الفصل الثالث

الإبيديميولوجيا
أو المنحى الوبائى فى دراسة الاضطرابات النفسية

مقـــدمة

هناك طريقان لدراسة الاضطرابات النفسية : الطريق الإكلينيكى ، حيث يتركز انتباه الدارس فى الفرد أساسا . والطريق الإبيديميولوجى أو الوبائى ، حيث تتجه عناية الدارس إلى الفرد من حيث علاقته ببيئته الاجتماعية . وفى هذا الفصل نقدم للقارئ أساسيات الطريق الإبيديميولوجى .

تعريف الإبيديميولوجيا

هناك تعريفات متعددة للإبيديميولوجيا . فيعرفها البعض بأنها دراسة الجوانب الجماهيرية للمرض ، ويعرفها ريد D.D. Reid بأنها دراسة ردود أفعال الفرد (المرضية) نحو محيطه الاجتماعى ، وتغير أنماط المرض بتنوع الظروف الاجتماعية المحيطة (Reid 1960, p. 8) ، ويعرفها موريسون S. I. Morrison بأنها دراسة المريض من حيث علاقته بالمجتمع الذى ينتمى إليه ، ويعرفها بول J. R. Paul بأنها دراسة الظروف التى تحيط بمنشإ المرض ، والتى ينشط فيها المرض ، والتى يتوارى فيها المرض . (Morrison 1959) .

وهناك تعريفات أخرى كثيرة إلى جانب ما ذكرنا ، ويمكن تلخيص هذه التعريفات جميعا فى صياغة واحدة على النحو الآتى : الدراسة الإبيديميولوجية هى دراسة التوزيع الاجتماعى لمرض، جسمى أو نفسى، أو لاضطراب جسمى أو نفسى

معين لا يتبلور فى صورة مرض محدد ، ولكن يكشف عن نفسه فى صورة أعراض[١] أو علامات[٢] بعينها ، أو مظاهر سلوكية بذاتها ، بهدف الكشف عن العلاقة أو العلاقات المنتظمة بين المرض أو الاضطراب ومتغيرات البيئة الاجتماعية بما فيها أساليب الحياة الشائعة داخل القطاعات المختلفة فى المجتمع. (سويف ١٩٩٠ ، ص٣).

الاستخدامات المختلفة للمنحى الإبيديميولوجى

يشير التقرير الفنى الصادر عن لجنة خبراء بحوث تعاطى المخدرات بهيئة الصحة العالمية ، فى سنة ١٩٧٣ ، إلى ما ينطوى عليه استخدام المنحى الإبيديميولوجى فى دراسة تعاطى المخدرات من دلالات متعددة ، وذلك فى نص له أهمية كبيرة فى السياق الراهن ، ولذلك نورده فيما يلى :

« شاع استخدام الطرق الإبيديميولوجية فى دراسة نوعيات مختلفة من الأمراض ، والاضطرابات ، والظواهر المرضية ، تراوحت بين الأمراض المعدية والاضطرابات القلبية والرئوية ، وشملت الاضطرابات الوراثية ، والأمراض النفسية ، والجناح ، والحوادث . وقد استخدمت هذه الطرق لأغراض متعددة ، منها :

١ - تحديد الانتشار[٣] ، والإصابة[٤] ، والتوزيع الذى تظهر به حالة أو يظهر به اضطراب ما فى مجتمع بعينه .

٢ - تحديد التاريخ الطبيعى لاضطراب معين .

٣ - توضيح منشأ العوامل المرسبة أو المعدلة وطبيعتها .

٤ - تقدير احتمالات ظهور الاضطراب لدى المجتمع أو الفرد .

٥ - وضع الأساس اللازم لرسم سياسة أو صياغة برنامج بعينه .

٦ - تقويم كفاءة هذا النوع من السياسات والبرامج فى تحقيق أهدافها المعلنة .

٧ - الكشف عن زملات مرضية جديدة . (WHO 1973, techn. Rep. Ser. No. 526, p. 12) .

---

(1) Symptoms.
(2) Signs.
(3) Prevalence.
(4) Incidence.

ثم يسلط التقرير الضوء على أهمية استخدام المنحى الإبيديميولوجى فى دراسة تعاطى المخدرات (باعتبار أن اللجنة التى وضعت هذا التقرير كانت مختصة أساسا ببحوث تعاطى المخدرات) ، فيقول : « وفيما يتعلق بالأنماط المتعددة للاعتماد على المخدرات .. فإن هناك حاجة إلى طلب مزيد من المعلومات حول معظم هذه الأغراض التى ذكرناها بخصوص الأماكن والمناطق التى يؤدى تعاطى المخدرات فيها إلى مشكلات فردية واجتماعية ومشكلات تمس الصحة العامة . وهناك اعتبارات متعددة توحى جميعا بالفائدة التى يمكن أن نجنيها من تطبيق المناهج الإبيديميولوجية فى دراسة الاعتماد على المخدرات . من هذا القبيل مثلا أن أنواعا عديدة من الاعتماد على المخدرات لا يحدث أى منها إلا عند فئة قليلة من الأشخاص فى كثير من الأماكن والشرائح العمرية ، وهو أمر يوحى بإمكان تحديد العوامل المرتبطة ارتباطا جوهريا بنشوء هذه الأنواع من الاعتماد . كذلك فإن وجود مناطق ترتفع فيها معدلات الانتشار ، وأخرى تنخفض فيها هذه المعدلات داخل المدينة الواحدة ، يتيح إمكانات مماثلة لتحديد العوامل المسئولة . وبالمثل فإن قابلية انتشار الاعتماد عن طريق «العدوى الاجتماعية» ، وأهمية تعرض الشخص وهشاشة بعض من يتعرضون لأجواء التعاطى ، هى الأخرى جوانب فى هذه الظاهرة تزكى استخدام منحى كان معدا أصلا لدراسة انتشار الأوبئة .

وأخيرا .. فلعل أهم ما يغرينا بتطبيق المنحى الإبيديميولوجى هو أن الاعتماد على المخدرات ظاهرة لا شك فى تعدد العوامل المسهمة فى نشوئها » . (المرجع السابق) .

ويتعزز هذا النص بما أورده كثير من المؤلفين عن تعدد استخدامات الإبيديميولوجيا فى ميدان الطب النفسى ودراسة الاضطرابات السلوكية الاجتماعية . من هذا القبيل ما أورده لين وستاندلى فى قولهما إنه فى ميدان الصحة النفسية يمكن استخدام الإبيديميولوجيا لخدمة الأغراض الآتية :

١ - لتقدير الأنماط المختلفة لاعتلال الصحة فى جمهور ما كأساس لإجراءات الوقاية والعلاج التى يمكن اتخاذها للتحكم فى هذه الاعتلالات .

٢ - للكشف عن الاقتران بين خصائص الجمهور من ناحية والمرض من ناحية ، وهو ما من شأنه أن يلقى الضوء على منشإ المرض .

٣ - لاختبار صحة أو فساد الفروض المتعلقة بمنشإ مرض ما .. تلك الفروض التى تتولد من خلال البحوث المعملية أو الإكلينيكية .

٤ - لتقدير معدلات الشفاء التلقائى ؛ بهدف تقويم جدوى إجراءات وقائية أو إجراءات علاجية بعينها (Lin & Standley 1962, p. 10) .

من هذا القبيل كذلك ما أورده سويف على سبيل مزيد من التفصيل فى فوائد الإبيديميولوجيا عندما نكون بصدد وضع استراتيجيات وبرامج للتحكم فى تعاطى المخدرات وما يترتب على ذلك من مشكلات . وفى هذا الصدد أورد سويف النقاط الأربع التالية :

١ - يعتبر تقدير الأبعاد الأساسية لأى مشكلة أحد المتطلبات الرئيسية التى لابد من توافرها لتوقع النجاح لأى برنامج ، بغض النظر عن مضمون هذا البرنامج ، سواء كان موجها إلى تنظيم خدمة بعينها ، أو إلى التحكم فى مشكلة (تعاطى المخدرات) كما هى حادثة فى المجتمع بأسره . وكلما كان التقدير دقيقا ، تضاءلت احتمالات تسرب الأخطاء فيما يقتضيه البرنامج من خطوات .

٢ - يعتبر المنحى الإبيديميولوجى على جانب كبير من الأهمية فى تقدير الإمكانية الإدمانية[1] لمادة نفسية معينة[*] ، وفى هذا الصدد يقول بولن W. Pollin : بينما نحن نزداد مهارة يوما بعد يوم فى تحديد الإمكانية الإدمانية للمواد الشبيهة بالأفيونيات ، نجدنا عاجزين إلى حد كبير عن تحقيق نجاح مماثل فيما يتعلق بالمهلوسات[2] وغيرها من مواد نفسية . ومن المجدى هنا أن نراقب مشهد التعاطى كما يقع فى المجتمع فعلا لكى نتمكن من التنبؤ بظهور أنماط بعينها من التعاطى ، أو بظهور طرق جديدة للتعاطى من شأنها أن تزيد من أخطار هذه الممارسة .

٣ - مجال آخر من مجالات الاستفادة من الإبيديميولوجيا : مسألة الاستغلال التطبيقى للارتباطات الوظيفية التى يكتشفها البحث الإبيديميولوجى . من هذا القبيل مثلا ما تبين فى عدد من بحوثنا الإبيديميولوجية من أن نسبة من يستمرون فى تعاطى المخدر بعد مرحلة الاستكشاف والتجريب المبكرة نسبة ثابتة دائما ، حوالى ٢٥٪ من هؤلاء المجربين ، على حين ينقطع الآخرون عن التعاطى . وتوحى هذه الحقيقة بأن

---

(1) Dependence- producing potential.

(2) Hallucinogens.

(*) انظر الفصل الخامس من هذا المجلد .

أى برنامج وقائى فى هذا الميدان - لكى يكون مجديا - يجب أن يؤدى إلى إقلاع نسبة تزيد عن ٧٥٪ من المتعاطين المبتدئين (وهى النسبة التى تقلع عن التعاطى تلقائيا دون حاجة إلى برامج بعينها) . وهكذا نجدنا بصدد محك موضوعى لقياس جدوى البرامج الوقائية (التى تهدف أساسا إلى تحقيق ما يعرف بالوقاية من الدرجة الثانية) .

٤ - كذلك يمكن الاستفادة من كثير من النتائج الوصفية للدراسات الإبيديميولوجية، وفى ذلك تتمثل خصوبة الفرع المسمى بالإبيديميولوجيا الوصفية[١] . (Soueif 1990) .

أنواع الدراسات الإبيديميولوجية

يصنف بروميت E. J. Bromet الدراسات الإبيديميولوجية إلى ثلاث فئات رئيسية، هى : الوصفية ، والتحليلية، والتجريبية (Bromet 1984) ، وفيما يلى توضيح لكل من هذه الفئات من حيث الأهداف الأكاديمية والتطبيقية .

أولا : الإبيديميولوجيا الوصفية

ولها هدفان ، الأول : تقرير الصورة التى يوجد بها المرض أو الاضطراب من حيث الزمان ، والمكان ، وخصائص الأشخاص المصابين . والهدف الثانى هو المقارنة بين المناطق الجغرافية المختلفة فى الوطن الواحد ، أو بين الشرائح الاجتماعية المختلفة فى المجتمع الواحد ، أو بين الشرائح الاجتماعية المتناظرة فى مجتمعات مختلفة، أو المقارنة بين فترات زمنية متباينة فى حياة المجتمع الواحد .

ويعتمد الباحث فيما يقدمه من وصف لوجود المرض أو الاضطراب على ما يسمى بمعدل الانتشار[٢] ، ومعدل الإصابة[٣] . ويعرف معدل الانتشار بأنه نسبة المرضى أو المضطربين إلى مجموع أفراد الجمهور المعرض للإصابة ، فى لحظة زمنية معينة[٤] ، أو فى فترة زمنية محددة[٥] (سنة مثلا) . ويعرف معدل الإصابة بأنه نسبة المصابين الجدد فى فترة زمنية معينة منسوبين إلى جملة أفراد الجمهور المعرض للإصابة.

---

(1) Descriptive epidemiology.

(1) Prevalence rate.

(2) Incidence rate.

(3) Point prevalence.

(4) Period prevalence.

وفيما يلى مثالان لدراسات مصرية من هذا الطراز الوصفى :

فى سنة ١٩٨٧ أجرى «البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات» (تحت رعاية ، وبتمويل من ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية) بحثا إبيديميولوجيا على تعاطى المواد المؤثرة فى الحالة النفسية (وتسمى عموما بالمواد النفسية)[(١)] بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة (بنين) على مستوى الجمهورية . وكان أحد أهداف البحث تحديد معدلات تدخين السجاير وتعاطى المواد النفسية بين التلاميذ . وقد استخدم الباحثون فى جمع بيانات الدراسة استبيانا مقننا تم تكوينه خصيصا لهذه الدراسة . وكان حجم عينة البحث ١٤٦٥٦ تلميذا . ويعرض الجدول (٣- ١) معدلات انتشار التدخين والتعاطى بين التلاميذ .

جدول (٣–١) : معدلات انتشار تدخين السجاير وتعاطى المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية (بنين) (سنة ١٩٨٧)

عينات التلاميذ / مواد التعاطى	العينة الكلية [(١)] ٪	عينة الحضر [(٢)] ٪	عينة الريف [(٣)] ٪
السجاير	١٠,٧٧	١٣,٥٠	٧,٩٩
الأدوية النفسية	٢,٢٥	١,٩٤	٢,٤٦
المخدرات الطبيعية	٥,٩٤	٧,٧١	٤,٢٩
الكحوليات	٢٢,١٤	٣٣,٧٠	١١,٥٤

(١) مجموع الأفراد فى العينة الكلية = ١٤٦٥٦ تلميذا .

(٢) مجموع الأفراد فى عينة الحضر = مجموع أفراد العينة فى المدن الكبيرة (القاهرة والإسكندرية والسويس وبورسعيد) = ٤٤٠٩ تلاميذ .

(٣) مجموع الأفراد فى عينة القرى = ٤٣٥٨ تلميذا .

[ملحوظة : مجموع التلاميذ فى عينة المدن الصغرى والبنادر تم إسقاطها ، وذلك لمزيد من توضيح الفروق بين عينة المدن الكبرى (الحضر) ، وعينة الريف (القرى)] .

(5) Psychoactive substances.

وعلى سبيل التمرين العقلى ، يمكن للقارئ أن ينظر فى محتويات هذا الجدول (٣- ١) ويقابل بينها من ناحية وما ورد فى تعريف الإبيديميولوجيا الوصفية من ناحية أخرى . كما يمكن للقارئ أن يقارن بين معدلات انتشار المواد النفسية المختلفة فى العينة الكلية وفى عينتى الريف والحضر ، وأن يحاول الخروج من هذه المقارنات بالاستنتاجات المناسبة .

وفيما يلى مثال آخر .. فقد أجرى « البرنامج الدائم » بحثا ثانيا مماثلا للبحث السابق ، بعد خمس سنوات من إجراء البحث السابق ؛ أى فى سنة ١٩٩٢ . وكان من أهم أهداف هذا البحث الجديد المقارنة بين ما كانت عليه معدلات انتشار المواد النفسية فى سنة ١٩٨٧ ، وما آلت إليه فى سنة ١٩٩٢ . والجدول (٣- ٢) يعرض نتائج البحث الثانى .

جدول (٣–٢) : معدلات انتشار تدخين السجاير وتعاطى المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية (بنين) (سنة ١٩٩٢)

عينات التلاميذ / مواد التعاطى	العينة الكلية (١) ٪	عينة الحضر (٢) ٪	عينة الريف (٣) ٪
السجاير	١٠,٨٠	١٥,٧٠	٧,٤٠
الأدوية النفسية	٥,٢٠	٥,٩٠	٥,١٠
المخدرات الطبيعية	٣,٦٤	٦,٣٠	٢,١٠
الكحوليات	١٨,٣٠	٢٧,٨٠	٩,٠٠

(١) مجموع الأفراد فى العينة الكلية = ١٢٩٦٩ تلميذا .

(٢) مجموع الأفراد فى عينة الحضر = ٣٧٣٧ تلميذا .

(٣) مجموع الأفراد فى عينة القرى = ٣٦٢٥ تلميذا .

(ملحوظة : لمزيد من توضيح الفروق بين عينتى الحضر والريف ، تم إسقاط عينة تلاميذ المدن الصغيرة) .

وبالمقارنة بين ما ورد فى الجدولين (٣- ١) و(٣- ٢) نجد عددا من التغيرات طرأت على معدلات الانتشار ، أقلها ما طرأ على معدل انتشار تدخين السجائر . ولكن هناك تغيرات واضحة طرأت على انتشار الأدوية النفسية ، فقد زادت معدلاتها زيادات ملحوظة سواء فى العينة الكلية ، أو فى عينتى الحضر والريف . وفيما يتعلق بالمخدرات الطبيعية ، فقد انخفضت المعدلات انخفاضا واضحا فى العينات الثلاث ، وكذلك الحال فيما يتعلق بشرب الكحوليات .

ثانيا : الإبيديميولوجيا التحليلية

الهدف الرئيسى للإبيديميولوجيا التحليلية هو إثارة أسئلة وصياغة فروض لتفسير بعض الظواهر التى تتعلق بمعدلات الانتشار أو الإصابة ، ومحاولة التحقق من صحة هذه الفروض . من هذا القبيل مثلا أن يتصدى الباحث لإثارة أسئلة وصياغة فروض تفسيرية لما لوحظ من ارتفاع أو انخفاض بين المعدلات المتناظرة التى وردت فى الجدولين السابقين (٣- ١) و(٣- ٢) . لماذا ارتفع تعاطى الأدوية النفسية فى العينات من سنة ١٩٨٧ إلى سنة ١٩٩٢ ؟ ولماذا انخفض تعاطى المخدرات الطبيعية فى الفترة نفسها ؟ ولماذا انخفض كذلك شرب الكحوليات ؟ كذلك يمكن صياغة الفروض التفسيرية (أو الأسئلة) حول بعض ما ورد فى حدود الجدول الواحد ؛ مثال ذلك : لماذا تميل معدلات الانتشار - فى معظم الأحوال - إلى أن تأتى مرتفعة فى عينات الحضر عنها فى عينات الريف ؟

وإلى القارئ مثال توضيحى من واقع بعض الدراسات المصرية فى هذا الصدد .

فى الدراسة الإبيديميولوجية التى أجريناها فى سنة ١٩٨٧ على تعاطى المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية ، تعرضنا لتفسير ارتفاع معدلات الانتشار بين تلاميذ المدن الكبيرة مقارنة بمثيلاتها بين تلاميذ القرى . وقد اتجه ذهننا فى هذا الصدد إلى مجموعة من العوامل الديموجرافية التى تفرق بين تلاميذ الحضر وتلاميذ الريف ، والتى ترتبط بمزيد من التعاطى حسب معلومات سبق لنا الحصول عليها . كانت هذه

العوامل هى: نوعية المدارس، ومستوى تعليم الأب والأم، وحجم مصروف الجيب الذى يحصل عليه التلميذ فى الشهر ، والاشتراك فى النوادى والجمعيات . وإلى القارئ مزيد من التفصيل .

(أ) فيما يتعلق بنوعية المدارس

كان قد سبق لنا التأكد من ازدياد معدلات التدخين بين تلاميذ المدارس الخاصة ومدارس اللغات عنه بين تلاميذ المدارس الحكومية ، فاستخدمنا هذه المعلومة بالشكل الآتى : على ضوء هذا العامل ، إذا كان له إسهام فعلا فى ظاهرة الارتفاع فى المدن الكبيرة عنه فى الريف ، فنتوقع أن تكون نسبة تلاميذ المدارس الحكومية بين أبناء القرى أعلى منها بين أبناء المدن . وبالمنطق نفسه نتوقع أن تكون نسبة تلاميذ المدارس الخاصة (بمصروفات) بين أبناء القرى أقل منها بين أبناء المدن ، وفعلا صدق ما توقعناه ، والجدول (٣- ٣) يعرض هذه الحقيقة .

جدول (٣–٣) : عينتا التلاميذ فى الحضر والريف ، موزعتان على النوعيات المختلفة للمدارس

نوع المدارس	فى المدن الكبيرة		فى القرى	
	عدد	٪	عدد	٪
المدارس الحكومية	٢٩٧٥	٦٧,٤٨	٣٩٤٧	٩٠,٥٧
مدارس خاصة (بمصروفات)	١٠٥٥	٢٣,٩٣	٣٩٠	٨,٩٥
مدارس لغات	٢٤٧	٥,٦٠	-	-
مدارس خدمات	١٢١	٢,٧٤	١٣	٠,٣٠
غير مبين	١١	٠,٢٥	٨	٠,١٨
المجموع	٤٤٠٩	١٠٠,٠٠	٤٣٥٨	١٠٠,٠٠

(ب) وفيما يتعلق بمستوى تعليم الوالدين :

كان قد سبق لنا كذلك معرفة أن معدلات انتشار تدخين السجاير تزيد بين أبناء الآباء والأمهات ذوى التعليم الأعلى . وعلى ضوء ذلك توقعنا أن يكون مستوى

تعليم الوالدين بين أبناء الريف أدنى منه بين تلاميذ المدن الكبيرة . وقد تحقق فعلا ما تنبأنا به . والجدولان (٣- ٤) و (٣- ٥) يعرضان ما وجدناه من تحقق للتنبؤ .

جدول (٣–٤) : مستوى تعليم الأب بين تلاميذ المدن الكبيرة والريف

مستوى تعليم الأب	فى المدن الكبيرة		فى القرى	
	عدد	٪	عدد	٪
أمى	٤٤٩	١٠,١٨	١١٢٦	٢٥,٨٤
يقرأ ويكتب	٩٥٨	٢١,٧٣	١٥٠٥	٣٤,٥٣
الشهادة الابتدائية	٤٤٤	١٠,٠٧	٤٧٩	١٠,٩٩
الشهادة الإعدادية	٣٥٩	٨,١٤	٢٣٥	٥,٣٩
شهادة الثانوية العامة	٨٥٦	١٩,٤١	٥٦٦	١٢,٩٩
شهادة جامعية	١٣٢٢	٢٩,٩٨	٤٠٧	٩,٣٤
غير مبين	٢١	٠,٤٨	٤٠	٠,٩٢
المجموع	٤٤٠٩	١٠٠,٠٠	٤٣٥٨	١٠٠,٠٠

جدول (٣–٥) : مستوى تعليم الأم بين تلاميذ المدن الكبيرة والريف

مستوى تعليم الأم	فى المدن الكبيرة		فى القرى	
	عدد	٪	عدد	٪
أمية	١٢٠٣	٢٧,٢٩	٢٥٥٣	٥٨,٥٨
تقرأ وتكتب	٩٠٣	٢٠,٤٨	٨٦٤	١٩,٨٣
الشهادة الابتدائية	٥٠٩	١١,٥٤	٣٧١	٨,٥١
الشهادة الإعدادية	٣٧٠	٨,٣٩	١٢١	٢,٧٨
شهادة الثانوية العامة	٦٨١	١٥,٤٥	١٨١	٤,١٥
شهادة جامعية	٦٣٥	١٤,٤٠	٨١	١,٨٦
غير مبين	١٠٨	٢,٤٥	١٨١	٤,١٥
المجموع	٤٤٠٩	١٠٠,٠٠	٤٣٥٨	١٠٠,٠٠

(جـ) وفيما يتعلق بحجم مصروف الجيب الشهرى الذى يحصل عليه التلميذ

كنا نعرف من قبل أن ارتفاع حجم مصروف الجيب يصحبه ازدياد احتمال إقبال التلميذ على التدخين والتعاطى. ومن ثم فمع انخفاض معدلات الانتشار فى الريف، تنبأنا بانخفاض حجم مصروف الجيب فى الريف عنه فى الحضر ، وهذا فعلا ما وجدناه كما يتضح فى الجدول (٣- ٦) .

جدول (٣-٦) : المصروف الشهرى الثابت الذى يحصل عليه التلميذ فى الحضر والريف

مصروف الجيب الشهرى	تلاميذ المدن الكبيرة		تلاميذ الريف	
	عدد	٪	عدد	٪
أقل من جنيهين	١٠	٠,٢٣	٢٩	٠,٦٧
٢ -	٢١٩	٤,٩٧	٣٠٧	٧,٠٤
٤ -	٣٧٢	٨,٤٤	٣٢٩	٧,٥٥
٦ -	٤١٣	٩,٣٧	٥٣١	١٢,١٨
٨ -	٨١٢	١٨,٤٢	٧٦٩	١٧,٦٥
١٠ -	٣٣٩	٧,٦٩	٢٢٣	٥,١٢
١٢ -	٩٢	٢,٠٩	٢٣٩	٥,٤٨
١٤ -	١٠٩٣	٢٤,٧٩	١٠٢٩	٢٣,٦١
١٦ -	٢٢	٠,٥٠	٣٠	٠,٦٩
١٨ -	-	-	-	-
٢٠ فأكثر	٨٨٦	٢٠,١٠	٧٢٣	١٦,٥٩
غير مبين	١٥١	٣,٤٢	١٤٩	٣,٤٢
المجموع	٤٤٠٩	١٠٠,٠٠	٤٣٥٨	١٠٠,٠٠

(د) وفيما يتعلق بالاشتراك فى النوادى والجمعيات ، كان قد اتضح لنا كذلك أن هناك اقترانا بين اشتراك الأسر فى النوادى أو الجمعيات ، واحتمال إقبال الأبناء على التدخين والتعاطى ؛ بمعنى زيادة احتمالات هذا الإقبال مع اشتراك الأسرة فى أحد النوادى أو إحدى الجمعيات ، وانخفاض احتمالات هذا الإقبال مع عدم اشتراك

الأسرة فى تلك النوادى . وبناء على ذلك كان التوقع لدينا أن نجد انخفاضا واضحا فى اشتراك الأسرة الريفية فى النوادى ، مقارنة بالارتفاع النسبى لاشتراك الأسرة الحضرية . وفعلا أمكن التحقق من صدق هذا التوقع ، كما هو واضح فى الجدول (٣- ٧) .

جدول (٣–٧) : الاشتراك فى النوادى والجمعيات (خارج نطاق المدرسة) بين تلاميذ الحضر وتلاميذ الريف

الاشتراك فى النوادى والجمعيات	تلاميذ الحضر		تلاميذ الريف	
	عدد	٪	عدد	٪
مشترك	٢٢٥٣	٥١,١٠	١٧١٩	٣٩,٤٤
غير مشترك	٢١٠٦	٤٧,٧٧	٢٥٩٢	٥٩,٤٨
غير مبين	٥٠	١,١٢	٤٧	١,٠٨
المجموع	٤٤٠٩	١٠٠,٠٠	٤٣٥٨	١٠٠,٠٠

والخلاصة أن هذه المحاولات التفسيرية الأربع تجتمع معا لتقدم للقارئ نموذجا للمقصود بالدراسة الإبيديميولوجية التحليلية . ومن الجلى أنها تأتى منطقيا بعد الدراسة الإبيديميولوجية الوصفية ؛ إذ يتجه إليها الباحث لتفسير بعض الحقائق التى تكشف عنها الدراسة الوصفية . ومن الواضح - كذلك - أننا اتجهنا فى محاولاتنا التفسيرية إلى النظر فى أمر بعض العوامل الديموجرافية التى تفرق بين مجموعتى التلاميذ الحضريين والريفيين . ومع ذلك فلابد من التنبه إلى أن هذه العوامل التى قدمناها لا تستوعب كل التفسير المطلوب . والراجح أن هناك عوامل أخرى (غير ما ذكرنا) تشارك فى التفسير . من ذلك مثلا طبيعة البيئة الريفية والفرق بينها من ناحية وطبيعة البيئة الحضرية من ناحية أخرى ؛ فمن أهم الصفات الفارقة بين البيئة الريفية والبيئة الحضرية صفة « الانكشاف » أو « انكشاف الهوية » فى مقابل « اختباء أو اختفاء الهوية »[1] .. الانكشاف فى الريف حيث يغلب أن يكون كل شخص معروفا لكل شخص آخر (فى القرية) ، وهو أمر يتعارض مع مقتضيات ارتكاب السلوك

(1) Anonymity.

المستهجن أو المنحرف ، على عكس الحال فى المدن الكبرى ؛ حيث اختفاء الهوية . ومن هذه الزاوية يمكن افتراض أن طبيعة البيئة الريفية لا تساعد على انتشار التدخين (وتعاطى المخدرات) بين صغار الشباب ، على حين تبدو طبيعة البيئة الحضرية ميسرة لهذا الانتشار . كذلك كان من الممكن التفكير فى عوامل أخرى لتفسير زيادة الانتشار فى المدن الكبرى عنه فى الريف ، ولكن على كل حال ليس هذا هو المهم الآن ، فالمهم أن يجد القارئ فيما قدمنا نموذجا لما يجرى فى بحوث الإبيديميولوجيا التحليلية من توجه تفسيرى لما تسفر عنه بعض بحوث الإبيديميولوجيا الوصفية .

أساليب إجراء الإبيديميولوجيا التحليلية

يتوزع إجراء الإبيديميولوجيا التحليلية بين أسلوبين رئيسيين ، هما : الأسلوب الاسترجاعى[(١)] ، والأسلوب الاستقبالى[(٢)] . ويشير بعض الباحثين إلى إمكان المزج بينهما فيما يسمى بالأسلوب المختلط[(٣)] . وفيما يلى شرح موجز لكل من هذه الأساليب الثلاثة .

(أ) الأسلوب الاسترجاعى

إن الدراسات التى تعتمد فى إجرائها على هذا الأسلوب يتم فيها تقدير معدلات الانتشار والإصابة بعد حدوث الاضطراب أو المرض ، ومن ثم يتجه الباحث لتفسير هذه المعدلات بمحاولة الرجوع إلى ما سبق ظهور الاضطراب أو المرض من أحداث وملابسات . ولكى يستطيع أن يربط بين هذه الأحداث أو الملابسات والمرض أو الاضطراب الذى يدرسه ، لابد من تحديد مجموعة ضابطة[(٤)] تعادل المجموعة التجريبية المريضة فيما يتعلق بعدد من العوامل الديموجرافية بحيث ينحصر الاختلاف بين المجموعتين فى كون إحداهما مريضة والأخرى خالية من المرض موضع الدراسة . ثم يجرى مقارناته بين المجموعتين فيما يتعلق بوجود أو عدم وجود الأحداث السابقة

(2) Retrospective.
(3) Prospective.
(4) Anterospective.
(1) Control group.

على الإصابة بالمرض . وفى هذه الحالة يحق له منهجيا أن يربط بين وجود تلك الأحداث والإصابة بالمرض . ولكن يلاحظ أن مجرد توافر هذا الاقتران بين أحداث بعينها والمرض لا يعنى بالضرورة أن هذه الأحداث كانت سببا فى الإصابة بالمرض ؛ فقد يكون الدور الذى قام به الحدث هو أنه يسر نفوذ السبب الحقيقى إلى شخص المريض . وعلى هذا النحو ، ينبغى أن تفهم الارتباطات التى كشفنا عنها فى الأمثلة التى ذكرناها منذ قليل من واقع بحوثنا المصرية فى تعاطى المواد النفسية ، وهى التى كشفنا فيها عن الاقتران بين عوامل الاشتراك فى النوادى وحجم مصروف الجيب ، ومستوى تعليم الأم والأب ونوعية المدرسة من ناحية ، والتعاطى من ناحية أخرى . وجدير بالذكر أن الاسم الاصطلاحى الذى يطلق على هذه العوامل المرتبطة بالتعاطى هو « عوامل الخطر »[1] ، وهى تسمية يقصد بها التفرقة بين هذه العوامل وعوامل أخرى ديموجرافية تتوافر فى حالة هؤلاء المرضى ، ولكنها لا ترتبط بظهور المرض ، مثل : عامل الإقامة مع الأسرة أو بعيدا عنها ، ووجود الأم على قيد الحياة أو عدم وجودها ، ومستوى التحصيل الدراسى فى الشهادة الإعدادية ، والديانة . وقد حاولنا فعلا فى البحث سالف الذكر أن ننظر فى أمر هذه العوامل الأخيرة فلم نجد أى اقتران بينها وبين التعاطى .

(ب) الأسلوب الاستقبالى (التتبعى)

فى الدراسات التى تتبنى هذا الأسلوب يتتبع الباحث مجموعة محددة من الأفراد قبل ظهور المرض أو الاضطراب ، ويستمر فى متابعتهم مع ظهور الاضطراب فى بعضهم ، وبذلك يتمكن من خلال معاصرته لظهور الإصابة من أن يحدد عوامل الخطر المرتبطة بظهور الإصابة ، كما يتمكن من أن يرصد مسار الاضطراب نحو الزيادة أو النقصان والعوامل الفاعلة فى هذا المسار . ويقدم بروميت مثالا واقعيا لهذه الدراسة ، بحثا قام به إسن موللر Essen- Möller فى سنة ١٩٤٧ على سكان مدينة صغيرة اسمها لندباى Lundby فى السويد ، وقد شمل فى بحثه جميع سكان المدينة ، وكان عددهم ٢٥٥٥٠ شخصا ، وكان هدفه تحديد معدل انتشار الأمراض النفسية

(2) Risk factors.

بينهم ، فتبين أنه ٩٪ . ونشر هذا البحث سنة ١٩٥٦ . وبعد عشر سنوات جاء باحث آخر يدعى هاجنل Hagnell وأعاد الفحص السيكياترى لجميع سكان لندباى الأصليين ، وأضاف كذلك فحص جميع السكان الجدد فى لندباى . واستطاع هاجنل بهذه الطريقة أن يحدد معدل الإصابة فى هذه المجموعة خلال عشر سنوات ، كما حاول أن يحدد الاقتران بين معدل الإصابة وعاملى الزواج والمهنة . وقد ظهر فى هذه الدراسة أن معدل الإصابة باضطراب نفسى ما على امتداد عشر سنوات يصل إلى ١١٪ بين الرجال و٢٠٪ بين النساء . أما معدل الإصابة باضطراب ذهانى على امتداد المدة نفسها فكان ٠,٦٪ للرجال والنساء . وكذلك تبين فى هذه الدراسة أن معدل الإصابة باضطراب نفسى ما خلال نفس المدة جاء مرتفعا بين النساء المتزوجات عنه بين غير المتزوجات ، واقترن ارتفاعه أيضا بارتفاع المرتبة المهنية للشخص . (Bromet 1984) .

وجدير بالذكر أن كلا من الأسلوبين له بعض المزايا وعليه بعض المآخذ .. فمن أهم المزايا التى تحسب للأسلوب الاستقبالى : رصد ظهور الاضطراب فى وقت أقرب ما يكون إلى هذا الظهور ، فلا يكاد الباحث يعتمد على ذاكرة المفحوص إلا فى أضيق الحدود ، وهذه ميزة توفر على الباحث أخطاء ذاكرة المفحوص . ولكن فى مقابل هذه الميزة .. فإن المأخذ الرئيسى على هذا الأسلوب أنه مكلف فى الوقت (المنقضى بين بدء البحث وظهور المرض) ، كما أنه مكلف من الناحية الإجرائية فى تتبع كثير من الحالات التى قد تغير مكان إقامتها أو عملها .. إلخ ، والغالب أنه فى المجتمعات النامية تزداد هذه الصعوبات الإجرائية أضعافا مضاعفة .

ومن أهم مزايا الأسلوب الاسترجاعى أن الباحث يواجه المفحوص فى جلسة واحدة ، يتم له فيها الحصول على جميع المعلومات المطلوبة ، وهو ما من شأنه أن يهبط بالتكلفة إلى حد أدنى بكثير مما هو الحال مع الأسلوب الاستقبالى (والمقصود هنا التكلفة بشقيها المالى والإجرائى) . ولكن المأخذ الرئيسى فى حالة البحوث الاسترجاعية هو اضطرار الباحث إلى الاعتماد أساسا على ذاكرة المفحوص . ومع

ذلك فهذا المأخذ يمكن التقليل من وزنه بصورة ملحوظة بقدر ما يتخذ الباحث من إجراءات منهجية مناسبة ، على نحو ما سنوضح فى أجزاء تالية من هذا الفصل .

(جـ) الأسلوب المختلط أو الاستقبالى/ الاسترجاعى

فى هذا الطراز من البحوث يبدأ الدارس بأن يحدد مجموعة من الأفراد بعد تعرضهم لحادث معين ، كما يحدد مجموعة ضابطة . وينتظر بعد ذلك فترة قد تطول وقد تقصر حتى يظهر المرض أو الاضطراب الذى يريد دراسته ، وعندما يظهر المرض يقوم بدراسة معدلاته (الانتشار والإصابة) بأسلوب استرجاعى .

وفيما يلى مثال لدراسة أجريت بهذا الأسلوب :

كان هدف الباحثين دراسة الآثار النفسية المترتبة على ما حدث من تسرب للإشعاع من مفاعل ذرى موجود فى وسط ولاية بنسلفانيا فى الولايات المتحدة الأمريكية . وقد حددوا للقيام بدراستهم هذه ثلاث مجموعات تتكون من أفراد يفترض أنهم تعرضوا للإشعاع : المجموعة الأولى ، تتألف من أمهات لأطفال صغار كانوا يعيشون فى مناطق لا تبعد أكثر من عشرة أميال من المفاعل ، والمجموعة الثانية تضم مرضى نفسيين يترددون على عيادات نفسية تقع على مسافة لا تزيد عن عشرة أميال من المفاعل . والمجموعة الثالثة تضم عددا من العمال كانوا يعملون فى المفاعل وقت وقوع الحادث . وقد تركزت الدراسة حول الصحة النفسية لهؤلاء جميعا قبل وبعد الحادث . واستخدم الباحثون لهذا الغرض استبارا طبق بطريقة استرجاعية بعد مرور سنة على وقوع الحادث ، وجرى هذا التطبيق على المجموعات الثلاث ، وعلى مجموعة ضابطة تضم أفرادا يعملون فى مفاعل ذرى آخر أو على مقربة منه . وكان هذا المفاعل الآخر يقع فى غرب الولاية نفسها ، بنسلفانيا ، واتضح من هذا البحث أن معدل انتشار الاكتئاب لدى أمهات الأطفال الصغار فى المجموعة الأولى ١٥٪ فى مقابل ٨٪ لدى الأمهات المماثلات فى المجموعة الضابطة (Bromet 1984) .

خلاصة القول إذا أن هناك ثلاثة أنواع من الدراسات تقع تحت الإبيديميولوجيا التحليلية ، هى : الدراسات الاسترجاعية ، والدراسات الاستقبالية ، والدراسات المختلطة أو الاسترجاعية / الاستقبالية . وهذه الدراسات جميعا ليست سوى استراتيجيات مختلفة لتحقيق الهدف الرئيسى للإبيديميولوجيا التحليلية ، وهو إثارة أسئلة وصياغة فروض لتفسير بعض الظواهر التى تتعلق بمعدلات الانتشار والإصابة، ومحاولة التحقق من صحة هذه الفروض .

ثالثا : الإبيديميولوجيا التجريبية

فى الإبيديميولوجيا التجريبية يتجه الباحث إلى التحكم التجريبى فى الأفراد الذين يجرى عليهم الدراسة ، وذلك بتقسيمهم إلى مجموعتين على أساس عشوائى[1] ، ويعطى إحدى المجموعتين العلاج الذى يريد أن يتعرف أثره ، ويعطى المجموعة الأخرى العلاج الوهمى[2] .. هذا فى مجال الإبيديميولوجيا السيكياترية ، والمسألة هنا شبيهة بالدراسات التجريبية المعملية ، ولكن فى حالات كثيرة لا يمكن إجراء الأمور على هذا النحو . عندئذ يمكن للباحث أن يلجأ إلى ما يسمى بالتجربة الطبيعية[3] ، وفى هذه التجربة تتعرض مجموعة لحدث ما ، ويقيس الباحث آثار هذا الحدث مباشرة (أى أثناء وقوع الحدث أو بعد وقوعه مباشرة) ، ويتابع القياس بعد ذلك على فترات لمتابعة تطور آثار الحدث ، وفى الوقت نفسه يتابع بالمقاييس نفسها مجموعة مكافئة للمجموعة التى تعرضت للحدث باعتبارها مجموعة ضابطة ، بشرط أن تكون هذه مكافئة للمجموعة (المعتبرة تجريبية) فى كل خصائصها عدا مسألة التعرض للحدث. وبالمقارنة التفصيلية بين المجموعتين يستخلص الآثار المرتبطة بالتعرض ، ويستطيع أن يعتبر التعرض سببا والآثار فى المجموعة التجريبية نتيجة .

(1) Randomly.
(2) Placebo.
(3) Natural experiment.

وتحت هذه الفئة نفسها : فئة الإبيديميولوجيا التجريبية ، مقرونة بتصميم التجربة الطبيعية ، ويمكن للباحث أن يعتمد نموذجا آخر للتجربة الطبيعية ، وهو نموذج « ما قبل وما بعد » . وفيما يلى دراسة مصرية من هذا الطراز .

فى سنة ١٩٨٧ قام البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات (بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية) بإجراء دراسة إبيديميولوجية تهدف إلى تحديد معدلات انتشار تعاطى عدد من المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية (بنين) على مستوى القاهرة الكبرى . (ن = ٤٨٣٧) .

وفى سنة ١٩٨٩ **تصادف** أن صدر قانون جديد لمكافحة وتنظيم تعاطى المواد المخدرة (وذلك تعديلا لبعض أحكام القانون الذى كان سارى المفعول منذ سنة ١٩٦٠) . وقد جاءت كثير من مواد القانون الجديد مشددة لما كان واردا من قبل فى أحكام قانون سنة ١٩٦٠ . وقد رأت هيئة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات انتهاز هذه الفرصة لإجراء مسح إبيديميولوجى جديد بعد سنتين من صدور القانون مع المقارنة بين معدلات الانتشار ، قبل وبعد صدوره ، على عينة مماثلة لعينة سنة ١٩٨٧ . والهدف النوعى لهذه الدراسة هو التحقق من صحة أو عدم صحة توقع سلطات التشريع أن تشديد القانون سوف يتبعه تراجع معدلات الانتشار .

وقد أجريت الدراسة فعلا ، وكان حجم العينة فيها ٤١٩١ تلميذا ، وتم سحبها سنة ١٩٩٢ . وتم تحليل النتيجة على مرحلتين : فى المرحلة الأولى أجريت المقارنات بين معدلات سنة ١٩٩٢ ومثيلاتها فى سنة ١٩٨٧ ، وتبين أن المعدلات الجديدة منخفضة - بوجه عام - عن معدلات سنة ١٩٨٧ . وقد يبدو هنا أن التنبؤ الذى وضعته سلطات التشريع لقى التأييد ، إلا أن هيئة البرنامج الدائم أجرت تحليلا يمثل مرحلة ثانية فى هذا البحث ؛ فقد أثارت الهيئة سؤالا بالغ الأهمية فى هذه النوعية من البحوث ، وهو : هل هذا التراجع ظاهرى أم حقيقى ؟ والمعنى الكامن وراء هذا السؤال يمكن توضيحه على الوجه الآتى : هل كانت معدلات الانتشار فى طريقها إلى الانخفاض على أى حال ، سواء كان تعديل القانون قد حدث أو لم يحدث ؟

وهذا سؤال شديد الأهمية على المستوى النظرى والتطبيقى ، وللإجابة عنه خطت هيئة البحث الخطوات الآتية :

أ - رجعت الهيئة إلى بحث سابق كانت قد أجرته فى سنة ١٩٧٨ على عينة من تلاميذ الثانوى العام فى مدينة القاهرة الكبرى (ن = ٥٥٣٠) لمعرفة معدلات انتشار المواد النفسية بينهم .

ب - وضعت الهيئة نتائج هذا البحث موضع المقارنة مع نتائج بحثى١٩٨٧ و١٩٩٢ ، والجدول (٣- ٨) يعرض نتائج البحوث الثلاثة .

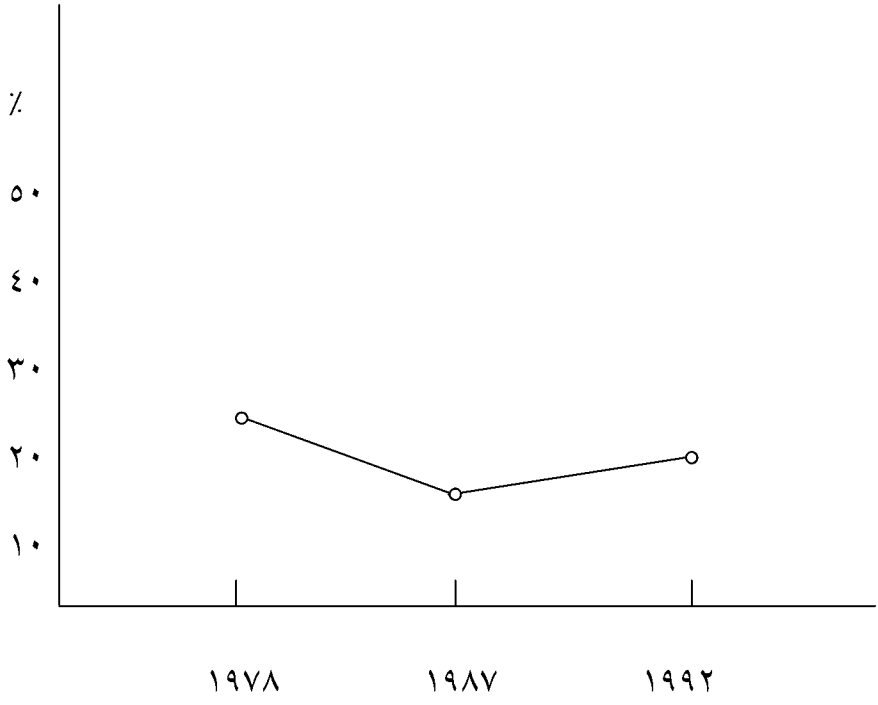
جدول (٣–٨) : معدلات انتشار تعاطى المواد النفسية بين تلاميذ الثانوى العام (بنين) فى القاهرة الكبرى فى السنوات ١٩٧٨، ١٩٨٧، ١٩٩٢

تواريخ إجراء البحوث / مواد التعاطى	١٩٧٨ (ن= ٥٥٣٠)		١٩٨٧ (ن= ٤٨٣٧)		١٩٩٢ (ن= ٤١٩١)	
	العدد	النسبة ٪	العدد	النسبة ٪	العدد	النسبة ٪
تدخين السجاير	١٠٠٧	١٨,٢٠	٥٥٩	١١,٥٦	٥٨٦	١٤,٠٠
تعاطى الأدوية النفسية	٦٤٩	١١,٧٣	٢٦٦	٥,٥٩	٢٤٢	٥,٨
تعاطى المخدرات الطبيعية	٥٨٢	١٠,٥٢	٣٦٧	٧,٥٩	٢١٦	٥,٢
شرب الكحوليات	٢٣٩٦	٤٣,٣٣	١٥٠٤	٣١,٠٩	١٠٩١	٢٦,٠٣

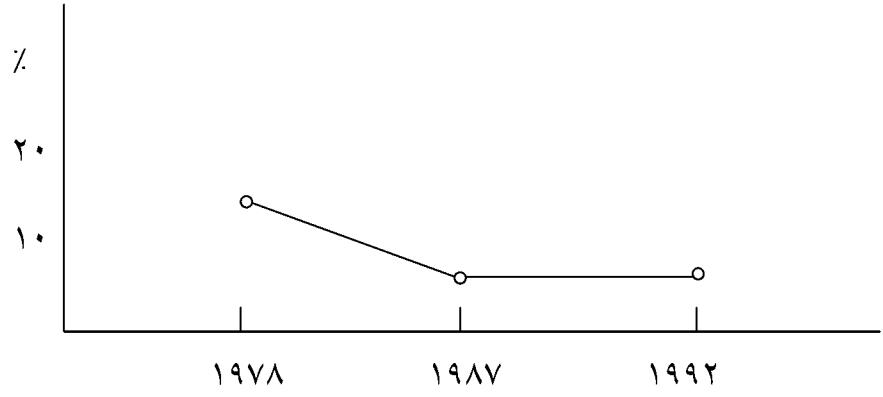
بالنظر فى هذا الجدول (٣- ٨) يتضح أن معظم معدلات الانتشار اتجهت إلى الانخفاض من سنة ١٩٧٨ إلى سنة ١٩٨٧ ، ومنها إلى سنة ١٩٩٢ . ولم يشذ عن هذه القاعدة إلا معدل تدخين السجاير فى سنة ١٩٩٢ مقارنا بما كان عليه فى سنة ١٩٨٧ ، وكذلك معدل تعاطى الأدوية النفسية فى سنة ١٩٩٢ مقارنا بما كان عليه فى سنة ١٩٨٧ .. أما فيما عدا ذلك فالقاعدة سارية .

يبقى بعد ذلك سؤال واحد ، هو : هل التناقص فى المعدلات متماثل من سنة ١٩٧٨ إلى سنة ١٩٨٧ إلى سنة ١٩٩٢ ؟ للإجابة عن هذا نقدم للقارئ الأشكال

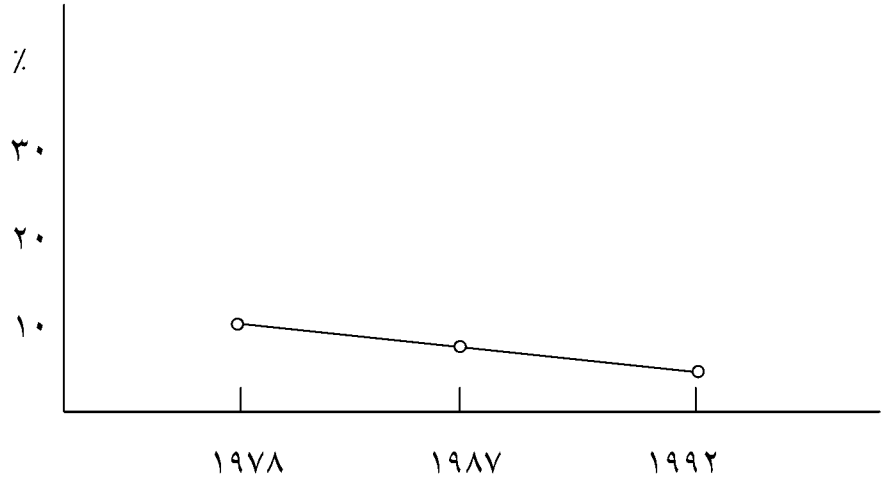
الأربعة من (٣- ١) إلى (٣- ٤) ، ويحتاج القارئ هنا إلى التركيز على الشكلين (٣- ٢) و(٣- ٣) (على أساس أن القانون الصادر سنة ١٩٨٩ يمس النوعين من التعاطى : تعاطى الأدوية النفسية وتعاطى المخدرات الطبيعية) . وفى أول هذين الشكلين يتضح أنه لم يكد يحدث أى انخفاض فى معدلات الانتشار بين سنتى ١٩٨٧ و١٩٩٢ . وفى ثانى هذين الشكلين حدث انخفاض بين سنتى ١٩٨٧ و١٩٩٢ ، ولكنه لا يزيد بأى حال عن معدل الانخفاض الذى حدث بين سنتى ١٩٧٨ و ١٩٨٧ . ومعنى ذلك أن الشكلين معا يبينان أنه لم يقترن بصدور القانون أى انخفاض متميز فى معدلات انتشار تعاطى الأدوية النفسية أو المخدرات الطبيعية . كما أن الأشكال الأربعة معا تبين أنه كانت هناك عوامل اجتماعية أخرى (غير القانون) تقترن بخفض معدلات انتشار تعاطى المواد النفسية جميعا منذ سنة ١٩٧٨ بين تلاميذ الثانوى العام (بنين) فى مدينة القاهرة الكبرى .



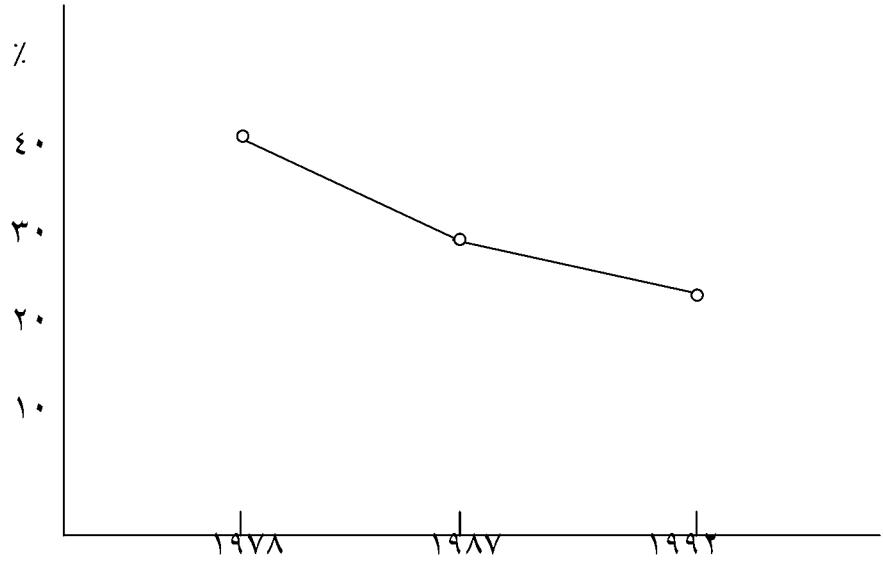
شكل (٣–١) : تدخين السجاير



شكل (٣–٢) : تعاطى الأدوية النفسية



شكل (٣–٣) : تعاطى المخدرات الطبيعية



شكل (٣–٤) : شرب الكحوليات

مشكلات منهجية تفصيلية فى الدراسات الإبيديميولوجية

تواجه الباحث الإبيديميولوجى عند شروعه فعلا فى إجراء البحث عدة مشكلات منهجية ، بغض النظر عن اتجاهه إلى إجراء بحث وصفى أو تحليلى أو تجريبى ، وبعبارة أخرى : هذه مشكلات تدخل فى نسيج البحث الإبيديميولوجى نفسه أيا كان طراز هذا البحث . وفى مقدمة هذه المشكلات مسألتان : **الأولى تتعلق بالعثور على الحالات المصابة ، والثانية تتعلق بنوع البيانات التى يلزم الحصول عليها** . وفيما يلى نعالج كلا من هاتين المشكلتين . وغنى عن البيان أننا معنيون هنا بإجراء البحوث الإبيديميولوجية فى ميدان الاضطرابات النفسية ، وهو الميدان الذى تتوزع الجهود فيه بين الطب النفسى وعلم النفس المرضى والإكلينيكى .

أولا ـ مشكلة العثور على الحالات المصابة

نقصد بالحالات المصابة هنا : الحالات التى تقع ضمن دائرة تعريف الاضطراب النفسى الذى يقصد الباحث إلى دراسته ، كالاكتئاب أو القلق العام ، أو تعاطى المخدرات . وتنطوى هذه المشكلة على عدد من المسائل التى لابد للباحث من أن يكون على علم مسبق بها ، وبالتالى أن يتخذ الاحتياطات المنهجية الكفيلة بالتغلب على ما تثيره من صعوبات .

وفيما يلى نذكر أهم هذه المسائل :

أ - ثبات فئات التشخيص السيكياترى .

ب - ثبات الأعراض والعلامات الداخلة فى بنية كل من فئات التشخيص .

جـ - حاجة الباحثين الإبيديميولوجيين إلى مساعدى الميدان .

والمتتبع لتاريخ البحوث الإبيديميولوجية منذ أواخر الثلاثينيات وأوائل الأربعينيات من القرن الماضى ، يستطيع أن يستشف وراء هذا التاريخ أقدارا متنامية من الوعى بهذه المسائل الثلاث ، ومحاولات دائبة للتغلب عليها . وفيما يلى نتابع هذا التاريخ بصورة موجزة . (Bromet 1984, p. 270) .

فى سنة ١٩٣٩ ، نشر فارس ودنام R. Faris & H. Dunham دراسة بعنوان «الاضطرابات النفسية فى مناطق المدينة المختلفة : دراسة بيئية للفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى » ، وتعتبر هذه الدراسة أول دراسة تحاول أن تلقى الضوء على التوزيع الجغرافى للاضطراب النفسى . وقد تبين فى هذه الدراسة أن عدد المرضى الفصاميين الذين أدخلوا لأول مرة فى المستشفيات الحكومية فى مدينة شيكاغو خلال الفترة من ١٩٢٢ - ١٩٣١ بلغ ٧٢٥٣ مريضا . وبناء على ذلك قام الباحثان بحساب معدل المرضى السيكياتريين فى كل مائة ألف من السكان لكل جزء من المدينة .

ومن المقارنة بين هذه الحسابات تبين لهما أن أعلى المعدلات موجود فى وسط المدينة ، وأن المعدلات تقل كلما اتجهنا نحو الأجزاء المحيطة . وقد فسر فارس ودنام هذه النتيجة تفسيرا بيئيا على أساس أن الحياة فى وسط المدينة تفرض على الأشخاص العزلة نظرا لصعوبات الحياة والتكالب على الرزق ، وهذه العزلة هى المسئولة أساسا عن ترسيب المرض النفسى . وقد أثارت هذه الدراسة كثيرا من الجدل . ولكن الذى يهمنا فى سياقنا الراهن هو الجانب المنهجى أولا وقبل كل شىء ؛ **فقد استخدم الباحثان فى هذه الدراسة السجلات الطبية للعثور على الحالات المصابة .**

وجاءت الحرب العالمية الثانية (١٩٣٩- ١٩٤٥) ، ورأت السلطات السيكياترية العاملة فى القوات المسلحة الأمريكية أنه لابد من **تكوين قائمة بالأعراض السيكياترية للتطبيق** ؛ بهدف الفرز السريع للحالات السيكياترية من بين الأعداد الكبيرة للمجندين . وقد أدى استخدام هذه الأداة إلى استبعاد أعداد كبيرة من المتقدمين للتجنيد ، الذين كانوا يبدون للنظرة العابرة وكأنهم أصحاء تماما . وإلى جانب استخدام هذه الأداة ، شاع الكلام بين أفراد السلطات السيكياترية عن أن التوترات[1] أو المشاق الشديدة التى تنطوى عليها ظروف الحرب تعمل كمرسب للاضطراب النفسى فى حالة كثير من المجندين الذين كانوا يبدون وكأنهم لا يحملون استعدادا للمرض النفسى . وهكذا أصبحت أمامنا أداة (قائمة أعراض للفرز السيكياترى) ، ومع الأداة مفهوم (هو مفهوم المشقة)[2] لتفسير ترسب الاضطراب النفسى .

وفى أثناء الحرب كذلك ، تم تكوين ما يعرف باسم « استبيان الفرز النيوروسيكياترى»[3] ، وعلى غراره أمكن تكوين أدوات أخرى مشابهة فى خلال الخمسينيات . وفى هذه الفترة أجريت عدة دراسات مسحية كبيرة الحجم من اهمها

(1) Tensions.
(1) Stress.
(2) The neuropsychiatric screening questionnaire.

دراسة « وسط مانهاتن » ، وقد تميزت هذه الدراسات منهجيا بميزتين اثنتين ، هما : استخدام عينات ممثلة من أفراد الجمهور ، وتقييم الحالة النفسية للمستجيبين على أساس مقاييس « الخلل النفسى »[1] ، وتتكون هذه المقاييس من عدد من الأعراض السيكياترية التى يعانون منها ، بدلا من استخدام فئات التشخيص الكبرى . وكان من أهم النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسات نتيجة تقرر أن حوالى ٢٠٪ من أفراد الجمهور العام يعانون من « خلل نفسى » ، وأن المعدلات المرتفعة نسبيا لهذا الخلل موجودة عند الإناث ، والأشخاص غير المتزوجين ، وأبناء الطبقات الاجتماعية/ الاقتصادية الدنيا .

وفى الستينيات ، استخدم الباحثون فى هذا المجال استبيانات قصيرة نسبيا ، وقد استمدوا البنود التى احتاجوا إليها لهذا الغرض من الاستبيانات المطولة التى شاع استخدامها فى عقد الخمسينيات ، وروعيت فى تكوين هذه الاستبيانات القصيرة القواعد السيكومترية المناسبة ، وفى الوقت نفسه استغنى عن الاستعانة بالأطباء النفسيين لإصدار الأحكام التشخيصية ، وكذلك ازداد اهتمام الباحثين بإبراز أهمية «مواقف الحياة العصيبة»[2] فى ترسيب المرض النفسى . وشيئا فشيئا ، ازداد بروز مفهوم « أحداث الحياة العصيبة »[3] ، وازداد الاهتمام بالربط بينه وبين ترسيب المرض النفسى . غير أن هذا التيار لم يلبث أن تعرض للنقد المنهجى المقنع ، على أساس أن كثيرا من المقاييس التى استخدمت فى هذا الصدد كانت تحتوى على بنود تشير إلى أحداث الحياة ، وبنود أخرى تشير إلى أعراض سيكياترية ، مع أن هذه الأعراض السيكياترية تدخل ضمن طبيعة الاضطراب النفسى الذى يسعى الباحث إلى إثبات وجود علاقة بينه وبين أحداث الحياة ، وهذا نوع من المحاجة الدائرية التى تؤدى فى النهاية إلى إظهار ارتباطات مصطنعة . كذلك انتقدت قوائم الأعراض

(3) Psychological impairment.
(4) Stressful Life situations.
(5) Stressful life events.

السيكياترية التى استخدمت فى عدد من البحوث ، على أساس أن استخدامها ينطوى على خطأ منطقى ، مؤداه : أن كون المرضى النفسيين يحصلون على درجات مرتفعة عليها ، لا يعنى أن كل من يحصل على درجة مرتفعة على هذه القوائم يكون مريضا نفسيا . وعلى ضوء هذا النقد اتجه الرأى إلى اعتبار أن الحصول على الدرجات المرتفعة يعنى انخفاضا فى الروح المعنوية[1] ولا يعنى بالضرورة أن يكون الشخص مريضا نفسيا .

ومن خلال اهتمام الباحثين على امتداد الستينيات بدراسة المواقف العصيبة أو الانعصاب ، ومن خلال الاهتمام بمناهج إجراء هذه الدراسات ، انبثق تياران بحثيان على جانب كبير من الأهمية : أحدهما يدور حول « المساندة الاجتماعية » كعامل لتحجيم أو لتخفيض الانعصاب ، والثانى تزايد الاهتمام بتكوين وتطبيق استبيانات حساسة إكلينيكيا لأمور الصحة النفسية ؛ بغرض استخدامها فى المسوح الجماهيرية . وفى خلال السبعينيات ، وبالتدريج ، تزايد الاهتمام بالكشف عن العلاقة بين «المساندة الاجتماعية» و« الأحداث العصيبة » و« الصحة النفسية » . وقد كشفت عدة دراسات عن وجود تأثير مباشر للمساندة الاجتماعية على المرض النفسى . ولكن من ناحية أخرى ، لم يمكن التحقق من صحة القول بأن للمساندة الاجتماعية دور الكبح أو التخفيض لتأثير الأحداث العصيبة . ومع ذلك استمر اهتمام الباحثين بموضوع المساندة الاجتماعية .

إلى جانب هذا التيار ، انبثق تيار آخر من بحوث الستينيات ، يتلخص فى زيادة التركيز على تكوين استبارات إكلينيكية عالية الكفاءة لاستخدامها كأدوات لتقدير معدلات انتشار الاضطرابات السيكياترية فى المجتمع ، وذلك على أساس الالتفات إلى التفرقة بين الأعراض ذات الدلالة الإكلينيكية الواضحة من ناحية ، والمتاعب الصحية الشائعة كالصداع ، والضيق ، والمخاوف .. إلخ ، وكان هذا النوع من

(1) Morale.

المتاعب هو المسئول عن تضخيم بعض الارتباطات التى برزت فى بحوث الستينيات بين الانعصاب والمرض النفسى .

من هنا جاءت توصية المعهد القومى للصحة النفسية NIMH (فى الولايات المتحدة الأمريكية) ، فى أواخر السبعينيات ، بجمع بيانات إبيديميولوجية صادقة توضح حقيقة معدلات الانتشار ومعدلات الإصابة الخاصة بالأمراض النفسية فى المجتمع . وعلى هذا الأساس قام المعهد القومى فى سنة ١٩٧٧ بتمويل دراسة تعاونية عرفت باسم : مشروع مناطق التجميع الإبيديميولوجى The (ECA) Epidemiologic Catchment Area Project ، وفى هذا المشروع كانت النقطة المهمة هى استخدام التشخيصات السيكياترية المحددة ، بدلا من استخدام المفهوم الإجمالى « للخلل النفسى » Psychological impairment .

جدير بالذكر فى هذا الصدد الإشارة إلى بعض الأحداث المهمة التى سبقت صدور هذه التوصية وأدت إلى هذا الصدور . فى هذا الصدد لابد من ذكر الدراسة المشهورة التى قام بها كريمر M. Kramer وزوبن J. Zubin ونشرت فى سنة ١٩٦٩ بعنوان « دراسة حضارية مقارنة لتشخيص الاضطرابات النفسية » . وكان الهدف الرئيسى لإجراء هذه الدراسة هو الإجابة عن سؤال : لماذا تزيد معدلات المرضى الاكتئابيين بين نزلاء المصحات النفسية فى إنجلترا عن المعدلات المناظرة لها فى مصحات الولايات المتحدة ، والعكس فى حالة المرضى الفصاميين ؟ هل تعنى هذه الحقيقة اختلافا واقعيا ، أم تعنى اختلافا إجرائيا بين التشخيص فى كل من البلدين ؟ وللإجابة عن هذا السؤال ، درب عدد من الأطباء النفسيين من البلدين على استخدام « استبار تشخيصى مفصل »[1] ، وقام الفريقان بتطبيق هذا الاستبار كل فى بلده . فكانت النتيجة أن تساوت المعدلات فى البلدين : معدلات الاكتئابيين مع

(١) Structured diagnostic interview . وقد استخدم فى تلك الدراسة استبار معروف باسم « فحص الحالة الراهنة » The Present state examination .

نظيرتها ، ومعدلات الفصاميين مع نظيرتها . وهكذا تبين أن الاختلافات التى ظهرت من قبل كانت ناجمة عن اختلافات إجرائية بين التشخيص فى البلدين .

بناء على هذا المثال وأشباهه ، كانت الخطوة الأولى فى تنفيذ مشروع « مناطق التجميع الإبيديميولوجى » هى تكوين استمارة استبار إكلينيكى مفصل ، يمكن لأى مطبق (سواء كان طبيبا نفسيا أم لم يكن) أن يطبقه فيصل به إلى تشخيص سيكياترى دقيق ، وقد عرف هذا الاستبار باسم « استمارة الاستبار التشخيصى » Diagnostic Interview Schedule ، وبدأ المشروع فى مرحلته التمهيدية بتكليف مجموعة من المستبرين غير الأطباء بتطبيقه على مجموعة من المرضى نزلاء بعض المصحات ، ثم أعيد استبار هؤلاء المرضى أنفسهم باستخدام الاستبار نفسه ، وفى هذه المرة كان المطبق طبيبا نفسيا ، ثم أتيح للأطباء أن يسألوا أسئلة إضافية إذا رأوا ضرورة لذلك للوصول إلى تشخيص يرضون عنه ؛ ومعنى ذلك أنه تجمعت ثلاث مجموعات من البيانات : مجموعة (أ) من صنع مستبرين غير أطباء ، ومجموعة (ب) من صنع أطباء لم يسألوا أسئلة إضافية ، ومجموعة (جـ) من صنع أطباء لم يكتفوا بالاستبار بل سألوا كذلك أسئلة إضافية . وقد حسبت درجات الاتفاق بين التشخيصات التى أمكن الوصول إليها فى المجموعات الثلاث وتبين أنها تشير إلى اتفاقات مرتفعة .

من خلال هذا العرض التاريخى يتضح للقارئ أن جهود الباحثين فى السبيل إلى الدراسة الإبيديميولوجية للمرض النفسى على امتداد العقود الستة الأخيرة مرت بمراحل متعددة ، بذل فيها نوعان من المحاولات : محاولات خاصة بتكوين الأدوات اللازمة للدراسة ، ومحاولات خاصة بابتكار المفاهيم التى تمكننا من النظر فى المرض النفسى . ويستطيع القارئ أن يستشف وراء هذه المحاولات جميعا درجات مختلفة من التنبه إلى المشكلات المنهجية الرئيسية الثلاث التى أوردناها فى بداية هذا العرض ، وهى : الحرص على العثور على الحالات المرضية التى تفى بمقتضيات التشخيص السيكياترى من ثبات وصدق ، مع مراعاة ضرورة الاستعانة بعدد من الباحثين الميدانيين مع استحالة أن يكونوا جميعا من الأطباء السيكياتريين ، وذلك للندرة

النسبية لهذا التخصص ، لهذا لم يكن أمام الدارسين بد من استخدام استمارات الاستبار المقننة (للتغلب على مسألة تعدد الباحثين الميدانيين المشتركين فى البحث الواحد) ، وهذه الاستمارات نفسها تطورت من مرحلة إلى أخرى محققة مزيدا من الاقتراب من الهدف المنشود .

وفيما يلى حصر لمراحل التاريخ الذى أوجزناه :

١ - استخدام السجلات الطبية لنزلاء المصحات (وذلك فى دراسة فارس ودنام المنشورة سنة ١٩٣٩) .

٢ - ابتكار أدوات فرز سيكياترى سريع حتى يمكن تقديم الخدمة على النطاق المطلوب للأعداد الكبيرة من المجندين فى القوات المسلحة الأمريكية ، وهو ما اقتضاه قيام الحرب العالمية الثانية ، واستعداد الولايات المتحدة للاشتراك فيها . [الأداة : «قائمة أعراض الفرز السيكياترى» ، وصحبها ظهور مفهوم «المشقة»] . ورغم أن عمليات الفرز المشار إليها لم تكن موجهة إلى البحث الإبيديميولوجى ، فإن مجرد تكوين الأداة واستخدامها على أفراد القوات المسلحة التى يفترض تمثيل قطاعات الشعب المختلفة فيها ، يجعلنا نعتبر هذه المرحلة (وكانت فى بداية الحرب) خطوة على الطريق نحو حل مشكلات البحث الإبيديميولوجى السيكياترى .

٣ - فى أثناء الحرب العالمية الثانية ، تم تكوين « استبيان الفرز النيوروسيكياترى » ، واستخدم فيما عرف بدراسة « وسط مانهاتن » . ولأول مرة يستخدم الباحثون فى هذه الدراسة عينات ممثلة للجمهور العام ، وصحب هذا الاستخدام ظهور مفهوم « الخلل النفسى » .

٤ - فى الستينيات بدأ الدارسون يتجهون إلى تكوين الاستبيانات القصيرة بدلا من الاستبيانات الطويلة التى شاع استعمالها فى الخمسينيات ، وجاء هذا التوجه مصحوبا بالعناية المتزايدة بتوفير الخصائص السيكومترية التى تضمن ارتفاع كفاءة

الأداة . وبرز مع هذا التيار استخدام مفهومى « مواقف الحياة العصيبة » و«أحداث الحياة العصيبة» باعتبارها مرسبة للمرض النفسى . وفى مقابل هذين المفهومين برز مفهوم جديد هو « المساندة الاجتماعية » باعتبارها مهمة فى خفض « الانعصاب » .

٥ - وفى السبعينيات بدأ الاهتمام يتزايد بالكشف عن حقيقة العلاقة بين « المساندة الاجتماعية » و« الأحداث العصيبة » و« الصحة النفسية » .

٦ - وفى هذه الأثناء بدأ الباحثون يتنبهون إلى ضرورة التفرقة (فى أدوات البحث) بين ذكر الأعراض ذات الدلالة الإكلينيكية المحددة من ناحية ، والمتاعب النفسية العامة من ناحية أخرى . وصدرت بضرورة الاهتمام بهذه التفرقة توصية محددة من « المعهد القومى للصحة النفسية» بالولايات المتحدة الأمريكية .

٧ - فى سنة ١٩٦٩ ظهرت دراسة كريمر وزوبن بعنوان « دراسة حضارية مقارنة لتشخيص الاضطرابات النفسية » ، وقد أوضحت هذه الدراسة أنه بالإمكان تكوين استمارة استبار تشخيصى مفصل ، وتدريب الأطباء السيكياتريين على تطبيقه بطريقة مقننة تضمن الوصول إلى درجة عالية من الاتفاق بين نتائجهم .

٨ - بناء على ذلك ، بدأ المعهد القومى الأمريكى للصحة النفسية مشروعه البحثى المعروف باسم « مناطق التجميع الإبيديميولوجى » ، واحتوى الجزء التمهيدى من هذا المشروع تكوين « استمارة استبار تشخيصى » تحتوى بنودا ذات دلالة إكلينيكية ، ويمكن تطبيقه بوساطة أشخاص مدربين ، بغض النظر عن كونهم أطباء أو غير أطباء . ويعطى نتائج على درجة عالية من الثبات والصدق .

ثانيا : مشكلة البيانات التى يلزم الحصول عليها

تنطوى مشكلة البيانات المطلوبة للبحث الإبيديميولوجى على ثلاث مسائل متداخلة ، هى :

١ - الاختيار .

٢ - والتقنين .

٣ - والمواصفات التى يجب توافرها فيمن يطلب هذه البيانات .

ورغم تداخل هذه المسائل فيما بينها ، فمن المستحسن أن يكون الباحث الإبيديميولوجى على علم كاف بكل منها . **ونبدأ بمسألة الاختيار** . يحتاج الباحث الإبيديميولوجى دائما إلى نوعين من البيانات : بيانات ديموجرافية ، أو ما يسمى أحيانا بالبيانات الأولية ، كالجنس ، والعمر ، والتعليم .. إلخ ، وبيانات تتعلق بالظاهرة التى يريد الباحث دراستها ، كالمرض النفسى ، أو تعاطى المخدرات ، أو الانحرافات السلوكية .. إلخ . وفى حالة كل من النوعين يضطر الباحث إلى مواجهة مسألة الاختيار ، والسبب فى ذلك أنه يوجد من كل من النوعين عدد كبير من المفردات .. بعضها قد يحتاج إليه الباحث والبعض الآخر لا يحتاج إليه ، ومن العبث أن يطلب الباحث بيانات لن يحتاج إليها فى التحليلات التى يزمع القيام بها ، فسوف تكون هذه البيانات الزائدة مضيعة لوقته ووقت المفحوصين ، كما أنها سوف تكون عبئا إضافيا بالنسبة للمفحوصين قد يزيد من احتمالات الملل وربما الإهمال فى إعطاء الإجابات المطلوبة .

أمام هذه الاعتبارات لابد للباحث من الاختيار ، ولكى لا يكون هذا الاختيار عشوائيا فلابد من أن يكون الباحث على قدر من العلم المسبق (إلى حد ما) بما سوف يحتاج إليه من بيانات للإجابة عن أسئلته الرئيسية التى من أجلها يقدم على إجراء هذا البحث . وفى هذا الصدد ، فإن حسن التخطيط للبحث ، وسعة اطلاع الباحث على ما تم إنجازه فى المجال (قبل أن يبدأ هو بحثه) ، وخبرته السابقة ، كل

هذه العوامل تتضافر معا على أن توفر لهذا الباحث قدرا لا بأس به من العلم المسبق الذى أشرنا إليه . (راجع فى هذا الصدد : سويف ١٩٩٠ ، ص ٣٨، ولجنة بحث تعاطى الحشيش، التقرير الأول، ١٩٦٠ ، ص ٣١) .

ونأتى بعد ذلك إلى مسألة التقنين . والمعنى الأساسى لهذا المصطلح هو التوحيد .. توحيد صياغة الأسئلة (لفظا وتركيبا) ، وتوحيد تسلسلها ؛ لأن الصياغات المختلفة قد تحمل إلى أذهان المفحوصين معانى مختلفة ، كما أن التسلسلات المختلفة للأسئلة تتدخل أيضا فيما يرتسم لدى المفحوصين من معان للأسئلة المطروحة . والسبب الرئيسى الذى يحتم مطلب التقنين هذا هو تعدد المفحوصين ؛ فالبحث الإبيديميولوجى بطبيعته يجرى على أعداد من المفحوصين وليس على مفحوص واحد ، ولكى يجد الباحث مبررا منطقيا لجمع إجاباتهم معا مدعيا أنها تنطوى على معنى واحد (ردا على سؤال بعينه) لابد وأن يوفر الضمانات المنهجية لادعائه هذا . ومن أوضح الطرق المتبعة فى هذا السبيل أن يتلقى جميع المفحوصين السؤال الواحد بصياغة لفظية واحدة ، وفى سياق واحد من حيث الأسئلة السابقة عليه والتالية له . (لجنة بحث تعاطى الحشيش ، ١٩٦٠) .

والخطوة التالية المنطقية للحديث عن التقنين ، **هى الخطوة الخاصة بالمواصفات التى لابد من توافرها فى مطبقى استمارة الاستبار** ، وهم من يسمون أحيانا باحثى الميدان أو الباحثين المساعدين . والنقطة الرئيسية هنا هى أنه لابد من إعداد برنامج تدريبى لهؤلاء الباحثين بحيث تتماثل بينهم طريقة التطبيق ؛ أى ما يشبه أن يكون تقنينا لهم . والصورة المثلى فى هذا الصدد أن يتصور الباحث الأداة ومطبقها باعتبارهما يكونان معا منظومة واحدة يغلب التقنين على كل ما يصدر عنها من تنبيهات موجهة نحو المفحوص . (سويف ١٩٩٠ ، ص٤٥ ؛ سويف ١٩٨٨)(*) .

(*) وقد أوردنا هذا المرجع كملحق للمجلد الراهن .

تعقيب ختامى

جدير بالذكر فى هذا السياق أن الباحث الإبيديميولوجى يلزمه أن يكون على علم بأساليب إجراء المسوح[1] الاجتماعية والأدوات المستخدمة فيها ، وخاصة الاستبار[2] والاستبيان[3](لجنة بحث تعاطى الحشيش ، ١٩٦٠ ؛ Soueif 1967) . ومما يزيد من وجوب اهتمام الباحثين الإبيديميولوجيين بالتوافر على هذه المعرفة ، ما حدث فى السنوات الأخيرة من تجدد لالتفات الدارسين المختصين بالجوانب المنهجية إلى ما يستخدم فى البحوث المسحية من أساليب وأدوات ، وما ترتب على ذلك من تعديلات أو إضافات لنقاط لم تكن معروفة من قبل (Krosnick 1999) . وفى هذا الصدد ، فإن من أهم الأمور المنهجية التى طرأت على هذا الميدان ، المحاولات الجادة للإفادة من فتوحات علم النفس المعرفى فى ترشيد تكوين الاستبارات والاستبيانات (Sudman et al. 1996) .

تلخيص

قدمنا فى هذا الفصل تعريفا لماهية الدراسة الإبيديميولوجية ، والاستخدامات المختلفة لها . ثم انتقلنا إلى الحديث عن أنواع الدراسات الإبيديميولوجية ، الوصفية ، والتحليلية ، والتجريبية . وفى حديثنا عن الدراسات التحليلية شرحنا الأسلوبين الرئيسيين فى هذا النوع ، وهما : الأسلوبان الاسترجاعى والاستقبالى . وانتقلنا بعد ذلك إلى مناقشة عدد من المشكلات المنهجية التفصيلية التى تواجه الباحث الإبيديميولوجى . وفى هذا الصدد ركزنا الحديث على مشكلتين رئيسيتين ، هما : مشكلة العثور على الحالات المصابة ، ومشكلة البيانات المطلوبة .

---

(1) Surveys.
(2) Interview.
(3) Questionnaire.

المصادر العربية

- سويف (مصطفى) (١٩٨٨) الدلالة الأخلاقية لكفاءة العلماء فى دول العالم الثالث . **المجلة الاجتماعية القومية** ، ١/٢٥ ، ٤٥- ٦٥ .
- سويف (مصطفى) (١٩٩٠- أ) **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى . المجلد الأول : مدخل تاريخى ومنهجى إلى الدراسات الوبائية** . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- سويف (مصطفى) (١٩٩٠- ب) **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى . المجلد الثانى : تدخين السجاير ، مدى الانتشار وعوامله** . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- لجنة بحث تعاطى الحشيش (١٩٦٠) **تعاطى الحشيش ، التقرير الأول ، استمارة الاستبار : تأليفها ، وحساب صدقها وثباتها** . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

المصادر الأجنبية

Bromet, E. J. (1984) Epidemiology, *Research methods in clinical psychology* A. S. Bellack & M. Hersen eds., New York: Pergamon, 266- 282.

Krosnick, J. A. (1999) Survey research, *Ann. Rev. Psychol.*, 50, 537- 567.

Lin, Tsung- Yi & Standley, C. C. (1962) *The scope of epidemiology in psychiatry*, geneva, WHO.

Morrison, S. L. (1959) Principles and methods of epidemiological research and their application to psychiatric illness, *J. ment. Sei.*, 105/441, 999- 1011.

Reid, D. D. (1960) *Epidemiological methods in the study of mental disorders*, geneva, WHO.

Soueif, M. I. (1967) Hashish consumption in Egypt: with special reference to psychosocial espects, *Bull, on Narcotics*, 19/2, 1-12.

Souief, M. I. (1990) The social relevance of epidemiological research in drug use, abuse and dependence: a position paper, *Drug & Alchohol Dependence*, 25- 153- 157.

Sudman, S., Bradburn, N. M. & Schwarz, N. (1996) *Thinking about answers*, San Fransisco: Jossy- Bass.

WHO techn. Rep. Ser. No. 526, Geneva, 1983.