الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

"الصّحة النّفسيّة لدى اللاجئات السوريات في ظلّ الأزمات في لبنان"

(دراسة وصفيّة مسحيّة مقارنة على عيّنة من اللاجئات السوريات في مدينة بيروت)

إعداد الباحثة:

ريم فوّاز

باحثة في مرحلة الدكتوراه في الجامعة اللبنانيّة
قسم علم النفس

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

الملخّص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الوقوف على واقع الصحّة النفسيّة لدى اللاجئات السوريات في ظلّ الأزمات، وإلى التعرّف على الفروق في مستويات الصّحة النفسيّة لديهم قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت. ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي ذو النمط المسحي المُقارن، وتضمّنت العيّنة (219) لاجئة سورية مقيمة في مخميات مدينة بيروت في لبنان، تراوحت أعمارهم بين (17 – 80) سنة. وقد تمّ إعداد إستمارة خاصّة بالبيانات الديمغرافيّة، وقائمة الأعراض المرضيّة المعدّلة Symptom checklist–90. أظهرت النتائج أنّ اللاجئات السوريات يتمتعن بدرجات متوسطة من الصّحة النفسيّة. كما أظهرت وجود فروق دالّة إحصائيّاً في مستويات الصّحة النّفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت.

الكلمات المفتاحية: الصّحة النّفسيّة – الأعراض المرضيّة – الأزمات – إنفجار مرفأ بيروت – اللاجئات السوريات.

المقدّمة:

يواجه لبنان منذ العام (2019) أزمات متعددة، بدءاً بالتظاهرات والإعتصامات، مروراً بجائحة كوفيد COVID–19، وصولاً إلى إنفجار مرفأ بيروت الذي يُعدّ ثالث أكبر إنفجار في العالم، بالإضافة إلى الإنهيار الأمني والإقتصاديّ والسياسيّ التالي أو اللاحق للإنفجار. ويعدّ لبنان من الدول الذي يحتوي على أكبر تجمّع للاجئين السوريين في العالم؛ فمنذ بدء الصراع في سوريا سعى ما يُقدّر بمليون لاجئ إلى البحث عن الأمان في لبنان. ممّا شكّل ضغطاً كبيراً على بلدٍ ضعيف وعلى سكانه، من ضمنهم اللاجئين السوريين وغير السوريين، الذين يُعتبرون الفئات الأكثر ضعفاً وهشاشةً ذلك أنهم لا يتمتعون بإمكانيّة الوصول المُنتظم إلى الخدمات الأساسيّة كالمياه والصرف الصحيّ والبُنية التحتيّة والخدمات الصُحيّة، إلخ. وهذه الأزمات المتتاليّة، وخاصة الأزمة الإقتصاديّة العميقة جعلت (75%) منهم يعيشون تحت خط الفقر (Fouad, Barkil–Oteo & Diab, 2021: 1 – 2).

وقد أكدّت مفوضيّة الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR Regional Bureau for MENA (2020) على أن اللاجئين وطالبي اللجوء والمشردين داخليّاً وعديمي الجنسيّة يُعانون مسبقاً من القلق والخوف بشأن أوضاعهم القانونيّة والإقتصاديّة غير المؤكدة في البلاد. وقد أدّت جائحة كوفيد وإنفجار مرفأ بيروت والأزمات المُتلاحقة إلى تفاقم نقاط الضعف لديهم، كما وسببّت في العديد من المشكلات المرتبطة بسوء الصحة النفسيّة والعقليّة، التي بدورها تؤدي إلى عواقب نفسيّة وإجتماعيّة طويلة الأمد.

وفي هذا الإطار، أشارت منظمة الصّحة العالمية World Health Organization (WHO) (2022) إلى أن أغلبية الأشخاص المتضررين من الأزمات سيصابون بالضيق النفسيّ، وسيعانون من مشاعر القلق والحزن، أو اليأس، أو الغضب، و/أو الأوجاع والآلام الجسديّة، ممّا سيؤدي إلى ازدياد معدّل انتشار الإضطرابات النفسيّة الشائعة كالإكتئاب والقلق بأكثر من الضِعف في ظلّ هذه الأزمات. وبيّنت أن واحد من بين (5) أشخاص من الذين شهدوا حروباً أو نزاعات أخرى في الأعوام العشرة الماضية – أيّ ما يُعادل (20%) – سيُصاب بالإكتئاب، أو القلق، أو إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، أو الإضطراب ثنائيّ القطب، أو الفُصام. كما أشارت إلى أن مستويات الإكتئاب والقلق تزداد مع التقدم بالعمر، وتشيع لدى النساء أكثر منه عند الرجال. ويُفسّر مركز نظرة للدّراسات النسويّة ذلك بأن (50%) من النساء يقضين وقتهن في الإهتمام بالآخرين وتلبية إحتياجاتهم خلال الأزمات والطوارئ، ممّا يجعلهن أكثر عرضة للمعاناة من الضغوط النفسيّة وما يترتب عنها من أعراض نفسيّة وجسديّة ومشاكل في الصّحة النفسيّة. وممّا لا شكّ فيه أن الأزمات

التي يشهدها لبنان منذ العام (2019) وحتى يومنا هذا، أثّر بشكل سلبيّ على الظروف المعيشيّة والإجتماعيّة للأشخاص بشكل عام، وأثّر على صحتهم الجسديّة والنفسيّة، خاصة النساء.

إنطلاقاً ممّا سبق، ستحاول هذه الدّراسة إلقاء الضوء على مشكلات الصّحة النفسيّة والأعراض المرضيّة التي قد يُعاني منها الفئات الأكثر هشاشة في لبنان في ظل هذه الأزمات، وللتعرّف على الفروقات في هذه الأعراض قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت وتتالي الأزمات. ولتحقيق هذا الهدف سيتم تطبيق إستمارة البيانات الديموغرافيّة وقائمة الأعراض المرضيّة المعدّلة Symptom Checklist–90، وسيتم اختيار عيّنة عشوائيّة من اللاجئات السوريات الذين يعيشون في المخيمات المتواجدة في مدينة بيروت.

أهميّة الدراسة ومبرّرات اختيار الموضوع

يُعتبر اللجوء بيئة خصبة لظهور الضغوطات والإضطرابات النّفسيّة لطالبيه، ذلك أن اللاجئين يُعانون العديد من المشكلات الإجتماعيّة والجسديّة والنفسيّة المرتبطة بالأوضاع المعيشية الصعبة التي يعيشونها مثل الفقر، والبطالة، وعدم توفّر الخدمات الأساسيّة، إلخ التي تؤثّر على النمو النفسيّ والإجتماعيّ، وتؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات النفسيّة لديهم (المومني وعودات، 2020: 296).

في لبنان يتعرّض اللاجئون السوريون للعديد من الضغوطات نتيجة وضعهم الإجتماعيّ (لكونهم لاجئين)، فالخوف من الترحيل أو الإخلاء، والتمييز، وانخفاض سبل العيش، هي مصادر رئيسية للضيق النفسي والإجتماعيّ (UNHCR Regional Bureau for MENA, 2020). كل هذه المخاوف، بالإضافة إلى الصدمات المرتبطة بالحرب في سوريا، والأزمات المتتاليّة في لبنان، خاصة إنفجار مرفأ بيروت، كان لها تأثير كبير على الصّحة النفسيّة والرفاهيّة الإجتماعيّة للاجئين، حيث تمثّلت ردود الفعل الشائعة لديهم في الضيق الإجتماعيّ، والمشكلات المعرفيّة، والألم المزمن، وإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Fouad, Barkil–Oteo & Diab, 2021: 3).

وقد بيّنت منظمة الصّحة العالميّة WHO (2022) إزياد معدّل انتشار الإضطرابات النفسيّة في أوساط السكان المتضرّرين من الأزمات؛ وأشارت في تقريرها إلى أن حوالي (13%) منهم يُعاني من درجات متوسطة من الإكتئاب والقلق وإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، في حين أن (5%) منهم يُعاني من درجات مرتفعة من الإكتئاب والقلق وإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالإضافة إلى الفُصام وإضطراب ثُنائي القطب. وحيث أن اللاجئين يُعتبرون من الفئات الأكثر ضعفاً، بسبب وضعهم الإجتماعيّ ومخاوفهم المستمرة، يُقدّر أن تكون شدّة الأعراض النفسيّة كالقلق والإكتئاب لديه أكثر شدّة من المواطنين المتضررين من الأزمات فقط.

وقد أكدّت المنظّمة بدورها على أهمية الحصول على الخدمات الأساسية، وخاصة خدمات الصّحة النفسيّة أثناء الأزمات وبعد إنتهائها. لكن، على الرغم من إزدياد مشكلات الصّحة النفسيّة في لبنان بسبب تعدّد الأزمات، وإزدياد إتصالات ومكالمات خطوط المساعدة النفسيّة helpline في لبنان، فإن عدد الإختصاصيين والأطباء النفسانيّين غير كافٍ، ذلك أنه يوجد طبيبين نفسيين فقط لكل (100000) شخص في لبنان (Hashim, Uakkas, Reda, Ramadhan & Al Mostafa, 2021).

من هنا تظهر أهمية الدّراسة الحاليّة، ففي – في حدود العلم والإطلاع – قليلة هي الدّراسات التي تتناول الفئات الأكثر هشاشةً، بحيث أن أغلبيّة الدّراسات المتواجدة عن اللاجئين يتمّ إجراءها من قبل الجمعيات أو المنظمات غير الربحيّة NGO التي تُعنى بشؤون

اللاجئين وبتقديم الخدمات لهم. كما تكتسب أهميتها النظرية من أهميّة الموضوع نفسه الذي يتمثّل بتحديد أبرز المشكلات والأعراض المرضيّة النفسيّة التي يُعاني منها اللاجئات السوريات في لبنان في ظل الأزمات المتتاليّة.

وتتجلى الأهميّة العمليّة للدّراسة الحاليّة في النقاط الآتية:

- قد تُساهم في حثّ المعنيين في الوزارات والإدارات الرسميّة إلى الإهتمام بالأوضاع المعيشيّة في لبنان وخاصة تلك المرتبطة بالوضع الإجتماعيّ للاجئين السوريين.
- قد تساهم في دفع مفوضيّة الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين UNHCR Regional Bureau for MENA والجمعيات أو المنظمات غير الربحيّة NGO إلى ضمان وصول جميع اللاجئين إلى الخدمات الأساسيّة وخاصة خدمات الصّحة النفسيّة. كما قد تدفعها إلى القيام بالإجراءات الوقائيّة والعلاجيّة اللازمة للحدّ من انتشار وتطوّر الأعراض المرضيّة لدى اللاجئين.
- قد تساهم في تعرّف اللاجئين على أبرز المشكلات والأعراض المرضيّة النفسيّة التي يُعانون منها في ظلّ الأزمات المتتاليّة، ممّا قد يدفعهم إلى الوصول إلى خدمات الصّحة النفسيّة.
- قد تدفع بالإختصاصيين وطلبة علم النفس والطب النفسيّ في القيام بحملات تطوعيّة لتقديم خدمات الصّحة النفسيّة، وخاصة تللك المرتبطة بالدعم النفسيّ الإجتماعيّ، والتثقيف النفسيّ.
- قد تدفع إلى إزالة الوصمة الإجتماعيّة المرتبطة بالصّحة النفسيّة، خاصة بين اللاجئين، من خلال تبيان أبرز الأعراض المرضيّة النفسيّة التي يُعانون منها كجماعة، وليس كأفراد.

الدراسات السابقة وبناء الإشكاليّة

توجّهت العديد من الدّراسات إلى دراسة الأعراض المرضيّة بشكل عام، وقليل من الدّراسات التي تناولت اللاجئين السوريين – في حدود العلم، وتأثير الأزمات على صحتهم النفسيّة، وسيتم عرض أبرز الدراسات التي تناولت كلّ من الأعراض المرضيّة واللاجئين السوريين في الآتي:

دراسة "روغري، وجارك، والزين، وفيرديلي، وفولك" K. Ruggeri, H. Jarke, L. El-Zein, H. Verdeli & T. Folke (2021) في لبنان. هدفت هذه الدّراسة إلى التعرّف على العلاقة القائمة بين الصّحة النفسيّة وبين إتخاذ القرار وتجنّب استخدام أو الحصول على الخدمات الصحيّة، وعمّا إذا كانت هذه الأنماط موجودة بين الفئات السكانيّة الثلاثة. تألّفت العيّنة من (700) فرداً مقيماً في لبنان من اللبنانيين واللاجئين السوريين والفلسطينيين من لبنان. وتمّ إستخدام مقياس إتخاذ القرار، ومقياس المُخاطرة، ومقياس الصّحة النفسيّة، والثقة. وتوصّلت الدّراسة إلى وجود علاقة إرتباطيّة بين المستويات المرتفعة من الرفاهيّة الذاتيّة مرتبطة بالمستويات المرتفعة من إتخاذ القرار والمخاطرة لدى اللاجئين، ولكن هذه العلاقة لم تتواجد لدى اللبنانيين، كما تبيّن عدم وجود فروق في مستويات الرفاهيّة النفسيّة الذاتيّة ومستويات المخاطرة بين اللبنانيين وبين اللاجئين، وبين السوريين والفلسطينيين أنفسهم. وقد كانت مستويات الثقة منخفضة لدى جميع الفئات وخاصة لدى الفلسطينيين الذي سجلوا أدنى درجات للثقة.

دراسة "نعل، ونابلسي، وأرناؤوت، وعبدوني، وديماسي، وحرب" وآخرون H. Naal, D. Nabulsi, N. El Arnaout, L. Abdouni, H. Dimassi, R. Harb et al (2021). هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى إنتشار الأعراض الإكتئابيّة وعلاقتها ببعض المتغيّرات الديموغرافيّة والارتباطات العياديّة لدى اللاجئين السوريين في لبنان. تمّ إستخدام المنهج الوصفي – الدراسة المستعرضة،

وتألّفت العيّنة من (3255) لاجئاً ولاجئة سوريّة من أربع مخيمات في لبنان (بيروت، والبقاع، والشمال، والجنوب). تمّ إستخدام إستمارة صحة المريض (PHQ–9) لقياس الأعراض الإكتئابيّة لدى اللاجئين السوريين. وبيّنت نتائج الدّراسة بأن (22%) من أفراد العيّنة سجلوا مستويات متوسطة إلى شديدة من الأعراض الإكتئابيّة، أي (1) من كلٍ (4) لاجئ يُظهر أعراض إكتئابيّة متوسطة إلى شديدة.

دراسة "فواز أيوب المومني، وفاطمة علي عودات" (2020) هدفت هذه الدّراسة إلى التعرّف على مستويات الصّحة النفسيّة لدى اللاجئين السوريين في الأردن في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافيّة كالنوع الإجتماعيّ والعمر وعدد سنوات الإقامة في الأردن ومكان السكن والمستوى التعليميّ والحالة الإجتماعيّة. وقد تم إعتماد المنهج الوصفيّ، واستخدم مقياس الصّحة النفسيّة على عيّنة من (1095) لاجئ ولاجئة. أظهرت النتائج مستوى متوسط من الصّحة النفسيّة وجميع أبعادها (القلق والإكتئاب والتحكّم بالسلوك والتأثير الإيجابيّ) لدى أفراد العيّنة، كما تبيّن وجود فروق دالّة إحصائياً في مستويات الصحة النفسيّة تُعزى إلى متغيرات النوع الإجتماعيّ والعمر لصالح الأصغر سناً، وعدد سنوات الإقامة في الأردن ومكان السكن والحالة الإجتماعيّة، في حين تبيّن عدم وجود فروق في مستويات الصّحة النفسيّة تُعزى لمتغيّر المستوى الدّراسيّ.

دراسة "مهند فرعون، وصهيب التخاينة" (2020)؛ هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الوجود النفسيّ الممتلئ وبين أعراض إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى اللاجئين في الأردن. لتحقيق أهداف الدّراسة تمّ إعتماد المنهج الوصفي الإرتباطيّ، وتمّ إعداد كُلٍ من مقياس الوجود النفسيّ الممتلئ ومقياس إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تألّفت العيّنة من (176) لاجئاً ولاجئة من المراجعين في مؤسسة نور الحسين بجميع فروعها. وتوصّلت الدراسة إلى وجود مستويات متوسطة من الوجود النفسيّ الممتلئ وإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العيّنة، بالإضافة إلى وجود علاقة عكسيّة بين الوجود النفسيّ الممتلئ وبين إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالّة إحصائياً في مستويات الوجود النفسيّ تُعزى لمتغير النوع الإجتماعيّ لصالح الذكور ومتغيّر الحالة الإجتماعيّة لصالح المتزوجين. في حين لم يتبيّن وجود فروق دالّة إحصائياً في مستويات إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تُعزى لمتغيّر النوع الإجتماعيّ .

دراسة "اللحام، وعلي، وموصلي، ونحاس، وعلم الدين، وفينابلسز" D. Al–Laham, E. Ali, K. Mousally, N. Nahas, A. Alameddine & E. Venables (2020)؛ هدفت إلى التعرّف على التصوّرات حول الصّحة النفسيّة وتأثيرها على السلوك الصحيّ لدى اللبنانيين واللاجئين السوريين في وادي خالد في شمال لبنان. تمّ إستخدام المنهج الوصفيّ النوعيّ، وقد تمّ إجراء مناقشات جماعيّة مركّزة ومقابلات مع عيّنة مؤلفة من (54) فرداً (ذكور وإناث) من اللبنانيين والسوريين المقيمين في منطقة وادي خالد. أظهرت النتائج أن المرض النّفسيّ مرتبط بالوصمة الإجتماعيّة، والعار، والخوف لدى اللبنانيين والسوريين، والمعتقدات حول المرض النفسيّ ارتبطت بشكل قويّ بالمعتقدات الدّينيّة ومنها الإيمان بالجنّ. والمعالجين الدينيّين أعتبروا خط المساعدة الأوّل لأولئك الذين يُعانون من الأمراض النفسيّة، ويتمّ إدراكهم بأنهم مقبولون ثقافياً وإجتماعياً وأقل وصمة مقارنة بإختصاصيّ الصّحة النفسيّة.

دراسة "نجاح محمد الشرمان وعمر مصطفى الشواشرة" (2020)، هدفت الدّراسة إلى الكشف عن مستويات التشوهات المعرفيّة لدى الطالبات اللاجئات السوريات في محافظة إربد في الأردن. وتمّ إعتماد المنهج الوصفيّ الدراسة المسحية، وتألّفت العيّنة من (200) طالبة من اللاجئات السوريات في المدارس الثانوية الحكوميّة. وتمّ إعداد مقياس للتعرّف على التشوهات المعرفيّة لدى الطالبات. أظهرت نتائج الدّراسة وجود مستويات متوسطة من التشوهات المعرفيّة لدى الطالبات، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في جميع أبعاد التشوهات المعرفيّة لدى الطالبات تبعاً لمتغيّر التحصيل الدّراسيّ ما عدا بُعديّ الإستنتاج الإعتباطي، والمقارنات الخطأ.

دراسة "إلهام ربابعة وأحمد الصمادي" (2020) هدفت هذه الدّراسة إلى التعرّف على مستوى الإغتراب هدفت هذه الدراسة إلى التحقّق من مستوى الاغتراب النفسي لدى الطالبات اللاجئات السوريات وعلاقته بمتغيريّ نوع الأسرة ومدة اللجوء. وإعتمد المنهج الوصفيّ، وتضمنت عيّنة الدّراسة (600) طالبة في المرحلة الثانوية من محافظة إربد، وتمّ تطوير مقياس الاغتراب النفسي. وقد توصّلت الدراسة إلى أن مستوى الاغتراب النفسي لدى الطالبات كان بدرجة متوسطة، وتبيّن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة بين الطالبات اللاجئات السوريات تُعزى لمتغيّر نوع الأسرة ولمتغيّر عدد سنوات اللجوء.

دراسة "رامي عبدالله طشطوس وصالح محمد الأسمر" (2019)، هدفت إلى التعرّف على مستوى الأعراض النفسيّة المرضيّة لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنيّة. وقد إعتمد المنهج الوصفي، وإستخددم مقياس الأعراض النفسيّة المرضيّة. وتضمنت العيّنة (543) طالب وطالبة في الصفوف الثامن والتاسع والعاشر. وقد أظهرت الدّراسة أن القلق جاء في المرتبة الأولى بمستوى مرتفع، ومن ثم العدوانيّة جاءت في المرتبة الثانية بمستوى مرتفع، ومن ثم الرهاب جاء في المرتبة الثالثة بمستوى مرتفع، يليه الإكتئاب جاء في المرتبة الرابعة بمستوى متوسط، ومن ثم الوسواس القهري جاء في المرتبة الخامسة بمستوى منخفض، وفي المرتبة الأخيرة الأعراض الجسديّة بمستوى منخفض. كما تبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في الأعراض النفسية المرضيّة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، إذ أظهرت الدّراسة أم مستويات الإكتئاب والوسواس القهريّ وأعراض الجسديّة لدى الإناث أعلى من الذكور. كما تبيّن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في الأعراض المرضيّة تبعاً لمتغيرات مدة الإقامة والصف وفقدان أحد أفراد الأسرة.

يُلاحظ بعد هذا العرض لأبرز الدراسات التي تناولت الصّحة النفسيّة ومشكلاتها لدى اللاجئين، أن أغلبية الدّراسات كانت قد أجريت في الأردن، وبعضها أجري في لبنان. وقد هدفت الدّراسات التي تمّ إجراءها في لبنان إلى التعرّف على التصوّرات حول الصّحة النفسيّة وتأثيرها على السلوك الصحيّ لدى اللبنانيين واللاجئين السوريين وإلى الكشف عن مدى إنتشار الأعراض الإكتئابيّة لدى اللاجئين من الجنسين. كما أن الدّراسات السابقة لم تتطرق إلى أثر الأزمات وإنفجار مرفأ بيروت على مستويات الصّحة النفسيّة. ونظراً إلى أن أغلبية الدّراسات أشارت إلى أن الإناث أكثر تأثراً بالأزمات وأكثر معاناة من مشكلات الصّحة النّفسيّة، تتجلّى أهميّة الدراسة الحاليّة التي تناولت اللاجئات الإناث فقط، وهي تطرح الإشكاليّة الآتية:

ما هو مستوى الصّحة النّفسيّة لدى اللاجئات السوريات في مدينة بيروت خلال الأزمات في ضوء بعض المتغيّرات الديموغرافيّة؟

أسئلة الدّراسة؛ استنادًا إلى الإشكاليّة الواردة أعلاه تطرح الدراسة الأسئلة الآتية:

1. ما هو مستوى الصّحة النّفسيّة لدى اللاجئات السوريات خلال الأزمات؟
2. هل توجد فروق في مستويات الصّحة النّفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت؟

فرضيات الدّراسة؛ تفترض الدراسة الآتي:

1. يُعاني اللاجئات السوريات من مستويات منخفضة من الصّحة النّفسيّة خلال الأزمات.
2. توجد فروق دالّة إحصائيّاً في مستويات الصّحة النّفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت.

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

أهداف الدّراسة

تهدف الدّراسة الحاليّة بشكلٍ عام إلى التعرّف على مستويات الصّحة النّفسيّة لدى عيّنة من اللاجئات السوريات في مدينة بيروت خلال الأزمات (جائحة كورونا، إنفجار مرفأ بيروت، والأزمة الإقتصاديّة، إلخ) في ضوء بعض المتغيّرات الديموغرافيّة.

وتتمثّل الأهداف الفرعيّة للدّراسة في الآتي:

- تحديد أبرز مشكلات الصّحة النّفسيّة والأعراض المرضيّة التي يُعاني منها اللاجئات السوريات في المخيمات في مدينة بيروت في ظلّ الأزمات.
- التعرّف على الفروق في مستويات الصّحة النّفسيّة والأعراض المرضيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت وتتالي الأزمات.
- مساعدة اللاجئين على تفسير مشكلات الصّحة النّفسيّة والأعراض المرضيّة التي يُعانون منها، وإكسابهم مهارات للتخفيف وللحدّ من هذه الأعراض، بالإضافة إلى مساعدتهم على تطوير أساليب مواجهة فعّالة للتعامل مع الأزمات.

حدود الدراسة

تتحدّد نتائج الدراسة الحالية بالمحدّدات الآتية:

- الحدود الجغرافيّة: وتمثّلت بكُلٍ من مخيم برج البراجنة ومخيّم شاتيلا وصبرا للاجئين في مدينة بيروت.
- الحدود الزمنيّة: أجريت الدّراسة على فترتين؛ الأولى أثناء أزمة جائحة كورونا قبل إنفجار مرفأ بيروت خلال الفترة (2020/06/11 – 2020/06/30). أمّا الثانيّة فأجريت بعد إنفجار مرفأ بيروت خلال الفترة (2020/12/09 – 2020/12/22).
- الحدود البشريّة: تكوّنت الدراسة من اللاجئات السوريات في مخيمات مدينة بيروت.

تحديد مصطلحات الدّراسة

الصحّة النفسيّة Mental Health: تعرّف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) (2014) الصّحة النفسيّة بكونها "حالة من العافية أو الرفاهيّة well-being يستطيع فيها كُلّ فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل مُنتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي".

ويُعرّف "سيلفانا جالديريسي" وآخرين Silvana Galderisi et al (2015) الصحة النفسيّة بأنها "حالة ديناميكيّة من التوازن الداخليّ والتي تمكّن الأفراد من إستخدام قدراتهم للتوافق مع القيم العالميّة للمجتمع؛ بحيث تمثّل العلاقة المتناغمة بين الجسد والعقل أو النفس مكونات مهمة للصّحة النفسيّة التي تُسهم، بدرجات متفاوتة، في حالة التوازن الداخليّ. ويمتاز ذوي الصحة النفسيّة الجيّدة بالمهارات المعرفيّة والإجتماعيّة الأساسيّة، والقدرة على التعرّف على المشاعر والتعبير عنها وتعديلها، والتعاطف مع الآخرين، والمرونة والقدرة على التعامل مع أحداث الحياة السلبيّة، والعمل أو الأداء في الأدوار الإجتماعيّة" (2015: 231 – 232).

ويرى "محمد أحمد عبد الخالق" (2015) بأنها "حالة إنفعاليّة معرفيّة مركبة، دائمة نسبياً، من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل، والإقبال على الحياة، مع شعور بالنشاط والقوة والعافيّة" (2015: 30).

ويُشير "كوري كيز" Corey Keyes إلى وجود ثلاث مكونات للصّحة النفسيّة هي الرفاهيّة العاطفيّة، والرفاهيّة النفسيّة والرفاهيّة الإجتماعيّة؛ تشمل الرفاهيّة العاطفيّة السعادة والإهتمام بالحياة والرضا، أما الرفاهيّة النّفسيّة فتشمل تقدير الذات والقدرة على إدارة مسؤوليات الحياة اليوميّة وإقامة علاقات جيدة مع الآخرين، في حين أن الرفاهيّة الإجتماعيّة تُشير إلى الأداء الإيجابيّ في المجتمع والمساهمة الإجتماعيّة والشعور بالإنتماء والتماسك الإجتماعيّ (Galderisi et al, 2015).

عرضت جميع هذه التعريفات الصّحة النفسيّة من الناحيّة الإيجابيّة؛ فقد اشارت إلى الدور الإيجابيّ الذي تؤديه الصّحة النفسيّة في مساعدة الفرد على تحقيق التوافق الذاتيّ والإجتماعيّ والمهنيّ، بحيث يتمكّن الفرد من الشعور بالرضا والسعادة. كما ويمكن من خلال هذه التعريفات الإستدلال على العديد من مظاهر الصحة النفسيّة، والتي تتمثّل في التكيّف والتوافق مع أحداث الحياة السلبيّة، القدرة على إقامات علاقات إجتماعيّة والإنتماء للجماعة، والقدرة على الإنتاج والعمل، والقدرة على إدراك الإمكانات والمهارات بشكل واقعيّ، والشعور بالكفاية الذاتيّة، إلخ.

ويتم تحديد مستوى الصحّة النفسيّة في الدّراسة الحاليّة من خلال المقياس المُستخدم.

اللاجئ refugee: تُعرّف اتفاقيّة جنيف Geneva Convention (1951) بأنه شخص غير قادر أو غير راغب في العودة إلى بلده الأم، إذّ لديه خوف مبرّر من التعرّض للاضطهاد لأسباب تتعلق بالعرق أو الدين أو الجنسية أو الانتماء إلى مجموعة اجتماعية معينة أو الرأي السياسي (Moldovan, 2016).

الجانب النظري للدّراسة

يعتبر موضوع الصحة والمرض من أقدم الموضوعات التي إهتمت البشرية بدراستها؛ ومع التطوّر التاريخيّ لموضوع الصحة والمرض، ومع تطوّر علم النفس الحديث، برز مفهوم الصحة النفسيّة كإحدى الموضوعات الأساسيّة في علم النفس. وقد زاد الإهتمام بدراسة الصّحة النفسيّة وبالعوامل التي تؤدي إلى تحقيق صحة نفسيّة جيّدة أو سليمة نظراً لأهمية هذا المفهوم وأثره على الفرد وعلى المجتمع. ذلك أن الفرد الذي يتمتّع بصحة نفسيّة جيّدة يُساهم في إزدهار وتطوّر وتنمية المجتمع الذي يعيش فيه.

مظاهر الصحّة النفسيّة

لقد حاول العديد من العلماء تحديد مظاهر الصحة النفسيّة، وذلك بهدف التعرّف على وجودها وبهف قياسها بطريقة علميّة وموضوعيّة. وبعد العديد من الدّراسات التي أجريت على الصّحة النفسيّة والمرض النفسيّ، توصّل الباحثين إلى عدد من المظاهر النفسيّة والسلوكيّة والمعرفيّة والإجتماعيّة التي يتميّز بها ذوي الصّحة النفسيّة الجيّدة. فقد بيّنت "سليمة جعرير" (2017) أن مظاهر الصّحة النفسيّة الجيّدة تتحدّد في التالي:

1. القدرة على التكيّف الإجتماعيّ وتكوين علاقات إجتماعيّة سليمة.
2. نجاح الفرد في عمله ورضاه عن نفسه.
3. الإمتثال والتمسّك بمجموعة من القيم الإيجابيّة مثل الأمانة والصدق والوفاء والإخلاص.
4. الثقة بالنفس وبالآخرين.
5. الإرادة القوية والأهداف الواضحة.

6. التكيّف الذاتيّ والإتزان الإنفعاليّ.
7. القدرة على ضبط الذات وتحمّل المسؤولية.
8. الإستقلال والثبات في الإتجاهات.
9. الواقعيّة في الطموح والأهداف.

وأشارت "ماري جاهودا" Marie Jahoda (1958) إلى أنّ الصّحة النفسيّة قد تكون وظيفة ثابتة ودائمة للشخصيّة تؤدي إلى إختلافات يمكن التنبؤ بها في السلوك والمشاعر إعتماداً على المواقف الضاغطة التي يجد الفرد نفسه فيها. أو قد تكون وظيفة مؤقتة للشخصيّة وللموقف (Franklin & Jackson, 1990). كما حدّدت "جاهودا" خمسة مظاهر للصحة النّفسية الإيجابيّة، وهي:

1. الواقعيّة :Being realistic وهي قدرة الفرد على مقارنة نفسه مع الآخرين بطريقة موضوعيّة، بحيث تُساهم هذه المقارنة في تحقيق صورة مماثلة لتلك التي يحملها الآخرون.

2. قبول الذات :Self-acceptance قبول الفرد لذاته دون أيّ شكاوى، وعدم الشعور بالسوء أو النقص.

3. الإستثمار في المعيشة :Investment in living الإهتمام الإيجابيّ بالأفراد الآخرين، والرغبة في الإنتماء للأفراد والأشياء من حوله. بالإضافة إلى وضع الفرد أهداف طويلة المدى في الحياة، ووجود دافع كافٍ لتحقيق هذه الأهداف.

4. الإستقلاليّة :Independence القدرة على إتخاذ قرارات مستقلة من مجموعة متنوعة من المثيرات البيئيّة.

5. السيطرة على البيئة :Environmental mastery قدرة الفرد على تلبيّة أو تحقيق العوامل الستة التالية:

- إظهار القدرة على الحب.
- إظهار الكفاية في العمل والحب واللعب.
- الكفاية في العلاقات الشخصيّة.
- الفعّاليّة في تلبية الإحتياجات الظرفيّة أو الموقفيّة.
- القدرة على التوافق.
- الفعّاليّة في حل المشكلات (Sharma, Atri & Branscum, 2013).

ويُضيف "محمد أحمد عبد الخالق" (2015) أن الخلوّ النسبيّ من أعراض الإضطرابات النفسيّة والعقليّة والسلوكيّة من المؤشرات الأساسيّة للصحة النفسيّة الجيّدة. وهذا يُشير إلى نسبيّة الصحة النفسيّة، ذلك أن الصّحة (نفسيّة أم جسديّة) والمرض (النفسيّ أو الجسديّ) هما مفهومين يترابطان ويتداخلان فيما بينهما؛ وهذا ما أشار إليه "آرون أنتونوفسكي" Aaron Antonovsky (1987) حين قال "أن مفهوميّ الصحة والمرض يمثّلان نهايتيّ الخط المتصل" (عبدالله، 2012). ما يعني أنّه كلما إبتعد الفرد عن الصّحة إقترب أكثر بإتجاه المرض وبالعكس.

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

النظريات المُفسّرة للصّحة النّفسيّة

هناك العديد من النظريات البيولوجيّة والنفسيّة والإجتماعيّة التي حاولت تفسير سلوك الإنسان، والنظر إلى مفهوم الصحة النفسيّة، وأسباب سوء الصحّة النفسيّة ونشأة الإضطراب النفسيّ؛ وفيما يلي عرض لهذه النظريات.

1. النظريّة البيولوجيّة

ترى المدرسة البيولوجيّة أو ما يُعرف بالمنحى الطبيّ الحيويّ Biomedical Model للإضطرابات النفسيّة، أن الصحة النفسيّة هي خلوّ الفرد من المرض النفسيّ. وتُفسّر هذه المدرسة الإضطرابات النفسيّة بكونها مرض مثل أي مرض جسديّ. حيث بدأ الإهتمام بدراسة العلاقة بين بُنية الدماغ وبين السلوك البشريّ بعد التطوّر الحاصل في المجال الطبيّ الذي أظهر وجود مكوّن وراثيّ للإضطرابات النفسيّة ومن خلال التقدم الصيدلانيّ الذي أظهر أثر الأدوية الكيميائيّة على علاج الأمراض النفسيّة (Schwartz & Corcoran, 2010). ومن وجهة النظر هذه، فإن الإضطراب النفسيّ أو المرض النفسيّ هو مرض في الدماغ، وهو ينتج عن تشوهات جينيّة حيويّة (Deacon & McKay, 2015) مثل وجود تلف في الدماغ، أو خلل في النواقل العصبيّة، أو عدم التوازن في مستوى بعض المواد الكيميائيّة في الدماغ. وقد ينتج أيضاً عن سوء إستخدام المواد (Beckett, 2017).

2. النظريات النفسيّة

تُركّز النظريات النفسيّة على العوامل الفرديّة التي ينتج عنها أفكاراً، ومشاعر، وسلوكيات عير طبيعيّة. وتنقسم هذه النظريات النفسيّة إلى: نظرية التحليل النفسيّ، والنظريّة السلوكيّة، والمعرفيّة، والغشطالتيّة، والإنسانيّة، والوجوديّة. وفيما يلي تفسير لهذه النظريات:

أ- نظرية التحليل النفسيّ: تفترض هذه المدرسة أن الصحة النفسيّة هي قدرة الفرد على كبت الدوافع الغريزيّة والرغبات غير المقبولة إجتماعياً، وإشباع تلك الدوافع المقبولة إجتماعياً. ويرى روّاد هذه النظريّة، وعلى رأسهم "سيجموند فرويد" Sigmund Freud، أن سلوك الإنسان ينتج عن التفاعل بين ثلاثة أجهزة للشخصية وهي: الهوْ Id، والأنا Ego، والأنا الأعلى Super Ego؛ بحيث يعمل الهوْ من خلال ما يُعرف بمبدأ اللذة، وهو يسعى بإستمرار إلى إشباع الدوافع البيولوجيّة والغريزيّة، ويتصف بعدم إرتباطه بالواقع. أما الأنا فهو الجزء الذي يرتبط بالواقع والمصدر الوحيد للتواصل مع العالم الخارجيّ، وهو يعمل على أساس مبدأ الواقع، وتُشكل الأنا الوسيط بين الواقع والهوْ، حيث أنها تعمل بإستمرار على في تطوير استراتيجيات للتعامل مع مطالب الهوْ غير الواقعيّة. في حين تُمثّل الأنا الأعلى الجوانب الأخلاقيّة والمثاليّة للشخصيّة، وهي تتكوّن في مرحلة الطفولة نتيجة لما يتعلّمه الفرد من قيم ومبادئ أخلاقيّة ومثاليّة، وهي تعمل من خلال الأنا على منع إشباع دوافع الهوْ الغير مقبولة إجتماعيّاً، وبالتالي فهي مصدر الأوامر والنواهي الإجتماعيّة، كما تتصّف بكونها لا تتصل بالواقع، وبكونها غير واقعيّة في مطالبها بالكمال (Feist & Feist, 2008).

وهكذا فإن الصحة النفسيّة الجيّدة هي قدرة الأنا على تحقيق التوازن بين مطالب الهوْ والأنا الأعلى وبين الواقع (النعاس، 2008) بحيث يتمّ دمج كُل من الهوْ والأنا الأعلى في الأنا التي تعمل بسلاسة وتآلف للوصول إلى أدنى حدّ من الصراع. وعندما تفقد الأنا القدرة على تحقيق التوازن بين الهو والأنا الأعلى، سيواجه الفرد العديد من الصراعات الداخليّة ويُصبح عرضة للأمراض والإضطرابات النفسيّة. كما "يؤكد" فرويد على أهمية الحوادث والخبرات التي يتعرّض لها الفرد في مراحل الطفولة المبكرة، وعلى أثرها في التمتّع بصحة نفسيّة جيّدة أو سيئة في مرحلة الرشد (Feist & Feist, 2008).

ب– النظرية السلوكيّة: ترى المدرسة السلوكيّة "أن السلوك هو جميع أوجه نشاط الفرد التي يقوم بها والتي يُمكن ملاحظتها"، وترى كذلك أنّ جميع الإستجابات السلوكيّة التي يقوم بها الفرد، هي إستجابات مكتسبة، بحيث تؤدي البيئة دوراً أساسياً في تكوين هذه الإستجابات وفي تكوين شخصية الفرد؛ وتُفسر الصحة النفسيّة من وجهة النظر هذه، بأنها عبارة عن إكتساب الفرد لعادات وسلوكيات تتناسب مع مختلف المواقف التي قد يتعرّض لها، وتُساعده على مواجهة المواقف بأساليب سلوكيّة فعّالة، بحيث تكون هذه العادات والسلوكيات متناسبة مع البيئة التي يعيش فيها الفرد. فالأفراد ذوو الصحة النفسيّة الجيدة هم أولئك الذين يكتسبون سلوكيات تتناسب مع ثقافة المجتمع الذي يعيشون فيه، والأفراد ذوو الصحة النفسيّة السيئة هم الذين يفشلون في إكتساب هذه العادات، أو يكتسبون العادات التي لا تتناسب مع الموقف ومع ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد (النعاس، 2008). وهكذا فإن المدرسة السلوكية تعتبر أن "الصحة النفسيّة تتحدد بإستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، إستجابات بعيدة عن القلق والتوتر" (قطيشات والتل، 2009) وبأن الإضطرابات النفسيّة مثل القلق والإكتئاب وغيرها هي سلوك مكتسب.

ج– النظرية المعرفيّة: من وجهة النظر هذه، يرتكز كُلٍ من الصّحة النفسيّة والمرض النفسيّ على المخططات والعمليات المعرفيّة للفرد؛ ذلك أن الأمراض والإضطرابات النفسيّة تنتج عن التشوهات المعرفيّة والإدراك والتقييم السلبيّ للذات والعالم والمستقبل والتوقعات الخاطئة، والتي بدورها تجعل الفرد عرضة أكثر من غيره للإصابة بالمرض النفسيّ (قابيل، 2015). وبالتالي فإن الصحة النفسيّة في هذا الإطار تُفسّر بالقدرة على إدراك وتقييم المواقف والخبرات بطريقة عقلانيّة وإيجابيّة (قطيشات والتل، 2009). والفرد ذو الصحة النفسيّة الجيدة يتمتّع بنظام معتقدات واقعيّ في النظرة إلى الذات والعالم والمستقبل، كما يتمتّع بالتفكير الإيجابيّ، وبالقدرة على إدراك المعتقدات الخاطئة والسيطرة عليها، وبالقدرة على إستخدام أساليب مواجهة فعّالة وإيجابيّة (حجازي، 2013).

د– النظرية الغشطالتيّة: يرى "فريتز بيرلز" Fritz Perls أن الصحة النفسيّة تتمثّل في "القدرة على العيش هنا والآن بشكل حقيقيّ" وهي تتحقّق عندما يتمكّن الفرد من تحمّل مسؤولية مصيره، وعيش رغباته ومشاعره في الحاضر بطريقة تضمن إرتقائه ونموه الذاتيّ. بينما يتجلّى المرض النفسيّ في "إنعدام القدرة على مجابهة الذات"، وهروب الفرد من الحاضر والواقع الوجوديّ، إما إلى الماضي أو إلى المستقبل (حجازي، 2013).

هـ– النظرية الإنسانيّة: الصحة النفسية تبعاً للمدرسة الإنسانيّة "تعني أن يصل الإنسان إلى مستوى متكامل من الإنسانيّة وتحقيق الذات، وهذا المستوى المتكامل يختلف من فرد إلى آخر، وهكذا فالأفراد يختلفون في مستوى صحتهم النفسيّة" (النعاس، 2008). والفرد ذو الصحة النفسيّة الجيّدة هو الإنسان الفاعل الذي يصل إلى مرحلة من تحقيق الذات إلى أقصى إمكاناته، وهو يتميّز بدرجة عالية من الإستقلاليّة، وتقبّل الذات والآخرين، والتعامل الإيجابيّ مع الواقع، والشعور بالإنتماء، إلخ (حجازي، 2013). وينشأ الإضطراب أو المرض النفسيّ، من وجهة نظر المدرسة الإنسانيّة، عندما ينحرف الفرد عن طريقه في تحقيق الذات (Peterson, 2010).

و– النظرية الوجوديّة: ترى المدرسة الوجوديّة أن الإنسان مدفوع بشكل أساسيّ لإيجاد معنى في الحياة، وترى "أن الصحة النفسيّة للفرد تكون في حريته في إختيار قيم تُحدّد إطاره في الحياة وتعطي معنى لحياته" (قطيشات والتل، 2009). وهكذا فإن الصحة النفسيّة هي أن يعيش الإنسان وجوده، وأن يدرك معنى هذا الوجود والتناقضات الناتجة عنه، وكذلك أن يُدرك إمكاناته وجوانب القوة والضعف لديه، وأن يتقبّل جوانب الضعف. كما تتمثّل الصحة النفسيّة في حريّة الفرد في "تحقيق ما يريد وبالأسلوب الذي يختاره، وأن ينجح في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يكون بمثابة إطار له في حياته" (النعاس، 2008). وبالتالي، فإن المدرسة الوجوديّة تُركز على إيجاد

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

معنى للوجود أو للحياة، وتعتبر أن الإضطرابات النفسيّة هي عندما لا يستطيع الفرد أن يعيش وجوده، وأن يُدرك معنى الوجود (حجازيّ، 2013).

3. النظريات الإجتماعيّة

تُركّز النظريات الإجتماعيّة على العوامل الخارجيّة للفرد (البيئة والمجتمع) وتنظر إلى الصّحة النفسيّة على أنها القدرة على مواجهة الضغوط الناتجة عن البيئة، وبأن المرض النفسيّ هو عدم القدرة على مواجهة الضغوط البيئيّة. من أبرز هذه النظريات هي نظريّة الضغوط Stress Theory؛ ترى هذه النظريّة بأنّ الصحة النفسيّة تتمثّل في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط التي يتعرّض لها في تفاعله مع البيئة، وفي قدرته على إستخدام الموارد الإجتماعيّة والشخصيّة لمواجهة هذه الضغوط. وهي تفترض أن الضغوط البيئيّة أو الإجتماعيّة والأحداث الحياتيّة الكبرى قد تستنفذ قدرة الفرد على التكيّف والتوافق معها، وبالتالي تجعله عرضة للإصابة بالإضطرابات أو الأمرض النفسيّة. والفرد ذو الصحة النفسيّة الجيدة هو الذي يستطيع إستخدام الموارد الإجتماعيّة وإستراتيجيات المواجهة الفعّالة عند التّعامل مع المطالب البيئيّة الضاغطة؛ وهكذا فإن المرض النفسيّ ينتج عندما لا يستطيع الفرد السيطرة على تلك الضغوطات، وعندما لا يكون لديه الموارد الإجتماعيّة والشخصيّة الكافيّة لمواجهة الضغوطات. وعلاج المرض النفسيّ أو الوقاية منه من وجهة النظر هذه يتمثّل في تغيير وضع الفرد والتخلص من الضغوطات أو الحد منها، وتعليم الفرد استجابات مواجهة مختلفة، وتعزيز موارده الشخصية والإجتماعية كزيادة الدعم الإجتماعي، ورفع مستويات تقدير الذات، وتعزيز الشعور بالسيطرة (Thoits, 2010).

تعقيب على النظريات المُفسّرة للصّحة النفسيّة والمرض النفسيّ

إن العديد من النظريات فسّرت الصّحة النفسيّة ومظاهرها وسبب نشأة المرض النفسيّ؛ فقد رأت المدرسة البيولوجيّة أن الصّحة النفسيّة تتمثّل في صحة بنية الدماغ ووظائفه، وبأن المرض النفسيّ ينتج عن وجود تلف أو خلل في وظائف الدماغ، أو عن العوامل الوراثيّة. وعلى الرغم من إسهامات هذه المدرسة في تطوّر الطب النفسيّ إلا أنها لم تأخذ بعين الإعتبار العوامل النفسيّة والإجتماعيّة وأثر هذه العوامل على صحة الدماغ، وعلى الصحة النفسيّة.

وفسّرت النظريات النفسيّة الصحة النفسيّة من المنظور الفرديّ، وربطت الصّحة النفسيّة الجيّدة بإشباع الحاجات وخصوصاً الحاجة إلى تحقيق الذات، وإيجاد معناً للحياة، والتوازن بين الرغبات وبين المعايير والقيم، وإكتساب السلوكيات الملائمة للمواقف، والتفكير بطريقة إيجابيّة. وعلى الرغم من إختلاف النظريات النفسيّة في تفسيرها الصّحة النفسيّة ونشأة المرض، إلا أنها إتفقت في إرجاع الصّحة النفسيّة إلى عوامل داخليّة مرتبطة بالفرد نفسه وبأفكاره ومشاعره وحاجاته وخبراته الحياتيّة. ولكنها لم تأخذ بعين الإعتبار العوامل البيولوجيّة والعوامل البيئيّة الإجتماعيّة التي قد تؤدي إلى سوء الصّحة النفسيّة.

كما فسّرت النظريات الإجتماعيّة الصّحة النفسيّة من المجال الأوسع، وتناولت البيئة والمجتمع بأكمله؛ فهي لم تتجه في تفسيرها للصحة النفسيّة نحو الفرد، بل إعتبرت أن الصّحة النفسيّة تتحقق من خلال تحسين العوامل الإجتماعيّة والبيئيّة والمجتمعيّة للفرد، وألغت أثر مشاعر الفرد وخبراته وطرق تفكيره وحاجاته على صحته النفسيّة.

وعلى الرغم من أهميّة التفسيرات التي وضعتها مختلف النظريات والأثر التي تركته على تطوّر مفهوم الصّحة النفسيّة وتطوّر أساليب الوقاية والعلاج، إلا أنه في موضوع الصّحة النفسيّة لا يُمكن الأخذ بعامل واحد لتفسير أسباب الصّحة النفسيّة الجيّدة وأسباب نشأة

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

المرض النفسيّ. إذ أن كافة العوامل البيولوجيّة والنفسيّة والإجتماعيّة للفرد تتداخل فيما بينها وتتفاعل بإستمرار إما لتحقق صحّة نفسيّة جيّدة، وإما للوصول إلى حالة من المرض.

الصحّة النفسيّة والأزمات

تنتج عن حالات الطوارئ والأزمات العديد من المشكلات الإجتماعيّة والصحيّة، كما تتزايد شدّة ومخاطر المشكلات الموجودة مسبقاً. وتشمل المشكلات ذات الطابع النّفسيّ في الأزمات وحالات الطوارئ الآتي:

- مشكلات موجودة مسبقاً وتتفاقم مع التعرّض للأزمات، مثل الزيادة في شدّة أو حدّة الإكتئاب الذي يُعاني منه الفرد مسبقاً.
- مشكلات تنتج بشكل مباشر عن الأزمات مثل القلق، الحزن، الشعور بالضيق، سوء إستخدام الكحول والمواد الأخرى، إلخ.
- مشكلات تنتج عن عدم القدرة إلى الوصول للمساعدات الطبيّة والمعيشيّة والإجتماعيّة، مثل القلق الناتج عن الإفتقار إلى معلومات حول علاج طبيّ ما أو توزيع المساعدات الغذائيّة (تدمري، فوّاز، وحميّة، 2020).

وتختلف هذه المشكلات من فرد آخر، وفقاً للعديد من العوامل الفرديّة كموارد وقدرات الفرد، والعوامل البيئيّة كالثقافة والمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد. ويُمكن ذكر أبرز مشكلات الصّحة النفسيّة التي قد يُعاني منها الأفراد خلال الأزمات بالآتي:

- الشعور بالقلق، والخوف، والتوتر.
- صعوبة التركيز وتشتت الإنتباه.
- الشعور بالحزن.
- الشعور بالغضب، أو سرعة الإستثارة، أو العصبيّة الزائدة.
- أعراض جسديّة: مثل الصداع، الآلام جسديّة غير مبررة، إرتفاع في ضغط الدّم، ضيق تنفّس، إلخ.
- الأرق والصعوبة في النوم.
- الشعور بالتعب والخمول.
- إتباع أسلوب حياة غير صحيّ مثل الزيادة في معدل التدخين، سوء إستخدام الأدوية والمواد (مثل المهدئات، والمسكنات، والكحول، والمخدرات، إلخ)، إتباع عادات غذائيّة غير صحيّة، إلخ.
- التفكير في الموت، ووجود أفكار إنتحارية ومحاولات الإنتحار. بالإضافة إلى سلوكيات أذية الذات (نظرة للدّراسات النسوية، 2020).

منهج الدراسة ومتغيّراتها

تهدف الدّراسة الحاليّة إلى التعرّف على مستويات الصّحة النفسيّة والأعراض المرضيّة لدى اللاجئات السوريات في مدينة بيروت، وإلى الوقوف على الفروق في مستويات الصّحة النفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت، ووفقاً لعدد من المتغيّرات الديموغرافية مثل الوضع الإجتماعيّ وعدد الأولاد. ويُعتبر المنهج الوصفيّ المسحي المقارَن مناسباً لأهداف الدّراسة الحاليّة، إذ يهدف إلى وصف الظاهرة المدروسة وتحديد المشكلة، بالإضافة إلى التقييم والمقارنة (تدمري، 2020).

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

مجتمع الدّراسة

يتكوّن مجتمع الدّراسة من اللاجئات السوريات من مدينة بيروت في لبنان، من مختلف الفئات العمرية (مراهقة ورشد) والمستويات التعليميّة والوظيفيّة، وكذلك من مختلف الأوضاع الإجتماعيّة.

عيّنة الدّراسة

تنقسم عيّنة الدّراسة إلى عيّنة إستطلاعيّة، وعيّنة أساسيّة. وفيما يأتي شرح لخصائص العيّنتين:

1. **العيّنة الإستطلاعيّة:** تألّفت عيّنة الدّراسة الإستطلاعيّة من (107) من اللاجئات السوريات في مدينة بيروت، وهدفت هذه العيّنة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس على المجتمع السوريّ. وتمّ تنفيذ الأدوات بشكل مباشر خلال الفترة الزمنيّة الممتدة بين (2020/05/13) – (2020/05/29).

2. **العيّنة الأساسيّة:** تألّفت عيّنة الدّراسة الحاليّة من (219) من اللاجئات السوريات في مدينة بيروت، تراوحت أعمارهم بين (17 – 80) سنة، وقد تمّ إستخدام طريقة العيّنة المتيسّرة (عيّنة الصدفة) وذلك نظراً لسهولة هذه الطريقة في الوصول إلى أكبر عدد ممكن من اللاجئات الذين وافقوا على المشاركة في هذه الدّراسة، خاصة في فترة جائحة كورونا، بحيث تمّ تطبيق الأدوات بشكل مباشر خلال الفترة الزمنيّة الممتدة بين (2020/06/11) – (2020/12/22). وقد توزّعت العيّنة على الشكل الآتي:

جدول رقم (1): توزيع العيّنة حسب المتغيّرات الديموغرافيّة

المتغيّر الديموغرافيّ	الفئة أو المجموعة	العدد	النسبة المئويّة
الفئة العمريّة	مرحلة المراهقة (17 – 21) سنة	26	%11.9
	مرحلة الرشد (22 – 64) سنة	191	%87.2
	مرحلة كبر السن (أكثر من 64 سنة)	2	%0.9
الوضع الإجتماعيّ	متزوجة	189	%86.3
	مطلقة	12	%5.5
	أرملة	18	%8.2
عدد الأولاد	(0 – 2)	50	%22.8
	(3 – 5)	120	%54.8
	أكثر من (5)	49	%22.4
المستوى الدّراسيّ	غير متعلم	53	%24.2
	إبتدائيّ	96	%43.8
	متوسط	43	%19.6
	ثانويّ	24	%11

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

	جامعيّ	3	%1.4
الوضع الوظيفيّ	طالبة	1	%0.5
	أعمل حالياً	27	%12.3
	ربة منزل	191	%87.2
المستوى الإقتصاديّ	متدني جداً	85	%38.8
	متدني	84	%38.4
	متوسط	50	%22.8

أدوات الدّراسة

اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية:

1. **إستمارة البيانات الديموغرافيّة:** تم وضع إستمارة للبيانات الديموغرافيّة المتمثّلة بالفئة العمريّة، والوضع الإجتماعيّ، وعدد الأولاد، والمستوى الدّراسيّ، والوضع الوظيفيّ، والمستوى الإقتصاديّ.

2. **قائمة الأعراض المرضيّة المعدّلة** Symptom Checklist-90 إعداد "ليونارد ديروغاتيس" Leonard R. Derogatis (1994) وتعريب "عبد الرقيب أحمد البحيري" (2005). يتضمّن هذا المقياس تسعة مقاييس أوليّة للأعراض المرضيّة النفسيّة، والتي تُشير إلى سوء الصّحة النفسيّة، وهي: الأعراض الجسديّة Somatization، والوسواس القهريّ Obsessive compulsive، والحساسية التفاعليّة Interpersonal Sensitivity، والإكتئاب Depression، والقلق Anxiety، والعدائيّة Hostility، والرهاب Phobia، والتخيّلات البارانويديّة Paranoid Ideation، والذُهانيّة Psychoticism. وهناك سبعة بنود إضافيّة من هذه القائمة لا تندرج تحت أيّ من المقاييس الأوليّة، لكنها مشبعة على المقاييس جميعها، ولها قيمتها العياديّة.

وفي الدّراسة الحاليّة تمّ إستخدام (4) مقاييس فرعيّة من القائمة لقياس مستويات الصّحة النّفسيّة لدى أفراد العيّنة، وهي: الأعراض الجسديّة، والإكتئاب، والقلق، والعدائيّة.

تتوّزع الإجابات على مقياس خُماسيّ، وتتروح الدرجات بين (1 – 5)، وتتروح الدّرجة الكليّة على المقياس بين (41 – 205) درجة، بحيث يُشير إرتفاع الدّرجة على المقياس إلى أعراض نفسيّة مرضيّة مرتفعة ومستوى صحة نفسيّة منخفض، وبالعكس يُشير إنخفاض درجة المفحوص على المقياس إلى مستوى صحة نفسيّة مرتفع.

أ. **الصدق:** تمّ قياس صدق الإتساق الداخليّ لمقياس الأعراض المرضيّة المعدّل من خلال إيجاد مُعامل الإرتباط بين درجات الإختبارات الفرعيّة (الأعراض الجسديّة، والإكتئاب، والعدائيّة، والقلق) وبين الدّرجة الكليّة التي حصل عليها المفحوص على المقياس. ويوضّح الجدول التالي مُعامل الإرتباط هذه على الشكل التالي:

جدول رقم (2): إرتباط درجة المقاييس الفرعيّة بالدرجة الكليّة لقائمة الأعراض المرضيّة المعدّلة

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	مُعامل إرتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الأعراض الجسديّة	0.850	0.00
الإكتئاب	0.902	0.00
العدائيّة	0.810	0.00
القلق	0.910	0.00

يتضّح من الجدول أعلاه أن مُعامل الإرتباط تراوحت قيمتها بين (0.810) و(0.910) وكانت جميعها دالّة عند مستوى (0.00)، وهي مُعامل إرتباط مرتفعة تشير إلى تمتّع المقياس بالصدق وتماسك بنوده.

ب. الثبات: للتحقق من ثبات قائمة الأعراض المرضيّة تمّ إستخدام مُعامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، وقد بلغت قيمتها (0.938)، وهي مُعامل ثبات مرتفعة تُشير إلى تمتّع المقياس بالثبات.

جدول رقم (3): مُعامل ثبات ألفا كرونباخ لقائمة الأعراض المرضيّة

مُعامل ثبات ألفا كرونباخ	عدد العبارات
0.938	41

الأساليب الإحصائيّة المستخدمة في الدّراسة

لتحقيق أهداف الدّراسة والتحقّق من صدق وثبات أدوات الدّراسة وإستخراج النتائج، تمّ إستخدام عدد من الأساليب الإحصائيّة، وهي:

- المتوسّطات الحسابيّة والإنحرافات المعياريّة.
- مُعامل ألفا كرونباخ: للتحقّق من ثبات مقياس الأعراض المرضيّة.
- مُعامل إرتباط بيرسون Pearson: للتحقّق من صدق المقاييس المُستخدمة.
- إختبار "ت" للعيّنات المستقلة Independent Samples T-Test: للتعرّف على دلالة الفروق بين متوسّطات حسابيّة لمجموعتين مستقلتين أو مختلفتين.

عرض ومناقشة النتائج

نتائج الفرضيّة الأولى، والتي تنصّ على: "يُعاني اللاجئات السوريات من مستويات منخفضة من الصّحة النفسيّة خلال الأزمات".

للتحقّق من صحة هذه الفرضيّة أو خطأها، تمّ حساب المتوسّطات الحسابيّة والإنحرافات المعياريّة لكلّ بُعد من أبعاد قائمة الأعراض المرضيّة وللدرجة الكليّة على المقياس، بالإضافة إلى النسب المئويّة. والجدوليين التاليين يُبينان ذلك:

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

جدول رقم (4): التكرارات والنسب المئوية لأفراد العيّنة على قائمة الأعراض المرضيّة

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	شدّة الأعراض المرضيّة	العدد	النسبة المئويّة
الأعراض الجسديّة	منخفضة	67	%30.6
	متوسطة	92	%42
	مرتفعة	60	%27.4
الإكتئاب	منخفضة	34	%15.5
	متوسطة	81	%37
	مرتفعة	104	%47.5
العدائيّة	منخفضة	59	%26.9
	متوسطة	97	%44.3
	مرتفعة	63	%28.8
القلق	منخفضة	29	%13.2
	متوسطة	115	%52.5
	مرتفعة	75	%34.2
الدرجة الكليّة لمقياس الأعراض المرضيّة	**منخفضة**	**10**	**%4.6**
	متوسطة	**119**	**%54.3**
	مرتفعة	**90**	**%41.1**

يُظهر الجدول أعلاه أن فقط (4.6%) من اللاجئات السوريات، ومن مختلف الفئات العمريّة والإجتماعيّة والتعليميّة والإقتصاديّة، يتمتّعن بدرجة منخفضة من الأعراض المرضيّة، و(54.3%) لديهن درجة متوسطة من الأعراض المرضيّة، في حين أن (41.1%) من اللاجئات السوريات يُعانيْن من درجة مرتفعة من الأعراض المرضيّة. ممّا يُشير إلى أن فقط (4.6%) من عيّنة الدّراسة يتمتعْن بمستويات مرتفعة من الصّحة النفسيّة، وأما باقي أفراد العيّنة، أيّ (95.4%)، فيعانيْن من الأعراض النفسيّة المرضيّة بمستويات مختلفة تتراوح بين المتوسط والمرتفع، وبالتالي فإنهم يُعانين من مستويات متوسطة ومنخفضة من الصّحة النفسيّة، حيث أن (41.1%) من اللاجئات يُعانين من سوءٍ في الصّحة النفسيّة بشكل شديد، أيّ ما يُعادل تقريباً نصف العيّنة.

كما يتبيّن من الجدول أعلاه أن (27.4%) من اللاجئات يُعانيْن من مستويات مرتفعة و(42%) من مستويات متوسطة من الأعراض الجسديّة، و(47.5%) يُعانيْن من مستويات مرتفعة و(37%) من مستويات متوسطة من الإكتئاب. كما أن (28.8%) من أفراد العيّنة يُعانيْن من مستويات مرتفعة و(44.3%) من مستويات متوسطة من العدائيّة، وكذلك (34.2%) يُعانيْن من مستويات مرتفعة و(52.5%) من مستويات متوسطة من القلق، وهي نسبٌ مرتفعة جداً، وهي مؤشر لإنخفاض وسوء الصّحة النفسيّة لدى اللاجئات.

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

جدول رقم (5): المتوسّطات الحسابيّة والإنحرافات المعياريّة للأعراض المرضيّة لدى اللاجئات السوريات

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	الدرجة القصوى	متوسط الدرجات	الإنحراف المعياريّ	درجة الشّدة
الأعراض الجسديّة	60	35.05	11.03	متوسطة
الإكتئاب	65	44.23	11.51	متوسطة
العدائيّة	30	17.87	5.61	متوسطة
القلق	50	31.21	8.46	متوسطة
الدرجة الكليّة	**205**	**128.36**	**32.6**	**متوسطة**

يتضّح من الجدول رقم (5) أن الدّرجة الكليّة في شدّة الأعراض المرضيّة كانت متوسطة الشّدة، حيث بلغ المتوسّط الحسابيّ (128.36) من درجة قصوى تبلغ (205) درجة؛ ووجود درجات متوسطة الشّدة على قائمة الأعراض المرضيّة يدلّ على أن اللاجئات السوريات يُعانيْن من سوء الصّحة النفسيّة ومن بعض الأعراض المرضيّة ولكن بدرجات متوسطة. ممّا يُشير إلى عدم صحّة الفرضيّة الأولى التي إفترضت أن اللاجئات السوريات يُعانيْن من مستويات منخفضة من الصّحة النّفسيّة خلال الأزمات. وبالتالي تمّ رفض هذه الفرضيّة وقبول الفرضيّة الصفريّة أو فرضيّة العدم.

وتُظهر الدّراسة الحاليّة أن جميع بنود مقياس الأعراض المرضيّة أتت بدرجات متوسطة، كما تظهر أن الإكتئاب جاء في المرتبة الأولى، إذ أن (47.5%) يُعانيْن من مستويات مرتفعة من الإكتئاب، ومن ثم القلق في المرتبة الثانية بنسبة (34.2%)، يليه كُلٍ من العدائية في المرتبة الثالثة بنسبة (28.8%)، أما الأعراض الجسديّة فكانت في المرتبة الأخيرة بنسبة (27.4%).

في هذا الإطار، يُشير كُلٍ من "زيمرمان ومورجان وستانتون" Mark Zimmerman, Theresa A. Morgan & Kasey Stanton (2018) إلى أن الإضطرابات النّفسيّة ومشكلات الصّحة النفسيّة يتمّ تصنيفها إلى خفيف أو منخفض، أو متوسط، أو شديد وذلك حسب عدد الأعراض التي يُعاني منها الأفراد، ومستوى الضيق الناتج عن شدة الأعراض، ودرجة الخلل في الأداء الإجتماعي والمهنيّ. فيتمّ تصنيف مشكلات الصّحة النفسيّة أنها منخفضّة الشّدة عندما تتواجد أعراض قليلة، ويكون هناك شعور بالضيق ولكن بدرجة يُمكن التحكّم به، وهي تؤدي إلى خلل بسيط جداً في الأداء الإجتماعي والمهنيّ. في حين أن مشكلات الصّحة النفسيّة المرتفعة أو الشديدة المستوى فيتمّ تصنفها عندما يكون هناك عدد أكبر عدد ممكن من الأعراض، ويكون هناك شعور شديد جداً بالضيق مع عدم القدرة على السيطرة أو التحكّم به، وهي تؤدي إلى خلل شديد في الأداء الإجتماعي والمهنيّ. أما عند التشخيص بدرجات متوسطة، فإن عدد الأعراض وشدتها والخلل الوظيفيّ يتراوح بين الخفيف والشديد، بحيث قد تتفاقم هذه الأعراض وشدّتها مع استمرار الأزمات وعدم الحصول على الدّعم المعيشيّ والإجتماعيّ والنفسيّ اللازم. وبالتالي فإن اللاجئات السوريات اللواتي أظهرن مستويات متوسطة من الأعراض المرضية المتمثّلة بالأعراض الجسديّة والقلق والإكتئاب والعدائيّة هم عرضة، في ظل الأزمات التي يواجهها لبنان، من المعاناة أو تطوير أعراض أكثر شدّة من ذوي المستويات المنخفضة أو الذين لا يُعانون من أيّ أعراض نفسيّة مرضيّة.

وتتفق النتائج مع ما توصّلت إليه دراسة "نعل، ونابلسي، وأرناؤوت، وعبدوني، وديماسي، وحرب" وآخرون H. Naal, D. Nabulsi, N. El Arnaout, L. Abdouni, H. Dimassi, R. Harb et al (2021)، التي هدفت إلى الكشف عن مدى إنتشار الأعراض

الإكتئابيّة لدى اللاجئين السوريين في لبنان، بأن (22%) من أفراد العيّنة يعانون من مستويات متوسطة إلى شديدة من الأعراض الإكتئابيّة، أي (1) من كُلٍ (4) لاجئ يُظهر أعراض إكتئابيّة متوسطة إلى شديدة.

كما تتفق مع دراسة "فواز أيوب المومني، وفاطمة علي عودات" (2020) التي هدفت إلى التعرّف على مستويات الصّحة النفسيّة لدى اللاجئين السوريين في الأردن، بحيث أظهرت كذلك مستوى متوسط من الصّحة النفسيّة وجميع أبعادها (القلق والإكتئاب والتحكم بالسلوك والتأثير الإيجابيّ) لدى أفراد العيّنة، ودراسة "مهند فرعون، وصهيب التخاينة" (2020) التي بيّنت أن اللاجئين واللاجئات في الأردن يُعانون من مستويات متوسطة من إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

العديد من اللاجئين الناجيين يشعرون بالضيق، والتوتّر، والقلق، والإحباط، والحرمان، وعدم الاستقرار النفسيّ، وارتكاب الجرائم، وعدم الشعور بالأمن والأمان، وغيرها من المشكلات النفسيّة ذات تأثيرات بعيدة المدى، وذلك نتيجة الصدمات والصراعات التي تعرّضوا إليها في البلد الأم مثل احتلال داعش وما قام به من انتهاكات انسانيّة من تعذيب ووحشية، والتفجيرات، وخسارة الممتلكات الخاصة، وخسارة الدخل، وفقدان أحد أفراد الأسرة، إلخ. وممّا يزيد من حدّة هذه المشكلات النفسيّة النزوح واللجوء (الكبيسي، 2020). فعلى الرغم من أن بعض اللاجئين يتأقلمون ويتوافقون في البلد الذين لجأوا إليه، إلا أن عدد كبير منهم سيواجهون تحديات وصعوبات مرتبطة باللجوء والهجرة، مثل المشكلات المرتبطة بالإندماج الثقافي، التمييز، والعنصريّة، والكراهية. وتشير المشكلات المرتبطة بالإندماج الثقافي إلى حاجة اللاجئين إلى تعلّم مجموعة جديدة من المعايير الثقافيّة لبلد اللجوء والتوافق معها مع الحفاظ على المعايير الثقافيّة الخاصة بهم. وخلال التثاقف أو عملية التأقلم مع الثقافة قد يتمّ مواجهة عددّ من الصراعات، مثل الصراع بين الأجيال، والصراع بين الجنسيّن، والشعور بالوحدة والعزلة، والصراع الأسريّ والفرديّ نتيجة الشعور بالضغوطات المترتبة عن الحاجة للتأقلّم والتكيّف بسرعة مع الثقافة المضيفة. والتحديّ الآخر الذي يواجه المهاجرين هو الصعوبات الإقتصادية التي تنبع عادة من فرص العمل المحدودة بسبب وضعهم الإجتماعيّ والقانوني، أو فقدان الدخل، أو إجبارهم على العمل في ظروف قاسية، فالصعوبات الإقتصاديّة ترتبط بشكل كبير بالإكتئاب، والقلق، والعنف تجاه الشريك (Fernández, Pereira, Aicart & Salas, 2017).

وفي هذا الإطار، بيّن كُلٍ من "هو، وأونيل، ودايير، وبيني، وكراوشو" Hough, O'Neill, Dyer, Beaney & Crawshaw (2019) أن انتقال اللاجئين من لبنان إلى المملكة المتحدة يُساهم في التخفيف من انتشار الإضطرابات النفسيّة، وبأن الأفراد يُصبحون أكثر قدرة على أداء وظائفهم اليوميّة والتّعامل مع الضيق والضغوطات عندما تصبح ظروف الحياة أكثر استقراراً.

وهكذا، فإن السّكان السوريين يُعانون من مستويات مرتفعة من الإكتئاب، والقلق، وإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في بلادهم (Quosh, Eloul, & Ajlani, 2013). وعندما ينزحون من بيئة يتواجد فيها النزاع، محملين مسبقاً بعدد من الاضطرابات ومشكلات الصحة النفسية، إلى بلد يتواجد أيضاً فيها النزاعات والأزمات كلبنان، فذلك سيُساهم في الزيادة من شدّة الإضطرابات والمشكلات النفسيّة المسبقة لديهم، كما سيزيد من خطر الإصابة بإضطرابات أخرى مرافقة، بسبب انعدام الشعور بالأمان، وعدم القدرة على تأمين الحاجات الأساسية مثل المأكل والمشرب والبنى التحتيّة، والتمييز، والعنصريّة، إلخ.

نتائج الفرضيّة الثانيّة، والتي تنصّ على: "توجد فروق دالّة إحصائيّاً في مستويات الصّحة النّفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت".

الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

للتحقّق من صحة هذه الفرضيّة أو خطأها، تمّ إستخدام إختبار "ت" للعيّنات المستقلّة Independent t-test، بالإضافة إلى المتوسّطات الحسابيّة والإنحرافات المعياريّة. وتظهر النتائج على الشكل التالي:

جدول رقم (6): إختبار "ت" للعينات المستقلة للأعراض المرضيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	قبل/بعد الإنفجار	العدد	المتوسط الحسابيّ	الإنحراف المعياريّ	قيمة "ت"	الدلالة الإحصائيّة
الأعراض الجسديّة	قبل	107	31.07	10.03	-5.558	0.000
	بعد	112	38.84	10.63		
الإكتئاب	قبل	107	41.1	10.56	-4.069	0.000
	بعد	112	47.2	11.63		
العدائيّة	قبل	107	17.24	5.6	-1.640	0.102
	بعد	112	18.48	5.57		
القلق	قبل	107	28.24	7.41	-5.4	0.000
	بعد	112	34.04	8.46		
الدرجة الكليّة لمقياس الأعراض المرضيّة	**قبل**	**107**	**117.66**	**29.08**	**-5.006**	**0.000**
	بعد	**112**	**138.59**	**32.61**		

يتبيّن من الجدول أعلاه الفروق في مستويات الأعراض المرضيّة ككلّ والمقاييس الفرعيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت، وتُشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت على الدّرجة الكليّة لمقياس الأعراض المرضيّة، إذ بلغت قيمة "ت" (-5.006) على مستوى دلالة (0.000)، وذلك لصالح مستويات بعد الإنفجار، بحيث بلغ المتوسط الحسابيّ (138.59) بعد الإنفجار وهو أعلى من المتوسط الحسابيّ لقبل الإنفجار والذي بلغ (117.66). وتشير النتيجة هذه إلى أن اللاجئات بعد الإنفجار يُعانين من الأعراض المرضيّة ومن سوء الصّحة النفسيّة أكثر من اللاجئات قبل الإنفجار. بمعنى آخر، إن مستويات الصّحة النّفسيّة والأعراض المرضيّة لدى اللاجئات السوريات في بيروت إرتفعت بعد الإنفجار. ويُشير ذلك إلى صحّة الفرضيّة الثانيّة التي إفترضت وجود فروق دالّة إحصائيّاً في مستويات الصّحة النّفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت. وبالتالي تمّ قبول هذه الفرضيّة ورفض الفرضيّة الصفريّة أو فرضيّة العدم.

كما يُظهر الجدول وجود في فروق دالّة إحصائياً في مستويات كُل من الأعراض الجسديّة بحيث بلغت قيمة "ت" (-5.558)، والإكتئاب بقيمة "ت" (-4.069)، والقلق بقيمة "ت" (-5.4) وكانت جميعها دالّة على مستوى دلالة (0.000)، كما كانت أيضاً جميعها لصالح بعد الإنفجار، إذ سجّل اللاجئات السوريات مستويات أعلى على هذه الأبعاد بعد الإنفجار مقارنة بالمستويات قبل الإنفجار. في حين لم يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائيّاً في بُعد العدائيّة، فقد بلغت قيمة "ت" (-1.640) على مستوى دلالة (0.102) وهي أكبر من (0.05)، وبالتالي فهي غير دالّة إحصائياً.

AJSP
المجلة العربية للنشر العلمي
الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
www.ajsp.net
ISSN: 2663-5798

جدول رقم (7): المتوسّطات الحسابيّة والإنحرافات المعياريّة للأعراض المرضيّة قبل وبعد الإنفجار لدى اللاجئات السوريات

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	قبل/بعد الإنفجار	العدد	متوسط الدرجات	الإنحراف المعياريّ	درجة الشّدة
الأعراض الجسديّة	قبل	107	31.07	10.03	متوسطة
	بعد	112	38.84	10.63	متوسطة
الإكتئاب	قبل	107	41.1	10.56	متوسطة
	بعد	112	47.2	11.63	مرتفعة
العدائيّة	قبل	107	17.24	5.6	متوسطة
	بعد	112	18.48	5.57	متوسطة
القلق	قبل	107	28.24	7.41	متوسطة
	بعد	112	34.04	8.46	متوسطة
الدرجة الكليّة	**قبل**	**107**	**117.66**	**29.08**	**متوسطة**
	بعد	**112**	**138.59**	**32.61**	**مرتفعة**

يُظهر الجدول رقم (7) أن درجة شدّة الدّرجة الكليّة للأعراض المرضّية ومستويات الصّحة النفسيّة لدى اللاجئات السوريات كانت قبل الإنفجار متوسطة بمتوسط حسابي (117.66)، وقد ارتفعت مستويات الأعراض المرضيّة وإنخفضت مستويات الصّحة النفسيّة بعد الإنفجار بحيث أصبح المتوسط الحسابي (138.59). كما يُبيّن كذلك إرتفاع مستويات بُعد الإكتئاب من متوسط الشّدة قبل الإنفجار إلى مرتفع الشّدة بعد الإنفجار. في حين أن الأبعاد المتمثّلة بالقلق والأعراض الجسديّة والعدائيّة كانت وبقيت متوسطة الشّدة قبل وبعد الإنفجار مع إرتفاع بسيط في المتوسط الحسابيّ. تُشير هذه النتيجة إلى الأثر الذي يؤديه التعرّض للصدمات مثل صدمة إنفجار مرفأ بيروت على الصّحة النفسيّة وعلى ارتفاع شدّة وحدّة مشكلات الصّحة النفسيّة والأعراض المرضيّة.

جدول رقم (8): التكرارات والنسب المئوية لمرتفعي الشدّة قبل وبعد الإنفجار على قائمة الأعراض المرضيّة

المقاييس الفرعيّة لقائمة الأعراض المرضيّة	مرتفعي الشدّة	العدد	النسبة المئويّة
الأعراض الجسديّة	قبل	15	%14
	بعد	45	%40.2
الإكتئاب	قبل	34	%31.8
	بعد	70	%62.5
العدائيّة	قبل	27	%25.2
	بعد	36	%32.1
القلق	قبل	14	%13.1
	بعد	61	%54.5

الدرجة الكليّة لمقياس الأعراض المرضيّة	قبل	27	%25.2
	بعد	63	%56.3

يظهر الجدول أعلاه التكرارات والنسب المئوية لمرتفعي الشدّة قبل وبعد الإنفجار على قائمة الأعراض المرضيّة وأبعادها. ويتبيّن أن نسبة مرتفعي الأعراض المرضيّة ومنخفضي الصّحة النفسيّة قبل الإنفجار بلغت (25.2%) من مجمل العيّنة، في حين بلغت بعد الإنفجار (56.3%). كما كانت النسبة على بُعد الأعراض الجسديّة قبل الإنفجار (14%) في حين بلغت (40.2%) بعد الإنفجار. أما الإكتئاب فقد بلغت (31.8%) قبل الإنفجار و(62.5%) بعد الإنفجار، والعدائيّة بلغت (25.2%) قبل الإنفجار و(32.1%) بعد الإنفجار، والقلق بلغت (13.1%) قبل الإنفجار و(54.5%) بعد الإنفجار. ويُلاحظ من ذلك إرتفاع النسب بعد التعرّض لصدمة الإنفجار إلى أكثر من النصف.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه "ناطق فحل الكبيسي" (2020) إلى أن حوالي اللاجئات النساء والأطفال هم أكثر عرضة للمعاناة من صعوبت ومشكلات الصّحة الجسديّة والنّفسيّة خلال النزاعات والصّراعات المسلّحة، أيّ عند التعرّض لأحداث صادمة، وهم يشكلون أغلبية الضحايا.

وتتفق نتيجة الدّراسة الحاليّة بما أشار إليه كُلٍ من "أبو صالح والمبيّض" Abou-Saleh & Mobayed (2021) إلى أن مستويات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى اللاجئين السوريين تتراوح بين (16 – 84%)، والإكتئاب (11 – 49%)، والقلق (49 – 55%) بحيث أن التعرّض للصدمات هو عامل خطر للإصابة بهذه الإضطرابات أو مشكلات الصّحة النفسيّة وإرتفاع مستوياتها لديهم. كما بيّنا أن إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والإكتئاب ارتبطا بشكل وثيق بالعنف المرتبط بالحرب، والتعرّض المستمر للصدمات، والنزوح إلى المخيمات، وسوء الصّحة الجسديّة، وعدم القدرة على تأمين الحاجات الأساسيّة، وأن الإناث كُنْ أكثر معاناةً من مشكلات الصّحة النفسيّة. وهذه كلها عوامل يُعاني منها اللاجئات السوريات في لبنان، بالإضافة إلى الأزمات الإقتصادية، والتمييز، والبطالة، وسوء الأحوال المعيشيّة، وبالتالي فمع خبراتهم الصادمة السابقة، ومع صدّمة إنفجار المرفأ إرتفعت مستويات الأعراض المرضيّة لديهم، وأصبحن أكثر معاناة من القلق والأعراض الجسديّة والإكتئاب بالإضافة إلى العدائيّة. ومع تراكم الأزمات في لبنان يُتوقع إزدياد مشكلات الصّحة النفسيّة على جميع المقيمين في لبنان، وبالأخص اللاجئين الإناث بكونهم الأكثر ضعفاً والأكثر هشاشةً.

خلاصة النتائج

أظهرت النتائج الآتي:

- يتمتّع اللاجئات السوريات في مدينة بيروت بمستويات متوسّطة من الصحّة النفسيّة ومن الأعراض المرضيّة المتمثّلة بالأعراض الجسديّة، والإكتئاب، والعدائيّة، والقلق.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في مستويات الصّحة النفسيّة قبل وبعد إنفجار مرفأ بيروت.

قائمة المراجع

المراجع العربيّة:

تدمري، رشا عمر. (2020). **البحث العلمي من الفكرة إلى ما بعد المناقشة**، ط2، بيروت– صيدا: المكتبة العصريّة.

تدمري، رشا عمر وفوّاز، ريم وحميّة، حسين. (2020). **الصحة النفسيّة لدى اللبنانيين خلال جائحة كورونا (كوفيد–19) في ضوء بعض المتغيّرات الديموغرافيّة – دراسة وصفيّة مسحيّة على عيّنة من أفراد المجتمع اللبناني**، المجلة العربيّة للنشر العلميّ، العدد 25. ص: 282 – 310.

جعرير، سليمة. (2017). **الصحة النفسية**، الجزائر: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر و التوزيع.

حجازي، مصطفى. (2013). **الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، الطبعة الرابعة**، المغرب: المركز الثقافي العربي.

ربابعة، إلهام والصمادي، أحمد. (2020). مستوى الإغتراب النفسيّ لدى عيّنة من الطالبات اللاجئات السوريات للمرحلة الثانوية في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانيّة)، المجلد 34، العدد 12**. ص: 2213 – 2240.

الشرمان، نجاح محمد والشواشرة، عمر مصطفى. (2020). مستوى التشوهات المعرفية لدى الطالبات اللاجئات السوريات في محافظة إربد، **مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدّراسات التربوية والنفسيّة، المجد 11، العدد 31**. ص: 1 – 12.

طشطوس، رامي عبدالله والأسمر، صالح محمد. (2019). الأعراض النفسيّة المرضيّة لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنيّة، **المجلة الدوليّة للبحث في التربية وعلم النفس، جامعة البحرين، المجلد 7، العدد 1**. ص: 55 – 78.

عبد الخالق، أحمد محمد. (2015). **أصول الصحة النفسية، الطبعة الثالثة (منقحة)**، مصر: دار المعرفة الجامعية.

عبدالله، محمد قاسم. (2012). **علم نفس الصّحة**، عمّان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

فرعون، مهند والتخاينة، صهيب. (2020). مستوى الوجود النفسي الممتلئ وعلاقته بأعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى اللاجئين في الأردن، **دراسات، العلوم التربوية، المجلد 47، العدد 4**. ص: 302 – 321.

قابيل، رأفت عبد الباسط محمد. (2015). **العلاج المعرفي للإكتئاب والقلق: دراسة عبر حضارية لمكونات البناء المعرفي للإكتئاب والقلق**، القاهرة: دار المكتب العربي للمعارف.

قطيشات، نازك عبد الحليم والتل، أمل يوسف. (2009). **قضايا في الصحة النفسية**، الأردن: دار كنوز المعرفة للنشر و التوزيع.

الكبيسي، ناطق فحل. (2020). أثر العلاج السلوكيّ المعرفيّ لدى عيّنة من النازحين، **مجلة أبحاث الذكاء، المجلد 14، العدد 29**. ص: 73 – 90.

المومني، فواز أيوب وعودات، فاطمة علي. (2020). مستوى الصحة النفسيّة لدى اللاجئين السوريين في الأردن، **دراسات، العلوم التربوية، المجلد 47، العدد 3.** ص: 296 – 317.

نظرة للدّراسات النسوية. (2020). **الصحة النفسية والرعاية الذاتية وقت الأزمات،** أونلاين من الموقع: https://nazra.org/sites/nazra/files/attachments/mentalheahth.pdf شوهد بتاريخ (2022/12/13).

النعاس، عمر مصطفى محمد. (2008). **الضّغوط المهنيّة وعلاقتها بالصّحة النّفسيّة،** ليبيا: منشورات جامعة 7 أكتوبر.

المراجع الإنجليزيّة:

Abou-Saleh, Mohammed T. and Mobayed, Mamoun. (2021). Mental Health of Syrian Refugees: Translating Epidemiology and Research into Policy and Practice, **The Arab Journal of Psychiatry, 32, (2).** PP: 171 – 185.

Al-Laham, D., Ali, E., Mousally, K., Nahas, N., Alameddine, A. & Venables, E. (2020). Perceptions and Health-Seeking Behaviour for Mental Illness Among Syrian Refugees and Lebanese Community Members in Wadi Khaled, North Lebanon: A Qualitative Study, **Community Mental Health Journal, 56.** PP: 875 – 884.

Beckett, Jonathan. (2017). Evaluating Some of the Approaches: Biomedical Versus Alternative Perspectives in Understanding Mental Health, **Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 1, (2).** PP: 103 – 107.

Deacon, Brett J. & McKay, Dean. (2015). The Biomedical Model of Psychological Problems: A Call for Critical Dialogue, **The Behavior Therapist, 38, (7).** PP: 231 – 235.

Feist, Jess & Feist, Gregory J. (2008). **Theories of Personality, Seventh Edition,** USA: McGraw-Hill Companies.

Fernández, Ivelisse T., Pereira, Steve R., Aicart, Jen & Salas, Gonzalo. (2017). Crossing International Borders in Search of a Better Life: Examining the Psychological Impact of the Immigration Experience, **Universitas Psychologica, 16, (5).**

Fouad, F.M., Barkil-Oteo, A. & Diab, J.L. (2021). Mental Health in Lebanon's Triple-Fold Crisis: The Case of Refugees and Vulnerable Groups in Times of COVID-19**, Frontier in Public Health, 8**. PP: 1 – 6.

Franklin, Anderson J. & Jackson, James S. (1990). Factors Contributing to Positive Mental Health among Black Americans. In Dorothy S. Ruiz (Ed.), **Handbook of Mental Health and Mental Disorder Among Black Americans,** New York: Greenwood Press.

Galderisi, Silvana et al. (2015). Toward a new definition of mental health, **World Psychiatry, 14, (2).** PP: 231–233.

Hashim, T.H., Uakkas, S., Reda, A., Ramadhan M.A., & Al Mostafa, M.Y. (2021). Beirut Explosion Effects on COVID-19 Situation in Lebanon, **Disaster Medicine and Public Health Preparedness.**

Hough, Carrie, O'Neill, Emily, Dyer, Florence, Beaney, Katharine & Crawshaw, Alison. (2019). **The Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT) pilot evaluation: Final report - Research report 108,** (online), retrieved on (28/12/2022), from the website:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/794169/global-mental-health-assessment-tool-pilot-evaluation-horr108.pdf

Moldovan, Carmen. (2016). The Notion of Refugee, Definition and Distinctions, **CES Working Papers, 8, (4).** PP: 681 – 688.

Naal, H., Nabulsi, D., El Arnaout, N., Abdouni, L., Dimassi, H., Harb, R. et al. (2021). Prevalence of depression symptoms and associated sociodemographic and clinical correlates among Syrian refugees in Lebanon, **BMC Public Health, 21, (217).** PP: 1 – 13.

Peterson, Christopher. (2010). Psychological Approaches to Mental Illness. In Teresa L. Scheid & Tony N. Brown (Ed.), **A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, Second Edition,** New York: Cambridge University Press.

Quosh, Constanze, Eloul, Liyam & Ajlani, Rawan. (2013). Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: A systematic review. **Intervention, 11, (3).** PP: 276 – 294.

Ruggeri, K., Jarke, H., El-Zein, L., Verdeli, H. & Folke, T. (2021). Mental health and decisions under risk among refugees and the public in Lebanon, **Humanities and Social Sciences Communications, 8, (112).** PP: 1 – 11.

Schwartz, Sharon & Corcoran, Cheryl. (2010). Biological Theories of Psychiatric Disorders: A Sociological Approach. In Teresa L. Scheid & Tony N. Brown (Ed.), **A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, Second Edition,** New York: Cambridge University Press.

Sharma, Manoj, Atri, Ashutosh, & Branscum, Paul. (2013). **Foundations of Mental Health Promotion,** Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Thoits, Peggy A. (2010). Sociological Approaches to Mental Illness. In Teresa L. Scheid & Tony N. Brown (Ed.), **A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, Second Edition,** New York: Cambridge University Press.

UNHCR Regional Bureau for MENA. (2020**). Mental Health and Psychosocial Response during COVID-19 Outbreak,** (online), retrieved on (13/12/2022), from the website:

https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20MENA%20Mental%20Health%20and%20Psychological%20support%20during%20COVID-19%20-%20June%202020.pdf

World Health Organization. (2014). **Mental health: a state of well-being.** (Online), retrieved on (13/12/2022), from the website From the website:

https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization (WHO). (2022). **WHO digital mental health intervention effective in reducing depression among Syrian refugees in Lebanon,** (online), retrieved on (13/12/2022), from the website:

https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-digital-mental-health-intervention-effective-in-reducing-depression-among-syrian-refugees-in-lebanon

Zimmerman, Mark, Morgan, Theresa A. & Stanton, Kasey. (2018). The severity of psychiatric disorders, **World Psychiatry, 17, (3).** PP: 258 – 275.

AJSP
المجلة العربية للنشر العلمي
الإصدار السادس – العدد اربع وخمسون
تاريخ الإصدار: 2 – نيسان – 2023م
ISSN: 2663-5798
www.ajsp.net

"Mental Health among Syrian Female Refugees during Crisis in Lebanon"

(A descriptive comparative study on a sample of Syrian female refugees in Beirut)

Abstract:

This research aims to identify levels of mental health among Syrian refugees during crisis in Lebanon, and to identify the differences of mental health levels before and after Beirut Port Explosion. A descriptive comparative survey method was used. The sample consisted of (219) Syrian Female refugees residing in Beirut camps, aged between (17 – 80) old. The data were collected using the Revised Symptom checklist-90. Results showed that the Syrian refugees have medium levels of mental health, and that there are statistically significant differences in mental health levels before and after Beirut Port Explosion.

Key Words: Mental health – Symptoms – Crisis - Beirut Port Explosion – Syrian refugees.