

Level of Mental Health among Syrian Refugees in Jordan

Fawwaz Ayoub Momani, Fatima Ahmed Ali Oudat

Department of Psychological Counseling, Yarmouk University, Jordan.

Received: 9/5/2018
Revised: 15/11/2018
Accepted: 20/10/2019
Published: 1/9/2020

Citation: Momani, F. A. (2020). Level of Mental Health among Syrian Refugees in Jordan. *Dirasat: Educational Sciences*, 47(3), 265–284. Retrieved from <https://dsr.ju.edu.jo/djournals/index.php/Edu/article/view/2408>



© 2020 DSR Publishers/ The University of Jordan.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Abstract

The current study aims to reveal the level of mental health among Syrian refugees in Jordan. To achieve the study objectives, the researchers used the mental health scale after its arabization (Mental Health Inventory-18 (MHI-18)). The study sample consisted of (1095) male and female refugees were chosen based on the convenient sample, and a descriptive methodology was followed. The results showed the level of mental health among subscales were moderate. The study results indicated that there were statistically significant differences on mental health on some subscales attributed to variables (gender, number of years of residence in Jordan, place of residence, age, and marital status), and there were no statistically significant differences attributed to educational level. The study recommends enhancing the level of support and psychological services presented to Syrian refugees in hosting communities to insure achieving the highest possible level of mental health and wellbeing; with a priority in targeting female refugees.

Keywords: Mental health, Syrian refugees.

مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن

فواز أيوب المومني، فاطمة أحمد علي عودات
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، جامعة اليرموك، الأردن

ملخص

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، في ضوء المتغيرات الآتية: (الجنس، العمر، عدد سنوات الإقامة في الأردن، مكان السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية). المنهجية والأساليب: لتحقيق أهداف الدراسة، استخدم مقياس الصحة النفسية- (Mental Health Inventory-18 (MHI-18) بعد تعريبه، باتباع المنهج الوصفي. تكونت عينة الدراسة من (1095) لاجئاً ولجئة، تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة .

النتائج: أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية على أبعاد المقياس جاء متوسطاً. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعض أبعاد مقياس الصحة النفسية تعزى إلى المتغيرات (الجنس، عدد سنوات الإقامة في الأردن، مكان السكن، العمر، الحالة الاجتماعية) في حين لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس الصحة النفسية تعزى إلى المستوى التعليمي .

الخلاصة: أوصت الدراسة الارتقاء بمستوى الخدمات والدعم النفسي المقدم للاجئين السوريين في المجتمعات المضيفة لهم وذلك لضمان تحقيق أعلى مستوى من السلامة والصحة النفسية، مع أولوية استهداف الإناث اللاجئين. الكلمات الدالة: الصحة النفسية، اللاجئين السوريين .

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدمة

شهدت المنطقة العربية في العقد الثاني من هذا القرن تحركات سياسية عميقة، تمثلت في عدة ثورات، فيما اصطلح عليها بالربيع العربي، وانتهت بعض هذه الثورات بطريقة سلمية، في حين شهدت ثورات أخرى أحداثاً دموية نتج عنها كثير من حركات اللجوء والزوح، كالثورة السورية، وكون الأردن إحدى الدول المجاورة لسوريا، فلقد شهدت تدفقاً لأعداد كبيرة جداً من اللاجئين السوريين الذين هربوا من القتل والتعذيب الذي تعرضوا له أو شاهدوه.

واستقبل الأردن مئات الآلاف من اللاجئين السوريين، وأقام لهم العديد من مخيمات الإيواء، وأكبرها مخيم الزعتري في شمال الأردن، وقد أشارت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين إلى أن عدد اللاجئين السوريين في الأردن وصل في نهاية شهر آب 2018 إلى 658,901 لاجئ ولاجئة، وبلغ عدد المقيمين منهم في المخيمات (140,367) لاجئاً ولاجئة، أي ما نسبته (21.3%)، وبلغ عدد المقيمين منهم في المدن والقرى الأردنية (518,534) لاجئاً ولاجئة، أي ما نسبته (78.7%) (The United Nation High Commissioner of Refugees, 2017: UNHCR).

وقدمت دائرة الإحصاءات العامة الأردنية في شباط (2016)، تقريراً ظهر من خلاله أعداد سكان المملكة من الأردنيين وغير الأردنيين، أن هناك (30%) من غير الأردنيين يقيمون على أرض المملكة، نصفهم من السوريين الذين بلغ عددهم (1.3) مليون وثلاثمائة ألف لاجئ سوري، وتظهر الإحصاءات أن أغلب السوريين هم من الأطفال؛ حيث يشكل الأطفال ما نسبته (53%) وشكلت النساء (23.5%) من إجمالي اللاجئين في الأردن (DOS, 2016).

ويؤدي اللجوء إلى إصابة الفرد بالضغط النفسي، والاضطرابات النفسية المختلفة؛ حيث تُعدّ مرحلة اللجوء بيئة خصبة لظهور مثل هذه الضغوط؛ حيث يعاني اللاجئ من عدة مشكلات جسدية واجتماعية ونفسية مرتبطة بسوء التغذية، وتطور الأمراض، والإصابات الجسدية، والاستغلال الجسدي التي تؤثر على النمو النفسي والاجتماعي، مما يؤدي إلى إمكانية ظهور بعض الضغوط النفسية التي تؤثر في حياة اللاجئ على نحو عام (Neugebaue, 2013).

الصحة النفسية

تُعدّ الصحة النفسية عنصراً مهماً في حياة الأفراد، فتحقيقها يساعد الفرد على مواجهة مشاق وصعوبات الحياة وفي الوصول للعيش الكريم والحياة الهانئة السعيدة، ويسهم في تحقيق أهداف الحياة وغاياتها، ولأهمية الصحة النفسية فقد بذلت كثير من الدول المتقدمة الجهد والمال بهدف الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية لأفرادها؛ لإيمانها بدور الصحة النفسية في توفير أكبر فرص لأفراد المجتمع لتحقيق الإنجاز والتقدم، وقد ركزت الدول المتقدمة في السنوات الأخيرة على دعم مشروعات الصحة النفسية في الدول التي تعاني من الحروب والاضطرابات وتخصيص مبالغ هائلة من الأموال مستهدفة المرأة والطفل والشباب (Abdallah, 2007).

ويعد علم الصحة النفسية (Mental Health) من العلوم الحديثة من حيث المنهج، إلا أنه يعدّ قديماً قدم الإنسانية من حيث ما يتناوله من موضوعات. وقد زخر الأدب التربوي بالعديد من التعريفات للصحة النفسية، فيُعرف علم الصحة النفسية أنه: الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، وما يؤدي إليها وما يحققها، ودراسة أسباب ما قد يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها (Anani, 2005).

ويذكر فهمي المشار إليه في كتلو والعرجا (Kilto & Arja, 2016) أن هناك مفهومين للصحة النفسية؛ حيث يشير المفهوم الأول إلى أن الصحة النفسية هي الخلو من أعراض المرض العقلي أو النفسي، ويلقى هذا القول قبولاً في ميادين الطب العقلي، في حين أن المفهوم الثاني للصحة النفسية يأخذ طريقاً إيجابياً واسعاً؛ حيث يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه، ومع المجتمع الذي يعيش فيه.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية أنها: خلو الفرد من المرض العقلي والنفسي، والتكامل والتناسق بين الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية في الفرد (Dahiri, 2005). ويعرفها عوض (Awad, 2000) أنها: حالة التكيف والتوافق والانتصار على الظروف والمواقف التي يعيش فيها الفرد بصورة حقيقية مع نفسه، وبيئته، والعالم من حوله.

ويعرف القريطي (Qrati, 1998:28-29) الصحة النفسية أنها: "حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفعالية الاجتماعية".

أما كفاقي (Kafafi, 2012) فيعرفها أنها "حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويتقبل المجتمع؛ حيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية". وعرف ريبير (Reber, 1985) الصحة النفسية أنها: أعلى مستوى من التكيف

السلوكي والانفعالي، وليس مجرد غياب المرض أو الاضطراب.

واختلفت النظريات المفسرة لمفهوم الصحة النفسية حسب توجهات وأراء أصحاب مدارس علم النفس، ووفقاً لرأي فرويد فإن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو القادر على الحب والعمل، ولقد ركز فرويد في نظريته على الصراعات التي تقف عائقاً في تحقيق الصحة النفسية، ولكنه لم يكشف بدرجة كافية عن الطريقة التي يتبعها الفرد في تنمية صحته النفسية، وتبعاً لرأي فرويد، تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على تحقيق التوازن بين مكونات الشخصية المختلفة ومطالب الواقع، وأن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية، وذلك لأنه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الأنا (Dahiri, 2005; Anani, 2005).

ويرى أدلر (Adler) أن الإنسان كائن اجتماعي، ولديه ميل اجتماعي يساعده في التغلب على مشاعر النقص؛ حيث تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية دوراً في تنمية شخصيته، وتجاوز مشاعر النقص، وتحقيق صحته النفسية، بالإضافة إلى وجود هدف معين ومدرك يساعده في تكوين شخصية قوية، وقادرة على مواجهة متطلبات الحياة (Ismaeel, 2001).

ويتحدد مفهوم الصحة النفسية لدى أصحاب المدرسة السلوكية باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة؛ أي استجابات بعيدة عن القلق والتوتر، وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية في القدرة على اكتساب عادات توافق مع البيئة التي يعيش فيها الفرد، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية هو محك اجتماعي، فالسلوكية تعدّ البيئة المنزلة الأولى من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية (Anani, 2005).

أما مفهوم الصحة النفسية من منظور معرفي، فإنه يعتمد على قدرة الفرد على تفسير وتقييم المواقف والأحداث البيئية المحيطة على نحو مناسب، وأن زيادة الشعور بالفاعلية الذاتية يساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسمية عند الفرد، إن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة، هو الذي يفسر الخبرات المهددة له بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل، ومن استخدام المهارات المناسبة في حل المشكلات، واستخدام أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية، بينما الفرد الذي لا يتمتع بصحة نفسية جيدة هو الذي يفقد الأمل، ويشعر بالعجز، ولا يتمكن من الاستجابة بثقة واقتدار لمتطلبات البيئة، كما يعجز عن استخدام الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية (Radwan, 2007).

ويرى ماسلو (Maslow) أحد الرواد الأساسيين في النظرية الإنسانية، أن الصحة النفسية للفرد تتحقق إذا حقق الحاجات الواردة في هرمه المعروف، وأن الصحة النفسية لا تتحقق بصورة كاملة، ما لم تتوفر للفرد شروط تسمح للطبيعة الإنسانية أن تأخذ مداها، وأما روجرز (Rogers) فإنه يرى بأن للفرد قدرة على إدراك ذاته، وأن الطرق التي يتكيف فيها الفرد مع البيئة المنسجمة مع أفعاله وذاته فإنها تعكس إدراكه لذاته، فإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كانت الصحة النفسية لديه إيجابية (Abdallah, 2007).

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول إن الصحة النفسية تكيف مستمر ومتصل وليست حالة ثابتة، وهو هدف دائم وضروري في نمو الشخصية السوية، وأنها حالة إيجابية تشمل كافة المكونات المعرفية، والسلوكية، والانفعالية، والاجتماعية، المتكاملة والنامية في عملية التكيف الهادفة إلى إيصال الفرد إلى أعلى المراتب في تحقيق ذاته، وتوصف الصحة النفسية أنها ليست حالة ثابتة، بل حالة ديناميكية نشطة ونسبية تختلف من فرد إلى آخر، ومن وقت إلى آخر لدى الفرد الواحد؛ أي أنها تختلف بين الأفراد ولدى الفرد الواحد، من وقت لآخر، ومن مجتمع لآخر، وفي مجتمع نفسه في فترة زمنية إلى فترة زمنية أخرى. فلا يوجد فرد كامل في صحته النفسية (Obid, 2008).

وتتضح أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع من خلال ما أشار إليه جبل (Jabal, 2000) أنها تساعد الفرد في حل المشكلات التي تواجهه في الحياة ليعيش حياة اجتماعية سليمة، ومن ثمّ تساعده على التركيز، والاتزان الانفعالي، وتبعث في نفسه الأمان، والطمأنينة، والهدوء، وتساعد الفرد على تدعيم صحته البدنية لتحقيق إنتاجيته، وزيادة كفايته في حياته المهنية، وتتضح أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع في أنها تساهم في تكوين العلاقات الاجتماعية الناجحة، وتقليل الأفراد المنحرفين، والجانحين، والخارجين على قيم المجتمع، ومواجهة الظواهر المرضية، والسلوكية في المجتمع.

ويرى الباحثان أن المجتمع الذي يعيش فيه الفرد يؤثر في الصحة النفسية للأفراد والجماعات، وتتحقق الصحة النفسية عن طريق تهيئة بيئة اجتماعية آمنة، تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة، والاهتمام بالفرد والجماعة، وتدعيم المؤسسات التي تربي الأطفال والشباب والكبار.

وتبدو الصحة النفسية في عدة مظاهر يصنفها كفافي (Kafafi, 2012) إلى أربع مجموعات، وهي على النحو الآتي:

أولاً: الشعور بالارتياح مع الذات (التكيف النفسي): ويتمثل في قدرة الفرد على التوافق بين دوافعه المتعارضة، ورغباته المختلفة، بما في ذلك اتزان الفرد مع نفسه، ومن ثمّ انسجامه مع ظروف بيئته المادية والاجتماعية عمومًا بما فيها من أفراد آخرين، وعلاقات، ومجالات، وأحداث ومشكلات، وتتضمن أيضًا قدرة الفرد على التكيف مع الواقع، ومواجهة الأزمات، ومواجهة الفشل بهدف الوصول للأهداف، والنظرة الواقعية إلى الذات من حيث القدرات والإمكانات، وتقبل النقد والتقييم، والثقة بالنفس، واحترام وتقدير الذات، والشعور بالمتعة على نحو عام في جوانب الحياة المختلفة، والشعور بأهمية وجوده، والقدرة على ضبط الذات من حيث الأفكار، والانفعالات، والتصرفات. وتجنب الإفراط في التعبير عن

مشاعر الخوف، والغضب، والحب، والحزن، وتحقيق التوازن بين جميع جوانب الشخصية. ثانيًا: الشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي): ويتمثل هذا الجانب من جوانب الصحة النفسية في مقدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة تتسم بالتعاون، والتسامح، والإيثار، والقدرة على التعايش مع معايير وقيم الجماعة، والقدرة على تقبل الآخرين، واحترامهم، وتقبل الاختلاف معهم، والشعور المتبادل مع الآخرين بالثقة، والحب، والانتماء، والشعور بالمسؤولية تجاه أفراد المجتمع. ثالثًا: القدرة على مواجهة مطالب الحياة (حل المشكلات): تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بالنظرة الواقعية، والموضوعية إلى متطلبات الحياة ومواجهة هذه المتطلبات، والقدرة على حل المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها، والالتزام بالمسؤوليات والواجبات، والسعي على نحو فاعل ومستمر إلى إحداث تغيير في البيئة التي يعيش فيها، والتخطيط للمستقبل، وتحقيق الاستقلالية، والإيجابية، وتجنب الاتكالية والسلبية. رابعًا: السلامة النفسية (الخلو من المرض): يركز هذا الجانب على خلو الفرد من أعراض المرض النفسي أو العقلي، كاضطرابات القلق والاكتئاب، والوساوس القهرية، والمخاوف المرضية، والعديد من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على نحو سلبي على فعاليته، وتمنعه من القيام بأدواره في الحياة.

يشكل التهجير القسري والمفاجئ للفرد من مكان يمثل له حياته وذكرياته، صدمة عنيفة وخبرة مؤلمة تترك توازنه النفسي والاجتماعي، وقد تؤدي به إلى حالة من الإحباط أو القلق أو الانطواء، وإذا ما توفرت له الحاجات المعيشية الأساسية، فيجب ألا يُهمل الجانب النفسي؛ لأن تبعات اللجوء قد تكون خطيرة على المدى البعيد (Ibour & Sammour, 2016). أن موجات النزوح الكبيرة والمفاجئة التي تتم في فترة زمنية قصيرة تشكل ضغطاً كبيراً على اللاجئين والمجتمعات المضيفة والمنظمات العاملة في مجالات الصحة النفسية (De Vito, De Waure, Specchia, & Ricciardi, 2015).

وفي الحالات التي يصبح المدنيون فيها هدفاً للعنف السياسي والعمليات الحربية الممنهجة، يجد كثير منهم ممن بقي على قيد الحياة مرغمين على ترك بلدتهم الأصلي والزوج إلى بلد آخر؛ هرباً من العنف والقتل، وطلباً للأمن، مما يؤثر سلباً في على صحتهم النفسية، فاللاجئون يعانون ضغطاً نفسياً وتوترًا جراء تهديد حياتهم خلال فترة ما قبل اللجوء، وفي أثناء اللجوء المحفوفة بالمخاطر الجمة، ويعانون أيضاً بعد اللجوء من تراكم مستمر للضغوط النفسية إضافة إلى ضغوط التكيف مع البلد الجديد ومتطلبات الحياة اليومية (Schmidt, Kravic & Ehlert, 2008). ومن عوامل الخطورة المتعلقة بالصحة النفسية لدى اللاجئين قد تكون مرتبطة في الخبرات التي يعاني منها اللاجئ قبل اللجوء، وفي أثناء اللجوء، وبعد اللجوء في الدول المضيفة للاجئين (Priebe, Giacco, & El-Nagib, 2016). إن الخبرة الاضطهادية التي تعود لأسباب سياسية، أو عرقية، أو دينية، أو أجنبية، قد تحمل في طياتها أهوال التعذيب، والتنكيل، والاعتقال، وقد تصل إلى حد التصفية الجسدية لأفراد أسرته وأمام عينيه، إضافة إلى انتهاكات حقوق الإنسان (McCull, & Johnson, 2006). وقد يتراوح التعرض للصراعات من مشاهدته الدمار، والموت في المناطق القريبة، وعدد من التجارب المؤلمة، بما في ذلك التعذيب والمشاركة في الأعمال القتالية المباشرة (Lindencrona, Ekblad, & Hauff, 2008). بالإضافة إلى ذلك معاناة اللاجئ من أوضاع اقتصادية صعبة تتضمن عدم توفر الحاجات الأساسية مثل الطعام، والشراب، والمأوى، والحاجات الأساسية (Priebe, et.al, 2013).

وتترافق عملية هروب اللاجئ من وطنه عدة مخاطر تفوق قدراته على التحمل، مثل: اجتياز الحدود الدولية وعبوره عدة مناطق قد تكون مزروعة بالألغام الأرضية، وقد يضطر اللاجئ وأسرته عبور البحر عبر قوارب غير آمنة، وفي حالات كثيرة يتعرض اللاجئ إلى العنف الجسدي والجنسي، والاستغلال من قبل المهربين (Mohamud, 2010). وكذلك فإن اللجوء يكون سبباً في انفصال اللاجئ عن أسرته، وفقدان الدعم الاجتماعي من الشبكة الاجتماعية غير الرسمية (Morgan, 2008)، وهذا يشكل تحدياً نفسياً وعاطفياً للأطفال اللاجئين والمراهقين، ويعد سبباً في تدهور استقراره النفسي (Hebebrand, et.al, 2016).

أما عوامل الخطورة التي تؤثر في الصحة النفسية للاجئين والناجمة ظروف التوطين الدائم أو المؤقت Post migration Risk Factors فإنها من الأسباب الرئيسة لانتشار الاضطرابات النفسية بين اللاجئين. إن الانتظار لمدة زمنية غير معروفة للحصول على إقامة مشروعة أو الحصول على الوثائق في البلد المضيف تؤرق اللاجئ على نحو كبير؛ إذ تبين المكوث في بلد اللجوء لفترات طويلة قد يعرض اللاجئ لاضطرابات نفسية متعددة، مثل: أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، مقارنة باللاجئين الذين وصلوا حديثاً للدولة المستضيفة (Heeren, et.al, 2014).

وكذلك فإن احتجاز اللاجئ لفترات طويلة في المخيمات أو الأماكن التي تقيد من حرية الحركة والتنقل تؤثر في الصحة النفسية تؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، والانتحار (Procter, Williamson, Gordon, & McDonoughs, 2015). وتعد قضايا الاندماج الاجتماعي Social Integration من العوامل التي تؤثر في الصحة النفسية لدى كثير من اللاجئين؛ حيث يعاني اللاجئون في مناطق مختلفة من الدولة المضيفة لهم من العزلة الاجتماعية، وعدم تقبلهم من المجتمع المضيف، وبسبب الاختلاف في خصائصهم الاجتماعية والديموغرافية، واختلاف اللغة، والعادات والتقاليد، والمعتقد الديني، إضافة إلى ارتفاع نسب البطالة بين اللاجئين. إن جميع العوامل لها تأثير طويل الأمد على الصحة النفسية للاجئين. لقد تبين أن الإقامة في بلد لأكثر من خمس سنوات في ظل ظروف اقتصادية قاسية، قد ارتبط بدرجة عالية من احتمالية التعرض للاكتئاب (Steel, et.al, 2009). كما تبين أن البطالة تعد من عوامل الخطورة التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية (Crumlish, & O'Rourke, 2010)، وتشكل أيضاً عائقاً

كاملاً للاندماج في البيئة الجديدة (Ryan, Benson, & Dooly, 2008)

وتعد خبرة اللجوء من أهم مصادر تطور الضغوط والاضطرابات النفسية؛ كالقلق والاكتئاب والرهاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder PTSD؛ حيث إن اللاجئ ينتقل من مرحلة إلى مرحلة جديدة تتصف بعدة متغيرات بيئية واجتماعية، ونفسية غير مألوفة له، مما يؤدي إلى تطوير أعراض نفسية وجسدية سلبية تؤثر على مسار حياته في بلد اللجوء، كما يتعرض اللاجئون لظروف معيشية صعبة، وقد يفتقر كثير منهم إلى القدرات المعرفية التي تمكنهم من استيعاب ما يتعرضون له من أخطار وخبرات مؤلمة مما يجعلهم فريسة سهلة للاضطرابات النفسية (Bently, Thobun, Stewart & Boynton, 2012).

ويواجه اللاجئون في أثناء هجرتهم القسرية بعض الأحداث المؤلمة، والعنف، والخوف من المستقبل، وغالبًا ما يعيشون ظروف حياتية قاسية في بلد اللجوء، وأن عملية إعادة التوطين في بلد جديد تعرضهم إلى ضغوطات نفسية متعلقة بالتكيف والصحة النفسية، ونتيجة لتراكم هذه الضغوط لديهم يزداد خطر تعرضهم للاضطرابات النفسية المتعددة، وخاصة الاكتئاب، واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (Hijazi, Lumley, Ziadani,) (Haddad, Rapport & Arnetz, 2014).

وتؤكد المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) أن أهم المشكلات التي يواجهها اللاجئون هي تلك المرتبطة بالتكيف مع الحياة الجديدة في المجتمع الذي لجأوا إليه، وخاصة المشكلات ذات العلاقة بالتكيف مع اللغة الجديدة، والتكيف النفسي، والاجتماعي مع باقي أفراد المجتمع. وأن الخبرات التي يعيشها اللاجئون من فقدان أحد أفراد الأسرة، وفقدان الأقارب، ومشاهدة القتل، والتعذيب، كل ذلك يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية وتطورها، التي تؤثر على الصحة النفسية للأفراد (Rousseau, 1995).

ويتعرض اللاجئون في مناطق مختلفة من العالم إلى انتهاكات جسيمة في حقوق الإنسان قد تكون على الصعيد الفردي، مثل: القتل، والتعذيب، والاعتصاب، والاختفاء القسري، وقد تكون على نطاق أوسع، تشمل التطهير العرقي، والإبادة الجماعية، وحرق القرى، وتدمير الممتلكات؛ مما يكون سببًا في تعرض اللاجئ إلى صدمات نفسية متعددة Multiple Traumas يصعب التعامل معها. وهذا ما يؤكد العاملون مع اللاجئين في المجال الصحي بضرورة توفير خدمات الصحة النفسية للاجئين (Sabin, Cardozo, Nackerud, Kaiser, & Varese, 2003)

ويواجه كثير من النازحين الذين يعيشون في المخيمات، والمناطق النائية التي تفتقر إلى أبسط الحاجات الأساسية من مسكن، وغذاء، وتعليم، وخدمات صحية، إلى العديد من الضغوط النفسية الحادة؛ حيث إن نسبة الذين يعانون من اضطرابات شديدة العاطفة (54%)، بما في ذلك القلق، والاكتئاب وهي الأكثر شيوعًا، والاضطرابات الذهانية بنسبة (11%) (Weissbecker & Lechner, 2015). وتحديداً فإن العيش طويل الأمد الذي يمتد لعشرات السنين في مخيمات اللجوء في الدول النامية قد يؤدي إلى ضغوط صدمية Traumatic Stressors، ويرتبط بمعدلات عالية من الاضطرابات النفسية نتيجة لطبيعة الحياة داخل المخيم، وما يرافقها من ضغوط اقتصادية، وتردي في الخدمات الصحية والإنسانية (De Jong, et al, 2001).

وأن اللاجئين الذين يقيمون في المخيمات لسنوات طويلة هم أكثر عرضة للتعرض للاضطرابات النفسية الحادة، نتيجة الظروف القاسية التي يعيشونها، وانعدام الأمن والتعرض للعنف، فضلاً عن محدودية فرص الحصول على التعليم، وسوء التغذية، وعدم توافر فرص العمل للأباء، والافتقار إلى الخدمات الصحية والنفسية في مثل هذه الظروف التي يعيشونها داخل المخيمات (Fazel & Tyrer, 2014).

ومن خلال إحدى الدراسات تبين أن نسبة انتشار القلق والاكتئاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاضطرابات النفسجسمية لدى عينة من اللاجئين في السويد قد تراوحت ما بين (62-92%)، مما يعني أن هناك تأثيراً سلبياً للجوء في الصحة النفسية لدى اللاجئين (Kromproe, Jordans,) (Sharma & Jong, 2007).

وللوقوف على الصحة النفسية ونسب انتشار الاضطرابات النفسية بين اللاجئين أجرى بوجك ونجكو وبريي (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015) دراسة ما ورائية شملت 29 دراسة سابقة تتعلق بالصحة النفسية للاجئين الذين مضى على إقامتهم خمس سنوات في البد المضيف؛ حيث أظهرت نتائجها أن نسبة انتشار الاكتئاب قد تراوحت (2.3-80%)، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (4.4-86%)، واضطرابات القلق غير المحددة (20.3-88%). وبينت النتائج أن اللاجئين من يوغسلافيا السابقة وكمبوديا لديهم مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية، كذلك الحال كان مرتفعاً بين اللاجئين المقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد أجريت عدة دراسات سابقة تناولت الصحة النفسية لدى اللاجئين في مناطق مختلفة من العالم؛ حيث أجرى كل من حكمت، محمد، جولي، طالب، حسام، عدنان (Hikmet, Mohamed, Julie, Talib, Husam & Adnan, 2007) دراسة هدفت إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين العراقيين في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عيّنتها من (116) لاجئاً ولاجئةً (46 ذكراً، 70 أنثى). أظهرت نتائجها أن (54.3%) من الذكور، و(11.4%) من النساء يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وأن (4.3%) من الذكور و(34.3%) من النساء يعانون من الاكتئاب، وظهرت أعراض القلق لدى (80%) من أفراد العينة دون أن يكون هناك فروق بين الذكور والإناث في نسبة ظهور أعراض القلق.

وهدف دراسة سامان وسوما وماريو (Saman, Soma & Mario, 2011) إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين العراقيين والأفغان

والإيرانيين في كندا، وتكوّنت عيّنتها من (68) لاجئاً ولاجئة. أظهرت نتائجها أنّ ما نسبته (22.2%) من الإناث و(21.8%) من الذكور كانوا يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، وأنّ ما نسبته (16.7%) من الإناث و(21.9%) من الذكور كانوا يعانون من الاكتئاب. وأظهرت نتائجها أيضاً أنّ غير المتزوجين يعانون من الاضطرابات النفسية على نحو أكبر من المتزوجين.

وأجرى بوجيك وآخرون (Bogic, et al, 2012) دراسة هدفت إلى تقصي مستوى ارتباط الخصائص الاجتماعية والتجارب الحياتية الضاغطة لمرحلة اللجوء وما بعد اللجوء، وإلى تعرّف مستويات انتشار الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين، وتكونت عيّنتها من (854) لاجئاً يوغسلافياً، ومن الدول الأخرى (255) في ألمانيا و297 في إيطاليا و302 من المملكة المتحدة). ولتحقيق أهداف الدراسة، تم إجراء المقابلات مع أفراد العينة. أظهرت نتائجها وجود ارتباط موجّب ذي دلالة إحصائية بين المستوى المتدني من التعليم وتجارب التعرض السابق للصدمة السابقة من جانب ارتفاع نسب الإصابة بالاضطرابات النفسية من جانب آخر، ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين نسب الاضطرابات النفسية التي يعاني منها اللاجئون في الدول الأخرى التي شملتها الدراسة.

وأجرى ماريان وميليندا وديموت وهير (Marianne, Melinda, Demott & Heir, 2014) دراسة في النزوح هدفت إلى بحث مدى انتشار الاضطرابات النفسية التي يعاني منها اللاجئون عند وصولهم إلى الدول المضيفة، وتكونت عيّنتها من (160) من الذكور (من أفغانستان وإيران والصومال). ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مجموعة من الأسئلة التي أعدها الباحثون بهدف جمع المعلومات، وتم إجراء مقابلات مع اللاجئين خلال الشهور الأربعة الأولى من وصولهم إلى النزوح. أظهرت نتائجها وجود الاضطرابات النفسية بنسب مرتفعة لدى أفراد العينة، كما أظهرت النتائج وجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بنسبة (30.6%)، والاكتئاب بنسبة (9.4%)، ورهاب الخلاء بنسبة (4.4%)، واضطراب الوسواس القهري بنسبة (3.8%)، واضطرابات الهلع بنسبة (0.6%)، واضطرابات الرهاب الأخرى بنسبة (3.1%).

وأجرى جبار وذاظا (Jabbar & Zaza, 2014) دراسة في الأردن هدفت إلى تعرّف أثر الأزمة السورية في الصحة النفسية لدى الأطفال في مخيم الزعتري، وتكونت عيّنتها من (216) طفلاً من الأطفال اللاجئين الذين جرى اختيارهم عشوائياً من مخيم الزعتري، والرمثا، وعمان. أظهرت نتائجها أنّ مستوى انتشار القلق والاكتئاب، والأعراض النفسجسدية لدى الأطفال اللاجئين السوريين جاء متوسطاً، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى أماكن اللجوء بمستويات انتشار القلق والاكتئاب، لصالح الأطفال اللاجئين في مخيم الزعتري، مقارنة مع الأطفال اللاجئين في الرمثا وعمان.

وأجرى الأسمر (Aasmer, 2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس الأعراض النفسية المرضية، وتكونت عيّنتها من (543) طالباً وطالبة. أظهرت نتائجها أنّ مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى أفراد الدراسة جاء بدرجة متوسطة؛ حيث جاء في المرتبة الأولى القلق بمستوى مرتفع، وفي المرتبة الأخيرة أعراض التجسد بمستوى منخفض، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض النفسية المرضية تبعاً لمتغيرات مدة الإقامة، والصف، وفقدان أحد أفراد الأسرة.

وهدف دراسة الجبور وسمور (Jbour & Sammour, 2016) إلى الكشف عن نسبة انتشار الاكتئاب لدى اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري، واختبار الفروق بين متوسطات الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات، والتحقّق من فاعلية برنامجي إرشاد في خفض مستوى الاكتئاب لديهم، وتكونت عيّنتها من (600) لاجئ اختيروا بطريقة عشوائية. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب عليهم. أظهرت نتائجها إلى أنّ نسبة انتشار الاكتئاب الشديد بين أفراد العينة بلغت (30.7%)، ونسبة انتشار الاكتئاب المتوسط بلغت (34.5%)، أي أنّ ما نسبته (65.2%) من أفراد العينة يعانون من مستويين متقدّمين من الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أنّ الذكور أقل اكتئاباً من الإناث، وكبار السن أقل اكتئاباً من غيرهم، ولم تظهر فروق دالة إحصائية في الاكتئاب تعزى إلى الحالة الاجتماعية.

وأجرى المومني والفريجات (Momani & Frehat, 2016) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، والكشف عن العوامل المتنبئة بالاضطرابات السيكوسوماتية لديهم. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، وتكونت عيّنتها من (600) لاجئ ولاجئة. أظهرت النتائج أنّ مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية جاء بدرجة متوسطة، وأن المتغيرات المتنبئة بدلالة إحصائية بالاضطرابات السيكوسوماتية هي: (الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والقاطنين بالمخيم).

كما أجرى المومني وفريجات (Momani & Frehat, 2018) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية والعوامل المتنبئة في الضغوط النفسية لدى اللاجئين السوريين، وتكونت عيّنتها من (600) لاجئ ولاجئة (292 ذكر، 308 أنثى)، تراوحت أعمارهم من (16-87 سنة)، اختيروا بالطريقة المتيسرة. أظهرت نتائجها أنّ مستوى الضغط النفسي على المقياس الكلي جاء متوسطاً. كما بينت النتائج أنّ المتغيرات المتنبئة بدلالة إحصائية بالضغوط النفسية لدى اللاجئين هي: (الجنس، مدة الإقامة، المؤهل العلمي، العزلة، القاطنين بالمدينة)، بينما لم تكن المتغيرات

الآتية: (العمر، التعرّض لصدمة سابقة، اتجاهات الأردنيين السلبية، العودة القسرية، الحالة الاجتماعية، القاطنين بالقرية والمخيم) متنبئة بدلالة إحصائية للضغوط النفسية.

وهدفت دراسة جيت (Jet, 2016) إلى تعرّف مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئات السوريات القاصرات المتزوجات في الأردن. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم تطوير مقياس الصحة النفسية، وتكونت عينتها من (301) لاجئة قاصرة متزوجة. أظهرت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئات السوريات القاصرات المتزوجات في الأردن كان متوسطاً، كما جاءت جميع مجالات الصحة النفسية متوسطة على النحو التالي: السلامة النفسية (الخلو من المرض)، والشعور بالارتياح مع الآخرين (التكيف الاجتماعي)، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة (حل المشكلات)، والرضا عن الذات (التكيف النفسي).

وأجرى اداكو ووكيلو ولوري وكين والديرمان ومسيسى وتول (Adaku, Okello, Lowry, Kane, Alderman, Musisi & Tol, 2016) دراسة هدفت إلى تعرّف الصحة النفسية، والدعم النفسي والاجتماعي للاجئين السودانيين في شمال أوغندا. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم جمع البيانات من المراكز الصحية للاجئين، وتحليل البيانات التي تم التوصل إليها من نظم المعلومات الصحية المتعلقة بالصحة النفسية، إضافة إلى إجراء مقابلات فردية وجماعية مع (86) مسؤولاً من المسؤولين الرئيسيين عن تقديم الخدمات للاجئين، و(13) فرداً من أفراد المجتمع المحلي؛ حيث بلغت عدد المقابلات الفردية (28) مقابلة، والمقابلات الجماعية (45) مقابلة. وأظهرت نتائجها أن اللاجئين السودانيين يعانون من اضطرابات عاطفية شديدة، وأشارت النتائج أن الشكاوى النفسية في تزايد مستمر وذلك مع ازدياد أعداد اللاجئين بين عامي (2013)، و(2014).

وأجرى إيرك (Erk, 2016) دراسة في الإكوادور هدفت إلى تعرّف مستوى الصحة النفسية للاجئين الكولومبيين. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام استبانة، وإجراء المقابلات مع اللاجئين للتعرف إلى الصحة النفسية لديهم، وتقييم مدى التعرض للصدمة المختلفة، وتكونت عينتها من (130) لاجئاً بالغاً من اللاجئين الكولومبيين الذين تبلغ أعمارهم (18) عاماً فأكثر. أظهرت النتائج أن التعرض المستمر للشدائد والضغوطات يؤثر على نحو سلبي ومباشر في الصحة النفسية لدى اللاجئين، وأشارت النتائج إلى أن (27%) من اللاجئين تم تشخيصهم أنهم مصابين بالضغط النفسي، أو الاضطراب العقلي.

أما دراسة فيتيل وريدي (Vitale & Ryde, 2016) التي أجريت في المملكة المتحدة فهتفت إلى الكشف عن كيفية تعزيز الصحة النفسية للاجئين الذكور. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم إجراء مقابلات فردية، وتحليل نصوص المقابلات من خلال التحليل النوعي، وتكونت عينتها من (9) لاجئين ذكور. أظهرت نتائجها أن الصعوبات والتحديات التي يواجهها اللاجئون أثرت على نحو سلبي في صحتهم النفسية، وأشارت النتائج إلى أن اللاجئين بحاجة إلى الدعم الذي يعزز لديهم الصحة النفسية، ويتمثل هذا الدعم في استراتيجيات محددة للتدخل من أجل تعزيز الصحة النفسية لدى اللاجئين.

وهدفت دراسة كيم (Kim, 2016) التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تعرّف الصحة النفسية، وما وراء الصدمة (ما بعد إعادة التوطين) لدى اللاجئين اللاتينيين والآسيويين. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام ثلاثة مقاييس، هي: مقياس الصحة النفسية، ومقياس اضطراب القلق، ومقياس اضطرابات المزاج، وتكونت عينتها من (656) لاجئاً من اللاجئين اللاتينيين والآسيويين الذين بلغت أعمارهم (18) عاماً فأكثر. أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صدمات ما بعد إعادة التوطين والصحة النفسية لدى اللاجئين، وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين صدمات ما قبل إعادة التوطين والصحة النفسية، وأشارت النتائج إلى أن الصحة النفسية والقلق واضطرابات المزاج لدى اللاجئين ترتبط بالبطالة، والتميز.

وأجرت رزق الله (Rizkalla, 2016) دراسة في الأردن هدفت إلى تعرّف الصحة النفسية، والتجارب الصادمة لدى اللاجئين السوريين في المجتمعات المضيفة الأردنية. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام استبانة لتقييم الصحة النفسية والتجارب الصادمة لدى اللاجئين، وتكونت عينتها من (270) لاجئاً ولاجئة، منهم (48%) لاجئاً، و(52%) لاجئة، وبلغ متوسط أعمارهم (35.5) عاماً. أظهرت نتائج أن (38.1%) من اللاجئين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة والمرتبطة بأحداث مؤلمة، مما يؤثر سلباً في صحتهم النفسية.

ويلحظ من مراجعة الدراسات السابقة أن بعضها هدفت إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين، كدراسة حكمت وآخرون (Hikmet, et al., 2007)، وسامان وآخرون (Saman, et al., 2011)، كما هدفت بعض الدراسات إلى تعرّف مستويات انتشار الاضطرابات النفسية لدى اللاجئين، كدراسة بوجيك وآخرون (Bogic, et al., 2012)، وماريان وآخرون (Marianne, et al., 2014)، في حين هدفت بعض الدراسات إلى تعرّف أثر الأزمة السورية في الصحة النفسية، كدراسة جبار وظاظا (Jabbar & Zaza, 2014)، وتناولت بعض الدراسات مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين، كدراسة الأسمر (Alasmer, 2015)، بينما هدفت دراسة جيت (Jet, 2016)، وإيرك (Erk, 2016)، وكيم (Kim, 2016)، ورزق الله (Rizkalla, 2016) إلى تعرّف مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين واللاجئات.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين قد أفادوا من الدراسات السابقة في تحديد موقع الدراسة الحالية، وما يميزها عن غيرها من الدراسات، إضافة إلى

الإفادة في إعداد أداة الدراسة، وكذلك تعرف المجتمعات التي تم دراستها، وأبرز النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، وتم مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة، وأسهمت مطالعة الدراسات السابقة في تحديد، وصياغة مشكلة الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة وسؤالها

تيلورت مشكلة الدراسة في ذهن الباحثين من خلال اطلاعها على أوضاع اللاجئين السوريين عن قرب، وما يعانون من ظروف إنسانية ومعيشية قاسية، وصعوبة التوفيق بين متطلبات الحياة وحاجات الأسرة، وما يتعرضون له من ضغوط حياتية على نحو يومي. وبما أن اللاجئين السوريين قد مضى على إقامتهم في الأردن ثمانية أعوام، فإن الأدب النفسي المتعلق بالهجرات القسرية يشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين مدة اللجوء والصحة النفسية، وبين مكان اللجوء والصحة النفسية (Kim, 2016). وفي ضوء ما سبق، ومن خلال اطلاع الباحثين ومراجعتهم للأدب المتعلق بقضايا اللاجئين، وغياب المعلومات حول مشكلاتهم ومعاناتهم، والضغوطات التي تحيط بهم. جاءت هذه الدراسة للكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين المقيمين في المخيمات والمدن والقرى في شمال الأردن. وعليه حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ما أبرز أبعاد الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في مستوى أبعاد الصحة النفسية لدى اللاجئين تعزى إلى متغيرات الجنس، والعمر، وعدد سنوات الإقامة في الأردن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن؟

أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة الحالية من الجوانب الآتية:

أولاً: الأهمية النظرية:

تتمثل أهمية الدراسة من الناحية النظرية في أنها من الدراسات التي تجرى في مجال البحث في الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، وعليه رفد الدراسات والبحوث بدراسة قد تكون مرجعاً للباحثين في هذا المجال من خلال ما توفره من أدوات البحث، ومن النتائج التي تتوصل إليها، وما تقدمه من توصيات، لإجراء مزيداً من الدراسات المستقبلية حول هذا الموضوع.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تبرز أهمية هذه الدراسة من الناحية التطبيقية أنها تسلط الضوء على مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين، كما تنبثق أهمية هذه الدراسة أيضاً من خلال ما يمكن أن تقدمه من نتائج وتوصيات للقائمين على شؤون اللاجئين السوريين في المخيمات، والمدن، والقرى الأردنية، من أجل وضع برامج التحصين النفسي المناسبة لهم.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

الصحة النفسية (Mental Health): هي "حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش بسلام" (Zahrán, 2005:9). وتعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها اللاجئ على مقياس الصحة النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

اللاجئون السوريون (Syrian Refugees): هم السوريون الذين غادروا بلدهم هرباً من العنف والنزاعات المسلحة الدائرة فيه، بعد اندلاع الصراع في سوريا عام 2011. ويعرفون إجرائياً في هذه الدراسة بالسوريين الراشدين (15 عاماً فأكثر) الذين غادروا بلدهم هرباً من النزاعات المسلحة الدائرة فيه، ويقيمون في المدن والقرى الأردنية وفي مخيمات اللجوء.

محددات الدراسة:

تحددت نتائج هذه الدراسة، بالحدود والمحددات الآتية:

1. المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، محددة في طبيعة التعريفات الإجرائية، وعليه فإن إمكانية تعميم نتائج الدراسة تتحدد في ضوء هذه التعريفات.
2. اقتصرت هذه الدراسة على اللاجئين السوريين في الأردن، المقيمين في مخيمات اللجوء، والقاطنين في مدن وقرى شمال المملكة الأردنية الهاشمية.

3. اقتصرت هذه الدراسة بالفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة، وهي الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2017/2018

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة

بلغ عدد أفراد الدراسة (1095) لاجئاً وللاجئة، اختيروا بطريقة العينة المتيسرة من السوريين المقيمين في مخيمات اللجوء، ومن اللاجئين السوريين المقيمين في مدن وقرى شمال المملكة الأردنية الهاشمية في العام 2017. والجدول (1) يبين توزيع أفراد الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

الجدول (1): توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	484	44.2
	أنثى	611	55.8
	الكلي	1095	100.0
العمر	15 – 20 سنة	183	16.7
	21 – 30 سنة	284	25.9
	31 – 50 سنة	567	51.8
	51 سنة فأكثر	61	5.6
	الكلي	1095	100.0
عدد سنوات الإقامة	1-2 سنة	160	14.6
	3 – 4 سنة	704	64.3
	5 سنوات فأكثر	231	21.1
	الكلي	1095	100.0
المستوى التعليمي	أقل من بكالوريا	559	51.1
	بكالوريا	366	33.4
	بكالوريوس	147	13.4
	ماجستير فأعلى	23	2.1
	الكلي	1095	100.0
الحالة الاجتماعية	متزوج	688	62.8
	أعزب	278	25.4
	أرمل	98	8.9
	مطلق	31	2.8
	الكلي	1095	100.0
مكان السكن	قرية	320	29.2
	مدينة	399	36.4
	مخيم	376	34.3
	الكلي	1095	100.0

أداة الدراسة

لأغراض تحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان أداة: الدراسة للكشف عن مستوى الصحة النفسية، وفي ما يلي وصفاً للأداة:

مقياس الصحة النفسية

للكشف عن مستوى الصحة النفسية استخدمت النسخة المختصرة من مقياس الصحة النفسية (MHI-18) (Mental Health Inventory-18)، والمطور من قبل (McHorney, Ware, Rogers, Raczek & LU, 1992)، وهو النسخة المختصرة من (MHI-38) المعد من قبل (Veit & Ware, 1983). تكون مقياس الصحة النفسية من (18) فقرة، موزعة في أربعة مجالات، هي: القلق (Anxiety)، والاكتئاب (Depression)، والتحكم بالسلوك (Behavior control)، والتأثير العام الإيجابي (Positive affect)؛ حيث يهدف المقياس إلى الكشف عن الجوانب الإيجابية والسلبية للصحة النفسية لدى الفرد. وبما أن المقياس يقيس جوانب الصحة النفسية الإيجابية والسلبية، فإن المقياس لا يوجد له درجة كلية، وإنما تم التعامل معه بناءً على أبعاده المختلفة،

وللتحقق من ثبات مقياس الصحة النفسية، حسب مكورني ووير وروجرز وراكسيك ولو (McHorney, et al., 1992) قيم معاملات الثبات (الاتساق الداخلي) باستخدام معادلة كرو نباخ ألفا للمجالات، والمقياس ككل؛ حيث تراوحت قيم معامل الاتساق الداخلي للمجالات بين (0.90 – 0.95)، وبلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.95).

دلالات الصدق وثبات مقياس الصحة النفسية بصورته الحالية

أولاً: إجراءات ترجمة المقياس

اتبع الباحثان الإجراءات الآتية لتعريب المقياس: بعد الحصول على النسخة الأصلية من المقياس وقراءة دليل تعليماته، تمت ترجمته والتأكد من سلامة التعبيرات المستخدمة، وتم عرض فقرات المقياس بعد ترجمتها من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية على يد عدد من المختصين في مجال الترجمة والتعريب من أجل الحكم على دقة الترجمة، وتم إبداء جملة ملاحظات تتعلق بدقة صياغة فقرات الترجمة، وتم عرض المقياس على اثنين من المختصين في اللغة العربية بغرض التحقق من السلامة اللغوية للفقرات، واللذين أبديا مجموعة من الملاحظات تم تضمينها في النسخة المعدلة، وتم إعادة الترجمة العكسية.

ثانياً: مؤشرات صدق المحكمين

تم التحقق من مؤشرات صدق المحتوى مقياس الصحة النفسية، بعرضه بصورته الأولية على (10) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس التربوي، والقياس والتقويم والإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، بهدف الوقوف على مؤشرات الصدق الظاهري للأداة لتتناسب مع أغراض الدراسة وببئها الجديدة. وحكمت وفق المعايير الآتية: ملاءمة الفقرات للمقياس، وسلامة صياغة الفقرات، ومدى وضوح المعنى من الناحية اللغوية؛ حيث أشار (80%) من المحكمين إلى أن المقياس مناسب، وأنه يقيس السمة المراد قياسها.

مؤشرات صدق البناء

لاستخراج مؤشرات صدق البناء للمقياس فقد حُسبت معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الصحة النفسية وبين الدرجات على كل بعد من أبعاده، على عينة استطلاعية من خارج عينة أفراد الدراسة تكونت من (50) لاجئاً ولاجئةً، والجدول (2) يبين ذلك.

الجدول (2): قيم معاملات الارتباط المصحح لكل فقرة من فقرات مقياس الصحة النفسية والبعد الذي تنتهي إليه

الارتباط مع: البعد	فقرات الصحة النفسية وفق الأبعاد	رقم الفقرة	البعد
0.721	شعرتُ بقلق زائد	1	القلق
0.768	شعرتُ بالتوتر والانفعال الشديد	2	
0.438	كان لدى القابلية لأستعيد هدوئي بدون صعوبات	3	
0.794	شعرتُ بضيق الصدر	4	
0.667	كنتُ مشغول البال	5	
0.587	شعرتُ بالاكتئاب	6	الاكتئاب
0.662	شعرتُ بالحزن	7	
0.599	شعرتُ بالتشاؤم تجاه الأشخاص والمواقف	8	
0.516	شعرتُ بأن مزاجي متعكر	9	التحكم بالسلوك
0.371	أتحكم في سلوكي وأفكاري وعواطفِي.	10	
0.391	شعرتُ بالاستقرار العاطفي	11	
0.473	لم يكن لدى تطلعات مستقبلية	12	
0.538	شعرتُ بأنني في أزمة صعبة ولا يوجد هناك ما يسعدني	13	
0.410	حياتي مليئة بالأشياء الممتعة	14	التأثير الإيجابي
0.505	شعرتُ بأنني محبوب	15	
0.467	شعرتُ بأنني هادئ ومسالم	16	
0.698	شعرتُ بالمرح والابتهاج	17	
0.598	شعرتُ بأنني شخص سعيد	18	

*دال عند مستوى دلالة 0.05 **دال عند مستوى دلالة 0.01

يلاحظ من الجدول (2) أن قيم معاملات ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتهي إليه قد تراوحت بين (0.371-0.794)، وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.20)، وبذلك فقد قبلت فقرات المقياس جميعها التي معامل ارتباطها أعلى من 0.20؛ حيث لم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس، وبهذا فإن المقياس بصورته النهائية تكون من (18) فقرة.
دلالات ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات المقياس في الدراسة الحالية، فقد حُسبت معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية على نتائج العينة الاستطلاعية، وقد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ - الفا للمجالات الفرعية ما بين (0.660 - 0.859)، والجدول (3) يبين ذلك.

الجدول (3): قيم معاملات الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية

عدد الفقرات	معامل كرونباخ الفا	البعد
5	0.859	القلق
4	0.783	الاكتئاب
4	0.660	التحكم بالسلوك
5	0.763	التأثير الإيجابي

تصحيح مقياس الصحة النفسية

تكون مقياس الضغوط الثانوية بصورته النهائية من (18) فقرة، يضع المستجيب إشارة (✓) أمام كل فقرة لبيان مدى تطابق ما يرد في الفقرة مع ما يناسبه، على تدرج يتكون من خمس درجات وفقاً لتدرج ليكرت الخماسي، وهي دائماً (5)، غالباً (4)، أحياناً (3)، نادراً (2)، لا ينطبق (1)، علماً بأن جميع الفقرات كانت موجبة. وبناءً على ذلك فقد تراوحت الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس بين (1-5) درجات. ولتحديد مستوى الصحة النفسية على أبعاد المقياس الصحة النفسية لدى عينة الدراسة تم تصنيف المتوسطات الحسابية على النحو الآتي: أقل من 2.33 منخفضة، من 2.34-3.67 متوسطة، من 3.68-5.00 مرتفعة، وذلك حسب المعادلة الآتية: (3/4) = 1.33 (Odeh, 2010).

إجراءات الدراسة

تم الحصول على كتاب تسهيل مهمة من جامعة اليرموك موجه إلى مديرية شؤون اللاجئين السوريين في وزارة الداخلية الأردنية. وطبق مقياس الدراسة على أفراد العينة، وأعطى أفراد العينة التعليمات والإرشادات المناسبة للإجابة عن المقياس، وبلغ المبحوثين بأن المعلومات التي جمعت سوف يتم استخدامها لأغراض البحث العلمي فقط، وكان بعض أفراد عينة الدراسة أميين لا يجيدون القراءة والكتابة، فتم قراءة المقياس لهم وتعبئته من قبل الباحثان. واستغرق تعبئة أداة الدراسة (15) دقيقة.

متغيرات الدراسة

تعد الدراسة الحالية دراسة وصفية ارتباطية؛ حيث اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

• المتغيرات المستقلة:

- الجنس، وله فئتان: (ذكر، أنثى).
- العمر وله أربع فئات: (15-20 سنة)، (21-30 سنة)، (31-50 سنة)، (51 سنة فأكثر).
- عدد سنوات الإقامة في الأردن وله ثلاثة مستويات: (1-2 سنة)، (3-4 سنة)، (5 سنوات فأكثر).
- المستوى التعليمي، وله أربعة مستويات: (أقل من بكالوريا، وبكالوريا، وبكالوريوس، وماجستير فأعلى).
- الحالة الاجتماعية، ولها أربع فئات: (أعزب، ومتزوج، ومطلق، وأرمل).
- مكان السكن وله ثلاث فئات: (مخيم، ومدينة، وقرية).

• المتغير التابع:

- الصحة النفسية.

منهجية الدراسة:

استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي، الذي يقوم على وصف متغير الدراسة كما هما لدى أفراد عينة الدراسة دون تغيير أو بديل

المعالجة الإحصائية

للإجابة عن سؤالي الدراسة استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل التباين السداسي المتعدد.

عرض النتائج

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما أبرز مجالات الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس الصحة النفسية، والجدول (4) يلخص النتائج:

الجدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس الصحة النفسية

الرتبة	رقم المجال	أبعاد الصحة النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	1	القلق	3.43	1.00	متوسط
2	2	الاكتئاب	3.32	1.01	متوسط
3	3	التحكم بالسلوك	3.20	0.82	متوسط
4	4	التأثير الإيجابي	3.15	0.81	متوسط

يتضح من الجدول (4) أن مجال القلق حصل على أعلى متوسط حسابي، تلاه مجال الاكتئاب في المرتبة الثانية، ومجال التحكم بالسلوك في المرتبة الثالثة، ومجال التأثير الإيجابي في المرتبة الرابعة والأخيرة؛ حيث حصل على أقل متوسط حسابي مقارنة مع المجالات الأخرى، علماً أن جميع المستويات كانت متوسطة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (a=0.5) في مستوى أبعاد الصحة النفسية لدى اللاجئين تعزى إلى متغيرات الجنس، والعمر، وعدد سنوات الإقامة في الأردن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن؟ للإجابة عن هذا السؤال استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس الصحة النفسية المختلفة في ضوء متغيرات الدراسة، والجدول (5) يلخص النتائج.

الجدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية في ضوء متغيرات الدراسة

المتغيرات	مستويات المتغيرات	الإحصائي	القلق	الاكتئاب	التحكم بالسلوك	التأثير الإيجابي	
الجنس	ذكر	المتوسط الحسابي	3.34	3.18	3.17	3.15	
		الانحراف المعياري	1.01	0.99	0.84	0.78	
	أنثى	المتوسط الحسابي	3.50	3.44	3.23	3.15	
		الانحراف المعياري	1.00	1.01	0.80	0.83	
العمر	15 – 20 سنة	المتوسط الحسابي	3.68	3.51	3.30	3.26	
		الانحراف المعياري	0.82	0.92	0.74	0.73	
	21 – 30 سنة	المتوسط الحسابي	3.39	3.32	3.20	3.16	
		الانحراف المعياري	1.04	1.00	0.85	0.88	
	31 – 50 سنة	المتوسط الحسابي	3.37	3.28	3.19	3.13	
		الانحراف المعياري	1.02	1.02	0.83	0.80	
	51 سنة فأكثر	المتوسط الحسابي	3.45	3.20	3.11	2.91	
		الانحراف المعياري	1.06	1.14	0.81	0.71	
	عدد سنوات الإقامة	1-2 سنة	المتوسط الحسابي	3.25	3.02	3.12	2.99
			الانحراف المعياري	1.04	1.01	0.84	0.78
3 – 4 سنة		المتوسط الحسابي	3.59	3.48	3.27	3.18	
		الانحراف المعياري	0.94	0.95	0.80	0.81	
5 سنوات فأكثر		المتوسط الحسابي	3.09	3.06	3.06	3.17	
		الانحراف المعياري	1.05	1.09	0.83	0.83	
أقل من بكالوريا		المتوسط الحسابي	3.42	3.29	3.20	3.14	
		الانحراف المعياري	1.03	1.06	0.85	0.85	

التأثير الإيجابي	التحكم بالسلوك	الاكتئاب	القلق	الإحصائي	مستويات المتغيرات	المتغيرات	
3.15	3.22	3.41	3.52	المتوسط الحسابي	بكالوريا		
0.77	0.80	0.93	0.95	الانحراف المعياري			
3.16	3.14	3.22	3.28	المتوسط الحسابي	بكالوريوس		
0.73	0.76	1.00	1.06	الانحراف المعياري			
3.11	3.38	3.43	3.41	المتوسط الحسابي	ماجستير فأعلى		
0.87	0.73	0.79	0.77	الانحراف المعياري			
3.11	3.20	3.29	3.42	المتوسط الحسابي	متزوج	الحالة الاجتماعية	
0.83	0.84	0.99	1.02	الانحراف المعياري			
3.30	3.19	3.37	3.42	المتوسط الحسابي	أعزب		
0.77	0.77	1.00	0.92	الانحراف المعياري			
2.98	3.19	3.30	3.42	المتوسط الحسابي	أرمل		
0.75	0.88	1.15	1.16	الانحراف المعياري			
3.25	3.39	3.80	3.79	المتوسط الحسابي	مطلق		
0.52	0.69	0.74	0.81	الانحراف المعياري			
3.01	3.18	3.29	3.27	المتوسط الحسابي	قرية		مكان السكن
0.87	0.86	1.05	1.00	الانحراف المعياري			
3.22	3.02	3.09	3.18	المتوسط الحسابي	مدينة		
0.86	0.82	1.05	1.09	الانحراف المعياري			
3.19	3.42	3.60	3.84	المتوسط الحسابي	مخيم		
0.67	0.73	0.86	0.75	الانحراف المعياري			

يتضح من الجدول (5) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة. ولتحديد أي الاختبارات الإحصائية الواجب استخدامها، فقد استخدم تحليل التباين السداسي المتعدد، والجدول (6) يبين النتائج.

الجدول (2): نتائج تحليل التباين السداسي المتعدد لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية

الأثر	الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	قيمة ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الجنس	Hotelling's Trace	0.017	4.625 ^b	4.000	1077.000	.001*0
العمر	Wilks' Lambda	0.980	1.849	12.000	2849.766	.036*0
عدد سنوات الإقامة	Wilks' Lambda	0.942	8.097 ^b	8.000	2154.000	.000*0
المستوى التعليمي	Wilks' Lambda	0.996	0.356	12.000	2849.766	0.978
الحالة الاجتماعية	Wilks' Lambda	0.971	2.694	12.000	2849.766	.001*0
مكان السكن	Wilks' Lambda	0.877	18.202 ^b	8.000	2154.000	.000*0

يتضح من الجدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) في مجالات مقياس الضغوط الثانوية تعزى إلى متغير الجنس، والعمر، وعدد سنوات الإقامة، والحالة الاجتماعية ومكان السكن. وللتأكد من هذه النتيجة فقد أجري تحليل التباين السداسي المتعدد (6-WAYS MANOVA without interaction) على درجات أفراد العينة لمقياس الصحة النفسية، والجدول (7) يلخص النتائج.

الجدول (7): نتائج تحليل التباين السداسي المتعدد لدرجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المتغير التابع	مصدر التباين
*0.031	4.671	4.047	1	4.047	القلق	الجنس
*0.000	15.41	14.002	1	14.002	الاكتئاب	
0.251	1.319	0.840	1	0.840	التحكم بالسلوكيات	
0.669	0.183	0.116	1	0.116	التأثير الإيجابي	
*0.005	4.250	3.683	3	11.050	القلق	العمر
0.293	1.242	1.128	3	3.385	الاكتئاب	
0.217	1.484	0.945	3	2.836	التحكم بالسلوكيات	
0.279	1.283	0.816	3	2.447	التأثير الإيجابي	
*0.000	25.29	21.872	2	43.743	القلق	عدد سنوات الإقامة
*0.000	25.43	23.124	2	46.249	الاكتئاب	
*0.001	6.934	4.416	2	8.832	التحكم بالسلوكيات	
*0.035	3.370	2.142	2	4.285	التأثير الإيجابي	
0.911	0.179	0.155	3	0.466	القلق	المستوى التعليمي
0.997	0.017	0.016	3	0.047	الاكتئاب	
0.732	0.429	0.273	3	0.820	التحكم بالسلوكيات	
0.810	0.322	0.204	3	0.613	التأثير الإيجابي	
0.114	1.991	1.726	3	5.177	القلق	الحالة الاجتماعية
0.221	1.472	1.337	3	4.012	الاكتئاب	
0.487	0.813	0.518	3	1.554	التحكم بالسلوكيات	
*0.008	3.950	2.511	3	7.533	التأثير الإيجابي	
*0.000	52.89	45.841	2	91.682	القلق	مكان السكن
*0.000	31.05	28.233	2	56.465	الاكتئاب	
*0.000	24.22	15.465	2	30.929	التحكم بالسلوكيات	
*0.000	9.325	5.928	2	11.855	التأثير الإيجابي	
		0.867	100	935.900	القلق	الخطأ
		0.909	100	981.203	الاكتئاب	
		0.637	100	687.836	التحكم بالسلوكيات	
		0.636	100	686.505	التأثير الإيجابي	
			104	1101.963	القلق	الكلية
			104	1110.030	الاكتئاب	
			104	733.069	التحكم بالسلوكيات	
			104	715.130	التأثير الإيجابي	

* دالة عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$

يتضح من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0.05$) تعزى إلى متغير الجنس في مجال القلق والاكتئاب لصالح الإناث، وأظهرت الفروقات تبعاً لمتغير العمر في مستوى مجال القلق، وتبعاً لمتغير عدد سنوات الإقامة ومكان السكن في مستوى جميع المجالات، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية في مستوى التأثير الإيجابي.

الجدول (8): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية على مجال القلق في مقياس الصحة النفسية تبعاً لمتغير العمر

المجال	العمر	العمر		
		20 – 15 سنة	30 – 21 سنة	50 – 31 سنة
القلق	20 – 15 سنة	0.2372	0.3092*	51 سنة فأكثر
	30 – 21 سنة	0.0607	0.0113	
	50 – 31 سنة	0.0720		
	51 سنة فأكثر			

يبين الجدول (8) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية على مجال القلق في مقياس الصحة النفسية لمتغير العمر؛ حيث أظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين عمر (20-15 سنة) وعمر (30 – 21 سنة) وبين عمر (20-15 سنة) وعمر (50 – 31 سنة) ولصالح عمر (20 – 15).
 يبين الجدول (9) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية على مجالات مقياس الصحة النفسية لمتغير عدد سنوات الإقامة؛ حيث أظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية على مجالي القلق والاكنتاب بين سنوات الإقامة (1-2 سنة) و(3-4 سنة) ولصالح سنوات الإقامة (3-4) سنوات، وبين سنوات الإقامة (3-4 سنة) وسنوات الإقامة (5 سنوات فأكثر) ولصالح سنوات الإقامة (3-4) سنوات، وأظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية على مجال التحكم بالسلوكات بين سنوات الإقامة (3-4 سنة) وسنوات الإقامة (5 سنوات فأكثر) ولصالح سنوات الإقامة (3-4) سنوات، وأظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية على التأثير الإيجابي بين سنوات الإقامة (1-2 سنة) و(3-4 سنة) ولصالح سنوات الإقامة (3-4) سنوات.

الجدول (9): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية على مجالات مقياس الصحة النفسية تبعاً لمتغير عدد سنوات الإقامة

المجال	عدد سنوات الإقامة	عدد سنوات الإقامة	
		2-1 سنة	3 – 4 سنة
القلق	2-1 سنة	0.1618	0.3409*
	3 – 4 سنة	0.5026*	
	5 سنوات فأكثر		
الاكنتاب	2-1 سنة	0.0462	0.4582*
	3 – 4 سنة	0.4120*	
	5 سنوات فأكثر		
التحكم بالسلوكات	2-1 سنة	0.0634	0.1459
	3 – 4 سنة	0.2093*	
	5 سنوات فأكثر		
التأثير الإيجابي	2-1 سنة	0.1783	0.1882*
	3 – 4 سنة	0.0099	
	5 سنوات فأكثر		

الجدول (10): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمجال التأثير الإيجابي في مقياس الصحة النفسية

تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

المجال	الحالة الاجتماعية			الحالة الاجتماعية
	متزوج	أعزب	أرمل	
التأثير الإيجابي	متزوج	0.1399	0.1277	0.1955*
	أعزب	0.0556	0.3232*	
	أرمل	0.2676		
	مطلق			

يبين الجدول (10) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمجال التأثير الإيجابي في مقياس الصحة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية؛ حيث أظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية متزوج، والحالة الاجتماعية أعزب، ولصالح الحالة الاجتماعية أعزب، وبين الحالة الاجتماعية أعزب، والحالة الاجتماعية أرمل، ولصالح الحالة الاجتماعية أعزب.

الجدول (11): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمجالات مقياس الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن

المجال	مكان السكن	مكان الإقامة	
		قرية	مدينة
القلق	قرية	0.0922	0.5693*
	مدينة		0.6614*
	مخيم		
الاكتئاب	قرية	0.2001*	0.3113*
	مدينة		0.5114*
	مخيم		
التحكم بالسلوكات	قرية	0.1546*	0.2390*
	مدينة		0.3936*
	مخيم		
التأثير الإيجابي	قرية	0.2161*	0.1781*
	مدينة		0.0379
	مخيم		

يبين الجدول (11) اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمجالات مقياس الصحة النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن؛ حيث أظهرت النتائج لمجال القلق وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين سكان القرية وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وبين سكان المدينة وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وأظهرت النتائج لمجالي الاكتئاب والتحكم بالسلوكات وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين سكان القرية وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وبين سكان المدينة وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وبين سكان المدينة وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وبين سكان المدينة وسكان القرية ولصالح سكان القرية، كما أظهرت النتائج لمجال التأثير الإيجابي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين سكان القرية وسكان المخيم ولصالح سكان المخيم، وبين سكان المدينة وسكان القرية ولصالح سكان المدينة.

مناقشة النتائج والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما أبرز أبعاد الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين؟

أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية العام للاجئين السوريين في الأردن جاء متوسطاً، وجاء مجال القلق في المرتبة الأولى، تلاها في المرتبة الثانية مجال الاكتئاب، ثم مجال التحكم بالسلوك بالمرتبة الثالثة، وأخيراً مجال التأثير الإيجابي. يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى الحالة الانفعالية التي يعيشها اللاجئون بسبب تعرضهم إلى العديد من الضغوط النفسية، والخبرات التي يعيشها اللاجئون من فقدان أحد أفراد الأسرة وفقدان الأقارب، والتعرض للعنف، وصعوبة التكيف في بلد اللجوء، والظروف المعيشية الصعبة التي يواجهونها؛ حيث إن هذه العوامل تؤثر على نحو سلبي على صحتهم النفسية.

أما في ما يتعلق بحصول أعراض القلق والاكتئاب على المرتبة الأولى والثانية وبمستوى مرتفع، ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن اللاجئين يعانون من الضغط النفسي جراء تهديد حياتهم خلال فترة ما قبل اللجوء، ويعانون بعد اللجوء من تراكم مستمر من الضغوط النفسية، إضافة إلى الضغوط الناتجة عن التكيف في بلد اللجوء، ونتيجة لتراكم هذه الضغوط لديهم يزداد خطر تعرضهم للاضطرابات النفسية المتعددة وخاصة القلق والاكتئاب.

أما في ما يتعلق بحصول مجال التحكم بالسلوك ومجال التأثير الإيجابي على مرتبة أدنى من المجالين السابقين، فإن ذلك ربما يعود إلى انعكاسات اللجوء والتوترات المصاحبة له، وعدم قدرة اللاجئ على الانسجام مع الواقع الجديد، والخوف من المستقبل، التي تؤثر على نحو سلبي في قدرة اللاجئ على ضبط انفعالاته وتصرفاته، وصعوبة التعبير عن مشاعر الخوف، والحزن، والغضب.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة المومني وفريحات (2016، Momani & Frehat)، التي أظهرت نتائجها أن مستوى الاضطرابات النفسية جاءت بدرجة متوسطة. واتفقت مع دراسة المومني وفريحات (2018، Momani & Frehat) التي أظهرت مستوى متوسطاً من الضغوط النفسية لدى اللاجئين السوريين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى الجنس، وسنوات الإقامة في الأردن، ومكان السكن. واتفقت مع دراسة جيت (2016، Jet)، التي أظهرت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين جاء متوسطاً، ومع دراسة جبار وظاظا (Jabber & Zaza, 2014) التي أظهرت نتائجها أن مستوى انتشار القلق والاكتئاب، والأعراض النفسية جاءت بدرجة متوسطة، ولم تختلف نتيجة هذه الدراسة مع أي من الدراسات السابقة.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (a=0.5) في مستوى أبعاد الصحة النفسية لدى اللاجئين تعزى إلى متغيرات الجنس، والعمر، وعدد سنوات الإقامة في الأردن، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن؟ أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المقياس الكلي في مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين تعزى إلى متغيرات (الجنس ولصالح الإناث، عدد سنوات الإقامة ولصالح (3-4) سنوات، مكان السكن ولصالح سكان المخيم). ويمكن رد هذه النتيجة إلى أن الإناث أكثر عاطفة من الرجال، كما أنهن أقل تحملاً للصدمات طبيعتهن الجسدية والنفسية، وأنه كلما ازدادت مدة الإقامة في بلد اللجوء ازداد تعرض اللاجئين للضغوط النفسية، كالقلق والاكتئاب، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأن اللاجئين الذين يقيمون لسنوات طويلة في المخيمات هم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية الحادة، وذلك بسبب الظروف القاسية التي يعيشونها، وهذا ما أشارت إليه دراسة كيم (2016، Kim) بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين مدة الإقامة والصحة النفسية.

ولم تظهر النتائج وجود تأثير لمتغيرات المستوى التعليمي على جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية. ويمكن رد هذه النتيجة إلى تشابه أنواع الخبرات التي تعرض لها اللاجئين السوريون على اختلاف مستوياتهم التعليمية، وخاصة أن أغلب اللاجئين السوريين في الأردن يمثلون الجنوب السوري.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المومني وفريحات (2018، Momani & Frehat)، التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الإقامة في الأردن، مكان السكن). واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة الأسمر (2015، Alasmer) التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث بمستويات انتشار الاكتئاب والوسواس وأعراض التجسد. واتفقت نتيجة الدراسة مع كيم (2016، Kim) التي بينت نتائجها أن مدة الإقامة في المخيم مرتبطة بالصحة النفسية. واتفقت مع نتيجة دراسة المومني وفريحات (2016، Momani & Frehat) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغيرات (الجنس، والعمر، ومكان السكن) إضافة إلى وجود مستوى متوسط من الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة حكمت ومحمد وجولي وطالب وحسام وعدنان (2007، Hikmet, et al.)، التي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نسبة ظهور أعراض القلق. واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة سامان وسوما وماريو (2011، Saman, et al.)، التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لصالح غير المتزوجين في مستوى انتشار الاضطرابات النفسية. واختلفت مع دراسة المومني وفريحات (2018، Momani & Frehat) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، كما اختلفت مع دراسة المومني وفريحات (2016، Momani & Frehat) التي أظهرت وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المؤهل العلمي

التوصيات

- استناداً على ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج، وفي ضوء مناقشة هذه النتائج يوصي الباحثان بما يأتي:
- الارتقاء بمستوى الخدمات والدعم النفسي المقدم للاجئين السوريين في المجتمعات المضيفة لهم وذلك لضمان تحقيق أعلى مستوى من السلامة والصحة النفسية.
 - تحسين البنية التحتية في المخيمات، والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة للاجئين للتخفيف من حجم الضغوط التي يواجهها اللاجئون.
 - بما أن الصحة النفسية لدى الإناث على بعدي القلق والاكتئاب كانت أعلى من الذكور، يوصي الباحثان بضرورة استهداف الإناث أكثر بالخدمات النفسية.
 - إجراء مزيد من الدراسات للكشف عن أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها اللاجئون وفي ضوء متغيرات جديدة.

المصادر والمراجع

- إسماعيل، ن. (2001). *عوامل الصحة النفسية السليمة*. القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
- الأسمر، ص. (2015). *مستوى الأعراض النفسية المرضية لدى الطلبة اللاجئين السوريين في المدارس الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن*.
- جبل، ف. (2000). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- الجبور، ف.، وسمور، ق. (2016). *الاكتئاب لدى اللاجئين السوريين في مخيم الزعتري في ضوء بعض المتغيرات وبرنامجي إرشاد في خفض مستواه، دراسات: العلوم التربوية، 43(3)، 2045-2066*.
- جيت، ط. (2016). *زواج القاصرات وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من اللاجئين السوريين في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن*.
- الداهري، ص. (2005). *مبادئ الصحة النفسية*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- رضوان، س. (2007). *الصحة النفسية*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- زهران، ح. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
- عبدالله، م. (2007). *مدخل إلى الصحة النفسية*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- عبيد، م. (2008). *الضغط النفسي ومشكلاته وأثاره على الصحة النفسية*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- العناني، ح. (2005). *الصحة النفسية*. عمان: دار الفكر العربي.
- عودة، أ. (2010). *القياس والتقويم في العملية التدريسية*. الأردن: دار الأمل.
- عوض، ع. (2000). *الموجز في الصحة النفسية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- القريطي، ع. (1998). *في الصحة النفسية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- كتلو، ك. والعرجا، ن. (2016). *الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين (دراسة ميدانية لدى المسنين الفلسطينيين في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفي البيوت في محافظة بيت لحم)*. *المجلة الأردنية للعلوم التربوية، 9(2)، 175-198*.
- كفاقي، ع. (2012). *الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. عمان: دار الفكر.
- المومني، ف.، والفريجات، إ. (2016). *القدرة التنبؤية لبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية بحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى اللاجئين السوريين، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 9(3)، 305-321*.
- دائرة الإحصاءات العامة الأردنية. (2016). *تقرير التعداد السكاني والمساكن 2015*.

References:

- Abdallah, M. (2007). *Introduction to mental health*. Amman: Dar Alfiker
- Adaku, A., Okello, J., Lowry, B., Kane, J., Alderman, S., Musisi, & Tol, W. (2016). Mental health and psychosocial support for South Sudanese refugees in northern Uganda: a needs and resource assessment. *Conflict and Health*, 10(18), 1-10.
- Alasmer, S. (2015). Level of mental illness symptoms among Syrian refugees students at Jordanian schools, *Unpublished master thesis, Yarmouk University*.
- Anani, H. (2005). *Mental health*. Amman: Dar Aleker Alarabi
- Awad, A. (2000). *Brief in mental health*. Aleskandareyah: Dar Almarefah Ajamyah
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D. & Priebe, S. (2012). Factor Associated with Mental Disorder in Long-Settled War Refugees: Refugees from the Former Yugoslavia in Germany Italy and UK, *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review, *BMC international health and human rights*, 15(1), 29-41
- Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers, *The Journal of nervous and mental disease*, 198(4), 237-251.
- Dahiri, S. (2005). *Concepts of Mental health*. Amman: Dar Wael
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N.,... & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post conflict settings, *Jama*, 286(5), 555-562.
- De Vito, E., De Waure, C., Specchia, M. L., & Ricciardi, W. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the

- evidence on health status for undocumented migrants in the European Region, *World Health Organization Regional Office for Europe*.
- DOS: Department of Jordan General Statistics. (2016). *Population and housing census report 2015*.
- Erk, C. (2016). Mental health on Colombian refugees in Ecuador: Trauma exposure, discrimination and resilience, *Master dissertation, Perositorio Universidade Nova*.
- Fazel, M. & Tyrer, R. (2014). School and community-based intervention for refugees and asylum-seeking children: A systematic review, *Journal of Public Library of Science*, 9(2), 1-10.
- Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Pejovic-Milovancevic, M., & Klasen, H. (2016). *A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know*.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status—comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, migrants, and residents, *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 818-825.
- Hijazi, A., Lumley, M., Ziadni, M., Haddad, L., Rapport, L. & Arnetz, B. (2014). Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: A preliminary randomized clinical trial, *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 314-322.
- Hikmet, J., Mohamed, F., Julie, H., Talib, K., Husam, A. & Adnan, H. (2007). Mental health symptoms in Iraqi refugees: post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression, *Journal of Cultural Diversity*, 14 (1), 19-25.
- Ismaeel, N. (2001). *Factores of mental health*. Cairo: Etrack
- Jabbar, S., & Zaza, H. (2014). Impact of conflict in Syrian on Syrian children at the zaatari refugee camp in Jordan, *Early Child Development and Care*, 148(9/10), 1507-1530.
- Jabal, F. (2000). *Mental health and psychology personality*. Aleskdaryeh: Almaktabeh Ajamiyah
- Al-Jbour, F., & Sammour, Q. (2016). Depression among Syrian refugees in al-Zataari camp in light of some variables, and the effectiveness of two counseling programs in reducing its level. *DIRASAT: EDUCATIONAL SCIENCES*, 43(3). Retrieved from <https://archives.ju.edu.jo/index.php/edu/article/view/8791>
- Jet, T. (2016). Underage female marriage and its relation mental health among Syrian refugees in Jordan, *Unpublished master thesis, Yarmouk University, Jordan*.
- Kafafi, A. (2012). *Mental health and psychological counseling*. Amman: Dar Alfeker
- Kim, I. (2016). Beyond Trauma: Post-resettlement Factors and Mental Health Outcomes Among Latino and Asian Refugees in the United States, *Journal of Immigrant Minor Health*, 18(4), 740- 748.
- Kilto, K., & Arja, N. (2016). Mental health among old Palestine persons, *Jordan Journal for Educational Sciences*, 9 (2), 175-198.
- Kromproe, T., Jordans, M., Sharma, B. & Jong, S. (2007). Disability associated with psychiatric symptoms among torture survivors in rural Nepal, *Journal of Nervous and Mental Health Disease*, 195(6), 463-469.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), 121-131.
- Marianne, J., Melinda, A., Demott, M. & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorder among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58.
- McColl, H., & Johnson, S. (2006). Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(10), 789-795.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Rogers, W., Raczek, A. E., & Lu, J. R. (1992). The validity and relative precision of MOS short-and long-form health status scales and Dartmouth COOP charts: results from the Medical Outcomes Study, *Medical care*, 30(5), 253-265.
- Mohamud, M. S. (2010). Residential mobility and associated factors as predictors of psychological well-being among Somali refugees in London, *Doctoral dissertation*.
- Momani, F., & Frehat, I. (2016). Predictability of social and demographical variables in occurrence of psychosomatics

- disorder among Syrian refugees, *Jordan Journal for social sciences*, 9(3), 305-321.
- Momani, F., & Frehat, I. (2018). Factors predicting of psychological stress among Syrian refugees, *Dirasat: Educational Sciences*, 45(4), 67-84
- Neugebaue, R. (2013). *Bleak Outlook for Children Who Are Refugees*. USA: Report on Children Who Are Refugees.
- Obid, M. (2008). *Psychoogical stress and its impact on mental heath*. Amman: Dar Alsafa
- Odeh, A. (2010). *Measurements and evaluation in the teaching process*. Amman: Dar Alamal
- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M.,... & Schützwohl, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences, *Psychopathology*, 46(1), 45-54.
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region, *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Procter, N., Williamson, P., Gordon, A., & McDonoughs, D. (2015). Refugee and Asylum Seeker Self Harm with Implications for Transition to Employment Participation—a Review, *Suicidologi*, 16(3), 30-38
- Qrati, A. (1998). *Mental health*. Cario: Dar Alfeker Alarabi.
- Radwan, S. (2007). *Mental health*. Amman: Dar Almaserah.
- Reber, A. (1985). *Dictionary of psychology*. USA: Penguin Press.
- Rizkalla, N. (2016). Syrian refugees' traumatic experiences and mental health in Jordanian host communities, *SSWR (Society for Work and Research)*.
- Rousseau, C. (1995). The Mental Health of Refugee Children, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32(3), 299-331.
- Ryan, D. A., Benson, C. A., & Dooley, B. A. (2008). Psychological distress and the asylum process: A longitudinal study of forced migrants in Ireland, *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 37-45.
- Sabin, M., Cardozo, B. L., Nackerud, L., Kaiser, R., & Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict, *Jama*, 290(5), 635-642.
- Saman, M., Soma, G. & Mario, M. (2011). Pilot study of the prevalence of alcohol, substance use and mental disorder in a cohort of Iraqi, Afghani, and Iranian refugees in Vancouver, *Journal of Asia-Pacific Psychiatry*, 3(1), 137-144.
- Schmidt, M., Kravic, N. & Ehlert, U. (2008). Adjustment to trauma exposure in refugee, displaced, and non-displaced Bosnian women, *Arch Women's Mental Health*, 11(4), 269-276.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysi, *Jama*, 302(5), 537-549.
- UNHCR. (2017). *Syria Regional Refugee Response*.
- Vitale, A. & Ryde, J. (2016). Promoting male refugees' mental health after they have been granted leave to remain (refugee status), *Journal International Journal of Mental Health Promotion*, 18(2), 106- 125.
- Weissbecker, L. & Leichner, A. (2015). *Addressing Mental Health Needs among Syrian Refugees*. Washington: Middle East Institute.
- Zahran, H. (2005). *Mental health and psychotherapy*. Cairo: Alam Aloutob.