

الأحداث الصدمية و

الصحة العقلية نتائج بحث إبيديميولوجي

مطبوعات SARP

علم النفس

مجلة سنوية تصدر عن

الجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي

فيلا رقم 33 الاعمرانية - دالي إبراهيم - 16320 - الجزائر

الهاتف: 021 91 02 51 الهاتف/ الفاكس: 021 91 98.62

مديرية المجلة:

شريفة بوعطة

المحررون:

محمد او احمد ايت سيدهم

فاطمة عرعار

مصطفى حداب

نور الدين خالد

امينة لجنة التحرير:

راضية دشيشة

الإنجاز التقني:

زهية طرايرت

صونية يحيوي

المحتوى

علم النفس رقم 9

مصطفى المصري، نور الدين خالد، شريفة بوعطا، فاطمة عرعار،
زهرة بوقاف، سليمة طاجين، حورية غربي - بحث إبيديميولوجي
في انتشار الصدمات النفسية و الاضطرابات النفسية في المجتمع
الجزائري.....5

مجلس
العلماء

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على
سيدنا محمد وآله الطيبين

بحث إبيديميولوجي في انتشار الصدمات النفسية و الاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري

مصطفى المصري، نور الدين خالد، شريفة بوعطا،
فاطمة عرعرار، زهرة بوقاف، سليمة طاجين، حورية غربي

ملخص الدراسة أجريت دراسة مسحية إبيديميولوجية على عينة من 652 جزائري بالغ من الجنسين، سحبت العينة عشوائيا من منطقتين مختارتين من مناطق ولاية الجزائر: الأولى سيدي موسى، و هي منطقة شبه ريفية تعرضت للكثير من أعمال العنف و الإرهاب خلال الأزمة الأمنية التي شهدتها الجزائر في العشرية السابقة، الثانية - دالي براهيم، و هي منطقة مدنية حديثة نسبيا، و لم تتعرض لدرجة عالية لتلك الأحداث. كان الهدف من البحث دراسة انتشار الأحداث الصادمة و الضاغطة و الاضطرابات النفسية المرتبطة بها و التعرف على المجموعات السكانية المعرضة للخطر.

الأدوات : استخدمت أدوات مقننة و شائعة لقياس المتغيرات المختلفة، تمت ترجمتها و تكييفها لتناسب مجتمع الدراسة من الأدوات الرئيسية قائمة الأعراض النفسية (Symptom Checklist-90-R) و المقابلة التشخيصية المركبة (Composite International Diagnostic Interview) كما أستخدم استبيان معد من قبل الباحثين للاستقصاء عن الأحداث الصادمة و الضاغطة على فترات الحياة المتعاقبة.

النتائج : وجد ارتفاع ملحوظ في انتشار الأحداث الضاغطة و الصادمة على مختلف أنماطها و على مراحل الحياة المختلفة بما في ذلك أوضاع الحياة الحالية. كما لوحظ ارتفاع هام في مستوى المعاناة النفسية و نسب انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة. أمكن عزو الارتفاع في نسبة المعاناة

و الاضطرابات النفسية إلى ارتفاع مستوى انتشار الأحداث المختلفة. من أكثر الاضطرابات انتشارا كان اضطراب ما بعد الصدمة و وجد أنه مرتبط أساسا بأحداث العنف و الفقدان التابعة للأزمة. يليه اضطراب الاكتئاب، و الذي ارتبط أساسا بأحداث الفقدان و بالأذى الجسمي و النفسي في عائلة المنشأ أثناء الطفولة. اضطرابات القلق كانت أيضا منتشرة، أساسا نتيجة الزيادة في نسبة المخاوف المرضية، و كانت مرتبطة بالتعرض لأحداث صادمة في الطفولة.

الاستنتاجات : تركت الأزمة الأمنية التي مرت بها الجزائر آثارا عميقة ليس فقط على أوضاع الحياة العامة و الصعوبات التي يعيشها الجزائري اليوم بل أيضا على الصحة النفسية للسكان فارتفعت نسبة المعاناة النفسية و زاد انتشار الاضطرابات النفسية. لم يقتصر هذا التأثير على المناطق التي تعرضت مباشرة للإرهاب، بل وجد أن المناطق التي كانت تعتبر هادئة نسبيا عانت أيضا من آثار مشابهة و لو أقل شدة. جزء هام من الصعوبات التي تعيق الحياة الطبيعية في الجزائر راجع إلى ارتفاع معدلات انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة و التي كانت الزيادة فيها ناتجة في جزء كبير منها عن التعرض لأحداث الحياة الصادمة وأوضاع الحياة الحالية الصعبة. و في هذا المجال، تختلف معاناة السكان باختلاف درجة تعرضهم للأحداث على مدى الحياة، وأوضاع حياتهم الحالية. وجد أن النساء معرضات أكثر من الرجال لجميع الاضطرابات النفسية المذكورة، وأظهرن درجة أعلى من المعاناة النفسية و تتضاعف هذه الخطورة بفقدان الزوج.

سكان سيدي موسى و فئات العمر الأكبر من 35 سنة معرضون أكثر للدرجات العالية من الاضطرابات النفسية بشكل عام. أما فئات العمر الأصغر فقد أبدت درجات أعلى من المعاناة النفسية و انتشارا أعلى لاضطرابات القلق.

إن نتائج هذه الدراسة تعكس التحدي الكبير للعاملين في مجال الصحة النفسية في الجزائر: فمن ناحية حجم المشكلة و جدنا أن أكثر من نصف المشاركين في عينة البحث يعانون من اضطراب نفسي و احد على الأقل خلال حياتهم، وثلاثهم يعانون من ذلك حاليا. من ناحية أخرى وجدنا تعقيدا في الصورة النفسية الاجتماعية لهذه الفئة من الناس، فمعظمهم يعاني من أكثر من مشكلة واحدة في أكثر من مجال مثل وجود اضطراب نفسي أو أكثر مع وجود مرض جسدي وأوضاع حياة حالية صعبة تتميز بالحرمان و الفقر. إن هذه الصورة تستلزم إعادة التفكير و التعديل في نمط التدخلات النفسية المتوفرة حاليا و تضافر جهود المتخصصين في أكثر من مجال لمواجهة هذا التحدي الصعب.

مقدمة

قامت الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (Société Algérienne de Recherche en Psychologie, SARP) بالشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات (Transcultural Psychosocial Organization) (TPO) بتنفيذ بحث ابيديميولوجي في الصحة النفسية في المجتمع الجزائري. مرت الجزائر بمرحلة صعبة تزيد عن العشر سنوات تميزت بالعنف الدموي الذي طال فئات المجتمع كافة و أثرت على الصحة النفسية والجسمية للسكان كما يلاحظ العاملون في المجال الصحي والنفسي في الجزائر، ومع ذلك لم نجد أي دراسات سابقة منشورة عن حالة الصحة النفسية للسكان في الجزائر.

مع أن هذه الأزمة الأمنية تسببت في مقتل 100 000 إلى 150 000 شخص خلال السنوات العشر الأخيرة و أدت إلى تحطيم البنية التحتية للبلاد، و هي كارثة بحد ذاتها على جميع المقاييس، إلا أنها أيضا تسببت في اختلال أساسي طال البنية السكانية و الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للمجتمع الجزائري. كما نتج عنها ثقافة خاصة يميزها الخوف والشك واليأس يشهدها المجتمع الجزائري حاليا و تدفع بالكثير من أبنائه إلى الانعزال عنه أو الهرب منه. هذا الوضع يعكس نوعا من المعاناة النفسية و الصحية و صعوبة في الحياة تشهدها جميع المجالات الحيوية في هذا البلد الذي كان مؤهلا بالموارد البشرية و الطبيعية و الثقافية التي توفرت له لأن يكون بقعة من أسعد بقاع الأرض و عليه فنحن أمام ظاهرة أثرت على مجموعات سكانية واسعة في جميع مجالات حياتهم، و كان تأثيرها مختلفا و متباينا بين مجموعة و أخرى بحسب عوامل متعددة.

هذه الأحداث والظواهر النفسية الاجتماعية المرتبطة به، مع غياب أي دراسات معتمدة عن الصحة النفسية للجزائريين، دفعت مجموعة من الباحثين المختصين في علم النفس في الجزائر إلى التساؤل عن الآثار القريبة و البعيدة لها على الصحة النفسية. فقد أثبتت العديد من الدراسات في مناطق مختلفة من العالم

ارتباط التعرض للأحداث الصادمة مع الكثير من الاضطرابات النفسية و الجسمية. فالدراسات الإبيديميولوجية التي أجريت على السكان في مناطق البلقان و الذين تعرضوا للعنف أشارت إلى إرتفاع نسبة المرض النفسي و الإعاقة (Salama, 2000; Mollica, 1999; Cardozo, 2000). تعرضوا للعنف و التعذيب في بلادهم أيضا تدعم هذه الملاحظات (Mollica, 1993; Van Ommeren, 2001) كما لوحظ زيادة في انتشار الاضطرابات النفسية في المجتمعات التي تعرضت للحروب و الصراعات الداخلية و الإرهاب (De Girolamo, 1996). أيضا، كانت هناك زيادة في انتشار الاكتئاب في المعرضين للصدمة النفسية و المصابين باضطراب ما بعد الصدمة في الجنود الأمريكيين السابقين (Davidson, 1985) و أن هذا النوع من الاكتئاب يختلف عن الاكتئاب المعتاد (Davidson, 1993).

أهداف البحث واسعة و تتعدى النظرة الضيقة لدراسة التأثير المباشر للصدمة النفسية على الصحة العامة و النفسية و التي أثبتتها أبحاث كثيرة سابقة في العالم. فمن الناحية العلمية نرغب في الحصول على صورة واضحة لتأثير ما حدث و يحدث في الجزائر على الصحة النفسية للسكان، صورة تعكس الواقع المشاهد و تؤيدها نتائج البحث الموضوعي و التجريبي. من الناحية المهنية، نرغب في فهم الظاهرة المشاهدة من وجهة نظر مهنية متعددة المناهج نفسية واجتماعية وطبية بهدف التخطيط و تقييم التدخلات الوقائية و العلاجية في المجالات المختلفة. أما من الناحية الوطنية فنرغب في توفير قاعدة بيانات و مجموعة أدوات بحثية و إطار مهني للباحثين في مجال الصدمة النفسية ليستفيد منها الطلبة و الباحثون و صناع القرار من هذا البلد. إجرائياً، يمكن تلخيص الأهداف الرئيسية للبحث في :

- التعرف على انتشار الصدمات و الأحداث الحياتية الضاغطة في المجتمع الجزائري و التعرف على انتشار الضغط النفسي و الاضطرابات النفسية المختلفة و بالتالي دراسة العلاقة بين هاتين المجموعتين من المتغيرات.
- التعرف على العوامل الهامة التي تحدد العلاقة بين التعرض لأحداث الحياتية المختلفة من ناحية و الضغط النفسي و الاضطرابات النفسية من ناحية أخرى. هذه العوامل قد تكون عوامل حماية أو عوامل خطورة بحسب تفاعلها مع المتغيرات الأخرى .
- التعرف على المجموعات المعرضة لخطر الضغط النفسي و الاضطرابات النفسية من ضمن السكان بهدف توجيه التدخلات الوقائية و العلاجية أو إجراء مزيد من الأبحاث الخاصة بهذه المجموعات .

يشكل هذا البحث الفصل الجزائري من بحث متعدد المناطق أجرتة المنظمة النفسية الاجتماعية في كل من غزة-فلسطين و كمبوديا و أثيوبيا و الجزائر. مستخدمة نفس التصميم وبأدوات رئيسية متشابهة (de Jung, 2001). الغرض منه دراسة الظاهرة من منظور متعدد الثقافات ومقارنة النتائج في هذه المناطق. هذه الورقة تعرض فقط النتائج الأولية للبحث بمسح شامل للنتائج الهامة، بينما تظل قاعدة البيانات متوفرة للباحثين لكتابة أوراق ومقالات متعددة ما زال العمل جاريا فيها وسيتم نشرها لاحقا.

منهجية البحث و تصميم الدراسة

رأينا الانطلاق من الجانب النفسي الاجتماعي لدراسة هذه الظاهرة لكونها منتشرة و تؤثر على المستوى الفردي و الجماعي وكون سياقها وآثارها تتضمن العوامل النفسية والاجتماعية على حد سواء. كما اخترنا منهج البحث المسحي الوبائي (Epidemiological survey) كإطار لتمكين من دراسة انتشار الظواهر المختلفة والعوامل المرتبطة بها. فالمنهج الوبائي (Epidemiology) يبحث في انتشار الظواهر المرضية في المجموعات السكانية والعوامل المختلفة، عوامل واقية وعوامل خطر، المرتبطة والمحددة لهذا الانتشار. (Last, 1983). لم يكن بالإمكان استخدام المنهج التجريبي البحث لأسباب أخلاقية وعملية واضحة، حيث يستدعي استخدام هذا المنهج الضبط المسبق لعوامل التعرض للصدمة وأحداث الحياة. استخدم المنهج شبه التجريبي (Cook and Campbell, 1997) الذي يناسب بحث هذه الظاهرة في السياق الميداني.

اعتمد تصميم الدراسة بناءً على النموذج النظري المقدم من Kleber & Brom (1992) والذي عدله فريق البحث في المنظمة النفسية الاجتماعية والجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس ليوافق المعطيات الخاصة بالمجتمع الجزائري. يحدد هذا النموذج المتغيرات الحرة وهي الخلفية الديموغرافية كالعمر والجنس والسكن والحالة الاجتماعية من ناحية، ومتغيرات التعرض للأحداث الصادمة من ناحية أخرى. بينما يحدد المتغيرات التابعة من الاضطرابات النفسية والجسمية الناتجة عن التعرض لأحداث الحياة الصادمة. يحدد أيضا مجموعة من المتغيرات الوسيطة التي تعدل في العلاقة بين المتغيرات الحرة والتابعة: وهي التعامل والدعم الاجتماعي.

التحضير للبحث

تكونت المجموعة النواة للباحثين من عدد من الباحثين من الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس وكانت مهمتها ترجمة وتكييف واختبار الأداة المستخدمة، وتجهيز فريق للعمل الميداني ومتابعته الإشراف على جمع البيانات وتحليلها فيما بعد.

ترجمة و تكييف الأداة

تمت الترجمة من قبل متخصصين ثنائيي اللغة من الأصل الإنجليزي المقدم من قبل الباحث الرئيسي إلى اللغة العربية الفصحى المبسطة والتي تناسب المجتمعات العربية بصفة عامة. كان على الفريق تعديل و تكييف الأداة لتناسب الخلفية اللغوية والثقافية والسياسية للمجتمع الجزائري. روجعت الترجمة عدة مرات في لقاءات لمجموعة البحث، حيث تم تعديل بعض المفردات و التعبيرات الغريبة إلى مرادفات في الدارجة الجزائرية.

بعد إعداد النسخة المعدلة قام الفريق باختبارها على مجموعات متعددة مختلفة في مستوى التعليم والخلفية الثقافية. والتأكد من مناسبتها من ناحية الفهم والقبول من المفحوصين على المستويات المختلفة للمجتمع الجزائري. تمت هذه العملية بتكليف كل عضو من أعضاء الفريق بمهمة تطبيق عدد من الاستبيانات على مجموعة معينة من المفحوصين.

العمل الميداني و الإشراف

تدريب الفريق الميداني : كان هدف الفريق إعداد الأداة و فريق البحث الميداني للعمل في البيئة الجزائرية. فضل فريق البحث إعداد فريق من المختصين في علم النفس لإجراء البحث الميداني نظراً لصعوبة تطبيق الاستبيان والصعوبات المتعلقة بإجراء هذا النوع من المقابلة حيث أنها تستعرض جميع المشاكل التي تعرض لها المفحوص على مدى حياته. تضمن تدريب الفريق الميداني جزءاً من التدريب النظري لمدة اسبوع قام به الفريق الأساسي للبحث لأفواج متتابعة من النفسانيين المشاركين كباحثين ميدانيين. كان العدد الكلي للمتدربين 80 نفسانيا تم تدريبهم في خمس دورات متتابعة درب الفريق على الخلفية النظرية للبحث و كيفية استخدام الأداة وكيفية العمل الميداني و تضمن إجراء مقابلات صورية ضمن الفريق للتدريب العملي.

عملية الإشراف اهتمت بالحفاظ على نوعية واكتمال البيانات المجموعة من قبل الباحثين وأيضاً بالمعاش النفسي والمهني لهم خلال البحث الميداني. كان

الإشراف يتم بمراجعة البيانات المجموعة و استقصاء الباحث لاستكمال أو استيضاح بعض البنود في الاستبيان. الإشراف على المعاش النفسي للباحثين الميدانيين كان يتم في لقاء أسبوعي لفريق البحث الكامل حيث يعرض الباحثون عملهم ومشاكلهم الميدانية ويتبادلون الخبرة والمساندة النفسية ضمن الفريق .

الأدوات المستخدمة في البحث

صممت الأدوات المستخدمة في البحث لتعكس النموذج النظري المستخدم وذلك باختيار أدوات مقننة ومعتمدة في الأبحاث السابقة لقياس المتغيرات المختلفة. تم ترجمة وتكييف الأدوات المستخدمة من قبل فريق البحث في الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس. وتجربتها في إطار مبدئي قبل استخدامها في الميدان. تكييف الأداة تم من خلال مراحل محددة مسبقا وطبقا للمعايير المقبولة عالميا لهذه العملية وهي: الترجمة من اللغة الأصلية إلى اللغة العربية، التكييف للثقافة والأوضاع المحلية، الاختبار المبدئي للأداة في مجتمع الدراسة، ثم التطبيق الميداني .

تتكون الأداة من ثلاث أجزاء أساسية ويتكون كل منها من عدد من الاستبيانات التي تقيس وجها معينا من أوجه البحث .

استبيان المعلومات السكانية (الديموغرافية) : صمم هذا الاستبيان ليسجل المعلومات الأساسية للمشاركة كالاسم والجنس والحالة الاجتماعية والتدين . مكان السكن بما في ذلك الانتقال. كما تضمن جزءا عن الحالة الصحية العامة للمشارك، يستقصي وجود أمراض جسمية مزمنة والشعور العام بالصحة .

الجزء الأول : مقاييس التعرض للأحداث الحياتية المختلفة على امتداد الحياة. و يبدأ بالاستقصاء عن سوء المعاملة في العائلة أثناء الطفولة، والانفصال المبكر عن الأسرة أو فقدان أحد الوالدين والجزء الآخر عن التعرض لأحداث صادمة متعلقة بالوضع العام. تنتقل بعد ذلك إلى الاستقصاء عن الأحداث الصادمة بعد سن 12 سنة وذلك بالسؤال عن فقدان الممتلكات ومصادر الدخل نتيجة الأزمة ثم بقائمة تستقصي عن التعرض لأحداث صادمة. نظراً لأهمية فقدان أفراد العائلة أو الأصدقاء بالوفاة الطبيعية أو نتيجة التعرض للقتل خلال الأزمة يحصي هذا الجزء عدد المتوفين وعلاقتهم بالمشارك و سبب و تاريخ الوفاة. هذا الجزء يتعرض أيضاً للوضع الحالي للحياة بالسؤال عن أحداث حياتية شائعة خلال السنة السابقة للبحث. صمم هذا الاستبيان مجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية

العاملين في إطار المنظمة النفسية الاجتماعية (TPO) (de Jung, 2001) واعتماداً على استبيان أحداث الحياة و التاريخ الاجتماعي (Mollica, 1987) والذي استخدم بكثرة في أبحاث الصدمة النفسية.

الجزء الثاني : الاستجابة المرضية لأحداث الحياة و الصدمات النفسية :
يتعرض للحالة النفسية للمشارك من جهتين:

الأولى : هي مقدار المعاناة النفسية الحالية و يقيسها باستخدام قائمة الأعراض النفسية (SCL-90-R) و هي قائمة تقرير ذاتي مكونة من 90 بند، تستقصي عن وجود أعراض نفسية و جسمية مختلفة و شدتها على سلم من 5 نقاط. أعد هذه الأداة (Derogatis, 1977) و تحتوي القائمة على عدة مقاييس فرعية و أهمها مؤشر الشدة العام (Global Severity Index, GSI) الذي يمثل المتوسط العام لجميع البنود و يستخدم لقياس شدة المعاناة النفسية. هذه القائمة من الأدوات الشائعة الاستعمال في مجال الدراسات النفسية السكانية (community studies) و قد استخدمت بلغات مختلفة و في ثقافات متعددة (Westermeyer, 1983; Bonicato, 1997) الجهة الثانية هي الاضطرابات النفسية (السيكياترية) التي تشخص على معايير (DSM - IV) و هي المعايير المعتمدة من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994) و كذلك معايير (ICD-10) المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992). استخدم لهذا الغرض المقابلة التشخيصية المركبة (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) التي أعدتها منظمة الصحة العالمية (WHO, 1997) وهي مقابلة مقبولة (structured interview) أي معدة مسبقاً للتطبيق، مكونة من أجزاء يشخص كل منها اضطراباً معيناً. الاضطرابات الأساسية التي تم استقصاؤها في هذا البحث هي اضطراب ما بعد الصدمة (post-traumatic stress disorder, PTSD) و الاكتئاب (Major depressive disorder) و مجموعة اضطرابات القلق (Anxiety disorders)، و مجموعة اضطرابات التجسيم (Somatoform disorders). ضيف إلى هذا الجزء استبيان يبحث في اضطراب الإجهاد الشديد (Disorder of extreme stress NOS)

و هو من الاضطرابات التي ما زالت في إطار البحث ولم يتم إدراجها بعد في معايير التشخيص المعتمدة لأنها تتضمن العديد من الأعراض والظواهر التي لا تتضمنها الاضطرابات الأخرى.

الجزء الثالث : يتضمن عددا من العوامل الوسيطة التي يفترض أنها تتوسط أو تعدل في النتائج كالدعم الاجتماعي (social support) والتعامل (coping) وطلب المساعدة (help-seeking behavior) كما يتضمن استبيانات عن نوعية الحياة (quality of life) والإعاقة (disability) نظراً لأهمية هذين العاملين كعوامل وسيطة و نتائج في الوقت نفسه. استخدم لقياس هذه العوامل مجموعة من الاستبيانات المترجمة و المعدلة وسيتم تفصيلها في الأجزاء المتعلقة بها من هذا التقرير .

عينة البحث

قرر فريق البحث أن يقتصر على سكان ولاية الجزائر و تم اختيار منطقتين من المناطق المعرضة للأحداث و هما دالي براهيم و سيدي موسى. كان اختيار هاتين المنطقتين مبنياً على اعتبارات متعددة منها: أن هاتين المنطقتين مختلفتين في درجة التعرض لأعمال العنف والعمليات الإرهابية، فبينما تعرضت منطقة سيدي موسى وهي منطقة شبه ريفية إلى عدد من المجازر الجماعية (في الرايس و بن طلحة) التي راح ضحيتها مئات من المواطنين، كانت دالي براهيم وهي منطقة مدنية حديثة هادئة نسبياً -مقارنة بسيدي موسى- بالرغم من تعرض المواطنين أيضاً إلى أنواع مختلفة من الأحداث العنيفة ومشاهدتهم لآثار العنف والإرهاب على مقربة منهم. الاعتبار الثاني كان اعتباراً أمنياً و يتمثل في إمكانية الوصول والحركة في هاتين المنطقتين بينما ما زالت معظم المناطق الأخرى خطرة جداً، و مع ذلك، تعرض الباحثون الميدانيون لبعض الأخطار والمضايقات التي تم التعامل معها ولم ينتج عنها أي أذى للباحثين .

إطار العينة

لم يكن من الممكن أو الآمن في البداية التوجه عشوائياً للمفحوصين في بيوتهم نظرا للوضع الأمني والحركة السكانية الكبيرة التي عاصرت الأزمة الأمنية و نتجت عنها. القوائم الانتخابية مثلت الإطار العام لسحب العينة حيث كانت المصدر الوحيد للمعلومات السكانية المحددة في ذلك الوقت. كان اختيار المشاركين في البحث عشوائياً من هذه القوائم و من ثم يستدعى المشارك لإجراء المقابلة في مكان محدد. في الفترة الأولى استخدمت أماكن معروفة و آمنة لإجراء المقابلة كالمراكز الثقافية و الصحية و المدارس. مع استمرار البحث و تعرف السكان على

الفريق الميداني انطلق الباحثون الميدانيون إلى منازل المشاركين لمقابلتهم هناك أو الاتفاق معهم على موعد للقاء في مكان محدد. بصفة عامة كان استقبال المواطنين للباحث جيداً عدا بعض الحالات النادرة وأدى هذا الإجراء إلى سرعة تجميع البيانات و إنقاص نسبة الفقد في المشاركين.

تم سحب عينتين متساويتين من سيدى موسى و دالي براهيم و روعي تعادل توزيع العمر والجنس فيهما ليعكس التوزيع الطبيعي في المجتمع الجزائري تم إختيار 2011 عنوان عشوائيا من القوائم الانتخابية، و استدعي الأشخاص للمقابلة من ضمن العدد الكلي للمشاركين المختارين عشوائياً أمكن الوصول إلى 1118 شخصا منهم (الجدول رقم 1) وكان السبب الأساسي هو عدم مطابقة البيانات الواردة في هذه القوائم للواقع أو انتقال الشخص للسكن في منطقة أخرى. من هؤلاء استجاب 874 شخصا للدعوة و أجريت المقابلة معهم بينما رفض 244 شخصا المقابلة لأسباب مختلفة.

استمر جمع البيانات من خلال العمل الميداني مدة ثمانية أشهر. كانت نسبة الرفض المباشر منخفضة حيث لم تتعدى نسبة (22٪) بينما كان الفقد أساسا ناتج عن عدم القدرة على الوصول إلى المشارك بعد انتقاء الاسم من القوائم نظرا لانتقاله (26٪) أو وفاته (1٪) أو خطأ في بيانات القوائم المعتمدة (17٪) و ذلك يعكس الحركة الشديدة للسكان في هذه المناطق بحثا عن الأمن و الرزق أو الزواج خارج المنطقة بالنسبة للنساء.

تحليل البيانات

تم تحليل البيانات في الجزائر بدعم إحصائي من المنظمة النفسية الاجتماعية (TPO) واستخدم برنامج SPSS الإحصائي لتنظيف البيانات و تصحيحها و إجراء العمليات الإحصائية.

البيانات النوعية حولت إلى متغيرات إسمية كالجنس و مكان السكن و التشخيص السيكياتري، أو طبقية كمستوى التعليم و الفئة العمرية. بيانات التعرض لأحداث الحياة و الصدمات النفسية حولت إلى متغيرات مستمرة خطية بجمع عدد البنود

الإيجابية، أو طبقية بتجميع الأحداث المختلفة و تقسيمها إلى مستويات متزايدة من التعرض. نتائج المقاييس المختلفة كقائمة الأعراض والدعم الاجتماعي جرى تحصيلها كل حسب توجهيات مؤلف الأداة.

نظرا لتعدد العوامل التعرض في هذه العينة رأينا تقسيم هذه العوامل المتعددة على ثلاث مراحل زمنية :

1 - التعرض للصددمات النفسية في الطفولة (قبل 12 سنة من العمر):
و تتضمن التعرض للأذى داخل العائلة، ولأحداث العنف في المحيط الخارجي، و وجود مريض عقلي في العائلة القريبة أو إدمان أحد الأبوين على الكحول، أو الانفصال عن الأبوين نتيجة الوفاة أو الطلاق أو لأسباب أخرى.

2 - التعرض للصددمات النفسية بعد 12 سنة من العمر: المتعلقة بالأزمة الأمنية و أعمال الارهاب في العشرية السابقة، كما تتضمن فقدان فرد أو أكثر من العائلة أو صديق نتيجة الوفاة الطبيعية، و القتل الناتج عن العنف و الإرهاب. أيضا، فقدان الممتلكات و موارد الرزق، أو الانتقال من مكان السكن.

3 - التعرض لأحداث و أحوال الحياة الحالية: و تتضمن منغصات الحياة و التعرض لأحداث الحياة الحالية المتعلقة بالحياة في الوسط البيئي الاجتماعي الراهن كنقص الموارد المالية و البطالة و المرض شخصا أو مرض أحد أفراد الأسرة و وفاة أحد أفراد الأسرة. كذلك التعرض للأعمال الإجرامية و فقدان مميزات ضحايا الإرهاب و فقدان الزوج (بالترمل أو الطلاق). المدى الزمني كان سنة واحدة سابقة لتاريخ إجراء المقابلة.

تم تقسيم كل من هذه العوامل إلى ثلاثة مستويات : الأول يمثل عدم التعرض للأحداث، والثاني يمثل التعرض لعدد محدود من الأحداث، و الثالث يمثل التعرض لعدد كبير من الأحداث .

استخدم اختبار كاي (Chi Square test) لمقارنة المتغيرات الاسمية و الطبقية. كما استخدم اختبار (T-test) و (F-test) لمقارنة متوسطات المتغيرات المستمرة .
لحساب درجة مساهمة كل من العوامل المختلفة في التنبؤ بالعانة النفسية أو حدوث الاضطرابات المختلفة استخدم معامل الخطورة (Odds Ratio)

$$= \frac{\text{الانتشار في المعرضين للعامل}}{\text{الانتشار في غير المعرضين للعامل}}$$

و نظرا لتداخل العوامل المختلفة، استخدم معامل الخطورة النسبي المعدل (Adjusted Odds Ratio) و الذي يحسب درجة الخطورة بعد ضبط العوامل الأخرى أي إلغاء تأثيرها حسابيا باستخدام تحليل النكوص اللوجستي (logistic regression analysis) مع المتغيرات المختلفة.

نتائج البحث

التوزيع السكاني للعيينة

تكونت العينة من 652 مشاركا موزعين على جزئين متساويين من منطقتين من ولاية الجزائر وهما: سيدي موسى (50٪) و دالي براهيم (50٪) و كان توزيع الجنس و فئات العمر متوافقا مع التوزيع السكاني حسب الإحصاء السكاني لسنة 1998 (المكتب الوطني للإحصاء (Office National des Statistique, 1999).

وجد أن أكثر من نصف العينة هم من النساء (54.4٪) و تراوح السن بين 17 و 70 سنة بمتوسط 38 سنة. و كان متوسط السن لدى النساء أقل منه لدى الرجال (36 و 39 بالترتيب) وهو أيضا متوقع حسب الإحصاء السكاني. أكثر من نصف العينة (54.6٪) كان قد سبق لهم الزواج و لوحظ ارتفاع نسبة الأرمال و المطلقات ضمن النساء من هذه الفئة (15.6 و 5.8 من النساء اللاتي سبق لهن الزواج).

اختلف المستوى التعليمي للمشاركين في البحث من دالي براهيم و سيدي موسى و بين الرجال و النساء و عبر المراحل العمرية المختلفة و كانت نسبة غير المتعلمين 12.7٪ في العينة ككل بينما تلقى 4.4٪ منهم تعليما قرانيا فقط و كان 13.5٪ جامعيون .

لوحظ أيضا أن التوزيع المهني قد اختلف عبر الأزمة فقد ارتفعت نسبة البطالة من 12.1٪ إلى 19.9٪ في العينة ككل بين 1992 و 1999 وقت إجراء البحث و كان المصدر الأساسي للزيادة في نسبة البطالة هو الطلبة (29.5٪ من نسبة البطالة الحالية) الذين أكملوا دراستهم خلال الأزمة الأمنية و لم يكونوا يعملون وقت إجراء البحث، و العمال (12٪) الذين فقدوا عملهم خلال الأزمة .

بالنسبة للصحة العامة فقد قرر ثلثي المشاركين أنهم يشعرون بصحة جيدة، نصفهم دون أمراض جسمية تذكر، بينما كان النصف الآخر مصاب بأمراض جسمية مختلفة دون تأثير على الشعور بالصحة. الثلث الأخير أقر بالشعور باعتلال الصحة العامة المرتبط بأمراض جسمية متعددة كالربو والأمراض التنفسية الأخرى، ارتفاع ضغط الدم و السكر و التهابات المفاصل. أقرت نسبة قليلة من المشاركين (3.4٪) بإصابتهم سابقاً بمرض نفسي هام .

انتشار التعرض لأحداث الحياة الصادمة

تضمنت أداة البحث جزءاً يستقصي تعرض المشارك لأحداث الحياة الضاغطة والصادمة من جميع الأنواع و عبر مراحل الحياة المختلفة بداية من الطفولة في

عائلة المنشأ حتى التعرض المتأخر لأحداث خلال السنة السابقة للبحث. غطت الأسئلة جميع نواحي التعرض من التعرض الجسمي المباشر إلى مشاهدة الأذى عند الآخرين و فقد الموارد البشرية بالوفاة أو القتل خلال الأزمة، و فقد الموارد المادية و الاجتماعية، و التعرض للتهديد و عدم الأمن في مواقف متنوعة.

التعرض لأحداث الحياة في الطفولة (قبل 12 سنة)

وجد أن 4٪ من العينة قد انفصلوا عن أبويهم في الفترة قبل 12 سنة من العمر. كما تعرض أكثر نصف المشاركين (55.4٪) للأذى الجسدي و اللفظي في عائلة المنشأ و في أقل من نصفهم (21.2٪) كان هذا الأذى شديدا أو متكررا. أما التعرض للعنف خارج إطار العائلة و يتضمن التعرض لأحداث الحياة الصادمة المتعلقة بالحرب و العنف فقد تعرض حوالي ثلاثة أرباع العينة (72.7٪) إلى أحداث عنف في الطفولة و كان متوسط ما تعرض له المشارك من أحداث هو 2.0 (2.1). من أهم الأحداث كان الحرمان من الطعام أو المأوى أو العناية الطبية (32.4٪)، التعرض لأحداث مهددة للحياة كالحروب و الاعتداءات المسلحة (27.9٪)، مشاهدة أحداث عنف تحدث للآخرين (19.2٪).

أما السوابق المرضية النفسية في عائلة المنشأ فقد وجد أن الأم كانت تعاني من مرض نفسي في 1.7٪ من المشاركين، وكلا الأبوين في 1.2٪، و أحد الإخوة أو الأخوات في 4.3٪. كما أفاد 10.4٪ من المشاركين بأن أحد الأبوين كان يتعاطى الكحول و النصف منهم تقريبا (4.6٪) كان التعاطي إلى حد الإدمان. يبين جدول 2 توزيع هذه الأحداث على المتغيرات الديموغرافية.

التعرض لأحداث الحياة بعد سن 12 سنة :

و تغطي فترة متفاوتة من حياة المشارك حسب سنه لكن التركيز فيها كان على فترة العشر سنوات الأخيرة التي عاصرت الأزمة.

يبين جدول 3 انتشار هذه الأحداث موزعا على المتغيرات الديموغرافية.

أحداث العنف التابعة للأزمة : تعرض أغلبية العينة لأحداث صادمة بعد سن 12 سنة (93.3) و كان متوسط عدد الأحداث التي تعرض لها الفرد هو 4.4 (2.8)

من قائمة الأحداث المكونة من 19 بند. أكثر أنماط العنف التي تعرض لها المشاركون هي التعرض لتهديد الحياة الناتج عن مواقف خطر
فقد أفراد الأسرة أو الأصدقاء : الوفاة الطبيعية لأحد أفراد الأسرة أو صديق هي أحد الأحداث التي يتعرض لها الإنسان عادة خلال حياته و في المتوسط فإن أي من المشاركين قد فقد شخص واحد على الأقل خلال الأزمة بالوفاة الطبيعية (ينبغي التحفظ هنا على تعبير طبيعى لأن ذلك يشمل الوفاة نتيجة مرض أو حادث غير متعلق بالعنف و الأزمة الأمنية أو الإرهاب). أما فقد أحد أفراد الأسرة نتيجة العنف أو الإرهاب خلال الأزمة فقد وجد أن 6٪ من المشاركين قد فقدوا شخصا ما بالقتل خلال الأزمة .

فقد الممتلكات و موارد الرزق : نسبة هامة من المشاركين أقروا بفقدان جزء من ممتلكاتهم أو موارد رزقهم نتيجة الأزمة. فقدان المنزل وجد عند 7.5٪ من المشاركين، بينما فقد 6.1٪ منهم مورد رزقه و 4.4٪ فقدوا أمتعة شخصية مختلفة .

التعرض لأحداث و أحوال الحياة الضاغطة الحالية (خلال السنة السابقة لإجراء المقابلة) :

تكونت أحداث الحياة الحالية من مجموعة من المتغيرات التي تعكس ضغوطات الحياة التي يعيشها المشاركون وقت إجراء البحث (جدول 4 المتغير الأول هو أحداث الحياة الحالية وهي مجموعة من الأحداث الضاغطة التي عانى منها المشاركون خلال السنة السابقة لإجراء المقابلة و قد تم شرحها فيما سبق. من ثم وجود مرض جسدي أو أكثر وقت إجراء البحث. والبطالة أي عدم التمكن من إيجاد عمل مع الحاجة إليه. و فقدان الزوج بالترمل أو الطلاق.

دور العوامل الديموغرافية في تحديد درجة التعرض للأحداث المختلفة

اختلف تعرض المشاركين في الدراسة إلى الأحداث المختلفة بحسب المتغيرات الديموغرافية. أبدى سكان سيدي موسى نسبة أعلى من التعرض لأحداث العنف و فقد الممتلكات خلال الأزمة من سكان دالي براهميم. كما أبدوا تعرضا أكبر لأحداث الحياة الحالية الضاغطة، بينما كان انتشار الأمراض الجسمية و الترمل (فقدان الزوج) و البطالة متشابهة في المنطقتين .

نلاحظ أيضا أن الذكور كانوا أكثر عرضة من الإناث لأحداث العنف قبل 12 سنة و خلال الأزمة، كما أنهم فقدوا عددا أكبر من الممتلكات و اضطر عدد أكبر

منهم إلى الانتقال من مكان سكنه. أما الإناث فقد كن معرضات أكثر لضغوطات الحياة الحالية، و الأمراض الجسمية و فقدان الزوج. أما نسبة البطالة فقد كانت متشابهة في الجنسين.

فئات العمر الأكبر كانت أكثر تعرضا لأحداث العنف و الانفصال المبكر عن الوالدين في الطفولة. كما كانت أكثر تعرضا لأحداث العنف و فقد الممتلكات بعد 12 سنة من العمر. لم نجد فروقا هامة بين فئات العمر في نسبة الانتقال من مكان السكن. أما بالنسبة لأحوال الحياة الحالية، كانت فئات العمر الأكبر تعاني من عدد أكبر في المتوسط من الأمراض الجسمية وكانت أكثر عرضة لأحداث الحياة الضاغطة و فقدان الزوج. أما فئات العمر الأصغر فقد أظهرت نسبة أعلى من البطالة خاصة في الفئة الأقل من 35 سنة.

انتشار الضغط النفسي و الاضطرابات النفسية

من أهم أهداف هذا البحث التعرف على مدى انتشار المعاناة النفسية و الاضطرابات النفسية المختلفة في المجتمع الجزائري. تم قياس الأعراض النفسية من اتجاهين : الأول هو الأعراض النفسية المرتبطة بالضغط النفسي أو الإجهاد، أو المعاناة النفسية (psychological distress). وهي أعراض مختلفة و متنوعة ناتجة عن التعرض لأحداث الضاغطة و أحوال الحياة الصعبة. و كما عرف (Lazarus) الإجهاد " علاقة خاصة بين الشخص و البيئة التي يدركها على أنها شاقة أو تفوق قدراته و تهدد سلامته أو هناؤه" و ترافقه مجموعة من الأعراض النفسية و الجسمية المتنوعة. هذا النوع من التأثير النفسي - الجسمي الناتج أساساً عن التعرض لأحداث حياة حالية وواقعية لا يستدعي بالضرورة حدوث اضطراب نفسي بالمعنى المرضي، بل يعتبر تفاعلاً طبيعياً و متوقفاً مع أوضاع الحياة الضاغطة. لقياس مستوى الإجهاد قبي العينة استخدمنا قائمة الأعراض (Symptom Checklist - R - 90) و التي تقيس الأعراض النفسية و الجسمية التي تسبب معاناة حالية للمفحوص دون أن تكون تابعة بالضرورة لمرض معين. تشتمل

قائمة الأعراض على تسعة مقاييس فرعية (subscales) بالإضافة إلى مقياس الشدة العام (Global Severity Index, GSI) والذي يقيس مستوى المعاناة النفسية العام، وهو الذي سنعتمده في هذه الدراسة.

الاتجاه الثاني الذي انتهجناه في هذا البحث هو الاتجاه المايكياتري (الطبي النفسي) والذي يبحث في الظواهر المرضية النفسية والعقلية بالمفهوم الطبي. ونعتمد في التشخيص على معايير عالمية مقننة من قبل جهات مهنية مرجعية كالجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, APA) والتي تعتمد كتيب التشخيص والإحصاء (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV) ومنظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) والتي

تعتمد معايير العالمية لتصنيف الأمراض (International Classification Code for Disease, ICD-10) في كلا الحالتين، لتشخيص مرض نفسي معين لا بد من توفر عدة معايير محددة كعدد الأعراض ومدتها وتأثيرها الوظيفي. في هذا البحث اعتمدنا معايير التشخيص الأمريكية (DSM-IV) والتي تستقصيها المقابلة العالمية المركبة (Composite International Diagnostic Interview CIDI) التي استخدمنا أجزاء منها لتشخيص مجموعة اضطرابات القلق (Anxiety Disorders) واضطراب الاكتئاب (Major Depressive Disorder) ومجموعة اضطرابات التجسيم (Somatoform Disorders) بالإضافة إلى اضطراب ما بعد الصدمة (Posttraumatic Stress Disorder). استخدم تعريف DSM-IV لكل من الاضطرابات النفسية ومعدل انتشارها في المجتمع الولايات المتحدة الأمريكية كمرجع لمقارنة النتائج. (أنظر الجدول رقم 7).

التعرض للأحداث الصادمة والحالية حسب المتغيرات الديموغرافية

كما تمت الإشارة سابقاً، فإن التعرض للأحداث بصفة عامة تحدده عوامل متعددة أهمها العوامل الديموغرافية. بالنسبة للأحداث الصادمة كان تعرض الذكور أكثر من الإناث ($\chi^2 = 23.4, p < 0.001$) والمجموعات العمرية الأكبر أكثر من الأصغر ($\chi^2 = 23.7, p = .001$) وسكان سيدي موسى أكثر من دالي براهيم ($\chi^2 = 103.0, p < 0.001$). أما أحداث الحياة الحالية فقد تبعت نفس النمط السابق باستثناء كون الإناث أكثر تعرضاً من الذكور ($\chi^2 = 11.2, p = .001$).

كما وجد ارتباط هام بين التعرض لأحداث صادمة والتعرض لأحداث حياة حالية خاصة لدى الإناث ($r = 0.36, p < 0.0001$) وبدرجة أقل لدى الذكور ($r = 0.18, p = 0.001$).

* أولاً : انتشار المعاناة النفسية (الإجهاد أو الضغط النفسي، stress)

لقد حدد (Derogatis, 1977) المستويات الطبيعية المقبولة للدرجات على مقياس الشدة العام (GSI) بناء على دراسات متعددة على عينات سكانية مختلفة. و عليه فإن الدرجة 0.7 هي النقطة الحدية بين المستوى الطبيعي و المعاناة المرتفعة، بينما تعني الدرجة 1 مستوى معاناة مرتفعة جداً. من الجدير بالذكر أن هذه المعايير وضعت في مجتمع مغاير لمجتمع الدراسة الحالية، و قد لا تعكس المرجع الصحيح لمقارنة النتائج. من جهة أخرى، الدراسات التي استخدمت قائمة الأعراض على سكان العالم (Yamamoto, 1983; Roberts, 1990)، وخاصة على اللاجئين من البلدان التي تعرضت لأزمات سياسية أو حروب اختارت المستوى 1.0 كنقطة حدية تفصل الطبيعي عن غير الطبيعي (Hauff 1993)

باستخدام هذه المعايير وجدنا أن أكثر من نصف المشاركين في العينة يبدون مستوى عال، و ثلثهم يبدون مستوى عال جداً من المعاناة النفسية (24٪) سجلوا مستوى مرتفع و 33٪ مستوى مرتفع جداً). الملاحظة الأولى على نتائج القائمة (SCL90-R) هو ارتفاع نسبة الإجهاد بين المشاركين في الدراسة بصفة عامة و لوحظ هذا لدى النساء و لدى سكان سيدي موسى بشكل خاص. كما يزيد مستوى الإجهاد النفسي لدى الأجيال الأصغر عنها لدى كبار السن (أكبر من 35 سنة). كما كان التعرض للأحداث الصادمة مرتبطاً بارتفاع ملحوظ في مستوى الإجهاد. كذلك كان الإجهاد مرتبطاً بأحداث الحياة القريبة (خلال السنة السابقة لإجراء البحث).

* ثانياً : انتشار الاضطرابات النفسية (Psychiatric disorders - DSM- IV)

لوحظ أن انتشار الاضطرابات النفسية في العينة ككل مقارنة بالمجتمعات الأخرى التي لم تتعرض لأزمات مشابهة. بغرض المقارنة نشير إلى دراستين مرجعيتين أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية.

(Epidemiological Catchment Area Study, and National Comorbidity Study)

و ما تشير إليه المراجع العلمية المعتمدة في الطب النفسي. (APA, 1994) فبينما تشير الدراسات المختلفة في العالم أن 30٪ من السكان يعانون من اضطراب نفسي خلال حياتهم وجدنا أن 58٪ من المشاركين في هذا البحث قد عانوا من اضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم، وأكثر من ثلث العينة كانوا يعانون حالياً من أحد الاضطرابات النفسية (في السنة التي أجري فيها البحث). أكثر الاضطرابات انتشاراً في العينة كان اضطراب ما بعد الصدمة (37.4٪) يتبعه اضطرابات القلق (37.3٪) و الاكتئاب (23٪) و التجسيم (8.3٪). و لوحظ حدوث أكثر من اضطراب واحد عند نفس الشخص في 28٪ من المشاركين في البحث. كان انتشار اضطراب ما بعد الصدمة (37.4٪) في العينة (48٪) في سيدي موسى و 27٪ في دالي إبراهيم). كما كان يزيد لدى النساء عنه لدى الرجال (44٪ مقارنة بـ 32٪). اضطرابات القلق كمجموعة كانت التالية من حيث الانتشار: (37.3٪) و أيضاً كانت أكثر انتشاراً في سيدي موسى (42٪) و في النساء (50٪). أما الاكتئاب فقد كان انتشاره في العينة 23٪ (28٪ في سيدي موسى و 17.5٪ في دالي إبراهيم). و كان الانتشار عند النساء أكثر منه لدى الذكور (29٪ مقارنة بـ 18٪). اضطرابات التجسيم كان انتشارها أقل من المتوقع (8.3٪) مع أن الأعراض الجسمية كانت منتشرة بصورة كبيرة. أيضاً كان الانتشار أكبر لدى النساء (14٪) و لدى سكان سيدي موسى (12 ٪)

العلاقة بين المعاناة و الاضطرابات النفسية

من المتوقع أن نجد علاقة موجبة بين كل من المعاناة النفسية و الاضطرابات النفسية، فالاضطرابات النفسية بحد ذاتها عبارة عن متلازمات من الأعراض يرافقها معاناة نفسية هامة أو عجز وظيفي في ميدان أو أكثر من ميادين الحياة (العناية الشخصية، المهنة، العلاقات الاجتماعية...). من الطبيعي و المتوقع أن يعاني نفسياً من أصيب بمرض جسمي أو تعرض لحدث من أحداث الحياة الضاغطة كالبطالة و الفقدان المادي أو المعنوي، و لكن ليس من الضروري أن يصاب بمرض نفسي. المرض النفسي هو صورة أو مصدر من مصادر المعاناة النفسية التي قد يكون لها عدة مصادر مختلفة في الشخص الواحد. و عليه فليس كل من أظهر درجة عالية من المعاناة النفسية مريض نفسي. ما يفرق الاضطراب النفسي عن المعاناة النفسية العامة هو وجود قدر هام من الإعاقة الوظيفية في حالة الاضطراب النفسي، أو وجود متلازمة معرفة مسبقاً كتشخيص. في DSM-IV تعتبر المعاناة النفسية معياراً أساسياً من معايير التشخيص لأي اضطراب نفسي.

وجدنا ارتباطا هاما بين كل من الاضطرابات النفسية المدروسة و مستوى المعاناة النفسية على مقياس الشدة العام GSI. فقد كان الارتباط هاما مع اضطراب ما بعد الصدمة ($r=0.3, p < 0.001$) و الاكتئاب ($r=0.3, p < 0.001$) و القلق ($r=0.3, p < 0.001$) و التجسيم ($r=0.3, p < 0.001$) كما أن مستوى المعاناة يزيد بزيادة عدد الاضطرابات المشخصة، ففي حالة عدم وجود أي اضطراب كانت قيمة مؤشر الشدة العام 0.6 ، و يرتفع إلى 1.0 في حالة وجود اضطراب واحد فقط و 1.2 في حالة وجود اضطرابين أو أكثر. ($F=9.9, df=4, p < 0.001$).

التنبؤ بالاضطرابات المختلفة من خلال المتغيرات الديموغرافية و التعرض للأحداث

أن ما يميز هذه العينة السكانية هو مستوى التعرض العالي لأنماط مختلفة من الأحداث الحياتية الصادمة بالإضافة إلى التنوع في المتغيرات الديموغرافية. كما ورد في الفصول السابقة وجد أن التعرض لأحداث الحياة المختلفة مرتبط أيضاً بالمتغيرات الديموغرافية كالجنس و مكان السكن مما يعقد تفسير النتائج المختلفة و يستدعي استخدام التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات (multivariate analysis) لضبط تأثير ارتباط المتغيرات المستقلة ببعضها .

استخدم تحليل النكوص (Logistic regression analysis) لاختبار نماذج مختلفة للتنبؤ باحتمال حدوث أحد الاضطرابات النفسية المدروسة في هذا البحث. في المرحلة الأولى أدخل كل من المتغيرات على حدة في تحليل أحادي (univariate analysis) للتنبؤ بالنتيجة (المتغير التابع). في المرحلة الثانية أدخلت جميع المتغيرات المستقلة الهامة (حسب نتيجة المرحلة الأولى) في التحليل سويا لمعرفة تأثير كل من هذه المتغيرات في سياق المتغيرات الأخرى و ذلك من خلال إجراء تحليل متعدد (multivariate analysis). تم حساب معدل الخطورة النسبي المعدل (adjusted odds ratio) و مقدار الدلالة p لكل من المتغيرات.

أعيدت هذه العملية (التحليل الأحادي ثم المتعدد) مع كل من المتغيرات الثنائية التابعة التالية: (1) وجود معاناة نفسية عالية جدا (نعم/لا) (2) اضطراب ما بعد الصدمة (نعم/لا). (3) اضطراب الاكتئاب (نعم/لا). (4) اضطرابات القلق (نعم/لا). (5) اضطرابات التجسيم (نعم/لا). نتائج هذا التحليل مبينة في جدول 8 و جدول 9. يلاحظ أننا قد استخدمنا معدلات الانتشار مدى الحياة للاضطرابات النفسية المختلفة.

تأثير المتغيرات الديموغرافية:

وجد أن الإناث أكثر من الذكور تعرضاً لكل الاضطرابات، خاصة اضطرابات التجسيم واضطرابات القلق، وكذلك للمعاناة النفسية الحالية (Psychological distress) أما مكان السكن (سيدي موسى مقابل دالي براهيم)، فقد تنبأ بحدوث اضطراب ما بعد الصدمة (posttraumatic stress disorder) وكانت الأجيال الأصغر نسبياً أكثر تعرضاً لاضطرابات القلق من الأجيال الأكبر (أنظر الجدول 6).

عوامل الخطورة المرتبطة بانتشار الاضطرابات النفسية في العينة:

العوامل الديموغرافية:

مكان الإقامة: المقيمون في سيدي موسى أظهروا مستوى عال من الإجهاد النفسي وانتشاراً أكبر للاضطرابات النفسية. ولم يكن ذلك مرتبطاً فقط بتعرض هذه المنطقة مباشرة للعنف، بل أيضاً بعوامل أخرى حالية. من هذه العوامل: استمرار حدوث الأحداث الحياتية كال فقر و المرض الجسمي و نقص الدعم الاجتماعي و التي لوحظ حدوثها في سيدي موسى أكثر من دالي براهيم. هذه العوامل و إن لم تنشأ مباشرة من الأزمة إلا أنها من العواقب المتخلفة من الأزمة على المدى الطويل. الجنس: كان مستوى المعاناة النفسية و انتشار الاضطرابات النفسية أكثر عند النساء بصورة ملحوظة. مع أن تعرض النساء للأحداث الصادمة كان أقل نسبياً من الرجال، إلا أنهن أكثر تعرضاً لأحداث الحياة اليومية الراهنة (13٪ من النساء بين 35 و 50 سنة، و 30٪ من النساء فوق 50 سنة فقدان أزواجهن).

العمر: الملاحظة المثيرة للاهتمام بخصوص العمر هي ارتفاع مستوى الإجهاد و اضطرابات القلق في فئات العمر الأصغر (أقل من 35 سنة) عن فئات العمر الأكبر. و قد يعكس ذلك الوضع الاجتماعي الاقتصادي المتدهور و الذي تعاني منه الأجيال الجديدة في الجزائر، و جو عدم الأمن الذي يميز هذه المرحلة.

الحالة الاجتماعية: الملاحظات الأساسية في هذا المجال هي أن الأرامل و المطلقات معرضات أكثر لمختلف الاضطرابات النفسية و كذلك أظهرن مستوى أعلى من المعاناة النفسية، و أن المتزوجون معرضون أكثر لاضطرابات القلق .

عوامل التعرض لأحداث و أحوال الحياة:

يبين جدول 8 و جدول 9 مساهمة عوامل التعرض في التنبؤ بحدوث المعاناة النفسية العالية و كل من الاضطرابات النفسية في الأول: نستطيع ملاحظة تأثير المتغير المفرد في تحليل أحادي دون ضبط المتغيرات الأخرى. في الثاني نجد مساهمة المتغير بعد ضبط تأثير المتغيرات الأخرى في تحليل متعدد.

التعرض للأحداث الصادمة في مرحلة الطفولة: التعرض للأذى الجسدي في عائلة المنشأ كان مهما في التنبؤ باضطرابات القلق و الاكتئاب، كما أن التعرض لأعمال العنف تنبأ باضطراب ما بعد الصدمة.

التعرض للأحداث الصادمة خلال الأزمة: من أهم العوامل التي وجد لها ارتباط مباشر مع اضطراب ما بعد الصدمة و الاكتئاب و التجسيم. كما أنها تساهم في ارتفاع مستوى المعاناة النفسية الحالي. التعرض لمستوى متوسط أو عالي من الأحداث الصادمة يزيد احتمال حدوث الاكتئاب و اضطراب ما بعد الصدمة.

التعرض لأحداث الحياة الحالية: هي مجموعة من الأحداث اليومية التي تسبب معاناة دائمة كال فقر و المرض و التعرض للسرقة الخ... و التي حدثت خلال السنة التي أجري فيها البحث. تساهم هذه العوامل في استمرار الإجهاد النفسي و تعوق الشفاء من الاضطرابات النفسية المختلفة. وجدنا أن هذه الأحداث ارتبطت بالمستوى العالي من المعاناة النفسية و معظم الاضطرابات النفسية التي تمت دراستها في هذا البحث خاصة اضطرابات التجسيم.

مناقشة عامة للنتائج

إن ما يميز هذه العينة من البالغين الجزائريين من الجنسين هو أن أفرادها قد تعرضوا لعدد كبير من الصدمات النفسية المتكررة و المتتابة على مدى طويل

من الزمن. كما تميزها الأنماط المتعددة للفقدان و الصدمات المتكررة في جزء كبير منهم. كما أن أحوال المعيشة الحالية لمعظمهم لا تخلو من المنغصات المتعددة كالمرض الجسدي و الترمل و الحرمان و البطالة. في نفس الوقت وجدنا ارتباطات هامة للتاريخ الشخصي للفرد المشارك و معدلات انتشار المعاناة النفسية والاضطرابات النفسية المختلفة.

تقريبا وجدنا جميع أنماط التعرض للصدمة في هذه العينة، فمن التعرض الشخصي للعنف و الإصابة إلى فقد أفراد العائلة و الأصدقاء، و فقد الممتلكات و مصادر الرزق. يضاف إلى ذلك جو الخوف و التهديد الذي عاشه جزء كبير من هذه العينة لمدة طويلة من الوقت تزيد على العشر سنوات و مستوى الحرمان من الحاجات الأساسية كالغذاء و المأوى و الرعاية الصحية.

وجد أن مستوى و نوع التعرض للأحداث يختلف باختلاف المتغيرات الديموغرافية. فقد لوحظ ارتفاع نسبة التعرض للأحداث الصادمة في الذكور عن الإناث و هذا يتفق مع معظم الدراسات السابقة (Hidalgo, 2000). كما وجد أن الذكور أكثر تعرضا للأحداث المتكررة من الإناث و هذا ما وجدناه في دراستنا. إلا أن هذه الدراسة لم تستقصي عن التعرض للأذى الجنسي و الذي وجد كثير من الباحثين أنه أكثر شيوعا لدى الإناث (Kessler, 1995). و بينما كان الذكور أكثر تعرضا من الإناث لمعظم الأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المختلفة، أبدت الإناث نسبة أعلى من أحداث الحياة الحالية.

هناك ارتباط هام بين عوامل التعرض المختلفة، سواء بين العوامل الخاصة بمرحلة ما من مراحل العمر، أو بين مراحل العمر المختلفة. فسكان سيدي موسى الذين تعرضوا لعدد أكبر من الأحداث الصادمة خلال الأزمة هم أنفسهم الذين أبدوا درجة أعلى من التعرض لمضايقات الحياة الحالية. كما أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحوال الحياة الصادمة في الطفولة كانوا أكثر عرضة لمثلها فيما بعد 12 سنة من العمر. هذا التراكم الزمني للأحداث الصادمة عبر مراحل الحياة المتتالية هو ما لاحظناه في هذه العينة. وهو من الملاحظات السابقة في دراسات أخرى عديدة (van der Kolk, 1985). مما يدفعنا إلى التساؤل عن الآلية المسؤولة عنه و التي اقترح البعض أن تكون نوعا من الهشاشة في التركيب العصبي للشخص ينتج عن التعرض الشديد أو المتكرر للصدمة و ينتج عنه فقدان لعوامل الحماية الطبيعية.

في معظم الدراسات السابقة عن الصدمات النفسية، اعتبر معظم المشاركين أن وفاة شخص عزيز هي أسوأ ما تعرضوا له (Hidalgo, 2000) مع أن معظمهم قد تعرض لأحداث أخرى صادمة. فقدان شخص عزيز بالوفاة أو القتل في سياق الأزمة الأمنية لا يشكل حدثا فرديا، بل هو مصيبة تصيب مجموعة من الناس ضمن العائلة و المحيط الاجتماعي للمفقود. كما أن ما يترتب على هذا الفقد ليس فقط المعاناة النفسية و الحزن، بل أيضا فقدان المعيل أو السند الاجتماعي. يضاف إلى ذلك البعد الصدمي للفقد في حالة الوفاة الناتجة عن القتل و ما يترتب عليه من الاضطرابات التابعة للصدمة. و عليه فإن هذا الفقد يتفاعل و يتفاقم أفقيا بالتأثير على عدد متزايد من الأفراد و رأسيا بالتسبب في مصادر أخرى للمعاناة و الحاجة و الحرمان.

إن الأعراض النفسية للتعرض للصدمات تكون في أشدها مباشرة بعد الحدث ذاته، و تقل شدتها مع مرور الزمن. إلا أن هذا لا يعني اختفاء المعاناة النفسية تماما فقد وجد (Baum, 1990) استجابات نفسية مرضية في المعرضين لكارثة صناعية 6 سنوات بعد حدوثها. كما تتبع (Green et al, 1990) آثارا نفسية سلبية بعد 14 سنة من حادثة بفلو كريك. كما كانت درجة التعرض للأحداث و القرب منها مرتبطان بالآثار النفسية السلبية عدة سنوات بعد التعرض (Gleser et al, 1981).

إن التعرض لمستويات عالية من الأحداث الحياتية الضاغطة يرتبط بحدوث أمراض متنوعة، جسمية و نفسية بالإضافة إلى المعاناة النفسية التي تتسبب فيها هذه الأحداث و قد تستمر لفترات طويلة بعد انتهاء الأزمة. في هذه الدراسة تم البحث عن هذه التأثيرات في عينة عشوائية من المفحوصين الجزائريين البالغين من الجنسين الذين عايشوا أحداث العشرية السابقة و بالتالي تعرضوا لأحداث مختلفة نوعا و كما تم عرضها و تفصيلها في الأجزاء السابقة. بالإضافة إلى هذه الأحداث، التي أقل ما يمكن أن توصف به هو أنها مأساوية، أو بسببها، يعيش

جزء مهم من أفراد هذه العينة أوضاع حياة حالية صعبة من الفقر و البطالة و نقص الموارد. لقد كان السؤال هو ما مدى المعاناة النفسية و ما مدى انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة في هذه العينة. و ما مدى ارتباط كل منهما بالأحوال المعيشية التي تتميز هذه المنطقة ماضيا و حاضرا. السؤال الثاني هو: ما هي عوامل الخطر المرتبطة بالمعاناة النفسية و الاضطرابات النفسية، و بالتالي، من هي المجموعات السكانية المعرضة للخطر.

إجابة عن السؤال الأول: وجدنا مستوى عال من المعاناة النفسية التي تم قياسها بالمؤشر العام للشدة GSI مقارنة بالمجتمعات الأخرى التي لم تمر بمثل هذه الأزمة. و وجدت علاقة ايجابية بين هذا الارتفاع في المعاناة النفسية و درجة التعرض لأحداث العنف و لأحداث الحياة الحالية. إجابة على السؤال الثاني: و جدنا ارتفاعا في معدلات انتشار الاضطرابات النفسية التي تمت دراستها، و كان هذا الارتفاع مرتبطا بأحداث الحياة في مراحل العمر المختلفة ويزيد بزيادة درجة التعرض لهذه الأحداث.

نشير أيضا إلى اختلاف مساهمة العوامل المختلفة في التنبؤ بالاضطرابات: فبينما كانت المعاناة النفسية مرتبطة بشكل أكبر بأوضاع الحياة الحالية كان اضطراب ما بعد الصدمة مرتبطا بأحداث العنف و الفقد السابقة و التي حدثت أساسا خلال الأزمة. بل إن تأثير أوضاع الحياة الحالية في انتشار اضطراب ما بعد الصدمة الواضح في التحليل الثنائي (جدول 8) يختفي في التحليل المتعدد (جدول 9) و يمكن تفسير ذلك بأن أحداث العنف و الفقد التي عايشها الفرد تساهم في التنبؤ بأوضاع حياة حالية سيئة من ناحية، و حدوث اضطراب ما بعد الصدمة من ناحية أخرى. و عليه فالاضطرابات و المعاناة النفسية و الإعاقة الناتجة عن الأزمة تشكل في حد ذاتها عوامل خطر و تزيد من تعرض الشخص لصعوبات و أحداث حياة حالية.

العوامل الديموغرافية التي وجد أيضاً أنها تشكل عوامل خطورة، بل و تحدد مستوى التعرض للأحداث و انتشار الاضطرابات النفسية و الجسمية. من ناحية أخرى، فإن العوامل الديموغرافية نفسها تتأثر و تتغير تبعا لمستوى و نوع التعرض: مثلاً فقدان الزوج و فقدان العمل و تغيير مكان السكن الناتجة عن الأزمة. كما أن جزءا هاما من مظاهر التعرض للأزمة يتمثل في فقدان الموارد (البشرية، الممتلكات، العمل...) وذلك يعني على المستوى الاجتماعي تقويض أو تآكل البنية

الاجتماعية الداعمة للشخص، والتي يفترض أن تسانده و تحميه من الآثار السلبية للأزمات.

إن الناتج النهائي لهذه العملية هو تكون حلقة مغلقة من التعرض للأحداث، النتائج النفسية و الاجتماعية التي تؤدي إلى فقدان الموارد، و بالتالي التعرض لأحداث و صعوبات أخرى و هكذا. قد يساعدنا ذلك في فهم التدهور المستمر في المجتمعات التي تعرضت لكوارث من صنع الإنسان كالحروب و الإرهاب. فمع أن الأحداث قد تكون محدودة في الزمان و المكان، إلا أن آثارها تتجاوز هذه الحدود و تبدأ عمليات نفسية اجتماعية متلاحقة في دورات من العنف و الصدمات و الفقد تؤدي إلى تدمير متلاحق لأبنية هذه المجتمعات و انهيارها.

مما سبق يتضح أن هناك نسبة هامة من السكان، على الأقل في المنطقتين اللتين تم فيهما البحث، يعانون نفسيا سواء من الأحداث العنيفة التي مروا بها، و من صعوبات الحياة الحالية التي ما زالوا يعيشونها. جزء هام من هذه المعاناة يمكن أن نعزوها إلى وجود معدلات عالية من انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة. و يشير التحليل السابق للنتائج إلى تعقد الصورة النفسية الاجتماعية لهؤلاء الناس، فجزء كبير منهم يعاني من أكثر من مشكلة. بعضهم، و بالإضافة إلى صعوبات الفقر و المرض الجسدي، يعاني من واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية. إن تعقيد الصورة المرضية هذا يشكل مشكلة كبيرة للمتخصصين من أطباء و نفسانيين في مجال التشخيص و العلاج، و يستدعي نمطا جديدا من التدخلات غير التقليدية. هذا النمط من التدخلات يجب أن يأخذ في الاعتبار النواحي النفسية و الاجتماعية و الطبية من خلال فريق عمل يتضمن هذه التخصصات.

الجداول

جدول 1 عينة البحث: الفئة المستهدفة و نسبة التغطية و الفقد

نسبة مئوية	عدد كلي	سيدي موسى	دالي ابراهيم	
100%	2011		1028	مستهدف
17%	347			غير موجود
26%	516		215	انتقل
1%	30		11	توفي
100%	56%	1118	580	تم الوصول اليه
22%	244		99	رفض المقابلة
100%	78%	43%	874	481 تمت مقابلته
23%	18%	198	142	مقابلة غير كاملة
2%	2%	18	12	استثناء (إعاقة عقلية)
1%	1%	7	1	معلومات ناقصة
74%	58%	32%	651	326 مقابلات كاملة

جدول 2 : أحداث الحياة قبل سن 12 سنة حسب المتغيرات السكانية

مرض عقلي في العائلة#	أحد الأبوين يتعاطى الكحول#	انفصال مبكر عن الأبوين#	أذى جسمي أو لفظي في العائلة&	أحداث عنف قبل 12&
ذكر	5.9	12.4	7.6	2.1 (2.3)
أنثى	8.4	8.4	10.1	1.7 (1.9)
	1.5 --	2.7 --	0.3 --	2.6 **
الفئة	25-	9.5	8.6	6.9
العمرية	34- 26	5.2	13.6	3.3
	49-35	7.6	10.3	14.6
	50 -	7.2	8.0	10.9
		2.3 --	3.6 --	17.2 **
		6.1	7.4	9.5
مكان	سيدي			1.9
	موسى			2.1
الإقامة	دالي	8.0	13.8	8.0
	براهيم			2.1
		0.8 --	7.1 **	0.8 --
				2.2 *

#القيمة تمثل النسبة المئوية للمعرضين، و الاختبار الإحصائي المستخدم هو Chi square test
&القيمة تمثل المتوسط والانحراف المعياري لعدد البنود الإيجابية و الاختبار الإحصائي المستخدم هو T-test
أو F test
مقياس الدلالة الإحصائية -- p غير دال *دال عند 0.05 **عند 0.01 ***عند 0.001

جدول 3 أحداث الحياة بعد 12 سنة حسب المتغيرات السكانية

الجنس	أحداث	فقد	وفاة أفراد	قتل أفراد	الانتقال
	عنف	المتلكات أو الموارد	العائلة &	الأسرة #	من مكان السكن #
ذكر	4.9 (2.9)	0.4 (0.9)	0.7 (0.9)	6.2	49.0
أنثى	3.7 (2.6)	0.2 (0.2)	0.6 (1.0)	5.7	45.5
	5.8 ***	2.4 *		--	--
الفئة - 25	3.6 (2.5)	0.2 (0.7)	0.0 (0.3)	1.7	42.2
العمرية - 25 - 34	4.1 (2.7)	0.3 (0.7)	0.2 (0.4)	3.3	46.0
- 35 - 49	4.2 (2.7)	0.5 (1.1) *	0.6 (0.7) *	4.3	49.7
- 50 -	5.7 (3.2) *	0.2 (0.6)	1.8 (1.1) *	15.9	50.7
	13.8 ***	4.4 **	176.6 ***	31.7 **	--
مكان سيدي موسى	5.4 (2.6)	0.5 (1.0)	0.7 (1.0)	8.9	52.8
الإقامة دالي براهيم	3.3 (2.5)	0.1 (0.5)	0.6 (0.9)	3.1	42.0
	10.6 ***	6.3 ***	2.7 *	9.8 **	7.5 **

القيمة تمثل النسبة المئوية للمعرضين، و الاختبار الإحصائي المستخدم هو Chi square test
& القيمة تمثل المتوسط و الانحراف المعياري لعدد البنود الإيجابية و الاختبار الإحصائي المستخدم هو F test و T-test

مقياس الدلالة الإحصائية -- p غير دال * دال عند 0.05 ** عند 0.01 *** عند 0.001

دول 4 أحداث و أحوال الحياة الحالية (خلال السنة السابقة) حسب المتغيرات السكانية

		أحداث حياة	مرض	بطالة #	فقدان
		حالية &	جسمي &		الزوجة #
الجنس	ذكر	1.5 (1.3)	1.2 (1.4)	21.7	2.0
	أنثى	1.8 (1.5)	1.6 (1.7)	23.2	11.1
		2.8 **	3.5 **	0.64 -	23.5 ***
الفئة العمرية	25 -	1.3 (1.5)	0.8 (1.1)	34.5	0.0
	25 - 34	1.6 (1.3)	0.9 (1.2)	24.9	3.3
	35 - 49	1.7 (1.5)	1.6 (1.5)	13.0	8.1
	50 -	1.9 (1.5) *	2.3 (1.9)	21.0	13.0
		3.3 *	30.8 ***	20.1 ***	23.2 ***
مكان الإقامة	سيدي موسى	1.9 (1.6)	1.5 (1.6)	23.9	6.4
	دالي براهيم	1.3 (1.1)	1.3 (1.5)	20.9	5.8
		5.9 ***	1.8 -	0.9 -	0.1 -

القيمة تمثل النسبة المئوية للمعرضين، و الاختبار الإحصائي المستخدم هو Chi square test
 & القيمة تمثل المتوسط و الانحراف المعياري لعدد البنود الإيجابية و الاختبار الإحصائي المستخدم هو T-test أو F test
 مقياس الدلالة الإحصائية -- p غير دال * دال عند 0.05 ** عند 0.01 *** عند 0.001

جدول 5 انتشار المعاناة النفسية GSI حسب المتغيرات السكانية ومقاييس التعرض للصدمات

الحالة المدنية			العمر		المنطقة		الجنس		
أعزب	أرمل	متزوج	36 إلى 60	18 إلى 35	سيدي موسى	دالي براهيم	ذكور	إناث	مقياس المعاناة النفسية
34	48	50	48	37	38	47	48	36	منخفض
30	8	23	22	27	24	25	24	26	مرتفع
38	45	27	30	36	38	28	28	38	مرتفع جدا
***23.3			**6.9		*7.8		**11.3		Chi Sq
أحداث الحياة الحالية			التعرض للصدمات			مقياس المعاناة النفسية			
39	53	63	35	39	51	منخفض			
25	19	24	23	28	24	مرتفع			
36	28	14	42	33	25	مرتفع جدا			
..38.4			18.6						

منخفض = أقل من 0.7 ، مرتفع = من 0.7 إلى 1 ، مرتفع جدا = أكثر من 1

جدول 6 انتشار الاضطرابات النفسية حسب المتغيرات السكانية محسوبا بالنسبة المئوية

التجسيم	القلق	الاكتئاب	أ م ص	الانتشار الكلى في العينة
8	37	23	38	مدى الحياة
6	17	12	18	حاليا (خلال سنة إجراء البحث)
4	27	18	32	حسب الجنس
14	50	29	44	ذكر
19.3 ***	38.3 ***	10.3 **	10.5 **	أنثى
19.3 ***	38.3 ***	10.3 **	10.5 **	Chi sq
5	33	18	27	حسب مكان الإقامة
12	42	28	48	دالي براهيم
11.6 **	6.3 ***	10.7 **	30.2 **	سيدي موسى
11.6 **	6.3 ***	10.7 **	30.2 **	Chi sq
10	44	22	34	حسب فئة العمر
9	41	22	39	- 25
7	40	23	41	25 - 34
8	23	25	34	35 - 49
--	15.5 **	--	--	50 -
--	15.5 **	--	--	Chi sq
7	34	21	35	حسب الحالة المدنية
20	40	50	65	متزوج
8	40	21	37	أرمل/ة مطلق/ة
--	--	17.8 ***	13.9 **	أعزب (لم يسبق له الزواج)
--	--	17.8 ***	13.9 **	Chi sq

مقياس دلالة -- Chi sq غير دال ،

* دال عند 0.05 ، ** دال عند 0.01 ، *** دال عند 0.001

جدول 7 تعريف وانتشار الاضطرابات النفسية المختلفة حسب DSM-IV

الانتشار	تعريف الاضطراب
1-3%	اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic stress d. اضطراب نفسي يحدث بعد التعرض لأحداث صادمة (حدث كآ في نوع من التهديد لحياة الشخص و شعر في مواجهته بالخوف الشديد أو العجز)، و يتميز بحدوث أعراض إعادة معايشة للحدث الصادم (الشعور و السلوك و كأن الحدث يتكرر)، و تجنب لما يذكر به (تجنب الأفكار و الأشخاص و الأماكن و المواقف التي تذكر بالحدث، نسيان أجزاء هامة من الحدث، تبدل الوجدان)، و استئثاره المفرطة (عصبية زائدة، تغز، مشاكل النوم، صعوبة التركيز)، تستمر على الأقل مدة شهر و تصبحها معاناة نفسية هامة أو إعاقة وظيفية و ليست ناتجة عن مرض جسمي معروف أو تعاطي العقاقير.
2-3% 5-10%	الاكتئاب Major depressive d. اضطراب نفسي يميزه حدوث نوبة أو أكثر من الاكتئاب (العام depressive episode) و هي نوبات من المزاج الاكتئابي أو فقدان الاهتمام و المتعة في أمور الحياة المعتادة، و تصحبه عدة أعراض معرفية (ضعف التركيز و التذكر) و وجدانية (اليأس، الرغبة في الموت، محاولة الانتحار، ضعف الثقة في النفس و تحقير الذات) و حركية (التأخر الحركي و الخمول و سرعة التعب أو التهيج الحركي و عدم القدرة على الراحة) و خضرية (ضعف الشهية و فقدان الوزن، قلة النوم و ضعف الرغبة الجنسية. أو إفراط الشهية و زيادة الوزن، النعاس الدائم و زيادة النوم)، تستمر مدة أسبوعين على الأقل و تصبحها معاناة نفسية هامة أو إعاقة وظيفية، و ليست ناتجة عن مرض جسمي معروف أو تعاطي العقاقير.
	اضطرابات القلق Anxiety disorders مجموعة من الاضطرابات تشترك في وجود أعراض متعددة من القلق (الانشغال الفكري المصحوب بأعراض جسمية خاصة بتهيج النظام العصبي الذاتي (Autonomic nervous system). و يفرق عن الخوف الطبيعي بعدم وجود تهديد أو خطر حقيقي.

3-8%	القلق العام <u>Generalized anxiety d.</u> قلق مستمر و معلق و عام دون ارتباط بموضوع، يستمر على الأقل ستة أشهر .
	الخوف <u>Panic d.</u> نوبات متكررة من الذعر تحدث تلقائيا و تستمر فترة محددة و قد تكون مرتبطة بالخوف من الأماكن المفتوحة Agoraphobia
3-5%	الخوف المرضي <u>Phobic d.</u> قلق غير منطقي و مبالغ فيه، مرتبط بموضوع معين و تجنب التعرض لهذا الموضوع. كرهية الدم و الأماكن العالية، و الأماكن المفتوحة
2-3%	الوسواس القهري <u>Obsessive compulsive d.</u> قلق مرتبط بتردد أفكار وسواسية (obsessions) أو سلوك قهري (compulsions) أو كلاهما .
اضطرابات التجسيم Somatoform disorders	
مجموعة من الاضطرابات تشترك في وجود شكاوى جسمية متعددة دون سبب طبي واضح و مرتبطة زمنيا بعوامل ضغط أو صراع نفسي.	
	الألم الجسماني <u>Somatoform pain d.</u> العلامة المميزة له هي وجود ألم لا تعود شدته إلى وجود مرض جسمي معروف، الألم لا يخضع للتوزيع العصبي-التشريحي وجود علاقة بين بدء و زيادة الألم و عامل ضغط نفسي أو صراع اجتماعي.
0.1-0.5%	التجسيم <u>Somatization d.</u> شكاوى جسمية متعددة و متعلقة بعدة أجهزة من الجسم (عصبي، تناسلي، هضمي)، دون علة جسمية واضحة تبدأ قبل سن 30 و تستمر لعدة سنوات.
	التحويل <u>Conversion d.</u> وجود عرض عصبي أو أكثر و مرتبط بصراع نفسي، لا يمكن تفسيره بوجود مرض جسمي أو عصبي أو تأثير عقار.

جدول 8 تأثير عوامل التعرض (univariate logistic regression analysis)

المرض الجسمي	التجميع	القلق	الاكتئاب	أ م ص	المعانة النفسية	مرض عقلي في العائلة تعاطي الكحول (أحد الأبناء) انفصال مبكر عن الأبناء أذى جسدي في العائلة (مفرد) (متكرر) أحداث عنف قبل 12 (مفرد) (متكرر)
1.2 **	2.2 (09)		1.5 *	1.8 *	1.1 *	
1.7 *	1.7 ***	1.3 *				
2.6 **		2.3 ***	1.8 **			
2.1 **	2.3 *	2.0 **	2.4 ***	1.6 *	1.6 *	
2.6 ***		1.7 *		2.2 ***		
		1.6 *				
2.3 ***		1.9 **		2.3 ***	1.5 *	أحداث عنف بعد 12 (مفرد)
2.7 ***	3.3 *	1.6	2.0 ***	3.5 ***	2.6 ***	(متكرر)
			1.2 ***	1.2 **	1.2 **	فقد مشتات
			1.1 **	1.1 **	1.2 ***	انتقال من مكان السكن
				1.3 **		فقد عائلة
2.5 **						قتل
4.7 ***						
	9.7 **		2.3 **	1.7 *	3.9 *	أحداث حياة حالية (مفرد)
					3.4 ***	(متكرر)
					1.6 *	بطالة
			3.2 **	3.0 **		فقد زوج
3.0 *	3.0 *	1.4		1.5 *		مرض جسدي (مفرد)
5.3 ***	5.3 ***	1.9 **	1.8 ***	2.0 **	2.5 ***	(متعدد)

القيم تمثل درجة الخطورة النسبية المعدلة (Adjusted Odds Ratio) بعد ضبط تأثير المتغيرات الديموغرافية (الجنس والعمر ومكان السكن)
* مقياس الدلالة الإحصائية p < 0.05 عند ** عند 0.01 عند *** عند 0.001

جدول 9 تأثير عوامل التعرض (Multivariate logistic regression)

المرض الجسدي	التجسيم	الطلاق	الاعتئاب	أم ص	المناخ النفسية	مرض عقلي في العائلة
						تعاطي الكحول (أحد الأبوين)
						التفصال مبكر عن الأبوين
						أذى جنسي في العائلة (بغزو)
2.4 **		1.7 *	2.3 **			(متكرر)
2.3 ***						أحداث عنف قبل 12 (بغزو)
4.2 ***				1.6 *		(متكرر)
		1.7 *		2.0 **		أحداث عنف بعد 12 (بغزو)
				2.4 **	1.8 *	(متكرر)
			1.2 **	1.1 *	1.1 *	فقد ممتلكات
			1.1 **	1.1 *	1.1 *	انتقال من مكان السكن
1.5 *						فقد عائلة
				1.2 *		قتل
2.3 ***	3.9 *				2.0 *	أحداث حياة حالية (بغزو)
	8.1 **				2.7 **	(متكرر)
	2.1 *		3.2 **		1.8 **	بطالة
						فقد زوج
	3.1 *	1.6 *				مرض جنسي
5.2 ***					2.1 **	(بغزو)

القيم تمثل درجة الخطورة النسبية المعدلة (Adjusted Odds Ratio) بعد ضبط تأثير المتغيرات الديموغرافية (الجنس و العمر و مكان السكن)
 * يقاس الدلالة الإحصائية p ≤ 0.05 عند ** عند 0.01 *** عند 0.001