

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/377271926>

تأثير السكن في مخيمات النزوح على الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين في الشمال السوري

THE RAMIFICATIONS OF RESIDING IN REFUGEE CAMPS ON THE MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE AMONG...

Thesis · January 2024

DOI: 10.13140/RG.2.2.32843.36647

CITATIONS

0

READS

3

2 authors:



Dujana Baroudi

ATAA RELIEF

3 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Muhammed Humeydi

ATAA RELIEF

8 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

SEE PROFILE



تأثير السكن في مخيمات النزوح على الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين في الشمال السوري

د. دجانة بارودي

م. محمد حميدي

إعداد الباحثان



الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية
International Islamic Charity Organization



فريق تراحم التطوعي



جمعية علماء الشمال السوريين
ATAA



**THE RAMIFICATIONS OF RESIDING IN REFUGEE CAMPS
ON THE MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE AMONG
SYRIAN REFUGEES IN NORT WEST SYRIA**

Muhammed Humeydi

Dujana Baroudi



الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية
International Islamic Charity Organization



فريق تراحم التطوعي



ATAA
جمعية عطاء الخيرية

Study Report on Mental Health and Quality of Life in Displacement Camps in Northwest Syria

Initiated in March 2011, the Syrian Civil War swiftly evolved into a protracted public health crisis and humanitarian catastrophe, ranking among the most significant global displacement emergencies. The Syrian populace has been subjected to influential risk factors, such as violence exposure and forced displacement, profoundly impacting their mental health and social well-being. Wars represent the most severe manifestations of aggression against humanity, imposing tremendous pressures and inflicting psychological repercussions on individuals. In northwest Syria, over four million Syrians reside, with half experiencing internal displacement and nearly one million living in displacement camps. Camp life exposes individuals to physical, social, and psychological challenges linked to malnutrition, various diseases, physical injuries, and the risk of sexual abuse. These factors contribute to an increased susceptibility to psychological disorders and a diminished quality of life.

Notably, there is a lack of studies addressing mental health and quality of life among displaced individuals in Northwest Syria. Thus, this study aims to fill this void by shedding light on the mental health challenges the displaced population faces and proposing tailored psychological intervention programs to enhance their mental health and overall quality of life. Employing a quantitative methodology, the study involved the distribution of a questionnaire to a representative sample of 300 respondents residing in Alzaitoun Camp in Azaz, Al Haya Aljadida Camp in AlBab, and Ataa village in Atmeh, Idlib.

The subsequent findings were identified to mirror the complexities associated with mental health and the quality of life within internal displacement camps:

- Mental health problems were nascent signs of mental health challenges that have become evident, with depression as the most common disorder.
- In ATAA village, the prevalence of mental health issues is markedly lower, and a superior quality of life is observed in contrast to Alzaitoun Camp in Azaz and Al Haya Aljadida Camp in Bab. This discrepancy is ascribed to readily available housing units, well-established infrastructure, and essential services in Ataa village, which could be more robust in the other mentioned camps.
- The spectrum of mental health challenges and quality of life exhibited a range spanning from moderate to substandard within the displacement camps.
- In stark contrast to the employed population, the escalation in the unemployment rate had a substantial impact on the diminished quality of life experienced by the displaced individuals.
- The educational attainment witnessed a decline, with a notable 28% of individuals unable to read or write. This underscores the imperative to implement effective measures to facilitate the educational landscape in the camps, emphasizing the enhancement of literacy programs.
- The study demonstrated that augmenting the quality of life proves to be a productive strategy in mitigating mental health symptoms among the displaced population.
- In the displacement camps of northwestern Syria, the absence of mental health and psychosocial support centers is conspicuous.
- Displaced individuals find themselves exposed to distressing circumstances and subsequent traumas. Hence, directing attention toward coping mechanisms can positively influence the psychological responses within this context.

The study posited a series of mechanisms that could contribute to elevating mental health and quality of life within the camps:

- Enhance mental health interventions in displacement camps to address the elevated prevalence of depression and other mental health symptoms. These interventions should aim at fostering positive mental and social health while preventing the onset of mental disorders among forcibly displaced individuals, considering the unique challenges and stressors they encounter.
- Implement effective measures to enhance infrastructure, providing essential services like water and sanitation. Transitioning from tented shelters to constructing permanent housing units is crucial to ensuring adequate shelter for displaced individuals. Enhancing these elements will improve the quality of life and alleviate the psychological burden resulting from current living conditions.
- Establish mental health and psychosocial support centers within displacement camps. These centers should offer a comprehensive array of services, encompassing counseling, therapy, training, and awareness-raising, to address social issues and daily mental health challenges faced by displaced individuals. They should strive to enhance the mental health and quality of life of displaced individuals, aiding in their adaptation and integration into society in a wholesome manner.
- Strengthen the provision of psychosocial support concurrently with assistance in job searching to enhance economic opportunities and ameliorate psychological and living conditions.
- Design tailored educational programs, accounting for the needs and specificities of displaced people while providing adequate educational resources to enhance their quality of life and improve opportunities for economic and social participation.
- Develop and fortify programs and strategies to enhance quality of life, particularly when displaced individuals face psychological and social stressors. These endeavors should include improvements to the social and economic environment, psychological and social well-being avenues, awareness campaigns on factors affecting mental health, and integration with health education efforts.
- Initiate psychological support programs effective in offering strategies for trauma recovery and disaster management. Concurrently, support cultural adaptation programs and strengthen social networks to help displaced individuals cope with psychological challenges.
- Back diverse educational programs on somatic and psychogenic symptoms, promoting health and mental health awareness among displaced individuals. These programs are pivotal in fostering health awareness, reducing depression and anxiety, strengthening social connections, and promoting health sustainability.
- Undertake further studies and research, incorporating other types of mental disorders and gauging the quality of life experienced by displaced individuals, adapting to new developments and changes. Given the magnitude of the global refugee crisis, policies and interventions should recognize the psychological impact of forced displacement, focusing on the psychological repercussions and quality of life of displaced individuals.

Study Summary

The study aimed to verify the level of symptoms of mental health impairment and quality of life among displaced individuals in displacement camps in Northwest Syria. The study utilized a descriptive-analytical approach. The study sample comprised 300 respondents, including 140 males and 160 females. A mental health scale consisting of 90 items and a quality of life scale containing 26 items were employed to achieve the study objectives. The World Health Organization designed these scales to ensure their reliability, validity, and suitability for the study sample. The results indicated variable symptoms of mental health impairment across the entire study sample, ranked according to prevalence as follows: depression, obsessive-compulsive symptoms, somatic symptoms, paranoia, personal sensitivity, anxiety, hostility, phobia, and hallucination. Depression showed the highest plurality at a moderate level, followed by obsessive-compulsive symptoms, with hallucination symptoms displaying the lowest prevalence at a low level. On the other hand, the results for the overall quality of life for the entire sample were at a moderate level, ranked by prevalence as follows: general health, social relationships, physical health, mental health, overall life quality, and environmental health. Public health showed the highest prevalence at a moderate level, while ecological health exhibited the lowest prevalence at a low level.

The study results indicated statistically significant gender differences in symptoms of mental health impairment, with a higher prevalence among females. However, no statistically noteworthy differences were observed based on age, social status, or duration of residence in the camps for displaced individuals. In contrast, apparent statistical differences were found between education levels, with those receiving education in institutes having the highest prevalence. Quality of life results revealed statistical differences between males and females, with females showing higher quality of life. Additionally, notable statistical differences were observed between employed and unemployed individuals, with employed individuals reporting higher quality of life.

Furthermore, statistical differences were found among age groups, with those under 18 exhibiting the highest quality of life. Differences were also noted between social status categories, while no differences were observed in the average duration of residence in the camp. There were statistical differences based on education levels.

The study results indicated differences in the values of symptoms of mental health impairment based on the place of residence, with higher values in Zaitoun Camp in Azaz, followed by Al Haya Aljadida Camp in AlBab, while the lowest values were in Ataa village. The results also showed differences in the quality of life based on the place of residence, with the highest in Ataa village, followed by Zaitoun Camp in Azaz, and then Al Haya Aljadida Camp in AlBab. Differences were observed in general health based on the place of residence, with the highest values in Ataa village, followed by Zaitoun Camp in Azaz, and the lowest values in Al Haya Aljadida Camp in AlBab. Similarly, the results indicated differences in overall life quality based on the place of residence, with the highest in Ataa village, followed by Zaitoun Camp in Azaz, and then Al Haya Aljadida Camp in AlBab. No statistical differences were found in symptoms of mental health impairment based on the interaction between gender and social status. However, there was a statistically significant inverse and moderate relationship between symptoms of mental health impairment and quality of life, with a correlation coefficient of (-0.382), which implies that as the level of quality of life decreases, the level of symptoms of mental health impairment for camp residents decreases, and vice versa.

There was a statistically significant inverse relationship at a moderate level and statistically significant between symptoms of mental health impairment and quality of life for both genders. The correlation coefficient was higher for males compared to females. The results indicated that quality of life contributes to explaining about (14.6%) of the variance in symptoms of mental health

impairment, with a beta coefficient (β) of (-0.391) that was statistically significant. It means that as the conditions of quality of life improve by one unit, symptoms of mental health impairment decreased by (0.391) units. The results also showed an impact and influence of quality of life on symptoms of mental health impairment for both genders. For males, the (β) was (-0.503), indicating that as the conditions of quality of life improved by one unit, symptoms of mental health impairment decreased by (0.503) units. For females, the (β) was (-0.345), meaning that as the conditions of quality of life improved by one unit, symptoms of mental health impairment decreased by (0.345) units. Considering these results, the study concluded the essential of raising awareness among displaced individuals regarding symptoms of mental health impairment and quality of life and their impact on their overall health and mental health. The results indicated that quality of life statistically contributes to explaining the differences in symptoms of mental health impairment among displaced individuals.

Keywords: Mental health, quality of life, internal displacement, camps, displaced individuals, Syria.



جمعية عطاء للإغاثة الإنسانية

عطاء هي جمعية خيرية غير ربحية تهتم بالعمل الإنساني داخل سوريا وحيث يعيش اللاجئون السوريون، وهي تسعى إلى تطوير المجتمع السوري وتعزيز مستويات معيشته. تم ترخيص عطاء وتسجيلها في تركيا كمنظمة وطنية في عام 2013 منذ افتتاحها. كان مكتبها الأول في الریحانية في مقاطعة هاتاي. يقع مكتب عطاء الرئيسي في اسطنبول بالإضافة إلى 11 مكتباً (3 في تركيا و8 في سوريا)

الرؤية

أن نكون رائدين في العمل الإغاثي والتموي بين المنظمات السورية وأن نقدم خدمات اجتماعية متميزة تستند إلى منظورنا الثقافي للمجتمع المدني وكذلك القيم الإنسانية.

الرسالة

الارتقاء بالعمل الإغاثي من خلال منظمة تلبي الاحتياجات الإنسانية للمواطنين السوريين المتضررين وتساهم بشكل فعال في إعادة إعمار سوريا وتقدم المجتمع السوري.

تقرير دراسة الصحة النفسية وجودة الحياة بمخيمات النزوح في الشمال السوري

في مارس 2011، بدأت الحرب في سوريا، وتطورت بسرعة إلى أزمة صحية عامة مستمرة وكارثة إنسانية، جعلتها إحدى أكبر الأزمات الإنسانية وأزمات النزوح على مستوى العالم. تعرض الشعب السوري لعوامل خطر رئيسية، منها التعرض للعنف والنزوح القسري، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الصحة النفسية والحياة الاجتماعية للنازحين والمتضررين. الحروب وآثارها من تشريد وتهجير قسري تعتبر أحد أفسى أشكال العدوان على الإنسان، مما يفرض ضغوطاً كبيرة ويؤدي إلى اضطرابات نفسية واجتماعية تؤثر سلباً على حياة الفرد بشكل كبير. تضم منطقة شمال غرب سوريا أكثر من 4 ملايين شخص، نصفهم تقريباً من النازحين داخل البلاد، ويقوم أكثر من مليون نازح داخل مخيمات النزوح. يعاني النازحون من مشاكل جسدية واجتماعية ونفسية مرتبطة بسوء التغذية، وتفاقم الأمراض، والإصابات الجسدية، والاستغلال الجسدي، مما يؤثر على النمو النفسي والاجتماعي ويزيد من احتمالية ظهور اضطرابات نفسية بشكل كبير. نقل الدراسات المتخصصة حول الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين في شمال غرب سوريا، مما يشير إلى نقص في المعرفة في هذا المجال. لذا، تهدف هذه الدراسة إلى معالجة هذا النقص من خلال تسليط الضوء على موضوع الصحة النفسية للنازحين، وتقديم آليات وبرامج تدخل نفسي مناسبة لتحسين حالتهم النفسية. استندت الدراسة إلى آراء عينة ملائمة تمثل مجتمع الدراسة، والتي تكونت من 300 مستجيب. يقطن أفراد هذه العينة مخيمات الشمال السوري، وتتمثل بشكل خاص في مخيم الزيتون في مدينة أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب، وقرية عطاء في مدينة أطمه في إدلب.

توصلت الدراسة إلى نتائج تعكس واقع وتحديات الصحة النفسية في مخيمات النزوح الداخلي، من أبرزها:

- كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية واضحة بين النازحين في مخيمات النزوح، وكان الاكتئاب هو العرض الأكثر شيوعاً.
- سُجّل في قرية عطاء مستوى أقل من أعراض اعتلال الصحة النفسية ومستوى أعلى لجودة الحياة مقارنة بمخيمي الزيتون في أعزاز والحياة الجديدة في الباب. يُعزى ذلك إلى توفر الوحدات السكنية الجاهزة والبنية التحتية والخدمات الأساسية الضرورية في قرية عطاء، التي تقتصر إليها المخيمات الأخرى.
- كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة متباينة بين المتوسط والضعيف في مخيمات النزوح.
- شهدت نسبة البطالة ارتفاعاً كبيراً مقارنة بعدد العاملين، مما أثر بشكل كبير على تدني مستوى جودة الحياة لدى النازحين.
- انخفاض مستوى التعليم ووصول نسبة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة إلى 28%، مما يبرز ضرورة اتخاذ إجراءات فعالة لتحسين وضع التعليم في المخيمات، بما في ذلك تعزيز برامج محو الأمية.
- أظهرت الدراسة أن ارتفاع مستوى جودة الحياة يُعتبر وسيلة فعالة لتقليل أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين.
- عدم وجود مراكز للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مخيمات النزوح في الشمال السوري.
- يكون النازحون عرضة لظروف مأساوية وصدمات كبيرة، ولذلك يمكن أن يكون التركيز على أساليب التغلب على الصدمات ذا تأثير إيجابي على مستوى الاستجابة النفسية.

اقترحت الدراسة مجموعة من الآليات يمكن أن تساهم في رفع مستوى الصحة النفسية وجودة الحياة ضمن

المخيمات، وأهمها:

- تعزيز فعاليات وتدخلات الصحة النفسية في مخيمات النزوح لمعالجة انتشار الاكتئاب وأعراض الصحة النفسية الأخرى. يجب أن تكون التدخلات موجهة نحو تعزيز الصحة النفسية والاجتماعية الإيجابية ومنع تطور الاضطرابات النفسية لدى الأفراد النازحين قسراً، مع مراعاة التحديات والضغوطات المحددة التي يواجهونها.
- اتخاذ خطوات فعالة تشمل تحسين البنية التحتية وتوفير الخدمات الأساسية مثل المياه والصرف الصحي، والتحول من استخدام مأوى الخيام إلى بناء وحدات سكنية دائمة توفر مأوى مناسباً للنازحين. يساهم تحسين هذه العوامل في تعزيز جودة حياة النازحين وتخفيف الأعباء النفسية الناتجة عن ظروف الإقامة الحالية.
- إنشاء مراكز لرعاية الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مخيمات النزوح. تتضمن برامج ارشادية وعلاجية وتدريبية وتوعوية تساهم في حل المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية اليومية للنازحين. والعمل على الارتقاء بمستوى الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين. ومساعدتهم في القدرة على التكيف والاندماج في المجتمع بشكل صحيح.
- تعزيز تقديم الدعم النفسي والاجتماعي بالتوازي مع دعم البحث عن فرص العمل، بهدف تعزيز فرصهم الاقتصادية وتحسين ظروفهم النفسية والمعيشية.
- تصميم برامج تعليمية ملائمة تأخذ في اعتبارها احتياجات وخصوصيات النازحين، مع توفير موارد تعليمية مناسبة لتحسين جودة حياتهم وتعزيز فرصهم في المشاركة الاقتصادية والاجتماعية.
- تطوير وتعزيز برامج واستراتيجيات لتحسين جودة الحياة، خاصة في السياقات التي يتعرض فيها النازحون لضغوط نفسية واجتماعية. يجب أن تشمل هذه الجهود تحسين البيئة الاجتماعية والاقتصادية، وتوفير فرص العافية النفسية والاجتماعية، وتعزيز الوعي بالعوامل المؤثرة على الصحة النفسية، بالإضافة إلى تكاملها مع جهود التنقيف الصحي.
- إطلاق برامج إغاثة ودعم نفسي يمكن أن تكون فعالة في تقديم استراتيجيات للتعافي من الصدمات وإدارة الكوارث، مع دعم برامج التكيف الثقافي وتقوية الدعم الاجتماعي لمساعدة النازحين في التكيف مع التحديات النفسية.
- دعم برامج تنقيف متنوعة حول الأعراض الجسمية والنفسية المنشأ، لتحسين الوعي الصحي والنفسي لدى النازحين. تلعب هذه البرامج دوراً هاماً وشاملاً في تعزيز الوعي الصحي وتقليل الاكتئاب والقلق، وتعزيز العلاقات الاجتماعية، والاستدامة الصحية.
- إجراء مزيد من الدراسات والبحوث التي تشمل أنواعاً أخرى من الاضطرابات النفسية ومستوى جودة الحياة التي قد يواجهها النازحون، مع مراعاة التطورات والتغيرات الجديدة. يتطلب حجم أزمة النازحين العالمية إجراء دراسات وأبحاث وسياسات تعترف بالأثر النفسي للنزوح القسري وتدخلات تخفف منه، مع التركيز على الآثار النفسية وجودة الحياة للنازحين.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة وأبعادهما لدى النازحين الناتجة عن السكن في مخيمات النزوح في مخيمات الشمال السوري. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي. تكونت عينة الدراسة من (300) مستجيب منهم (140) ذكراً و (160) أنثى. لتحقيق أهداف الدراسة تم اعتماد مقياس الصحة النفسية المكون من (90) عبارة، ومقياس جودة الحياة المكون من (26) عبارة، المصممين من قبل منظمة الصحة العالمية وتم التأكد من دلالات ثباتهما وصدقهما ومناسبتهما لعينة الدراسة. أظهرت النتائج أن أعراض اعتلال الصحة النفسية لكامل عينة الدراسة جاءت عند مستويات مختلفة، ومرتبطة حسب انتشارها كما يلي: الاكتئاب، والوسواس القهري، والأعراض الجسمانية، والبارانويا، الحساسية الشخصية، والقلق، والعداوة، والفوبيا، والذهانية. وكان أكثرها انتشاراً الاكتئاب عند مستوى متوسط، يليه الوسواس القهري، وأقلها انتشاراً الأعراض الذهانية عند مستوى منخفض. بينما كانت نتائج جودة الحياة لكامل العينة عند مستوى متوسط، ومرتبطة حسب انتشارها كما يلي: الصحة العامة، والعلاقات الاجتماعية، والصحة الجسمية، والصحة النفسية، والجودة الشاملة للحياة، والصحة البيئية. كان أكثرها انتشاراً الصحة العامة عند مستوى متوسط، وأقلها انتشاراً الصحة البيئية عند مستوى منخفض. أشارت نتائج دراسة أعراض الصحة النفسية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور. حيث جاءت أعراض اعتلال الصحة النفسية أعلى عند الإناث. كما لم تظهر فروق إحصائية بين فئات العمر والحالة الاجتماعية ومدة الإقامة في المخيم للنازحين. بالمقابل، أظهرت النتائج فروقاً إحصائية واضحة بين فئات مستوى التعليم. حيث كانت فئة الذين حصلوا على تعليم في المعهد هي الأعلى. أشارت نتائج جودة الحياة إلى وجود فروق إحصائية بين الذكور والإناث، وإلى تفوق الإناث على الذكور. أيضاً، تبين وجود فروق إحصائية ملحوظة بين العاملين والعاطلين عن العمل. فقد سجل العاملون جودة حياة أعلى من العاطلين عن العمل. ظهرت أيضاً، فروق إحصائية بين الفئات العمرية في جودة الحياة، حيث كانت أعلى الفئات هي الفئة العمرية (أقل من 18 سنة). كذلك وجود فروق بين فئات الحالة الاجتماعية. لم يلاحظ وجود فروق بين متوسطات مدة الإقامة بالمخيم. بينما توجد فروق إحصائية بين فئات مستوى التعليم. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في قيم أعراض اعتلال الصحة النفسية تعود لمكان الإقامة، حيث كانت قيم أعراض اعتلال الصحة النفسية أعلى في مخيم الزيتون في أعزاز، ثم مخيم الحياة الجديدة في الباب، في حين كانت أقل قيمة في قرية عطاء. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لمكان الإقامة، حيث كانت الأعلى في قرية عطاء، يليها مخيم الزيتون في أعزاز، ثم مخيم الحياة الجديدة في الباب. أشارت النتائج إلى وجود فروق في الصحة العامة تبعاً لمكان الإقامة، حيث تبين أن قيم الصحة العامة كان الأعلى في قرية عطاء، يليها مخيم الزيتون في أعزاز، في حين كانت القيمة الأقل في مخيم الحياة الجديدة في الباب. كذلك بينت النتائج وجود فروق بين الجودة الشاملة للحياة حسب مكان الإقامة، حيث كانت أعلى في قرية عطاء، يليها مخيم الزيتون في أعزاز، ثم مخيم الحياة الجديدة في الباب. تبين عدم وجود فروق إحصائية في أعراض الصحة النفسية تبعاً للتفاعل بين كل من فئات النوع والحالة الاجتماعية. بينما تبين وجود علاقة ارتباط عكسية ومتوسطة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة، حيث ظهر معامل الارتباط بقيمة (-0.382)، هذا يشير إلى أنه مع تدني مستوى جودة الحياة، ينخفض مستوى اعتلال الصحة النفسية لساكني المخيمات، والعكس صحيح. وتبين وجود علاقة ارتباط عكسية عند مستوى متوسط ودالة إحصائية بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لكلا الجنسين. وكان معامل الارتباط عند الذكور أعلى مقارنة بالإناث. تظهر النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (14.6%) من التباين في

أعراض اعتلال الصحة النفسية، كما جاءت (β) بقيمة (-0.391) دالة إحصائياً، هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.391) وحدة. كذلك أشارت النتائج إلى وجود إسهام وتأثير لجودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية لكلا الجنسين. عند الذكور، جاءت (β) بقيمة (-0.503) دالة إحصائياً، هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.503) وحدة. أما عند الإناث، جاءت (β) بقيمة (-0.345) دالة إحصائياً، هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.345) وحدة. في ضوء هذه النتائج خلصت الدراسة إلى ضرورة توعية النازحين حول أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة وأثرها على سلامة صحتهم العامة وجودة حياتهم. وكشفت النتائج أن جودة الحياة تسهم بطريقة دالة إحصائياً في تفسير الاختلافات في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، جودة الحياة، النزوح الداخلي، المخيمات، النازحين، سوريا.

فهرس المحتويات

11	1. مقدمة:
12	1.1 أهمية الدراسة:
12	2.1 مشكلة الدراسة:
13	3.1 أهداف الدراسة:
13	4.1 فرضيات الدراسة:
14	2. مصطلحات الدراسة:
14	3. الدراسات السابقة - الدراسة المرجعية:
21	4. منهجية وإجراءات الدراسة (المواد والطرائق):
21	4.1 مواد الدراسة:
21	4.1.1 مجتمع الدراسة:
21	4.1.2 عينة الدراسة:
21	4.1.3 أدوات الدراسة:
22	4.1.4 جمع بيانات الدراسة:
22	4.1.5 مخيمات الدراسة:
23	4.1.6 حدود الدراسة:
24	2. طرائق الدراسة:
24	4.1.2.1 إجراءات الدراسة الميدانية:
26	4.2.2 الأساليب الإحصائية المستخدمة:
26	5. النتائج والمناقشة:
26	5.1 عرض ومناقشة المتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة:
27	5.1.1 النوع:
27	5.1.2 الفئة العمرية:
28	5.1.3 الحالة الاجتماعية:
29	5.1.4 العمل:
29	5.1.5 مستوى التعليم:
30	5.1.6 مدة الإقامة في المخيم:
31	5.2 عرض ومناقشة آراء أفراد عينة الدراسة حول أبعاد مقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة:
31	5.2.1 نتائج آراء أفراد الدراسة حول أبعاد الصحة النفسية لكامل عينة الدراسة:
33	5.2.2 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بمخيم الزيتون في أعزاز:
34	5.2.3 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بمخيم الحياة الجديدة في الباب:
35	5.2.4 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بقرية عطاء في أطمه:
36	5.2.5 نتائج آراء أفراد الدراسة حول أبعاد جودة الحياة لكامل عينة الدراسة:
37	5.2.6 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بمخيم الزيتون في أعزاز:
38	5.2.7 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب:
39	5.2.8 نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بقرية عطاء في أطمه:
39	5.3 عرض ومناقشة نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغيرات (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مدة الإقامة في المخيم، حالة العمل) لعينة الدراسة:
40	5.3.1 نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع لعينة الدراسة:

5. 3. 2. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير حالة العمل لعينة الدراسة: 41
5. 3. 3. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لعينة الدراسة: 41
5. 3. 4. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة: 42
5. 3. 5. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم لعينة الدراسة: 43
5. 3. 6. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم لعينة الدراسة: 43
5. 4. عرض ومناقشة نتائج جودة الحياة تبعاً لمتغيرات (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مدة الإقامة في المخيم، حالة العمل) لعينة الدراسة: 45
5. 4. 1. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لعينة الدراسة: 45
5. 4. 2. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير حالة العمل لعينة الدراسة: 45
5. 4. 3. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لعينة الدراسة: 46
5. 4. 4. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة: 47
5. 4. 5. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم لعينة الدراسة: 49
5. 4. 6. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم لعينة الدراسة: 49
5. 5. عرض نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة: 51
5. 5. 1. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة: 51
5. 5. 2. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة: 52
5. 6. عرض نتائج الصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة: 53
5. 6. 1. نتائج الصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، مخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه) لدى نازحي المخيمات: 53
5. 6. 2. نتائج الجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون، مخيم الحياة الجديدة، قرية عطاء): ... 54
7. 5. عرض نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية التي تعزى لأثر التفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية لدى النازحين: 56
8. 5. عرض نتائج علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين: 56
5. 8. 1. علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لعينة الدراسة: 56
5. 8. 2. علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع: 57
9. 5. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية لدى نازحي المخيمات: 58
10. 5. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية: 59
11. 5. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور، إناث): 60
6. مناقشة النتائج والتوصيات: 62
6. 1. مناقشة نتائج الدراسة: 62
6. 2. توصيات الدراسة: 66
7. الخاتمة: 67
8. الجهة الداعمة: 68
9. الشكر: 68
10. المراجع العلمية: 69

فهرس الجداول

- جدول رقم (1): معاملات ارتباط بيرسون لمقياس الصحة النفسية بين كل عبارة والبعد التابعة له 24
- جدول رقم (2): معاملات ارتباط بيرسون لمقياس جودة الحياة بين كل عبارة والبعد التابعة له 25
- جدول رقم (3): معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد والمقياس التابع له لمقياس الصحة النفسية وجودة الحياة 25
- جدول رقم (4): معامل ألفا كرونباخ لإيجاد ثبات الاستبيان 26
- جدول رقم (5) توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث النوع 27
- جدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الفئة العمرية 27
- جدول رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية 28
- جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث العمل 29
- جدول رقم (9): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مستوى التعليم 30
- جدول رقم (10): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مدة الإقامة في المخيم 30
- جدول رقم (11): ميزان تقديري وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي 31
- جدول رقم (12): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لجميع افراد عينة الدراسة 32
- جدول رقم (13): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز 33
- جدول رقم (14): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في الباب 34
- جدول رقم (15): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه 35
- جدول رقم (16): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي لعينة الدراسة 36
- جدول رقم (17): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز 37
- جدول رقم (18): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب 38
- جدول رقم (19): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه 39
- جدول رقم (20): نتائج اختبار (T) لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع 40
- جدول رقم (21): نتائج اختبار (T) في الصحة النفسية تبعاً لمتغير حالة العمل 41
- جدول رقم (22): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير الفئة العمرية 42
- جدول رقم (23): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية 42
- جدول رقم (24): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم 43
- جدول رقم (25): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم 44
- جدول رقم (26): نتائج اختبار المقارنات البعدية في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم 44
- جدول رقم (27): نتائج اختبار (T) في جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع 45
- جدول رقم (28): نتائج اختبار (T) في جودة الحياة تبعاً لمتغير حالة العمل 45
- جدول رقم (29): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية 46

- جدول رقم (30): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه في جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية 47
- جدول رقم (31): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية 47
- جدول رقم (32): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية 48
- جدول رقم (33): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم 49
- جدول رقم (34): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم 50
- جدول رقم (35): نتائج اختبار المقارنات البعدية في جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم 50
- جدول رقم (36): نتائج اختبار تحليل التباين لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة 51
- جدول رقم (37): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة 51
- جدول رقم (38): نتائج اختبار تحليل التباين لجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 52
- جدول رقم (39): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 53
- جدول رقم (40): نتائج اختبار KRUSKAL-WALLIS H في الصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 53
- جدول رقم (41): نتائج اختبار MANN-WHITNEY U للصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 54
- جدول رقم (42): نتائج اختبار KRUSKAL-WALLIS H للجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 55
- جدول رقم (43): نتائج اختبار MANN-WHITNEY U للجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة 55
- جدول رقم (44): أثر التفاعل في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع والحالة الاجتماعية 56
- جدول رقم (45): معامل الارتباط بين الصحة النفسية وجودة الحياة لعينة الدراسة 56
- جدول رقم (46): معامل الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) 57
- جدول رقم (47): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية 58
- جدول رقم (48): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية تبعاً لمتغيرات الديموغرافية 59
- جدول رقم (49): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) 60

فهرس الأشكال

- الشكل رقم (1): يوضح أعداد اللاجئين والنازحون يحتاجون للحماية /المساعدة من قبل المفوضية مع نهاية عام 2022 15
- الشكل رقم (2): خريطة تظهر مواقع مخيمات الدراسة في شمال غرب سوريا 23
- الشكل رقم (3): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث النوع..... 27
- الشكل رقم (4): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الفئة العمرية..... 28
- الشكل رقم (5): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية..... 29
- الشكل رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث العمل..... 29
- الشكل رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مستوى التعليم..... 30
- الشكل رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مدة الإقامة في المخيم..... 31
- الشكل رقم (9): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية الكلي..... 32
- الشكل رقم (10): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز..... 34
- الشكل رقم (11): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في الباب..... 35
- الشكل رقم (12): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه..... 36
- الشكل رقم (13): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي..... 37
- الشكل رقم (14): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز..... 38
- الشكل رقم (15): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب..... 39
- الشكل رقم (16): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه..... 40
- الشكل رقم (17): متوسط الذكور والإناث لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 41
- الشكل رقم (18): متوسط حالة العمل (أعمل - لا أعمل) لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 41
- الشكل رقم (19): متوسطات الفئات العمرية لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 42
- الشكل رقم (20): متوسطات الحالة الاجتماعية لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 43
- الشكل رقم (21): متوسطات مدة الإقامة في المخيم لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 43
- الشكل رقم (22): متوسطات مستوى التعليم لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 44
- الشكل رقم (23): متوسط الذكور والإناث لجودة الحياة..... 45
- الشكل رقم (24): متوسطات حالة العمل (أعمل - لا أعمل) لجودة الحياة..... 46
- الشكل رقم (25): متوسط الفئات العمرية لجودة الحياة..... 47
- الشكل رقم (26): متوسطات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة..... 48
- الشكل رقم (27): متوسطات مدة الإقامة في المخيم لجودة الحياة..... 49
- الشكل رقم (28): متوسطات مستوى التعليم لجودة الحياة..... 51
- الشكل رقم (29): متوسطات مكان الإقامة لأعراض اعتلال الصحة النفسية..... 52

- الشكل رقم (30): متوسطات مكان الإقامة لجودة الحياة 53
- الشكل رقم (31): متوسطات مكان الإقامة للصحة العامة 54
- الشكل رقم (32): متوسطات مكان الإقامة للجودة الشاملة للحياة 55
- الشكل رقم (33): قيم معامل الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) 57
- الشكل رقم (34): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة 59
- الشكل رقم (35): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة عند الذكور 61
- الشكل رقم (36): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة عند الإناث 61

1. مقدمة:

تعد الحروب وما ينتج عنها من تشريد وتهجير قسري من أسمى أشكال العدوان على الإنسان. وكما هو الحال في كل الحروب والنزاعات المسلحة والثورات، يتعرض النازحون في معظم الأحيان لظروف معيشية صعبة وخبرات مؤلمة مثل القتل والختف والاعتصاب، وفقدان أفراد من أسرهم، وهدم منازلهم، وغيرها من الأحداث. مما يجعلهم عرضة للضغوط والاضطرابات النفسية والاجتماعية بشكل عام.

بدأت الحرب السورية في مارس 2011 وتطورت بسرعة إلى أزمة صحية عامة مستمرة وكارثة إنسانية[1]. وإن العنف والتهجير أدى إلى ارتفاع ملحوظ في انتشار الصدمات والمشاكل الصحية النفسية الخطيرة بين السوريين داخل وخارج البلاد[2]. مما يتطلب توفير الرعاية الصحية النفسية في مناطق النزاع ومخيمات اللاجئين وبين النازحين داخلياً. حيث عانت سوريا من واحدة من أكبر الأزمات الإنسانية وأزمات النزوح في جميع أنحاء العالم بسبب انتفاضة عام 2011 وتصاعدها إلى ثورة مسلحة بحلول صيف عام 2012. حيث يحتاج حوالي 15.3 مليون شخص من السوريين إلى الدعم الإنساني[3]-[5].

إن التعرض للإجهاد الشديد يعتبر مؤشراً رئيسياً للصحة النفسية، حيث تعد صدمات الحروب والتعذيب والنزوح القسري من بين تجارب الحياة الأكثر صدمة[6]. وبسبب الحرب السورية، عانى الشعب السوري من عوامل خطر رئيسية معروفة أدت لتدني الصحة النفسية. حيث أدى التعرض للعنف والنزوح القسري إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية بين السكان النازحين والمتضررين. يضم شمال غرب سوريا أكثر من 4 ملايين شخص، أكثر من نصفهم من النازحين داخلياً. ويقيم أكثر من مليون نازح داخلياً في مخيمات، ويعيش عدد أكبر بكثير في أماكن مكتظة وسيئة، بما في ذلك التعرض للأحداث المؤلمة والضغوطات المستمرة مثل البطالة والإفقار والتفكك الاجتماعي وفقدان الدعم الاجتماعي[7].

للنزوح القسري تأثير ضار على سلامة الأشخاص الذاتية ووجودهم وصحتهم عافيتهم النفسية[8]. يؤدي اللجوء والنزوح إلى إصابة الفرد بالضغوط النفسية، والاضطرابات النفسية المختلفة، حيث تعد مرحلة النزوح بيئة خصبة لظهور مثل هذه الضغوط. بالإضافة إلى ذلك، يعاني النازحون من عدة مشاكل جسدية واجتماعية ونفسية مرتبطة بسوء التغذية، وتطور الأمراض، والإصابات الجسدية، والاستغلال الجسدي، وجميعاً تؤثر على النمو النفسي والاجتماعي، مما يؤدي إلى إمكانية ظهور الضغوط والاضطرابات النفسية بشكل كبير والتي تؤثر على حياتهم بشكل عام[9].

مع الأزمات المتنوعة التي طالت المخيمات في مناطق النزوح داخل الشمال السوري، سارعت العديد من المنظمات لتقديم المساعدات المالية والعينية. ومع أهمية تلك المساعدات، إلا أن المشكلة مازالت قائمة وتتكرر بأشكال متعددة. فكثير من تلك المساعدات تعمل على ما يسمى بإطفاء الحرائق في الأزمات، إلا أن استمرار تلك الأزمات وأثارها تبقى وتستمر لدى سكان تلك المخيمات. تحدث تغييرات في شخصياتهم وتظهر أنواعاً متعددة من المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية. وتبقى مع أصحابها فترات طويلة، حتى وإن تم إسكانهم في مساكن طبيعية. وتستمر تلك المعاناة متمثلة بصعوبات تكيفية وضغوطات نفسية ومشكلات مرتبطة بالاندماج الصحيح في المجتمع. حيث تسعى جمعية عطاء للإغاثة الإنسانية، بالتعاون مع الجمعيات الأخرى الداعمة، لإعادة إسكان النازحين في مساكن طبيعية، مع توفير الخدمات الضرورية المختلفة للنازحين.

1.1. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تعالجه، وهو تأثير السكن في مخيمات النزوح على الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين. فالاهتمام بالصحة الجسدية والنفسية للإنسان مهم جداً، وذلك بالتركيز على الجوانب الإيجابية في الصحة النفسية لدى الأفراد والتركيز على مقاومة الأفراد للضغوط النفسية وقدرتهم على تحمل الضغوط النفسية والتوتر [10]. كما يمكن أن توفر هذه الدراسة بعض البيانات للاستفادة منها لدى أصحاب القرار وواضعي السياسات من أجل التركيز على تقوية الجانب النفسي للنازحين. وبعد وصول العلم لهذا المستوى الرفيع، من الطبيعي أن يتسع اهتمام الباحثين المعنيين بالإنسان وحياته النفسية والاجتماعية وكيفية توفير الطمأنينة النفسية. فهي ليست ذات مكانة في توفير السعادة فحسب بل لها الأثر البالغ في توفير الأمن والاستقرار للمجتمع. بالرغم من كثرة الدراسات التي أُجريت، إلا أن الدراسات المتخصصة في موضوع الصحة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى النازحين في الشمال السوري تكاد تكون قليلة أو معدومة لدى النازحين في الشمال السوري. مما دفعنا إلى تناول هذا الموضوع على وجه الخصوص للمساهمة في مقابلة النقص أو الندرة في الدراسات النفسية في هذا المجال. حيث تشكل هذه الدراسة مجالاً جيداً للدراسات النفسية المتعلقة بمشاكل النزوح، التي لا تزال تنتظر الجهد الكثير من قبل الباحثين والمختصين. بالإضافة إلى ذلك، تهدف الدراسة إلى الخروج ببعض برامج التدخل النفسي المناسبة لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين. وإثارة اهتمام الباحثين ولفت انتباههم إلى المشكلات التي يحتاج المجتمع معالجتها، والتي تظل نادرة جداً بهذا المجال ولم تلق الاهتمام الكافي حتى الآن. من أجل أهداف ومعالجة مشكلة الدراسة تم اختيار ثلاث مخيمات في الشمال السوري لتطبيق هذه الدراسة.

1.2. مشكلة الدراسة:

نسعى في هذه الدراسة إلى معرفة مستويات الصحة النفسية وجودة الحياة بين النازحين في المخيمات. وفيما إذا كانت هناك فروق معنوية في مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية وكذلك مستوى جودة الحياة التي تعزى للمتغيرات الديموغرافية للنازحين في المخيمات. ولمعرفة تأثير إقامة النازحين في مخيمات شمال سوريا على صحتهم النفسية وجودة حياتهم في حال الإقامة لفترات طويلة. يمكن تحديد مشكلة الدراسة بشكل رئيسي في الإجابة عن التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تعزى لمتغير مكان الإقامة لدى النازحين؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة لدى نازحي المخيمات؟
3. هل توجد علاقة ارتباط دالة إحصائية بين أعراض اعتلال الصحة النفسية الناتجة عن سكن المخيمات لدى النازحين وجودة حياتهم؟
4. هل توجد علاقة ارتباط دالة إحصائية بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع لدى نازحي المخيمات؟
5. هل تسهم جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري؟
6. هل تسهم جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لنازحي المخيمات في الشمال السوري؟

1. 3. أهداف الدراسة:

من خلال هذه الدراسة يمكننا التعرف على مستوى الصحة النفسية وجودة الحياة وأبعادهما وعلى الفروق في أعراض اعتلال الصحة النفسية وكذلك الفروق في جودة الحياة التي تعزى للمتغيرات الديموغرافية لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري. يمكن تحديد الأهداف الأساسية للدراسة التي تتمثل في:

1. التعرف على الفروق الدالة إحصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في اطمه) لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
2. استكشاف الفروق الدالة إحصائياً في جودة الحياة المتعلقة بالصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في اطمه) لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
3. تقصي علاقة الارتباط الدالة إحصائياً بين أعراض اعتلال الصحة النفسية الناتجة عن سكن المخيمات لدى النازحين وجودة حياتهم.
4. تقصي علاقة الارتباط الدالة إحصائياً بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع لدى النازحين.
5. استكشاف إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
6. معرفة مدى إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لنازحي المخيمات.

1. 4. فرضيات الدراسة:

1. توجد فروق دالة إحصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية وكذلك في جودة الحياة تعزى لمتغيرات النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومدة الإقامة في المخيم، وحالة العمل، ومستوى التعليم لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
2. توجد فروق دالة إحصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تعزى لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في اطمه) لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
3. توجد فروق دالة إحصائياً في جودة الحياة المتعلقة بالصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة تعزى لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في اطمه) لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
4. توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين أعراض اعتلال الصحة النفسية الناتجة عن السكن في مخيمات النزوح لدى النازحين وجودة حياتهم.
5. توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع لدى نازحي المخيمات.
6. تسهم جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية لدى نازحي المخيمات في الشمال السوري.
7. تسهم جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية لنازحي المخيمات في الشمال السوري.

2. مصطلحات الدراسة:

لقد اشتملت الدراسة على المصطلحات التالية:

1. الصحة النفسية:

عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها حالة من الرفاه النفسي تمكن الشخص من مواجهة ضغوط الحياة، وتحقيق إمكانياته، والتعلم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في مجتمعه المحلي. وإنها جزء لا يتجزأ من الصحة والرفاه، الذين يدعمان قدراتنا الفردية والجماعية على اتخاذ القرارات وإقامة العلاقات وتشكيل العالم الذي نعيش فيه[11].

2. جودة الحياة:

تُعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لمكانته في الحياة، وذلك في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيش فيها. كما يتعلق الأمر بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته[12]. وتشير إلى التوفر الكامل للراحة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد، وذلك بما يتجاوز ضرورات الحياة وكمالياتها، مما يخلق لديه شعوراً بالإشباع الدائم[13].

3. النازح:

هو الشخص الذي يُضطر إلى ترك مكان إقامته الدائمة بسبب الظروف المحيطة به، وعادة ما يكون ذلك لأسباب مختلفة مثل النزاعات المسلحة، أو الكوارث الطبيعية، أو اضطهاد جماعي، أو ظروف أخرى تجبره على الفرار والبحث عن مأوى آمن في مناطق أخرى.

4. اللاجئ:

هو الشخص الذي يقوم بالفرار من بلده الأصلي نتيجة لمخاطر الاضطهاد، والنزاعات المسلحة، والتهديدات المحتملة لحياته أو حقوقه. يكون للفرارين من هذه الظروف الحق في طلب اللجوء في دولة أخرى تقدم لهم الحماية والمأوى. يطلق على هؤلاء الأفراد اسم "لاجئين" بموجب القانون الدولي، والذي يحدد حقوقهم وواجبات الدول المضيفة تجاههم[14].

5. السكن في مخيمات النزوح:

السكن في مخيمات النزوح يُشير إلى إيواء وإقامة مؤقتة للأفراد الذين اضطروا للفرار من منازلهم نتيجة للنزاعات المسلحة أو الكوارث الطبيعية أو أسباب أخرى. حيث يجدون مأوى مؤقت في مخيمات مخصصة تديرها منظمات إغاثية أو جهات حكومية. يتم توفير السكن في مخيمات النزوح بهدف تأمين مكان آمن وتوفير خدمات أساسية مثل الإسكان، والغذاء، والمياه، والرعاية الصحية، والتعليم للنازحين، بهدف تحسين ظروفهم المعيشية وتمكينهم من العودة إلى منازلهم عندما تكون الظروف آمنة بما يتيح لهم الحياة بشكل ملائم وآمن. تمثل وجود مخيمات للنزوح تحديات إنسانية هائلة وتضع ضغوطاً على الموارد والخدمات الأساسية في المناطق المتأثرة. يعتبر توفير الخدمات الأساسية في مثل هذه المخيمات أمراً بالغ الأهمية لضمان عافية السكان المتضررين[15].

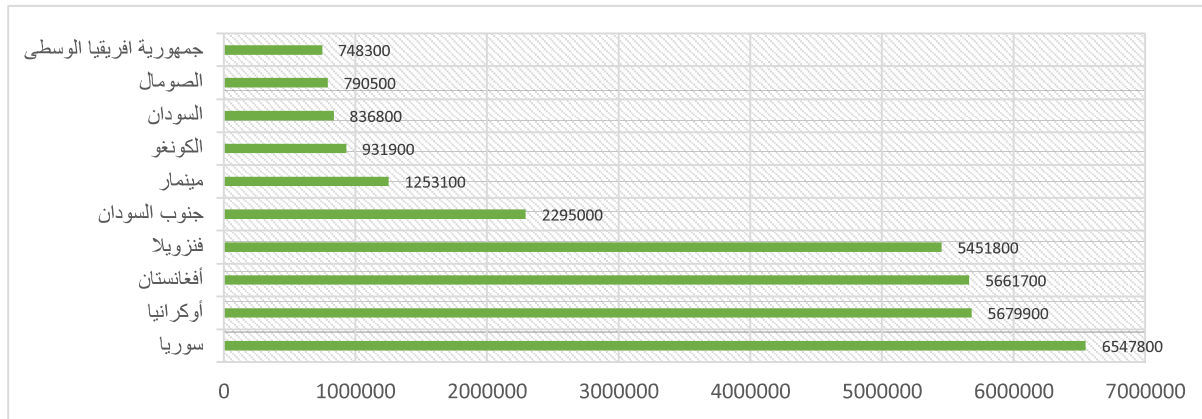
3. الدراسات السابقة – الدراسة المرجعية:

يتعرض النازحون الذين يغادرون منازلهم لعوامل ضائقة خطيرة أثناء عملية الهجرة والنزوح وبعده. هذه العوامل تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية والجسدية، وتزيد من احتمالية التعرض لمشاكل صحية نفسية بشكل كبير[16]. يشكل التهجير القسري والمفاجئ للفرد

من مكان يمثل له حياته وذكرياته، صدمة عنيفة وخبرة مؤلمة تترك توازنه النفسي والاجتماعي. قد تؤدي به إلى حالة من الإحباط أو القلق أو الانطواء، وإذا ما توفرت له الحاجات المعيشية الأساسية، فيجب ألا يهمل الجانب النفسي. لأن تأثيرات النزوح يمكن أن تكون خطيرة على المدى البعيد[17]. تشكل موجات النزوح الكبيرة والمفاجئة التي تحدث في فترة زمنية قصيرة ضغطاً هائلاً على النازحين، وكذلك على المجتمعات المضيفة والمنظمات المختلفة العاملة في مجالات الصحة النفسية[18]. يعتبر النازحون داخلياً من بين أكثر الأفراد ضعفاً في العالم اليوم[19].

إن النزوح الداخلي ظاهرة عالمية حطم أرقاماً قياسية جديدة في عام 2022، وأظهرت إحصائيات التقرير العالمي الصادر عن مركز رصد النزوح الداخلي (IDMC) تسجيل 6.9 مليون حالة نزوح داخلي خلال هذا العام، بنسبة زيادة تصل إلى 60% عن عام 2021، وهو أعلى رقم مسجل على الإطلاق. حيث تتركز معظم حالات النزوح الداخلي حول العالم على عشر دول فقط، منها سوريا، وأفغانستان، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وأوكرانيا، وكولومبيا، وإثيوبيا، واليمن، ونيجيريا، والصومال، والسودان. تشهد هذه الدول مستويات عالية من النزوح الداخلي، حيث تقترب نسبته من ثلاثة أرباع إجمالي الحالات على مستوى العالم. في سوريا، ونتيجة للصراع والعنف، تم توثيق عدد الأشخاص النازحين داخلياً بحدود 171,000 شخص في عام 2022. بينما كان عدد النازحين نتيجة الكوارث الطبيعية فقط بحدود 21,000 شخص[20].

كذلك بينت آخر إحصائيات المفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR أنه بحلول نهاية عام 2022، فر حوالي 108.4 مليون شخص قسراً حول العالم من منازلهم. وكان ذلك نتيجة الاضطهاد والصراع والعنف وانتهاكات حقوق الإنسان والأحداث التي تخل بالنظام العام بشكل كبير وخطير. حيث يمثل ذلك زيادة قدرها 19 مليون شخص مقارنة بنهاية عام 2021، وهو أعلى رقم تم تسجيله منذ تأسيس المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. وفقاً لتقرير المفوضية، فإن أكثر من شخص واحد من بين كل 74 شخصاً على وجه الأرض تم إجباره على الفرار والنزوح. وفقاً للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين يعرف النازحون داخلياً بأنهم الأشخاص الذين تم تهجيرهم قسراً داخل بلادهم ولم يتجاوزوا أبداً الحدود الدولية لبلدانهم. ويشكلون نسبة 58% من جميع الأشخاص النازحين قسراً. سجل أكبر عدد من النازحين داخل بلادهم في سوريا، حيث وصل إلى 6.8 مليون شخص، حسب إحصائيات نهاية العام الماضي[21]. هذا يعني أن واحداً من كل ثلاثة من السوريين المتبقين في بلادهم ما زالوا نازحين داخلياً مع نهاية عام 2022، بعد أكثر من عقد من الصراع. يبين الشكل رقم (1) التالي عدد اللاجئين والنازحين الذين يحتاجون للمساعدة حسب كل بلد، حيث جاءت سورية بالمرتبة الأولى من حيث عدد اللاجئين والنازحين[22].



الشكل رقم (1): يوضح أعداد اللاجئين والنازحين يحتاجون للحماية/المساعدة من قبل المفوضية مع نهاية عام 2022

نتيجة للزيادة الكبيرة في أعداد النازحين حول العالم، ركزت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR جهودها على تحسين جودة الحياة والاستجابة في مجال المأوى ودعم الاستيطان المستدام. اعتمدت المفوضية نهج الخطة الرئيسية المتكاملة لتخطيط الاستيطان بهدف تحسين الظروف المعيشية للنازحين. وخلال عام 2022، قدمت المفوضية المساعدة في مجال المأوى لأكثر من 2 مليون شخص في 37 دولة، سواء عبر توفير مأوى طارئ أو مؤقت أو دائم. وتم تحسين وإصلاح المأوى الموجود، وتقديم منح نقدية أو قسائم لدعم تكاليف الإيجار، بالإضافة إلى توفير مواد تجهيز المأوى [23]. هذه الجهود تأتي استناداً إلى التزام المفوضية بتلبية الاحتياجات الأساسية للنازحين وتوفير بيئة مستدامة وأمنة لهم، في محاولة لتقديم استجابة فعالة وشاملة لتحديات الأزمة الإنسانية الراهنة. في السياقات التي يتعرض فيها المدنيون للعنف السياسي والعمليات الحربية المنهجية، أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت حول النازحين أن إحدى التحديات الرئيسية التي يواجهونها داخل المخيمات هي صعوبة الحصول على الرعاية والدعم النفسي والاجتماعي الملائم. حيث تعاني العديد من هذه المخيمات من نقص في الموارد والبنية التحتية الضرورية لتقديم خدمات الصحة النفسية، مما يؤدي إلى فجوة كبيرة في توفير الرعاية النفسية.

قد تكون هناك حواجز ثقافية ولغوية تزيد من إعاقة الوصول إلى الرعاية النفسية. ولمواجهة هذه التحديات، من الضروري إعطاء الأولوية لتوفير الرعاية النفسية والدعم للنازحين في المخيمات. ويمكن أن يساعد التدريب وبناء القدرات لمقدمي الرعاية الصحية في المخيمات من ضمان حصولهم على المهارات اللازمة لتحديد مشكلات الصحة النفسية ومعالجتها. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للتدخلات المجتمعية وبرامج الدعم النفسي والاجتماعي أن تلعب دوراً حاسماً في تعزيز رفاهية النازحين داخلياً في المخيمات. يمكن أن توفر هذه البرامج بيئة آمنة وداعمة للنازحين لتبادل تجاربهم وتلقي الدعم وتعلم استراتيجيات التكيف مع بيئتهم. بشكل عام، يتطلب توفير الرعاية والدعم النفسي المناسب للنازحين داخلياً في المخيمات اتباع نهج شامل ومتكامل يعالج الاحتياجات على مستوى الفرد والمجتمع. ومن خلال إيلاء الأولوية لخدمات الصحة النفسية وتنفيذ التدخلات المجتمعية، من الممكن تحسين العافية النفسية للنازحين في المخيمات ومساعدتهم على التعافي من الصدمة والضغوط النفسية الناتجة عن النزوح [25], [24].

أظهرت دراسة قام بها الباحث Cardozo في يونيو عام 2001، نتائج ذات أهمية كبيرة والتي تطرقت إلى التجارب الصدمية وتأثيرها على الصحة النفسية والتفاعل الاجتماعي للاجئين الكاريبي الذين يقيمون في مخيمات على الحدود بين تايلاند وبورما. هدفت إلى تقييم مشاكل الصحة النفسية بين اللاجئين الذين يعيشون في مخيمات بمنطقة ماي هونغ سون في تايلاند. تضمنت الأهداف الرئيسية للدراسة تحديد مدى انتشار الأمراض النفسية، وتحديد عوامل الخطر المرتبطة بها، وتطوير برامج تدخل تعتبر ملائمة ثقافياً. تبين وجود مستويات مرتفعة من أعراض الاكتئاب والقلق بين النازحين، ووجود تشابه لدرجات اضطراب ما بعد الصدمة PTSD مع نتائج المجتمعات الأخرى المتضررة من الحروب والنزوح والاضطهاد. بينت الدراسة أن عوامل الخطر النفسية والاجتماعية الأساسية التي تسهم وتضعف الصحة النفسية والأداء والتفاعل الاجتماعي للأفراد. تشمل قلة التغذية، وزيادة عدد حوادث الصدمة، والأمراض النفسية السابقة، وإصابات الألغام الأرضية والحرب. أوصى الباحث Cardozo بضرورة تنفيذ برامج مبتكرة في مجال الصحة النفسية والنفسية الاجتماعية ومراقبتها وتقييمها بشكل دقيق لضمان فعاليتها. كما أكد أن التغييرات في سياسات اللاجئين والنازحين يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تحسين الأداء وزيادة التفاعل الاجتماعي لهؤلاء الأفراد، مما يبرز أهمية تطوير سياسات تحفز على تحسين الظروف النفسية والاجتماعية للمجتمعات المعنية [26].

أجريت دراسة في الفترة من مارس إلى يوليو من عام 2018 على النازحين داخلياً في العراق، والذين يقدر عددهم بنحو 4 ملايين نازح داخلياً، حيث يستقر معظمهم في منطقة كريمةان بإقليم كردستان العراق. ورغم وجود هذا العدد الكبير من النازحين، إلا أن

الدراسات الصحية النفسية المجرة لم تكن واسعة النطاق في هذه المنطقة. كانت أهداف الدراسة تقييم مدى انتشار اضطرابات الصحة النفسية وتجارب الصدمة بين النازحين، وإظهار العلاقة بين النزوح السابق وفترة الإقامة في المخيمات واضطرابات الصحة النفسية. حيث تم مسح جميع المعلومات الاجتماعية والديموغرافية للنازحين، وتضمنت مقياس هارفارد للصدمة HTQ، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة PTSD-8، ومقياس هوبكنز HSCL-25، وقائمة التحقق من صعوبات المعيشة بعد النزوح PMLD. بينت نتائج أبحاث أن أكثر الأحداث التي أدت إلى صدمات نفسية والتي تم الإبلاغ عنها بشكل كبير تضمنت الاضطهاد بسبب العرق أو الدين أو الطائفة بنسبة 92٪، والتعرض لمواقف قتال وحرب بنسبة 83٪. بينما تعرض نصف المشاركين بالبحث لمشاكل صحية دون الحصول على الرعاية الطبية، و44٪ نقص في المأوى، و43٪ نقص في الغذاء أو المياه النظيفة. وفي كل 32٪ من المستجيبين يوجد شخصاً ما يتعرض للقتل. وانطلاقاً من هذه النتائج، أكد الباحث أن النازحين بحاجة عاجلة إلى خدمات الصحة النفسية عالية الجودة داخل إقليم كردستان العراق لتلافي وتحسين وضعهم السيئ [27].

تعد اضطرابات ما بعد الصدمة، والاكتئاب، واضطرابات القلق، من أكثر المشاكل النفسية شيوعاً بين السكان النازحين المتأثرين بصدمة الحرب والذين لديهم تجارب سلبية بحياتهم [20].

أظهرت نتائج دراسات حول اللاجئين السوريين في مخيمات الأردن أن ثلث الشباب يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة إلى شديدة، وتزايد المخاطر والاضطرابات النفسية بشكل ملحوظ بالنسبة للإناث والشباب الذين فقدوا أحد الوالدين أو كليهما [22]. ومن بين اللاجئين الذين هم في سن البلوغ، يعاني ما يقارب من 30 إلى 40٪ من اضطراب ما بعد الصدمة، والذي يترافق غالباً مع حالات الاكتئاب والقلق [23]، [28]. كذلك من بين اللاجئين السوريين في المخيمات، تبلغ نسبة 37.7٪ من أفراد الأسر الذين تزيد أعمارهم عن عامين كانوا يعانون من حالة من الحزن الشديد، مما أثر بشكل كبير على صحتهم ونشاطهم. وبلغت نسبة 14.4٪ من الأفراد شعورهم باليأس إلى درجة أنهم في معظم الأوقات كانوا يشعرون برغبة عدم الاستمرار في الحياة. كما أظهرت الدراسات أن واحداً من كل خمسة أطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و12 سنة، يعاني من التبول اللاإرادي المتكرر، وهو عرض شائع يعزى إلى تأثيرهم بحالات الصدمة والضغط النفسية في هذه الفئة العمرية [29].

كما لوحظ من قبل باحثي الصحة النفسية في SAMS، أن العديد من السوريين كانوا يعانون من أعراض الصحة النفسية المرتبطة باضطرابات مثل القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة PTSD. وإن استمرار التعرض لصدمة على مدى تسع سنوات متواصلة وتدهور الحياة الاجتماعية، واستمرار تجربة العنف والتهجير والإذلال، دفع بالضغط النفسية إلى مستويات تتجاوز اضطراب ما بعد الصدمة النموذجي [4]، [30]. كذلك تم التطرق لمسألة وصمة العار الثقافية المرتبطة بالصحة النفسية والتي تشكل مشكلة خطيرة في المجتمع السوري وفي مجتمعات أخرى أيضاً. حيث تؤدي هذه الوصمة إلى التقليل من قبول وفهم الأمراض والاضطرابات النفسية بشكل صحيح نتيجة للجهل والمعتقدات الثقافية القديمة. وفي هذا السياق، أشار الباحثون إلى أن استخدام المصطلحات والتشخيصات النفسية قد يزيد من مستوى وصمة العار الثقافية المرتبطة بالرعاية الصحية النفسية في المجتمع. يمكن تجاوز هذه المشكلة من خلال تغيير اللغة المستخدمة عند التحدث عن مشكلات الصحة النفسية، بحيث يمكن استخدام مصطلحات مثل "المعاناة النفسية" أو "التحديات النفسية" بدلاً من التركيز على التشخيص الدقيق. لأن استخدام هذه المصطلحات يعزز التواصل والمشاركة الفعالة مع المرضى ويساهم في تقليل الضغط الاجتماعي ووصمة العار المرتبطة بالأمراض النفسية [31]. باختصار، يتوجب على المجتمعات العمل على تغيير ثقافي وتوعية شاملة لكسر وصمة العار الثقافية المتعلقة بالصحة النفسية. هذا التغيير الثقافي سيسهم

في تشجيع الأفراد على البحث عن العلاج والدعم الذي يحتاجونه بدون شعور بالخجل أو التعرض لوصمة العار وخصوصاً مع تزايد وارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية في المجتمع بشكل كبير نتيجة الهجرة والنزوح.

توصلت بعض الدراسات التي تناولت تصورات الصحة النفسية والعوائق الملموسة أمام طلب المساعدة في مجال الصحة النفسية بين اللاجئين، وفهم العوائق الرئيسية التي تعيق اللاجئين من الوصول إلى المساعدة لمعالجة مشاكلهم النفسية. وتلخيص البحوث التي تدرس تصورات الصحة النفسية والتحديات التي تعترض جهود البحث عن المساعدة في مجال الصحة النفسية للأفراد. التي استخدمت تقنيات استخراج البيانات والتحليل الموضوعي لاستخلاص النتائج من مجموعة متنوعة من الدراسات، حيث شملت الدراسات الكمية 26 دراسة والدراسات النوعية 40 دراسة. أظهرت النتائج أن العقبات الرئيسية التي تعيق البحث عن المساعدة النفسية تشمل العقبات والحوجز الثقافية، بما في ذلك وصمة العار المتعلقة بالصحة النفسية والمعرفة بالنماذج السائدة للصحة النفسية. والعقبات الهيكلية بما في ذلك الضغط المالي واللغة والإقامة غير المستقرة ونقص في معرفة كيفية الوصول إلى الخدمات. والعقبات الخاصة بتجربة اللجوء بما في ذلك وضع الهجرة والمخاوف من السرية. وتمت مناقشة هذه العقبات الرئيسية والنظر في كيفية تطوير السياسات والبرامج لزيادة تقديم العلاج وتقليل العبء الصحي النفسي على اللاجئين [32].

تطرقت العديد من الدراسات التي أجريت في عدة مخيمات على الحدود السورية التركية، إلى اكتشاف الصعوبات التي يواجهها اللاجئون السوريون الذين يعيشون في المخيمات في تركيا في البيئة ما قبل اللجوء وبعده، وتأثير ذلك على صحتهم النفسية. تم إجراء مقابلات شبه منظمة مع اللاجئين السوريين. تبين أن اللاجئين السوريين تعرضوا وبشكل كبير لأحداث مؤلمة في فترة ما قبل اللجوء، بما في ذلك النزاعات المسلحة وانتهاكات حقوق الإنسان والدمار الاقتصادي والاجتماعي. وأفاد المشاركون بمجموعة متنوعة من الصعوبات في البيئة بعد اللجوء، بما في ذلك الانفصال عن أقربائهم وفقدانهم، وصعوبات المخيم، والصعوبات المرتبطة بالتنوع الاجتماعي، والتكيف، والصعوبات الاقتصادية. وأبلغوا عن العديد من التأثيرات النفسية والاجتماعية قبل اللجوء وبعده.

وتمت مناقشة تداعيات النتائج وتقديم توصيات بشأن ضرورة التوجه نحو الحقوق في السياسات والتدخلات المتعلقة بتحسين الصحة والعافية النفسية للاجئين [33]. وفي دراسة تناولت الصحة الجسدية والنفسية للأطفال السوريين المهجرين في الأردن، بينت نتائجها التي شملت على 250 طفل يعيشون في المخيمات، أن مستويات صحة الأطفال الجسدية تعتبر جيدة نسبياً. ومن ناحية نفسية، إن 25% من الأطفال كانوا يعانون من الوحدة، و24% لديهم شعور بالاكتئاب، وغالبية الأطفال 60% كان لديهم معدلات منخفضة من الألم الجسدي [34].

أظهرت دراسة تناولت مقارنة محددات بعض اضطرابات الصحة النفسية بين مجموعتين وهما اللاجئين السوريين المقيمين في تركيا والنازحين داخلياً في سوريا، وتحديد العوامل المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب الشديد. حيث تم إجراء مسح ميداني في مايو عام 2017 على ما يقارب 540 نازحاً داخلياً في سوريا ولاجئاً في تركيا. كشفت النتائج أن الاضطرابات النفسية كانت منتشرة بشكل كبير في كلا المجموعتين. وكان اضطراب الاكتئاب الشديد أكثر شيوعاً بين اللاجئين في تركيا منه بين النازحين داخلياً في سوريا. وكانت الاضطرابات النفسية الأخرى، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة، أكثر انتشاراً بين النازحين داخلياً في سوريا. وارتبط اضطراب ما بعد الصدمة أيضاً بعوامل ما بعد اللجوء. وكان اضطراب الاكتئاب الشديد أكثر احتمالاً بين اللاجئين في تركيا. بالإضافة إلى ذلك، تم التنبؤ باحتمالية الإصابة باضطراب الاكتئاب الشديد من خلال التوقف في مكان آخر قبل إعادة التوطين في الموقع الحالي. واستنتجت الباحثة أن إعادة التوطين ونوع النزوح، يعتبران من العوامل المهمة في تحديد اضطرابات الصحة النفسية،

حيث تعد عوامل ما بعد النزوح أقوى تأثيراً على الصحة النفسية المرتبطة بالحرب. وتم التنويه بأنه قد يستفيد النازحون داخلياً بشكل أكبر من الأساليب التي تركز على الصدمات، في حين يستفيد اللاجئون بشكل أكبر من الأساليب النفسية الاجتماعية [35].

وتفيد دراسة أجريت حول مستويات الاكتئاب المرتفعة بين النازحين السوريين في مخيمات الأردن عام 2018. أن هناك ارتفاع في مستويات الاكتئاب بين النازحين السوريين المقيمين في المخيمات. وأوضحت أن ظروف الحرب والنزوح والتجريف التي تعرضوا لها قد أثرت بشكل كبير على حالتهم النفسية، حيث يعاني العديد منهم من القلق والاكتئاب الشديد. قد أجرت الدراسة استطلاعاً لمجموعة كبيرة من النازحين السوريين في المخيمات، وتم تحليل الاستبيانات التي أظهرت أن الإجهاد النفسي الناجم عن الحرب والفقْدان والتمزق العائلي كان من أبرز العوامل التي تعتبر السبب وراء ارتفاع مستويات الاكتئاب بينهم. يعزى ذلك إلى عدم الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي والقلق المستمر بشأن غد مجهول. حيث يعاني النازحون من صعوبة في العثور على فرص عمل وتأمين احتياجاتهم الأساسية، مما يزيد من مشاعر الضيق واليأس. وتمت الإشارة إلى ضرورة توفير الدعم النفسي والعلاج النفسي للنازحين السوريين المتواجدين في المخيمات، من خلال إقامة ندوات توعية للنازحين وبرامج خاصة بالصحة النفسية [36].

تذكر إحدى دراسات Miller التي تناول فيها الصحة النفسية للنازحين بسبب الصراعات المسلحة والنموذج البيئي للنازحين واللاجئين. التي هدف بشكل رئيسي إلى دراسة التأثيرات المباشرة للصحة النفسية والاجتماعية الناتجة عن التعرض للعنف المرتبط بالحرب وفقدان الأحبة، والتأثيرات الكبيرة لعوامل التوتر والاضطراب المستمرة المرتبطة بتجربة النزوح بحد ذاتها. أظهرت النتائج بأن الصحة النفسية للنازحين واللاجئين لا تتأثر بالتعرض للعنف والخسارة المرتبطة بالحرب فحسب، بل تتأثر أيضاً بالضغوطات المستمرة المرتبطة بتجربة النزوح بحد ذاتها. هذه الضغوطات المرتبطة بالنزوح تشمل العزلة الاجتماعية، والبطالة، والفقر، والتمييز، والعنف الأسري، وانعدام الأمان في مخيمات النزوح. يمكن أن يكون لهذه الضغوطات تأثير قوي على الصحة النفسية لأنها فورية ومستمرة، وخارجة عن إرادة النازحين واللاجئين. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تتراوح الضغوطات المرتبطة بالنزوح من الضغوطات المزمّنة منخفضة الشدة إلى الأحداث المؤلمة المحتملة، مما يزيد من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية. وأشارت البيانات المتاحة وبشكل قوي أن كل من الصدمات الناجمة عن الحروب وعوامل التوتر بعد النزوح تؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية. وتلعب بيئة السكن بعد النزوح دوراً حاسماً إما في تعزيز أو إعاقة عملية التعافي من الصدمة والحزن الناجمين عن الحروب. حيث تم اقتراح نموذج بيئي يوفر إطاراً لفهم العوامل التي تؤثر على العافية النفسية للأشخاص النازحين واللاجئين. يحث النموذج على التعامل مع الاحتياجات الصحية النفسية والاجتماعية للنازحين واللاجئين بشكل أكبر. ويمكن استخدامه للتعامل بطرق تتناسب مع مصادر الضغوط والتوتر والضيق والاضطرابات المتنوعة التي يواجهها النازحون [25].

قدم Miller تفسيراً للعلاقة بين الضغوط المرتبطة بالنزوح والصحة النفسية من خلال تسليط الضوء على عدة عوامل. حيث تعتبر الضغوط المرتبطة بالنزوح أكثر إلحاحاً واستمرارية مقارنة بالضغوط الناتجة عن التعرض للحرب، والتي قد يتم تخفيفها من خلال العمليات الطبيعية للتعافي النفسي. تعد الضغوطات المرتبطة بالنزوح غالباً محفزات ضارة خارجة عن سيطرة اللاجئين، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات المشاكل الصحية. بالإضافة إلى انتشار الضغوطات اليومية داخل مجتمعات اللاجئين، في حين أنه يمكن أن تتباين شدة الضغوطات أثناء التعرض للحروب يعتبر Miller أن الضغوطات المرتبطة بالنزوح تزيد من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية. من المهم معالجة هذه الضغوطات من أجل تحسين الصحة النفسية والعافية النفسية والاجتماعية للنازحين [25].

تناولت دراسات متعددة العلاقة بين مكان الإقامة والصحة النفسية للأفراد اللاجئين في دول الشمال من العالم. تشير نتائج متنوعة إلى أن العوامل المادية للبيئة يمكن أن تكون لها تأثيرات إيجابية أو سلبية على الصحة النفسية للأشخاص اللاجئين. من ناحية

أخرى، يمكن أن تؤدي ظروف السكن السيئة وغير الملائمة في مراكز الإيواء للاجئين إلى تقويض فرص التعافي وزيادة مشاكل واضطرابات الصحة النفسية[37]. تؤثر العوامل الاجتماعية الخاصة بمكان الإقامة بشكل كبير على الصحة النفسية للاجئين. حيث تتفاوت جودة الحياة تبعاً للبيئة بين دول إعادة التوطين والمناطق الداخلية في نفس البلد[38]. تشير النتائج إلى وجود ارتباط كبير بين الصحة النفسية ومكان الإقامة، ومستوى الدعم الاجتماعي، وتوفير الرعاية الاجتماعية[39]. بالإضافة إلى ذلك، تلعب العوامل الاجتماعية مثل فرص التوظيف والتعليم، والبيئة الاجتماعية، وقضايا التمييز والوصمة دوراً حاسماً في الصحة النفسية للأشخاص النازحين واللاجئين[40]، [41]. وعلى الرغم من ذلك، فإن العلاقات الاجتماعية مع الجيران والمجتمع المحيط، التي تعكس التماسك الاجتماعي والتفاعل بين الأجيال، لا تظهر ارتباطاً واضحاً مع نتائج الصحة النفسية[41].

بينت دراسة أجريت في شمال نيجيريا قام بها Ekezie بعنوان "استراتيجيات الإدارة للنازحين داخلياً الذين يعيشون في أماكن تشبه المخيمات في شمال نيجيريا" هدفت إلى تقديم نظرة عامة حول كيفية إدارة النازحين لظروف معيشتهم وحياتهم الاجتماعية. تم إجراء البحث من خلال مناقشات جماعية مركزة مع قادة النازحين. بينت الدراسة أن النازحين داخلياً واجهوا العديد من التحديات في المخيمات، بما في ذلك صعوبة الوصول إلى الموارد الأساسية مثل الغذاء والماء والرعاية الصحية والنفسية. ولقد شكل الجوع تحدياً كبيراً وأثر على وضعهم الصحي والنفسي والاجتماعي. كما ساهم غياب مرافق الصرف الصحي وسوء إدارة النفايات في المخاطر الصحية والتلوث البيئي في المخيمات. وعلى الرغم من هذه التحديات، أظهر النازحون القدرة على الصمود وتنفيذ استراتيجيات التكيف المختلفة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع في المخيمات. على سبيل المثال، شارك النازحون داخلياً الموارد مع المجتمعات المجاورة للوصول إلى مرافق المياه والصرف الصحي. كما شكل النازحون فرق دعم صحي لإدارة المشكلات الطبية ودعموا بعضهم بعضاً مالياً للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وأبرزت الدراسة أهمية الأنظمة الداخلية للنازحين والهياكل القيادية في إدارة شؤون المخيمات. حيث لعب قادة النازحين داخلياً دوراً كبيراً في الدفاع عن حقوقهم، وتنسيق توزيع الموارد، والاتصال بالمنظمات الخارجية الداعمة، وتؤكد الدراسة على الحاجة إلى تحسين الدعم والموارد للنازحين داخلياً. وأن فهم وتعزيز استراتيجيات صمود النازحين وإدارتهم يمكن أن يساهم في إدارة النزوح بشكل أكثر فعالية وتطوير حلول دائمة للنازحين[42].

وفي دراسة تطرق بها Getanda إلى الصحة النفسية وجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى النازحين داخلياً الذين يعيشون في مقاطعة ناكورو، كينيا، أظهرت هذه الدراسة إلى أن الأشخاص النازحين داخلياً الأصغر سناً، والمتزوجين، الذين يتلقون الرعاية الصحية والاجتماعية والحكومية، يتمتعون بحماية أكبر في مواجهة تدني الصحة النفسية. بشكل عام، يعاني المجتمع الذي تمت دراسته من ضعف في الصحة النفسية والرفاهية، بما في ذلك التفكير في الانتحار. تشير نتائج الدراسة بشكل أساسي أن نوع النزوح القسري الناتج عن الصراع، الذي تم رصد في هذا البحث، يؤثر سلباً بشكل كبير على الصحة النفسية. لهذا يجب توفير دعم عاجل ومساعدة النازحين في هذه الظروف لتحسين صحتهم وسلامتهم النفسية على المدى الطويل، خاصة بالنسبة للنازحين داخلياً الذين يشعرون بالقلق بشأن عافية أسرهم ويفتقرون إلى الدعم الاجتماعي ويعانون من تدني الصحة النفسية. هذا يشكل تحدياً كبيراً لخدمات الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية في مثل هذه السياقات التي تشهد احتياجات رعاية صحية واجتماعية كبيرة ومعقدة، وتزداد تعقيداً بسبب نقص الموارد والوصمة ونقص الوعي في المجتمع بشكل عام[43].

توصلت الدراسة التي قام بها فيصل محمد عليوي حول الآثار الاجتماعية والتربوية والنفسية للهجرة والنزوح القسري - مخيمات النزوح (كركوك، سليمانية، أربيل) (نموذجاً، على عينة من النازحين في مخيمات النزوح في ثلاث محافظات عراقية، إلى جملة من النتائج كتعرض النازحين إلى الكثير من الأمراض القلبية والمزمنة والأمراض النفسية. وظهور الانحراف والجريمة في مخيمات النزوح، وازدياد

حالات الطلاق والتفكك الاسري، وفقدان الكثير من الأسر لأبنائها. هذه النتائج تسلط الضوء على التحديات الكبيرة التي يواجهها النازحون، وتشير إلى أثر الهجرة والنزوح القسري على الصحة النفسية والاجتماعية والتربوية لهؤلاء الأفراد [44]. وفي دراسة تناولت الضيق النفسي لدى الأشخاص النازحين داخلياً في مدينة بغداد وتقييم آثار النزوح الداخلي على الصحة النفسية لدى النازحين. أظهرت النتائج أن غالبية النازحين من الذكور ويبلغون من العمر 50 سنة فأكثر، ومعظمهم حصل على التعليم الابتدائي، والغالبية العظمى من الأشخاص الذين كان لديهم وظيفة قبل النزوح. حيث يعاني الأشخاص النازحون من مستوى متوسط من الضيق النفسي. وهناك علاقات ذات دلالة معنوية بين الضيق النفسي، العمر، مستوى التعليم، المهنة، الدخل الشهري، وفترة النزوح. يوصي الباحث بأهمية خاصة لتحديد الحقوق والضمانات ذات الصلة بحماية النازحين وتأمين متطلباتهم الضرورية[45].

4. منهجية وإجراءات الدراسة (المواد والطرائق):

4. 1. مواد الدراسة:

4. 1. 1. مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من السكان المقيمين في مخيمات الشمال السوري والمتمثلة بمخيم الزيتون الواقع بالقرب من مدينة أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في ضواحي مدينة الباب، وقرية عطاء الواقعة في مدينة أطمه في ادلب. وبلغ العدد الاجمالي للسكان النازحين في هذه المخيمات (10108) نازح تقريباً حسب بيانات إدارة المخيمات والجهات الإدارية والمجالس المحلية الرسمية.

4. 1. 2. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة باستخدام طريقة العينة العشوائية والتي تعد من أفضل الطرق المستخدمة في اختيار العينات في حالة وجود أعداد كبيرة في المجتمع الأصلي. قد بلغ حجم العينة الكلي (300) نازح، حيث شكلت ما نسبته (3%) من مجتمع الدراسة. تم حساب حجم العينة وفق معادلة morgan بناء على حجم المجتمع الكلي[46].

4. 1. 3. أدوات الدراسة:

استخدم الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية:

4. 1. 3. 1. استبيان جمع المعلومات كأداة أساسية في الدراسة: تم تصميم استبيان المعلومات الذي يتألف من عدة أقسام، يتضمن المقاييس المستخدمة في الدراسة، بالإضافة إلى جمع بيانات الأفراد المشمولين في العينة. تشمل هذه البيانات الاجتماعية والديموغرافية جوانباً متعددة مثل النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، ومستوى التعليم، وفترة الإقامة في المخيم، وحالة العمل. تدرج جميع هذه المعلومات كمتغيرات في الدراسة، ويشار إلى الشخص الذي يشارك ويقوم بتعبئة الاستمارة (الاستبيان) عادة بمصطلح "المستجيب".

4. 1. 3. 2. مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL - 90 - R): يعمل مقياس الصحة النفسية على قياس الصحة النفسية العامة للنازحين ويعد أداة أساسية في مجال تقييم الصحة النفسية، حيث قام بوضع المقياس ليونارد وزملاؤه تحت عنوان (SCL-90 R: Symptoms Check List)، والذي تضمن 90 عبارة. حيث تم تصنيف هذه العبارات إلى تسعة أبعاد مختلفة ومصممة لفهم الجوانب المتعددة للصحة النفسية وتشمل: الأعراض الجسمانية، الحساسية التفاعلية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، العداوة، الفوبيا، البار انويا، الذهانوية. التي تضمنت 81 عبارة موزعة على هذه الأبعاد[47].

4. 1. 3. 3. مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL - BREF): يعمل على قياس جودة الحياة العامة للنازحين وهو مكون من 26 عبارة. حيث تم تنقيح الاستبيان الأصلي المكون من 100 سؤال في WHOQOL-BREF [48]، إلى استبيان يتكون من 26 سؤال وستة أبعاد لجودة الحياة هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة البيئية، والعلاقات الاجتماعية، والصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة[49]، [50].

4. 1. 4. جمع بيانات الدراسة:

قام فريقان من موظفي الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، التابعين لمنظمة عطاء للإغاثة الإنسانية المتواجدين في منطقة الدراسة في شمال غرب سوريا، بالعمل مع الباحث جنباً إلى جنب على تطبيق الاستبيانات على سكان المخيمات المستهدفة. حيث كان جميع الموظفين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، وقد شاركوا سابقاً في تنفيذ الاستبيانات على النازحين. تم الحصول على موافقة مستتيرة من جميع المشاركين بعد أن قدم الموظفون لهم شرحاً كاملاً عن الدراسة والهدف منها وكيفية استخدام البيانات وضمان السرية التامة للمشاركين.

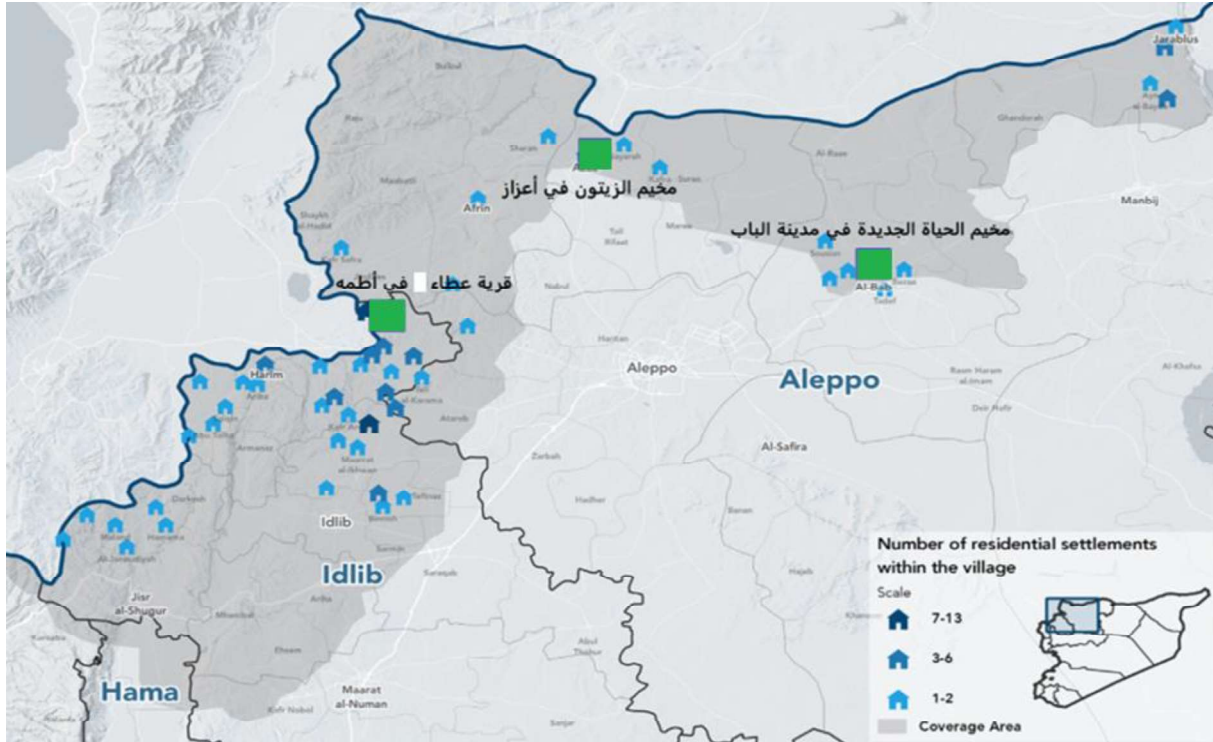
4. 1. 5. مخيمات الدراسة:

- مخيم الزيتون في أعزاز: يقع مخيم الزيتون بالقرب من مدينة أعزاز الواقعة في الريف الشمالي لمدينة حلب، على مقربة من الحدود السورية التركية، حيث يبعد فقط أربعة كيلومتر عن الحدود التركية. يضم المخيم ما مجموعه (907) أسرة، بمتوسط (6 - 5) أفراد لكل أسرة، حيث يبلغ العدد الإجمالي للسكان في المخيم (5370) نازح. ومعظم الأسر المقيمة في المخيم نزحت من مناطق ريف إدلب الجنوبي، وريف حمص، وبعضهم من ريف حلب. تم إنشاء المخيم في بداية عام 2019، ويمتد على مساحة تبلغ 200,000 متر مربع، وهو مخيم فقط بمياه الشرب التي تقوم بتوفيرها منظمة شفق للمخيم حالياً.

- مخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب: يقع مخيم الحياة الجديدة في ضواحي مدينة الباب، التي تقع في الريف الشمالي الشرقي لمدينة حلب، وتبعد ثلاثين كيلومتر عن الحدود التركية. يضم المخيم ما مجموعه (300) أسرة، بمتوسط (6) أفراد لكل أسرة، حيث يبلغ العدد الإجمالي للسكان المقيمين في المخيم (1788) نازح. ومعظم الأسر المقيمة في المخيم نزحت من مناطق دير الزور، ودمشق، والبوكمال، والميادين. تم إنشاء المخيم في عام 2018، ويمتد على مساحة تبلغ 20,000 متر مربع، وهو مجهز ببئر مياه للشرب يغذي جزء من المخيم، ومدرسة ابتدائية صغيرة، وشبكة صرف صحي تخدم المخيم بأكمله.

• قرية عطاء في أطمه:

تقع قرية عطاء في مدينة أطمه الواقعة في ريف إدلب الشمالي، وتبعد عن الحدود التركية مسافة كيلومتر واحد فقط. يسكن هذه القرية ما مجموعه (575) أسرة، بمتوسط (5) أفراد في كل أسرة، حيث يبلغ العدد الإجمالي للسكان المقيمين في القرية (2950) نازح. وغالبية الأسر المقيمة في القرية نزحت من مناطق ريف دمشق (داريا - قدسيا - خان الشيخ)، وكذلك من ريف حماه، وحمص، وحلب، وبانياس. تم إنشاء المخيم في عام 2016، ويمتد على مساحة تبلغ 55,000 متر مربع، أنشأ عليها (540) وحدة سكنية، إلى جانب مرافق أساسية تشمل مستوصف صحي ومدرسة ومسجد. بالإضافة إلى ذلك، تتوفر في القرية خدمات أساسية مثل مياه الشرب والكهرباء وخدمات النظافة وشبكات الصرف الصحي. ويبين الشكل رقم (2) مواقع المخيمات الثلاثة التي أجريت عليها الدراسة في منطقة شمال غرب سوريا (مدينة أعزاز، ومدينة الباب، ومدينة أطمه)[51].



الشكل رقم (2): خريطة تظهر مواقع مخيمات الدراسة في شمال غرب سوريا

4. 1. 6. حدود الدراسة:

أ. حدود مكانية: طبقت الدراسة على النازحين السوريين في مخيمات الشمال السوري الواقعة في المناطق التالية:

1. مخيم الزيتون الواقع بالقرب من مدينة أعزاز .

2. مخيم الحياة الجديدة الواقع في ضواحي مدينة الباب.

3. قرية عطاء الواقعة في مدينة أطمه في ادلب.

ب. حدود جغرافية: ضم مجتمع الدراسة منطقة المخيمات في شمال غرب سوريا وبالتحديد المنطقة الشمالية لمدينة ادلب والمنطقتين

الشمالية والشمالية الشرقية لمدينة حلب، حيث يتركز في هذه المناطق تجمع المخيمات لقربها من الحدود السورية- التركية.

ج. حدود زمنية: أقيمت هذه الدراسة في الفترة بين (جولاي - أكتوبر للعام 2023).

4. 2. طرائق الدراسة:

4. 2. 1. إجراءات الدراسة الميدانية:

4. 2. 1. 1. التحليل العاملي للاستبيان:

تم تقييم الصدق العاملي لمقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة في مجتمع الدراسة الحالي من خلال إجراء التحليل العاملي لجميع عبارات المقياسين. كان مقياس الصحة النفسية يتكون من تسعة أبعاد، في حين ضم مقياس جودة الحياة ستة أبعاد. أظهرت نتائج هذا التحليل أن جميع عبارات مقياس الصحة النفسية وجودة الحياة تشبعت على أبعادها الفرعية، مما يشير إلى وجود ترابط قوي بين العبارات وبين الأبعاد الفرعية لمقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة.

4. 2. 1. 2. صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية وجودة الحياة:

لمعرفة صدق اتساق العبارات في مقياس الصحة النفسية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل عبارة مع البعد التابعة له، والجدول رقم (1) التالي يوضح نتائج التحليل:

جدول رقم (1): معاملات ارتباط بيرسون لمقياس الصحة النفسية بين كل عبارة والبعد التابعة له

معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد مع العبارات التابعة له - مقياس الصحة النفسية													البعد		
			11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	العبارة	
			0.700	0.684	0.694	0.566	0.600	0.636	0.577	0.555	0.416	0.611	0.596	الارتباط	1
					20	19	18	17	16	15	14	13	12	العبارة	2
					0.430	0.611	0.543	0.580	0.628	0.674	0.637	0.514	0.575	الارتباط	
				30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	العبارة	3
				0.574	0.669	0.678	0.615	0.633	0.599	0.448	0.452	0.580	0.544	الارتباط	
43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	العبارة	4
0.533	0.496	0.546	0.654	0.568	0.701	0.651	0.554	0.593	0.601	0.510	*	0.511	0.511	الارتباط	
			53	52	51	50	49	48	47	46	45	44	43	العبارة	5
			0.589	0.695	0.607	0.698	0.545	0.654	0.657	0.661	0.655	0.619	0.619	الارتباط	
								59	58	57	56	55	54	العبارة	6
								0.760	0.589	0.714	*	0.628	0.548	الارتباط	
							66	65	64	63	62	61	60	العبارة	7
						0.498	0.563	0.608	0.733	0.644	0.677	0.626	0.626	الارتباط	
								72	71	70	69	68	67	العبارة	8
								0.766	0.749	0.682	0.675	0.691	0.605	الارتباط	
				81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	العبارة	9
				0.635	0.604	0.548	0.488	0.554	0.544	0.507	*	0.582	0.582	الارتباط	

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05. - * أسئلة تم حذفها لأنها لم تحقق مستوى الارتباط المطلوب.

من نتائج الجدول السابق رقم (1)، نجد أن جميع معاملات الارتباط لجميع العبارات موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أن جميع عبارات المقياس تتمتع بصدق أتساق داخلي مع الأبعاد التابعة لها بمجتمع الدراسة الحالية. ولمعرفة صدق اتساق العبارات في مقياس جودة الحياة تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل عبارة مع البعد التابعة له. الجدول رقم (2) التالي يوضح نتائج التحليل:

جدول رقم (2): معاملات ارتباط بيرسون لمقياس جودة الحياة بين كل عبارة والبعد التابعة له

معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد مع العبارات التابعة له - مقياس جودة الحياة									البعد
		102	86	85	84	83	82	العبارة	الصحة النفسية
		0.532	0.438	0.647	0.633	0.725	0.692	الارتباط	
	101	100	99	90	89	88	87	العبارة	الصحة الجسمية
		0.705	0.685	0.512	0.589	0.593	0.701	الارتباط	
105	104	103	95	94	93	92	91	العبارة	الصحة البيئية
	0.748	0.741	0.711	0.636	0.636	0.628	0.722	الارتباط	
					98	97	96	العبارة	العلاقات الاجتماعية
					0.732	0.665	0.721	الارتباط	
							106	العبارة	الصحة العامة
							1	الارتباط	
							107	العبارة	الجودة الشاملة للحياة
							1	الارتباط	

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05.

يتضح من الجدول السابق رقم (2)، أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات الأبعاد المكونة لمقياس جودة الحياة كانت موجبة الإشارة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وتتسق مع أبعادها عند مستوى معنوية (0.05)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.438) والحد الأعلى (0.748). ولمعرفة صدق اتساق الأبعاد مع المقياس الكلي تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل بعد مع المقياس التابع له لكلا المقياسين، والجدول رقم (3) التالي يوضح نتائج الاختبار:

جدول رقم (3): معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد والمقياس التابع له لمقياس الصحة النفسية وجودة الحياة

معاملات الارتباط بيرسون بين المقياس مع الأبعاد التابعة له										المقياس	
9	8	7	6	5	4	3	2	1	الأبعاد	1	الصحة النفسية
0.658	0.661	0.602	0.566	0.762	0.803	0.643	0.717	0.649	الارتباط		
			6	5	4	3	2	1	الأبعاد	2	جودة الحياة
			0.642	0.549	0.784	0.607	0.728	0.701	الارتباط		

الارتباط دال إحصائياً عند مستوى معنوية 0.05.

تبين نتائج الجدول رقم (3) السابق أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين الأبعاد المكونة لمقياس الصحة النفسية دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.566) والحد الأعلى (0.803). عليه فإن جميع عبارات وأبعاد مقياس الصحة النفسية متسقة داخلياً مع بعضها، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية. كذلك الأبعاد المكونة لمقياس جودة الحياة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.549) والحد الأعلى (0.784). وعليه فإن جميع عبارات وأبعاد مقياس جودة الحياة متسقة داخلياً مع بعضها، مما يثبت أيضاً صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس جودة الحياة. وتم اعتماد تصنيف Lehman لتحديد درجة معامل الارتباط في الدراسة [52].

4. 2. 1. 3. حساب معامل الثبات الفا كرونباخ لمقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة:

للتحقق من ثبات مقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة في الدراسة حسب مكورني ووير وروجرز وا ركسيك ولو [53]، تم استخدام طريقة (كرونباخ ألفا) على جميع عبارات الاستبيان ولكامل عينة الدراسة البالغة (300) مشارك. والجدول رقم (4) يوضح النتائج.

جدول رقم (4): معامل ألفا كرونباخ لإيجاد ثبات الاستبيان

المقياس	م	الأبعاد	عدد العبارات	معامل الثبات (ألفا كرونباخ)
الصحة النفسية	1	الأعراض الجسمانية	11	0.837
	2	الحساسية التفاعلية	9	0.772
	3	الوسواس القهري	10	0.777
	4	الاكتئاب	13	0.816
	5	القلق	10	0.832
	6	العداوة	6	0.624
	7	الفوبيا	7	0.733
	8	البارانويا	6	0.787
	9	الذهانية (الذهان النفسي)	9	0.742
معامل الثبات الكلي لمقياس الصحة النفسية			81	0.953
جودة الحياة	1	الصحة النفسية	6	0.651
	2	الصحة الجسمية	7	0.751
	3	الصحة البيئية	8	0.865
	4	العلاقات الاجتماعية	3	0.481
	5	الصحة العامة	1	-
	6	الجودة الشاملة للحياة	1	-
معامل الثبات الكلي لمقياس جودة الحياة			26	0.894
معامل الثبات الكلي للاستبيان			107	0.921

يتضح من الجدول رقم (4)، أن معامل الثبات الكلي للاستبيان بلغ (0.921) لإجمالي عبارات الاستبيان. يتراوح ثبات عبارات الأبعاد لمقياس الصحة النفسية ما بين (0.832) كحد أقصى و(0.624) كحد أدنى. ويتراوح ثبات عبارات الأبعاد لمقياس جودة الحياة ما بين (0.865) كحد أقصى و(0.481) كحد أدنى. وهذا يتماشى مع الدراسات السابقة [49]. ويدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

4.2.2. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل البيانات، باستخدام الإصدار (26) من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) [54]. حيث تم تحليل المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات الأساسية للدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. وذلك لمناسبته أسلوب الدراسة وخصائصها وأهدافها، فهو يتيح الحرية لجمع البيانات وتبويبها بهدف تحليلها وصولاً لنتائج وتعميمات ذات علاقة بمشكلة الدراسة وأسئلتها.

5. النتائج والمناقشة:

5.1. عرض ومناقشة المتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة:

فيما يلي نستعرض الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة من حيث المتغيرات الستة المدروسة (الجنس والفئة العمرية والحالة الاجتماعية والعمل ومستوى التعليم ومدة الإقامة في المخيمات).

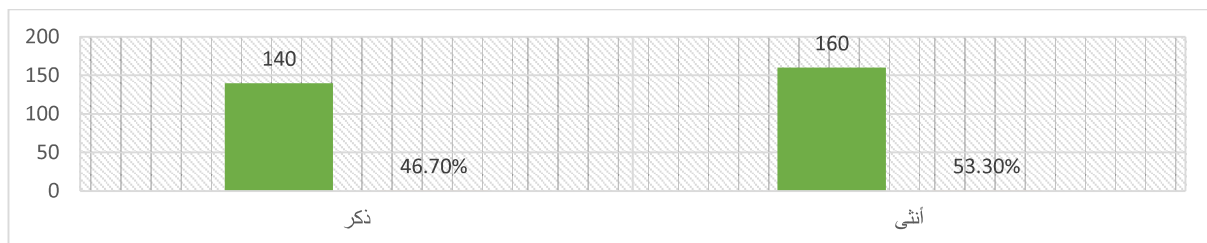
5. 1. 1. النوع:

تضمن مجتمع الدراسة تمثيل كل من الذكور والإناث بين النازحين، وتشير البيانات الميدانية إلى أن عدد الإناث في عينة الدراسة بلغ (160) فرداً، بينما بلغ عدد الذكور (140) فرداً، كما يوضح الجدول رقم (5) ذلك.

جدول رقم (5) توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث النوع

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	140	%46.7
أنثى	160	%53.3
المجموع	300	%100

يتضح من الجدول رقم (5)، أن حجم العينة يساوي (300) مستجيب، وكانت نسبة الإناث هي الفئة الأعلى بعدد (160) فرداً ونسبة (%53.3) من إجمالي عينة الدراسة، بينما شكل الذكور النسبة الأقل بعدد (140) ونسبة (%46.7). كان عدد الإناث أكبر في العينة المدروسة نتيجة الاختيار العشوائي وظروف العمل التي تجعل تواجدهن في المنزل أكثر شيوعاً من الذكور. كما تتضح هذه النتائج من الشكل البياني التالي رقم (3).



الشكل رقم (3): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث النوع

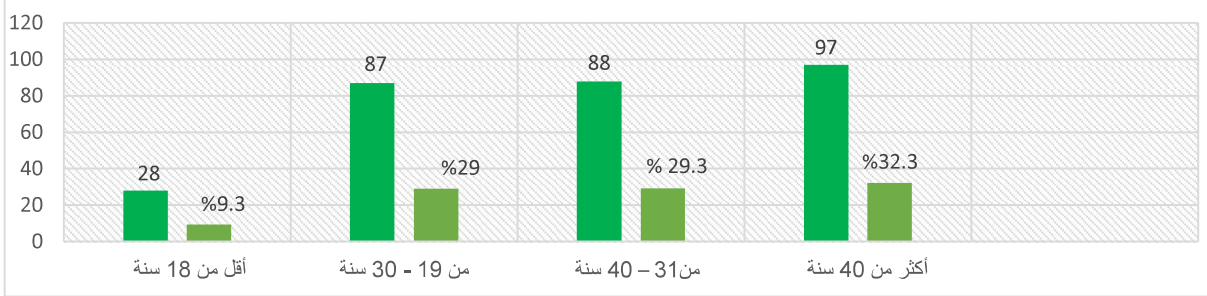
5. 1. 2. الفئة العمرية:

تم تصنيف واختيار الفئات العمرية في الدراسة إلى الفئات التالية (أقل من 18 سنة، من 19 - 30 سنة، من 31 - 40 سنة، أكثر من 40 سنة). وهي موضحة بالجدول رقم (6) التالي:

جدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الفئة العمرية

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 18 سنة	28	%9.3
من 19 - 30 سنة	87	%29
من 31 - 40 سنة	88	%29.3
أكثر من 40 سنة	97	%32.3
المجموع	300	%100

يبين الجدول رقم (6) السابق، أن الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة) هي الفئة الأعلى في عينة الدراسة بعدد (97) ونسبة (32.3%) من إجمالي فئات عينة الدراسة، تليها الفئة العمرية (من 31 - 40 سنة) بعدد (88) ونسبة (29.3%)، ثم الفئة العمرية (من 19 - 30 سنة) بعدد (29) ونسبة (29%)، بينما حلت الفئة العمرية (أقل من 18 سنة) في المرتبة الأخيرة بعدد (28) ونسبة (9.3%).
توضح هذه النتائج في الشكل البياني رقم (4) التالي.



الشكل رقم (4): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الفئة العمرية

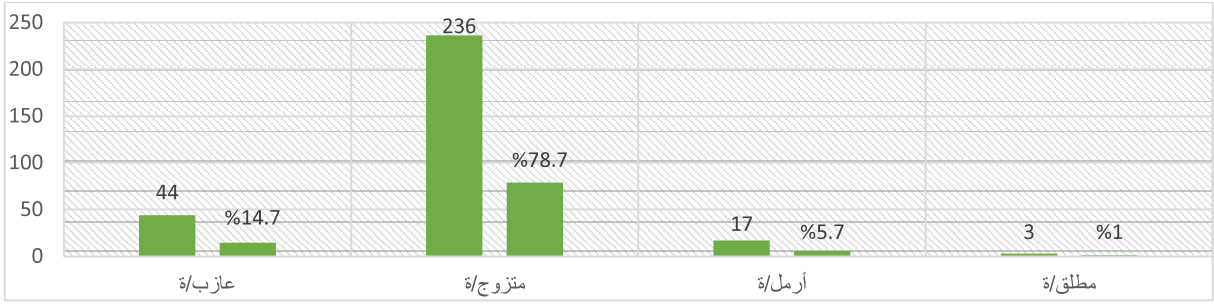
5.1.3 الحالة الاجتماعية:

تم في هذه الدراسة تصنيف الحالة الاجتماعية إلى الفئات التالية (عازب/ة، متزوج/ة، أرمل/ة، مطلق/ة)، كما هو مبين في الجدول رقم (7). إن هذا التصنيف يهدف إلى فهم توزيع الأفراد بين الفئات الاجتماعية المختلفة وكيف يمكن أن تؤثر الحالة الاجتماعية على نتائج واستنتاجات الدراسة.

جدول رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
14.7%	44	عازب/ة
78.7%	236	متزوج/ة
5.7%	17	أرمل/ة
1%	3	مطلق/ة
100%	300	المجموع

يتضح من الجدول رقم (7) أن الحالة الاجتماعية (متزوج/ة) هي الفئة الأعلى بعدد (236) ونسبة (78.7%) من إجمالي فئات عينة الدراسة، تليها الحالة الاجتماعية (عازب/ة) بعدد (44) ونسبة (14.7%)، ثم الحالة الاجتماعية (أرمل/ة) بعدد (17) ونسبة (5.7%)، وأقل فئة كانت الحالة الاجتماعية (مطلق/ة) بعدد (3) ونسبة (1%). تظهر النتائج توزيع الحالة الاجتماعية في عينة الدراسة حيث كانت الفئة الأكبر من حيث العدد والنسبة هي (المتزوجين/متزوجات)، في حين كانت الفئة الأقل هي (المطلقين/مطلقات). وتوضح هذه النتائج من الشكل البياني رقم (5) التالي.



الشكل رقم (5): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية

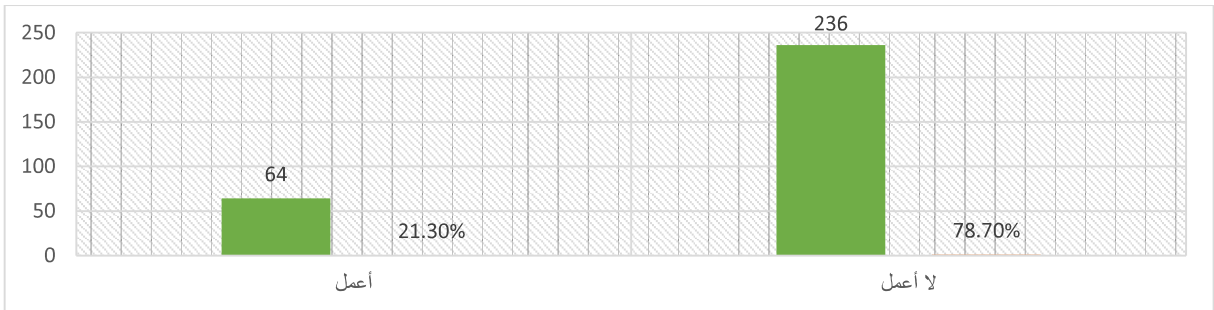
5.1.4 العمل:

تم تصنيف النازحين فيما يتعلق بحالة العمل إلى مجموعتين (العاملين والذين لا يعملون)، كما هو مبين في الجدول رقم (8). هذا التصنيف يساعدنا في فهم كيفية توزيع النازحين بين العاملين وغير العاملين، وكيف يمكن أن تؤثر حالة العمل على نتائج هذه الدراسة والاستنتاجات التي سنتوصل إليها.

جدول رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث العمل

العمل	التكرار	النسبة المئوية
أعمل	64	21.3%
لا أعمل	236	78.7%
المجموع	300	100%

يظهر الجدول رقم (8) أن الفئة الأعلى من الأفراد عاطلين عن العمل بعدد (236) ونسبة (78.7%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة، بينما يظهر أن الأفراد العاملين كان أقل بعدد (64) ونسبة (21.3%). تتوضح النتائج من الشكل البياني رقم (6) التالي.



الشكل رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث العمل

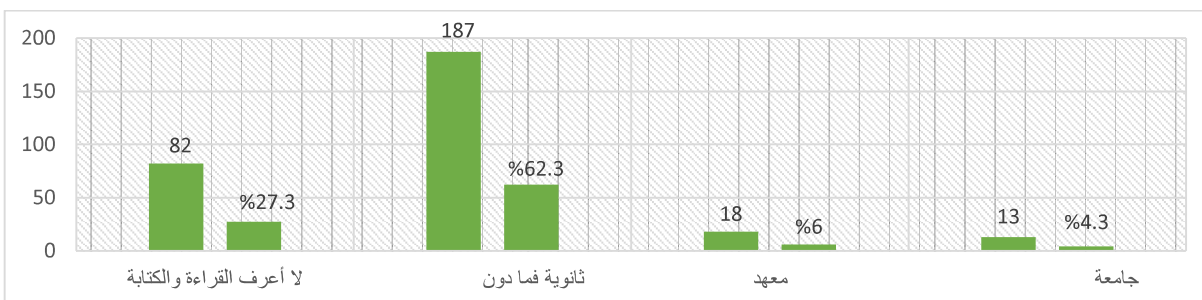
5.1.5 مستوى التعليم:

تم في هذه الدراسة تصنيف مستوى التعليم إلى الفئات التالية (لا أعرف القراءة والكتابة، ثانوية فما دون، معهد، جامعة)، كما هو موضح في الجدول رقم (9) التالي. إن هذا التصنيف يهدف إلى فهم توزيع الأفراد من حيث مستوى تحصيلهم الدراسي وتأثير ذلك على نتائج الدراسة.

جدول رقم (9): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مستوى التعليم

النسبة المئوية	التكرار	مستوى التعليم
27.3%	82	لا أعرف القراءة والكتابة
62.3%	187	ثانوية فما دون
6%	18	معهد
4.3%	13	جامعة
100%	300	المجموع

بينت نتائج الدراسة، وكما هو موضح في الجدول رقم (9)، على انخفاض مستوى التعليم لدى عينة الدراسة. بلغت نسبة حاملي الشهادة الثانوية وما دون هي الأعلى (62.3%)، تلتها الفئة التي لا تعرف القراءة والكتابة بنسبة (27.3%). وفئة دراسة المعهد بنسبة (6%)، في حين بلغ مجموع نسبة حملة الشهادة الجامعية النسبة الأقل (4.3%)، كما تتوضح هذه النتائج في الشكل البياني رقم (7) التالي.



الشكل رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مستوى التعليم

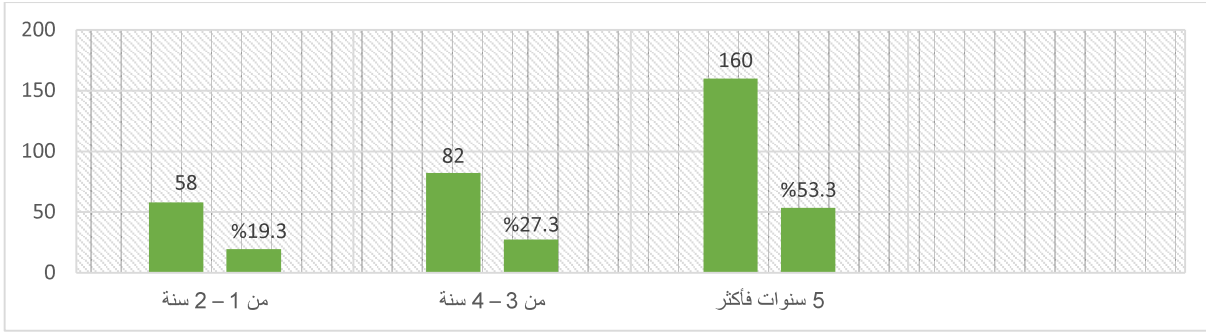
5.1.6. مدة الإقامة في المخيم:

تم تقسيم مدة الإقامة في المخيم في هذه الدراسة إلى الفترات الزمنية التالية (من 1 - 2 سنة، من 3 - 4 سنة، 5 سنوات فأكثر)، كما هو موضح في الجدول رقم (10). يهدف هذا التقسيم إلى فهم مدى توزيع الأفراد حسب مدة إقامتهم في المخيم، وكيف يمكن أن تؤثر مدة الإقامة على نتائج الدراسة.

جدول رقم (10): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مدة الإقامة في المخيم

النسبة المئوية	التكرار	المدة الإقامة
19.3%	58	من 1 - 2 سنة
27.3%	82	من 3 - 4 سنة
53.3%	160	5 سنوات فأكثر
100%	300	المجموع

يتضح من الجدول رقم (10) أن مدة الإقامة في المخيم (5 سنوات فأكثر) كانت الفئة الأعلى بعدد (160) ونسبة (53.3%) من إجمالي فئات عينة الدراسة، تليها مدة الإقامة في المخيم (من 3 - 4 سنة) بعدد (82) ونسبة (27.3%)، وكانت أقل فئة في مدة الإقامة في المخيم (من 1 - 2 سنة) بعدد (58) ونسبة (19.3%). الشكل البياني رقم (8) يوضح هذه النتائج.



الشكل رقم (8): توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث مدة الإقامة في المخيم

5.2. عرض ومناقشة آراء أفراد عينة الدراسة حول أبعاد مقياسي الصحة النفسية وجودة الحياة:

تصحيح مقياس الدراسة: تكون الاستبيان بصورته النهائية من (107) عبارة للمقياسين (الصحة النفسية، جودة الحياة). حيث تم استخدام مقياس ليكرت ذو التدرج الخماسي بهدف قياس آراء أفراد عينة الدراسة. وتم تقسيم الاستبيان إلى مقياس خماسي كما هو موضح في الجدول رقم (11). ومن خلال تحليل البيانات باستخدام مقياس ليكرت، يمكننا تقدير مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة للمستجيبين بشأن تأثير السكن في مخيمات النزوح على الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين في مناطق شمال سورية [55].

جدول رقم (11): ميزان تقديري وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي

المستوى	الفرق	المتوسط المرجح بالأوزان	الاستجابة (الدرجة)	مقياس ليكرت
منخفض	0.79	من 1.00 إلى 1.79	لا يحدث أبداً	1
	0.79	من 1.80 إلى 2.59	يحدث نادراً	2
متوسط	0.79	من 2.60 إلى 3.39	يحدث أحياناً	3
مرتفع	0.79	من 3.40 إلى 4.19	يحدث غالباً	4
	0.80	من 4.20 إلى 5.00	يحدث دائماً	5

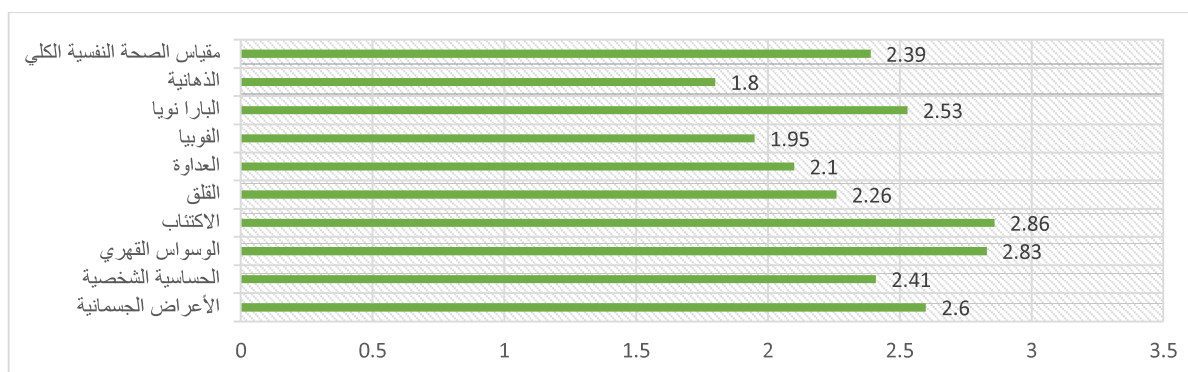
5.2.1. نتائج آراء أفراد الدراسة حول أبعاد الصحة النفسية لكامل عينة الدراسة:

يعرض الجدول رقم (12) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس الصحة النفسية الكلي من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة ككل، وكذلك المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (12): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لجميع أفراد عينة الدراسة

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الأعراض الجسمية	2.60	0.836	3	متوسط
2	الحساسية الشخصية	2.41	0.780	5	منخفض
3	الوسواس القهري	2.83	0.785	2	متوسط
4	الاكتئاب	2.86	0.812	1	متوسط
5	القلق	2.26	0.836	6	منخفض
6	العداوة	2.10	0.814	7	منخفض
7	الفوبيا	1.95	0.728	8	منخفض
8	البارانويا	2.53	0.946	4	منخفض
9	الذهانية	1.80	0.578	9	منخفض
مقياس الصحة النفسية الكلي		2.39	0.555	منخفض	

يوضح الجدول رقم (12) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أعراض اعتلال الصحة النفسية الكلي. في المرتبة الأولى، يظهر الاكتئاب بمتوسط حسابي بلغ (2.86) مع انحراف معياري بلغ (0.812) وعند مستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، يأتي الوسواس القهري بمتوسط حسابي (2.83) وانحراف معياري (0.785) ومستوى متوسط أيضاً. في المرتبة الثالثة، تظهر الأعراض الجسمية بمتوسط حسابي (2.60) وانحراف معياري (0.836) وبمستوى متوسط. بينما في المرتبة الأخيرة، تأتي الذهانية بمتوسط حسابي (1.80) وانحراف معياري (0.578)، وذلك يشير إلى مستوى منخفض في مقياس ليكرت الخماسي الموضح بالجدول رقم (11). ومن الجدول رقم (12) أيضاً، يمكن ملاحظة أن المتوسط للصحة النفسية الكلية كان (2.39) وانحراف معياري (0.555). يشير هذا إلى مستوى منخفض لأعراض اعتلال الصحة النفسية في مقياس ليكرت الخماسي. الشكل البياني رقم (8) يوضح متوسطات استجابات أفراد العينة حول أبعاد الصحة النفسية. هذه النتائج تتوافق مع دراسات كثيرة نذكر منها دراسة Weiss Becker & Leichner، التي بينت أن النازحين الذين يعيشون في المخيمات، والمناطق النائية التي تفتقر إلى أبسط الحاجات الأساسية من مسكن، وغذاء، وتعليم، وخدمات صحية، يعانون من الأعراض والاضطرابات النفسية، وكانت نسبة القلق، والاكتئاب هي الأكثر انتشاراً بحدود (54%)، والاضطرابات الذهانية كانت الأقل بنسبة (11%) [56]. وكذلك تتطابق مع دراسات Rofo [57]. وكذلك، دراسات Miller بينت انتشار الاكتئاب والاضطرابات النفسية والذهان بين اللاجئين والنازحين السوريين. الشكل البياني رقم (9) يوضح آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية الكلي.



الشكل رقم (9): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية الكلي

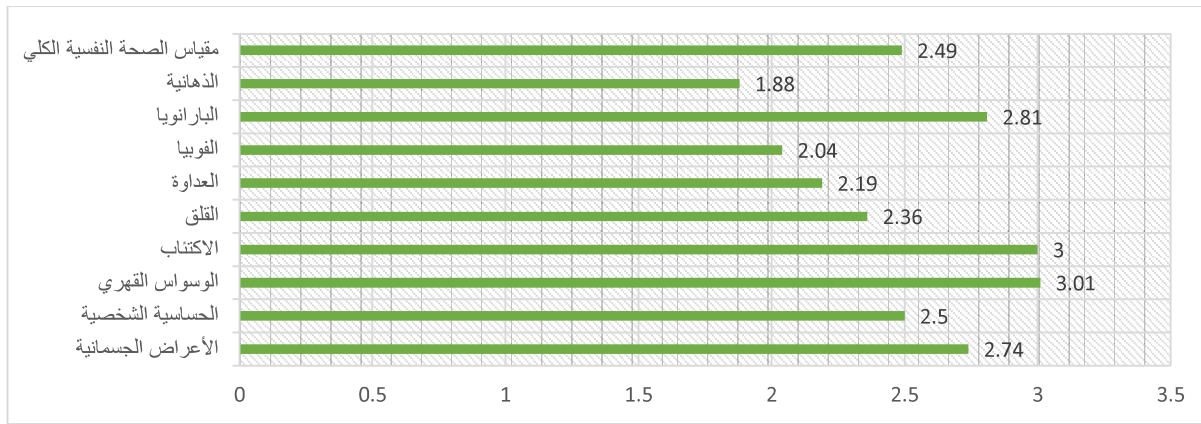
5. 2. 2. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بمخيم الزيتون في أعزاز:

فيما يلي نعرض تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (13): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الأعراض الجسمانية	2.74	0.786	4	متوسط
2	الحساسية الشخصية	2.50	0.858	5	منخفض
3	الوسواس القهري	3.01	0.882	1	متوسط
4	الاكتئاب	3.00	0.859	2	متوسط
5	القلق	2.36	0.823	6	منخفض
6	العداوة	2.19	0.911	7	منخفض
7	الفوبيا	2.04	0.793	8	منخفض
8	البارانويا	2.81	1.095	3	متوسط
9	الذهانية	1.88	0.599	9	منخفض
مقياس الصحة النفسية الكلي		2.49	0.611	منخفض	

يبين الجدول رقم (13) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للاستجابات حول أعراض اعتلال الصحة النفسية لمخيم الزيتون في مدينة أعزاز. حيث جاء في المرتبة الأولى، الوسواس القهري بمتوسط حسابي (3.01) مع انحراف معياري (0.882). هذا يشير إلى وجود مستوى متوسط من الوسواس القهري وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. جاء في المرتبة الثانية، الاكتئاب بمتوسط (3.00) وانحراف معياري (0.859) عند مستوى متوسط. وفي المرتبة الثالثة، تظهر الأعراض الجسمانية بمتوسط (2.60) وانحراف معياري (0.836) عند مستوى متوسط. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر البارانويا بمتوسط (2.81) وانحراف معياري (1.095)، يشير ذلك إلى مستوى متوسط للبارانويا في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول رقم (11). من الجدول رقم (13)، يمكن ملاحظة أن المتوسط الكلي للصحة النفسية في مخيم الزيتون في أعزاز كان (2.49) وانحراف معياري (0.611). هذا يظهر المستوى المنخفض لأعراض اعتلال الصحة النفسية وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. يوضح الشكل البياني رقم (9) متوسطات استجابات أفراد العينة حول أبعاد الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز. جاء الوسواس القهري في المرتبة الأولى، يرجع ذلك إلى ضغوط الحياة وعزلة النزوح وتغير البيئة التي يعاني منها النازحون في المخيمات. بالإضافة إلى نوعية المخيم والخدمات الصحية المقدمة فيه. مما يؤدي إلى زيادة الضغوط النفسية على النازحين. أظهرت الدراسات أن الوسواس القهري يرتبط بتدهور جودة الحياة، وزيادة العبء الأسري، وقد يكون للوسواس القهري تأثير كبير على جودة الحياة للأفراد وأسره [58]. الشكل البياني رقم (10) يوضح آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز.



الشكل رقم (10): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الزيتون في أعزاز

5. 2. 3. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بمخيم الحياة الجديدة في الباب:

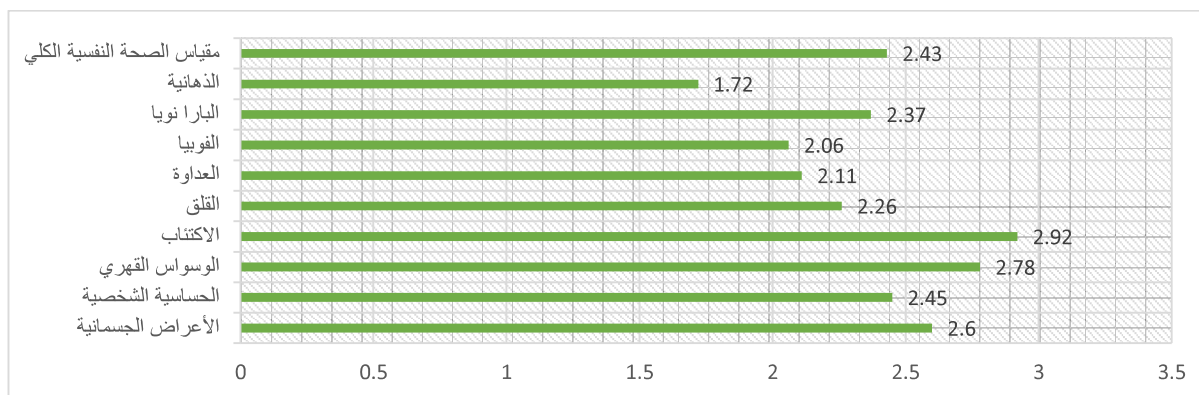
نعرض بالجدول رقم (14) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في الباب من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (14): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في الباب

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الأعراض الجسدية	2.60	0.822	3	متوسط
2	الحساسية الشخصية	2.45	0.752	4	منخفض
3	الوسواس القهري	2.78	0.710	2	متوسط
4	الاكتئاب	2.92	0.764	1	متوسط
5	القلق	2.26	0.796	6	منخفض
6	العداوة	2.11	0.748	7	منخفض
7	الفوبيا	2.06	0.716	8	منخفض
8	البارانويا	2.37	0.690	5	منخفض
9	الذهانية	1.72	0.521	9	منخفض
	مقياس الصحة النفسية الكلي	2.43	0.496		منخفض

يبين الجدول رقم (14) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أعراض اعتلال الصحة النفسية الكلي لمخيم الحياة الجديدة في الباب. في المرتبة الأولى، يظهر الاكتئاب بمتوسط (2.92) وانحراف معياري (0.764) عند مستوى متوسط للاكتئاب وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. ويأتي في المرتبة الثانية، الوسواس القهري بمتوسط قيمته (2.78) وانحراف معياري قيمته (0.710) وعند مستوى متوسط أيضاً. وفي المرتبة الثالثة، تظهر الأعراض الجسدية بمتوسط (2.60) وانحراف معياري (0.822) عند مستوى متوسط. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر الذهانية بمتوسط قيمته (1.72) وانحراف معياري قيمته (0.521). يشير هذا إلى مستوى منخفض للذهانية في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول السابق رقم (11). ويمكن ملاحظة أن متوسط الصحة النفسية الكلية لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب هو (2.43) وانحراف معياري (0.496).

هذا يبين المستوى المنخفض لأعراض اعتلال الصحة النفسية الكلي لمخيم الحياة الجديدة في الباب وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. الشكل البياني التالي رقم (11) يوضح متوسطات استجابات أفراد العينة حول أبعاد الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب.



الشكل رقم (11): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لمخيم الحياة الجديدة في الباب

5. 2. 4. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد الصحة النفسية لعينة الدراسة بقرية عطاء في أطمه:

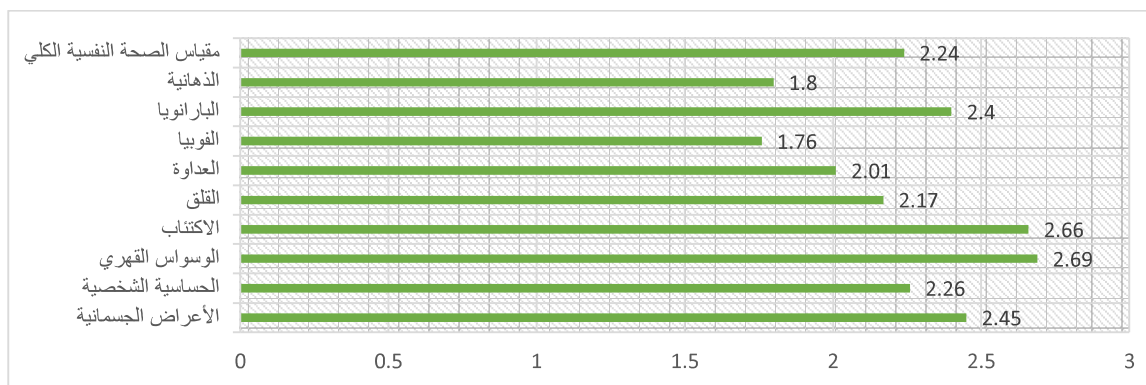
فيما يلي نعرض بالجدول (15) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (15): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الأعراض الجسدية	2.45	0.881	3	منخفض
2	الحساسية الشخصية	2.26	0.708	5	منخفض
3	الوسواس القهري	2.69	0.727	1	متوسط
4	الاكتئاب	2.66	0.777	2	متوسط
5	القلق	2.17	0.883	6	منخفض
6	العداوة	2.01	0.774	7	منخفض
7	الفوبيا	1.76	0.636	9	منخفض
8	البارا نويا	2.40	0.949	4	منخفض
9	الذهانية	1.80	0.604	8	منخفض
	مقياس الصحة النفسية الكلي	2.24	0.525		منخفض

يوضح الجدول رقم (15) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أعراض اعتلال الصحة لقرية عطاء في أطمه. حيث جاء في المرتبة الأولى، الوسواس القهري بمتوسط بلغ (2.69) وانحراف معياري بلغ (0.727). هذا يشير إلى أن الوسواس القهري كان عند مستوى متوسط في قرية عطاء وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وجاء في المرتبة الثانية، الاكتئاب بمتوسط حسابي (2.66) وانحراف معياري (0.777) عند مستوى متوسط. وفي المرتبة الثالثة، تظهر الأعراض الجسدية بمتوسط (2.45) وانحراف معياري (0.881) عند مستوى منخفض. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر الفوبيا بمتوسط (1.76) وانحراف معياري (0.636). يشير ذلك إلى مستوى منخفض من الفوبيا في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول السابق رقم (11).

ومن الجدول رقم (15) أيضاً، يمكن ملاحظة أن المتوسط الكلي للصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه هو (2.24) بانحراف معياري (0.525). هذا يظهر المستوى المنخفض لأعراض اعتلال الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. يوضح الشكل البياني رقم (12) استجابات أفراد العينة حول أبعاد الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه.



الشكل رقم (12): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية لقرية عطاء في أطمه

5.2.5. نتائج آراء أفراد الدراسة حول أبعاد جودة الحياة لكامل عينة الدراسة:

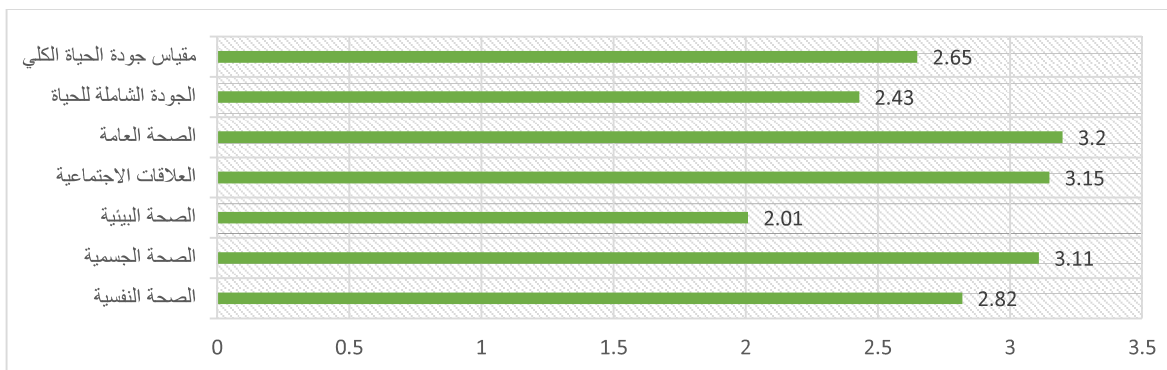
نعرض فيما يلي تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة ككل. وكذلك المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (16): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي لعينة الدراسة

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الصحة النفسية	2.82	0.647	4	متوسط
2	الصحة الجسمية	3.11	0.775	3	متوسط
3	الصحة البيئية	2.01	0.733	6	منخفض
4	العلاقات الاجتماعية	3.15	0.728	2	متوسط
5	الصحة العامة	3.20	1.302	1	متوسط
6	الجودة الشاملة للحياة	2.43	1.121	5	منخفض
	مقياس جودة الحياة الكلي	2.65	0.541		متوسط

يظهر الجدول رقم (16) قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات عينة الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي. تظهر في المرتبة الأولى، الصحة العامة بمتوسط (3.20) وانحراف معياري (1.302) وجاءت بمستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، تأتي العلاقات الاجتماعية بمتوسط (3.15) وانحراف معياري (0.728) وعند مستوى متوسط. وفي المرتبة الثالثة، تظهر الصحة الجسمية بمتوسط (3.11) وانحراف معياري (0.775) بمستوى متوسط أيضاً. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر الصحة البيئية بمتوسط (2.01) وانحراف معياري (0.733). يشير ذلك إلى مستوى منخفض في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول رقم (11). ومن الجدول رقم (16)، يمكن ملاحظة أن المتوسط المرجح للأوزان لمقياس جودة الحياة الكلي هو (2.65) وانحراف معياري (0.541). هذا يشير إلى المستوى المتوسط لجودة الحياة في مقياس ليكرت الخماسي. يرى MASLOW أن هناك علاقة طردية بين مستوى الأمان وجودة الحياة، فإن انعدام الشعور بالأمان النفسي الذي يعتبر أحد العوامل الأساسية المؤثرة

على مستويات الرضا عن جودة الحياة لدى النازحين. يمكن أن يؤدي إلى مستويات أقل للرضا عن جودة الحياة لدى نازحي المخيمات. والشكل البياني رقم (13) يوضح متوسطات استجابات العينة حول أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي.



الشكل رقم (13): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي

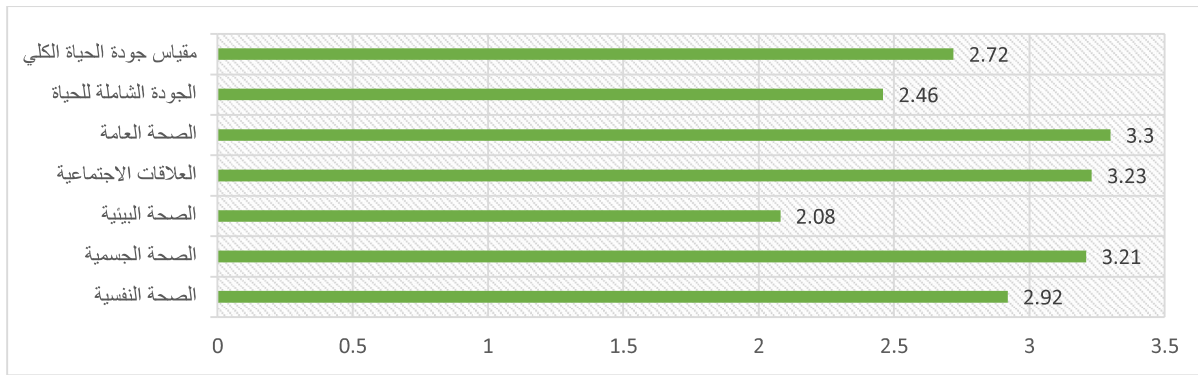
5. 2. 6. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بمخيم الزيتون في أعزاز:

نعرض فيما يلي في الجدول رقم (17) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (17): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الصحة النفسية	2.92	0.679	4	متوسط
2	الصحة الجسمية	3.21	0.790	3	متوسط
3	الصحة البيئية	2.08	0.677	6	منخفض
4	العلاقات الاجتماعية	3.23	0.776	2	متوسط
5	الصحة العامة	3.30	1.359	1	متوسط
6	الجودة الشاملة للحياة	2.46	1.140	5	منخفض
	مقياس جودة الحياة الكلي	2.72	0.507		متوسط

يبين الجدول السابق رقم (17) قيم كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في مدينة أعزاز. تأتي في المرتبة الأولى، الصحة العامة بمتوسط (3.30) وانحراف معياري (1.359) وجاءت بمستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، تأتي العلاقات الاجتماعية بمتوسط (3.23) وانحراف معياري (0.776) عند مستوى متوسط أيضاً. تظهر في المرتبة الثالثة، الصحة الجسمية بمتوسط حسابي قيمته (3.21) وانحراف معياري قيمته (0.790) عند مستوى متوسط أيضاً. بينما تظهر في المرتبة الأخيرة، الصحة البيئية بمتوسط (2.08) وانحراف معياري (0.677). يشير ذلك إلى مستوى منخفض في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول رقم (11). ومن الجدول رقم (17) أيضاً، يمكن ملاحظة أن المتوسط المرجح للأوزان لمقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز (2.72) مع انحراف معياري (0.507). هذا يشير إلى المستوى المتوسط في جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز تبعاً لمقياس ليكرت الخماسي. والشكل البياني التالي رقم (14) يوضح متوسط استجابات أفراد العينة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز.



الشكل رقم (14): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الزيتون في أعزاز

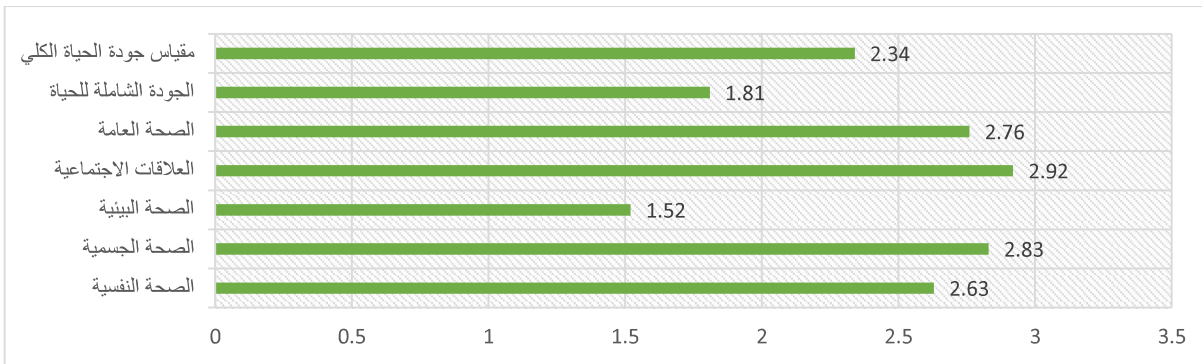
5.2.7. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب:

يعرض الجدول رقم (18) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (18): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الصحة النفسية	2.63	0.646	4	متوسط
2	الصحة الجسمية	2.83	0.737	2	متوسط
3	الصحة البيئية	1.52	0.464	6	منخفض
4	العلاقات الاجتماعية	2.92	0.687	1	متوسط
5	الصحة العامة	2.76	1.378	3	متوسط
6	الجودة الشاملة للحياة	1.81	0.939	5	منخفض
	مقياس جودة الحياة الكلي	2.34	0.455		منخفض

يبين الجدول رقم (18) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب. تأتي في المرتبة الأولى، العلاقات الاجتماعية بمتوسط حسابي (2.92) وانحراف معياري بلغ (0.687) وجاءت بمستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، تأتي الصحة الجسمية بمتوسط حسابي (2.83) وانحراف معياري (0.737) وعند مستوى متوسط. وفي المرتبة الثالثة، تظهر الصحة العامة بمتوسط حسابي قيمته (2.76) وانحراف معياري قيمته (1.378) وعند مستوى متوسط أيضاً. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر الصحة البيئية بمتوسط حسابي (1.52) وانحراف معياري (0.464)، ويشير هذا إلى مستوى منخفض للصحة البيئية في مقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول رقم (11). ومن الجدول رقم (18) أيضاً، يمكن ملاحظة أن المتوسط المرجح للأوزان لمقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب هو (2.34) مع انحراف معياري (0.455). هذا يشير إلى المستوى المنخفض في جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب تبعاً لمقياس ليكرت الخماسي. والشكل البياني التالي رقم (15) يوضح متوسطات قيم استجابات أفراد العينة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب.



الشكل رقم (15): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لمخيم الحياة الجديدة في مدينة الباب

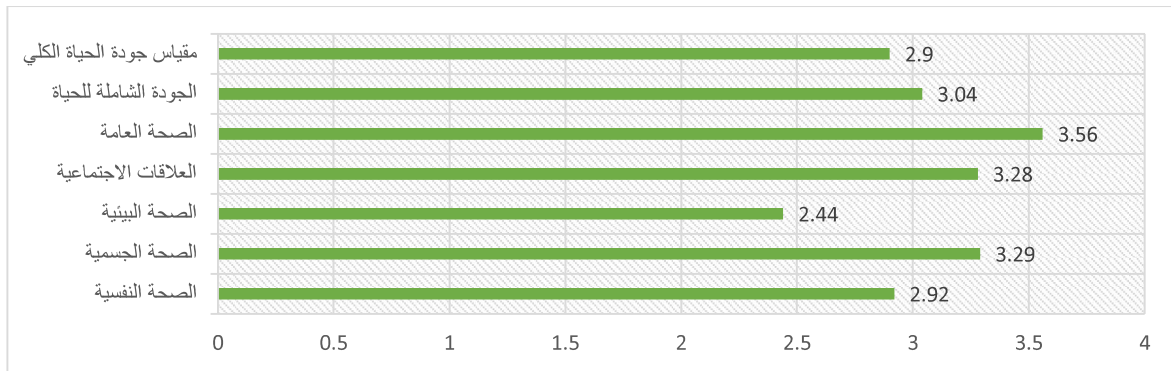
5. 2. 8. نتائج آراء الاستجابات حول أبعاد جودة الحياة لعينة الدراسة بقرية عطاء في أطمه:

يعرض الجدول رقم (19) التالي تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة الخاصة بالمخيم، والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والمستوى والترتيب لأبعاد المقياس.

جدول رقم (19): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
1	الصحة النفسية	2.92	0.574	5	متوسط
2	الصحة الجسمية	3.29	0.721	2	متوسط
3	الصحة البيئية	2.44	0.714	6	منخفض
4	العلاقات الاجتماعية	3.28	0.670	3	متوسط
5	الصحة العامة	3.56	1.018	1	مرتفع
6	الجودة الشاملة للحياة	3.04	0.920	4	متوسط
	مقياس جودة الحياة الكلي	2.90	0.503		متوسط

يشير الجدول رقم (19) إلى المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه. حيث تأتي في المرتبة الأولى، الصحة العامة بمتوسط حسابي يبلغ (3.56) وانحراف معياري يبلغ (1.018) وجاءت الصحة العامة بمستوى مرتفع وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، تأتي الصحة الجسمية بمتوسط حسابي (3.29) وانحراف معياري (0.721) ومستوى متوسط للصحة الجسمية. تظهر العلاقات الاجتماعية في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قيمته (3.28) وانحراف معياري قيمته (0.670) وبمستوى متوسط أيضاً. بينما في المرتبة الأخيرة، تظهر الصحة البيئية بمتوسط حسابي (2.44) وانحراف معياري (0.714). يشير ذلك إلى مستوى منخفض للصحة البيئية وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي الموضح في الجدول السابق رقم (11). ومن الجدول رقم (19)، يمكن ملاحظة أن المتوسط المرجح للأوزان لمقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه هو (2.90) وانحراف معياري (0.503). هذا يشير إلى المستوى المتوسط في جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه تبعاً لمقياس ليكرت الخماسي. والشكل البياني رقم (16) التالي يوضح متوسطات استجابات أفراد العينة حول أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمه.



الشكل رقم (16): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة لقرية عطاء في أطمة

5.3. عرض ومناقشة نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغيرات (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مدة الإقامة في المخيم، حالة العمل) لعينة الدراسة:

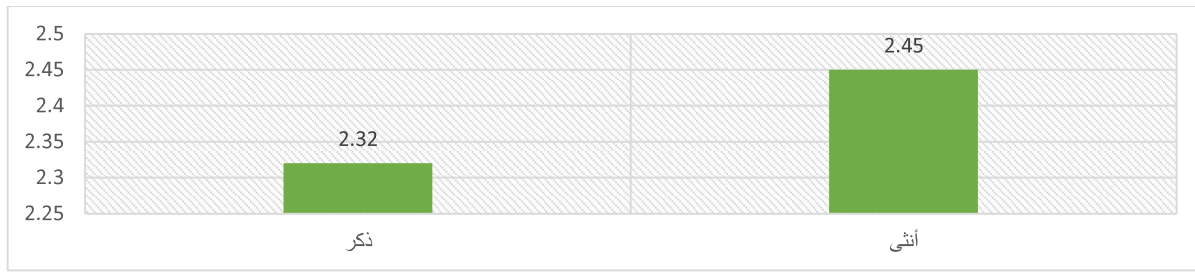
5.3.1. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع لعينة الدراسة:

هدفت الدراسة إلى فهم كيفية تفاوت أعراض اعتلال الصحة النفسية بين الذكور والإناث لكامل عينة الدراسة. حيث تم إجراء اختبار (T) للعينات المستقلة لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى). يوضح الجدول رقم (20) التالي نتائج دراسة أعراض اعتلال الصحة النفسية، ويتضمن معلومات حول المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى قيم مستوى المعنوية والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (20): نتائج اختبار (T) لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع

النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	اتخاذ القرار
ذكر	140	2.32	0.600	2.001	0.046	0.05	298	دال إحصائياً
أنثى	160	2.45	0.506					

يتضح من الجدول رقم (20)، الذي يتيح لنا فهم متوسط أعراض اعتلال الصحة النفسية ومدى تباينها بين الجنسين، حيث تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الذكور والإناث في أعراض اعتلال الصحة النفسية. يلاحظ أن متوسط درجات الإناث (2.45) أكبر من متوسط درجات الذكور (2.32). هذا يتوافق مع دراسة أجريت على اللاجئين السوريين في الأردن قام بها N. Rizkalla التي تناولت ما تتعرض له النساء من ضغوط نفسية واجتماعية كبيرة. حيث يعد هذا الضغط الإضافي مصدراً لظهور الاضطرابات النفسية الذي يؤثر بصورة خاصة على النساء [59]. هذا يتوافق مع دراسات كل من Jarallah و Vromans، التي أظهرت أن النساء اللاجئات والنازحات يعانين من اضطرابات وأمراض نفسية أكثر من الرجال [59]، [60]. وكذلك بينت دراسات أخرى في الشرق الأوسط أن النساء اللاجئات يعانين من مستويات أعلى من الاضطرابات النفسية مقارنة بالرجال [61]. بين الشكل البياني رقم (17) التالي الفرق بين متوسطات الذكور والإناث لأعراض اعتلال الصحة النفسية.



الشكل رقم (17): متوسط الذكور والإناث لأعراض اعتلال الصحة النفسية

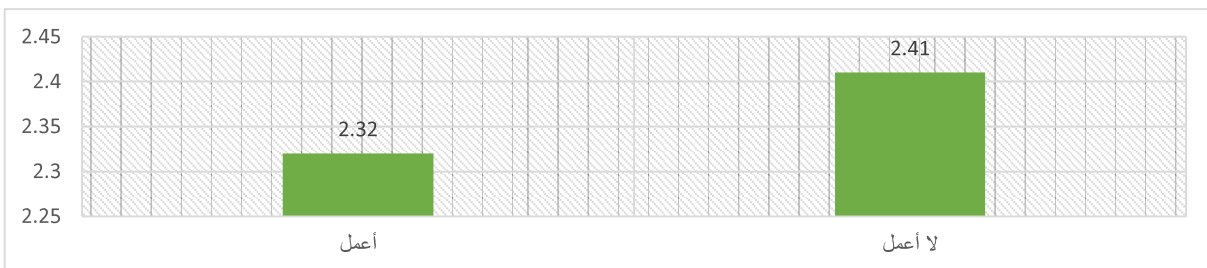
5. 3. 2. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير حالة العمل لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار (T) للعينات المستقلة لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير حالة العمل (أعمل، لا أعمل). يوضح الجدول رقم (21) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (21): نتائج اختبار (T) في الصحة النفسية تبعاً لمتغير حالة العمل

العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	اتخاذ القرار
أعمل	64	2.32	0.502	1.168	0.245	0.05	298	غير دل إحصائياً
لا أعمل	236	2.41	0.568					

يتضح من الجدول رقم (21) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات العاملين والعاطلين عن العمل في أعراض اعتلال الصحة النفسية. حيث أن العاطلين عن العمل لديهم أعراض اعتلال الصحة النفسية (2.41) أعلى من العاملين (2.32) لكن دون فروق معنوية. يشير ذلك إلى أن حالة العمل لا تؤثر بشكل كبير على أعراض اعتلال الصحة النفسية بين النازحين في عينة الدراسة. وأن جميع النازحين لديهم ظروف متشابهة من حيث الدخل والحالة الاقتصادية. بين الشكل البياني التالي رقم (18) تباين المتوسطات بين العاملين والعاطلين عن العمل.



الشكل رقم (18): متوسط حالة العمل (أعمل - لا أعمل) لأعراض اعتلال الصحة النفسية

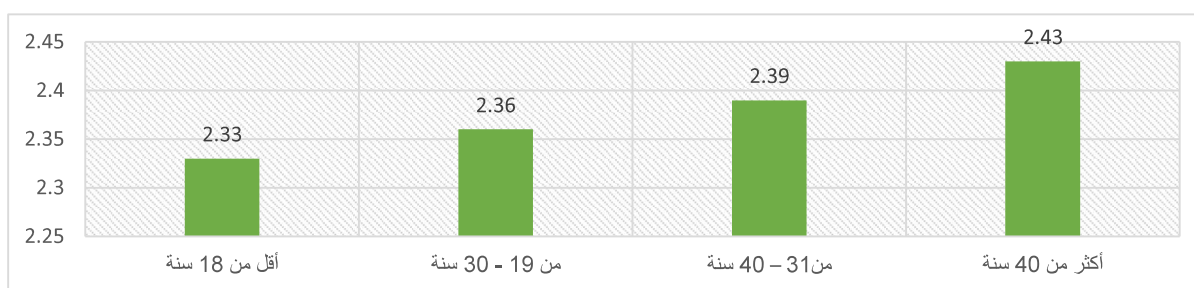
5. 3. 3. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير الفئة العمرية (أقل من 18 سنة، من 19 - 30 سنة، من 31 - 40 سنة، أكثر من 40 سنة). ويوضح الجدول رقم (22) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (22): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير الفئة العمرية

العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
أقل من 18 سنة	2.33	0.411	0.300	0.825	0.05	غير دال إحصائياً
من 19 - 30 سنة	2.36	0.613				
من 31 - 40 سنة	2.39	0.506				
أكثر من 40 سنة	2.43	0.583				

يتضح من الجدول رقم (22) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الفئات العمرية في أعراض اعتلال الصحة النفسية بسبب تقارب قيمة المتوسطات، حيث جاءت قيمة (F) بقيمة (0.300) بمستوى معنوية (0.825) وهي أكبر من (0.05) غير دالة إحصائياً. وهذا يفسر أن جميع الفئات العمرية تعاني من مستويات متشابهة ومتقاربة من أعراض اعتلال الصحة النفسية. بين الشكل البياني التالي رقم (19) متوسطات الفئات العمرية.



الشكل رقم (19): متوسطات الفئات العمرية لأعراض اعتلال الصحة النفسية

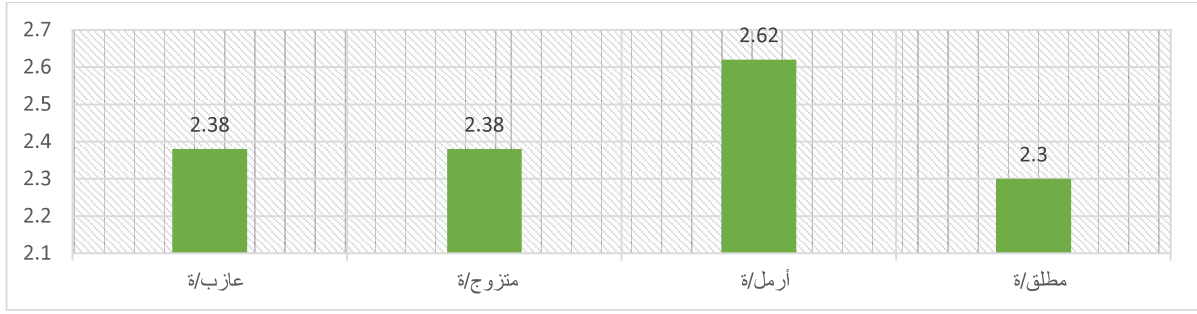
5. 3. 4. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب/ة، متزوج/ة، أرمل/ة، مطلق/ة). يوضح الجدول رقم (23) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (23): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
عازب/ة	2.38	0.566	1.034	0.378	0.05	غير دال إحصائياً
متزوج/ة	2.38	0.555				
أرمل/ة	2.62	0.545				
مطلق/ة	2.30	0.276				

يتضح من الجدول رقم (23) السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحالة الاجتماعية في أعراض اعتلال الصحة النفسية بسبب تقارب قيم المتوسطات. حيث جاءت قيمة (F) بقيمة (1.034) وعند مستوى معنوية (0.378) أكبر من (0.05)، بالتالي غير دالة إحصائياً. هذا يفسر تشابه الظروف الاجتماعية لدى النازحين داخل المخيمات. وبين الشكل البياني رقم (20) التالي متوسطات الحالة الاجتماعية.



الشكل رقم (20): متوسطات الحالة الاجتماعية لأعراض اعتلال الصحة النفسية

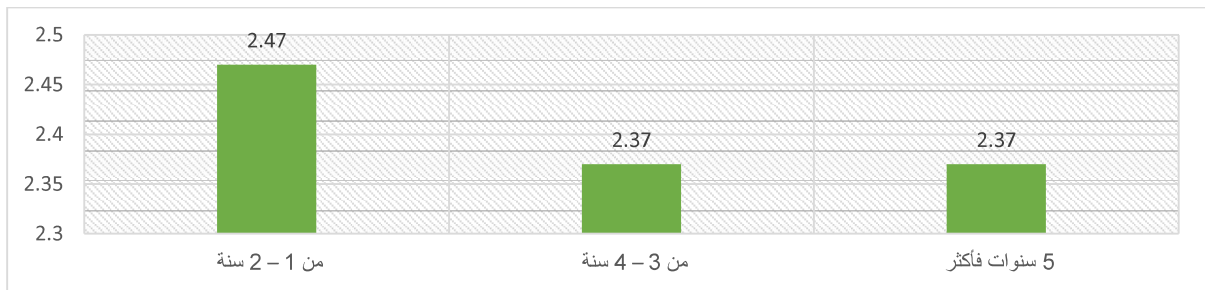
5.3.5. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم (من 1 - 2 سنة، من 3 - 4 سنة، 5 سنوات فأكثر). يوضح الجدول رقم (24) التالي نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (24): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم

مدة الإقامة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
من 1 - 2 سنة	2.47	0.616	0.801	0.450	0.05	غير دل إحصائياً
من 3 - 4 سنة	2.37	0.517				
5 سنوات فأكثر	2.37	0.551				

يتضح من الجدول رقم (24) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مدة الإقامة في المخيم في أعراض اعتلال الصحة النفسية بسبب تقارب قيم المتوسطات، حيث جاءت (F) بقيمة (0.801) ومستوى معنوية (0.450) أكبر من (0.05) غير دالة إحصائياً. يُظهر الشكل البياني رقم (21) التالي قيم متوسطات مدة الإقامة في المخيم.



الشكل رقم (21): متوسطات مدة الإقامة في المخيم لأعراض اعتلال الصحة النفسية

5.3.6. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين تبعاً لمتغير مستوى التعليم (لا يعرف القراءة والكتابة، ثانوية فما دون، معهد، جامعة). يوضح الجدول رقم (25) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (25): نتائج اختبار تحليل التباين في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم

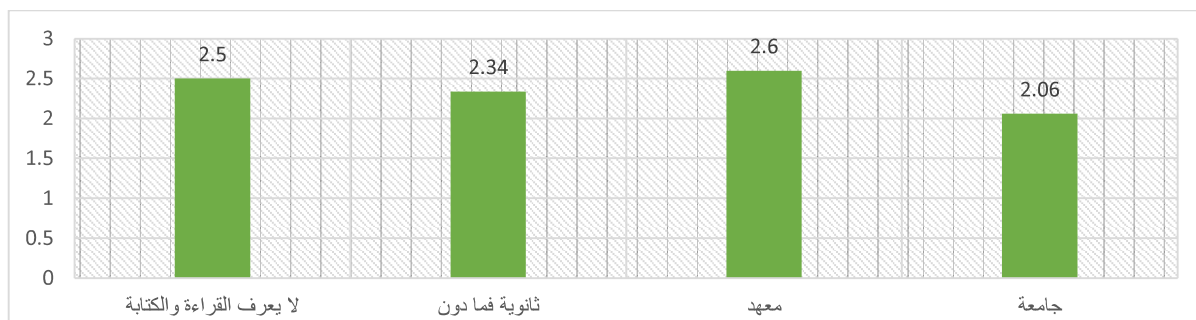
مستوى التعليم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
لا يعرف القراءة والكتابة	2.50	0.567	4.049	0.008	0.05	دال إحصائياً
ثانوية فما دون	2.34	0.522				
معهد	2.60	0.696				
جامعة	2.06	0.539				

يتضح من الجدول رقم (25) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين قيم متوسطات مستوى التعليم في أعراض اعتلال الصحة النفسية، وجاءت (F) بقيمة (4.049) ومستوى معنوية (0.008) أقل من (0.05) دالة إحصائياً. ولمعرفة سبب الفروق بين المتوسطات تم إجراء اختبار المقارنات البعدية (LSD) Multiple Comparisons (LSD) الموضحة بالجدول رقم (26) التالي:

جدول رقم (26): نتائج اختبار المقارنات البعدية في الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم

مكان الإقامة	الفرق في المتوسطات	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
لا يعرف القراءة والكتابة - ثانوية فما دون	0.158	0.0724	0.030	0.05	دال إحصائياً
معهد - لا يعرف القراءة والكتابة	0.098	0.1423	0.488	0.05	غير دال إحصائياً
لا يعرف القراءة والكتابة - جامعة	0.440	0.1632	0.007	0.05	دال إحصائياً
معهد - ثانوية فما دون	0.257	0.1349	0.058	0.05	غير دال إحصائياً
ثانوية فما دون - جامعة	0.282	0.1568	0.073	0.05	غير دال إحصائياً
معهد - جامعة	0.539	0.1990	0.007	0.05	دال إحصائياً

يتضح من الجدول رقم (26) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم، تعود إلى الفرق بين (معهد - جامعة) وهو الفرق الأعلى بقيمة (0.539) ومستوى المعنوية (0.007) أقل من مستوى الدلالة (0.05). يليه الفرق بين (لا يعرف القراءة والكتابة - جامعة) بفرق معنوي بقيمة (0.440) عند مستوى معنوية (0.007) أقل من مستوى الدلالة (0.05). وأخيراً الفرق بين (لا يعرف القراءة والكتابة - ثانوية فما دون) بفرق معنوي بقيمة (0.158) عند مستوى معنوية (0.030) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التعليم الأخرى (ثانوية فما دون - جامعة) و(معهد - ثانوية فما دون) و(معهد - لا يعرف القراءة والكتابة) التي كانت بقيمة (0.282) و(0.257) و(0.098) على التوالي، وعند مستوى معنوية (0.073) و(0.058) و(0.488) على التوالي وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وغير دالة إحصائياً. يظهر الشكل البياني التالي رقم (22) متوسطات مستوى التعليم لأعراض اعتلال الصحة النفسية.



الشكل رقم (22): متوسطات مستوى التعليم لأعراض اعتلال الصحة النفسية

5.4. عرض ومناقشة نتائج جودة الحياة تبعاً لمتغيرات (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مدة الإقامة في المخيم، حالة العمل) لعينة الدراسة:

تم إجراء الاختبارات الإحصائية المناسبة لمعرفة فيما إذا كانت توجد فروق معنوية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً للمتغيرات التالية (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، مدة الإقامة في المخيم، حالة العمل) لعينة الدراسة كل على حدا.

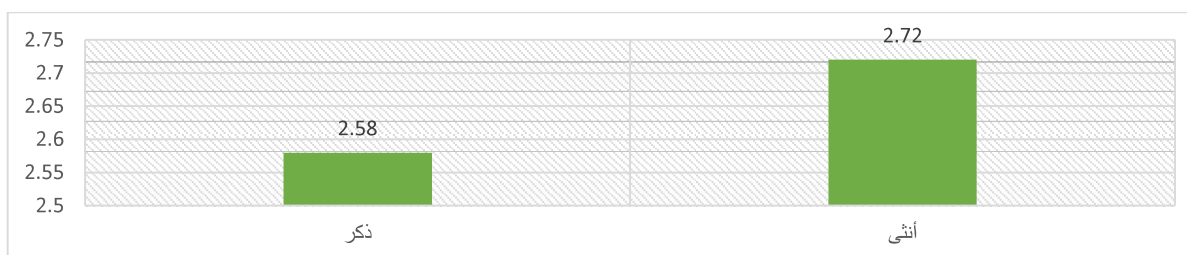
5.4.1. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار (T) للعينات المستقلة لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى). يوضح الجدول رقم (27) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (27): نتائج اختبار (T) في جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع

النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	اتخاذ القرار
ذكر	2.58	0.516	2.216	0.027	0.05	298	دال إحصائياً
أنثى	2.72	0.556					

يتضح من الجدول رقم (27) بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الذكور والإناث في جودة الحياة، حيث تشير النتائج إلى تفوق الإناث. حيث بلغ متوسط جودة الحياة للإناث (2.72) بينما كان متوسط الذكور (2.58). هذا يتطابق مع دراسة أجريت على اللاجئيين في مخيمات اليونان. حيث بينت أن المشاركات الإناث يتمتعن برضا عن جودة الحياة أفضل من الذكور [62]. يظهر الشكل البياني التالي رقم (23) متوسطات الذكور والإناث.



الشكل رقم (23): متوسط الذكور والإناث لجودة الحياة

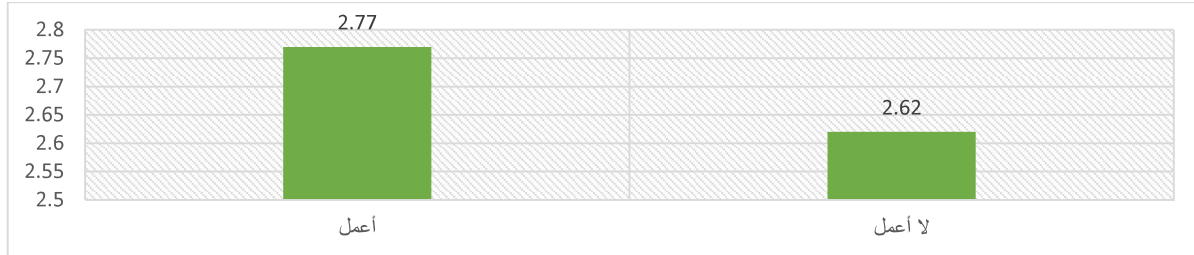
5.4.2. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير حالة العمل لعينة الدراسة:

وتم إجراء اختبار (T) للعينات المستقلة لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير حالة العمل (أعمل، لا أعمل). يوضح الجدول رقم (28) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (28): نتائج اختبار (T) في جودة الحياة تبعاً لمتغير حالة العمل

العمل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	اتخاذ القرار
أعمل	2.77	0.433	2.231	0.027	0.05	298	دال إحصائياً
لا أعمل	2.62	0.564					

يتضح من الجدول رقم (28) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية ملحوظة بين متوسطات جودة الحياة للعاملين والعاطلين عن العمل. فقد سجل العاملون متوسطاً أعلى لجودة الحياة بلغ (2.77)، بينما كانت القيمة الأقل لمتوسط جودة الحياة عند العاطلين عن العمل (2.62). كذلك عندما يجد الرجال النازحون أنفسهم غير قادرين على توفير لقمة العيش لعائلاتهم وحمايتهم، يمكن أن يشعروا بالعجز وفقدان الكفاءة. مما ينتج عنه شعور بعدم التمكين والفشل والعجز وانخفاض جودة الحياة لديهم بشكل كبير [63]. بين الشكل البياني التالي رقم (24) متوسطات حالة العمل.



الشكل رقم (24): متوسطات حالة العمل (أعمل - لا أعمل) لجودة الحياة

5.4.3. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير الفئة العمرية (أقل من 18 سنة، من 19 - 30 سنة، من 31 - 40 سنة، أكثر من 40 سنة). يوضح الجدول رقم (29) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (29): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية

العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
أقل من 18 سنة	2.90	0.432	8.539	0.000	0.05	دال إحصائياً
من 19 - 30 سنة	2.82	0.502				
من 31 - 40 سنة	2.58	0.501				
أكثر من 40 سنة	2.49	0.578				

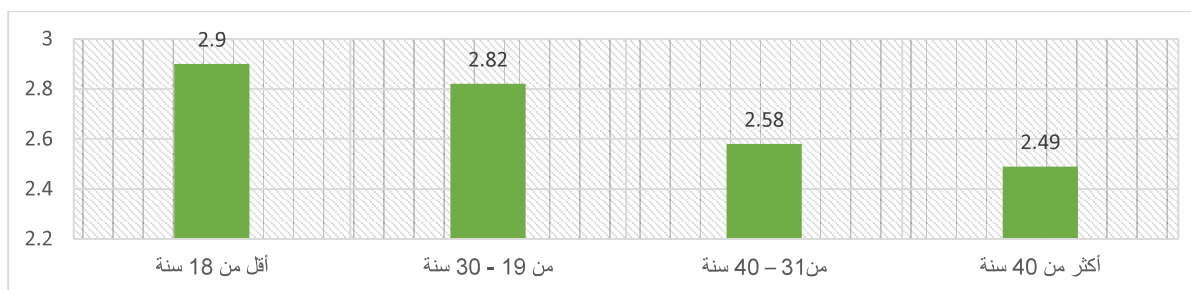
يظهر الجدول رقم (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الفئات العمرية في جودة الحياة، حيث جاءت (F) بقيمة (8.539) وبمستوى معنوية (0.000) أقل من (0.05) دالة إحصائياً. وكما يوضح الجدول السابق ارتفاع قيمة المتوسطات للفئات العمرية الأصغر عن الفئات العمرية الأكبر. حيث كانت أعلى الفئات في قيمة جودة الحياة هي الفئة العمرية (أقل من 18 سنة) بقيمة متوسط (2.90)، تليها الفئة العمرية (من 19 - 30 سنة) بقيمة متوسط (2.82). وإن سبب الفروق الدالة إحصائياً في جودة الحياة تبعاً للعمر تعود إلى الفرق بين الفئتين العمريتين (أقل من 18 سنة، ومن 19 - 30 سنة)، مع الفئتين العمريتين الأكبر (من 31 - 40 سنة، وأكثر من 40 سنة). بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أصغر فئتين وكذلك بين أكبر فئتين. يتماشى هذا مع البحوث السابقة، بما في ذلك دراسة أجريت في مخيمات اللاجئين في اليونان. حيث أظهرت أن هناك تأثيراً كبيراً للعمر على جودة الحياة. وتبين أن المشاركين الأصغر سناً يتمتعون بمعدلات أعلى لجودة الحياة الصحية من الأكبر سناً [62].

ولمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات تم اجراء اختبار المقارنات البعدية Multiple Comparisons (Scheffe) وفقاً للجدول رقم (30) التالي:

جدول رقم (30): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه في جودة الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية

مكان الإقامة	الفرق في المتوسطات	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
(أقل من 18 سنة) - (من 19 - 30 سنة)	0.076	0.1134	0.929	0.05	غير دال إحصائياً
(أقل من 18 سنة) - (من 31 - 40 سنة)	0.314	0.1133	0.055	0.05	غير دال إحصائياً
(أقل من 18 سنة) - (أكثر من 40 سنة)	0.402	0.1120	0.005	0.05	دال إحصائياً
(من 19 - 30 سنة) - (من 31 - 40 سنة)	0.237	0.7896	0.030	0.05	دال إحصائياً
(من 19 - 30 سنة) - (أكثر من 40 سنة)	0.326	0.0771	0.001	0.05	دال إحصائياً
(من 31 - 40 سنة) - (أكثر من 40 سنة)	0.088	0.0768	0.723	0.05	غير دال إحصائياً

يبين الجدول رقم (30) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في جودة الحياة تبعاً لمتغير العمر، تعود إلى الفرق بين (أقل من 18 سنة) و(أكثر من 40 سنة في أعزاز) بفارق معنوي هو الأعلى بقيمة (0.402) ومستوى معنوية (0.005) أقل من مستوى الدلالة (0.05). يليه الفرق بين (من 19 - 30 سنة) و(أكثر من 40 سنة) حيث كان الفارق بقيمة (0.326) عند مستوى معنوية (0.001) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما أقل فرق كان بين (من 19 - 30 سنة) و(من 31 - 40 سنة) بقيمة (0.237) حيث جاء مستوى المعنوية (0.030) أكبر من (0.05). بين الشكل البياني التالي رقم (25) متوسط الفئات العمرية.



الشكل رقم (25): متوسط الفئات العمرية لجودة الحياة

5. 4. 4. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (عازب/ة، متزوج/ة، أرمل/ة، مطلق/ة). يوضح الجدول رقم (31) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (31): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

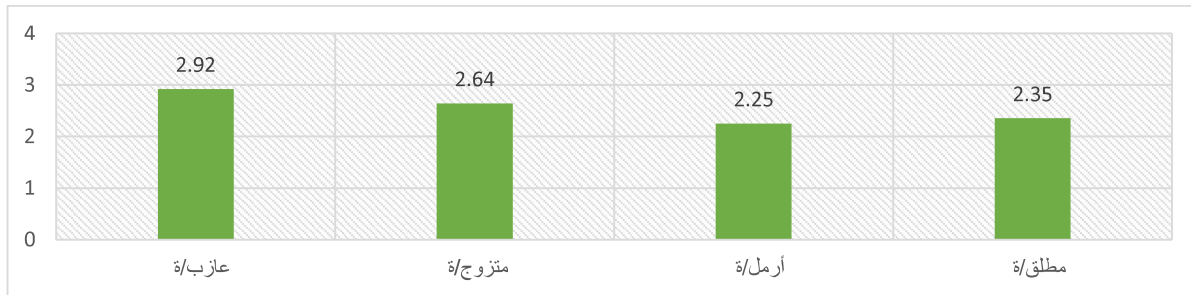
الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
عازب/ة	2.92	0.445	7.528	0.000	0.05	دال إحصائياً
متزوج/ة	2.64	0.538				
أرمل/ة	2.25	0.538				
مطلق/ة	2.35	0.310				

يتضح من الجدول رقم (31) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة، حيث جاءت (F) بقيمة (7.528) ومستوى معنوية (0.000) أقل من (0.05) بالتالي دالة احصائياً. لمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات تم إجراء اختبار المقارنات البعدية Multiple Comparisons (Scheffe) وفقاً للجدول رقم (32) التالي:

جدول رقم (32): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

اتخاذ القرار	مستوى الدلالة	مستوى المعنوية	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسطات	مكان الإقامة
دال إحصائياً	0.05	0.014	0.0861	0.283	عازب/ة - متزوج/ة
دال إحصائياً	0.05	0.000	0.1498	0.668	عازب/ة - أرمل/ة
غير دال إحصائياً	0.05	0.354	0.3131	0.565	عازب/ة - مطلق/ة
دال إحصائياً	0.05	0.038	0.1317	0.384	متزوج/ة - أرمل/ة
غير دال إحصائياً	0.05	0.837	0.3048	0.281	متزوج/ة - مطلق/ة
غير دال إحصائياً	0.05	0.992	0.328	0.103	مطلق/ة - أرمل/ة

يتضح من الجدول رقم (32) أن سبب الفروق الدالة احصائياً في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، تعود إلى الفرق بين (عازب/ة وأرمل/ة) وهو الأعلى بفارق معنوي (0.668) وجاء مستوى المعنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05). يليه الفرق بين (متزوج/ة - أرمل/ة) بفارق معنوي بقيمة (0.384) عند مستوى معنوية (0.038) أقل من مستوى الدلالة (0.05)، ثم الفرق بين (عازب/ة و متزوج/ة) بفارق معنوي بقيمة (0.283) عند مستوى معنوية (0.014) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما لا توجد فروق بين الحالات الأخرى (عازب/ة - مطلق/ة) و(متزوج/ة - مطلق/ة) و(مطلق/ة - أرمل/ة) والتي كانت بقيمة متوسطات (0.565) و(0.281) و (0.103) على التوالي وهي غير دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.05). يمكن تفسير النتيجة التي توصلنا إليها، أن الأرملة يتمتع بصحة نفسية أسوأ بكثير مقارنة بالنازحين المتزوجين. نظراً لأن فقدان الزوج يمثل خسارة حقيقية في الدعم النفسي والاجتماعي. كما أنه يزيد من خطر التعرض لمزيد من الصدمات [64]، [65]، والاكئاب [66]، والشعور بالوحدة [67]. بينت دراسات مختلفة حصول الأفراد العازبين في مخيمات اللجوء على درجات أعلى في جودة الحياة من المتزوجين والمطلقين والأرامل [62]. يظهر الشكل البياني رقم (26) التالي متوسطات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة.



الشكل رقم (26): متوسطات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة

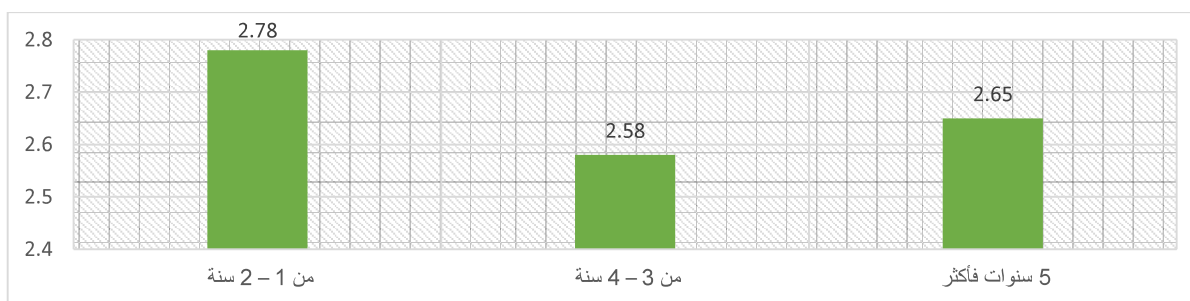
5. 4. 5. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم (من 1 - 2 سنة، من 3 - 4 سنة، 5 سنوات فأكثر). يظهر الجدول رقم (33) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (33): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في المخيم

مدة الإقامة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
(من 1 - 2 سنة)	2.78	0.456	2.485	0.085	0.05	غير دال إحصائياً
(من 3 - 4 سنة)	2.58	0.518				
(5 سنوات فأكثر)	2.65	0.575				

يتضح من الجدول رقم (33) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مدة الإقامة في المخيم بالنسبة لجودة الحياة بسبب تقارب قيمة المتوسطات. حيث جاءت (F) بقيمة (2.485) عند مستوى معنوية (0.085) أكبر من (0.05). كانت جودة الحياة مرتفعة في السنة الأولى والثانية بمتوسط (2.78) عن باقي السنوات. يُفسر هذا، بأنه في بداية النزوح وتأسيس المخيمات كان يوجد دعم من منظمات وهيئات دولية تقدم للمخيمات، حيث تم تأمين جميع الاحتياجات الأساسية والضرورية للنازحين. ومع مرور الوقت، زادت حالات النزوح وارتفعت كثافة النازحين في المخيمات، وزاد عدد المخيمات، بينما بالمقابل قل الدعم المقدم للنازحين من قبل الجهات الداعمة والمنظمات المعنية. هذا أدى إلى تراجع مستوى جودة الحياة في المخيمات. بين الشكل البياني التالي رقم (27) قيم متوسطات مدة الإقامة في المخيم.



الشكل رقم (27): متوسطات مدة الإقامة في المخيم لجودة الحياة

5. 4. 6. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم لعينة الدراسة:

تم إجراء اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين تبعاً لمتغير مستوى التعليم (لا يعرف القراءة والكتابة، ثانوية فما دون، معهد، جامعة). يوضح الجدول رقم (34) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول رقم (34): نتائج اختبار تحليل التباين في جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم

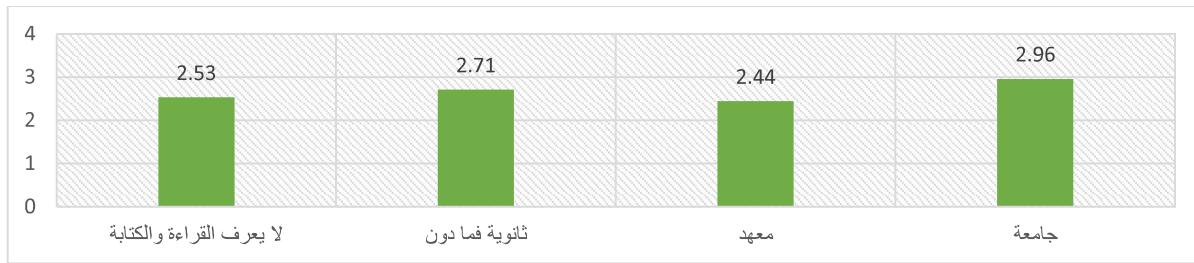
مستوى التعليم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
لا يعرف القراءة والكتابة	2.53	0.522	4.537	0.004	0.05	دال إحصائياً
ثانوية فما دون	2.71	0.545				
معهد	2.44	0.532				
جامعة	2.96	0.363				

يظهر من الجدول رقم (34) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستوى التعليم في جودة الحياة، حيث جاءت (F) بقيمة (4.537) ومستوى معنوية (0.004) أقل من (0.05) دالة إحصائياً. هذه النتيجة تتوافق مع أبحاث سابقة أشارت إلى أهمية التعليم. فقد أظهرت نتائج الدراسات أن اللاجئين في المخيمات الذين لديهم مستويات تعليم أعلى، يعيشون حياة أكثر رضاءً وجودة من الذين لديهم مستويات تعليم أقل [62]. لمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات تم إجراء اختبار المقارنات البعدية Multiple Comparisons (LSD) الموضحة بالجدول رقم (35) التالي:

جدول رقم (35): نتائج اختبار المقارنات البعدية في جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم

مكان الإقامة	الفرق في المتوسطات	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
ثانوية فما دون - لا يعرف القراءة والكتابة	0.178	0.0705	0.012	0.05	دال إحصائياً
لا يعرف القراءة والكتابة - معهد	0.088	0.1385	0.524	0.05	غير دال إحصائياً
جامعة - لا يعرف القراءة والكتابة	0.430	0.1589	0.007	0.05	دال إحصائياً
ثانوية فما دون - معهد	0.267	0.1313	0.043	0.05	دال إحصائياً
جامعة - ثانوية فما دون	0.251	0.1526	0.100	0.05	غير دال إحصائياً
جامعة - معهد	0.518	0.1937	0.008	0.05	دال إحصائياً

يظهر الجدول رقم (35) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في جودة الحياة تبعاً لمتغير مستوى التعليم، تعود إلى الفرق بين (جامعة - معهد) وهو أعلى فرق مقارنة بمستويات التعليم الأخرى بقيمة (0.518) ومستوى معنوية (0.008) أقل من مستوى الدلالة (0.05). يليه الفرق بين (جامعة - لا يعرف القراءة والكتابة) بفرق معنوي (0.430) عند مستوى معنوية (0.007) أقل من مستوى الدلالة (0.05). ثم الفرق بين (ثانوية فما دون - معهد) بفرق معنوي (0.267) عند مستوى معنوية (0.043) أقل من مستوى الدلالة (0.05). وأخيراً الفرق بين (ثانوية فما دون - لا يعرف القراءة والكتابة) بفرق معنوي (0.178) عند مستوى معنوية (0.012) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستويات الأخرى (جامعة - ثانوية فما دون) و(لا يعرف القراءة والكتابة - معهد) التي كانت بقيمة (0.251) و(0.088) على التوالي، وعند مستوى معنوية (0.100) و(0.524) على التوالي وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) غير دالة إحصائياً. إن سبب عدم وجود فروق معنوية بين (لا يعرف القراءة والكتابة - معهد)، يمكن أن تعود إلى مواجهة التحديات اليومية المشتركة في بيئة المخيمات مثل نقص الموارد والظروف المعيشية الصعبة. هذا يمكن أن يقلل من تأثير مهارات التعلم على جودة الحياة. بين الشكل البياني رقم (28) التالي متوسطات مستوى التعليم.



الشكل رقم (28): متوسطات مستوى التعليم لجودة الحياة

5.5. عرض نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة.

5.5.1. نتائج ومناقشة أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة.

يظهر الجدول رقم (36) نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه) لدى نازحي المخيمات.

جدول رقم (36): نتائج اختبار تحليل التباين لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة

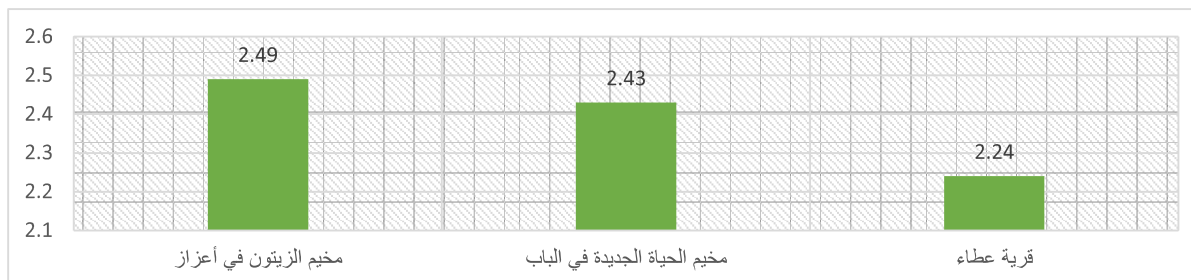
مكان الإقامة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
مخيم الزيتون في أعزاز	2.49	0.611	5.746	0.004	0.05	دال إحصائياً
مخيم الحياة الجديدة في الباب	2.43	0.496				
قرية عطاء	2.24	0.525				

تبين النتائج في الجدول رقم (36) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مكان الإقامة في أعراض اعتلال الصحة النفسية، حيث جاءت (F) بقيمة (5.746) عند مستوى معنوية (0.004) أقل من (0.05) بالتالي دالة إحصائية. وإن متوسط قيم أعراض اعتلال الصحة النفسية كان أعلى في مخيم الزيتون في أعزاز بمتوسط (2.49)، يليه مخيم الحياة الجديدة في الباب بمتوسط (2.43)، في حين كانت أقل قيمة في قرية عطاء بمتوسط (2.24). أي أن النازحين المقيمين في قرية عطاء تظهر عندهم أعراض اعتلال الصحة النفسية بشكل أقل مقارنة بالمخيمات الأخرى. نوصي الجهات المعنية والمنظمات الداعمة تكثيف الجهود لضمان توفير سكن يلي الاحتياجات الأساسية ويوفر بيئة مريحة وآمنة للنازحين. إن تحسين جودة السكن سيسهم بشكل فعال في تعزيز العافية النفسية للنازحين وتعزيز استقرارهم النفسي والعاطفي في هذه الظروف الصعبة. ولمعرفة سبب الفروق بين المتوسطات تم إجراء اختبار المقارنات البعدية (Multiple Comparisons (Scheffe). حيث يظهر الجدول رقم (37) نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه).

جدول رقم (37): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	الفرق في المتوسطات	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب	0.059	0.077	0.745	0.05	غير دال إحصائياً
الزيتون في أعزاز - قرية عطاء	0.250	0.077	0.006	0.05	دال إحصائياً
الحياة الجديدة في الباب - قرية عطاء	0.191	0.077	0.048	0.05	دال إحصائياً

يتضح من الجدول رقم (37) أن سبب الفروق الدالة احصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان الإقامة، تعود إلى الفرق بين (مخيم الزيتون في أعزاز) و(قرية عطاء) بفارق معنوي (0.250) ومستوى معنوية (0.006) أقل من مستوى الدلالة (0.05). وإلى الفرق بين (مخيم الحياة الجديدة في الباب) و(قرية عطاء) حيث كان الفارق معنوي (0.191) عند مستوى معنوية (0.048) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما الفرق بين (مخيم الزيتون في أعزاز) و(مخيم الحياة الجديدة في الباب) كان بقيمة (0.059) غير دال احصائياً، حيث كان مستوى المعنوية (0.745) أكبر من (0.05). يمكن تفسير هذا الفارق بين قرية عطاء ومخيمي الزيتون في أعزاز والحياة الجديدة في الباب بناءً على الاختلاف في هيكلية وتجهيز وتنظيم المخيمات. بين الشكل البياني التالي رقم (29) متوسطات مكان الإقامة.



الشكل رقم (29): متوسطات مكان الإقامة لأعراض اعتلال الصحة النفسية

5.5.2. نتائج ومناقشة جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة.

يظهر الجدول رقم (38) التالي نتائج جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه).

جدول رقم (38): نتائج اختبار تحليل التباين لجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F المحسوبة	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
مخيم الزيتون في أعزاز	2.72	0.507	34.680	0.000	0.05	دال إحصائياً
مخيم الحياة الجديدة في الباب	2.34	0.455				
قرية عطاء	2.90	0.503				

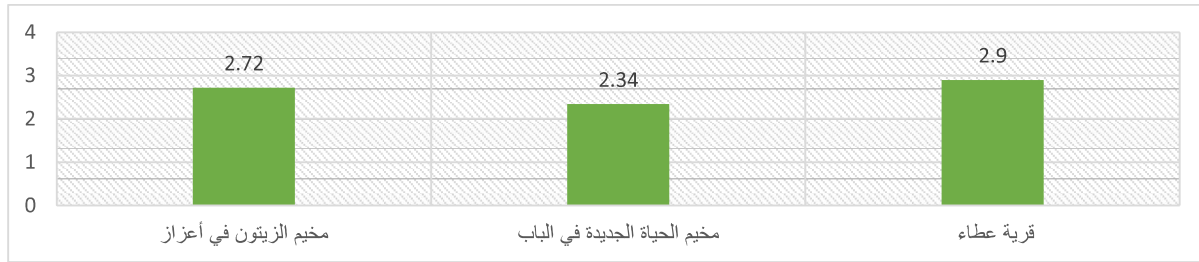
يتضح من الجدول رقم (38) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات جودة الحياة تبعاً لمكان الإقامة، حيث جاءت (F) بقيمة (34.680) ومستوى معنوية (0.000) أقل من (0.05) دالة احصائياً. حيث إن متوسط قيم جودة الحياة كان الأعلى في قرية عطاء بقيمة (2.90)، يليه مخيم الزيتون في أعزاز بقيمة (2.72)، في حين كانت أقل قيمة في مخيم الحياة الجديدة في الباب بقيمة (2.34).

أي أن النازحين المقيمين في قرية عطاء يظهرون قيم أعلى في جودة الحياة مقارنة بالمخيمات الأخرى، أي أنها تعطي أثر إيجابي لقاطنيها في زيادة رضاهم عن جودة الحياة. ولمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات في قيم جودة الحياة تم إجراء اختبار المقارنات البعدية (Multiple Comparisons (Scheffe وفقاً للجدول رقم (39) التالي:

جدول رقم (39): نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لجودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

مكان الإقامة	الفرق في المتوسطات	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب	0.388	0.0692	0.000	0.05	دال إحصائياً
قرية عطاء - الزيتون في أعزاز	0.174	0.0692	0.043	0.05	دال إحصائياً
قرية عطاء - الحياة الجديدة في الباب	0.562	0.0692	0.000	0.05	دال إحصائياً

يتبين من الجدول رقم (39) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في قيم جودة الحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه)، تعود إلى الفرق بين (قرية عطاء) وكل من (مخيم الحياة الجديدة في الباب) بفارق معنوي (0.562) ومستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05)، و(مخيم الزيتون في أعزاز) بفارق معنوي (0.174) ومستوى معنوية (0.043) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما الفرق بين (مخيم الزيتون في أعزاز) و(مخيم الحياة الجديدة في الباب) كان بقيمة (0.388) ومستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بين الشكل البياني التالي رقم (30) متوسطات مكان الإقامة.



الشكل رقم (30): متوسطات مكان الإقامة لجودة الحياة

5. 6. عرض نتائج الصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة.

5. 6. 1. نتائج الصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، مخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه) لدى نازحي المخيمات:

تم إجراء اختبار Kruskal-Wallis H للصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه)، لمعرفة الدلالة الإحصائية للصحة العامة بين أماكن السكن الثلاثة. يوضح الجدول التالي رقم (40) نتيجة الاختبار:

جدول رقم (40): نتائج اختبار Kruskal-Wallis H في الصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

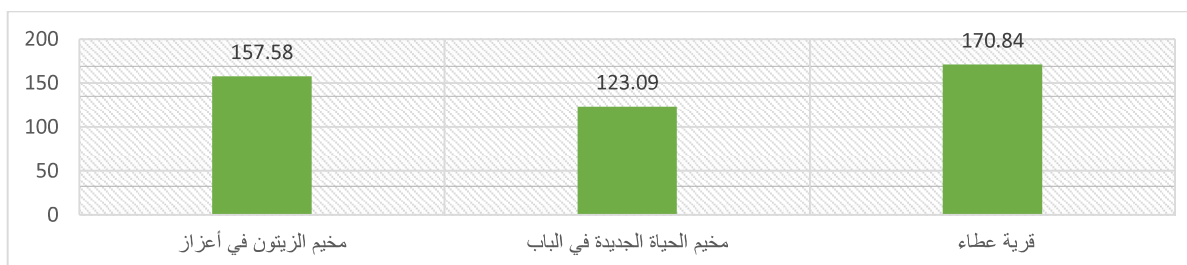
مكان الإقامة	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	اتخاذ القرار
مخيم الزيتون في أعزاز	157.58	17.487	0.000	0.05	دال إحصائياً
مخيم الحياة الجديدة في الباب	123.09				
قرية عطاء	170.84				

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (40) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الصحة العامة تبعاً لمكان الإقامة. تم حساب قيمة اختبار كروسكال-واليس (K-W) التي جاءت بقيمة (17.487) مع مستوى معنوية إحصائية (0.000) أقل من (0.05). مما يشير إلى وجود دلالة إحصائية. تظهر البيانات أن متوسط قيم الصحة العامة كان الأعلى في قرية عطاء بمعدل قدره (170.84)، يليه مخيم الزيتون في أعزاز بمعدل (157.58)، في حين كانت أقل قيمة في مخيم الحياة الجديدة في الباب بمعدل (123.09). باختصار، الجدول يظهر وجود اختلافات إحصائية معنوية في متوسطات الصحة العامة بين مكان الإقامة المختلفة. مما يشير إلى أن مكان الإقامة قد يكون له تأثير على الصحة العامة. أيضاً لمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات في الصحة العامة تم إجراء اختبار Mann-Whitney U والجدول رقم (41) يبين نتائج التحليل:

جدول رقم (41): نتائج اختبار Mann-Whitney U للصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

اتخاذ القرار	مستوى الدلالة	مستوى المعنوية	Mann-Whitney	متوسط الرتب	مكان الإقامة
دال إحصائياً	0.05	0.005	3896.000	89.46-111.54	الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب
غير دال إحصائياً	0.05	0.309	4604.000	96.54-104.46	قرية عطاء - الزيتون في أعزاز
دال إحصائياً	0.05	0.000	3362.500	84.13-116.88	قرية عطاء - الحياة الجديدة في الباب

يتضح من الجدول رقم (41) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في قيم الصحة العامة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه)، تعود إلى الفرق بين (قرية عطاء - مخيم الحياة الجديدة في الباب) بفارق معنوي (84.13-116.88) على التوالي ومستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05)، والفرق بين (الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب) بفارق معنوي (89.46-111.54) بالترتيب وعند مستوى معنوية (0.005) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بينما لا يوجد فرق بين (قرية عطاء - الزيتون في أعزاز) حيث كانت قيمة المتوسطات (96.54-104.46) على التوالي عند مستوى معنوية (0.309) أكبر من مستوى الدلالة (0.05). بين الشكل البياني رقم (31) التالي متوسطات مكان الإقامة.



الشكل رقم (31): متوسطات مكان الإقامة للصحة العامة

5. 6. 2. نتائج الجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون، مخيم الحياة الجديدة، قرية عطاء):

تم إجراء اختبار Kruskal-Wallis H للجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في أطمه). لمعرفة الدلالة الإحصائية للجودة الشاملة للحياة بين أماكن المخيمات الثلاثة. يوضح الجدول التالي رقم (42) نتيجة الاختبار:

جدول رقم (42): نتائج اختبار Kruskal-Wallis H للجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

اتخاذ القرار	مستوى الدلالة	مستوى المعنوية	Kruskal-Wallis H	متوسط الرتب	مكان الإقامة
دال إحصائياً	0.05	0.000	63.284	151.60	مخيم الزيتون في أعزاز
				102.86	مخيم الحياة الجديدة في الباب
				197.04	قرية عطاء

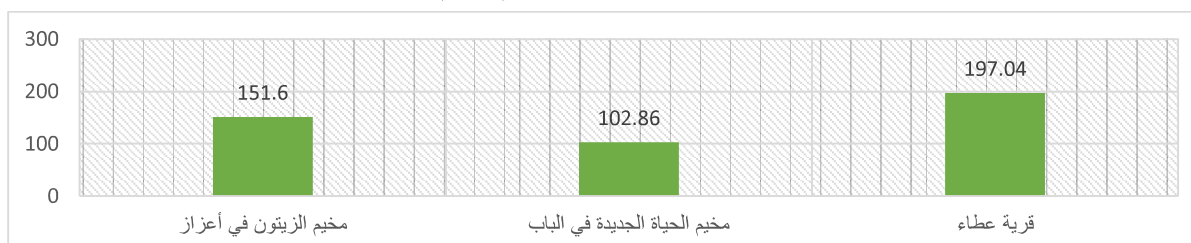
تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (42) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الجودة الشاملة للحياة حسب مكان الإقامة. بلغت قيمة اختبار (K-W) كروسكال-واليس (63.284) مع مستوى معنوية (0.000)، أقل من (0.05)، مما يشير إلى وجود دلالة إحصائية. تبين أن متوسط قيم الجودة الشاملة للحياة كان الأعلى في قرية عطاء بمعدل قدره (197.04)، يليه مخيم الزيتون في أعزاز بمعدل (151.60)، في حين كانت أقل قيمة للمتوسطات في مخيم الحياة الجديدة في الباب بمعدل (102.86). باختصار، يشير الجدول إلى وجود اختلافات إحصائية معنوية في متوسطات الجودة الشاملة للحياة بين أماكن الإقامة المختلفة. وهذا يشير إلى أن مكان الإقامة يمكن أن يكون له تأثير دال إحصائياً على جودة الحياة. إن النازحين الذين يعيشون في مخيمات النزوح داخلياً هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية لأنهم يواجهون الآثار السلبية لتغير البيئة وغيرها من الآثار الأخرى المنهكة والصعبة [68]. وأيضاً لمعرفة سبب الفروقات بين المتوسطات في الجودة الشاملة للحياة تم إجراء اختبار Mann-Whitney U المبين في الجدول رقم (43) التالي:

جدول رقم (43): نتائج اختبار Mann-Whitney U للجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة

اتخاذ القرار	مستوى الدلالة	مستوى المعنوية	Mann-Whitney	متوسط الرتب	مكان الإقامة
دال إحصائياً	0.05	0.000	3370.500	84.21-116.80	الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب
دال إحصائياً	0.05	0.000	3481.000	85.31-115.69	قرية عطاء - الزيتون في أعزاز
دال إحصائياً	0.05	0.000	1865.500	69.16-131.85	قرية عطاء - الحياة الجديدة في الباب

يتضح من الجدول رقم (43) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في قيم الجودة الشاملة للحياة تبعاً لمتغير مكان الإقامة (مخيم الزيتون في أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في الباب، وقرية عطاء في اطمه)، تعود إلى الفرق بين (قرية عطاء - مخيم الحياة الجديدة في الباب) لصالح قرية عطاء بفارق معنوي (69.16-131.85) على التوالي عند مستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05). والفرق بين (الزيتون في أعزاز - الحياة الجديدة في الباب) لصالح مخيم الزيتون في أعزاز بفارق معنوي (84.21-116.80) على التوالي وعند مستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05).

والفرق بين (قرية عطاء - الزيتون في أعزاز) لصالح قرية عطاء، حيث كانت المتوسطات (85.31-115.69) على التوالي وعند مستوى معنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة (0.05). بين الشكل البياني التالي رقم (32) متوسطات مكان الإقامة.



الشكل رقم (32): متوسطات مكان الإقامة للجودة الشاملة للحياة

5.7. عرض نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية التي تعزى لأثر التفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية لدى النازحين.

تم إجراء تحليل التباين المزدوج لمعرفة دلالة التفاعل بين النوع مع الحالة الاجتماعية على أعراض اعتلال الصحة النفسية، ويوضح الجدول رقم (44) التالي نتيجة التحليل:

جدول رقم (44): أثر التفاعل في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع والحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	الدلالة	اتخاذ القرار
النوع	0.166	1	0.166	0.545	0.461	
الحالة الاجتماعية	0.649	3	0.216	0.709	0.547	
التفاعل	0.955	2	0.477	1.565	0.211	غير دال إحصائياً
الخطأ	89.399	293	0.305			
الكلية	1810.474	300				

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (44) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أعراض اعتلال الصحة النفسية، تبعاً للنوع والحالة الاجتماعية، والتفاعل بينهما. حيث كانت قيم مجموع المربعات لمتغير النوع (0.166) ومستوى المعنوية (0.461) أكبر من (0.05)، بينما كانت لمتغير الحالة الاجتماعية (0.649) ومستوى المعنوية (0.547) أكبر من (0.05). وكانت قيمة مجموع مربعات التفاعل بين المتغيرين (0.955) ومستوى المعنوية (0.211) أكبر من (0.05).

5.8. عرض نتائج علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين:

إن فهم هذا التلازم والتأثير المتبادل بين الصحة النفسية وجودة الحياة مهم جداً. حيث يساهم في تحسين تدخلات الصحة النفسية والمساعدة المقدمة للنازحين. يفهم العوامل المؤثرة على الصحة النفسية للنازحين، وكذلك تقييم تأثير هذه الأعراض على جودة حياتهم، يوجه الجهود في تحسين رعاية الصحة النفسية وتوفير الدعم للنازحين. ومن المتوقع أن تكون النتائج المقدمة ذات أهمية كبيرة للعاملين في مجال الصحة النفسية، وتساهم في تطوير برامج تدخل فعالة تساعد في تعزيز جودة الحياة لدى النازحين.

5.8.1. علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لعينة الدراسة:

تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لتحليل العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة للعينة كاملة. ويظهر الجدول التالي رقم (45) نتائج الاختبار.

جدول رقم (45): معامل الارتباط بين الصحة النفسية وجودة الحياة لعينة الدراسة

المقياس	معامل الارتباط	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	-0.382	0.000	0.05

يوضح الجدول السابق رقم (45) إلى وجود علاقة ارتباط عكسية متوسطة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة، حيث يظهر معامل الارتباط القيمة (-0.382). وتظهر دلالة إحصائية كبيرة ($p \text{ value} < 0.05$) للعلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة. هذا يعني أن العلاقة بين هذين المتغيرين معنوية إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05). بشكل عام، ينخفض مستوى الصحة النفسية مع انخفاض جودة الحياة، والعكس صحيح. يظهر هذا الاختبار أهمية العناية بجودة الحياة لتحقيق صحة نفسية أفضل وأكثر رضاءً. يجدر بالذكر أن هذه العلاقة ليست ثابتة بين جميع الأفراد ويمكن أن تتأثر بالعديد من العوامل الأخرى مثل البيئة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

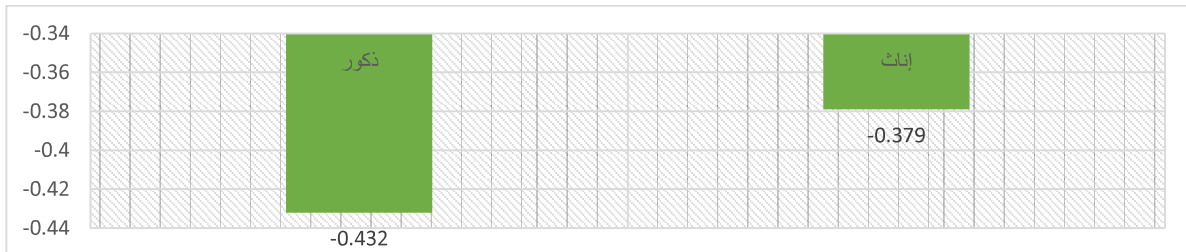
5. 8. 2. علاقة الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع:

تم استخدام اختبار معامل ارتباط بيرسون لتحليل العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً للنوع. أظهرت النتائج أن العلاقة الإحصائية بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة كانت ذات دلالة إحصائية كبيرة ($p \text{ value} < 0.05$). مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين هذين المتغيرين من حيث النوع.

جدول رقم (46): معامل الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث)

المقياس	معامل الارتباط	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة
ذكور	-0.432	0.000	0.05
إناث	-0.379	0.000	0.05

يبين الجدول رقم (46) أن العلاقة كانت عكسية متوسطة ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.000) أكبر من (0.05) بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لكلا الجنسين. ومع ذلك، كان معامل الارتباط (R) للذكور أعلى بقيمة (-0.432) مقارنة بالإناث حيث كان معامل الارتباط (-0.379). هذا يشير إلى أن الرجال قد يواجهون تأثيراً سلبياً أكبر على صحتهم النفسية بسبب مشاكل جودة حياتهم مقارنة بالنساء. نذكر أنه يمكن أن تتأثر هذه العلاقة بالعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية. ومع ذلك، تشير النتائج إلى أهمية دراسة تأثير الجنس على علاقة أعراض اعتلال الصحة النفسية بجودة الحياة وضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لدعم الرجال في تحسين صحتهم النفسية في مواجهة عوامل ومشاكل جودة حياتهم. الجدول التالي رقم (33) يبين لنا قيم معامل الارتباط لكل من الذكور والإناث.



الشكل رقم (33): قيم معامل الارتباط بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث)

5.9. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية لدى نازحي المخيمات:

يعكس الجدول رقم (47) نتائج دراسة إسهام جودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية للنازحين من خلال تحليل الانحدار الخطي للبيانات. ويبين العلاقة والتنبؤ بين جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية لجميع أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (47): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية

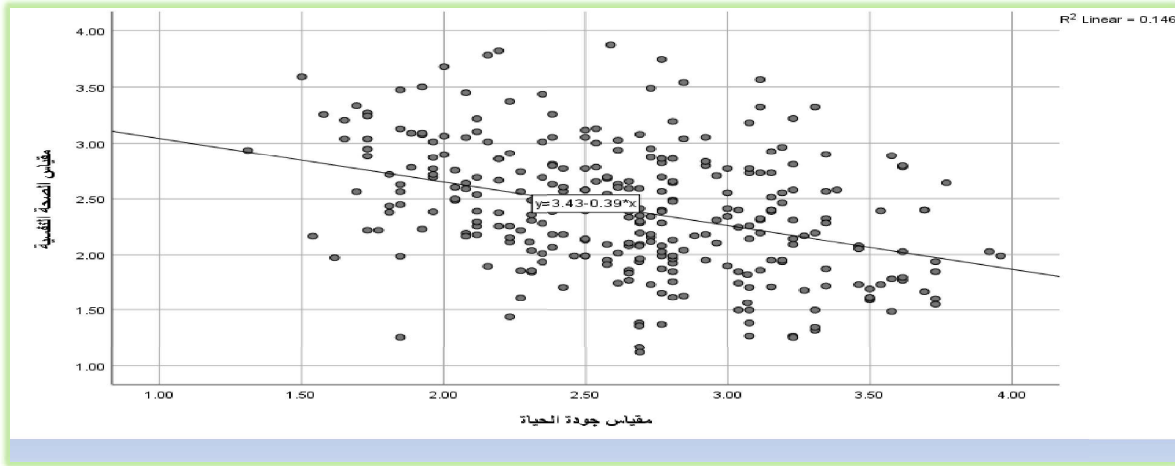
المتغير التابع	المتغير المستقل (المتنبأ (المفسر)	R	R ²	قيمة F	دلالة F	β	قيمة T	دلالة T	معامل تضخم التباين VIF
الصحة النفسية	جودة الحياة	0.382	0.146	50.855	0.000	-0.391	-7.131	0.000	1.000

من أجل معرفة العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية والمتغير المفسر (جودة الحياة)، تم استخدام نموذج الانحدار الخطي الذي اعتبرت فيه أعراض اعتلال الصحة النفسية كمتغير تابع وجودة الحياة كمتغير مفسر. وأظهرت نتائج نموذج الانحدار الموضحة في الجدول رقم (47) أن نموذج الانحدار معنوي وذلك من خلال قيمة (F) البالغة (50.855)، بدلالة (0.000) أصغر من (0.05). وبالتالي، يشير ذلك إلى وجود إسهام وتأثير من المتغير المستقل (جودة الحياة) على المتغير التابع (أعراض اعتلال الصحة النفسية). نستطيع بناء على هذه النتائج التنبؤ بالمتغير التابع من خلال إسهام المتغير المستقل. تفسر النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (14.6%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية، وذلك بالنظر إلى معامل التحديد (R²). كما جاءت قيمة (β) التي توضح العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة بقيمة (-0.391) ذات دلالة إحصائية. حيث يمكن استنتاج ذلك من قيمة (T) والدلالة المرتبطة بها. يعني ذلك أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.391) وحدة. وأخيراً، تبين أن قيمة تضخم التباين (VIF) كانت صغيرة (1.000) أقل من (3). هذا يشير إلى عدم وجود مشكلة خطية بين متغيرات النموذج. مما يعزز الثقة في نتائج النموذج وصحته. كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$Y=3.43 - 0.39*X + \varepsilon$$

(أعراض اعتلال الصحة النفسية) (المتوقعة) = 3.43 - 0.39*(جودة الحياة) + ε

التفسير: كلما زادت قيمة جودة الحياة بمقدار درجة، أدى ذلك إلى تدني أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.391) درجة. هذا يعكس تأثير إيجابي لتحسين جودة الحياة على الصحة النفسية. حيث يمكن تقليل أعراض اعتلال الصحة النفسية من خلال تحسين الظروف والعوامل المؤثرة في جودة الحياة. هذه النتيجة تدعم نتائج الأبحاث السابقة التي قامت بها دانا بدير بعنوان جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية بين البالغين الفلسطينيين التي أظهرت أن جودة الحياة ترتبط ارتباطاً عكسياً مع أعراض اعتلال الصحة النفسية [69]. بين الشكل البياني التالي رقم (34) معادلة الانحدار بين جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية.



الشكل رقم (34): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة

5.10. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية:

سنكشف نتائج دراسة إسهام جودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية للنازحين. الجدول رقم (48) يظهر نتائج تحليل الانحدار للبيانات. ويسلط الضوء على العلاقة المعقدة بين جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.

جدول رقم (48): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية

المتغير التابع	المتغير (المفسر)	المتغيرات الديموغرافية	R	R ²	قيمة F	دلالة F	β	قيمة T	دلالة T	معامل تضخم التباين VIF
الصحة النفسية	جودة الحياة	النوع	0.376	0.142	49.171	0.000	-0.371	-7.012	0.000	1.000
		العمر	0.421	0.177	64.038	0.000	-0.428	-8.002	0.000	1.000
		الحالة الاجتماعية	0.398	0.159	56.223	0.000	-0.404	-7.498	0.000	1.000
		مدة الإقامة بالمخيم	0.405	0.164	58.633	0.000	-0.401	-7.657	0.000	1.000
		حالة العمل	0.388	0.151	52.934	0.000	-0.395	-7.276	0.000	1.000
		مستوى التعليم	0.414	0.171	61.632	0.000	-0.430	-7.851	0.000	1.000

من أجل معرفة العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة (متغير مفسر) تبعاً للمتغيرات الديموغرافية. تم استخدام نموذج الانحدار الخطي الذي اعتبرت فيه الصحة النفسية متغير تابع وجودة الحياة متغير مفسر. أظهرت نتائج نموذج الانحدار المبينة في الجدول السابق رقم (48) أن نموذج الانحدار معنوي عند جميع المتغيرات الديموغرافية بدلالة (0.000) أصغر من (0.05). بالتالي تبين النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (14.2%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للنوع. كما جاءت (β) بقيمة (-0.371) ذات دلالة إحصائية. يعني ذلك أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.371) وحدة. كذلك بينت النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية بحوالي (17.7%) و(15.9%) و(16.4%) و(15.1%) و(17.1%) تبعاً لمتغير العمر والحالة الاجتماعية ومدة الإقامة في المخيم وحالة العمل ومستوى التعليم على التوالي. كما جاءت (β) للمتغيرات السابقة على التوالي

بقيم ذات دلالة إحصائية للجميع (-0.428) و(-0.404) و(-0.401) و(-0.395) و(-0.430). وأخيراً، كانت قيمة (VIF) لجميع المتغيرات الديموغرافية صغيرة (1.000) أقل من (3) هذا يشير إلى عدم وجود مشكلة خطية بين متغيرات النموذج. مما يعزز الثقة في نتائج النموذج وصحته.

5.11. عرض نتائج إسهام جودة الحياة في التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور، إناث):

سنكشف في هذا السياق، عن نتائج دراسة إسهام وتأثير جودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية للنازحين. يعكس الجدول رقم (49) النتائج المحصلة من خلال تحليل الانحدار للبيانات. ويسلط الضوء على العلاقة المعقدة بين جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث).

جدول رقم (49): نتائج تحليل الانحدار لجودة الحياة مع الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث)

المتغير التابع	المتغير المستقل (المفسر)	متغير النوع	R	R ²	قيمة F	دلالة F	β	قيمة T	دلالة T	معامل تضخم التباين VIF
الصحة النفسية	جودة الحياة	ذكر	0.432	0.187	31.718	0.000	-0.503	-5.632	0.000	1.000
		أنثى	0.379	0.144	26.573	0.000	-0.345	-5.155	0.000	1.000

من أجل معرفة العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية والمتغير المفسر (جودة الحياة) تبعاً لمتغير النوع (ذكور وإناث). تم استخدام نموذج الانحدار الخطي الذي اعتبرت فيه الصحة النفسية كمتغير تابع وجودة الحياة كمتغير مفسر. أظهرت نتائج نموذج الانحدار المبينة في الجدول السابق رقم (49) أن نموذج الانحدار معنوي عند الذكور والإناث وذلك من خلال قيمة F البالغة (31.718) و (26.573) على التوالي بدلالة (0.000) أصغر من (0.05). التالي يوجد إسهام وتأثير لجودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية لكلا الجنسين. يمكن التنبؤ بأعراض اعتلال الصحة النفسية من خلال جودة الحياة. تفسر النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (18.7%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية عند الذكور وذلك بالنظر إلى معامل التحديد (R²). كما جاءت (β) التي توضح العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة بقيمة (-0.503) ذات دلالة إحصائية. حيث يمكن استنتاج ذلك من قيمة (T) والدلالة المرتبطة بها. يعني ذلك أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.503) وحدة. وجودة الحياة تسهم بتفسير حوالي (14.4%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية عند الإناث وذلك بالنظر إلى معامل التحديد (R²). جاءت (β) التي توضح العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة بقيمة (-0.345) ذات دلالة إحصائية. حيث يمكن استنتاج ذلك من قيمة (T) والدلالة المرتبطة بها. يعني ذلك أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.345) وحدة. وأخيراً، كانت قيمة تضخم التباين (VIF) للذكور والإناث صغيرة (1.000) أقل من (3) هذا يشير إلى عدم وجود مشكلة خطية بين متغيرات النموذج. مما يعزز الثقة في نتائج النموذج وصحته. كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

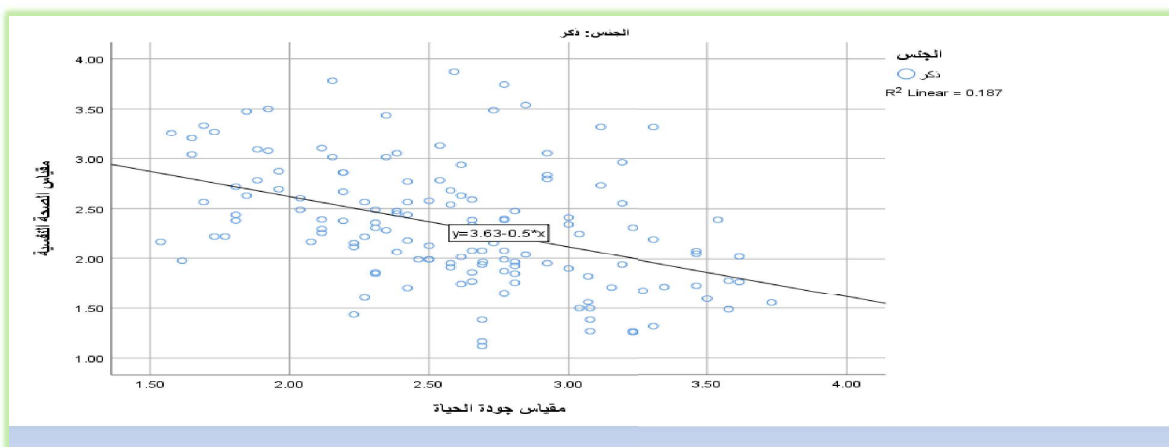
$$\text{الذكور : } Y=3.62 - 0.503*X+\varepsilon$$

$$\text{الإناث : } Y=3.39 - 0.345*X+\varepsilon$$

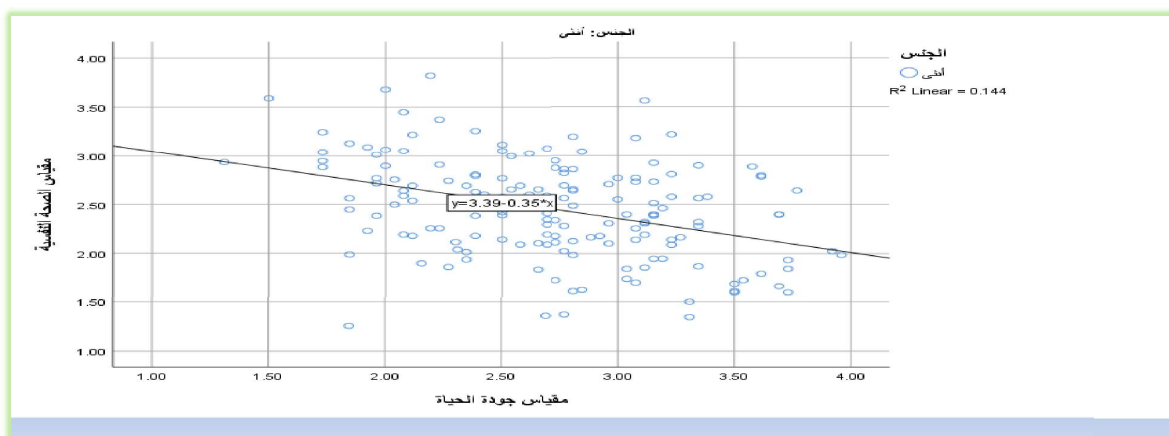
الذكور: (أعراض اعتلال الصحة النفسية) = $3.62 - 0.503 * (\text{جودة الحياة}) + \varepsilon$

الإناث: (أعراض اعتلال الصحة النفسية) = $3.39 - 0.345 * (\text{جودة الحياة}) + \varepsilon$

التفسير: كلما زادت قيمة جودة الحياة بمقدار درجة أدى ذلك إلى انخفاض أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.503) درجة عند الذكور. وكلما زادت قيمة جودة الحياة بمقدار درجة أدى ذلك إلى انخفاض أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.345) درجة عند الإناث. هذه النتائج تعكس أهمية تحسين جودة الحياة في التأثير على الصحة النفسية لكلا الجنسين، مع التأكيد على أن الذكور قد يكون لديهم تأثير أكبر بالمقارنة مع الإناث بالنسبة لهذه العلاقة. وتبين الأشكال البيانية التالية رقم (35) ورقم (36) معادلة الانحدار الخطي بين جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية لكلا الذكور والإناث.



الشكل رقم (35): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة عند الذكور



الشكل رقم (36): يوضح التوزيع ومعادلة الانحدار لأعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة عند الإناث

هذه النتيجة تدعم نتائج الأبحاث السابقة التي قامت بها دانا بدير بعنوان جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية بين البالغين الفلسطينيين التي أظهرت أن جودة الحياة ترتبط ارتباطاً عكسياً مع أعراض اعتلال الصحة النفسية. وبحساب حجم تأثير كوهين، تبين أن حجم التأثير لجودة الحياة على الصحة النفسية كان بقيمة 0.29، هذا يشير إلى أن هناك تأثيراً متوسطاً إيجابياً لجودة الحياة على الصحة النفسية [70]، [71].

6. مناقشة النتائج والتوصيات:

6.1 مناقشة نتائج الدراسة:

تظهر أعراض مشكلات في الصحة النفسية بمستويات مختلفة بين النازحين في عينة الدراسة. حيث تم ترتيبها حسب درجات انتشارها كما يلي: الاكتئاب، والوسواس القهري، والأعراض الجسمانية، والبارانويا، والحساسية الشخصية، والقلق، والعداوة، والفوبيا، والذهانية. وكان أكثرها انتشاراً الاكتئاب عند مستوى متوسط، يليه الوسواس القهري وهذه نتيجة متوقعة وموجودة في غالبية المجتمعات، وأقلها انتشاراً الأعراض الذهانية عند مستوى منخفض. يعاني النازحون في المخيمات من تحديات نفسية هائلة، حيث يظهر الاكتئاب نتيجة لفقدان المأوى والأمان، مما يزيد من الأعباء النفسية ويؤثر سلباً على صحتهم النفسية. الوسواس القهري يظهر بشكل متزايد بين النازحين في المخيمات، حيث يكون القلق بشأن المستقبل والظروف الحالية مصدراً لتكرار الأفكار السلبية، بالإضافة إلى ظروف المخيمات التي تقتصر على الخدمات الصحية المناسبة مما يعزز دوران دائرة الوسواس القهري. الظروف القاسية في المخيمات، مثل قلة الإمكانيات والعزلة الاجتماعية، تسهم في تفاقم الاكتئاب والوسواس القهري، مما يجعل التحسين في هذه الظروف أمراً ضرورياً لتحسين العافية النفسية لدى النازحين. بينما تظهر جودة الحياة بمستوى متوسط بين النازحين في عينة الدراسة، ومرتبة حسب درجات انتشارها على النحو التالي: الصحة العامة، والعلاقات الاجتماعية، والصحة الجسمية، والصحة النفسية، والجودة الشاملة للحياة، والصحة البيئية، كان أكثرها انتشاراً الصحة العامة عند مستوى متوسط، وأقلها انتشاراً الصحة البيئية عند مستوى منخفض.

بينت نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور. حيث بلغ متوسط الإناث (2.45)، أعلى من متوسط الذكور (2.32). هذا يشير إلى أن الإناث يعانون بشكل أكبر من الضغوطات وأعراض اعتلال الصحة النفسية بالمقارنة مع الذكور. ومن المعروف أن النساء يحملن مسؤوليات الأسرة ورعاية الأطفال وكبار السن. لكن عندما يجدن أنفسهن في حالة نزوح، يصبح عبء هذه المسؤوليات أكثر ثقلاً عليهن، مما يزيد من الضغط النفسي وظهور أعراض تدني الصحة النفسية. ويمكن أن يؤدي النزوح إلى فقدان الأمان والدعم الاجتماعي وسبل للعيش والمأوى. حيث يعد هذا الضغط الاجتماعي الإضافي مصدراً لاعتلال الصحة النفسية الذي يؤثر بصورة خاصة على النساء.

بينت نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية عدم وجود فروق بين فئات العاملين والعاطلين عن العمل. إن العاطلين عن العمل لديهم أعراض اعتلال الصحة النفسية (2.41) أعلى من العاملين (2.32) لكن دون فروق معنوية. ويرجع ذلك إلى عوامل مختلفة والتي يمكن أن يكون أحدها أن ظروف العمل الصعبة والسيئة أدت إلى تقارب تأثير حالة العمل على الصحة النفسية. كذلك بين الفئات العمرية المختلفة للنازحين. هذا يشير إلى أن حالة العمل والفئات العمرية لا تؤثر بشكل كبير على أعراض اعتلال الصحة النفسية بين النازحين في عينة الدراسة. وأن جميع النازحين لديهم ظروف متشابهة من حيث الدخل والحالة الاقتصادية. وأيضاً، لم تظهر أي فروق معنوية بين فئات الحالة الاجتماعية ومدة الإقامة في المخيم. بينما أشارت النتائج إلى وجود فروق واضحة بين فئات مستوى التعليم. حيث كانت فئة الذين حصلوا على تعليم في المعهد الأعلى بقيمة (2.60)، تليها فئة الذين لا يعرفون القراءة والكتابة بقيمة (2.50)، ثم فئة الذين حصلوا على تعليم ثانوي وما دون بقيمة (2.34)، وكانت فئة الذين حصلوا على تعليم جامعي بالمرتبة الأخيرة بقيمة (2.06). يمكن تفسير ذلك، بأن المتعلمين قد يكون لديهم مهارات أكبر وأفضل في التعامل مع العوامل التي تؤثر في

الصحة النفسية. هذا التحسين في مهارات التعامل مع العوامل المؤثرة في الصحة النفسية وأعراضها يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على صحتهم النفسية. بينت الدراسة عدم وجود فروق في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للتفاعل بين متغير النوع (ذكر وأنثى) والحالة الاجتماعية (عازب/ة، متزوج/ة، مطلق/ة، أرمل/ة).

أظهرت نتائج جودة الحياة وجود فروق إحصائية بين الذكور والإناث. وتشير النتائج إلى تفوق الإناث بمتوسط (2.72) عن الذكور بمتوسط (2.58). أيضاً، هناك فروق إحصائية ملحوظة بين فئتي العاملين والعاطلين عن العمل. فقد سجل العاملون متوسطاً أعلى لجودة الحياة بلغ (2.77) بينما كانت القيمة الأقل عند العاطلين عن العمل (2.62). حيث أن مستوى الدخل الذي يحصل عليه الشخص من العمل يؤثر بشكل كبير على قدرته على تحسين جودة حياته. كذلك عندما يجد الرجال النازحين أنفسهم غير قادرين على توفير لقمة العيش لعائلاتهم وحمايتهم، يمكن أن يشعروا بالعجز وفقدان الكفاءة. مما ينتج عنه شعور بعدم التمكين والفشل والعجز وانخفاض جودة الحياة لديهم بشكل كبير.

بينت نتائج الدراسة وجود فروق معنوية بين الفئات العمرية في جودة الحياة. حيث كانت أعلى الفئات هي (أقل من 18 سنة) بمتوسط (2.90)، تليها الفئة العمرية (من 19 - 30 سنة) بمتوسط (2.82). ثم الفئة العمرية (من 31 - 40 سنة) بمتوسط (2.58). وأخيراً، الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة) بمتوسط (2.49). كذلك توجد فروق بين فئات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة، تعود إلى الفرق بين (عازب/ة وأرمل/ة) وهو الأعلى بفارق معنوي (0.668)، يليه الفرق بين (متزوج/ة - أرمل/ة) بفارق معنوي (0.384)، ثم (عازب/ة ومتزوج/ة) بفارق معنوي (0.283). يمكن تفسير النتيجة التي توصلنا إليها بأن عوامل جودة الحياة تتأثر بشكل كبير عند الأرملة بسبب فقد الزوج وما يتعلق به من تغيير في الحياة بشكل عام وازدياد في المسؤوليات. كما أنه يزيد من خطر التعرض لمزيد من الصدمات، والاكتئاب، والشعور بالوحدة. بينت دراسات مختلفة حصول الأفراد العازبين في مخيمات اللجوء على درجات أعلى في جودة الحياة من المتزوجين والمطلقين والأرامل.

أظهرت نتائج جودة الحياة عدم وجود فروق بين فترات مدة الإقامة بالمخيم بسبب تقارب قيم المتوسطات. يعود ذلك لسرعة التكيف والتأقلم الفطرية لدى الإنسان، وخصوصاً أن الدراسة كانت تدرس الفرق بين مدة الإقامة بعد مرور عام وأكثر وهو زمن كفيف لأي إنسان لأن يتكيف مع وضعه الجديد. ومن المحتمل أن التطور في حالة النزوح وتأسيس المخيمات قد أثرت على النتيجة، حيث شهدت بدايات النزوح وتأسيس المخيمات دعماً كبيراً من قبل منظمات وهيئات دولية. أظهرت الدراسات أن هذا الدعم كان موجهاً نحو تأمين جميع الاحتياجات الأساسية والضرورية للنازحين، بما في ذلك الغذاء والمأوى والرعاية الطبية. ومع تزايد حالات النزوح وتصادد كثافة النازحين في المخيمات على مر الوقت، تم مواجهة التحديات الاقتصادية والاجتماعية بشكل أكبر. حيث زاد عدد المخيمات بشكل كبير. وفي هذا السياق، انخفض مستوى الدعم المالي المقدم للنازحين من قبل الجهات الداعمة والمنظمات المعنية. نتيجة لذلك، أدى هذا التغيير إلى تراجع مستوى جودة الحياة في المخيمات، حيث يعيش النازحون الآن في ظروف أصعب تتطلب تدابير فورية لتحسين ظروفهم المعيشية وتوفير الدعم الضروري. بينما تبين وجود فروق بين فئات مستوى التعليم، تعود هذه الفروق إلى حملة الشهادة الجامعية حيث كانت الأعلى في جودة الحياة بقيمة (2.96) تليها مرحلة ثانوية فما دون بقيمة (2.71). هذه النتيجة تتوافق مع أبحاث سابقة أشارت إلى أهمية التعليم. فقد أظهرت نتائج الدراسات أن اللاجئين في المخيمات الذين لديهم مستويات تعليم أعلى، يعيشون حياة أكثر جودة من الذين لديهم مستويات تعليم أقل.

أظهرت نتائج دراسة أعراض اعتلال الصحة النفسية عن وجود فروق معنوية في مكان الإقامة بين المخيمات الثلاثة. تبين أن متوسط قيم أعراض اعتلال الصحة النفسية كانت أعلى في مخيم الزيتون في أعزاز بمتوسط (2.49)، يليه مخيم الحياة الجديدة في الباب بمتوسط (2.43)، في حين كانت الأقل في قرية عطاء بمتوسط (2.24). كما أظهرت النتائج وجود فروق بين متوسطات جودة الحياة تبعاً لمكان الإقامة. حيث يلاحظ أن متوسط قيم جودة الحياة كان الأعلى في قرية عطاء بمتوسط (2.90)، ثم مخيم الزيتون في أعزاز بمتوسط (2.72)، في حين كانت أقل قيمة في مخيم الحياة الجديدة في الباب (2.34). يمكن تفسير وجود الفرق بين قرية عطاء ومخيمي الزيتون في أعزاز والحياة الجديدة في الباب في أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة بناءً على الاختلاف في هيكلية وتجهيز وتنظيم المخيمات. إذ يظهر أن قرية عطاء مجهزة بوحدات سكنية، إلى جانب مرافق أساسية تشمل مستوصف صحي ومدرسة ومسجد. بالإضافة إلى الخدمات الأساسية كمياه الشرب والكهرباء وخدمات النظافة وشبكات الصرف الصحي ومخطط تنظيمي للقرية. مما يعني أن هناك جهوداً أكبر تمثلت في توفير بنية تحتية قوية ومستدامة في قرية عطاء. على الجانب الآخر، فإن مخيمي الزيتون في أعزاز والحياة الجديدة في الباب يعانيان من عدم وجود وحدات سكنية وقلة كبيرة في الموارد والخدمات الأساسية وتحديات في التنظيم والبنية التحتية. ويمكن أن يكون هناك عوامل مثل الزيادة في عدد النازحين أو قلة التمويل أو التحديات اللوجستية التي تلعب دوراً في تقديم الخدمات الأساسية في هذه المخيمات. بالمجمل، يجسد هذا الفارق الاختلاف في إدارة وتنظيم وتجهيز المخيمات، مما يؤثر على مدى توفر البنية التحتية والخدمات في المخيمات المعنية التي تلعب دوراً أساسياً في الصحة النفسية للنازحين. بشكل عام، إن النازحين الذين يعيشون في مخيمات النزوح داخلياً هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية لأنهم يواجهون الآثار السلبية لتغير البيئة وغيرها من الآثار الأخرى المنهكة والصعبة.

تشير النتائج إلى وجود فروق في متوسطات الصحة العامة التي تعد عاملاً هاماً من عوامل جودة الحياة تبعاً لمكان الإقامة بين المخيمات الثلاثة. حيث تظهر النتائج أن متوسط قيم الصحة العامة كان الأعلى في قرية عطاء بمعدل قدره (170.84)، يليه مخيم الزيتون في أعزاز بمعدل (157.58)، في حين كانت أقل قيمة في مخيم الحياة الجديدة في الباب بمعدل (123.09). تلعب الصحة العامة دوراً حاسماً في تحديد جودة مكان الإقامة في المخيمات. ويمكن استعراض بعض الجوانب التي توضح تأثير الصحة العامة على مكان الإقامة، مثل نظافة المياه والصرف الصحي، والإسكان والمأوى، حيث توفر المساكن ذات الجدران الثابتة والأسقف الصلبة حماية أفضل ضد الظروف الجوية القاسية. كما يلعب ضمان توفير الطعام بكميات كافية وجودة جيدة دوراً في الحفاظ على الصحة العامة. وإن توفير الرعاية الصحية الأساسية تساهم بتعزيز الصحة العامة في المخيمات، بينما تلعب برامج التوعية والتثقيف الصحي دوراً حيوياً في تحسين السلوكيات الصحية وتقليل مخاطر الأمراض. وتزويد السكان بالمعلومات حول النظافة الشخصية والسلامة الصحية يساهم في تعزيز الصحة العامة في المخيمات. في حال تحقيق هذه العوامل، يساهم ذلك في تحسين ظروف مكان الإقامة في المخيمات ويعزز الصحة العامة للنازحين المقيمين فيها. وقد كانت جميع هذه الخدمات متوفرة في قرية عطاء، مقارنة بالمخيمات الأخرى التي تعاني من نقص في تلك الخدمات. قد أسهمت هذه العوامل بشكل كبير في رفع مستوى الصحة العامة في قرية عطاء.

كذلك بينت النتائج وجود فروق بين متوسطات الجودة الشاملة للحياة حسب مكان الإقامة. حيث كان متوسط قيم الجودة الشاملة للحياة هو الأعلى في قرية عطاء بمعدل (197.04)، يليه مخيم الزيتون في أعزاز بمعدل (151.60)، في حين كانت أقل قيمة في مخيم الحياة الجديدة في الباب بمعدل (102.86). هذا يشير إلى أن النازحين في قرية عطاء هم أكثر قبولاً عن الظروف المعيشية والعلاقات الاجتماعية وجودة الحياة، وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وخدمات النقل من المخيمين الآخرين. إن الجودة

الشاملة للحياة ذات أهمية بالغة في تحديد تأثيرها على مكان الإقامة في المخيمات، إذ يتأثر النازحون بمختلف جوانب حياتهم. يتمثل الإسكان والظروف المعيشية أحد الجوانب الرئيسية المؤثرة في مكان الإقامة في المخيمات، حيث تلعب جودة الإسكان والراحة في المأوى دوراً كبيراً في تجربة الحياة اليومية للسكان. تتضمن الظروف الجيدة الحماية من العوامل البيئية القاسية وتوفير مساحات ملائمة للمعيشة. كما يؤثر توفير الرعاية الصحية وسهولة الوصول إليها بشكل كبير على الجودة الشاملة للحياة. تقدم الفرص التعليمية والتدريب تأثيراً إيجابياً على الجودة الشاملة للحياة في المخيمات، حيث يمكن للتحصيل العلمي أن يفتح أفقاً أوسع للمستقبل وتعزيز بيئة اجتماعية داعمة. كذلك تساهم الخدمات الأساسية مثل المياه والكهرباء ووسائل النقل في تحسين الحياة اليومية وجعل المكان أكثر صالحة للإقامة. بشكل عام، يُعتبر تحديد الجودة الشاملة للحياة مؤشراً قوياً للتأثير الإيجابي أو السلبي على مكان الإقامة في المخيمات.

تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباط عكسية متوسطة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة. حيث يظهر معامل الارتباط بقيمة (-0.382)، هذا يشير إلى أنه كلما انخفضت جودة الحياة، انخفض مستوى الصحة النفسية، وكلما تحسنت جودة الحياة التي يعيشها النازحين ارتفع مستوى الصحة النفسية لديهم. وبما أن جودة الحياة تتأثر بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، فلكذلك الصحة النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بما يعيشه ويعانيه النازحين. ويمكن القول إن تحسين الظروف المؤثرة في جودة الحياة يمكن أن يساهم بشكل فعال في تقليل أعراض اعتلال الصحة النفسية. كذلك كانت العلاقة عكسية متوسطة ودالة إحصائياً بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة لكلا الجنسين. حيث كان معامل الارتباط للذكور أعلى بقيمة (-0.432) مقارنة بالإناث (-0.379). هذا يشير إلى أن الرجال قد يواجهون تأثيراً سلبياً أكبر على صحتهم النفسية بسبب مشاكل جودة حياتهم مقارنة بالنساء. ولما كانت جودة الحياة هي عبارة عن مجموعة متنوعة من الظروف الاجتماعية والأسرية والاستقرار وغيرها من العوامل، التي إذا ما توفرت فإنها تنعكس على نحو إيجابي على الصحة النفسية. وبناءً على ذلك، يمكن القول إن الصحة النفسية ترتبط بشكل مباشر مع جودة الحياة.

أظهرت النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (14.6%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية. كما جاءت (β) التي توضح العلاقة بين أعراض اعتلال الصحة النفسية وجودة الحياة بقيمة (-0.391) ذات دلالة إحصائية. هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.391) وحدة. كذلك تشير النتائج إلى وجود إسهام وتأثير لجودة الحياة على أعراض اعتلال الصحة النفسية لكلا الجنسين. عند الذكور، تسهم جودة الحياة في تفسير حوالي (18.7%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية. وجاءت (β) بقيمة (-0.503) ذات دلالة إحصائية، هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.503) وحدة. أما عند الإناث، فإن جودة الحياة تسهم في تفسير حوالي (14.4%) من التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية. وجاءت قيمة بيتا (-0.345) ذات دلالة إحصائية، هذا يعني أنه كلما تحسنت ظروف جودة الحياة بمقدار وحدة واحدة، انخفضت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمقدار (0.345) وحدة. كذلك بينت النتائج أن جودة الحياة تسهم في تفسير التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية بمتوسط (16.5%) تبعاً للمتغيرات الديموغرافية. هذه النتيجة تدعم نتائج الأبحاث السابقة التي قامت بها دانا بدير بعنوان جودة الحياة وأعراض اعتلال الصحة النفسية بين البالغين الفلسطينيين التي أظهرت أن جودة الحياة ترتبط ارتباطاً عكسياً مع أعراض اعتلال الصحة النفسية.

تعد النتائج التي توصلت إليها الدراسة واعدة بإجراء دراسات أخرى من أجل فهم أفضل لكيفية ارتباط متغيرات الدراسة الحالية ببعضها البعض، لذلك يمكن تطوير التدخلات المناسبة من قبل مقدمي خدمات الصحة النفسية المختصين للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن السكن في المخيمات، وأيضاً تحسين جودة الحياة للنازحين واستراتيجيات التكيف الإيجابية لها. وأكدت الدراسة على دور جودة الحياة والظروف والعوامل الاجتماعية والديموغرافية في أعراض اعتلال الصحة النفسية بين النازحين. وكشفت هذه النتائج أن جودة الحياة تساهم بطريقة ذات دلالة إحصائية في تفسير التباين في أعراض اعتلال الصحة النفسية.

6. 2. توصيات الدراسة:

- بينت النتائج أن أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين في مخيمات النزوح كانت واضحة في عينة الدراسة. وكان العرض الأكثر شيوعاً هو الاكتئاب. وبناءً على هذه النتائج، نوصي بتوفير دعم وتدخلات الصحة النفسية في مخيمات النزوح لمعالجة انتشار الاكتئاب وأعراض اعتلال الصحة النفسية الأخرى. ويجب أن تركز هذه التدخلات على تعزيز الصحة النفسية الإيجابية ومنع تطور الاضطرابات النفسية لدى الأفراد النازحين قسراً من جميع الأعمار. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي تطوير تدخلات نفسية اجتماعية مصممة لتلبية الاحتياجات المتنوعة للسكان النازحين، مع الأخذ بعين الاعتبار التحديات والضغوط المحددة التي يواجهونها.
- نظراً لتسجيل مستوى أقل من أعراض اعتلال الصحة النفسية، ومستوى أعلى لجودة الحياة في قرية عطاء مقارنة بمخيمي الزيتون في أعزاز والحياة الجديدة في الباب. يعود لتوفر الوحدات السكنية الجاهزة والبنية التحتية والخدمات الأساسية والضرورية في قرية عطاء، والتي تفتقر إليها باقي المخيمات الأخرى. فإنه يتبين أهمية تحسين ظروف الإسكان لباقي المخيمات. لذا، نوصي باتخاذ خطوات فعالة تشمل تحسين البنية التحتية، وتوفير الخدمات الأساسية كالمياه والصرف الصحي، والتحول من استخدام مأوى الخيام إلى إنشاء وحدات سكنية دائمة توفر مأوى مناسباً للنازحين. وإن توجيه الجهود نحو تحسين هذه العوامل سيسهم في تحسين جودة حياة النازحين وتخفيف الأعباء النفسية التي قد تنجم عن ظروف الإقامة الحالية.
- نظراً لأن مستوى الصحة النفسية وجودة الحياة المشمولة بالدراسة كانت بمستوى متباين بين المتوسط والضعيف. نوصي بإنشاء مراكز رعاية صحة نفسية ودعم نفسي اجتماعي في مخيمات النزوح. تتضمن برامج إرشادية وعلاجية وتدريبية وتوعوية تساهم في حل المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية التي يواجهها النازحون بشكل يومي، والعمل على رفع مستوى الصحة النفسية وجودة الحياة لدى النازحين. ومساعدتهم في القدرة على التكيف والاندماج في المجتمع بشكل صحيح، والارتقاء بمستوى الخدمات والدعم النفسي بهدف تحقيق أعلى مستوى من السلامة والصحة النفسية للنازحين.
- نظراً لارتفاع نسبة البطالة بشكل كبير مقارنة بعدد العاملين، والتأثير الكبير الذي تركته على مستوى جودة حياة النازحين، نقترح تعزيز تقديم الدعم النفسي والاجتماعي، إلى جانب دعم البحث عن فرص العمل، بهدف تعزيز فرصهم الاقتصادية وتحسين ظروفهم النفسية والمعيشية.
- نظراً لانخفاض مستوى التعليم في عينة الدراسة، حيث وصلت نسبة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة إلى حوالي (28%)، يبرز الحاجة الملحة لاتخاذ إجراءات فعالة لتحسين هذا الوضع. يعد تعزيز برامج محو الأمية في مخيمات النزوح خطوة أساسية لتعزيز مهارات القراءة والكتابة بين النازحين. لذا، نوصي بتصميم برامج تعليمية ملائمة تأخذ في اعتبارها احتياجات وخصوصيات النازحين، مع توفير موارد تعليمية مناسبة لهم. لتحسين جودة حياة النازحين وتعزيز فرصهم في المشاركة الاقتصادية والاجتماعية.

- انطلاقاً من النتائج التي بينت أن جودة الحياة وسيلة فعالة لتقليل أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين. نوصي بتطوير وتعزيز برامج واستراتيجيات لتحسين جودة الحياة، خاصة في السياقات التي يتعرض فيها النازحين لضغوط نفسية واجتماعية. بحيث تتضمن هذه الجهود تحسين البيئة الاجتماعية والاقتصادية، وتوفير فرص العافية النفسية والاجتماعية. ويفضل تكامل هذه البرامج مع جهود التثقيف الصحي وتعزيز الوعي بالعوامل المؤثرة على الصحة النفسية. بالإضافة إلى ذلك، ننصح بإجراء مزيد من الأبحاث لتوسيع الدراسة حول هذه العلاقة وتحديد العوامل الفرعية التي يمكن أن تكون موضوعاً للتدخلات والسياسات المستقبلية.
- نوصي بدعم برامج تثقيف متنوعة عن الأعراض الجسمانية نفسية المنشأ، التي تسهم في تحسين الوعي الصحي والنفسي للنازحين. تعتبر ذات فائدة هامة وشاملة من خلال تعزيز الوعي الصحي وتقليل الاكتئاب والقلق، وتعزيز العلاقات الاجتماعية، وتعزيز الاستدامة الصحية، وتحسين جودة الحياة.
- إن النازحين عرضة لظروف مأساوية وصددمات كبيرة، لذلك يمكن أن يكون التركيز على أساليب التغلب على الصدمات له تأثير إيجابي على مستوى الاستجابة النفسية. لذا، نوصي ببرامج الإغاثة والدعم النفسي التي يمكن أن تكون فعالة في تقديم استراتيجيات للتعافي من الصدمات وإدارة الكوارث. على عكس اللاجئين، حيث يتطلب التحول الثقافي والجغرافي تكييفاً نفسياً واجتماعياً كبيراً. لذلك، يستفيد اللاجئون بشكل أكبر من الأساليب النفسية والاجتماعية. لذا، نوصي بدعم برامج التكييف الثقافي وتقوية الدعم الاجتماعي للمساعدة في التأقلم مع التحديات النفسية.
- نوصي بإجراء مزيد من الدراسات والبحوث تشمل أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية ومستويات جودة الحياة التي يمكن أن يتعرض لها النازحون، وذلك في ضوء التطورات والتغيرات الجديدة. حيث يتطلب حجم أزمة النازحين العالمية إجراء دراسات وأبحاث وسياسات تعترف بالأثر النفسي للنزوح القسري والتدخلات التي يمكن أن تخفف منه. كما نوصي بضرورة البحث في الآثار النفسية وجودة الحياة بالنسبة للنازحين الجدد.

7. الخاتمة:

تلخص هذه الدراسة جميع النتائج التي تم الوصول إليها، بالإضافة إلى تقديم توصيات هامة نراها مناسبة تهدف إلى الارتقاء وتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين وسكان المخيمات نحو الأفضل. تظهر النتائج استنتاجات متعددة تشير إلى أهمية توجيه الجهود نحو تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للنازحين المتأثرين بمختلف الضغوط والتحديات بسبب النزوح، كما تقدمنا بسلسلة من المقترحات للبحوث المستقبلية التي يمكن أن تسهم في زيادة المعرفة في المجالات التي تمت معالجتها في هذه الدراسة. هذه التوصيات والمقترحات تعكس الفهم العميق الذي تم التوصل إليه من خلال البحث وتهدف إلى تحقيق تأثير إيجابي على حياة النازحين وسكان المخيمات. بالتالي، يمكن لهذه النتائج والتوصيات أن تكون قيمة في توجيه الجهود والسياسات والبرامج التي تستهدف تحسين الصحة النفسية وجودة حياة النازحين والمجتمعات المستضيفة للنازحين أيضاً، وتشجع البحوث المستقبلية في هذا المجال لتعزيز فهمها ومساهمتها في حل المشكلات والتحديات التي تواجهها هذه الفئات الهامة من السكان.

في النهاية، نشجع على مواصلة الدراسة والاهتمام بمجالات الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين وسكان المخيمات، ونأمل أن تكون هذه الدراسة بمثابة نقطة انطلاق لجهود أكبر في هذا السياق، مع الاعتقاد بأنه يمكننا جميعاً تحقيق تحسينات ملموسة في حياة النازحين من خلال العمل المشترك.

8. الجهة الداعمة:

تعمل جمعية عطاء للإغاثة الإنسانية على تبني برامج صحة نفسية مبنية على أسس علمية وعليه فقد أسست وحدة للدراسات التخصصية وعليه تتقدم بالشكر الجزيل والامتنان للجهات الداعمة لتمويل تكاليف قسم الدراسات والأبحاث وتحديدًا لهذه الدراسة، والتي تشمل:

- فريق تراحم التطوعي.
- الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية في الكويت.

ومن خلال هذا الدعم، تيسرت الفرصة لإجراء هذه الدراسة والتعمق في موضوع الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين في الداخل السوري، مع توسيع نطاق الدراسة وزيادة جودتها، واقتناء المواد والمعدات اللازمة لإكمال هذه الدراسة بنجاح وتحقيق نتائج أفضل. على أمل أن تكون هذه الدراسة قد أضافت قيمة وإضاءة جديدة في مجال الصحة النفسية وجودة الحياة لسكان المخيمات في الشمال السوري، بالإضافة إلى تحقيق نتائج إيجابية وفعالة تعود بالنفع على المجتمع والأفراد.

9. الشكر:

خالص الشكر والامتنان لكل من ساهم بهذه الدراسة، وخصوصًا الجهة الداعمة فريق تراحم التطوعي والهيئة الخيرية الإسلامية العالمية على الدعم الذي قدموه لإجراء هذه الدراسة العلمية بعنوان "تأثير السكن في مخيمات النزوح على الصحة النفسية وجودة الحياة للنازحين في الشمال السوري". كما نتوجه بأسمى آيات الشكر والامتنان إلى جميع الأفراد الذين ساهموا بجهودهم ودعمهم في إتمام هذه الدراسة العلمية. ونخص بالذكر: المتابعة المستمرة والحثيثة من إدارة وفريق جمعية عطاء في اسطنبول، وجهود مركز إشراق للصحة النفسية في أورفا على الدعم وتسهيل القيام بالأعمال، وفرق عطاء بلسم في الداخل السوري (فريق مدينة الباب وفريق مدينة أعزاز وإدارة مكتب عطاء في أطمه)، لقيامهم في تنفيذ وتطبيق الاستبيانات في مخيمات الشمال السوري. ونشكر الأشخاص الذين تطوعوا في تعبئة الاستبيانات ومشاركتهن الفعالة في هذه العملية والتي تعتبر جزءاً أساسياً من نجاح الدراسة، حيث زدونا بمعلومات ثمينة ستساهم في اتخاذ القرارات المناسبة لوضعهم، ولأوضاع من يتعرض لذات الظروف.

10. المراجع العلمية:

- [1] DR. RANI ERUM, 'SYRIAN CIVIL WAR: A HUMANITARIAN CRISIS', *Pakistan Journal of International Affairs*, vol. 3, no. 1, 2021, doi: 10.52337/pjia.v3i1.74.
- [2] M. H. D. B. A. Alhaffar and S. Janos, 'Public health consequences after ten years of the Syrian crisis: a literature review', *Globalization and Health*, vol. 17, no. 1. 2021. doi: 10.1186/s12992-021-00762-9.
- [3] A. Barkil-Oteo, W. Abdallah, S. Mourra, and H. Jefee-Bahloul, 'Trauma and resiliency: A tale of a syrian refugee', in *American Journal of Psychiatry*, 2018. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17030358.
- [4] R. Aburas, A. Najeeb, L. Baageel, and T. K. Mackey, 'The Syrian conflict: A case study of the challenges and acute need for medical humanitarian operations for women and children internally displaced persons', *BMC Med*, vol. 16, no. 1, 2018, doi: 10.1186/s12916-018-1041-7.
- [5] U. OCHA, 'humanitarian needs overview: Syrian Arab Republic. 2023.', Retrieved from reliefweb: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2018_syr_hno_english.pdf, 2018.
- [6] H. Abu Suhaiban, L. R. Grasser, and A. Javanbakht, 'Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors, and integrated care', *Int J Environ Res Public Health*, vol. 16, no. 13, p. 2309, 2019.
- [7] J. Lindert, O. S. von Ehrenstein, A. Wehrwein, E. Braehler, and I. Schaefer, 'Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees-a systematic review', *Psychother Psychosom Med Psychol*, vol. 68, no. 1, pp. 22–29, 2017.
- [8] U. Ozkaleli, 'Displaced selves, dislocated emotions and transforming identities: Syrian refugee women reinventing selves', *Womens Stud Int Forum*, vol. 70, 2018, doi: 10.1016/j.wsif.2018.07.010.
- [9] R. Neugebauer, 'Bleak outlook for children who are refugees', *Report on Children Who Are Refugees*, 2013.
- [10] F. Knappe *et al.*, 'Perceived advantages and disadvantages of organized sport and exercise activities in a Greek refugee camp: A qualitative approach', *Current Issues in Sport Science (CISS)*, vol. 8, no. 2, 2023, doi: 10.36950/2023.2ciss006.
- [11] WHO, 'Mental health', Geneva, Jun. 2022. Accessed: Sep. 17, 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [12] D. Mason, J. Rodgers, D. Garland, C. Wilson, J. R. Parr, and H. McConachie, 'Measuring quality of life in autistic adults: The reliability and validity of the Brief Version of the World Health Organization Quality of Life scale', *AMRC Open Res*, vol. 4, p. 3, 2022, Accessed: Sep. 19, 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

- [13] A. Bottomley *et al.*, 'Current state of quality of life and patient-reported outcomes research', *Eur J Cancer*, vol. 121, 2019, doi: 10.1016/j.ejca.2019.08.016.
- [14] I. M. Almashi and M. M. Almashi, 'Evolution of the definition of the term "refugee"', *Analytical and Comparative Jurisprudence*, no. 2, 2023, doi: 10.24144/2788-6018.2023.02.10.
- [15] S. Krishnan *et al.*, 'How can humanitarian services provision during mass displacement better support health systems? An exploratory qualitative study of humanitarian service provider perspectives in Cox's Bazar, Bangladesh', *J Migr Health*, vol. 6, 2022, doi: 10.1016/j.jmh.2022.100132.
- [16] M. Porter and N. Haslam, 'Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis', *JAMA*, vol. 294, no. 5. 2005. doi: 10.1001/jama.294.5.602.
- [17] F. Jbour and G. Sammour, 'Depression among Syrian Refugees in light of some variables', *Dirasat: Journal of Educational Sciences*, vol. 43, no. 3, pp. 245–266, 2016.
- [18] E. De Vito, C. de Waure, M. L. Specchia, and W. Ricciardi, 'Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region', *World Health Organization, Health Evidence Network Synthesis Report*, vol. 42, 2015.
- [19] U. N. H. C. for Refugees, 'Internally Displaced People: On the Run in Their Own Land', Switzerland Geneva, 2013. Accessed: Oct. 14, 2023. [Online]. Available: <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c146.html>
- [20] N. Morina, A. Akhtar, J. Barth, and U. Schnyder, 'Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, no. SEP. 2018. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00433.
- [21] IDMC, 'IDMC | GRID 2022 | 2022 Global Report on Internal Displacement'.
- [22] W. A. Tol, S. Song, and M. J. D. Jordans, 'Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict - A systematic review of findings in low- and middle-income countries', *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 54, no. 4. 2013. doi: 10.1111/jcpp.12053.
- [23] UNHCR, 'Operational Portal Refugee Situations: Situation Syria Regional Refugee Response. Percentages were calculated from: Registered Syrian Refugees – Demography', Geneva. Accessed: Sep. 23, 2023. [Online]. Available: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
- [24] S. Nouri, 'Effects of conflict, displacement, and migration on the health of refugee and conflict-stricken populations in the Middle East', *Int J Publ Health Sci*, vol. 8, no. 3, 2019, doi: 10.11591/ijphs.v8i3.18590.
- [25] K. E. Miller and A. Rasmussen, 'The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress', *Epidemiol Psychiatr Sci*, vol. 26, no. 2, 2017, doi: 10.1017/S2045796016000172.

- [26] B. L. Cardozo, L. Talley, A. Burton, and C. Crawford, 'Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: Traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning', *Soc Sci Med*, vol. 58, no. 12, 2004, doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.024.
- [27] P. A. M. Seidi *et al.*, 'Mental health status of internally displaced persons in the Garmian region of Kurdistan, Iraq: a cross-sectional survey', *Med Confl Surviv*, vol. 39, no. 2, 2023, doi: 10.1080/13623699.2023.2188384.
- [28] UNOCHA, '2019 Humanitarian Response Plan Monitoring Report: January –May 2019. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.', Oct. 2019. Accessed: Sep. 23, 2023. [Online]. Available: [https:// www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria](https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria).
- [29] M. Sijbrandij *et al.*, 'Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries', *Eur J Psychotraumatol*, vol. 8, no. sup2, p. 1388102, 2017, doi: doi:10.1080/20008198.2017.1388102.
- [30] P. Hughes, Z. Hijazi, and K. Saeed, 'Improving access to mental healthcare for displaced Syrians: case studies from Syria, Iraq and Turkey', *BJPsych Int*, vol. 13, no. 4, 2016, doi: 10.1192/s2056474000001392.
- [31] M. K. Hamza and M. H.-R. Hicks, 'Implementation of Mental Health Services in Conflict and Post-conflict Zones: Lessons From Syria', *Avicenna J Med*, vol. 11, no. 01, 2021, doi: 10.4103/ajm.ajm_141_20.
- [32] Y. Byrow, R. Pajak, P. Specker, and A. Nickerson, 'Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review', *Clin Psychol Rev*, vol. 75, p. 101812, 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812>.
- [33] D. Cantekin, 'Syrian Refugees Living on the Edge: Policy and Practice Implications for Mental Health and Psychosocial Wellbeing', *International Migration*, vol. 57, no. 2, 2019, doi: 10.1111/imig.12508.
- [34] A. M. Hamdan-Mansour, N. M. Abdel Razeq, B. AbdulHaq, D. Arabiat, and A. A. Khalil, 'Displaced Syrian children's reported physical and mental wellbeing', in *Child and Adolescent Mental Health*, 2017. doi: 10.1111/camh.12237.
- [35] S. Tekeli-Yesil, E. Isik, Y. Unal, F. A. Almossa, H. K. Unlu, and A. T. Aker, 'Determinants of mental disorders in Syrian refugees in Turkey versus internally displaced persons in Syria', *Am J Public Health*, vol. 108, no. 7, pp. 938–945, Jul. 2018, doi: 10.2105/AJPH.2018.304405.
- [36] Susan Brown, 'A study on high levels of depression among displaced Syrians in camps in Jordan'. Accessed: Oct. 10, 2023. [Online]. Available: <https://www.bgsu.edu/news/2018/04/distinguished-research-professor-of-sociology.html>
- [37] S. Beza, A. G. Mavrodi, G. Kyratso, and V. H. Aletras, 'Health-Related Quality of Life Among Refugees and Asylum Seekers in Northern Greece', *J Immigr Minor Health*, vol. 24, no. 2, 2022, doi: 10.1007/s10903-021-01199-3.

- [38] J. Haj-Younes *et al.*, 'Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study', *Int J Equity Health*, vol. 19, no. 1, 2020, doi: 10.1186/s12939-020-01300-6.
- [39] A. Leiler, A. Bjärtå, J. Ekdahl, and E. Wasteson, 'Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden', *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 54, no. 5, 2019, doi: 10.1007/s00127-018-1651-6.
- [40] B. Glorius, S. Kordel, T. Weidinger, M. Bürer, H. Schneider, and D. Spenger, 'Is Social Contact With the Resident Population a Prerequisite of Well-Being and Place Attachment? The Case of Refugees in Rural Regions of Germany', *Frontiers in Sociology*, vol. 5, 2020, doi: 10.3389/fsoc.2020.578495.
- [41] A. K. Lincoln *et al.*, 'Discrimination, marginalization, belonging, and mental health among Somali immigrants in North America.', *American Journal of Orthopsychiatry*, 2020, doi: 10.1037/ort0000524.
- [42] W. Ekezie, 'Resilience actions of Internally Displaced Persons (IDPs) living in camp-like settings: a Northern Nigeria case study', *J Migr Health*, vol. 6, 2022, doi: 10.1016/j.jmh.2022.100115.
- [43] E. M. Getanda, C. Papadopoulos, and H. Evans, 'The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya', *BMC Public Health*, vol. 15, no. 1, 2015, doi: 10.1186/s12889-015-2085-7.
- [44] F. M. Ulaiwi, 'The Social, Educational and Psychological Effects of Forced Migration in Iraq and the Role of Occupation and Terrorism in Fragmenting the Iraqi National Identity Exodus Camps in (Kirkuk, Sulaymaniyah, Erbil) As A Model', *Journal of Al-Farahidi's Arts | مجلة آداب الفراهيدي*, vol. 12, no. 42 II, pp. 296–320, 2020.
- [45] H. A. Hussein, Q. Q. Mohammed, and K. R. Sajit, 'Psychological Distress among Internal Displaced Persons in Baghdad City', *Kufa Journal for Nursing Sciences*, vol. 8, no. 2, 2018.
- [46] R. Krejcie, V. Morgan, and D. W., (1970) "Determining sample Size for Research Activities", *Educational and Psychological Measurement.*, vol. 18, no. 1. 1996.
- [47] L. R. Derogatis and R. Unger, 'Symptom checklist-90-revised', *The Corsini encyclopedia of psychology*, pp. 1–2, Jan. 2010, doi: <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>.
- [48] M. Power, M. Bullinger, and A. Harper, 'The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide.', *Health psychology*, vol. 18, no. 5, p. 495, 1999.
- [49] S. M. Skevington, M. Lotfy, and K. A. O'Connell, 'The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group', *Quality of life Research*, vol. 13, pp. 299–310, 2004, Accessed: Sep. 11, 2023. [Online]. Available: <https://www.jstor.org/stable/4038089>.

- [50] H. Malibary, M. M. Zagzoog, M. A. Banjari, R. O. Bamashmous, and A. R. Omer, 'Quality of Life (QoL) among medical students in Saudi Arabia: A study using the WHOQOL-BREF instrument', *BMC Med Educ*, vol. 19, no. 1, 2019, doi: 10.1186/s12909-019-1775-8.
- [51] Ayoub Lahouioui, 'Housing Complexes in North-Western Syria Edition', Apr. 2022. Accessed: Oct. 16, 2023. [Online]. Available: https://acu-sy.org/wp-content/uploads/2022/05/ACU_IMU_Housing-Complexes-in-North-Western-Syria_01_April_2022_Eng.pdf
- [52] A. Lehman, 'JMP for basic univariate and multivariate statistics: a step-by-step guide', (*No Title*), 2005.
- [53] C. A. McHorney, J. E. Ware, W. Rogers, A. E. Raczek, and J. F. R. Lu, 'The validity and relative precision of MOS short-, and long-form health status scales and Dartmouth COOP charts: Results from the medical outcomes study', *Med Care*, vol. 30, no. 5, 1992, doi: 10.1097/00005650-199205001-00025.
- [54] I. SPSS, 'IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0.(Version 26)'. IBM Corp, 2019.
- [55] D. Bertram, 'Likert scales', *Retrieved November*, vol. 2, no. 10, pp. 1–10, 2007, Accessed: Oct. 08, 2023. [Online]. Available: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/LikertScalevsLikertItem.pdf>
- [56] I. Weissbecker and A. Leichner, 'Addressing mental health needs among Syrian refugees', *Washington, DC: Middle East Inst*, 2014.
- [57] S. Rofo *et al.*, 'Prevalence and risk factors of posttraumatic stress symptoms among Internally Displaced Christian couples in Erbil, Iraq', *Front Public Health*, vol. 11, 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1129031.
- [58] J. Hasani and M. Shakeri, 'The role of self-efficacy, resilience and cognitive emotion regulation in predicting obsessive-compulsive symptoms in the general population', *Journal of psychologicalscience*, vol. 20, no. 107, pp. 2095–2106, 2022.
- [59] N. Rizkalla, R. Arafa, N. K. Mallat, L. Soudi, S. Adi, and S. P. Segal, 'Women in refuge: Syrian women voicing health sequelae due to war traumatic experiences and displacement challenges', *J Psychosom Res*, vol. 129, 2020, doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109909.
- [60] Y. Jarallah and J. Baxter, 'Gender disparities and psychological distress among humanitarian migrants in Australia: A moderating role of migration pathway?', *Confl Health*, vol. 13, no. 1, 2019, doi: 10.1186/s13031-019-0196-y.
- [61] R. Tahir, C. Due, P. Ward, and A. Ziersch, 'Understanding mental health from the perception of Middle Eastern refugee women: A critical systematic review', *SSM - Mental Health*, vol. 2, 2022, doi: 10.1016/j.ssmmh.2022.100130.
- [62] T. D. Plakas, V. H. Aletras, E. I. Voutsas, and D. Niakas, 'Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction in a Greek Refugee Accommodation Center', *Cureus*, 2023, doi: 10.7759/cureus.42005.

- [63] W. Affleck, A. Selvadurai, and L. Sikora, 'Underrepresentation of men in gender based humanitarian and refugee trauma research: a scoping review', *Intervention*, vol. 16, no. 1, 2018, doi: 10.1097/wtf.0000000000000157.
- [64] A. Nickerson, B. J. Liddell, F. Maccallum, Z. Steel, D. Silove, and R. A. Bryant, 'Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss', *BMC Psychiatry*, vol. 14, no. 1, 2014, doi: 10.1186/1471-244X-14-106.
- [65] S. Zisook, Y. Chentsova-Dutton, and S. R. Shuchter, 'PTSD following bereavement', *Annals of clinical psychiatry*, vol. 10, pp. 157–163, 1998.
- [66] S. E. Gilman, J. Breslau, N. H. Trinh, M. Fava, J. M. Murphy, and J. W. Smoller, 'Bereavement and the diagnosis of major depressive episode in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 73, no. 2, 2012, doi: 10.4088/JCP.10m06080.
- [67] M. Caserta, R. Utz, and D. Lund, 'Spousal bereavement following cancer death', *Illness Crisis and Loss*, vol. 21, no. 3, 2013, doi: 10.2190/IL.21.3.b.
- [68] N. Vossoughi, Y. Jackson, S. Gusler, and K. Stone, 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review', *Trauma, Violence, and Abuse*, vol. 19, no. 5. 2018. doi: 10.1177/1524838016673602.
- [69] D. Bdier, G. Veronese, and F. Mahamid, 'Quality of life and mental health outcomes: the role of sociodemographic factors in the Palestinian context', *Sci Rep*, vol. 13, no. 1, 2023, doi: 10.1038/s41598-023-43293-6.
- [70] J. Cohen, 'Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.', *Lawrence Earlbaum Associates*, 1988.
- [71] A. Bakker, J. Cai, L. English, G. Kaiser, V. Mesa, and W. Van Dooren, 'Beyond small, medium, or large: points of consideration when interpreting effect sizes', *Educational Studies in Mathematics*, vol. 102, no. 1. 2019. doi: 10.1007/s10649-019-09908-4.

+90 212 531 29 34 @ataarelief
ataarelief.org

Göztepe Mah. İnönü Cad. No:86/31, Kat3
34218 Bağcılar/İstanbul - Türkiye

