

التشرد لدى المرضى النفسيين في مدينة الرياض (معدلات الإنتشار وعوامل الخطورة)

التقرير النهائي

دراسة مُعدة لصالح اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية

إعداد

الدكتور/ أحمد بن كساب الشايع
أستاذ علم النفس المرضي المساعد
قسم علم النفس | جامعة الملك سعود

ربيع الأول 1438
ديسمبر 2016

ح) وزارة الصحة ، اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٣٨ هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الشايح ، احمد بن كساب
التشرد لدى المرضى النفسيين في مدينة الرياض . / احمد بن
كساب الشايح .- الرياض ، ١٤٣٨ هـ
..ص ٤ ؛ .سم

ردمك: ٦-١٩-٨٢٠٩-٦٠٣-٩٧٨

١- الامراض النفسية ٢- التشرد أ.العنوان
ديوي ١٥٧ ١٤٣٨/٦٠٣٢

رقم الإيداع: ١٤٣٨/٦٠٣٢
ردمك: ٦-١٩-٨٢٠٩-٦٠٣-٩٧٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ج	فهرس الجداول والأشكال
د	ملخص
هـ	Abstract
و	شكر وتقدير
1	1: المقدمة
2	1-1: تعريف التشرد وأهم تصنيفاته
7	2-1: تعريف الصحة النفسية والإضطراب النفسي
11	3-1: التشرد والإضطراب النفسي: مراجعة عامة للعلاقة بين الظاهرتين
17	4-1: الدراسات الوبائية التي تناولت التشرد والإضطراب النفسي
	1-4-1: التشرد لدى المصابين بإضطرابات نفسية: الإنتشار والخصائص السريرية
19	والديموغرافية
	2-4-1: الإضطراب النفسي لدى المشردين: الإنتشار والخصائص السريرية
21	والديموغرافية
25	3-4-1: عوامل خطورة التعرض للتشرد
29	4-4-1: تعقيب وخلاصة
31	2: مشكلة الدراسة
33	3: أسئلة الدراسة
34	4: اهداف الدراسة
34	5: منهج الدراسة
34	1-5: مجتمع الدراسة
35	2-5: عينة الدراسة وخصائصها
35	3-5: أداة الدراسة (المقابلة المقننة للتشرد)

37	..... 4-5: تصميم الدراسة
38	..... 5-5: متغيرات الدراسة
42	..... 6-5: التحليلات الإحصائية
42	..... 6: إجراءات الدراسة وإدارة البيانات
44	..... 7: الإعتبارات الأخلاقية والنظامية
45	..... 8: نتائج الدراسة
45	..... 1-8: نتائج التحليلات الإحصائية الاولية
45	..... 1-1-8: الإحصاءات الوصفية للمتغيرات الديموغرافية ودلالة الفروق بين أفراد العينة فيها
46	..... 2-1-8: الإحصاءات الوصفية للمتغيرات السريرية ودلالة الفروق بين أفراد العينة فيها
51	..... 2-8: نتائج التحليلات الإحصائية الأساسية
51	..... 1-2-8: نتيجة السؤال الأول (معدل إنتشار التشرد عبر الحياة Lifetime Prevalence)
	نتيجة السؤال (1-1): معدل إنتشار التشرد عبر الحياة عموماً، وفقاً للتعريفين الصارم
51	..... والمرن
	نتيجة السؤال (2-1): معدل إنتشار التشرد عبر الحياة، وفقاً للتعريفين الصارم والمرن،
52	..... حسب المتغيرات الديموغرافية
	نتيجة السؤال (3-1): معدل إنتشار التشرد عبر الحياة، وفقاً للتعريفين الصارم والمرن،
54	..... حسب المتغيرات السريرية
	2-2-8: نتيجة السؤال الثاني (الفروق بين المشردين وغير المشردين حسب التعريف الصارم
56	..... للتشرد في المتغيرات الديموغرافية والسريرية)
	3-2-8: نتيجة السؤال الثالث (الفروق بين المشردين وغير المشردين حسب التعريف المرن
57	..... للتشرد في المتغيرات الديموغرافية والسريرية)
59	..... 9: مناقشة النتائج
64	..... 10: المراجع والمصادر
68	..... الملحق: المقابلة المقننة للتشرد

(ب)

فهرس الجداول والأشكال

- جدول (1) : معدلات إنتشار بعض الإضطرابات النفسية لدى فئات المُشردين عند (Fazel et al., 2008) 22
- جدول (2) : توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية ودلالة الفروق بينهم فيها 47
- جدول (3) : توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير التشخيص الطبقي 49
- جدول (4) : معدلات إنتشار التشرذ عبر الحياة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية 53
- جدول (5) : معدلات إنتشار التشرذ عبر الحياة وفقاً للمتغيرات السريرية 54
- شكل (1) : النسب المئوية والتكرارات لتوزع أفراد العينة على الفئات التشخيصية الكبرى، دون من لم يحدد تشخيصهم 48

ملخص الدراسة

المشكلة والأهداف: أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط وثيق بين التشرذ والمرض النفسي. ويقود ذلك إلى تقرير إسهام التشرذ - حال وجوده - في التأثير على الصورة السريرية للأعراض وكذا مسار المرض ونواتجه. وعليه يصبح من الضروري تقدير مدى إنتشار التشرذ لدى المرضى النفسيين السعوديين، كشرط ضروري لتحسين الخدمات المُقدمة لهم. فجاءت هذه الدراسة لسد الحاجة إلى هذه المعلومات.

المنهج: قُدر معدل إنتشار التشرذ عبر الحياة، وفق محكين صارم ومرن، وذلك بإستخدام تصميم مُستعرض وارتباطي استرجاعي (Cross-sectional and Correlational Retrospective Design)، لدى عينة تتكون من 193 من النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في الرياض. وجمعت البيانات بإستخدام مقابلة مُقننة صممت لأغراض هذه الدراسة. وتم التحقق من إسهام عدد من عوامل الخطورة المُحتملة للتشرذ، بنوعها: الديموغرافية (المستوى التعليمي والعمر ومصدر الإحالة والحالة الإجتماعية والحالة المهنية) والسريرية (مدة الإصابة والتشخيص الطبني والتصاحب وعدد مرات التنويم) في تفسير التشرذ.

النتائج: بلغ معدل إنتشار التشرذ عبر الحياة حسب المحك الصارم 13.5% (ك = 26؛ خطأ معياري = 0.025؛ فترة ثقة 95%، 8.68% - 18.32%)، بينما بلغ معدل إنتشار التشرذ عبر الحياة حسب المحك المرن 22.8% (ك = 44؛ خطأ معياري: 0.025؛ فترة ثقة 95%، 16.88% - 28.72%). ووجد ارتباط دال إحصائياً بين المحكين ($\chi^2(1, N = 193) = 4.189, p < .05$)، وإن كان بحجم أثر منخفض (Cramer's $V = 0.147, p < .05$)؛ إذ أستوفى ما نسبته 5.2% (ك = 10) من العينة محكات تضمنين كلا التعريفين في نفس الوقت.

وفيما يتعلق بعوامل خطورة التشرذ وفقاً لتعريفه الصارم، أظهرت نتائج تحليل الإنحدار اللوغاريتمي الثنائي قدرة متغيرات المستوى التعليمي والعمر ومدة الإصابة على التمييز بين المجموعتين؛ بينما كان متغير مدة الإصابة فقط هو القادر على الإرتباط بالتشرذ على نحو نقي. اما حسب التعريف المرن للتشرذ، فأظهرت نتائج هذا التحليل قدرة متغيري عدد مرات التنويم والعمر على ان تكون عوامل خطورة للتشرذ.

الخلاصة: يبدو وجود إنتشار للتشرذ عبر الحياة بمعدلات عالية لدى المرضى النفسيين السعوديين، كما يبدو ان لهذا التشرذ عوامل خطورة واضحة. يوصى بإدراج تقييم التشرذ ضمن التقييم السريري الروتيني وتصميم الخطط العلاجية؛ كما يوصى بإجراء دراسات تتبعية/طولية للمزيد من استيضاح ظاهرة التشرذ بنوعيه.

Abstract

Title:

Homelessness among Mentally Ill in Riyadh City: Prevalence and Risk Markers.

Introduction: Association between homelessness and psychological disorders (PDs) has been reported frequently. Hence, comorbid homelessness may influence the clinical presentation, prognosis and outcomes of those conditions, which makes it necessary to estimate the prevalence of homelessness among Saudi individuals diagnosed with PDs to enhance the quality of clinical care. However, no studies to date have attempted to fulfill this need. This study was set up to; 1) estimate the lifetime prevalence of homelessness in male Saudis with PDs, and 2) explore the extent to which various theoretically driven clinical and demographic variables can uniquely correlate with it, i.e., serve as high-risk markers.

Method: Using cross-sectional and correlational retrospective designs, a convenience sample comprising 193 male in-patients recruited from Al-Amal complex for mental health in Riyadh, Saudi Arabia, were used. Subjects were interviewed by a purposely-designed structured interview, evaluating the presence of lifetime homelessness, according to both conservative and relaxed definitions of homelessness; as well as clinical (i.e., main psychiatric diagnosis, presence and number of comorbid conditions, number of hospitalization, time since diagnosis and referral source) and demographic (i.e., age, educational level, marital status, vocational status) characteristics.

Main Results: Conservative and relaxed homelessness lifetime prevalences were 13.5% (95% CI, 8.68-18.32) and 22.8% (95% CI, 16.88-28.72) respectively. The two definitions associated significantly ($\chi^2(1, N = 193) = 4.189, p < .05$), although in a low effect size (Cramer's $V = 0.147, p < .05$), with only 5.2% of the participants meeting criteria for both definitions. In binary logistic regression analyses, only time since diagnosis (duration) has been found to associate uniquely with conservative estimation of homelessness; whereas both number of hospitalization and age have been found correlated uniquely with the relaxed estimation of homelessness.

Conclusion: Prevalence of homelessness amongst Saudis diagnosed with PDs appears relatively high, with clear high-risk markers. Mental health care would improve if prevalence of homelessness was incorporated into the routine assessment and treatment planning. Besides, validation of the two types of homelessness in terms of their longitudinal clinical and demographic correlates is warranted.

شكر وتقدير

في البدء، نحمد الله سبحانه وتعالى أن قدر لهذا العمل أن يرى النور؛ مُدْكَان فِكْرَةً آمِن القائِمون على اللجِنة الوطنيَّة لتعزِيز الصِّحة النفسيَّة بأهميَّتها ودعوا لإِنجازها، وحتَّى إِتِمامه. فنسألُه تعالَى بِرحمته وعلمه أن يجعله عملاً صالحاً لا يَنْقُطع أجره لكل من أسهم فيه. وأن يجعله منه سبباً لمُساعدة كل من أُبتلي بالمرض النفسي.

الشكر المُستحق للجنة الوطنيَّة لتعزِيز الصِّحة النفسيَّة؛ في هيئتها الاعتياديَّة عامَّةً وفي شخص أمينها العام سعادة الدكتور عبد الحميد الحبيب ومديرتها التنفيذيَّة سعادة الأستاذ سعيد الأسمرى، فقد قدّموا كل ما يلزم لإِتِمام هذه الدراسة بتفاني ودأب. أنا ممثِن لهم أيضاً على صبرهم وأناهم معي أثناء فترة هذا البحث. وأود الإِشادة أيضاً بأمر آخر قامت به اللجِنة، ممَّا له علاقة بموضوع هذا البحث، وأقصد بذلك مركز أجواد للرعاية المجتمعيَّة، وهو مقر يُعنى بالمرضى النفسيين المُشردين.

والشكر كذلك للزملاء أصحاب السعادة الأستاذ الدكتور سلطان العويضة والأستاذ الدكتور عبدالله الرويتع ملحوظاتهم وتصويباتهم القيِّمة على نسخة أوليَّة من هذا التقرير، ولسعادة الأستاذ الدكتور محمد الشافعي على تكريمه بمراجعة التحليلات الإحصائيَّة.

والشكر موصول لكل من شارك في هذه الدراسة من نزلاء مجمع الأمل للصِّحة النفسيَّة بالرياض. ولا يفوتني كذلك شكر الزملاء الباحثين المُساعدين، فلولا جهودهم ودقيق عملهم، ما كان لهذه الدراسة ان ترى النور؛ وهم الأساتذة: خالد الحمد، عبد الله يسلم، ظافر الشبيبي، عبد الله الوائلي، عبد الله المطيري، خالد النفيعي، سعيد الزهراني.

الباحث

1: المقدمة

هناك إجماع بين المتخصصين بالمجالات ذات العلاقة بالصحة النفسية على ضرورة التنوع في التدخلات السريرية¹ والوقائية التي تستهدف كل من المصابين بالإضطرابات النفسية ومن لم يظهر لديهم الإضطراب نفسي² بعد، على التوالي. وتتبع هذه الأنواع المختلفة من التدخلات لعدد من المستويات التي من المفترض علمياً إسهامها بمقادير مختلفة في تشكّل الإضطراب النفسي. وتتمثل هذه المستويات بالمستوى البيولوجي والسيكولوجي والإجتماعي. فحسب النموذج الحيوي/النفسي/الإجتماعي (The Biopsychosocial Model) لفهم الإضطراب النفسي؛ يُنظر للأخير على أنه نتاج تفاعل مُعقد بين متغيرات هذه المستويات الثلاث، وعليه فلا ينبغي الاقتصار على بعضها دون البعض الآخر إذا أُريد للعمل السريري - وإلى حدٍ ما البحثي - أن يحقق أهدافه (Helmchen, 2013).

ولتحقيق أفضل تناغم بين مكونات هذه المستويات في العملية العلاجية - الأمر الذي يُحسّن جوهرياً من مُخرجاتها - ينبغي تحديد الأهمية النسبية لكل متغير على حده، بغض النظر عن المستوى الذي ينتمي إليه. وتعد الدراسات الوبائية (Epidemiological Studies) التي تُقدر مدى إنتشار الظواهر المختلفة والعوامل المرتبطة بهذا الإنتشار زيادةً أو نقصاناً، في مكانٍ وزمانٍ محددين، تعد أحد الأدوات الهامة لتحقيق ذلك. ويصدق هذا تحديداً على الظواهر (أو المتغيرات) التي يتحدد تأثيرها في الغالب قياساً إلى مدى إنتشارها، وذلك كظاهرة التشرد (Homelessness) (Diomidus, 2002).

1/ تستخدم مصطلحات "سريري" و "عيادي" و"إكلينيكي" ضمن متن هذا التقرير بنفس المعنى كمقابلات عربية للمصطلح الإنجليزي: Clinical.

2/ تُستخدم مصطلحات الإضطراب النفسي والمرض النفسي والمشاكل النفسية والشكاوى النفسية واشتقاقاتها، ضمن متن هذا التقرير وعنوانه، كمرادفات للإشارة إلى أنواع الصعوبات النفسية المُصنفة في أدلة التشخيص الطبفسية المُعتبرة. وما تعددها إلا لأغراض تسهيل التواصل والوضوح ولتجنب التكرار فحسب. دون ان يعني هذا تجاهلاً للإشكالات التي تحيط باستخدام مصطلح المرض النفسي، او تجاهلاً للفروق النظرية والإبستمولوجية بين مصطلحات Illness و Disorder و Disease.

وفيما يخص الإضطراب النفسي، فتتظافر نتائج العديد من الدراسات على أن مسار الإضطراب (Course) وصورته السريرية (Presentation) ونواتجه (Outcomes) كما تتمثل باستجابة المريض للتدخل السريري؛ كلها تأخذ وضعاً مختلفاً لدى المرضى النفسيين ممن لديهم تشرد بالمقارنة مع من ليس لديهم تشرد. مما يؤكد على ضرورة دراسة معدلات إنتشار التشرد لدى هذه الفئة، كخطوة أولى ضرورية لتخطيط وتقديم خدمات الصحة النفسية لهم.

ونستعرض في الأجزاء التالية من هذه المقدمة تعريفات التشرد المختلفة التي اقترحتها الجهات العلمية وتبنتها الدراسات الإمبريقية، وإشكالات هذه التعريفات؛ يلي ذلك إستعراض لمفاهيم الصحة النفسية والإضطراب النفسي وأبرز تعريفاتها النظرية؛ يلي ذلك مراجعة نظرية للأدلة البحثية الخاصة بالعلاقة بين التشرد والإضطراب النفسي؛ وبعد ذلك نعرض لنتائج الدراسات الوبائية التي تناولت إنتشار التشرد لدى المرضى النفسيين وانتشار المرض النفسي لدى المشردين، يليه عرض لعوامل الخطورة المحتملة للتشرد؛ وتختتم المقدمة بتعقيب وخالصة لما تضمنته من مراجعات.

1-1: تعريف التشرد وأهم تصنيفاته

كأي ظاهرة قيد الدراسة العلمية، من الضروري تعيين تعريف محدد للتشرد. تعريفاً يُمكن من قياسه وبناء معرفة تراكمية متسقة عنه عبر الدراسات، وتسهيل التواصل بين الباحثين. إلا أنه ومن خلال إستعراض الأدبيات العلمية للتشرد، ليس ثمة تعريف يستوفي هذه المواصفات تماماً، بالرغم من وجود بعض الإتفاق على مكوناته الرئيسية. ويبدو أن الافتقار إلى التعريف المُتفق عليه يمثل أحد مشاكل الدراسة العلمية للتشرد.

فتشير رابطة علم النفس الامريكية³ في تقريرها الذي أصدرته عام 2010 إلى الإختلاف بين صناع القرار والمسؤولين الحكوميين والعلماء الاجتماعيين والناشطين في تحديد مظاهر التشرد، وتعيين مكوناته التي ينبغي أن يتضمنها تعريفه؛ وبالتالي الإختلاف حول "من هو المشرد ومن هو غير المشرد" (American Psychological Association (APA), 2010).

ويتفق التقرير الذي أصدره المعهد الكندي للمعلومات الصحية (Canadian Institute for Health Information) في 2007 مع واقع الافتقار إلى هذا التعريف، إذ يذكر ما ترجمته نصاً: "لا يوجد حالياً تعريف متفق عليه عالمياً للتشرد. هناك ضعف في الإتفاق على ما ينبغي تضمينه في التعريف (مثلاً: هل ينبغي أن يشمل التعريف] من يقيمون في ملاجئ فقط، أو أولئك المقيمين في اماكن عامه خارج الملاجئ)، الحد الأدنى من المدة الزمنية اللازمة لنوبة التشرد (مثلاً: عدد محدد من الأيام أو الأسابيع) والمرحلة العمرية...". (CIHI, 2007, P.8). ونفس الأمر أشار له التقرير الذي أصدرته في بريطانيا مؤسسة Crisis مع وحدة موارد الصحة العامة (PHRU) The Public Health Resource Unit، إذ قرر صراحةً أن "يُعرف التشرد بطرق مختلفة في البلدان المختلفة وهذه الحقيقة تعقد[عملية] تحليل البيانات الخاصة بأدبيات التشرد" (Crisis, 2009, p. 1). وإضافةً إلى هذه الإشارات الصريحة، فعدم الإتفاق على تعريف محدد للتشرد هو ما قد يلمحه الباحث عند مطالعة الأدبيات العلمية الخاصة بهذا المفهوم.

ولهذا المظهر الإشكالي متضمناته على التخطيط للخدمات الإجتماعية والصحية التي تُصمم لهذه الفئة، وكذا على الأبحاث التي تسعى لتقدير معدلات انتشاره، أو علاقته بغيره من المظاهر. ومن ذلك، مثلاً لاحتراً، أن بعض من يحتاجون بشدة للإستفادة من الخدمات المقدمة للمشردين سيحرمون منها إذا تم تبني

³ American Psychological Association (APA).

تعريف ضيق للتشرد، بينما سيتم استتزاز هذه الخدمات إذا كان التعريف موسعاً وشاملاً إلى حد كبير. كما أن هذه الخدمات نفسها قد لا تتلاءم مع حاجات فئة أو فئات من المشردين إذا كانت قد صُممت بالأساس وفقاً لتعريف للتشرد لا يأخذ باعتباره هذه الفئات أصلاً. وبحثياً، يقود عدم الإتفاق على تعريف للتشرد إلى ضعف في إتساق نتائج الدراسات التي تتناوله. ومن ذلك مثلاً، أن تخرج الدراسات بتقديرات متباينة لانتشاره ضمن فئة معينة، ليس تبايناً حقيقياً وإنما تباين عائد في مجمله إلى عدم الإتفاق حول من هو المشرد ومن هو غير ذلك. وبحثياً مرة أخرى، قد يقود هذا الأمر إلى خلل في تقييم التدخلات الخاصة بالمشردين كالبرنامج المعروف بأسم: الإسكان أولاً (Housing First)، ذلك حينما تختلف محكات التضمنين من دراسة تقييمه إلى أخرى ومن تدخل إلى آخر.

وبطبيعة الحال، وبسبب هذا المظهر من عدم الإتفاق على تعريف محدد للتشرد، تميل الجهات ذات العلاقة والباحثين إلى تبني تعريفات ومحكات وتصنيفات مختلفة للتشرد، بما يوفر لهم شرط الضبط المنهجي لعملهم التطبيقي أو البحثي، بصرف النظر عن مدى إتساق تعريفاتهم مع التعريفات التي يتبناها الآخرون. ونستعرض فيما يلي بعضاً من هذه التعريفات للتشرد وتصنيفاته، متبوعاً بتعقيب عام حولها.

حددت منظمة الأمم المتحدة فئتين عامتين لتعريف التشرد؛ الأولى فئة التشرد الأولي (Primary homelessness)، وتتضمن من يقيمون في الشوارع، كما يُطلق على من ينتسبون لهذه الفئة مسمى "من ليس لديهم سقف" (Rooflessness) إشارة إلى افتقارهم إلى الحد الأدنى من شروط السكن الملائم؛ والفئة الثانية هي التشرد الثانوي (Secondary homelessness)، وتتضمن من لديهم سكن مستقر ودائمي التنقل بين انواع مختلفة من السكن كملجئ التشرد أو السكن المؤقت مثلاً (As cited in Homelessness, Australia, 2012).

وفي محاولة مبكرة نسبياً لتعريف التشرد لأغراض الاستفادة من الخدمات التعليمية في الولايات المتحدة، تضمن قانون ماكني-فنتو⁴ للتعليم الصادر في 1986، والذي يتيح للأطفال البقاء في مدارسهم المحلية بالرغم من فقدانهم لمنازلهم؛ وفيه تم تعيين الأطفال والعوائل التي تعيش دون منزل إن كانوا يقيمون في ظروف غير مخصصة لسكنى البشر أو مع أقاربهم أو أصدقائهم، ويتضمن التعريف كذلك الصغار غير المصحوبين بمن يرعاهم لعدة أسباب من ضمنها هروبهم من المنزل (As cited in APA, 2010).

كما اقترحت رابطة علم النفس الأمريكية تعريفاً للتشرد على النحو التالي: *يُحصل التشرد حينما يفقد الناس إلى المكان الآمن والمستقر والملائم للسكن. ويعتبر مشرداً من يقيم في ملجأ ومن ليس كذلك [ممن يقيم على الرصيف مثلاً]. ويشمل هذا التعريف كذلك من يقيمون مع آخرين [ممن يقيم مع أصدقاء أو معارف مثلاً بشكل مؤقت] أو في أماكن إقامة مُكتظة أو في نزل أو فندق رخيص (Motels) بسبب ضعف مواردهم الإقتصادية، وكذلك بالمثل من يقيمون في خيام أو غيرها من تجمعات سكنية مؤقتة [كملاجئ أو مخيمات اللاجئين]. ولا يتضمن هذا التعريف للتشرد [أي مُحددات ذات علاقة بمتغيرات] الجنس أو العمر أو الإعاقة أو أي خصائص شخصية أخرى" (APA, 2010, p. 7).*

ميز ستيرجيوبولوس ورفاقه (2015) في تعريفهم للتشرد بين نوعين له: (1) التشرد التام (Absolutely Homeless) ويتضمن من ليس لديهم مكان محدد للسكن خلال الليالي السبع السابقة على الأقل، مع احتمالات ضئيلة للحصول على سكن خلال الشهر القادم؛ (2) الإقامة الرثة (Precariously Housed) ويشمل أولئك الذين يتكون سكنهم الأساسي من غرفة واحدة، أو في غرف أو يقيمون في فنادق أو نزل صغير؛

⁴ / The McKinney-Vento Education Act of 1986 .

على أن يكونوا قد تعرضوا سابقاً لنوبتين أو أكثر من التشرّد القطعي بغض النظر عن مدتها أو نوبة واحدة تشرّد قطعي أستمريت لأربعة أسابيع على الأقل خلال السنة الماضية (Stergiopoulos et al., 2015).

وفي تمييز نوعي آخر، ميزت سكوت (2000) بين أربعة فئات جغرافية للمشردين، هي: (1) من ينامون في الشوارع وعلى الأرصفة أو في ظروف نوم غير لائقة، (2) المقيمون في الملاجئ والدور المخصصة للمشردين، (3) المقيمون في فنادق أو محلات الإقامة المؤقتة، وهم غالباً العوائل التي تقيم في أماكن سكن مؤقتة لفترات طويلة، (4) الحالات الخاصة ممن يقيمون مع معارفهم إذ لا يملكون سكناً خاصاً بهم (Scott, 2000).

ويذكر تقرير مؤسسة Crisis المشار له آنفاً، أن تعريفات التشرّد المختلفة تتفاوت فيما بينها من التعريف الواسع جداً والذي يُضمّن في التشرّد كل من يفتقر إلى المأوى الملائم أو الموارد أو الروابط مع الآخرين؛ إلى التعريفات الأكثر إحكاماً والتي تتأسس - حسب التقرير - على واحد أو أكثر من المحكات التالية: (1) المحك الزمني، ويختص بتعيين الفترة الزمنية التي قضاها الشخص دون سكن؛ (2) المحك الجغرافي، ويختص بتعيين نوعية السكن التي يستخدمها الشخص المشرّد؛ (3) المحك الطبائعي (Typological)، ويختص بالخصال الشخصية للمشردين (Crisis. 2009).

وفي ذات السياق، يذكر تقرير مماثل ثلاثة مظاهر للتشرّد تميل تعريفاته المختلفة للمراوحة فيما بينها، وهي: (1) التشرّد التام (Absolute homeless) ويشمل حصراً من يعيشون في الطرقات وعلى الأرصفة أو في أماكن غير مناسبة للسكنى كالمباني المهجورة مثلاً؛ (2) خطر التعرض للتشرّد (At risk of homelessness) وتشمل أصحاب المنازل ممن ينفقون أكثر من 50% من دخلهم على تكاليف السكن؛ (3)

التشرد الخفي (Hidden homeless) ويشمل من يقيمون مؤقتاً مع أصدقائهم أو اقاربهم (Canadian Institute for Health Information, 2007).

وفي أستراليا، قُدم تعريف للتشرد عُرف بأسم التعريف الثقافي للتشرد (Cultural Definition of Homelessness) في عام 1992، ولازال يُستخدم هناك. ويصف هذا التعريف ثلاثة انواع للتشرد: التشرد الأولي (Primary) ويختص بظروف النوم السيئة وغير اللائقة، والتشرد الثانوي (Secondary) ويشمل ظروف الإقامة المؤقتة والتنقل المتكرر بين أماكن الإقامة المؤقتة، بما في ذلك الإقامة مع أقارب أو أصدقاء، والتشرد من الدرجة الثالثة (Tertiary) ويشمل من يقيمون في سكن لا يتناسب مع مواصفات السكن المتعارف عليها في المجتمع كالإقامة في عربات السكن المتنقل (كارافان caravan) مثلاً (Costello, Thomson, & Jones, 2013).

ولأغراض هذه الدراسة، فقد تم وضع تعريف للتشرد يأخذ بالإعتبار مضامين التشرد الواردة أعلاه، وتم تقديم تمييز بين نوعين من التشرد على ضوء ما جاءت به الدراسات الخاصة بالتشرد حول العالم من جهة، وطبيعة المجتمع السعودي من جهة أخرى، كما صممت مقابلة لتقييم وجود التشرد معيارياً كما يُحدده هذا التعريف، وهذا معروض في الجزء الخاص بمتغيرات الدراسة.

2-1: تعريف الصحة النفسية والإضطراب النفسي

عرفت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة النفسية (Mental Health) بأنه: " حالة من الرفاه يدرك فيها كل شخص إمكاناته، ويستطيع مواجهة ضغوط الحياة الطبيعية، وباستطاعته أن يعمل بإنتاجية ويشكل مثير، وبمقدوره الإسهام بخدمة مجتمعه" (World Health Organization, 2001a, p. 1). وفي مواضع أخرى تشير المنظمة بأن الصحة النفسية هي: "حالة من اكتمال الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي،

وليس مجرد الخلو من المرض"، وأنه يتضمن " مجموعة واسعة من الأنشطة والمهام ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بمُكون الرفاه النفسي المُتضمن في تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة"، ويتعلق مفهوم الصحة النفسية حسب هذه المنظمة بترقية ودعم الرفاه، والوقاية من المرض النفسي، وعلاج وتأهيل المتأثرين بالإضطرابات النفسية (World Health Organization, 2001b). وعليه، فالتمتع بالصحة النفسية حسب هذا المفهوم لا يعني بالضرورة الخلو من الأمراض؛ وإنما قد يعني قدرة الشخص على "معايشة" ما يمر به من مشاكل ومغالبتها، وصولاً إلى تحقيق كافة إمكاناته. ويرتبط تعريف الصحة النفسية هذا بمفاهيم نفسية مقارنة له، كمفهوم الرفاه النفسي⁵ (Psychological Well-being) مثلاً؛ وهو ربما على صلة بمفاهيمية ببعض المفاهيم النفسية الأكثر حداثةً كمفهوم فاعلية الذات Self-efficacy.

وبالرغم من عمومية تعريف منظمة الصحة العالمية أعلاه، وما يتضمنه من صعوبة في الإستخدام العملي، إلا أن تعريفات أخرى للصحة النفسية تسير كما يبدو ضمن ذات التوجه. ومن ذلك التعريف الواسع للصحة النفسية الذي تبنته مصلحة الصحة العامة الكندية⁶، وفيه إنها: "... قدرة كل منا وكلنا على الشعور والتفكير والتصرف على نحوٍ يُعطي من قدرتنا على الاستمتاع بالحياة والتعاطي مع ما يقابلنا من تحديات. وهي حس إيجابي من الرفاه الإنفعالي والروحي الذي يحترم أهمية الثقافة (Culture) والمساواة والعدالة الإجتماعية والتواصل الإجتماعي والكرامة الشخصية" (Public Health Agency of Canada, 2006, p. 2). ومع ما في هذا التوجه من نظرة إيجابية نحو الصحة النفسية، إلا أنه قد تعرض للانتقاد. وأهم هذه الإنتقادات هي عدم اتساقه مع واقع العمل السريري في الصحة النفسية؛ إذ يتم تبني تعريفات طب نفسية للإضطراب النفسي ليست بالضرورة متسقة مع تعريف الصحة النفسية، وإن كانت قد تتقاطع معها جزئياً.

⁵ / ترجم هذا المصطلح بترجمات أخرى في الكتابات العربية، وليست هذه الترجمة هي الأفضل بالضرورة!

⁶ \ The Public Health Agency of Canada

ومن أبرز التعريفات الطبفسية للإضطراب النفسي، التعريف الخاص بالدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) والذي تصدره رابطة الطب النفسي الأمريكية، وتعريف منظمة الصحة العالمية الوارد في التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases (ICD)، والذي تصدره منظمة الصحة العالمية.

وفي أحدث نسخة من دليل رابطة الطب النفسي الأمريكية، عُرف الإضطراب النفسي بأنه: *رُملة تتميز بخلل دال عيادياً في ذهن الشخص أو تنظيمه الإنفعالي أو سلوكه، والتي تعكس إضطراباً في العمليات السيكولوجية أو البيولوجية أو النمائية التي يتأسس عليها الأداء العقلي. ترتبط الإضطرابات النفسية عادةً بانزعاج أو عجز جوهريين في المناشط الإجتماعية أو المهنية، أو غيرها من المناشط الهامة. لا تُعد الإستجابات المتوقعة أو المقبولة إجتماعياً [حسب ثقافة الفرد ذاته] للضغوط الشائعة أو الفقد، كوفاة شخص عزيز مثلاً، لا تُعد إضطراباً نفسياً. [كما] لا يُعد السلوك الشاذ إجتماعياً (على أساس سياسي أو ديني أو جنسي، مثلاً لاحتصاراً) والصراعات التي تمثل صراعاً بين الفرد والمجتمع بشكل أساسي، لا تُعد اضطراباً نفسياً إلا ان كان الصراع ناشئ عن اختلال في الشخص نفسه" (American Psychiatric Association, 2013, p.20).*

ولكي يوصف سلوك ما بأنه إضطراب نفسي حسب هذا التعريف، فينبغي له أن يستوفي خمسة محكات عامة:

- 1) أن يحدث داخل الفرد (خاص بفرد وليس بجماعة)، (2) وأن يتضمن صعوبات دالة عيادياً في التفكير أو الإنفعال أو السلوك، (3) وأن يتضمن خللاً في العمليات ذات العلاقة بدعم الأداء النفسي/العقلي، (4) وألا يكون مجرد استجابة شائعة في ثقافة معينة لظرف ما كوفاة عزيز مثلاً، وأخيراً (5) ألا يكون مجرد نتيجة للصراع مع الثقافة السائدة في المجتمع.

وعرفت اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية السعودي الإضطراب النفسي بأنه: "خلل في التفكير، أو المزاج، أو الإدراك، أو الذاكرة، أو القدرات العقلية الأخرى، بعضها أو كلها، ويكون شديداً إذا سبب خللاً في وظيفتين أو أكثر من الوظائف التالية: أ) حسن التقدير والقدرة على إتخاذ القرار، ب) السلوك الإنساني السوي مقارنةً بالعرف المحلي، ج) تمييز الواقع ومعرفة واستبصار الشخص بطبيعة مرضه، أو معرفة الأسباب التي أدت إليه، وقبوله العلاج، د) القيام بمتطلبات الحياة الأساسية؛" وتضيف اللائحة أن الإضطراب النفسي كما يتحدد هنا لا يشمل مجرد التخلف العقلي أو السلوكيات غير الأخلاقية أو تعاطي الكحول أو المخدرات والمؤثرات العقلية أو العقاقير أو إدمانها (الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، 1437، ص. 4).

ومن الجدير بالذكر أن التعريفات الطبفسية للإضطراب النفسي، بما هي متأثرة بالأنموذج الطبي، تشترك فيما بينها في عدة ملامح عامة. فهي ذات نظام فئوي (Categorical) - في مقابل النظام البُعدي (Dimensional) - في تصنيف الإضطرابات؛ وتنتظر للإضطراب النفسي على أنه بمثابة زملة (Syndrome) تتكون من قائمة أعراض وعلامات معينة يُفترض أنها متجانسة مع بعضها البعض، وانها تتزامن معاً في الظهور خلال فترة زمنية معينة، وترتبط بكرب دال عيادياً، وذلك كما في فروع الطب الأخرى (غير الطب النفسي)؛ ويتم التحقق من وجود الإضطراب لدى الشخص ضمن عملية تشخيص تسعى إلى تقرير وجود أو عدم وجود الإضطراب، وفقاً لمدى إستيفاء الشخص لقائمة الأعراض والعلامات التي تُعرف الإضطراب من عدمه (Barlow & Durand, 2015).

وفي الدراسات النفسية للتشرد، تنتظر كل هذه الدراسات تقريباً للإضطراب النفسي وفقاً لهذا المفهوم، وتتحقق منه إما بإستخدام المقابلات التشخيصية المقننة أو شبه المقننة، أو بناء على تقييم سريري روتيني أو

إعتماداً على نتائج التقييم الذي أُجري للشخص مسبقاً في المؤسسة العلاجية، وقليل من هذه الدراسات إتمدت في تقييمها للإضطراب النفسي على مقاييس التقدير الذاتي (Self-report).

1-3: التشرد والإضطراب النفسي: مراجعة عامة للعلاقة بين الظاهرتين

من المتسق عبر الدراسات وجود علاقة ارتباطية عالية كما يبدو بين الإضطراب النفسي والتشرد. فالاضطراب النفسي منتشر بين أوساط المشردين مقارنةً مع غير المشردين، خاصةً إضطرابات التعاطي والاعتماد على العقاقير والكحول (Chondraki, Madianos, & Papadimitriou, 2012b; Seena Fazel, Vivek Khosla, Helen Doll, & John Geddes, 2008; M. G. Madianos, P. Chondraki, & G. N. Papadimitriou, 2013)، كما سيرد لاحقاً. ومع تقرير هذه الملحوظة واتساقها نسبياً، إلا أن كنه هذه العلاقة بين الظاهرتين غير واضح تماماً، ومن المُستبعد أن تكون هذه علاقة بسيطة كما قد تبدو.

فالنائج الإرتباطية، بطبيعتها، تُقرر فقط ما إذا كان هناك تزامناً في الحدوث بين الظواهر أو لا، ومقدار قوة هذا التزامن، ولا تقرر كيفية تفسير هذا التزامن مطلقاً، إلا إذا كان هذا التزامن مستنداً بالأساس على فرضيات مُشتقة من خلفية نظرية، فحينها تمثل النتائج الإرتباطية محض دعم لهذه النظرية ولا تكفي لوحدها لتقرير أي علاقات سببية على الإطلاق. فقد تكون هذه علاقة سبب ونتيجة، أي ان التشرد قد يكون سبب لظهور الإضطراب النفسي لدى المشردين او العكس، أو وقد يكون أحدهما يمثل عامل خطورة للثاني، فيُسهل ظهوره دون أن يكون سبباً كافياً بالضرورة لهذا الظهور، أو وقد تنطوي العلاقة على عوامل أخرى تتفاعل معاً على نحو معين لإيجاد الإرتباط بين التشرد والإضطراب النفسي (Giles, 2008; Tabachnick & Fidell, 2007).

وعلى أية حال، فال تفسير الأرجح للعلاقة بين التشرد والإضطراب النفسي، إستناداً للنتائج البحثية، هو أن ما يربط بينهما ليس بعلاقة سببية في الغالب، وأن هناك عوامل أخرى قد تُفسر هذا الإرتباط. وتلقى هذا الاستنتاج دعماً بحثياً مناسباً، كما سيتضح أدناه، الأمر الذي أفضى لأن تتبناه تقارير جمعيات علمية متخصصة (e.g., APA, 2010; CIHI, 2007).

عند النظر في العلاقة بين التشرد والإضطراب النفسي عموماً، ينبغي النظر إلى طبيعة هذه العلاقة كعملية تتضمن تفاعل وتأثير وتأثر مُحتمل بين عدة متغيرات. فمن ناحية، من المعلوم أن عوامل الفقر والبطالة وشح موارد الإسكان منخفض التكلفة كلها ترتبط بشكل وثيق بالتشرد إجمالاً، والأرجح أن المرضى النفسيين أكثر تأثراً من غيرهم بهذه العوامل. فتتواتر النتائج التي تدعم تعرض هذه الفئة للرفض الإجتماعي والآثار السلبية لوصمة المرض النفسي، سواءً على مستوى المجتمع ككل أو حتى ضمن عوائلهم، وهذا بطبيعة الحال قد يقلل من فرص حصولهم على ما يحتاجون إليه من موارد مالية أو حتى معلوماتية لتوفير السكن. ومن ناحية ثانية، فالأرجح أن لطبيعة أعراض المرض النفسي إسهام مباشر أو غير مباشر في تعثر فرص المرضى النفسيين في الحصول على سكن. فأعراض الإنسحاب الإجتماعي والوهن النفسي-الحركي مثلاً، قد تقود لمحدودية جهود الشخص في الحصول على الدعم الإجتماعي، الأمر الذي قد يُفضي في النهاية لتشرده. ومثل ذلك ضعف استبصار الشخص بما يعانيه وعدم تلقيه العلاج اللازم، قد يُفضي أيضاً لتقليل فرصه في الحصول على الدعم الإجتماعي الذي لو حصل عليه لما تشرد غالباً. وحتى مع إفتراض إسهام أعراض الإضطراب النفسي في حصول التشرد، فالتشرد أيضاً يمكن له أن يُزيد من تفاقم هذه الأعراض. ومن ذلك ما يتضمنه التشرد بالضرورة من الافتقار إلى الموارد الضرورية للعيش الكريم والقدرة على الاستفادة المنتظمة من خدمات الصحة النفسية (APA, 2010; Scott, 2000).

ومن الملاحظات التي ربما تدحض وجود علاقة مباشرة سببية بين التشرد والإضطراب النفسي، هي أنه بالرغم من أن الإضطراب النفسي ينتشر بين المشردين أكثر من غير المشردين أو المجتمع العام (General Public)، إلا أنه إذا اقتصرنا على المشردين دون المقارنة مع غيرهم، فأكثر المشردين ليس لديهم اضطراب نفسي، كما انه أكثر المضطربين النفسيين لم يمروا بخبرة تشرد. ففي تحليل جمعي (Meta analysis) أجراه ليهمان وكوري (1993) وجدوا أن ما نسبته 18% فقط من المشردين قد استوفوا التشخيص بإضطراب نفسي شديد (as cited in APA, 2010). وفي دراسة كندية تضمنت مقابلات مع 300 من المقيمين في ملاجئ التشرد، ذكر 4% فقط من هؤلاء أن الإضطراب النفسي هو السبب في تعرضهم للتشرد، بالرغم من وجود الإضطراب النفسي لدى قرابة 67% من هذه العينة (Goering, Tolomiczenko, 2002). وأوردت هذه الدراسة إسهام عوامل أخرى في حصول التشرد، كخسارة العمل وعدم توفر الدخل الكافي لدفع أجار السكن (34%) (Mental Health Policy Research Group, 1997; CIHI, 2007).

ويبدو أن هناك عدة عوامل ربما تسهم في حصول التشرد لدى المضطربين نفسياً، ما يجعل منها قادرة جزئياً على تفسير هذه العلاقة؛ ومنها مثلاً: الافتقار إلى السكن الآمن والمنخفض التكلفة وصددمات الطفولة وما تعرضوا له من أذى جسدي أو نفسي خلال حياتهم.

ففي دراسة تفحصت وجود ثلاث مظاهر للاعتداء الجسدي والجنسي في تواريخ حياة 99 سيدة مشردة مصابات بإضطراب نفسي، أتضح أن خطر التعرض للعنف لديهن قد بلغ 97% (Goodman, Dutton, 1995). وبالمثل وجد قورنق وآخرين (2002) خبرات من الإساءة المنزلية أثناء الطفولة لدى من هم مشردين لأول مرة ومن تكرر تعرضهم للتشرد (Goering et al., 2002). ولدى عينة من النساء

المُشرّدات، يعاني 71% منهن من إضطرابات نفسية أغلبها تعاطي العقاقير والاعتماد عليها يليه القلق ومن ثم الفصام، وظهر وجود ما يشير لتزامن ممكن بين التعرض المبكر للتشرد والإحجام عن طلب المساعدة، وكان الهروب من العنف الذي كن يلقينه عاملاً هاماً في تعرضهن للتشرد (Torchalla, Albrecht,) (Buchkremer, & Langle, 2004).

وبخصوص متغير وفرة السكن، فإضافة لما ذكر آنفاً؛ فقد خرجت دراسة تجريبية بأن توفر السكن من عدمه كان من أهم العوامل التي تنبأت بالعودة للتشرد مرة أخرى لدى مجموعة ممن سبق لهم التعرض له، فيما كانت النتائج غير متسقة حول مدى قدرة إضطراب إساءة إستخدام العقاقير (Substance abuse) على رفع مستوى خطر التعرض للتشرد (Schutt et al., 2009). ويبدو أن المستويات المرتفعة للإضطراب النفسي عند المشردين ربما تعود إلى الصعوبة التي يجدونها في الحصول على سكن نتيجة لعوزهم المالي، الأمر الذي ربما قد يُوضح أكثر هذه العلاقة. ففي دراسة مبكرة، قام باحثين بمقارنة إنتشار الإضطرابات النفسية لدى عينة من النساء المشرّدات (220 سيدة) وعينة أخرى من النساء غير المشرّدات منخفضات الدخل (بتلقين دعماً مالياً) (216 سيدة)، ومقارنة معدلات الإنتشار لدى العينتين مع معدلات الإنتشار لدى كافة النساء في المجتمع (كما في الدراسات الوبائية المجتمعية المنشورة سابقاً، خاصةً في National Comorbidity Survey)؛ وأظهرت النتائج تماثل معدلات إنتشار الإضطرابات النفسية واضطرابات تعاطي العقاقير لدى كلا العينتين؛ وبمقارنتهم مع كافة النساء في نتائج مسح التصاحب الوطني الامريكي (National Comorbidity Survey)، اتضح أن معدلات إنتشار الإكتئاب وإساءة إستخدام العقاقير واضطراب الشدة التابع للصدمة لدى كلا العينتين أعلى منها لدى بقية النساء (Bassuk, Buckner, Perloff, & Bassuk, 1998). ونخلص من هذه الدراسة أنه حينما تم ضبط متغير مستوى الدخل بإحكام بإستخدام تصميم (unmatched case-

(control design) في هذه الدراسة - اختفت الفروق بين المشردين وغير المشردين في معدلات إنتشار الإضطراب النفسي، ما يقترح أن الإضطراب النفسي وتعاطي العقاقير هما إلى حد كبير نتيجة الفقر. ويمكن لعدة عوامل أن تتظاهر معاً لتفسير العلاقة بين التشرد والمرض النفسي. ففي مقارنة بين ثلاث فئات: (1) المشردين ممن لديهم إضطراب نفسي، (2) المشردين ممن ليس لديهم إضطراب نفسي و (3) من لديهم إضطراب نفسي من غير المشردين؛ اتضح للباحثين صعوبة تفسير التشرد إعتياداً على الإضطراب النفسي فقط، ولم يبدو أنه يمكن للإضطراب النفسي أن يكون عامل خطورة كاف لوحده ليقود للتشرد، بالرغم من كونه قد يقود إلى عوامل أخرى ربما تؤدي بدورها للتشرد. ففي دراسة سوليفان ورفاقه (2000)، والتي هدفت إلى توضيح مسار حدوث التشرد لدى من لديهم إضطراب نفسي، وجدوا بالمقارنة بين هذه المجموعات الثلاث أن لدى المشردين من كلا المجموعتين (المضطربين نفسياً وغير المضطربين) تاريخ من المشاكل الإجتماعية والمالية أثناء طفولتهم، إلا أن نصيب المشردين من المرضى يفوق غير المرضى بوجود تاريخ إضافي لديهم من الفقر والاستقرار العائلي والعنف أثناء طفولتهم، فيما أسماه الباحثين بالجرعة المضاعفة (Double Dose) من الضرر؛ كما أشارت النتائج بوجود مستويات أعلى من الإعتياد على الكحول لدى من أصبحوا مشردين قبل الإصابة بالإضطراب النفسي ضمن مجموعة المشردين من المرضى النفسيين؛ وتخلص الدراسة إلى إنه من غير المرجح ان يمثل الإضطراب النفسي عامل خطورة كاف للتعرض للتشرد (Sullivan, Burnam, & Koegel, 2000).

وفي مؤشر على عدم استقرار معدلات الإضطراب النفسي لدى المشردين وتأثرها بظروف حياة التشرد التي يعيشونها، وجد نورث وآخرين (North et al., 1998) ان قساوة الطقس في اليوم الذي تمت فيه المقابلة التشخيصية مع المشردين (درجة الحرارة ومنسوب هطول الأمطار تحديداً) ترتبط بإرتفاع معدلات إنتشار

إضطرابات الإكتئاب وتعاطي العقاقير والكحول والشخصية المضادة للمجتمع، بينما لم يظهر هذا الإرتباط لدى عينة مقارنة من غير المشردين (North, Pollio, Thompson, Spitznagel, & Smith, 1998). ما يشير لعامل آخر قد يُسهم في تفسير العلاقة بين التشرد والإضطراب النفسي، وهو الضغوط التي تتضمنها حياة التشرد. فقد تفود هذه الضغوط إلى ظهور أعراض الإضطراب النفسي، ومن ذلك ما يتعرض له المشردين من إيذاء جسدي أو نفسي، وما قد يقود ذلك من ظهور أعراض الإضطرابات النفسية كالإكتئاب أو إضطراب الشدة التابع للصدمة.

كما أظهرت دراسة أكثر حداثة أنه لدى عينة من المشردين الذين بلغ إنتشار الإضطراب النفسي لديهم ما نسبته 56.7%، كانت أهم المتغيرات قدرةً على التنبؤ بظهور الإضطراب النفسي هي تقدم العمر مع طول الإقامة في الشوارع والتعرض المتكرر لإحداث إجتماعية سيئة، وأن أغلب المشردين المُصابين بإضطراب نفسي يفتقرون لأي خدمة نفسية متخصصة (Michael G. Madianos, Paraskevi Chondraki, & George N. Papadimitriou, 2013). وفي دراسة تجريبية هدفت إلى تحديد عوامل خطورة التعرض للتشرد لدى من لديهم إضطرابات ذهانية، قام أوديل وكوماندر (2000) بالمقارنة بين مجموعتين من المصابين بهذه الإضطرابات، واحدة ممن تعرضوا للتشرد والأخرى ممن لم يتعرضوا له، واختير أفراد العينتين بطريقة المزاوجة الفردية (matched case-control) بمجموع 39 فرداً لكل عينة. وجاءت النتائج بتعيين عدد من عوامل الخطورة الإجتماعية والسلوكية، إلا أن أهمها في القدرة على التنبؤ بالتشرد كان فقد التواصل مع من كان يقدم الرعاية للشخص أثناء الطفولة وتعاطي العقاقير؛ وفي نتيجة غير متوقعة، أتضح للباحثين عدم الأهمية الكبيرة للمتغيرات السريرية وتلقي الخدمة النفسية في التنبؤ بالتشرد (Odell & Commander, 2000).

وفي نتائج مغايرة لما سبق، ظهر في إحدى الدراسات التي بحثت العلاقة الزمنية بين بداية الإضطراب النفسي وبداية التشرّد لدى 900 من المشردين الذين قورنوا مع بيانات عينة من غير المشردين سُحبت من دراسة وبائية سابقة (Epidemiologic Catchment Area study)، ظهر أن كل الإضطرابات النفسية قد سبقت في نشوئها التشرّد لدى غالبية العينة، عدا إضطراب تعاطي الكحول لدى الرجال والذي كانت بدايته في سن أقل لدى عينة المشردين. كما ظهر أيضاً أن البداية المبكرة للتشرّد ترتبط تحديداً مع إضطرابات الفصام والإكتئاب والقلق العام وتعاطي الكحول والعقاقير والشخصية المضادة للمجتمع؛ فيما ارتبطت هذه البداية المبكرة للتشرّد على نحو أوثق مع وجود تاريخ من الخلفية الأسرية المضطربة (North, Pollio, Smith, & Spitznagel, 1998). وتظهر نتائج هذه الدراسة، مع مئاة منهجها نسبياً، مختلفةً عن التوجه العام للدراسات في هذا الموضوع. إذ أن أسبقية الإضطراب النفسي بالظهور قد توحى بدوره السببي بظهور التشرّد بعده. إلا أنه ينبغي التنبه هنا بأن هذه الدراسة ذات تصميم لا يسمح بالخروج بإستدلالات سببية على الإطلاق.

ومن هذه النتائج معاً، يتضح أن إنتشار الإضطرابات النفسية بين أوساط المشردين يرجع غالباً لعوامل مختلفة؛ من أبرزها ضعف الموارد المالية الذي يقابله عدم توافر السكن الرخيص. وأنه لا يوجد على ما يبدو أدلة علمية كافية لدعم الإفتراض بأن الإضطراب النفسي هو سبب التشرّد، مع كونه ربما مُسهماً في حصوله. ويبدو بناءً على النتائج البحثية انه قد يمكن خفض مستويات التشرّد لدى المرضى النفسيين بتوفير إمكانات السكن والدعم المالي والإجتماعي لهم.

1-4: الدراسات الوبائية التي تناولت التشرّد والإضطراب النفسي

ينبغي التمييز بين نوعين من المعلومات فيما يتعلق بإنتشار ظاهرة التشرّد. يختص النوع الأول بتقدير مستوى إنتشار الإضطرابات النفسية لدى المشردين، فيما يختص النوع الثاني بتقدير مستوى إنتشار التشرّد بين المرضى النفسيين. ورغم ما قد يظهر من تماثل بين هذين النوعين، إلا أن هناك فرق في تفسير نتائج كل نوع

وطرق الإفادة منه. فليس كل مشرد هو مريض نفسي وليس كل مريض نفسي هو مشرد. وعموماً يمكن القول بأن النوع الأول يميل لأن يكون أكثر فائدة للمؤسسات المتخصصة بتقديم الرعاية للمشردين بغض النظر عن فئاتهم المختلفة؛ فيما يميل النوع الثاني لأن يكون أكثر فائدة للمؤسسات المعنية بتقديم خدمات الرعاية النفسية في المقام الأول، كالمستشفيات. مع إمكانية إفادة كل طرف من النوعين معاً، وإن بمستويات متفاوتة.

أمر آخر ذو علاقة بالتشرد لدى المرضى النفسيين هو تحديد عوامل الخطورة (Risk factors) المرتبطة بالتشرد لدى هذه الفئة. عرفت منظمة الصحة العالمية عوامل الخطورة بأنها أي خصائص أو مكونات أو ظروف تعرض خاصة بالفرد ترفع من احتمالية تعرض هذا الفرد للمرض أو الإصابة. وذكرت من الأمثلة على عوامل الخطورة الخاصة ببعض الأمراض: قلة الوزن وارتفاع ضغط الدم وتعاطي الكحول والتدخين (World Health Organization, 2016). ويعرف المركز الامريكى للتحكم بالأمراض⁷ والوقاية مُحددات الامراض (Determinants)، والتي يبدو أنه لا يُفرق كثيراً بينها وبين عوامل الخطورة، بأنها: أي عامل، سواءً كان حدثاً أو خاصيةً أو أي وحدة قابلة للقياس، يُحدث تغييراً ما في شأن صحي أو أي خصائص مُحددة أخرى⁸ (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012, pp. 1-3). وفي تعريفه عوامل الخطورة الصحية، وهو يماثل التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية كما ورد اعلاه، يميز المركز الأسترالي للصحة والرفاه⁸، وهو يتبع للحكومة الأسترالية، بين نوعين من عوامل الخطورة الصحية: عوامل الخطورة السلوكية (Behavioural) وهي تلك العوامل التي تكمن القدرة الأكبر على إحداث تغيير فيها عند الشخص نفسه، وعوامل الخطورة الحيوية الطبية (Biomedical) وهي ذات علاقة بجسم الشخص وكثيراً ما تتأثر بعوامل الخطورة السلوكية (Australian Institute of Health and Welfare, 2016).

7 \ Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

8 \ Australian Institute of Health and Welfare.

وبعبارات أخرى قياساً على ما سبق، تمثل عوامل الخطورة كل ما يثبت وجود علاقة بينه وبين المتغير المُستهدف، سواءً كان هذا المتغير صحياً أو نفسياً أو إجتماعياً. أما طبيعة هذه العلاقة فهي تتغير بتغير المنهج المُستخدم في التحقق من هذه العلاقة. ففي الدراسات الوصفية أو القائمة على جمع الملاحظات (Observational) بمختلف أنواعها (مثلاً: Cohort study أو Case-control study أو Cross-sectional study) لا تمثل عوامل الخطورة أسباباً لحصول الظاهرة التي ترتبط معها؛ بينما في الدراسات التجريبية يصح إعتبار هذه العوامل أسباباً، اما كافية أو ضرورية أو كليهما (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012; David C. Giles, 2004).

وفيما يتعلق بالتشرد لدى المرضى، فيُقصد به تلك المتغيرات الديموغرافية أو السريرية أو الشخصية التي غالباً ما تتزامن مع انخراط المرضى في التشرد. وهي وإن لم تكن عوامل سببية بالضرورة، إلا أنها مفيدة جداً لتخطيط خدمات الصحة النفسية التي تصمم لرعاية المرضى النفسيين، ولتحديد أكثر دقة وأقل كلفة للمرضى الأكثر احتمالية للتشرد. وفيما يلي إستعراض مقتضب لأهم نتائج الدراسات التي تناولت كل من هذه القضايا.

1-4-1: التشرد لدى المصابين بإضطرابات نفسية: الإنتشار والخصائص السريرية والديموغرافية

هناك دعم بحثي كبير يدعم القول بوجود مستويات إنتشار عالية للتشرد في أوساط المرضى النفسيين بالمقارنة مع بقية أفراد المجتمع. أظهرت دراسة تتبعت 10340 مريضاً نفسياً من المُشخصين بالفصام أو الإكتئاب أو الإضطراب ثنائي القطب لمدة سنة كاملة، أظهرت أن 15 % منهم قد تعرض للتشرد خلال فترة المُتابعة (Folsom et al., 2005). كما يظهر أن لدى المرضى النفسيين المُشردين بالمقارنة مع المرضى النفسيين غير المُشردين معدلات إنتشار أعلى للإضطرابات الذهانية. ففي دراسة إجراها باحثون فرنسيون هدفت لتحديد مدى إنتشار الإضطرابات الذهانية لدى المرضى النفسيين المُشردين بالمقارنة مع المرضى من غير

المشردين، تم رصد كل الحالات التي وفدت إلى بعض مراكز طوارئ الطب النفسي هناك لمدة ستة أشهر، ومن ثم حصر المرضى من الفئتين والمقارنة بينهم. وجاءت النتائج بأن ما نسبته 32.7 % من المشردين كان لديهم إضطراب ذهاني واحد على الأقل، في مقابل 15.7 % من غير المشردين كان لديهم هذا الإضطراب (Cougard et al., 2006).

وفي دراسة تتبعية أخرى، قام ران ورفاقه (Ran et al., 2006) بمتابعة 500 مريض بالفصام لمدة 10 سنوات، ووجدوا أن مانسبته 7.8 % (39 مريضاً) منهم قد تعرضوا للتشرد، أي ما يعني 0.9 من كل 100 مريض. و بإستخدام ذات المنهج الطولي التبعي، أشارت دراسة أخرى إلى أن 20 مريضاً (7.6 %) من أصل 263 مريضاً نفسياً تمت متابعتهم لمدة ثلاثة أشهر قد أصبحوا مشردين لاحقاً (Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer, & Walkup, 1999). وكذا أشارت دراسة هيرمان (Herman) ورفاقه إلى أن 15 % من المرضى النفسيين الذين تتبعوهم لمدة 24 شهراً بعد المقابلات الأولية قد ظهرت عندهم نوبة تشرد واحدة على الأقل، إما قبل إدخالهم للمستشفى النفسي لأول مرة (تلثي العينة) أو خلال فترة المتابعة، ولم يكن ثمة فروق جوهرية بين مختلف الفئات المرضية في احتمالية التعرض للتشرد (Herman, Susser, Jandorf, Lavelle, & Bromet, 1998) الأمر الذي قد يوحي بأن التشرد ليس مقصوراً على المصابين بإضطراب نفسي بعينه، و إنما الجميع.

وفي ذات السياق، أجري تحليل ثانوي لملفات 16247 مريضاً من المحولين للمستشفيات النفسية في سويسرا خلال المدة من 1998 إلى 2001، وأظهرت النتائج أن 1.6 % منهم كانوا مشردين، وأن لدى هؤلاء المشردين من المرضى، بالمقارنة مع المرضى النفسيين غير المشردين، معدلات إنتشار أعلى لإضطرابات تعاطي المخدرات و إنتشار مماثل نسبياً للإضطرابات الذهانية، و أخيراً مستويات أقل من الإضطرابات النفسية

عضوية المنشأ و الإضطرابات الوجدانية (Lauber, Lay, & Rossler, 2005). ويلاحظ هنا تدني نسبة الإنتشار التي حددتها هذه الدراسة الأخيرة إذا ما قورنت بما حددته بقية الدراسات، الأمر الذي عزاه الباحثون إلى ارتفاع مستوى جودة الخدمات الصحية في سويسرا، إذ عُدَّ نظامها الصحي كثاني أفضل نظام صحي في العالم.

وفي دراسة تتبعية لمجموعة من المراهقين (ن = 83) بعد انتهاء إقامتهم في مستشفى نفسي، وجد (Embry, Stoep, Evens, Ryan, & Pollock, 2000) ورفاقه أن قرابة ثلث هؤلاء قد تعرضوا لنوبة تشرد واحدة على الأقل خلال الخمس سنوات التالية لخروجهم من المستشفى؛ وتزداد إحصائية تعرضهم للتشرد بوجود تاريخ من تعاطي العقاقير لديهم بالمقارنة مع من لديهم هذا التاريخ، بينما ارتبط وجود إضطراب تفكير (thought disorder) عكسياً بالتعرض للتشرد بعد الخروج من المستشفى.

ويبدو أن وجود تضرر عام في الوظائف العصبية الدماغية (Neurocognitive Impairment) أمر شائع لدى المرضى النفسيين الذين مروا بخبرة التشرد. فقد أظهرت إحدى الدراسات وجود هذا العطب لدى ما نسبته 71.5% من مجموع 1500 مريض؛ وكان هذا العطب ظاهراً على وجه الخصوص في إختبارات التذكر (recall) وسرعة المعالجة (Processing speed)، والتعلم اللفظي (Verbal Learning)، والاداء التنفيذي (Executive performance)؛ ولم يظهر أن لمتغير مدة التشرد إسهام جوهري في تفسير الأداء الذهني لدى كافة أفراد العينة بشكل مستقل عن المتغيرات الديموغرافية والسريرية (Stergiopoulos et al., 2015).

1-4-2: الإضطراب النفسي لدى المشردين: الإنتشار والخصائص السريرية والديموغرافية

أما فيما يتعلق بإنتشار الإضطراب النفسي لدى المشردين عموماً، فجاءت نتائج الدراسات بمعدلات عالية نسبياً، وإن لم تكن مُتسقة بالضرورة فيما بينها. ففي أحد أهم التقارير البحثية في هذا السياق، قام فازل (Fazel) ومجموعة من الباحثين في 2008 بمراجعة منتظمة (Systematic Review) لنتائج الدراسات

التي تناولت إنتشار الإضطرابات النفسية عند المشردين في البلدان الغربية (الولايات المتحدة و أوروبا و أستراليا) والمنشورة بين عامي 1966 و 2007، و خلصوا إلى 29 دراسة فقط هي التي استوفت محكات التضمنين التي اعتمدها. وبتحليل نتائج هذه الدراسات، والتي تضمنت ما مجموعه 5684 مشرداً، استخرجوا النتائج التي يعرضها الجدول رقم (1) أدناه.

جدول (1) : معدلات إنتشار بعض الإضطرابات النفسية لدى فئات المُشردين عند (Fazel et al., 2008)

ملحوظات	معدل الإنتشار الجمعي	معدلات الإنتشار المنشورة	الإضطراب
28 دراسة	12.7 %	42.3 % - 2.8 %	الإضطرابات الذهانية
	11.4 %	40.9 % - 0.0 %	الإكتئاب الجسيم
14 دراسة، تضمنت 2413 مشرداً	23.1 %	71.0 % - 2.2%	إضطرابات الشخصية
10 دراسات تتضمنت 1791 مشرداً (ذكور فقط)	37.9 %	58.1 % - 8.5 %	الإعتماد على الكحول
7 دراسات (ذكور فقط)	24.4 %	54.2 % - 4.7 %	الإعتماد على المخدرات
دراسة واحدة تضمنت 33 مشردة (إناث فقط)		24.2 %	الإعتماد على المخدرات

ونلاحظ من هذا الجدول أعلاه أن معدلات الإنتشار لخمس من الإضطرابات النفسية الرئيسة قد تراوحت من 37.9 % للإعتماد على الكحول إلى 11.4 % للإكتئاب؛ وهذه بلا شك معدلات إنتشار عالية (S. Fazel, V. Khosla, H. Doll, & J. Geddes, 2008).

وفي دراسة أخرى موسعه، قام مجموعة من الباحثين الدانماركيين بإستقصاء لوجود إضطرابات نفسية في بيانات المواطنين الدانماركيين المُقيدة بياناتهم في السجل الوطني الدانماركي للتشرد وتزيد أعمارهم عن 16 سنة وذلك بين عامي 1999 و 2009، وبلغ عددهم 32711 مشرداً. وجاءت نتائج التحليل بوجود إضطرابات نفسية عموماً لدى ما نسبته 62.4 % من الذكور (114381 مشرداً) و 58.2 % من الإناث (5632 مشردة)؛ في حين كان هناك إنتشار مرتفع لإضطرابات تعاطي المواد تحديداً لدى كل من الذكور (11286)

بنسبة 49%) و الإناث (3564 بنسبة 36.9%) (Nielsen, Hjorthoj, Erlangsen, & Nordentoft, 2011). وخرجت دراسة أخرى بأن ما نسبته 60.2% من عينة من مشردين لديهم إضطرابات نفسية، دون أن يسبق لهم أن تلقوا خدمات الطب النفسي على الإطلاق (Ganesh, Campbell, Hurley, & Patten, 2013).

وفي دراسة ألمانية، ظهر وجود إضطراب نفسي لدى 71% من عينة من المشردات؛ 43% كان لديهم إعتقاد أو تعاطي عقاقير، 35% لديهم قلق، 12% فصام؛ وظهر وجود تصاحب (أكثر من إضطراب) لدى 35% من العينة؛ وظهر للباحثين احتمال إسهام تمنع أفراد العينة عن طلب المساعدة في ظهور نوبات التشرد المبكرة (Torchalla et al., 2004).

وفي اليونان، ولدى عينة حجمها 254 من المشردين جُمعت من ملاجئ المشردين وأماكن تقديم الطعام لهم ومن الشوارع؛ متوسط أعمارهم 51 سنة، اغلبهم ذكور، 27% يعيشون بالشوارع، والسواد الأعظم منهم غير متزوجين أو منفصلين، وبمستوى تعليمي منخفض إجمالاً؛ وُجد معدل إنتشار للإضطرابات النفسية يبلغ ثلاثة أضعاف ما هو مُستخرج سابقاً في مجتمع مدينة الدراسة، إذ بلغ 56.7%، مع معدل تصاحب يبلغ 27%، وكانت أكثر الإضطرابات إنتشاراً هي الإضطرابات المزاجية (16%) والذهانية (13%)، فيما لم يظهر ارتفاع لمعدلات إنتشار إضطرابات الإعتقاد على الكحول والعقاقير (Michael G. Madianos et al., 2013). ويبدو أن طبيعة الإضطراب النفسي المُصاحب للتشرد لا تؤثر فقط في طول مدة التشرد وشدته وحسب، ولكن يمكن لها أيضاً أن تُسهم في تحديد مآلات التشرد. ففي دراسة طولية بريطانية، هدفت من ضمن أهداف أخرى، إلى تقدير إنتشار الإضطرابات النفسية لدى 90 من المشردين صغار العمر (16-23 سنة)، وتحديد الفئات التشخيصية الشائعة لديهم؛ خرجت النتائج بمعدل إنتشار للإضطرابات النفسية قدره 93% لأي إضطراب

نفسى ظهر عبر الحياة (Lifetime) و88% لوجود اضطراب نفسى حالى (Current) (Hodgson,) (Shelton, & van den Bree, 2015).

وفى ذات السياق، أظهرت مقارنة بين المشردىن (ن = 166) وغير المشردىن (ن = 117) من مرابعى عىادة نفسىة جُمعت بىاناتهم تباعاً خلال عامىن، أظهرت ان المشردىن يغلب أن يكونوا من الأقلىيات العرقىة؛ وفى نىةة مفارقة، وجدوا أن النساء المشردات يغلب علىهن ان يكن أصغر عمراً وأفضل تعلیماً بالمقارنة مع النساء غير المشردات. وفىما لم يجد الباحثون فروقاً جوهرىة بىن المشردىن وغير المشردىن فى معدلات إنتشار اضطرابات الفصام وثنائى القطب والجسدنة (Somatization)، وجدوا ان معدل إنتشار الإكتئاب أعلى لدى الرجال غير المشردىن بمعدل أربعة أضعاف وجوده لدى الرجال المشردىن.

وفىما تزداد إىتمالىة التشىىص بإضطراب تعاطى الكحول لدى الرجال المشردىن مقارنةً مع غير المشردىن بمستوى جوهرى، تزداد إىتمالىة التشىىص بإضطراب تعاطى العقاقىر بمستوى أعلى لدى النساء المشردات مقارنةً بغير المشردات. وعموماً، اتضح للباحثىن ان كلا الجنسىن من المشردىن أكثر إىتمالاً لاستىفاء تشىىص اضطراب الشىىصىة المضادة للمجتمع بالمقارنة مع غير المشردىن، فىما ظهرت معدلات أعلى لإنتشار بقىة اضطرابات الشىىصىة لدى فئة الرجال غير المشردىن بالمقارنة مع نظرائهم من الرجال المشردىن. وبىنما كانت معدلات إنتشار اضطرابات الشىىصىة عامةً لدى النساء المشردات أعلى من معدلاتها لدى غير المشردات، لم يتضح وجود مثل هذه الفروق بىن الرجال من الفئتىن. وبمقارنة البىانات الدىموجرافىة والسرىرىة لهذه العىنة مع بىانات عىنة اوسع (ن = 900) من مجتمع نفس المدىنة للتأكد من حُسن تمثىلها للمجتمع، وجد الباحثىن تماثلاً كبىراً فى البىانات بىن العىنتىن، باستثناء تشىىص اضطراب الشىىصىة المضادة للمجتمع، والذى وُجد أنه أكثر إنتشاراً لدى العىنة المُستخدمة فى هذه الدراسة. وعلى ضوء هذه النىائج، بوىى

الباحثين بضرورة الأخذ بالإعتبار ما إذا كان الشخص مشرداً أو قد تعرض للتشرد عند تقديم الخدمة النفسية له (North, Thompson, Pollio, Ricci, & Smith, 1997).

1-4-3: عوامل خطورة التعرض للتشرد

بالرغم من أهمية التعرف على مستوى انتشار التشرد عند المرضى النفسيين كقيمة رقمية مُطلقة، إلا أنه لا يكفي لوحده بمعزل عن التعرف على العوامل التي ترتبط في تفاقم أثر التشرد لديهم، وتوفّر وصفاً أكثر دقة لمن هم مُعرضون للتشرد أكثر من غيرهم من المرضى النفسيين، فمن الضروري تعيين عوامل خطورة التشرد. وكما ورد آنفاً، فتنوع هذه العوامل في طبيعتها ومحتواها وكذا شدة تأثيرها أو إسهامها.

ويمكن، على غرار التصنيف الإسترالي (Australian Institute of Health and Welfare, 2016) ودراسات عوامل خطورة التشرد (e.g., C. L. M. Caton et al., 2005; van den Bree et al., 2009) تصنيف عوامل خطورة التشرد تحكيمياً إلى فئتين: الأولى تتضمن عوامل الخطورة السريرية، وتعني كل ماله علاقة بالصورة السريرية للإضطراب عند المريض (كشدة الأعراض، ونوعها، وعدد النوبات، والفئة التشخيصية...الخ)؛ والثانية تتضمن عوامل الخطورة الديموغرافية (كالجنس أو العمر أو مستوى التعليم...الخ).

ومن العوامل السريرية للخطورة الخاصة بالتشرد لدى هذه الفئة؛ تعاطي المخدرات و/أو الكحول. وهذا ما أشارت له العديد من الدراسات، كدراسة (Olfson et al., 1999) التي وجدوا فيها أن المرضى النفسيين ممن كان لديهم تاريخ تعاطي مخدرات كانوا أكثر عرضة للتشرد من غيرهم؛ وكذا أشارت دراسات أخرى لمثل هذه النتيجة (C. L. Caton et al., 1995; Cougnard et al., 2006; Folsom et al., 2005).

وبالنسبة لمرضى الإضطرابات الذهانية تحديداً، فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن المستوى المرتفع من الأعراض السلبية قد يتنبأ بمن سيتعرضون لاحقاً للتشرد (Herman et al., 1998)، وأخيراً فقد عُدَّ وجود

أكثر من اضطراب نفسي لدى المريض من عوامل الخطورة السريرية للتشرد (APA, 2010; Herman et al., 1998). وأرتبط إزمان التشرد (Chronicity) بزيادة عدد أعراض اضطراب تعاطي الكحول والبدائية المبكرة لظهور اضطراب تعاطي العقاقير والإصابة وكذلك عدد أعراض اضطرابات الفصام والشخصية المضادة للمجتمع، وكذلك البداية المبكرة لاضطرابات الإكتئاب والمسلك. أما إنخفاض مدة التشرد فقد ارتبط بارتفاع مستوى التعليم، بينما لم يبدو أن لوجود تاريخ من المشاكل الأسرية دور في ذلك (North, Pollio, Smith, et al., 1998).

وتم التحقق من مدى إسهام متغيرات تشخيص اضطراب شخصية وتشخيص إساءة استخدام العقاقير (Drug abuse)، مستقلين و/أو مجتمعين معاً كتشخيص ثنائي مُصاحب (Dual diagnosis) كعوامل خطيرة للإصابة بالتشرد، وكذا العلاقات التفاعلية بين هذه المتغيرات كعوامل خطيرة؛ وجاءت النتائج بأن وجود تشخيص مزدوج (تصاحب) لتعاطي العقاقير مع اضطرابات الشخصية يضاعف خطر التعرض للتشرد بمعدل سبع مرات، بينما يضاعف وجود تشرد مع اضطراب شخصية من خطر الإصابة بتعاطي العقاقير بمعدل 13 مرة؛ وفي نتيجة لافتة، أتضح للباحثين أن لاضطرابات الشخصية دور أساسي ومستقل كعامل خطيرة، إذ بدى أن إنتشار هذا الإضطراب مستقل عن الإرتباط بين التشرد وتعاطي العقاقير. وإجمالاً، يقترح الباحثون فرضيةً لتفسير العلاقة بين هذه المتغيرات فحواها أن اضطرابات الشخصية ترفع من احتمالات تعاطي العقاقير، بينما قد تتفاقم بفعل هذا التعاطي لاحقاً. وخلصوا في دراستهم إلى أن تصاحب اضطرابات الشخصية مع تعاطي العقاقير يمثل عامل خطيرة للتشرد، وقد يرتبط بمآل سيء لدى المشردين، وأن تصاحب اضطرابات الشخصية مع التشرد يمثل عامل خطيرة حقيقي لتعاطي العقاقير (Combaluzier, Gouvernet, & Bernoussi, 2009).

كما أظهر هودقسون وآخرين (2015) انه أمكن باستخدام التحليل العنقودي (Cluster Analysis) تقسيم عينة من 90 مشرداً صغيراً ممن لديهم إضطرابات نفسية إلى ثلاث مجموعات متميزة جوهرياً وفقاً لمستوى صحتهم النفسية: أ) من لديهم مشاكل نفسية طفيفة، ب) من لديهم مشاكل مزاجية (Mood) ومشاكل في تعاطي المواد ومشاكل المسلك (Conduct disorder)، ج) من لديهم مشال إضطرابات الشدة التابع للصدمة (PTSD) والمزاج والقلق؛ حيث تمايزت هذه المجموعات الثلاث عن بعضها البعض في مؤشرات استقرار الأعراض النفسية والاستفادة من الخدمات المتاحة لهم وخطر الإنتحار، إلا أنهم كانوا سواء فيما يتعلق بتغير ظروف السكن (Hodgson et al., 2015). ومع أهمية هذه الدراسة نظراً لمنهجيتها الطولية، إلا أن عدم وجود مجموعة ضابطة من المشردين غير المصابين بالإضطراب النفسي يُضعف من ثقتنا بالإستنتاجات التي خرجت بها بين فئات الإضطراب النفسي والمُخرجات (Outcomes) المُقاسه.

وفي دراسة أمريكية طولية باستخدام عينة مجتمعية (Population-based) مُمثلة حجمها (10.433) من المراهقين، قدر الباحثين مدى الإرتباط بين عدد من عوامل الخطورة (وهي مشاكل المزاج، مشاكل تعاطي العقاقير، الجنوح، سمات الشخصية، مشاكل جودة العلاقات العائلية، مشاكل جودة العلاقات مع الجيران، مشاكل التوافق المدرسي، الإلتناء الديني، النزوع للعنف، والتعرض للأذى) والتشرد، وذلك على فترتين، الأولى حينما كانت اعمار العينة 11-18 عاماً، والثانية حينما بلغوا 18-28 عاماً؛ لمعرفة أي عوامل الخطورة أقدر على التنبؤ بالتشرد ومتغيراته والأهمية النسبية لكل منها. وجاءت نتائج تحليل الإنحدار (Regression analysis) بأنه بالرغم من الإرتباط بين كل عوامل الخطورة المدروسة والتشرد، إلا أنه بدا أن ثلاث عوامل خطورة فقط هي التي كانت قادرةً على التنبؤ بالتشرد على نحو مُستقل، وهي مشاكل التوافق المدرسي وكان أعلاها قدرةً على التنبؤ بالتشرد، يليه التعرض للأذى واخيراً مشاكل جودة العلاقات العائلية.

ومن جانب آخر، لم تُظهر الأعراض الجسدية (Somatic symptoms) والإعراض الإكتئابية قدرة جوهرية على التنبؤ بالتشرد بشكل مُستقل، إلا انها قد اقتربت من ذلك كثيراً إذ كان مستوى الدلالة الإحصائية هامشياً (06). (van den Bree et al., 2009).

وهدفت متابعة طولية أخرى (Longitudinal) إلى تعيين عوامل الخطورة للتشرد طويل المزمّن، حيث قام الباحثون بإجراء مقابلات مع 377 ممن أُدخلوا إلى ملاجئ المشردين في مدينة نيويورك بين عامي 2001 و2002؛ وذلك على ثلاث فترات تمت الأولى بمجرد دخولهم للملاجئ، واستمروا في إجراء المقابلات للمتابعة كل ستة أشهر لمدة سنة ونصف. وتضمن هذا التقييم قياساً مُقتناً لوجود اضطراب نفسي وأعراض الإضطراب النفسي ومهارات التعايش (Coping Skills) والتاريخ الإجتماعي والعائلي وكذلك مستوى الاستفادة من الخدمات الصحية. وبإنهاء فترة المتابعة وجمع البيانات، وجد الباحثون ان 19% من العينة استمروا على التشرد، بينما عاد 81% للإستفادة من خدمات الإسكان المجتمعية خلال فترة المتابعة؛ وقد أرتبط قصر مدة التشرد جوهرياً بصغر العمر وتوفر العمل والدخل ومهارات التعايش الجيدة والدعم العائلي وعدم وجود تاريخ من إساءة إستخدام العقاقير أو التاريخ الجنائي. فيما أظهرت النتائج أن طول مدة التشرد ترتبط جوهرياً بتقدم العمر ووجود تاريخ جنائي (C. L. M. Caton et al., 2005).

ومن العوامل الديموغرافية للخطورة أيضاً؛ كون المريض ذكراً، وأعزباً، وعدم وجود دخل مادي مستقر، وعدم الاستقرار السكني، ووجود تاريخ عائلي من الإضطراب النفسي، وصغر العمر، والتعليم المنخفض، وسكنى المدينة في مقابل الهجر أو الأرياف أو المدن الصغيرة، والدعم الأسري المنخفض (C. L. Caton et al., 1995; Cougnard et al., 2006; Lauber et al., 2005; Ran et al., 2006).

وكما ورد سابقاً، لا يمكن أن يُنظر لعوامل الخطورة هذه، السريرية والديموغرافية، على أنها عوامل سببية بالضرورة وإن كانت ربما تتطوي على ذلك. فالمناهج البحثية المستخدمة في أغلب الدراسات لاتخول الخروج بعلاقات سببية بين هذه العوامل ومستوى التشرد المُشاهد. إذ يغلب عليها كونها دراسات مقارنة Cross . sectional، أو دراسات طولية Longitudinal تضمنت تتبّعاً لمجموعات من المرضى ولكن دون أن تتضمن مجموعات ضابطة Control تمكننا من تحييد أثر الزمن وتفسير النتائج تفسيراً سببياً. فلا تتلافى مثل هذه الدراسات إحصائية كون التشرد الذي ظهر على المرضى عبر الزمن مجرد نتاج لمتغيرات أخرى قد يتأثر بها حتى من ليس لديه مرض نفسي كالأزمات الإقتصادية الوطنية مثلاً (David C. Giles, 2008).

كما أن طبيعة العلاقة بين التشرد والمرض النفسي تتطوي نظرياً على تعقيدات كثيرة. فقد لا تكون هذه العلاقة خطية أو مباشرة بينهما. إذ على الرغم من معقولية الإفتراض النظري القائل بأن المرض النفسي قد يظهر كنتيجة للتشرد كخبرة ضاغطة، حسب نموذج الإستعداد/التعرض (Diathesis\Stress model) (Barlow & Durand, 2015)، أو أنه ربما يتفاقم بسببها؛ فمن الممكن أيضاً، وبنفس مستوى الدقة نظرياً، الإفتراض كذلك بأن المرضى النفسيين هم أكثر عرضة من غيرهم للتشرد، نظراً لطبيعة المرض النفسي و حاجات هؤلاء المرضى و مقتضيات رعايتهم (APA, 2010; Australia, 2011).

1-4-4: تعقيب وخلاصة

نلاحظ فيما سبق من نتائج وجود بعض التباين في معدلات الإنتشار التي تقررها هذه الدراسات، سواء تلك التي تتناول التشرد عند المرضى النفسيين أو العكس، وهذا ما لاحظته كذلك عدة تقارير بحثية (Australia, 2011; Chondraki, Madianos, & Papadimitriou, 2012a; S. Fazel et al.,) (2008; Herrman, 2008). وقد يعود هذا إجمالاً إلى جملة من الأسباب منها؛ (1) إختلاف المحكات التشخيصية المستخدمة، حيث استخدمت بعض الدراسات تصنيف منظمة الصحة العالمية (ICD.10)، بينما

استخدم بعضها الآخر محكات أخرى كالنسخ المختلفة لتصنيف رابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM)، أو حتى محكات أخرى أقل إنتشاراً؛ (2) اختلافات في تعاريف التشرد؛ (3) اختلافات حقيقية بين البلدان.

فلاحظ فازيل ورفاقه (2008) مثلاً أن مجمل الدراسات المُجرّاة في البلدان الأوروبية قد اتفقت إجمالاً على إنتشار إضطرابات تعاطي الكحول والمخدرات بين المرضى النفسيين المشردين، بشكل أكثر من إنتشار الإضطرابات الذهانية، الأمر الذي يعود حسب رأيهم إلى إنخفاض كلفته المادية و سهولة الحصول عليه في هذا البلدان (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Seena Fazel et al., 2008).

ويبدو ان قدراً من التباين في تقدير مستويات إنتشار الإضطراب النفسي لدى المشردين، وربما حتى إنتشار التشرد لدى المصابين بالإضطرابات النفسية إلى حدٍ ما، يكمن في تقييم وتشخيص الإضطراب النفسي. ففي دراسة قارنت بين تقييم الإضطراب النفسي عند المشردين بإستخدام مقابلة بحثية مقننة (Diagnostic Interview Schedule (DIS) في مقابل التقييم/التشخيص العيادي (Clinician Assessment)، اتضح ان نتائج المقابلة التشخيصية المقننة قد خفضت على نحو غير دقيق من معدلات تشخيص إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality Disorder)، بينما ضخمت من معدلات تشخيص إضطراب الإكتئاب الجسيم؛ بينما كانت الفروق في معدلات التشخيص بين طريقتي التشخيص طفيفة لاضطرابي الفصام وتعاطي الكحول؛ وفيما يتعلق بإضطراب تعاطي العقاقير، والذي يكثر انتشاره لدى المشردين، فقد كان معدل الإتفاق بين الطريقتين التشخيصيتين مختلفاً بشدة، ما قد يعني أن المقابلة التشخيصية المقننة قد تخطأ في تصنيف هذه الإضطراب وتعيين وجوده لدى هذه الفئة (North, Pollio, et al., 1997). وقياساً على نتائج هذه الدراسة، كما ينبه الباحثون، فربما ينبغي إعادة النظر في السياسات والتدخلات التي صممت لفئة المشردين ممن لديهم إضطراب نفسي، إذ إنها ربما لا تتلاءم مع واقعهم كونها أسست على معطيات غير دقيقة عنهم.

2: مشكلة الدراسة

كما ورد آنفاً، تُعد خبرة التشرّد أحد المتغيرات الإجتماعية الهامة في فهم و إدارة و علاج الإضطرابات النفسية، لاسيما الشديدة منها (American Psychological Association, 2010). إذ تتفق أغلب الدراسات الوبائية التي تناولت إنتشار الإضطراب النفسي عند المُشردين أو العكس، تتفق على أنهم أكثر إحتمالية للإصابة بالإضطراب النفسي من بقية أفراد المجتمع، خاصةً إضطرابات تعاطي أو الإعتقاد على الكحول أو المخدرات أو الإضطرابات الذهانية، كما أن معدل إنتشار الإضطرابات النفسية بشكل عام لديهم تفوق نظيراتها لدى غيرهم (S. Fazel et al., 2008; Gadit, 2011; Lincoln, Plachta–Elliott, & Espejo, 2009). وعُدّ التشرّد أحد عوامل الخطورة التي ترتبط بمآلات أكثر سوءاً عند المصابين بالإضطرابات النفسية؛ ومن ذلك طول أمد إصابتهم بالإضطراب، و تكرار نوبات الأعراض لديهم وشدتها، وكذلك مدى تعرضهم للعنف والجريمة (APA, 2010; Fischer, Shinn, Shrout, & Tsemberis, 2008; Herman et al., 1998; McQuiston, Gorroochurn, Hsu, & Caton, 2013; Zapf, Roesch, & Hart, 1996).

ومع التأكيد على أهمية أخذ ظاهرة التشرّد بالإعتبار عند التخطيط لبرامج الصحة النفسية العلاجية والوقائية، يبقى هذا الأمر عصياً على التنفيذ مالم تتوفر بيانات وبائية مفيدة لتحديد مدى انتشاره وعوامل الخطورة الخاصة به. وهنا لا يمكن الإكتفاء بالبيانات المنشورة سابقاً والتي جُمعت من بلدان مُختلفة على الرغم من أهميتها. فهناك طيف واسع من الفروق الثقافية التي تجعل من مثل هذه الممارسة أمراً مضللاً، ومصدراً مُحتملاً لهدر الموارد البشرية والمادية. فحتى بين البلدان الغربية، جاءت معدلات الإنتشار متباينة بشكل

ملحوظ، بالرغم من أوجه التماثل التي لا يمكن تجاهلها بين ثقافات هذه المجتمعات (Chondraki et al., 2012a; S. Fazel et al., 2008; Herrman, 2008).

وفي هذا السياق، وتعقيباً على هذا التباين الملاحظ بين الدراسات الغربية؛ خلص فازيل ورفاقه إلى أنه لا يمكن الركون إلى البيانات المنشورة في بلدان مختلفة في تخطيط خدمات الصحة النفسية المقدمة للمشردين في بلد بعينه نظراً للتباين الحاد بينها من جهة، و إختلاف طبيعة العوامل المؤثرة على هؤلاء المرضى من بلد إلى آخر من جهة أخرى؛ و أن البديل الذي ينبغي الإعتماد عليه في التخطيط لهذه الخدمات هو الدراسات المُجرّاة في البلد بعينه أو حتى في الأقليم المُستهدف من هذا البلد (S. Fazel et al., 2008). وتتفق هيرمان Herman معهم في هذا الرأي، إذ تذهب إلى القول بأن: "...خدمات الصحة النفسية والإسكان وكافة أشكال الدعم التي تستهدف المشردين في مجتمع ما، تتطلب القيام بدراسات مُجرّاه بعناية في هذا المُجتمع..." (Herman, 2008, P. 1642).

فإذن، والحال كذلك من أهمية تناول مستوى التشرد لدى المرضى النفسيين وعوامل الخطورة الخاصة به، وجوهريّة الإعتماد في ذلك على الدراسات الوطنية والمحلية؛ تظهر لنا مشكلة هذه الدراسة بوضوح ممثلةً في عدم وجود أي بيانات حول تقدير مستويات إنتشار التشرد لدى فئات المصابين بالإضطرابات النفسية وعوامل الخطورة المرتبطة به في المملكة العربية السعودية أو أيّاً من مناطقها المُختلفة. وهذا ما خلص إليه الباحث بعد إستعراض مُكثف لبعض قواعد البيانات المعروفة عالمياً (MEDLINE، PsycINFO، EMBASE)، وكشافي مكتبة الملك فهد الوطنية بالرياض وقاعدة بيانات مركز الملك فيصل للبحوث والتي تتضمن ثبناً بعنوانين أطروحات الدراسات العليا المُجرّاة في مُختلف جامعات المملكة، بالإضافة للبحث اليدوي في قوائم مراجع بعض الأوراق البحثية والمراجع الحديثة التي تناولت التشرد عند المرضى النفسيين. ولا يخرج

جُل ما هو منشور محلياً عن بضع لقاءات وتقارير صحفية حول الموضوع؛ ودراستين كليهما لم تهدف إلى تقدير معدلات إنتشار التشرّد لدى المرضى النفسيين. فقد هدفت الدراسة الأولى إلى التعرف على الخصائص الإجتماعية والاقتصادية والصحية للمتشردين ومفترشي الأرصفة عموماً، دون أي إشارة للمرضى النفسيين منهم (الدعجاني، 2005)؛ فيما هدفت الدراسة الثانية، من ضمن أهداف أخرى، إلى تقدير عدد المرضى النفسيين الذين تلقّت أقسام الشرطة في مدينة الرياض بلاغات عنهم كتائبهم وكذلك المقيمين في دور الرعاية الإجتماعية (المحرج، ب ت). وتسعى هذه الدراسة إلى توفير بيانات حديثة تفي بمشكلة الدراسة المعروضة آنفاً كما تتحدد بالأسئلة التالية.

3: أسئلة الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى توفير إجابات للأسئلة التالية:

السؤال الأول: ما معدل إنتشار التشرّد عبر الحياة⁹ (Lifetime Prevalence) لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض حسب التعريف الصارم والتعريف المرن للتشرّد؟ ويتفرع من هذا السؤال ثلاثة أسئلة فرعية كالتالي:

السؤال 1-1: ما معدل إنتشار التشرّد عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض عموماً؟

السؤال 1-2: ما معدل إنتشار التشرّد عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (وهي: العمر والحالة الإجتماعية والمستوى التعليمي والحالة الوظيفية والحالة الزوجية)؟

⁹ Lifetime Prevalence. ولتعريف التشرّد بنوعيه الصارم والمرن، وكذا معنى التشرّد عبر الحياة؛ انظر الجزء الخاص بمتغيرات الدراسة.

السؤال 1-3: ما معدل إنتشار التشرّد عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض وفقاً للمتغيرات السريرية (التشخيص الطبني و التصاحب Comorbidity وعدد مرات التتويم ومدة الإصابة)؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق بين من لديهم تشرّد عبر الحياة وفقاً للمحك الصارم ومن ليس لديهم على المتغيرات الديموغرافية والسريرية المدروسة؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق بين من لديهم تشرّد عبر الحياة وفقاً للمحك المرن ومن ليس لديهم على المتغيرات الديموغرافية والسريرية المدروسة؟

4. أهداف الدراسة

1. تقدير معدل إنتشار التشرّد عبر الحياة لدى الذكور المصابين بإضطرابات نفسية من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض.

2. تحديد مدى إسهام عدد من المتغيرات السريرية (التشخيص الطبني و التصاحب Comorbidity وعدد مرات التتويم ومدة الإصابة) في تفسير التعرض للتشرّد كعوامل خطورة مُحتملة، لدى العينة.

3. تحديد مدى إسهام عدد من المتغيرات الديموغرافية (العمر والحالة الإجتماعية والمستوى التعليمي والحالة الوظيفية والحالة الزوجية) في تفسير التعرض للتشرّد كعوامل خطورة مُحتملة، لدى العينة.

5. منهج الدراسة

5-1: مجتمع الدراسة:

كافة النزلاء الذكور في كل أقسام مجمع الأمل للصحة النفسية في الرياض خلال فترة جمع بيانات الدراسة، بغض النظر عن طبيعة التشخيص الطبني وشدة أو صورة الأعراض أو مدة الإقامة. ونظراً للطبيعة المتغيرة لمجتمع الدراسة بشكل يومي تقريباً، فقد تم تقدير حجمه باحتساب متوسط عدد النزلاء (أفراد

المجتمع) عبر 3 نقاط زمنية (Time Points) حُددت عشوائياً، وذلك بالإعتماد على البيانات المتوفرة رسمياً في كل نقطة. وجاء حجمه المُحتسب على هذا النحو 480 نزيل.

5-2: عينة الدراسة وخصائصها:

تكونت عينة الدراسة من 193 من النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في الرياض. تتراوح أعمارهم من 16 إلى 65، بمتوسط قدره $32.22 (\pm 9.22)$ عاماً، خطأ معياري للمتوسط: 0.66؛ (وسيط: 31، منوال: 25)، كما أتضح توزع بيانات العمر اعتدالياً. ويعرض الجدول رقم (2) لتوزيع أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية، فيما يعرض الجدول رقم (3) لتوزيعهم وكذلك الفروق بينهم في متغير التشخيص الطبني. وسيتم بيان طريقة سحب العينة في الأجزاء اللاحقة.

5-3: أداة الدراسة (المقابلة المقننة للتشرد):

5-3-1: غرض ووصف المقابلة المقننة للتشرد: صممت هذه المقابلة لأغراض هذه الدراسة، لتوفر تعيناً أكثر دقة للتشرد بمعناه الذي يقرره التعريف الذي تبنته هذه الدراسة - انظر الجزء اللاحق لتعريف التشرد - ما يوفر دقة أعلى لنتائجها (يعرض الملحق رقم 1 لهذه المقابلة). وتتكون من ثلاثة أقسام رئيسة؛ يتضمن القسم الأول بيانات عن القائم بالمقابلة ووظيفته وتاريخ إجراءاتها ورقم ملف المريض في المستشفى، وأخيراً مصدر إحالة المريض. ويختص القسم الثاني بتعيين المعلومات الديموغرافية والسريية عن الشخص، وهي العمر والعمل والحالة الاجتماعية ومحل إقامته المعتاد، والتشخيص النفسي، والتشخيصات الأخرى المصاحبة حال وجودها، وعدد مرات تنويمه، ومدة إصابته بالإضطراب النفسي؛ وهذه يستوفيهما المُقابل إما من ملف المريض أو من مصادر أخرى كالمريض نفسه أو أهله، أو بهما معاً حسب تقديره للحاجة لذلك.

أما القسم الثالث والأساسي من المقابلة، فيتضمن استقصاءً منتظماً (Systematic/Structured) لتعرض المستجيب لخبرة تشرد من عدم ذلك، وكذا تقديراً لشدة هذا التشرد كما تُقدر بعدد فترات التشرد التي مر بها وعدد أيام كل فترة. ويتضمن أسئلةً كُتبت باللهجة العامية المفهومة، إضافةً إلى تعليمات للمُقابلين أُدرجت بتحرير مختلف بعد الأسئلة (بنط ونوع خط مختلف، وتضليل). ويبدأ هذا الاستقصاء أولاً بأسئلة تهدف لتحديد "مكان الإقامة المعتاد" للشخص (الأسئلة من 1 إلى 4)، ومن ثم تحديد مدى تعرضه لنوبة تشرد كما تتكرر بإقامته خارج أماكن الإقامة المعتادة له (الأسئلة من 5 إلى 8) ثانياً، وأخيراً تحديد مدى تكرار تعرضه لخبرة التشرد (الأسئلة من 9 إلى 11) ثالثاً. تنتهي المقابلة بنموذج يتضمن عدد مرات التشرد ومدة كل منها. وتم تعيين أماكن الإقامة المعتادة في المقابلة وفقاً لتعريف محدد لذلك (أنظر متغيرات الدراسة للوقوف على تعريف "مكان الإقامة المعتاد" الذي اعتمده هذه الدراسة)، فيمكن هذا الإجراء من وضع قائمة بكل الأماكن التي تستوفي الوصف بأنها أماكن إقامة معتادة بشكل دقيق. وتستخدم الأماكن الواردة في هذه المقابلة كمحكات موضوعية للحكم على مدى إستيفاء ما يذكره الشخص لأن يوصف بأنه "تشرد" حسب التعريف المحدد له (انظر الجزء الخاص بمتغيرات الدراسة).

5-3-2: تصميم وبناء المقابلة المقننة للتشرد: وقد مر تصميم المقابلة المقننة للتشرد بعدة مراحل تدعم تمتع هذه المقابلة بمستويات ثبات وصدق مناسبة. تمثلت المرحلة الأولى بإستعراض الدراسات السابقة التي هدفت إلى تقدير التشرد عموماً، وتقديره لدى المُشخصين بإضطرابات نفسية خصوصاً؛ وذلك لغرضين: (1) الوقوف على الطرق المُتبعه لتعيين التشرد، (2) تحديد المتغيرات الديموغرافية والسرييرية ذات العلاقة. ونظراً لعدم الوقوف على أداه محددة لجمع البيانات، إذ اعتمدت الدراسات غالباً على بيانات ثانوية في تقدير التشرد، كأن تُعينه وفقاً لإقامة الشخص في ملجأ مثلاً؛ جاءت الحاجة لتصميم هذه الأداة. وفي المرحلة الثانية، صممت

المقابلة بشكلها الأولي، وعُرضت على مجموعة من أساتذة علم النفس في قسم علم النفس بجامعة الملك سعود، وذلك لتحكيمها من حيث شمولية وكفاية الأسئلة ومدى مقروئيتها. وأُعيد تصميم المقابلة وفقاً لهذا التحكيم، للخروج بالنسخة الأولى الثانية. وروجعت هذه النسخة مع مجموعة من الممارسين النفسيين (أطباء نفسيين وأخصائيين نفسيين) لتحديد مدى ملاءمتها للتطبيق ووضوحها، وعُدلت مرةً أخرى وفقاً لنتائج هذا التحكيم. وفي المرحلة الأخيرة، استخرجت النسخة النهائية من المقابلة وتم تجربتها مع عدد من المرضى النفسيين (9 مرضى) بغرض الحكم النهائي على مدى قابليتها للتطبيق، وكذا لتقدير قيمة ثباتها باستخدام طريقة ثبات الملاحظين (Inter-rater reliability)، وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل الباحثين على ثلاثة حالات. وكانت النتائج ممتازة إذ تراوحت 0.94 إلى 0.98¹⁰

ويُعد تصميم هذه المقابلة إضافةً جديدةً لأدبيات إنتشار التشرّد، إذ توفر للباحثين أداة موضوعية يمكن استخدامها لتكميم ظاهرة التشرّد والإبتعاد عن التقديرات القائمة على الإنطباعات الشخصية أو المتأثرة بتشويهاات التقرير الذاتي المحض عند المرضى والمشردين وأسرههم. كما ستقدم هذه الأداة ليس فقط تعييناً فئوياً ثنائياً فحسب (مشرّد أو غير مشرّد)، بل أيضاً تحديداً بُعدياً لمدى التشرّد لديه، وهو أمر قد يمثل إضافة هامة في هذا الموضوع.

4-5: تصميم الدراسة

صممت إجراءات جمع البيانات وفقاً لتصميم مُستعرض وارتباطي استرجاعي (Cross-sectional and Correlational Retrospective Design). وفيه تم إختيار العينة من المرضى المقيمين في موقع الدراسة، ومن ثم التحقق من مدى تعرضهم في السابق للتشرّد، وذلك بغض النظر عما إذا كانوا مُشردين حالياً

^{10/} ويقصد به مدى الإتفاق أو الإختلاف بين الملاحظين في التقديرات التي يصلون إليها. ويبلغ حده الأقصى (1) والأدنى (0).

أم لا. والمقارنة بين من تعرضوا للتشرد في الماضي ومن لم يتعرضوا في المتغيرات الديموغرافية والسريرية المدروسة، وكذا دراسة العلاقات بين التشرد وهذه المتغيرات حسب ما تورده أسئلة الدراسة. وتم اختيار هذا التصميم لإعتبارات عملية، وليس لأنه الأفضل بالضرورة.

5-5: متغيرات الدراسة

حددت المتغيرات ذات العلاقة في هذه الدراسة بالإعتماد على الأدبيات السابقة بشكل أساسي، سواء في إختيارها بعينها أو في طريقة تكميمها. وفيما يلي عرض لهذه المتغيرات وكيفية تناولها.

5-5-1: المريض النفسي

من يتم تصنيف شكاواه (الأعراض) و/أو العلامات الظاهرة عليه (العلامات) على أنها تستوفي واحدة أو أكثر من الفئات التشخيصية المحددة في أحد أنظمة التصنيف المُعتبرة في الطب النفسي كنظامي DSM أو ICD؛ بواسطة ممارس مؤهل في الصحة العقلية كالمُعالج النفسي أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي، سواء تم هذا خلال مدة البحث أو قبلها. ولأغراض هذه الدراسة، حدد المريض النفسي بأنه: **المقيم لأغراض العلاج في أحد أقسام مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض خلال فترة جمع البيانات.** وتم الإعتماد على التشخيص الذي حدده الممارسين في المجمع للمريض.

5-5-2: التشرد Homelessness

عُرف التشرد لأغراض هذه الدراسة على أنه: "بقاء الشخص خارج محل إقامته المعتاد ليوم واحد على الأقل، على ألا يكون بقاءه هذا في مكان آخر يقوم عادةً مقام مكان إقامته المعتاد، كبيت أحد أقاربه أو معارفه؛ ومن ذلك بقاء الشخص في شارع أو حديقة أو سوق أو مكان عام أو ملجأ أو مايشبه ذلك من أماكن؛ ويُستثنى من هذا تنويمه في مستشفى بناء على قرار طبي، أو الحجز في أحد أقسام الشرطة".

وحيث أن نتائج المقابلة توفر تعييناً دقيقاً لما يمكن أن يستوفي الوصف بأنه محل إقامة مُعتاد من أماكن، وكذا ما يمكن أن يكون بديلاً مقبولاً لهذه الأماكن كبيت أحد الأقارب أو المعارف، حسب محكات التضمين التي حددها تعريف التشرد اعلاه، فكل إقامة لأكثر من يوم في غير مكان/أمكنة الإقامة المُعتادة أو بدائلها المُعتبرة، تُعد تشرداً، ما لم تكن إقامةً في أحد المستشفيات بناءً على قرار طبي أو في أحد المؤسسات الأمنية.

يمثل التعريف أعلاه أداة مفيدة لتعريف التشرد، وبالتالي لتعيين من مروا بخبرة التشرد ممن لم يمروا بها. ومع ذلك، فقد خُشي من أي مواطن قصور مُحتملة لهذا التعريف. الأمر الذي سيترتب عليه، إن حصل، فقدماً لجزء من الظاهرة المدروسة (التشرد) وبالتالي الخروج بتصوير ناقص عنها. ومرد هذا الحذر ينبع من مصدرين: الأول هو حداثة بحث هذا الموضوع في المملكة العربية السعودية خاصةً، وفي الوطن العربي عامةً؛ إذ تكاد لا توجد أي بيانات عن معدلات إنتشار التشرد لدى المصابين بإضطرابات نفسية، فلا نكاد نعرف شيء عن طبيعة هذا الأمر ومتعلقاته في مجتمعاتنا؛ والثاني هو ما هو معروف علمياً عن تباين طبيعة ومتعلقات الظواهر النفسية والاجتماعية بتباين المجتمعات التي تتشكل خلالها.

وعليه، فنظراً للإعتبارات السابقة، ونظراً للطبيعة الاستكشافية لهذه الدراسة؛ فقد تم إعتداد التعريف السابق للتشرد على أنه التعريف الصارم له، مع عدم تجاهل الحالات التي يبدو أنها "بيئية" فيما يبدو أنه تشرد، وإن لم يستوف على نحو صارم محكات التضمين في التعريف الصارم. ومن ذلك مثلاً؛ أ) الإقامة أو النوم في البر، ب) الإقامة أو النوم في السيارة الخاصة أو المستأجرة، ج) الإقامة أو النوم في شقة مستأجرة أو فندق، د) الإقامة أو النوم في بيت أحد الأصدقاء، هـ) الإقامة أو النوم في استراحة أو مخيم (ملك أو بالإيجار)، و) الإقامة أو النوم في منزل أحد الوالدين حال كانا منفصلين.

فيلاحظ أن الأماكن أعلاه قد تستوفي محك كونها بديلاً معتبراً لمكان الإقامة المعتاد؛ إلا أنها وفي نفس الوقت، لا تظهر على أنها أمثلة على التشرّد، على الأقل بمعناه الكلاسيكي، فمن يمتلك القدرة المالية والشخصية على الإقامة في فندق أو إمتلاك سيارة خاصة، قد لا يكون مشرداً وإن لم يكن مقيماً في مكان إقامته المعتاد. ومع الحاجة للصرامة والحساسية التي يتبناها التعريف الصارم، إلا أن هناك حاجة للنظر في هذه الفئة دون الخلط بينهم وبين الفئة التي يخرج بها التعريف الصارم؛ وأطلق على هذا التعريف الأقل صرامةً، التعريف المرن للتشرّد.

3-5-5: الإنتشار (Prevalence)

يُعرف مُعدل الإنتشار في الأدبيات المتخصصة بأنه: "...نسبة أو مجموع الأشخاص في المجتمع ممن يوجد لديهم مرض أو خاصية معينة وذلك إما عند نقطة زمنية مُحددة (point in time) أو خلال فترة زمنية مُحددة (specified period of time) " (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC), 2012, pp. 3-16). ويلاحظ في هذا التعريف التمييز بين تقدير التشرّد تبعاً لنقطة زمنية (Point prevalence) أو فترة زمنية (Period prevalence). ومثال الأول كأن يتم تقدير معدل إنتشار مرض الفصام لدى السعوديين خلال الربع من شعبان لعام 1437، فتعطينا النتيجة مؤشراً على انتشاره خلال هذا اليوم تحديداً؛ أما الثاني فمثاله ان نُقدر الإنتشار خلال شهر شعبان كاملاً، أو خلال عام 1437 مثلاً. وفي الدراسات الوبائية لإنتشار الإضطرابات النفسية، غالباً ما يتم إستخدام تقديرات النقطة الزمنية وتقديرات الإنتشار عبر الحياة (Lifetime Prevalence). وتعني الأخيرة معدلات وجود الإضطراب عبر حياة الأشخاص بغض النظر عن متى ظهر الإضطراب أو الخاصية المدروسة. كما أنه من الشائع في هذه

الدراسات أن يتم التمييز بين معدلات الإنتشار الماضي والحاضر، أذ يغلب أن يُحصر الحاضر بفترة الستة أشهر أو السنة السابقة لجمع بيانات الدراسة، بينما يشير الماضي لكل الفترة السابقة لذلك.

ويجدر هنا التنبيه على الفرق بين مفهومي الإنتشار (Prevalence) والوقوع (Incidence)، وكليهما من المصطلحات الأساسية في الدراسات الوبائية. والتمييز بينها في أنه بينما يهتم الإنتشار بتقدير معدل من يوجد لديهم المرض بغض النظر عن تاريخ حصوله، يختص الوقوع بتقدير الحالات الجديدة لهذا المرض خلال الفترة التي يشملها، وقد يكون الوقوع إما وفقاً لنقطة زمنية محددة أو فترة زمنية مُحددة.

ولأغراض هذه الدراسة، سيتم تقدير إنتشار التشرّد عبر الحياة (Lifetime Prevalence) ليعني: مدى تعرض الشخص للتشرّد، حسب تعريفه المحدد في هذه الدراسة، خلال عمره كاملاً، بغض النظر عن متى تعرض لذلك وما إذا كان الآن مشرّداً أم لا، وبغض النظر عن عدد مرات تعرضه للتشرّد.

5-5-4: مكان الإقامة المعتاد

وهو ضروري لتقرير مدى إنطباق او عدم إنطباق تعريف التشرّد اعلاه على الخبرات التي مر بها الشخص. وعُرف لأغراض هذه الدراسة على أنه: " المكان أو الأماكن التي يُقيم فيها الشخص عادةً، وفيها ينام ويحفظ حاجياته ومتعلقاته الشخصية. وتمثل منزلاً شخصياً له أو لأحد أفراد أسرته من الدرجة الأولى، أو لأحد أقاربه أو معارفه".

5-5-5: المتغيرات الديموغرافية

وتشمل التالي: أ) العمر، ب) الحالة الإجتماعية، ج) العمل الحالي أو السابق، د) المستوى التعليمي. وفيما عدا متغير العمر، والذي يُنظر إليه كمتغير كمي متصل؛ سيتم تحليل بقية المتغيرات إحصائياً كمتغيرات نوعية أو تصنيفية (اسمية Nominal).

5-5-6: المتغيرات السريرية

وتشمل التالي: أ) التشخيص السريري، ب) مدى وجود أو عدم وجود أكثر من تشخيص لدى المريض (التصاحب Comorbidity)، ج) عدد سنوات الإصابة بالمرض، د) عدد مرات التنويم في المستشفى. وباستثناء المتغيرين الأخيرين، والذين سيحلان كمتغيرات كمية متصل، ستحلل بقية المتغيرات كمتغيرات أسمية تصنيفية.

5-6: التحليلات الإحصائية:

- قيم الإحصاءات الوصفية (المتوسط، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المئوية).
- معامل ارتباط بيرسون.
- اختبار ت للعينات المستقلة.
- معامل ارتباط كبا kappa .
- معامل كاي تربيع (Chi-squared test).
- معامل كرامرز Cramer's V.
- تحليل الإنحدار اللوغاريتمي (اللوجستي) الثنائي (Binary Logistic Regression Analysis).

6: إجراءات الدراسة وإدارة البيانات

أ. تم تصميم المقابلة المقننة للتشرد بالتزامن إتمام الإجراءات النظامية اللازمة لجمع بيانات البحث وكذا إستيفاء ماله علاقة بإعتماد البحث من جهات أخلاقيات البحث العلمي.

ب. وبعد الفراغ من ذلك، تم إختيار سبعة باحثين مساعدين ممن يحملون درجة البكالوريوس في علم النفس

للمساعدة في جمع بيانات الدراسة، وذلك نظير مكافأة مالية مقطوعة للمساعدة في جمع البيانات. ثلاثة

منهم من الأخصائيين النفسيين العاملين في مجمع الامل للصحة النفسية بالرياض، وأربعة من خارج المجمع.

ت. تم تدريب الباحثين السبعة بواسطة الباحث الرئيس على مقابلة المرضى بإستخدام نموذج المقابلة شبه

المقننة الخاص بالدراسة. كما شمل التدريب عرضاً لمشروع البحث من حيث أهدافه وأسسه النظرية والإجرائية

وأهميته. وكذا إستعراضاً مفصلاً لأخلاقيات البحث العلمي وضرورتها. أستمر التدريب ككل لمدة 9 ساعات،
مُقسمة على 3 ورش عمل.

ث. تم البدء في مرحلة جمع البيانات في 2015/3/10، وأنتهت في 2015/5/21.

ج. كانت اللقاءات الإشرافية مع الباحثين تتم بشكل يومي خلال الأسبوع الأول. وذلك بهدف توفير تغذية راجعة فورية لعملمهم. وهو ما ساعد في دعم جودة البيانات المستوفاه، وتلافي أي أخطاء إجرائية أو أخلاقية. واستمرت المتابعة عن طريق لقاءات أسبوعية منتظمة فردية وجماعية بعد ذلك. إضافةً إلى لقاءات فردية مع الباحثين خارج أوقات العمل كلما كان هناك ضرورة لذلك. بطبيعة الحال كان هناك بعض الصعوبات التي أدت لاستمرار مرحلة جمع البيانات لأكثر مما هو مخطط لها. ومن أبرزها انسحاب عدد من الباحثين المساعدين، والحاجة لضم باحثين جدد وتدريبهم. وكذلك الارتباطات المهنية للباحثين المساعدين، ما حد من الوقت المخصص لجمع بيانات هذه الدراسة.

ح. تم خلال الأسابيع الأولى إعادة التحقق من ثبات الملاحظين (Inter-rater reliability) لأداة الدراسة، وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل الباحثين على ثلاثة حالات. وكانت النتائج ممتازة إذ تراوحت قيمة الإتفاق فيما بينهم من 0.94 إلى 0.98¹¹. وكان الهدف من ذلك تدريب الباحثين المساعدين على تطبيق المقابلة بالنظر لما يمكن أن يحدث من أخطاء في جمع المعلومات من المرضى أو تسجيلها على نموذج المقابلة. الجدير بالذكر أن قيم ثبات الملاحظين أعلاه لا تختلف كثيراً عن القيم التي تم استخراجها سابقاً.

خ. تم التواصل مع 284 مريضاً من النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية بالرياض، وافق 264 منهم على المشاركة في البحث. وعند البدء في جمع بيانات البحث تمت مقابلة 226 من هؤلاء فقط، حيث خرج

¹¹/ يُقصد به مدى الاتفاق أو الإختلاف بين الملاحظين في التقديرات التي يقدمونها، ويبلغ حده الأقصى 0.1، ويمثل أقصى قيمة إتفاق (ثبات) يمكن الوصول إليها.

- 11 منهم من المستشفى، فيما لم تكن الحالة السريرية للبقية (شدة الأعراض واستقرارها...الخ) تسمح بتضمينهم في الدراسة. تمت مقابلة البقية (226 مريض) باستخدام نموذج المقابلة المقننة للتشرد.
- د. تم بعد ذلك استبعاد 33 حالة إما لعدم دقة البيانات المستوفاه او لخلل في تطبيق الفاحص لإجراءات المقابلة. ليصل عدد النماذج المستوفاه والصالحة للتحليل إلى 193 حالة مثلت عينة هذه الدراسة.
- ذ. أدخلت البيانات في برنامج التحليل الإحصائي SPSS\23 وأجريت كافة التحليلات الإحصائية وكتابتها بواسطة الباحث الرئيس.
- ر. قبل إجراء التحليلات الإحصائية الأساسية، روجعت البيانات ودُققت بغرض تصفية أي خلل في الإدخال او عدم إتساق - ما يعرف بمرحلة "تنظيف" البيانات (Data Clearing).
- ز. تلى ذلك، إجراء التحليلات الإحصائية الأساسية، واستخرج النتائج، وكتابة التقرير النهائي للبحث.

7: الإعتبارات الأخلاقية والنظامية

صممت إجراءات هذه الدراسة على ضوء ما هو معمول به عالمياً من أخلاقيات للبحث العلمي، وعلى الاخص ما يتعلق بسلامة ورفاه المشاركين في البحث والحفاظ على خصوصية وسرية بياناتهم وعدم تعرضهم للأذى. روجعت إجراءات هذه الدراسة وأُجيزت من قِبل اللجان المعنية بالإدارة العامة للبحوث والدراسات بوزارة الصحة ولجنة الاخلاقيات بمدينة الملك فهد الطبية.

8: نتائج الدراسة

8-1: نتائج التحليلات الإحصائية الأولية:

قبل الشروع بتحليل البيانات بغية الإجابة عن أسئلة الدراسة، تم إجراء تحليل أولي للبيانات للخروج بمعلومات وصفية واستدلالية عن خصائص عينة الدراسة وكذا للتحقق من مدى إسهام عدد من المتغيرات الدخيلة. وتحديداً فقد هدف التحليل الأولي إلى: (1) إستخراج الإحصاءات الوصفية (التكرارات والنسب المئوية) للمتغيرات الديموغرافية والتحقق من مدى دلالة الفروق بين أفراد العينة فيها، (2) إستخراج الإحصاءات الوصفية (التكرارات والنسب المئوية) للمتغيرات السريرية والتحقق من مدى دلالة الفروق بين أفراد العينة فيها، (3) إستخراج الإحصاءات الوصفية (التكرارات والنسب المئوية) لتوزع أفراد العينة على الفئات التشخيصية الخمس الكبرى، والتحقق من مدى دلالة الفروق بينهم في ذلك، (4) التحقق من مدى وجود-عدم وجود ارتباط بين المتغيرات الديموغرافية والسريرية بالفئات التشخيصية. وجاءت النتائج كما يلي:

8-1-1: الإحصاءات الوصفية للمتغيرات الديموغرافية ودلالة الفروق بين أفراد العينة فيها:

يعرض الجدول (2) أدناه لتوزع أفراد العينة على المتغيرات الديموغرافية المُستهدفة (التكرارات والنسب المئوية لكل فئة فرعية)، كما يعرض لمدى دلالة الفروق بينهم في الفئات الفرعية لكل متغير على حده بإستخدام إختبار كاي تربيع (Chi-squared test). وجاءت النتائج بوجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة على المتغيرات الديموغرافية التالية: مصدر الإحالة ($\chi^2(3, N = 193) = 155.542, p = .000$)، والحالة الإجتماعية ($\chi^2(7, N = 193) = 189.052, p = .000$)، والحالة الوظيفية ($\chi^2(3, N = 193) = 196.036, p = .000$)، والمستوى التعليمي ($\chi^2(5, N = 223) = 80.194, p = .000$). أما بالنسبة لمتغير العمر، وهو المتغير

المتصل الوحيد من بين المتغيرات الديموغرافية، فقد تراوحت أعمار العينة بين 16 و 65، بمتوسط قدره 32.22 (± 9.22) عاماً، خطأ معياري للمتوسط: 0.66؛ وسيط: 31، منوال: 25، وقد اتضحت إعتدالية توزيعه. إذن، فبناءً على هذه النتائج، يمكن القول بأن أغلب أفراد العينة قد قدموا إلى المستشفى عن طريق الأهل أو الأصدقاء، وغير متزوجين، ولا يعملون، ويحملون الثانوية كأعلى مؤهل دراسي؛ وأن أعمارهم تتوزع على مدى واسع (16-65 عاماً) وإن كان غالبيتهم يقع ضمن الفئة العمرية 23 - 41.44 عاماً.

8-1-2: الإحصاءات الوصفية للمتغيرات السريرية ودلالة الفروق بين أفراد العينة فيها:

تتضمن المتغيرات السريرية خمسة متغيرات: التصاحب (Comorbidity) وعدد مرات التنويم (Hospitalization) ومدة الإصابة التقديرية (Duration) والتشخيص الطبني الأساسي، وأخيراً متغير إضافي يتضمن إعادة تصنيف أفراد العينة على خمسة فئات تشخيصية كبرى كما سبقت الإشارة إلى ذلك. وفيما يتعلق بالتصاحب، جاءت النتائج بأن 119 (61.7%) فرداً من العينة لم يكن لديهم أي اضطراب مصاحب، وأن 40 (20.7%) منهم كان لديهم اضطراب واحد مصاحب، بينما 4 (2.1%) أفراد كان لديهم اضطرابين مصاحبين؛ فيما لم تتوفر معلومات عن هذا المتغير لما مجموعه 30 (15.5%) من العينة؛ وأتضح وجود فروق دالة إحصائية بينهم في فئات التصاحب ($\chi^2(3, N = 193) = 164.667, p = .000$)، ما يعني أن أغلب أفراد العينة لا يوجد لديهم اضطراب مصاحب، يليهم من حيث التكرار من لديهم اضطراب واحد مصاحب وثم من لديهم اضطرابين مصاحبين على التوالي.

أما بخصوص متغير مدة الإصابة (Duration) فقد تراوح لكافة العينة بين 1 و 35 سنة، بمتوسط قدره 9.39 (± 6.86) سنوات، خطأ معياري للمتوسط: 0.51؛ وسيط = 8، منوال = 10. بينما تراوحت عدد

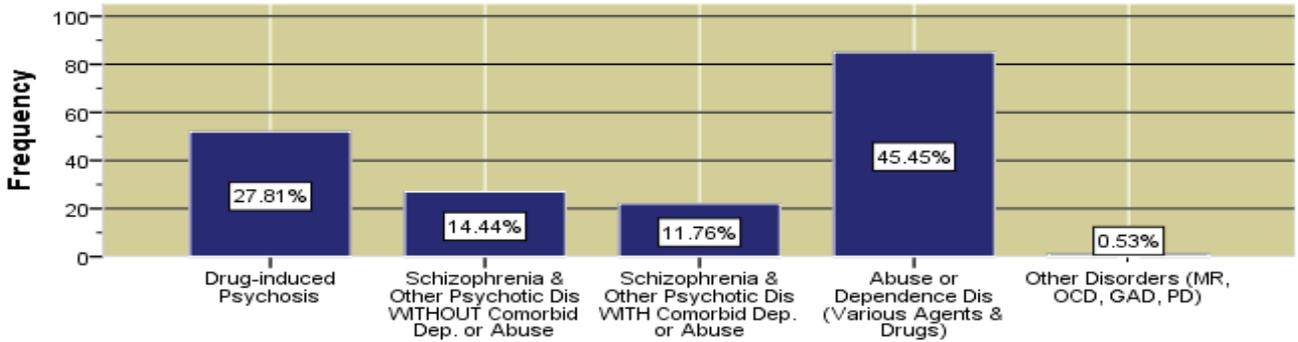
جدول (2) : توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية ودلالة الفروق بينهم فيها

المتغيرات	التكرار (%)	دلالة الفروق (p value)
1) مصدر الإحالة		
المريض نفسه	27 (14)	0.000
الاهل أو الاصدقاء	118 (61.1)	
الشرطة أو مكافحة المخدرات	45 (23.3)	
غير محدد	3 (1.5)	
2) الحالة الإجتماعية		
متزوج	40 (20.7)	0.000
أعزب	129 (66.8)	
مطلق	23 (11.9)	
أرمل	0	
غير محدد	1 (0.5)	
3) الحالة المهنية (العمل)		
بلا عمل	81 (42)	0.000
عسكري	33 (17.1)	
موظف حكومي	29 (15)	
موظف قطاع خاص	20 (10.4)	
عسكري متقاعد	13 (6.7)	
متقاعد	3 (1.6)	
طالب	12 (6.2)	
غير محدد	2 (1)	
4) المستوى التعليمي (آخر مؤهل حصل عليه)		
ابتدائي	42 (21.8)	0.000
متوسط	56 (29)	
ثانوي	71 (36.8)	
بكالوريوس جامعي	8 (4.1)	
دبلوم	14 (7.3)	
غير محدد	2 (1)	

مرات التنويم لكل العينة بين مرة واحدة و 21 مرة، بمتوسط 2.95 (± 3.08) مرة، خطأ معياري للمتوسط = 0.22. وقيمة وسيط ومنوال تبلغان 2 و 1 على التوالي.

وفيما يتعلق بتوزع أفراد العينة على متغير التشخيص الطبني الأساسي والفروق بينهم في ذلك، فيعرض الشكل (1) لقيم النسب المئوية والتكرارات لتوزع أفراد العينة على الفئات التشخيصية الكبرى بعد استبعاد من لم يُحدد تشخيصهم الطبني (ن = 6)، فيما يعرض الجدول (3) للتكرارات والنسب المئوية لتوزعهم على الفئات المختلفة للتشخيص الطبني.

شكل (1) : النسب المئوية والتكرارات لتوزع أفراد العينة على الفئات التشخيصية الكبرى، دون من لم يُحدد تشخيصهم



وبالنظر إلى الشكل (1) أعلاه، يتضح أن أغلب أفراد العينة - ممن يُعرف تشخيصهم الطبني، إذ لم يُحدد التشخيص الطبني لما نسبته 3.1% منهم؛ يقعون ضمن الفئة التشخيصية: اضطرابات الإعتماد أو التعاطي - مواد وعقاقير مختلفة (45.45%)، يليهم من يقعون ضمن الفئة: دُهان مُستحث بالعقاقير (27.81%)، فالفئة التشخيصية: الفصام والإضطرابات الدُهانية الأخرى بدون إضطرابات تعاطي أو إعتماد مصاحبة (14.44%)، ثم الفئة التشخيصية: الفصام والإضطرابات الدُهانية الأخرى مع إضطرابات تعاطي أو إعتماد مصاحبة (11.76%)، أخيراً، فواحد فقط من العينة (0.53%) مُشخص بالتخلف العقلي. وقد جاءت نتائج إختبار كاي تربيع (Chi-squared test) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في توزع أفراد العينة على

الفئات التشخيصية الخمس الكبرى ($\chi^2(4, N = 187) = 110.941, p = .000$)؛ ما يعني عدم توزع أفراد العينة بشكل متوازن على الفئات التشخيصية، وأن حجم الفئات غير متوازن؛ وهذه نتيجة متوقعة أخذاً بالإعتبار نوعية الإضطرابات النفسية التي يغلب أن تنتشر في مكان جمع بيانات هذه الدراسة.

جدول (3) : توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير التشخيص الطبقي

الفئات التشخيصية الكبرى	الفئات التشخيصية الفرعية	ك (%)*
(1) دُهان مُستحث بالعقاقير (Drug-induced Psychosis)		52 (26.9)
	دُهان مُستحث بالعقاقير - كحول Drug-induced Psychosis- Alcohol	1 (1.9)
	دُهان مُستحث بالعقاقير - امفيتامين Drug-induced Psychosis - Amphetamine	11 (21.2)
	دُهان مُستحث بالعقاقير - عقاقير متعددة Drug-induced Psychosis - Multiple Drugs	14 (26.9)
	دُهان مُستحث بالعقاقير - حشيش Drug-induced Psychosis- Cannabis	4 (7.7)
	دُهان مُستحث بالعقاقير - العقار غير محدد Drug-induced Psychosis- Drug not determined	22 (42.3)
(2) الفصام والإضطرابات الذُهانية الأخرى بدون إضطرابات تعاطي أو إعتقاد مصاحبة (Schizophrenia & Other Psychotic Dis <u>WITHOUT</u> Comorbid Dep. or Abuse)		27 (13.98)
	اضطراب الفصام (هذائي أو غير محدد النوع) Schizophrenia - Paranoid or Type not given	24 (88.9)
	اضطراب وجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder	3 (11.1)
(3) الفصام والإضطرابات الذُهانية الأخرى مع إضطرابات تعاطي أو إعتقاد مصاحبة (Schizophrenia & Other Psychotic Dis <u>WITH</u> Comorbid Dep. or Abuse)		22 (11.4)
	فصام مع دُهان مُستحث بالعقاقير - امفيتامين Drug-induced Psychosis- Amphetamine	1 (4.5)
	فصام مع دُهان مُستحث بالعقاقير - حشيش Drug-induced Psychosis- Cannabis	1 (4.5)
	اضطراب الفصام (هذائي أو غير محدد النوع) Schizophrenia -Paranoid or Type not given	20 (90.9)

تابع جدول (3) : توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير التشخيص الطبقي

(44) 85	4 اضطرابات الإعتقاد أو التعاطي (مواد وعقاقير مختلفة)
	(Abuse or Dependence Dis -Various Agents & Drugs)
(10.6) 9	تعاطي أو الإعتقاد على الحشيش Cannabis Dependence OR Abuse
(24.7) 21	Amphetamine Dependence OR abuse تعاطي أو الإعتقاد على الامفيتامين
(9.4) 8	تعاطي أو الإعتقاد على الكحول Alcohol Dependence OR Abuse
(4.7) 4	تعاطي أو الإعتقاد على الهيروين Heroin Dependency OR Abuse
(4.7) 4	الإعتقاد على العقاقير Polysubstance dependence
(32.9) 28	تعاطي العقاقير Polysubstance abuse
(5.9) 5	تعاطي عقاقير متعدد Multiple Drug Abuse
(7.1) 6	تعاطي عقاقير Drug Abuse
(0.5) 1	5 اضطرابات نفسية أخرى: تخلف عقلي MR
(3.1) 6	6 Psych. Diagnosis Undetermined تشخيص غير محدد

* / نسبة الفئة الكبرى قياساً إلى حجم العينة ككل، ونسبة كل فئة فرعية إلى حجم عينة الفئة الكبرى التي تنتمي لها.

ولضرورة في هذه المرحلة للتحقق من الارتباطات البينية للمتغيرات السريرية أو الديموغرافية، إذ سيتم

لاحقاً التحقق من مدى ارتباطها بمعدلات التشرذ على نحوٍ يحدد إسهام كل متغير من هذه المتغيرات بشكل

نقي بعد عزل الإسهام التي قد يكون حصل بفعل الارتباطات البينية فيما بينها.

8-2: نتائج التحليلات الإحصائية الأساسية

يعرض هذا الجزء لنتائج التحليلات الإحصائية المُجرّاة بغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة، فتُعرض النتائج لكل سؤال على حده فيما يلي.

8-2-1: نتيجة السؤال الأول، ونصه: ما معدل إنتشار التشنج عبر الحياة (Lifetime Prevalence)

لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض حسب التعريف الصارم والتعريف المرن للتشنج؟ ويتفرع من هذا السؤال ثلاثة أسئلة فرعية تُقدم نتائجها فيما يلي.

السؤال 1-1: ما معدل إنتشار التشنج عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض عموماً؟

بلغ معدل إنتشار التشنج عبر الحياة حسب المحك الصارم¹² 13.5% (ك = 26؛ خطأ معياري = 0.025؛ فترة ثقة 95%، 8.68% - 18.32%)، بينما بلغ معدل إنتشار التشنج عبر الحياة حسب المحك المرن 22.8% (ك = 44؛ خطأ معياري: 0.025؛ فترة ثقة 95%، 16.88% - 28.72%). ومن هؤلاء وجد أن 8.3% (ك = 16) من العينة الكلية قد استوفوا محكات التعريف الصارم فقط، بينما أن 17.6% (ك = 34) قد استوفوا محكات التعريف المرن فقط، بينما استوفى 5.2% (ك = 10) محكات تضمين كلا التعريفين في نفس الوقت. وظهر وجود إرتباط دال إحصائياً بين المحكين ($\chi^2(1, N = 193) = 4.189, p < .05$)، وذلك بحجم أثر منخفض وإن كان دالاً إحصائياً ($Cramer's V = 0.147, p < .05$).

¹²/ أنظر الجزء الخاص بمتغيرات الدراسة للتعرف على مُحددات المحكين (التعريفين) الصارم والمرن للتشنج.

السؤال 1-2: ما معدل إنتشار التشرد عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (وهي: العمر والحالة الإجتماعية والمستوى التعليمي والحالة الوظيفية والحالة الزوجية)؟

يعرض الجدول (4) أدناه لمعدلات إنتشار التشرد وفقاً للمتغيرات الديموغرافية المدروسة. ولأغراض العرض، تم تقسيم متغير العمر الزمني، تحكيمياً، إلى أربع فئات نوعية كما يظهر في الجدول. وبالنظر للقيم التي يعرضها الجدول، يتضح أن أغلب معدلات التشرد وفقاً لكلا المحكين الصارم والمرن، قد رُصدت عند من قدموا إلى المستشفى عن طريق الأهل او الأصدقاء، ومن هم غير متزوجين (أعزب)، ومن هم بدون عمل، ويحملون المتوسطة كأعلى مؤهل دراسي، ويقعون ضمن الفئة العمرية من 31 إلى 40 سنة.

ويجدر التنبيه هنا إلى أن ما لوحظ من إنتشار التشرد لدى فئات بعينها ضمن كل متغير هو بالإعتماد على قيم التكرارات والنسب المئوية فقط، إذ لم يتم التحقق إحصائياً من جوهرية الفروق بين هذه التكرارات والنسب المئوية لمعدلات التشرد لدى الفئات الفرعية لكل متغير، وذلك لسببين. الأول، هو أن الغرض من هذا السؤال يقتصر على تحديد الإحصاءات الوصفية لإنتشار التشرد عبر فئات المتغيرات الديموغرافية، ما يوفر نظرة مفصلة لتوزيع التشرد. والثاني، هو أن إختبار جوهرية الفروق على مستوى كل متغير لوحده ربما تقود لنتائج مُضللة، إذ تُغفل الارتباطات البينية بين المتغيرات، وبالتالي إسهامها معاً في تشكيل الفروق. فالأدق هو إختبار مدى جوهرية الفروق بين هذه الفئات الفرعية لكل المتغيرات معاً، وذلك لتجاوز وضبط أي فروق في متغير ما قد تكون نتاج الإرتباط بينه وبين متغيرات أخرى، وهذا ما سيختص به السؤال الثاني كما سيرد لاحقاً.

جدول (4) : معدلات إنتشار التشرد عبر الحياة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية

إنتشار التشرد ك (%)*		المتغيرات الديموغرافية	
الحك المن	الحك الصارم		
(3.1) 6	(2.6) 5	المريض نفسه	
(15.6) 30	(7.3) 14	الاهل أو الاصدقاء	مصدر
(4.2) 8	(3.1) 6	الشرطة أو مكافحة	الإحالة
0	(0.5) 1	غير محدد	
(4.7) 9	(3.1) 6	متزوج	
(14) 27	(9.3) 18	أعزب	الحالة
(4.1) 8	(1) 2	مطلق	الإجتماعية
	غير موجود	أرمل	
(12.4) 24	(5.7) 11	بلا عمل	
(5.2) 10	(1.6) 3	عسكري	الحالة المهنية
(2.6) 5	(2.6) 5	موظف حكومي	(العمل)
(1.6) 3	(1.6) 3	موظف قطاع خاص	
(0.5) 1	(1) 2	عسكري متقاعد	تابع الحالة
0	(0.5) 1	متقاعد	المهنية
(0.5) 1	0	طالب	(العمل)
0	(0.5) 1	غير محدد	
(2.1) 4	(5.2) 10	ابتدائي	
(7.8) 15	(4.2) 8	متوسط	المستوى
(11) 21	(1.6) 3	ثانوي	التعليمي
(0.5) 1	(1) 2	بكالوريوس	(آخر مؤهل
(1.6) 3	(1) 2	دبلوم	حصل عليه)
	غير موجود	غير محدد	
(1.6) 3	(0) 0	عشرين فما دون	العمر الزمني
(12.4) 24	(4.1) 8	30 – 21	(مقسماً إلى
(8.3) 16	(6.7) 13	40 – 31	فئات لأغراض
(0.5) 1	(2.6) 5	40 فما فوق	العرض
			(وحسب)

* / % قياساً إلى مجموع العينة ككل.

السؤال 1-3: ما معدل إنتشار التشرد عبر الحياة لدى النزلاء الذكور في مجمع الامل للصحة النفسية في مدينة الرياض وفقاً للمتغيرات السريرية (التشخيص الطبني والتصاحب وعدد مرات التنويم ومدة الإصابة)؟ يعرض الجدول (5) أدناه لمعدلات إنتشار التشرد وفقاً للمتغيرات السريرية المدروسة. ولأغراض العرض، تم تحويل المتغيرات الكمية إلى فئات نوعية تحكيمياً أحياناً، ووفقاً لقيمة الوسيط (Median) أحياناً أخرى، وهي تحديداً متغيرات مدة الإصابة وعدد مرات التنويم. ومع أنه لم يتم النظر في مدى دلالة الفروق بين معدلات إنتشار التشرد بنوعيه ضمن الفئات الفرعية لكل متغير؛ إلا أنه بالنظر للجدول يتضح إنتشار التشرد بمعدلات تبدو أكبر ظاهرياً لدى من ليس لديهم أي إضطراب مُصاحب، ومن هم مُشخصين باضطرابات الإعتماد أو التعاطي (مواد مختلفة) كنتشخيص طبني أساسي، وبلغت مدة إصابتهم بالإضطراب (تشخيصهم) مدة 8 سنوات فما دون، وسبق أن تم تنويمهم في مستشفى نفسي لثلاث مرات أو أكثر.

جدول (5) : معدلات إنتشار التشرد عبر الحياة وفقاً للمتغيرات السريرية

إنتشار التشرد ك (%)*		المتغيرات السريرية
الخك المرن	الخك الصارم	
(1) التصاحب		
17 (9.1)	29 (15.6)	بدون إضطراب مُصاحب
5 (2.7)	10 (5.4)	إضطراب واحد مُصاحب
1 (0.5)	2 (1.1)	اضطرابين مصاحبين
1 (0.5)	2 (1.1)	غير محدد
(2) التشخيص الطبني**		
5 (2.7)	10 (5.3)	دُهان مُستحث بالعقاقير (Drug-induced Psychosis)
6 (3.2)	5 (2.7)	الفصام والإضطرابات الأذهانية الأخرى بدون إضطرابات تعاطي أو إعتماد مصاحبة (Schizophrenia & Other Psychotic Dis WITHOUT Comorbid Dep. or Abuse)

تابع جدول (5): إنتشار التشرد عبر الحياة وفقاً للمتغيرات السريرية

إنتشار التشرد ك (%)*		المتغيرات السريرية
الحك المرن	الحك الصارم	
(2.1) 4	(2.7) 5	الفصام والإضطرابات الذُهانية الأخرى مع إضطرابات تعاطي أو إعتقاد مصاحبة (Schizophrenia & Other Psychotic Dis WITH Comorbid Dep. or Abuse)
(12.8) 24	(4.3) 8	اضطرابات الإعتقاد أو التعاطي (مواد مختلفة) Abuse or Dependence Dis (Various Agents & Drugs)
0	(0.5) 1	اضطرابات نفسية أخرى: تخلف عقلي MR
3) مدة الإصابة Duration (مقسمة إلى فئات حسب قيمة الوسيط)		
(7.3) 14	(5.2) 10	8 سنوات فما دون
(11.9) 23	(3.6) 7	9 – 17 سنة
(1.6) 3	(3.1) 6	18 – 26 سنة
(2.1) 4	(1.6) 3	27 سنة فما فوق
4) عدد مرات التوهم (Hospitalization) (مقسمة إلى فئات حسب قيمة الوسيط)		
(6.7) 13	(3.1) 6	مرة واحدة
(2.6) 5	(3.6) 7	مرتان
(13.5) 26	(6.7) 13	ثلاث مرات أو أكثر

* / % قياساً إلى مجموع العينة ككل.

** / لا يتوافر بيانات تشخيصية عن ستة من أفراد العينة، ولذا فبياناتهم الخاصة بالتشرد غير مُدرجة في هذا الجدول.

8-2-2: نتيجة السؤال الثاني، ونصه: هل توجد فروق بين من لديهم تشرد عبر الحياة وفقاً للمحك الصارم

ومن ليس لديهم على المتغيرات الديموغرافية والسريرية المدروسة؟

جاءت نتائج التحليلات الإحصائية لهذا السؤال بوجود فروق دالة إحصائياً بين الفئتين وفقاً لمتغيرات:

المستوى التعليمي ($\chi^2(4, N = 190) = 10.545, p < 0.05$) بحجم أثر منخفض ولكن دالاً إحصائياً

(Cramer's V = 0.24, $p < 0.05$)، إذ يبدو أن من لم يتعرضوا بالتشرد أوفر حظاً في مستوى تعليمهم

ممن تعرضوا به؛ والعمر، لصالح من تعرضوا للتشرد (35.88، ± 11) بالمقارنة مع من لم يتعرضوا له

(31.65، ± 8.80) ($t_{(191)} = 2.20, p < 0.05$)؛ ومدة الإصابة ($t_{(28.15)} = 2.57, p < 0.05$)، إذ بلغ متوسط

مدة إصابة من لديهم تشرد أعلى (13.40، ± 8.70) ممن لم يمروا بالتشرد (8.75، ± 6.32).

فيما لم تدعم النتائج وجود فروق بين المشردين وغير المشردين وفقاً للمحك الصارم تبعاً لمتغيرات

مصدر الإحالة ($\chi^2(3, N = 192) = 3.13, p = 0.372$)، والحالة الإجتماعية ($\chi^2(3, N = 193) = 0.71, p =$

(0.87)، والحالة المهنية (العمل) ($\chi^2(7, N = 193) = 6.15, p = 0.52$)، والتشخيص الطبقي

($\chi^2(4, N = 187) = 5.234, p = 0.26$)، كما يُحدد بالفئات الخمس الكبرى، ومتغير التصاحب سواءً كما

يعين على فئاته الأربع الأصلية ($\chi^2(3, N = 186) = 2.23, p = 0.53$) أو حينما يُعين ثنائياً (مع اضطراب

مصاحب/بدون اضطراب مصاحب) ($\chi^2(1, N = 163) = 0.01, p = 0.92$). أما بخصوص متغير عدد مرات

التنويم، فرغماً أن من لديهم تشرد قد تم تنويمهم في المستشفى بمتوسط مرات يُعادل تقريباً ضعف (4.45،

± 5.45) من لم يمروا بالتشرد (2.72، ± 2.50)، إلا ان هذا الفرق لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ولتحديد مدى قدرة المتغيرات التي وجد فرق بين الفئتين فيها، وهي المستوى التعليمي والعمر ومدة

الإصابة، على التنبؤ بالتشرد وفقاً للمحك الصارم على نحوٍ نقي، أي توافرها على هذه القدرة بشكل أصيل بعد

عزل الأثر الناتج عن إرتباطها مع متغيرات أخرى مرتبطة بالتشرد أصلاً، تم التحقق من ذلك بإستخدام تحليل الإنحدار اللوغاريتمي الثنائي (Binary Logistic Regression).

تم التحليل بطريقة Forward Stepwise (Likelihood Ratio)، وإدخال متغير التشرد (مر بالتشرد / لم يمر بالتشرد) كمتغير مُخرج (Outcome variable)، ومتغيرات المستوى التعليمي والعمر ومدة الإصابة كمتغيرات منبئة (Predictors). أظهرت النتائج جوهرية النموذج ككل، كما يتضح بقيمة اختبار مربع كاي الدالة إحصائياً ($\chi^2 = 8.586, p < 0.00$)، وقدرة هذا النموذج على التصنيف الدقيق لما نسبته 86.8% من الأفراد. كما كانت قيمة اختبار هوسمر لامشو (Hosmer and Lemeshow Test) غير دالة إحصائياً ($\chi^2 6.92, p = 0.44$)، الأمر الذي يدعم ملاءمة محتويات النموذج الكلي لتفسير البيانات. توصل التحليل إلى ان متغير مدة الإصابة هو المتغير الوحيد الذي إستطاع التنبؤ (الإرتباط) بمتغير التشرد على نحو مستقل ($\beta = 0.083, \text{Wald } \chi^2 8.78_{(1)}, p < 0.05, \exp(\beta) 1.08, 95\% \text{ CI: } 1.03-1.15$). بينما لم يُظهر متغيري العمر والمستوى التعليمي قدرةً على التنبؤ بالتشرد على نحوٍ مستقل ودال إحصائياً.

8-2-3: نتيجة السؤال الثالث، ونصه: هل توجد فروق بين من لديهم تشرد عبر الحياة وفقاً للمحك المرن ومن ليس لديهم على المتغيرات الديموغرافية والسريرية المدروسة؟

أظهرت النتائج وجود فروق بين من لديهم تشرد عبر الحياة وفقاً للمحك المرن ومن لديهم في المتغيرات التالية: عدد مرات التنويم ($t_{(51.88)} = -1.98, p = 0.05$)، بمتوسط عدد مرات تنويم أعلى لدى مجموعة التشرد (4.05 ± 4.82) مقارنةً مع المجموعة الأخرى (2.68 ± 2.59)؛ والعمر ($t_{(51.88)} = 2.78, p < 0.01$)، إذ بلغ متوسط العمر لمجموعة التشرد أقل (29.64 ± 5.67) من متوسط العمر للمجموعة الأخرى (32.92 ± 9.92).

بينما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين هاتين الفئتين (تشرّد/عدم تشرّد) وفقاً للمحك المرن في متغيرات التصاحب سواءً كما يعين على فئاته الأربع الأصلية ($\chi^2(3, N = 186) = 4.50, p = 0.21$)، أو حينما يُعين ثنائياً (مع إضطراب مصاحب/بدون اضطراب مصاحب) ($\chi^2(1, N = 163) = 0.14, p = 0.71$)، والتشخيص الطبني كما يُحدد بالفئات الخمس الكبرى ($\chi^2(4, N = 187) = 4.37, p = 0.36$)، ومدة الإصابة ($t_{(91.76)} = -0.42, p = 0.60$)، والحالة الإجتماعية ($\chi^2(2, N = 192) = 2.13, p = 0.35$)، ومصدر الإحالة ($\chi^2(3, N = 192) = 1.70, p = 0.64$)، والحالة المهنية (العمل) ($\chi^2(7, N = 193) = 8.99, p = 0.25$). فيما كان مستوى الفرق بين المجموعتين في متغير المستوى التعليمي قريباً من الدلالة الإحصائية (0.25). وإن كان لم يصل لها ($\chi^2(4, N = 184) = 8.67, p = 0.07$)، أي أنه، باللغة المُستخدمة إحصائياً في هذه الحالة، يُعد هامشي الدلالة (Marginal)؛ وفيه يبدو، بشكل عام، ان مجموعة التشرّد تميل لأن تكون أقل حظاً في التعليم من المجموعة الأخرى.

وكما تم سابقاً في تحليل الفروق في المتغيرات الديموغرافية والسريرية وفقاً للمحك الصارم في تحديد التشرّد، فقد تم هنا إعادة فحص المتغيرات التي أظهرت المجموعتين فروقاً عليها للتحقق من مدى قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بالتشرّد بشكل مستقل عن البقية. حلت بيانات متغيرات عدد مرات التنويم والعمر والمستوى التعليمي باستخدام تحليل الإنحدار اللوغاريتمي الثنائي (Binary Logistic Regression)، وإدخلت المتغيرات بطريقة Forward Stepwise (Likelihood Ratio)، بإدخال متغير التشرّد كما يُحدد بالمحك المرن (مر بالتشرّد / لم يمر بالتشرّد) كمتغير مُخرج، وبقية المتغيرات الثلاث كمتغيرات منبئة في النموذج الذي جرى تحليله. وأظهرت النتائج جوهرية النموذج الكلي ($\chi^2 = 16.982, p < 0.00$)، وقدرته على التصنيف الدقيق لمانسبته 78% من البيانات، وكانت معطياته كافيةً لتفسير الظاهرة كما يشير لذلك عدم وصول قيمة

إختبار هوسمر لامشو (Hosmer and Lemeshow Test) لمستوى الدلالة الإحصائية. وفيما يتعلق بقدرة المتغيرات الثلاث على التنبؤ بالتشرد على نحوٍ مستقل، فقد اظهرت النتائج قدرة متغيري العمر ($\beta = -0.075$)، ($\beta = .928$, 95% CI: .883–.974), χ^2 9.014 (1), $p < 0.01$, Wald؛ وعدد مرات التنويم ($\beta = 1.223$, 95% CI: . 1.085–1.377), χ^2 10.908 (1), $p < 0.01$, Wald؛ على ذلك؛ بينما لم يظهر أن لمتغير المستوى التعليمي قدرة على التنبؤ والإرتباط بالتشرد بشكل مستقل.

9: مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى الخروج بتقديرات لإنتشار التشرد عبر الحياة لدى المرضى النفسيين السعوديين، وكذا التحقق من صلاحية عدد من المتغيرات الديموغرافية السريرية لأن تمثل عوامل خطورة له. تم وضع تعريف مُحدد للتشرد واختيار عوامل الخطورة المحتملة إستناداً على ما خرجت به الدراسات السابقة. إلا أنه ونظراً لعدم وجود دراسات سابقة حول هذا الموضوع في المجتمع السعودي، وللخصوصية الثقافية لهذا المجتمع كمجتمع يميل للجمعية في طبيعته (الرويتع، 2008، 2014)، والإحتمال الكبير لتأثير هذا الامر على ظاهرة التشرد، فقد تم التمييز بين محكين لتعيين التشرد؛ المحك الصارم والمحك المرن، وُحللت بيانات الدراسة لكلٍ منهما على حده.

9-1: معدلات التشرد عبر الحياة

أظهرت النتائج وجود معدلات إنتشار عبر الحياة بقيم (13.5%) و (22.8%) للتعريفين الصارم والمرن للتشرد على التوالي. ويبدو أن هذه المعدلات أقل إجمالاً مما خرجت به نتائج الدراسات السابقة التي أُجريت كلها في البلدان الغربية، خاصةً في الولايات المتحدة الأمريكية؛ وتم عرضها في الأجزاء من (1-3)

وحتى (1-4-3)؛ خاصة ان عينة الدراسة الحالية هي من المرضى النفسيين، فمن المتوقع أن يظهر التشرد لديهم بمعدلات أعلى حتى من المجتمع العام من المرضى وغير المرضى. وربما يمكن عزو هذه النتيجة إلى الأمرين التاليين أو أحدهما. الأول هو ميل المجتمع السعودي للثقافة الجمعية (Collectivism)، في مقابل ميل المجتمعات الغربية إلى الثقافة الفردانية (Individualism). ففي المجتمعات الجمعية، عموماً، تتسم شبكة العلاقات الإجتماعية للفرد بأنها أكثر متانة، ما يوفر عامل وقائي للشخص (Protective factor) من النوازل التي قد تصيبه. وربما يتسق هذا التفسير مع نتيجة ان ما نسبته (61.1%) من المرضى أفراد عينة هذه الدراسة قد قدموا إلى المستشفى عن طريق أهلهم أو أصدقائهم. وعموماً، فيمقدار ما يمكن ان يكون هذا التفسير صحيحاً، يمكن عزو تدني معدلات التشرد إلى إستفادة المرضى النفسيين من الإقامة مع ذويهم حينما يشارفون على الوقوع في التشرد، أو حتى الاستفادة من الدعم المالي أو الإجتماعي الذي يتلقونه من ذويهم في تلافي الانزلاق في التشرد.

ومع القول بانخفاض معدلات إنتشار التشرد مقارنةً بالدراسات الغربية، فلا ينبغي ان يعني ذلك انها طبيعية أو غير مُقلقة. فمن المعروف أن التشرد يرتبط بمآلات أكثر سوءاً على صعيد التعافي من الإضطراب النفسي وتلقي المريض للعلاج، وكذا على صعيد صحة الشخص الجسمية. فظروف حياة المشردين عموماً وليس فقط المرضى النفسيين منهم، تجعلهم أكثر عرضةً من غيرهم لعوامل خطورة الإصابات والأمراض الجسمية، ومنها مثلاً: التدخين وسوء التغذية والتلوث. وحينما يتصاحب التشرد مع المرضى النفسي، فالأرجح ان يكون وقع هذه العوامل أشد على الشخص كما جاءت بذلك عدة دراسات سابقة عُرضت في هذا التقرير.

9-2: عوامل خطورة التشرد عبر الحياة

نظراً للطبيعة الاستكشافية لهذه الدراسة كونها الأولى التي تناولت هذا الموضوع في المجتمع السعودي، فقد دُرس مدى واسع من عوامل الخطورة المختلفة، الديموغرافية والسريية. وبالنظر للنتائج الوصفية بصرف النظر - مؤقتاً - عن مدى جوهريتها إحصائياً، كما وردت في إجابة السؤال الأول، يتضح أن قيم إنتشار أعلى التشرد وفقاً لكلا المحكين الصارم والمرن، قد رُصدت عند من قدموا إلى المستشفى عن طريق الأهل أو الأصدقاء، ومن هم غير متزوجين (أعزب)، ومن هم بدون عمل، ويحملون المتوسطة كأعلى مؤهل دراسي، ويقعون ضمن الفئة العمرية من 31 إلى 40 سنة، ومن هم مُشخصين باضطرابات الإعتماد أو التعاطي (مواد مختلفة) كتشخيص طبي نفسي أساسي، ومن بلغت مدة إصابتهم بالإضطراب (تشخيصهم) مدة 8 سنوات فما دون، وسبق أن تم تنويمهم في مستشفى نفسي لثلاث مرات أو أكثر. وتتسق هذه الصورة بشدة مع تلك التي خرجت بها الدراسات الغربية، إذ يغلب ان يرتبط التشرد بوجود إضطرابات التعاطي والاعتماد وانخفاض المستوى التعليمي وعدم الزواج وزيادة مدة الإصابة بالإضطراب النفسي. إلا ان التحليل الإحصائي الإستدلالي أظهر انه ليست كل هذه المتغيرات يمكن النظر لها كعوامل خطورة حقيقة للتشرد لدى المرضى النفسيين السعوديين. وذلك لأن المتغيرات التي أظهرت قدرة دالة إحصائياً على ان تكون عوامل خطورة محتملة هي فقط المستوى التعليمي (لصالح غير المشردين)، والعمر (لصالح المشردين)، ومدة الإصابة (لصالح المشردين). وفي تحليل آخر يعزل بدقة الإسهام النقي لهذه المتغيرات، كانت مدة الإصابة هي المتغير الوحيد الذي بدا أنه يملك بذاته ودون إسهام غيره من المتغيرات أن يكون عامل خطورة نقي للتشرد؛ وهذا بالنسبة للتشرد كما تم تعيينه بالمحك الصارم. أما بالنسبة للنوع الآخر من التشرد (التشرد المرن)، فظهر أن عوامل خطورته النقية هي العمر وعدد مرات التنويم.

وفي نتيجة غير متوقعة، لم يبد أن التشخيص الطبني يمثّل عامل خطورة دال إحصائياً للتشرد لدى المرضى النفسيين. وهذه نتيجة مفارقة لكل ما جاءت به الدراسات السابقة تقريباً. وربما كانت هذه النتيجة مردها إلى عدم دقة التشخيص الذي تلقاه أفراد العينة وتم الإعتماد عليه في هذه الدراسة، إذ لم يتم في هذه الدراسة إعادة التحقق من تشخيص/تصنيف الإضطرابات النفسية باستخدام مقابلة تشخيصية مقننة، وإنما أعتد على التشخيص المدون في ملف المريض غالباً. وفي نفس السياق، لم يُشأ أن تجرى أي تحليلات إحصائية تنظر في مدى دلالة الفروق بين المشردين وغيرهم ضمن كل فئة تشخيصية، بالرغم من جاذبية ذلك، لإعتبارات إحصائية محضة. وعسى ان يتم التحقق من هذا في دراسات لاحقة باستخدام عينات اوسع وأكثر تمثيلاً من المرضى النفسيين.

9-3: المحك الصارم والمحك المرن للتشرد

توحي النتائج بوجود فروق متسقة بين التشرد عبر الزمن كما يُعين وفقاً للمحك الصارم وكما يُعين وفقاً للمحك المرن. فالارتباط بين المحكين كان منخفضاً نسبياً وإن كان دالاً إحصائياً، فبلغت قيمة معامل كرامر (0.15)، الامر الذي انعكس أيضاً في كون 5.2% (ك = 10) من العينة تم تعيينهم كمشردين تبعاً لمحكات كلا التعريفين في نفس الوقت. مؤشر آخر على هذا التمايز هو النتائج المختلفة في الارتباط بعوامل الخطورة، ما تمت مناقشته آنفاً. فهل يعني هذا أن أحد تعريفي التشرد هذين غير صالح لتعيين التشرد؟ أو أن أحدهما يعين شيء آخر غير التشرد ربما؟ لا يمكن القطع بنتيجة محددة لهذه الأسئلة حالياً. ولتوفير إجابة معقولة ينبغي تفحصهما بدراسات ذات منهج طولي تتبعي. وحتى ان يتم ذلك، يمكن الاستعانة بكليهما سريرياً وبحثياً لأغراض تعيين التشرد.

وعلى ضوء طبيعة هذه الدراسة ونتائجها، يمكن ان يوصى بأن تهتم الدراسات التالية في ذات الموضوع بتوظيف مقابلات تشخيصية مقننة للثبوت من التشخيص الطبني واستخام مقاييس مناسبة لتكميم الأعراض المرضية. كما يوصى أيضاً بان تهتم هذه الدراسات بالتحقق من عوامل خطورة أخرى محتملة للتشرد لدى المرضى النفسيين، ومنها متغيرات الصحة الجسمية كالتدخين والامراض الجسمية ومتغيرات الدعم الأسري والاجتماعي والصدمات والمشاكل الأسرية أثناء الطفولة.

المراجع والمصادر

- الدعجاني، مانع بن قراش (2005). الخصائص الإجتماعية والاقتصادية والصحية للمتشردين ومفترشي الأرصفة في المملكة العربية السعودية. دراسة معدة بتكليف من وزارة الشؤون الإجتماعية بالمملكة العربية السعودية. وزارة الشؤون الإجتماعية. الرياض.
- المحرج، حمد ناصر. (ب ت). المرضى النفسيون المتشردون في الشوارع: إتجاهات الظاهرة والحلول - دراسة تطبيقية على منطقة الرياض. ب ن.
- الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية. (1437). اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية. وزارة الصحة السعودية.
- الرويتع، عبدالله صالح عبد العزيز. (2008). الجمعية-الفردية والخصوصية الثقافية للمجتمع السعودي: مجتمع محافظ أم ناقد؟ مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- الرويتع، عبدالله صالح عبد العزيز. (2014). في الشخصية السعودية: الجزء الأول. مطابع دار جامعة الملك سعود للنشر. الرياض.
- American Psychological Association. (2010). Presidential Task Force on Psychology's Contribution to End Homelessness. Helping people without homes: The role of psychologists and recommendations to advance research, training, practice, and policy. Washington, DC.
- Australia, H. (2011). Homelessness Australia: States of being: Exploring the links between homelessness, mental illness and psychological distress An evidence based policy paper Homelessness Australia
- Australian Institute of Health and Welfare. (2016). Authoritative information and statistics to promote better health and wellbeing Retrieved 21/2/2016, from <http://www.aihw.gov.au/risk-factors/>
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (7th ed.): Cengage Learning
- Bassuk, E. L., Buckner, J. C., Perloff, J. N., & Bassuk, S. S. (1998). Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. [Comparative Study Research Support, Non-U S Gov't Research Support, U S Gov't, P H S]. *Am J Psychiatry*, 155(11), 1561-1564.
- Canadian Institute for Health Information. (2007). Improving the Health of Canadians: Mental Health and Homelessness Retrieved 9/8/2014, from http://www.cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice_Page/mental_health_homelessness_en.pdf
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Dominguez, B., Eagle, P. F., Opler, L. A., & Cournos, F. (1995). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. [Research Support, U S Gov't, P H S]. *Am J Public Health*, 85(8 Pt 1), 1153-1156.
- Caton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., . . . Hsu, E. (2005). Risk Factors for Long-Term Homelessness: Findings From a Longitudinal Study of First-Time Homeless Single Adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-1759. doi: 10.2105/ajph.2005.063321
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice: An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics* (3rd ed.). Atlanta, USA: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.
- Chondraki, P., Madianos, M., & Papadimitriou, G. N. (2012a). [Studies of psychopathology of homeless individuals in European Countries]. [English Abstract]. *Psychiatrike*, 23(4), 334-343.
- Chondraki, P., Madianos, M., & Papadimitriou, G. N. (2012b). [Studies of psychopathology of homeless individuals in European countries]. [English Abstract Review]. *Psychiatriki*, 23(4), 334-343.

- Combaluzier, S., Gouvernet, B., & Bernoussi, A. (2009). [Impact of personality disorders in a sample of 212 homeless drug users]. [English Abstract]. *Encephale*, 35(5), 448-453.
- Costello, L., Thomson, M., & Jones, K. (2013). Mental Health and Homelessness: Final Report. Australia: Mental Health Commission of NSW.
- Cougnard, A., Grolleau, S., Lamarque, F., Beitz, C., Brugere, S., & Verdoux, H. (2006). Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(11), 904-910.
- Diomidus, M. (2002). Epidemiological study designs. [Review]. *Stud Health Technol Inform*, 65, 126-135.
- Embry, L. E., Stoep, A. V., Evens, C., Ryan, K. D., & Pollock, A. (2000). Risk Factors for Homelessness in Adolescents Released From Psychiatric Residential Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1293-1299. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200010000-00017>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. [Meta-Analysis Research Support, Non-U S Gov't Review]. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. [Meta-Analysis Review]. *PLoS Med*, 5(12), 0050225.
- Fischer, S. N., Shinn, M., Shrout, P., & Tsemberis, S. (2008). Homelessness, mental illness, and criminal activity: examining patterns over time. *Am J Community Psychol*, 42(3-4), 251-265. doi: 10.1007/s10464-008-9210-z
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., . . . Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. [Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Psychiatry*, 162(2), 370-376. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.370
- Gadit, A. A. (2011). Homelessness and mental health: are we neglecting this grave issue? *J Pak Med Assoc*, 61(3), 299-300.
- Ganesh, A., Campbell, D. J., Hurley, J., & Patten, S. (2013). High positive psychiatric screening rates in an urban homeless population. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Can J Psychiatry*, 58(6), 353-360.
- Giles, D. C. (2004). *Advanced Research Methods in Psychology* (1st ed.). Hove: Routledge.
- Goering, P., Tolomiczenko, G., Sheldon, T., Boydell, K., & Wasylenki, D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatr Serv*, 53(11), 1472-1474.
- Goodman, L. A., Dutton, M. A., & Harris, M. (1995). Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Am J Orthopsychiatry*, 65(4), 468-478.
- Helmchen, H. (2013). Different conceptions of mental illness: consequences for the association with patients. *Front Psychol*, 4(269), 00269.
- Herman, D. B., Susser, E. S., Jandorf, L., Lavelle, J., & Bromet, E. J. (1998). Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Psychiatry*, 155(1), 109-113.
- Herrman, H. (2008). Mental disorders among homeless people in western countries. [Comment]. *PLoS Med*, 5(12), 0050237.

- Hodgson, K. J., Shelton, K. H., & van den Bree, M. B. (2015). Psychopathology among young homeless people: longitudinal mental health outcomes for different subgroups. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Br J Clin Psychol*, *54*(3), 307-325.
- Lauber, C., Lay, B., & Rossler, W. (2005). Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, *135*(3-4), 50-56. doi: 2005/03/smw-10815
- Lincoln, A. K., Plachta-Elliott, S., & Espejo, D. (2009). Coming in: an examination of people with co-occurring substance use and serious mental illness exiting chronic homelessness. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Orthopsychiatry*, *79*(2), 236-243. doi: 10.1037/a0015624
- Madianos, M. G., Chondraki, P., & Papadimitriou, G. N. (2013). Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-sectional study. [journal article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(8), 1225-1234. doi: 10.1007/s00127-013-0674-2
- Madianos, M. G., Chondraki, P., & Papadimitriou, G. N. (2013). Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *48*(8), 1225-1234.
- McQuiston, H. L., Gorroochurn, P., Hsu, E., & Caton, C. L. (2013). Risk Factors Associated with Recurrent Homelessness After a First Homeless Episode. [Journal article]. *Community Ment Health J*, *7*, 7.
- Nielsen, S. F., Hjorthoj, C. R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. [Comparative Study Research Support, Non-U S Gov't]. *Lancet*, *377*(9784), 2205-2214.
- North, C. S., Pollio, D. E., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. [Comparative Study Research Support, U S Gov't, P H S]. *J Nerv Ment Dis*, *186*(7), 393-400.
- North, C. S., Pollio, D. E., Thompson, S. J., Ricci, D. A., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). A comparison of clinical and structured interview diagnoses in a homeless mental health clinic. [Comparative Study Research Support, U S Gov't, P H S]. *Community Ment Health J*, *33*(6), 531-543.
- North, C. S., Pollio, D. E., Thompson, S. J., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (1998). The association of psychiatric diagnosis with weather conditions in a large urban homeless sample. [Research Support, U S Gov't, P H S]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *33*(5), 206-210.
- North, C. S., Thompson, S. J., Pollio, D. E., Ricci, D. A., & Smith, E. M. (1997). A diagnostic comparison of homeless and nonhomeless patients in an urban mental health clinic. [Comparative Study Research Support, U S Gov't, P H S]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *32*(4), 236-240.
- Odell, S. M., & Commander, M. J. (2000). Risks factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *35*(9), 396-401.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., & Walkup, J. (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. [Research Support, Non-U S Gov't Research Support, U S Gov't, P H S]. *Psychiatr Serv*, *50*(5), 667-673.
- Ran, M. S., Chan, C. L., Chen, E. Y., Xiang, M. Z., Caine, E. D., & Conwell, Y. (2006). Homelessness among patients with schizophrenia in rural China: a 10-year cohort study. [Research Support, N I H , Extramural Research Support, Non-U S Gov't]. *Acta Psychiatr Scand*, *114*(2), 118-123.
- Schutt, R. K., Hough, R. L., Goldfinger, S. M., Lehman, A. F., Shern, D. L., Valencia, E., & Wood, P. A. (2009). Lessening homelessness among persons with mental illness: A comparison of five randomized treatment trials. *Asian Journal of Psychiatry*, *2*(3), 100-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2009.07.003>

- Scott, J. (2000). Chapter 21 Homelessness and mental health. In E. E. Bittar & B. Neville (Eds.), *Principles of Medical Biology* (Vol. Volume 14, pp. 487-498): Elsevier.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. [Comparative Study Historical Article Research Support, Non-U S Gov't Review]. *J Clin Psychiatry*, *20*, 22-33.
- Stergiopoulos, V., Cusi, A., Bekele, T., Skosireva, A., Latimer, E., Schutz, C., . . . Rourke, S. B. (2015). Neurocognitive impairment in a large sample of homeless adults with mental illness. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U S Gov't]. *Acta Psychiatr Scand*, *131*(4), 256-268.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. [journal article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(10), 444-450. doi: 10.1007/s001270050262
- Torchalla, I., Albrecht, F., Buchkremer, G., & Langle, G. (2004). [Homeless women with psychiatric disorders -- a field study]. [English Abstract]. *Psychiatr Prax*, *31*(5), 228-235.
- van den Bree, M. B., Shelton, K., Bonner, A., Moss, S., Thomas, H., & Taylor, P. J. (2009). A longitudinal population-based study of factors in adolescence predicting homelessness in young adulthood. [Research Support, N I H , Extramural Research Support, Non-U S Gov't]. *J Adolesc Health*, *45*(6), 571-578.
- World Health Organization. (2016). Health topics: Risk factors Retrieved 12/5/2016, 2016, from http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- Zapf, P. A., Roesch, R., & Hart, S. D. (1996). An examination of the relationship of homelessness to mental disorder, criminal behaviour, and health care in a pretrial jail population. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Can J Psychiatry*, *41*(7), 435-440.

تم، والحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

الملحق

المقابلة المقننة للتشرد

إعداد

د/ أحمد كساب الشايح

أستاذ علم النفس المرضي المساعد

قسم علم النفس | جامعة الملك سعود

المقابلة المقننة للتشرد
Structured Interview for Homelessness

صفحة (1 - 6)

Date: / /

تاريخ إجراء المقابلة: /..... /

Name:

..... أسم المقابل

Occupation:.....

..... الوظيفة

Hospital:

..... أسم المستشفى:

Patient's file No.

..... رقم ملف المريض:

مصدر الإحالة:

() الشرطة

() الأهل أو الأصدقاء

() المريض نفسه

غير ذلك () حدد:

أولاً/ بيانات ديموغرافية وسيرية عن المريض**Patient's age:**

(As reported by the patient or his accompanier, or as indicated in his file).

عمر المريض:

(حسب إفادة المريض أو من يرافقه، أو حسب ما هو مذكور في الملف الطبي للمريض). يُفضل كتابة تاريخ ميلاد المريض إذا كان متوفراً.

Usual place of residence:

(As reported by the patient or his accompanier, or as indicated in his file).

مكان إقامة المريض المعتاد:

(حسب إفادة المريض أو من يرافقه، أو حسب ما هو مذكور في الملف الطبي للمريض): حدد هنا مصدر المعلومات المستخدم:

Marital Status:

Married () Single () Widow () Divorced () Non-specified ()

الحالة الاجتماعية للمريض:

متزوج () أعزب () أرمل () مطلق () غير محددة () .

Current Occupation (if any)

(If currently out of work please state: No work)

العمل الحالي (إن كان يعمل):

إذا كان بلا عمل حالياً فالرجاء كتابة: بلا عمل. وكتابة عمله السابق إن وجد.

مستوى تعليم الوالدين: الأم () الأب () مثلاً: أمي، يقرأ ويكتب، ابتدائي، الخ...

Educational Level (the last formal educational qualification awarded)

(As reported by the patient or his accompanier, or as indicated in his file).

آخر مؤهل دراسي حصل عليه المريض :

(حسب إفادة المريض أو من يرافقه، أو حسب ما هو مذكور في الملف الطبي للمريض)

Main Psychiatric Diagnosis:

(According to the diagnostic interview, the treating psychiatrist, or medical file).

التشخيص الطبقي الأساسي:

(كما في نتيجة المقابلة التشخيصية أو إفادة الطبيب المعالج أو كما في الملف)

Does the patient have any comorbidities?

(According to the diagnostic interview, the treating psychiatrist, or medical file).

هل لدى المريض أكثر من اضطراب نفسي في نفس الوقت؟

(كما في نتيجة المقابلة التشخيصية أو إفادة الطبيب المعالج أو كما في الملف)

Yes () No ()

نعم () لا ()

If yes, please state them below.

إن كان الجواب هو نعم، فحددها أدناه:

1)

4)

4

1)

2)

5)

5

2)

Illness Duration:

(As indicated in the medical file)

عدد سنوات الإصابة بالمرض النفسي:

(حسب ما هو مذكور في الملف الطبي للمريض)

ما عدد المرات التي جرى تنويم المريض فيها بالمستشفى:

منتظم تماماً ()

ينقطع عن المراجعة ولكن ليس كثيراً ()

ينقطع كثيراً ()

لا يتوفر معلومات كافية للحكم ()

ما مدى تواجد الخصائص التالية في أغلب الوقت لدى المريض خلال أقامته في المستشفى :

- سلوك غير محتشم (كالتعري مثلاً لاحصرأ): نعم () لا ()

- عنف أو عدوان: نعم () لا ()

- التدخين بشراهة ملحوظة: نعم () لا ()

- تحرش أو اعتداء جنسي: نعم () لا ()

ثانياً/ استقصاء التشرد عند المريض

1/ وش أخبارك ي..... (أذكر أسم المريض أو كنيته).

(ت) حاول قدر الإمكان ألا يتشعب المريض في إجابته عن هذا السؤال، فهو سؤال مدخلي للمقابلة يهدف إجمالاً إلى دعم الثقة والألفة معه. بعض المرضى قد يسترسل في الإجابة هنا عارضاً لشكاويه، والإستجابة الأمثل لذلك هي في إعطاءه بعض الوقت بما لا يزيد عن 5 دقائق تقريباً، ومقاطعته بعدها بلطف لإكمال الأسئلة.

2/ (أذكر أسم المريض أو كنيته) أبي أسألك، أنت وين ساكن؟

(ت) إذا لم يفهم السؤال، أسأله: يعني في أي حي بالرياض إذا كنت من اهل الرياض؟ وإذا ماكنت من الرياض بأي مدينة ساكن؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

3/ ساكن مع أهلك أو لحالك أو عند من؟

(ت) إذا لم يفهم السؤال، أوضحه له بقولك: "يعني وين تنام وتجلس وتاكل بالعادة".

(ت) بعض المرضى قد يكون له أكثر من مكان معتاد للسكن والإقامة (مثلاً: عند بيت أهلي، عند بيت أختي، الخ...)، فسجلها كلها بعد أن تتأكد من صحة وصفها بأنها مكان إقامة معتاد له.

(ت) يعد المكان محلاً معتاداً للسكن والإقامة إذا تطابق مع التعريف التالي: هو المكان أو الأماكن التي يُقيم فيها الشخص عادةً، وفيها ينام ويحفظ حاجياته ومتعلقاته الشخصية. وتمثل منزلاً شخصياً له أو لأحد أفراد أسرته الأقربين، أو لأحد أقرابه أو معارفه.

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

4/ يعني أنت بالعادة تنام وتسكن عند أو (حسب أماكن إقامته المعتادة والتي ذكرها في السؤال رقم 3).

(ت) هدف هذا السؤال هو إعادة التحقق من صحة ودقة المعلومة التي قدمها المريض في السؤال السابق، رقم 3، نظراً لكونها مهمة جداً في تقييم التشرد.

تأكد من ان المريض قد فهم تماماً المقصود بمكان الإقامة والسكن المعتاد. وأنه قد قدم إجابته بناء على هذا الفهم.

حسب إجابة المريض: نعم () لا () .

(ت) أن كانت إجابة المريض على السؤال اعلاه هي "لا"، فأعد عليه السؤال رقم 3، وأعد ذلك حتى يتم تعيين كل اماكن سكنه المعتادة بشكل قاطع.

مكان/أماكن الإقامة والسكن المعتاد عند المريض حسب المعلومات المستوفاة في السؤالين 3 و 4 (أذكرها):

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____
5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____

هل تستوفي كل هذه الأماكن أعلاه لشروط الوصف بمحل السكن المعتاد كما جاءت في التوضيح الثالث للسؤال رقم 3: نعم () لا () .

5 / عمرك نمت وسكنت برى أو (أذكر الأماكن الواردة في الخانة السابقة نصاً)؟

(ت) إذا لم يفهم السؤال، أوضحه له بقولك: يعني مهو عند أو (حسب أماكن إقامته المعتادة والتي ذكرها في السؤال رقم 3).

حسب إجابة المريض: نعم () لا () - إذا كانت الإجابة " نعم"، إنتقل إلى السؤال رقم 6؛ وتوقف هنا إذا كانت " لا".

6 / وين نمت وسكنت برى؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

7 / متى نمت وسكنت برى؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

8 / كم قعدت وأنت تنام وساكن هناك؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

المدة بالأيام: _____

9 / ويعد وين عمرك نمت وسكنت برى؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

10 / متى هذا؟

إجابة المريض كما ذكرها حرفياً:

11 / كم قعدت وأنت تنام وساكن هناك؟

المدة بالأيام: _____

الآن قم بإعادة الأسئلة من 9 - 11 حتى تغطي كل الفترات التي تعرض خلالها المريض للتشرد. وسجل هذا في الجدول أدناه.

م	مكان التشرد	تاريخه	مدة التشرد بالأيام
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
10			
عدد المرات التي تعرض فيها المريض للتشرد:			
أجمالي المدة التي قضاها كمتشرد في كل هذه المرات:			

تعريف التشرّد الذي تعتمدّه هذه الدراسة، والذي صممت هذه المقابلة بناءً عليه هو:

"بقاء الشخص خارج محل إقامته المعتاد ليوم واحد على الأقل في السابق أو حالياً، على ألا يكون بقاءه هذا في مكان آخر يقوم عادةً مقام مكان سكنه المعتاد، كبيت أحد أقاربه أو معارفه. ومن ذلك بقاء الشخص في شارع أو حديقة أو سوق أو مكان عام أو ملجأ أو مايشبه ذلك من أماكن. ويُستثنى من هذا بقاءه في المستشفى لأغراض الإقامة بناءً على قرار طبي، أو الحجز في أحد أقسام الشرطة".

بينما يُعرف محل الإقامة المعتاد بأنه:

"المكان أو الأماكن التي يُقيم فيها الشخص عادةً، وفيها ينام ويحفظ حاجياته ومتعلقاته الشخصية. وتمثل منزلاً شخصياً له أو لأحد أفراد أسرته الأقربين، أو لأحد أقاربه أو معارفه".