

الصحة النفسية، والقلق والاكتئاب لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة

• موزه علي خلفان النعيمي
• د. يوسف عبد الوهاب أبو حميدان

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات القلق، والاكتئاب والصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والمتمثلة بالجنس (النوع الاجتماعي).

تكونت عينة الدراسة من (73) فرداً من المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في إمارة أبو ظبي (أبو ظبي والعين). وتم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب، واختبار سمة القلق لسبيلبرغر، ومقياس الصحة النفسية العامة.

توصلت الدراسة إلى وجود مستويات من القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة حيث بلغت نسبة الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب (المتوسط إلى الشديد) (28.7%) والأفراد الذين يعانون من مستويات (متوسطة إلى مرتفعة) من القلق (61.6%). أما فيما يتعلق بالصحة النفسية فقد بلغت نسبة الأفراد الذين يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية (1.4%). أما فيما

• اختصاصية نفسية - مركز العين لذوي الهمم
• • أستاذ دكتور، علم النفس السلوكي التطبيقي، الجامعة الأردنية

يتعلق بالأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية، فقد بلغت نسبة الأفراد الذين يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية لُبعد الصحة النفسجسمية (6.9%)، وُبعد التحرر من القلق والأرق (19.2%)، وبعء فاعلية الوظائف الاجتماعية (16.4%)، وبعء التحرر من الاكتئاب الشديد (8.2%). وتم التوصل إلى إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية تبعاً لمتغير الجنس لصالح (الذكور)، وتم إيجاد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على بعء التحرر من القلق والأرق لصالح (الذكور) وبعء فاعلية الوظائف الاجتماعية لصالح (الذكور) وبعء التحرر من الاكتئاب الشديد لصالح (الإناث). أما فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب فلم يتم التوصل إلى فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث.

وختاماً تُوصى الدراسة الحالية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالمقيمين في دور الرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة والتي تتناول متغيرات الدراسة الحالية والمزيد من المتغيرات المتصلة.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، القلق والاكتئاب، المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية

المقدمة :

تعتبر صحة الإنسان النفسية من المظاهر الأساسية والمهمة في بناء شخصيته وطريقة تفاعله مع المجتمع الخارجي. فخبرة الفرد عبر مراحل الحياة التي يمر بها الإنسان ودرجة تكيفه مع الأوضاع الاجتماعية والنفسية التي يمر بها تساهم في تكوين شخصيته.

وبذلك فهو بحاجة منذ الطفولة إلى من يهتم به ويرعاه الرعاية الصحيحة من جميع النواحي (الجسدية والاجتماعية والنفسية). وهنا تكمن أهمية وجود الأسرة في توجيه الطفل ورعايته وصقل شخصيته ودعمه نفسياً. ويعاني الأشخاص الذين فقدوا جو الأسرة والرعاية من تأثير ذلك على صحتهم النفسية، حتى مع وجود من يقدم لهم الرعاية البديلة سواء كانت هذه الرعاية عن طريق المؤسسات الإنسانية أم الأسر البديلة، وهذه هي حال الأشخاص (المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية) الذين يودعون ويربون في مراكز الرعاية منذ الطفولة وحتى أثناء سير حياتهم المستقبلية.

إن غياب الأسرة الحقيقية للشخص تؤثر على مدى تكيفه وصحته النفسية في المجتمع، وقد يساهم ذلك في خلق القلق والاكتئاب أثناء مراحل نموه. وتؤثر الصحة النفسية على مستوى التكيف لديهم مستقبلاً وخصوصاً بعد خروجهم من دور الرعاية وانتقالهم للاعتماد على

أنفسهم. حيث تعتبر التربية والتنشئة التي يكتسبونها أساساً مهماً يساعدهم على النجاح في الحياة. إن إخفاق تحقيق مراكز دور الرعاية لأهداف التنشئة السليمة من شأنه أن يؤثر على الصحة النفسية لهم ولذلك قد يترتب على ذلك حدوث بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وسوء التكيف.

ولقد قدم لنا علماء النفس تعريفات متعددة للصحة النفسية، فلقد عرفها أركسون بأنها جهد لا شعوري نحو تكامل خبرة الفرد وشخصيته والحفاظ على تماسكه مع صحة المجتمع الذي يعيش فيه ومثلها وقيمتها العليا. وعرفها ميلر على أنها الصفات التي يمكن ملاحظتها على الشخص وتعرفها على نفسه وعلى الآخرين. أما راسموسين فعرف الصحة النفسية بأنها تركيب لصورة الذات وتتم من خلال تفاعله مع المجتمع. (الربابعة، 1994).

مشكلة الدراسة :

هناك تساؤل مهم حول ما تقدمه مراكز ودور الأيتام في دولة الإمارات العربية المتحدة في مدى مساعدة الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في تحسين مستوى الصحة النفسية ومساعدتهم على تجاوز ومواجهة الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب ولذلك ستحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية.

أسئلة الدراسة :

1. هل يعاني المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية من القلق؟
2. هل يعاني المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية من الاكتئاب؟
3. ما هو مستوى الصحة النفسية لديهم؟
4. هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الصحة النفسية؟
5. هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق؟
6. هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تبحث عن مستوى الصحة النفسية عند الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية وتقيس مستوى درجة القلق والاكتئاب والصحة النفسية لديهم. وتبرز أهمية هذه الدراسة كذلك من خلال ما يلي:

1. محاولة تعويض النقص ومعالجته بالنسبة للدراسات المتعلقة بالصحة النفسية في العالم

- العربي، فلدى القيام بعملية استطلاع في غالبية الدوريات والمكتبات ومواقع الإنترنت وجدت أن الأبحاث التي درست الصحة النفسية قليلة لدى الأشخاص الأيتام
2. أنها من الدراسات القليلة التي تجري على مستوى دولة الإمارات على الأشخاص الأيتام
 3. أنها تعطي مؤشرات على مدى فاعلية دور هذه المؤسسات من خلال معرفة مستوى الصحة النفسية والقلق والاكتئاب لدى هذه الفئة.
 4. تزويد المختصين في الشؤون الأسرية، والاجتماعية، والتربوية والصحية بمعلومات تساعدهم على توجيه الأسر نحو أنماط التنشئة الأسرية الأكثر ملاءمة لنمو الأيتام
- حدود الدراسة:**

تقتصر الدراسة الحالية على المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة.

التعريفات النظرية والإجرائية

- الصحة النفسية: هي توافق الأفراد مع أنفسهم ومع من يحيطونهم بفعالية وشعورهم بالرضا والقدرة على تقبل الحياة ومتطلباتها، ويحقق فيها الفرد مستوى عالياً من النجاح في التعامل مع البيئة الاجتماعية والشعور الأدنى من القلق. (Bernard، 1970) كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست الخلو من المرض. (World Health Organization، 2004)
- وتعرف إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الصحة النفسية.
- القلق: هو عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والشد والخوف غير المبرر وهو استجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً من الأساس ويستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها. (Speilberger ، 1983)
- ويعرف إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على اختبار سيبيلبيرجر لحالة القلق.
- الاكتئاب: يرى بيك أن الاكتئاب حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول (Beck، 1980).
- ويعرف إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك للاكتئاب.

محددات لدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة، مما يصعب تعميم النتائج على بقية دور الرعاية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

الصحة النفسية وتعريفها:

هناك تعريفات عديدة ومتنوعة ظهرت في ميدان الصحة النفسية وخصوصاً أن علم الصحة النفسية يتعامل مع السمات المميزة لحالات السواء وعدم السواء ويتعامل مع السلوك، وعوامل الصحة النفسية ومدى انحرافها وما يتبع ذلك في مدى التكيف.

ويعتبر العالم أدولف ماير أول من استعمل مصطلح الصحة النفسية. واستخدم مصطلح الصحة النفسية ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي والوقاية من الاضطرابات النفسية، وقام بتعريف الصحة النفسية بأنها: تكيف الشخص مع العالم الخارجي بطريقة تشعره بالرضا ويستطيع مواجهة جميع مشاكله.

أما بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فهي عرفت الصحة النفسية على أنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست الخلو من الأمراض. (الداهري، 2005).

معايير الصحة النفسية:

يرى الداهري (2005) أن هناك معايير تساعدنا في الفصل بين السلوك السوي والغير سوي، ومن هذه المعايير:

1. المعيار الشخصي أو الذاتي: ويعتبر هذا المعيار من المعايير الحديثة حيث يعتمد على التقرير الذاتي للفرد، فإذا ما كان الفرد راضياً عن حياته ولا يوجد ما يعكس صفو حياته فإننا نعتبره شخصاً سويًا. أما إذا كان الفرد يشعر بالإحباط أو الخوف ويكون سلوكه شاذ فإنه بحاجة إلى مساعدة نتيجة وجود اضطراب في شخصيته. ولكن هذا المعيار لا يعتد به، فالشخص الذي يسرق أو يقتل أو الشخص الشاذ جنسياً يكون سعيداً بتصرفه ولا يعتبره سلوكاً شاذاً بالنسبة للشخص نفسه، ولكن المجتمع يراه سلوكاً منحرفاً.
2. المعيار الاجتماعي: إن لكل مجتمع ثقافته الخاصة ومعاييرها الاجتماعية حيث تحكم

الفرد ويلتزمون بها، وإذا ما خرج عنها الفرد فإن سلوكه يعتبر شاذاً وغير سوي. لكن هذا المعيار تعرض للانتقادات حيث إن المجتمع قد يتعرض إلى ثقافات أجنبية غريبة قد تكون شاذة على أفراد المجتمع، وهذا ما يحدث في المجتمعات الصناعية حيث يعيش فيها جماعات مختلفة ومتنوعة المعايير الثقافية عن معايير المجتمع الموجودين فيه، ولابد أن يكون هناك اتفاق على المعايير السلوكية السائدة في ثقافة المجتمع لكي نضع مقياساً للصحة النفسية لذلك لا يوجد إجماع على مفهوم واحد فقط للصحة النفسية نتيجة تنوع ثقافات المجتمعات.

3. **المعيار التلاؤمي:** يعتبر سلوك الفرد مقبولاً إذا ما تلائم مع المجتمع الذي يعيش فيه، أما إذا خرج سلوكه عن هذه المعايير فإن سلوكه يعتبر شاذاً ومرضياً، ومن هذا المعيار يتحدد سلوك الفرد السوي وغير السوي، ومساعدة الفرد لتحقيق ذاته وتنمية شخصيته من خلال إدراكه لنفسه. ولكن يواجه هذا المعيار أيضاً انتقادات منها أن الفرد الذي يشعر بالنقص ويسعى ويكافح من أجل التفوق يشعره بالضغط الذي ربما يؤدي به إلى الشذوذ.

4. **المعيار الإحصائي:** إن أي سمة نريد أن نقيسها سوف تخضع للتوزيع المنحني الاعتيادي (المنحني الجرسية) وإن أغلبية الأفراد يقعون في متوسط المنحني بينما الأفراد الشاذون يقعون في جانبي المنحني ويشكلون العدد الأقل. إن هذا المعيار غير ثابت ويختلف من مجتمع لمجتمع آخر، فكل ثقافة تحكم سلوك الأفراد داخل المجتمع وتختلف هذه المعايير من مجتمع لمجتمع لذلك نجد من الصعوبة الاعتماد على هذا المعيار في تحديد السلوك من ناحية السواء أو غير السواء (شحاتة، 1992).

من خلال ما سبق من المعايير التي ذكرت فإنه من الصعب اختيار معيار واحد لتحديد السلوك إن كان سويًا أو غير سوي، وذلك لأن كل معيار يعتمد على بعض المتغيرات بالإضافة إلى اختلاف الحدود الثقافية من مجتمع لآخر.

الاتجاهات النظرية في الصحة النفسية:

لقد تناولت مدارس علم النفس موضوع الصحة النفسية باهتمام بالغ ووضع كل اتجاه معايير تحدد الصحة النفسية للفرد (كفاي، 1990).

1. **اتجاه التحليل النفسي والفريديون الجدد:** لقد ركزوا على أهمية العمليات النفسية في

تطور الاضطراب النفسي واختلال الصحة النفسية للفرد وتتمثل في فشل الأنا في التوفيق بين الهو المندفع والواقع، فعندما يفشل الأنا في اشباع الهو ينشأ الصراع ويحدث الاختلال في الصحة النفسية. ويرى فرويد أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة الدوافع البيولوجية الغريزية والسيطرة عليها بما لا يتعارض مع قيم المجتمع. في حين يرى إريكسون أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مراحل النمو الأمر الذي يساعده في تحقيق التكيف بالمراحل العمرية اللاحقة. وترى هورني أن الصحة النفسية تنشأ من خلال توفر الأمن والطمأنينة. أما يونغ فيرى أن الصحة النفسية تكمن في استمرار نمو الفرد بشكل مستمر إلى أن يصل إلى اكتشاف الذات الحقيقية له ويحقق التوازن النفسي.

2. **الاتجاه السلوكي:** ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك المرضي وعدم توفر الصحة النفسية إنما ينشأ بسبب تعلم أنماط سلوكية خاطئة، لذلك فالصحة النفسية تشير إلى تعلم الفرد أساليب تكيفية صحيحة، وفي حالة اختلال هذا التوازن فعليه أن يعدل سلوكه.

3. **الاتجاه الإنساني:** ويمثله العالم روجرز الذي أكد على وجود دافع فطري لدى الإنسان يدفعه إلى التوازن. فالإنسان يمتلك إرادة حرة تساعده في اختيار الأفعال الصحيحة التي تؤمن له الصحة النفسية السليمة. وهكذا يحقق الفرد ذاته ويصل إلى أهدافه وبذلك سوف يتمتع بصحة نفسية جيدة.

4. **الاتجاه الوجودي:** الذي يركز على أهمية وجود الإنسان الذي يبحث عن هوية تمكنه من البقاء والمواجهة الصحيحة التي تجعله يدرك أهمية وجوده ويثبت ذاته وأن الفشل في تحقيق أهدافه من خلال عدم فهمه لوجوده سيؤدي إلى اختلال صحته النفسية.

5. **الاتجاه الديني:** حيث يشير هذا الاتجاه إلى سعي الإنسان المستمر إلى رضى الله عز وجل واللجوء إليه لأنه يدرك أن الله قوي وأنه مهما بلغت قوة الإنسان فإنه لا بد وأن يعتمد على الله. فالصحة النفسية تكمن في السعي لنيل رضى الله سبحانه وتعالى من خلال العمل الصحيح وبالتالي يشعر الفرد بالرضا عن ذاته وهكذا تكون صحته النفسية متزنة.

6. **الاتجاه الانتقائي:** يرى بعض العلماء أنه من الضروري الاعتماد على اتجاه شامل مشتق من هذه الاتجاهات المختلفة.

اضطرابات الصحة النفسية التي تصيب الأفراد

1. **القلق الدائم:** وهو نوع من أنواع القلق غير المبرر الذي يستمر لفترة طويلة، والذي يشعر الفرد فيه بالخوف والقلق من أمر لا يدعو للقلق ولكنه يزول مع الوقت، أما إذا استمر هذا القلق لفترة طويلة فيعتبر علامة من علامات القلق.
 2. **الشعور بالاكتئاب:** هي حالة من العزلة والانطواء يمر بها الفرد مع عدم شعوره بالسعادة، وكلنا نمر بهذه الحالة في حياتنا ولكن إذا لم يستطع الفرد أن يتجاوزها فإنه يصبح بحاجة إلى علاج.
 3. **ظهور أعراض جسدية ذات أسباب نفسية:** هي شكوى من أوجاع جسدية وهمية مثل الشعور بالصداع، وهذه الأوجاع الجسدية تسبب لصاحبها الألم الحقيقي على الرغم من تأكيد الأطباء على عدم وجود سبب عضوي لها.
 4. **عدم الثبات الانفعالي:** وهو تغير في الحالة المزاجية للفرد، حيث يظهر الحزن مكان السرور وعدم الاكتراث في مواقف تتطلب منه الاهتمام، وكثيراً ما يلاحظ الأفراد الآخرون المحيطون بالفرد هذا التقلب بالمزاج قبل الفرد نفسه. (القذافي، 2011).
- وفيما يلي توضيح لبعض هذه الاضطرابات:

القلق:

عرف بعض علماء النفس القلق على أنه خوف غامض لا يكون استجابة لموضوع أو منبه معين، فالأفراد يبدون مشاعر الخوف من أسباب غير معروفة. وهناك فريق آخر من العلماء وخصوصاً السلوكيين أو ذوي التوجه الاجتماعي يرون أن القلق عبارة عن مشاعر غامضة من الخوف تستثار لدى أفراد في موقف معين في حين أنها لا تستثار لدى أفراد آخرين في الموقف نفسه. (الرشيدي وآخرون، 2000)

ولقد عرف رضوان (2002) القلق على أنه ردة فعل الفرد على فقدان شيء يملكه ويرغب في الاحتفاظ به كالصحة والممتلكات المادية والحرية الشخصية، أو يكون خوفه من الفشل الواقعي حيث إنه يرغب في تحقيق هدف جذاب بالنسبة له ويحاول الوصول إليه ولكنه يفشل في أثناء ذلك.

مظاهر القلق:

هناك ثلاثة مظاهر للقلق مرتبطة مع بعضها بعضاً وهي:

1. المظهر الجسدي للقلق: وتتمثل في سرعة دقات القلب وتوتر العضلات والعرق.
2. المظهر الذهني والانفعالي: وتتمثل في الخوف من فقد السيطرة والموت.
3. المظهر السلوكي: وتتمثل في تجنب المواقف أو الهرب.

المكونات الأساسية لظاهرة القلق

يرى الرشيدي وآخرون (2001) في السلسلة التشخيصية للاضطرابات النفسية أن هناك مكونات أساسية لظاهرة القلق وهي عبارة عن:

1. المشاعر الذاتية للخوف. وهو ما يصفه الفرد من مشاعر، ويمكن أن نطلق عليه التقرير الذاتي للقلق، ومن هذه المشاعر الهم والاكتئاب والشعور بالارتباك وضعف القدرة على التفكير والخوف من الخطر المرتقب والضغط والتوتر، كما تتضمن إدراك الفرد للتغيرات الفيزيولوجية والجسمية كأن يقرر مثلاً أن معدته مصابة بتقلصات شديدة وأن عضلاته متوترة.

2. المكونات الفيزيولوجية للقلق: وهي عدد من الاستجابات الجسمية التي ترتبط بالقلق والتي يمكن كشفها ب (جهاز كشف الكذب) وتتضمن أعراضاً قلبية وعائية مثل: سرعة ضربات القلب وأعراض تنفسية وارتفاع ضغط الدم والغثيان والإسهال والتعرق، وليس بالضرورة أن الفرد المصاب بالقلق يعاني من كل هذه الأعراض فقد تظهر لديه بعض الأعراض دون الأخرى.

3. الدلائل السلوكية للقلق: هناك دلائل كثيرة تشير إلى أن الفرد مصاب بالقلق ويمكننا ملاحظتها مثل كثرة التعرق وارتجاف اليدين أو الصوت المرتجف، على الرغم من أن هذه الدلائل قد تعزى إلى أمر آخر مثل قلة النوم أو الجوع أو تعاطي الأمفيتامينات. حيث قام العلماء السلوكيون بإبراز نمطين سلوكيين يتعلقان بالقلق وهما السلوك الإحجامي والسلوك الهروبي، بالنسبة للسلوك الإحجامي فهو تجنب المواقف التي تستدعي القلق لديه، أما الهروبي كأن يحضر الفرد إلى حفلة مثلاً ولكنه سرعان ما يتركها ويهرب لأنه يشعر بالقلق أو عدم الارتياح.

الاكتئاب :

عرف ماكلين (2003) الاكتئاب على أنه كل شي يدور حول كيف يشعر الأشخاص الذين يعانون من حالة الاكتئاب وكيف يؤثر على أمزجتهم وقدراتهم العقلية ومواقفهم وطريقتهم في النظر إلى

الناس والأشياء وإلى أنفسهم.

إن للاكتئاب أهمية كبيرة لكل شخص يعمل في مجال الصحة النفسية وذلك لأن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض التي تؤثر في المعاناة الإنسانية من الأمراض الأخرى ويعتبر ثاني مرض بعد الفصام خطورة في الاضطرابات النفسية، وثاني الأمراض من حيث دخول الأفراد به إلى المستشفيات أو العيادات النفسية، أما معدل انتشار الاكتئاب خارج المستشفيات حوالي 5 مرات أكثر من الفصام، ومن أهمية الاكتئاب أنه قد يتطور ليصبح اضطراباً مؤدياً إلى الموت، حيث إن حوالي 50% من الذين أقدموا على الانتحار كان تشخيصهم الأولي على أنه حالات عانت من الاكتئاب.

أعراض الاكتئاب

يتضمن الاكتئاب كما أشار إليه الرشيدي وآخرون (2000) في سلسلته التشخيصية للاضطرابات النفسية - الاكتئاب واضطرابات المزاج، عدة أشكال تتراوح ما بين المنخفض والوقتي أو العابر، وبين مظهر اكلينيكي يتسم في شدته وطول مدته التي تختلف بشكل ملحوظ عن المعيار العادي أو السوي وتتحدد معالمه في أربعة معالم وهي:

1. المزاج: ويكون فيه الشخص ذا مزاج كئيب وحزين ومنقبض ومهموم وسريع الاثارة ومتهيج.
2. المعرفة: يكون فاقد الاهتمام بالأشياء ولديه أفكار سلبية وشعور بالذنب كما لديه هلاوس وهذات وأفكار انتحارية.
3. السلوك: يكون لديه احتياج نفسي الحركي والبط النفسى الحركي، وانسحاب اجتماعي ورغبة بالبكاء والاعتمادية.
4. المعالم الجسمية: أرق وتعب وزيادة أو نقصان في الشهية واضطراب في الجهاز الهضمي ونقص في الطاقة الجنسية.

الدراسات السابقة :

أجرى (Zapata et al 2013) دراسة بعنوان: سوء المعاملة للأيتام الشباب تجعلهم عرضة للحمل وخطر الانتحار. وتهدف هذه الدراسة لتقدير مدى الإساءة لأيتام ومؤشر الانتحار بين الأيتام والشباب، ولقد تم عمل مقابلات ل 293 من الشباب الذين تتراوح أعمارهم من 16-23 عاما وهم أيتام ويعيشون بدون رعاية أسرية في سان بطرسبرج، روسيا، وتم فحص عوامل

الخطورة عندهم كالتفكير بالانتحار والضعف الاجتماعي والجنسي وتعاطي المخدرات والاعتداءات الجسدية والجنسية خلال فترة الطفولة، ومن نتائج هذه الدراسة تبين أن معدل انتشار سوء المعاملة عند الإناث أعلى منه عند الذكور سواء كان هذا الإيذاء جسدياً أم اعتداء جنسياً، والتفكير الانتحاري عند الإناث مرتبط بالاعتداء الجسدي، وارتباط الاعتداء الجنسي مع التفكير الانتحاري للذكور، وأظهرت النتائج أيضاً عوامل خطورة قوية وهي عدم وجود أي شخص يمكن أن يلجؤون إليه طلباً للمساعدة، وعدم وجود نشاطات غير صافية لهم.

وقام (Doku (2012) بدراسة تحت عنوان: الصحة النفسية لدى الأطفال الأيتام والمستضعفين داخل سياق الأيدز في غانا. هدفت الدراسة إلى بحث الارتباط بين اليتيم وإصابة الوالدين بالأيدز والصحة النفسية لدى الأطفال في غانا. قام الباحث بإجراء مقابلات كمية مع 291 طفل تتراوح أعمارهم بين 10-18، إضافة إلى مقابلة مقدمي الرعاية للأطفال الذين فقدوا والديهم لأسباب أخرى وتم استخدام اختبار (ANOVA) وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين فقدوا والديهم بسبب الأيدز كانت لديهم نسب أعلى من الاكتئاب، وتدني تقدير الذات، ومشاكل الأخوة، والنشاط الزائد. إضافة إلى معاناة هؤلاء الأطفال من الوصمة، والإساءة، والعمالة المبكرة، وتدني مستويات الدعم الاجتماعي الذي يحصلون عليه.

أجرى (Ibrahim et. al (2012) دراسة هدفت إلى تقييم نسب الانتشار والعوامل التي تتنبأ بالاكتئاب بين الأيتام في دار الدقهلية للأيتام في مصر. هدفت الدراسة إلى تقييم نسب انتشار وعوامل التنبؤ بالاكتئاب لدى الأيتام في مركز الدقهلية لرعاية الأيتام. وهي دراسة وصفية مقطعية تضمنت 200 يتيم وتم استخدام المقابلات الميدانية والنسخة العربية من مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين. توصلت الدراسة إلى أن 20% من الأيتام يعانون من الاكتئاب وأهم العوامل التي تتنبأ بالاكتئاب لدى الأطفال الأيتام هي الجنس حيث وجد أن الإناث أكثر احتمالات لتطوير الاكتئاب بحوالي 46 مرة من الذكور. وأوصت الدراسة بزيادة الرعاية النفسية وجعلها جزءاً من الرعاية الصحية المقدمة للأيتام.

وقام (Lucie et al، 2012) بدراسة بعنوان: استمرار مشاكل الصحة النفسية لدى الأيتام بسبب الأيدز في جنوب أفريقيا. هدفت الدراسة الطولية والتي استمرت لأربع سنوات إلى تقييم استمرار أعراض المشاكل السلوكية لدى الأطفال الأيتام بسبب الأيدز في جنوب أفريقيا، مع وجود مجموعات ضابطة لأيتام آخرين ومجموعة من غير الأيتام. تمت مقابلة (1021) طفل عام 2005

وأعيدت المقابلات عام 2009، وتم استخدام استبانات لقياس القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة النفسية. تم تحليل البيانات باستخدام (ANOVA). توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الأيتام بسبب الأيدز سجلوا أعلى نسب للإصابة بالاكتئاب، والقلق واضطراب ما بعد الصدمة النفسية خلال عام 2005 وأيضاً عام 2009، مقارنة بالأيتام الآخرين وغير الأيتام.

وأجرى (Zhra et al., 2011) دراسة بعنوان: المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعيشون في دور رعاية الأيتام في باكستان: دراسة مقارنة الأيتام الذين يقيمون في قرى الأطفال SOS مع الأطفال الذين يقيمون في دور رعاية الأيتام التقليدية. هدفت الدراسة إلى مقارنة المشاكل السلوكية بين الأطفال في قرى الأطفال والتي يحاول العاملون بها تزويد الأطفال بجو الأسرة مع الأطفال الذين يقيمون في الدور التقليدية لرعاية الأيتام. تكونت العينة من 330 طفل تراوحت أعمارهم بين (4-16). وتم تقييم سلوكهم باختبار القوة والصعوبة ومقياس المشاكل السلوكية. توصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار المشاكل السلوكية لدى الأطفال ككل كانت 33 % ولم يكن هناك فروق بين المجموعتين في المشاكل السلوكية ما عدا مشكلة الأخوة.

دراسة أخرى قام بها بلان (2011) بعنوان: الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم. وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات السلوكية والوجدانية (والتي تتضمن القلق والاكتئاب) لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام وشدتها تبعاً لعدد من المتغيرات منها: الجنس، العمر، سنوات الإقامة، وفاة أحد الوالدين أو كليهما). تكونت عينة الدراسة من (270) طفل منهم (178) ذكور و (92) إناثاً في محافظات دمشق، وحمص وحلب. تم استخدام مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية المكون من (54) عبارة موزعة على (7) أبعاد فرعية. توصلت الدراسة إلى انتشار الاضطرابات السلوكية والوجدانية بين هؤلاء الأطفال ووجود فروق في شدة هذه الاضطرابات بين الذكور والإناث.

وفي دراسة لياسر (2010) حول: فاعلية برنامج تدريبي في تغيير البنى المعرفية ومركز الضبط وخفض الاكتئاب لدى الأيتام في الأردن. وهدفت هذه الدراسة لقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض الاكتئاب لدى الأيتام وتغيير البنى المعرفية لديهم. وتتكون العينة من 31 يتيماً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، ولقد استخدمت الباحثة مقياس روتر كمركز الضبط الداخلي ومقياس بيك للاكتئاب واستبانة يونغ للبنى المعرفية. ومن نتائج هذه

الدراسة اتضح أن هناك فروقاً في القياس البعدي على مقياس البنئ المعرفة في مجال الانفصال والرفض، حيث النتيجة كانت إيجابية وعالية عند المجموعة التجريبية في الحرمان العاطفي وعدم الثقة والعزلة والنقص. وفي مجال الاستقلالية فكانت هناك دلالة إحصائية واضحة، ومن النتائج أيضاً وجود فرق في الدلالة الإحصائية لصالح المجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب.

قام كل من (Fawzy & Fouad 2010) بإجراء دراسة بعنوان الحالات الانفعالية والتطورية لدى الأطفال في دور الأيتام. وهدفت الدراسة إلى تحديد الاضطرابات الانفعالية والتطورية لدى أطفال دور الأيتام في إمارة الشارقة، وتكونت العينة من (294) طفل من أربع دور لرعاية الأيتام تراوحت أعمارهم بين (6-12) عاماً من كلا الجنسين. وتم تقييم كل المشاركين نفسياً باستخدام قائمة اكتئاب الأطفال، ومقياس القلق الواضح للطفل، ومقياس روسينبرج لتقدير الذات. توصلت الدراسة إلى أن نسبة الاكتئاب لدى الأطفال كانت (21%) والقلق (45%) وتدني تقدير الذات (23%). كما وجد الباحثون ارتفاع معدلات الاضطرابات الانفعالية والتطورية لدى الأطفال في دور رعاية الأيتام وارتباطه بالخصائص الاجتماعية الديموغرافية لديهم.

أما دراسة (Kumakech et al 2009) بعنوان: تدخل دعم مجموعة الأقران يحسن من الرفاه النفسي لأيتام الأيدز. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الآثار المترتبة على تدخل دعم الأقران في المدارس مع تقييم الصحة الجسدية المستمرة والعلاج النفسي والاجتماعي للأيتام في مقاطعة مبرراً في جنوب أوغندا. حيث كانت العينة تتكون من 326 من الأيتام المصابين بالأيدز وأعمارهم تتراوح من 10-15 سنة. وأظهرت النتائج إلى أن تدخل مجموعة الأقران يؤدي إلى تحسن كبير في تخفيض الضغط النفسي وخصوصاً في الاكتئاب والغضب والقلق، ولكن لا يظهر نتائج في تحسن في مفهوم الذات لدى الأيتام، وأوصوا بضرورة إدراج دعم مجموعة الأقران في برامج الصحة المدرسية.

كما أجرى (Cluver et al (2008) بعنوان: الفقر والصحة النفسية لدى الأطفال الأيتام بسبب الأيدز في مدينة كيب تاون، جنوب أفريقيا. هدفت الدراسة إلى اختبار الارتباط بين حالة اليتيم بسبب الأيدز، والفقر والمشكلات النفسية المتضمنة (قلق، اكتئاب، اضطراب ما بعد الصدمة، الضغط، مشكلات الأخوة، ومشكلات سلوكية) لدى الأطفال والمراهقين في كيب تاون. تكونت العينة من 1025 يتيم والذين أكملوا استبانات مناسبة للثقافة. توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الأيتام يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب، ومشكلات الأخوة، واضطراب ما بعد الصدمة النفسية.

وفي دراسة أخرى لـ (Thurman et.، al 2008) بعنوان: العوائق التي تحول دون دعم المجتمع للأيتام والشباب المعرضين للخطر في رواندا. وهدفت هذه الدراسة إلى استخدام عدة أساليب لمعرفة العوائق التي تحول دون رعاية الأيتام والشباب من الفئات الضعيفة على المستوى المحلي للمجتمع، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن المجتمع تصور سلوك اليتيم مما أدى إلى تهميشهم لهم، كما أوضحت الأدلة أيضاً أن المساعدات الإنسانية التي تستهدف هذه الفئة من الشباب والأيتام قد سببت دون قصد إلى تخفيف دعم المجتمع لهم وتهميشهم. يتضح من خلال هذا الاستعراض للدراسات السابقة أن هناك اتفاقاً على وجود عدد من الاضطرابات والمشاكل النفسية التي يعاني منها الأطفال الأيتام والمقيمون في دور الرعاية مثل القلق والاكتئاب. إلا أنه لا توجد دراسات عربية متخصصة تتناول المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية وخصوصاً في دولة الإمارات العربية المتحدة. إضافة لذلك لا تتوفر دراسات توضح مستويات الصحة النفسية والقلق والاكتئاب لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في الفئات العمرية التي تناولتها الدراسة الحالية إضافة إلى المتغيرات الديموغرافية كالجنس.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية والذين يقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية التابعة لمؤسسة زايد العليا الإنسانية في دولة الإمارات العربية المتحدة. ونشير هنا إلى أن عدد المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في المجتمع أكبر من هذا العدد إلا أن هناك صعوبات حالت دون توزيع الاستبان على جميع المراكز التابعة للدولة.

عينة الدراسة

حيث إن الباحثة الأولى تعمل كاختصاصية في دار زايد للرعاية الأسرية فقد لاحظت وجود أثر واضح في الصحة النفسية للمقيمين مما حدا بنا إلى التركيز على المقيمين في دار زايد للرعاية الصحية حيث اعتبر مجتمع الدراسة. وتكونت عينة الدراسة من عدد الأفراد المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية المتاح من مجتمع الدراسة والذين استجابوا للاستبانة والبالغ عددهم (75)، حيث تم توزيع (100) استبانة على أفراد المؤسسة، وتم استرداد (75) منها فقط، وتم استثناء استبانين لعدم استكمالها من قبل المستجيبين بحيث أصبح عدد الاستبانات الإجمالي (73). والجدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد العينة

الجدول رقم (1): توزيع أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	29	39.7%
	إناث	42	57.6%
	لم يحدد	2	2.7%
المستوى التعليمي	إعدادي	12	16.4%
	ثانوي	42	57.5%
	جامعي	16	21.9%
	لم يحدد	3	4.2%
مكان الإقامة	العين	46	63.1%
	أبوظبي	16	21.9%
	لم يحدد	11	15%
الحالة الاجتماعية	أعزب	67	91.8%
	متزوج	3	4.1%
	لم يحدد	3	4.1%
الحالة الوظيفية	يعمل	21	28.8%
	لا يعمل	52	71.2%
المجموع		73	100%

تصميم الدراسة

تم استخدام المنهج المسحي الوصفي وذلك لملاءمته لمتغيرات الدراسة الحالية.

أدوات الدراسة

اختبار حالة وسمة القلق

تم إعداد هذا الاختبار من قبل (Spielberger 1983). ويتكون الاختبار من مقياس القلق كحالة، ومقياس القلق كسمة كمقاييس فرعية، ويقاس مقياس القلق سمة درجة القلق العام لدى الفرد أما مقياس القلق كحالة فإنه يقاس درجة القلق الحالية للفرد، اقتصرت الدراسة الحالية على استخدام مقياس القلق كسمة، حيث إنه يتكون من (20) فقرة تهدف إلى قياس وتقدير ما يشعر به الفرد بشكل عام ودائم. حيث إنه يقاس مشاعر الخوف، والتوتر، والعصبية، والانزعاج. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (20) إلى (80) درجة، وتتدرج إجابات المفحوص إلى أربع درجات تتراوح بين (1) إلى (4) حيث يمثل الرقم (4) وجود حالة القلق في حدها الأعلى أما

الرقم (1) فيمثل عدم وجود الحالة. وهناك نوعان من العبارات في هذا المقياس؛ الأول ويشير إلى التقدير المرتفع فيه إلى قلق عالٍ، وتكون أوزان التدرج فيه (1,2,3,4) كما في عبارة (أشعر بالأسف). أما الثاني فيشير التقدير المرتفع إلى قلق منخفض، وبالتالي تكون أوزان العبارات معكوسة (1,2,3,4) كعبارة (أشعر بالهدوء).

ولحساب مستويات القلق كسمة لدى عينة الدراسة الحالية تم وضع متوسط افتراضي لدرجات المفحوصين، ويتم احتساب الدرجات الكلية للمفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (20-40) فهذا يعني أنه يعاني من قلق بدرجة قليلة، وإذا حصل على درجة (41-60) فهو يعاني من القلق بدرجة متوسطة، أما إذا حصل المفحوص على درجة (61-80) فإنه يعاني من القلق بدرجة مرتفعة.

صدق وثبات الاختبار

قام مؤلفو المقياس باستخراج الصدق التلازمي للقائمة الأصلية لسمة القلق باستخدام مقياس تايلور للقلق كمحك فكان معامل ارتباطها (0.80).

وفي الأردن قامت البقور (2002) باستخراج معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية كمؤشر على الصدق، وتراوحت الارتباطات بين (0.23-0.60) على قائمة القلق كحالة.

ولأغراض الدراسة الحالية تم استخراج معادلة كروماخ الفا وكانت قيمة معامل الثبات (0.784). وتم استخراج الثبات بالتجزئة النصفية حيث بلغ الإرتباط بين الفقرات (0.598)، ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.748).

الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتئاب

هو مقياس تقدير ذاتي، ويعد من أكثر المقاييس استخداماً في مجال البحوث النفسية، وأظهر فاعلية في المساعدة على تشخيص الاكتئاب ووصف أعراضه. يتألف المقياس في صورته الأصلية من (21) فقرة تقيس الاكتئاب وجوانبه السلوكية والمعرفية المختلفة. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0-63)، وقد تم ترتيب فقرات المقياس وفقاً لشدة الأعراض بدءاً من عدم وجوده إلى وجوده بدرجات متفاوتة من الشدة. ويتم التعبير عن ذلك رقمياً بالأرقام (0,1,2,3)، وتقسم الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على النحو التالي: من (0-9) غير مكتئب، من (10-15) تعني اكتئاب خفيف، من (16-23) تعني اكتئاب متوسط، ومن (24) فما فوق تعني اكتئاب شديد.

وتمثل فقرات المقياس الأعراض السلوكية التي تميز الأفراد المحتمل إصابتهم بالاكتئاب، وهذه الأعراض هي: عدم الرضا، وتدني المزاج، والإحساس بالفشل، والتشاؤم، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، والرغبة بالانتحار، ولوم الذات، وفقدان الشهية، وفقدان الرغبة الجنسية، وضعف القدرة على إتخاذ القرارات.

صدق وثبات المقياس

قام الباحثون حمدي وآخرون (1988)، باستقصاء دلالات الصدق والثبات للصيغة المعربة لقائمة بيك على عينة من طلبة الجامعة الأردنية مستخدمين الطرق المستخدمة في القائمة الاصلية لحساب الصدق والثبات نفسها، حيث تكونت العينة من (56) طالباً وطالبة أجريت لهم مقابلات إكلينيكية وقد تم توزيعهم بناء عليها إلى مجموعتين اكتبائية وغير اكتبائية، وتم حساب دلالات الفروق للأداء على القائمة بين المجموعتين فكانت هناك دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01). كما تم حساب البناء العاملي والذي أشار إلى وجود أربعة عوامل رئيسية فسرت ما نسبته (45.5%) من التباين الكلي وهذه العوامل هي: وجود مشاعر سلبية عامة، اضطراب الوظائف الجسمية، الشعور بالدونية والتشاؤم والشعور باللاجدوى.

بلغت قيمة معامل الثبات للصورة المعربة للمقياس والمحسوبة بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعان على عينة من طلبة الجامعة الأردنية (0.88). في حين بلغت قيمة معامل الثبات المحسوبة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرومباخ ألفا على عينة من الطلبة (0.87). ولأغراض الدراسة الحالية تم استخراج الثبات باستخدام معادلة كرومباخ الفا وبلغ معامل الثبات (0.912)، وتم حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية فكان معامل الارتباط (0.702). ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.82).

مقياس الصحة النفسية العامة

قام باعداد هذا المقياس (Goldberg, & Williams 1991). حيث يقيس عدة أبعاد تشير إلى التمتع بالصحة النفسية أوعدم التمتع بها وهي:

1. الصحة النفسجسمية (السايكوسوماتية).
2. التحرر من القلق والأرق.
3. فاعلية الوظائف الاجتماعية.
4. التحرر من الاكتئاب الشديد.

ولحساب مستويات الصحة النفسية لدى عينة الدراسة الحالية تم وضع متوسط افتراضي لدرجات المفحوصين، وتم احتساب الدرجات الكلية للمفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (0-28) فهذا يعني أنه يعاني من مستويات منخفضة من الصحة النفسية، وإذا حصل على درجة (29-57) فهو يعاني من مستويات متوسطة من الصحة النفسية، أما إذا حصل المفحوص على درجة (58-84) فإنه يتمتع بمستويات مرتفعة من الصحة النفسية.

ولحساب مستويات الصحة النفسية على الأبعاد الفرعية تم وضع متوسط افتراضي لدرجات المفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (صفر-10) فهذا يعني أنه يتمتع بمستويات منخفضة من الصحة النفسية، وإذا حصل على درجة (11-21) فهو يتمتع بمستويات مرتفعة من الصحة النفسية.

صدق وثبات المقياس

قام مؤلفو المقياس (Goldberg & Williams (1991 بحساب الصدق العاملي للمقياس حيث استخدموا طريقة المحاور المتعامدة، وتبين أن الأبعاد الأربعة تفسر ما قيمته (0.59) من التباين الكلي. وتم استخراج الصدق التلازمي عن طريق إيجاد ارتباط المقياس بنتائج المقابلات الإكلينيكية، وكان متوسط الارتباط (0.76). كما تم حساب درجة الحساسية والتمييز كعامل صدق للمقياس حيث كانت تتراوح بين (0.74-0.93).

وتم حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية وبلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.72). واستخرج معادلة كرومباخ الفا لحساب الثبات وكان معامل الثبات للمقياس الكلي (0.89)، وبلغت معاملات الثبات لبعيد السيكوسوماتية (0.76)، وبعد التحرر من القلق والأرق (0.83)، وبعد فعالية الوظائف الاجتماعية (0.65) وبعد التحرر من الاكتئاب (0.85).

ولأغراض الدراسة الحالية تم استخراج الثبات باستخدام معادلة كرومباخ الفا، وبلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (0.92)، وبلغت معاملات الثبات لبعيد الصحة النفسجسمية (0.79)، وبعيد التحرر من القلق والأرق (0.83)، وبعيد فعالية الوظائف الاجتماعية (0.73)، وبعيد التحرر من الاكتئاب (0.88).

إضافة لذلك تم استخراج الثبات باستخدام التجزئة النصفية وكان معامل الارتباط (0.75). ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.86).

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب والصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة وعلاقتها ببعض المتغيرات كالجنس.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

تمثل السؤال الأول في هذه الدراسة في: هل يعاني الأشخاص المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية من القلق؟

في البداية تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمجموعة الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية لمتغيرات القلق والاكتئاب والصحة النفسية، كما يبين الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الصحية في جميع متغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
القلق	24.5	8.8	68	27
الاكتئاب	11.4	1.03	43	00
الصحة النفسية	67.6	1.33	84	26

وللاجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس القلق. والجدول رقم (3) يوضح ذلك.

الجدول رقم (3): التكرارات والنسب المئوية للقلق سمة لدى الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية .

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
القلق	قليل	28	38.4 %
	متوسط	43	58.9 %
	شديد	2	2.7 %

يتضح من استعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (3) أن (38.4 %) من المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية يعانون من قلق بدرجة قليلة، بينما (58.9 %) يعانون من مستويات متوسطة من القلق، و(2.7 %) منهم يعانون من مستويات شديدة من القلق.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

تمثل السؤال الثاني في هذه الدراسة في: هل يعاني الأشخاص المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية من الاكتئاب؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس بيك للاكتئاب. والجدول رقم (4) يوضح ذلك. الجدول رقم (4): التكرارات والنسب المئوية للاكتئاب لدى الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية.

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الاكتئاب	غير مكتئب	44	60.2 %
	اكتئاب بسيط	8	11.1 %
	اكتئاب متوسط	11	15 %
	اكتئاب شديد	10	13.7 %

باستعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (4) نلاحظ أن (60.2 %) من الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية لا يعانون من اكتئاب. و(11.1 %) منهم يعانون من اكتئاب بسيط، بينما (15 %) من أفراد العينة يعانون من مستويات متوسطة من الاكتئاب و(13.7 %) من الأفراد يعانون من اكتئاب شديد.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

تمثل السؤال الثالث في الدراسة الحالية في: ما هو مستوى الصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على الأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية والجدول رقم (5) يبين ذلك.

يتضح من الجدول أن (6.9 %) من الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية يعانون من مستويات منخفضة للصحة النفسية على بعد الصحة النفسجسمية مقابل (93.1 %) ممن لديهم مستويات صحة نفسية مرتفعة على البعد نفسه. أما فيما يتعلق بالبعد الثاني وهو التحرر من القلق والأرق تبين أن (19.2 %) من أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة في مقابل (80.8 %) ممن

الصحة النفسية، والقلق والاكتئاب لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة

لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية على هذا البعد. تبين أن (16%) من أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة من الصحة النفسية على بعد فاعلية الوظائف الاجتماعية، بينما (83.6%) لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية على نفس البعد. أما بعد التحرر من الاكتئاب الشديد فقد تبين أن (8.2%) من أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة من الصحة النفسية على هذا البعد مقابل (91.8%) ممن لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية على البعد نفسه.

الجدول رقم (5): التكرارات والنسب المئوية للأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية

المتغير	البعد	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الصحة النفسية	الصحة النفسجسمية	منخفض	5	6.9%
		مرتفع	68	93.1%
	التحرر من القلق والأرق	منخفض	14	19.2%
		مرتفع	59	80.8%
	فاعلية الوظائف الاجتماعية	منخفض	12	16.4%
		مرتفع	61	83.6%
	التحرر من الاكتئاب الشديد	منخفض	6	8.2%
		مرتفع	67	91.8%

وبعدها تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس الصحة النفسية. والجدول رقم (6) يوضح ذلك.

الجدول رقم (6): التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية للصحة النفسية لدى الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الصحة النفسية	صحة نفسية منخفضة	1	1.4%
	صحة نفسية متوسطة	12	16.7%
	صحة نفسية مرتفعة	60	81.9%

يتبين من الجدول السابق أن (1.4%) من الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية بينما بلغت نسبة الأشخاص المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية الذين لديهم مستويات متوسطة في الصحة النفسية (16.7%) أما الأشخاص المقيمون في دار زايد للرعاية الأسرية الذين لديهم صحة نفسية مرتفعة (81.9%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

تمثل السؤال الرابع في الدراسة الحالية في: هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الصحة النفسية؟

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-Test) لمعرفة الاختلاف بين الذكور والإناث في مستويات الصحة النفسية. وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (7)

الجدول رقم (7): نتائج اختبار (ت) للدرجة الكلية والدرجات على الأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية

المتغير	الأبعاد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة																																				
الصحة النفسية	ذكور	18.17	3.93	0.034	69	0.416																																				
	إناث	18.14	3.31				التحرر من القلق والأرق	ذكور	16.41	5.06	0.997	69	0.014	إناث	15.38	3.66	الصحة النفسية	ذكور	15.72	4.78	0.010	69	0.005	إناث	15.71	3.36	فاعلية الوظائف الاجتماعية	ذكور	17.72	4.75	-1.034	69	0.007	إناث	18.71	3.32	التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	68.10	16.10	0.047	69
التحرر من القلق والأرق	ذكور	16.41	5.06	0.997	69	0.014																																				
	إناث	15.38	3.66				الصحة النفسية	ذكور	15.72	4.78	0.010	69	0.005	إناث	15.71	3.36	فاعلية الوظائف الاجتماعية	ذكور	17.72	4.75	-1.034	69	0.007	إناث	18.71	3.32	التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	68.10	16.10	0.047	69	0.015	إناث	67.95	11.1						
الصحة النفسية	ذكور	15.72	4.78	0.010	69	0.005																																				
	إناث	15.71	3.36				فاعلية الوظائف الاجتماعية	ذكور	17.72	4.75	-1.034	69	0.007	إناث	18.71	3.32	التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	68.10	16.10	0.047	69	0.015	إناث	67.95	11.1																
فاعلية الوظائف الاجتماعية	ذكور	17.72	4.75	-1.034	69	0.007																																				
	إناث	18.71	3.32				التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	68.10	16.10	0.047	69	0.015	إناث	67.95	11.1																										
التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	68.10	16.10	0.047	69	0.015																																				
	إناث	67.95	11.1																																							

يتضح من الجدول رقم (7) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05 %) بين الذكور والإناث على مقياس الصحة النفسية الكلي لصالح الذكور. أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية للمقياس فتبين عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث على مقياس الصحة النفسية، بينما تبين وجود فروق بين الذكور والإناث على بعد التحرر من القلق والأرق (لصالح الذكور) عند مستوى دلالة (0.05). وكذلك الأمر فيما يتعلق ببعدين فاعلية الوظائف الاجتماعية (لصالح الذكور) والتحرر من الاكتئاب الشديد (لصالح الإناث) حيث بلغ مستوى الدلالة (0.007) و(0.015) للبعدين على التوالي.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

تمثل السؤال الخامس في الدراسة الحالية في: هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق؟ وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-Test) لمعرفة الاختلاف بين الذكور والإناث في مستويات القلق. وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (8).

الجدول رقم (8) نتائج اختبار (ت) للدرجات الكلية على مقياس القلق سمة لمجموعة الدراسة

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	41.27	7.59	-0.567	69	0.833
إناث	42.40	8.65			

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس القلق سمة حيث بلغ مستوى الدلالة (0.833).

النتائج المتعلقة بالسؤال السادس:

تمثل السؤال السادس في الدراسة الحالية في: هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب؟

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-test) لمعرفة الاختلاف بين الذكور والإناث في مستويات الاكتئاب. والجدول رقم (9) يوضح النتائج.

الجدول رقم (9): نتائج اختبار (ت) للدرجات الكلية على قائمة بيك للاكتئاب لمجموعة الدراسة

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	11.47	12.067	0.165	69	0.053
إناث	11.06	8.954			

يتضح من الجدول رقم (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة على قائمة بيك للاكتئاب حيث بلغ مستوى الدلالة (0.053).

مناقشة النتائج والتوصيات

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى وجود نسبة كبيرة من المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة يعانون من مستويات (متوسطة إلى شديدة) من القلق والاكتئاب وانخفاض مشاكل الصحة النفسية لديهم، حيث أشارت النتائج إلى أن (28.7%) من أفراد العينة يعانون من اكتئاب (متوسط إلى شديد)، وتشابه هذه النتيجة مع ما توصل إليه (Fawzy.& Fouad. 2010) حيث وجد أن 21% من الأطفال المقيمين في دور رعاية الأيتام يعانون من الاكتئاب. كما توصل (et. al Ibrahim 2012) إلى أن 20% من الأيتام يعانون من الاكتئاب. بينما وجد (Isaranurug &Chompikul 2009) أن ما بين (20-24%) من الأطفال في المؤسسات الإيوائية يعانون من الاكتئاب.

كما توصلت الدراسة إلى أن نسبة المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية الذين يعانون من مستويات (متوسطة إلى مرتفعة) من القلق (61.6) حيث وجدوا أن مستويات القلق (65%) لدى الأفراد المراهقين الأيتام بسبب الإيدز في مدينة كامبالا (Kampala) حيث إن المراهقين في هذه المنطقة يعانون من الوصمة الاجتماعية بسبب الإيدز، وتدني الحالة الاقتصادية والاجتماعية، إضافة إلى تعرض المراهقين إلى الإساءة والإهمال. كما وجد (Fawzy. & Fouad.2010) أن (58%) من الأيتام يعانون من القلق.

ويمكن تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بارتفاع مستويات القلق والاكتئاب بالرجوع إلى نظرية التطور النفسي الاجتماعي للعالم أريك أريكسون، ويمكن تفسير ارتفاع مستويات الصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة إلى طبيعة الخدمات النفسية المقدمة إلى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية وكل المواطنين بشكل عام. حيث يتم تقديم خدمات الصحة النفسية للأطفال من خلال القسم الصحي الموجود في جميع المدارس، وما تحويه المدارس من طواقم مناسبة لتقديم هذه الخدمات بحيث عند ملاحظة وجود أية مشكلة لدى الأطفال تتطلب تدخل ورعاية الطبيب النفسي يتم تحويل الطفل من طبيب الصحة الموجود بالمدرسة إلى الطبيب النفسي المختص.

ويتم في دولة الإمارات العربية المتحدة تقديم الخدمات الإرشادية والاستشارات في جميع المجالات الصحية ابتداء من أمراض القلب إلى المشاكل الزوجية والتوتر المرتبط بها، وهؤلاء المستشارون يقدمون المعلومات ويخبرون الأفراد كيف يتصرفون، إضافة إلى وجود خدمات

إرشادية مقدمة من (الاختصاصي النفسي، المدرس، الباحث الاجتماعي) عبر الهاتف (Hot Line) مخصصة للمراهقين (Swadi, 1999).

يتضح مما سبق أن الجهود المبذولة في الدولة والخدمات النفسية التي تسعى الحكومة إلى تقديمها إلى أبناء المجتمع وجميع الفئات العمرية هي العامل المؤدي إلى انخفاض مستويات القلق والاكتئاب وارتفاع الصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية باعتبارهم جزءاً لا يتجزأ من المجتمع، إضافة لذلك فإن دار زايد للرعاية الأسرية والتي تم الحصول على العينة منها تحظى برعاية ودعم أصحاب السمو شيوخ إمارة أبوظبي بصفة خاصة.

ويتميز المجتمع الإماراتي بالروابط الأسرية القوية وتعدد العلاقات الاجتماعية من أهم العوامل التي تحمي وتدعم الأفراد وتجنبهم الأمراض النفسية، والتأثر بمبادئ الدين الإسلامي الحنيف والتي تقتضي بدعم الأيتام والتعامل معهم بلطف والذي بدوره يقلل من الاضطرابات النفسية والعبء الاجتماعي - الثقافي الملقى على عاتقهم.

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة قامت وزارة تنمية المجتمع بإنشاء دور أو تأهيل أسر حاضنة لتوفير الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والترفيهية والعلمية للمقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية وتهيئة الظروف المناسبة لنموهم بشكل طبيعي (مشروع قانون اتحادي، 2009).

كما يتضح من الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق والاكتئاب، وهذه النتائج تخالف نتائج العديد من الدراسات حيث وجد (Fawzy & Fouad, 2010) أن (30%) من الذكور الأيتام يعانون من القلق و (82%) من الإناث. كما وجد أن (16%) من الذكور يعانون من الاكتئاب مقابل (37%) من الإناث. ووجد (Ibrahim, et., al 2012) أن الإناث في دور رعاية الأيتام أكثر احتمالية للاكتئاب ب (45) مرة لأن من الذكور خصوصاً في مرحلة المراهقة حيث بلغت نسبة الاكتئاب لديهم (68.8%) مقابل (4.6%) لدى الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال الخدمات المقدمة من الدولة لهذه الفئة من المجتمع الإماراتي حيث تقوم دولة الإمارات بتوفير فرص التعلم، والعمل، والمسكن، وتلبية الحاجات لكلا الجنسين وحمايتهم من جميع أنواع الإساءة والتي كانت عاملاً يزيد من نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الأيتام في الدراسات الأجنبية. ووجد (Cluver, et al 2008) أن الالتحاق بالمدرسة و الأمان الغذائي والعمل ارتبطت بالنتائج المنخفضة على مقاييس القلق والاكتئاب والضغط النفسي إضافة للمشاكل السلوكية ووجدوا أن متوسط الاكتئاب لمن يذهب

للمدرسة (2.8) ولمن لا يذهب (5.3)، ومتوسط القلق للذين يرتادوا المدارس (11.4) ولمن لا يرتادها (14.5).

كما وجدت الدراسة فروقاً في مستويات الصحة النفسية لصالح الذكور. ويمكن تفسير هذه النتائج بسبب طبيعة الأنثى حيث إنها أضعف وأكثر احتمالية لان تتأثر باحداث الحياة العامة مقارنة بالذكور. اضافة إلى تأثر الأنثى بالوصمة الاجتماعية والتي من الممكن أن تزيد العبء الملقى على عاتقها وتقلل من الصحة النفسية لديها. وعلى الرغم من هذه التفسيرات إلا أن هذا المتغير بحاجة إلى المزيد من الدراسة لمعرفة أثره على مستويات القلق والاكتئاب والصحة النفسية لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية وخصوصاً في دولة الإمارات العربية المتحدة.

التوصيات

1. إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالقلق والصحة النفسية والاكتئاب لدى المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في دولة الإمارات العربية المتحدة وفي جميع الدول العربية نظراً لقلّة الدراسات العربية المهتمة بهذه الفئة من أبناء المجتمع، وتناول متغيرات أخرى غير المتغيرات الواردة في هذه الدراسة مثل: المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والدخل الشهري، والعمر.
2. إجراء دراسات تتناول اضطرابات أخرى من الممكن أن يعاني منها المقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية مثل: الضغط النفسي، والمخاوف الاجتماعية، والاضطرابات السلوكية، واضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، والاضطرابات النفسجسدية.
3. بناء برامج علاجية معرفية سلوكية للتعامل مع المشكلات النفسية التي يواجهها الأيتام
4. إجراء دراسات تتناول التأثير المباشر للمشرف القائم على رعاية الأيتام على الصحة النفسية للطفل.

المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

- أحمد عيد مطيع الشخانية، (2010). التكيف مع الضغوط النفسية، دراسة ميدانية. الطبعة الأولى. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- بشير الرشدي، طلعت منصور، محمد النابلسي، ابراهيم الخليفي، فهد الناصر، بدر بورسلي، وحمود القشعان، (2000). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: الاكتئاب واضطرابات المزاج (1). الطبعة الاولى (المجلد السابع)، دولة الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي.
- بشير الرشدي، طلعت منصور، محمد النابلسي، ابراهيم الخليفي، فهد الناصر، بدر بورسلي، وحمود القشعان، (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب القلق. الطبعة الاولى (المجلد التاسع)، دولة الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي.
- جعفر كامل الربابعة، (1994). العلاقة بين إدراك الرعاية الوالدية ونمو الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة، جامعة مؤتة، الأردن.
- حياة تيسير بسيسو، (2006). بناء برنامج ارشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت لدى مرضى السرطان في الاردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الاردن.
- خولة البقور، (2002). القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- رمضان القذافي، (2011). اساسيات الصحة النفسية. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- سامر جميل رضوان، (2002). الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن.
- صالح حسن الداھري،. (2005). مبادئ الصحة النفسية. عمان: دار وائل للنشر، الاردن، الطبعة الاولى.
- علاء الدين كفاي، (1990). الصحة النفسية. هجر للطباعة والنشر. الجيزة، مصر
- كمال يوسف بلان، (2011). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الاطفال المقيمين في دور الايتام من وجهة نظر المشرفين عليهم. مجلة جامعة دمشق، 27(2+1) 177.
- ليز ماكلين، (ترجمة احمد رمو). (2003). الاكتئاب: أعراضه، واسبابه، وتشخيصه، والخلاص منه. دمشق: دار علاء الدين، سوريا.
- مجد ربحي الشامي، (2011). مستويات القلق والاكتئاب لدى امهات الاطفال التوحدين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.
- محمد عبد القادر شحاتة، (1992) مدخل لعلم النفس الفارق. القاهرة: دار النهضة العربية.

- مشروع قانوني اتحادي (2009). في شأن الاطفال مجهولي النسبي، وزارة الشؤون الاجتماعية، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- نزيه حمدي، ونظام ابو حجلة، وطالب أبو طالب، (1988). البناء العألمي ودلالات صدق وثبات الصورة المعربة لقائمة بيك للإكتئاب. دراسات، المجلد الخامس عشر، العدد (1)، ص 30-40.
- هند محمد ياسر، (2010). فاعلية برنامج تدريبي في تغيير البنى المعرفية ومركز الضبط وخفض الاكتئاب لدى الأيتام في الأردن. رسالة دكتوراه. الجامعة الأردنية. الأردن.
- ياسر يوسف اسماعيل، (2009). المشكلات السلوكية لدى الاطفال المحرومين من بيئتهم الاسرية. رسائل ماجستير بكلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة.

ثانياً: المراجع باللغة الانجليزية

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision. Washington, DC
- Beck. A. (1980) Cognitive Therapy and emotional disorders. New York, International University Press.
- Bernard. H. (1970) Mental Health in the Classroom Mc Grow Hill Book Co. ، pp. 12 –13 Child Abuse& Neglect. (37):310– 319.
- Cluver, L.; Gardner, F. & Operario, D. (2008) Poverty and Psychological Health among AIDS–Orphan Children in Cape Town, South Africa. AIDS Care. Taylor & Francis Group.
- Doku, P. (2012) Mental Health of Orphans Vulnerable Children With the Context of AIDS/HIV Ghana. Theses for the Degree of Doctor of Philosophy, College of Medicine. University of Glasgow, Scotland–UK.
- Fawzy, N. & Fouad, A. (2010) Psychological and Developmental Status of Orphanage Children: Epidemiological Study. Current Psychiatry, 17(2): 41 –48 .
- Goldberg, D., & Williams, P. (1991) A Users Guide to the General Health Questionnaire (GHQ), Da Basingstoke Press.
- Ibrahim, A.; El-Bilshz, M.; El-Gilany, A. & Khater, M. (2012) Prevalence and Predictors of Depression Among Orphans in Dakahlia Orphanages. Egypt. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 4 (12).

- Isaranurug, S. & Chompikul, J. (2009) Emotional Development and Nutritional Status of HIV/AIDS Orphaned Children Aged 6-12 years old in Thailand. *Matern Child Health*, 13(1) 138- 143.
- Kate, W.; Elaine, Ch.; & Peter, A. (2006) Telling the truth is the best thing: Teenage orphans experiences of parental AIDS-related illness and bereavement in Zimbabwe. *Social Science & MEDICINE*(63), 1923- 1933.
- Kumakech, E.; Cantor-Graae, E.; Maling, S.; Bajunirwe, F. (2009) Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: cluster randomized trial. *Social Science & Medicine*. Vol. (68):1038 -1043.
- Lucie, D.; Mark, O.; Frances, G. & Mark, E. (2012) Persisting mental health problems among AIDS-orphaned children in South Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 363- 370.
- Monica, R.; Brett, D., & Cecile, R. (2009) The Association of Single and Double Orphanhood With Symptoms of Depression Among Children and Adolescents in Namibia. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, (18), 369- 376.
- Musisi, S. & Kinyanda, E. (2003) Psychological Problem of HIV Sero-Positive Adolescent as seen at Mildmay Center, Kampala. *Proceeds of the Eastern African Regional Psychiatric Conference*. Personality assessment, 57(1)120- 129.
- Spielberger, C. (1983) *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (form Y)* Consulting Psychology Process.
- Swadi, H. (1999) Child Mental Health Services in the United Arab Emirates. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4(1) 27- 29.
- Thurman, T.; Snider, L.; Boris, N.; Kalisa, E.; Nyirazinyoye, L.; & Brown, L. (2008) Barriers to the community support of orphans and vulnerable youth in Rwanda. *Social Sciences & Medicine*, 66), 1557 -1567). vol.

- Tim. L.; Geoff. F.; Choice. M. & Sarah. H. (2002). Families, orphans and children under stress in Zimbabwe Evaluation and program planning. Vol (25).459– 470.
- World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization.
- Zapata. L.; Kissin. D.; Bogoliubova. O.; Yorick. R.; Kraft. J.; Jamieson. D.; March banks. P.; & Hillis. S.(2013). Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk.
- Zhra.S.,Sadia. M.,& Ehsan. S.(2011). Behavioral problems among children living in orphanage facilities of Karachi. Pakistan: comparison of children in an SOS Village with those in conventional orphanages. Soc Psychiatry Epidemiol. 46. 787– 796.

Psychological Health, Anxiety, and Depression among Residents of Zayed Family Care House In the United Arab Emirates

MOZA ALI AL-NUAIMI •
DR. YOUSEF ABD AL WAHAB ABUHMAIDAN ••

Abstract

The Purpose of this study was to investigate the levels of Mental Health, Anxiety and Depression among Residents of Zayed Family Care House in the United Arab Emirates Based on some demographic variables (Gender).

The sample of the study consisted of (73) individuals who live in Dar Zayed for Family Care, in Al Ain and Abu Dhabi. Tools used in this study were Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) , and General Health Questionnaire (GHQ).

Results showed that individuals who had increased levels of Anxiety and Depression (moderate to severe) among the study sample, which was (28.7%) from individuals who had moderate to severe Depression and (61.6%) for those who had moderate to high levels of Anxiety. Furthermore, there were (1.4%) from Residents of Zayed Family Care House who had low levels of Mental Health and its dimensions (Psychosomatic dimensions (6.9%) freedom from Anxiety(19.2), efficiency of Social Functions (16.4%) and Freedom from severe Depression(8.2%). Results also showed that differences in means of Mental Health and its Dimensions (psychosomatic, freedom from Anxiety and efficiency of Social Function) were significant between Males and Females. According to Anxiety and Depression, the results did not show significant differences between males and females.

The current study recommends future research related to Residents of Family Care Houses in the United Arab Emirates that looks at others variables.

Keywords: Psychological health, Anxiety, Depression,

-
- Senior Psychiatry Specialist Asisc.center
 - Professor, Applied Behavioral Psychology, University of Jordan ABSTRACT