

تأثير الفقر على الصحة النفسية بين الشباب في مصر

أ. هناء سلامة

د. سها متولي

باحث - المركز القومي للبحوث الاجتماعية

أستاذ مساعد بقسم الإحصاء الحيوي

والجنائية

والسكاني، كلية الدراسات العليا للبحوث

الإحصائية، جامعة القاهرة

الملخص:

استهدفت الدراسة الراهنة قياس تأثير الفقر على الصحة النفسية للشباب في الفئة العمرية (١٨-٣٥ سنة) وذلك من خلال: (١) التعرف على مستوى الاضطرابات النفسية بين الشباب، حسب حالة الفقر والخصال المختلفة للشباب؛ (٢) قياس تأثير الفقر على الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الشباب، وذلك من خلال الاعتماد على بيانات المسح القومي للنشء والشباب في مصر لعام (٢٠١٤)، وقد بلغ حجم عينة الدراسة (٨٦٦٨) شابًا. ولقياس الاضطرابات النفسية فقد تم تبني أداة استبيان الإقرار الذاتي (SRQ-20) المقترحة من منظمة الصحة العالمية، كما تبنت الدراسة مؤشر الفقر متعدد الأبعاد (MPI) لقياس مستوى الفقر بين الشباب بالعينة. وقد تم تطبيق نموذج الانحدار اللوجستي عشوائي التأثير لتقدير أثر الفقر متعدد الأبعاد على الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الشباب. وقد أظهرت النتائج أن للفقر متعدد الأبعاد تأثيرًا سلبيًا على إصابة الشباب بالاضطرابات النفسية، حيث ترتفع فرص الإصابة بالاضطرابات بين الفقراء بنحو ثمانية أضعاف مقارنة بغير الفقراء، كذلك فإن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الصحة النفسية. وتعدّ الأمراض المزمنة وعدم التمتع بنظام تأمين صحي والتدخين وتعاطي المخدرات والشعور بعدم الأمان من أهم المتغيرات التي تزيد من فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية. وتوصي الدراسة بأهمية تتبع الحالات التي تبين إصابتها بالاضطرابات النفسية وإعادة تقييمهم بأدوات أكثر عمقًا لتحديد نوع الاضطراب النفسي بشكل أدق؛ الأمر الذي يساعد في تحديد وسائل العلاج.

الكلمات الدالة: الصحة النفسية - الشباب - الفقر - مصر

Impact of Poverty on the Mental Health of Youth in Egypt¹

Soha Metwally - Associate Professor

Department of Demography and Biostatistics

Faculty of Graduate Studies for Statistical Research

(FGSSR) Cairo University

Hanaa Salama - Researcher

Senicer Statistics and Information Specialist

National Center for Social and Criminological Research

Abstract:

The current study aimed to measure the impact of multidimensional poverty on the mental health of youth in age group (18-35) through: (1) Identifying the level of mental disorders among youth according to poverty status. (2) Measuring the effect of multidimensional poverty on the rate of mental disorders in youth, which is based on the data of the Survey of Young People in Egypt (SYPE) (2014). The study sample was (8668) individuals. To measure mental health disorders, the World Health Organization proposed mental health scale using the Self-Reporting Questionnaire - 20 (SRQ-20). Moreover, the study also implemented the multidimensional poverty index. The Random Effect Logit Model has been applied to assess the impact of multidimensional poverty on the incidence of mental disorders among the youth. It has been shown that multidimensional poverty has a negative influence on mental health of youth as the chances of disorders among the poor are about 8 times compared to the non-poor. Apart from this, females are more susceptible to mental disorders. Likewise, chronic diseases, absence of health insurance, smoking, and drugs abuse increase the chance of developing disorders. Additionally, insecurity increases the risk of developing disorders compared to those who feel safe. The study highlights the importance of tracking cases that show their affliction with mental disorders and reassessing them with more in-depth and advanced approaches to corroborate the incidence and classify the type of mental disorder.

Keywords: Mental Health- Youth- Poverty -Egypt

¹ The current study abstracted from the Master's degree in Biostatistics and Demography; under supervision of Prof. Somaya El-Saadani and Dr. Soha Metwally, Department of Biostatistics and Demography, Cairo University entitled: Multidimensional Poverty and its Impact on the Mental Health of Youth.

مقدمة

تُعرّف الصحة النفسية بأنها "حالة من العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته الذاتية، ويستطيع مواجهة ضغوط الحياة العادية، ويكون قادرًا على العمل الإيجابي والمثمر" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨a) ونظرًا للأهمية الكبيرة للصحة النفسية؛ فإن المنظمات الدولية -وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية- تسعى جنبًا إلى جنب مع حكومات دول العالم إلى وضع استراتيجيات طويلة الأمد، وخطط عمل قصيرة ومتوسطة الأجل لدعم الصحة النفسية في العالم، الأمر الذي يستوجب الوقوف على العوامل التي تهددها. من جهة أخرى؛ فإن اختلاف القيم والثقافات والعادات الاجتماعية أدى إلى عدم القدرة على تحقيق توافق عام في الآراء بشأن مفهوم الاضطرابات النفسية. ورغم ذلك فقد تركزت الجهود لوضع تعريف يجمع بين مختلف الرؤى، وكان من أهم ما تم الاتفاق عليه هو أن "الاضطراب النفسي ليس مرضًا عقليًا، وأن الفرد الصحيح نفسيًا هو من يمتلك قدرًا من التوازن الداخلي يمكّنه من استخدام قدراته بشكل سليم متناغم مع القيم السائدة في المجتمع" (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015, P. 231).

ووفقًا لإحصاءات منظمة الصحة العالمية، تُعدّ دول: الصين والهند والولايات المتحدة الأمريكية أكثر ثلاث دول تعاني من عبء الإصابة بالاضطرابات النفسية (وفقًا لمؤشر سنوات العمر المفقودة بسبب العجز أو الوفاة المعدلة DALYs^٢). أما من حيث نسب الانتشار؛ فإن نيوزيلندا هي أعلى دول العالم تليها أستراليا ثم إيران بنسب بلغت (١٨.٧%)، (١٨.٤%)، (١٧.٧%) على التوالي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨b). مع الأخذ في الحسبان أن النظم الصحية في الدول النامية قد تواجهها صعوبة في رصد المستوى

^٢ مؤشر الدالي (DALY) هو مقياس لعبء المرض العام، يعبر عن عدد السنوات الضائعة أو المفقودة من العمر بسبب اعتلال الصحة، أو الإعاقة أو الوفاة المبكرة. وقد تم تطويره من قبل منظمة الصحة العالمية، وأصبح واسع الاستخدام بشكل كبير في مجال الصحة العامة وتقييم الأثر الصحي.

الحقيقي لانتشار الاضطرابات النفسية نظرًا لارتفاع تكلفة تشخيص مختلف أعراض الاضطرابات النفسية وعلاجها بالإضافة إلى انخفاض الوعي بين الأفراد. لذا؛ فمن المرجح أن تُظهر البلدان ذات الدخل المرتفع معدل انتشار أعلى للإصابات؛ نتيجة المزيد من التشخيصات وتوافر سبل العلاج. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية أيضًا؛ فإن عدد المصابين بالاضطرابات النفسية حول العالم بلغ نحو (٤٥٠) مليون نسمة (World Health Organization, 2001a)، وارتفع هذا العدد في عام (2020) ليصل إلى نحو مليار فرد في جميع أنحاء العالم، وهو ما يقدر بنحو (١٥%) : (٢٠%) من إجمالي سكان العالم، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه لا يحصل سوى عدد قليل من المصابين على خدمات الصحة النفسية الجيدة، ولا يتلقى أكثر من (٧٥%) من الأفراد المصابين باضطرابات الصحة النفسية أي علاج لحالتهم على الإطلاق في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل (Ritchie & Roser, 2021).

وتأتي الأمراض النفسية في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب والشرابيين من القائمة المحددة لعدد سنوات الحياة المفقودة نتيجة العجز أو الإصابة بالأمراض في مصر، حيث قُدِّرت نسبتها بنحو (١٠.٤%) من إجمالي السنوات المفقودة (World Health Organization, 2016).

وفي حين بلغت نسبة انتشار المصابين بالاضطرابات النفسية على مستوى دول العالم (١٢.٩%)، قدرت هذه النسبة في مصر (١٤.٦%) من إجمالي عدد السكان، وتأتي مصر في الترتيب رقم (٣٥) من بين (١٩٥) دولة على مستوى العالم من حيث نسب الانتشار (World Health Organization, 2017)، الأمر الذي يشير إلى ارتفاع نسبة الإصابة بهذه الأمراض في مصر مقارنة بدول العالم. وقد أشارت دراسة^٣ اقتصرَت على محافظة القاهرة عام (٢٠٠٧) إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالاكْتئاب بين الذكور لتصل إلى (١٥%) و(١٦.٢%) بين الإناث (El-Saadani, 2012). كما قدرت دراسة أجراها

^٣ اقتصرَت العينة على الأفراد في عُمر ٢٠ سنة فأكثر.

مجلس السكان الدولي في مصر على عينة من الشباب (١٠-٢٩ سنة) على مستوى الجمهورية أن مستوى انتشار الاضطرابات النفسية بلغ (١٦.٣%) من إجمالي عينة الدراسة، وترتفع النسبة بين الإناث لتصل إلى (٢٦.٨%) مقارنة بالذكور (٦.٣%) (مجلس السكان الدولي، ٢٠١٠). وأشارت نتائج "المسح القومي للصحة النفسية في مصر عام ٢٠٠٣"^٤، الذي يعد من أوائل وأهم الدراسات التي اهتمت بدراسة أمراض الاضطراب النفسي ومستوى انتشاره في مصر، إلى أن معدل انتشار اضطرابات الصحة النفسية بلغ (١٦.٩%)، ومن المتوقع أن ترتفع تلك النسبة مع ارتفاع متوسط البقاء على قيد الحياة، وكذلك نتيجة لانخفاض مستوى خدمات الصحة العامة (Ghanem, Gadallah, Meky, Mourad, & El-Kholy, 2009).

وتتأثر الصحة النفسية بالكثير من العوامل والظروف الحياتية المحيطة، ويُعد الفقر أحد تلك العوامل، حيث يتعرض الفقير إلى ضغوط اجتماعية واقتصادية كبيرة متمثلة في نقص الحاجات الأساسية، وعدم كفاية الدخل، وعدم القدرة على الوفاء بالالتزامات المادية في مختلف نواحي الحياة، الأمر الذي يدفع بالفرد إلى الشعور بالضغط النفسي والاكتئاب (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥)، كما يمكن أن تظهر مزيد من الاضطرابات في شكل انحرافات سلوكية كتعاطي المخدرات والكحوليات وانتشار الجريمة (World Health Organization, 2001b). وقد عانت مصر كثيرًا من معدلات الفقر المرتفعة، فمنذ عام (٢٠٠٠) ونسبة الفقر ترتفع سنويًا بمتوسط يتراوح من (٢%:٣%)، حيث بلغت نسبة الفقر في عام (٢٠٠٠) نسبة (١٦.٧%)، ثم ارتفعت إلى (٣٢.٥%) في عام (٢٠١٧) - (٢٠١٨)، وسجلت نسبة (٢٩.٧%) لعام (٢٠١٩-٢٠٢٠) أي أن ما يقرب من ثلث المجتمع يعاني من الفقر (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢١).

^٤ تم تنفيذ الدراسة في خمس محافظات هم: الإسكندرية-القليوبية - الإسماعيلية - الحيزة - الفيوم، لعينة مكونة من (١٤,٦٤٠) فردًا في المرحلة العمرية (١٨ - ٦٤) سنة، وباستخدام أداة مقابلة "ميني - بلس التشخيصية" "MINI-Plus".

وتشير الإحصاءات إلى أن الشباب يُمثل شريحة كبيرة من المجتمع المصري، حيث تعدى عدد الشباب من الجنسين في الفئة العمرية (١٥-٣٥) أكثر من (٣٢) مليون شاب؛ أي أكثر من ثلث المجتمع، وذلك وفقاً للتعداد العام للسكان لعام (٢٠١٧)، وهم القوة البشرية التي يستند إليها المجتمع. لذا؛ فإن الحفاظ على صحة الشباب وتحسين أحوالهم المعيشية وحمايتهم من جميع أشكال الاضطرابات النفسية، وخاصة الذين يعانون منهم من مستويات مختلفة من الفقر، تعدُّ من الأولويات السياسية والاجتماعية في مصر.

مشكلة الدراسة

تعاني مصر على المستوى القومي من ندرة البيانات التي تُمكن من تحديد مدى انتشار اضطرابات الصحة النفسية، وخصائص المصابين، وكذلك تأثير الإصابة على مختلف جوانب الحياة؛ واقتصرت البيانات المتوافرة على عينات صغيرة ودراسات حالة، كما كان يغلب عليها الجانب الإكلينيكي، حيث لم يتناول الكثير من الدراسات الجانب النفسي للفقراء، وقياس تأثير الفقر على الإصابة بالاضطرابات النفسية. هذا مع الأخذ في الحسبان ما تم الإشارة إليه من أن الأمراض النفسية تحتل المركز الثاني في القائمة المحددة لعدد سنوات الحياة المفقودة نتيجة العجز، أو الإصابة بالأمراض في مصر.

وتحتاج رعاية مرضى الاضطرابات النفسية لتكلفة طائلة بالإضافة إلى التكلفة غير المباشرة والتي تتمثل في عدم القدرة على العمل والإنتاج والقيام بالأنشطة اليومية المختلفة، حيث يَفْقِد الأفراد المصابون بالاضطرابات النفسية وظائفهم بسبب عجزهم عن أداء المهام الوظيفية الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للفقر وعدم الوفاء بالالتزامات الشخصية والأسرية، التي تدفع بدورها لمزيد من الاضطرابات النفسية (World Health Organization, 2013). ولذا؛ فإن الدراسة الحالية تهتم بالإجابة عن التساؤلين

التاليين:

- ما هي خصال الشباب المصابين بالاضطرابات النفسية حسب حالة الفقر في مصر؟
- هل هناك تأثير للفقر متعدد الأبعاد على الصحة النفسية بين الشباب في مصر؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى قياس مدى تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الصحة النفسية للشباب من خلال:

- (١) التعرف على مستوى الاضطرابات النفسية بين الشباب حسب حالة الفقر.
- (٢) قياس تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الشباب.

الإطار النظري لتأثير الفقر على الصحة النفسية للشباب

اهتمت الكثير من الدراسات بالتعرف على محددات الصحة النفسية، وذلك من خلال ثلاث مجموعات رئيسية؛ هي: المحددات الشخصية، والمحددات الاجتماعية، والمحددات البيئية (World Health Organization, 2012)، ويوضح الإطار النظري -الشكل (١) - العوامل المسببة للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث تظهر الاضطرابات النفسية في صورة مظاهر نفسية؛ مثل: الحزن، والإحباط، وفقدان الأمل، وفقدان القيمة، والخوف من المستقبل، وصعوبة التواصل، والتقدير المنخفض للذات، وأعراض جسدية غير محددة (Patel, Ricardo, Mauricio, Ana, & Charles, 1999)؛ تنشأ عنها نواتج سلوكية؛ مثل: انخفاض القدرة على إتمام الأعمال اليومية، والقدرة المحدودة على حل المشكلات، والشعور بالتعب والإرهاق، واضطرابات النوم؛ وتفترض الدراسة أن العوامل المؤثرة في الاضطرابات النفسية تشمل: الفقر، وعديدًا من العوامل الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية. وتنقسم تلك العوامل إلى ثلاث مجموعات؛ هي: (أ) عوامل على مستوى الفرد؛ (ب) عوامل على مستوى الأسرة؛ (ج) عوامل على مستوى المجتمع. وفيما

يلبي توضيح لما أشارت إليه الدراسات السابقة لتأثير متغيرات كل مجموعة على الحالة النفسية، وفروض الدراسة الحالية لتأثير كل متغير على الحالة النفسية.

توجد علاقة واضحة بين الفقر والإصابة بالأمراض النفسية (Charara, Forouzanfar, Naghavi, Moradi-Lakeh, Afshin,& Vos, 2017) وتقتضى الدراسة الحالية وجود ارتباط بين حالة الفقر والتعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث تسهم خصال الأفراد المختلفة وسوء ظروفهم الحياتية؛ كتراجع الصحة العامة، وتراجع التعليم، والحرمان والعيش في ظروف سكنية فقيرة، وانخفاض مستوى الأمن - في زيادة خطر المعاناة من الاضطرابات (Elliot, 2016). كما تقتضى الدراسة ازدياد تأثير الفقر في حال ارتباطه بعوامل استهداف أخرى؛ مثل: العوامل الديموجرافية -كالنوع والتعليم-، حيث تبين أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، وأيضاً فإن التعليم المنخفض يُشعر صاحبه بالتدني وتزداد فرصة الإصابة في ظل وجود تاريخ عائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية، ويزداد الوضع وطأة في كل ما سبق في حالة انخفاض مستوى المعيشة (Murali & Oyeboode, 2004). ويؤدي تعرُّض الإنسان للمواقف الحياتية الصعبة والمؤلمة في كثير من الأحيان للإصابة بالاضطرابات النفسية، لا سيما إذا كانت بين الفقراء، فتكون فرص الإصابة أكبر وأكثر حدة. ويترتب على عدم توافر أساسيات الحياة الكريمة المزيد من الضغوط المالية، كما أن عدم القدرة على تأمين الضروريات من الغذاء وما ينتج عنها من أمراض سوء التغذية، وسوء المسكن ورياءته، ونقص الممتلكات المادية، والازدحام داخل المسكن الواحد، كلها عوامل تدفع إلى عدم الراحة واليأس والشعور بالتدني (Mc_Phillips,2017). أيضاً؛ فإن عدم القدرة على الاستثمار في التعليم وتوفير حد أدنى منه يؤدي إلى ضعف رأس المال البشري؛ لذا يرتبط الفقر بانخفاض مستويات المهارة، وانتشار البطالة والوظائف غير المستقرة.

وتقتضى الدراسة أن الإناث الشباب أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية مقارنة بالشباب الذكور، حيث تمر الإناث بمشكلات عديدة؛ كمشكلات المراهقة لصغيرات

السن والتغيرات الهرمونية المختلفة في سن الشباب. كذلك تعاني الإناث من نواتج ثقافة تفضيل الذكور، ويزداد خطر التعرض للاضطرابات النفسية لدى الإناث اللاتي سبق لهن الزواج، حيث الضغوط الاجتماعية والاقتصادية (El-Saadani, 2012)؛ كما إنه نظراً لاحتياج المرأة الاقتصادي في بعض الأحيان والاعتماد الكامل عليها في أحيان أخرى ما يجعلها أكثر عرضة لحدوث الاضطرابات. كذلك؛ فإن الإناث قد يتعرّضن للعنف والقهر والإيذاء اللفظي والجسدي من أفراد داخل أسرهنّ وخارجها، وهو الأمر الذي ينعكس بدوره على صحتهم النفسية (Davidson, Trudeau, van Roosmalen, Stewart, & Kirkland, 2006). كذلك يُفترض أن تفشي العادات والتقاليد السيئة له تأثير سلبي للإصابة بالاضطرابات النفسية (مثل ختان الإناث والزواج المبكر) التي تكون بشكل أكبر بين الفقراء حيث الجهل وتدني الوعي الأمر الذي يجعل من الفقراء بيئة خصبة لمثل هذه العادات (Davidson, & et al., 2006).

وتتأثر الصحة النفسية بالمستوى التعليمي للشباب؛ حيث يعدّ الشاب الذي تلقى قدرًا جيدًا من التعليم المتواصل أقل عرضة لحدوث الاضطرابات النفسية، وهو ما تفترضه الدراسة، ويستطيع أن يتعافى من الاضطرابات النفسية بشكل أسرع (Chevalier & Feinstein, 2007)، ويرتبط التعليم بفرص الحصول على عمل لائق وبدخل مناسب، الأمر الذي يجعل صاحبه قادرًا على الالتزام بالواجبات الاجتماعية والاقتصادية وهو ما ينعكس بشكل أو بآخر على صحته النفسية.

ويُصبح الفرد المتزوج في موضع مسئولية وضغوط اجتماعية واقتصادية لا سيما إن كان فقيرًا ولديه واجبات تمثل عبئًا نفسيًا عليه. كذلك؛ فإن الطلاق والترمّل وما يرتبط بهما من مشكلات تعدّ جميعها عوامل رئيسية لحدوث الاضطرابات واعتلال الصحة النفسية، حيث تشير الدراسات إلى أن أمراض الاضطرابات النفسية تزداد بين المطلقين والأرامل (Ghanem, & et al., 2009; Elsaadni, 2012).

وتُقل الحالة الصحية الجيدة والممارسات الحياتية المرتبطة بها؛ مثل: التغذية السليمة والانخراط في الرياضة من الإصابة بالاضطرابات النفسية، فالشباب المُعتل جسديًا يكون غير قادر على العمل والإنتاج، وبالتالي غير قادر على توفير سُبل الحياة لنفسه ومن يعول.

ويسد العمل الحاجات الأساسية للفرد والأسرة، فالشخص المُشتغل يكون أقل عرضة للضغوط المرتبطة بالجانب الاقتصادي، والضغوط المرتبطة بعدم قدرته على تحقيق الذات (Samy,2019). كذلك؛ فإن البطالة تجعل صاحبها أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، وتفترض الدراسة أن للبطالة تأثيرًا سلبيًا على الصحة النفسية للشباب وليئة العمل كما أن لها تأثيرًا واضحًا على الصحة النفسية، حيث إن بيئة العمل غير المناسبة تسهم في ارتفاع فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية (International Labour Organization, 2000).

كما قد يتعرض الشخص المريض أو المُعاق بدنيًا لأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية بسبب شعوره بالعجز عن أداء بعض الأنشطة واحتياجه الدائم لغيره، وذلك لعدم قدرته على تلبية أبسط احتياجاته، لاسيما إذا كان في مرحلة المراهقة والشباب (Sharman, 2000). أيضًا قد يتعرض الشخص المريض أو المعاق للتمتر الأمر الذي يجعله عُرضة للشعور بالإحباط وارتفاع مستوى القلق العام وهو ما يفضي به إلى الإعراض عن التجمعات البشرية وتفضيل حياة العزلة والانطواء، فضلًا عن الميل للعدوانية وممارسة العديد من أنماط السلوك غير المقبولة (Chaudhury, Deka,& Chetia, 2006). وقد أوضح غانم أن احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية تزداد عند مرضى السرطان وأمراض القلب والتهاب المفاصل ومرضى ارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأمراض المزمنة، (Ghanem,&et al., 2009). كما أن لتعاطي المخدرات والكحوليات تأثيرًا مباشرًا وغير مباشر على الصحة النفسية للفرد، فهو يؤثر على الصحة العامة، ومن ثم تتأثر الصحة النفسية نتيجة للمرض والعجز، ورحلة العلاج ذات التكلفة المرتفعة على

المتعاطي وأسرتة. أما بالنسبة للأضرار المباشرة للمخدرات فقد يُصاب المريض بالقلق، وتقلبات المزاج، واضطرابات في النوم.

وتتمى المشاركة المجتمعية (الأعمال التطوعية، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي) مهارات جديدة لدى ممارسيها بالإضافة إلى إبراز مهارات كانت موجودة في الأساس. كذلك؛ فإن التطوع يزيد الاختلاط بالآخرين، وذلك من خلال توسيع شبكة العلاقات، وتعزيز المهارات الاجتماعية، كل ذلك يُعد فرصةً لحماية المشاركين فيه من الاكتئاب والوحدة (Fancourt, 2021)، وتساعد المشاركة في الأعمال التطوعية على تقوية الشعور بالارتباط المجتمعي، بالإضافة إلى أنه قد تكون البداية للحصول على عمل مدفوع الأجر من خلال اختبار بيئة العمل وتجربتها. من جهة أخرى؛ فإن الإفراط في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي يؤثر سلبًا على الصحة النفسية والقدرة على الإدراك والانتباه، وقد يتطور الأمر إلى الإصابة بالاكتئاب وسوء الحالة المزاجية (Youn, Kang, & Jang, 2020).

المجموعة الثانية هي العوامل الخاصة بالأسرة، وتتضمن التاريخ العائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية، ووفاة شخص عزيز، وتعليم وعمل الأب والأم. وأشار عديد من الدراسات إلى أن الاضطراب النفسي قد يرتبط بوجود تاريخ عائلي للإصابة بالأمراض النفسية (Chaudhury, et al., 2006)، ومع ذلك فهناك دراسات أخرى تنفي ذلك، حيث إنه من الممكن أن تكون الإصابة ناتجة عن تشابه في البيئة السكنية أو في خصائص الأسرة المعيشية (Ling, 2016; Bonnefoy, 2007)، وتفترض الدراسة وجود تأثير للتاريخ الصحي العائلي على الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الشباب.

وتُعد المواقف الحياتية الصعبة من الأحداث التي تؤثر على فرص الإصابة باضطرابات الصحة النفسية، (مثل وفاة رب الأسرة أو أحد الأبناء) وهو ما تفترضه الدراسة، حيث إن الحياة والمواقف المؤلمة تؤدي إلى ردود فعل نفسية خطيرة، وتتمثل تلك التجارب والمواقف في الحزن واليأس بشكل عام، والخوف من المستقبل. كذلك المشكلات

المرتبطة بالعمل مثل فقدان الوظيفة وضغوط العمل، هذا بالإضافة إلى المشكلات والوعكات الصحية التي تصيب الأشخاص المقربين كالأبناء، ويتفاقم تأثير تلك التجارب على الصحة النفسية عندما ترتبط بالفقر، وتشير الدراسات إلى أن معدلات ظهور المواقف الحياتية المؤلمة تكون أكبر بين الفقراء، ويعدُّ العنف أحد أهم المواقف المؤلمة التي قد يتعرض لها الفرد داخل الأسرة والمجتمع (El-Saadani, 2012). ويشهد العالم كل عام وفاة أكثر من (١.٤ مليون) نسمة بسبب العنف (World Health Organization, 2006).

كما تفترض الدراسة أن الأبناء المولودين لوالدين متعلمين يكونون أقل عرضة للإصابة بالاضطراب والمرض النفسي، فوفقاً للدراسات فإن الأم التي تلقت قدرًا لا بأس به من التعليم تمثل عنصرًا داعمًا لأبنائها الأمر الذي يقلل من خطورة تعرضهم للاضطرابات النفسية المختلفة (Chevalier & Feinstein, 2007). ووفقًا لفروض الدراسة؛ فإن أبناء الأفراد المتعلمين يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية (International Labour Organization, 2000)، حيث يكون الآباء غير قادرين على توفير المتطلبات الأساسية للأبناء من: مأكلاً صحي، وملبس، ومسكن ملائم، ففي دراسة لعينة من الشباب بعد عامين من التخرج تم مقارنة مؤشرات الفترة الدراسية بسجلات العمل بعد التخرج، حيث أظهرت النتائج أن أولئك الذين لم يعثروا على أي عمل لديهم اضطرابات نفسية متفاقمة مقارنة بالذين وجدوا فرص عمل (Ishmuhametov & Palma, 2017).

المجموعة الثالثة هي العوامل على مستوى المجتمع، وتتضمن: محل الإقامة (حيث يُعدُّ مؤشراً للقيم الاجتماعية والثقافية، والبنية التحتية والخدمات العامة كالماء والكهرباء والصرف الصحي)، كذلك تشتمل على التمييز بأشكاله والحروب، وعمليات التهجير، والثورات، والأوبئة، والاضطرابات السياسية ومدى احترام حقوق الإنسان، ويختلف التأثير باختلاف مستوى الفقر، فكلما زاد مستوى الفقر زاد تأثير تلك الأحداث.

ويعدُّ الشباب المقيمون في المدن الحضرية هم الأكثر عُرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، وذلك مقارنة بالشباب المقيمين في الريف؛ وعلى جانب آخر تُعاني بعض المناطق خاصة في الريف والعشوائيات من ضعف البنية التحتية، حيث عدم توافر الماء العذب والكهرباء والصرف الصحي، كذلك انعدام أو قلة وسائل المواصلات، وكلها عوامل تسهم في الإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث تؤثر تلك العوامل المختلفة على الإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة لنقص المياه النظيفة والصرف الصحي، لقد وُجد في إثيوبيا ارتباط كبير بين الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها السكان وانعدام الأمن المائي مستشهدين بالخوف والقلق والغضب والانزعاج لدى الأفراد (Hulland, Chase, Caruso, Swain, Biswal, Sahoo, Panigrahi, & Dreibelbis, 2015).
وجدير بالذكر أن الأوبئة والجوائح لها تأثير سلبي على الصحة النفسية، وقد أشارت دراسة حديثة تم تطبيقها في الصين على عينة من الأفراد الذين تجاوزت أعمارهم ١٨ عامًا، وذلك لاختبار تأثير فيروس كورونا المستجد (COVID-19) على الإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث أظهرت النتائج أن (٥٢.١%) من عينة الدراسة شعروا بالكثير من القلق والاضطراب وصل لحد الرعب من الإصابة بالمرض سواء للمبحوث نفسه أو أحد أفراد عائلته، كما تبين أن الشعور بهذا القلق لم يختلف كثيرًا بين المجموعات الفرعية لعينة الدراسة من حيث: النوع، والعمر، أو حتى مستوى التعليم (Zhang & Ma, 2020).

□



مصدر البيانات

تعتمد الدراسة على بيانات مسح "النشء والشباب في مصر لعام (٢٠١٤)"؛ وهو مسح أسرة معيشية ممثل للمجتمع المصري على المستوى القومي، قام بتنفيذه مجلس السكان الدولي بالتعاون مع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء - مصر؛ خلال الفترة من نهاية عام (٢٠١٣) وحتى فبراير (٢٠١٤)، وذلك بهدف إجراء تحليل شامل لوضع الشباب والمراهقين في مصر حول العديد من المجالات (التعليم- العمل - الهجرة - الصحة - تكوين الأسرة - القضايا الاجتماعية - المشاركة المدنية والسياسية)، من خلال ثلاث استمارات؛ هي: استمارة الأسرة المعيشية، والاستمارة الفردية التي تضمنت استخدام أداة استبيان الإقرار الذاتي-٢٠ (SRQ-20) المُعد من قبل منظمة الصحة العالمية لقياس مستوى الإصابة بالاضطرابات النفسية (World Health Organization, 1994)، وأخيراً استمارة المجتمع المحلي، وقد بلغت عينة الدراسة الحالية (٨,٦٦٨) شاباً في الفئة العمرية (١٨-٣٥) سنة، بعد استبعاد (١٧ حالة) لم يجيبوا على أسئلة أداة الاستبيان SRQ-20. ويُعد هذا المسح من أكبر مسوح الشباب التي تمت على المستوى القومي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وقد تم توجيه أسئلة أداة الاستبيان الإقرار الذاتي-٢٠ لجميع أفراد العينة المؤهلين (بطريقة عشوائية) للمقابلة الفردية (مجلس السكان الدولي، ٢٠١٥).

الأسلوب الإحصائي

(أ) **مؤشر الصحة النفسية**^٥: اعتمدت الدراسة على أداة قياس الصحة النفسية الذي تنبأه المسح المستخدم، وهو استبيان الإقرار الذاتي-٢٠ (Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)، الذي وضعته منظمة الصحة العالمية عام (١٩٩٤)، وذلك بغرض الكشف عن الاضطرابات النفسية الشائعة. وتستخدم هذه الأداة في الدول النامية بشكل خاص، وذلك نتيجة لفقر رعاية الصحة النفسية، وبالتالي طرق الكشف عنها وتشخيصها (Beusenber & Orley, 1994). وقد استخدم الباحثون هذه الأداة في بعض

الدراسات في محاولة لقياس مستوى انتشار الأمراض النفسية وتأثير عوامل اجتماعية محددة عليها، كما تم اختبار صلاحية الأداة كقياس فرز للاضطرابات النفسية في العديد من المجتمعات. وهذا الاستبيان عبارة عن مجموعة من عشرين سؤالاً من عينة (نعم/ لا)، وقد تم حساب النتيجة التي يحصل عليها المجيب على أساس عدد الأسئلة التي يجيب عنها بـ "نعم". وقد تم تصميم الأداة على أساس أن الدرجة (٢٠) تعني أعلى درجة من الإصابة بالاضطراب النفسي. والعكس؛ فإن الدرجة صفر معناها لا يعاني إطلاقاً من أية اضطرابات. والقيمة القاطعة لاستبيان الإقرار الذاتي في المسح هي أكبر من (٧)، فمن حصل على رقم أكبر من سبعة يُعدُّ مَمَّن يعاني من اضطرابات نفسية.

ب) مؤشر الفقر متعدد الأبعاد^٦: تبنت الدراسة مقياس الفقر متعدد الأبعاد (Multidimensions Poverty Index (MPI) الذي اقترحه (Ozdamar and Giovanis, 2019)، وهو يعدُّ حالة خاصة من مؤشر أكسفورد، ولكن الحرية في اختيار المتغيرات والأوزان في مؤشر أكسفورد تكون أكبر حيث إنه غير مسموح في دليل الفقر متعدد الأبعاد بتغيير المؤشرات المستخدمة أو أوزان المؤشرات بالإضافة إلى أنه يعتمد في قياسه على مؤشرات الأسرة المعيشية (Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2018).

ويعرض الجدول رقم (١) أبعاد المؤشر الرئيسية الخمسة، وهم: التعليم، والصحة، وظروف المسكن، والممتلكات، والتشغيل؛ بأوزان متساوية قيمة كل منها (الخمس)، ويتم حساب حالة الفقر على مستوى الفرد، بحسب أبعاد الفقر الموجودة لديه، وتتراوح قيمة المؤشر الإجمالي بين الصفر (حالة عدم وجود أيٍّ من أوجه الفقر أو الحرمان)، والواحد الصحيح (في حالة وجود جميع أوجه الفقر أو الحرمان). ويتم تصنيف الفرد على أنه فقير إذا بلغ مجموع نقاط الفقر (الحرمان) له الثلث أو أكثر.

جدول (١): المحاور والمؤشرات الفرعية والأوزان النسبية لمؤشر الفقر متعدد الأبعاد

الوزن النسبي	المؤشرات	المحور
٥/١	(١) إذا استكمل أحد أفراد الأسرة المرحلة الابتدائية وتوقف.	(١) التعليم
	(٢) إذا كان أحد أفراد الأسرة أمياً.	
٥/١	(١) وجود فرد معاق في الأسرة.	(٢) الصحة
٥/١	(١) عدم توفر الكهرباء.	(٣) ظروف المسكن
	(٢) عدم توفر الصرف الصحي.	
	(٣) عدم توفر مياه الشرب.	
	(٤) نوع الوقود المستخدم للطبخ والإضاءة.	
٥/١	(١) لا يمتلك: سيارة، سيارة نقل، موتورسيكل.	(٤) الممتلكات
	(٢) لا يمتلك أكثر من ثلاثة (تليفزيون، راديو، تليفون محمول، تليفون أرضي).	
	(٣) لا يمتلك أكثر من ثلاثة (ثلاجة، بوتاجاز، غسالة، مكواة).	
	(٤) لا يمتلك واحدة (كمبيوتر، دفاية، سخان مياه).	
٥/١	(١) وجود فرد في الأسرة خارج قوة العمل مع استبعاد الطلبة.	(٥) التشغيل
	(٢) فرد على الأقل يُعاني من البطالة.	

(Ozdamar, & Giovanis (2019)

ج) نموذج الانحدار اللوجستي عشوائي التأثير Random Effect Logit Model:

تم تقدير تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الإصابة بالاضطرابات النفسية من خلال نموذج الانحدار اللوجستي عشوائي التأثير ، حيث يكون للمفردة j ($j=1,2,\dots,n_i$): في الأسرة i ($i=1, 2, \dots, N$)، ويتميز نموذج الانحدار اللوجستي عشوائي التأثير بقدرته على التغلب على مشكلة عدم الاستقلالية بين المفردات (Clustering) الناتجة عن أن أفراد الأسرة المعيشية الواحدة يشكلون وحدة مترابطة تتأثر ببعضها بعضاً (Maddala, 2001). وكذلك؛ فإن احتمال وجود عوامل -غير مرئية- غير متجانسة هامش Unobserved Heterogeneity تجعل هذا النموذج هو الأمثل للاستخدام، وتم تطبيق اختبار Hausman لاختبار الفرض الخاص بأن

الجزء العشوائي بالنموذج مرتبط بالمتغيرات المستقلة بالنموذج. وقد تم تقدير النموذج باستخدام حزمة البرامج الإحصائية (STATA).

$$\text{Logit} \left(\text{Pr} (Y_{ij} = 1) \right) = \alpha_i + \beta' X_{ij} + \gamma' Z_i + \varepsilon_{ij}$$

حيث: Y_{ij} : الإصابة بالاضطرابات النفسية

n_i : عدد الأفراد في الأسرة i

N : إجمالي عدد الأسر.

X_{ij} : المتغيرات على المستوى الفردي (ويتضمن متغير مستوى الفقر متعدد

الأبعاد).

Z_i : المتغيرات على مستوى الأسرة والمجتمع.

α_i : المكون العشوائي.

ε_{ij} : عامل الخطأ.

$$\alpha_i \sim \text{IID} (0, \sigma^2_\alpha)$$

$$\varepsilon_{ij} \sim \text{IID} (0, \sigma^2_\varepsilon)$$

$\alpha_i, \varepsilon_{ij}$ تم افتراض أنهم مستقلون.

النتائج

أولاً- أعراض الاضطرابات النفسية للشباب في مصر وفقاً لحالة الفقر

اهتمت الدراسة بالتعرف على الأعراض التي يعاني منها المُصابون بالاضطرابات النفسية من خلال مؤشري^٧ القلق والاكتئاب حسب حالة الفقر، وباستخدام بنود مقياس

^٧ تم تكوين المؤشرين باستشارة مع الأستاذة الدكتورة/ عزة عبد الكريم فرح مبروك، أستاذ علم النفس الإكلينيكي ومدير مركز اكتشاف الموهوبين والنوابغ ورعايتهم، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

الاضطرابات النفسية بأداة استبيان الإقرار الذاتي-٢٠. وقد اعتمد مؤشر القلق على ثمانية بنود، هي (١-٤-٥-٦-٧-١٨-١٩-٢٠)، بينما اعتمد مؤشر الاكتئاب على اثني عشر بنداً، هي (٢-٣-٨-٩-١٠-١١-١٢-١٣-١٤-١٥-١٦-١٧)، كما هو موضح بالجدول رقم (٢).

جدول (٢): التوزيع النسبي لبنود مقياس الصحة النفسية SRQ-20 وفقاً لحالة الفقر بين

الشباب: مصر ٢٠١٤

الإجابة بنعم			بنود المقياس
الإجمالي	غير فقير	فقير	
٢١.٧	٢١.٤	٢٦.٢	١ هل تعاني باستمرار أو بصورة متكررة من صداع؟
١٥.٦	١٥	٢٢.٢	٢ هل تعاني من فقد للشهية؟
١٨.٥	١٨.٢	٢٢.٢	٣ أنت مش بتنام كويس؟
١٤.٢	١٣.٧	٢٠.٢	٤ هل بتخاف بسهولة؟
٥.٧	٥.٤	٨.٩	٥ هل تعاني من رعشة في اليد؟
٢٠.٣	٢٠.٣	٢٠.٢	٦ هل تشعر بضغط أو قلق أو عصبية؟
٧.٨	٧.٥	١١	٧ هل تعاني من عسر هضم؟
١٣.٦	١٣.٢	١٨.٦	٨ هل تجد صعوبة في التفكير بوضوح؟
١٠.٢	٩.٧	١٥.٩	٩ هل تشعر بعدم السعادة؟
٨.٠	٧.٥	١٣.١	١٠ هل بتبكي أكثر من العادي؟
١٠.٦	١٠.٠	١٧.٦	١١ هل تجد صعوبة في الاستمتاع بأنشطتك اليومية؟
١٣.٩	١٣.٢	٢١.٦	١٢ هل تجد صعوبة في اتخاذ القرارات؟
٦.٩	٦.٤	١٣.٤	١٣ هل تعاني من عدم القدرة على العمل اليومي؟
٧.٠	٦.٥	١٢.٧	١٤ هل تجد صعوبة في لعب دور مفيد في الحياة؟
١٠.٧	١٠.٢	١٦.٣	١٥ هل بتفقد اهتماماتك بالأشياء من حولك؟
٥.٨	٥.٢	١٢.٨	١٦ هل تشعر إنك شخص عديم القيمة؟
٣.٣	٣.٢	٤.٨	١٧ هل فكرت في الانتحار أو الفكرة دي بتتردد في ذهنك؟
٦.٧	٦.٤	١٠.٨	١٨ هل تشعر بالتعب طول الوقت؟

الإجابة بنعم			بنود المقياس
الإجمالي	غير فقير	فقير	
٦.٤	٦.٣	٧.٨	١٩ يا ترى بتحس بعدم راحة في معدتك باستمرار؟
٩.٩	٩.٤	١٤.٨	٢٠ هل تشعر بالتعب بسهولة؟
٨٦٦٨	٧٩٧٤	٦٩٤	الإجمالي

المصدر: محسوب من قبل الباحثين.

ملاحظة: البنود مرتبة تنازلياً حسب الإجابة بنعم بين الفقراء، ويسمح بتعدد الإجابات. وترتفع نسب المصابين بين الفقراء مقارنة بغير الفقراء، حيث بلغت نسبة المصابين - وفقاً لنتائج المؤشرين القلق والاكتئاب بين الفقراء (١٠.٢%)، (١٤.٧%) على الترتيب. بينما كانت نسب الانتشار بين غير الفقراء (٦.٥%)، (٦.٠%) على الترتيب أيضاً. وهذا ما يدفع إلى محاولة التعرف على أكثر الأعراض النفسية التي يعاني منها الفقراء بدرجة من التفصيل.

ويشير الجدول رقم (٢) إلى التوزيع النسبي لبنود مؤشر الصحة النفسية حسب حالة الفقر، وقد اتفقت أكثر العناصر المؤثرة للإصابة بالاضطرابات النفسية بين الفقراء وغير الفقراء. وقد كان أكثر الأعراض انتشاراً بين الفقراء على الترتيب؛ هي: المعاناة المتكررة من الصداع بنسبة بلغت (٢٦.٢%)، ثم المعاناة من فقدان الشهية، يليها وجود اضطراب في النوم، وصعوبة اتخاذ القرارات، والخوف بسهولة، والشعور بالقلق والعصبية. في المقابل كان التفكير بالانتحار هو أقل الأعراض انتشاراً بين الفقراء بنسبة بلغت (٤.٨%)، كذلك الشعور بعدم الراحة بالمعدة ووجود رعشة باليد. أما بالنسبة لغير الفقراء فقد كانت المعاناة من الصداع المتكرر هي أيضاً أكثر الأعراض انتشاراً، يليها الشعور بالقلق والعصبية، ثم المعاناة من اضطرابات في النوم، وفقدان الشهية، والخوف بسهولة. كذلك؛ فإن أقل الأعراض انتشاراً بين غير الفقراء كان التفكير في الانتحار.

ثانياً- التوزيع النسبي لأفراد العينة (الشباب في الفئة العمرية ١٨-٣٥ سنة) حسب الخصال الديموجرافية والاجتماعية: مصر ٢٠١٤

يقدم الجدول (أ) بالملحق التكرارات والتوزيع النسبي لإجمالي أفراد عينة المسح حسب الخصال المختلفة لهم، وتوضح النتائج الواردة بالجدول الآتي: بلغت نسبة الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الشباب (٧.٢%)، وكان متوسط عدد الإجابات بنعم في العينة (٢.٢) و(انحراف معياري ± 3.2)، كما بلغت نسبة الفقر بين الشباب (٨.١%)، كما أن أكثر قليلاً من ثلث العينة في الفئة العمرية (٢٠-٢٤)، وقد بلغ حجم الذكور في الفئة العمرية محل الدراسة (٥١.٦%)، والأغلبية من الشباب يقيمون في الريف (٦٠.٢%)، ونسبة من لم يسبق لهم الزواج بين شباب العينة بلغت (٥٥.٦%)، أيضاً ما يزيد على النصف قليلاً من ذوي التعليم المتوسط، كما كان (٤٠.٣%) من الشباب يعمل ونصفهم خارج قوة العمل، و(١٤%) تقريباً منهم أرباب أسر، كما تتخفص نسبة من لديهم مرض مزمن (٤.١%) وكذلك من يعانون من إعاقة (١.١%)، و(١٨%) فقط يتمتعون بالتأمين الصحي، بينما كان نصف الشباب في الفئة العمرية محل الدراسة لا يمارسون رياضة ولا يهتمون بالأمر السياسي.

ثالثاً- انتشار اضطرابات الصحة النفسية بين الفقراء وغير الفقراء وفقاً للخصائص

الخلفية للشباب مصر: ٢٠١٤

أ) الخصائص الديموجرافية

يستعرض الجدول رقم (٣) نسب انتشار الإصابة باضطرابات الصحة النفسية حسب حالة الفقر متعدد الأبعاد والخصائص الديموجرافية. وتشير النتائج إلى ارتفاع الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الذكور الفقراء مقارنة بالذكور غير الفقراء حيث بلغت (١٧.٤%) و(٣.٤%) على التوالي، في المقابل لم يكن الفرق في نسبة الانتشار بين الإناث الفقيرات وغير الفقيرات كبيراً، حيث بلغت (١٣.٣%) و(١٠.٤%) على الترتيب، ولكنه دال إحصائياً عند مستوية معنوية أقل من (٠.٠٥).

وتشير النتائج إلى وجود تذبذب في مستوى الإصابة بالاضطرابات النفسية حسب فئات العمر وخاصة بين الفقراء، بينما هناك نمط واضح في حالة غير الفقراء بشكل عام ما عدا الفئة العمرية (٢٠- ٢٤ سنة). أما بالنسبة لمحل الإقامة؛ فإن معدلات الإصابة أعلى بين الفقراء مقارنة بغير الفقراء، وذلك على حد سواء في الحضر والريف وباختبار فرق النسبة تبين أنه دال إحصائياً، كذلك يُلاحظ التقارب الكبير في معدلات الإصابة بين سكان الريف والحضر من الفقراء (١٣.٩%) و(١٤.٤%) على الترتيب.

كما قد وُجد ارتفاع في مستوى انتشار الاضطرابات النفسية بين الفقراء مقارنة بغير الفقراء لكل المراحل التعليمية، وكانت هذه الفروق دالة معنوية. كما كان هناك اتجاهان متضادان في نسب الانتشار حسب الحالة التعليمية، فبينما ترتفع نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الفقراء كلما ارتفع المستوى التعليمي، على جانب آخر يُلاحظ أن هذا النمط يأخذ اتجاهاً عكسياً بين غير الفقراء، حيث تتخفض نسبة الإصابة بشكل عام مع ارتفاع المستوى التعليمي، وكلما ارتفع المستوى التعليمي زادت الفجوة بين الفقير وغير الفقير في نسب الإصابة بالاضطرابات النفسية لصالح الفقير.

جدول (٣):نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً

للخصائص الديموجرافية: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		الخصائص الديموجرافية	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٧.٧٩	***١٤	%٣.٤	٤٣٥٧	%١٧.٤	١١٥	ذكور	النوع
٢.٠٥	**٢.٩	%١٠.٤	٣٦١٨	%١٣.٣	٥٧٩	إناث	
٢.٤٧	**٧.١	%٦.٢	١١٧٢	%١٣.٣	٨٣	أقل من ٢٠	العمر
٥.٠٨	***٩.٣	%٥.٨	٢٨٦٦	%١٥.١	١٨٥	٢٤ - ٢٠	
٣.١٦	***٦	%٧.١	٢٣١١	%١٣.١	٢١٤	٢٩ - ٢٥	
٣.٠٥	***٦.٣	%٧.٨	١٦٢٥	%١٤.١	٢١٠	٣٤ - ٣٠	
٧.٤٢	***٨.٢	%٥.٧	٤٦٥١	%١٣.٩	٥٦٢	ريف	محل الإقامة
٢.٦٨	**٦.٥	%٧.٩	٣٣٢٣	%١٤.٤	١٣٢	حضر	
٧.٠٧	***١٠.٩	%٥.٨	٤٥٥٦	%١٦.٧	٢٦٣	لم يسبق له الزواج	الحالة الزواجية
٢.٥٦	**٣.٥	%٧.٥	٣٣٣٨	%١١.٠	٤١٧	متزوج	
٢.١٠	**٢٦.٧	%١٩.٥	٧٧	%٤٦.٢	(١٣)	مطلق / أرمل	
٢.٦٣	**٤.٤	%٨.٣	٨٣٣	%١٢.٧	٥٢٩	لم يلتحق/ لم يكمل التعليم الابتدائي	الحالة التعليمية
٣.٠٨	***٨.١	%٨.٣	١٤٤٨	%١٦.٤	١٢٨	ابتدائي/ إعدادي	
٤.٧٣	***١٩.٥	%٦.٢	٤٤٧١	%٢٥.٧	٣٥	متوسط/ فوق متوسط	
--	٥	%٥.٠	١٢٢١	٠	(٢)	جامعي فأعلى	

٤.٠١	***٨.٨	%٦.٠	٢٢٠٥	%١٤.٨	١٣٥	الأول	الترتيب بين الأخوة
١.٤٠	٣.١	%٦.٨	٢٠٥٦	%٩.٩	١٤٢	الثاني	
٤.٧٥	***١٠.٦	%٦.٨	١٥٦٦	%١٧.٤	١٦١	الثالث	
٣.٨٧	***٦.٨	%٦.٩	٢١٤٨	%١٣.٧	٢٥٦	الرابع فأكثر	
١.٠٢	٣.١	%٣.٩	٦٨١٤	%٧.٠	٦٥٠	رب الأسرة	العلاقة برب الأسرة
٦.٦٣	***٧.٢	%٧.١	١١٦٠	%١٤.٣	٤٣	ليس رب الأسرة	

المصدر: محسوب من قبل الباحثين ما بين الأقواس: التكرارات أقل من ٣٠

مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01 -- لم يتم إجراء الاختبار لصغر العدد

أما بالنسبة للحالة الزوجية؛ فإن الأرامل والمطلقين هم الأعلى من حيث نسبة الإصابة باضطرابات الصحة النفسية - كما هو متوقع-، وبدون اختلاف حسب حالة الفقر، وكان المتزوجون حاليًا هم الأقل إصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الفقراء (١١.٠%) يليهم من لم يسبق لهم الزواج (١٦.٧%)، مع اختلاف هذا النمط بين غير الفقراء، حيث إن من لم يسبق لهم الزواج هم الأقل إصابة (٥.٨%) يليهم المتزوجون حاليًا (٧.٥%). وقد كان الفرق واضحًا بين الفقير وغير الفقير في حالة كون ترتيب الشاب بين إخوته الثالث على إصابته بالاضطرابات النفسية بشكل كبير، بفرق نحو (١٠.٦) درجة مئوية، فقد وُجد أن معدلات انتشار الاضطرابات ترتفع بشكل طفيف بين الشباب ذوي الرتب الأعلى مقارنة بالرتب الأقل، وذلك بين غير الفقراء (٦%) للأفراد ذوي الترتيب الأول مقابل (٦.٩%) للأفراد ذوي الترتيب الرابع فأكثر، بينما لا يوجد نمط واضح بين الفقراء.

من جهة أخرى؛ فإن كون الشاب هو رب الأسرة فإن الإحساس بالمسئولية لديه قد يجعله أقل شعورًا باضطرابات الصحة النفسية، حيث إن معدل الإصابة لدى أرباب الأسر يبلغ تقريبًا نصف معدل الإصابة لدى غيرهم سواء بين الفقراء أو غير الفقراء.

والجدير بالذكر أنه باختبار فرق النسبة تبين أن هذه الفروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠٥) و(٠.٠١)، فيما عدا في حالة الفرد رب أسرة، أو ترتيبه بين إخوته الثاني.

ب) الحالة العملية

وكما هو متوقع فإن المتعطلين الفقراء هم الأكثر إصابة بالاضطرابات بنسبة بلغت (٢١.٦%)، في حين يُلاحظ تساوي معدلات الانتشار بين غير الفقراء من المتعطلين والشباب خارج قوة العمل (كالطلبة وربات المنازل) بنسبة بلغت (٧.٧%)، وكان أكبر فرق في الإصابة بين الفقراء وغير الفقراء بين المتعطلين بقيمة (١٤ نقطة مئوية)، وكانت كل الفروق معنوية إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١).

جدول (٤): نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً لخصائص

العمل: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		خصائص العمل	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٣.٠٩	***١٣.٣	%٥.٢	٣٤٦٦	%١٨.٥	٢٧	يعمل	الحالة العملية
٣.٤٣	***١٣.٩	%٧.٧	٧٤٣	%٢١.٦	٥١	لا يعمل	
٤.٤١	***٥.٣	%٧.٧	٢٨٩	%١٣.٠	٨٠	خارج قوة العمل	

المصدر: محسوب من قبل الباحثين مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01

ج) الخصائص الصحية

أشارت الدراسات السابقة إلى أن سوء الحالة الصحية يزيد من فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية، وتشير النتائج الواردة بالجدول رقم (٥)، إلى أن نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الفقراء الذين لديهم مرض مزمن ضعف نسبة الإصابة بين غير

الفقراء الذين لديهم مرض مزمن (٤٣.٢%) و(٢٢.٢%) على التوالي، وكان هذا الاختلاف دالاً إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١).

جدول (٥): نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً للحالة

الصحة: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		الصحة	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٣.٠٢	***٢١	%٢٢.٢	٣١١	%٤٣.٢	١٤٤	نعم	وجود مرض
٦.٠٢	***٦	%٦.٠	٧٦٦٢	%١٢.٠	٦٥٠	لا	مزمن
١.٠٨	١٦.٦	%١٥.٤	٣٩	%٣٢.٠	٥٠	نعم	وجود إعاقة
٥.٦٣	***٥.٨	%٦.٦	٧٩٣٤	%١٢.٤	٦٤٣	لا	
٢.١٢	**١٠.٧	%٣.٦	١٥٦٨	%١٤.٣	(١٤)	نعم	وجود تأمين صحي
٦.٠٧	***٦.٧	%٧.٣	٦٤٠٥	%١٤.٠	٦٨٠	لا	
٤.٠٣	***١٤.٧	%١٥.٩	٨٦٤	%٣٠.٦	١٢٤	أقل من الوزن المضبوط	وزن المبحوث (من وجهة نظر المبحوث نفسه)
٤.٢٤	***٤.٦	%٤.٧	٥٩٧٠	%٩.٣	٤٤١	الوزن المضبوط	
١.٦٢	٤.٤	%٩.٤	١١٤٠	%١٣.٨	١٣٠	أعلى من الوزن المضبوط	
٥.٤٧	***١٩	%٤.٨	٤٤٩	%٢٣.٨	٨٧	نعم	تدخين السجائر
٥.٧٢	***٦.٢	%٧.١	١٦٣٧	%١٣.٣	٤٢	لا	
٥.٧٨	***٢٣.٢	%٦.٦	٧٦٧٠	%٢٩.٨	٦٤٧	نعم	تدخين الشيشة
٥.٩١	***٦.٢	%٦.٦	٩٠٤	%١٢.٨	٤٧	لا	
٤.٠٩	***٥١.٩	%١٤.٨	٧٧٤٠	(%٦٦.٧)	٦٨٥	نعم	تعاطي الكحوليات/ المخدرات
٦.٨٥	***٦.٩	%٦.٤	٢٣٦	%١٣.٣	(٩)	لا	

المصدر: محسوب من قبل الباحثين، ما بين الأقواس: العدد الإجمالي أقل من ٣٠ ،

مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01

أما بالنسبة للإعاقة فقد وجد أن الشباب ذوي الإعاقة تزيد نسبة الاضطرابات لديهم ضعف النسبة بين غير ذوي الإعاقة، مع ملاحظة أن نسبة انتشار الاضطرابات بين الفقراء تصل إلى الضعفين -على الأقل- مقارنة بغير الفقراء، وإن كان هذا الفرق غير دال إحصائياً. على جانب آخر؛ فإن التمتع بوجود التأمين الصحي يقلل من مستوى الإصابة بالاضطرابات بين غير الفقراء؛ بينما لم يوجد تباين يُذكر بين الفقراء.

وقد تم سؤال الشباب عن تقييمهم الذاتي لوزنهم مقارنة بالوزن المضبوط/الأمثل (هل هو الوزن المضبوط أو أعلى أو أقل من الوزن المضبوط) وأشارت النتائج إلى أن الشباب ذوي الوزن أقل من الوزن المضبوط من الفقراء يعانون بدرجة أكبر من الاضطرابات النفسية (٣٠.٦%) مقارنة بنحو (١٥.٩%) بين غير الفقراء، كما أشار اختبار فرق النسبة أن هذا الفرق دال إحصائياً، بينما لم يكن الفرق ذا دلالة إحصائية بين نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية للشباب ذوي الوزن أعلى من الوزن المضبوط من الفقراء وغير الفقراء.

وتشير النتائج أيضاً إلى ارتفاع نسبة انتشار الإصابة بالاضطرابات النفسية بين كل من الفقراء وغير الفقراء الممارسين لعادات غير صحية (فيما عدا تدخين السجائر بالنسبة لغير الفقراء، حيث كانت نسبة الإصابة بالاضطرابات أعلى بين غير المدخنين)، وكان أكثر الفئات إصابة هم من يتعاطون المخدرات والكحوليات، حيث بلغت نسبة المصابين من الفقراء نحو خمسة أمثال المصابين من غير الفقراء، بدلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١).

(د) الأنشطة المجتمعية (الرياضية والسياسية)

يعرض الجدول رقم (٦) نسب انتشار الإصابة باضطرابات الصحة النفسية وفقاً لممارسة عدد من الأنشطة بين الشباب الفقراء وغير الفقراء، مثل الأنشطة الرياضية المختلفة والمشاركة السياسية. وتشير النتائج إلى أن انخفاض الاضطرابات النفسية بين الممارسين للأنشطة الرياضية مقارنة بغير الممارسين، كما ترتفع نسبة الإصابة بين الشباب الفقراء لضعف نسبة

الإصابة بين غير الفقراء (١٤.٥%) و (٧.٤%) على التوالي، وهذا الفرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١)، على جانب آخر تشير النتائج إلى ارتفاع درجة انتشار اضطرابات الصحة النفسية بين المهتمين بالمشاركة السياسية بين الفقراء بشكل عام مقارنة بغير الفقراء من الشباب.

جدول (٦): نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً لممارسة

الأنشطة: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		الأنشطة والمشاركة المجتمعية	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٥.٢٧	***٧.١	%٧.٤	٤٠٣٩	%١٤.٥	٢٤٠	نعم	ممارسة الرياضة (المشي، ركوب العجل، ...)
٤.٤٢	***٧.١	%٥.٨	٣٩٣٥	%١٢.٩	٤٥٤	لا	
٦.٣٣	***٧.٧	%٦.٦	٤٠٨٨	%١٤.٣	٥٣٢	يهتم نادراً	الاهتمام بالسياسة
٢.١٠	**٤.٥	%٦.٣	٢٨٥٨	%١٠.٨	١٣٩	يهتم أحياناً	
٢.٧٩	**١٦.٤	%٧.٤	١٠٠٢	(%٢٣.٨)	٢١	يهتم دائماً	

ما بين الأقواس: العدد الإجمالي أقل من ٣٠

المصدر: محسوب من قبل الباحثين

مستوى المعنوية: ***p<.01, **p<.05, *p<.10

د) الاتجاهات الشخصية

تم التعرف على نسبة انتشار الإصابة باضطرابات الصحة النفسية حسب بعض الاتجاهات الشخصية، وهي: القلق من المستقبل، والشعور بالانتماء، والتدين، والثقة في الآخرين للشباب بالعينة، وحالة الفقر، كما هو موضح بالجدول رقم (٧). وتشير النتائج إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الفقراء مقارنة بغير الفقراء لكل الاتجاهات الشخصية المشار إليها، لتصل إلى الضعف أو أكثر، وبإجراء اختبار فرق النسبة أشار إلى أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١)؛ فالأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من القلق من المستقبل من الفقراء هم الأكثر إصابة باضطرابات الصحة النفسية بنسبة (١٦.٢%)، بينما

بلغت هذه النسبة (٧.٨%) بين غير الفقراء، كما تشير النتائج إلى أن الشعور بالانتماء يقلل الإصابة باضطرابات الصحة النفسية للشباب، حيث تتخفف -إلى حد ما- نسبة الإصابة بين الأشخاص الذين يشعرون بالانتماء مقارنة بأولئك الذين لا يشعرون بالانتماء. على جانب آخر؛ فقد كان الأشخاص الفقراء الذين وصفوا أنفسهم بأنهم غير متدينين هم الأكثر معاناة من اضطرابات الصحة النفسية بنسبة بلغت (١٩.٧%) مقارنة بنسبة (١٣.٣%) للذين وصفوا أنفسهم بأنهم متدينون، وذلك على عكس الحال بين غير الفقراء فقد كان الأشخاص الذين وصفوا اتجاههم بالتدين أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية بنسبة بلغت (٦.٦%) مقارنة بنحو (٦%) لدى الشباب الذين وصفوا أنفسهم بعدم التدين.

جدول (٧): نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً للاتجاهات

الشخصية: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		الاتجاهات	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٤.٣٨	***١٦.٢	%٢.٣	٣١١	(%١٨.٥)	٢٧	منخفض	القلق من المستقبل
٥.٠٢	***٦.٤	%٥.٩	٤٢٠٢	%١٢.٣	٢٢٤	متوسط	
٤.٥٦	***٨.٤	%٧.٨	٣٤٥٣	%١٦.٢	٢٤١	مرتفع	
٤.٣٥	***٦.٧	%٦.٠	٣٧٨١	%١٢.٧	٢٧٥	يشعر بالانتماء	الشعور بالانتماء
٥.٤٥	***٧.٥	%٧.١	٤١٨٤	%١٤.٦	٤١٧	لا يشعر بالانتماء	
٦.١٦	***٦.٧	%٦.٦	٧٤٤٧	%١٣.٣	٦٢٦	متدين	التدين
٣.٩٧	***١٣.٧	%٦.٠	٥١٧	%١٩.٧	٦٦	غير متدين	
٥.٤١	***٦	%٦.١	٦٣١٦	%١٢.١	٥٢٧	يجب أن أكون حذراً	الثقة في الآخرين
٤.٤٨	***١٠.٨	%٨.٦	١٦٤٨	%١٩.٤	١٦٥	يمكن الثقة بالآخرين	

المصدر: محسوب من قبل الباحثين ما بين الأقواس: العدد الإجمالي أقل من ٣٠

مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01

ومن النتائج المثيرة للانتباه ارتفاع نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الفقراء مقارنة بغير الفقراء لمن لديهم ثقة في الآخرين، فقد بلغت نسبة الإصابة بين الأشخاص الفقراء الذين لا يتقون في الآخرين (١٩.٤%) مقابل (٨.٦%) بين غير الفقراء، وقد كان هذا الفرق دالا إحصائياً. في حين تبلغ نسبة الإصابة بين الذين يرون أنه يجب الحذر عند التعامل مع الآخرين (١٢.١%) للفقراء و(٦.١%) لغير الفقراء.

(و) الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً لخصائص الأسرة

تُعد وفاة أحد الوالدين أو كلاهما سبباً في ارتفاع نسبة انتشار الإصابة بين الشباب الفقراء مقارنة بغير الفقراء إلى ما يقرب من الضعف تقريباً؛ كما هو موضح بالجدول رقم (٨)، كما لوحظ أن الأفراد الذين يسكنون في غرفة واحدة أو غرفتين لديهم أعلى معدلات للإصابة بالاضطرابات النفسية سواء بين الفقراء (٢٠%) أو غير الفقراء (٩.٩%). وتجدر الإشارة إلى أن نتائج وجود تاريخ مرضي لدى الأسرة تُؤخذ بحذر لقلّة عدد الحالات.

جدول (٨): نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء وغير الفقراء وفقاً لخصائص

الأسرة: مصر ٢٠١٤

قيمة Z	فرق النسبتين (فقير-غير فقير)	غير فقراء		فقراء		خصائص الأسرة والمسكن	
		النسبة المئوية	إجمالي العدد	النسبة المئوية	إجمالي العدد		
٦.٢٠	***٦.٥	%٧.٤	٢٢٦٧	%١٣.٩	٢٥١	أحدهما متوفى	وفاة أحد الوالدين
٣.٦٤	***٧.٧	%٦.٣	٥٧٠٧	%١٤.٠	٤٤٢	كلاهما أحياء	
٣.٥٢	***١٠.١	%٩.٩	٧٧٤	%٢٠.٠	١٥٠	غرفة / غرفتين	عدد غرف المسكن
٢.٦٨	**٤.٥	%٧.٦	٣٣٢٣	%١٢.١	٢٨٩	٣ غرف	
٥.١٣	***٧.٥	%٥.٠	٣٨٧٦	%١٢.٥	٢٥٥	٤ غرف فأكثر	
١.٤٦	٣٠.٥	%٣٦.٢	٥٨	(%٦٦.٧)	(٦)	يوجد	وجود تاريخ للمرض النفسي في الأسرة
٧.٠٦	***٧.١	%٦.٤	٧٩١٦	%١٣.٥	٦٨٨	لا يوجد	

ما بين الأقواس: العدد الإجمالي أقل من ٣٠

المصدر: محسوب من قبل الباحثين

مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01

رابعاً- تقدير تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الإصابة بالاضطرابات النفسية

تُشير نتائج النموذج الموضحة بالجدول رقم (٩) إلى تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب، وتجدر الإشارة إلى أنه تم استبعاد المتغيرات المستقلة التي تم استخدامها ضمن المؤشرات الفرعية لمؤشر الفقر متعدد الأبعاد، وهي مؤشرات التعليم (التسرب أو عدم التحصيل الدراسي) ومؤشر الإعاقة، وكذلك المتغيرات المرتبطة بظروف المسكن وخصائصه والممتلكات، ومتغيرات التشغيل، وهي حالة العمل وقطاع العمل ومدى وجود ضمان اجتماعي وضغوط العمل التي يتعرض لها المُشتغل. كما

تم استبعاد متغير "وجود تاريخ للمرض النفسي داخل الأسرة"، حيث كان له تأثير سلبي على جودة النموذج نتيجة لوجود حالات فقدت كثيرة، وقد وصلت نسبة الإجابة عن هذا السؤال (٠.٧%). أيضاً تم استبعاد المتغيرات المرتبطة بآراء وانطباعات أو تقييمات المبحوث الشخصية (القلق من المستقبل، والشعور بالانتماء، والشعور بالتدين) حيث تتأثر الإجابات بظروف المبحوث وحالته النفسية وقت المسح، خاصة أن المسح لم يتم بإجراء اختبارات الصدق والثبات.

وقد تم اختبار الارتباط بين جميع المتغيرات وبعضها باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson) الذي تبين من خلاله وجود ارتباط ضعيف بين المتغيرات التي تم إدراجها لإعداد النموذج.

كذلك فقد تم إجراء اختبار Hausman لاختبار الفرض الخاص بأن الجزء العشوائي بالنموذج مرتبط بالمتغيرات المستقلة، وقد تبين أنه يمكننا قبول الفرض العدمي. وبالتالي؛ فإن نموذج الانحدار اللوجستي عشوائي التأثير هو النموذج الأفضل للاستخدام. وقد تبين وجود ارتباط بين أفراد الأسرة المعيشية الواحدة هامش Intra-Household Correlation (حيث إن قيمة $Rho=0.54$) الأمر الذي يعني أن أفراد الأسرة نفسها لديهم نمط متشابه لفرص الإصابة بالاضطرابات النفسية مقارنة بالذين تم اختيارهم عشوائياً من أسر مختلفة، وذلك مع ثبات العوامل الأخرى.

أ) عوامل الإصابة بالاضطرابات النفسية على مستوى الفرد

تشير نتائج النموذج إلى أن مؤشر الفقر متعدد الأبعاد ذو تأثير معنوي على الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الشباب في الفئة العمرية (١٨ - ٣٥ سنة)، حيث تصل فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء إلى ثماني أضعاف الإصابة بين الشباب غير الفقراء، هذا إلى جانب النوع والحالة الزوجية والمتغيرات المتعلقة بالحالة الصحية: الإصابة بالأمراض المزمنة، ووجود تأمين صحي، ووزن المبحوث من وجهة نظره مقارنة بالوزن الطبيعي، وأيضاً التدخين وتعاطي المخدرات والكحوليات والشعور بعدم الأمان. بينما لم يكن لمتغيرات العمر تأثير على الإصابة بالاضطرابات النفسية، كذلك لمتغيري

رئاسة الأسرة والترتيب بين الأخوة، حيث يشير إلى أنه لا توجد علاقة معنوية بينهما والإصابة بالاضطرابات النفسية.

ترتفع فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الإناث الشباب لتقترب من ستة أمثال فرصة الإصابة بين الذكور، وذلك مع ثبات العوامل الأخرى وعند مستوى معنوية (٠.٠٠١)، أما بالنسبة للحالة الزوجية، فتشير النتائج إلى أن الذين لم يسبق لهم الزواج أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية مقارنة بمن سبق لهم الزواج بنحو (٤٠%).

ارتفعت فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين المصابين بالأمراض المزمنة لتصل إلى ما يقارب سبعة أضعاف الإصابة، وذلك مقارنة بالأفراد الأصحاء (من لا يعانون من أمراض مزمنة). أيضاً؛ فإن تمتع الشاب بتأمين صحي قد يقلل من فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث ترتفع فرص الإصابة بين من لا يتمتعون بتأمين صحي إلى ضعف فرص الإصابة بين من لديهم تأمين صحي. كذلك فقد أظهرت النتائج أن وزن المبحوث هو أحد المؤشرات الصحية المرتبطة بالصحة النفسية وأحد العوامل المؤثرة على الإصابة بالاضطرابات، فعند سؤال المبحوث عن وزنه (من وجهة نظره) انقسمت الاستجابات إلى ثلاث فئات (أقل من الوزن الأمثل، الوزن الأمثل، أكبر من الوزن الأمثل)، وقد أشارت النتائج إلى أن احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية يرتفع بين المبحوثين الذين يُقيّمون أنفسهم على أنهم أقل أو أكبر من الوزن الأمثل لتبلغ فرص الإصابة بالاضطرابات لديهم نحو ثلاثة أضعاف تقريباً عن فرص الإصابة لدى الشباب الذين يقيمون وزنهم بأنه مثالي. كما تبين أن فرصة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين المدخنين أو المتعاطين تبلغ نحو ضعف فرصة الإصابة بين غير المدخنين والمتعاطين. أيضاً توجد علاقة معنوية بين الإصابة باضطرابات الصحة النفسية والشعور بعدم الأمان، وذلك عند مستوى معنوية (٠.٠٥) حيث بلغت فرص الإصابة بالاضطرابات الضعف بين من يشعر بعدم الأمان ويضطر لاستخدام وسائل للدفاع عن النفس مقارنة بمن يشعر بالأمان ولا يضطر لاستخدام أي من هذه الوسائل.

جدول رقم (٩): المحددات المؤثرة على الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الشباب (١٨-٣٥ سنة):

مصر ٢٠١٤

فترة الثقة لنسبة الأرجحية ٩٥%		نسبة الأرجحية (OR)	مستوى المعنوية Sig.	الخطأ المعياري (SE)	معامل الانحدار (β)	
الحد الأدنى	الحد الأعلى					
خصائص على مستوى الفرد						
الفقر متعدد الأبعاد						
غير فقير (الفئة المرجعية)						
١٨.٦٥	٣.٢٦	٧.٨٠	٠.٠٠	٠.٤٥	***٢.٠٥	فقير
النوع						
ذكور (الفئة المرجعية)						
٨.٣٧	٣.٩٣	٥.٧٤	٠.٠٠	٠.١٩	***١.٧٥	إناث
العمر						
١٨ - ٢٢ (الفئة المرجعية)						
١.٥٦	٠.٨٨	١.١٧	٠.٢٨	٠.١٥	٠.١٦	٢٣ - ٢٩
١.٧٦	٠.٨٦	١.٢٣	٠.٢٥	٠.١٨	٠.٢١	٣٠ - ٣٥
الحالة الزوجية						
سبق له الزواج (الفئة المرجعية)						
١.٨٤	١.٠١	١.٣٦	٠.٠٥	٠.١٥	*٠.٣١	لم يسبق له الزواج
الترتيب بين الأخوة						
الأول (الفئة المرجعية)						
١.٢٣	٠.٦٦	٠.٩٠	٠.٥١	٠.١٦	٠.١٠-	الثاني
١.٤٥	٠.٧٦	١.٠٥	٠.٧٨	٠.١٧	٠.٠٥	الثالث
١.٤٣	٠.٧٨	١.٠٥	٠.٧٥	٠.١٦	٠.٠٥	الرابع فأكثر
الصلة برب الأسرة						

جدول رقم (٩): المحددات المؤثرة على الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الشباب (١٨- ٣٥ سنة):

مصر ٢٠١٤

معامل الانحدار	الخطأ المعياري	مستوى المعنوية	نسبة الأرجحية	فترة الثقة لنسبة الأرجحية ٩٥%	
رب الأسرة (الفئة المرجعية)					
٠.١٧	٠.٢٢	٠.٤٤	١.١٩	٠.٧٧	١.٨٤
ليس رب الأسرة					
الأمراض المزمنة					
غير مصاب (الفئة المرجعية)					
***١.٩٢	٠.٢٢	٠.٠٠	٦.٧٩	٤.٣٩	١٠.٤٩
مصاب					
التأمين الصحي					
يوجد (الفئة المرجعية)					
***٠.٦٦	٠.١٩	٠.٠٠	١.٩٤	١.٣٤	٢.٨١
لا يوجد					
وزن المبحوث من وجهة نظره					
الوزن المضبوط (الفئة المرجعية)					
***١.٠٥	٠.١٢	٠.٠٠	٢.٨٥	٢.٢٤	٣.٦٣
أقل/ أكبر من الوزن المضبوط					
ممارسة الرياضة					
لا يمارس (الفئة المرجعية)					
٠.٠٣-	٠.١٢	٠.٧٩	٠.٩٧	٠.٧٦	١.٢٣
يمارس					
الاهتمام بالسياسة					
يهتم قليلاً (الفئة المرجعية)					
٠.٠٩	٠.١٣	٠.٤٨	١.١٠	٠.٨٥	١.٤٢
يهتم بعض الوقت					
٠.٢٧	٠.١٩	٠.١٧	١.٣١	٠.٩٠	١.٩١
يهتم جداً					
التدخين وتعاطي الكحوليات والمخدرات					
لا يدخن/ لا يتعاطى (الفئة المرجعية)					
**٠.٥٥	٠.١٩	٠.٠٠٤	١.٧٣	١.٢٠	٢.٥١
يدخن/ يتعاطى					

جدول رقم (٩): المحددات المؤثرة على الإصابة باضطرابات الصحة النفسية بين الشباب (١٨- ٣٥ سنة):

مصر ٢٠١٤

معامل الانحدار	الخطأ المعياري	مستوى المعنوية	نسبة الأرجحية	فترة الثقة لنسبة الأرجحية ٩٥%		
الشعور بعدم الأمان (استخدام وسيلة للدفاع عن النفس)						
يشعر بالأمان (الفئة المرجعية)						
٠.٧٥*	٠.٣٧	٠.٠٤	٢.١١	١.٠٣	٤.٣٣	لا يشعر بالأمان
خصائص على مستوى المجتمع والأسرة						
محل الإقامة						
ريف (الفئة المرجعية)						
٠.٦٥***	٠.١٣	٠.٠٠	١.٩٢	١.٤٩	٢.٤٨	حضر
وفاة أحد الوالدين أو كليهما						
كلاهما على قيد الحياة (الفئة المرجعية)						
٠.١٣	٠.١٣	٠.٣٤	١.١٣	٠.٨٨	١.٤٧	أحدهما على الأقل متوفى
عدد غرف المسكن						
غرفة/ غرفتان (الفئة المرجعية)						
٠.٢٥-	٠.١٨	٠.١٦	٠.٧٨	٠.٥٤	١.١١	ثلاث غرف
٠.٧٠***	٠.١٩	٠.٠٠	٠.٥٠	٠.٣٤	٠.٧٢	أربع غرف فأكثر
الفقر والنوع						
الفقر * ذكور (الفئة المرجعية)						
١.٧٨***	٠.٤٧	٠.٠٠	٠.١٧	٠.٠٧	٠.٤٣	الفقر * إناث
٦.٥٠-	٠.٤٥					الثابت (Constant)
٠.٥٤	٠.٠٤	-	-	٠.٤٦	٠.٦٣	Rho

مستوى المعنوية: *p<.10, **p<.05, ***p<.01

المصدر: محسوب من قبل الباحثين

ب) عوامل الإصابة بالاضطرابات النفسية على مستوى المجتمع والأسرة

تشير النتائج الواردة بالجدول رقم (٩) إلى وجود تأثير معنوي لمحل الإقامة على الإصابة بالاضطرابات النفسية عند مستوى معنوية (٠.٠٠٠١) حيث ترتفع فرصة الإصابة بين الشباب المُقيم في الحضر أكثر من المُقيمين في الريف بمقدار الضعف تقريباً، أيضاً ترتفع فرص الإصابة بين الشباب الذين يعيشون في مسكن مكون من غرفة أو غرفتين بمقدار الضعف مقارنة بمن يقطن في مسكن مكون من أربع غرف فأكثر، بينما لم يؤثر وفاة أحد الوالدين أو كلاهما على احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية.

وقد تم اختبار فرضية وجود تفاعل بين حالة الفقر والمتغيرات المستقلة بالدراسة Effect modifier، حيث تم تكوين متغيرات تفاعل بين متغير الفقر متعدد الأبعاد والمتغيرات المستقلة الأخرى، ثم تقدير التأثير في ظل وجود تفاعل بين الفقر وكل متغير مستقل على حدة، في ظل ثبات المتغيرات الأخرى. وكانت النتيجة هي عدم معنوية التفاعلات فيما عدا متغير التفاعل بين الفقر والنوع بنسبة أرجحية بلغت نحو الخمس، حيث ارتفع احتمال الإصابة بين الذكور الفقراء مقارنة بالإصابة بين الإناث الفقيرات، وهو ما يشير إلى أن الفقر كان أشد وطأة على الذكور من الإناث الأمر الذي جعل الذكور الفقراء أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية.

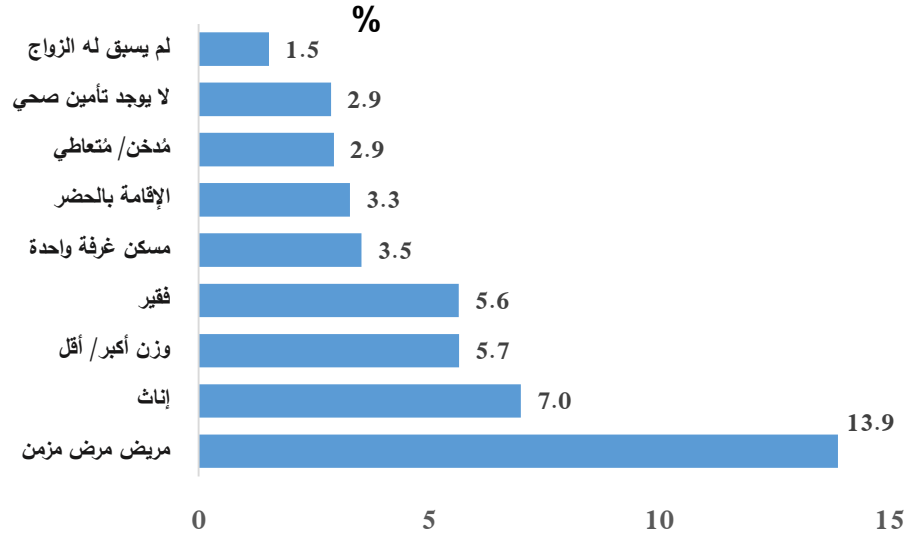
ج) التأثير الحدي للعوامل المؤثرة على الصحة النفسية

تم حساب التأثير الحدي^٨ للعوامل المستقلة التي أظهر النموذج معنوياتها على الصحة النفسية، وذلك لتقدير أثر التغير من فئة لأخرى في المتغيرات المستقلة على الصحة النفسية. وقد تبين أن تأثير متغير الإصابة بالأمراض المزمنة هو الأكبر مقارنة بباقي العوامل الأخرى كما هو موضح بالشكل (٢)، حيث ترتفع فرص الإصابة بالاضطرابات عند إصابة الشباب بالأمراض المزمنة بنسبة بلغت (١٤%) تقريباً مقارنة بغير المصابين بالأمراض المزمنة يليها بفارق كبير متغير النوع، حيث ترتفع فرص الإصابة بين الإناث إلى (٧%) مقارنة بالذكور.

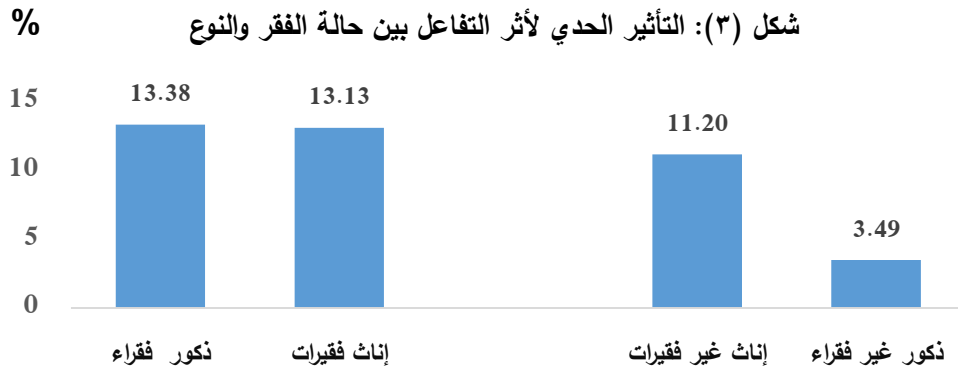
ثم بنسب متساوية تقريباً للمتغيرين "وزن المبحوث من وجهة نظره" و"حالة الفقر"، حيث يصبح الشاب الذي وزنه أكبر أو أقل من الوزن المثالي -من وجهة نظره- أكثر عُرضة للإصابة بالاضطرابات بنسبة بلغت (٦%)، كذلك ترتفع فرصة الإصابة بين الفقراء مقارنة بغير الفقراء. أيضاً يأتي تأثير المسكن المُكون من غرفة واحدة والإقامة بالحضر بتأثير متقارب جداً للإصابة بالاضطرابات، ثم يليهم تأثير تعاطي المخدرات والتدخين وعدم وجود تأمين صحي بنسب متساوية بلغت نحو (٣%). وأخيراً أشارت النتائج إلى ارتفاع فرص الإصابة بين الشباب الذين لم يسبق لهم الزواج بنسبة بلغت (١.٥%).

كذلك يظهر الأثر الحدي للتفاعل بين الفقر والنوع (شكل ٣)، ارتفاع فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الإناث غير الفقيرات مقارنة بالذكور غير الفقراء بمقدار ثلاثة أمثال، في حين أن فرص إصابة الذكور الفقراء متقاربة بشكل كبير مع فرص الإصابة بين الإناث الفقيرات. ومن ثم فإن هناك تبايناً كبيراً بين الذكور الفقراء والذكور غير الفقراء بينما تقل الفجوة بين الإناث الفقيرات مقارنة بغير الفقيرات.

شكل (٢): التأثير الحدي للعوامل المؤثرة على الإصابة بإضطرابات الصحة النفسية بين الشباب: مصر ٢٠١٤



المصدر: محسوب من قبل الباحثين



المصدر: محسوب من قبل الباحثين

خامساً- مناقشة النتائج

تعدُّ الاضطرابات النفسية من أهم المشكلات الصحية في مصر، حيث تأتي في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب والشرابين في القائمة المحددة لعدد سنوات الحياة المفقودة نتيجة العجز أو الإصابة بالأمراض في مصر، وقد سعت الدراسة إلى تقديم نتائج مبنية على أدلة لتكون أداة مفيدة في مجال إعداد البرامج المختلفة لتحسين الصحة النفسية وخاصة بين الشباب، الذين يعدُّون القوة البشرية للمجتمع. وذلك من خلال التعرف على معدلات انتشار الاضطرابات النفسية بين الشباب في مصر وفقاً لحالة الفقر والخصائص الخلفية للشباب، وكذلك تقدير تأثير الفقر متعدد الأبعاد على الصحة النفسية. وذلك بالاعتماد على مسح النشء والشباب: مصر (٢٠١٤). وقد تم قياس مستوى الصحة النفسية من خلال أداة استبيان الإقرار الذاتي (SRQ-20) الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، وكذلك تم تقدير مستوى الفقر متعدد الأبعاد بتبني مؤشر أكسفورد الذي تم تطويره في عام (٢٠١٩).

وقد أشارت النتائج إلى أن نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب (٧.٢%) عام (٢٠١٤)، وترتفع لتصل إلى (١٤.٣%) بين الفقراء، وتتنخفض إلى (٦.٦%) بين غير الفقراء. وعند اختبار تأثير الفقر على الإصابة بالاضطرابات النفسية تبين أن فرص الإصابة بين الفقراء بلغت نحو ثمانية أضعاف الإصابة بين غير الفقراء الأمر الذي يؤكد على أن الفقر أحد أهم محددات الإصابة بالاضطرابات النفسية.

أيضاً كانت الإناث هن الأكثر تأثراً بحالة الفقر مقارنة بالذكور، وقد يرجع ذلك لأسباب بيولوجية مرتبطة بالتغيرات التي تمر بها الإناث على مدار حياتهن (مثل فترات الطمث والحمل والولادة)، وهناك أيضاً الأسباب الاجتماعية (كالتعرض للطلاق والترمل، وتفضيل الذكور عن الإناث، أو تحملهن لأعباء تفوق قدرتهن وتتعدى أدوارهن الاجتماعية الأصلية). وهو ما يتفق مع الكثير من الدراسات السابقة التي أشارت إلى ارتفاع نسبة الإصابة بين الإناث وخاصة في الدول العربية ومنطقة الشرق الأوسط (Charara, et al., 2017). كذلك

وجد العديد من الدراسات أن انخفاض مستويات هرمون التستوستيرون^١ في الدم قد يكون سبباً أساسياً في الإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب (Rohr, 2002).

وقد تم تقدير التفاعل بين الفقر والنوع، حيث تبين أن فرصة الإصابة بين الإناث الفقيرات بلغت خمس فرصة الإصابة بين الذكور الفقراء، وهو ما يشير إلى أن الفقر كان أشد وطأة على الذكور الشباب مقارنة بالإناث من فئة الشباب، والذي قد ترجع أسبابه إلى ارتفاع عبء الإعالة للذكور مقارنة بالإناث إلى جانب تكاليف الزواج، وقد أكدت النتائج على ارتفاع فرص الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الشباب الفقراء الذين يعانون من الأمراض المزمنة، وهو ما اتفق مع دراسات سابقة تمت في مصر (Ghanem, et al., 2009).

كذلك فإن اطمئنان الشاب على صحته وثقته بوجود من يتكفل بعلاجه يساعد على الشعور بالطمأنينة وعدم القلق (الذي يترتب على حالات المرض أو الطوارئ الصحية وما يتبعها من تكاليف مادية) وهو الأمر الذي يتحقق بتوافر خدمات التأمين الصحي، حيث يعد تمتع الشاب بوجود تأمين صحي هو انعكاس لوجود عمل مستقر والذي بدوره يسهم في تقليل الضغوط ومن ثم الإصابة بالاضطرابات النفسية.

وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى ارتفاع فرص الإصابة بين الشباب من سكان الحضر وخاصة الفقراء مقارنة بالريف، وقد يرجع ذلك إلى وجود الزحام والتلوث واتساع الفجوة الاجتماعية والاقتصادية الموجودة بين سكان الحضر، وعدم العدالة في توزيع الدخل بعكس الإقامة في الريف حيث التقارب الاجتماعي والاقتصادي والثقافي.

ومن النتائج غير المتوقعة إشارة النتائج إلى ارتباط التعليم طردياً مع معدل انتشار الاضطرابات النفسية لدى الفقراء من الشباب، حيث ترتفع نسب الإصابة بالاضطرابات كلما

^١ التستوستيرون هو هرمون معروف بدوره في العملية الإنجابية. ويظهر الذكور مستويات أعلى من هرمون تستوستيرون في الدم بين (١٠ إلى ٢٠ ضعفاً) مقارنة بالإناث. وعادة ما يتم تعريفه كهرمون ذكورة، والإناث أكثر حساسية لانخفاض مستوى هرمون التستوستيرون في الدم.

ارتفع مستوى التعليم؛ بينما كان الارتباط عكسياً لدى غير الفقراء. ويمكن تفسير ذلك بأن الفقراء كلما ارتفع مستوى التعليم لديهم يحتمل أن يصابوا بحالة من الإحباط؛ من حيث عدم توفر العمل اللائق أو المستوى المعيشي المرضي، أو اصطدامهم بالواقع حيث لم يُغير التعليم الوضع الاجتماعي والاقتصادي لديهم في أغلب الأحيان.

ويمكن القول إن الفقر يُعدُّ من أبرز العوامل التي أدت إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية (والتي كان أهمها القلق والاكتئاب) مقارنة بباقي العوامل والمحددات الأخرى. مع الأخذ في الحسبان الأداة التي تم بها القياس، ورغم أنها أداة غير متعمقة (تُوفر تشخيصاً أولياً Screening ولكنها كانت الأنسب للاستخدام في هذا المسح). جدير بالذكر أن الدراسة لم تستطع التعرف على دور بعض العوامل بشكل منفصل، وهي: البطالة والإعاقة والتعليم في الإصابة بالاضطرابات النفسية نظراً لأنها من مكونات مؤشر الفقر متعدد الأبعاد. كذلك لم تتمكن الدراسة من تقدير تأثير التفاعل بين الفقر والمتغيرات الأخرى، وقد يرجع ذلك إلى قلة حجم عينة المصابين بالاضطرابات النفسية.

وإذا كان للتعليم دور في التعرض للإصابة باضطرابات الصحة النفسية، وكذلك المستوى الصحي للفرد وتوفر عمل له أم لا - كما تم توضيحه في جزء الإطار النظري للدراسة- فإننا لا نغفل أن للصحة النفسية دوراً في الأداء التعليمي للطلاب ومستوى تحصيلهم الدراسي، فالاضطرابات النفسية المختلفة لها تأثير سلبي على الأداء داخل المدرسة. وكذلك لها تأثير على مستوى الصحة العامة، حيث إن ضعف الصحة النفسية يُعدُّ عامل خطورة للإصابة بالأمراض المختلفة لا سيما المزمنة منها، وأن الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة أو تدهور في الحالة الصحية معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بالاضطرابات النفسية. كما أن المضطرب نفسياً يكون غير قادر على العمل. وهو ما يشير إلى وجود علاقة ذات اتجاهين بين متغيري البطالة والصحة النفسية، والتعليم مع الصحة النفسية، وأخيراً بين الصحة العامة والصحة النفسية، وهو ما يشجع على تناول هذه العلاقات بالدراسة والتحليل.

وتجدر الإشارة إلى بعض القيود الخاصة بالبيانات التي واجهت الدراسة، وهي:

(أ) لم تحتوِ بيانات الدراسة على أي متغيرات تُفيد بتعليم وعمل الآباء وعدد أفراد الأسرة الأمر الذي كان من شأنه حساب معدل التزاخم.

(ب) كما أن تقدير المصابين بالاضطرابات النفسية من المحتمل أن يكون متأثرًا بحالة من الإنكار لوجود فرد مصاب بأعراض المرض النفسي الذي يعدّه بعض المبحوثين وصمة عار، هذا بالإضافة إلى أن افتقار الخصوصية -في أثناء المقابلة- ربما يسهم في إخفاء أو عدم دقة الإجابات خاصة لو تم استيفاء الاستمارة في حضور أفراد الأسرة (مثل أسئلة تفيد بمدى تعاطي الكحوليات أو المخدرات أو التعرض للتحرش وأيضًا تاريخ التعاطي).

(ج) وعلى الرغم من أن المسح (SYPE) الذي اعتمدت عليه الدراسة هو مسح ممثل على المستوى القومي، إلا أنه لم يشمل الأفراد الذين لا مأوى لهم، أو الأشخاص نزلاء المستشفيات / المؤسسات أو السجناء.

(د) على الرغم من وجود أدوات أخرى أكثر عمقًا وتفصيلًا من المُستخدمة في الدراسة لقياس الصحة النفسية إلا أن القائمين على المسح قد رجحوا تلك الوسيلة نظرًا لكبر حجم العينة.

سادسًا- التوصيات

(أ) التوصيات المنهجية

نظرًا لندرة الدراسات التي اهتمت بالصحة النفسية توصي الدراسة بإجراء مسح قومي حديث يتم من خلاله قياس مستوى انتشار الاضطرابات النفسية، وذلك باستخدام أدوات سهلة التطبيق يمكن من خلالها تحديد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية باستخدام أدوات أكثر عمقًا -يتم تحديدها واختبارها من قبل المتخصصين-، حيث يتم تتبع الحالات التي تبين إصابتها بالاضطرابات وإعادة تقييمها، وذلك بهدف التعرف على أنواع الاضطرابات

النفسية للمصابين بالإضافة إلى توفير معلومات أكثر تفصيلاً عن خصائص الأسرة ومن ثم الوقوف على محددات أخرى قد تكون أسهمت في الإصابة.

أيضاً؛ فإن الدراسة وإن قامت بالتعرف على أهم المحددات التي أسهمت في الإصابة بالاضطرابات النفسية والتي كان من أهمها الفقر، إلا أن هناك تأثيراً آخر عكسياً، فالشاب الذي يعاني من الاضطرابات يُصبح عُرضة للفقر بسبب عدم قدرته على العمل أو أدائه الضعيف الذي يجعل صاحب العمل غير راغب في تشغيله. وقد أشارت الدراسات السابقة إلى وجود تأثير للاضطرابات النفسية على تدني المستوى الاقتصادي للمصاب وصولاً به إلى الفقر. لذا؛ توصي الدراسة بقياس التأثير المتبادل للإصابة بالاضطرابات النفسية والحالة الاقتصادية للشباب. كذلك دراسة التأثير المتبادل لبعض المتغيرات مع الإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث تبين من خلال نتائج الدراسة وجود علاقة بين تعاطي المخدرات والكحوليات والإصابة بالاضطرابات النفسية، ولم تتبين الدراسة هل تأثرت الصحة النفسية بتعاطي المخدرات أم أن المصاب بالاضطرابات قد لجأ لتعاطي المخدرات وشرب الكحوليات. أيضاً توصي الدراسة بالتعرف على العلاقة المتبادلة بين الطلاق والترمل والإصابة بالاضطرابات، وأيهما كان الأكثر تأثيراً على الآخر، حيث لم تسمح بيانات المسح بدراسة هذه العلاقات التبادلية لأن جميع المتغيرات كانت مُقاسة وقت إجراء المسح فقط.

كذلك توصي الدراسة بتقدير مؤشر لتوقع البقاء على قيد الحياة الخالي من الاضطرابات النفسية (أو توقع البقاء على قيد الحياة المُعاش في ظل الاضطرابات النفسية)، بوصفه مقياساً لتقييم صحة الأفراد النفسية، حيث يجمع بين عدد سنوات الحياة المفقودة وجودة الحياة، كما يعدُّ أحد أهم طرق التقييم الصحي (البنك الدولي، ٢٠١٠).

ب) توصيات لتحسين أوضاع الشباب في مصر

توصي الدراسة بالعمل على تحسين أوضاع الشباب من خلال تقليل معدلات البطالة، وتوفير فرص عمل جديدة لهم، بالإضافة إلى تحسين أوضاعهم الصحية عن طريق تقديم برامج التأمين الصحي الشامل وتوفير العيادات الشاملة والمتنقلة في الأماكن التي يوجد بها الشباب كالأندية ومراكز الشباب بالإضافة إلى المدارس والجامعات.

ويُتترح تنفيذ مجموعة من البرامج التوعوية من خلال مجموعة من قنوات الاتصال المعروفة بتأثيرها ووصولها للشباب (وخاصة وسائل التواصل الاجتماعي)، كبرامج التوعية بأخطار التدخين والحماية من الإدمان، وكذلك التوعية بضرورة ممارسة الرياضة والحفاظ على الوزن الصحي.

كما تُوصي الدراسة بأهمية التركيز على فئة الشباب كجزء من أهداف مشروع استهداف الأسر الفقيرة، ومن ثم يمكن التعرف على أهم خصائص الشباب الفقراء بشكل عام وأهم المناطق التي يتركزون بها وتحديد احتياجاتهم وأولويات رعايتهم.

المراجع

- البنك الدولي. معهد القياسات الصحية والتقييم جامعة واشنطن، شبكة تنمية الموارد البشرية. (٢٠١٠). "عبء المرض العالمي، تقديم الدليل، توجيه السياسات". طبعة إقليمية خاصة بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠١٩). أهم مؤشرات مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك ٢٠١٧/٢٠١٨. القاهرة، مصر.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء. (٢٠٢١). أهم مؤشرات مسح الدخل والإنفاق والاستهلاك ٢٠١٩ / ٢٠٢٠. القاهرة، مصر.
- رانيه (رشدي)، مايا (سيفرينج) (٢٠١٠). مسح النشء والشباب في مصر: التقرير النهائي، المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا". القاهرة، مصر، مجلس السكان الدولي
- مجلس السكان الدولي. (٢٠١٥). المسح التتبعي للنشء والشباب في مصر 2014 ، نحو بناء أدلة للسياسات والبرامج. المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا. القاهرة، مصر.
- منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة. (٢٠٠٥). تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم - البيانات المستجدة - الممارسة، التقرير المختصر. قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد بالتعاون مع جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة.
- منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٨a). "الاضطرابات النفسية" <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٨b). الصحة النفسية: تعزيز استجابتنا

[room/fact- https://www.who.int/ar/news-](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

[.sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

Beusenbergh, M., Orley, J. (1994). **A User's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ)**. World Health Organization. Division of Mental Health.

Bonnefoy, X. (2007). **Inadequate Housing and Health: An Overview**. International Journal of Environment and Pollution, 30: 411-429.

Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T. (2017) The Burden of Mental Disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013. **PLoS ONE** 12 (1): e0169575. [doi:10.1371/journal.pone.0169575](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169575)

Chaudhury, P. K., Deka, K., and Chetia, D. (2006). Disability associated with mental disorders. **Indian journal of psychiatry**, 48(2)95-101.

[DOI: 10.4103/0019-5545.31597](https://doi.org/10.4103/0019-5545.31597)

Chevalier, A., and Feinstein, L. (2007). **Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health**. Centre for the Economics of Education, London School of Economics, United Kingdom.

Davidson, K., Trudeau, K., van Roosmalen, E., Stewart, M., and Kirkland, S. (2006). Perspective: Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. **Health Education and Behavior**, 33(6): 731-743.

[DOI: 10.1177/1090198106288043](https://doi.org/10.1177/1090198106288043)

- Elliot, I. (2016). **Poverty and Mental Health: A Review to Inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy**. Mental Health Foundation, London.
- El-Saadani, S. (2012). Mental Health in Egypt, Case of Cairo. **The Egyptian Population and Family Planning Review**, 46(1):1-33.
- Fancourt, D., Bhui, K., Chatterjee, H., Crawford, P., Crossick, G., DeNora, T., & South, J. (2021). Social, cultural and community engagement and mental health: cross-disciplinary. co-produced research agenda. **BJPsych open**, 7(1). [DOI: 10.1192/bjo.2020.133](https://doi.org/10.1192/bjo.2020.133)
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., and Sartorius, N. (2015). Toward a New Definition of Mental Health. **Official Journal of the World Psychiatry Association**, 14 (2): 231–233. [DOI: 10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231)
- Ghanem, M., Gadallah, M., Meky, F.A., Mourad, S. and El-Kholy, G. (2009). National Survey of Prevalence of Mental Disorders in Egypt. preliminary survey, **Eastern Mediterranean Health Journal**, 15 (1): 65-75.
- Hulland, K., Chase, R., Caruso, B., Swain, R., Biswal, B., Sahoo, K., Panigrahi, P., and Dreibelbis, R. (2015). **Sanitation, Stress, and Life Stage: A Systematic Data Collection Study among Women in Odisha, India**. **PLOS One**, 10(11):134-177. [DOI: 10.1371/journal.pone.0141883](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141883)
- International Labour Organization (ILO). (2000). **World Labour Report 2000: Income Security and Social Protection in A Changing World**.

- Ishmuhametov, I. & Palma, A. (2017). **Unemployment as a Factor Influencing Mental Well-being**. *Procedia Engineering*, 17(8):59-367.
- Ling, L. (2016). **Is Housing of Importance to Mental Health?**. Royal collage of psychiatrists.
<https://www.rcpsych.ac.uk/docs/defaultsource/members/faculties/rehabilitation-and-social-psychiatry/rehab-prize-2016-winning-essay-pei-ling-lim.pdf> . accessed: 2 April 2019.
- Maddala, G.S. (2001). **Introduction to Econometric**. (3rd edition). John Wiley & Sons, New York.
- McPhillips, M. (2017). **The Impact of Housing Problems On Mental Health**. Shelter, England.
https://england.shelter.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/1920894/Caught_in_the_Act_-_A_review_of_the_new_homelessn_ess_legislation_, accessed: 2 December 2019.
- Murali, V., and Oyebode, F. (2004). Poverty, Social Inequality and Mental Health . **Advances in Psychiatric Treatment**, 10(2):216–224.
- Oxford Poverty and Human Development Initiative. (2018). **Background to the MPI** . Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).
 - <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/background-to-the-mpi/> . accessed: 10 September 2019
- Ozdamar, O., and Giovanis, E. (2019). Youth Multidimensional Poverty and Its Dynamics: Evidence from Selected Countries in The MENA Region. **Economic Research Forum (ERF) Working Paper**. No. 1339.
- Ozdamar, O. & Giovanis, E. (2019) **Youth Multidimensional Poverty and its Dynamics: Evidence from Selected**

Countries in The MENA Region, ERF Working Paper No. (1339).

Patel, V., Ricardo, A., Mauricio, L., Ana, L., and Charles, T. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, 49(3): 1461-1471. DOI: [10.1177/1359105307076237](https://doi.org/10.1177/1359105307076237)

Samy, M. (2019). **Employment Transitions of Youth and Mental Health Implications in Egypt**. Economic Research Forum (ERF), 26th Annual Conference in Cairo, Egypt.

Sharman, A. (2000). **Anemia testing in population-based surveys: General information and guidelines for country monitors and program managers**. Calverton, Maryland USA: ORC Macro

Ritchie, H., and Roser, M. (2021). **Mental Health**. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health> accessed: 6th May 2019.

Rohr, Uwe. (2002). The impact of testosterone imbalance on depression and women's health. **Maturitas**. 41 Suppl 1. S25-46.

World Health Organization. (1994). **A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. WHO/MNH/PSF/94.8. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2001a). **Mental Disorders Affect One in Four People**.

https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en accessed; 6 September 2020.

World Health Organization. (2001b). **Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as A Vulnerable development Group**. Mental Health and Poverty Project. <https://www.who.int/mental>

[health/policy/mhtargeting/targeting_mh_summary.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

accessed: 20 May 2020.

World Health Organization. (2012). **Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors** .

https://www.niagaraknowledgeexchange.com/wpcontent/uploads/sites/2/2014/05/Risks_to_Mental_Health., accessed: 26 May 2020

World Health Organization. (2013). **Investing in Mental Health: Evidence for Action**. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2016). **Global Health Observatory (GHO) data**. Egypt profile.

World Health Organization. (2017). **Mental Health Atlas**. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Youn, H.M., Kang, S.H., and Jang, SI. (2020). **Association between social participation and mental health consultation in individuals with suicidal ideation: a cross-sectional study"**. *BMC Psychiatry*. 20, 305 [https:// doi.org/10.1186/s12888-020-02724-8](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02724-8)

Zhang, Y. and Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 31;17(7):2381. [doi: 10.3390/ijerph17072381](https://doi.org/10.3390/ijerph17072381).

الملحق (أ)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب الخصال الديموجرافية والاجتماعية: مصر ٢٠١٤

النسبة المئوية	التكرار	الخصائص
خصائص على مستوى الفرد		
مؤشر الاضطرابات النفسية		
٧.٢%	٦٢٣	مصاب
٩٢.٨%	٨٠٤٥	غير مصاب
مؤشر الفقر متعدد الأبعاد		
٨.١%	٧٠٣	فقير
٩١.٩%	٧٩٨٢	غير فقير
النوع		
٥١.٦%	٤٤٧٨	ذكور
٤٨.٤%	٤٢٠٧	إناث
العمر		
١٤.٥%	١٢٥٦	أقل من ٢٠
٣٥.٢%	٣٠٥٥	٢٠-٢٤
٢٩.٢%	٢٥٣٨	٢٥-٢٩
٢١.٢%	١٨٣٧	٣٠-٣٤
الحالة الزوجية		
٤٣.٣%	٣٧٦٠	متزوج
٥٥.٦%	٤٨٣١	لم يسبق له الزواج

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ١٤ يناير ٢٠٢٢ ، ص (٣٧- ٩٣)

مطلق/ أرمل	٩٠	%١.٠
مستوى التعليم		
لم يلتحق بالتعليم/ أقل من ابتدائي	١٣٧٣	%١٥.٨
ابتدائي/ إعدادي	١٥٧٧	%١٨.٢
متوسط/ فوق متوسط	٤٥٠٧	%٥١.٩
جامعي فأعلى	١٢٢٨	%١٤.١
الترتيب بين الأخوة		
الأول	٢٣٤٣	%٢٧
الثاني	٢٢٠٠	%٢٥.٣
الثالث	١٧٢٨	%١٩.٩
الرابع فأعلى	٢٤٠٧	%٢٧.٧
رئاسة الأسرة		
غير رب الأسرة	٧٤٧٩	%٨٦.١
رب الأسرة	١٢٠٦	%١٣.٩
الحالة العملية		
يعمل	٣٥٠٠	%٤٠.٣
متعطل	٧٩٤	%٩.١
خارج قوة العمل	٤٣٨٤	%٥٠.٥
قطاع العمل		
عام/ حكومي	٦١٠	%١٧.٤
خاص	٢٨٩٠	%٨٢.٦

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ١٤ يناير ٢٠٢٢ ، ص (٣٧-٩٣)

وجود إعاقة		
نعم	٩٣	%١.١
لا	٨٥٩١	%٩٨.٩
وجود مرض مزمن		
نعم	٣٥٨	%٤.١
لا	٨٣٢٦	%٩٥.٩
وجود تأمين صحي		
نعم	١٥٨٥	%١٨.٢
لا	٧١٠٠	%٨١.٨
وزن المبحوث (من وجهة نظر المبحوث نفسه)		
أقل من الوزن المضبوط	٩٨٨	%١١.٤
الوزن المضبوط	٦٤١١	%٧٤
أعلى من الوزن المضبوط	١٢٦٩	%١٤.٦
ممارسة الرياضة		
لا	٤٢٧٩	%٤٩.٣
نعم	٤٤٠٦	%٥٠.٧
الاهتمام بالسياسة		
يهتم قليلاً / نادرًا	٤٦٢٢	%٥٣.٥
يهتم أحيانًا	٢٩٩٦	%٣٤.٧
يهتم غالبًا / دائمًا	١٠٢٢	%١١.٨
تدخين السجائر		
لا	٧٠٠٦	%٨٠.٧

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ١٤ يناير ٢٠٢٢ ، ص (٣٧- ٩٣)

١٦٧٩	١٩.٣%	نعم
تدخين شيشة		
٧٧٣٤	٨٩%	لا
٩٥١	١١%	نعم
تعاطي الكحوليات والمخدرات		
٨٤٤١	٩٧.٢%	لا
٢٤٤	٢.٨%	نعم
القلق من المستقبل		
٣٣٨	٣.٩%	منخفض
٤٦٢٧	٥٣.٤%	متوسط
٣٦٩٤	٤٢.٧%	مرتفع
الشعور بالانتماء		
٤٠٥٧	٤٦.٩%	يشعر بالانتماء
٤٦٠١	٥٣.١%	لا يشعر بالانتماء
الشعور بالتدين		
٥٨٤	٦.٧%	يعتبر نفسه غير متدين
٨٠٧٤	٩٣.٣%	يعتبر نفسه متديناً
٢٢	١%	غير مبين
الثقة في الآخرين		
١٨١٣	٢٠.٩%	يمكن الثقة بالآخرين
٦٨٤٥	٧٩.١%	يجب أن أكون حذراً

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ١٤ يناير ٢٠٢٢ ، ص (٣٧-٩٣)

خصائص على مستوى المجتمع والأسرة		
محل الإقامة		
ريف	٥٢٢٤	%٦٠.٢
حضر	٣٤٦١	%٣٩.٨
وفاة أحد الوالدين أو كلاهما		
أحدهما/ كليهما	٢٥٢٤	%٢٩.١
كلاهما أحياء	٦١٦١	%٧٠.٩
عدد غرف المسكن		
غرفة/ غرفتين	٩٢٥	%١٠.٦
3غرف	٣٦٢٠	%٤١.٧
4 فأكثر	٤١٤٠	%٤٧.٧
وجود تاريخ للمرض النفسي داخل الأسرة		
نعم	٦٤	%٠.٧
لا	٨٦٠٤	%٩٩.٣
الإجمالي	٨٦٦٨	%١٠٠

المصدر: تم حسابه بواسطة الباحثتين