مستويات أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق والإكتئاب لدى المساء اليهن من السيدات اللواتي تعرضن للعنف المبني على النوع الإجتماعي في الأردن

إعداد

د/ حسين محمد سالم

دكتوراه، تخصص الإرشاد النفسي، الجامعة الأردنية

مستويات أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق والإكتئاب لدى المساء اليهن من السيدات اللواتي تعرضن للعنف المبني على النوع الإجتماعي في الأردن.

حسين محمد سالم

دكتوراه، تخصص الإرشاد النفسي، الجامعة الأردنية

البريد الالكتروني: husein.alsalem@yahoo.com

الملخص:

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مستويات أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق العام والإكتئاب للسيدات المعنفات في الأردن، تبعاً لمتغيرات نوع العنف، والعمر، والحالة الإجتماعية، ومصدر العنف، وتكونت عينة الدراسة من (202) سيدة معنفة، تم إختيارهن بطريقة قصدية، وتم إستخدام ثلاثة أدوات :مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة، ومقياس أعراض الإكتئاب، ومقياس أعراض القلق العام. وأشارت النتائج إلى أن مستوى أعراض الإكتئاب والقلق كانت بدرجة مرتفعة وأن مستوى ضغط ما بعد الصدمة كان بدرجة متوسطة، كما وجدت فروق دالة إحصائيا في مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة يعزى لمتغير العنف (النفسي–الجنسي–الجسدي)، وإلى وجود فروق دالة إحصائيا في مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة يعزى لمتغير مصدر العنف (خارج الأسرة)، ووجود فروق دالة إحصائيا في مقياس أعراض الإكتئاب يعزى للحالة الإجتماعية (الأرملة)، ووجد فروق دالة إحصائيا في مقياسي أعراض ضغط ما بعد الصدمة وأعراض القلق العام يعزى للحالة الإجتماعية (العزباء)، فضلاً عن وجود فروق دالة إحصائيا في مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة يعزى لمتغير العمر للفئتين (18–24) و(25–35) سنة.

الكلمات الدالة: العنف المبني على النوع الإجتماعي، القلق العام، الإكتئاب، ضغط ما بعد الصدمة.

The levels of severity in ,post traumatic stress disorders(PTSD), anxiety and depression symptoms among women victims of gender-based violence in Jordan

Hussein Mohammad Salem

Email: husein.alsalem@yahoo.com

Abstract:

The study aims at identifying the different degrees of severity in symptoms of PTSD, general anxiety and depression among abused women in Jordan according to the variables of , the form of violence, age, marital status , and abuser. The study sample includes 202 abused women who were handpicked. Three tools were used, PTSD symptom scale, depression symptom scale and general anxiety scale. The findings indicate that the symptoms of depression and anxiety were severe while those of PTSD were mild. There is also statistically significant correlation between PTSD and two variables, the form of violence (psychological, sexual, physical), and the source of violence (from outside the household), a statistically significant correlation between depression and the marital status, being a widow, and also a statistically significant correlation between PTSD and Generalized anxiety and being single. The findings also indicated that there is statistically significant correlation between the two age groups (18-24) and (25-35) years and PTSD symptoms.

Keywords: Gender based violence (GBV),generalized anxiety, depression,post traumatic stress disorders(PTSD).

المقدمة:

يعتبر العنف المبني على النوع الإجتماعي ظاهرة عالمية اذ ينتشر في البيئات الثقافية بغض النظر عن الوضع الإجتماعي والإقتصادي، كما أنه يشمل جميع الفئات العمرية ويعتبر العنف ضد النساء والأطفال الأكثر شيوعاً وإنتشاراً، إذ يخلق وضعاً مرهقاً للمساء إليهن من السيدات وغالباً ما يؤدي العنف إلى أثار نفسية و جسدية، وعندما يمارس العنف ضد المرأة فإن المسألة تصبح أكثر تعقيداً لأنه ينتج آثاراً متعددة على جميع أفراد الأسرة (Takano, 2006).فالعنف الممارس ضد المرأة يعتبر سلوكاً مؤذياً، وغالبًا غير معلن إلا بصورة العنف الجسدي، و غالبا ما تكون المرأة هي أكثر الفئات تعرضاً للعنف نظرًا للثقافة السائدة التي شجعت على ذلك(Krantz , 2005)، اذ أن النساء يتعرضن الى العنف بجميع أشكاله بنسبة 15-71% وغالبا يكون المسيء هو الزوج (Garcia, 2006)، و تشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (Who, 2002) التي شملت 80 بلداً أن واحدة من كل ثلاث سيدات أي ما نسبته (35%) من السيدات في العالم يتعرضن للعنف من أزواجهن وتحديداً العنف الجسدي، ومعدل إنتشار هذا العنف يتراوح بين 23% في البلدان مرتفعة الدخل، و37.7% في بلدان جنوب شرق أسيا. أما العنف في الاردن فقد أشارت دراسة أجراها المجلس الوطني لشؤون الاسرة عام (2005)على 1500 من كلا الجنسين إلى أن 11.1% قاموا بممارسة العنف الجسدي داخل نطاق أسرهم وكان العنف موجها ضد الأبناء الذكور والإناث والزوجة.كما أشارت دراسة المجلس الوطني لشؤون الاسرة عام (2013) أن 75.9% من المساء إليهم كانوا إناثاً، وأن 86% من حالات العنف كانت تمارس جسدياً في حين كان العنف الجنسي والإهمال بنسبة 7%، وأن 92.1% من المسيئين هم ذكور. ويلاحظ إن الإحصاءات المتوفرة محلياً عن حالات العنف المبلغ عنها للجهات الرسمية لا تعكس واقع انتشار المشكلة والتي قد تكون أضعاف الأرقام المتوفرة، وذلك لأن معظم الناجيات من العنف لا يطلبن المساعدة الاجتماعية والقضائية والطبية بسبب الثقافة السائدة بالمجتمع، وبسبب الوصمة الإجتماعية والخزي والعار المرتبط بالعنف، والشعور بالخوف من طلب المساعدة. وتعرّف الجمعية العامة للأمم المتحدة العنف ضد المرأة:على أنه أي فعل عنيف و يترتب عنه أو يرجح أن يترتب عنه أذى أو معاناة للمرأة سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية أو النفسية بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة للمرأة(دليل تمكين المرأة، 2011).

ويعرف المجلس الوطني لشؤون الأسرة (2018) العنف المبني على النوع الإجتماعي :أي فعل مؤذٍ مرتكب ضد إرادة الفرد يستند إلى ما ينسبه المجتمع من تمييز بين الذكور والإناث. وتختلف طبيعة ودرجة الأنواع المحددة من العنف المبني على النوع الإجتماعي من ثقافة إلى أخرى ومن بلد لآخر.

ونلاحظ مما سبق أن للعنف المبني على النوع الإجتماعي له عدة أشكال (المجلس الوطني لشؤون الاسرة، 2018)، هي:

- العنف الجسدي: يعني استخدام القوة الجسدية أو التهديد بإستخدامها ضد شخص بطريقة تعرضه للخطر أو الاصابة ويتضمن الضرب، والعض والخدوش والجروح الجسدية والتي تحدث عن طريق الدفع أو الركل بإستخدام الأيدي أو الأرجل أو الأدوات أو السحب من الشعر أو الحرق بمواد كاوية أو مشوهة، وأي أفعال أخرى تلحق الأذى المادي بالجسد.
- العنف الجنسي: وهو العنف الناتج عن نشاط أو سلوك جنسي، بما في ذلك التحرشات الجنسية، والإغواء الجنسي والإكراه عليه، ويتضمن الإساءة الجنسية من خلال الإجبار على المشاركة في نشاطات جنسية.كما يعد الإغتصاب أحد أشكال العنف الجنسي.
- العنف النفسي: ويتضمن صوراً لفظية كالصراخ والشتم والنعت بأسماء غير لائقة، واللوم، والإهانة وتحقير الطرف الآخر والسخرية منه، والعزل عن الاخرين والتخويف والسيطرة على السلوك، بالاضافة الى التهديد بإستخدام العنف الجسدي والمطالب التعجيزية والحرمان التعسفي للحقوق والواجبات.

كما يعد العنف المبني على النوع الاجتماعي من الأفعال المخالفة للقيم والعادات والقوانين الدولية والوطنية، لما يتركه من اثار نفسية واجتماعية وصحية واقتصادية، ويعتبر من الافعال المحطة بكرامة المرأة الا انه ما زال يمارس حتى هذه اللحظة، وتسمى الاثار النفسية للعنف بالاثار الخفية غير الظاهرة، ومعدل إنتشار وظهور الأعراض النفسية للسيدات اللواتي يتعرضن للعنف من قبل ازواجن هي 50% (Ludermir,2008). وأن ضحايا العنف أكثر عرضة بستة أضعاف من غير الضحايا لتطوير الإضطرابات النفسية وإن أكثر الأعراض النفسية شيوعًا لدى ضحايا العنف هي القلق والإكتئاب، وتدني تقدير الذات وفقدان الرغبة الجنسية واضطراب ضغط ما بعد الصدمة واضطرابات الأكل ومحاولات الإنتحار المتكررة وفقدان الثقة بالنفس و لوم الذات و الشعور بالخزي والإدمان على الكحول والمخدرات، Ishida,2010 Manzolli,2010 (O'Donnell,2011) كما أن للعنف أثاراً على السيدة المعنفة و على الأطفال

كسوء الصحة الجسدية، زيادة الوفيات، انخفاض الأداء الأكاديمي، وارتفاع معدلات التسرب، وزيادة استخدام الخدمات الطبية وتكرار الشكاوى الجسدية المتمثلة بآلام البطن والمعدة والصداع ومشاكل في المعدة وآلام الحوض المزمنة ومشاكل الحمل و هذه المشاكل غالباً ما تستمر بشكل مزمن بمجرد تكرار الإساءة (Bonomi ,2006 Kennedy,2006 Zlotnick,2006) .

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تعد ظاهرة العنف المبني على النوع الإجتماعي من المشكلات التي تهدد إستقرار الأسر والمجتمعات، لما لها من تأثيرعلى المستوى النفسي والإجتماعي والصحي حيث أن تأثيراتها السلبية لا تقتصر فقط على المساء اليهم، بل تمتد لجميع أفراد الأسرة وتحديداً الأطفال، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أن العنف من أهم العوامل التي تهدد الصحة النفسية والإجتماعية والأسرية والصحية للضحايا حيث تتزايد نسبة أعراض القلق والإكتئاب في حالات العنف بشكل مرتفع (Campbell, 2009)، ووجود علاقة بين التعرض للعنف وظهور اعراض ضغط ما بعد الصدمة والإكتئاب (Lee et al, 2007) ولوحظ ذلك من خلال الخبرة الاكلينيكية للباحث في العمل مع تلك الفئات وما تم رصده من الأثار النفسية الناتجة عن العنف، لذلك سعت تلك الدراسة في التعرف على مستويات أعراض الإكتئاب والقلق العام وضغط ما بعد الصدمة لدى السيدات المعنفات في الأردن، وتحديداً من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما مستوى أعراض الإكتئاب والقلق العام وضغط ما بعد الصدمة لدى المساء لهن من السيدات المعنفات في الأردن؟
- هل هناك فروق في أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق والإكتئاب لدى السيدات المعنفات بالاردن وفقا لنوع العنف (نفسي، جسدي-نفسي، جنسي-نفسي، جسدي-جنسي-نفسي)؟
- هل هناك فروق في أعراض ضغط ما بعد الصدمة والقلق والإكتئاب لدى السيدات المعنفات بالاردن باختلاف العمر (18-25، 24-35، 36 فما فوق)؟
- هل هناك فروق لدى السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم باختلاف مصدر العنف (الزوج، الأهل، خارج الأسرة)؟

- هل هناك فروق لدى السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم باختلاف الحالة الاجتماعية (أرملة، متزوجة، مطلقة، أرملة)؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية كونها تتناول في توضيح العلاقات بين التعرض لأشكال العنف المبني على النوع الإجتماعي (النفسي، الجسدي، والجنسي) في مدى تطوير الأعراض النفسية كأعراض القلق والإكتئاب وضغط ما بعد الصدمة، كما تكمن أهميتها في مساعدة الأخصائيين العاملين مع السيدات المعنفات في إجراء برامج وقائية، وإرشادية، وعلاجية للحد من تلك الظاهرة وللتخفيف من شدة الأعراض النفسية الناتجه عن العنف، كما تكمن أهميتها من خلال نتائجها في وضع توصيات من شأنها أن تسهم في محاولة للحد من آثار هذه الظاهرة.

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات أعراض الإكتئاب والقلق وضغط ما بعد الصدمة لدى السيدات المعنفات، ، وكذلك التعرف على القدرة التنبؤية لعوامل الشخصية بمستوى ضغط ما بعد الصدمة لدى ضحايا الحروب والصدمات، وعلاقة أعراض كلا من القلق وضغط ما بعد الصدمة والإكتئاب باختلاف نوع العنف، ومصدر العنف، والعمر، والحالة الإجتماعية.

مصطلحات الدراسة:

ضغط ما بعد الصدمة: هي الأعراض المميزة التي تتبع أحداث صادمة نفسيا، وتكون بصفة عامة خارجة عن الخبرة الإنسانية، كالجرح العميق، والعنف، و الاعتداء الجنسي، والتعذيب، والحروب، أو أي تهديد يتم فيه معايشة هذه الأحداث أو مشاهدته يحصل للآخرين(APA,2013).ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها السيدة على مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة المستخدم في الدراسة .

القلق: هي حالة نفسية غير مريحة تتميز بتوقع حدوث خطر ويرتبط بأعراض فسيولوجية كالتعرق وارتفاع ضغط الدم وتسارع في دقات القلب(APA,2000) ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها السيدة على مقياس أعراض القلق العام المستخدم في الدراسة .

الإكتئاب: هي مجموعة من الأعراض التي يعاني منها الشخص من خلال المزاج المكتئب أو فقدان الإهتمام والمتعة وفقدان الشهية والوزن، وصعوبة في اتخاذ القرار وتدني في النشاطات ومشاكل بالنوم وأفكار انتحارية(APA,2000)، ويعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها السيدة على مقياس أعراض الإكتئاب المستخدم في الدراسة.

السيدات المعنفات : ويعرف إجرائياً بالمساء إليهن من السيدات اللواتي تعرضن لأي شكل من أشكال العنف المبني على النوع الإجتماعي سواء من قبل الزوج أو الأهل أو من خارج الأسرة.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بطبيعة أفراد الدراسة من السيدات(العازبات، والمتزوجات، والمطلقات، والأرامل) اللواتي تعرضن للعنف من قبل أزواجهن أوأحد أفراد أسرهن، أو من خارج أسرهن، واللواتي تتراوح أعمارهن من (18-52)سنة، في معهد العناية بصحة الأسرة/مؤسسة الملك حسين في العاصمة عمان، كما تتحدد حدود الدراسة الزمانية في العام 2019، كما تتحدد نتائج هذه الدراسة بأدوات القياس المستخدمة بخصائصها السيكومترية.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

ضغط ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorders(PTSD)

إن الأحداث التي تؤدي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة هي كثيرة، ومن بينها الكوارث الطبيعية كالفيضانات والأعاصير وعوامل بشرية كالحروب، والإساءة الجنسية كالاغتصاب، وعمليات السطو المسلح، والتهديد بالقتل، والتعذيب والاعتقال، وحوادث السير، والعنف، والإساءة النفسية والجسدية للأطفال، والعنف ضد النساء(Cicchetti &Toth ,2005) . كما أن الأفراد الذين تعرضوا لإساءة نفسية، واعتداءات جنسية في مراحل الطفولة، هم أكثر عرضة لتطور أعراض ضغط ما بعد الصدمة من غيرهم (Koenen,Harley,Lyons,Wolfe,&Goldberg,2002). وهناك ارتباط كبير بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وبين الانتحار عند التعرض لحدث صادم لدى الأشخاص الذين تعرضوا للإساءة بمختلف أشكالها أثناء مرحلة الطفولة (APA,2013). وعرفت جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) اضطراب الصدمة بأنه اضطراب نفسي ينجم عن تعرض الفرد لحدث صادم مؤلم، من خلال معايشة الحدث أو مشاهدته، يتخطى حدود المألوف، كالتعرض لموت حقيقي أو تهديدا، كالحروب ومشاهدة أحداث القتل، والتعرض للتعذيب، أو الاعتداء الجنسي والاغتصاب.

كما يتميز الحدث الصادم بأنه: خارج عن السيطرة، أي يصعب التنبؤ به ويتم إدراكه على أنه أكثر تهديد.

- ويتسم بالغموض، اذ تسبب الأحداث الغامضة ضغطا اكبر من الأحداث الواضحة، ولا تتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بعمل شيء أمامها، مما تحدد من إمكانية الفرد لمواجهتها .
- فجائي، أي أنه غير متوقع، ولا يوجد استعداد مسبق له .

ويمكن القول بأن الصدمة النفسية هي حالة من الشعور بالضيق والتوتر نتيجة التعرض لموقف خارج حدود الفرد الطبيعية، فيدرك بأن مطالب الموقف تفوق قدراته وإمكاناته لمواجهة هذه المواقف، فيشعر الشخص بالضيق والعجز.

المحكات التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

إن معايير تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس (APA ,2013)، هي :

أولا- التعرض للموت الحقيقي أو التهديد أو أذى، أو العنف الجنسي في واحد أو أكثر من الطرق التالية :

- معايشة الحدث الصادم مباشرة.
- مشاهدة تعرض آخرين لحدث صادم .
- تعلم الأعراض من خلال معايشة أشخاص أو أقارب تعرضوا لأحداث صادمة .
- المعايشة المتكررة لتفاصيل الحدث كالصور .

ثانياً- استعادة خبرة الحادث الصادم بشكل مستديم بوجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية المرتبطة بالحدث الصادم :

- ذكريات مزعجة للحدث، تتضمن الصور أو الأفكار أو الإدراك.
- أحلام مزعجة ومتكررة تتعلق بالحدث الصادم.
- ردود فعل (التصرف و الشعور كما أن الحادث الصادم يعاود الحدوث ويشمل ذلك شعوراً بإعادة تمثل الخبرة والهلاوس وفقدان كامل للحاضر في المناطق المحيطة به).
- ضيق نفسي شديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشابه أحد أوجه الحدث الصادم.

- ردود فعل فسيولوجية ملحوظة لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز للحدث الصادم.

ثالثاً – تجنب مستمر للمثيرات المصاحبة أو المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد الحدث الصادم ويستدل عليها من خلال واحد أو أكثر مما يلي:

- تجنب الذكريات المؤلمة والأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث.
- تجنب الأشخاص والأماكن والأحاديث والأنشطة والأشياء الدالة والمرتبطة بالحدث الصادم.

رابعاً– تغيرات سلبية في الإدراك والحالة المزاجية المرتبطة بالحدث الصادم بعد وقوعه من خلال اثنين أو أكثر من الآتي:

- عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم ولا يكون مرتبطاً بالفصام أو إصابات الرأس أو الكحول والمخدرات.
- معتقدات سلبية مبالغ فيها حول نفسه والآخرين والعالم، مثل (انا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير تماماً).
- أفكار مشوهه حول سبب ونتائج الحدث الصادم التي تقود الفرد إلى لوم نفسه والآخرين .
- استمرار الحالة العاطفية السلبية (خوف ورعب وغضب وشعور بالذنب والخجل).
- انخفاض المشاركة في الأنشطة الهامة .
- الشعور بالانفصال والعزلة عن الآخرين .
- عدم القدرة على معايشة المشاعر الايجابية كالسعادة والارتياح والمحبة .

خامسا – أعراض ملحوظة من زيادة الاستثارة المرتبطة بالحدث الصادم، ويستدل عليها من اثنين أو أكثر مما يلي :

- سلوك متهيج ونوبات غضب وعدوان لفظي وجسدي تجاه الناس والآخرين .
- سلوك مدمر للذات .
- فرط التيقظ Hyper vigilance.
- ردود فعل مفاجئة ومبالغ فيها (جفل) .
- صعوبة التركيز.

- صعوبة الدخول في النوم أو المحافظة عليه وضيق الصدر.

سادساً- مدة الاضطراب (الأعراض في المعايير الثاني والثالث والرابع والخامس) أكثر من شهر.

سابعاً - يسبب الاضطراب كرباً و اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

ثامناً- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفسيولوجية أو لمادة طبية أو لأدوية أو لكحول .

الإكتئاب Depression

يعد الإكتئاب واحد من أكثر الإضطرابات النفسية الشائعة، وأشدها خطورة على الصحة الجسدية والنفسية وينتشر في مختلف المجتمعات ويستخدم للتعبير عن ردود الأفعال تجاه المواقف التي تؤثر بدرجات مختلفة في تقييم الشخص لنفسه وللاخرين، كما أن هناك نوعان للإكتئاب حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس (APA, 2013)، هي :

1- الاكتئاب الرئيسي Major depression: هو مزاج منخفض طيلة اليوم ولمدة اسبوعين وانخفاض في الاهتمام بالاضافة لمشاكل في الوزن والنوم وفقدان الطاقة واحساس بانعدام القيمة والشعور بالذنب وانحفاض بالاداء الإجتماعي مع مصاحبة أفكار انتحارية.
2- الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorders : هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (اي اثنتين على الاقل) يضطرب فيها المزاج لدى الشخص ويقل مستوى نشاطه بشكل واضح وفي بعض الاحيان ارتفاع في المزاج وزياده في الطاقة والنشاط (نوبة هوس).

المحكات التشخيصية لإضطراب الإكتئاب الرئيسي

إن معايير تشخيص الإكتئاب الرئيسي حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس (APA ,2013)، هي :

أولاً- يجب توافر خمسة من الأعراض التالية ولمدة أسبوعين متتاليين وان تؤثر تلك الأعراض على تغيير في أداء الشخص في الحياة اليومية، وواحد من الأعراض الخمسة على الأقل أن يكون إما (المزاج اكتئابي المنخفض) أو (فقدان الاهتمام أو المتعة) في الأنشطة.

- مزاج مكتئب معظم اليوم، وكل يوم تقريبا، ويعبر عنه ذاتيا (انا حزين، اشعر بالفراغ واليأس) أو أن يلاحظ من قبل الآخرين له (يبدو الشخص يأس وحزين)، وفي الاطفال والمراهقين يظهر في صورة (عصبي المزاج) .
- إنخفاض واضح في الإهتمام أو الإستمتاع في كل الأنشطة وذلك معظم اليوم .
- فقدان واضح في الوزن أو زيادة كبيرة في الوزن، تصل ل5% في الشهر، رغم عدم إتباع نظام غذائي مقصود لتقليل أو زيادة الوزن مع ملاحظة في انخفاض او زيادة في الشهية كل يوم تقريباً .
- (الارق) عدم القدرة على النوم أو فرط في النوم كل يوم تقريبا.
- قلة او زيادة في الحركة كل يوم تقريبا(ويلاحظ من قبل الاخرين).
- الشعور بالتعب والاجهاد أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
- الشعور بعدم القيمة والإحساس بصورة مفرطة ومبالغ بها باحساسه وشعوره بالذنب (والتي قد تكون وهماً) كل يوم تقريبا.
- الإنخفاض في القدرة على التفكير أو التركيز كل يوم تقريبا.
- الأفكار المتكررة عن الموت (وليس فقط الخوف من الموت) تكون في: التفكير المتكرر في الانتحار من دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو وضع خطة محددة للانتحار.

ثانياً- يسبب الاضطراب كرباً و اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

ثالثاً- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفسيولوجية أو لمادة طبية أو لأدوية أو لكحول .

كما يتضمن الإكتئاب أعراضاً إنفعالية، وسلوكية، وجسمية، ومعرفية، فالخبرات الإنفعالية لدى الأشخاص المكتئبين عادة ما تكون بالحزن واليأس والبكاء. كما يرتبط الإكتئاب بشكل كبير مع القلق اذ أن هناك 60% من الاشخاص المكتئبين يشعرون ايضا بأعراض الإكتئاب.

القلق العام General Anxiety Disorders GAD

هو أحد أنواع إضطرابات القلق التي يصعب إيجاد مثير معين للأعراض التي يسببها، ففي هذا النوع من القلق يسيطر الخوف أو القلق غير المبرر على حياة الشخص، ويسبب وجود الأعراض الجسدية للقلق قلقاً إضافياً ما يؤدي إلى ازدياد حالة القلق سوءاً وتسمى الحالة بالقلق المعمم لأنها لا تحدث بسبب أي أمر أو موقف معين فالقلق موجود بشكل دائم .والأشخاص الذين يعانون من إضطراب القلق العام قد يقلقون على أدائهم في العمل و علاقاتهم و صحتهم و قد يقلقون أيضا على أمور صغيرة جدا مثل أن يكونوا

متأخرين. و التركيز في قلقهم يتغير ويتبدل بشكل متكرر و بالتالي فإنهم يصبحوا قلقين على أمور كثيرة بدلا من التركيز على الشيء الذي يجب أن يهتموا به.ويكون قلقهم مختلط بأعراض جسدية مثل شد العضلات، مشاكل في النوم والشعور بعدم الراحة المزمن. والأشخاص الذين يعانون من GAD يشعرون بتعب في أغلب الأوقات و ربما هذا بسبب شد العضلات و قلة النوم .و إضطراب القلق العام شائع نسبيا، وأظهرت الدراسات بأن نسبته عند النساء 5% و عند الرجال 3%(Nolen,2011). أما الدليل التشخيصي (DSM5) فيعرفه بأنه شعور عام غامض مليء بالتوجس والتوتر مصحوب ببعض الأحاسيس الجسمية، وهو قلق لا يقتصر على موقف محدد وإنما يمتد إلى سائر مواقف ومناحي حياة الفرد وغالباً ما يكون مجهول المصدر والشخص يكون لديه دائم للقلق ويستمر لمدة 6 أشهر على الأقل (APA,2013).

المحكات التشخيصية لإضطراب القلق العام:

إن معايير تشخيص إضطراب القلق العام حسب الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس (APA ,2013)، هي :

أولاً- القلق المفرط والانشغال (توقع توجسي) ويحدث في أغلب الوقت لمدة 6 أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث والأنشطة مثل (العمل أو الأداء المدرسي).

ثانياً- صعوبة السيطرة على القلق من قبل الشخص.

ثالثاً- وجود ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية :

- شعور الفرد بالتوتر أو الأرق وأنه على حافة الهاوية.
- سرعة التعب والإرهاق.
- صعوبة التركيز.
- سهولة التهيج والاستثارة الدائمة.
- توتر في العضلات.
- اضطرابات النوم (صعوبة النوم أو الدخول فيه) مع ملاحظة أنه عند الأطفال يرتبط بعنصر واحد.

رابعاً- يسبب الاضطراب كرباً و اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

خامساً- لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل تعاطي المخدرات، أو عقار دوائي) أو حالة طبية أخرى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).

سادساً- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب آخر (كالمخاوف الاجتماعية أو نوبة الهلع أو الوسواس القهري أو قلق الانفصال أو فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي أو أي اضطرابات قلق أخرى).

الدراسات السابقة:

أجرى رودريغز واخرون (Rodrigues et al, 2008) دراسة هدفت إلى التعرف على إنتشار أعراض الإكتئاب وضغط ما بعد الصدمة لدى مجموعتين من السيدات الحوامل المعنفات وغير المعنفات في أمريكا، وتكونت عينة الدراسة من (210) سيدة، وتم إستخدام المقابلة المقننة لتقييم الأعراض النفسية المرتبطة بالعنف، وقد أشارت النتائج الى شيوع أعراض الإكتئاب للسيدات الحوامل اللواتي تعرضن للعنف بنسبة 41% مقارنة بالسيدات الحوامل غير المعنفات، كما واشارت النتائج إلى شيوع اعراض ضغط ما بعد الصدمة للسيدات الحوامل اللواتي تعرضن للعنف بنسبة 16% مقارنة بالسيدات الحوامل غير المعنفات.

وقام دراسة كيلي (Kelly, 2010) بدراسة هدفت للتعرف على أعراض الإكتئاب وضغط ما بعد الصدمة لدى السيدات المعنفات من اللاجئات اللاتينيات في أمريكا وتكونت عينة الدراسة من (33) سيدة معنفة، وتم إستخدام الاستبانات الخاصة بالعنف، ومقياس لتحديد أعراض ضغط ما بعد الصدمة والإكتئاب حسب الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية، وأشارت النتائج إلى أن 28 سيدة تعرضن للعنف الجسدي(84.8%)، و22 سيدة تعرضن للعنف النفسي (66.7%)، و24 سيدة تعرضن للعنف الجنسي(72.7%)، كما وأشارت النتائج الى ظهور أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى السيدات المعنفات بنسبة (69.7%) وظهور أعراض الإكتئاب بنسبة (57.6%)، كما وأشارت النتائج الى ظهور أعراض الإكتئاب والصدمة معا بنسبة (54.5%).

وهدفت دراسة فاسكيز واخرون(Vazquez et al, 2012) إلى التعرف على العلاقة بين العنف المبني على النوع الإجتماعي والأعراض النفسية الناتجة عنه لدى عينة من الطالبات الجامعيات في اسبانيا وإشتملت عينة الدراسة على 1043 طالبة (159 طالبة معنفة، و884 طالبة غير معنفة)، وتم إستخدام المقابلات المقننة وتحديد إضطرابات المحور الأول للدليل التشخيصي الرابع، وأشارت النتائج إلى أن (15.2%) من الطالبات تعرضن للعنف خلال حياتهن، وكانت إضطرابات القلق الأكثر شيوعاً بين الطالبات المعنفات بنسبة (95%)مقارنة بالطالبات غير المعنفات، أما أضطراب الإكتئاب كان بنسبة (26.4%) وكان أكثر ارتباطا بالعنف النفسي.

وأجرى (ضمرة وغباري، 2015) دراسة هدفت الى التعرف على مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في الاردن، واشتملت الدراسة على (129)سيدة معنفة، وتم استخدام المقابلة المقننة ومقياس ضغط ما بعد الصدمة، واشارت النتائج الى ان مستوى الصدمة كان بدرجة متوسطة لدى النساء المعنفات، ولا يوجد فروق ذات دلالة احصائية في مقياس الصدمة بين النساء المعنفات تبعاً لنوع العنف.

وأجرت نيميث واخرون (Nemeth et al, 2016) دراسة هدفت إلى تحديد مدى إنتشار تعرض السيدات للعنف المبني على النوع الإجتماعي وعلاقته بالتدخين في ولاية اوهايو بامريكا، وتكونت عينة الدراسة على (398) من السيدات اللواتي يتعرضن للعنف، من خلال تطبيق استبيان مخصص لأحداث العنف، حيث أشارت النتائج إلى أن (57%) من السيدات يتعرضن للعنف المبني على النوع الإجتماعي، كما أشارت إلى أن (77.5%) من السيدات إرتبط سلوك العنف بسلوك التدخين لدى أزواجهن.

وقام سيلفو واخرون (Silove et al, 2017) بدراسة هدفت للتعرف على الأحداث الصادمة كالعنف المبني على النوع الإجتماعي وضغط ما بعد الصدمة في استراليا لدى عينة من كلا الجنسين (4390 من الذكور، و4451 من الإناث) وتم استخدام الإستبيانات والمقابلات التشخيصية حسب أعراض الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية، وأشارت النتائج إلى تعرض السيدات للعنف المبني على النوع الاجتماعي بدرجة كبيرة وكان أكثر عرضة لتطوير أعراض الصدمة بثلاثة أضعاف مقارنة بالرجال. وبلغت نسبة شيوع الإضطراب(السيدات 20.6 ٪، الرجال، 6.3% ٪).كما وأشارت النتائج إلى تعرض السيدات لأكثر من حدث صادم كالعنف الجسدي والإغتصاب.

وهدفت دراسة ماندال واخرون (Mandal et al, 2017) للتعرف على العلاقة بين العنف المبني على النوع الإجتماعي والإكتئاب والقلق وأثرها على نوعية العلاقة الزوجية لدى عينة من السيدات اللواتي يراجعن عيادات الصحة الإنجابية ما بعد الولادة في استراليا، وبلغت عينة الدراسة على (2621) سيدة، وتم استخدام مقاييس خاصة للاكتئاب ما بعد الولادة، والقلق، حيث أشارت النتائج إلى أن السيدات اللواتي تعرضن للعنف أكثر عرضة لظهور أعراض الإكتئاب والقلق حيث بلغت نسبتهم (33%) مقارنة بالسيدات غير المعنفات.

و أجرى كارت واخرون (Kurt et al, 2018) دراسة هدفت للتعرف على الأعراض النفسية الناتجة عن العنف الأسري لدى السيدات المعنفات في تركيا، واشتملت عينة الدراسة على (300) سيدة ممن يتعرضن للعنف، وتم استخدام استبيان خاص بالعنف

ومقياس قائمة الأعراض النفسية SCL 90، واشارت النتائج إلى تعرض 70% من السيدات للعنف اللفظي والنفسي، و49% تعرضن للعنف الجسدي، وأن 65.3% تعرضن للعنف النفسي والجسدي معاً، كما وأشارت النتائج إلى أن اكثر الأعراض النفسية ظهورا وبشكل مرتفع هو الاكتئاب ومن ثم القلق والأعراض النفس- جسدية، وتوصلت الدراسة بأنه لا يوجد فروق تعزى للعمر والمؤهل العلمي، وهناك ارتباط كبير بين التعرض للعنف وتطوير إضطراب الإكتئاب.

وقام تران واخرون(Tran et al, 2018) بإجراء دراسة هدفت للتعرف على العلاقة بين العنف المبني على النوع الإجتماعي وأعراض إكتئاب ما بعد الولادة من النساء المعنفات في فيتنام، واشتملت عينة الدراسة على (1274) سيدة وتم استخدام مقياس ادنبرة للإكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن (50.4%) من السيدات يتعرضن لأحد أشكال العنف النفسي خلال مرحلتي الحمل وما بعد الولادة، وأن (8%) يتعرضن للعنف الجسدي، كما أشارت النتائج أن (8.2%) لديهن أعراض إكتئاب ما بعد الولادة وأن للعنف النفسي تنبؤاً قوياً لتطوير أعراض الإكتئاب.

التعليق على الدراسات السابقة:

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة أنها جميعها اتفقت على أن العنف المبني على النوع الإجتماعي يرتبط بتطوير أعراض الإكتئاب والقلق وضغط ما بعد الصدمة، كما يلاحظ بأن بعض الدراسات السابقة تناولت البحث بين مجموعتين من النساء المعنفات وغير المعنفات كدراسة(رودريغز واخرون 2008، ودراسة ضمرة وغباري، 2015 ، ودراسة Mandal,2017)، كما تناولت بعض الدراسات السابقة الحوامل من النساء المعنفات كدراسةRodrigues 2008ودراسة Mandal,2017 ودراسة 2018, Tran) وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تناولت متغير الحالة الإجتماعية للسيدات المعنفات (متزوجة، عزباء، مطلقة، أرملة) بعكس الدراسات السابقة التي تناولت النساء المعنفات من المتزوجات فقط، كما تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تناولت متغير مصدر العنف(الزوج، أحد أفراد الأسرة، خارج الأسرة)، اذ أن جميع الدراسات السابقة ركزت فقط على الزوج المعنف أو الشريك. كما تتميز الدراسة الحالية بأنها تناولت ثلاثة من الأعراض النفسية (القلق والإكتئاب وضغط ما بعد الصدمة)، إذ أن بعض الدراسات تناولت دراسة متغير الى متغيرين فقط من الأعراض النفسية.

منهجية الدراسة: تقوم هذه الدراسة على المنهج الإرتباطي الوصفي لملائمته لأهداف الدراسة.

مجتمع الدراسة وعينتها: يتكون مجتمع الدراسة من جميع السيدات اللواتي تعرضن لأحد أشكال العنف المبني على النوع الإجتماعي في معهد العناية بصحة الأسرة/مؤسسة الملك الحسين بمركزه الرئيسي الواقع في منطقة صويلح من العاصمة عمان، و المسجلات في قاعدة البيانات الخاصة بالمعهد وعددهن(229) سيدة معنفة، وتكونت عينة الدراسة من (202) سيدة معنفة وتم إختيارهن عن طريق إستهداف مجتمع الدراسة كاملاً وبطريقة قصدية، والجدول (1) يوضح توزيع العينة تبعاً لنوع العنف.

جدول (1) توزيع العينة على متغير نوع العنف

نوع العنف	العدد	النسبة المئوية
نفسي فقط	41	% 20.30
نفسي وجسدي	106	% 52.47
نفسي وجنسي	5	% 2.48
نفسي وجسدي وجنسي	50	% 24.75
المجموع	202	%100

أدوات الدراسة :

أولاً/ مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة

تم تطوير مقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة استنادا للمحكات التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5(2013) APA، والإطلاع على المقاييس ذات الصلة كاختبار هارفارد Harvard Trauma Questionnaire) HTQ Mollica, 2006) وتم بناء المقياس وبلغ عدد فقرات المقياس بصورته الاولية (16) فقرة.

صدق المقياس :تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:الصدق الظاهري/المحكمين، والإتساق الداخلي.

صدق المحكمين: تم عرض فقرات المقياس على عشرة مختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية، وأخصائيين في علم النفس الإكلينيكي، وأخصائيين في القياس والتقويم، وتم اعتماد معيار (80%) من إجماع المحكمين على مدى ارتباط الفقرة بالمقياس، والصياغة اللغوية، وبعد الاطلاع على رأي المحكمين تم حذف فقرتين.

الإتساق الداخلي:تم تطبيق المقياس المكون من (14) فقرة على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وتم إيجاد معاملات الإتساق الداخلي لفقرات المقياس وتراوحت معاملات إرتباط الفقرات ما بين (0.84-0.92)، وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية مؤلفاً من (14) فقرة.

ثبات المقياس:

تم حساب معامل ثبات الإعادة test-retest من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين التطبيق الأول للمقياس والتطبيق الثاني وذلك بفاصل زمني مدته أربعة عشر يوما من إجراء التطبيق الأول، على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وبلغ معامل الثبات (0.95)، كما بلغت قيمة كرونباخ α للإتساق الداخلي للمقياس(0.953).

ثانياً/ مقياس أعراض الإكتئاب

تم تطوير مقياس أعراض الإكتئاب استنادا للمحكات التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 للاضطرابات النفسية (2013) APA، و الإطلاع على مقياس هوبكنز للإكتئاب(Hopkins,Hscl-15) وتم بناء المقياس وبلغ عدد الفقرات بصورته الاولية (15) فقرة.

صدق المقياس :تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين: الصدق الظاهري/المحكمين، والإتساق الداخلي.

صدق المحكمين: تم عرض فقرات المقياس على عشرة مختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية، وأخصائيين في علم النفس الإكلينيكي، وأخصائيين في القياس والتقويم، وتم اعتماد معيار (80%) من إجماع المحكمين على مدى ارتباط الفقرة بالمقياس، والصياغة اللغوية، وبعد الاطلاع على رأي المحكمين تم حذف فقرة واحدة فقط.

الإتساق الداخلي:تم تطبيق المقياس المكون من (14) فقرة على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وتم إيجاد معاملات الإتساق الداخلي لفقرات المقياس، حيث تم حذف الفقرات التي لم يصل معامل إرتباطها إلى مستوى الدلالة وتراوحت معاملات

إرتباط الفقرات ما بين (0.62-0.82)، وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية مؤلفاً من (13) فقرة.

ثبات المقياس: تم حساب معامل ثبات الإعادة test-retest للمقياس من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين التطبيق الأول للمقياس والتطبيق الثاني وذلك بفاصل زمني مدته أربعة عشر يوما من إجراء التطبيق الأول، على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وبلغ معامل الثبات (0.80)، كما بلغت قيمة كرونباخ α للإتساق الداخلي للمقياس(0.85).

ثالثاً/ مقياس أعراض القلق المعمم

تم تطوير مقياس أعراض القلق المعمم استنادا للمحكات التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الخامسDSM للاضطرابات النفسية (2013) APA، وبعد الإطلاع على مقياس هوبكنز للقلق(Hopkins,Hscl-10) وتم بناء المقياس وبلغ عدد الفقرات بصورته الاولية (16) فقرة.

صدق المقياس :تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين: الصدق الظاهري/المحكمين، والإتساق الداخلي.

صدق المحكمين: تم عرض فقرات المقياس على عشرة مختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية، وأخصائيين في علم النفس الإكلينيكي، وأخصائيين في القياس والتقويم، وتم اعتماد معيار (80%) من إجماع المحكمين على مدى ارتباط الفقرة بالمقياس، والصياغة اللغوية، وبعد الاطلاع على رأي المحكمين تم إجراء تعديل في الصياغة اللغوية، وتم حذف فقرتين.

الإتساق الداخلي:تم تطبيق المقياس المكون من (14) فقرة على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وتم إيجاد معاملات الإتساق الداخلي لفقرات المقياس، حيث تم حذف الفقرات التي لم يصل معامل إرتباطها إلى مستوى الدلالة وتراوحت معاملات إرتباط الفقرات ما بين (0.59-0.81)وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية مؤلفاً من (13) فقرة.

ثبات المقياس: تم حساب معامل ثبات الإعادةtest-retest للمقياس من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين التطبيق الأول للمقياس والتطبيق الثاني وذلك بفاصل زمني مدته

أربعة عشر يوما من إجراء التطبيق الأول، على (32) سيدة معنفة من خارج عينة الدراسة في فرع الهاشمي الشمالي التابع لمعهد العناية بصحة الأسرة واللواتي يتلقين الخدمات النفسية، وبلغ معامل الثبات (0.91)، كما بلغت قيمة كرونباخ α للإتساق الداخلي للمقياس(0.83).

وزن الفقرات لأدوات الدراسة :

تم إعطاء القيمة الوزنية للمقاييس الثلاثة المستخدمة (أعراض القلق المعمم، وأعراض الإكتئاب، وأعراض ما بعد الصدمة) تبعا لتدريج ليكرت الخماسي التي تكون على النحو التالي : دائما وتأخذ القيمة (5) وغالبا (4) و أحيانا (3)، و نادرا (2)، و إطلاقا (1) وبالتالي يكون تدريج شدة الأعراض على المقياس تبعا للمعادلة التالية:

$$\frac{\text{الحد الأعلى للإجابة على كل فقرة} - \text{الحد الأدنى للإجابة على كل فقرة}}{\text{عدد المستويات}}$$

$$1.33 = \frac{1-5}{3}$$

وبناء على المعادلة فإن المستوى الواحد يكون(1.33)، وبالتالي يكون تدريج مستوى شدة الأعراض كالتالي:

1 – 2.33 أعراض بسيطة

2.34 3.67 أعراض متوسطة

3.68–5 أعراض شديدة

الأساليب الإحصائية المستخدمة: للإجابة على أسئلة الدراسة تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للسؤال الأول، وتم إجراء تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للإجابة على الأسئلة الثاني والثالث والرابع والخامس، واستخدام إختبار شافيه للمقارنات البعدية بين المتوسطات لمتغيرات الدراسة.

إجراءات الدراسة:

- تم أخذ الموافقة من إدارة معهد العناية بصحة الأسرة على إجراء الدراسة .
- الإستعانة بمنسقي الحالات للرجوع إلى قاعدة البيانات الخاصة بالمعهد والكشوف المتعلقة بالسيدات المعنفات واللواتي خضعن للتقييم الأولي المسبق.

- الإتصال بالسيدات المسجلات في قاعدة البيانات من قبل فريق العمل الخاص بالمعهد (منسقو الحالات، والأخصائيات) بهدف إجراء المقابلات الفردية وتطبيق أدوات الدراسة، وإعطاء مواعيد لوقت المقابلة.

- تم تطبيق أدوات الدراسة والإستبانة الخاصة بالعنف للتأكد من تعرضهن للعنف ونوعه من خلال المقابلة المقننة على (202) سيدة من أصل (229) لعدم تمكن 27 سيدة من الحضور، حيث إستغرقت مدة المقابلة الواحدة من (ساعة-ساعة وربع)، حيث قام بتنفيذ المقابلات وأدوات الدراسة فريق مكون (8 أخصائيين نفسيين) من الذكور والإناث علما بأن المرشدين والأخصائيين النفسيين من حملة درجة الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي وتخصص علم النفس الإكلينيكي، ولديهم خبرة لا تقل عن سبع سنوات في مجال التعامل مع السيدات المعنفات، ولديهم دورات تدريبية متخصصة في التعامل مع تلك الفئة.

- إستغرقت المدة الزمنية لإجراء المقابلات وأدوات الدراسة ثلاثة شهور خلال شهر شباط ولغاية شهر أيار لعام 2019.

- تم إحالة (51) سيدة إلى قسم المشورة المتخصصة داخل معهد العناية، لتلقي جلسات الدعم النفسي نظراً للأعراض النفسية وردود الأفعال التي ظهرت خلال المقابلة.

- وبعد انتهاء التطبيق تم جمع البيانات وتفريغها وتحليلها بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية لتحليل البيانات SPSS (Statistical Package for The Social Scientists).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستوى أعراض الإكتئاب والقلق العام وضغط ما بعد الصدمة لدى المساء لهن من السيدات المعنفات في الأردن؟

للإجابة على السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة عن مقياس أعراض الاكتئاب والقلق العام وضغط ما بعد الصدمة، والجدول (2) يبين النتائج.

جدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة (ن 202)على مقياس أعراض الاكتئاب والقلق العام واضطراب ما بعد الصدمة

مستوى الأعراض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الاكتئاب	4.03	0.417	مرتفع
ضغط ما بعد الصدمة	2.78	1.055	متوسط
القلق المعمم	4.04	0.478	مرتفع

يتضح من الجدول (2) أن اعلى متوسط حسابي بين المجالات الثلاث كان لأعراض القلق العام حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.04) وبمستوى "مرتفع"، ثم يليه أعراض الاكتئاب حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.03) وبمستوى "مرتفع"، وأخيراً جاء بالمرتبة الأخيرة اعراض ضغط ما بعد الصدمة حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.78) وبمستوى "متوسط".

ويعزى ذلك في ضوء تكرار تعرض السيدة للعنف النفسي، وما يشمله من تهديد مستمر، وشتم، وإهانات وتحقير، التي بدورها ستطور أعراض القلق والإكتئاب لدى السيدة، كالشعور بالألم النفسي والعجز والإستسلام والوحدة والعزلة، وهذا ما يمكن تسميته بالعجز المكتسب وتحديدًا عندما يتكرر العنف يصبح لديها معتقد بأنها عاجزة ولا يمكنها إيقاف العنف الموجه ضدها (Walker,2016)مما يزيد من تعرضها للشعور بالخوف وعدم الأمان والتوجس والتيقظ الناتجه عن تلك الخبرة فتصبح السيدة لديها مشاعر قلق وتوتر حيال نفسها مما يقودها الى حالة اليأس وعدم القدرة على التحمل فتزداد تعرضها لأعراض القلق، كما أن السيدة تبقى في حالة إنشغال دائم في التفكير وتسيطر عليها حالة الحزن مما يؤثر على نومها ومزاجها، الأمر الذي سيؤدي لتدني النشاط والطاقة وضعف الحالة الجسدية وفقدان في الشهية ولوم دائم للذات وللأخرين، كما تشعر السيدة بالذنب، وتدني في تقدير الذات، و نظرة تشاؤمية لكل شيء، والذي بدوره سيطور أعراض الإكتئاب. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Kurt et al,2018) والتي أشارت إلى أن أكثر الأعراض النفسية ظهوراً وبشكل مرتفع لدى السيدات المعنفات هو الإكتئاب والقلق، كما تتفق مع دراسة(Tran et al,2018) والتي أشارت إلى أن هناك قدرة تنبؤية للعنف في تطوير أعراض الإكتئاب.كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة Vázquez et al,2012)) والتي أشارت إلى أن أعراض القلق الأكثر شيوعاً بين الطالبات المعنفات ويليها أعراض الإكتئاب. كما وأشارت النتائج أن

مستوى أعراض ضغط ما بعد الصدمة كانت بمستوى متوسط، ويعزى ذلك في ضوء تعرض السيدة للعنف النفسي والجسدي معاً فتعرض السيدة للضرب، والركل وما سيتركه من أثار جسدية كالجروح والكدمات تزامناً مع العنف النفسي، مما سيقود إلى ظهور أعراض الصدمة متمثلة بتذكر خبرة العنف وبتجنب جميع المواقف والأحداث والأنشطة المرتبطة بالعنف، وإرتفاع في معدلات الإستثارة المتمثلة بردود فعل مفاجئة كالجفل عند تذكر خبرة العنف وصعوبه في التركيز ومشاكل متمثلة بالنوم نتيجة الأحلام والكوابيس .وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسات (ضمرة، 2015) ودراسة (Kelly et all,2010) والتي أشارت إلى ظهور أعراض الصدمة بشكل متوسط لدى النساء المعنفات.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل هناك فروق ذات دلالة في متوسطات أداء السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق العام باختلاف نوع العنف؟

للإجابة على السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات السيدات المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لنوع العنف، والجدول (3) يبين النتائج.

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات السيدات المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لنوع العنف

الأعراض / نوع العنف		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاكتئاب	نفسي فقط	41	3.96	.404
	نفسي وجسدي	106	4.02	.439
	نفسي وجنسي	5	4.09	.610
	نفسي وجسدي وجنسي	50	4.11	.352
	المجموع	202	4.03	.417
ضغط ما بعد الصدمة	نفسي فقط	41	2.31	.630
	نفسي وجسدي	106	2.39	.807
	نفسي وجنسي	5	2.45	.813
	نفسي وجسدي وجنسي	50	4.02	.832
	المجموع	202	2.78	1.055
القلق المعمم	نفسي فقط	41	3.96	.492

الأعراض / نوع العنف		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	نفسي وجسدي	106	4.02	.540
	نفسي وجنسي	5	3.94	.122
	نفسي وجسدي وجنسي	50	4.15	.306
	المجموع	202	4.04	.478

يبين الجدول (3) ان اعلى متوسط لنوع العنف في جميع المجالات كان للعنف النفسي والجسمي والجنسي حيث بلغ المتوسط الحسابي في مجال الاكتئاب (4.11)، اما في مجال ضغط ما بعد الصدمة فقد كان (4.02)، واخيراً في مجال القلق المعمم (4.15)، وللتأكد مما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية دالة احصائياً تم عمل تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول (4) يبين النتائج.

جدول (4)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للفروق في نوع العنف وفقاً لمتغيرات الدراسة

الأعراض		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الاكتئاب	بين المجموعات	.610	3	.203	1.172	.322	غير دال
	داخل المجموعات	34.350	198	.173			
	الكلي	34.959	201				
ضغط ما بعد الصدمة	بين المجموعات	102.781	3	34.260	56.114	.000	دال
	داخل المجموعات	120.888	198	.611			
	الكلي	223.669	201				
القلق المعمم	بين المجموعات	.966	3	.322	1.416	.239	غير دال
	داخل المجموعات	45.031	198	.227			
	الكلي	45.997	201				

يبين الجدول (4) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) على مجال الاكتئاب والقلق المعمم تعزى لمتغير نوع العنف، حيث كان

جميع قيم "ف" ذات دلالة إحصائية اعلى من (0.05)، اما مجال ضغط ما بعد الصدمة فأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير نوع العنف، ولتحديد مصادر هذه الفروق الدالة إحصائياً تم عمل اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (5) يبين النتائج.

جدول (5)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمتغير ضغط ما بعد الصدمة على متغير نوع العنف

الأعراض	نوع العنف	نفسي فقط	نفسي وجسدي	نفسي وجنسي	نفسي وجسدي وجنسي
ضغط ما بعد الصدمة	نفسي فقط	–	-.0803	-.1463	-1.7118*
	نفسي وجسدي	–	–	-.0660	-1.6315*
	نفسي وجنسي	–	–	–	-1.5654*
	نفسي وجسدي وجنسي	–	–	–	–

* دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 05.

يبين الجدول (5) ان الفروق في المقارنات البعدية جاءت في اتجاه نوع العنف النفسي والجسدي والجنسي، وكانت جميعها دالة احصائياً، بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير نوع العنف في اتجاه نوع العنف النفسي والجسدي والجنسي.

ويعزى ذلك إلى أن التعرض للعنف من الطبيعي سيطور أعراض القلق والإكتئاب وتتزايد تلك الأعراض مع تكرار حادثة العنف وبغض النظر عن نوعه، فهناك إرتباط كبير بين التعرض لخبرة العنف وبين تطوير أعراض القلق والإكتئاب معاً، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات كدراسة (Bonomi et al,2009) ودراسة (Campbell,2009).كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تبعاً لنوع العنف وتحديداً (العنف النفسي والجسدي والجنسي)، ويعزى ذلك إلى معايشة خبرة العنف الواقعة على السيدة كتعرضها للعنف الجسدي والنفسي والجنسي المتمثل بالإغتصاب أو الإساءة الجنسية أو التحرش الجنسي الذي يعتبر وصمة عار للسيدة ويعتبر حدثاً ضاغطاً لها وخارج حدود امكاناتها لأنه يفوق المصادر الذاتية لمواجهتها فتشعر السيدة بالعجز تجاه تلك الخبرة، مما تسبب خبرات العنف الإحساس العالي بالألم النفسي والشعور بالعار والذنب، وهذا ما يفسر بالصدمة الداخلية للسيدة من خلال استعادة الخبرة لحادثة العنف عن طريق الذكريات والأفكار المؤلمة والمقحمة التي تظهر

على شكل الأحلام والكوابيس مما يصعب عليها النوم، وهذا تبين من خلال العمل مع تلك الفئة من المعنفات حيث تتذكر السيدة الحادثة وتسترجعها بدرجة من الشدة مماثلة للصدمة الأصلية، مما ستتجنب السيدة جميع المثيرات المرتبطة بالحدث .كما وتظهر أعراض زيادة الاستثارة، كفرط التيقظ وصعوبة التركيز، والجفل، والتهيج)2003, Dumas & Nilsen).كما تشمل الصدمة على أعراض ثانوية مرافقة كالقلق والإكتئاب والخوف من الأماكن المفتوحة ونوبات الهلع (Brown et al,2001) فالتعرض للعنف النفسي والجسدي والجنسي سيؤدي لتشكل خبرات صادمة، ولهذا فإن الصدمة وآثارها تستمر حتى بعد إنتهاء حادثة العنف (Street,2001). وتختلف نتيجة تلك الدراسة مع دراسة (ضمرة وغباري، 2015) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً لمقياس الصدمة لدى السيدات المعنفات تبعاً لنوع العنف، ويعزى ذلك إلى أن الدراسة الحالية تناولت متغير العنف الجنسي ولم تقتصر على العنف النفسي والجسدي فقط.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:هل هناك فروق ذات دلالة في متوسطات أداء السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم باختلاف العمر؟ للإجابة على السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لمتغير العمر، والجدول (6) يبين النتائج.

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات السيدات

الأعراض / العمر		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاكتئاب	18-24	44	4.08	.391
	25-35	109	4.01	.396
	36 فأكثر	49	4.04	.484
	المجموع	202	4.03	.417
ضغط ما بعد الصدمة	18-24	44	3.22	1.251
	25-35	109	2.81	1.047
	36 فأكثر	49	2.30	.614
	المجموع	202	2.78	1.055
القلق المعمم	18-24	44	4.05	.532
	25-35	109	4.00	.482
	36 فأكثر	49	4.12	.413
	المجموع	202	4.04	.478

يبين الجدول (6) ان اعلى متوسط لمتغير العمر في مجالي الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة كان للعمر 18-24 سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي في مجال الاكتئاب (4.08)، اما في مجال ضغط ما بعد الصدمة فقد كان (3.22)، أما في مجال القلق المعمم فقد كان اعلى متوسط لعمر 36 فأكثر (4.13)، وللتأكد مما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية دالة احصائياً تم عمل تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول (7) يبين النتائج.

الجدول (7)

نتائج تحليل التباين للفروق في متغير العمر وفقاً لمتغيرات الدراسة

الأعراض		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الاكتئاب	بين المجموعات	.164	2	.082	.469	.626	غير دال
	داخل المجموعات	34.795	199	.175			
	الكلي	34.959	201				
ضغط ما بعد الصدمة	بين المجموعات	19.795	2	9.898	9.661	.000	دال
	داخل المجموعات	203.873	199	1.024			
	الكلي	223.669	201				
القلق المعمم	بين المجموعات	.523	2	.262	1.145	.320	غير دال
	داخل المجموعات	45.474	199	.229			
	الكلي	45.997	201				

يبين الجدول (7) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) على مجال الاكتئاب والقلق المعمم تعزى لمتغير العمر، اما مجال ضغط ما بعد الصدمة فأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير العمر، ولتحديد مصادر هذه الفروق الدالة إحصائياً تم عمل اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (8) يبين النتائج.

جدول (8)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمتغير ضغط ما بعد الصدمة على متغير العمر

الأعراض	العمر	18-24	25-35	36 فأكثر
ضغط ما بعد الصدمة	18-24	-	.4021	.9164*
	25-35	-	-	.5143*
	36 فأكثر	-	-	-

* دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 05.

يبين الجدول (8) ان الفروق الدالة إحصائياً كانت بين فئة العمر (36 فما فوق) وبين فئات العمر (18-24) و(25-35) وكانت الفروق لصالح فئات العمر (18-24) و(25-35)، بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير العمر في اتجاه فئات العمر (18-24) و(25-35) سنة مقارنةً بالفئة العمرية (36 فما فوق)، اما باقي الفئات فإن الفروق غير دالة احصائياً.

كما يمكن تفسير ذلك الى أن أفراد العينة من فئة الأقل عمراً يفتقرون للخبرة وليس لديهم مهارات مواجهة للتعامل مع تلك الأحداث الصادمة والخارجة عن المألوف فيدركها هؤلاء الأشخاص على أنها تهديد والتي من شأنها تعرضهم للإصابة بضغط ما بعد الصدمة من جهة، ومن جهة أخرى فان تعرض الأفراد الأكبر سناً لخبرات عنف متكررة وشديدة مما يصبح لديهم حساسية أكثر في الإصابة بضغط ما بعد الصدمة.حيث أشار الدليل التشخيصي إلى أن الفئات الأقل عمراً هم الأكثر عرضة لتطوير أعراض الصدمة (APA,2013).وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Kurt et al,2018) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق تعزى لمتغير العمر.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:هل هناك فروق ذات دلالة في متوسطات أداء السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم باختلاف مصدر العنف؟للإجابة على السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لمتغير مصدر العنف، والجدول (9) يبين النتائج.

جدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لمتغير مصدر العنف

الأعراض / مصدر العنف		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاكتئاب	الزوج	107	4.04	.393
	الأهل	53	3.94	.493
	غير ذلك (خارج الأسرة)	42	4.12	.354
	المجموع	202	4.03	.417
ضغط ما بعد الصدمة	الزوج	107	2.39	.784
	الأهل	53	2.58	.895
	غير ذلك (خارج الأسرة)	42	4.00	.941
	المجموع	202	2.78	1.055
القلق المعمم	الزوج	107	3.97	.499
	الأهل	53	4.08	.472
	غير ذلك (خارج الأسرة)	42	4.17	.405
	المجموع	202	4.04	.478

يبين الجدول (9) ان اعلى متوسط لمصدر العنف في جميع المجالات كان لمصادر غير الزوج والاهل حيث بلغ المتوسط الحسابي في مجال الاكتئاب (4.12)، اما في مجال اضطراب ما بعد الصدمة فقد كان (4.00)، واخيراً في مجال القلق المعمم (4.17)، وللتأكد مما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية دالة احصائياً تم عمل تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول (10) يبين النتائج.

جدول (10)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للفروق في متغير مصدر العنف وفقاً لمتغيرات الدراسة

الأعراض		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الاكتئاب	بين المجموعات	.806	2	.403	2.350	.098	غير دال
	داخل المجموعات	34.153	199	.172			
	الكلي	34.959	201				
ضغط ما بعد الصدمة	بين المجموعات	80.523	2	40.262	55.972	.000	دال
	داخل المجموعات	143.145	199	.719			
	الكلي	223.669	201				
القلق المعمم	بين المجموعات	1.291	2	.645	2.873	.059	غير دال
	داخل المجموعات	44.707	199	.225			
	الكلي	45.997	201				

يبين الجدول (10) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مجال الاكتئاب والقلق المعمم تعزى لمتغير مصدر العنف، حيث كان جميع قيم "ف" ذات دلالة إحصائية اعلى من (α= 0.05)، اما مجال ضغط ما بعد الصدمة فأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير مصدر العنف، ولتحديد مصادر هذه الفروق الدالة إحصائياً تم عمل اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (11) يبين النتائج.

جدول (11)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمتغير اضطراب ما بعد الصدمة على متغير مصدر العنف

الأعراض	مصدر العنف	الزوج	الأهل	غير ذلك
ضغط ما بعد الصدمة	الزوج	–	-.1915	-1.6066*
	الأهل	–	–	-1.4151*
	غير ذلك(خارج الأسرة)	–	–	–

* دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 05.

يبين الجدول (11) ان الفروق الدالة إحصائياً كانت بين مصادر العنف الأخرى (غير ذلك/خارج الأسرة) وبين الزوج والأهل وكانت الفروق لصالح مصادر العنف الأخرى/خارج الأسرة، بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) على مقياس ضغط ما بعد الصدمة تعزى لمتغير مصدر العنف لصالح

مصادر العنف الأخرى غير الزوج والاهل. ويعزى ذلك لنوع العنف الواقع وهذا ما تبين خلال المقابلات بأن السيدات اللواتي تعرضن لمصدر العنف من خارج الأسرة تمثل بالعنف الجنسي سواء كان بالإعتداء أو التحرش حيث يعتبر ذلك خبرة سلبية وغير متوقعة مما ستكون أكثر عرضة لتطوير اعراض ما بعد الصدمة نظرا للشعور بوصمة العار ولوم الذات. كما يرتبط ذلك بمدى معرفة الأهل وتقبلهم عن تلك الخبرة ومدى تلقي السيدة للدعم النفسي الإجتماعي من أفراد أسرتها(Nolen,2011).

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل هناك فروق ذات دلالة في متوسطات أداء السيدات المعنفات في الأردن على اعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم باختلاف الحالة الاجتماعية؟للإجابة على السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، والجدول (12) يبين النتائج.

جدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء المعنفات على مقاييس الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الأعراض / الحالة الاجتماعية		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاكتئاب	عزباء	52	4.04	.379
	متزوجة	128	4.04	.430
	مطلقة	16	3.76	.353
	ارملة	6	4.32	.339
	المجموع	202	4.03	.417
ضغط ما بعد الصدمة	عزباء	52	3.18	1.204
	متزوجة	128	2.63	.991
	مطلقة	16	2.82	.880
	ارملة	6	2.26	.284
	المجموع	202	2.78	1.055
القلق المعمم	عزباء	52	4.22	.450
	متزوجة	128	4.00	.476
	مطلقة	16	3.81	.478
	ارملة	6	4.04	.380
	المجموع	202	4.04	.478

يبين الجدول (12) ان اعلى متوسط لمتغير الحالة الاجتماعية في مجال الاكتئاب كان للأرملة حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.32)، اما في مجالي ضغط ما بعد الصدمة والقلق المعمم فقد كان اعلى متوسط للعزباء حيث بلغ المتوسط الحسابي ضغط ما بعد الصدمة (3.18)، أما في مجال القلق المعمم فقد بلغ المتوسط الحسابي (4.22)، وللتأكد مما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية دالة احصائياً تم عمل تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول (13) يبين النتائج.

جدول (13)

نتائج تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للفروق في متغير الحالة الاجتماعية وفقاً لمتغيرات الدراسة

الأعراض		جموع المربعا	درجات الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الاكتئاب	بين المجموعات	1.686	3	.562	3.344	.020	دال
	داخل المجموعات	33.273	198	.168			
	الكلي	34.959	201				
ضغط ما بعد الصدمة	بين المجموعات	13.029	3	4.343	4.082	.008	دال
	داخل المجموعات	210.639	198	1.064			
	الكلي	223.669	201				
القلق المعمم	بين المجموعات	2.704	3	.901	4.122	.007	دال
	داخل المجموعات	43.293	198	.219			
	الكلي	45.997	201				

يبين الجدول (13) أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α= 0.05) على جميع المجالات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث كانت جميع قيم "ف" ذات دلالة إحصائية اعلى من (0.05)، ولتحديد مصادر هذه الفروق الدالة إحصائياً تم عمل اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (14) يبين النتائج.

جدول (14)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمتغير ضغط ما بعد الصدمة على متغير الحالة الاجتماعية

الأعراض	الحالة الاجتماعية	عزباء	متزوجة	مطلقة	أرملة
الاكتئاب	عزباء	–	-.0045	.2788	-.2780
	متزوجة	–	–	.2834	-.2734
	مطلقة	–	–	–	-.5568*
	أرملة	–	–	–	–
ضغط ما بعد الصدمة	عزباء	–	.5539*	.3671	.9277
	متزوجة	–	–	-.1868	.3738
	مطلقة	–	–	–	.5606
	أرملة	–	–	–	–
القلق المعمم	عزباء	–	.2210*	.4043*	.1713
	متزوجة	–	–	.1832	-.0497
	مطلقة	–	–	–	-.2330
	أرملة	–	–	–	–

يبين الجدول (14) ان الفروق الدالة إحصائياً في مقياس الاكتئاب كانت بين المطلقة وبين الأرملة وكانت الفروق في اتجاه الأرملة، بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الارملة مقارنةً بالمطلقة، ويعزى ذلك بإعتبار أن وفاة الزوج تعد من الخسائر العميقة في الخبرات الإنسانية بسبب طبيعة الرابطة القوية والداعمة مما ستكون إستجابة السيدة الأرملة بالحزن والإرتباك والتشويش وزيادة مسؤوليتها تجاه تعدد أدوارها من جهة، وعندما تتعرض الأرملة للعنف من قبل أسرتها يعتبر تحدي أكبر وجرحًا أكثر عمقاً مما سيقود ذلك لإرتفاع أعراض الإكتئاب وتحديداً إن كان لديها خبرات إحباط سابقة من جهة أخرى .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (بن بريك، والعطاس، 2014) والتي أشارت إلى أن فئة الأرامل والمطلقات هي من أكثر الفئات لديها أعراض إكتئاب وبدرجة متوسطة وشديدة. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً لأعراض القلق المعمم ولأعراض الصدمة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في اتجاه العزباءويمكن تفسير ذلك بأن السيدة العزباء ليس لديها الجرأة للتعبير عن إنفعالاتها تجاه العنف الواقع عليها داخل نطاق أسرتها وخاصة في مجتمعاتنا التي تشجع على خصوصية الأسرة وعدم

إنتقاد الأب أو الأخ الأمر الذي يؤدي لكبت تلك الخبرات، بعكس السيدة المطلقة أو الأرملة التي لديها الجرأة والقدرة للتعبير عن انفعالاتها تجاه العنف وبإمكانها الرجوع لأسرتها أو العيش مع أبنائها في بيت منفصل لكن السيدة العزباء لا تمتلك تلك البدائل لمواجهة العنف، كما تصبح السيدة العزباء تفكر كثيرا بالإرتباط والإستقرار الناتج عن ضغط الأسرة للعيش في مكان يخلو من العنف والخروج من تلك الدائرة مما يجعلها تظهر أعراض نفسية كالقلق العام وضغط ما بعد الصدمة مقارنة بغيرها من الفئات الأخرى.

التوصيات:

في ضوء النتائج السابقة يوصى بما يلي:

- ضرورة تكثيف برامج رفع الوعي إعلاميا حول ظاهرة العنف وأثارها السلبية لجميع الفئات العمرية.
- إيجاد الطرق والوسائل لإلزامية خضوع المسيئين لجلسات الإرشاد النفسي.
- ضرورة استخدام الاساليب العلاجية المختصرة التي تركز على التخفيف من أعراض الصدمة والإكتئاب وأعراض القلق، ومن ثم اتباع الاساليب العلاجية الاخرى.
- ضرورة تطبيق مجموعات الارشاد النفسي التي لها فعالية في العمل مع السيدات المعنفات.
- ضرورة إجراء دراسات على الأسر التي يسود بها العنف وتحديدا الأثار الواقعة على الأطفال.
- القيام بإجراء دراسات على السيدات المعنفات تتناول أعراض نفسية أخرى كالأفكار الإنتحارية والرهاب الاجتماعي، وقلق المستقبل.
- إجراء دراسات حول عوامل الشخصية وقدرتها التنبؤية بحدوث العنف لدى المسيئين الذكور.
- إجراء دراسات حول أنماط التواصل الأسري للأسر المعنفة وإيجاد برامج ارشادية لتعزيز مهارات التواصل البناءة.

المصادر والمراجع:

المراجع العربية:

- بن بريك، عبدالحكيم والعطاس، هادون (2014)، الإكتئاب وأعراضه لدى عينات من ساحل حضرموت في ضوء بعض المتغيرات، *مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والإجتماعية*، العدد 2، ص82-139.
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة(2005)، العنف الأسري في الأردن:المعرفة والإتجاهات والواقع، تقرير أولي، منشورات المجلس الوطني لشؤون الأسرة، 43-44.
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة(2013)، الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لحالات العنف الأسري في الأردن، منشورات المجلس الوطني لشؤون الأسرة، 1-74.
-المجلس الوطني لشؤون الأسرة(2018)، مسودة دليل الإجراءات الوطنية الموحدة للوقاية والإستجابة للعنف المبني على النوع الإجتماعي والعنف الأسري والعنف ضد الأطفال.
- ضمرة، جلال وغباري، ثائر(2015)، مستويات ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا العنف الأسري من النساء المعنفات في ضوء عدة متغيرات، *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، العدد1، ص237-266.
- معهد العناية بصحة الأسرة/مؤسسة الملك الحسين(2011)، *دليل تمكين المرأة من الطفولة إلى الشيخوخة*، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية:

- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American journal of preventive medicine*, 30(6), 458-466.
- Cicchetti,D. and Toth,S.(2005),Child maltreatment.Journal of clinical psychology,1,409-438.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet*, 368(9543), 1260-1269.

- **Ishida, K., Stupp, P., Melian, M., Serbanescu, F., & Goodwin, M. (2010). Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay.** ***Social Science & Medicine,*** **71(9), 1653-1661.**

- **Kelly, U. A. (2010). Symptoms of PTSD and major depression in Latinas who have experienced intimate partner violence.** ***Issues in Mental Health Nursing,*** **31(2), 119-127.**

- **Kennedy, A. C., & Bennett, L. (2006). Urban adolescent mothers exposed to community, family, and partner violence: Is cumulative violence exposure a barrier to school performance and participation?.** ***Journal of Interpersonal Violence,*** **21(6), 750-773.**

-**Krantz G, Garcı´a-Moreno C (2005) Violence against women.** ***J Epidemiol Commun Health,*** **59:818–821**

- **Kurt, E., Küpeli, N. Y., Sönmez, E., Bulut, N. S., & Akvardar, Y. (2018). Domestic Violence Among Women Attending to Psychiatric Outpatient Clinic.** ***Archives of Neuropsychiatry,*** **55(1), 22.**

- **Koenen,K. Harley,R. Lyons,M. Wolfe,J. Simpson,J. Goldberg,J.(2002), A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorders.** ***Journal of nervous and mental Disease,*****190,209-218.**

- **Lee, J., Pomeroy, E. C., & Bohman, T. M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping.** ***Journal of Family Violence,*** **22(8), 709-720.**

- **Manzolli, P., Nunes, M. A. A., Schmidt, M. I., Pinheiro, A. P., Soares, R. M., Giacomello, A., & Melere, C. (2010). Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil.** ***Social psychiatry and psychiatric epidemiology,*** **45(10), 983-988.**

- **Mollica, R (2006), Harverd Trauma Questionnaire (HTQ) Manual Cambodian Laotian and Vietnamese Version. Torture Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture;** ***supplementum*** **1:21-33.**

- **Nemeth, J. M., Bonomi, A. E., Lu, B., Lomax, R. G., & Wewers, M. E. (2016). Risk factors for smoking in rural women: the role of gender-based sexual and intimate partner violence.** ***Journal of Women's Health,*** **25(12), 1282-1291.**

- **O'Donnell, D. A., Roberts, W. C., & Schwab-Stone, M. E. (2011). Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: the moderating role of positive school climate. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(1), 59-67.**

- **Rodriguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., & Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52.**

- **Romito, P., Turan, J. M., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social science & medicine*, 60(8), 1717-1727.**

- **Takano, Y. (2006). Coping with domestic violence by Japanese Canadian women. In Handbook of multicultural perspectives on stress and coping (pp. 319-360). *Springer, Boston*, MA.**

- **Tran, N. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, H. D., Van Ngo, T., Gammeltoft, T., Rasch, V., & Meyrowitsch, D. W. (2018). Emotional violence exerted by intimate partners and postnatal depressive symptoms among women in Vietnam: A prospective cohort study. *PloS one*, 13(11), e0207108..**

- **Walker, L. E. (2016). The battered woman syndrome. *Springer publishing company.***

- **Zlotnick, C., Johnson, D. M., & Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of interpersonal violence*, 21(2), 262-275.**

-**American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.**

-**American Psychiatry Association . (2000) , Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . Text Revision , (4th) , Washington, DC.**

-**Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. Health services research, 44(3), 1052-1067.**

-Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. Journal of abnormal psychology, 110(4), 585.

-Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 225-246.

-Dumas, J. & Nilsen ,W.(2003), Abnormal Child and Adolescent, NewYork : Ally and Bacon.

-Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social science & medicine*, 66(4), 1008-1018.

-Mandal, S. K., Hooker, L., Vally, H., & Taft, A. (2018). Partner violence and postnatal mental health: cross-sectional analysis of factors associated with depression and anxiety in new mothers. *Australian journal of primary health*, 24(5), 434-440.

-Nolen , S. (2011). *Abnormal Psychology*. (5th ed), McGraw-Hill, New York.

-Silove, D., Baker, J. R., Mohsin, M., Teesson, M., Creamer, M., O'Donnell, M., & Bryant, R. (2017). The contribution of gender-based violence and network trauma to gender differences in Post-Traumatic Stress Disorder. *PloS one*, 12(2), e0171879.

-Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims*, 16(1), 65.

-Vázquez, F. L., Torres, A., & Otero, P. (2012). Gender-based violence and mental disorders in female college students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(10), 1657-1667.

-World Health Organization(2002). World report on violence and health: Summary. Geneva. http://www.who.int/violence_injury_prevention/ violence/world_report/en/summary_en.pdf