



# الجندار و الصحة النفسية

في إقليم شرق المتوسط

تُعد مشاكل الصحة النفسية من بين أهم العناصر المكونة للعبء العالمي من المرض والإعاقة، حيث إن الحالات النفسية والعصبية مسؤولة عن 12.3% من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، حسب الإعاقة، المفقودة على مستوى العالم، كما أنها مسؤولة عن 31% من جميع السنوات التي يحيا فيها الإنسان في ظل الإعاقة، في جميع الأعمار ولدى كلا الجنسين، وذلك وفقاً للتقديرات التي قدمت عام 2000.

وتظهر الأبحاث أن الاختلافات التي أنشأها الأعراف والتقاليد الاجتماعية بين الرجال والنساء في ما يتعلق بالأدوار والمسؤوليات والوضع والسلطة، تتفاعل مع الفروق البيولوجية الموجودة بين الجنسين، لتسهم بدورها في صنع الفروق المتعلقة بطبيعة مشاكل الصحة النفسية التي يعاني منها المرضى وسلوك التماس الرعاية الصحية واستجابة القطاع الصحي والمجتمع ككل، لذلك.

[2]. وبالنسبة للأضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان، والسلوكيات اللاحتماعية، فإن معدلاتها تكون أكبر لدى الرجال. وفي حالات الأضطرابات النفسية الحادة، مثل أمراض القصام والاكتئاب الثنائي الاتجاه، فليست هناك فروق ثابتة بين الجنسين تحكم نسبة الانتشار، إلا أن الرجال، وعلى نحو نسبي، تبدأ عدمهم أمراض القصام في وقت مبكر، بينما تكون النساء عرضة أكثر لأن تظهر لديهم أشكال أكثر خطورة من الاكتئاب الثنائي الاتجاه. وفي دراسة أخرىت في المملكة العربية السعودية عن الحالات النفسية التي أدخلت إلى أحد المستشفيات العامة، تبين أن الذكور كانوا يدخلون المستشفى، بصورة أكثر توأراً، للعلاج من أمراض القصام، بينما كانت الحالات التي أدخلت من أحلى النساء إلى المستشفى تتعلق بالأضطرابات المزاجية والقلق [3]. وترتفع معدلات الوفيات المرتبطة بالانتحار لدى الرجال أكثر منها لدى النساء في كافة أنحاء العالم تقريباً، وذلك بمعدل تجمعي مقداره 1:3.5. وعلى الرغم من أن الرجال يموتون بفعل الانتحار أكثر من النساء، إلا أن الدراسات تفيد أن محاولات الانتحار أكثر شيوعاً، بشكل ثابت، لدى النساء منها لدى الرجال.

## العامل المتعلقة بالصحة الإنجابية

تلعب العوامل الوراثية والبيولوجية دوراً ما في ارتفاع معدل انتشار الأمراض الائتمانية والقلق بين النساء. وتوثق بعض الدراسات التي أجريت، التذبذبات المزاجية المرادعة للتغيرات الهرمونية التي تحدث كجزء من دورة الحيض لدى النساء. وفي الحالات الخاصة بالاكتئاب الذي يحدث للنساء أثناء الحمل وبعد الولادة، فإن التفاعل بين العوامل النفسية والهرمونات يبدو أنه يؤدي إلى ارتفاع خطورة ذلك. فعلى سبيل المثال، ترتبط العوامل الخاصة بعدم

## ما نعرفه من معلومات؟

الفروق الجنسية في ما يتعلق بانتشار وظهور الأضطرابات النفسية ومسارها

على الرغم من أنه لا يبدو أن هناك فروقاً بالنسبة للانتشار العام للأضطرابات النفسية والسلوكية، إلا أن هناك فروقاً هامة في أنماط وأعراض هذه الأضطرابات، وتبين هذه الفروق عبر المراحل العمرية المختلفة. ففي مرحلة الطفولة، توضح معظم الدراسات وجود نسبة انتشار أعلى للأضطرابات السلوكية بين الفتيان أكثر من الفتيات، مع إظهار الفتيان لسلوك عدواني وغير اجتماعي، أكثر من الفتيات. وخلال فترة المراهقة، تكون نسبة انتشار الاكتئاب، والأضطرابات الخاصة بالأكل ومواودة أفكار ومحاولات الانتحار موجودة لدى الفتيات بصورة أكبر منها لدى الفتيان. ويواجه الفتيان مشاكل أكثر في ما يتعلق بالغضب، والتورّط في السلوكيات المختبرة، ومحاولون الانتحار أكثر من الفتيات. وبصفة عامة، فإن المراهقات ينزععن لأن تكون سلوكياً ماقن داخلية التوجُّه، بينما ينزع المراهقون لجعل سلوكياً ظاهره.

وفي مرحلة البلوغ، تكون نسبة انتشار أمراض الاكتئاب والقلق أعلى بكثير لدى النساء. وفي دراسة أجريت في جمهورية إيران الإسلامية، تبين أن خمس عدد الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسة قد عانوا من اضطرابات نفسية، وكانت نسبة النساء أعلى بقدر 1.7 مرة من الرجال حيث كانت النسبة 29% مقابل 15% [1]. وعلى نحو مشابه، أوضحت دراسة أجريت على السكان في منطقة حضرية فقيرة في مدينة رو البندي، في باكستان، أن ما يقدر بـ 24% من النساء و10% من الرجال، كانوا يعانون من اضطرابات اكتئابية مع تزايد مستويات الضيق النفسي مع التقدُّم في العمر لدى كلا الجنسين

ذلك، لدى النساء الأميات [7].

### القابلية لدى الذكور

إن الضغوط الاجتماعية التي تقع على الرجال والتي لا يتعلّمُون عمما يعيشون في صدورهم من عواطف، وإنتمادهم على النساء في العديد من جوانب حياتهم المترتبة، قد تسمّمُ في حدوث معدلات مرتفعة من الضوائق النفسية بينهم عندما يواجهون مواقف مثل فقد إنسان بالموت كما أن الأعراف الاجتماعية والدينية التي تلزم الرجال وحدهم بتحمل مسؤولية إعالة أسرهم مالية، قد تضيف أيضاً إلى معدلات إصابة الرجال بالضوائق النفسية.

### العنف المتركز على الجندر

توضّح المعطيات، رغم عدم تكاملها، وجود ارتباط وثيق بين العنف المتركز على الذكورة والأنوثة، والصحة النفسية. وإن الكتاب والقلق والالتزامات ذات الصلة بالضوائق النفسية والاعتماد على الأدوية النفسية ومعاقرة مواد الإدمان وحالات الانتحار هي مشاكل خاصة بالصحة النفسية وترتبط بالعنف في حياة الرجال والنساء. ولقد أظهرت نتائج دراسة أخرى في إحدى قرى صعيد مصر أن 61% من النساء تعرضن للإيذاء الجسدي [8]

وفي عينة من صغار النساء الصحيّات بدبّياً، اخترن كعينة من النساء المراجعات لمركز الرعاية الصحية الأولى في الجمهورية العربية السورية، وجد الباحثون أن أقوى المبنّيات الخاصة بمشاكل الصحة النفسية كانت هي الأمية، ثم الزواج من شخص متزوج من أخرى أو آخريات، ثم التعرّض للإيذاء الجسدي. ولقد اعترف ربع النساء المتزوجات بأنّهن تعرّضن للإيذاء الجسدي، الذي كان، في معظم الأحيان، يتم من قبل أزواجهن [7]. ومن جهة أخرى، أظهرت نتائج مقابلات أخرى مع 150 امرأة منهن كن يراجعن مراقب الرعاية الصحية في باكستان، أن 34% منهن تعرّضن للإيذاء الجسدي، و15% تعرّضن للإيذاء الجسدي أثناء الحمل [9]، وبين أن الثلث وسبعين بالمئة (72%) من النساء اللاتي تعرّضن للإيذاء الجسدي كن مصابات بالقلق والاكتئاب

### الصحة النفسية في مناطق الصراعات/الطوارئ المعقّدة

إن ضحايا الصراعات المعقّدة تكتفّهُم، بصفة خاصة، مخاطر الإصابة بمشاكل تتعلق بالصحة النفسية، وذلك على الرغم من أن استحاشة الرجال والنساء مثل هذه الظروف قد تكون مختلفة. فلقد تبيّن أن النساء، على سبيل المثال، يواجهن مشاكل صحية نفسية حادة في ظل الصراعات الموجّدة. وقد بيّنت نتائج الدراسات الحديثة التي أجريت بعد انتهاء الصراع في أفغانستان أن النساء قد عانين من مشاكل صحية نفسية بشكل أكبر من الرجال، إضافة إلى معدلات أعلى من الضغوط النفسية اللاحقة للإصابة، والاكتئاب، والقلق [10]. وفي دراسة مجتمعية أجريت على الناجين من زلزال ((بام))، تبيّن أن أولئك الذين عانوا من أكثر الضوائق النفسية شدة، كانوا من المسنّين، ثم الأقل تعليماً، ثم المطلّقين أو الأرامل، فالعاطلين عن العمل، ثم النساء [1]

### الوصمة

تعتّمد الوصمة العديدة من المرض النفسيّين من التماّس المساعدة وتلقي المعالجة المناسبة. وقد يرفض هؤلاء التماّس المساعدة من المهنيّين المتخصصين في مجال الصحة النفسيّة وذلك خوفاً من رد الفعل الاجتماعيّ وقد يحاولون إخفاء المرض، وهذا في حد ذاته يمكن أن يزيد من الصعوبة النفسيّة والشعور بالعار والعزلة [12]. وحتى بعد تشخيص المرض، قد يتزايد القلق بشأن إفشاء المرض إلى الآخرين أو الاستمرار في المعالجة. ومن بين النساء المصابات بالاكتئاب ضمن مجتمع الصياديّن في باكستان، أفاد 13% فقط بالحصول على المعالجة

الانسجام العائلي، وعدم وجود الدعم الاجتماعي المناسب وضعف الأوضاع الماليّة، بزيادة مخاطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة. وقد تواجه النساء أيضًا قدرًا كبيرًا من الضيق والاضطرابات النفسيّة والتي تأتي مترافقًا مع الظروف والمشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابيّة.

ولقد تبيّن، من نتائج بعض الدراسات، أن حالات العقم واستئصال الرحم، تزيد من مخاطر إصابة النساء بالمتلازمات العاطفية/العصبية، بالنظر، بصفة خاصة، إلى ما يتم إيلاؤه من قيمة بالنسبة للأطفال، في هذا الإقليم، والطريقة التي يُعَدُّ بها وجود الأطفال دور الأأم وغيابها في الحياة. ومن بين 370 امرأة مُثلّت عينة للبحث في عيادة للعقم في جمهورية إيران الإسلاميّة، عانت 40.8% من هؤلاء النساء من حالات اكتئاب و6.6% من حالات القلق. وكانت أكثر حالات الاكتئاب تقع بعد مرور 4–6 سنوات من حدوث العقم [4]. وإن الآثار النفسيّة لتشويه الأعضاء التناسلية للأئتي، ونتائج ذلك على صحتها الإنجابيّة، تستوجب إجراء مزيد من الأبحاث. وعلى عكس ما هو موجود في الأديبيات الخاصة بالبيولوجيا الإنجابيّة والصحة النفسيّة للنساء، لا توجد سوى أبحاث قليلة حول تأثير الحانب الوظيفي الإنجابي للرجال على الأمور المتعلقة بالصحة النفسيّة لديهم.

### المتغيرات التنبؤية للأمراض النفسيّة

لقد وجدت الدراسات التي أجريت في الإقليم أنّ مبنّيات مشاكل الصحة النفسيّة تتضمّن: الإيذاء البدني للزوجة، الأمية، عدم الأمان المالي، عدم وجود التنظيم الأسري، غياب الاستقلالية الذاتيّة وعدم وجود مصدر دخل ثابت. وقد أكدت وجود هذه المبنّيات دراسة أخرى حول الاضطرابات المؤدية للإصابة بالاكتئاب لدى النساء في منطقة تعتمد على صيد الأسماك في باكستان حيث شملت الأسباب: التقدّم في العمر، كون الشخص متزوجاً، وجود أكثر من أربعة أطفال في الأسرة، الأمية والصعوبات الماليّة في المنزل [5] المعروفة أن الشعور بغياب الاستقلالية الذاتيّة وعدم إمكانية التحكم في حياة الشخص يترافق مع الإصابة بالاكتئاب. وفي إحدى المناطق الحضرية الفقيرة في مدينة رومني في باكستان، تعانى النساء الموجودات في عائلات مشتركة من الضيق النفسي أكثر من النساء الموجودات في عائلات مستقلّة، حيث تتمتع النساء باستقلالية ذاتيّة بدرجة أكبر [3]

### الفقر

إن تعرّض المجتمعات الفقيرة، بشكل متواتر، لنوازل الحياة التي لا يمكن التحكم فيها أو السيطرة عليها، مثل مرض أو وفاة أفراد من الأسرة، أو عدم استقرار العمل، أو عدم مأمونيّة البيئة أو الوسط المحيط، أو العمل في مكان خطير، تضع هذه المجتمعات، بشكل كبير، ضمن دائرة الاختطار للإصابة بالأمراض الالكتئابية. ولقد أظهرت دراسة أخرى على 260 سيدة تعيش في منطقة استقطان في مدينة كراتشي، أن واحدة من كل أربع سيدات عانت من مرض نفسي. وتشتمل العوامل التي تقدّم إلى الإصابة بالأمراض النفسيّة، المحاذلات التي تحدث مع الزوج، أو أقارب الزوج، أو عدم عمل الزوج، أو عدم وجود دخل للمرأة وغياب الاستقلالية الذاتيّة في اتخاذ القرارات [6]

وقد ترتبط حالات الفقر أيضًا مع زيادة مخاطر معاقرة الكحول والمخدّرات وكذلك زيادة حالات العنف لدى الرجال. وقد يلعب التعليم دورًا في تقليل حالات الإيذاء البدني التي تتم من قبل الرجال لزوجاهن أو الزوج بأكثر من واحدة. علاوة على ذلك، تبيّن أن تعلّم النساء كان بمثابة عامل وقاية لهن من حالات الضيق النفسي. وقد تبيّن أيضًا أن أرجحية مواجهة النساء السوريات اللاتي أنهن دراسة لمدة 12 عامًا، حالات الضيق النفسي مثل ثلث أرجحية

المجتمع ومستوى الرعاية الصحية الأولية. كما أن هناك أيضاً حاجة إلى إجراء بحوث أكثر عن الكيفية التي تتفاعل بها الاختلافات الجنسية مع الفروق الخاصة بالبيولوجيا الـإنجذابية لدى الرجل والمرأة، بما يؤثّر على الإصابة بالاضطرابات النفسية، وأيضاً على الكيفية التي تجعل هذه الفروق تغير من تأثيرات العلاجات الصيدلانية والتوصيات المختلفة.

ويجب كذلك بحث التأثيرات المرتبطة بتغيير الحالة العملية للمرأة على الصحة النفسية لكلاً من النساء وأزواجهن. ويجب دراسة التأثيرات الخاصة بعوامل الرعاية للمرضى النفسيين في المنازل، كما أن الصحة النفسية العامة للمسينين من الجنسين، في الإقليم، هي أيضاً في حاجة للبحث بشكل أكثر تفصيلاً.

### ما هي التأثيرات التي تحدثها السياسات والبرامج الخاصة بالصحة النفسية؟

يجب أن يتم إدماج خدمات الصحة النفسية المقدمة لكلٍ من الذكور والإإناث إدماجاً كاملاً ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن تتضمن سياسات وبرامج الصحة النفسية تفهمًا لقضايا الذكورة والألوة في سياق معين، وأن يتم تطويرها بالتشاور مع نساء ورجال يختارون من المجتمع ومن العائلات الموجودة فيه، وكذلك من بين المتنفعين بخدمات الرعاية. ويجب أن يتم، عند تحديد البرامج ذات العلاقة، تناول الحاجز المرتبط بالذكورة والألوة التي تعيق الوصول إلى خدمات الرعاية الخاصة بالصحة النفسية. كما أن هناك حاجة لوجود فحص يهدف إلى تحسين الوقاية المبكرة وتناول عوامل الاختصار، والتي تكون، في كثير منها، مرتبطة بالذكورة والألوة، وكذلك توفير الرعاية المجتمعية للاضطرابات المزمنة والنفسية. وينبغي أن يتم تنظيم هذه الرعاية المجتمعية لضمان تلبية المراقب الصحية للمتطلبات المحددة الخاصة بالنساء أو الرجال، وعدم وقوع العبء الخاص بالرعاية بصورة غير متناسبة، على النساء.

في مراافق حكومية، و14% فقط أفادوا بالحصول على استشارة سابقة من طبيب أمراض نفسية، وأفادت نسبة أكبر (27%) أنهم بحثوا عن تغريغ من بدائل علاجية شعبية [5].

وقد تعاني النساء من وصمة الإصابة بالأمراض النفسية نسبة لانخفاض فرص الزواج، وزيادة مخاطر وقوع الطلاق، إذا أصبحت الحالة معروفة للناس. ويوجّي وجود عدد أكبر من الرجال يتلقون المعالجة في المستشفيات من الإصابة بمرض الفصام، في المغرب، بأن الشعور بالوصمة موجود بشكل أكبر لدى النساء، حيث إن عدداً أقل من النساء يقدمون لتلقي العلاج [13]

وفي بعض الأوضاع الأخرى، قد تسبب الوصمة المرتبطة بالإصابة بمرض نفسي آثاراً سلبية أكثر بالنسبة للرجال. فقد بيّنت نتائج دراسة أجريت في مصر أن النساء المصابة باكتئاب حاد، كانت أرجحية قبولهن لدى أفراد الأسرة أكثر من الرجال المصابة بنفس المرض [14]

وإن ما يفسر تعاظم الوصم من جراء اكتئاب الرجال، هو التصور بأن الرجال سوف يواجهون صعوبات أكثر من النساء في القيام بدورهم الاجتماعي والعائلي المفترض منهم القيام به.

### ما هي البحوث المطلوب إجراؤها في هذا المجال؟

هناك حاجة لبحث الكيفية التي تؤثّر فيها الذكورة أو الألوة على مخاطر وقابلية النساء والرجال للإصابة بهذه الأمراض، ووصولهم للخدمات الصحية والنتائج الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة على الإصابة بالأمراض النفسية، في الأماكن والفضاءات الاجتماعية المختلفة، وفي مراحل متفاوتة من دورة الحياة.

وتسمس الحاجة إلى التركيز بشكل أكبر على البحوث الميدانية لتحديد العوامل التي تساعده الأشخاص على التعامل مع الضوابط النفسية، وأن تكون النتائج مفيدة ويمكن الاستنارة بها من قبل البرامج التدخلية، خاصة على مستوى

## المراجع

- [1] Noorbala AA et al. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 70-73.
- [2] Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhter S and Mubbashar, ML. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi community. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 557-562.
- [3] Abu-Madini MS and Rahim SI. Psychiatric admission in a general hospital: patients profile and patterns of service utilization over a decade. *Saudi Medical Journal*, 2002, 23(1), 44-50.
- [4] Ramezanadeh F et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 2004, 4(1), 9.
- [5] Nisar N, Billoo N and Gadit AA. Prevalence of depression and the associated risk factors among adult women in a fishing community. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2004, 54(10), 519-525.
- [6] Rabbani F and Raja FF. The minds of mothers: Maternal mental health in an urban squatter settlement of Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50(9), 306-312.
- [7] Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM. and Kilzieh N. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(9), 1419-27.
- [8] El-Rafei M. (Unpublished). Community-based advocacy to identify and to reduce domestic violence against females in an upper Egyptian rural village. 2002, *Report submitted to the Social Research Center, American University of Cairo, Egypt*.
- [9] Fikree FF and Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65(2), 195-201).
- [10] Scholte WF et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 626-628.
- [11] Montazeri A et al. Psychological distress among Bam earthquake survivors in Iran: a population-based study. *BMC Public Health*, 2005, 5, 4.
- [12] Sokratis D, Stevens S, Serfaty M, Weich S and King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:176-181.
- [13] Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49 (9): 625-629.
- [14] Coker EM. Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Sciences and Medicine*, 2005.