			
تحليل التباين ANOVA						
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	p-value	R-square
الانحدار	7521.498	3	2507.166	7.413	0.000	0.11
الاحطاء	60198.837	178	338.196			
الكلي	67720.335	181				

يتبين من الجدول (28.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على مجموع الأعراض الإيجابية هي على الترتيب المهنة والعمر والمستوى التعليمي، حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.11$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة بين هذه المتغيرات على مجموع الأعراض الإيجابية ومن خلال إشارات المعاملات نلاحظ أن هذه الاعراض تنتشر أكثر عند الافراد الذين لا يعملون والأقل سنا وذوي المستوى التعليمي من الذين يعملون والاكبر سنا وذوي المستوى التعليمي ثانوية عامة فأكثر.

جدول 29.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع (PSDI).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.149	13.142	0.000
المستوى التعليمي	0.080	-3.706	0.000
الحالة الاجتماعية	0.151	2.525	0.012
مستوى الدخل	0.088	-2.245	0.026
تحليل التباين ANOVA			
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات
الانحدار	7.875	3	2.625
الخطأ	44.460	178	.2500
الكلية	52.335	181	
R-square	p-value	قيمة F	
0.15	0.000	10.509	

يتبين من الجدول (29.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على مؤشر الشكاوى النفسية الإيجابية هي على الترتيب المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومستوى الدخل ، حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.15$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة بين هذا المتغير و مؤشر الشكاوى النفسية الإيجابية. كما ونلاحظ من خلال اشارات المعاملات أن نسبة انتشار مؤشر الشكاوى النفسية الإيجابية أكبر عند الافراد ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والمتزوجون وذوي الدخل أقل من 1500 شيكل من الافراد ذوي المستوى التعليمي ثانوية عامة فأكثر والعزاب وذوي الدخل أكثر من 1500 شيكل.

جدول 30.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الأعراض الجسدية (Somatization).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.240	4.412	0.000
المستوى التعليمي	0.122	-2.524	0.012
الفترة الزمنية للشكاوى	0.123	3.356	0.001
مستوى الدخل	0.135	-2.790	0.006
الحالة الاجتماعية	0.230	2.345	0.020
المهنة	0.117	-2.305	0.022

  

ANOVA تحليل التباين						
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	p-value	R-square
الانحدار	28.291	5	5.658	9.889	0.000	0.22
الاحطاء	100.701	176	0.572			
الكلية	128.992	181				

يتبين من الجدول (30.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الأعراض الجسدية هي على الترتيب المستوى التعليمي والفترة الزمنية للشكاوى المرضية ومستوى دخل الأسرة والحالة الاجتماعية والمهنة، حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.22$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات والأعراض الجسدية، كما ونلاحظ من خلال اشارات المعاملات أن الأعراض الجسدية تنتشر بشكل أكبر عند الأفراد ذوي المستوى التعليمي ثانوية عامة فأقل والذين يشكون من المرض لمدة تجاوزت العام وذوي الدخل المنخفض والمتزوجون والذين لا يعملون.

بالنسبة لنتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، العمر مع المتغير التابع الحساسية التفاعلية (Obsessive-Compulsive)، فقد تبين بعد التحليل بأنه لا توجد عوامل مستقلة ساعدت في تفسير الوسواس القهري حيث أن جميع العوامل المستقلة خرجت من معادلة الانحدار.

جدول 31.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الحساسية التفاعلية (Interpersonal Sensitivity).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value			
المقطع الصادي	0.246	8.274	0.000			
المستوى التعليمي	0.120	-3.378	0.001			
العمر	0.006	-2.675	0.008			
تحليل التباين ANOVA						
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	p-value	R-square
الانحدار	8.705	2	4.353	7.601	0.001	0.08
الاحطاء	102.496	179	0.573			
الكلية	111.201	181				

يتبين من الجدول (31.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على أعراض الحساسية التفاعلية هي على الترتيب المستوى التعليمي والعمر حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.08$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.001) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات على أعراض الحساسية التفاعلية، كما ونلاحظ من خلال إشارات المعاملات أن هذه الاعراض تنتشر أكثر عند المبحوثين ذوي المستوى التعليم أقل من ثانوية عامة والأصغر سنا.

جدول 32.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الاكتئاب (Depression).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.080	19.355	0.000
المستوى التعليمي	0.116	-2.977	0.003
المهنة	0.113	-2.079	0.039
مستوى الدخل	0.129	-2.044	0.042
تحليل التباين ANOVA			
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات
الانحدار	13.163	3	4.388
الاحطاء	94.478	178	0.531
الكلية	107.641	181	
R-square	p-value	قيمة F	
0.12	0.000	8.266	

يتبين من الجدول (32.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الاكتئاب هي على الترتيب المستوى التعليمي والمهنة والدخل حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.12$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات وأعراض الاكتئاب، كما ونلاحظ من خلال إشارات المعاملات أن هذه الأعراض تنتشر بشكل أكبر عند المبحوثين ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والذين لا يعملون وذوي الدخل أقل من 1500 شيكل.

جدول 33.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع القلق (Anxiety).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.077	18.538	0.000
المهنة	0.108	-2.858	0.005
مستوى الدخل	0.124	-2.359	0.019
المستوى التعليمي	0.111	-2.175	0.031



جدول 33.4ب: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع القلق (Anxiety).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
تحليل التباين ANOVA			
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات
الانحدار	12.799	3	4.266
الخطأ	86.635	178	0.487
الكلية	99.435	181	
		قيمة F	R-square
		8.766	0.13
			0.000

يتبين من الجدول (33.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على القلق هي على الترتيب الفترة المهنية ومستوى الدخل والمستوى التعليمي حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.13$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.000) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات وأعراض القلق، كما ونلاحظ من خلال إشارات المعاملات أن أعراض القلق تنتشر بشكل أكبر عند المبحوثين الذين لا يعملون وذوي مستوى الدخل أقل من 1500 شيكل والمستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة.

جدول 34.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع العدوانية (Hostility).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	1.848	7.051	0.000
المستوى التعليمي	-0.463	-3.632	0.000
العمر	-0.014	-2.275	0.024
تحليل التباين ANOVA			
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات
الانحدار	10.021	2	5.010
الخطأ	116.719	179	0.652
الكلية	126.740	181	
		قيمة F	R-square
		7.684	0.08
			0.001

يتبين من الجدول (34.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على العدوانية هي على الترتيب المستوى التعليمي والعمر حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.08$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.001) مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات والعدوانية، كما ونلاحظ من خلال 'شارات المعاملات أن أعراض العدوانية تظهر بشكل أكبر عند المبحوثين ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والأصغر سنا.

جدول 35.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع قلق الخوف (Phobic Anxiety).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value			
المقطع الصادي	0.066	12.944	0.000			
المهنة	0.107	-2.017	0.045			
تحليل التباين ANOVA						
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	p-value	R-square
الانحدار	1.992	1	1.992	4.069	0.045	0.03
الخطأ	88.132	180	0.490			
الكلية	90.124	181				

يتبين من الجدول (35.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على قلق الخوف هو متغير المهنة حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.03$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.045) مما يشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين المهنة وقلق الخوف، كما ونلاحظ من خلال إشارة المعامل أن أعراض قلق الخوف تظهر بشكل أكبر عند المبحوثين الذين لا يعملون.

جدول 36.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الهانوياء التخيلية ( Paranoid Ideation).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.256	7.129	0.000
المستوى التعليمي	0.125	-2.770	0.006
العمر	0.006	-2.404	0.017
تحليل التباين ANOVA			
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات
الانحدار	6.824	2	3.412
الايخطاء	111.461	179	0.623
الكلية	118.285	181	
R-square	p-value	قيمة F	
0.06	0.005	5.480	

يتبين من الجدول (36.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الهانوياء التخيلية ه ي متغير المستوى التعليمي والعمر حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.06$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.005) مما يشير إلى وجود علاقة بين هذه المتغيرات و الهانوياء التخيلية ، كما ونلاحظ من خلال إشارات المعاملات أن أعراض البرانوياء لاتخيلية تظهر بشكل أكبر عند المبحوثين ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والأصغر سنا.

جدول 37.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الذهانية (Psychoticism).

المعاملات	الخطأ المعياري	قيمة t	p-value
المقطع الصادي	0.227	6.671	0.000
المستوى التعليمي	0.111	-3.418	0.001
العمر	0.005	-2.729	0.007

جدول 37.4، ب: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الذهانية (Psychoticism).

p-value	قيمة t	الخطأ المعياري		المعاملات		
تحليل التباين ANOVA						
R-square	p-value	قيمة F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.08	0.001	7.829	3.838	2	7.676	الانحدار
			0.490	179	87.742	الاحطاء
				181	95.418	الكلية

يتبين من الجدول (37.4) أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الذهانية المستوى التعليمي والعمر حيث بلغ معامل التحديد ( $R^2 = 0.08$ ) وأن قيمة الدلالة بلغت (0.001) مما يشير الى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات والذهانية، كما ونلاحظ من خلال إشارات المعاملات أن أعراض الذهانية تنتشر بشكل أكبر عند المبحوثين ذوي المستوى التعليمي أقل من ثانوية عامة والأصغر سناً.

جدول 38.4: البعد الاضافي.

النسبة المئوية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرار	البعد الاضافي
21.4	1.205	1.07	336	ضعف الشهية للطعام
24.8	1.355	1.24	336	صعوبة الاستغراق في النوم (أرق)
33.4	1.359	1.67	336	التفكير في الموت
14.6	1.114	.730	336	الافراط في تناول الطعام
23.4	1.357	1.17	336	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح وبدون سبب
25.4	1.359	1.27	336	نوم مضطرب او غير مريح
30	1.229	1.50	336	الشعور بالذنب

نلاحظ من الجدول (38.4) أن التفكير بالموت جاء في المرتبة الأولى حيث أن ما نسبته (33.4%) من المبحوثين يفكرون في الموت وجاء في المرتبة الثانية ما نسبته (30%) من المبحوثين يشعرون

بالذنب بينما جاء في المرتبة الأخيرة ما نسبته (14.6%) من المبحوثين يفرطون في تناول الطعام.

## 2.4 ملخص نتائج الدراسة

توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

1. تنتشر أعراض الاضطرابات النفسية لدى المبحوثين وكان أكثر الأعراض انتشاراً هو الأعراض الجسدية والوسواس القهري.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية والوسواس القهري والاكتئاب والقلق وقلق الخوف والبرانويا التخيلية تعزى لمتغير الجنس.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الحساسية التفاعلية والعدوانية والذهانية تعزى لمتغير الجنس.
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض قلق الخوف تعزى لمتغير الفئة العمرية.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية في نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية والبرانويا التخيلية والذهانية.
6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وأن هذه الفروق لصالح المتزوجات.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في نسبة الشكوى النفسية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية.
8. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير مستوى دخل الأسرة في نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والذهانية.
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض البرانويا التخيلية تعزى لمتغير مستوى دخل الأسرة.

10. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المهنة في نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والذهانية.
11. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المهنة في أعراض البرانويا التخيلية.
12. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية وأعراض الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية.
13. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الحالة الصحية في الأعراض الجسدية وأعراض القلق.
14. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير الحالة الصحية في نسبة الشكوى النفسية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية.
15. أكثر أجهزة جسم الإنسان تعرضا للإصابة كان الجهاز الهيكلي والعضلي، حيث يشكو معظم المبحوثين من مشاكل الغضاريف والعضلات والأطراف.
16. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاضطرابات النفسية في جميع الأعراض تعزى لمتغير موضع المرض الجسمي.
17. توجد علاقة عكسية بين عدد مرات مراجعة الطبيب ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية.
18. توجد علاقة طردية بين الفترة الزمنية للشكاوى المرضية مع كل من نسبة الشكوى النفسية والأعراض الجسدية وأعراض الاكنتاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف.
19. لا توجد علاقة بين الفترة الزمنية للشكاوى المرضية مع كل من الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والبرانويا التخيلية والذهانية.
20. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير استخدام المريض للأدوية العلاجية في الأعراض الجسدية وأعراض القلق.
21. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير استخدام المريض للأدوية العلاجية في أعراض الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية.

22. توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الفترة الزمنية للشكاوى النفسية مع كل من نسبة الشكاوى النفسية والأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق وقلق الخوف والبرانويا التخيلية.
23. توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وكل من نسبة الشكاوى النفسية والأعراض الجسدية والحساسية التفاعلية والاكنتاب والعدوانية والذهانية.
24. توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين متغير العمر وكل من نسبة الشكاوى النفسية والحساسية التفاعلية والاكنتاب.
25. توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين متغير عدد مرات المراجعة السابقة بسبب المرض وأعراض القلق.
26. وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين متغير مستوى دخل الأسرة وكل من الأعراض الجسدية والقلق.

## الفصل الخامس

### النقاش والتحليل



## الفصل الخامس

### 1.5 النقاش والتحليل

تم في هذا الفصل تفسير النتائج ومناقشتها التي تم الخروج بها بعد التحليل الإحصائي. وكذلك توصيات الباحثة لمزيد من البحث.

بالنسبة للنتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نصه:

" ما مدى انتشار أعراض الاضطرابات النفسية لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الخليل؟

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن ما نسبته (24.1%) من المرضى الذين يراجعون عيادات الرعاية الصحية الأولية يشكون من الاضطرابات النفسية (GSI)، منهم (3.3%) يعانون منها بدرجة شديدة ويحتاجون مراجعة الطبيب و(20.8%) يعانون من الاضطراب بشكل متوسط ويحتاجون للتدخل. هذا يتفق مع ما ورد في إحصائيات منظمة الصحة العالمية (2003) إلى أن واحداً من بين أربعة مرضى ممن يراجعون عيادة الطبيب العام يعاني من اضطراب نفسي ويحتاج إلى علاج نفسي، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج مشروع البحث الذي أجرته منظمة الصحة العالمية (2001) في 14 دولة من الدول النامية والمتطورة من جميع أنحاء العالم، الذي أظهر أن نسبة (25%) من عامة السكان يعانون من اضطراب نفسي، وأن (20-40%) من الاضطرابات النفسية من جميع

الأمراض عولجت في عيادات الرعاية الأولية، وأيضا تتفق مع نتائج الدراسة الشاملة التي جرت من قبل أحد الأطباء في بريطانيا، ووجد أن 21% من مرضاه يعانون من أعراض نفسية، وكذلك اتفقت مع نتائج دراسة مقارنة بين مراكز رعاية صحية أولية مختلفة في الدول الاسكندنافية، حيث وجد أن (26%) من المرضى الاسكندنافيين الذين تم فحصهم في عيادات الرعاية الصحية الأولية يعانون من اضطرابات نفسية، وهذا يعزز ما ذكر من خلال عرض للدراسات السابقة، بأن نسبة المرض النفسي بين كل الشعوب تتشابه وإن اختلفت الأماكن أو طريقة الحياة، ولكن قد تختلف المظاهر المرضية وذكر عكاشة أن (30%) من مجموع السكان عاني من أزمات واضطرابات نفسية ويلجأ للعلاج الشعبي أو للطبيب العام حوالي (20%) من هؤلاء المرضى.

وترى الباحثة أن المرضى المبحوثين من سكان مدينة الخليل كباقي شعوب العالم يتأثرون بالعوامل نفسها التي يتأثر بها الإنسان في أي مكان في العالم، رغم أن المدينة تتأثر بعوامل أخرى مرتبطة بخصوصية الواقع الفلسطيني والإحتلال، ورغم ذلك ظهرت النتائج قريبة للإحصائيات العالمية، وهذا تفسره الباحثة، بأن الوضع السياسي هو من أحد العوامل الضاغطة التي قد تكون ساهمت في ظهور الاضطراب النفسي لدى المرضى وأثرت عليهم نسبيا، وقد يكون هذا إشارة إلى أن هؤلاء المرضى لديهم مهارات من التكيف والتأقلم ودرجة عالية من المناعة النفسية التي يتحصنون بها لمواجهة الضغوطات والظروف الصعبة والتغلب عليها كقسوة ظروف الاحتلال والمرض، قد يساعدهم في التغلب على ضغوطات الحياة ويزيد من قوة تحملهم وصبرهم، معتقداتهم الدينية والوطنية وإيمانهم ووعيهم بظروفهم وتعودهم عليها. ذلك أن تقدير الشخص للأحداث والظروف الضاغطة يرتبط بعوامل ثقافية ودينية تعطي للأحداث معنى معيناً يترتب عليه حجم ونوعية التأثير به وهذا حسب ما تفسره النظرية الوجودية، يحدث هذا في الأشخاص الناضجين والراشدين، فالراشدين لديهم القدرات المعرفية الكافية لاستيعاب الخبرات والظروف الصعبة واعطاءها معنى مفهوماً، ولديهم المقدرة للتعبير عن معاناتهم سلوكياً وعاطفياً، لذا يصبح هضم هذه الخبرات أسهل لديهم، والمبحوثين في هذه الدراسة هم من البالغين والراشدين، وبالرجوع إلى النظرية المعرفية التي تقول بأن ما يفكر به الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم ومثلهم، إنما هي أمور ذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمرض، فالناس يكونون مخزناً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع المشكلات التي تصادفهم في حياتهم، ويتعلم الناس الحس العام من خلال ثقافتهم وفكرهم وتعليمهم وخبرتهم، فاتجاهات الفلسطينيين ومعتقداتهم الدينية وثقافتهم بشكل عام، ترسخ عندهم روح

الصبر والتحمل والصمود والتضحية مهما لقوا من الصعوبات والهموم لأن هذه الهموم يثابون ويأجرون عليها من الله لصبرهم وتحملهم.

وترى الباحثة أن من العناصر التي قد تكون ساعدت الأفراد على التكيف والجلد وقوة التحمل، أنه في مدينة الخليل، وفي فلسطين وككل المجتمعات العربية والإسلامية غالباً ما يتلقى الناس الصدمات والمشكلات بشكل جماعي وليس بشكل فردي، فما زال هناك ترابط داخل الأسرة النووية (المكونة من أب وأم وأطفال) وما زال هناك نظام الأسرة الممتدة وظيفياً بمعنى ارتباط الأسرة النووية بالعائلة الكبيرة من خلال الزيارات والاتصالات بشكل دائم، وما زال هناك الترابط الاجتماعي على مستوى القرية أو الحي أو المدينة، ولأماكن العبادة والمساجد دوراً هاماً في المحافظة على تماسك المجتمع وتدعيمه خاصة في أوقات الأزمات الشديدة. وهذه العوامل تخفف كثيراً من وقع الصدمات والضغوطات على الأفراد لأنها تشكل شبكة من الدعم والمساندة تمتص جزءاً هاماً من الصعوبات والصدمات وتساعد على مواجهة آثارها. وترى الباحثة أنه ما زال هناك عدة تساؤلات تحتاج المزيد من البحث للإجابة عليها وهي:

هل تكرر الخبرات الصادمة التي يعاني منها سكان مدينة الخليل نتيجة الإحتلال والممارسات والاختراقات المستمرة للجيش الإسرائيلي ضد سكان المدينة يؤدي إلى تراكم الخبرات الصدمية، وزيادة الاضطرابات لديهم، أم يؤدي إلى تقليل الحساسية لديهم نحو هذه الأخطار واعتبارها جزءاً من الحياة اليومية لهم؟ وإذا كانت هذه الخبرات الرضحية والضغوط ستتراكم، فما هو تأثيرها على بناء شخصية هؤلاء الأفراد على المدى الطويل؟ هذه وغيرها تساؤلات تحتاج لدراسات تتبعية طويلة للإجابة عليها.

وإذا نظرنا إلى نتائج معظم الدراسات السابقة التي حصلت عليها الباحثة، نراها تتفق مع نتائج الدراسة الحالية ولكنها اختلفت مع نتائج الدراسة التي قام بها (عفانة، 2003) لتقويم الأعراض النفسية لدى المرضى الذين يزورون عيادات الرعاية الأولية في قطاع غزة في نسبة الأعراض النفسية، فقد بلغت النسبة (73%). وقد كانت نسبة الاضطرابات بين النساء أعلى منها بين الرجال إذ كانت بين الإناث (76.8%) بينما بين الذكور (67%)، ولكن كان هناك اتفاق بأن المرضى يعانون من أعراض نفسية وأن نسبة الإناث كانت أعلى في الدراستين.

وكذلك اختلفت مع نتائج الدراسة التي تم إجرائها في الأردن في خمس عيادات لفحص نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى الرعاية النفسية الأولية، حيث كانت النسبة ( 61%)، وقد كانت معدلات الاضطرابات أعلى بين المرضى غير المتقنين والعاطلين عن العمل والإناث والناس غير المتزوجين والمرضى الكبار السن.

وترى الباحثة بأن الفروق التي ظهرت بالنسب، ربما لها علاقة بالاختلافات في الأدوات المستخدمة في المسح، أو بالإختلافات في اهتمام المرضى عند الإجابة على أسئلة الأداة والمعايير التي استخدمت عند تصميم الأداة، أو بالظروف البيئية الخاصة والعامة لأفراد العينة حين التطبيق. فمثلا قطاع غزة، كان يعيش ظروف الانتفاضة وما رافق هذه الفترة من أحداث عنف في الفترة التي طبق فيها البحث ، مما انعكس على الحالة النفسية على السكان كونهم يعيشون ظروفًا غير طبيعية. وترى الباحثة بأنه من الصعب تحديد نسبة من يعانون من الاضطرابات النفسية في المجتمع لعدم وجود إحصائيات دقيقة عنهم، وأن الكثير من المرضى الذين يترددون على عيادات الأطباء كما ورد في العديد من الدراسات السابقة يشكون من أمراض بدنية هم في الحقيقة يشكون من اضطرابات نفسية، ومنها القلق، الخوف، الهستيريا، توهم المرض، التفكك، الوسواس القهري والاكنتاب.

أما بالنسبة للسؤال الثاني وهو: "ما مدى ارتباط الأعراض النفسية ببعض الخصائص الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى دخل الأسرة، المهنة، المستوى التعليمي، الحالة الصحية)" فقد أظهرت الدراسة بأن نسبة مشاركة الإناث كان لها النصيب الأكبر حيث أن ثلثي أفراد العينة هم من الإناث وهذا يتفق مع ما ذكره المهدي ( 2004 ) أن المرأة تشكل ( 60-70 % ) من المترددين على العيادات النفسية. هذا تفسره الباحثة حسب رؤيتها، أن الوقت الذي طبقت فيه أداة الدراسة، في العيادات الخمس كان في الفترة الصباحية وأثناء الدوام الرسمي، حيث الدوام كباقي المؤسسات الحكومية من الساعة الثامنة صباحا وحتى الساعة الثالثة بعد الظهر. في هذه الفترة يكون معظم الرجال في أعمالهم حيث أن دوام العيادات يقتصر على الفترة الصباحية، ولم يتمكن الرجال من الحضور للمراجعة وطلب العلاج لصعوبة تركهم لأعمالهم ولالتزاماتهم.

هذا وقد بلغت نسبة ربات البيوت في العينة (48.5%)، وكانت نسبة (20.7%) من أفراد العينة من الموظفين، الذين تسمح لهم طبيعة وظائفهم بالمغادرة للعلاج أثناء الدوام بينما جاء في المرتبة الأخيرة العاطلون عن العمل بنسبة (6.4%) ويجدر هنا بأن معظم المترددين على عيادات الرعاية الصحية الأولية هم ممن يشملهم التأمين الصحي، في حين أن الكثير من العاطلين عن العمل لا يستطيعون توفير التأمين الصحي، ويذهبون للعلاج في المؤسسات الخيرية والأهلية، حيث توفر لهم العلاج والدواء مجاناً، فقد نشط عمل هذه المؤسسات في السنوات الأخيرة وتنوعت خدماتها الصحية والنفسية. لقد ظهرت فروق دالة لصالح العاطلون عن العمل في الأعراض الجسدية والوسواس القهري والاكتئاب والعدوانية والذهانية. وكانت لصالح العمال في أعراض الحساسية التفاعلية والبرانونيا التخيلية وكانت لصالح ربات البيوت في أعراض القلق وقلق الخوف. وهذا ما يتفق مع أشار إليه كل من Bolton, Oakley (1987)، Kessler, et al (1989)، Simon, et al (2000)، بأن يتصف الأشخاص العاطلون عن العمل والذين يخفقون في العثور على عمل بأن لديهم أعراضاً اكتئابية أكثر من الأفراد الذين يعثرون على وظائف. علاوة على ذلك، فاحتمال أن يكون الأشخاص الذين فقدوا وظائفهم بعد أن كانوا يعملون مصابين بالاكتئاب هو ضعف ذلك بين الذين يحتفظون بوظائفهم (Dooley 1994).

من وجهة نظر الباحثة، فإن العمل يشكل محوراً رئيسياً في حياة الإنسان البالغ، رجلاً كان أم امرأة، فالعمل بلشكاله المتنوعة العضلي والفكري والعمل المنزلي والعمل خارج المنزل والعمل في الأرض، هو حاجة واستعداد في داخل الإنسان وأنه يرتبط بجوهر الحياة نفسها. فالحياة لا تستقيم بدون العمل بالنسبة للفرد والمجتمع على حد سواء، ويدعم هذا ما ذكره قاسم (2006) أن الإيجابيات الأساسية للعمل هي أن الإنسان يحقق ذاته وشخصيته ووجوده من خلال العمل، وهو يحس بالإنتاج والإنجاز والأهمية. فالعمل يعطي صاحبه الإستقلال المادي، ويساهم في تنمية قدراته الشخصية وإغتنائها من النواحي العملية والفكرية والاجتماعية. وكانت من نتائج الدراسة بأن هناك فروقاً لصالح العاطلين عن العمل ومن يعانون من أمراض جسدية لفترة زمنية، في أعراض الاكتئاب، والحقيقة أن الإنسان بلا عمل يصيبه الخمول والكسل والضياع والقلق. كما أنه لا ينمو ولا يعيش الحياة بشكل كامل، وكأنه يعيش الحياة أقل من غيره، ومن المعروف في العلوم الطبية أن العضو الذي لا يعمل يصاب بالضمور والضعف وهكذا الإنسان الذي لا يعمل.

وترى الباحثة بأن طول المرض يفقد الشخص قدرته على العمل ولو جزئياً، مما يدخل الشخص في دوامة القلق والخوف على مستقبله ويقلل إنتاجه المالي وأحياناً يدخله في دوامة الفقر والحاجة ولا يستطيع تلبية احتياجات أسرته مما يدخله في مشاكل وصراعات معهم والملاحظ أن المرأة العاملة أقل إصابة من ربة البيت، لأن العمل يأخذ طاقتها ووقتها مما يبعد عنها شبح القلق، وأن المتقاعدين رجالاً ونساءً تبدأ لديهن أعراض نفسية تبدأ بالقلق البسيط وتتفاقم إلى أن تصل إلى الوسواس والرغبة في العزلة.

ومن وجهة نظر الباحثة، إن العمل عند المرأة مرتبط بسلسلة من الإيجابيات بالنسبة إليها فمن خلاله تحقق ذاتها ووجودها فضلاً عن شعورها بالإنتاج والإنجاز والأهمية، والقيام بالعمل يشعر المرأة بالرضا والسرور والنجاح وفي ذلك أهمية كبرى لتدعيم ثقافتها بنفسها من النواحي النفسية، فالعمل يجعل المرأة أكثر قوة وأكثر قيمة في مختلف الأوجه الواقعية والمعنوية، ولكن في حالة توفر الظروف المناسبة، أما العكس فلن ذلك سوف ينعكس بشكل سلبي على الصحة النفسية لها، فكلما كان العمل مناسباً لشخصية المرأة وقدراتها ومهاراتها كان أدائها عالياً وشخصيتها أكثر مقاومة للأمراض النفسية، أما العمل الروتيني الممل أو القاسي الصعب فلن سوف يسهم بشكل ضار على نفسية المرأة ولعل من العوامل المؤثرة أيضاً الشعور بالظلم وعدم الحصول على الحقوق والنقص بالتشجيع. كما أن القيم الاجتماعية التي لا تثنى عمل المرأة وتعتبر عملها مقتصرًا داخل المنزل يخلق، ضغوطاً اجتماعية وتلعب هذه الضغوط دوراً سلبياً في الصحة النفسية للمرأة العاملة، وتؤكد الحسناوي أيضاً أن المرأة أكثر عرضة من الرجل للكثير من الأمراض النفسية التي لها علاقة بالضغوط الاجتماعية، ذلك يتجلى لدى المرأة العاملة التي تصاب بالتوتر والإحباط والقلق واضطرابات سوء التكيف فضلاً عن الاكتئاب النفسي الحاد.

كما ترى الباحثة أن المرأة العاملة لديها قلق إضافي في شأن مدى نجاحها في عملها والدور المسؤولة عنه خارج البيت، فضلاً عن تكوينها وتنشئتها الاجتماعية التي لم يتم تهيئتها للعمل خارج المنزل، ذلك يمكن أن يدفعها نحو تضخيم تلك الضغوط، الأمر الذي يجعلها مستسلمة في مجال عملها وما يتعلق به من مشكلات، إضافة إلى المعاملة السيئة والإستهزاء بما تقوم به من عمل وهذا يجعلها تحت ضغوط نفسية كبيرة ويتسبب لها بعقد نفسية واكتئاب مزمن وهذا ما أكدته أحدث الدراسات بهذا المجال. وذكر المالح عن المرأة والعمل والصحة النفسية أنه من السلبيات المرتبطة

بعمل المرأة زيادة المسؤوليات الملقاة على عاتقها في المنزل إضافة للعمل، وعدم كفاية التسهيلات العملية المساعدة مثل دور الحضانة في أماكن العمل وإجازات الأمومة وغير ذلك.

وترى الباحثة بناء على ماسبق أن هناك تناقضا فيما يخص عمل المرأة إيجابيا وسلبيا، فهناك الضغوط المتعددة التي تواجهها المرأة من النواحي الاجتماعية وتناقض النظرة إلى عملها يمكن أن يتسبب في زيادة القلق والتوتر والإحباط وسوء التكيف واضطراباته ، وهناك اضطرابات نفسية خاصة تصيب المرأة من دون الرجل في مجال العمل ، ومن جانب آخر فإن العمل بشكل عام يسهم في تحسن الصحة النفسية للمرأة ، فللقيام بالعمل يشعر المرأة بالرضا والسرور والنجاح وفي ذلك مكافأة هامة وتدعيم لقيمتها ونقته بنفسها من النواحي النفسية ، إضافة لإيجابيات العمل المتعلقة باستقلالية وتحقيق الذات وزيادة السيطرة على الحياة والمستقبل لا سيما من النواحي الشخصية والاقتصادية، ففي دراسة Brown and Gary (2003) الدراسة البطالة والتوتر النفسي بين النساء الأمريكيات السود. تبين من المسح السيكولوجي أن النساء العاملات بغض النظر عن العمر، المكانة الاقتصادية، مستوى التعليم، والحالة الزوجية، ووجود أطفال، أقل إصابة بالاضطرابات النفسية .

بينما في دراسة حول أسباب الاكتئاب في بريطانيا تبين أن عمل المرأة خارج المنزل هو من العوامل المهيئة للاكتئاب في حال وجود عوامل أخرى. وهي: وجود ثلاثة أطفال على الأقل يحتاجون إلى الرعاية داخل المنزل، وعدم وجود الزوج المتعاون الذي يساعدها ويعينها، إضافة لفقدانها للأم أو الأب عندما كانت قبل الحادية عشرة من العمر . لذلك ترى الباحثة نتيجة لهذا الاختلاف، بأنه لا بد من دراسة تفصيلية لمشاكل المرأة، والعمل على تطوير خبراتها وتعميق التقاليد المناسبة لعمل المرأة وما يرتبط به من الجوانب النفسية والاجتماعية المختلفة في المجتمع الفلسطيني خاصة وأن نتائج الدراسة الحالية أظهرت أن الاضطرابات النفسية كانت لصالح الإناث وأن النسبة الأكبر من المشاركين كانوا من النساء ربات البيوت.

كما أشارت نتائج الدراسة بأن النسبة العظمى من أفراد العينة من المتزوجين بنسبة بلغت (83.9 %) يليها وبفارق كبير العزاب بنسبة (13.1%)، وكان هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في الأعراض الجسدية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وأن هذه الفروق لصالح المتزوجون . وترى الباحثة أن الزواج ومسؤولياته المتعددة التي تعود لكلا الزوجين تحتوي على الكثير من الضغوط على المستوى

الاجتماعي والاقتصادي خاصة في هذا العصر الحديث، فالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمشكلات الحياتية اليومية التي تواجه المجتمع قد ساهمت في زيادة المتطلبات الاستهلاكية وفي زيادة النفقات والضرورات المادية التي تواجه الأسرة، إضافة إلى ضرورات التنمية والتحديث. وكل ذلك يؤدي إلى الإهتمام المتزايد بالعمل لزيادة الدخل وأحياناً يتطلب من المرأة العمل خارج المنزل ودخله وهذا يزيد من مسؤولياتها. فمتطلبات أفراد الأسرة كبيرة، وسبل تلبيتها صعبة مع قلة فرص العمل والظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها الشعب الفلسطيني نتيجة الإحتلال. أما بالنسبة للصحة العقلية والجسمية وارتباطها بالعمل والأسرة، فمن المشاهد بأن أغلب الناس لديهم مهام متعددة في نفس الوقت فالإنسان يكون زوج وأب وموظف ويتحمل مسؤوليات أخرى، والحاجة هنا ملحة للموازنة بين هذه المهام لأن اختلال التوازن يؤدي إلى تقصير في أحد المهام على حساب المهام الأخرى وهذا يؤدي إلى مشاكل أسرية أو مشاكل في العمل أو الالتزامات المادية والذي ينشأ عنه ضغوط نفسية قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية وامراض جسمية وأحياناً للإدمان. ومن الواضح بأن الاضطرابات في الحياة الأسرية تنعكس سلباً على أداء الشخص في عمله وكذلك مشاكل وضغوط العمل تؤثر على علاقة الشخص وأسرته، وهذا ما طرحته الباحثة كعوامل لظهور الاضطراب النفسي في الفصل الثاني.

وتضيف الباحثة بأن السنوات الأولى للزواج، تشهد عادة الكثير من الصعوبات في التفاهم بين الزوجين وغالبية المبحوثين هم من الشباب الذين هم في بداية حياتهم الزوجية، غير أن المرأة تكون عادة هي الطرف الأكثر تأثراً، ونظراً لصعوبة التوافق الذي يحدث نتيجة للظروف الجديدة التي تصاحب الانتقال إلى الحياة الزوجية فقد يحدث في الغالب بعضاً من الشد والجذب بين المتزوجين حديثاً، فالتوافق التام بين طرفي الزواج هو من غير الممكن من الناحية العملية خلافاً لما يدور بخيال الذين لم يخوضوا بعد تجربة الزواج، وقد وجد أن هذه الخلافات الزوجية تحدث بصورة واضحة في أكثر من 50% من حالات الزواج وأحياناً ينتهي بالطلاق. وترى الباحثة بأن هذا ممكن أن ينطبق على هذه الدراسة خاصة وأن النسبة العظمى من أفراد العينة هم من الشباب من (25-38) سنة، أي أن معظمهم في بداية حياتهم الزوجية.

وترى الباحثة بأنه من الجدير دراسة أسباب زيادة نسبة النساء اللواتي يشكون من الاضطرابات النفسية مقارنة بالرجال، خاصة وكما ظهر في نتائج هذه الدراسة، الأعراض الجسدية والوسواس القهري والاكتئاب والقلق وقلق الخوف والبرانويا التخيلية، والتعرف على أي من هذه الأمراض



تختلف بين الجنسين في مدينة الخليل خاصة وفي المجتمع الفلسطيني عامة. إلا أنه يمكن القول أن الضغوط المتعددة التي تواجهها المرأة في المجتمع من النواحي الإجتماعية ومسؤولياتها الملقاة على عاتقها في تربية الأولاد ورعايتهم كبيرة جداً ومرهقة، خاصة مع عدد الأولاد الكبير الذي تضمه الأسرة، فمعدل عدد افراد الاسرة الفلسطينية هو خمسة أفراد، كما أن تناقض النظرة إلى عمل المرأة جميعها تساعد على خلق ضغوطات حياتية. فالمشكلات الزوجية لدى المرأة سواء لدى المرأة العاملة أم المرأة غير العاملة موجودة فبعض هذه المشكلات يتعلق بعدم وضوح الأدوار والمسؤوليات التي يقوم بها كلا الزوجين. ويرجع ذلك إلى حداثة عمل المرأة في مجتمع مدينة الخليل وعدم وجود تقاليد خاصة تنظم وتحدد مشاركة الزوجين في أمورهم الحياتية من حيث المشاركة والتعاون في الأمور المالية وشؤون المنزل ورعاية الأطفال وغير ذلك ، مما يتصل بتفاصيل الحياة اليومية المشتركة ، الأمر الذي يتطلب مزيداً من الحوار والتفاهم بين الزوجين للوصول إلى حلول مشتركة مناسبة تتوافق مع الحياة العملية ، الأمر الذي لم يعود عليه الرجل في المجتمع.

تبين من نتائج الدراسة وجود علاقة بين مستويات متغير دخل الأسرة ومتغير المستوى التعليمي، ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب، أي بتدني مستوى دخل الأسرة وتدني المستوى التعليمي تزيد نسبة انتشار الأعراض النفسية ومنها الاكتئاب . وكانت هناك فروقاً لصالح العاطلين عن العمل ومن يعانون من أمراض جسدية لفترة زمنية، في الاضطرابات النفسية وخاصة أعراض الاكتئاب.

بالنسبة للاكتئاب كان من نتائج الدراسة، أن هناك ( 29.1%) يعانون من أعراض الاكتئاب منهم (6.5%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. هذه النسبة توافق ما نشرته منظمة الصحة العالمية بأن معدل الاكتئاب الرئيسي بين عامة السكان قد تتراوح من ( 3 - 10%) وأنه دائماً أعلى بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (WHO, 2003.P10). بالإضافة إلى أن المرأة معرضة للإصابة بالأنواع العامة للاكتئاب مثل (Major Depression)، واضطراب اعتلال المزاج (Dysthymic Disorder). فإنها معرضة بالإضافة لذلك إلى أنواع أخرى من الاكتئاب خاصة بها كأنثى مثل، اكتئاب ما قبل الدورة الذي يصيب حوالي (30%) من النساء، والاكتئاب أثناء الحمل والذي يصيب حوالي (10%) من النساء، واكتئاب بعد الولادة (Postpartum Depression) الذي

يصيب من (10-20%) من النساء بدرجاته المختلفة، وأخيراً اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية الذي يصيب (10-15%) من النساء في هذه المرحلة من العمر كما أشارت الدراسات لدى المهدي.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع كل ما ظهر من نتائج دراسات وما ذكر عن زهران (1998). عكاشة والمهدي (2003)، قاسم والمالح (2006)، فرج (2000)، الشربيني (2005)، ومع ما ذكر المهدي (2005) عن كل من Sowa (1984)، Knit (1984) و Gallagher (1983) ومع ما وجد في إحصائيات الأمم المتحدة في ما يتعلق بصحة المرأة، بأن النساء أكثر إصابة بالإكتئاب. واختلفت مع ما ورد عن ما انتهت به نتائج دراسات King (1983)، Naglberg (1983)، Dambrot.Devault (1983) و Byrson and Pilon (1984) و Himmelfarb (1984) الذي ذكرهم المهدي (2005) في عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الاكتئاب لصالح الإناث. وقد تكون الزيادة لدى الإناث في مرض الإكتئاب والاضطرابات الأخرى راجعة حسب رأي الباحثة، إلى أن الرجال لديهم فرصة أكبر في مجتمعنا للتصرف في مشكلاتهم، والتنفيس عن رغباتهم مما يقلل من حدة الصراع النفسي، وأن الرجل يملك قدرة نفسية أقوى من المرأة، لأنه تربي وتدرّب على مواجهة الحياة وصعوبتها باستقلالية وقوة، وكذلك يرجع ذلك إلى تقبل النساء للعلاج النفسي قبولاً سهلاً وواضحاً ورغبتهم السريعة والملمحة بالشفاء، وأن المرأة أكثر جرأة من الرجل في التعبير، وتأخذ وقتاً أقل للانفتاح والتعبير وهذا يعود لتكوين المرأة العاطفي وإحساسها بالضعف أحياناً هو الذي يدفعها للكلام أكثر من الرجل، وهي أيضاً لا تشعر بالنقص عند عرض مشكلتها، لكن الرجال هم الأكثر دخولاً إلى المصحات النفسية وهذا ما تلاحظه الباحثة من خلال عملها في هذا الحقل، ويرجع ذلك للعادات والتقاليد الخاطئة، منها أن أهل المرأة يخافون من المجتمع وكلامه، وأن يؤثر دخولها إلى المصحة على مستقبلها، فالرجال الذين لا يعترفون بإصابتهم بالأمراض النفسية ويحاولون إخفاءها بثتى الطرق ولا يبدأ في العلاج مبكراً لذا يضطر لدخول إلى المصحة، وجميع هذه الأمور تتوقف على أشياء عدة مثل درجة العلم وثقافة المجتمع.

وذكر الفابلسي (2007) والمهدي (2005) إن النساء أكثر تعرضاً للإضطرابات النفسية من الرجال خاصة في مراحل التغييرات الفيزيولوجية والبيولوجية، ولقد أشارت الدراسات والأبحاث إلى علاقة العوامل البيولوجية والمرضى النفسي الناتج عن اضطراب الهرمونات الأنثوية أثناء الحمل، والولادة، والنفاس والرضاعة وفترة ما بعد الولادة وسن اليأس وبعد عمليات الإجهاض، وبعد انقطاع الدورة

تعانى المرأة من آثار انخفاض مستوى هرمون الاستروجين في الدم. كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع للمرأة فرصة لالتقاط أنفاسها وتشكل نوعاً من الضغط عليها إذا زاد عن حدود معينة فإنه يهيؤها للإصابة بالاكتئاب.

وتضيف الباحثة أن المرأة لديها الهموم الخاصة في كل مراحل حياتها بداية من الطفولة، كما أن الزيادة ربما تكمن إضافة للأسباب السابقة لتكوين العاطفي للمرأة فهي بفطرتها ذات مشاعر حيه وجياشه، التي خلقت بها لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها كأم ، التي تحتاج إلى تواصل وجداني كبير وبدون هذا التواصل الوجداني تضطرب الأسرة وتتفكك عراها ، ولخبرات التعلق والفقد ربما يكون لها دورا في هذه الزيادة، فالمرأة دائماً متعلقة بغيرها والرجل كذلك ولكن مع الفارق في الدرجة والأهمية، فهي تتعلق بشدة بأمها وأبيها وأخواتها ثم بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها. وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل وحين تفقد أياً من هذه العلاقات فإنها تصاب بالحزن والأسى وربما تصل لدرجة الاكتئاب، وكذلك العمل المستمر بلا راحة فالوظائف التي تقوم بها المرأة لا تعرف الإجازات، لأن متطلبات الزوج والأولاد والأحفاد لا تنتهي، وهي لا تأخذ راحة في أيام العطلات بل ربما تعمل أكثر في هذه الأيام في تنظيف المنزل وإعداد الطعام للعائلة والأصدقاء، وهكذا بلا توقف. وحتى إذا فرغت من كل هذه الأعمال فإن عقلها لا يتوقف عن العمل حيث أنها أكثر إحاطة بتفاصيل الأشياء في المنزل من الرجل. كما أن من أهم مصادر الاكتئاب والاضطراب النفسي عند المرأة بشكل عام هو العنف ضدها من المجتمع ومن الرجل، فللموروثات الاجتماعية التي تنظر للمرأة بأنها أقل من الرجل، تعد واحدة من بين أهم تلك العوامل وهذا يخلف آثارا نفسية سلبية تظهر على شكل أعراض مرضية مختلفة تساهم بشكل كبير في افقاد المرأة قدرتها على العيش في هدوء نفسي، فهذه الظواهر السلبية والموروثات لا تقتصر على العنف فحسب بل هناك أساليب قهر مختلفة منها القهر الاقتصادي والاجتماعي والتمييز والحرمان العاطفي وغيرها من الأساليب التي لها آثار تدميرية على نفسية المرأة التي تكون بسببها على استعداد تام وقوي للإصابة بالمرض النفسي. وترى الباحثة إلى أن من الصعب على المرأة، وخاصة في المجتمعات العربية إيجاد منافذ ترفيهية تمتص قسماً من الشد العصبي الذي تواجهه يومياً، بينما يستطيع الرجل الذهاب أينما يشاء سواء في السفر أو للقاء الأصدقاء وممارسة المتع . وقد يزي ظهور القلق والاكتئاب والهستيريا مقارنة بظهورها لدى الرجال، خاصة أن الرجل الشرقي يخجل من إظهار رضعفه النفسي. فوضع المرأة في المجتمع في مدينة الخليل وفي فلسطين عامة يوصف بأنها شريك

غير مشارك مع الرجل أو أقل صلاحيات في الشراكة، كما أنها غير مستقلة وتعتمد على الآخرين حتى قراراتها الخاصة تكون صادرة من الرجل وليس منها . كما أن المجتمع يقيّمها من خلال افتراضات مسبقة متحيزة وينظر إليها على أنها الجنس الضعيف بدلا من الجنس الناعم ، ويفرض عليها العزل وعدم اختلاط الجنسين في مجالات يكون الاختلاط مقبولا . وفي بعض الأحيان تكون المرأة كزوجة ثانية وهذه الأمور تجعلها أقل ثقة بنفسها وأكثر ضغطا مما يعرضها للإضطراب النفسي. ويذكر عباس إخصائي الأمراض النفسية والعصبية للعوامل السابقة عند النساء العنوسة، التي تكنى بها المرأة عندما تبلغ سن الثلاثين، وهو العمر الذي يعتبره المجتمع سناً حرجاً للمرأة، فتصاب بالقلق وتأنيب الضمير والندم على فرص الزواج التي ضيعتها، والشعور بالذنب، وأغلب القاصدات لشفاهن من تلك الفئة العمرية، وكانت العنوسة والاثام بها سبب قدومهن للعلاج، وحسب رأيه أن العنوسة أرض خصبة للأمراض النفسية كافة.

إن نتائج الدراسة حول الفروق بين الجنسين تتوافق مع ما جاء من مشاهدات المدني ( 1994 ) الطبيب النفسي في عيادة الأمراض النفسية في جامعة الأزهر حيث لاحظ أن 65% من المترددين على عيادته نساء، فلصابتهم بالاكئاب ضعف الرجال وخاصة المتزوجات في المرحلة العمرية التي تتراوح من (25 و 45) عاما، وأن (45 % ) من السيدات يعانين من اضطرابات الدورة الشهرية، وأن (2 إلى 10% ) منهن يحتجن للمساعدة الطبية، حيث يتأثر المرأة في تلك الفترة أعراض أهمها الاكتئاب والقلق والتوتر، وفقدان الطاقة وقلة التركيز واضطرابات النوم وأوضح أن الأعراض المرضية التي تصيبها هي لأسباب بيولوجية وزيادة معدل هرمون الإستروجين ونقص الفيتامينات ونتيجة لعوامل اجتماعية كتعرضها لمفاهيم ومعتقدات ثقافية خاطئة كما أنها تتوافق مع الدراسات الفلسطينية صنصور ( 1995 ) وخميس ( 1998 ) ومناصرة ( 1993 ) وعفانة ( 2003 ) وياسين (2007)، بزيادة أعراض القلق والاكئاب لدى المرأة الفلسطينية.

وذكر قاسم (2008) أن عبدالغني استشاري الطب النفسي في جامعة القاهرة، أفاد بأن المرأة تصاب باضطرابات الهلع فالجسد لديها يحل محل النفس في التعبير عن المعاناة النفسية التي تشعر بها، كما أن خوفها من عدم وجود من ينصت إليها تجعلها تكتم مشاعرها وتشعر بإحباط ويأس . وبمرور الوقت، تتحول تلك المشاعر لأعراض جسمانية تتجسد في صورة نوبات هلع. وترى الباحثة بأن ازدياد الأمر حدوثا في المجتمعات الشرقية قد يكون لعدم قدرة المرأة على التعبير عن ذاتها مما يجعلها أكثر عرضة للإصابة، ويحدث لدى فئتين من العمر هما من 8 إلى 25 عاما والأخرى من

45 حتى 55 عاماً، ففي الفئة العمرية الأولى تبدأ الفتاة تشكيل هويتها، وتتمر بمرحلة المراهقة إذ تبدو غير مستقرة في مشاعرها، أما في الفئة العمرية الثانية فإن اضطرابات الهلع تنتج عن التغيرات الهرمونية المصاحبة لانقطاع الدورة الشهرية لدى المرأة.

مما تلاحظه الباحثة بعد هذا العرض أن كون الشخص ذكراً أو أنثى ليس هو المسؤول الرئيسي لارتفاع الاضطرابات، وإنما هناك عدة أسباب متداخلة، فطبيعة التركيبة البيولوجية والضغط النفسية والاجتماعية التي تقع على فئة دون أخرى والإحباطات المرتبطة بالنمو الاجتماعي والتنشئة ونمط الشخصية والرغبة في تحقيق الأحلام وما تجده هذه الرغبة من معوقات اجتماعية أو نفسية هي المسؤولة أساساً عن هذا الارتفاع، فهناك عوامل عدة تتفاعل مع ظهور الإضطراب النفسي عند كلا الجنسين وبنسب مختلفة وفي مختلف مراحل العمر.

ونلاحظ أن الفئة العمرية (من 32 الى 38) هي الأكثر ظهوراً بعينة الدراسة، حيث بلغت نسبتهم 23.4% ويليهما الفئة العمرية (من 25 الى 31) حيث بلغت نسبتهم 21.8% بينما جاء في المرتبة الأخيرة الفئة العمرية (من 53 الى 59) حيث بلغت نسبتهم 6.2%، ذلك أن النسبة العظمى من سكان فلسطين من الفئة الشابة، حسب الإحصائيات الديموغرافية لمركز الإحصاء الفلسطيني، وهم الأكثر خوفاً لمعترك الحياة سواء كانوا طلاباً دارسين أو متزوجين فمسؤولياتهم وتحدياتهم كبيرة. كما ظهر قلق الخوف بنسبة (16.1%) منهم (1.8%) بدرجة شديدة، كانت لصالح الإناث.

كما وأشارت نتائج الدراسة، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض قلق الخوف تعزى لمتغير الفئة العمرية وعدم وجود فروق في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية) والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكئاب والقلق والعدوانية والبرانويا التخيلية والذهانية تعزى لمتغير الفئة العمرية. هذا يتعارض مع ما ذكره زهران وعكاشة (2003) حيث أشارا إلى أن عامل السن له أثره في نشأة القلق فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في مراحل العمر المتقدمة والمتأخرة.

أما فيما يتعلق بعلاقة الوضع الاقتصادي ومدى انتشار الأمراض النفسية لدى العينة فنلاحظ أن غالبية أفراد العينة من ذوي الدخل المنخفض حيث بلغت نسبتهم (71.2%). ونسبة (24.8%) من

الدخل المتوسط بينما كانت نسبة قليلة (3.9%) من ذوي الدخل العالي. وكان هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لجميع الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير مستوى دخل الأسرة باستثناء البرانويا التخيلية، وأن هذه الفروق كانت لصالح مستوى الدخل المنخفض أقل من (1500) شيكل. أي أن هناك علاقة عكسية بين مستويات متغير دخل الأسرة ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية أي بزيادة مستوى دخل الأسرة تقل نسبة انتشار الأعراض النفسية.

إن نتائج هذه الدراسة تتوافق مع ما جاء في بعض الدراسات، فقد أشار أبو العزائم (2003) عن تأثير الفقر على الأفراد والأطفال من ناحية نفسية وأنه السبب الأول للأمراض النفسية والكثير من الأمراض العضوية، كما أشار أن هناك علاقة طردية بين الفقر والمرض النفسي. فكلما زادت نسبة الفقر، زاد المرض النفسي بشتى صورته وأهمها الاكتئاب والقلق والفصام والوسواس القهري والأدمان. وبناءً على المؤتمر الثاني عشر لاتحاد الأطباء النفسيين العالمي المنعقد في اليابان والمنبثق عن منظمة الصحة العالمية فليق السبب الأول للأمراض النفسية والتي تعتبر أكثر المشاكل الصحية انتشاراً بالعالم في القرن الحادي والعشرين، هو الفقر. وتوجد أدلة علمية على أن انتشار الإكتئاب يزيد مرة ونصف أو مرتين بين المجموعات ذات الدخل المنخفضة من السكان، لذلك يمكن اعتبار أن للفقر مساهمة كبيرة في الاضطراب النفسي، والعكس صحيح. فالإثنان مرتبطان في حلقة مفرغة، ويؤثران سلبيًا على عدة أبعاد من النمو الفردي والاجتماعي.

وقد وجدت فروق في درجة الاضطرابات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي في جميع الأعراض في هذه الدراسة، وأن هذه الفروق كانت لصالح الأميين في الأعراض الجسدية والحساسية التفاعلية والقلق والعدوانية والذهانية، وكانت لصالح ذوي المرحلة الإعدادية في أعراض الوسواس القهري والاكتئاب وقلق الخوف والبرانويا التخيلية. ونلاحظ بشكل عام وجود علاقة عكسية بين متغير المستوى التعليمي ونسبة انتشار الاضطرابات النفسية أي بزيادة المستوى التعليمي تقل نسبة الشكوى النفسية والعكس.

إن نتائج هذه الدراسة جاءت داعمة لما أشار إليه أبو العزائم (2003) بأن عدم الشعور بالإطمئنان وانخفاض المستويات التعليمية والسكن غير المناسب وسوء التغذية قد حددت جميعاً على أنها تساهم في الاضطرابات النفسية الشائعة.

وإذا ما نظرنا للمستوى التعليمي لأفراد العينة فغالبيتهم كانوا من المرحلة الإعدادية حيث بلغت نسبتهم 33.1% ويلبها أولئك ذوي المرحلة الثانوية بنسبة 24.7% ويلبها ذوي المرحلة الابتدائية أو الأميون بنسبة 21.4%. بينما جاء في المرتبة الأخيرة ذوو الشهادات الجامعية وبلغت نسبتهم 20.8%. فالملاحظ أن معظم كانت ثقافتهم ومستواهم التعليمي بسيطاً، ويمكن تفسير العلاقة بين تدني مستوى التعليم والمرض النفسي إلى أن انخفاض المستوى التعليمي يحول دون الوصول إلى معظم الوظائف الحرفية وتخلق مشكلة البطالة، ويزيد من سرعة التأثر ومن عدم الإطمئنان، ويساهم في انخفاض مستمر لرأس المال الإجتماعي وقد أشار باتل وكلاينمان (2003) إلى ذلك في الدراسات السابقة.

فالبطالة مشكلة اقتصادية، كما هي مشكلة نفسية، واجتماعية، وأمنية، وسياسية، وجيل الشباب هو جيل العمل والإنتاج، لأنه جيل القوة والطاقة والمهارة والخبرة. فالشباب يفكر في بناء أوضاعه الاقتصادية والاجتماعية، بالاعتماد على نفسه، من خلال العمل والإنتاج، لا سيما ذوي الكفاءات والخريجين الذين أمضوا الشطر المهم من حياتهم في الدراسة والتخصص، واكتساب الخبرات العملية، كما أن نقص التأهيل وعدم توافر الخبرات لدى الأفراد، لتدني مستوى تعليمهم وإعدادهم من قبل حكوماتهم أو أولياء أمورهم يزيد من البطالة. فالعاطلون عن العمل يعانون من الفقر والحاجة والحرمان، وتخلف أوضاعهم الصحية، أو تأخرهم عن الزواج وتكوين الأسرة، أو عجزهم عن تحمل مسؤولية أسرهم. كما أن للبطالة آثارها السيئة على الصحة النفسية، كما أن لبطالة آثارها على الصحة الجسدية. فنجد نسبة كبيرة من العاطلين عن العمل يفتقدون تقدير الذات، ويشعرون بالفشل، وأنهم أقل من غيرهم، كما وجد أن نسبة منهم يسيطر عليهم الملل، وأن يقظتهم العقلية والجسمية منخفضة، وأن البطالة تعيق عملية النمو النفسي بالنسبة للشباب الذين ما زالوا في مرحلة النمو النفسي.

كما وجد أن القلق والكآبة وعدم الاستقرار يزداد بين العاطلين؛ بل يمتد هذا التأثير النفسي على حالة الزوجات، وأن هذه الحالات النفسية تنعكس سلبياً على العلاقة بالزوجة والأبناء، وتزايد المشاكل العائلية، ونتيجة للتوتر النفسي، تزداد نسبة الجريمة كالقتل والاعتداء بين هؤلاء العاطلين، بسبب الافتقار إلى المال، وعدم توافره لسد الحاجة. إن تعطيل الطاقة الجسدية بسبب الفراغ، لاسيما بين الشباب الممتلئ طاقة وحيوية، ولا يجد المجال لتصرف تلك الطاقة، يؤدي إلى أن ترتد عليه

تلك الطاقة لتهدمه نفسيًا، مسببة له مشاكل كثيرة. وما روي عن رسول الله - صلى الله عليه وسلم - قوله: "إن النفس إذا أحرزت قوتها استقرت". فالعلاقة بين الجانب النفسي من الإنسان، وبين توافر الحاجات المادية مهمة ولها أثرها في الاستقرار والطمأنينة، وأن الحاجة والفقر يسببان الكآبة والقلق وعدم الاستقرار، وما يستتبع ذلك من مشاكل صحية معقدة؛ كأمراض الجهاز الهضمي، والسكر، وضغط الدم، وآلام الجسم، وغيرها. وهذا ما ظهر في نتائج هذه الدراسة. فللبطالة هي السبب الأول في الفقر والحاجة والحرمان، لذلك دعا الإسلام إلى العمل، وكره البطالة والفراغ بل أوجب العمل من أجل توفير الحاجات الضرورية للفرد. وإضافة إلى ذلك فإن العلاقة بين المستوى الثقافي والمكانة الثقافية والتعامل مع ضغوط الحياة والقلق ذات اهتمام بارز في الأدب الدولي خاصة دور التحليل الإدراكي وعلاقته مع رد فعل الضغوط والصدمات، وقد أكد Lazarus (1974) على أهمية القدرات الإدراكية للفرد من أجل تقليل القلق وتحقيق التوافق وتعديل السلوك من خلال قدرات الفرد على تمييز المواقف الضاغطة وتحديد آليات التوافق الممكنة.

وترى الباحثة أن المرضى المثقفين أكثر احتمالاً في تقديم معاناتهم النفسية على شكل ظروف طبية، وفي ثقافتنا يبحث الناس المثقفون جداً عن مساعدة القطاع الخاص لهم معتقدين أنه أكثر سرية وأمانة من القطاعين غير الحكومي والعام وعلاوة على ذلك، ومن خلال الملاحظة في المقابلات الكليينكية لبعض الحالات النفسية تحدثت نسبة كبيرة من المثقفين عن تدمراتهم وشكاويهم في ضوء النرفزة (العصبية) والنسيان لأنه ربما يكون ذلك أسهل بالنسبة للمثقفين في الثقافة الفلسطينية أن يعترفوا بتلك الأعراض مقارنة مع الأعراض الأخرى التي ربما تعكس الضعف. وربما يكون الناس المثقفون ثقافة عالية أقدر على التكيف مع المواقف الضاغطة والمتوترة بسبب نضجهم العقلي، فكلما كان الأفراد الفلسطينيون أكثر إبداعاً وذكاءً وأكثر استقراراً نفسياً وصحياً عند التعرض للحوادث الصادمة والمؤلمة كلما كانوا أقدر على التوافق والتكيف. مما يشير إلى قوة التأثير بين التعليم والثقافة وظهور المرض النفسي. أما بخصوص المرأة فالثقافة تلعب دوراً مهماً في حماية المرأة، في الظروف كافة، وتساعد على تدير حياتها بشكل أفضل، فتحاول أن تجد حلولاً لمشاكلها، بشكل عملي أكثر، وتمنحها ثقة أكبر بالنفس وبقدراتها، خاصة في حال وقوع الطلاق أو الترمل، يكون لديها من الإهتمامات ما يشغلها. كما أن الإستقلال المادي يساعدها على اتخاذ القرارات المناسبة لحياتها، دون الوقوع تحت تأثير الضغوط المادية.



بالنسبة للحالة الصحية لأفراد العينة فقد ظهر أن ما نسبته ( 41.96%) منهم يعانون من أمراض جسمية، بينما (58.04%) لا يعانون من أمراض جسمية وهي النسبة الأكبر، وجميعهم ظهرت لديهم الأعراض النفسية وبنسب متفاوتة. وكان من بينهم حالات كانت تعاني من أمراض مزمنة تتطلب زيارات كثيرة في الشهر الواحد كأمراض السكري وأمراض القلب والضغط، وكان هناك ارتباط سلبي بين جميع الأعراض النفسية وعدد مرات المراجعة بسبب المرض، أي بزيادة مرات المراجعة تقل نسبة ظهور هذه الأعراض. وظهر أن ما نسبته 75.5% يستخدمون الأدوية للعلاج بينما 24.5% لا يستخدمونها وهذا قد يعود إلى أن المريض قد حضر للعيادة لأول مرة بسبب مرض جديد مثل الانفلونزا أو الرشح.

ذلك أن الإرهاق الجسدي المتواصل أو المرض الجسدي المواصل يخفض من قدرة الفرد على مقاومة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها، ويعرضه للإصابة بالاضطراب النفسي، وعكس هذا صحيح فالإرهاق النفسي الموصول يقلل بالفعل من قدرة الفرد على مقاومة الأمراض الجسمية. فالأشخاص السليمين جسدياً والمرضى لديهم الأعراض النفسية، وهذا يدل بأن المرض النفسي قد يرافقه شكاوى جسدية، وأن المرض الجسدي قد يعرض المريض لأمراض نفسية وهكذا فكلاهما متداخلا معا وهذا ما يأكده الجسماني (1994). وحسب WHO (2003)، أنه توجد علاقة متداخلة بين الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وأشارت إلى تصاحب الأمراض، أي إصابة شخص معين باضطرابين متزامنين أو أكثر، وتدعم الأبحاث الرأي القائل أن عددا من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال الاكتئاب، القلق، معاقرة المواد المدمنة) يتكرر حدوثها لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات بدنية مزمنة، ولديهم احتمال أكبر لحدوث اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، وأن معدلات الانتحار أعلى ممن يعانون من اضطرابات جسدية عن غيرهم من الناس. ويؤدي تصاحب الأمراض إلى التزام أدنى بالمعالجة الطبية، وازدياد في العجز والوفيات، وتكاليف صحية أعلى.

بالنظر إلى النتائج المتعلقة بالأعراض النفسية، نجد أن الأعراض النفسية الجسدية Somatization هي الأكثر انتشارا لدى المبحوثين حيث ظهرت بنسبة (39.3%) من أفراد العينة منهم (11%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الأعراض الجسدية هي مستوى دخل الأسرة والمستوى التعليمي و الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، مما يشير إلى

وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات والأعراض النفسجسدية، وأن نسبة (50.3%) من الشكوى الجسدية تتسبب عن طول فترة المرض وانخفاض مستوى الدخل والتعليم و قد فسرت الباحثة هذا سابقا. وترى الباحثة أن المريض الذى يعاني من أمراض Somatization عادة لا يميز بين كونه مريضا حقيقيا بمرض عضوي أو Somatization فالذي يحصل أنه يأتي للطبيب بشكاوى حقيقية ولكن وبعد إجراء المزيد من الفحوصات المخبرية وغيرها وتكون نتائجها سلبية عادة، يتم معرفة أنه يعاني من قضية نفسية، وبالتالي يستمر بمراجعة الطبيب مرات عدة دون زوال الأعراض وهذا يدخله في دائرة الوهم المرضي ويظل قلقا على صحته ويؤثر على تفكيره وسلوكه، خاصة إذا كانت ثقافته بسيطة ولا يستطيع فهم مرضه وأحيانا يؤثر على طاقته ويفقده عمله مما يدخله في دائرة الفقر.

هذا ما يتفق مع ما ذكر كل من رضوان (2005) وأبو حجلة (2006) عن الإضطرابات ذات الشكل الجسدي بأنه عندما يصاب الناس بأوجاع في أجسادهم يراجعون الطبيب من أجل التخلص من آلامهم، ولكن الطبيب يصاب بالحيرة خاصة عند استمرار الأعراض لأكثر من نصف سنة أو تظهر بصورة متكررة، فعندما يتم استبعاد وجود أسباب جسدية أو عضوية بعد سلسلة من التحاليل والفحوصات يقف الأطباء عاجزين ولا يعرفون ما الذي سيفعلونه، ويستشير المرضى طبيبا تلو الآخر، ويبدل لهم الدواء تلو الآخر، ويحتار المرضى في النهاية، ويصلون إلى حافة اليأس. فأوجاعهم تزداد ولا أحد يستطيع مساعدتهم وتتعدم الثقة بالأطباء وينزلق المرضى في اكتئاب عميق. وتضيف الباحثة مفسرة ذلك أن نقطة الالتقاء بين النفس والجسم للإنسان هي الدماغ باعتباره عضو العقل الذي تصدر منه كافة الإيعازات التنظيمية لجميع أنحاء الجسم، وفي الدماغ تجري العمليات كافة من أفكار وعواطف وخطط وذكريات . فنتيجة للعلاقة الوثيقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، فإن سوء الصحة الجسمية يؤدي إلى سوء التكيف عند الفرد واختلال صحته النفسية، والعكس صحيح أيضا. فعندما يتعرض الفرد إلى ضعف في جسمه أو في أحد أعضائه يؤثر ذلك في سلوكه فيصبح قلقا وحزينا وتتحول كثير من المشاعر والتصوّرات إلى حالات مرضية كالقلق والخوف والحبّ والكراهية، فتؤثر تأثيراً انفعالياً فيستجيب الجسم لتلك الإنفعالات استجابات فسيولوجية، وتترك آثارها المرضية أحيانا على الجسم وتتحول أحيانا إلى أمراض سيكوسوماتية في الجهاز الهضمي، مثل القرع وسوء الهضم وتهيج الامعاء، والأمراض العصبية، واختلال نسبة السكر، وأمراض الحساسية والصداع، فلذا كانت صحته الجسمية قوية كان أقدر على مواجهة

الضغوطات اليومية والتغلب عليها . كما أن الشكل العام والتشوهات والعاهات و العوامل الفسيولوجية، المتعلقة بطبيعة الوظائف الجسمية، خاصة الجهاز العصبي يلعب دورا تكامليا وتفاعلا بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية، وكلها تؤثر على نفسية وشخصية الفرد.

وقد صنفت الباحثة المرضى المبحوثين حسب شكاوهم في هذه الدراسة وحسب الأعضاء المصابة التي ظهرت عندهم، وارتباطها با لاضطرابات النفسية (الأعراض الجسديه والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية ) كما يلي: أمراض الجهاز الهيكلي والعظمي، الغدد الصماء، الجهاز التناسلي والبولي، الجلد، القلب والجهاز الدوري، الجهاز العصبي.

حيث أظهرت نتائج الدراسة أن معظم أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسمية المرتبطة بالجهاز الهيكلي والعظمي، حيث بلغت نسبتهم ( 35.5%) ومن هذه الأمراض أمراض العضلات والغضاريف والأيدي والأرجل، وأن ما نسبته (15.4%) من الأمراض الجسمية كان موضعها الغدد الصماء ومن هذه الأمراض السكري والغدد، و أن الأمراض المرتبطة بالجهاز التناسلي منها الأمراض المتعلقة بالدورة الشهرية والرحم كانت أقل ظهورا حيث بلغت نسبتها (2.8%).

وكشفت الدراسات التجريبية المختبرية الحديثة التي أجراها (دونالدهيب، وكاسيريسكي، شرينجتون، كوخ، غرسون، بلوخ، متالينكوف، بيننسكي، روزانوف، فون برجمان، غيلدبرين، يوريهس، الكسيس كاريل، بلويلر، جورج موللر) وجود اضطرابات في الحواس وفي الغدد تحت ضغط القلق والإنفعال النفسي وارتباطها بالجهاز العصبي المركزي. وقد ينتج ال صداع عن أمراض الجهاز العصبي وثبت حدوث تغيرات في كيميائية الدم نتيجة لأي نشاط انفعالي، سلبيا كان أم إيجابيا. وتفيد المفاهيم التي طرحها (ديفيد بينكايرين) أن التهاب المفاصل الروماتيزمي هو مرض نفسي جسدي ناتج عن حساسية تفاعلية، وهو مرتبط بنواحي النقص في تنظيم الشخصية، وبالضغوط البيئية والإحباطات التي تثير قلق الفرد، وأن الآلام الروماتيزمية هي عرض جسدي يدل على حالة قلق وتوتر ناجمين من الصراع النفسي الداخلي و ينتشر التهاب المفاصل الروماتيزمي بين النساء أكثر من الرجال كما ورد عن المهدي (2005).

وجد من نتائج الدراسة أن (5.6%) من أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسدية المرتبطة بالجلد، والعلاقة بين الجلد والحالة النفسية يمكن الاستدلال على وجودها من ملاحظة تأثير الانفعالات على المظهر الخارجي لأي منا، حيث نلاحظ في حالة التعرض لموقف الخجل أن الوجه سرعان ما يكسوه الاحمرار، وفي حالة الخوف فإن لون الجلد يبدو عليه الشحوب والإصفرار، وهذه أمثلة معروفة توضح تأثير الإنفعالات النفسية الداخلية على شكل ولون الجلد وتبدو واضحة لمن ينظر إلى الشخص من الخارج . فللأمراض الجلدية في علاقة تبادلية مع بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية، وتشير الدراسات التي وردت في فصل الدراسات السابقة إلى وجود هذه العلاقة الإيجابية كما أنه لوحظ من خلال عمل الباحثة مع المرضى الذين يراجعون عيادة الصحة النفسية في الخليل . أن معظم الذين يعانون من ارتفاع شديد في كل من القلق والاكتئاب مصابون بأمراض جلدية مزمنة مثل حكة الجلد، قضم الأظافر، تساقط الشعر، وبأمراض أخرى غير جلدية مثل آلام القولون، قرحة المعدة ، ارتفاع ضغط الدم ، والإمساك الشديد أو الإسهال الشديد خاصة في حالة الإنفعال .

ويعلق الشربيني (2007) على أن الأمراض الجلدية التي تصيب الشخص تظهر بوضوح وتساعد الطبيب على التشخيص بدون الأجهزة الحديثة ، كما أن هذه الأمراض غالباً ظاهرة لا يمكن للمريض إخفاءها خاصة إذا كانت تصيب الوجه أو الرأس أو الكفين كالبهاق ، الكلف، حب الشباب، وتعقب الباحثة يمكن القول بأنه ثمة علاقة قوية بين المظهر الخارجي للمصاب وحالته النفسية التي تزداد سوءاً إذا لم يعالج أو يتكيف مع مرضه ويتوافق مع الآخرين المقربين إليه في ظل مرضه الذي قد يلازمه طيلة حياته ، ومن الأمراض والاضطرابات الجلدية التي لها علاقة بالحالة النفسية، الارتكاريا وحب الشباب وحكة الجلد وزيادة إفراز العرق وحالات سقوط الشعر ، وتنشأ نتيجة للقلق والغضب والإنفعالات الشديدة التي لا يتم التنفيس عنها.

ووجد من نتائج الدراسة أن ما نسبته ( 10.3%) من أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسدية بالجهاز الهضمي. فهو من أهم الأجهزة المعبرة عن القلق النفسي، فالعديد من الأعراض المتعلقة بالجهاز الهضمي مثل الصعوبة في البلع، أو الشعور بغصة في الحلق، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقيء، أو الإسهال أو الإمساك والمغص الشديد ونوبات التجشؤ، تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة كالأحداث التي تواجهه شخص من إحباط وفشل وشدائد نفسية

وحرمان، ووجود صراع أو خلاف مع الوالدين أو مع من يرمز إليه كسلطة، وحالات الحمل والولادة عند النساء والعمل تحت ظروف التوتر والضغط وجم ح الرغبات والمشاحنات العائلية والاعتماد على الآخرين وعدم الاعتماد على النفس. كما أن الخوف والتوتر وأسلوب الأبوين الخاطيء في التنشئة الاجتماعية والصراع والنكوص والعداء اللاشعوري والغيرة المكبوتة من أهم أسباب اضطرابات القولون. وكثيرا ما يكون القىء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتميز أو الإشمئزاز من شخص ما، وكما ذكر (س.دولف) تشير الدراسات التجريبية إلى أن هناك أسباب بارزة تؤثر على الجهاز الهضمي كالمعدة والقولون مثل قرحة المعدة التي تزداد بين الذكور أكثر من الإناث.

أشارت نتائج الدراسة الحالية أن ما نسبته (12.6%) من أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسمية المرتبطة بالجهاز الدوري والقلب، وأشار المهدي (2005) أن القلب يجيب على كثير من الحوادث النفسية أكثر من أي عضو في البدن ، وأن كل الدوافع لها صلة بالقلب والدورة الدموية، ذلك أن القلب هو المعبر عن الإنفعالات كلها، وأن عدد ضحايا القلب هو (32%) من مجموع الوفيات في العالم، وهناك ما يعرف بع صاب القلب وهو اصطلاح يعبر عن أعراض مختصة بالقلب ولكنها (نفسية المصدر) كارتعاش وخفقان القلب وقصر التنفس وتشنج وألم، ذلك نتيجة وجود توتر وصراع انفعالي شديد عند المريض. كما أن التوتر الزائد يقود لارتفاع فوري في ضغط الدم، وهو (ضغط الدم المرتفع) المزمن دون وجود أساس عضوي بارتفاع (الضغط الأساسي) ويستمر هذا الإرتفاع طالما لم يجد المريض حلا للمشكلة الإنفعالية ويولد عبئا ثقيلا في الأوعية الدموية قد تصل إلى نزيف دماغي أو جهد زائد فوق طاقة القلب ، وأثبتت دراسات فاولار، وزيكيل أن هذه الحالة المرضية هي نتيجة ضغوط القلق والشدائد النفسية حيث يجري الدم سريعا وقويا ومفاجئا في الأوعية الدموية ويقود للنزيف.

كذلك وجد في هذه الدراسة، أن ما نسبته (10.7%) أفراد العينة يعانون من الأمراض الجسمية المرتبطة بالجهاز التنفسي. وقد تحدث المهدي (2005) عن أمراض الجهاز التنفسي التي لها علاقة بالوضع النفسي ومنها الربو الشعبي وهو أحد أمراض الحساسية حيث يستثار الجسم وتثار فيه مادة الهستامين التي تعتبر مسؤولة عن كافة أشكال الحساسية ، وبرهن ريز (Rees) أن (80%) من

مرضى الربو كانت لديهم اضطرابات نفس. ووجد في هذه الدراسة أن ما نسبته ( 15.4%) من الأمراض الجسمية كان موضعها الغدد الصماء ومن هذه الأمراض أمراض السكري والغدد.

وقد ذكر المهدي(2005) أن من أسباب السكر الإبتدائي الحالة النفسية، حيث هناك علاقة وطيدة بين الحالة النفسية المضطربة ومرض السكر، خاصة بالنسبة للأشخاص الذين لديهم استعداد للإصابة بالمرض، فلذا تراكمت الضغوط والصدمات النفسية لدى شخص لديه استعداد للإصابة فمن المتوقع أن يصاب بمرض السكر، وإذا لم يكن هناك هذا الإستعداد فإن الضغوط والصدمات النفسية لن تؤدي لحدوث الإصابة. أما بالنسبة للاضطرابات الهرمونية وخلل إفرازات الغدد ، فلن كل غدة قد تتعرض في إفرازاتها لإضطراب هرموني زيادة أو نقصان، بدافع نفسي انفعالي يؤدي لخلل عام في السلوك والجسم. وأثبت العالم ( Conex ) أن هناك علاقة بين اضطراب إفراز هذه الغدة وبين العوامل النفسية التي تنتاب الفرد. ويفسر ( Canon ) أن الخوف يزيد إفراز الأدرينالين الذي يؤثر على الغدة الدرقية عن طريق الهيوثلاموس ، ويعيد ( Alexander& Merex ) ذلك إلى الصراع النفسي في قشرة المخ.

كان من نتائج الدراسة أن الأمراض المرتبطة بالجهاز البولي والتناسلي ، منها الأمراض المتعلقة بالدورة الشهرية والرحم كانت أقل ظهورا حيث بلغت نسبتها ( 2.8%)، وهذا قد يعود لأن النساء لا يراجعون العيادات العامة للأمراض التناسلية ويذهبن لمتخصصين. وقد اتضح من نتائج التحليل عدم وجود فروق في درجة الإضطرابات النفسية لجميع الأبعاد تعزي لمتغير موضع المرض الجسمي، فأياً كان موضع المرض فهناك آثار للأمراض نفسية متوقعة، وللكشف عن تأثير عدد مرات المراجعة بسبب المرض على ظهور أعراض الشكوى النفسية، ظهر وجود ارتباط سلبي بين جميع الأعراض النفسية وعدد مرات المراجعة بسبب المرض، أي بزيادة مرات المراجعة تقل نسبة ظهور هذه الأعراض. وهذا يؤكد ضرورة العلاج والمراجعة لدى الطبيب، الذي بدوره يجب أن يكون مؤهلاً للكشف عن الأعراض النفسية، وقد يفسر هذا بأن المريض يرتاح ولو جزئياً بالحديث مع الطبيب وبأنه لا يعاني من شيء خطير فعادة ما يطمئن الأطباء مرضاهم، وقد يصف الطبيب للمرضى بعض المهدئات والمسكنات التي تخفف من ألمهم ويستمر بالعلاج وربما يهدأ لفترة، إلى أن تعاوده الشكاوى ليعود لمراجعة الطبيب مرارا وتكرارا لأن هذه الشكاوى عادة تلازمه فترة طويلة، وهكذا يبقى يعاني وقد يؤثر المرض على سير حياته وتفكيره وعواطفه ويعيق شعوره

بالسعادة والطمأنينة النفسية، ويتولد لديه الوهم والقلق مما يؤثر على نشاطه وحيويته وسلوكه الاجتماعي.

وكشفت الدراسة بأن هناك تأثير للفترة الزمنية للشكاوى المرضية على مدى ظهور أعراض الشكاوى النفسية، ووجود ارتباط ايجابي بين الفترة الزمنية للشكاوى المرضية مع كل من نسبة الشكاوى النفسية GSI والأعراض الجسدية وأعراض الاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف ، أي بزيادة الفترة الزمنية تزداد نسبة ظهور هذه الأعراض، فزيادة فترة المرض تزيد الضغوط والمعاناة النفسية. كما كشفت الدراسة فروقاً ذات دلالة في درجة الاضطرابات النفسية (الأعراض الجسدية والوسواس القهري والحساسيه التفاعليه والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية) تعزى بسبب استخدام أدوية لعلاج الحالة التي يشكو منها المصاب أو لا يستخدم؟ فهناك فروق في الأعراض الجسدية تعزى لمتغير استخدام الأدوية العلاجية حيث نلاحظ أن مستخدمي الأدوية العلاجية هم أكثر تأثراً بالأعراض الجسدية وتوجد فروق في أعراض القلق تعزى لمتغير استخدام الأدوية العلاجية إذ نلاحظ أن مستخدمي الأدوية العلاجية هم أكثر تعرضاً لأعراض القلق، وهذا يمكن تفسيره أن المريض دائم القلق على صحته وبالتالي يستخدم الأدوية.

بالنسبة للوسواس القهري والذي ظهر في المرتبة الثانية، فهناك ما نسبته (33.3%) من أفراد العينة يعانون من أعراض الوسواس القهري منهم (8%) وهم بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي لخطورة الحالة، وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على أعراض الوسواس القهري هي الفترة الزمنية للشكاوى المرضية ، أي كلما زادت الفترة زادت نسبة الوسواس وحسب الأوساط الحسابية عند إجراء تحليل التباين الأحادي فإنه ظهر لدى الأناث من عمر ( 18-31)، وهذا يمكن تفسيره كما ترى الباحثة بالتغيرات البيولوجية والفسولوجية التي تطرأ على جسم المريض خلال فترة مرضه الطويلة. وبالضغوط النفسية والاجتماعية التي تعاني منها الإناث في المجتمع، لقد كانت النسبة عالية جداً وترى الباحثة بأنه قد يكون من المفيد إجراء الدراسات لاحقاً في هذا المجال لمعرفة نوعية الأفكار الخاصة بمرض الوسواس القهري ومعرفة الأسباب وراء ذلك خاصة أن الإحصائيات تؤكد وجود أكثر من (100) مليون مصاب بمرض الوسواس القهري في العالم ، إذ يصاب به واحد من خمسين شخصاً، وهو أكثر الأمراض النفسية انتشاراً بعد الاكتئاب.

وتدل الأبحاث الحديثة أن شيوعه بين مجموع الشعب تتجاوز ( 2.5 % )، ووجد من خلال بحث قام به الدكتور أحمد عكاشة في القاهرة، أن نسبة المترددين من مرضى الوسواس القهري على عيادات الطب النفسي في جامعة عين شمس حوالي ( 2،6% ) وهو يمثل حوالي ( 4% ) من مجموع الاضطرابات العصابية. وتشير الباحثة إلى أسباب الوسواس القهري، فالعامل الوراثي له دور مهم في نشأته، فوجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه، ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي، فانعدام مرونة الوالدين المتمثلة بالمثل العليا والضمير الحي والوسوسة في التصرفات تعكس ذلك على الأطفال سواء وراثياً أو بيئياً.

وذكر أبو هندي وصول نسبة مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يقتنعون بصحة وساوسهم أو أفعالهم القهرية أو يكفون عن مقاومتها سواءً كان ذلك في مرحلة مبكرة أو متأخرة من اضطرابهم إلى ما بين ( 5،15% و 17،7% ) وربما أكثر من ذلك.

أما بالنسبة لأعراض الحساسية التفاعلية التي ظهرت في المرتبة الرابعة من بين الأعراض الأكثر شيوعاً بين أفراد العينة، فهناك ما نسبته ( 31.2% ) بحاجة إلى تدخل إلى تدخل منهم ما نسبته ( 7.1% ) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي وحسب الأوساط الحسابية عند إجراء تحليل التباين الأحادي فإنه ظهر لدى الإناث من عمر ( 18-24 ) والأميين وذوي الدخل المنخفض، وجميع هذه المتغيرات تحدث ضغوطاً نفسية وإجتماعية على المرضى. فلم تتمكن الباحثة من التوصل إلى أي إحصائيات في هذا المجال، ذلك أن الحساسية تمثل صفة شخصية، أكثر من كونها اضطراب نفسي. كما أن أعراض الحساسية كالإنتقاد للآخرين والشعور بالخجل وعم الراحة بوجود الجنس الآخر وإحساس الشخص بأن مشاعره يمكن أن تجرح بسهولة وأنه سريع التأثر والشعور بعدم صداقه الناس له أو أنهم لا يحبونه ويرفضوه ولا يفهموه ولا يتعاطفون معه والإحساس بأنه أقل من الآخرين (الشعور بالنقص) والشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنه أو ينظرون إليه والإحساس بالخجل في وجود الآخرين والحساسية زائدة من معاملة الآخرين له والشعور بأن كل شيء يحتاج لبذل مجهود كبير. جميع هذه الأعراض التي تميز الحساسية التفاعلية، ممكن أن تظهر مرافقة لكثير من الاضطرابات النفسية وخاصة الأعراض التي تظهر في قلق الخوف.



كانت من نتائج الدراسة الحالية أن (30.6%) من أفراد العينة يشكون من أعراض البرانويا التخيلية في المرتبة الخامسة منهم ما نسبته (7.7%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي. و أن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على البرانويا التخيلية هو متغير الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، والملاحظ هنا النسبة العالية جدا مقارنة مع النسب العالمية للبارانويا التي تبلغ (0.5-1%).

ونقلا عن زهران (1998، ص 544). "يكثُر ظهور البارانويا في منتصف العمر، وخاصة في الأربعينات أكثر مما يشاهد في مرحلة الشباب. وتشاهد البارانويا لدى الذكور أكثر من لدى الإناث" وتقول بعض الدراسات أن نسبة الحدوث في الجنسين تكاد تتساوى. إلا أنها ظهرت أعلى بكثير عند الإناث في هذه الدراسة. لذا ترى الباحثة ضرورة إجراء المزيد من الدراسات للتحقق من نسبة انتشار المرض وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية وغيرها.

وترى الباحثة أن العوامل التي أثرت على المرض هي عوامل وضغوطات نفسية وإجتماعية وهذا يتفق مع ما ذكره بيبير (1989) فمعظم الدراسات في الطب النفسي وعلم النفس التي بحثت في مرض البرانويا، تشير إلى العوامل التي تلعب دورا في ظهور المرض، هي عوامل نفسية وإجتماعية تتعلق بنشأة المريض والطريقة التي تربى عليها، أكثر مما هي أسباب بيولوجية تتعلق بجسده من الناحية التشريحية والكيميائية والوظيفية.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن (26.8%) من أفراد العينة يعانون من القلق منهم (3.6%) درجة القلق لديهم شديدة بحاجة للعلاج. وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على القلق هي على الترتيب الفترة الزمنية للشكاوى المرضية ومستوى الدخل وعدد مرات المراجعة السابقة للمرض مما يشير الى وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات وأعراض القلق، حيث أن (29.3%) من أعراض القلق تعزى بسبب زيادة مدة المرض والنقصان في مستوى الدخل وعدد مرات المراجعة بسبب المرض. وتشير الدراسات أن القلق أكثر الأمراض شيوعاً في العالم حيث تبلغ نسبته بين مجموع الشعب الى (1-3%). وتبين المسوح في الولايات المتحدة إلى أن نسبة انتشار اضطرابات القلق تبلغ (8-14%) من مجموع الشعب (عكاشة، 2003). ويذكر الشاوش (2007) أن شخص بين كل أربعة أشخاص يعاني من القلق النفسي خلال فترة حياته (17.7%) يعانون من القلق في أي وقت في

السنة وتزيد نسبة القلق النفسي في المجتمعات البسيطة والفقيرة. وتري الباحثة أن نتائج الدراسة قريبة إلى النتائج العالمية وتتوافق معها.

وتحدث عكاشة (2003) عن الأساس الفسيولوجي للقلق، بأن أعراض القلق النفسي تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي حيث ترتفع نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم، ولا تقل الأعراض مع استمرار التعرض للإجهاد، نظراً لصعوبة التكيف في مرضى القلق، وهذا ما يفسر ارتباط القلق بطول الفترة الزمنية وزيادة المراجعة في هذه الدراسة كما ترى الباحثة فالمريض يزداد قلقاً على صحته لاستمرار الشكاوى المرضية، ويراجع الطبيب باستمرار ويستخدم العلاج لشدة قلقه على صحته والتفكير المستمر في تلبية احتياجاته واحتياجات أسرته لقلّة الدخل فيشعر بالتهديد والقلق. فبعد زيارة المريض للطبيب والحديث معه يطمئنه الطبيب على صحته ويصف له بعض المهدئات ومخفضات الألم مما قد يخفف بعض الأعراض ويهدأ المريض لبعض الوقت. لقد ظهر من نتائج الدراسة بأن القلق يزيد عند المستويات المتدنية من التعليم والدخل وهذا ما فسرتة الباحثة سابقاً.

وتعقب الباحثة بناء على الدراسات السابقة، بأن القلق يظهر كعرض ثانوي في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية وكذلك الإكتئاب، ويكون العلاج بعلاج المرض المسبب لهم، وتعتقد أن العلاقة بين أعراض القلق المرضي والتعرض طويل المدى للأذى و المرض أو الفقر أو الظروف الضاغطة، هو مجال هام من مجالات الدراسات في المستقبل .

لقد أشارت نتائج الدراسة أن قلق الخوف كان أقل الأعراض انتشاراً لدى المبحوثين حيث ظهر بنسبة 34.95% وهناك ما نسبته (16.1%) من أفراد العينة بحاجة الى تدخل منهم (1.8%) بحاجة الى تحويل للتدخل العلاجي وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على قلق الخوف هو متغير الفترة الزمنية للشكاوى المرضية وكانت لصالح ذوي المرحلة الاعدادية وربات البيوت ولصالح الإناث. يعتبر مرض قلق الخوف أكثر الأمراض النفسية شيوعاً، فهو يصيب حوالي واحد من كل تسعة من الأفراد. وإن الكثير من المرضى لا يسعون للحصول على العلاج. وقد لا يعتبرون الأعراض التي تصيبهم نوعاً من المرض، ويخافون أن يوصموا بوصمة عار في العمل أو في البيت أو وسط أصدقائهم بسبب المرض. وقد ذكرت Jain (2005) أن قلق الخوف هو عبارة عن مخاوف غير

طبيعية، يحدث فيها تجنب لمواقف ومواقع معينة، وهوشائع بنسبة ( 8% ) من الناس. أما رهاب المجال تصل نسبته إلى حوالي (60%) من الرهابات بشكل عام ، ويكون أكثر شيوعاً بين النساء وهذا ما أشار إليه صالح (2007). ويشير المالح (2007) إلى أنه اضطراب نفسي واسع الإنتشار كما يشير كل من (Faravelli&Ballenger& Lecrubier) أن نسبة انتشاره تتراوح بين ( 7%-14% ) في المجتمعات الغربية وغيرها، وهو اضطراب مزمن ومعطل، ولكنه قابل للعلاج، ويظهر عند الإناث والذكور بنسبة (2 إلى 1 ) ويظهر عادة في سن الطفولة أو المراهقة، وهو يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى ومع الاكتئاب.

وذكرت Jain (2005) أن القلق وخاصة قلق الخوف، له علاقة في الموت المفاجيء بسبب تعطل القلب، ويتم الموت خلال ساعة من بداية الأعراض، ويكون مرتبطاً باضطراب ضربات القلب القاتل، وقال (Albert elt,1988) أن نسبة اضطرابات الخوف هي 5% بين السكان، وتكثر هذه الإضطرابات عند النساء ، 15% منهم هي اضطرابات قلق الخوف.

مما سبق تحدد الباحثة استجابات الخوف بلقها غير متناسبة مع الموقف ولا يمكن تفسيرها منطقياً ولا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً وتؤدي للهروب وتجنب الموقف المخيف . وقد تنوعت النظريات التي حاولت تفسيره، التي ذكرت في الفصل الثاني. وتوضح الباحثة علاقة الخوف والمرض النفسي، بأن حياة الإنسان في كل ما يمر به من مباحج ومسرات الى جانب ما يعتره من مخاوف ومخاطر، يتأرجح شعوره بين الرغبة وإشباعها، والآلام ومحاوله القضاء عليها أو تجنبها وتحاشيها، فإذا ما نظرنا إلى أفراد العينة في هذه الدراسة فإننا نرى أن معظمهم من ذوي الدخل المتدني والمستوى التعليمي المنخفض فقد يكون هذا مؤشراً على عدم إشباع حاجاتهم ورغباتهم ويحد من طموحاتهم. ويضع علماء النفس (المخاوف) على رأس قائمة الإنفعالات التي يواجهها الإنسان ويستشعرها منذ نعومة أظفاره، وإذا كان الإنسان هو الموجود البشرى الذي لا يكاد يكف عن البحث عن الأمن، فما ذلك إلا لأنه مهدد في كل لحظة بالعديد من الأخطار فهو يتأرجح بين مخاوف تأتيه من الخارج من البيئة المحيطة به وكذلك المخاوف التي تأتيه من الداخل وهي المصوبة من ذاته نفسها ، وسكان مدينة الخليل عاشوا ظروفًا قاسية ومهددة تحت الإحتلال وتعرضوا لكثير من القمع والإذلال وعدم الشعور بالأمان على أنفسهم وعلى أطفالهم ذلك لخصوصية الوضع السياي والعسكري في المدينة ووجود المستوطنات داخل المدينة مما يجعل الوضع دائم التوتر ويشوبه الكثير من القلاقل بسبب الاحتكاك المباشر مع المستوطنين والسكان فهم في حالة توتر دائم. كما أن الخوف والقلق يظهر من

خلال الهواجس التي تعتري الإنسان ، فتراه في بعض الأحيان يخاف المرض، والفشل والتعرض للكوارث وعدم تحقيق ما يتطلع إليه ونرى أن أكثر الأعراض التي ظهرت في هذه الدراسة هي الأعراض النفسجسدية التي قد ينتج عنها القلق والوهم والهواجس وبطبيعة الحال فإن الإنسان في مواجهة هذه الأمور يحتاج دائما الى أن يحقق هذا الحنين الدائم والمستمر، وهو حاجته الملحة الى الأمن والطمأنينة وحاجة الإنسان إلى الأمن تجعله يستشعر الخوف من كل ما يهدد هذا الأمن ويعمل على تقليل حدته، فنجد الإنسان كثيرا ما يخاف لمجرد تفكيره في الخوف الذي يستدعي الإحساس بالخوف، وهذا هو حال الشعب الفلسطيني الواقع تحت التهديد والإرهاب والتخويف منذ زمن، فهم لا يكفون في البحث عن الأمان والسلام النفسي، وتشير الباحثة هنا إلى أن هناك فرق بين الخوف العادي والخوف المرضي الذي ليس له سبب واضح ومعظم الأحيان سببه غير واضح.

وظهرت العدوانية في هذه الدراسة بنسبة (27.9) منهم (8.9) بحاجة إلى تدخل، وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على العدوانية هو متغير المستوى التعليمي. وربما هذه النسبة العالية نسبيا ترتبط بحالة البؤس والإحباط التي يعيشها سكان المدينة نتيجة للظروف السياسية والإقتصادية السيئة، بسبب الاحتلال وممارساته القمعية التي تنعكس على الفرد الجماعات والمجتمع عموما.

ويرى Berkowitz (1990) أن حالات الإحباط الشديد تؤدي الى ظهور قدر معين من العدوانية الذي يعتمد على كمية المشاعر السلبية الناجمة عن حالة الإحباط أو الفشل . وتعقب الباحثة بأنه لما كان الإحباط مفتاحا للغضب، والغضب بدوره يؤدي الى العدوان، والعدوان يعتبر بمثابة (الدينامو) الذي يقوم بتوليد العنف، فلين العنف يتحول في هذه المنظومة السيكودينامية إلى سلوكيات مضطربة وعنيفة تتبلور في نهاية المطاف لتصل إلى الإنتقام. فالشخص يغضب لأسباب غريزية كردة فعل لما يحصل حوله ويعبر عن الغضب بلامح الوجه وبما يهدره من أصوات عالية وبما يستخدمه من عنف بالأيدى والأرجل وقد يصل الغضب إلى حد الإعتداء بالضرب على من يثير الغضب ويوجه الغضب إليهم، وترى الباحثة كثيرا من هذه المظاهر سائدة عند أفراد المدينة التي تمثلت بحالات عنف وضرب بين الأفراد والشجار العائلي، وحالات القتل والانتقام .

وهناك أسباب عدة كما ذكر الطويل (2007) تسهم في نشأت السلوك العدوانى وظهوره لدى الفرد فأسلوب التنشئة والتربية في الأسرة والنزب واللامبالاة والتجاهل و الإحباط و الإنتقام والمستوى الإقتصادي والاجتماعى وجماعة الأصدقاء تؤثر في ظهور الأعراض. وتضيف الباحثة إلى ذلك،

إننا لانستطيع أن نغفل دور المجتمع بأسرة الذى يعيش فيه الفرد الفلسطيني، باعتباره أحد الظروف المهمة المساعدة على العدوان. فمجتمعنا تغيب عنه العدالة والقانون والمعايير، فهناك ظلم في توزيع المكاسب وإشباع الحاجات لدى الأفراد، وتنتشر فيه مشاعر الحرمان والإحباط، مثل هذا المجتمع يثير العدوان بـأنواعه المختلفة كالسلبية واللامبالاة والخروج عن القانون وارتكاب الجريمة التي بدأت تظهر أخيرا في مجتمع المدينة.

وهذا يمكن تفسيره بأن الإخفاق فى تحقيق الأمل يحدو بالمرء نحو العدوان حيث أن بعض جرائم القتل قد تحدث نتيجة إهانة الشخص أو الحط من كرامته والتقليل من قيمته على ملاء من الناس الأمر مما يهدد مستقبله فيشرع الشخص فى هذه الحالة للثأر لكرامة المنهارة. وتعقب الباحثة كثيرة هي الإهانات التي يتعرض لها الشعب الفلسطيني، من سلب الحقوق والإذلال والتهديد والتحقير على مرأى العالم بأسره، وهناك عنف وسائل الاعلام فهناك ارتباط ايجابي قوى بين مشاهدة البرامج التليفزيونية العنيفة والسلوك العدواني مع الاخذ فى الاعتبار الوضع الثقافي والطبقي للمشاهد. وترى الباحثة ضرورة إجراء الدراسات حول هذا الموضوع حيث أن المحطات المحلية والإقليمية تبث الأخبار والمشاهد التي تحوي الكثير من مشاهد العنف دون رقابة، ويشاهدها الجميع صغارا وكبيرا. لقد كان الاعتقاد السائد قديما أنه على الرغم من أن الأفراد العدوانيين يسببون كثيرا من المشاكل إلا أنهم أفضل حالا من الأفراد الذي يتصفون بالإنطواء، أو بالأنماط العصابية وذلك من حيث التفاعل الإجتماعي والعمل المدرسي، إلا أن الدراسات التي أجراها روبنز عام (1979) أشارت إلى أن العدوان يصاحبه فشل إجتماعي، أما بالنسبة للإفراد الإنطوائيين أو العصابيين فإمكان نسبة كبيرة منهم أن تحصل على عمل في المجتمع، وأن تتغلب على مشاكلها السلوكية، وأن يصبحوا بمنأى عن السجون والمصحات النفسية بدرجة أكبر من الأفراد العدوانيين وترى الباحثة أنه من الضروري تطوير برامج مستمرة لتعليم مهارات إدارة الضغوط، وحل المشكلات، وتفريغ الغضب من خلال أنشطة متنوعة ومقبولة لدى الشباب، وغرس القيم الإنسانية الإيجابية، ونشر ثقافة اللاعنف.

تشير نتائج الدراسة إلى أن هناك ما نسبته (17.9%) من أفراد العينة يعانون من الأعراض الذهانية منهم (2.1%) بحاجة إلى تحويل للتدخل العلاجي السريع وهذه النسبة متوافقة مع الأرقام والنسب العالمية للفصام العقلي حيث يصيب الفصام (1-3%) من المجموع العام للشعب (محاميد، 2005).

(15.8%) كانت الأعراض لديهم متوسطة وهم بحاجة إلى تدخل أيضاً. ويذكر الدسوري (2007) أن الذهان يظهر بنسبة (3%) من المجموع العام للسكان، والذهان يحدث عموماً في منتصف العمر، وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض العقلية هو 44 سنة إلا أن الفصام يبدأ مبكراً في مرحلة المراهقة والذهان أكثر حدوثاً لدى الذكور من الإناث، والذهان أكثر حدوثاً بين العزاب والمنفصلين والمطلقين والأرامل منه لدى المتزوجين وهو أكثر انتشاراً في الطبقات الاجتماعية والإقتصادية الدنيا منه في الطبقات العليا. وجاء من نتائج هذه الدراسة أنه بزيادة المستوى التعليمي تقل نسبة ظهور أعراض الذهانية. وذكر عكاشة وآخرون (2003) أن نسبة الذهان بين المجموع العام للسكان حوالي (5-10%) وأنه لا يوجد أحد محمي من الإصابة بهذا المرض الخطير، فقد يصيب أي شخص، ولكن أعلى في العائلات التي لديها مرض وبين من يعيش في أسرة مضطربة وتكثر فيها النزاعات والتسلط بين أفرادها، وهناك بعض النظريات حول زيادة انتشار المرض بين مواليد فصل الشتاء أو من حدث لهم مضاعفات أثناء ولادتهم أو المدمنين على المخدرات.

وتشير الباحثة بأن مبحث أسباب الأمراض الذهانية يظل غامضاً. ورغم الكمية الهائلة من الأعمال والأبحاث التي تخص مرض الفصام في مجالات متنوعة من البيولوجيا، والكيمياء الحيوية، والفيزيولوجيا، والفيزيولوجيا العصبية، والتشريح، وعلم النفس، وعلم الاجتماع. لم يصل العلماء إلى أسباب المرض الحاسمة، ولكنهم متفقون أن الأمراض الذهانية خطيرة.

لقد ظهر من نتائج الدراسة أن التفكير بالموت جاء في المرتبة الأولى بين الأعراض الإضافية حيث أن ما نسبته 33.4% من المبحوثين يفكرون في الموت وجاء في المرتبة الثانية ما نسبته 30% من المبحوثين يشعرون بالذنب بينما جاء في المرتبة الأخيرة ما نسبته 14.6% من المبحوثين يفرطون في تناول الطعام. وهذه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية الهامة التي تساعد في التشخيص، لا نستطيع أن ندرجها تحت أعراض الأمراض الثمانية التي وردت في مقياس التسعين، لكنها تظهر أحياناً مرافقة للكثير من الأمراض النفسية والعقلية.

نتيجة عامة : نستنتج أن الأعراض النفسية ظهرت عند المرضى المبحوثين بنسبة تتوافق أغلبها مع النسب العالمية والأعراض الجسدية أكثر انتشاراً يليها الوسواس القهري ثم الاكتئاب ثم الحساسية

التفاعلية ثم البرانويا التخيلية ثم القلق ثم العدوانية ثم الذهانية بينما كان قلق الخوف هو أقل الأعراض انتشاراً، وأن أهم العوامل المستقلة التي تؤثر على الأعراض الجسدية هي على الترتيب المستوى التعليمي والفترة الزمنية للشكاوى المرضية ومستوى دخل الأسرة والحالة الاجتماعية والمهنة أن الأعراض الجسدية تنتشر بشكل أكبر عند الافراد ذوي المستوى التعليمي ثانوية عامة فأقل والذين يشكون من المرض لمدة تجاوزت العام وذوي الدخل المنخفض والمتزوجون والذين لا يعملون.

وقد ظهرت الأعراض لدى الأناث أكثر من الذكور في كل من الأعراض الجسديه والوسواس القهري والحساسيه التفاعليه والاكتئاب والقلق والعدوانية وقلق الخوف والبرانويا التخيلية والذهانية. وقد وجد أن أكثر المتغيرات تأثيراً في حدوث هذه الأعراض هو تدني المستوى التعليمي والدخل والمهنة والحالة الصحية حيث ظهر تأثير طول الفترة الزمنية للمرض وتكرار عدد المراجعة في كثير من الأمراض. العوامل المستقلة التي تؤثر على الشكوى النفسية هي على الترتيب المستوى التعليمي والمهنة

## 2.5 التوصيات

لقد خرجت الباحثة بتوصيات عدة بعد إجراء هذه الدراسة وهي على ثلاث مستويات:

أولاً : إلى المسؤولين في وزارة الصحة.

- إدراج خدمات الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوفير تلك الخدمات في هذه العيادات والمستشفيات العامة، للكشف عن الحالات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتحويلها للمختصين، أو علاج الحالات البسيطة منها عن طريق أخصائيين إجتماعيين ونفسيين مؤهلين. ذلك أن عددا كبيرا من المرضى يتوجهون للطبيب العام، قبل ذهابهم الى الطبيب النفسي وهذا ما برهنته نتائج هذه الدراسة.

- زيادة عدد المراكز بما يناسب التعداد السكاني وتوزيعها في كافة التجمعات السكانية ذلك أن مراكز الصحة النفسية المتخصصة والمهنية لا زالت محدودة بالنسبة لعدد السكان وللمحتاجين إليها، إضافة لقلّة الموارد البشرية المتخصصة والمدربة في المجالات المختلفة لبرامج الصحة النفسية الإرشادية والعلاجية.

- توفير الخدمات النفسية ، على كافة المستويات الوقائية والإرشادية والعلاجية .

- فتح عيادة للطوارئ للخدمات النفسية ل رعاية الحالات الحادة والطارئة تقدم خدماتها 24 ساعة وفتح خطوط هاتف تعمل على مدار الساعة لتقديم الدعم والمساعدة للمرضى وأسرهم.

- تدريب عدد كاف من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرشدين والمرشدين الدينيين على اكتشاف الحالات والتعامل معها بشكل جيد.

- العمل على توسيع الخدمة النفسية لتشمل المدارس والجامعات بهدف اكتشاف الحالات مبكراً.

- إدخال الصحة النفسية ضمن المناهج الدراسية ل يتم بناء وعي مجتمعي في مجال الصحة النفسية منذ الصغر.

- بناء البرامج التي تساعد على نشر التوعية في مجال الأمراض والاضطرابات النفسية والصحة النفسية بشكل عام ورفع مستواها، حيث أن توفر المعلومات لدى المجتمعات تساعدهم في تفسير المشاكل والأعراض التي تواجههم وبالتالي التوجه للجهة المناسبة لتلقي الخدمة والاستفادة من رجال الدين للكشف عن مدعي العلاج بالسحر والشعوذة الذين يلجأ اليهم المرضى وذويهم للعلاج مما يؤخر الشفاء للمرضى. ويمكن تحقيق هذا الهدف عبر المحاضرات وورش العمل حول الاضطرابات النفسية. كما يمكن طباعة كتيبات مبسطة توزع على المستشفيات والعيادات الصحية والمدارس والمساجد تبين كيفية مساعدة من يشكون من الاضطرابات النفسية.

- العمل على تطوير برامج مكثفة لتقليل الوصمة حول المرض النفسي والعقلي، ليسهل على العائلات المصابة بالمرض الاعتراف بالمرض وعدم الخوف من عزل المجتمع والبحث عن الجهات المساعدة وفرص العمل والتأهيل. وكذلك تعزيز دور الإعلام لطرح البرامج التثقيفية، وتعديل صورة



المريض النفسي التي تظهر في وسائل الإعلام المرئية، والحفاظ على صورته كإنسان له كرامته وإنسانيته وتوفير الدعم له .

- العمل على إنشاء مراكز للرعاية والترفيه يستطيع الفرد من خلالها أن يمارس جميع أنواع الأنشطة الرياضية والفكرية.

- الاهتمام بالأسرة والأم ودورها في النمو النفسي السليم للفرد. كون العديد من الاضطرابات ظهرت في هذه الدراسة لصالح الإناث، فلا بد من دراسة مشكلات المرأة بالتفصيل وتطوير الخبرات والممارسات العملية الإيجابية وترسيخ التقاليد المفيدة والمناسبة لقضايا المرأة وما يرتبط به من مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية .

- مشكلة الأمية وضعف التأهيل العلمي، هما من أهم المشاكل التي يجب التغلب عليها من قبل الأسر والدولة وجميع الوزارات . كما أن هناك مشكلة ترك الدراسة في المرحلة الابتدائية أو المتوسطة أو الثانوية أو الجامعية فهي إحدى المشاكل الكبرى التي عرضت وما زالت تعرض مستقبل الشباب للخطر، فهي تدفعهم للبطالة وللتسكع واقتراف الجرائم والممارسات السلوكية المنحرفة. ولترك الدراسة أسبابها النفسية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية وربما الصحية أحيانا، كما إن للتشرد الناتج عن الاضطهاد السياسي وعدم الاستقرار الأمني دوره الكبير في ترك الدراسة وانتشار الأمية، وثمة سبب مدرسي يساهم في الإرغام على ترك الدراسة من قبل البعض من الطلبة وهو سوء تعامل الإدارة أو المدرسين مع الطالب أو الطالبة وقد ظهر من نتائج الدراسة أن تدني المستوى التعليمي كان له أثره في ظهور بعض الاضطرابات النفسية لذا يجب العمل بجدية للتغلب على هذه المشاكل.

- توفير وتوظيف الدعم المادي في مجال الصحة النفسية، وتخصيص ميزانية للأبحاث العلمية .

ثانيا : إلى الباحثين.

- توجيه طاقات البحث إلى مجال الصحة النفسية، الذي لا يقل أهمية عن أي مجال آخر.

- تقدم الباحثة من خلال دراستها الحالية توصيات علمية بحثية، وتأمل أن تكون هذه الدراسات انطلاقة لبداية جهد بحثي منظم للعديد من الدراسات والبحوث التي تعطي هذا الجانب حقه من الاهتمام في مختلف الجوانب، وذلك لأنه ليس بالضرورة أن تكون نتائج جميع البحوث متسقة في إطار واحد، وما ثبت من خلال هذه الدراسة قد لا يثبت في دراسات أخرى، ولسد هذه الثغرات لابد من إجراء بحوث مختلفة وبأساليب متنوعة وإجراء دراسات نوعية وأخرى مقارنة لمعرفة سبب

إرتفاع بعض الإضطرابات كالوسواس القهري وفحوى الأفكار المتعلقة به . و معرفة المزيد عن العناصر البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تسبب أعراض القلق والإكتئاب والأعراض النفسجسدية وفهم الأسباب المؤدية لذلك لمعالجتها.

- توصيل نتائج البحوث إلى المسؤولين، وكذلك رفعها إلى الجهات المختصة بما يساعد على تحسين الخدمات وسير العمل.

- تصميم العديد من المقاييس النفسية في هذا الجانب، والعمل على تقنين ما هو موجود حاليًا في الثقافات الأخرى.

ثالثًا : إلى العاملين في مجال الصحة النفسية.

- تنظيم الندوات والمحاضرات التي تعمل على رفع مستوى الوعي الثقافي والاجتماعي والعملي .

- مساعدة الفرد للوصول إلى التوازن ويتم خلال الإرشاد والدعم المعنوي لبناء الذات، بواسطة مختصين نفسيين واجتماعيين وأطباء نفسيين للحالات التي تستدعي ذلك، على أن يكون العلاج بوسائل مختلفة أخرى الأدوية والعقاقير. أو من خلال الدعم الذي يجب أن يقدم للمريض من المقربين والأصدقاء و أفراد الأسرة. والإرشاد والعلاج الفردي والجماعي.

- متابعة آخر تطورات العلوم الاجتماعية والنفسية عبر دورات الصقل والتجديد للمعارف والمهارات.

- المشاركة في وضع الخطط والاستراتيجيات الملائمة لتطوير العمل ودمج خدمات الصحة النفسية في العيادات الصحية للرعاية الأولية.

- تقديم العلاج النفسي (الفردي أو الجماعي أو العائلي ) لتخفيف الضغط النفسي الواقع على المرضى، ثم مساعدتهم على التنفيس عما بداخله م من مشاعر . ودعم تماسك الأسرة والعائلة والمجتمع تحت مظلة التكافل الاجتماعي والتراحم والتلاحم.

- تطوير وإعداد استمارات ومقاييس، لاستخدامها للمرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية كالاستمارة التي استخدمت في هذا البحث، للكشف عن الحالات التي تعاني من الأعراض النفسية وتقييم المريض وتحديد إحتياجاته وتدوين ذلك في ملف خاص به. ويتم هذا في صورة نشاط يومي يقوم بها المرضى تحت إشراف الأخصائيين.

- على الأخصائيين أن يقوموا بتعزيز دور النقابات، وتوفير برامج التدريب في مجال الصحة النفسية بالإستعانة بمستشارين في الطب النفسي والعلاج النفسي ومنظمة أطباء بلا حدود ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف ، ذلك لتطوير الخدمات النفسية والصحية والثقافية الضرورية، ولإكمال الدور التي تقوم به المؤسسات الحكومية في مجال الصحة النفسية وسد النقص الموجود في الخدمات.

وتلخص الباحثة التوصيات بضرورة توفير الرعاية الأساسية للصحة النفسية، التي تشمل معالجة الاضطرابات النفسية والوقاية منها وتعزيز الصحة النفسية للجميع واستخدام المعارف والمهارات والمواقف الخاصة بالصحة النفسية في الرعاية الصحية العامة وفي التنمية الاجتماعية، وإدخال الصحة النفسية في التعليم وتشجيع مشاركة المجتمع في تطوير خدمات الصحة النفسية، وتحديد الاستراتيجيات والأساليب لدمج الصحة النفسية في الخدمات الصحية القائمة وتدريب العاملين وإسناد مهام تتعلق بالصحة النفسية إلى مختلف فئات العاملين الصحيين، وتقوية البنية الأساسية للصحة النفسية، وإقامة نظام للإحالة، وإنشاء نظام للمعلومات وإجراء البحوث وتوفير الدعم المادي والإداري.

## قائمة المراجع

المراجع العربية:

- القرآن الكريم : ( سورة البلد ، اية 4 )

إبراهيم، ع. (2005): السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحياة . كتاب الرياض رقم 132 ، مؤسسة اليمامة الصحفية بالرياض.

أبو حجلة، ن. (1998): الطب النفسي الحديث. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

أبو زيد، إ. (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث ، فهمه وأساليب علاجه ، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

(2001): سيكولوجية الذات والتوافق. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

أبو عيطة، س. (1999): مبادئ الارشاد النفسي. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

أبو هندي ، و. ( 1978 ): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. ترجمة طلال عتريس، منشورات دار المعرفة، الإسكندرية.

أحمد، م. (1995): خدمة الفرد النظرية والقياس. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

أدولف، س: الله يتجلّى في عصر العلم .

أريك، ف. (1988): أزمة التحليل النفسي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.

(2004): فن الإصغاء. ترجمة محمود منقذ الهاشمي، منشورات اتحاد الكتاب العرب، الطبعة الأولى، دمشق.

إسماعيل، عماد الدين. (1996): دليل الوالدين في تنشئة الطفل. الطبعة الرابعة، الكويت دار القلم.

- أنجلر، ب. (1991): مدخل إلى نظريات الشخصية. ترجمة فهد عبد الله الدليم، الطائف، دار الحارثي.
- باترسون، س. (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة حامد القفي، القسم الثاني، دار العلم، القاهرة.
- باتل، ف، كلايمن، أ. (2003): الفقر والاضطرابات النفسية الشائعة في البلدان المتطورة. مجلة منظمة الصحة العالمية. الجزء 81 العدد 8. ص 609-15.
- بحيري، ع. (1984): قائمة مراجعة الاعراض التسعين. الطبعة الأولى، مكتب النهضة المصري، اسيوط.
- (2005): قائمة مراجعة الاعراض التسعين المعدلة.
- بغدادى، ز. (1996): ثمانية اعمار للانسان. مجلة العربي، العدد 451. الكويت. ص ص
- بيير، د. (1985): الإنتصارات المذهله لعلم النفس الحديث. ترجمة وجيه أسعد، الطبعة الثانية دمشق، الشركه المتحدہ للتوزيع.
- جسماني، ع. (1994): علم النفس وتطبيقاته الاجتماعية والتربوية. الطبعة الأولى، دار العربية للعلوم، لبنان بيروت.
- جلبي، ق، الصواف، م. (2001): الصحة النفسية للمرأة العربية. الطبعة الأولى، إصدارات اتحاد النفسانيين العرب، الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- حجاوي، ع. (2004): موسوعة الطب النفسي. الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
- حمداني، م، وآخرون. (2006): مناهج البحث العلمي. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن.
- حيدر، علي. (2007): فسيولوجية العنف على وظائف الأعضاء. مركز الإمام الشيرازي للبحوث والدراسات.

- خطيب ، ج، منى، ح. (1996): تعديل السلوك. منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان .
- خطيب، ج ،الحديدي، أ. (1996): إرشاد أسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، قراءات حديثة. دار حزين للنشر، عمان.
- خطيب، ج. (1994): تعديل السلوك الإنساني. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- خلف، م. (2003): العصر الجينومي، استراتيجيات المستقبل البشري. دار المعرفة.
- خميس، ف. (1992): التكيف مع الضغوطات في العائلات الفلسطينية والصدمة. جامعة بيت لحم، فلسطين.
- خير الله، س. (1987): سلوك الإنسان/ أسسه النظرية والتجريبية. الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية.
- دافيدوف، ل. (1983): مدخل علم النفس . ترجمة سيد الطواب ورفاقه، دار ماكجروهيل للنشر، القاهرة.
- الداهري، ص. (2005) : مبادئ الصحة النفسية. الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- دسوقي، ك. (1974): الطب العقلي والنفسي/ علم الأمراض النفسية. دار النهضة العربية، بيروت.
- (1993): علم الأمراض النفسية التصنيفات والأعراض المرضية. توحة، درا الكتب الوطنية بنغازي، ليبيا.
- الدليم، ف، عبدالسلام، ف، منى، ع. (1993): مقياس الطمأنينة النفسية . الطائف، مطابع الشهري.
- ديروجانس، ليونارد؛ رونالد س؛. ليبمان و لينو كوفي (1984): قائمة مراجعة الأعراض. ترجمة: عبد الرقيب البحيري. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

- راجح، أ. (1970): **أصول علم النفس**. الطبعة الثامنة، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية.
- الربيعي، م: **الوراثة والإنسان**. سلسلة عالم المعرفة الكويتية – العدد 100-29-31.
- رضوان، س (1996): **الصحة النفسية بين السواء والاضطراب**. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
- (2002): **الصحة النفسية**. مكتبة كلية التربية، مصر.
- رفاعي، ن. (1981): **الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف**. الطبعة الخامسة.
- (1986): **العيادة النفسية والعلاج النفسي**. دمشق.
- زهران، ح. (1995): **علم نفس النمو**. الطبعة الخامسة، عالم الكتب، القاهرة.
- (1997): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة.
- زيغور، ع. (1982): **التحليل النفسي للذات العربية**. أنماطها السلوكية والأسطورية، الطبعة الثالثة، دار الطليعة للطباعة والنشر بيروت.
- زيود، ن. (1998): **نظريات العلاج والارشاد النفسي**. الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
- (1986): **سيكولوجية العدوان**، بحث في ديناميكية العدوان لدى الفرد، الجماعة، الدولة. تأليف مجموعة من المؤلفين، ترجمة: عبد الكريم ناصيف، الطبعة الأولى، دار منارات للنشر، عمان.
- زيود، ن، عليان، هـ (1998): **مبادئ القياس والتقويم في التربية**. دار الفكر للطباعة، عمان.
- زيور، م. (1986): **في النفس**. دار النهضة العربية، بيروت.
- سرحان، ن، حسين، ع. (2005): **الإكتئاب لدى المرضى مراجعي عيادات الرعاية الأولية في بغداد**. المجلة العربية للطب النفسي العدد 17 حزيران، ص ص 107-117.
- سوربورو، ج. (2007): **الخلل في الطب النفسي**. مجلة **سكيبتيك** الجزء 13 العدد 3 ص 15.

- الشربيني، ز. (2001): **المشكلات النفسية عند الأطفال**. دار الفكر العربي. دمشق، سوريا.
- شرفاوي، م. (1990): **علم الصحة النفسية**. دار النهضة العربية، بيروت ص 35 – 36.
- صالح، أ. (1996): **الطب النفسي المعاصر (الدراسات الواقعية)**. الأنجلو المصرية، القاهرة.
- شناوي، م. (1994): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- الطيب، ع. (1994): **مبادئ الصحة النفسية**. الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أ. (1983): **الأبعاد الأساسية للشخصية**. الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت.
- (1991): **أسس علم النفس**. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- عبد الرحيم، د. (1994): **مقدمة في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي**. دار النهضة العربية، بيروت.
- عبد الستار، إ. (1998): **الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث)**، فهمه وعلاجه . الكويت ، عالم المعرفة.
- (1985): **الإنسان وعلم النفس**. سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- عثمان، س. أبو حطب، ف. (1982): **التقويم النفسي**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عزة، س. (1999): **نظريات الإرشاد وعلم النفس**. دار الثقافة، عمان.
- عسكر، ع. (1988): **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عفانة، ع، قوتة، س، السراج، إ. (2003): **الصحة العقلية وحاجات وتحديات المستقبل في فلسطين**.
- عفانة، عبد الحميد. (2003): **تقويم الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة**. برنامج الصحة النفسية/ غزة. دراسة غير منشورة.



- عكاشة، أ. (1998): **الطب النفسي المعاصر**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عكاشة، أ. (2003): **الطب النفسي المعاصر**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- العيسوي، ع. (1999): **علم نفس الشواذ والصحة النفسية**. الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية للنشر.
- فرج، ص، الناصر، ح. (1999): **العنف ضد المرأة وعلاقتها ببعض سمات الشخصية**. دراسات نفسية. 9 (3) 331 – 354.
- فرويد، س. (1960): **القلق**. ترجمة عثمان محمد نجاتي ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- معالم التحليل النفسي**. ترجمة عثمان محمد نجاتي، ص 13
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء (2005): **تقرير صادر عن الوضع الديمغرافي للشعب الفلسطيني**.
- فلسطين، وزارة الصحة الفلسطينية. (2004): **دليل تنظيم خدمات الصحة النفسية**. رام الله.
- فهيمي، م. (1992): **التكيف النفسي**. مكتبة مصر، القاهرة.
- قريناوي، ع، جون، أ، سحويل، م. (1994): **دراسة حول استجابات أهالي الشهداء في مذبحه الخليل**. رام الله.
- كمال، ع. (1994): **العلاج النفسي قديما وحديثا**. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
- كولز، إ. (1992): **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي**. ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم.
- لابلاش، ج، بونتاليس: **معجم مصطلحات التحليل النفسي**. ترجمة مصطفى حجازي، الطبعة الثانية، المؤسسة الجامعية للدارسات والنشر والتوزيع، بيروت.
- لازاروس، ر. (1981): **الشخصية**. ترجمة سيد غنيم. دار الشروق.

لويس، م. (1997): اختبار الشخصية المتعدد الأوجه/ دليل الاختبار. الطبعة الخامسة، القاهرة، الناشر المؤلف نفسه.

المالح، ح. (1993): الخوف الاجتماعي. دار المنارة ، جدة، السعودية. ص ص 46- 60

(1998): الطب النفسي والحياة. الطبعة الثانية، سورية .

(2000): الطب النفسي والحياة الجزء الثالث. دار الإشراقات دمشق.

مجموعة من الباحثين. (1991) الصدمة النفسية/ علم نفس الحروب والكوارث. ترجمة وإشراف أحمد النابلسي، دار النهضة العربية، بيروت.

محمد، ع. (2000): دراسات في الصحة النفسية. الطبعة الأولى، دار الرشاد، مصر.

المدني، ع. (1994): مقارنة بين استخدام العلاج السلوكي والعلاج الدوائي في عينة مصرية من مرضى الضعف الجنسي عند الرجال.

مناصرة، ن. (2003): مفهوم الذات لدى النساء الفلسطينيات. رسالة دكتوراه غير منشورة.

منظمة الصحة العالمية (2003) : الاستثمار في الصحة النفسية، قسم الصحة النفسية والإعتماد على المواد . طباعة، شركة برنت أند برنت، مصر.

منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. ( 1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض/ تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية/ الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. أعدت الترجمة العربية وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين شمس، بالقاهرة بإشراف د.أحمد عكاشة.

موسى، ع. (1992): دراسات في علم النفس المرضي/ سيكولوجية الفروق بين الجنسين. الناشر مؤسسة المختار ودار عالم المعرفة.

نور الدين، ج. (1979): **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية**. رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب جامعة عين شمس.

الهابط، س. (1985): **التكيف والصحة النفسية**. المكتب الجامعي الحديث.

الهاشمي، ع. (1986): **التكيف في الدراسات النفسية**.

ياسين، ع. (1986): **علم النفس العيادي**. دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

ياسين، ف. (2007): **الاكتئاب لدى مرضى القلب في مستشفى بيت جالا**، في فلسطين. مشروع تخرج للماجستير، جامعة القدس، غير منشور.

(2005): **الجينوم البشري والامراض النفسية والعقلية**.

#### المراجع الأجنبية:

Adler, A. (1930): **Individual Psychology in C**. ed. Psychological Clark Univ. USA.

Akamatsu John, T,et al. (1992): **Hemisphere Publishing Corporation**, Washington.

Albrecht, K. (1986): **stress and manger: making it work for you**. New york, simon&Schuster.

Alexander, T. (1963): **Psychotherapy in our Society**. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.

Allen, B. (1990) **Personality, Social and Biological Perspectives on Personal Adjustment**. California: Brooks Cole Publishing Co.

Allport, G. (1977): **Personality, A Psychological Interpretation** N. Y.

American Academy of Child Adolescent Psychiatry.(1997):**Children and Grief**. Fact No.8(11/95).

American Psychiatric Association. (1994): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 3rd ed .(DSM-IV)**. Washington.

Athinson, Rita L. Athinson, Richard C. , Smith, Edward E. & Hilgard, Ernestine, **Introduction to Psychology**. ( 1987) N Y:Harcourt Jovanovich Publishers

Ballenger, JC. (2000): **Recognizing the patient with social anxiety disorder**. Int Clin Psychopharmacol, Jul; 15 Suppl 1,S 1-5

Beck , A, Rush, J, Shaw, F& Emery, G.(1979): **Cognitive therapy of depression**. New York, Guilford Press.

Becker, J. (1977) **Affective disorders**. Morristown, N. J : General Learning Press.

Bee, H. (1994): **Lifespan Development**. Harper Collins College Publishers

Berger, K. (1988): **The Developing person through childhood and Adolescence**. (Second Ed), Worth Publishers, Inc, New York, U.S.A.

Beterson, C. (1992): **Personality**. Hrcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Bolton W, Oakley K (1987). **A longitudinal study of social support and depression in unemployed men.** Psychological Medicine,17(2):453-460.

Bowlby, J. A. (1988): **Secure Base.** New Yourk. Basic Books. 1988

Bradley,L.A, Prokop. C.K, Gentry. W.D, Van der Heide. L.H . (1981): **Assessment of Chronic Pain.** In C. K. Prokop& L. A. Bradley (Eds).  
Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine. New Yourk: Academic Press.

Brid, J, Harrison, G. (1989): **Examination Notes in psychiatry.**

Brown, B. (1967): **Cognitive Aspects of Wolpes Behaviour Therapy.** Amer. J. Psychiat.

Brown,R. Cary, J. (2001): **Anxiety Sensitivity, Relationship to negative affect smoking with Major Depressive Disorder.**

(1992): **Examination Notes in Psychiatry.** British Library Cataloging is Reprinted with Attention.

Chalesworth,E,A.& Nathan,R,G.(1991): **Stress Management.** New York, Ballantine Books.

Clark, D, Fairburn, C. (1997): **Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy.** Oxford University Press.

Colman, J. C. (1972): **Abnormal Psychology and Modern life.** Chicago, scott ,Foresman and Company.

Davidson, JR.(2000): **Defining an Appropriate Management Strategy for Social Anxiety Disorder.** Int Clin Psychopharmacol. Jul;15 Suppl 1:S13-7.

Deanna, S. Pledge. (2004) **Counseling Adolescents and Children.**Thomson Wadsworth.

Den Boer, JA. (2000): **Social Anxiety Disorder/Social Phobia.** epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. Compr Psychiatry. Nov-Dec;41(6),PP 405-15.

Derogatis,L.R.(1977): **Manual for the Symptom Check-list-90, Revised.**Baltimore:John Hopkins University School of Medicine.

Desilva, P., Rachman, S,J. & Seligman, M.E.P. (1977): **Prepared phobias and obsession: Therapeutic outcome. Behavior Research and Therapy.**

Dooley, D, Catalano, R, Wilson, G. (1994): **Depression and Unemployment.** Panel findings from the epidemiologic catchments area study. American Journal of Community Psychology, 22(6) PP 745-765. Edition,California.

Elia, A, Nancy, D, Bojo P. (1998 ) : **Palestinian Adolscents Survey In Gaza Childhood Exposure To Violence : Psychological And Behavioral Aftermath in Adolescence .** Bethlehem .Unpublished Study .

Ellis, A.(1973): **The Rational – Emotive Approach to Counseling. Journal of General Psychology.** 59, pp 35-49.

Eyad, S, Qouta, S. (1994): **Palestinian Children Under Curfew.**

Eysenck,H. (1960): **The Dynamics of Anxiety and Hysteria**. London, Routledge & Kegan Paul.

Faravelli, C, et al. (2000): **Epidemiology of social phobia**. Aclinical Approach.Eur Psychiatry. Feb,15(1), PP 17-24.

Ford, D, Urban, H. (1936): **System of Psychotherapy Acomparive study**. Jhon Wilew New York.

Freeman, D, Garety, P.A. (2004): **Paranoia The Psychology of Persecutory Delusions**. Hove, Psychology Press. ISBN 1-84169-522-X.

Freud,S. (1957): **Anxiety** :

**: Fragment D'une Analyse D'hystèrie. . P 125.**

Gelder, Michael ,Cath, Dennis, Mayou , Richard.(1991): **Oxford, Text Book of Psychaitry**,.Second Edition.

Goldberg, RJ, Steury, S. (2001): **Depression in the Workplace**.Cost and barriers to treatment. Psychiatric Services, 52(12),1639, December.

Irene, H, Goldenberc. (2005): **Family Therapy An Overview** ,Sixth

Kass, F.I., Oldham, J. M. & Pardes, H. (1992): **Handbuch Psychische Stoerungen**.Weiheim. Psychologie Verlag Union.

Kendler, KS,Walters, EE,Truett, KR. (1995): **Atwin-family study of self-report symptoms of panic-phobia, and somatization**.Behavior Genetics. 25(6), PP 499-515

- Kessler, RC et al. (1995): **Social Consequences of Psychiatric Disorders. I: Educational attainment.** American Journal of psychiatry, 152(7), PP 1026-1032.
- Klein, M et al. (1960): **Developments in Psycho-analysis**, Londre, Hogarth press, 1552.
- Klussmann, R. (1992): **Psychosomatische Medizin** . Berlin. Springer Verlag. 2. Auflage.
- Kornbichler, Th. (1998): **Wann hilft Psychotherapy, Symptome.** Methoden. Kosten. Qualitaetskontrolle. Berlin. Urania Verlag.
- Krienz, K, Klepac,L and Coie, A.(1996): **Peer Relationships and Preadolescents Perceptions of Security in the Child Mother Relationship.** Developmental Psychology.
- Lazare,A.(1979).**Unresolved grief.**In:A.lazare(ED)outpatient: **Psychiatry Diagnosis and Treatment.**
- Lazaru, L. S. (1971): **Personalty, 2 nd ad**, Englewood Gliffes,New Jersy, prentice-hall,Inc.
- Lecrubier, Y, Wittchen, HU, Faravelli C, Bobes, J, Patel A, Knapp: (2000) M.A European, **Perspective on Social Anxiety Disorder.**Eur Psychiatry. Feb;15(1) PP 5-16.
- Levin, L, Stockes, J.(1986) "**Gender differences in predicting loneliness from social network characteristics**". Journal of personality and social psychology. 51.5 p p1069-1074.



Marilyn, K, Pelosi and Theresa M. Sandiffer. (2003): **Elementary Statistics**. Wiley.

Manasra, N. ( 2003): **The Effect of Remaining Unmarried on Self – Perception and Mental Health Stataus**: Doctora Study of Palestinian Single Woman.

Meyer, A. (1957): **Acience of Man**. Ed ,by E. Winters and E. M. Browers.

Murthy-S. **Clinical Features of Depressive Disorders in Asia**. WPA Bulletin on depress sion Vol.6-no.25 PP 6-7.

Paterson, C. (1987): **Managing Grief and Breavment**.Primary Care, 14, PP 403-415.

Rapee, R. Mattick, R. & Murrel, E. (1986): **Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks**. **Journal of experimental psychiatry and Behavior therapy**. 17, 245-253.

Regier, DA,Rae, DS,Narrow, WE,et al. (1998): **Prevalence of Anxiety Disorders and their Comorbidity with Mood and Addictive Disorders**. British Journal of Psychiatry.

Sansur,M. (1995): **Palestinian Woman Mental Health** , Asurvey of Mental Health Conditions of Palestinian Woman in West Bank and the Gaza Strip, Child and Family ConsultationCenter.

Sass, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996): **Diagnostischers and Manual Psychischer Stoerungen**. Goettingen. Bern.Torento. Hogrefe. Verlag fuer Psychologie.

Seligman, M. (1975): **Helplessness: On Depression, Development, and Death.** San Francisco. W.H. Freeman and Company.

Simon, G.E. et al. (2000): **Recovery from Depression.** work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), PP 153-162.

Steen, Karen F (1998): **A comprehensive Approach.** The Nurse Practitioner.

Storr, A. (1992): **Human Aggression.** Pelican Books, Penguin, Harmondsworth, Middlesex, England.

Stuart, E., Kumakura, N. & Der, G. (1984): **How depressing life is. Life long morbidity risk in the general population.** *Journal of Affective Disorder*.

Sullivan, H.S. (1950): **Tensions Interpersonal & International: a Psychiatrists View.** Tension that cause war. Urbana, Ill. Univ. of Illinois Press, pp. 79-183.

Williams, J.G. (1988): **Cognitive intervention for a paranoid personality disorder.** *Psychotherapy* Vol. 25(4):570-575

Wolff, H.C. (1950): **Life Stress and Bodily Disease.** Proceedings of Association for Research in Nervous and Mental Disease. Baltimore, Williams & Wilkins.

Wolfe, A. (1988): **Coping with Grief and Loss.** AARP Webplace.

Wolpe. (1969): **The Practice of Behavior Therapy.** New York.

World Health Organization. (1986): **Ottawa Charter for Health Promotion**.Geneva.

(1992): **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders** . Diagnostic criteria for research WHO-Geneva.

. (2002): **World Health Report 2002**,Geneva.

(2002): **Strengthening Mental Health**.Resolution of the Executive Board of the WHO.Geneva.EB109.R8.

(2002 ): **When psychotherapy is useful**. Translate, Sammer Rdwan ), Jordan ,Amman , Dar Almaseera . **Psychiatry: Diagnosis and treatment**.

Yets, A, Jhon, W. (1975): **Theory and Practices in Behavior Therapy**, New York.

## المواقع الإلكترونية للإنترنت:

إيستون، م. (2006): المرض العقلي هو الآن "آخر المحرمات". موضوع من BBCArabic.com  
GMT منشور 07:04:49 11/10/2006

([http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/hi/arabic/sci\\_tech/newsid\\_6039000/6039436.stm](http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/hi/arabic/sci_tech/newsid_6039000/6039436.stm), 2008)

الزراد، ف. (2007): أزمة منتصف العمر حقيقة أم وهم.

<http://www.arabpsynet.com/Journals/ICP/ICP53.HTM>

أبو العزائم، م ( ) (2001): حقيقة المرض النفسي. (phpBBA-007)  
2. 3. 5. (Bafree.netPowerdbygroup.2001. 5. 3) منتديات الحصن النفسي

أبو العزائم، م. (2003): هيا نرفع عنا الإحباط واليأس. مجلة النفس المطمئنة، العدد (74).

5.4. 2007 <http://www.elazayem.com/mental%20peace.htm> (

أبو هندي، و. (2004): هل الوسواس القهري نوعٌ من الجنون؟

( <http://www.maganin.com/ocds/articlesview.asp?key=2> ) (2008). 1. 28 .  
آمنة، ع. (2008): المعقدون يفكرون بصوت عال. أسرة ومجتمع.

([http://www.amanjordan.org/aman\\_studies/wmprint.php?ArtID=516](http://www.amanjordan.org/aman_studies/wmprint.php?ArtID=516), 2008)  
Wednesday, April 04

أنواع الأمراض النفسية: (2008)

(<http://www.6abib.com/a-894.htm>, 2008)  
(<http://www.omferas.com/vb/showthread.php?t=6065> , 2008)

إدمان الإنترنت وآثاره الجسدية والنفسية. (2008)

<http://forums.graaam.com/65515.html>,

الانعكاسات النفسية للعنف الإسرائيلي على الطفل الفلسطيني. (2008)

([http://www.pnic.gov.ps/arabic/quds/quds\\_derasat2.html](http://www.pnic.gov.ps/arabic/quds/quds_derasat2.html), 2008)

بخاري، أ. (2005): **الضغط النفسي Psychological Stress**

([http://www.annafsia.com/mental\\_illness.htm](http://www.annafsia.com/mental_illness.htm)10.2. 2008)

بيرهام، ب. (1994): **دراسة عن الإكتئاب والوراثة**. جامعة بيتسبورج الأمريكية.

(<http://www.minshawi.com/other/Depressing.htm>, 2008)

**تزايد ظاهرة الانتحار في الأردن**. (2004) 26 يوليو 2004 , 2008 )

( <http://www.asyeh.com/s-19-4.html> )

الثقافة النفسية المتخصصة، مركز الدراسات النفسية و النفسية-الجسدية - لبنان

خشيم، ز. (2007): **القلق والاكتئاب أسبابه وكيفية التعامل معه**.

(<http://www.lahdah.com/vb/showthread.php?goto=lastpost&t=1644>, 2008)  
11-28-2005, 05:41 PM

خشيم، ز. (2008): **الخوف والقلق المرضي**.

(<http://forum.amrkhaled.net/showthread.php?t=101303>, 2008)

الخضير، إ. (2007): **دراسة "أطباء النساء والولادة لا يلقون بالأحالة الحامل النفسية"**. جريدة

الرياض، العدد: **14179** 21-2007, 01:31 AM , 2008 )

( <http://213.136.192.26/2000jaz/dec/9/ar1.htm> )

الخطيب، ج. (2004): **دراسة نمط المراجعات النفسية في القطاع الخاص في الأردن**.

(<https://arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Khatib-JordCons.htm>, 2008)

خميس، م. (2008): قلق الموت لدى بعض المرضى العضويين.

(<http://www.arabpsynet.com/Journals/ICP/ICP22.HTM#%C7%E1%E3%E6%CA>, 2008)

دراسة بلجيا والصين والولايات المتحدة . (2008)

<http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=copy&sid=40001>

الدسوري، ع . (2007): الذهان، 2008/3/15

[http://www.mouwasat.org/maqalat.php?do=show\\_subject&ID=31,15.3.2008](http://www.mouwasat.org/maqalat.php?do=show_subject&ID=31,15.3.2008)

دسوري، ع . (2007): الذهان، 2008/3/15

[http://www.mouwasat.org/maqalat.php?do=show\\_subject&ID=31,15.3.2008](http://www.mouwasat.org/maqalat.php?do=show_subject&ID=31,15.3.2008)

دسوقي، ك. (2006): دع القلق وتخلص من الوسواس القهري... وابدأ الحياة بنفس مطمئنة

(<http://forum.amrkhaled.net/showthread.php?t=42212>, 2008)

رضوان، س. (2006): الإضطرابات ذات الشكل الجسدي. المصدر : الصفحة النفسية للدكتور  
سامر رضوان .

<http://www.hayatnafsa.com/cv/radwan.htm>, 4.3.2007).

الزغاري، ف. (2007): الثقة بالنفس والمرضى النفسيين / دراسة حول المرض النفسي والثقة  
بالنفس، قام بهذه الدراسة د. سلفرستون في كندا.

<http://www.nafsyidman.com/arabic/stu2.php?op1=254&sx=249>, 2008)

(<http://www.stop55.com/vb/78525.html>) 12-21-2007, 10:28 PM

الزغاري، ف. (2008): الاضطرابات النفسية الشائعة.

<http://www.nafsyidman.com/arabic/etnafa2.php?op1=279&sx=271>,  
2008)

الزغاري، ف. (2008): الإكتئاب يسبب أمراضاً عضوية.

(<http://www.nafsyidman.com/arabic/stu2.php?op1=260&sx=249>) 3.8.2008)

سقا، ص. (2007): الإكتئاب و المفاهيم المرتبطة، دراسة شاملة، الحلقة الأولى ، مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه.

([www.siironline.org/alabwab/derasat\(01\)/294.htm-19k](http://www.siironline.org/alabwab/derasat(01)/294.htm-19k), 3.2.2008)

شاؤوش، ع. (2007): القلق والتوتر النفسي. الحوار المتمدن - العدد: 2004 - 11 / 8 / 2007

(<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=105486>, 10.3.2008)

صالح، ق. (2005): الثقافة الجندرية والامراض النفسية. جريدة المدار العدد 05-394

(<http://www.almadaper.com/sub/05-394/p18.htm>, 2008)

صالح، ق. (2007): الرهاب ( أو الخوف المرضي). الحوار المتمدن العدد: 1965-3/7/2007

<mailto:qassimsaliyh@yahoo.com>

(<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=101532>, 15.12.2007)

صندقجي، ح. (2006): السعادة الزوجية حياة أطول لمرضى القلب . الخميس، 23-نوفمبر - 2006، الشرق الاوسط

(<http://www.almotamar.net/news/37126.htm>, 2008)

الجمعة، 18-أبريل-2008 الساعة: 11:52 ص - آخر تحديث: 02:56 ص (11:56) بتوقيت  
غرينتش

ضغوط العمل تزيد احتمال الإصابة بأمراض القلب. (2008) موضوع من BBCArabic.com

( [http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/hi/arabic/sci\\_tech/newsid\\_7203000/7203982.stm](http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/hi/arabic/sci_tech/newsid_7203000/7203982.stm), 2008)

الطويل، ع ، (2007-2005): سيكلوجية العدوان.

(<http://www.saha.com/mentalhealth/index.shtml>. 25. 5. 2007)

الطويل، ع (2007): العدوانية . شبكة النبا المعلوماتية، الاربعاء 25 نيسان/2007

.25.5. 2007) <http://www.annabaa.org/nbanews/62/438.htm>(

عبد العزيز، آ. (2004): المعقدون يفكرون بصوت عال . اسم الصفحة : اسرة  
ومجتمع التاريخ Wednesday, April 04

<http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=copy&sid=40001>,  
2005)

العدد الثالث و الخمسون - المجلد الرابع عشر يناير / كانون الثاني 2003

الغامدي، (2007): نظريات ودراسات في الشخصية.

(<http://www.arabpsychology.com/Library/theories/7%20Psychoanalysis-Adler.pdf> , 2008)

غوستاف يونغ ، ريتشارد ويلهلم: القوى الروحية و علم النفس التحليلي.

([http://www.4shared.com/file/11850768...\\_html](http://www.4shared.com/file/11850768..._html), 2008)

قاسم، أ. (2008): المرأة أكثر قوة في مواجهة الأزمات والضغوط النفسية.

<http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=interpage&sid=5880>  
(8, 2008) ملحق العلوم جريدة الصباح)

قلعجية، و. (1998): العوارض السيكوسوماتية ودور المعالج النفسي. مجلة الثقافة النفسية  
المتخصصة، فصلية محكمة بالعربية، مركز الدراسات النفسية طرابلس لبنان . رئيس التحرير



الدكتور محمد أحمد النابلسي . [/http://www.psyinterdisc.com](http://www.psyinterdisc.com) . العدد : 36 تشرين أول (أكتوبر) 1998

([http://www.hayatnafsa.com/faoaied\\_men\\_almajalat\\_alarabia/jam3ia\\_lobna.htm](http://www.hayatnafsa.com/faoaied_men_almajalat_alarabia/jam3ia_lobna.htm), 2008)

قنطار، ف. (2001): دراسة أولية لسلوك الإرضاع في المجتمع السوري . مجلة الطفولة العربية، إصدار الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، العدد : 6 آذار، رئيس التحرير الدكتور حسن الإبراهيم، الكويت. تم النشر في 2001/10/21 .

([http://www.hayatnafsa.com/faoaied\\_men\\_almajalat\\_alarabia/solok\\_alerda3\\_soria.htm](http://www.hayatnafsa.com/faoaied_men_almajalat_alarabia/solok_alerda3_soria.htm), 2008)

لطفي، ر. (2008): الأرامل حكم اجتماعي بالإعدام.

(<http://www.womengateway.com/arwg/Life+Style/Osra+Wa+Mujtama3/widow.htm>, 2008)

المالغ، ح. (2005): المرأة والعمل والصحة النفسية حول المرأة. 2005- 10 -20

([http://www.amanjordan.org/aman\\_studies/wmprint.php?ArtID=516](http://www.amanjordan.org/aman_studies/wmprint.php?ArtID=516), 2008)

محاربة الفقر مع راحة البال: (2008)

(<http://web.worldbank.org/Wbsite/External/Extarabichome/Newsarabic,0contentMDK:20573303~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK>, 2008)

محاميد، ص، (2005): انفصام الشخصية. **Schizophrenia**

شبكة النبا المعلوماتية- الجمعة (2007) <http://www.annabaa.org/nbanews/66/052.htm>, 2007 14 أيلول/2007

محمد، ع. (2007): الاضطرابات النفسية

. (<http://vb.arabsgate.com/printthread.php?t=481955> , 2007) 23-10-2007 12:14 AM

من هو الأجرأ في التعبير عن حالته النفسية الرجل أم المرأة؟  
تاريخ النشر: 1427/3/29 | آخر تعديل: 1427/3/29

(<http://www.6abib.com/baby/articles.php?id=97,2008>)

المهدي، م. (2004): الصحة النفسية للمرأة. مركز الدراسات- أمان. 2006-6-24

([http://www.amanjordan.org/aman\\_studies](http://www.amanjordan.org/aman_studies) -, 2008)

المهدي، م. (2005): المرأة والاكنتاب 23:36, 28/07/2005.

(<http://www.arabvolunteering.org/corner/avt8505.html>, 2008)

المهدي، م. (2005): الوسواس القهري جنون العقلاء نشرت على الموقع بتاريخ 2005/06/10

([http://www.islamonline.net/arabic/In\\_Depth/Hypochondriac/articles/2005/12/03.shtml](http://www.islamonline.net/arabic/In_Depth/Hypochondriac/articles/2005/12/03.shtml), 2008)

المهدي، م. (2006): علم اسباب المرض النفسي. منتديات الحصن النفسي ارسل: 2006-12-14  
12:24

(<http://www.sayadla.com/vb/archive/index.php/t-9391.html>, AM2006)

المهدي، م. (2001): الصحة النفسية الأمراض النفسجسمية

©estrategy (2008) <http://www.sehha.com/mentalhealth/anxietystress.htm>, 2000-2001 web site

مهلوبي، ب. (2000): مسؤولية الأسرة في تنشئة الطفل الاجتماعية. الجزيرة أول صحيفة  
سعودية تصدر على شبكة الانترنت صحيفة يومية تصدرها مؤسسة الجزيرة للصحافة والطباعة  
والنشر. رئيس التحرير: خالد بن حمد المالك العدد: 10299، الطبعة الأولى

([www.kuwaitculture.org.kw](http://www.kuwaitculture.org.kw)(<http://saturday9th,2008,December,2000>))

موسوي، ر . ( 2007 ) : التحليل النفسي بين حداثة فرويد وما بعد حداثة الفرويديين  
الجدد ( <http://www.almadapaper.com> ) (2-2) 2007 , التاريخ Saturday, February  
24 اسم الصفحة : آراء وافكار

نقيثان، أ. (2005) : الرهاب الاجتماعي (الخوف المرضي) مشكلة هذا العصر

08-19-2006, 09:25 AM (<http://vb.arabseyes.com/t9557.htm>, 2007)

هذيل، ي، (2007) : الطب النفسي الجسدي . 07\10\1

(<http://www.dralhuthail.com/?action=showSection&id=9>, 2008)

هيثم، أ، (2006) : الصحة النفسية والتكيف الإرشاد والتوجيه الطلابي. مجلة المعلم.

([www.almuallem.net/saboora/showthread.php?t=17286-55k-06](http://www.almuallem.net/saboora/showthread.php?t=17286-55k-06) , 2007)

يوسف ، س ، (2007) : دراسة حول الضغوط اليومية وعلاقتها بالتنبؤ بالأمراض.

(journal of psychosomatic medicine): Thursday, August 17  
<http://www.suhof.com/bawabah/modules.php?name=News&file=print&sid=137,2008>

- Claudia, U, Chae, D, Kathryn, E, Manson, and Ichiro, K: (2005) **Phobic Anxiety Increases Heart Disease Death Risk Among Women.** Science Daily, (Feb. 9, 2005) — DALLAS, Feb.

(<http://www.sciencedaily.com/releases/2005/02/050205130825.htm>, 2008)

- Jain, T. (2005): **Phobic (Anxiety) Disorders - Overview and Different Types**

[http://www.anxiety-and-depression-solutions.com/wellness\\_concerns/community\\_anxiety/012105\\_phobic\\_disorders.php](http://www.anxiety-and-depression-solutions.com/wellness_concerns/community_anxiety/012105_phobic_disorders.php). Jan 21, 2005 - 4:00:00 PM

- Ingram, R. (1985). **Depression and self-focused attention**. Motivation and Emotion, 5, 323-331. Smith, T. W.,  
[www.springerlink.com/index/U704Q1131N5117R4](http://www.springerlink.com/index/U704Q1131N5117R4).
- Gasa Community Mental Health Program (1998) .An Epidemiological **Study on the Psychiatric Disorder Among Palestinian in the Gaza Strip** .  
<http://www.bafree.net/forum/archive/-62592.htm>

## الملاحق:

- استمارة البحث
- مقياس SCL-90 للأعراض النفسية

## ملحق (1) : استمارة البحث

بسم الله الرحمن الرحيم  
جامعة القدس / عمادة الدراسات العليا  
برنامج الصحة النفسية المجتمعية  
استمارة بحث علمي

الأخوات / الأخوة الكرام ..... مراجعي عيادات الرعاية الصحية الأولية  
تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة كمتطلب لرسالة ماجستير في جامعة القدس. تهدف هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات النفسية، عند المرضى الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية في الخليل ومعرفة علاقتها ببعض الخصائص الديموغرافية. والتي تشمل مجموعة من الأسئلة الشخصية لمعرفة بعض البيانات الأولية. في الجزء الأول من هذه الاستمارة ، و في الجزء الثاني مجموعة من العبارات التي تتناول الأعراض النفسية للناس عموماً ، وتتنطبق هذه العبارات على الناس بنسب متفاوتة، التي نرجو منكم الموافقة بالإجابة على أسئلة هذه الاستمارة.

المرجو منك أن تقرأ/ ي كل عبارة وإذا وجدت أنها تنطبق عليك بدرجة معقولة ضع/ ي الإشارة حول أو مقابل السؤال حسب المطلوب.  
من المهم أن تعلم/ي أنه ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، بل المهم أن تعبر الإجابة بصدق عما تشعر/ي به أو تحسه. كما أنه لا يوجد هناك زمن محدد للإجابة ولكن يفضل أن تجيب بدقة وبسرعة كلما كان ذلك ممكناً.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

توقيع المبحوث/ة .....  
اسم العيادة الصحية .....

الباحثة  
نائلة حرباوي

## القسم الأول : استمارة الوضع الاجتماعي والاقتصادي

في ما يلي مجموعة من الأسئلة الشخصية لمعرفة بعض البيانات الأولية:

البيانات الديموغرافية :

رقم الاستمارة: ( )

تاريخ جمع البيانات: .....

إسم جامع البيانات: .....

البيانات:

يرجى وضع اشارة  $\surd$  في المربع المناسب للإجابة:

1 - الجنس :

ذكر  أنثى

2- العمر بالسنوات: .....

3- الحالة الاجتماعية:

أعزب/ عزباء  متزوج/ة  مطلق / أرمل

4- مستوى دخل الأسرة:

أقل من (1500) شيقل  من (1500-3500)  أكثر من (3500)

5- المهنة حدد/ي .....

6- المستوى التعليمي

(ابتدائي وأقل )  إعدادي  ثانوي  جامعي .. وأكثر

7 - الحالة الصحية الجسمية:

أعاني من مرض جسدي  نعم  لا

إذا كنت تعاني من أي مرض جسدي اذكره / اذكره إن كنت تعرف/ ي ما هو:

.....

عدد مرات المراجعة السابقة بسبب هذا المرض:

.....

الفترة الزمنية للشكاوي المرضية:

.....

هل تستخدم الأدوية لعلاج الحالة التي تشكو منها:

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر الأدوية إن كنت تعرفها:

.....

.....

.....



ملحق (2): مقياس قائمه الأعراض التسعين (SCL 90 – R)

القسم الثاني: مقياس قائمه الأعراض التسعين (SCL 90 – R)

تعليمات:

أمامك قائمة من الصعوبات والأعراض التي يعاني منها الناس أحياناً. طالع/ ي بتمعن كل جملة من الجمل التالية، ثم اختار/ ي رقماً واحداً من الأرقام حسب الدليل المذكور أدناه الذي يصف مدى وحجم المعاناة والضيق التي تسببها لك المشكلة خلال السبعة أيام الأخيرة بما فيها اليوم، الرجاء وضع الرقم في المربع مقابل كل جملة والإجابة على كل الجمل. في حالة تغيير رأيك أشطب/ي الإجابة الأولى جيداً وضع/ي الإجابة المناسبة قبل الانتقال إلى جملة أخرى. اقرأ/ي المثال المعطى أمامك قبل البدء بالإجابة، إذا كانت لديك أسئلة يمكنك السؤال عليها قبل البدء بالإجابة.

دليل الإجابة:

صفر = لا يضايقني بالمرّة

1 = بعض الشكوى

2 = أحياناً

3 = كثيراً

4 = يضايقني جداً

مثال :

إلى أي مدى يضايقك أوجاع في الجسم

صفر = لا يضايقني بالمرّة

1 = بعض الشكوى

2 = أحياناً

3 = كثيراً

4 = يضايقني جداً

الرقم	الأعراض	لا يضايقني بالمرة (صفر)	بعض الشكوى (1)	أحيانا (2)	كثيرا (3)	يضايقني جدا (4)
1	أوجاع في الرأس أو صداع					
2	نزفة أو اضطراب في داخل الجسم					
3	وجود أفكار أو خواطر مزعجة في ذهنك لا تستطيع / بين التخلص منها					
4	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة					
5	فقدان الاهتمام بالمواضيع والقضايا الجنسية					
6	انتقادك للآخرين					
7	التفكير بأن شخصا ما يسيطر على أفكارك					
8	القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك وبأنهم مسؤولون عن معظم مشاكلك					
9	الصعوبة في تذكر الأشياء					
10	القلق من أنك لا تهتم / بين بآداء أعمالك أو أنك لا مبالى					
11	الشعور بسرعه المضايقه والاستثاره(والاستقزاز)					
12	الإحساس بآلام في القلب أو الصدر					
13	الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو في الشوارع					
14	الشعور بالخمول والكسل أو قله النشاط					
15	التفكير في إنهاء حياتك والإنتحار					
16	سماع أصوات لا يسمعه الآخرون					
17	الارتجاج (رجة )					
18	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس					
19	ضعف الشهيه للطعام					

يضايقني جدا	كثيرا	أحيانا	بعض الشكوى	لا يضايقني بالمرة	الأعراض	
					البكاء بسهولة ( بسرعه )	20
					الشعور بالخجل وعم الراحة بوجود الجنس الآخر	21
					الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركه ومحاصر	22
					رعب وخوف مفاجيء بدون سبب	23
					ثورات مزاجيه لايمكنك السيطرةه عليها تتفجر/ين غضبا دون القدره على السيطرة على نفسك	24
					الخوف من الخروج لوحذك من المنزل	25
					لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك	26
					الإحساس بالأم أسفل الظهر	27
					الشعور بمعيقأت في تنفيذ الأشياء	28
					الإحساس بالوحده	29
					الإحساس بالإنقباض والحزن	30
					القلق والتفكير بما يجري بصورة مبالغ فيها	31
					الشعور بعدم الإهتمام بما حولك	32
					الشعور بالخوف	33
					الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة وأنتك سريع/ة التأثر	34
					الاعتقاد بأن الآخرون يطلعون على أفكارك الخاصه	35
					الشعور بأن الآخريين لايفهمونك ولا يتعاطفون معك	36
					الشعور بعدم صداقه الناس لك أو أنهم لا يحبونك ويرفضوك	37
					الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها	38
					الإحساس بضربات القلب وزياده سرعتها	39

يضايقني جدا	كثيرا	أحيانا	بعض الشكوى	لا يضايقني بالمرة	الأعراض	
					الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة	40
					الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)	41
					الشعور بآلام في العضلات	42
					الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.	43
					صعوبة الإستغراق في النوم (أرق )	44
					الشعور بأن عليك أن تتأكد/ين مما تفعل اين أكثر من مرة	45
					صعوبة اتخاذ القرار	46
					الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الباصات العامة	47
					الشعور بصعوبة في التنفس	48
					الإحساس بنوبات من السخونه أو البروده في جسمك	49
					الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينه لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف	50
					الإحساس بأنك غير قادر /ة على التفكير	51
					الشعور بالخدر أو النمنمة في أجزاء من الجسم	52
					الإحساس بأن شيء يقف في زورك ولا تستطيع /ين البلع	53
					الإحساس باليأس من المستقبل	54
					صعوبة في التركيز	55
					الشعور بضعف في أجزاء جسمك	56
					الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا	57
					الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك	58
					التفكير في الموت	59

يضايقني جدا	كثيرا	أحيانا	بعض الشكوى	لا يضايقني بالمرة	الأعراض	
					الإفراط في تناول الطعام	60
					الشعور بالاضطراب والضييق عندما يتحدث الناس عنك أو ينظرون إليك	61
					الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك	62
					الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين	63
					الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح وبدون سبب	64
					الحاجة إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل والتأكد من إغلاق الباب والغاز ...	65
					نوم مضطرب أو غير مريح	66
					الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء	67
					وجود أفكار ومعتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون وغير موجودة عندهم	68
					الإحساس بالخجل في وجود الآخرين وحساسية زائدة من معاملة الآخرين لك	69
					الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما والتجمعات	70
					الشعور بأن كل شيء يحتاج لبذل مجهود كبير ( عناء في عناء )	71
					نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول	72
					الإحساس بالضييق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام، أمام الناس	73
					الدخول في كثير من الجدل والمناقشات مع الآخرين	74

يضايقني جدا	كثيرا	أحيانا	بعض الشكوى	لا يضايقني بالمرة	الأعراض	
					الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك	75
					الشعور بأن الآخرين لا يعطوك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك	76
					الشعور بالوحده حتى في وجود الآخرين	77
					الشعور بعدم الإستقرار والتملل لدرجه لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان	78
					الشعور بأنك عديم الأهميه	79
					الشعور بأن حدثا سيئا سيحدث لك	80
					نوبات من الصراخ وقذف الأشياء	81
					الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامه	82
					الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك ويستغلونك لو مكنتهم من ذلك	83
					أفكار عن الجنس تسبب لك اضطرابا شديدا وتزعجك	84
					أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك	85
					لديك أفكار وخيالات مخيفه	86
					الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك	87
					الشعور بأنك غير قريب/ة من أي إنسان آخر	88
					الشعور بالذنب	89
					الشعور بأن لديك مشكلة أو مرض في عقلك أو نفسك	90

شكرا لكم على تعاونكم  
الباحثة : نائلة الحرباوي

## فهرس الجداول

.....118.....	جدول 2.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الفئة العمرية.
.....119.....	جدول 3.3 : توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.
.....119.....	جدول 4.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير مستوى الدخل.
.....120.....	جدول 5.3: توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير المهنة.
.....121.....	جدول 6.3 : توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
.....124.....	جدول 7.3: الحالة الصحية الجسمانية لأفراد العينة.
.....124.....	جدول 8.3: عدد مرات المراجعة شهريا بسبب المرض.
.....125.....	جدول 9.3: هل تستخدم الأدوية لعلاج الحالة التي تشكو منها؟
.....126.....	جدول 10.3: معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس بطريقة كرونباخ ألفا.
.....129.....	جدول 11.3: توزيع الدرجات على فقرات المقياس.
.....133.....	جدول 1.4: النسب المئوية للأعراض النفسية مرتبة حسب الدرجة.
.....133.....	جدول 2.4.أ: التكرارات والنسب المئوية للأعراض النفسية موزعة حسب درجة الشدة.
.....134.....	جدول 2.4.ب: التكرارات والنسب المئوية للأعراض النفسية موزعة حسب درجة الشدة.
.....135.....	جدول (3.4): مقارنة بين الاوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للأعراض النفسية للدراسة الحالية وبين دراسة Derogatis للاشخاص الطبيعيين.
.....136.....	جدول 4.4.أ: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس.
.....137.....	جدول 4.4.ب: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الجنس.
.....138.....	جدول 5.4.أ: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية.
.....139.....	جدول 5.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية.
.....140.....	جدول 5.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجه الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الفئة العمرية.

جدول 6.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الحالة

الاجتماعية. 141.....

جدول 7.4.أ: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير مستوى

دخل الأسرة. 142.....

جدول 7.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير

مستوى دخل الأسرة. 143.....

جدول 8.4.أ: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير المهنة.

144.....

جدول 8.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير المهنة.

145.....

جدول 8.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير المهنة.

146.....

جدول 9.4.أ: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير المستوى

التعليمي 147.....

جدول 9.4.ب: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير

المستوى التعليمي 148.....

جدول 9.4.ج: نتائج اختبار Kruskal-Wallis في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير

المستوى التعليمي 149.....

جدول 10.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجة الاضطرابات النفسية تبعا لمتغير الحالة

الصحية الجسمانية. 150.....

جدول 11.4: موضع المرض الجسمي لأفراد العينة حسب أجهزة جسم الإنسان. 151.....

جدول 12.4: الشكوى النفسية مع موضع المرض الجسمي. 152.....

جدول 13.4: مجموع الأعراض الايجابية مع موضع المرض الجسمي. 152.....

جدول 14.4: مؤشر الشكوى النفسية الايجابية مع موضع المرض الجسمي. 153.....

جدول 15.4: الأعراض الجسدية مع موضع المرض الجسمي. 153.....

جدول 16.4.أ: الوسواس القهري مع موضع المرض الجسمي. 153.....

جدول 16.4.ب: الوسواس القهري مع موضع المرض الجسمي. 154.....

جدول 17.4: الحساسية التفاعلية مع موضع المرض الجسمي. 154.....



.....154.....	جدول 18.4: الاكتئاب مع موضع المرض الجسمي.
.....155.....	جدول 19.4: القلق مع موضع المرض الجسمي.
.....155.....	جدول 20.4: العدوانية مع موضع المرض الجسمي.
.....155.....	جدول 21.4: قلق الخوف مع موضع المرض الجسمي.
.....156.....	جدول 22.4: البرانويا التخيلية مع موضع المرض الجسمي.
.....156.....	جدول 23.4: الذهانية مع موضع المرض الجسمي.
.....157.....	جدول 24.4: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض وعدد مرات المراجعة بسبب المرض.
.....157.....	جدول 25.4.أ: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض والفترة الزمنية للشكاوى المرضية.
.....158.....	جدول 25.4.ب: معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد من أبعاد قائمة الأعراض والفترة الزمنية للشكاوى المرضية.
.....159.....	جدول 26.4: نتائج اختبار Mann-Whitney في درجه الاضطرابات النفسيه تبعا لمتغير استخدام الأدوية.
.....160.....	جدول 27.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية،المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الشكاوى النفسية (GSI).
.....161.....	جدول 28.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية،المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع (PST).
.....162.....	جدول 29.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية،المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع (PSDI).
.....163.....	جدول 30.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية،المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الأعراض الجسدية (Somatization).
.....164.....	جدول 31.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية،المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الحساسية التفاعلية (Interpersonal Sensitivity).

جدول 32.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الاكتئاب (Depression).

.....165.....

جدول 33.4، أ: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع القلق (Anxiety). ..165

جدول 33.4، ب: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع القلق (Anxiety). ..166

جدول 34.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع العدوانية (Hostility). 166

جدول 35.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع قلق الخوف

.....167..... (Phobic Anxiety).

جدول 36.4: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع البرانويا التخيلية (Paranoid

.....168..... (Ideation).

جدول 37.4، أ: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الذهانية (Psychoticism).

.....168.....

جدول 37.4، ب: نتائج الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة: الفترة الزمنية للشكاوى المرضية، المستوى التعليمي، والعمر مع المتغير التابع الذهانية (Psychoticism).

.....169.....

.....169..... جدول 38.4: البعد الاضافي.

## فهرس الملاحق

.....235.....	ملحق (1) : استمارة البحث
.....238.....	ملحق (2): مقياس قائمه الأعراض التسعين (SCL 90 – R)

## فهرس المحتويات

الموضوع الصفحة

.....	الصفحة الداخلية
.....	صفحة العنوان
.....	صفحة الإجازة
.....	الإهداء

..... أ	إقرار:
..... ب	شكر و عرفان:
..... ج	قائمة المختصرات التي وردت في الدراسة :
.....	ملخص الدراسة:
..... و	Abstract :

### 1..... الفصل الأول: خلفية الدراسة

..... 2	1.1 المقدمة:
..... 5	2.1 مشكلة ومبررات البحث
..... 10	3.1 أهمية الدراسة
..... 11	4.1 أهداف الدراسة
..... 11	5.1 أسئلة الدراسة
..... 12	6.1 فرضيات الدراسة
..... 13	7.1 حدود الدراسة
..... 14	8.1 مصطلحات الدراسة

### .....28 الفصل الثاني: الأدب السيكولوجي والسيكوباتولوجي والدراسات السابقة

.....29	1.2 الأدب السيكولوجي والسيكوباتولوجي والدراسات السابقة
---------	--

.....29	1.1.2 أسباب الإضطرابات النفسية: (Etiology)
.....30	1.1.1.2 العوامل الممهدة أو المهيئة أو الاستعدادية:
.....31	1.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الوراثي: Genogenic Factors
.....34	2.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الكيميائي: Biochemical Factors
.....37	3.1.1.1.2 العوامل المتعلقة بالأنسجة: Histogenic
.....37	4.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ الجسمي والعضوي: Somatogenic Factors
.....46	5.1.1.1.2 العوامل ذات المنشأ النفسي: Psychogenic
.....50	6.1.1.1.2 العوامل الثقافية والاجتماعية:
.....55	2.1.1.2 العوامل المباشرة، المسرعة في حدوث الاضطرابات والأمراض النفسية:
.....57	3.1.1.2 تفاعل العوامل وتضافرها في حدوث الاضطرابات النفسية:
.....59	2.1.2 نسبة انتشار الاضطرابات النفسية:
.....70	3.1.2 نظريات تفسير نشوء المرض النفسي:
.....70	1.3.1.2 النظريات والدراسات النفسية التحليلية :
.....79	2.3.1.2 النظريات السلوكية :
.....81	3.3.1.2 النظريات المعرفية :
.....84	4.3.1.2 النظريات النفسية الاجتماعية :
.....87	5.3.1.2 نظريات أخرى:
.....87	1.5.3.1.2 نظرية العجز المتعلم (Hopelessness) — Seligman:
.....88	2.5.3.1.2 نظرية أدولف ماير السيكوبولوجية :
.....89	3.5.3.1.2 النظرية الوجودية والظاهرية:
.....90	2.2 دراسات سابقة
.....111	3.2 ملخص الدراسات السابقة:

## .....114..... الفصل الثالث: المنهجية وإجراءات الدراسة

.....115	1.3 المنهجية والإجراءات للدراسة
.....115	1.1.3 منهج الدراسة:
.....116	2.1.3 مجتمع الدراسة:

.....116.....	3.1.3 عينة الدراسة:
.....121.....	4.1.3 إجراءات الدراسة:
.....117.....	1.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:
.....118.....	2.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الفئة العمرية:
.....118.....	3.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية:
.....119.....	4.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى دخل الأسرة:
.....120.....	5.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة:
.....120.....	6.3.1.3 توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:
.....123.....	5.1.3 متغيرات الدراسة :
.....125.....	6.1.3 أدوات الدراسة:
.....125.....	1.5.1.3 استمارة الوضع الاقتصادي والإجتماعي :
.....125.....	2.5.1.3 مقياس الأعراض التسعين SCL-90-R
.....126.....	7.1.3 وصف المقياس :
.....129.....	8.1.3 أساليب المعالجة الاحصائية :

## .....131..... الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

.....132.....	1.4 عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:
.....170.....	2.4 ملخص نتائج الدراسة

## .....173..... الفصل الخامس: النقاش والتحليل

.....174.....	1.5 النقاش والتحليل
.....204.....	2.5 التوصيات

## .....209..... قائمة المراجع

## .....209..... المراجع العربية:

.....216.....
.....225.....
.....234.....
.....244.....
.....248.....
.....249.....

المراجع الأجنبية:

المواقع الإلكترونية للإنترنت

الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

فهرس المحتويات