

الصحة النفسية والسكن في مخيمات النزوح: دراسة حالة نازحي المخيمات في شمال غرب سورية

الباحثان

د. دجانة بارودي، م. محمد حميدي

ملخص

هدف البحث الى التعرف على مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية وأبعادها لدى النازحين الناتجة عن السكن في مخيمات النزوح في شمال غرب سورية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي. تكونت عينة الدراسة من 300 مشارك منهم 140 من الذكور و160 من الإناث. تم اعتماد مقياس الصحة النفسية المكون من 90 سؤال، المصمم من قبل منظمة الصحة العالمية وتم التأكد من دلالات ثبات وصدق المقياس للعينة المدروسة. بينت النتائج أن متوسط الدرجة الكلية لأعراض اعتلال الصحة النفسية في شمال غرب سورية بلغ 47.8%. أظهرت النتائج أن أعراض اعتلال الصحة النفسية 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. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور. حيث جاءت أعراض اعتلال الصحة النفسية أعلى عند الإناث. كذلك تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات مستوى التعليم. حيث كان حملة الشهادة الجامعية هم الفئة الأقل تعرضاً لأعراض اعتلال الصحة النفسية. بالمقابل، لم تظهر أية فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية وحالة العمل ومدة الإقامة في المخيم. أظهرت النتائج بأن 31% من النازحين السوريين لديهم مستوى متوسط من أعراض اعتلال الصحة النفسية. وكانت الأعراض بمستوى متوسط عند 23.6% من الذكور، و37.5% من الإناث، وبوجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما.

الاستنتاجات: كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية واضحة بين النازحين في مخيمات النزوح، وكان الاكتئاب العرض الأكثر شيوعاً. التوصيات: تعزيز تدخلات الصحة النفسية في مخيمات النزوح لمعالجة انتشار الاكتئاب وأعراض الصحة النفسية الأخرى. وتوجيه التدخلات نحو تعزيز الصحة النفسية والاجتماعية الإيجابية ومنع تطور الاضطرابات النفسية لدى النازحين قسراً.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، مخيمات، نازحين، شمال غرب سورية.

مقدمة

تعد الحروب وما ينتج عنها من تشريد وتهجير قسري من أفسى أشكال العدوان على الإنسان. حيث يتعرض النازحون في معظم الأحيان لظروف معيشية صعبة وأحداث مؤلمة مثل القتل والخطف والاعتصاب، وفقدان أفراد من أسرهم، وهدم منازلهم، وغيرها من الأحداث. مما يجعلهم عرضة للاضطرابات النفسية والاجتماعية بشكل عام. يعتبر التعرض للإجهاد الشديد مؤشراً رئيسياً للصحة النفسية، حيث تعد صدمات الحروب والتعذيب والنزوح القسري من بين أحداث الحياة الأكثر صدمة [1]. بدأت الحرب السورية في مارس 2011 وتطورت بسرعة إلى أزمة صحية عامة مستمرة وكارثة إنسانية [2]. وإن العنف والتهجير الذي حدث أدى إلى ارتفاع ملحوظ في انتشار الصدمات والاضطرابات النفسية الخطيرة بين السوريين داخل وخارج البلاد [3]. مما يتطلب توفير الرعاية الصحية النفسية بين النازحين داخلياً في مناطق الحرب. حيث عانت سورية من واحدة من أكبر الأزمات الإنسانية وأزمات النزوح في جميع أنحاء العالم بعد انتفاضة عام 2011. يحتاج حوالي 15.3 مليون شخص من السوريين إلى الدعم الإنساني [4]، [5]، [6]. وبسبب الحرب السورية، عانى الشعب السوري من عوامل خطر رئيسية أدت لتدني الصحة النفسية. أدى التعرض للعنف والنزوح القسري إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية بين السكان النازحين. يتواجد في شمال غرب سورية 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 والضغطات المستمرة مثل البطالة والتفكك الاجتماعي وفقدان الدعم الاجتماعي [7]. إن للنزوح القسري تأثير ضار على سلامة الأشخاص الذاتية ووجودهم وصحتهم وعافيتهم النفسية [8]. يؤدي النزوح إلى إصابة الفرد بالضغط 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، وجميعها تؤثر على النمو النفسي والاجتماعي [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 وتكرر بأشكال متعددة. فكثير من تلك المساعدات تعمل على ما يسمى بإطفاء الحرائق في الأزمات، إلا أن استمرار تلك الأزمات وآثارها تبقى وتستمر لدى سكان 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. وستستمر المعاناة متمثلة بصعوبات تكيفية وضغوطات نفسية ومشكلات مرتبطة بالاندماج الصحيح في المجتمع. نسعى في هذا البحث إلى توفير بيانات 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 العافية النفسية. بالرغم من كثرة الدراسات التي أجريت، إلا أن الأبحاث المتخصصة في موضوع الصحة النفسية 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. حيث يشكل هذا البحث مجالاً جيداً للدراسات النفسية المتعلقة بمشاكل النزوح، التي لا تزال تنتظر الجهد الكثير من قبل الباحثين. يهدف البحث إلى الخروج ببعض برامج التدخل النفسي المناسبة لتحسين الصحة النفسية لدى النازحين. وإثارة اهتمام الباحثين ولفت انتباههم إلى المشكلات النفسية التي يحتاج النازحين معالجتها، والتي تظل نادرة جداً بهذا المجال ولم تلق الاهتمام الكافي حتى الآن.

الدراسة المرجعية

يتعرض النازحون الذين يغادرون منازلهم لعوامل ضائقة خطيرة أثناء عملية النزوح وبعده. هذه العوامل تؤثر بشكل كبير على صحتهم النفسية والجسدية، وتزيد من احتمالية التعرض لاضطرابات نفسية بشكل كبير [10]. 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 [11]. تشكل موجات النزوح الكبيرة التي تحدث في فترة زمنية قصيرة ضغطاً هائلاً على النازحين، وكذلك على المجتمعات المضيفة والمنظمات المختلفة العاملة في مجالات الصحة النفسية [12]. يعتبر النازحون داخلياً من بين أكثر الأفراد ضعفاً في العالم [13]. وفقاً للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين يعرف النازحون داخلياً بأنهم الأشخاص الذين تم تهجيرهم قسراً داخل بلادهم ولم يتجاوزوا أبداً الحدود الدولية لبلدانهم. سجل أكبر عدد من النازحين داخل بلادهم في سورية، حيث وصل إلى 6.8 مليون شخص، حسب إحصائيات نهاية العام الماضي [14]. هذا يعني أن واحداً من كل ثلاثة من السوريين المتبقين في بلادهم ما زالوا نازحين داخلياً مع نهاية عام 2022. تعد اضطرابات ما بعد الصدمة، والاكتئاب، واضطرابات القلق، من أكثر المشاكل النفسية شيوعاً بين السكان النازحين المتأثرين بصددمات الحرب والذين لديهم تجارب سلبية سابقة [15]. أظهرت الدراسات حول اللاجئين السوريين في مخيمات الأردن أن ثلث الشباب يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة متوسطة إلى شديدة، وتتزايد مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية بشكل ملحوظ بالنسبة للذين فقدوا أحد الوالدين أو كليهما [16]. يعاني ما يقارب من 30 إلى 40% من بين اللاجئين الذين هم في سن البلوغ، من اضطراب ما بعد الصدمة، والذي يترافق غالباً مع حالات الاكتئاب والقلق [17]. [18]. كذلك من بين اللاجئين السوريين في المخيمات، تبلغ نسبة 37.7% من أفراد الأسر الذين تزيد أعمارهم عن عامين معاناتهم من حالة من الحزن الشديد. وبلغت نسبة 14.4% من الأفراد شعورهم باليأس إلى درجة أنهم في معظم الأوقات كانوا يشعرون برغبة عدم الاستمرار النفسي في الحياة [19]. كما لوحظ من قبل باحثي الصحة النفسية في SAMS، أن السوريين كانوا يعانون من أعراض الصحة النفسية المرتبطة باضطرابات مثل القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة. وإن استمرار تدهور الحياة الاجتماعية، واستمرار تجربة العنف والتهجير، على مدى تسع سنوات دفع بالضغوط والاضطرابات النفسية إلى مستويات عالية [5]، [20]. أظهرت دراسة تناولت مقارنة بين مجموعتين وهما اللاجئين السوريين المقيمين في تركيا والنازحين داخلياً في سورية. كشفت النتائج أن الاضطرابات النفسية كانت منتشرة بشكل كبير في كلا المجموعتين. وكان اضطراب الاكتئاب الشديد أكثر شيوعاً بين اللاجئين في تركيا. وكانت الاضطرابات النفسية الأخرى، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة، أكثر انتشاراً بين النازحين داخلياً في سورية. حيث تعد عوامل ما بعد النزوح أقوى تأثيراً على اضطرابات الصحة النفسية المرتبطة بالحرب [21]. وتفيد دراسة 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 والتهجير أثرت بشكل كبير على حالتهم النفسية، حيث يعاني العديد منهم من القلق والاكتئاب الشديد. وتمت الإشارة إلى ضرورة توفير الدعم النفسي والعلاج النفسي للنازحين السوريين المتواجدين في المخيمات [22]. تذكر بعض الدراسات أن الصحة النفسية للنازحين واللاجئين لا تتأثر بالتعرض للعنف والخسارة المرتبطة بالحرب فحسب، بل تتأثر أيضاً بالضغوط المستمرة المرتبطة بتجربة النزوح بحد ذاتها. هذه الضغوطات 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. وأشارت الدراسة أن صدمات 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 [23]. بينت الدراسات 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 زيادة المخاطر الصحية في المخيمات. وعلى الرغم من هذه التحديات، أظهر النازحون القدرة على الصمود وتنفيذ استراتيجيات التكيف المختلفة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع في المخيمات [24]. 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 النازحين، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات المشاكل والاضطرابات الصحية لدى النازحين [23].

المواد والطرائق

تصميم الدراسة

تضمن البحث السكان المقيمين في مخيمات شمال غرب سورية والمتمثلة بمخيم الزيتون الواقع بالقرب من مدينة أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في ضواحي مدينة الباب، وقرية عطاء الواقعة في مدينة أطمه في ادلب. حيث بلغ العدد الاجمالي للسكان في المخيمات التي شملها البحث (10108) نازح تقريباً، وفقاً لبيانات إدارة المخيمات والجهات الإدارية والمجالس المحلية الرسمية. تم إجراء هذا البحث في الفترة من جولاى - أكتوبر للعام 2023.

المشاركون

تم هذا البحث على النازحين في شمال غرب سورية. تمثلت العينة في البالغين من الذكور والإناث، وبلغ حجم العينة 317 نازحاً، تم اختيارهم باستخدام الطريقة العشوائية، والتي تشكل أكثر من 3% من إجمالي المجتمع المستهدف. حيث تم حساب حجم العينة باستخدام معادلة مورغان. ينوه إلى أنه تم استبعاد الاستبيانات غير المكتملة أو التي تفتقد للمصادقية، وبلغ عددها 17 استبياناً. ونتيجة لذلك، يصبح حجم العينة المشمولة في البحث 300 استبيان فقط. قامت الفرق المكونة من موظفي الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، بالعمل مع الباحث جنباً إلى جنب على تطبيق الاستبيانات من خلال إجراء مقابلات شخصية مع السكان المقيمين بالمخيمات المستهدفة. حيث كان جميع الموظفين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الصحة النفسية، 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.

القياس

تم إجراء إثبات صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية. وباستخدام طريقة كرونباخ ألفا الذي كانت قيمته (0.953) تبين أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات [25]. طلب من جميع المشاركين الإجابة على جميع أسئلة مقياس أعراض اعتلال الصحة النفسية المكون من 90 سؤالاً. حيث يعمل الاستبيان على قياس الصحة النفسية العامة للنازحين ويعد أداة أساسية في مجال تقييم الصحة النفسية، قام بوضع المقياس ليونارد وزملاؤه تحت عنوان SCL- 90 R: Symptoms Check List. تم تصنيف أسئلة المقياس إلى تسعة أبعاد مختلفة ومصممة لفهم الجوانب المتعددة للصحة النفسية وتشمل: الأعراض الجسمانية، الحساسية

التفاعلية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، العداوة، الفوبيا، البار انويا، الذهانية [26]. تم تسجيل إجابات الأسئلة وفق مقياس ليكرت الخماسي (1 = لا يحدث أبداً، 2 = يحدث نادراً، 3 = يحدث أحياناً، 4 = يحدث غالباً، 5 = يحدث دائماً).

التحليل الإحصائي

تم تحليل البيانات، باستخدام الإصدار 26 من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) [27]. حيث تم تحليل المتغيرات الأساسية والديموغرافية للبحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. تم عرض المتغيرات الفئوية كأعداد ونسب مئوية للتعرف على الخصائص الأساسية للعينة. تم تحديد توزيع المجموعات بواسطة اختبار كولموجوروف-سميرنوف. تم استخدام مربع كاي سكوير واختبار ت لعينتين مستقلتين واختبار تحليل التباين ANOVA.

النتائج

شملت الدراسة ما مجموعه 300 مشارك. تم عرض الخصائص الأساسية والديموغرافية للمشاركين في الجدول رقم (1) الذي يتضمن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومستوى المعنوية. تم إجراء اختبار T لعينتين مستقلتين وتحليل التباين ANOVA لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين في شمال غرب سورية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.

جدول رقم (1): الخصائص الديموغرافية ونتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية

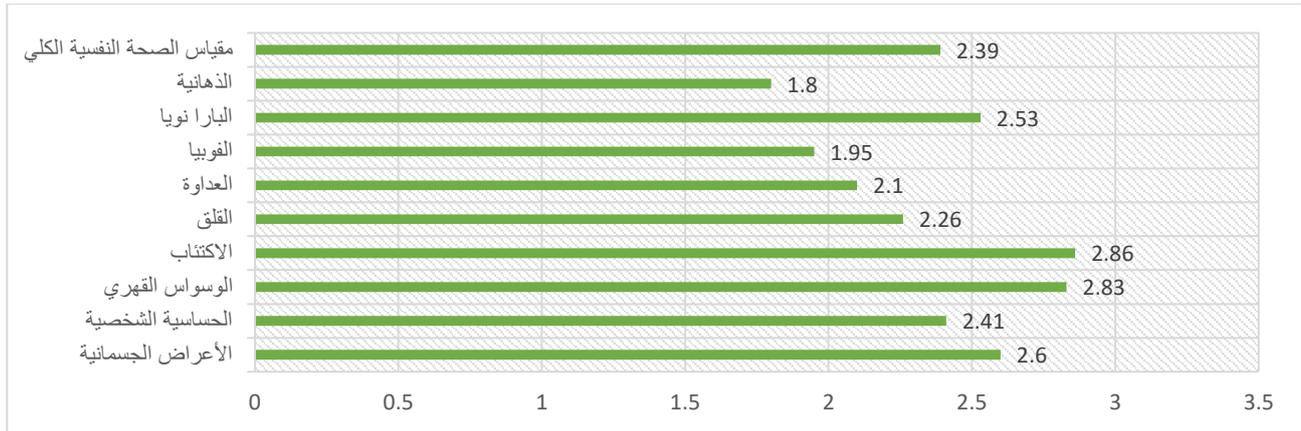
المتغير	العدد	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	p-Value
النوع					0.046
الذكور	140	46.7	2.32	0.600	
الإناث	160	53.3	2.45	0.506	
العمر					0.825
أقل من 18 سنة	28	9.3	2.33	0.411	
من 19 - 30 سنة	87	29	2.36	0.613	
من 31 - 40 سنة	88	29.3	2.39	0.506	
أكبر من 40 سنة	97	32.3	2.43	0.583	
الحالة الاجتماعية					0.378
عازب/ة	44	14.7	2.38	0.566	
متزوج/ة	236	78.7	2.38	0.555	
أرمل/ة	17	5.7	2.62	0.545	
مطلق/ة	3	1	2.30	0.276	
مستوى التعليم					0.008
لا يعرف القراءة والكتابة	82	27.3	2.50	0.567	
ثانوية فما دون	187	62.3	2.34	0.522	
معهد	18	6	2.60	0.696	
جامعة	13	4.3	2.06	0.539	
حالة العمل					0.245
يعمل	64	21.3	2.32	0.502	
لا يعمل	236	78.7	2.41	0.568	
مدة الإقامة في المخيم					0.450
من 1 - 2 سنة	58	19.3	2.47	0.616	
من 3 - 4 سنة	82	27.3	2.37	0.517	
سنوات فأكثر 5	160	53.3	2.37	0.551	

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق، الذي يتيح لنا معرفة متوسط أعراض اعتلال الصحة النفسية ومدى تباينها بين المتغيرات الديموغرافية، إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية ($p\text{-value} \leq 0.05$) في أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين في شمال غرب سورية تعزى لمتغيري النوع ومستوى التعليم. حيث يلاحظ أن متوسط أعراض اعتلال الصحة النفسية للإناث أكبر من متوسط الذكور. وكانت لصالح الذكور الذين أظهروا مستويات منخفضة من أعراض اعتلال الصحة النفسية مقارنة بالإناث أما بالنسبة لمستوى التعليم فقد كان حملة الشهادة الجامعية هم الأقل تعرضاً لأعراض اعتلال الصحة النفسية. وإن سبب الفروق الدالة إحصائياً في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير مستوى التعليم، تعود إلى الفرق بين (معهد - جامعة) وهو الفرق الأعلى. يليه الفرق بين (لا يعرف القراءة والكتابة - جامعة). وأخيراً الفرق بين (لا يعرف القراءة والكتابة - ثانوية فما دون). وبنفس الوقت لم يلاحظ وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً للمتغيرات الأخرى (العمر، الحالة الاجتماعية، حالة العمل، مدة الإقامة في المخيم) في أعراض اعتلال الصحة النفسية ($p\text{-value} > 0.05$). يعرض الجدول رقم (2) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس الصحة النفسية الكلي، وكذلك المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي ومستوى وترتيب أبعاد المقياس.

جدول رقم (2): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس الصحة النفسية

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الترتيب	المستوى
1	الأعراض الجسمانية	2.60	0.836	52	3	متوسط
2	الحساسية الشخصية	2.41	0.780	48.2	5	منخفض
3	الوسواس القهري	2.83	0.785	56.6	2	متوسط
4	الاكتئاب	2.86	0.812	57.2	1	متوسط
5	القلق	2.26	0.836	45.2	6	منخفض
6	العداوة	2.10	0.814	42	7	منخفض
7	الفوبيا	1.95	0.728	39	8	منخفض
8	البارانويا	2.53	0.946	50.6	4	منخفض
9	الذهانية	1.80	0.578	36	9	منخفض
	مقياس الصحة النفسية الكلي	2.39	0.555	47.8		منخفض

يوضح الجدول السابق المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات الأفراد حول أعراض اعتلال الصحة النفسية الكلي. في المرتبة الأولى، يظهر الاكتئاب بمتوسط 2.86 وانحراف معياري 0.812 ونسبة 57.2% عند مستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، يأتي الوسواس القهري بمتوسط 2.83 وانحراف معياري 0.785 ونسبة 56.6% عند مستوى متوسط أيضاً. في المرتبة الثالثة، تظهر الأعراض الجسمانية بمتوسط 2.60 وانحراف معياري 0.836 وبمستوى متوسط. بينما في المرتبة الأخيرة، تأتي الذهانية بمتوسط 1.80 وانحراف معياري 0.578 ونسبة 36% وبمستوى منخفض. ويمكن ملاحظة أن المتوسط الكلي لمقياس الصحة النفسية بلغ 2.39 وانحراف معياري 0.555 ونسبة 47.8%. يشير هذا إلى مستوى منخفض لأعراض اعتلال الصحة النفسية الكلي. الشكل رقم (1) يوضح آراء الاستجابات على مقياس أعراض اعتلال الصحة النفسية وأبعاده.



الشكل رقم (1): تحليل آراء الاستجابات على مقياس الصحة النفسية الكلي وأبعاده

وللتعرف على مستويات أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين السوريين، تم حساب الأعداد والنسب المئوية لكل مستوى، والنتائج مبينة بالجدول رقم (3) التالي.

جدول رقم (3): نتائج مستويات أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين

المستوى	النسبة المئوية	العدد	المتوسط الحسابي	م
منخفض	64.7	194	(2.59 - 1.00) 2.067	أعراض اعتلال الصحة النفسية
متوسط	31	93	(3.39 - 2.60) 2.903	
مرتفع	4.3	13	(5.00 - 3.40) 3.610	
%100		300	مجموع	

أظهرت النتائج المبينة في الجدول أعلاه بأن (4.3%) من النازحين السوريين لديهم مستوى مرتفع من أعراض اعتلال الصحة النفسية، و(31%) لديهم مستوى متوسط، في حين (64.7%) لديهم أعراض اعتلال منخفضة من الصحة النفسية. وللتعرف على مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية لدى النازحين السوريين تبعاً لمتغير النوع، تم حساب الأعداد والنسب المئوية وإجراء اختبار مربع كاي سكوير، المبينة بالجدول رقم (4) التالي.

جدول رقم (4): نتائج مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغير النوع

p-value	قيمة مربع كاي	مجموع	مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية			النوع/المستوى
			مرتفع	متوسط	منخفض	
0.026	7.313	140	8	33	99	العدد
		100	5.7	23.6	70.7	%
		160	5	60	95	العدد
		100	3.1	37.5	59.4	%

وفقاً للجدول السابق الذي يوضح مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية عند مستوى دلالة (0.05) للذكور والإناث، تبين أن أعراض اعتلال الصحة النفسية كانت بمستوى منخفض عند 99 من الذكور بنسبة (70.7%)، و95 من الإناث بنسبة (59.4%). فيما كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمستوى متوسط عند 33 من الذكور بنسبة (23.6%)، و60 من الإناث بنسبة (37.5%)، وكانت عند مستوى مرتفع لدى 8 من الذكور بنسبة (5.7%)، و5 من الإناث بنسبة (3.1%). وقد كانت الفروق بين الذكور والإناث دالة إحصائياً باستخدام اختبار ودلالة مربع كاي سكوير ($X^2 = 7.313, df = 2, p = 0.026$).

المناقشة

ظهرت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمستويات مختلفة بين النازحين في عينة الدراسة وبلغ متوسط الدرجة الكلية لأعراض اعتلال الصحة النفسية في شمال غرب سورية 47.8%. حيث تم ترتيب الأبعاد حسب درجة انتشارها كما يلي: الاكتئاب، والوسواس القهري، والأعراض الجسدية، والبارانويا، والحساسية الشخصية، والقلق، والعداوة، والفوبيا، والذهانية. وكان أكثرها انتشاراً الاكتئاب عند مستوى متوسط، يليه الوسواس القهري، وأقلها انتشاراً الأعراض الذهانية عند مستوى منخفض. هذه النتائج تتوافق مع دراسات كثيرة نذكر منها دراسة Weiss Becker & Leichner، التي بينت أن النازحين الذين يعيشون في المخيمات، والمناطق النائية التي تقتقر 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 انتشاراً بنسبة (11%) [28]. تتطابق أيضاً هذه النتائج مع دراسات Rofo [29]. وكذلك، أشارت دراسات ميلر على انتشار الاكتئاب والاضطرابات النفسية والذهان بين اللاجئين والنازحين السوريين [23]. 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 تقتقر إلى خدمات الصحة النفسية مما يعزز دوران دائرة الوسواس القهري. إن 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. بينت نتائج أعراض اعتلال الصحة النفسية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور. حيث كان متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور. هذا يشير إلى أن الإناث يعانون بشكل أكبر من الضغوطات وأعراض اعتلال الصحة النفسية مقارنة بالذكور. هذا يتطابق 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 مصدراً لظهور الاضطرابات النفسية الذي يؤثر بصورة خاصة على النساء [30]. وتتماشى نتائج البحث مع دراسات كل من Jarallah و Vromans، التي أظهرت أن النساء اللاجئات والنازحات يعانين من اضطرابات وأمراض نفسية أكثر من الرجال [30]، [31]. كذلك بينت دراسات أخرى في الشرق الأوسط أن النساء اللاجئات يعانين من مستويات أعلى من اضطرابات الصحة النفسية مقارنة بالرجال [32]. 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. تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التعليم في أعراض اعتلال الصحة النفسية، فقد كان حملة الشهادة الجامعية هم الأقل تعرضاً لأعراض اعتلال الصحة النفسية مقارنة بمستويات التعليم الأخرى. أظهرت نتائج البحث عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لأعراض اعتلال الصحة النفسية تبعاً لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، وحالة العمل، ومدة الإقامة في المخيم. أظهرت النتائج أن 4.3% من النازحين السوريين لديهم مستوى مرتفع من أعراض اعتلال الصحة النفسية، و 31% لديهم مستوى متوسط، في حين 64.7% لديهم أعراض منخفضة من اعتلال الصحة النفسية. فيما وجد أن أعراض اعتلال الصحة النفسية كانت بمستوى مرتفع عند 5.7% من الذكور، و 3.1% من الإناث، بينما كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية بمستوى متوسط عند 23.6% من الذكور، و 37.5% من الإناث، وكانت بمستوى منخفض عند 70.7% من الذكور، و 59.4% من الإناث. وكانت الفروق بينهما دالة إحصائياً من حيث مستوى أعراض اعتلال الصحة النفسية.

القيود

عدم الحصول على إحصائيات دقيقة عن السكان، بالإضافة إلى صعوبة التنقل في مناطق شمال غرب سورية مع بعض المخاطر الأمنية. ربما يكون المشاركون قد بالغوا في تقدير إجاباتهم أو قللوا من شأنها. كانت هناك صعوبات في قلة تواجد الرجال في منازلهم أثناء تطبيق الاستبيانات.

الاستنتاجات

- كانت أعراض اعتلال الصحة النفسية واضحة بين النازحين في مخيمات النزوح، وكان الاكتئاب هو العرض الأكثر شيوعاً. لذا، ينبغي تعزيز فعاليات وتدخلات الصحة النفسية في المخيمات لمعالجة انتشار الاكتئاب وأعراض اعتلال الصحة النفسية الأخرى.
- شهدت نسبة البطالة ارتفاعاً كبيراً مقارنة بعدد العاملين، مما أثر بشكل كبير على تدني مستوى الصحة النفسية لدى النازحين.
- انخفاض مستوى التعليم ووصول نسبة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة إلى 27.3%، مما يبرز ضرورة اتخاذ إجراءات فعالة لتحسين وضع التعليم في المخيمات، بما في ذلك تعزيز برامج محو الأمية.
- عدم وجود مراكز للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مخيمات النزوح في الشمال السوري. لذا، يوصى بإنشاء مراكز لرعاية الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مخيمات النزوح. تتضمن برامج إرشادية وعلاجية وتدريبية وتوعوية تساهم في حل المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية اليومية للنازحين.
- يكون النازحون عرضة لظروف مأساوية وصدمات كبيرة، ولذلك يمكن أن يكون التركيز على أساليب التغلب على الضغوطات النفسية ذا تأثير إيجابي على مستوى الاستجابة النفسية.
- إجراء مزيد من الدراسات والبحوث التي تشمل أنواعاً أخرى من الاضطرابات النفسية التي قد يواجهها النازحون، مع مراعاة التطورات والتغيرات الجديدة.

مصادر التمويل

تم تلقي مختلف أشكال الدعم من منظمة عطاء للإغاثة الإنسانية (تركيا)، وفريق تراحم التطوعي (الكويت)، والهيئة الخيرية الإسلامية العالمية (الكويت).

شكر وتقدير

نشكر فريق تراحم التطوعي والهيئة الخيرية الإسلامية العالمية التي قدمت الدعم لهذا البحث العلمي. ونقدر الجهود والمتابعة المستمرة من قبل جمعية عطاء للإغاثة الإنسانية، وكذلك جهود مركز اشراق للصحة النفسية في مدينة أرفا، وفرق جمعية عطاء المتواجدة في الشمال السوري لقيامهم في تطبيق الاستبيانات بالتعاون مع الباحث.

- [1] 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.
- [2] Erum, "SYRIAN CIVIL WAR: A HUMANITARIAN CRISIS," *Pakistan Journal of International Affairs*, vol. 3, no. 1, 2021, doi: 10.52337/pjia.v3i1.74.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [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] 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.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 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>
- [14] IDMC, "IDMC | GRID 2022 | 2022 Global Report on Internal Displacement."
- [15] 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/fpsy.2018.00433.
- [16] 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.
- [17] 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>
- [18] 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>.
- [19] 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.

- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] 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>
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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>.
- [27] I. SPSS, "IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0.(Version 26)." IBM Corp, 2019.
- [28] I. Weissbecker and A. Leichner, "Addressing mental health needs among Syrian refugees," *Washington, DC: Middle East Inst*, 2014.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [32] 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.