

انتشار الأمراض النفسية في السودان

بروفيسور عبد الباقي دفع الله أحمد

د. ابتسام ساتي ابراهيم

د. أسماء سراج الدين فتح الرحمن

د. منار الشيخ عبد الرحمن

جامعة الخرطوم السودان

تاريخ النشر : 2018-12-05

تاريخ القبول: 2018-10-30

تاريخ الارسال: 2018-01-29

أن مرضى الريف ينتشر وسطهم الاضطراب ثنائي القطب (28.3%) أكثر من سكان الحضر، بينما ينتشر وسط مرضى الحضر الاضطراب المتعلق بمادة إدمانية (5.3%) أكثر من سكان الريف. وأن الاضطراب المتعلق بمادة إدمانية ينتشر وسط أفراد الفئات العمرية ما بين (20-50) عاماً. اختتمت الدراسة بمجموعة من التوصيات وبفهرس للمراجع والملاحق .

The study aimed to investigate the prevalence of mental disorders among patients who visit governmental hospitals in all states of Sudan during (2010 - 2016), according to gender, home and age variables. To achieve the objectives of the study, researchers adopted a case study methodology. The researchers used the cluster

هدفت الدراسة لبحث انتشار الاضطرابات النفسية وسط المرضى المتكردين على المستشفيات الحكومية بولايات السودان المختلفة في الفترة ما بين 2010-2016، وذلك حسب متغيرات النوع، والموطن والعمر. ولتحقيق أهداف الدراسة تبنى الباحثون منهج دراسة الحالة. استخدم الباحثون طريقة العينة العنقودية لاختيار (9700) مريضاً نفسياً من مستشفيات ووحدات الطب النفسي بالسودان، وذلك بتقديم استمارة تحوي المعلومات المطلوبة. استخدم الباحثون النسبة المئوية للإجابة عن أسئلة الدراسة. وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج من أبرزها: أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية المتكردين على المستشفيات في السودان هم مرضى: طيف الفصام (26.5%)، والاضطراب ثنائي القطب (25.8%)، والاكتئابية (21.6%) على التوالي. كما بينت الدراسة أن الاضطراب النفسي المنتشر وسط الذكور أكثر من الإناث هو: طيف الفصام (29.6%)، بينما الاضطراب المنتشر وسط الإناث أكثر من الذكور هو: الاضطراب ثنائي القطب (29.7%). هذا إضافة إلى

تمهيد:

يجمع بعض العلماء (الخليدي ووهبي، 1997، إبراهيم وعسكر، 2008) على أن هنالك ازدياداً ملحوظاً في الاضطرابات النفسية في العالم خلال العقود الأخيرة من الألفية الثانية، غير أن تقدير هذه الزيادة في كل بلد ومجتمع وبين جيل وآخر من الأمور الصعبة بالنظر لما يتطلبه ذلك من وسائل إحصائية معقدة يتعذر تطبيقها في مجال الاضطرابات النفسية واسعة الانتشار، إضافة إلى الاختلاف الثقافي والمجتمعي لفهم الاضطرابات النفسية وكيفية التعاطي معها، لأنها متعددة الأشكال وكثيرة التداخل مع الاضطرابات الأخرى. تشير الإحصائيات أيضاً إلى أن الاضطرابات النفسية وصلت إلى مستويات وبائية سواء في أوساط الكبار الذين يشكون ضغط الحياة المادية وما يصاحبها من مشكلات اجتماعية كثيرة كالتفكك العائلي، أو في أوساط الشباب كالانحلال الأخلاقي، والاضطراب العقلي، والتفكك الاجتماعي، وانتشار الجريمة والمخدرات وتغير طرق ووسائل التواصل الاجتماعي، واختلاف منظومة وبناء الحياة الاجتماعية ومعاييرها. وعلى حسب علم القائمين على أمر هذه الدراسة، فإنه لم تقم حتى تاريخ هذه اللحظة دراسة إحصائية شاملة للأمراض النفسية في السودان، وذلك بغرض استخلاص النتائج التي تمكن من التخطيط والعلاج من خلال مختلف المؤسسات بهدف دعم الإنسان السليم نفسياً القادر على استغلال خيرات بلاده.

ساهمت مجموعة من المتغيرات خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين على زعزعة الثوابت الاجتماعية التقليدية الممارسة من قبل المجتمعات المحلية في السودان، ومن أبرز تلك العوامل الحروب الطويلة (حرب جنوب السودان وانفصاليه 2011، وحرب

sampling method to select (9700) patients from hospitals and psychiatric units by submitting a form containing the required information. The researchers used the percentage to answer the questions of the study. The study found that 73.9% of patients with mental disorders in hospitals in Sudan are: schizophrenic (26.5%), bipolar (25.8%), and depressive disorders (21.6%), respectively. The study also showed that the mental disorder that is more prevalent among males is schizophrenic spectrum (29.6%), while the most prevalent disorder among females is bipolar disorder (29.7%). In addition, rural patients are more prone to bipolar disorder (28.3%), while urban patients (5.3%) are more likely to suffer addictive substance disorder, and that the disorder related to an addictive substance spread among members of the productive age groups between (20-50) years. The study concluded with a set of recommendations, references and appendices.

دارفور والنيل الأزرق وجنوب كردفان 2017)، وحالات الجفاف والتصحر التي اجتاحت بعض الأقاليم (غرب السودان 1983)، وكذلك الفيضانات والسيول المدمرة (إقليمي الجزيرة ومنطقة البطانة)، يضاف لكل ذلك الآثار المترتبة على العولمة وما يصاحبها من إعلام وانفتاح على ثقافات جديدة وأنماط استهلاكية غير مألوفة (مقاطعة السودان اقتصادياً لأكثر من 20 عاماً لكثير من الدول الغربية الكبرى)، هذا إضافة للضغط الدولية والعالمية للالتزام بالمعايير العالمية فيما يتعلق بحقوق الإنسان والضغط الهائلة التي ربما يتعرض لها القطر (محكمة الجنائيات الدولية)، تعمل هذه العوامل وعملت على إحداث ضغوط اقتصادية هائلة على جميع أفراد المجتمع مما أربك حياة معظمهم ففارقوا في المهجر، أو نزحوا بأعداد هائلة للمدن الكبيرة، وتعطلت معه بدرجة شبه كاملة المشاريع القومية الكبرى بما فيها المشاريع الزراعية، والقطاعات الخدمية كخطوط السكة الحديد، والخطوط البحرية، والخطوط الجوية السودانية، مما نجم عنه ممارسات اقتصادية واجتماعية أضرت كثيراً بالطرق التقليدية لممارسة العيش الكريم في السودان.

لم يتحصل الباحثون على دراسات توضح معدل انتشار الاضطرابات النفسية أو توزيعها على أي مستوى من المستويات في السودان، أو حتى توفر أرقام دقيقة للمرضى النفسيين خلال أي فترة زمنية (ورد ذكر الاضطرابات النفسية بصورة مجملة في التقرير الإحصائي الطبي السنوي لوزارة الصحة الاتحادية السودانية للعام 2016)، أو نوعية الاضطرابات التي يعاني منها أفراد المجتمع السوداني بالرغم من عراقية المستشفيات العاملة في علاج الاضطرابات النفسية، حيث أنشأ التيجاني الماحي أول عيادة للطب النفسي عام 1949، وذلك بسبب عدم كشف الكثيرين عن أمراضهم النفسية، ربما

بسبب الوصمة الاجتماعية للمرض، أو الاعتقاد في معالجة هذا النوع من الاضطرابات بواسطة المعالجين التقليديين، أو ربما لعدم وجود خدمات لمعالجة الاضطرابات النفسية كما هو حادث في عديد من مناطق السودان، وعليه ربما تقل الدراسات التي تتناول أعداد المرضى النفسيين، أو الاضطرابات التي يعانون منها، وبالتالي أهم أسباب الاضطرابات النفسية، وأكثرها شيوعاً، والفئات العمرية التي تنتشر بينها هذه الاضطرابات، وتضعف بالتالي الرؤية للتخطيط والعمل العلمي المتعلق بالوقاية من الاضطرابات، أو حتى مختلف الأسباب المميزة لنشوء هذه الاضطرابات وسط المجتمع السوداني.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في محاولة وضع صورة كلية للأمراض النفسية في جميع المستشفيات الحكومية في السودان من حيث تكرارها، وأكثرها شيوعاً وارتباط هذه الاضطرابات بالولاية والنوع والموطن (مدينة، قرية). وعليه تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما أكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في مستشفيات ووحدات الطب النفسي؟
2. هل تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف ولايات السودان المختلفة بحكم الطقس والبيئة الطبيعية والمشاكل الخاصة بكل جهة من السودان؟
3. هل توجد فروق في الاضطرابات النفسية تبعاً لنوع المريض (ذكر، أنثى) بكل جهة من جهات السودان؟
4. هل ترتبط الاضطرابات النفسية بمكان سكن المريض (حضر، ريف)؟

5. هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية

والعمر الزمني للمرضى؟ بمعنى هل ترتبط بعض

الاضطرابات النفسية بفئات عمرية محددة؟

أهمية الدراسة: يمكن إبراز أهمية الدراسة الحالية من

خلال النقاط التالية:

1. إن الوقوف على سلوك الاضطرابات النفسية

من حيث نوع الاضطرابات وتوزيعها على

الفئات العمرية المختلفة يمكن الجهات ذات

الصلة من وضع السياسات الكفيلة بمعالجتها

بالطرق العلمية السليمة.

2. يمكن أن تمثل هذه الدراسة مصدراً لكثير من

الأفكار لإنتاج الدراسات العلمية التي تعتمد

على توفر المعلومات الأساسية المتعلقة بمعدلات

انتشار الاضطرابات النفسية، ومن ثم تتراكم

الدراسات ذات الصلة لإكمال الصورة الكلية

لطبيعة الاضطرابات النفسية من حيث

الأسباب والتشخيص والمآل حسب الخصائص

الديمغرافية لكل ولاية.

3. لفت نظر واضعي السياسات الكلية المتعلقة

بالاقتصاد والتعليم لأهمية إشراك العلوم

السلوكية والاجتماعية في التخطيط للمشاريع

المختلفة المتعلقة برفاهية المواطن، أو حتى تلك

التي تعتمد على الإرشاد الأسري والمجتمعي،

وتلك التي تزيد الوعي المجتمعي حول حقيقة

الاضطرابات النفسية والتخلص من الصورة

الذهنية المرتبطة بالوصمة.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة لبحث ومعرفة الآتي:

1. معدل انتشار الاضطرابات النفسية من خلال

البيانات المتوفرة من قبل المترددين على

المستشفيات الحكومية بولايات السودان

المختلفة في الفترة ما بين 2010-2016.

2. الفروق في الاضطرابات النفسية حسب النوع

وأماكن السكن والعمر الزمني في ولايات

السودان المختلفة.

3. دراسة علاقة الاضطرابات النفسية بالبيئات

الاجتماعية في الولايات الكبرى في السودان

(الشمال، الشرق، كردفان، دارفور، الأوسط،

والخرطوم).

حدود الدراسة:

هنالك مجموعة عوامل ربما تحد من تعميم نتائج هذه

الدراسة لذلك يجب وضعها في الاعتبار عندما يتم

الاستعانة بنتائج هذه الدراسة، ومن أهم حدود الدراسة

ما يلي:

1. يجب الانتباه إلى أن معايير التشخيص

المستخدمة في جميع أنحاء السودان خاضعة

للمعيار الطب نفسي بالكامل، وبالتالي

فالنسب ربما تمثل هذا المنحى أكثر من أنها

تعكس الواقع، فالقصام والاكتئاب ثنائي

القطب ربما يعكس طريقة وإجرائية التشخيص

المتبعة من قبل الاطباء النفسيين، وليس

موضوعية التشخيص القائم على فريق من

مجموعة أخصائيين (طبي، نفسي، اجتماعي).

2. يقتصر المجتمع على المرضى الذين لديهم

سجلات طبية مكتملة بمكاتب الإحصاء

بالمستشفيات الحكومية في الفترة ما بين

(2010-2016) بالمدن الرئيسة بولايات

السودان المختلفة، وليس من بينها المستشفيات

الخاصة أو عيادات الأطباء.

3. لا يوجد مصطلح موحد بين مستشفيات الطب النفسي بالسودان (بعضها يستخدم الرمز الطبي للمصطلح، وأخرى تكتب المصطلح باللغة العربية)، ولذلك تمت إعادة ترميز الاضطرابات حسب المجموعات المرضية للدليل التشخيصي الخامس للأمراض النفسية (2013) للجمعية النفسية الأمريكية.

4. اختلاف محتوى استمارة المعلومات للمرضى النفسيين، إذ لا توجد استمارة موحدة تستخدم في جميع أنحاء السودان، لذلك اكتفت الدراسة الحالية بالمعلومات المشتركة بين مختلف الاستثمارات وهي: اسم المرض، ونوع المريض (ذكر، أنثى)، وعمر المريض بالسنوات، وسكن المريض (حضر، ريف). وتم حذف بعض المتغيرات لعدم توفرها في جميع الحالات التي تم اختيارها

تعريف المصطلحات:

فيما يلي مجموعة من المصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، ويمكن تعريفها على النحو التالي:

1. الاضطرابات النفسية:

يعرف الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (2013) الاضطراب النفسي بأنه (اضطراب نفسي المنشأ، تنجم عنه اتجاهات غير سليمة للفرد تجاه نفسه ومجتمعه، أي أنه حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقرّ لنفسه ولمن حوله، وقد ينتقل المرض النفسي في حالات متقدمة من الاعتلال النفسي إلى الاعتلال العضوي أو الوظيفي. وقد تم تصنيف الاضطرابات النفسية باستخدام محك الدليل الإحصائي

التشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية عام 2013 والذي يعتبر من المحكات الهامة في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية والذهنية والتواصلية في الجانب الاكلينيكي، وعند شركات التأمين وفي سلك المحاماة والقضاء. وقد بلغ عدد مجموعة الاضطرابات النفسية حسب هذا التصنيف (22) مجموعة يأتي تصنيفها لاحقاً.

3. مستشفيات الطب النفسي بالسودان:

تم تصنيف السودان لست ولايات جغرافية افتراضية لسهولة جمع البيانات وهي: ولاية الخرطوم وتم تمثيلها بمستشفى التيجاني الماحي، الولايات الشمالية وتم تمثيلها بمستشفى عطبرة وشندي، الولايات الشرقية وتم تمثيلها بمستشفى كسلا، ولايات دارفور وتم تمثيلها بمستشفى الفاشر، والولايات الوسطى وتم تمثيلها بمستشفى مدني وكوستي، وولايات كردفان وتم تمثيلها بمستشفى الأبيض. علماً بأن هذه الولايات تمثل تصنيفاً سابقاً للحكم في السودان، باعتبار أن بينها خصائص مشتركة من حيث الإثنية القبلية، والنشاط الاقتصادي، والعادات والتقاليد.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

واجه السودان عدة صراعات سياسية منذ استقلاله وحتى الآن. حيث بدأ التفاوض على اتفاق سلام في العام (2005) مع الجنوب انتهت بانفصاله في (2011) بعد حرب ضروس بين الجانبين، كذلك تم الاتفاق مع متمردي الشرق حينها في العام (2006) وما زال الاتفاق سارياً. إلا أنه في العام 2003 نشأ نزاع آخر في دارفور لا يزال مشتعلًا نجم عنه تداعيات محكمة الجنايات الدولية ومقاطعة السودان اقتصادياً. هذا إضافة لوجود صراع دامي بولايتي النيل الأزرق وجنوب كردفان ما زال قائماً. ونتيجة لذلك، تأثرت

مؤسسات الخدمات الاجتماعية في البلد، بما فيها الصحة بصورة مباشرة أو غير مباشرة . أي أنه في حين شهدت بعض المناطق حرباً، عانى آخرون من آثار الحرب بسبب استضافة المشردين، أو بسبب تحويل الموارد المخصصة للتنمية لمقابلة منصرفات الإنفاق الأمني والحربي والتي بلغت لأعوام طويلة 80% من ميزانية الدولة السنوية.

تلعب الكوارث الطبيعية، والكوارث التي من صنع الإنسان دوراً بارزاً في إرباك قدرة المجتمعات على التوافق كما تعمل على تهديد الصحة العامة، وربما يصل الأمر لفقدان الأموال والممتلكات، أو حتى الموت نفسه. وتقدر الإحصاءات أن حوالي 18% من السكان يتأثرون بالفيضانات سنوياً خلال موسم الأمطار (حزيران / يونيه - أيلول / سبتمبر)، في حين يتعرض حوالي 10% من السكان للجفاف والأوبئة، وخاصة التهاب السحايا، حيث يقع السودان داخل "حزام التهاب السحايا"، والحمى النزفية، مثل الحمى الصفراء وحمى الضنك هي تهديدات أخرى على صحة ورفاه السكان.

يعد المرض تحدياً كبيراً للإنسان، لأنه لا يؤثر فقط على الفرد، ولكن يمتد أثره ليشمل المحيطين به. وينتشر المرض بنوع من التباين بين الجماعات والمجتمعات بحسب أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية ودرجة تحضيرهم. وتؤثر الثقافة السائدة في المجتمع على نظرة وفهم الناس للمرض، وبالتالي استجاباتهم له وطريقة التعامل معه. ولذلك فإن علم الوبائيات يهتم بالكيفية التي توزع بها الاضطرابات في المجتمع بما في ذلك الاضطرابات النفسية، وعليه فإن المرض لا يمكن تفسيره بعامل واحد.

أوضح خليل قاسم (khalil A. 2013) أن الوصمة الاجتماعية من التحديات الكبيرة في إطار مواجهة المرض النفسي. فقد أظهرت نتائج دراسته التي أجراها في نيجيريا اعتراف 250 شخصاً تمت مقابلتهم بأن ردهم الأساسي على المرض النفسي هو الخوف، والتجنب والغضب بسبب الوصمة الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسة استطلاعية عامة أجريت في جنوب أفريقيا أن معظم مواطني جنوب أفريقيا يعزون المرض النفسي للضغوط أو عدم القدرة والإرادة بدلاً من نسبته للاضطرابات الصحية وعدم قدرة الفرد على التوافق، ونتيجة لذلك فإنهم يتركون المرضى النفسيين وحدهم دون مساندة عاجزين عن الأمل في الشفاء.

عرّف إحسان محمد (2008) علم الوبائيات من وجهة نظر علم النفس كما في العلوم الأخرى بأنه العلم الذي يدرس كيفية حدوث وانتشار الاضطرابات، والظواهر الوبائية، والمشاكل الصحية المختلفة بين الأفراد والمجتمعات، ومحددات الإصابة بها من خلال دراسة العوامل والظروف المحيطة ذات التأثير المباشر أو غير المباشر على الصحة. ويهتم هذا العلم بإجراء الاستقصاءات والمسوحات والبحوث الميدانية لتحديد حجم ونوعية الاضطرابات والمشاكل الصحية المختلفة ووضع الحلول الملائمة لها والتعرف على احتياجات المجتمع بما يساهم في وضع الخطط والبرامج الصحية السليمة.

أما فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية وتصنيفها فقد اعتمد الباحثون في الدراسة الحالية على آخر تصنيف للدليل التشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية (2013)، وقد تم تصنيف الاضطرابات على النحو التالي:

1. اضطرابات النمو العصبية: (الإعاقات الذهنية، التواصل، طيف التوحد، نقص الانتباه فرط الحركة، الإعاقات الحركية، واضطرابات العرة).
2. طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى (التوهم، الفصام، الوجداني، الكتاتونيا).
3. ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة (المزاج الدوري... هوس).
4. الاضطرابات الاكتئابية (المزاج المشوش، سوء المزاج....).
5. اضطرابات القلق (الانفصال، الصمت الانتقائي، الهلع، قلق الساح، القلق الاجتماعي).
6. الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة (الوسواس، تشوه شكل الجسم، نتف الشعر، نزع الجلد...).
7. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد (كرب ما بعد الصدمة، التعلق التفاعلي، التأقلم...).
8. الاضطرابات الانحلالية (التفارقية) (النسوة، اضطراب الهوية، تبدد الشخصية، تبدد الواقع...).
9. العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة (قلق المرض، الاضطراب المفتعل...).
10. اضطرابات التغذية والأكل (شهوة الطين، الاجترار، النهم، القهم، تناول الطعام التحنبي).
11. اضطرابات الإخراج (الإفراغ) (سلس البول، سلس الغائط....).

12. اضطراب النوم واليقظة (الأرق، فرط النعاس، النوم الانتيابي، توقف التنفس أثناء النوم، الكابوس، متلازمة الساقين المتمللمتين).
13. اختلالات الوظيفة الجنسية (تأخر القذف، الانتصاب، النشوة الأنثوي، ألم الإيلاج، القذف المبكر).
14. الانزعاج من النوع (لدى الأطفال، لدى المراهقين والبالغين).
15. اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك (الشخصية المضادة للمجتمع، هوس السرقة، إشعال الحرائق، اضطراب المسلك).
16. الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية (استعمال الكحول، سحب الكافيين، الحشيش، المهلوسات، المستنشقات، الأفيون، المنومات ومضادات القلق، المنشطات، التبغ).
17. الاضطرابات العصبية المعرفية (الهذيان، بأنواعه المختلفة).
18. اضطرابات الشخصية (اضطراب الشخصية الزوراني، الفصامي، المعادي، الحدي).
19. اضطرابات الولع الجنسي (التلصص، الاستعراء، الاحتكاك، الولع بالأطفال، ملابس الجنس الآخر).
20. اضطرابات عقلية أخرى: (اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى، اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى...).
21. اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية (الباركنسونية المحدثة بمضادات الذهان، الزلزال الحاد المحدث بالأدوية...).

22. حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام

السريري (مشاكل العلاقات، سوء المعاملة والإهمال، مشاكل تعليمية ومهنية، مشاكل السكن والمشاكل الاجتماعية، مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية).

الدراسات السابقة:

أما فيما يتعلق بالدراسات السابقة، فقد لاحظ الباحثون أن معظم الدراسات لا تتناول كل الاضطرابات النفسية في القطر المعني، إذ يتم في الغالب التركيز على معدل انتشار مرض محدد وسط فئة عمرية مختارة، كما أن مثل هذا النوع من الدراسات تشترك فيه جهات مختلفة وبتمويل كبير جدا من المنظمات الصحية العالمية، لذلك يتم في هذا الجزء من الدراسة استعراض بعض الدراسات السابقة لتوضيح الطريقة التي يتم بها عادة تناول مثل هذا النوع من الدراسات:

1. المسح الوطني للصحة وضغوط الحياة بالمملكة العربية السعودية (2017):

هدف المسح بشكل أساسي إلى معرفة ماهية ضغوط الحياة ومدى انتشارها، وتأثيرها على صحة الفرد والمجتمع وذلك باختيار عينة حجمها (10.000) مفحوصاً. وذلك بهدف مساعدة صانعي القرار والمخططين في مجال الصحة على تقدير نوع وحجم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية المطلوبة في المملكة. وقد أوضحت نتائج المسح الوطني للصحة وضغوط الحياة عدداً من الإحصاءات التي تشير إلى أن أبرز الاضطرابات النفسية التي يعانيها المجتمع السعودي بمختلف فئاته العمرية تتمثل في الآتي: 23% من عينة الدراسة يعانون من نوبات الهلع والفرع، و19% من رهاب الخلاء، و12% من الاكتئاب، و11% من

الرهاب الاجتماعي، و8% يعانون من الوسواس القهري.

2. وبائية الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين الإيرانيين وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية، ونمط الحياة واضطرابات الشخصية للوالدين (2017):

تم إجراء هذه الدراسة وسط عينة قوامها (5171) طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 17 عاماً في خمس محافظات إيرانية هي: طهران وخراسان ورضوى وأصفهان وأذربيجان الشرقية وفارس. وجد الباحثون أن اضطرابات السلوك لها أعلى معدل انتشار بين المشاكل النفسية، بينما سجلت المشاكل الاجتماعية أدنى معدل انتشار في المحافظات الخمس. وعلاوة على ذلك، وجد الباحثون أن للذكور مشاكل عاطفية أقل مقارنة بالإناث. وبالإضافة إلى ذلك، لم يجدوا أية فرق دال بين المراهقين من 12 إلى 14 و 15 إلى 17 سنة أو بين خريجي المدارس المتوسطة والثانوية في المشاكل النفسية.

3. تقرير منظمة الصحة العالمية (2016):

أورد هذا التقرير مجموعة من المعلومات التي يمكن أن تمثل مرجعية علمية لتفسير الوضع في السودان، وعلاقة الاضطرابات النفسية بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للمرضى، وفيما يلي أهم نتائج هذا التقرير:

1. ربع سكان العالم سيصابون بمرض نفسي في مرحلة ما من حياتهم، وبذلك تتسبب الاضطرابات النفسية في حدوث عدد كبير من الوفيات وحالات العجز، وهي تمثل 8.8% و16.6% من عبء المرض الإجمالي الناجم عن الاعتلالات الصحية بالبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، على التوالي .

2. يمثّل الاكتئاب ثاني أهم أسباب عبء المرض في البلدان المتوسطة الدخل، وثالث أهم تلك الأسباب في البلدان المنخفضة الدخل بحلول عام 2030. وقد زاد عدد الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب و/أو القلق من 416 مليون شخص إلى 615 مليوناً بين عامي 1990 و2013، أي بنسبة 50% تقريباً، وبذلك يتضرر 10% تقريباً من سكان العالم من الاضطرابات النفسية التي تمثل 30% من العبء العالمي للأمراض غير المميتة.

3. حوالي نصف الاضطرابات النفسية تبدأ قبل سن الـ 14 سنة، وحوالي 20% من الأطفال والمراهقين في العالم لديهم اضطرابات أو مشاكل نفسية، وعليه تعتبر الاضطرابات العصبية النفسية من بين الأسباب الرئيسية للعجز لدى الشباب بجميع أنحاء العالم، ومع ذلك فإن المناطق ذات النسبة المئوية الأعلى من السكان تحت سن الـ 19 لديها أفقر مستوى من الموارد المخصصة للصحة النفسية. وأن حوالي 23% من جميع السنوات المفقودة بسبب العجز تنجم عن الاضطرابات النفسية واضطرابات معاقرة مواد الإدمان.

4. يمثّل نقص الأطباء النفسيين وممرضات الطب النفسي والمتخصصين بعلم النفس والعاملين الاجتماعيين إحدى العقبات الرئيسية التي تقف دون توفير خدمات العلاج والرعاية بالبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. فمثلاً لا توفر البلدان المنخفضة الدخل سوى 0.05 من الأطباء النفسيين و0.42 من ممرضات الطب النفسي لكل مائة ألف ساكن. أما

معدل الأطباء النفسيين المسجل في البلدان المرتفعة الدخل أكبر بـ 170 مرة، ومعدل ممرضات الطب النفسي أكبر بسبعين مرة.

5. يمثّل المصابون باضطرابات نفسية واضطرابات نفسية اجتماعية إحدى أكثر الفئات عرضة للتهميش في البلدان النامية. وعلى الرغم من تعهّد الجهات الفاعلة في مجال التنمية بتركيز عملها على أشدّ الفئات استضعافاً في المجتمعات المحلية، فإنّ كثيراً من البرامج لا تزال تهمل تلك الفئة المستضعفة وتستبعدّها.

6. ويؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية على إمكانية تحسين الحاصل الإنمائية بالاستثمار في المصابين بالاضطرابات النفسية. وتشمل الاضطرابات النفسية ذات الأولوية الاكتئاب، وحالات الذهان، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات، والاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال.

4. نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في لبنان: بداية عوارضها، علاجها والتعرض لأحداث الحرب (2013):

هدفت هذه الدراسة لتقييم عبء الاضطرابات النفسية وحاجات الوطن في لبنان، وقد أجريت الدراسة على عينة تمثل المجتمع اللبناني على صعيد وطني (2857) مفحوصاً. استخدمت الدراسة استمارة منظمة الصحة العالمية (Composite CIDI 3.0) (International Diagnostic Interview 3.0) وقد أظهرت النتائج أن 25.8% من البالغين في لبنان قد عانوا من اضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم. وأوضحت الدراسة أنّ اضطرابات القلق

(16.7%) والاضطرابات المزاجية (12.6%) هي أكثر انتشاراً من اضطرابات التحكم في الاندفاعات (4.4%) والاضطرابات المتعلقة بالإدمان (2.2%). أن أقلية فقط من الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية تلقوا علاجاً، مع تأخر كبير (من 6 إلى 28 سنة) ما بين بداية الاضطرابات لأول مرة والبدء بتلقي العلاج. كما زاد التعرض لأحداث الحرب ستة أضعاف تقريباً من احتمال أن يصاب اللباني بإحدى اضطرابات القلق، أكثر من 3 أضعاف اضطراب المزاج وأكثر من 12 مرة اضطرابات التحكم في الاندفاعات لأول مرة.

5. دراسة بيتر وآخرون (Peter et al, 2013):
الجنون أو الحزن؟ المفاهيم المحلية للمرض العقلي في أربع مجتمعات أفريقية متأثرة بالنزاع:

قدمت هذه الدراسة نتائج تقييم إثنوغرافي سريع لاستكشاف المفاهيم المحلية للاضطرابات النفسية في أربع مناطق في أفريقيا. واستخدم تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره تعريفاً إجرائياً للاضطراب العقلي، والذي يشير إليه بأنه "اضطرابات أو مشاكل تتميز بالأعراض المعبر عنها في أفكار غير طبيعية، وعواطف، وسلوك، وفي العلاقات مع الآخرين". لم يتم تحديد حدود الاضطراب العقلي بتفصيل أكثر، من أجل إعطاء المشاركين فرصة لوصف المفاهيم والمتلازمات المحلية.

هدف التقييم إلى توليد بيانات لمساعدة منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية التي تشارك في تطوير الرعاية الصحية في أوضاع ما بعد الصراع، لإدماج أنشطة الصحة العقلية في برامج الصحة العامة القائمة في جنوب السودان وجمهورية الكونغو الديمقراطية وبوروندي. تم جمع معلومات عن الأسماء المحلية للمشكلات العقلية وما يراه المحليون على أنه سمات

وأسباب محددة لهذه المشكلات وما يقومون به عادة لمعالجتها. الهدف من ذلك تخطيط تدخلات الصحة العقلية في البيئات الفقيرة الموارد والتي تتعافى من الصراع، تمكين نظم الدعم الاجتماعي القائمة الموجودة بالفعل على المستويات المحلية، وتعزيز التماسك الاجتماعي والمساعدة الذاتية داخل المجتمعات المحلية.

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة أن معظم الدراسات التي أجريت حديثة نسبياً، وذكرت جميعاً أن هنالك عيباً في استخراج العينة، وأن هذه الدراسات استكشافية في معظمها، وهي لا تعكس معلومات متطابقة مع الواقع نسبة للوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، وتفضيل بعض المرضى للمعالجين التقليديين، بينما لا يبلغ بعض الأفراد الجهات ذات الصلة طلباً للمساعدة، أو لغياب الخدمات النفسية في بعض المناطق.

منهج إجراءات الدراسة الميدانية:

يقوم الباحثون في هذا الجزء من الدراسة بتوضيح الطرق التي تم استخدامها لجمع البيانات من مختلف أنحاء السودان، وكذلك استعراض المعايير الأخلاقية التي تم اتباعها لجمع البيانات، ووصف المجتمع والعينة واستعراض المنهج المستخدم وأخيراً أهم النتائج ومناقشتها على المستوى العام.

منهج الدراسة:

ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية تبنى الباحثون منهج دراسة الحالة (previous documents)، والتي تهدف إلى دراسة توزيع الاضطرابات وانتشارها في المجتمعات وفقاً لعوامل الشخص والزمان والمكان، وذلك بجمع المعلومات من المكاتب الإحصائية بجميع المستشفيات الحكومية بمختلف الولايات للفترة من 2010/2016، والعمل على تحديد نوع الاضطرابات

		Addiction	الكحول
00	096	Other Stimulants	تعاطي المخدرات
05	377	Anorexia	فقدان شهية
19	117	Down Syndrome	متلازمة داون
21	2049	Epilepsy	الصرع
00	062	Migraine	الصداع النصفي
56	5958		المجموع

يلاحظ أن تصنيف وزارة الصحة للأمراض يتبع نظام تصنيف الاضطرابات العاشر (ICD-10) وهو في عمومته استخدم مصطلحات غير دقيقة بالنسبة للدليل الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية الذي تتبناه الدراسة الحالية، فإذا كان متوسط الاضطرابات النفسية في العام يبلغ حوالي (5958 مريضاً × 6 سنوات) فإن إجمالي المرضى نفسياً خلال فترة الدراسة الحالية (2010-2016) يساوي (35.748) مريضاً تقريباً يترددون على المستشفيات الحكومية بجميع أنحاء السودان. ومما تجدر الإشارة إليه فإن عدد الأطباء النفسيين المختصين يتراوح ما بين (62) اختصاصياً في العام 2012 إلى (33) اختصاصياً فقط في العام 2016، وأن عدد الخبراء النفسيين المعاونين للأطباء النفسيين بلغ (448) خبيراً نفسياً بجميع مستشفيات السودان، وأن إجمالي عدد الأسرة (الإقامة) لجميع المرضى النفسيين يبلغ تحديداً (307) سريراً، مع ملاحظة أن جميع ولايات دافور وكردفان لا يوجد بها سريراً واحداً لإقامة المرضى النفسيين بالمستشفيات حسب تقرير وزارة الصحة للعام (2016).

السائدة في السودان وتوزيعها في كل منطقة، والخصائص الديمغرافية للمرضى.

مجتمع الدراسة وعينتها:

لا توجد إحصائيات دقيقة بتفصيل نوع المرض للمرضى النفسيين بالسودان، وذلك لجملة أسباب أبرزها: سيادة ثقافة أن هذه الاضطرابات لا تعالج إلا بواسطة الشيوخ، بالإضافة لضعف الخدمات النفسية خارج دائرة المدن الكبيرة، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بهذه الاضطرابات، هذا إضافة لحرص كثير من المرضى لتلقي العلاج بعيادات خاصة، لذلك فإن الأرقام التي ترشح تعتبر أرقاماً تقريبية لا يمكن الاعتماد عليها كمجتمع لعدد المرضى النفسيين في السودان، وقد اعتمدت هذه الدراسة أرقام المرضى الواردة في التقرير الصحي السنوي للعام 2016 الصادر من وزارة الصحة الاتحادية كمجتمع للدراسة الحالية، وذلك على النحو التالي:

جدول (1) يوضح تكرار الاضطرابات النفسية في جميع مستشفيات السودان حسب تقرير وزارة الصحة الاتحادية (2016).

نوع الاضطراب	الاسم المقابل بالانجليزي	عدد المرضى	عدد الوفيات
اضطرابات عقلية	Neurotic Diseases	075	01
انفصام الشخصية	Schizophrenia	729	00
أمراض نفسية أخرى	Psychosis	1901	09
الهستيريا	Hysteria	420	00
أرق	Anxiety	010	00
إدمان	Alcohol	122	01

عينة الدراسة الحالية:

استخدمت الدراسة الحالية طريقة العينة العنقودية (من كل منطقة مستشفى)، فقد بلغ عدد المستشفيات التي تم حصر كل مرضاها حوالي (8) مستشفيات، كما بلغ عدد المرضى الذين تم حصرهم خلال فترة الدراسة (9700) مريضاً تفاصيلهم على النحو التالي:

جدول (2) التكرار والنسبة المئوية للمعلومات الأساسية لعينة الدراسة.

المتغيرات	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
المستشفيات	عطبرة +	0747	7.70
	شندي	1200	12.4
	كسلا	2069	21.3
	مدني	1633	16.8
	الفاشر	2027	20.9
	الأبيض +	2024	20.9
	كوستي		
	التيجاني الماحي		
النوع	ذكر	5238	54.0
	أنثى	4462	46.0
العمر	01-09	0123	1.30
	10-19	1303	13.4
	20-29	3256	33.6
	30-39	2555	26.3
	40-49	1322	13.6
	50-59	0628	06.5
	60-69	0317	03.3
	70-79	0147	1.50
	80-89	0049	0.50
السكن	حضر	5130	52.9
	ريف	4570	47.1

يلاحظ من الجدول أعلاه أن 73.5% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 20 - 49 عاماً، وهي الفئة العمرية الأكثر إنتاجاً، بينما تتقارب النسبة المئوية في بقية متغيرات العينة وهي: النوع ومكان السكن والمستشفيات حيث تقل أعداد المرضى بصورة جوهريّة بالولايات الشمالية حيث بلغت نسبتهم (7.7%) من المجموع الكلي للعينة.

أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:

اعتمد الباحثون على استمارة المستشفيات لجمع المعلومات، ولكن بعد استطلاع مكاتب الإحصاء بالمستشفيات المختلفة اتضح للباحثين أن بعض المستشفيات تحفظ معلوماتها في أجهزة حاسوبية (مستشفى الفاشر)، وأخرى على الورق، ولا توجد طريقة موحدة ومرتبطة لجمع المعلومات، ولذلك قام الباحثون بتصميم استمارة اقتصرت على الأسئلة (1) مكان السكن، والسؤال (2) النوع، والسؤال (3) العمر، والسؤال (11) تشخيص المرض، بالإضافة للولاية. وذلك باعتبار أن هذه الدراسة استكشافية تهدف في الأساس لمعرفة الخصائص العامة للمرض النفسي في السودان.

الموافقة الأخلاقية وإجراءات التطبيق:

تقدم الباحثون لإدارة البحث العلمي بجامعة الخرطوم بطلب للحصول على الموافقة بمخاطبة الجهات ذات الصلة فوافقت مشكورة على كتابة طلب لمديري المستشفيات المختلفة بالسماح لمساعد فريقي البحث بتوفير المعلومات المطلوبة، وقد تمت كتابة هذه المعلومات من استمارات المرضى، دون مقابلة المرضى أو تعريضهم لأي نوع من المخاطر أو المخاوف. وكذلك لم تهتم الدراسة بعناوين المرضى أو أسمائهم أو أيّ إشارات تدل

3	الاضطرابات الاكتئابية	2093	21.6
4	اضطرابات النمو العصبية	0872	09.0
5	اضطرابات القلق	0499	05.1
6	الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية	0403	4.20
7	الاضطرابات الانحلالية	0251	2.60
8	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	0228	2.40
9	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد	0130	1.30
10	اضطرابات الإخراج	0072	0.70
11	العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة	0059	0.60
12	اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك	0007	0.10
13	اضطراب النوم واليقظة	0007	0.10
14	اضطرابات الشخصية	0005	0.10
15	اضطرابات الولع الجنسي	0001	0.000

يلاحظ من الجدول (2) أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية هم ممن يفقدون القدرة على الاستبصار بدرجة كاملة حسب طبيعة أمراضهم (المزاج المشوش، التوهم، سوء المزاج... الخ)، وهي أنماط سلوكية يصعب التعامل معها، وربما يكون هذا هو العامل الأهم الذي دفع ذوي المرضى للحضور للمستشفى وتسجيل الحالة لتلقى العلاج، وتعتبر هذه الأمراض تحديداً من أكثر الأمراض التي تجبر الأهل على البحث عن الاستشارات النفسية والطبية والعلاجية. وهناك نسبة كبيرة من المرضى الذين تظهر أعراضهم المرضية وكأنها جسمانية المنشأ وتعالج عند الأطباء على هذا الأساس العضوي دون أن يتفطن الطبيب أو المريض لطبيعتها الوظيفية النفسية المنشأ.

عليهم، وقد وافق المديرون الطبيون مشكورين على مساعدة فريق البحث.

أما فيما يتعلق بإجراءات التطبيق فقد تم حصر المعلومات المطلوبة من سجلات المرضى، وتبويبها بصورة محددة لسهولة الإجراءات الإحصائية اللاحقة، ولم تقابل مساعدتي الباحثين الذين استعان بهم الباحثون من جميع السودان أيّ مشاكل أو صعوبات تذكر.

الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحثون النسبة المئوية فقط للتحقق من أسئلة الدراسة الحالية، وهي كافية جداً في الوقت الراهن للإجابة عن أسئلة الدراسة الحالية.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

يتم في هذا الجزء من الدراسة عرض نتيجة السؤال الخاص بكل متغير، وتوضيح كيفية الإجابة عنه، وعرض النتائج المتعلقة به في جدول ومناقشتها في حدود الدراسة الراهنة، وذلك على النحو التالي:

السؤال الأول:

ينص السؤال الأول في هذه الدراسة على: ما أكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في مستشفيات ووحدات الطب النفسي؟ ولمعرفة الإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الأجراء الجدول التالي:

جدول (2) التكرار والنسبة المئوية لأكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في السودان.

الترتيب	اسم الاضطراب	التكرار	النسبة المئوية
1	طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى	2568	26.5
2	الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة	2505	25.8

أما الاضطرابات التي لا تتطلب فقدان الاستبصار مثل (اضطرابات القلق، والإدمان، والوسواس القهري...) فهي لا تمثل أرقاماً مزعجة فقد بلغت ما مجموعه حوالي (14%) من مجموع الاضطرابات النفسية في السودان، وكذلك يلاحظ أن أمراض الطفولة تبلغ حوالي 9% من إجمالي الاضطرابات النفسية في السودان وأهم نماذجها (الإعاقات الذهنية، واضطرابات التواصل، وطيف التوحد، نقص الانتباه فرط الحركة، والإعاقات الحركية) وهنالك أمراض لم تسجل بها حالات على الإطلاق وهي: اضطرابات التغذية والأكل، واختلالات الوظيفة الجنسية، والاضطرابات العصبية المعرفية، والانزعاج من النوع، واضطرابات الشخصية واضطرابات الوجد الجنسي واضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية، وحالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري (مشاكل العلاقات، سوء المعاملة والإهمال، مشاكل تعليمية ومهنية، مشاكل السكن والمشاكل الاجتماعية، مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية).

وبالرغم من اعتقاد الباحثين أن الاضطرابات التي لم ترد ضمن تشخيص الاضطرابات النفسية موجودة، إلا أن تشخيصها قد لا يكون مألوفاً، لذلك وجب الاهتمام بكل هذه الاضطرابات ضمن دليل يدوي يوزع بواسطة إدارة الصحة النفسية لكل المستشفيات العاملة في علاج الاضطرابات النفسية بتوحيد المصطلحات والاهتمام بتسجيل الحاجات بدقة لغرض الدراسة وبالتالي التخطيط لتجويد وإدارة العملية العلاجية بمهنية عالية.

السؤال الثاني:

هل تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف ولايات السودان المختلفة بحكم الطقس والبيئة الطبيعية والمشاكل الخاصة بكل جهة من السودان؟ ولإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الولاية التي يقيم فيها المرضى.

الولايات	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
الشمالية	74	9.9	162	21.7	195	26.1	202	27.0	20	2.7
الشرقية	163	13.6	121	10.1	369	30.8	105	8.8	116	9.7
الوسطى	83	4.0	643	31.1	145	7.0	783	37.8	173	8.4
دارفور	12	0.7	61	3.7	1020	62.5	293	17.9	201	12.3
كردفان	65	3.2	410	20.2	320	15.8	649	32.0	297	14.7
الخرطوم	102	5.0	696	34.4	456	22.5	536	26.5	65	3.2

السودان (37.8%)، والاضطرابات ثنائية القطب

تنتشر أكثر بمنطقة دارفور (62.3%) وهي نسبة

يلاحظ أن اضطرابات القلق تحدث بنسبة عالية بمنطقة شرق السودان (13.6%)، أما طيف الفصام والاضطرابات الذهانية فتميز المنطقة الوسطى من

عالية جداً، أما اضطرابات النمو العصبية (الطفولة) فتكثر في كردفان (14.7%)، والاضطرابات الاكتئابية تنتشر في الخرطوم (34.4%). يمكن تفسير ارتفاع نسبة الاضطرابات ثنائية القطب نتيجة للظروف الاستثنائية التي تمر بها المنطقة المتمثلة في الحرب وعدم الاستقرار، أما ارتفاع الاكتئاب بولاية الخرطوم فربما يكون بسبب انتشار البطالة وتعقد الحياة الاجتماعية

والاقتصادية ونمط الحياة الاستهلاكي وطبيعة الحياة القائمة على التنافس الذي يقود للرهق النفسي والاكتئاب.

تابع جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الإقليم الذي يقيم فيه المرضى.

الولايات		اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
الشمالية	9	1.2	15	2.0	13	1.7	5	0.7	21	2.8	
الشرقية	40	3.3	1	0.1	98	8.2	21	1.8	102	8.5	
الوسطى	8	0.4	7	0.3	59	2.9	1	0.0	17	0.8	
دارفور	1	0.1	4	0.2	07	0.4	4	0.2	4	0.2	
كردفان	13	0.6	29	1.4	60	3.0	97	4.8	15	0.7	
الخرطوم	1	0.0	3	0.1	14	0.7	2	0.1	69	3.4	

يتضح من الجدول أعلاه أن العرض الجسدي (قلق المرض) ينتشر أكثر في الإقليم الشمالي (2.0%). أما بالإقليم الشرقي فتنتشر اضطرابات الإخراج (3.3%) والاضطرابات الانحلالية (8.2%) والوسواس القهري

(8.5)، أما اضطرابات الصدمة والإجهاد فتنتشر في كردفان (4.8%) أكثر من غيرها من الأقاليم. تابع جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الولاية الذي يقيم فيها المرضى.

اضطرابات النوم واليقظة		اضطراب التحكم بالاندفاع		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطرابات الشخصية		اضطرابات الولوج الجنسي		الولايات
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	0.0	0	0.0	31	4.1	0	0.0	0	0.0	الشمالية
0	0.0	0	0.0	64	5.3	0	0.0	0	0.0	الشرقية
0	0.0	1	0.0	144	7.0	4	0.2	1	0.0	الوسطى
1	0.1	0	0.0	25	1.5	0	0.0	0	0.0	دارفور
6	0.3	0	0.0	65	3.2	1	0.0	0	0.0	كردفان

الخروطوم	0.0	0	0.0	0	3.7	74	0.3	6	0.0	0
----------	-----	---	-----	---	-----	----	-----	---	-----	---

أوضحت إبتسام ساتي (2013) أن الحراك

السكاني (هجرة ونزوحاً ولجوءاً) يؤدي إلى تكديس السكان في المدن خاصة العاصمة المثلثة - مع ما تعانيه من محدودية في الخدمات الاجتماعية وفرص العمل - مما شكل بها خلافاً عمرانياً واقتصادياً واجتماعياً. ويعد السودان من أكثر الدول التي تشهد نزوحاً على مستوى العالم، وقد قدر عدد النازحين بأكثر من 5 ملايين نسمة منهم 2 مليون نزحوا بسبب الحرب في دارفور. وقدرت نسبة النازحين بـ 40% من عدد سكان الخرطوم.

السؤال الثالث:

هل توجد فروق في الاضطرابات النفسية تبعاً لنوع المريض (ذكر، أنثى) بكل جهة من جهات السودان؟ وللإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (4) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب نوع المريض النفسي (ذكر، أنثى).

يتضح من الجدول (3-2) اضطراب الإدمان أكثر انتشاراً بولاية الجزيرة (منطقة ودمدي) 7.0% يليها الإقليم الشرقي (5.3%).

ويمكن إجمال نتائج انتشار الاضطرابات النفسية حسب الولاية بأن أكثر الاضطرابات النفسية توجد بالولاية الشرقية وذلك على النحو التالي: اضطرابات القلق (13.6%)، والوسواس القهري (8.5%) والاضطرابات الانحلالية (8.2%)، واضطرابات الإخراج (3.3%)، بينما تنتشر في الإقليم الأوسط اضطرابات طيف الفصام (37.8%) والإدمان (7.0%)، أما كردفان فتنتشر فيها اضطرابات المتعلقة بالنمو العصبية (14.7%)، والصدمة والإجهاد (4.8%)، وأكبر نسبة مرض نفسي توجد بإقليم دارفور هي الاضطراب ثنائي القطب (المزاج الدوري والهوس بأنواعه) (62.5%)، أما الخرطوم فتتميز بانتشار الاضطرابات الاكتئابية (34.4%) كأعلى نسبة في السودان.

النوع	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	251	4.8	1004	19.2	1181	22.5	1551	29.6	478	9.1
أنثى	248	5.6	1089	24.4	1324	29.7	1017	22.8	394	8.8

والاضطراب ثنائي القطب (29.7) وسط الإناث أكثر من الذكور.

يتضح من الجدول أعلاه أن اضطراب طيف الفصام ينتشر وسط الذكور أكثر من الإناث (29.6%)، بينما ينتشر كل من اضطراب الاكتئاب (24.4%)

تابع جدول (4) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب نوع المريض النفسي (ذكر، أنثى).

النوع	اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	34	0.6	36	0.7	96	1.8	101	1.9	111	2.1
أنثى	38	0.9	23	0.5	155	3.5	29	0.6	117	2.6

تنتشر الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد وسط الذكور (1.9%) أكثر من الإناث، وكذلك تنتشر الاضطرابات الانحلالية وسط الإناث (3.5%) أكثر من الذكور، ويمكن تفسير ذلك باختلاف التركيب النفسي والانفعالي بل وحتى البيولوجي للإناث.

النوع	اضطرابات الوجدان الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلوك		اضطراب النوم واليقظة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	1	0.0	1	0.0	382	7.3	5	0.1	6	0.1
أنثى	0	0.0	4	0.1	21	0.5	2	0.0	1	0.0

2. الاضطرابات المنتشرة وسط الإناث أكثر من

الذكور هي: الاضطراب ثنائي القطب

يتضح من الجدول (3-4) أن الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية منتشرة وسط الذكور (7.3%) أكثر من الإناث.

يتضح من الجداول أعلاه أن الاضطرابات المنتشرة بين النوعين هي على النحو التالي:

1. الاضطرابات المنتشرة وسط الذكور أكثر من الإناث هي: (طيف الفصام) (29.6%)، والاضطرابات المتعلقة بالإدمان (7.3%)، الاضطرابات المتعلقة بالصدمة (1.9%).

(29.7%)، والاضطرابات الاكتئابية (24.4%)، والاضطرابات الانحلالية (3.5%).

3. ربما تعود الاختلافات السلوكية بين الجنسين إلى اختلاف دور كل منهما في المجتمع، وقد تنعكس هذه الاختلافات على معدلات التعرض للعوامل البيئية وعلى نمط الحياة،

استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت
نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

وبالتالي على معدلات الاضطرابات المرتبطة
بذلك التعرض وذلك النمط.

السؤال الرابع:

جدول (5) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية
المختلفة حسب مكان سكن المريض (مدينة، قرية).

1. ينص هذه السؤال على: هل ترتبط
الاضطرابات النفسية بمكان سكن المريض
(حضر، ريف)؟ ولإجابة عن هذا السؤال

السكن	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	287	5.6	1096	21.4	1213	23.6	1351	26.3	469	9.1
قرية	212	4.6	997	21.8	1292	28.3	1217	26.6	403	8.8

تابع جدول (5) التكرار والنسب المئوية للأمراض
النفسية المختلفة حسب مكان سكن المريض (حضر،
قرية).

يتضح من الجدول أعلاه أن اضطراب ثنائي القطب
أكثر انتشاراً وسط سكان القرى (28.3%) مقارنة
بسكان المدن.

السكن	اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	40	0.8	32	0.6	159	3.1	77	1.5	121	2.4
ريف	32	0.7	27	0.6	92	2.0	53	1.2	107	2.3

تابع جدول (5) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات
النفسية المختلفة حسب مكان سكن المريض (حضر،
ريف).

يتضح من الجدول أعلاه أن النسب متساوية في انتشار
الاضطرابات بين سكان المدن والقرى في هذه
الاضطرابات.

السكن	اضطرابات الوجدان الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك		اضطراب النوم واليقظة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	0	0.0	4	0.1	271	5.3	5	0.1	5	0.1

ريف	0.0	1	0.0	1	2.9	132	0.0	2	0.0	2
-----	-----	---	-----	---	-----	-----	-----	---	-----	---

يتضح من الجدول أعلاه أنَّ الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية منتشرة أكثر بين مرضى الحضر (5.3%) مقارنة بالمرضى سكان الريف. وربما يعود ذلك للطبيعة الانفتاحية لمجتمع الحضر واختلاف أساليب التنشئة الاجتماعية نوعاً ما بالإضافة لسهولة الحصول على المواد المخدرة في الحضر فضلاً عن إمكانية توفر رفقاء السوء الذين يمكن أن يكونوا أحد أسباب انتشار المخدرات.

ويخلص من ذلك إلى أنَّ التوزيع الجغرافي للاضطرابات النفسية مهماً، فقد تختلف معدلات حدوث الاضطرابات بين المناطق المختلفة. ومن الطبيعي أن تكون لدراسة توزع المرض ضمن البلد الواحد أهمية

كبيرة في تعيين محددات الاختلافات وفي تخطيط الخدمات الصحية والبرامج العلاجية والإرشادية المناسبة.

السؤال الخامس:

ينص هذه السؤال على: هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والعمر الزمني للمرضى؟ بمعنى هل ترتبط بعض الاضطرابات النفسية بفئات عمرية محددة؟ وللإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

اضطرابات النمو العصبية		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الاكتئابية		اضطرابات القلق		الفئات العمرية
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
94	76.4	3	2.4	7	5.7	6	4.9	3	2.4	1-9
356	27.3	231	17.7	222	17.0	209	16.0	72	5.5	10-19
218	6.7	906	27.8	831	25.5	736	22.6	214	6.6	20-29
110	4.3	755	29.5	774	30.3	511	20.0	129	5.0	30-39
48	3.6	384	29.0	378	28.6	339	25.6	40	3.0	40-49
29	4.6	167	26.6	196	31.2	167	26.6	22	3.5	50-59
10	3.2	80	25.2	73	23.0	84	26.5	11	3.5	60-69
4	2.7	33	22.4	22	15.0	30	20.4	7	4.8	70-79
3	6.1	9	18.4	2	4.1	11	22.4	1	2.0	80-95

الانتباه...) تنتشر وسط المرضى من الفئة العمرية (1-9)

(9 سنوات

يتضح من الجدول (6) أنَّ اضطرابات النمو العصبية (76.4%) (الإعاقات الذهنية، طيف التوحد، نقص

الاكتئاب (26.6%) و (26.5%) وسط الفئة العمرية (59-50) عاماً، والفئة العمرية (60-69) على التوالي.

تابع جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

وهذا صحيح لأن طبيعة هذه الاضطرابات مرتبطة بهذا العمر.

كما إن اضطرابات القلق (6.6%) تنتشر وسط أفراد الفئة العمرية (29-20) عاماً، أما الاضطراب ثنائي القطب (30.3%) و طيف الفصام (29.5%) فينتشران وسط الفئة العمرية (39-30) عاماً، وينتشر

الفئات العمرية		اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-9	5.7	7	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	0	0.0
10-19	4.7	61	0.5	7	6.6	86	0.8	11	2.2	16	1.2
20-29	0.0	1	0.9	28	0.7	23	1.8	59	2.9	71	2.2
30-39	0.1	2	0.6	15	0.5	14	0.7	47	3.7	74	2.9
40-49	0.0	0	0.4	5	0.4	5	1.0	9	0.6	49	1.9
50-59	0.0	0	0.3	3	15.5	49	0.0	0	2.0	12	0.6
60-69	0.3	1	0.0	0	0.0	46	0.0	0	0.0	3	0.0
70-79	0.0	0	0.0	0	44.9	22	0.0	0	2.0	1	0.0
80-95	0.0	0	0.0	0							

في الاضطرابات النفسية، وهي أيضاً من الاضطرابات الشائعة وسط هذه الفئة بحكم تقدم العمر. تابع جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

يلاحظ من الجدول (6-2) أن الاضطرابات الانحلالية (31.3%) و (44.9%) تنتشر وسط الفئات العمرية (79-70) والفئة العمرية (95-80) على التوالي، بينما لا توجد فروق واضحة بين الفئات العمرية الأخرى

الفئات العمرية		اضطرابات الولع الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك		اضطراب النوم واليقظة	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-9	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.8	1	0.0	0	0.0
10-19	0.0	0	0.2	2	2.1	28	0.1	3	0.1	2	0.2
20-29	0.0	0	0.1	3	4.9	159				4	0.1

1	0.0	1	0.0	121	4.7	0	0.0	1	0.0	30-39
0	0.0	2	0.2	63	4.8	0	0.0	0	0.0	40-49
0	0.0	0	0.0	24	3.8	0	0.0	0	0.0	50-59
0	0.0	0	0.0	6	1.9	0	0.0	0	0.0	60-69
0	0.0	0	0.0	2	1.4	0	0.0	0	0.0	70-79
0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	80-95

4.

وسط أفراد الفئة العمرية (20-29) أكثر من غيرها من الفئات العمرية.

5. تنتشر اضطرابات ثنائي القطب (30.3%)، وطيف الفصام (29.5%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.7%) وسط الفئة العمرية (30-39) عاماً أكثر من غيرها.

6. تنتشر اضطرابات ثنائي القطب (29.0%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.7%) وسط الفئات العمرية (40-49) عاماً أكثر من غيرها.

7. تنتشر الاضطرابات الاكتئابية (26.9%) وسط الفئة العمرية (60-69) عاماً أكثر من غيرها.

8. أما الاضطرابات الانحلالية (44.9%) و (31.3%) فتنتشر وسط الفئات العمرية (80-95) والفئة العمرية (70-79) عاماً على التوالي وهي أيضاً نتيجة منطقية للخصائص العمرية لأفراد هذه المجموعة المرضية.

خاتمة:

خلصت الدراسة لمجموعة من الحقائق التي ربما تعين القائمين على أمر المواطن السوداني الذي يعاني من هذه

يلاحظ من الجدول (6-3) أنَّ الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.9%) و (4.7%) و (4.8%) تنتشر وسط الفئات العمرية (20-29) والفئة العمرية (30-39) و (40-49) عاماً على التوالي، بينما لا توجد فروق واضحة بين الفئات العمرية الأخرى في الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية.

إنَّ انتشار الفقر وسط معظم الأسر السودانية وتآكل قدرات التأقلم الأسرية بسبب الحرب وغيرها من العوامل المهيئة جعل شريحة واسعة من السكان معرضين لانعدام الأمن الغذائي، مما أثَّر على النشاط الاقتصادي الذي هو إلى حد كبير نشاط زراعي الذي كانت محصولته زيادة في معدلات الفقر، فأصبح عدد الفقراء يقارب نصف عدد السكان كما أشارت الإحصاءات الرسمية.

يخلص من كل النتائج التي تم عرضها للآتي:

1. اضطرابات النمو العصبية (74.9%) تنتشر وسط الفئة العمرية (1-9) سنوات وهذا أمر طبيعي لطبيعة الاضطرابات النمائية.

2. إنه لا تنتشر أمراض بصورة مرتفعة وسط أفراد الفئة العمرية (10-20) عاماً أكثر من المجموعات الأخرى.

3. تنتشر اضطرابات القلق (6.6%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.9%)

الاضطرابات النفسية على استحداث الوسائل التي تعين المرضى الحاليين، أو العمل على وضع الإجراءات الكفيلة لحماية المواطن غير المريض من الوقوع في براثن المرض النفسي، وعليه تخلص الدراسة للآتي:

1. أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية في السودان هم من فصيلة أمراض (طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى 26.5% بعدد مرضى 2568 مريضاً)، يأتي في المرتبة الثانية مرضى (ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة) بعدد 2505 وبنسبة 25.8%، وأخيراً مرضى الاضطرابات الاكتئابية بعدد 2093 ونسبة 21.6% وهذه الدراسة أثبتت عكس ما كان سائداً وهو أن مرض الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية في السودان، والصحيح أن مرضى طيف الفصام والاضطرابات الذهنية هم الأكثر تكراراً في السودان. علماً بأن هؤلاء المرضى يفقدون القدرة على الاستبصار بدرجة كاملة حسب طبيعة أمراضهم (المزاج المشوش، التوهم، سوء المزاج... الخ)، وهي أنماط سلوكية يصعب التعامل معها، وربما يكون هذا هو العامل الأهم الذي دفع ذوي المرضى للحضور للمستشفى وتسجيل الحالة.

2. أن الاضطرابات النفسية المنتشرة وسط الذكور أكثر من الإناث هي: (طيف الفصام 29.6%)، والاضطرابات المتعلقة بالإدمان (7.3%)، والاضطرابات المتعلقة بالصدمة (1.9%). بينما الاضطرابات المنتشرة وسط الإناث أكثر من الذكور هي: الاضطراب ثنائي

القطب (29.7%)، والاضطرابات الاكتئابية (24.4%)، والاضطرابات الانحلالية (3.5%).

3. أن مرضى الريف تنتشر وسطهم الاضطرابات ثنائية القطب (28.3%) أكثر من سكان الحضر، بينما تنتشر وسط مرضى الحضر الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (5.3%) أكثر من سكان الريف، ولا توجد اختلافات واضحة في بقية الاضطرابات.

4. أن الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية تنتشر وسط أفراد الفئات العمرية ما بين (20-50) عاماً.

5. أن الفئة العمرية (10-20) عاماً من أكثر الفئات العمرية استقراراً وسط المرضى، إذ لا تتميز بارتفاع أي ظاهرة مرضية وسطها.

6. تنتشر الاضطرابات الانحلالية (النسابة)، تبدد الشخصية والواقع (44.9%) و (31.3%) وسط الفئات العمرية (80-95) والفئة العمرية (70-79) عاماً على التوالي، وهي من طبيعة هذه الفئة العمرية.

7. لم تظهر الاضطرابات الجنسية في نتائج الدراسة إذ أن موضوع الجنس وما يرتبط به من مشكلات لا تتم مناقشته ولا يفصح عنه لأنه من الموضوعات المسكوت عنها في المجتمع لأسباب ثقافية ودينية. كما أنهم أحياناً يخلطون بينها وبين الجنسية المثلية أو انحراف السلوك الجنسي والأخلاقي.

باستخدام مختلف الوسائل المتاحة بما فيها المناهج الدراسية وخاصة المرتبطة بالتعليم العام. 5. العمل على تشجيع الكوادر الطبية والكوادر المساعدة للتخصص الدقيق في مختلف الاعتلالات النفسية (22 نوعاً) حسب الدليل التشخيصي الخامس، مع أهمية إنشاء مراكز للعلاج النفسي على الأقل في عواصم الأقاليم لتقديم الخدمات النفسية، إذ لا يعقل أن يكون بكل السودان حوالي (33) طبيباً نفسياً تقاثل الوزارة الآن للحفاظ عليهم للاستمرار في العمل.

التوصيات:

1. ضرورة قيام بحث علمي موسع تشترك فيه وزارة الصحة الاتحادية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لحصر تعداد المرضى النفسيين عند المؤسسات الرسمية والتقليدية، والعمل على تضمين المعتقدات حول المرض النفسي، والمعوقات التي تواجه الممارسة العلاجية من كافة المختصين، وذلك بغرض الإعداد الجيد للعلاج والإرشاد وبالتالي الحماية من مخاطر هذه الأمراض الصامتة والمهملة.
2. ضرورة زيادة الوعي وسط المواطنين عبر مختلف الوسائط الإعلامية وغيرها أنه يجب مراجعة المستشفى لكل الاعتلالات النفسية، ولا يقتصر الأمر على الاضطرابات التي تفقد الفرد قدرته على التواصل مع محيطه.
3. العمل على توحيد استمارة دراسة الحالة واستخدامها في كل مستشفيات الطب النفسي في السودان، وتقترح الدراسة ربط كل المستشفيات ببرنامج ذكي لرصد كافة الاضطرابات النفسية بالسودان وتشخيصها على أساس دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الصادر من الجمعية النفسية لدقته، وليس على دليل تشخيص الاضطرابات المستخدم بواسطة وزارة الصحة الاتحادية.
4. نشر الوعي الصحي وسط الفئة العمرية (20-50) عاماً، باعتبارها أكثر الفئات استخداماً للمواد الإدمانية، وهي الفئة العمرية التي يتركز عليها الإنتاج والعمل من أجل التنمية، وذلك

1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fifth Edition, American psychiatric Association, 2013.

2.Khalil A. Cassimally (2013): **Tackling Mental Illness in Africa**.
(https://www.nature.com/scitable/blog/abcoatlife/tackling_mental_illness_in_africa).

3.Mohammadi et al (2017): Epidemiology of Psychiatric Disorders in Iranian Children and Adolescents and Its Relationship with Social Capital, Life Style and Parents' Personality Disorders: Study Protocol. Journal of Iranian of Psychiatry, Volume: 12. Issue: Page number: 66+.

4.Peter et al (2013): Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605182/>)

المراجع:

1. إبتسام ساتي ابراهيم (2013): الأسباب العملية والنظرية لنشأة السكن العشوائي، ورقة قدمت في المؤتمر الأول للعشوائيات، أبريل 2013، قاعة الصداقة، الخرطوم.
2. إحسان محمد الحسن 2008، علم الاجتماع الطبي دار وائل للنشر عمان.
3. عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (2008): علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطبعة الرابعة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
4. عبد المجيد الخليدي وكمال وهي (1997): الاضطرابات العقلية والنفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت.
5. تقرير منظمة الصحة العالمية (2016):
<http://aljazeera.net/news/healthmedic/ine/2016/10/7>
بالأرقام
6. المسح الوطني السعودي (2017):
<http://www.alalam.ir/news/1936401>
7. الاضطرابات النفسية في لبنان (2013):
journals.plos.org/plosmedicine/article/file?type=info...
8. الموسوعة الحرة.
<https://ar.wikipedia.org/wiki>