

الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي

إعداد الطالب

علاء الدين عيسى أحمد أبو جربوع

إشراف الدكتور

عاطف عثمان الأغا

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي
لنيل درجة الماجستير في علم النفس

أبريل 2005م

ربيع أول 1426 هـ



﴿يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا
الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾

(المجادلة: 11)

إهداء

إلى مروح والديّ رحمهما الله

إلى مروح نروح أبي رحمها الله

إلى مروح الشهيد محمد كنعان أبو لبدة

إلى أخي علي وأخي عطا وأخواتي وأبنائهم وأنزرواجهم

إلى نزوجتي وأبنائي وقامر وعيسى وإسلام

إلى كل من ساهم في هذا الجهد المتواضع

سائلاً المولى عز وجل أن يتقبله وينفع به

إنه نعم المولى ونعم النصير .

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه أجمعين.

مع إتمام هذه الرسالة أتقدم بروح ملؤها الحب بالشكر والتقدير لأستاذي القدير الدكتور عاطف عثمان الأغا لما قدمه لي من رعاية متواصلة وتشجيع صادق حتى تم إنجاز هذا البحث المتواضع. وأتقدم بالشكر الجزيل للدكتور الفاضل عبد العظيم المصدر والدكتور الفاضل نبيل دخان لتفضلهما بمناقشة هذه الرسالة وما أسدوه من نصائح وتوجيهات .

وأتقدم بالشكر الجزيل للجامعة الإسلامية لإتاحتها الفرصة لي لإكمال دراستي وأشكر القائمين على هذه الجامعة وأخص بالشكر عميد الدراسات العليا الدكتور أحمد أبو حلبية وكلية التربية وأساتذتها. كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى دائرة الصحة النفسية والمجتمعية بوزارة الصحة الفلسطينية، وأخص بالشكر الدكتور عايش سمور والعاملين في عيادة الصحة النفسية المجتمعية في عمارة جاسر الأغا في خان يونس وهم الطبيب النفسي يوسف عوض الله والطبيب النفسي فضل عفانة والأخصائيون النفسيون أشرف عرام وبشار الأغا ومصطفى العتال وأخي العزيز رامي يوسف العفيفي وأخي خليل السطري و أخي نصر حسن بركات والأخ محمد بكير في الطباعة ولما قدموه لي من تسهيلات.

وأتقدم بخالص الشكر والتقدير لأخي وصديقي العزيز نافذ أبو خاطر على مجهوداته في التحليل الإحصائي، وأشكر أخي وصديقي رياض خليل جربوع في الطباعة والأخ العزيز المعلم الفاضل عطا عبد ربه عاشور والمربي الفاضل الأخ عوني شحاتة أبو لبدية في التدقيق اللغوي. ولا يفوتني أن أشكر الدكتور الشيخ عبد اللطيف خالد موسى والأخ الشيخ عادل نصار والأخ الفنان حسن الرياطي لحضورهم إلى جلسات البرنامج وتقديم النصح والعون للمجموعة الإرشادية. كما أشكر السيدة محاسن محيسن رئيس برنامج التربية والتعليم في وكالة الغوث لسماعها لي بتطبيق البرنامج في مكتبة مدرسة إناث خان يونس الابتدائية (و) بمساعدة الأخت الناظرة هالة الحلاق والمدير المساعد الأخ نافذ محمد أبو عبده، كذلك أشكر جميع الأساتذة والأطباء الذين حكموا مقياس وصمة المرض النفسي. كما أتقدم بجزيل الشكر إلى الأساتذة والمرشدين النفسيين الذين حكموا البرنامج وأخص بالشكر الأخ الدكتور الفاضل سمير رمضان قوتة الذي قدم النصح والمشورة منذ البداية وكانت له اليد الطولى في تصميم جلسات البرنامج وآليات تنفيذه . وكذلك أشكر جميع الاخوة والأخوات الذين وافقوا على تطبيق البرنامج عليهم لأنه بدون موافقتهم وتعاونهم ما كان لهذه الدراسة أن ترى النور فكل الشكر لهم، وأرجو من الله أن أكون قد وفقت في تحقيق الهدف من هذا البحث، فإن كان كذلك فهذا من فضل الله، وإن كان هناك تقصير فمن نفسي فالكمال وحده لله. والله ولي التوفيق.

الباحث: علاء الدين عيسى أبو جربوع

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	- شكر وتقدير
ب - د	- قائمة المحتويات
هـ	- قائمة الجداول
و	- قائمة الملاحق
8-1	الفصل الأول : خلفية الدراسة
2	- مقدمة .
4	- مشكلة الدراسة .
4	- فروض الدراسة .
5	- أهداف الدراسة .
5	- أهمية الدراسة .
5	- حدود الدراسة .
6	- مصطلحات الدراسة .
59-8	الفصل الثاني : الإطار النظري
9	- مقدمة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي .
11	- الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي .
12	- المبادئ العامة للإرشاد والعلاج النفسي .
15	- أهداف الإرشاد النفسي .
16	- نظريات الإرشاد النفسي .
27	- مناهج واستراتيجيات الإرشاد النفسي .
28	- المرض النفسي والوصمة .
30	- الأمراض النفسية الشائعة .
37	- وصمة المرض النفسي .
38	- أعراض وصمة المرض النفسي .
40	- نماذج الوصمة .
41	- جذور الوصمة .
42	- اتجاهات الجمهور نحو المرض النفسي والوصمة .

44	الوصمة والصحة النفسية.
46	وصمة المرض النفسي والأسرة.
48	تخفيف وصمة المرض النفسي.
50	مفهوم العلاج النفسي.
54	طرائق البحث في العلاج النفسي.
55	أهداف العلاج النفسي.
77-61	- البرنامج الإرشادي .
61	- مقدمة .
61	- مفهوم البرنامج الإرشادي .
61	- أهداف البرنامج الإرشادي .
63	- أسلوب تنفيذ البرنامج .
68	- جلسات البرنامج .
101-79	الفصل الثالث : الدراسات السابقة
79	أولاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات المرضى النفسيين وعائلاتهم نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة .
85	ثانياً: الدراسات التي تناولت اتجاهات الجمهور العام نحو المرض النفسي و العلاج النفسي.
93	ثالثاً : الدراسات التي تناولت المناخ العام داخل المستشفيات النفسية واتجاهات العاملين في مجال الصحة النفسية نحو المرض النفسي .
99	رابعاً: تعليق عام على الدراسات السابقة .
115-103	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة
103	- منهج الدراسة .
103	- مجتمع الدراسة .
103	- عينة الدراسة .
104	- أدوات الدراسة .
104	- خطوات الدراسة .
114	- معالجة البيانات .
129-117	الفصل الخامس : نتائج الدراسة وتفسيرها

117	- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول .
121	- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني .
123	- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث .
127	- تفسير عام لنتائج الدراسة .
128	التوصيات .
129	- المقترحات .
147-131	- المراجع .
131	- المراجع العربية .
137	- المراجع الأجنبية .
148	- الملاحق والأشكال .

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
108	جدول رقم (1) يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من استبانة وصمة المرض النفسي مع الدرجة الكلية لها .
109	جدول رقم (2) يبين معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد النفسي للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد .
109	جدول رقم (3) يبين معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأسري للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد .
110	جدول رقم (4) يبين معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الاجتماعي للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد .
110	جدول رقم (5) يبين معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الديني للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد .
111	جدول رقم (6) يبين مصفوفة ارتباط الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة وصمة المرض النفسي .
112	جدول رقم (7) يبين صدق المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس وصمة المرض النفسي باستخدام اختبار مان - وتني U .
113	جدول رقم (8) يبين معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة الوصمة من المرض النفسي بطريقة التجزئة النصفية (ن = 75) .
114	جدول رقم (9) يبين ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة الوصمة من المرض النفسي بطريقة كرونباخ ألفا (ن = 75) .
117	جدول رقم (10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (ن = 20) على استبانة الوصمة من المرض النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي .
119	جدول رقم (11) يبين اختبار ويلكوسون في رتب أفراد المجموعة التجريبية (ن = 20) بين كل من التطبيق القبلي والبعدي .
121	جدول رقم (12) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (ن = 20) على استبانة وصمة المرض النفسي للتطبيقات البعدي والتتبعي .
122	جدول رقم (13) يبين اختبار ويلكوسون للفروق في رتب المجموعة التجريبية (ن = 20) بين كل من التطبيقين البعدي والتتبعي .
124	جدول رقم (14) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل من الذكور (ن = 10) والإناث (ن = 10) على استبانة وصمة المرض النفسي للتطبيقين القبلي والبعدي .
125	جدول رقم (15) يبين الفروق بين الذكور والإناث في التطبيق القبلي باستخدام اختبار مان - وتني U .
126	جدول رقم (16) يبين الفروق بين الذكور والإناث في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان - وتني U .

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	رقم الملحق
149	أسماء الأساتذة والأطباء المحكمين لمقياس وصمة المرض النفسي والبرنامج الإرشادي .	(1)
153-150	استبانة المشاركة في تحكيم المقياس .	(2)
158-154	استبانة مقياس وصمة المرض النفسي .	(3)
198-163	ملاحق الجلسات	(4)

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
187	تصور بريمر للضغط وطبيعته	(1)

الفصل الأول

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- فروض الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة

المقدمة:

لقد اتسعت مجالات علم النفس وتعددت أغراضه خلال القرن العشرين، فبرز علم نفس السلوك في سوائه وانحرفه، وعلم النفس الإكلينيكي الذي يعتمد إلى حد كبير على الاستفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية؛ بهدف زيادة كفاءة الخدمة النفسية الطبية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجال التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل، وتدابير الوقاية في معرفة الدرجات المتقدمة أو المتطورة والاضطراب النفسي مثل العصاب أو الذهان. (زهران، 1980: 16)

ويهدف علم النفس الإكلينيكي، أيضاً إلى تحقق التفاهم والتوافق النفسي السليم مع التقاليد والعادات السائدة في المجتمع ويهتم بدراسة مفهوم الذات لدى الشخص غير العادي للتخلص من تأثير الحالة غير العادية على مفهوم الذات، والعمل على علاج المشكلات النفسية المرتبطة بالحالة غير العادية والتي تعوق التوافق النفسي. (عيسوي، 2001: 16).

وعلى الرغم من أن علم النفس الإكلينيكي اهتم بالمرض النفسي من حيث طبيعته وطرق علاجه والشفاء منه وتأثير المريض النفسي على الأسرة وأيضاً على الاتجاهات التي تدور حول المرضى النفسيين، فإننا نرى أن الكبار والصغار قد اختلفت نظرتهم للمريض النفسي من ناحية أسباب المرض أو قبول أو رفض العلاج. كذلك فإن كثيراً من الناس يفضلون أن يشكوا من أعراض جسدية على أن يشكوا من أعراض نفسية. (زقوت، 2001: 5). ويرجع ذلك إلى النظرة السلبية تجاه المرض النفسي والعلاج النفسي. وهناك بعض الأسر التي تتكرر وجود مرض نفسي في أبنائهم باعتباره وصمة عار stigma في الأسرة.

ولقد ازدادت الأمراض في الربع الأخير من القرن العشرين حيث إن دراسة (Fred, et.al, 1999: 20) والتي بعنوان Stigma of Mental Illness أظهرت أن سبعة من كل عشرة أمريكيين يؤمنون بوجود الأمراض النفسية وأن 65% يعتقدون أن نسبة وصمة العار من الأمراض النفسية - عالية جداً.

ودراسة أندرو وسيمس (Androw & Semis, 1991) أظهرت أن وصمة العار من المرض النفسي ما زالت منتشرة لدى الجمهور العام وأن مناقشة موضوع الوصمة مع المرضى وذويهم مهم لتخفيفها حيث توجد معلومات وأفكار خاطئة وغير صحيحة حول المرض النفسي. (Nunnally, 1961).

وفي دراسة بننت وإدجرتون (Bentz, Edgerton, 1970) أظهرت أن الجمهور العام والمدرسين لهم نظرة سلبية نحو مستشفيات الأمراض النفسية، فهم يرون أنها بمثابة سجن

وحماية للمجتمع من المرض وقد أظهرت نفس الدراسة أن 70% من عينة الجمهور العام أن المجتمع في حاجة ماسة للمستشفيات النفسية لحماية المجتمع من المرضى النفسيين. أظهرت دراسة (زقوت، 2001) بعنوان "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات" أن الاتجاهات النفسية للمترددين على المعالجين النفسيين أو المترددين على المعالجين بالقرآن سلبية نحو المرض النفسي وأن لديهم شعوراً عالياً بالوصمة، ويرى (Lefley, 1987) أن الأسر التي لديها مرضى نفسيين قد تشعر بمشاعر الذنب والخجل وربما لا تقبل مريضها النفسي، مما يؤدي إلى خلق جوٍّ مشحون في العلاقات الأسرية وإذا فشل أعضاء الأسرة في تقبل وإدراك أن قريبهم مريض نفسي فإن التدخل المبكر الحاسم لعلاجه سوف يتأخر. ويتساءل (Lancet, 1998: 37) إذا لم يقبل أعضاء الأسرة مريضهم، فما هي الفرصة المتاحة لهذا المريض ليتم قبوله خارج نطاق أسرته؟ هل سيرضى به الغرباء؟ وإذا شعر الوالدان بوصمة المرض فإن شعوراً سيئاً سيلصق بهما ويسبب لهما الضيق والحرج والخزي. والخجل يقف حاجزاً منيعاً أمام حياة مجتمعية غير مننقصة، فلا يبحثان عن العلاج ولا تحاول الأسرة البحث عن أسباب المشكلة ولن تتوافق في الاستمرار في الحياة وهذا ربما يؤدي بالأسرة لتصبح مريضة نفسياً. (قوتة، 2000).

أظهرت دراسة الهمص (1998) أن الناس يفضلون الذهاب إلى المعالج بالقرآن بدلاً من الذهاب إلى الطبيب النفسي، أي أن يكون الإنسان متلبساً بالجن أفضل من أن يكون مريضاً نفسياً.

إن النظرة السلبية المحففة التي ينظرها المجتمع للمريض النفسي، تؤدي بالأسرة إلى الضرب والإساءة إليه نفسه فتعمل جاهدة على حبسه داخل المنزل وعدم إخراجه من البيت ولو أدى ذلك إلى الضرب والإساءة إليه وإفائه مربوطاً لمدة طويلة. ويؤدي بالأسرة إلى أن تعزل نفسها عن المجتمع وفرض نوع من العزلة على كل عضو من أعضائها وتجنب الاختلاط بالأقارب والأصدقاء والجيران، وقد يرجع ذلك إلى الخجل من المريض النفسي أو إلى محاولتهم تجنب بعض المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب لهم الضيق والتوتر.

وقد رأى الباحث في محيط مجتمعه الذي يعيش فيه أن هناك عدة أفراد يعانون بشكل واضح من بعض الأمراض النفسية، وقد تقوقعوا في بيوتهم؛ حتى لا يخرجوا للناس ولا يواجهوا المجتمع. وإذا طلب منهم التوجه إلى معالج نفسي أو معالج بالقرآن يرفضون الفكرة من أساسها تجنباً لوصمة العار.

ويرى الباحث الحالي أن هذه الدراسة في المجتمع الفلسطيني لم تستوف حقها بحسب رأي الباحث من البحث والدراسة، حيث يعتبر المجتمع الفلسطيني من المجتمعات النامية والتي ما زالت تعاني من آثار الجهل الثقافي، خاصة المتعلقة بفهم أهداف وأهمية الإرشاد والعلاج

النفسي؛ ولأن الصحة النفسية تعتبر من أهم الأمور على الإطلاق للفرد فقد اهتم الباحث بالتركيز عليها من خلال تخفيف الشعور بالوصمة؛ وذلك من اجل تحقيق التوافق الفعّال للفرد الفلسطيني.

وهذا البحث يهدف بالدرجة الأولى إلى تطبيق برنامج نفسي للتخفيف من الشعور بوصمة المرض النفسي ومحو أثارها.

مشكلة الدراسة:

*تحدد مشكلة الدراسة بما يلي:

*ما مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في تخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي؟

*وينبثق عن التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية الآتية:

- 1- هل توجد فروق دالة في وصمة المرض النفسي بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشاد النفسي على أفراد المجموعة التجريبية؟
- 2- هل توجد فروق دالة بين التطبيق البعدي والتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقياس وصمة المرض النفسي المستخدم في الدراسة؟
- 3- هل توجد فروق دالة في وصمة المرض النفسي عند مستوى دلالة 0.05 بين درجات الذكور ودرجات الإناث على مقياس الوصمة والمستخدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟

أهداف الدراسة:

- 1- اقتراح برنامج في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي.
- 2- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي.
- 3- معرفة ما إذا كان الشعور بوصمة المرض النفسي في قطاع غزة يتأثر بعامل الجنس.

أهمية الدراسة:

- 1- تقترح هذه الدراسة نموذجاً في بناء برنامج في الإرشاد النفسي، من الممكن أن يساعد العاملين في مجال الصحة النفسية، بعد المسح الشامل لآراء ذوي وأقارب المرضى النفسيين والأخذ بوجهة نظرهم حول المرض النفسي.
- 2- تفعيل دور المؤسسات المجتمعية: مثل المساجد والإعلام في توعية الجمهور حول المرض النفسي، وأهمية الشعور والإحساس بمشاعر وأحاسيس الآخرين.

3- هذه الدراسة قد توفر الأساليب الإرشادية الإضافية للعاملين في مجال الصحة النفسية من أجل الارتقاء بهذا العلم.

4- تعتبر الصحة النفسية للفرد من أهم الأمور على الإطلاق والتي يجب أن نركز عليها في سبيل تحقيق التوافق الفاعل للفرد الفلسطيني في دولة حديثة الولادة.

حدود الدراسة:

***الحد المكاني:** تحدد إجراء الدراسة على المترددين على العيادة المجتمعية في خان يونس التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية.

***الحد الزمني:** أجريت هذه الدراسة من عام 2003 إلى عام 2004.

***الحد البشري:** تكونت عينة الدراسة من عشرة آباء وعشر أمهات تراوحت أعمارهم ما بين 35 - 45 سنة.

مصطلحات الدراسة:

الفاعلية: عرفها (أبو عميرة، 1995: 95) هي "مدى إنجاز الأهداف أو المخرجات المنشودة، وتحقيق النتائج المرغوب فيها".

- عرفها (السعودي، 1998: 715) على أنها "نسبة التلاميذ الذين حققوا المستوى المطلوب من تعلم كل هدف من الأهداف المراد تعلمها وذلك من خلال سلوكهم أو درجاتهم على الاختبارات".

***ويُقصد بالفاعلية في الدراسة الحالية:**

هي قدرة البرنامج المقترح على تخفيف وصمة المرض النفسي للذين تابعوا البرنامج.

البرنامج المقترح :

- يعرف (عفانة، 2000: 75) البرنامج المقترح بأنه "وحدة تعليمية مصممة بطريقة مترابطة ومتضمنة مجموعة من الخبرات، والوسائل، وأساليب التدريس، وأساليب التقويم المتنوعة".

- يعرفه الباحث إجرائياً بأنه مجموعة من الخبرات صممت لتعالج مشكلة الشعور بوصمة المرض النفسي من أجل تخفيفها وإزالتها لدى ذوي المرضى النفسيين في قطاع غزة.

البرنامج الإرشادي:

هو برنامج منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة ، فردياً وجماعياً بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي والمتعل ولتحقيق التوافق النفسي، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين.(زهران ، 1998:494)

ويعرفه الباحث إجرائياً على أنه مجموعة الخدمات الإرشادية المستقاة من النظريات النفسية والعقيدة الإسلامية المؤدية معاً إلى الضبط الانفعالي وتحقيق الصحة النفسية.

*الإرشاد النفسي: يعرف (زهران، 1980: 11) الإرشاد النفسي بأنه "عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد، لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته ويُنمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه؛ لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية، والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وزواجياً.

*وصمة المرض النفسي: في نظر (جوفمان، 1963: 5) هي وصف يشوه أو يخزي الإنسان بشكل عميق".

ويعرف الباحث الوصمة إجرائياً بأنها "الشعور السيئ الذي يلصق بالفرد ويقف عائقاً في طريق حياة مجتمعية غير منقوصة وتقاس بالدرجة على مقياس الوصمة.

عيادة الصحة النفسية المجتمعية:

تأسست عيادة الصحة النفسية المجتمعية فرع خان يونس في 1-1-1996م في شقة مستأجرة في الدور الثالث في عمارة جاسر الأغا- خان يونس وهي تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية وهي تقدم العلاج والإرشاد النفسي لأكثر من ألف وتسعمائة مريض نفسي من مدينتي رفح وخان يونس وضواحيهما ويتزأسها الدكتور عايش محمد سمور.

الفصل الثاني

الإطار النظري

الفصل الثاني الإطار النظري

- مقدمة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي .
- الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي .
- المبادئ العامة للإرشاد والعلاج النفسي .
- أهداف الإرشاد النفسي .
- نظريات الإرشاد النفسي .
- مناهج واستراتيجيات الإرشاد النفسي .
- المرض النفسي والوصمة .
- الأمراض النفسية الشائعة .
- وصمة المرض النفسي .
- مفهوم العلاج النفسي .
- أهداف العلاج النفسي .
- البرنامج الإرشادي .
- مقدمة .
- مفهوم البرنامج الإرشادي .
- أهداف البرنامج الإرشادي .
- أسلوب تنفيذ البرنامج .

مقدمة:

يرى البعض أن التمييز أو التفريق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يعتبر تمييزاً اصطناعياً حيث أنّ المرشدين والمعالجين النفسيين يستخدمون المصطلحين بالتبادل بدون تمييز عملي. (Shertzer & stone, 1976:12). ويقصد **بالعلاج النفسي** هو استخدام أي منهج سيكولوجي في علاج الاضطرابات العقلية أو سوء التكيف ويشمل العلاج الإيماني أي عن طريق غرس الإيمان في وجدان المريض، واستخدام الإيحاء وإسداء النصح واستخدام التقنيات المخصصة لتحقيق راحة المريض من مشاعر الحصر والقلق باستخدام السيكودراما أو فنيات أخرى. (العيسوي، 196:2001). والعلاج النفسي يهدف إلى تحقيق تكيف الفرد أو إعادة تكيفه وسعادته وشعوره بالرضا عن نفسه وعن المجتمع الذي يعيش في كنفه وتحريره مما يكبل طاقته من الأزمات والأمراض وتعديل اتجاهاته وأفكاره ومرئياته نحو الحياة وأحداثها. ويحاول الباحث استخدام هذه الفنيات في تطبيقه لبرنامج حتى يحقق هدف البرنامج وهو التخفيف من الشعور بوصمة المرض النفسي والمحاولة لمحو أثارها.

مفهوم الإرشاد النفسي:

يعرّف (حمزة، 1976: 228) الإرشاد النفسي بأنه علاقة بين فردين أحدهما المرشد النفسي الذي أخذ على عاتقه مساعدة الفرد الآخر على فهم نفسه وحلّ مشكلاته. ويعرف (مرسي، 1976: 22) الإرشاد بأنه تلك العملية التي تتم بين فردين أحدهما قلق مضطرب بسبب بعض المشكلات الانفعالية التي لا يستطيع أن يواجهها بمفرده والثاني أخصائي يستطيع بحكم إعداده المهني وخبرته العملية أن يقدم المساعدات الفنية التي تمكن الفرد من أن يصل إلى حلّ مشكلاته. ويعرف (زهرا، 1980: 9) الإرشاد النفسي على أنه عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه، ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسماً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً، ويفهم خبراته، ويحدد مشكلاته وحاجاته، ويعرف الفرص المتاحة له، وأن يستخدم وينمي إمكانياته بذكاء إلى أقصى حد مستطاع حتى يحقق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وزواجياً. ويعرف (سلامة، 1986: 34) الإرشاد النفسي بأنه علاقة بين شخصين أحدهما ذو صفة مهنية والآخر شخص يمر بمحنة أو أزمة ويقوم الشخص المهني في هذه العلاقة بمساعدة الآخر في فحص وتبيين طبيعة آلامه ومشكلاته كما يساعده في زيادة فهمه لنفسه وتقبله لها. ويعرفه (ملحم، 2001: 36) على أنه عملية تفاعل قيادية بين طرفين أحدهما الموجّه والآخر هو الموجّه، تستهدف التعاون على استقصاء طبيعة الموقف بقصد تبيين نواحيهما، وتعريف

الموجه بما لديه من قدرات واستعدادات وبما يتوافر في البيئة من إمكانيات وفرص كيفية الاستفادة منها.

ومن ثم - وبالنظر إلى التعريفات السابقة- نجد أنها لا تختلف في مضمونها عن جوهر واحد مشترك بينهما هو أن الإرشاد النفسي عبارة عن علاقة بين شخصين أحدهما يحتاج إلى مساعدة لحل مشاكله ويسمى هذا الشخص مسترشداً، والثاني يقدم المساعدة التي يحتاجها المسترشد على أسس علمية ومهنية مدروسة ويسمى هذا الشخص مرشداً. ويرى (زهران، 1977:34) أن ذلك يساعد المريض على تنمية شخصيته ويدفعها في طريق النمو النفسي الصحي بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وقدرة على التوافق النفسي في المستقبل.

ثانياً: مفهوم العلاج النفسي:

يرى (زهران، 1978:26) أن العلاج النفسي بمعناه العام يشير إلى نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها. مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته على خير وجه،

الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

يؤكد معظم الباحثين في هذا المجال بوجود فروق جوهرية بين كل من الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، إلا أن الاختلاف الرئيس بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يكون في نوعية المشاكل التي يتعامل معها كل منهما، حتى إن العديد ممن يكتبون في هذا المجال أصبح يجمع بينهما، حيث إن هناك عناصر مشتركة بينهما كما يوضحهما (الزبادي والخطيب، 2001:12)

-كلاهما عملية مساعدة وخدمة نفسية للفرد بهدف تحقيق فهم النفس وتحقيق الذات.

-أهداف وإستراتيجيات كل منهما واحدة.

-إجراءات كل منهما واحدة: فحص، تحديد المشكلات، والتشخيص، حل المشكلات، اتخاذ لقرارات والتعلم، والمتابعة والانتهاء).

-يشتركان في الأسس التي يقومان عليها ويستخدمان لغة مشتركة وأساليب مشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة.

-المرشد النفسي والمعالج النفسي لا يخلو منهما مركز إرشاد أو عيادة نفسية.

أما التفرقة بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فيتمحور حول ما يلي:

(الزبادي والخطيب، 2001)

- 1- **المكان:** إن الإرشاد النفسي يمارس في أماكن غير طبية لا تتسم بأي طابع علاجي مثل مركز الإرشاد النفسي أو مكتب المرشد النفسي مما يبعده عن المفهوم العلاجي ويحصره في الإطار الإرشادي فقط. أما العلاج النفسي فإنه يمارس في مستشفيات الصحة النفسية غالباً أو العيادات النفسية التي تتصف بالطابع العلاجي.
- 2- **المشكلات:** إن الإرشاد النفسي يتعامل مع المشكلات العادية فقط التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، بينما يتعامل العلاج النفسي مع المشكلات الحادة الأكثر عمقاً.
- 3- **الأفراد:** يتعامل الإرشاد النفسي مع الأفراد الأسوياء فقط الذين لا يعانون من أية اضطرابات إنفعالية، أما المعالج النفسي فيتعامل مع الأفراد غير الأسوياء فقط الذين يعانون من اضطرابات انفعالية حادة.
- 4- **الخبرة الميدانية:** بالرغم من التشابه في الخلفية العلمية لكل من المرشد النفسي والمعالج النفسي، وبالرغم من تشابه الإعداد المهني لكل منهما، وبالرغم من قدرة كل منهما على ممارسة أعباء مهنته، إلا أن الخبرة الميدانية تلعب دوراً كبيراً في تنمية شخصيته المهنية.

الحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي:

الإرشاد والعلاج النفسي موجودان منذ القدم ولقد سعت كثير من بلدان العالم والبلاد العربية إلى إدخال برامج التوجيه الإرشادي في وزاراتها ومعاهدها التدريبية (ملحم، 2001) وبرامجها المختلفة في تربية المعلمين ليكونوا مؤهلين في حل مشاكل تلاميذهم، ولكي لا تهدر جهودهم، ويكونوا قادرين على مساعدتهم ليعرفوا أنفسهم ويفهمونها بواقعية، ولكن عندما يشتد الصراع والحرمان والإحباط في حياة بعض الناس في مجتمع من المجتمعات ويضيق عليهم القلقُ الخناقُ ويعيشون في وحدة وانطواء ويتطور بهم الحال إلى السلبية واللامبالاة فعندئذ يصل الحال إلى المرض النفسي الذي يحتاج إلى علاج نفسي متخصص.

يرى الباحث أن الكثير من الناس يخطئون في تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم بل ويظن البعض منهم أن أمراضهم النفسية ما هي إلا أمراض جسمية يمكن علاجها عند طبيب عادي ومثل هؤلاء بأمر الحاجة إلى العلاج النفسي من أجل مساعدتهم في تغيير نمط حياتهم من الضياع إلى السعادة خاصة أنهم يتعرضون يومياً إلى ضغوطات الحياة اليومية والصراعات النفسية والمشاكل المدنية . وهذه الضغوطات تحول بينهم وبين تحقيق مطامحهم. ويرى الباحث أن التوجيه والإرشاد النفسي قد أصبح ضرورة ملحة خاصة لأولئك الذين يعانون يومياً وبشكل متواصل من وجود ضغوطات نفسية تحيط بهم حتى تزداد قدرتهم على

التحمل وإلى تجنب قدر الإستطاع الإحتراق الداخلي وتجنب الأمراض النفسجسمية التي سوف تزيد الأمور تعقيداً .

المبادئ العامة للإرشاد والعلاج النفسي: (زهران، 2001:56)

أولاً: الثبات النسبي للسلوك الإنساني وإمكان التنبؤ به:

السلوك الإنساني عبارة عن نشاط حيوي هادف جسماً أو عقلياً أو اجتماعياً أو إنفعالياً وهذا السلوك يصدر عن الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به وهو سلوك مكتسب ومتعلم في معظمه وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية ومن خلال التربية والتعليم، ويكتسب السلوك صفة الثبات النسبي الذي يمكن التنبؤ به ويسعى المعالج إلى تعديل سلوك مرضاه بعد أن يكون درس أوضاعهم واستنتج أسلوب حياتهم ومشكلاتهم وأحاط بمعايير النمو في الشخصية العادية لديهم.

ثانياً: مرونة السلوك الإنساني:

بالرغم من أن السلوك الإنساني ثابت إلا أنه سلوك يتسم بالمرونة، وقابل للتعديل والتغيير. فالثبات النسبي للسلوك الإنساني لا يعني الثبات المطلق أو الجمود. والمرونة لا تقتصر على سلوك الظاهر الذي يمكن ملاحظته فحسب، بل يتعدى ذلك ليتضمن التنظيم الأساسي لشخصية الفرد ومفهوم الذات مما يؤثر في سلوكه.

ثالثاً: السلوك الإنساني فردي - جماعي: (زهران ، 1998:58)

السلوك الإنساني سلوك فردي وجماعي معاً، مهما بدا فردياً أو اجتماعياً خالصاً، وعندما يكون الفرد وحده يبدو فيه تأثير الجماعة، وسلوك الفرد مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته وفرديته وينطبق الأمر على الأشخاص الذين يكون سلوكهم متأثراً بسماتهم الشخصية وبالمعايير والاتجاهات والأدوار الاجتماعية التي تؤثر فيه، فالشخصية تعبر عن مجموعة من السمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي تميز الشخص عن غيره، والمعايير الاجتماعية تعبر عن مقياس السلوك الاجتماعي لما هو صحيح وما هو خطأ. ولما هو ممكن وما هو عيب. أما الأدوار الاجتماعية التي يمكن أن يلعبها الفرد فمتعددة.

رابعاً: الاستعداد للتوجيه والإرشاد النفسي:

إن الفرد العادي لديه استعداد للتوجيه والإرشاد مبني على وجود حاجة أساسية لديه للتوجيه والإرشاد، وكل منا حين يتعرض لأمر مشكل يلجأ إلى الآخرين طلباً للاستشارة والتوجيه والإرشاد. والفرد العادي لديه استبصار بحالته ويدرك حاجته إلى الإرشاد ويسعى إليه ويقبل عليه إقبالاً برضى واختيار. وهذا يتضمن الإرادة والرغبة في التغيير. ويلعب المظهر الشخصي للمشرّد دوراً هاماً، إذ إن أول ما يقع عليه بصر المسترشد عند بدء المقابلات الإرشادية ولا سيما الابتدائية منها المرشد النفسي، وذلك الشخص الذي يقابله على اعتبار أنه المنقذ الذي سيأخذ بيده من هاوية النفس إلى بر الأمان والاطمئنان. وأيضاً استقبال المرشد، لأن الانطباع الأول الذي يخرج به المسترشد من المقابلة الإرشادية سواء كان جيداً أو سيئاً يتوقف على كيفية استقباله منذ اللحظة الأولى التي يتقابل فيها مع المرشد النفسي المختص برعايته الإرشادية في مكان الانتظار.

خامساً: حق الفرد في التوجيه والإرشاد:

إن عملية التوجيه والإرشاد حقاً من حقوق كل فرد بحسب واجباته، وحاجة نفسية خاصة لدى الإنسان، ومن مطالب النمو السوي إشباع هذه الحاجة. ومن واجب الدولة تيسير خدمات التوجيه والإرشاد فهي حق لكل فرد من أفراد المجتمع ككائن متكامل لتحقيق سعادته في كل ميادين حياته الشخصية والتربوية والمهنية.

سادساً: حق الفرد في تقرير مصيره:

يعتبر حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه من المبادئ الهامة في التوجيه والآخر، وهو أمر يتطلب الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار من بين الأبدال المتوافرة لديه. والشخص العادي يختار لنفسه بديلاً سليماً من بين أبدال مرغوب فيها. ويسعى الفرد للحصول على المساعدة والتوجيه والآخر من الآخرين حين يحتاج الإنسان ذلك، والآخر إرشاد وليس إجبار. (زهران، 1982: 57) وقد علمنا الله سبحانه وتعالى بقوله: "وقل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر" (الكهف: 29). وليس في الإرشاد أوار ولا وعظ، ولا نصح ولا حلول جاهزة. إنه ليس شيئاً يعمل المرشد للعميل ولكنه عملية مساعدة تتيح الفرصة للقوى الخيرية والإيجابية في الأمان أن تعمل وأن تظهر فيستطيع أن يتعلم كيف يحل هو مشكلاته بالطريقة التي يراها مناسبة حيث إنه ليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه.

سابعاً: تقبل العميل:

يقوم الإرشاد النفسي على أساس تقبل المرشد للعميل كما هو وبدون شروط وبلا حدود. وهذا أمر ضروري لتحقيق العلاقة الإرشادية الطيبة المطلوبة التي تتيح الثقة المتبادلة في العملية الإرشادية، وإن العميل حين يلجأ الأولى المرشد يلوذ ليطمئن نفسياً، وله حق التقبل وسعة الصدر والطمأنينة والشعور بالأمن وإزالة الكرب ويجب أن يلمس العميل ذلك من خلال العلاقة الإرشادية، والأساس هو تقبل العميل ككل مهما كان سلوكه، وليستقبل كل سلوكه، فقد يقوم العميل بسلوك شاذ إمكاناته غير سوي فلا يقبله المرشد، ولكنه يساعد العميل على تغييره. إن تقبل السلوك السوي مقبول ومرغوب، أما تقبل السلوك غير السوي فقد يفسره العميل على أنه تشجيع لمثل هذا السلوك.

ثامناً: عملية الإرادة مستمرة طوال الحياة:

عملية الإرادة عملية مستمرة متتابعة من الطفولة الأولى الكهولة، ومن المهد الأولى للحد. ففي الطفولة يقوم بها الوالدان حين يهرع إليهما الولد بمشكلاته. وفي المدرسة يقوم بها المرشد حين يلجأ الإنساني التلميذ. وهكذا في الحياة حين تطرأ المشكلات، فإن الفرد يسعى لمرشد متخصص. ومشكلات الحياة العادية تستمر مع النمو العادي وتصاحبه ولا تقتصر على فترة معينة من النمو، والمرشد الذي يقدم خدمات الإرادة عليه أن يتابعها. والمتابعة تؤكد استمرار عملية الإرادة. فالإرشاد ليس مجرد صفة طبية أو دفعة مبدئية ولكنه خدمة مستمرة منظمة. ويحدد (زهران، 1982:34) أهم أهداف الإرشاد النفسي كما يلي:

تحقيق الذات: Self-actualization

لا شك أن الهدف الرئيسي من الإرشاد النفسي هو العمل مع الفرد لتحقيق الذات. والعمل معه حسب حالته سواء كان عادياً أو متوقفاً أو ضعيف العقل أو متخلفاً دراسياً أو جانحاً، ومساعدته في تحقيق ذاته الأولى درجة يستطيع فيها أن ينظر الأولى نفسه فيرضى عما ينظر الإنساني، ويقول روجرز (العيسوي، 2001:108) إن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات، ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة وتحليل نفسه وفهم استعداداته وإمكانياته أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته. ويتضمن ذلك "تنمية بصيرة العميل". ويهدف الإرشاد النفسي الأولى نمو مفهوم موجب للذات. والذاتي كينونة الفرد وحجر الزاوية في شخصيته. ومفهوم الذات الموجب Positive self-Concept يعبر عن تطابق مفهوم الذات الواقعي (أي المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص). (عيسوي، 2001:107). ومفهوم الذات الموجب عكس مفهوم

الذات السالب الذي يعبر عنه عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي. ومعلوم أن مفهوم الذات هو المحدد الرئيسي للسلوك. وهناك هدف بعيد المدى للتوجيه والإحباط وهو [توجيه الذات] Self-Guidance إمكاناته إرشادات الذات Self-Counseling أي تحقيق قدرة الفرد على توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية، وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف.

تحقيق التوافق: Adjustment

من أهم إمكانات الإرشاد النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إدخال حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة، ويتطلب تحقيق هذا الهدف تنمية طاقات المسترشد، واكتسابه مهارات التعامل مع المواقف Coping skills، وخاصة المواقف الضاغطة، والنهوض بعملية اتخاذ القرارات (الشناوي، التويجري، 1996: 27). ويجب النظر الأولى التوافق النفسي نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوازن في كافة مجالاته. مكيوان وشميت (McGowan & Shmedt, 1962:76)

ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي: (زهران ، 1998 : 35)

* **التوافق الشخصي:** أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع الداخلية إلى الفطرية والعضوية والفسولوجية والثانوية المكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث يقل الصراع، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة.

* **التوافق التربوي:** وذلك عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي.

* **التوافق المهني:** ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علمياً ومهنياً لها والدخول فيها والكفاءة والشعور بالرضا والنجاح، إمكاناته وضع العامل المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع.

* **التوافق الاجتماعي:** يتضمن السعادة مع إشباع، والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسيرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم وتحمل المسؤولية الاجتماعية، والعمل لخير الجماعة، وتعديل القيم مما يؤدي الأولى تحقيق الصحة الاجتماعية، ويدخل ضمن التوافق الأسرى والتوافق الزواجي.

* **تحقيق الصحة النفسية:**

الهدف العام الشامل فعندئذ النفسي هو تحقيق الصحة النفسية والصحة النفسية كما عرفها (زهران ، 1997 : 36) بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر

بالسعادة مع نفسه، ومع إشباع، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته الأولى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، وسلوكه يكون عادياً، بحيث يعيش في سلامة وسلام. والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة جيدة للعقل والجسم، وليس مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي. ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف حل مشكلات العميل أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه، ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب و الأعراض.

نظريات الإرشاد النفسي:

لا ينكر أحد أهمية النظرية في علم النفس الإرشاد، وفي علم النفس العيادي، حيث إنها تمثل خريطة واضحة المعالم أمام كل من المرشد أو المعالج النفسي. فهي تساعدنا على فهم ما يمكن أن يقدمه لمسترشديهم وبناء على النظرية يتعرفان على طريقتهم في عملية الإرادة والعلاج. (ماهر، 1985 : 30) .

وكل نظرية تمثل اتجاهاً معيناً لإمكاناته مدرسة فكرية معينة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، ومن ثم تعددت النظريات بناء على تلك الاتجاهات أو تلك المدارس. ولا توجد نظرية خاصة ومستقلة فعندئذ النفسي. (الزبادي، 2001 : 49) . والإحباط النفسي يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك والتنبؤ به وتعديله وتغييره. وفيما يلي أهم التصورات في مجال الإرشاد النفسي التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بالإرشاد النفسي وهي:

1- نظرية الذات [الإرشاد المتمركز حول المسترشد] [Self-Theory [Rogers]

تعتبر نظرية الذات لكارل روجرز Rogers Self Theory هي أحدث وأشمل نظريات الذات. وذلك لارتباطها بطريقة من أشهر طرق الإرشاد والعلاج النفسي. هي طريقة الإرادة والعلاج المتمركز حول العميل Client-centered أو غير المباشر nondirective وهذه النظرية بنيت أساساً على دراسات وخبرة روجرز في الإرشاد والعلاج النفسي. (زهران، 1977: 82). وهناك مكونات رئيسية في نظرية الذات لكارل روجرز، وهي الذات: مفهوم الذات، الخبرة، الفرد، السلوك، المجال الظاهر.

الذات: Self

لقد اختلفت النظريات حول طبيعة الذات وبنيتها وتركيبها وأبعادها ووظائفها، وحتى على تعريفها. وقد ذكر ابن سينا مفهوم الذات على أنه الصورة المعرفية للنفس البشرية، ولقد علمنا

الله ما لم نكن نعلم عن: النفس الملهمة، والنفس اللوامة، والنفس البصيرة، والنفس مطمئنة، والنفس الأمانة بالسوء. (الزبادي، 2001: 50). ويقول الغزالي إن الواجهات الأربع الأول للنفس البشرية حميدة أما الأخيرة فهي غير محمودة. وحدد روجرز الذات على أنها كينونة الفرد أو الشخص، وتنمو الذات وتتفصل تدريجياً عن المجال الإدراكي، وتتكون بنية الذات الاجتماعية، والذات المثاليين وقد تمتص قيم إشباع، وتسعى الأولى التوافق والالتزان والثبات، وتنمو نتيجة للنضج والتعلم، وتصبح المركز الذي تنظم حوله كل الخبرات.

مفهوم الذات: Self-concept

يعرف (زهرا، 1980: 83) مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية بنفسه المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية وإمكاناته الخارجية.

وظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد السلوك، وينمو مفهوم الذات تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات، وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير، إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة. فالفرد في سعي دائم لتحقيق وتعزيز ذاته وهو يحتاج إلى مفهوم موجب للذات، ومفهوم الذات مفهوم شعوري يعيه الفرد، أما الذات فإنها تشمل عناصر لا شعورية لا يعيها الفرد.

الخبرة: Experience

يمر الفرد في حياته بخبرات كثيرة. والخبرة هش شيء أو موقف يعيشه الفرد في زمان معين، ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها، ويؤثر فيها ويتأثر بها والخبرة متغيرة. ويحول الفرد خبراته إلى رموز يدركها ويقيمها في ضوء مفهوم الذات وفي ضوء المعايير الاجتماعية أو يتجاهلها. والخبرات التي تتفق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدي إلى الراحة والخلو من التوتر وإلى التوافق النفسي. والخبرات التي لا تتفق مع الذات ومفهوم الذات والبيت تتعارض مع المعايير الاجتماعية يدركها الفرد على أنها تهديد ويضفي عليها قيمة سالبة.

وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو فإنها تؤدي إلى تهديد وإحباط مركز الذات والتوتر والقلق وسوء التوافق النفسي وتنشيط وسائل الدفاع النفسي التي تعمل على تشويه المدركات والإدراك الغير دقيق للواقع. (زهرا، 1978: 84)

الفرد: Person

الفرد قد يرمز أو يتجاهل أو ينكر خبراته المهدة فتصبح شعورية أو لاشعورية. والفرد لديه دافع أساسي لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته، ويتفاعل مع واقعة في إطار ميله لتحقيق ذاته.

(الزبادي، 2001: 52) ولديه حاجة أساسية (رغم أنها متعلمة) للتقدير الموجب الذي يشمل الحب والاحترام والتعاطف والقبول من جانب الآخرين.

السلوك: Behaviour

السلوك هو نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما يخبرها في المجال الظاهري كما يدركه (سلامة، 1986: 81). ويتفق معظم السلوك مع مفهوم الذات، ومع المعايير الاجتماعية، وبعضه لا يتفق مع بنية الذات والمعايير الاجتماعية. وعندما يحدث تعارض فإنه يحدث عدم التوافق النفسي. ويمكن تغيير السلوك وتعديله، ويصعبه الانفعال ويسهله وقد يحدث نتيجة للخبرات أو الحاجات العضوية التي لم تأخذ صورة رمزية لكونها غير مقبولة، وأحسن فهم لسلوك الفرد يكون من وجهة نظر الفرد نفسه ومن داخل إطاره المرجعي أي من داخل مجاله الإدراكي. ويعبر روجرز عن ثقته في التقارير الذاتية عن السلوك بدرجة أكبر من المعلومات التي تنتجها الاختبارات والمقاييس من إطار مرجعي خارجي. وأحسن طريقة لإحداث التغيير في السلوك (زهرا، 1978: 81) هي أولاً إحداث التغيير في مفهوم الذات. وهذا ما يحاول المرشد إحداثه في طريقة الإرشاد الممركز حول العميل Client centered.

المجال الظاهري: Phenomenal Field

يوجد الفرد في وسط مجال ظاهري أو مجال شعوري، يسلك الفرد ككل في المجال الظاهري كما يدركه ويخبره، وهو كل الخبرات أو مجموعها، ويتضمن المدركات الشعورية للفرد في بيئته، فالفرد يتفاعل مع المجال الظاهري كما يدركه ويخبره، ويعتبر من وجهة نظره واقعاً أو حقيقة، فمثلاً قد يدرك مريض الفصام الهذائي أن كل من حوله يقولون عليه، وهذا قد يكون صحيحاً أو غير صحيح على الإطلاق، ولكن بالنسبة له يعتبر هذا واقعاً وحقيقة تحدد استجاباته وسلوكه. (الزبادي، 2001: 52).

2- النظرية السلوكية Behaviour Theory

تقوم النظرية السلوكية على مفاهيم ومسلّمات ومبادئ وقوانين تتعلق بالسلوك وبعملية التعلم وحل المشكلات، ومن أهم المفاهيم ما يلي: (نشواتي، 1985: 70).

- **منظم سلوك الإنسان متعلم:** إن معظم سلوك الفرد متعلم، وهو يتعلم السلوك السوي ويتعلم السلوك غير السوي، ويتضمن ذلك أن السلوك المتعلم يمكن تعديله.

- **المثير والاستجابة: Stimulus and Response** تقول النظرية إن كل سلوك استجابة له مثير، وإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سويًا، أما إذا كانت العلاقة بينهما مضطربة كان السلوك غير سوي والأمر يحتاج إلى دراسة.

- الشخصية: الشخصية حسب النظرية السلوكية هي التنظيمات أو الأساليب السلوكية المتعلقة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الناس.

- الدافع: **Motif**

تركز نظرية التعلم على الدافع **Motif** والدافعية **Motivation** في عملية التعلم، والدافع إما أولي [مورث فسيولوجي مثل الجنس] أو ثانوي [متعلم مثل الخوف] وعن طريق التعلم يكتس بالفرد دوافع ثانوية تقوم على الدوافع الفسيولوجية إلى وهذه تسمى الحاجات **needs** ولها صفة الدافعية وتحدد السلوك.

يرى (صالح، 1972) أن للدافع ثلاثة أبعاد: فهو يحرر الطاقة الانفعالية الكامنة في الفرد، وهو يملي على الفرد أن يستجيب ويهتم لموقف معين ويهمل المواقف الأخرى، وهو يوجه السلوك وجهة معينة ليشتبع حاجة معينة عند الفرد.

- التعزيز: **Reinforcement**

التعزيز هو التقوية والتدعيم والتثبيت بالإثابة، والسلوك يتعلم ويقوى ويدعم ويثبت إذا تم تعزيره، والتعزيز قد يكون إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي، أو قد يكون إثابة ثانوية مثل زوال الخوف، ويؤدي التعزيز بالإثابة إلى تدعيم السلوك والى النزعة لتكرار السلوك المعزز، ويرتبط مفهوم التعزيز في التعلم باسم **Hull**. ويرتبط التعزيز أيضاً بالأثر الطيب. (نشواتي، 1985) وقد وضع ثورندايك **Thorndike** قانون الأثر كقانون رئيسي مسئول عن عملية التعلم، ومؤداه أن الاستجابات التي لها أثر طيب تميل إلى البقاء. ويرتبط التعزيز بالاقتران الشرطي بين مثير حين يتكرر يؤدي إلى ظهور استجابة معينة، وقد أسهم بافانو **Pavlov** إسهاماً واضحاً حين بين أهمية حين بين أهمية الاقتران الشرطي. كذلك فإن قانون التعلم عند **Watson** واطسون هو قانون التكرار. وركز **Skinner** على قيمة التعزيز وقال إن تعلم أي سلوك يجب أن يقسم إلى خطوات صغيرة متتابعة وتعزير كل خطوة تتم بنجاح قبل الانتقال إلى الخطوة التالية.

- الانطفاء: **Extinction** وهو ضعف وتضاؤل وخبود واختفاء السلوك المتعلم إذا لم يمارس ويعزز أو إذا ارتبط بالعقاب بدل الثواب. ويلاحظ أن العقاب يكف السلوك لأن الفرد يحاول دائماً أن يتجنبه، ويلاحظ أن الاستجابات لها اثر محبط تميل إلى الانطفاء.

- العادة: **habit**

وهي رابطة تكون وثيقة بين مثير واستجابة، وتتكون عن طريق التعلم وتكرار الممارسة ووجود رابطة قوية بين مثير واستجابة، ومعظم العادات مكتسبة وليست موروثية.

- التعميم: Generalization

إذا تعلم الفرد استجابة، وتكرر الموقف فإن الفرد ينزع إلى تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة.

- التعلم ومحو التعلم وإعادة التعلم: Learning, Delearning, Relearning

التعلم هو تغيير السلوك نتيجة للخبرة والممارسة ومحو التعلم يتم عن طريق الانطفاء . وإعادة التعلم تحدث بعد الانطفاء بتعلم سلوك جديد. وهذه السلسلة من عمليات التعلم تحدث في التربية والإرشاد والعلاج النفسي وحتى في عملية غسيل المخ Brain Washing أي محاولة محو ما تعلمه الفرد ثم إعادة تعليمه من جديد.

تطبيقات النظرية السلوكية في الإرشاد النفسي:

يركز الإرشاد النفسي على ما يأتي:

* مساعدة السلوك السوي المتوافق.

* مساعدة العميل في تعلم سلوك مرغوب والتخلص من سلوك غير مرغوب، ومساعدته في تعلم أن الظروف الأصلية قد تغيرت أو يمكن تغييرها بحيث تصبح الاستجابات غير المرغوبة غير ضرورية لتجنب المواقف غير السارة التي سبق أن ارتبطت بها. فمثلاً يمكن تخلص العميل من أفكار وسواسية أو سلوك قصري كان يقوم به لتجنب أفكار مثيرة للشعور بالذنب.

* تغيير السلوك غير السوي أو غير المتوافق وذلك بتحديد السلوك المراد تغييره والظروف والشروط التي يظهر فيها والعوامل التي تكتفه وتخطيط مواقف يتم فيها ومحو تعلم لتحقيق التغيير المنشود. ويتضمن ذلك إعادة تنظيم ظروف البيئة بما يؤدي إلى تكوين ارتباطات شرطية جديدة فيما يتعلق بمشكلات العميل وأغراضه. جودشتين (1965, Goodstien).

* الحيلولة بين العميل وبين تعميم قلقه على مثيرات جديدة.

* ضرب المثل الطيب والقوة الحسنة سلوكياً أمام العميل عله يتعلم أنماطاً مفيدة من السلوك عن طريق محاكاة المرشد خلال الجلسات الإرشادية المتكررة.

3- نظرية المجال Field Theory (ملحم 2001 : 142 – 144)

ترتبط هذه النظرية باسم كيرت ليفين Lewin. ولقد ظهر أول تأثير لنظرية في التطبيق على علم النفس في علم النفس الجشطالت Gestalt psychology على يد فير تايمر Wretheimer وكوهلر Kohler وكوفكا Koffka. والفكرة الأساسية فيه أن إدراك موضوع ما يحدده المجال الإدراكي الكلي الذي يوجد فيهن وأن الكل ليس مجرد مجموع الأجزاء، وأن الجزء يتحدد بطبيعة الكل، وأن الأجزاء تتكامل في وحدات كلية. تؤكد نظرية المجال أن

السلوك هو وظيفة المجال الذي يوجد في الوقت الذي يحدث فيه السلوك ونتيجة لقوى ديناميكية محرّكة. ويبدأ التحليل بالموقف ككل، ومن الموقف الكلي تتمايز الأجزاء المكونة. ويعرف المجال بأنه جماع الوقائع الموجودة معاً والتي تدرك على أنها تعتمد على بعضها البعض الآخر .

مفاهيم نظرية المجال: Field Theory Concepts

- الشخص: Person

الشخص هو كيان محدد محدود داخل المجال الخارجي الأكبر منه. والشخص له خاصيتان هما "الفصل" عن المجال و"الوصل" مع المجال. وبمعنى آخر "التفاضل أو التمايز" و"التكامل".

- المجال النفسي: Mental Field

يوجد الشخص في مجال نفسي أو بيئة نفسية خارج حدوده، ويحدث تفاعل بين الشخص ومجاله النفسي وهما "أي الشخص والمجال النفسي" يعتمدان على بعضهما البعض داخل [حيز الحياة].

- حيز الحياة: Life space

حيز الحياة Life space هو المجال النفسي الكلي الذي يحتوي على مجموع الوقائع الممكنة التي تحدد سلوك الشخص في وقت محدد مثل حاجاته وإمكاناته. سلوكه كما يدركه. أي أم السلوك هو وظيفة حيز الحياة.

- المجال الموضوعي: Subjective Field

يضم المجال الموضوعي كل الإمكانيات التي تخرج من المجال السلوكي للشخص والتي ليست في حيز الحياة. وهذا المجال رغم أنه ليس جزءاً من حيز الحياة فإنه يؤثر على الفرد .

- المناطق: areas

ينقسم المجال الكلي إلى مناطق، وتحتوي كل منطقة على وقائع facts والذي يحدد هو عدد الوقائع النفسية المنفصلة التي توجد في أي وقت معين، وأيضاً يتحدد عدد المناطق في الشخص بعدد الوقائع الشخصية الموجودة فعلاً، وتسمى الوقائع الأساسية للمنطقة الشخصية الداخلية باسم الحاجات needs.

- الاتصال بين المناطق: Contact among areas

هناك حدود بين المناطق من خصائصها "النفاذية" وتبادل الاتصال، وتتصل المناطق عن طريق الاتصال بين الوقائع الواقعة في كل منهما بالأخرى. ويحدث بينهما تفاعل وتأثير متبادل ينتج عنه حدث event فالكتاب واقعه والشخص واقعه بينما قراءة الشخص في الكتاب حدث، فالاتصال ومدى التأثير المتبادل بين الشخص والمجال النفسي يتوقف على الحدود

الفاصلة بينهما، معزولاً عن مجاله، وإذا كانت الحدود سهلة النفاذية كان التأثير المتبادل بين الشخص ومجاله النفسي سهلاً وميسوراً .

- **الشخص في المجال:** الشخص والمجال الكلي أو البيئة الكلية يعتمدان بعضهما على بعض، وموضع الشخص في مجاله النفسي قد يتفق وقد يختلف عنه موضعه في مجاله المادي. فقد يكون من الناحية المادية جالساً في قاعة المحاضرة في حين يكون من الناحية النفسية في مكان آخر. وعلى هذا لا تؤثر فيه الوقائع الموجودة في قاعة المحاضرة.

- **الحركة والاتصال:** من خصائص المجال النفسي أنه يحدث حركة بداخله واتصال دائم من وإلى المناطق المختلفة وتحدث الحركة والاتصال كنتاج للتفاعل بين الوقائع، فالحدث دائماً نتيجة تفاعل أي حركة واتصال بين واقعتين أو أكثر، وقد أطلق ليفين على هذا اسم "مبدأ ارتباط". "Relatedness".

- **إعادة بناء حيز الحياة:** عن طريق الحركة والتفاعل بين الوقائع يتغير بناء حيز الحياة، وفي حيز الحياة قد يتزايد عدد المناطق أو يتناقص حسب زيادة الوقائع وقد يتغير وضع المناطق بالنسبة لبعضها البعض.

- **الوقائع:** تتضمن الواقعية حركة فعلية واللاواقعية تتضمن حركة تخيلية أو وهمية، فمثلاً يستطيع الشخص أن يحل مشكلة حلاً واقعياً في إطار الواقع وقد يحلها حلاً لا واقعياً في حلم اليقظة .

- **الزمن:** يذكر ليفين أن السلوك الحادث لا يتأثر بالماضي أو الحاضر، ويقول أن الوقائع الحاضرة وحدها هي التي تستطيع أن تحدث سلوكاً حاضراً، أما الوقائع الماضية فلا تؤثر في الحاضر، فوقائع الطفولة لا تؤثر على سلوك الراشد ما يظل وجودها مؤثراً طوال رحلة النمو من الطفولة إلى الرشد.

- **الحواجز: Barriers**

قد تكون الحواجز أشياء أو أشخاص أو عرف اجتماعين وأخلاقي، أو أي شيء يعوق الشخص المدفوع في اتجاهه نحو هدفه . وتعد الحواجز بمثابة تكافؤات سلبية وينشأ عنه عادة سلوك استكشافي أو ربما تقود الفرد إلى شن هجوم عليها.

- **التوتر: Tension**

يعبر التوتر عن الحالة الانفعالية التي تصاحب الحاجات دوماً. ويمكن أن ينشأ التوتر من أشياء بيئية مغرية يكون لها دلالة كافية للشخص .

- **التكافؤ Balance:** يشير هذا المفهوم إلى أن لكل الأشياء والأشخاص تكافؤات موجبة أو سالبة فما يشبع حاجات الفرد وما يكون جذاباً بالنسبة له فإنه يحصل على حالة تكافؤ موجبة، والذي لا يشبع حاجات الفرد كالتهديد مثلاً فإنه يكتسب تكافؤاً سلبياً.

- الحاجة: Need

تعد الحاجة بمثابة حالات دافعية يمكن حدوثها نتيجة حالات فيسيولوجية ولا تصبح حاجات إلا إذا احتلت منطقة متميزة في الشخص من الداخل، فالرغبة في أي شيء من البيئة أو النية (القصد) لتحقيق هدف معين يمكن أن يصبح حالة دافعة وتصبح حاجة ملحة تتطلب الاتباع.

- مبدأ العيانية: Correctness

إن الوقائع الفعلية (الحقائق) هي التي لها اثر في تكوين الأحداث بينما توجد وقائع ممكنة أو محتملة أو فرضية، ولكن تظل عاجزة عن الفعل فهي موجودة بالقوة force وليست موجودة بالفعل Action.

- مبدأ المعاصرة: Contemporality

الوقائع في زمان ما، في مكان ما وتسبب سلوكاً ما هي إلا الوقائع الراهنة التي يمكن أن تحدث هذا السلوك الراهن الآن.

أهمية نظرية المجال في الإرشاد والعلاج النفسي :

- أهمية تغيير الإدراك: لأن طبيعة ما يدركه الشخص تقرر بحالة مجاله الإدراكي ولأن سلوكه الشخصي هو وظيفة لحالة مجاله الإدراكي لحظة الإدراك. والإدراك يتأثر بعامل الوقت إذ يجب أن يكون التعرض للموقف كافياً حتى يسمح للحواس بالقيام بوظيفتها بكفاءة. وتؤثر قيم الشخص وأهدافه على إدراكه، وهو يدرك عادة ما يرغب في إدراكه أو ما تدرب على إدراكه. ويلعب الإغلاق (أي ميل الخبرة الجزئية لإكمال نفسها) دوراً هاماً في الإدراك. ويؤثر إدراك التهديد أو الشعور به على مدى الآخر ونوعه، إذ يؤدي التهديد إلى تضيق مجال الآخر ويدفع الشخص إلى الاحتفاظ بتكامل تنظيم شخصيته بالجوء إلى حيل الدفاع النفسي المختلفة. وهكذا تحتاج عملية الإرشاد إلى تغيير الإدراك. (زهران، 1979 : 54).

- أهمية مساعدة العميل لجعل العوائق الموجودة في شخصيته أكثر مرونة: ومعنى هذا جعلها أقل جموداً مما هي عليه، ومساعدته في وضع أهداف حياة ومستويات طموح حتى لا يتعرض للإحباط، ومساعدته في توسيع مجال حياته حتى تتوافر لديه المرونة، ومساعدته على التقليل من جمود العوائق التي تحول بينه وبين تحقيق أهدافه.

- أهمية تغيير مفاهيم الفرد واتجاهاته: وهذا يتطلب بدوره تهيئة جو تتاح فيه حرية الاختيار مما يتيح تحقيق الهدف.

- أهمية التغيير خطوة خطوة Step by step في إطار التعليم: حيث ينظر إلى هذه الخطوات في أشياء تغير تدريجي.

- أهمية الاستبصار **Insight في التعلم**: وفيه يؤدي البحث عن حل المشكلة إلى إطار تكوين المجال وإعادة تنظيم المعلومات مما يؤدي إلى حل يبدو كأنه يأتي فجأة. ويتم التوصل إلى الاستبصار في الإرشاد والعلاج النفسي بمساعدة المرشد للعميل على استرجاع خبراته الماضية وتنظيم خبراته الحاضرة وتعديل مجاله الإدراكي حتى يتم التوصل إلى الحل. ويتطلب الوصول إلى حل بالاستبصار (تلقائياً وفجأة) إلى فترة "حضانة" تستغرق بعض الوقت. (زهران، 1980 : 80).

4- نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory

مفاهيم نظرية التحليل النفسي: (زهران ، 1982: 110 - 112)

يفترض فرويد Freud مؤسس هذه النظرية أن الجهاز النفسي يتكون من الهو id فهو منبع الطاقة الحيوية والنفسية، ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع. وإنما الأنا الأعلى super-ego فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والمضير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي. وأما الأنا ego فهو مركز الشعور موجبة أو الحسي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية، المشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو وبين مطالب الأنا الأعلى وبين الواقع، ولذلك فهو محرك منفذ للشخصية ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ وتحقيق الذات والتوافق الاجتماعي. ويرى فرويد أن الجهاز التنفسي لا بد أن يكون متوازياً حتى تسير الحياة مسيراً سويةً ولذلك يحاول الأنا حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى. فإذا نجح كان سويةً وإذا أخفق ظهرت أعراض العصاب.

الشعور واللاشعور وما قبل الشعور:

الشعور **Consciousness**: حسب رأي فرويد هو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي وهو الجزء السطحي فقط من الجهاز النفسي. ويطلق يونج Jung على الشعور اسم "العقل الواعي" الذين يتكون من المدركات والمشاعر الواعية.

واللاشعور **Unconsciousness**: حسب فرويد يكون معظم الجهاز النفسي. وهو يحوي ما هو كامن وليس متاحاً ومن الصعب استدعاؤه أي ما هو مكبوت. ويقول إن المكبوتات تسعى إلى الخروج من اللاشعور إلى الشعور في الأحلام وفي أعراض الأمراض النفسية. وتحدث يونج Jung عن اللاشعور الشخصي الذي يتكون من خبرات الفرد المكبوتة والعقد.

ما قبل الشعور **Preconsciousness**: فهو يحتوي على ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح ويسهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الذكريات.

الغرائز : Instincts

الغريزة: **Instinct** كما عرفها فرويد عبارة عن قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي وتمثل مطالب الجسم من الحياة النفسية وهدفها القضاء على هذا التوتر، وتوجد الغرائز الأساسية وهي غريزة الحياة Eros ويقابلها غريزة الموت thanatos ويوجد صراع دائم بينهما، والسلوك يكون مزيجاً أن متوافقاً من الغريزتين ويؤدي فساد هذا المزيج إلى اضطراب السلوك. (زهران، 1977: 113).

وقد أعطى فرويد أهمية كبيرة لغريزة الجنس في حياة الإنسان، ثم اهتم اهتماماً كبيراً بمرحلة الطفولة المبكرة واعتقد أن جذور الشخصية الأولى توضع في هذه المرحلة، وأن خبرات الطفولة تظل باقية طوال مراحل حياة الإنسان الأخرى إلى جانب اهتمامه بحيل الدفاع اللاشعورية. وغرائز الأنا هي القوى التي تعمل على حفظ الأنا وهي القوى المعارضة للغريزة الجنسية والكبت هو نتيجة تغلب غرائز الأنا والنرجسية معناها حسب الذات.

مفاهيم خاصة في نظرية التحليل النفسي: (الزبادي والخطيب، 2001: 66 - 67) **صدمة الميلاد Birth trauma:** تحدث أوتورائك عن صدمة الميلاد كصدمة نفسية تصيب الإنسان لأنه يعتبر وكأنه انفصال وطرده السعادة الأساسية التي كان فيها وهي الرحم. (الزبادي، الخطيب، 1995: 66). وتكمن هنا "باكورة الفلق" الذي يطمس حالة "السرور الأولى" في مرحلة ما قبل الميلاد، وهكذا يوضع أساس "كبت أولي". ويحاول الفرد التغلب على صدمة الميلاد، وإذا فشل أصبح عصابياً.

عقدة النقص Inferiority: يقول ألفرد أدلر أن هذه العقدة تتكون نتيجة لوجود قصور جسمي أو عقلي أن اجتماعي أن اقتصادي مما يؤثر في حياة الشخص النفسية، ويشعره بالنقص والدونية وعدم الأمن وعدم الكفاية، ويتبع ذلك تعويض أو عدوان لتخفيف الشعور بالنقص. (زهران، 1977).

أسلوب الحياة Life Style: يقول أدلر أن الشخص يتخذ لنفسه أسلوب حياة يؤدي إلى تحقيق هدف الحياة وهو تحقيق الذات.

الغائية Finalism: اهتم أدلر بفكرة الغائية أن هدف الحياة Life Goal الذي يحدد أسلوب حياة الفرد وسلوكه، ولذلك على الفرد أن يختار هدفاً واقعياً ممكن التحقيق.

الإرادة Will: أكد رانك أهمية الإرادة، أي القوة المتكاملة للشخصية والتي يمثلها الأنا ويظهرها الكفاح بين الذات وبين العالم حين يستطيع أن يعطي ويأخذ ويغير ويتغير وأن يحول ويتحول وأن ينهار ويتخذ القرار.

تطبيقات نظرية التحليل النفسي في الإرشاد النفسي:

يعتبر التحليل النفسي نظرية نفسية عن ديناميات الطبيعة البشرية وعن بناء الشخصية ومنهج بحث لدراسة السلوك البشري وهو أيضاً طريقة علاج. (زهران، 1991 : 115).

والمرض في ضوء نظرية التحليل النفسي: من أهم أسبابه الصراع بين الغرائز والمجتمع كما يقول فرويد. وينشأ الصراع الأساسي بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته.

والعصاب Neurosis: يعتبر القلق لب العصاب ومحوره، تقول هورني: إن القلق أساس العصاب وأن هناك ثلاثة اتجاهات عصابية، الاتجاه الأول يتميز بالتحرك نحو الناس، والثاني بالتحرك بعيداً عن الناس، والثالث بالتمركز حول الذات. (الزبادي، 2001 : 67).

والذهان Psychosis: في رأي فرويد صورة خطيرة لاضطراب السلوك تظهر تغيرات مرضية في إدراك الواقع أو ذهان الهوس والاكنتاب إلى خليط من أسباب نفسية وأسباب جسمية. (زهران ، 1982 : 117).

أما خطوات التحليل النفسي التي تدخل ضمن الخطوات العامة في عملية الإدراك فمن أهمها (العلاقة العلاجية) الدينامية بين العميل والمرشد التي يسودها التقبل والتفاعل الاجتماعي السليم والتطهير أو التفريغ الانفعالي Catharsis للمواد المكبوتة يؤدي إلى اختفاء أعراض العصاب. والتداعي الحر أو الترابط الدقيق Free association للكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور عن طريق إطلاق العنان بحرية للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات والاحساسات، مع الاستفادة من فلتات اللسان وزلات القلم وتفسير ما يكشف عنه التداعي الحر. والتفسير يتضمن إيضاح ما ليس واضحاً وإفهام ما ليس مفهوماً بأسلوب منطقي كامل وصحيح وفي لغة عملية مترجمة إلى لغة يفهمها العميل. والتعلم وبناء العادات تدريجياً وإعادة تعليم وتوجيه العميل خطوة هامة جداً أيضاً. وهكذا نجد أن التحليل النفسي والإدراك النفسي يشتركان في هذه الخطوات. وبالإضافة إلى ذلك يهتم كل من التحليل النفسي والإرشاد النفسي بإعادة التوازن بين أركان الشخصية وحل الصراعات وإعادة غرس الإيمان ومعرفة هدف حياة العميل وأسلوب حياته وتنمية مفهوم موجب عن الذات والتقليل من حدة القلق وتكوين الإرادة الإيجابية وتغيير علاج البيئة والوسط الاجتماعي وتحسين مفهوم الذات. (زهران، 1997).

مناهج واستراتيجيات الإرشاد النفسي

هناك ثلاثة مناهج لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي كما يراها (الزبادي، الخطيب، 2001 : 24- 25) وهي:

1- المنهج الإنمائي: Developmental

إن خدمات الإدراك تقدم أساساً إلى العاديين لتحقيق زيادة كفاءة الفرد الكفاء وإلى تدعيم الفرد المتوافق إلى أقصى حد ممكن. ويتضمن المنهج الإنمائي الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء والعاديين، والوصول بهم خلال رحلة نموهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق معرفة، وفهم تقبل الذات ونمو مفهوم موجب للذات وتحديد أهداف سليمة للحياة، ومن خلال رعاية مظاهر الشخصية جسيماً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

2- المنهج الوقائي: Preventive

يهتم المنهج الوقائي بالأسوياء والأصحاء قلب اهتمامه بالمرضى ليقبهم ضد حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة هي:

* **الوقاية إلى:** محاولة منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض. بإزالة الأسباب حتى لا يقع المحذور.

* **الوقاية الثانوية:** وتتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإطلاق للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه.

* **الوقاية من الدرجة الثالثة:** وتتضمن محاولة التقليل من اثر إعاقة الاضطراب أو منع إزمان المرضى. وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من الاضطرابات النفسي كما يراها زهران (زهران، 1973: 34).

* **الإجراءات الوقائية الحيوية:** وتشمل الاهتمام بالصحة العامة، والنواحي التناسلية.

* **الإجراءات الوقائية النفسية:** وتشمل رعاية النمو النفسي السوي، ونمو المهارات الإرشادية والتوافق الزواجي، والتوافق الأسري، والتوافق المهني، والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة.

* **الإجراءات الوقائية الاجتماعية:** وتتضمن إجراء الدراسات والبحوث العلمية وعمليات التقويم والمتابعة والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية.

3- المنهج العلاجي: Remedial

هناك بعض المشكلات والاضطرابات قد يكون من الصعب التنبؤ بها فتحدث فعلاً. وكل فرد يخبر في وقت ما مواقف أزمات Crisis- situations وفترات حرجة ومشكلات حقيقية يحتاج فيها إلى مساعدة ومساندة لتخفيض مستوى القلق ورفع مستوى الأمل.

يرى الباحث أن المساندة الاجتماعية والدعم الأسري يساعدان بشكل كبير على تحمل الضغوطات وتفريغ الحمولة النفسية الانفعالية حتى لا يحدث تصدع في بناء شخصية الفرد

وسيتبنى الباحث في تطبيق برنامجه الإرشادي المنهج العلاجي لعلاج المشكلات والاضطرابات و الأمراض النفسية الناتجة عن شعور الآباء والأمهات والأخوة بوصمة المرض النفسي لما لهذا المنهج من دور في خلق حالة من التوافق والصحة النفسية .

المرض النفسي والوصمة Mental Illness and Stigma

أولاً: المرض النفسي: Mental Illness

الأمراض النفسية والعقلية قديمة قدم الإنسان على الأرض. وقد مر العلاج النفسي بتاريخ طويل يعود إلى بدء وجود الإنسان على الأرض وواكب نموه وتطوره إلى أن وصل إلى ما وصل إليه في عصرنا الحاضر.

ف نجد أن الحضارات القديمة كانت تفسر المرض النفسي على أنه مس من الأرواح الشريرة والشياطين للإنسان (عكاشة، 1992)، وكان المصريون القدماء هم أول من ميزوا المرض النفسي ووضعوه وكتبوه على أوراق البردي منذ عام 1500 ق. م (زهران، 78). والبابليون كانوا يعزون الاضطرابات العقلية إلى أثر الأرواح الشريرة، وكانوا يلجئون إلى التعاويذ والاناشيد الدينية في معالجتها. بينما تميز الأطباء الهندوس (1400 ق. م) بالحنان والشفقة ومراعاة مشاعر الآخرين وبالإيمان والصلاة لدى معالجتهم للمرضى العقلين.

ووصف العبرانيون مرض الصرع وسموه المرض المقدس لأن الملك شاول كان مريضاً به. كما وصفوا أمراض الزهو (الغرور) والاكنتاب والهستيريا والهذيان الناتج عن الحمى وفرقوا بينه وبين الاختلال العقلي الناتج عن مرض الشيخوخة. أما المصريون، فقد اعتقدوا بأن القوى الخفية في الكون تؤثر في سلوك الإنسان. وبرعوا في تفسير الأحلام، وقالوا أن تفسير الأحلام يقع غالباً في المستقبل أكثر منه في الماضي اعتقاداً منهم أن الأحلام ما هي إلا رسالة من القوى الخفية في الكون إلى الجانب الخبيث لدى الإنسان. (ثابت، 1986 : 60). وانتشرت في المصادر الإنجيلية إشارات تنسب الجنون إلى سيطرة الشياطين نتيجة ارتكاب مخالفات خلقية. فكان المريض العقلي يعالج في أغلب الأحيان برجمه أو يضطر إلى التكفير حيث كان الناس يلتمسون الأنبياء والمرسلين بشيء من الخشوع بسبب ما بهم من مس. أما اليونانيون، فقد انشغلوا بفكرة المرض العقلي والأساطير التي كانت تقوم حوله، فكان الجنون بالنسبة إليهم قوة إلهية مؤثرة لديهم. وقد رفض أبو قراط Hypocrites فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة وقال بأن اللجوء إلى تفسيرات الأمزجة المختلفة والاضطرابات الوجدانية التي صادفها في مرضاه تفسيراً فسيولوجياً ناتج عن اختلال العناصر الأربعة الأساسية في الكون وهي: الماء والتراب والنار والهواء. (ربيع، 1986: 34). أما أفلاطون Plato فقد رأى أن الدماغ

يلعب دوراً كبيراً في الحياة العقلية للإنسان، ورأى بأن الروح تتكون من قسمين.
(الجسماني، 1997 : 46).

* الروح الخيرة: وهي روح خالدة ومقدسة وظاهرة ومركزها الدماغ ووظيفتها العقل.
* الروح الشريرة: وهي غير خالدة. وهي مصدر جميع رغبات الإنسان ونزعاته وشهواته
ومقرها الصدر وتكون سبباً للمرض العقلي والجنون. وفي العصر الوسيط برزت إنجازات
علمية كبيرة أثرت في الحضارة الإنسانية من خلال العلماء المسلمين. (كمال، 1994: 22).
وأبرزهم:

1- ابن سينا: (380هـ - 1038م)

أول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج المرض العقلي، واعتبر المؤسس الأول للطب
السيكوباتي في بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية. وكان أول من
استخدم التحليل النفسي في علاج مرضاه. وقد تحدث ابن سينا عن دور الوراثة وأثرها في
المرض النفسي دون أن يهمل البيئة وأثرها في الاضطرابات النفسية، وعارض فكرة عزل
المريض في السجون ونادى بإقامة المصحات النفسية.

2- ابن رشد:

قام بتصنيف الأمراض وفريق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة وشدد ابن رشد
على إعادة النفسي وعوامل البيئة في تكوين الأعراض واعترف بأثر العامل الوراثي وركز
على العوامل البيئية كسبب للمرض ونادى بتغيير 8 سكن المريض وبيئته كأسلوب علاج
ناجح.

3- الإمام الغزالي: (1058-1113م)

تناول الإمام الغزالي موضوع علاج الغضب ورأى أنه يعالج عند هيجانه بمعجون العلم
والعمل فيتفكر في الأخبار الواردة في كظم الغيظ والعفو والحلم والاحتمال فيرغب في توابه،
ويُطفيئ غيظه، وأن يخوف نفسه بعقاب الله، وأن يحذر نفسه عاقبة العداوة والانتقام.
(كمال، 1994 : 24)

وإذا نظرنا إلى أوروبا في عصر الانحطاط والظلمة فإننا نرى أنها أشد العصور ظلاماً وقسوة
ضد مرضى العقول وتميزت سيطرة رجال الكنيسة (الكليروس) الذين اشتهروا بقيامهم
بالأعمال التالية: (ربيع، 1986 : 32).

- حرق العلماء والمصلحين.
- السيطرة على عقول الناس.
- قتل 10000 من المرضى العقليين أيام حكم فرنسيس الأول بفرنسا.
- تم إحراق 500 من المرضى العقليين في جنيف.

- خلو أوروبا من مستشفيات أو معاهد خاصة ترعى المرضى العقليين.
- وضع المرضى العقليين في سجون حقيقية يزورها الجمهور أحياناً من أجل مشاهدة الحركات المضحكة التي كانت تصدر منهم.
- سوء معاملة المرضى العقليين مثل حريق لندن الشهير عام 1814 في مستشفى يورك York الذي حرق بنيرانه آلاف المرضى العقليين.
- خلوها من نوافذ الهواء وتجديد الهواء فيها معدوم.
- تجميع أكبر عدد من المرضى في غرف صغيرة وعدم وجود عناية أو نظافة لهم مع إهمال تام بهم.

الأمراض النفسية الشائعة

تتفاوت أسس تصنيف الأمراض النفسية والاضطرابات العقلية بتفاوت التكوين المنهجي، والإطار الفلسفي للباحث أو الطبيب النفسي. ولكن تصنيف كريبلين الأمريكية (Kraepelin, 1913) المبكر والذي تبنت خطوطه العريضة جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association يعتبر من أكثر التصنيفات شيوعاً ويعرف باسم التصنيف الطبي النفسي والتي تحدد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية، (إبراهيم، 1988: 41-60) وهي:

- 1- الأعصابية Neuroses.
 - 2- الذهان الوظيفي Functional psychosis.
 - 3- الذهان العضوي Organic psychosis.
 - 4- اضطرابات الشخصية Personality disorders.
 - 5- التخلف العقلي Mental Retardation.
- أولاً: **العصاب**: العصابي شخص تصل إثارته وتملكه أحاسيس الكآبة والشعور بالنقص. وهو عادة ما يبني تكيفه للحياة على أساس الهروب، وتجنب الأسباب التي تؤدي إلى الاضطراب. وبالرغم من قلق وتوتر العصابي فإنه يتبنى جوانب من السلوك تتناقض مع رغبته في التخلص من أسباب المرض تؤدي به إلى زيادة في القلق والتوتر والتعاسة وهذا ما عرفه الأطباء النفسيون على أنه ظاهرة التناقض العصابي (neurotic paradox, Mackay, 1975)، وأهم أنواع الأعصابية:

أ- **عصاب القلق: anxiety neurosis** وينقسم إلى قسمين:

أ- **المخاوف المرضية Phobias**:

ب- **القلق العام General Anxiety**: وتتميز الإصابة بالقلق العام يمثل هذه الأعراض:

ب- **القلق العام General Anxiety**: وتتميز الإصابة بالقلق العام بمثل هذه الأعراض:
العجز عن التركيز والانتباه.

- اضطرابات النوم، كالأرق، أو النوم المتقطع، أو صعوبة الاستغراق في النوم.
- زيادة في النشاط الاستتاري للجهاز العصبي المستقل: كالعرق وخفقان القلب، وبرودة الأطراف، وجفاف الحلق والفم، واضطرابات المعدة والميل للإسهال.
- التوتر العضلي: الرعشة والتتميل، والانتفاضات العصبية، والاختلاجات والتعب.
- التوجس وتوقع الشر: الانشغال بالمستقبل والهموم والتفكير السيئ في المستقبل أو توقع أشياء سيئة ستحدث.

ثانياً: **العصاب القهري والوسوسة: Obsessive Compulsive neurosis**

لكي يوصف الشخص بهذا العصاب يجب أن يتصف بما يأتي:
أ- **الوساوس Obsessions**: أي وجود أفكار أو صور ذهنية أو اندفاعات ملحة متكررة ويحاول الشخص ردها وصددها ومنعها.

ب- **أفعال قهرية Compulsive acts**: عبارة عن جوانب من السلوك المتكرر يقوم بها المريض بشكل طقوسي نمطي لا يحقق أهداف الشخص ولا تحقق له السعادة واللذة فيعتقد الشخص أن غسل اليد عشرات المرات سيجلب له النظافة. ويرى علماء النفس (Hackay, 1975: 71) أن الوظيفة الرئيسية للأفعال القهرية هي المساعدة على تجنب التوتر النفسي ولكن بطريقة تتناقض مع ذلك.

ج- أن لا تؤدي هذه الوساس والأفعال القهرية إلى الإحساس بالرضا بل تثير إحساساً بالتعاسة وقد تعطل من فاعلية الشخص الاجتماعية وأدائه للأدوار الاجتماعية الهامة في حياته.

ثالثاً: **عصاب الاكتئاب (الاكتئاب الاستجابي) Reactive depression**

الخواص الرئيسية للاكتئاب تتمثل في سيطرة مشاعر الحزن، والذنب، وفقدان الشهية وربما البكاء المتكرر وانعدام الثقة بالنفس والتأنيب المستمر للذات ويسمى اكتئاب استجابي لأنه يكون لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة. وهناك نوعان من الاكتئاب:

أ- **الاكتئاب العصابي Neurotic depression**

وهو نتيجة لحدث خارجي ويرتبط بوجود اختلال توزيع بعض العناصر الكيميائية (كالسيوم والصوديوم) في الخلايا العصبية (Davison and Naale, 1974). ولهذا فهو يعالج بالعقاقير الطبية مثل الليثيوم Lithium.

ب- الاكتئاب الذهاني Psychotic depression:

الاكتئاب الذهاني غير محدد المصدر وهو أشد حدة وأكثر استمراراً ونادراً أن تنتهي حياة المُكتئب الذهاني إلى الانتحار حيث يبدو وكأنه البديل الوحيد للأحزان والتعاسة. (إبراهيم، 1980 : 54). ويصحب الاكتئاب الذهاني اضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلاوس hallucinations والهواجس delusions. وهناك نقاط التقاء بين كلا النوعين وهي: (Kendall, 1968, Macjay, 1975).

- التعبير الشخصي المتكرر عن الإحساس بالتعاسة والحزن.
- العجز عن مواجهة المستقبل والخوف منه.
- افتقاد النشاط والإيجابية.
- صعوبات في العلاقات الاجتماعية.
- تكرار أفكار يائسة لا تبعث على السرور، بل تبعث على الخوف واليأس من المستقبل وعدم الجدوى.
- صعوبات في النوم والشهية.
- يرى الباحث من خلال مشاهدته لواقع ذوي المرضى النفسيين أنهم يعانون بشكل كبير من وضع أبنائهم حيث أنهم لا ينامون جيداً ولا يأكلون بشكل مناسب؛ مما يزيد من تعرضهم للأمراض.

رابعاً: الهستيريا Hysteria:

وهي شكل لآخر من أشكال العصاب وتنقسم إلى نوعين رئيسيين هما:

أ- الهستيريا التحويلية Conversion Hysteria:

وتتبلور في وجود شكاوى جسمية لا يوجد أساس فعلي عضوي يمكن الأطباء من علاجها كالعمى الهستيريا، والشلل، والحبسة الصوتية. وترجع هذه النظرة إلى سيجمند فرويد حيث أشار إلى إمكانية تحول الانفعالات الشديدة كالقلق إلى أعراض جسمية. والمريض لا يدرك الدافع الحقيقي لمرضه على الرغم من أن الهستيريا التحويلية تظهر على نحو إرادي وهي عكس التمارض.

ب- الهستيريا التفككية Dissociative hysteria:

تشير الهستيريا التفككية إلى الحالات التي يتمكن المريض خلالها من الهروب من الأزمات والضغوط الخارجية بفقدان الوعي بهذه الأزمات والضغوط ومن المعروف أن الهروب من الأساليب بالتظاهر بالمرض يعد من الأعراض الشائعة لدى الأطفال. وتأخذ الهستيريا التفككية من حيث صورتها الإكلينيكية عدة أعراض منها: الجوال الليلي، والحديث

بصوت عالي أثناء النوم، والعجز عن تذكر الأساليب الماضية، وانقسام الشخصية حيث يعتقد الشخص أن لديه أكثر من شخصية متميزة.

ثانياً: الذهان الوظيفي Functional Psychosis:

يعتبر الذهاني أكثر اضطراباً، وعجزاً عن العمل والتكيف للحياة من العصابي فاضطرابات الذهاني حاسمة وتمس التفكير والقدرة على التواصل بالآخرين. وقد يتعاطف الإنسان العادي مع العصابي بينما يصعب عليه التعاطف مع الذهاني الذي يدرك الواقع بصورة مختلفة ويتبنى مفاهيم متباينة عما هو صواب أو خطأ. وغالباً ما يحجز الذهانيون في مستشفيات الصحة العقلية لأنهم يشكلون خطراً على أنفسهم وعلى من حولهم ويتميز الذهاني عن العصابي بخصائص منها: (إبراهيم ، 1988 : 49)

- عدم الاستبصار والعجز عن الإحساس بوجود مشكلة.

- فقدان الصلة بالواقع.

- الاختلال في إدراك الزمان والمكان.

- قد يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين بالمعنى القانوني.

وأهم أنواع الذهان الوظيفي: الفصام، وذهان الهوس، والاكتئاب.

الفصام Schizophrenia:

عبارة عن مجموعة الأعراض الذهانية التي يتميز صاحبها بتدهور في وظائف التفكير، موجبة أو والمزاج.

وقد وضع هذا المصطلح الطبيب النفس السويسري Bleuler كبديل لمصطلح وضعه من قبله العالم النفسي كريبلين وهو العته المبكر demantia praecox ويعرف الفصام على أنه اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف، ويتضمن تفككاً في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية. وتضع جمعية الطب النفسي الأمريكية 1980 أشكالاً مختلفة من الفصام وهي:

- وجود هواجس لا أساس لها من الصحة حيث يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجة عنه.

- اضطراب في شكل التفكير وعرض الإطلاق حيث يصبح من الصعب فهم كلام الفصامي.

- اضطراب عمليات التفكير فيصعب على الفصامي الاستمرار في موضوع واحد وتشتت الإطلاق.

يرى الباحث أن مرضى الفصام يسببون الكثير من أنواع الضيق والحرَج الشديد لذويهم مما يضطر بالأهل إلى منعهم من الخروج من البيت . وإذا حضر أحد الزائرين إلى المنزل

فإن الأهل يحرصون على ألا يظهر ابنهم أمام هذا الزائر وذلك تجنباً للموقف الاجتماعي المخجل .

- اضطراب الوجدان حيث يأخذ شكلين مستقلين:
اللاكثرث أو التسطيح الانفعالي و عدم ملائمة الانفعال للحوادث الخارجية والأفكار الداخلية.

- الاضطرابات الحسية الحركية مثل السير جيئة وذهاباً بطريقة متصلبة.
- العجز عن اتخاذ القرارات لأن الفصامي يشعر بأنه عاجز عن ضبط سلوكه.
- وجود احساسات لا أساس لها مثل الهلوس السمعية.

أنواع الفصام:

- الفصام البسيط **Simple Schizophrenia**:

أصعب الأنواع لأن الهلوس والهواجس لا تظهر فيه.

- النمط الفصامي المختل **Disorgnaized Schizophrenia**:

يتميز بعدم التماسك والاضطرابات في اللغة والتداعي والبعد الشديد عن التفاعل والانزواء.

- الفصام التخشبي **Catatonic Schizophrenia**:

يتميز باضطراب في الوظائف الحركية مثل التخشب عند السير، أو التصلب الشديد في حركة الجسم.

- النمط الهجامي **Paranoid type**:

يتميز بهلوس الاضطهاد أو هلاوس العظمة.

- النمط غير المتمايز **Undifferentiated type**:

يتضمن جميع الأعراض السابقة للاضطراب العقلي والانفصال عن الواقع ويصعب وضعه في أي فئة.

ذهان الهوس والاكئاب (ذهان الوجدان) Affect Psychosis:

يشير هذا المفهوم إلى الاضطراب أو الاختلال الذي يصيب الوجدان و ينتقل من هياج متطرف إلى حزن شديد.

وتقسم (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 1980) الاضطرابات الوجدانية الذهانية إلى ثلاثة أنواع:

1- الاضطرابات الوجدانية الكبرى Major affect disorders: وتشمل نوعين من الذهان

الوجداني هما:

أ- نوبة الهوس.

ب- نوبة الاكتئاب الحاد مثل الحزن الشديد والحداد ولا توجد أسباب خارجية له.

2- الاضطرابات الوجدانية النوعية: وتنقسم إلى نوعين:

أ- الاضطراب الدوري: عبارة عن دورات من الهوس والاكتئاب ولمنها ليست شديدة ومستمرة.

ب- الاضطرابات الانهباطية: ليست شديدة ومستمرة ولا توضع في فئة الاكتئاب الحاد وتسمى اكتئاب عصابي.

أهم صور مرضى الذهان الوجداني: (إبراهيم ، 1988: 56)

- تزايد شديد في النشاط الحركي، فيقوم بعدة أنشطة جسمية زائدة تؤدي إلى إرهاقه.
- الإفراط في النشاط الاجتماعي من حيث الاتصال بالآخرين وزياراتهم والإلحاح والإفراط بالأحاديث التافهة معهم.
- الإفراط الشديد في النشاط الجنسي من حيث التبرج والتزين المفرط والعري واستخدام الإحياء الجنسية الشديدة.
- طريقة التخاطب تتميز بارتفاع الصوت والسرعة، وصعوبة مقاطعته.
- سرعة الاستثارة والتهور والإغراق في الشهوات مثل الإدمان، الغزوات الجنسية واستثمار النقود في مشاريع خاسرة.
- التثنت السريع في الانتباه وتناقص الحاجة للنوم.

الذهان العضوي Organic Psychosis:

يرجع الذهان العضوي إلى أسباب عضوية مصدرها إما تلف في المخ أو في الأعضاء الأخرى من الجهاز العصبي ووظائفه، وأهم أنواع الذهان العضوي: ذهان الشيوخوخة، والصرع، والذهان الناجم عن أورام المخ.

أهم صور مرضى الذهان العضوي:

- اضطرابات الذاكرة خاصة الذاكرة القريبة.
- التغيرات الوجدانية ك فقدان الاهتمام بالعالم.
- التدهور العقلي العام: كالعجز عن التجريد، وفهم الإطلاق الجديدة والعجز عن الحكم الجيد.
- النوبات الصرعية: إصابات المخ تؤدي إلى اضطراب في النشاط الكهربائي مما يسبب نوبات صرع.
- التثنت السريع للانتباه واضطرابات الهذيان delirium.
- عدم الوعي disorientation بالزمان والمكان.

اضطرابات الشخصية Personality disorders

من أبرز أنواع اضطرابات الشخصية (إبراهيم، 1980 : 58)

- السيكوبات أو الانحراف السيکوباتي Psychopathic deviation أو الجانحين حيث لا تبدو عليهم أعراض نفسية كالقلق أو جسدية أو عقلية. ومن جهة المجتمع لا يمكن أن يكون سلوكهم متزنًا أو عاقلًا على الأصلية.

ويعرف المعالج النفسي الشخصية السيکوباتية على أنها: اضطراب يتميز صاحبها بتاريخ طويل متكرر من الأفعال السلوكية الجانحة والمضادة لقيم المجتمع والتي تتخذ أشكالاً مختلفة منها خرق حقوق الآخرين، والفشل في العمل، والعجز عن تحمل المسؤولية وضعف الارتباط الوجداني بالآخرين، والعجز عن التخطيط الجيد للمستقبل والاندفاع والعدوان.

من أهم مظاهر الشخصية السيکوباتية: (المضادة للمجتمع) (عيسوي ، 2001 : 146)

- عدم الإحساس بالآلام الآخرين وعدم احترام حقوقهم.
 - الجاذبية المصطنعة والذكاء العالي.
 - لا توجد اضطرابات في التفكير العقلاني.
 - لا توجد علاقات عصابية ظاهرة كالقلق والعصبية.
 - عدم الصدق والعجز عن الإخلاص.
 - لا يعتمد عليهم.
 - السلوك المضاد للمجتمع دون ضرورة.
 - الفقر في الحكم والعجز عن الاستفادة من الخبرة والاندفاع.
 - تضخم الذات والعجز عن الحب.
 - عدم القدرة على الاستبصار بالعواقب ونتائج الأفعال.
 - سلوكهم الجنسي يميل للخشونة والسطحية وعدم التكامل وبيتعد عن الرقة والارتباط الوجداني.
 - يشيع بينهم التفكير في الانتحار بنسب بسيطة.
 - العجز عن اتباع أي خطة منظمة لحياتهم.
 - العجز عن تحمل الإحباط وتأجيل اللذة.
- يمكن تسميته بالمرضى الاجتماعيين (السوسيوباتين) Sociopaths أو المرضى باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

أنواع السيکوبات: (الشخصية المضادة للمجتمع)

- السيكوباتي العدواني psychopath aggressive حيث يوقع الأذى بالآخرين سواء أذى لفظي أو فعلي.
- السيكوباتي المنسحب (أي الدوني) Inferior psychopath حيث إنه نادراً ما يعبر عن عدوانه ظاهرياً بالرغم من عجزه عن الاستبصار.
- السيكوباتي الإبداعي Psychopath creative حيث يتخذ من سلوكه الذي يفتقر إلى الإحساس الوجداني بالآخرين والدين لديهم منطلقات تعبيرية أو فنية تجعل المجتمع يحكم عليهم بالإبداع.

ثانياً: وصمة المرض النفسي Stigma of Mental Illness

مفهوم الوصمة: Stigma

يعرف قاموس (Webster, 89) الوصمة على أنها علامة تدل على الخزي أو العار أو سوء السمعة. والوصمة عبارة عن اتجاه أو اعتقاد يقوي تمييز الفرد عن الجماعة بحيث يصبح منعزلاً عنهم ويفقد الفرصة للعيش معهم.

ويعرف القاموس الأمريكي (The American Heritage, 2000) الوصمة على أنها رمز أو علاقة للعار أو العمل المشين. ويعطي القاموس مرادف لها كلمة "Stain" بمعنى لطفة أو عار. والتعريف الطبي يعتبر الوصمة مؤشراً أو علامة لمرض أو سلوك شاذ. وتاريخياً فإن الإغريق استخدموا كلمة Stigma على أنها Brand أو tattoo أي وصمة عار أو وشم يوضع على شكل علامات أو حروف على الجسم كعلامة تميز الشخص عن الآخرين بصفته مجرم أو عبد تجعل كل من يراه يعامله معاملة سيئة بل يحتقره ويزدرجه.

A mark burned into the skin of a criminal or slave.

ويعرفها جوفمان (Goffman, 1963:5) بأنها وصف يشوه الإنسان أو يخزي الإنسان بشكل عميق. ويرى جوفمان (Goffman, 1968:7) أن وصمة المرض النفسي Stigma of mental illness اتخذت عدة أنواع عبر العصور ومنها:

- 1- علامات مشوهة للجسم من خلال الحرق أو الوخز.
 - 2- تمييز الفرد عن الآخرين بأنه مضطرب عقلياً أو مجرم أو ذو سلوك عدواني.
- ويرى بايرن (Byrne, 1999) أن الشعور بالوصمة يختلف بين الأفراد باختلاف ثقافتهم ومجتمعاتهم حسب تفسيرهم لمعنى المرض النفسي وأسبابه.
- وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 1984) الوصمة على أنها علامة خزي أو عار أو رفض والتي تلصق بالأفراد من خلال رفض الآخرين لهم وازدراؤهم لهم. وقد ينتج عنها عزلة الفرد وهي تسبب الإجحاف والتمييز والمضايقة لهم.

ويعرف بايرن (Byrne,1997:6) وصمة المرض النفسي على أنها علامة عار أو فقد ثقة التي تجعل الفرد منعزلاً عن الآخرين. وتتعلق وصمة المرض النفسي بالسياق أكثر من تعلقها بمظهر الشخص وتضفي الصفة السلبية للفرد في كل علاقاته الاجتماعية. وحديثاً فقد أبدى الأطباء النفسيون اهتماماً كبيراً في موضوع الوصمة حيث أنهم بدأوا في إطار اختبار نتائج الوصمة لمرضاهم. ففي عام 1989 كان الموضوع الرئيسي لمؤسسة الأطباء النفسيين الأمريكية هو وصمة المرض النفسي وكيفية التغلب عليها. (Byrne,2000:70).

ويعرف الباحث الوصمة على أنها السمعة السيئة التي تلصق بالفرد وتقف عائقاً عظيماً أمام حياة مجتمعية غير منقوصة.

ويعرف الباحث الوصمة إجرائياً على أنها الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس وصمة المرض النفسي المستخدمة في الدراسة.

أعراض وصمة المرض النفسي Symptoms of Stigma of Mental Illness

خلف أي تعريف، فإن وصمة المرض النفسي أصبحت خبرة ممثلة لعدة أعراض أولهما الخجل Shame. فالمرض النفسي ورغم مضي القرون من التعلم فإنه لا زال يدرك على أنه علامة ضعف. وقد تم وصف الوصمة وتوجد المئات من الأمراض النفسية حيث يهيمن الخجل Shame Overrides وبشكل قوي على معظم الأمراض. من خلال عمليتي مسح لآراء الجمهور في المملكة المتحدة، فقد طرأ تغير طفيف خلال العشر سنوات الأخيرة أظهر أن أكثر من 80% ممن شملهم الاستطلاع أنهم يميلون لقبول المقولة "معظم الناس يخجلون من الناس ذوي المرض النفسي" و30% وافق على العبارة [أنا أخجل من المرضى النفسيين]. (Hyxely, 1993:21). إن الاستجابة التكيفية The adaptive response على الخجل الخاص والعام هي السرية Secrecy. ويُعلق (Docherty, 1997:56) على حواجز إدارة الاكتئاب قائلاً: إن المريض يُظهر خجله أمام الطبيب النفسي عندما يستفسر الأخير عن أعراض اكتتابه. ومن خلال الجماعة، فإن العائلة والأصدقاء قد يتحملون وصمة المرض النفسي والتي يسميها جوفمان (Goffman, 1963:27) "بوصمة المجاملة" "Courtesy Stigma".

في دراسة واحدة أجريت على 156 والد وأم لمرضى الدخول الأول للمستشفى، فإن النصف منهم أبلغ أنه قام بمجهود كبير ليخفي المرض عن الآخرين .

والمهنيون لا يظهر لديهم أي اختلاف حول هذه الآراء فهم يخفون المرض النفسي في أنفسهم أو عن أحد أعضاء العائلة. وتقف السرية عقبة أمام تقديم العلاج النفسي في كل المراحل. لذلك وخلافاً للمرض العضوي Physical illness فإنه عندما يتم حشد المصادر لعلاجه، فإن

المرض النفسي يتم إزاحته دون تقديم أي دعائم محتملة. لذلك فإننا نرى أن نتائج أكثر فقراً محتملة في معالجة الاضطرابات النفسية عندما تكون شبكات الدعم الاجتماعي قليلة. (Brigha et al, 1993:27). ويتساءل كل من (fink & Tasman, 1992:179) لماذا كل هذا الخجل والسرية حيث إن العفوية الثقافية السلبية والتخاريف تتحدان معاً لضمان التضحية في المجتمع الأوسع. ويضع كل منهما (Fink & Tasman, 1992:184) جدولاً يُظهر حقيقة الممارسات التمييزية discriminatory practices على أنها حافزاً حقيقياً وبشكل كبير لإبقاء مشاكل الصحة النفسية سراً. فالأشخاص الذين يتبعون استراتيجيات السرية والانسحاب لديهم شبكة دعم خاصة. وبالإضافة إلى العرضيين السابقين الخجل والسرية، فإن العرض الثالث من أعراض وصمة المرض النفسي هو التمييز discrimination. حيث يرى بايرن (Byrne, 1997:31) أن التمييز يحدث من خلال العوامل الاجتماعية والاقتصادية. ويرى أنه يجب على الحضارة أن تصنع الميزانيات للصحة النفسية وأن تصنع قوانين تحكم من خلالها آلية التعامل مع المريض النفسي. التمييز يحدث أيضاً حول الظروف التي يعيش فيها المرضى النفسيين. وعلى الحضارة أن تضع أولويات تسمح بتقديم الخدمات. وأثار التمييز يوضحها كل من (Fink & Tasman, 1992) من خلال اقتباس لفناة تسمى جليكسون Gullekson تتحدث عن انفصام أخير فتقول:

"بالنسبة لي فإن الوصمة تعني الخوف وهي ناتجة عن فقدان الثقة. الوصمة هي خسارة ناتجة عن قضايا الحداد المستعصية. ولا تملك الوصمة المدخل للموارد.. والوصمة غير مرئية أو ظاهرة وهي ناتجة عن نزاع. والوصمة خفضت تقدير العائلة وأوجدت خجل شديد ناتجة عن عدم تقدير الذات. الوصمة هي السرية... إن الوصمة هي الغضب الناتجة عن بعد المسافة وهي خيبة الأمل الناتجة عن العجز".

ويؤكد كل من (Thompson & Thompson, 1997:70) أن الوصمة تؤدي بالإضافة إلى الخجل والسرية والتمييز إلى العزلة Isolation والحرمان الاجتماعي Social exclusion والنمذجة الخاطئة Stereotypes.

نماذج الوصمة Stigma Stereotypes

علق جوفمان (Goffman, 1963:16) على أن مسألة الاختلاف بين الشخص العادي والشخص الموصوم هي مسألة وجهة نظر وليست مسألة واقع perspective not reality. فالوصمة [مثل الجمال] (philo, 1996:7), (Byrne, 1997:37). ونماذج الفهم الانتقائية التي تضع الناس في قوالب وتصنيفات تُبالغ في الاختلافات بين المجموعات (هم ونحن) (them and us) من أجل جعل الاختلافات بين المجموعات مبهمه وغامضة، ولكن في

التحيز العنصري نجد أن النماذج تجعل الناس أسهل للاستبعاد وهنا تعمل الوصمة على الحفاظ على البعد الاجتماعي.

قام فيلو (Philo, 1996:8) بقياس العنف Violence على أنه العنصر الرئيسي فيما يقدم من برامج في التلفاز فوجد أن 66% من البرامج حول المرض النفسي. واتفقت هذه النسبة مع نتائج الدراسة التي قامت بها الكلية الملكية للأطباء النفسيين Royal College of Psychiatrists سنة 1998 حيث اعتقد 70% ممن شملتهم الدراسة أن الناس المصابين بالانفصام عنيفين ومتقلبين Violence and unpredictable. وعلى وجه النقيض، فإننا نرى أن الناس ذوي المرض النفسي يُصوِّرون كضحايا أو شخصيات مؤثرة أو "المجنون المستحق" (Byrne, 1997:38). فالمرض النفسي في السينما والتلفاز هو لطبقة الكوميديا وهي للضحك على أكثر منها من الضحك مع الشخصيات.

يقول ممارس عام للعلاج النفسي من أيرلندا الشمالية في إحدى كتاباته:

"حتى هذه اللحظة فإن المرضى النفسيين صادروا الكثير من وقتنا وطاقتنا. الناس يشكون، فهذا بائس... وهذا مكتئب... بشكل عصبي يعبرون كم هم تعساء... يصبون جُلَّ همومهم على الجراحة... وإبقائهم على عتبات الأبواب سيكون حقيقة شيء غير محتمل لو أنني استمعت إليهم. (Farrell, 1999:28).

جذور الوصمة The roots of Stigma

إن وصم الناس بالمرض النفسي قد تواصل عبر التاريخ وقد تجلى ذلك من خلال التمييز، عدم الثقة discredit، النماذج، الخوف fear، الخجل، الغضب والعزلة. وقادت الوصمة الكثير من الناس لعدم العيش أو العمل أو تأجير منازلهم لذوي المرض النفسي خاصة أولئك المصابين بمرض الفصام Schizophrenia (Weiss,1999:51) فالوصمة تقلل من رغبة المريض للموارد وللفرص (مثل السكن أو الوظائف) وتجعله يشعر بالنقص Inferiority العزلة واليأس despair. وهي تمنع الجمهور من البحث والرغبة في تقديم العناية. والوصمة وبشكل واضح نتجت عن التمييز الخاطئ وهي تحرم الناس من توافقههم وتمنعهم من القيام بأدوارهم الإرشادية في مجتمعهم. (Wolf etal, 1996:30). وأحد مصادر تعبير الوصمة قد انشق عن الفصل الخاطئ بين العقل والجسم كما يدعي ديكارت Descartes. وهناك مصدر آخر لتعبير الوصمة ظهر في القرن التاسع عشر عندما تم وضع نظام خاص لمعالجة المرضى النفسيين في الولايات المتحدة الأمريكية. وهذان المصدران أثرا وبشكل مباشر وكبير في إدراك سلوك العالم المعاصر. ففي عصر المستعمرات Colonial era في الولايات الأمريكية كان المرضى النفسيين يوصفوا على أنهم "مجانين lunatics"

وتتم عنايتهم بشكل كبير من خلال عائلاتهم. ولم تكن هناك نية متفق عليها لعلاج المرضى النفسيين حتى عصر التمدن urbanization في بداية القرن التاسع عشر حيث تم نفي Relegated المرضى النفسيين إلى مجتمعات متفرقة بعيدة عن المدينة. وقد بنيت لهم في تلك الأماكن مصحات عقلية asylums حيث تتم معالجة المرضى هناك.

وفي نهاية القرن التاسع عشر ساد اعتقاد بأن المرض النفسي ينمو من خلال هؤلاء الذين يمارسون العنف الجسدي والنفسي ولا يحترمون القوانين التي تُطاع من قبل الأقلية وهذا نتج عنه تطور كبير اتجاه المتميز. وخلال تاريخ المؤسسات النفسية institutionalization in asylums [الجمعيات التي تساند المرضى] والذي أصبح فيما بعد يطلق عليه مستشفى الأمراض النفسية، فإن المصلحين قد بذلوا جهودهم من أجل تطوير العلاج وبتنر الإهمال curtail abuse.

قامت عدة حركات عملت على تهميش المنظمات والجمعيات التي تساند المرضى النفسيين والتي بدأت في بداية الخمسينات من القرن العشرين وكان هدفها توجيه المجتمع للأخذ بيد المرضى النفسيين والعناية بهم. (Carndal & Cohen, 1994:66).

اعتقد بعض علماء الاجتماع أن وظيفة الوصمة كانت العنونة والتصنيف من قبل الأطباء النفسيين الذين رأوا أن معظم المرضى النفسيين كانوا غير مدركين لوصمة المرضى النفسيين وهذا ما لم يثبت بالدليل القاطع. (Funk & Tasman, 1992:55). ولقد وجدت وصمة المرض النفسي قبل الطب النفسي بمدة زمنية كبيرة، وبالرغم من ذلك فإن مؤسسة الطب النفسي لم تساعد على تقليل الوصمة أو التقليل من وضع المرضى النفسيين في قوالب أو العمل على عدم تمييزهم. والأكثر من ذلك فإن وجود الوصمة مع قلة اللغة التي تصفها أدت إلى منع إنهائها من خلال العنصرية، اضطهاد كبار السن، التعصب الديني، التعصب الجنسي، وهذه جميعها تعتبر المعتقدات ضد إنهاء الأزمة ولكن لا توجد هناك وصمة للانحياز ضد المرض النفسي.

ويرى الباحث أن للثقافة دور كبير في تحديد العديد من المفاهيم يتم تداولها وممارستها في حياتنا اليومية. فإنّ عرفنا الاجتماعي ذو الطابع القبلي والعشائري انتشرت فيه ثقافة ومشاعر الاستنجاب والمعرفة الاجتماعية من المرض النفسي لدرجة أنّ الإنسان يفضل أن يصاب بالسرطان بدلاً من الإصابة بالمرض النفسي ويكون أهون عليه أن يعترف بإصابته بهذا المرض الأكثر خطورة من الاعتراف بأنه مصاب بمرض نفسي ؛ لأنّ المرض النفسي فكرة قبيحة تعني المعرفة والخسة. وهذا يجعل المريض النفسي في حالة من الحصار الاجتماعي من قبل المحيطين به فيشعر الأهل بالمعرة من المريض خاصة إذا ظهر أمام الملأ وأخذ الناس يضحكون عليه أو يستهزئون بما يقول. لذلك يرى الباحث أنّ على المؤسسات النفسية

والمساجد أن تتحدث عن مدى أهمية المساندة الاجتماعية لذوي المرضى النفسيين والذين هم في حاجة ماسة للدعم والوقوف بجانبهم لأنهم حقيقة يعيشون حياة لا تطاق عملاً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم في الحديث الذي رواه الطبراني في المعجم الكبير قال : أحب الناس إلى الله تعالى أنفعهم للناس ، وأحب الأعمال إلى الله عز وجل سرور يدخله على مسلم ، أو يكشف عنه كربة ، أو يقضي عنه ديناً ، أو يطرد عنه جوعاً ، ولأن أمشي مع أخي في حاجة أحب إليّ من أن أعتكف في هذا المسجد .

اتجاهات الجمهور نحو المرض النفسي والوصمة :

:Public attitudes towards the Mental illness and stigma

لقد بدأت حركة الصحة النفسية قبل ثلاثين سنة برؤية جديدة تقبل المريض النفسي للعيش في المجتمع ويتوافق معه بحرية، ولكن لسوء الحظ فإن هذه الرؤية لم تصبح حقيقة لدى نسبة كبيرة من المرضى النفسيين الأمريكيين. (Sayce, 1998:18) حيث أن وصمة المرض النفسي كانت إحدى الموانع الأساسية إلى إنجاز هذا الهدف فقد كان المريض النفسي يشعر بالخوف وعدم قدرته على التكيف في العيش في المجتمع.

لقد وثقت وصمة المرض النفسي بشكل واسع منذ أوائل الخمسينات لعدة سنوات حيث اعتبروا المرضى النفسيين هم الأقل عناية من قبل المجتمع إذا ما قورنوا مع مجموعات معوقة أخرى. وأجريت دراسات حول اتجاهات الجمهور للناس ذوي المرض النفسي من الحضارة حتى سن البلوغ. فقد أكدت جماعة واحدة تعصبها للمرضى النفسيين على نفس الاستجاب بعد ثمانين سنوات (Weiss, 1994:37).

في الستينات قامت عدة دراسات لمعرفة آراء الجمهور حول المرض النفسي كانت معظم نتائجها سلبية وبعضها غير متفهمة. والدراسات التي كانت نتائجها أكثر سلبية رأت أن الأسباب التي أدت إلى وصم الأشخاص بالمرض النفسي كانت نتيجة قلة المعرفة والبرامج التربوية لديهم. وأوضحت أن الأفراد يخافون من ذوي المرض النفسي ويكرهونهم ويميزونهم وقد امتد هذا الشعور إلى أعضاء عائلة المريض نفسه.

يقول ويس (Weiss, 1994:70) "لقد أثرت وصمة المرض النفسي على قرارات السياسة في ولايتنا". "إن النفود التي تدفع الآن من قبل الجمهور لنظام العلاج النفسي المنتظم هي مثل تلك التي تدفع من أجل تعبيد الطرقات وتنفيذ المشروعات".

قبل 1996، بحث هام أظهر أن الأمريكيين قد حققوا إنجازاً علمياً عظيماً في فهم المرض النفسي ولكن زيادة المعرفة لم تؤدي إلى تعطيل الوصمة الاجتماعية Social Stigma. (Fink & Tasman, 1992:111). لقد تعلم الجمهور كيف يعرف المرض النفسي وأن يميزه

عن القلق واليأس. ولقد اتسع تعريفه حتى شمل القلق anxiety والاكتئاب Depression وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

وإذا قمنا بعمل مقارنة بين وجهة نظر الجمهور للمرض النفسي الآن مع وجهة نظر الجمهور للمرض النفسي في الخمسينات فإننا نجد أن السلوك العنيف مرتبط أكثر في رأي الجمهور الآن. فقد أظهرت نسبة 30% في الخمسينات أن المرض النفسي مرتبط بشكل أساسي بالعين بينما 31% الآن رأت أن الذهان Psychosis أصبح يدرك بشكل أكبر من الماضي في وصف المرض النفسي. والمرضى الذين تم وصمهم من قبل الجمهور على أنهم أصحاب مرض نفسي بدأوا يدركون أنفسهم على أنهم مختلفين، وأخذوا هم أنفسهم (المرضى النفسيين) يوصمون أنفسهم بالمرض النفسي. والبحث الذي قام به رد وبيكر (Read & Baker, 1996:55) على 778 ممن تم وصمهم بالمرض النفسي نتج عنه:

1- 47% تمت مضايقتهم من قبل الجمهور و 14% منهم تم الهجوم عليهم ومحاولة ضربهم.

2- 34% تم طردهم من العمل أو أجبروا على الاستقالة من عملهم.

3- 26% تركوا بيوتهم ورحلوا إلى بيوت أخرى بسبب المضايقة harassment.

وفي البحث الذي أجراه (Wolf, 1996:39) على 215 شخص وجد أن 43% من الجمهور أظهروا المرضى النفسيين على أنهم عدائيين بصورة كبيرة ولكن تم تسجيل حالات الخوف والحرمان Exclusion بشكل كبير للذين لم يقرروا بالسلوك العدواني للمرضى النفسيين. ولكن (Pen et al, 1994:31) أكد أن الجمهور يفضل إيجاد بعد اجتماعي بينه وبين المرضى النفسيين ولكن كم هائل من المعلومات ألقى مرضى الفصام ليكونوا ضمن الحرمان الاجتماعي، وكذلك رأى (Wolf, 1996:34) أن التنقيف والمعلومات سيمنعان من إيجاد هذا البعد الاجتماعي. ولكن بالنسبة (Byrne, 97) و (Goffman, 68) و (Saycem 98) فإن الوصمة عبارة عن حرمان اجتماعي والأدب التربوي يؤيد بشكل كبير ممارسة التمييز ضد هؤلاء المرضى النفسيين.

وأظهرت دراسة (Wolf, 1996:41) أن الجمهور يعتبر الشخص المصاب بالفصام Schizophrenia لديه مرض نفسي أكبر من المريض النفسي المصاب بالاكتئاب Depression.

الوصمة والصحة النفسية Stigma and Mental Health

قد يقوم المرضى النفسيين ببعض السلوكيات التي تختلف عن سلوكيات الأشخاص العاديين مثل الحركة التلقائية للأطراف، حركات مخادعة delusional episodes وعدم القدرة على القيام بالمهام اليومية. (Byrne, 1997:36). بالإضافة إلى التعامل مع وصمة

المرض النفسي، فإن بعض العلاجات تزيد من بعض الآثار السلبية المرئية المخجلة مثل زيادة الوزن المفرطة excessive weight gain. وخلال التوتر الحاد Acute Dystonia (عبارة عن الالتفاف التلقائي للمعضلات في الرأس والرقبة). كذلك إذا كان الشخص متعباً ويسير في الشارع ولا يستطيع أن يمشي معتدلاً ويقوم بحركات ارتعاشية في الأطراف Jerky limb movements). فإنه قد يوصم من قبل الآخرين منذ النظرة الأولى. عندما يظهر الشخص بأنه مختلف عن المعيار العادي فإننا نلصق به الوصمة. ونحن لا نقم بذلك لأننا سيئين ولكن فقط لأننا لا نفهم سلوكهم المختلف. (Green, 1998:12).

يشعر الإنسان بعدم الراحة اتجاه قضايا الصحة النفسية لأنها لا تتشابه مع قضايا الصحة الأخرى مثل أمراض القلب والسرطان. وتبعاً للأخطاء والأكاذيب فإن الجمهور اعتقد أن المريض النفسي شخصيته ضعيفة وإلى حد ما كبيرة وخطيرة. وعلى الرغم من ذلك فإن قضايا الصحة النفسية تصبح ظاهرة وجليّة إذا وقع الشخص في مشكلة. معظم الجمهور لا يدرك كم من الناس الذين يعرفونهم لديهم أمراضاً نفسياً ويواجهونها كل يوم. وفي دراسة (Hart, 1999:54) وجد أن شخصاً من كل خمسة وقع في قضية نفسية في فترة معينة في حياته وأن قضايا الصحة النفسية تؤثر على الأفراد في جميع الأعمار والوظائف والمستوى التعليمي.

وبالنسبة للأطباء النفسيين الذين يمارسون العلاج النفسي فإن الوصمة فإن الوصمة أوجدت لديهم اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي. (Byrne, 1997:68) وعلى الرغم من سيطرة prevalence نظرة المجتمع التي تعادل 14% من وجود مشاكل في الصحة النفسية، فإن 1:3 من الممارسين للعلاج النفسي يصفون أعراض المرض النفسي بأن أصحابه أي المرضى النفسيين هم مرضى القلب المغمور (في الوحل) Heart-sink.

(Jenkins, 1998:70) أن كانوا معالجين أو تحت العلاج. ويرى (Sivakumar et al, 1986:38) أن 28% من مجموع طلبة العلاج النفسي البالغ عددهم 88 في البحث الذي أجراه اعتقدوا أنه لا يمكن تقبل المرضى النفسيين بسهولة ولكن بعد عامين لهم من العمل في مجال العلاج النفسي ارتفعت النسبة إلى 56%. وفي دراسة على 57 مريضاً نفسياً لمعالج نفسي وجد أن 82% يرفضون المراجعة بسبب وصمهم بأنهم مرضى نفسيين. (Ben Noun, 1996).

يرى (Byrne, 1997:) أن جميع مراحل المرض النفسي والتي تبدأ من إدراك الأعراض ثم ظهورها ثم العلاج والتأهيل - يرى بايرن Byrne أنها مرتبكة بوصمة ذلك المرض. إن قضايا التمويل والعلاج تشكل تحد كبير أمام العلاج النفسي، فخصوصية العلاج النفسي تبقى سندريراً للعلاج من خلال استقطاعات سنوية خفيفة من الميزانية لتحقيق الهدف.

فالتمويل للبحث وللإلاج النفسي كان وما زال شحيحاً (Lam & El-Guebaly, 94). فقد قام كل منهما بحساب ما تسلمه مركز أبحاث للإلاج النفسي في كندا فوجدا أنه فقط يستلم 3,7% من ما تقدمه كندا من تمويل لبحوث الطب الحيوي Biomedical. وفي تحليلهما لعوامل الجذب للإلاج النفسي فقد قام كل من (Sierles & Taylorm 96) بتشبيه الطالب الناجح الذي يبيع في الدكان clerkshop تماماً مثله مثل المريض المفتوحة أمامه جميع مستويات الفرص للبحث وللعمل على تخفيف وضمة المرض النفسي والتخلص منها. ونتيجة لوصم الشخص بالمرض النفسي فإن ذلك يعرضه إلى التمييز والإجحاف في موقع عمله وربما يعرضه للطرد من عمله مما ينتج عنه الفقر المدقع الذي يؤدي إلى السكن الرديء وقد يصل به الحال إلى التشرد homelessness. وأحياناً يعاني الموصوم من العزلة isolation والرفض rejection وعدم الاتصال من قبل أصدقائهم عند دعوتهم لزيارتهم. وردود فعل الجمهور مثل التحديق Staring ومناداة أسمائهم تساهم جميعاً في تخفيف احترام الذات ومستويات الثقة. Lowering of self-esteem and confidence levels. وتأثير جميع هذه العوامل يشارك في إيجاد حلقة مفرغة تؤدي إلى تدهور أوضاعهم.

وقد يكون للمعالج النفسي دور سلبي في ترسيخ الوصمة لدى المريض النفسي، ففي حالة المؤثر influential وصف جوفمان (Goffman, 1968) الوصمة على أنها تعود إلى "أي علامة على الجسم صممت لتترك شيئاً غير عادي أو سيئ عن الوضع الأخلاقي للشخص المشار إليه".

عند مقابلة شخص ما فإننا نضع نصب أعيننا أن نوصمه من خلال طريقة شرحه لشعوره بالنقص والخوف الذي يظهره. وأحياناً نشعر بالحقن العقلاني rationalizing an animosity لما يظهره من اختلافات (Goffman, 1968). بعض المعالجين النفسيين لمرضاهم إما أن يكونوا هم المرض نفسه أو هم أنفسهم الإلاج حيث إنه بمجرد أن يحضر الشخص للإلاج النفسي فإنه يوصم ويعتبر مختلفاً.

وعندما يتم وضم الشخص، فإنه يتم وضعه تحت عدد محدود من نماذج المرض النفسي (Byrne 1997) وبشكل فعال يصبح على الخط الجانبي an is effectively sidelined. ولقد قاوم (Sayce, 1998) استخدام مصطلح الوصمة قائلاً: "إن علاقة الخجل يجب ألا تلتصق لمستخدم الخدمة الإلاجية، ولكن يجب أن تلتصق إلى هؤلاء الذين يتصرفون بشكل غير عادل اتجاهه أو اتجاهها".

ويرى وارنر (Warner, 1996) أن درجة ونوع الوصمة تختلف حسب المعايير الثقافية. أحياناً بعض المعالجين النفسيين وعن غير وعي يشاركون في هذا. وفي هذه النقطة بالذات فقد استطاع لينتون (Byrne, 1997) أن يتحدث عن الإلاج النفسي عندما تحدث عن الثقافة قائلاً:

"لقد قيل أن آخر شيء يرغب القاطن في أعماق البحر الأزرق الحصول عليه هو الماء. وسوف يشعر بوجوده فقط إذا وقعت له حادثة وأخرجته إلى سطح الماء".

وصمة المرض النفسي والأسرة Stigma and the family

إن وصمة المرض النفسي تستطيع أن تسبب مشاعر الذنب والخجل feeling of guilt and shame وقد تمنع أعضاء الأسرة من القبول بأن قريبتهم عندهم مرض نفسي (Lefley, 1987:43). وهنا تبدأ الحلقة المفرغة vicious circle من جديد. إذا لم يتم قبول المرض النفسي، فإن ذلك سيمنع من بناء الدعم الحيوي vital support ضمن الوحدة العائلية، ويستطيع خلق جو مشحون في العلاقات الأسرية. ونتيجة ذلك فإن العلاقات الأسرية الداخلية ستضعف وربما تعطل في الوقت الذي يجب أن تكون فيها علاقاتهم أقوى من أي وقت مضى. وإذا فشل أعضاء الأسرة في إدراك وتقبل أن قريبتهم مريضاً نفسياً، فإن التدخل المبكر الحاسم لعلاجهم سوف يتأخر.

والتدخل المبكر يسمح للمعالجة الطبية الملائمة ويمنع حالات المخاطرة بالحياة ويُعطي أفضل فرصة ممكنة لتحسن ناجح. (Lefley, 1987:44). إذا تم تشخيص أحد أفراد العائلة بأنه مريضاً نفسياً، فإنه شيء حيوي أن ندعم الفرق التنظيمية المتعددة Multidisciplinary teams وفرق مساعدة المريض منذ البداية وذلك لمنع الحلقة المفرغة vicious circle. إن العائلات والمهنيين في حاجة ماسة لكي يزودوا بالمصادر التي تسمح لهم بتعلم وقبول وتصرف وإدراك أن معاناتهم من المرض النفسي ليست نهاية العالم وأن الشفاء ممكن. ويتساءل (Lancet, 98) إذا لم يقبل أعضاء الأسرة مريضهم النفسي، فما هي الفرصة المتاحة لهذا المريض ليتم قبوله خارج نطاق أسرته؟ هل سيرضى به الغرباء؟

يرى كل من هارت وفيليبسون (Hart & Philipson, 1999:105) أن وصمة المرض النفسي تؤدي إلى صمت الوالدين فلا يبحثان عن علاج لابنهما ولا يشكوان لأحد وذلك خوفاً من الضيق والحرج. والخجل embarrassment يقف حاجزاً منيعاً أمام الزوجات للتحديث عن أزواجهن ذوي المرض النفسي وربما يتحدث بعض الناس لزملائهم في العمل عن جرائم فعلوها ثم تم إيداعهم السجن على أثرها ولا يتحدثون عن مكوثهم في مستشفى العلاج النفسي.

وتحدث (Byrne, 1997) عن أثر الإعلام على الأسرة حيث وضح أن الإعلام Media يقدم المرضى النفسيين على هيئة شخصيات عدوانية وخطيرة aggressive and dangerous ولا يمكن التنبؤ بما ستقوم به من أعمال unpredictable في المستقبل وتضعهم الأفلام بأنهم (نفسية psychic) أو (مجنون mad). وهذا يجعل الأسرة تدير ظهرها للمريض النفسي ويغلب على أفراد العائلة العصاب Neurosis والقلق anxiety والخوف fear والتوتر

tension حتى أنهم يغلقون الأبواب في وجوه أصدقائهم. ويرى (Eisenberg, 1995:7) أن الأسرة التي لا تحاول مساعدة مريضها النفسي والبحث عن أسباب مشكلته فإن الأسرة آجلاً أو عاجلاً ستصبح مشحونة انفعالياً ولن تتوافق في الاستمرار في الحياة وهذا ربما يؤدي بالأسرة جميعها لتصبح مريضة نفسياً.

ويرى كل من (Fink & Tasman, 1992:78) أن على الأسرة أن تعرف مريضها جيداً وأن تحاول نفسها أن تتجنب الشعور بوصمة المرض حتى يتمكنوا جميعاً من معالجة مريضهم وأن يحاولوا الاتصال بالمؤسسات والجمعيات النفسية التي تساعد على تقديم العلاجات والحلول لهم. وقد أوصى (Byrne, 1997:69) بعدة مواقع على الإنترنت Internet يمكن الرجوع إليها لمساعدة الأسرة لحد مشاكلها ومنها:

www.stigma.com

www.irihpsychiatry.com

www.nostigma.com

www.antistigma.com

ويرى الباحث أن الأسرة العربية عامة والأسرة الفلسطينية خاصة تختلف عن الأسرة الغربية حيث أن

الأسرة العربية تعتبر نفسها المسؤولة أولاً وأخيراً عن الفرد ووقايته من الأمراض وعلاجها إن أصابه مرض ما. وتتأثر الأسرة الفلسطينية باتجاهات المجتمع لها وقد يتأخر زواج الشاب أن الشاب إدراكه ما عرف الناس أنهما توجها إلى عيادة نفسية. وفي دراسة يرى (الهمص، 1998) وجد أن الناس تفضل الذهاب إلى المعالج بالقرآن بدلاً من الذهاب إلى الطبيب النفسي أي أن يكون الإنسان متلبساً بالجن أفضل من أن يكون مصاباً لمرض نفسي. ومهما كان وضع المريض الفلسطيني فإن عائلته ستدعمه نفسياً ومادياً واجتماعياً وذلك بسبب تمسكها بالعقيدة الإسلامية الراسخة حيث يقول الله عز وجل: "ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير * لكيلا تحزنوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بماءاتكم والله لا يحب كل مختال فخور". (الحديد، 22-23). ويقول عز وجل: "إنما يوفى الصابرون أجرهم بغير حساب". (الزمر، 10) ويقول رسولنا الكريم محمد صلى الله عليه وسلم: "مثل المؤمنین فی توادهم وتعاطفهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمل والسهر".

لذلك فإن الباحث يرى أن على الأسرة الفلسطينية أن تبحث عن المساند الاجتماعي والديني لها لما لهما من دور كبير في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن الشعور باليأس والاكتئاب والخجل العميق، ويرى الباحث أنه يجب أن يحدث هناك نوعاً من الانقلاب في فهم الجمهور واتجاهاته نحو المرض النفسي ويجب أن يكونوا مدركين أكثر

للمرض النفسي والصحة النفسية على أنها جزء لا يتجزأ من قناة الصحة النفسية . وعلى الصعيد الأسري فإنّ الأسرة الفلسطينية المسلمة يجب أن تستسلم لقضاء الله وقدره وتؤمن أن ما أصابها لم يكن ليخطئها وأن ما أخطأها لم يكن ليصيبها وأنها في ابتلاء ومحنة وعليها الصبر والاستعانة بالله العلي العظيم.

تخفيف وصمة المرض النفسي *Diminishing the stigma of mental illness*

لا يوجد دواء منفرد لجميع الأمراض panacea لكي يزيل الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي (Byrne,1999:33). كان من المتوقع أن تُلغى abate الوصمة مع زيادة المعرفة حول المرض النفسي ولكن حدث العكس حيث أن وصمة المرض النفسي قد ازدادت خلال الأربعين سنة الماضية على الرغم من زيادة فهمها. يرى كل من Cieeigan & Penn (1999) أن المعرفة ظهرت عاجزة وغير كافية لتبديد dispel الوصمة. والمعرفة الواسعة قد تكون كفيلاً warranted لتبديد redress مخاوف الجمهور. لقد بدأ البحث حول توضيح وجهات النظر السلبية حول المرض النفسي الحاد والذي من الممكن خفضه من خلال المعلومات القائمة على التجربة حول الارتباط بين العنف والمرض النفسي الحاد. وكانت هناك مجموعة طرق لتخفيف الوصمة عملت على وضع برامج تأييد programs of advocacy لتخفيف الوصمة من خلال تعليم وتنقيف الجمهور والاتصال بالمرضى النفسيين عن طريق المدارس والمؤسسات الاجتماعية. (Corrigan & Penn, 1999:81). وطريقة أخرى لتخفيف الوصمة هي إيجاد الأسباب والعلاجات ذات التأثير على الأمراض النفسية. ولكن حتى هذه اللحظة فإن وصمة المرض النفسي ما زالت تحيط surrounding بالاضطرابات النفسية وبشكل غير متعمد من خلال ترك العناية بالصحة النفسية لهؤلاء الذين يجهلون الأسباب والعلاج. لذلك فإن التحسن في الصحة النفسية يجب ألا يكون مترسلاً halted بل يجب أن يُعزز وأن يكون بشبر أمل heralded. إن الوصمة يجب أن تقهر stigma must be overcome ويجب أن تستمر الأبحاث لتتجنب العلاجات الفعالة للاضطرابات النفسية. عندما يفهم الناس الاضطرابات النفسية على أنها ليست نتيجة لفشل أخلاقي moral failing أو قوة محددة ولأنها أمراض حقيقية legitimate illness تستجيب لعلاجات فاعلة، فإن كثيراً من النماذج السلبية negative stereotyping سوف تندثر. ونحن نحتاج إلى المزيد من الأبحاث والمعلومات لنغير من تقويم الجمهور حول المرض النفسي. إن أبحاث علم الاجتماع عليها أن تشارك بشكل كبير في تطوير تقويم برامج ضد الوصمة anti-stigma (Corrigan & Penn, 89). ولكي تُلغى abates الوصمة وتندثر dissipates فإنه يجب أن يحدث نوعاً من الانقلاب في فهم الجمهور واتجاهاته نحو

المرض النفسي. ويجب أن يكون الناس متلهفين للبحث عن العناية والاهتمام، ويجب أن تكون لديهم الرغبة لتحمل التكاليف والأهم من هذا كله هو أنه يجب أن يصبحوا مدركين أكثر للمرض النفسي وللصحة النفسية على أنها جزءاً لا يتجزأ من قناة الصحة الرئيسية
.Mainstream of health

فوجد أن مجموعات العائلة مثل المؤسسة الفيدرالية لعائلات ذوي المرض النفسي
European Federation of Association of Families of Mentally Ill People
[EUFAMI]

قد اجتمعت لتغيير الوضع الراهن. فعلى سبيل المثال قامت هذه المؤسسة بتأسيس مجموعات ذات مهام وأهداف خاصة لتزويد من مهارات الاتصال والتخاطب مع أفراد العائلة. وتهدف هذه المجموعات إلى عقد اجتماع لأعضاء العائلة يشاركون بدورهم بمساعدة أحد أفراد أسرته المصاب بمرض نفسي. والإلحاح إلى ذلك فإن هذه المجموعات تهدف إلى تقوية أفراد العائلة ليتحدثوا بفعالية لوسائل الإعلام نحو المرض النفسي لذلك تخفيف diluting الوصم مرتبط بهذا النوع من المرض. ويجب أن تؤخذ الخطوات لتوعية الجمهور حول الاستخدام الخاطئ للغة misuse of language، لذلك فإن انفصام الشخصية وأسطورة مرض الفصام والمرض النفسي أصبحت جميعاً جزءاً من الماضي.

إن التلفاز والأفلام من الممكن استخدامها بنجاح لتطوير اتجاهات إيجابية لدى الجمهور حول المرض النفسي، فالفلم الحائز على جائزة الأوسكار The Oscar winning film [العقل الجميل] A beautiful mind يصور الحياة الإيجابية للحاصل على جائزة نوبل John Nash المصاب بمرض الفصام. Schizophrenia. الفلم يركز على قوته في مواجهته لمرضه وكيف هو وزوجته تعلمتا كيف يعيشان مع المرضى. والإلحاح إلى ذلك فإن الفلم وضع أهمية الشخص الذي يعتني بالمريض كي يشفى من مرضه. ولقد أعطت الفلم عائلات كثيرة الأمل بإمكانية شفاء أحبائهم وأظهر علامة عظيمة عملت على تبييد وإلغاء وصمة المرض النفسي.
(Byrne, 2000).

هناك حاجة للتأكد أن اتجاهات الجمهور العام قد تغيرت وأن على الجمهور أن يفكر وأن يعتقد أن المرض النفسي مثله مثل أي مرض مثل السرطان أو أمراض الرئة أو أمراض لا يعاني أصحابها من وصمة المرض. لقد أصبح مرض السرطان الآن يُتحدث عنه بشكل واسع ونتائج الخوف من الجهل والمرض قد تضاءلت إلى حد كبير من خلال العلاجات effective treatments وإدراك المرض recognition والتمويل funding من قبل الحكومة.

دعونا نأمل القضاء على وصمة المرض النفسي من خلال الجهود المتحدة combined efforts لمجموعات المرضى، جماعات العائلة، الجماعات السياسية والمهنية professional

and political bosses ونحن نستطيع أن نعلم الأفراد ليساعدوا على إزالة الوصمة من حياة المرضى النفسيين والقيام بطريقة علاج لطيفة لأكثر من 400 مليون يعانون من مرض نفسي. (Byrne, 1999).

أولاً: مفهوم العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام يشير إلى نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علمياً وفنياً، بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها. (زهران، 1982:21).

عرف روجرز (1959) العلاج النفسي بأنه تحديد للطاقة الموجودة فعلاً لدى شخص عنده إمكانية كامنة، وليس تحكماً من جانب خبير في شخصية لديها جوانب سلبية بشكل ما. وعرف وولبيرج (Wolberg, 1967:101) العلاج النفسي بأنه نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية، حيث يعمل فيها المعالج وهو شخص متدرب تدريباً دقيقاً على تكوين علاقة مهنية مع المريض وذلك بهدف إزالة أي تعديل أو تأخير الأمراض الموجودة، وتعديل السلوك المضطرب، والنهوض بالنمو والتطور الإيجابي للشخصية.

ويعرف فريدمان (Freedman, 1967:12) العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ينشئ فيه المعالج عقداً مهنية مع المريض. ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أن غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق وتنمية شخصيته وتطورها.

وعرفه (فهيم، 1967:13) بأنه صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية يقوم فيها المعالج بتكوين علاقة مهنية مع المريض يسعى فيها إلى إزالة أو تعديل أعراض معينة، أو تغيير سلوك ظاهري، وهدفه من ذلك تزيز وتقوية وإبراز الجوانب الإيجابية في شخصيته النامية وتطويرها.

وعرفه برامر وشوستروم (Brammer & Shostrom, 1977:7) على أنه: عملية إطار تعليم الفرد. أن أهداف العلاج النفسي هي مساعدة المسترشد على اكتساب إطار تنظيم إدراكي وان يدمج الاستبصارات insights الناتجة في سلوكه اليومي وأن يحيا مع المشاعر المركزة التي نشأت من خبرات الماضي المؤلمة. كما يحدث تعديلاً على الدفاعات الموجودة بحيث يحصل على إعادة التوافق وبذلك فإن العلاج النفسي يركز على كثافة وطول مدة العمل مع الفرد، كما أنه يهتم بشكل كبير بإزالة الظروف الباثولوجية (المرضية).

ويعرف (نجاتي، 1982:17) العلاج النفسي بأنه نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف تحقيق تغير في الفرد يجعله أكثر توافقاً.

ويعرفه (حافظ، 1983:25) بأنه مجموعة الجهود الفنية التي يقوم بها المعالج النفسي في سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التي تواجهه، وتحول بينه وبين توافقه النفسي.

وتعرفه سرى (1990) بأنه نوع من العلاج المتخصص، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية، لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية المنشأة، بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية.

ويعرفه سيو وزملاؤه (Sue et al, 1990:22) بأنه التطبيق المنتظم للأساليب المشتقة من الأسس النفسية، من جانب معالج متخصص وماهر ومدرب يقصد مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

ولقد حدد هؤلاء العلماء أربع خصائص أساسية للعلاج النفسي وهي: (عبد العزيز، 2001:18)

- أن العلاج النفسي هو فرصة ليعيد التعلم. Relearning.
 - أن العلاج النفسي يساعد على تنشيط نمو خبرات جديدة ذات أهمية انفعالية.
 - توجد علاقة علاجية ذات مواصفات خاصة.
 - أن العملاء في العلاج لهم دافعية وتوقعات معينة، وكثير من الناس يدخلون إلى العلاج ومعهم القلق والأمل . فإذا كانت تخيفهم مشكلاتهم الانفعالية، فإن الأمل يحدوهم في أن العلاج سيساعدهم.
- الاتجاهات الحديثة للعلاج النفسي

برز ظهور اتجاهين رئيسيين لتطور العلاج النفسي في العصر الحديث وفيما يلي عرضاً لهما (ملحم، 2001:54)

أولاً: الاتجاه الأول: ويتمثل في المدرسة القياسية Measurement + Testing وقد اهتمت هذه المدرسة بمبدأ الفروق الفردية Individual differences واستخدمت الملاحظة والقياس بشكل واسع. وقد اشتهر من العلماء كل من: غالتون Galton ، بينيه Binet، تيرمان Terman، كاتل Cattell، وودورث Woodworth، ثورانديك Thorandike. وقد تميزت هذه المدرسة القياسية قبل الحرب العالمية الثانية باهتمام شديد في علاج مشكلات الأطفال، والعيادات المحلية، وإدارة الخدمات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية، ومؤسسات المعوقين، وضعاف العقول، ومراكز الأحداث. وإعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل الدراسية والاستعدادات سواء كانت ميكانيكية أو موسيقية أو غير ذلك. وكشف

نواحي العجز والصعوبات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو العجز السمعي أو البصري أو اللغة، واعتبر اختبار ستانفورد بينيه مرجعاً جوهرياً في قياس القدرات العقلية للأطفال. وظهر أسلوب العلاج باللعب Play Therapy وطبقته بنجاح أنا فرويد Anna Freud وميلاني كلاين Melanie Klein كجزء من أسلوب التحليل النفسي الفرويدي في العلاج. كما تم استخدام العلاج الفردي والجمعي للنساء من المرضى العقليين. وبرز الاهتمام في اختبارات الشخصية بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات.

ثانياً: الاتجاه الثاني: ويتمثل في المدرسة الديناميكية Dynamic or Boston School وتميز هذا الاتجاه بما يلي:

* ظهور جماعة بوسطن Boston Group التي تكونت من: وليم جيمس W. James مؤسس علم النفس في الولايات المتحدة الأمريكية، وستانلي هول S. Hall، وولتر سكوت W. Scott.

* حدثت تغييرات كبيرة في الميدان الإكلينيكي تمثلت فيما يلي:
- اتجاه أنظار علماء النفس الإكلينيكي بالاهتمام في مشكلات التوافق لدى الكبار إضافة لاهتماماتهم بمشكلات التوافق لدى الأطفال.
- انتقال الاهتمام إلى العلاج النفسي الفعلي وعلاج الحالات.
* **التيار الجشطالتي:** فقد أشاع هذا التيار مبدأ التنظيم الذي يتحكم في جميع أشكال الحياة الداخلية للكائن الحي وفي حياته الخارجية.

* تيار علم النفس التعليمي والتطور التجريبي التي ولدت تأثيراً مباشراً على علم النفس الإكلينيكي في المجالين السلوكي والعلاجي. ويشير دولارد وميلر Dollard & Miller في هذا الصدد إلى قيمة التعلم ونظرياته في فهم السلوك وتعديله في ضوء نظرية العاملين.
* **تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي:** حيث برز هذا الاتجاه على يد روجرز الذي قدم نظرية العلاج النفسي بالتمركز حول العميل ليساهم بشكل كبير في فهم السلوك المرضي وتعديله. وفتح الباب لظهور الاختبارات الإسقاطية بعد ذلك.

* **العيادات النفسية:** وقد ظهرت أول عيادة نفسية في مستشفى بلوكلي بفيلا دلفيا عام 1753 وبرزت الدعوات للاهتمام بالمرضى العقليين. وتم وضع البرامج الخاصة بالطب النفسي في أمريكا. وقدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس منهجاً إكلينيكياً في البحث والتعليم والتشخيص مشتقاً من اختبارات فردية طبقت على عينات كبيرة لتساهم بشكل واضح في تحسين العناية بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية والعقلية وظهور الاختبارات وانتشارها Testing Trend. وقد تميزت هذه الاختبارات بنوعين رئيسيين هما (Kay & Tasman, 2000:58):

- اختبارات الذكاء الفردية والجمعية، واختبارات الميول والاستعدادات، والقدرات الميكانيكية التي ساهمت في تطور عمليات القياس.

- **مقاييس الشخصية:** التي ساهمت بشكل واضح في تطوير أساليب العلاج النفسي، فظهرت مقاييس العصاب، والانفعالات، واختبارات الانبساط والانطواء والاختبارات الاسقاطية بجميع أنواعها.

طرائق البحث في العلاج النفسي

المقدمة:

يبدأ المتخصص بالإرشاد والعلاج النفسي عمله في العيادة النفسية أو في المستشفى أو في مراكز الإرشاد المتخصصة بعد أن يكون قد أكمل دراسته العلمية المتخصصة. ووصل إلى مستوى مقبول يؤهله لممارسة العمل. وعادة ما يبدأ المتخصص عمله في علاج بعض الحالات المرضية البسيطة، كالاضطرابات الانفعالية وبعض أنواع السلوك الاجتماعي وقد يقوم في بداية الأمر بإجراء حالات التشخيص والعلاج المبدئي لبعض الأمراض الذهانية البسيطة. ولا شك بأن البحث العلمي في قضايا الإدراك والعلاج النفسي ضروري من أجل تقدم هذا العلم وتطوره، خاصة وأن هذا العلم يرتبط بشكل دقيق وفاعل بالقياس النفسي وبرامجه الإحصائية المتنوعة، ولهذا فإن على العاملين في الإرشاد والعلاج النفسي أن يسلطوا طريقة أو أكثر من طرق البحث التالية من أجل تحسين وتطوير عملهم نحو الأفضل.

(Holms, 1991:16).

الاختبارات والمقاييس النفسية في العلاج النفسي:

ويستخدم المعالجون النفسيون العديد من الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة في مجال القياس النفسي، وهي تؤدي أغراضاً متعددة في مجال قياس الشخصية والتعرف على قدرات واستعدادات الفرد والوظائف النفسية المختلفة مما ساعد المعالجين النفسيين والعاملين في مجال العلاج النفسي على تبني طرائق معينة في بناء مقاييس وأساليب جديدة تخدم أغراض العلاج النفسي وتطوره. (Holms, 1991:27).

وتعتبر الاختبارات والمقاييس النفسية وسائل ضرورية في إجراءات التشخيص والعلاج النفسي، كما أنها وسائل تتبعية مناسبة suitable للتعرف على مدى تقدم العمل العلاجي Remedial Work، والتطور الذي يطرأ على الحالة العلاجية، فكان لإعداد هذه الاختبارات والمقاييس، وتفسير نتائج التطبيق فيها من أكثر المهمات ضرورة للعاملين في مجال العلاج النفسي، وهي تستخدم بشكل فاعل في العيادات النفسية ومراكز البحوث النفسية في شتى بقاع العالم. (Scully, et al. 1995:44).

دراسة الحالة في العلاج النفسي:

يمثل الشخص حالة متكاملة تبدو من خلال الحاضر وطموحات المستقبل، كما تبدو من خلال حياة الماضي بكل الشروط والأحداث التي أحاطت بها. والعاملون في ميدان العلاج النفسي يقومون باستقبال مرضاهم الذين يبدو عليهم أعراض الاضطراب النفسي الذي يتعامل معه العاملون في ميدان العلاج النفسي من حيث كونه تكوين فريد من نوعه تفاعلت معه شروط كثيرة ومتنوعة ويقوم المعالج بدراسة هذا التكوين الفرد لحالة متفردة تحوي كل أنماط السلوك والإمكانات بحيث يكتشف فيها مؤثرات في الماضي لتصبح هذه المؤثرات بعد ذلك أساس العمل العلاجي وعماده الرئيسي. (Holms, 1991:33).

العيادة النفسية في العلاج النفسي:

يمارس المعالج النفسي في العيادة النفسية التي تمثل بالنسبة له الإطار الخاص لعمله لما توفره العيادة النفسية من فرص اللقاء، وبناء العلاقة بين المعالج والمتعالج. وما توفره أيضاً من فرص إجراء الاختبارات ووسائل التشخيص والعلاج اللازمة للمتعالج.

أهداف العلاج النفسي

يهدف العلاج النفسي كما يرى سانديبيرج (Sunberg et, al, 1973) إلى :-

1- **تقوية دوافع العميل** لعمل ما هو صائب ويرى سانديبيرج وزملاؤه (Sunberg et, al, 1973:17) أن هذا الغرض من أقدم الأعراض في العلاج النفسي، فالإيحاء والتتويم المغناطيسي كان يقدمها الأطباء القدامى لمرضاهم حيث كانت تدفع الشخص لأن يسلك سلوكاً يعتبر صائباً.

2- **إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير عن المشاعر**: إن العلاج النفسي إذا لم تتخلله مشاعر الغضب والقلق والدموع لا يعتبر علاجاً بالمعنى الدقيق وهذا ما تروج له الأفلام السينمائية والتمثيلات الإذاعية والتلفزيونية في الشرق والغرب التي توضح أن التخفف المفاجئ من أعراض القلق والعصاب تحدث إثر خبرات تنطلق خلالها انفعالات الفرد ومشاعره دون قيود.

3- **إطلاق إمكانيات النمو والتطور**: يرى (Sundberg et, al, 1973) أن المعالج النفسي هو الذي يأخذ مهنته كما يأخذ البستاني حديقته، يربعاها ويستأصل الحشائش الضارة فيها ويمدها بالضوء والغذاء والماء. لذلك فإن بعض المعالجين يشجعون الفرد على الإبداع والتفتح للخبرات الداخلية والخارجية والقدرة على اتخاذ القرارات. ويعتقد البعض أن هدف العلاج الرئيسي هو تيسير عملية النمو الحسن والأفضل وليس خلق شيء جديد أو إقامة أهداف جديدة للفرد قد لا تتسجم مع تكوينه.

4- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة: يسلم بعض المعالجين النفسيين (إبراهيم، 84)، (Ellis, 1968)، (Kelly, 1959) أن العلاج النفسي الناجح يعلم الفرد كيف يفكر تفكيراً صحيحاً وبالتالي يستطيع أن يسلك ويتصرف بطريقة ناجحة. وقد قدم بعض المعالجين أساليب جديدة ومبتكرة للمساعدة على اكتشاف الأنماط الخاطئة من التفكير لدى المرضى وبالتالي تعديلها واستبدالها بأساليب أكثر ملائمة للصحة النفسية.

5- المعرفة بالذات: يعرف المعالج النفسي مريضه بذاته بالمعنى العام، فهو يحدد لها أهدافه، ويساعده على اكتشاف جوانب القوة والضعف ومنح المريض استبصاراً بالعوامل التي تحكم سلوكه وتوجهه وجهات غير مرغوبة.

6- تغيير العادات المرضية: يرى بعض المعالجين النفسيين أن الاضطراب النفسي نتاج استجابات وعادات شاذة تكتسب من خلال تعلم خبرات خاطئة ولهذا يكون هدف العلاج هو مساعدة المريض على تكوين عادات جديدة جيدة من خلال مبادئ التعلم. (Goldfried, 1982).

7- تدريب المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الناس: يرى بعض المعالجين (Strupp, 1986) أن مصدر الاضطراب النفسي والعقلي هو اضطراب علاقة المريض بالأشخاص المهمين في حياته. والخبرات المبكرة من العمر تعتبر شديدة الأهمية في تحديد أنواع الاضطرابات في العلاقات الاجتماعية وأثارها على مستقبل الفرد وقد ساهم بعضهم في تطوير تيارات العلاج الجمعي الذي يسمح للمريض بإقامة علاقات جديدة، وأن يلاحظ أساليبه في التفاعل، وأن يستمد العون من الجامعة للمعرفة لأخطائه في السلوك والتفكير، وبالتالي أن ينمي مهاراته الاجتماعية.

العلاج النفسي - الجماعي

يُعرف (إبراهيم، 1988:267) العلاج الجمعي بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرض والتعديل من نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم من خلال وضعهم في جماعة بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية.

ومن أهم الطرق المستخدمة في تنظيم الجماعة وحركتها:

السيكودراما Psychodrama وهي منهج من العلاج الجمعي اصطنعه مورينو (Moreno, 1946) ويعتمد فيما يوحى اسمه على ممارسة الأدوار وتمثيلها في داخل الجماعة من خلال تشجيع المرضى على ممارسة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب، أن الابن) بحيث يستطيع المريض أن يكشف مشكلاته الشخصية، وأخطائه في عمليات تفاعله بالآخرين.

وهناك ما يسمى بالمجتمع العلاجي therapeutic group وهو المنهج الذي يستمد أصوله النظرية من دراسات علم النفس الاجتماعي وبحوثه ويركز على علاج الفرد من خلال وضعه في جماعة تعمل على تشجيعه ودفعه للقيام بأداء الأدوار الاجتماعية الهامة في حياته بنجاح. ويعتبر ماكسويل Maxwell من أكثر الممثلين لهذا التيار ومن المساهمين الرئيسيين في بلورته. (Jones, 1968) ويلعب التنفيس الانفعالي Catharsis في سحب الروح أو الشحنة الانفعالية من الخبرة المخيفة. فالخبرة الانفعالية مثل الوحش المفترس يخيف باستمرار وهو بعيد، أما عندما تفرغ أو تظهر من الشحنة الانفعالية فإنها تكون مثل الحيوان المحنط. وبعد سحب الشحنة الانفعالية فإن العميل يتكلم عنها دون قلق أو خوف.

ومن وسائل التنفيس إتاحة الفرصة أمام العميل للتحدث في تداع حر وترابط طليق عن صراعاته وإحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وأنماط سلوكه المنحرف. ومما يساعد على نجاح عملية التنفيس الانفعالي توثيق العلاقة الإرشاد وتهيئة جو نفسي صحي مناسب خال من الرقابة يتيح فرصة اختفاء حيل الدفاع النفسي.

وأهم فوائد التنفيس الانفعالي في عملية الإدراك كما يراها (زهرا، 1988:302):

- تخفيف ضغط الكبت حتى لا يحدث انفجار وحتى لا تتصدع وينهار بناء الشخصية.
- التخلص من التوتر الانفعالي عندما يحدث لدى العميل ما يشبه "الانفتاح الانفعالي".
- اختفاء أعراض العصاب.

- إزاحة الحمولة النفسية الانفعالية الزائدة عن كامل العميل حيث تعتبر الخبرات النفسية والأحداث الشخصية والذكريات والصراعات اللاشعورية حمولة نفسية داخلية. ولا بد أن تتناسب الحمولة النفسية للعميل مع قوته وطاقته وقدرته على التحمل. ويفيد التنفيس الانفعالي في التخلص من الحمولة النفسية والشحنة الانفعالية الزائدة من طاقة التحمل وخاصة إدراكه كانت القوة محددة ومع مرور الزمن.

ومن الطرق المستخدمة في تنظيم الجماعة وحركتها الاستبصار Insight حيث يعرفه (زهرا، 1988:305) أنه فهم النفس ومعرفة الذات والقدرات والاستعدادات. وفهم الانفعالات ومعرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه، ومعرفة الاضطراب والمشكلات وإمكانات حلها، ومعرفة الإيجابيات والسلبيات ونواحي القوة ونواحي الضعف، ويتضمن الاستبصار ما يلي:
-تقبل الذات وفهمها وإعادة تنظيمها، وإعادة تنظيم مفهوم الذات بمستوياته المختلفة وحل مشكلة عدم التطابق بين مستوياته.

-فهم الواقع وتقبله والتوافق معه من خلال تقبل الواقع في حدود العقل والمنطق.

-نمو الإرادة التي يقهر بها العميل كل مشكلاته ويسيطر هو عليها بدلاً من أن يتركها تسيطر عليه.

-تحويل نقاط الضعف والسلبية إلى مصادر قوة إيجابية حيث يستفيد العميل من أخطائه عندما يدركها على حقيقتها.

ويعتبر العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، حيث يُعرفه (Ellis 1977:166) على أنه علاج مباشر توجيهي يستخدم فنيات معرفية وانهالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللامعقولة التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصحبها سلوك انفعالي وسلوكي.

تعقيب على الإطار النظري

تحدث الباحث عن الإرشاد والعلاج النفسي ومبادئها ومدى الحاجة إليهما لتحقيق الذات والتوافق والصحة النفسية وذلك لمدى أهميتهما في تخفيف وصمة المرض النفسي حيث إن البرنامج الإرشادي الذي سيطبقه الباحث وثيق الصلة بهما وكذلك تطرق الباحث للحديث عن نظريات الإرشاد النفسي لأنها كلها جميعاً تهدف إلى فهم وتفسير وتقييم السلوك والتنبؤ به وتعديله وتغييره وهي سوف تساعد على معرفة أفضل وأسهل الطرق التي من خلالها يتم وضع أهداف تساعد المجموعة الإرشادية على أن تقلل من شعورها بالإحباط والاكنتاب والجمود في الأفكار، ثم تحدث الباحث عن المرض النفسي عبر التاريخ ثم تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية وذلك لأن هذه الأمراض هي التي تؤدي الأسر للشعور بوصمة المرض النفسي مما يزيد من الضغوط النفسية على أفراد الأسرة ويجعلها محبطة، مكتئبة، منعزلة وتسبب الإحباط والتميز عن باقي أفراد المجتمع. ثم عرف الباحث مفهوم وصمة المرض النفسي مستعيناً بكتب أجنبية حيث إن مكتبات الجامعات في قطاع غزة تفتقر وبشكل كبير إلى كتب عربية تتحدث عن وصمة المرض النفسي وقد قام الباحث بترجمة كل ما يتعلق بموضوع الوصمة من حيث أعراضها، ونماذجها، وجذورها، واتجاهات الجمهور نحوها، وعلاقتها بالصحة النفسية، وعلاقتها بالأسرة حيث إنها تسبب مشاعر الذنب والخجل وتمنع بناء دعم حيوي قوي ادخل العائلة، وتحدث الباحث أيضاً عن طرق تخفيف الوصمة من خلال أبحاث فاعلة لإيجاد علاجات ناجعة، ومن خلال توعية الجمهور بالمرض النفسي وتطوير وتقويم برامج لمحو الوصمة وبتغيير النظرة السلبية المجحفة التي ينظرها المجتمع للمريض النفسي.

لقد تحدث الباحث عن الوصمة لما لها من أثر سلبي عميق يؤدي بالفرد إلى الاكتئاب واليأس والخجل العميق موضعاً الدور السلبي للمعالجين النفسيين الذين وجدت لديهم اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي وكذلك عدم اهتمام الدول بتمويل البحوث للعلاج النفسي وغياب المساندة الاجتماعية للأسرة التي لديها مريضاً نفسياً. وقد ساعد الإطار النظري الباحث في التعرف على أهم العوامل التي تساعد الأسر الذي تشعر بالعار والخجل ليضع برنامجاً إرشادياً يساعد على تخفيف الشعور بوصمة المرض النفسي. ولكون المجتمع الفلسطيني مجتمعاً متمسكاً بالعقيدة الإسلامية فإن الباحث ارتأى أن للعامل الديني دور كبير في تخفيف الوصمة لذلك فقد جعل المساندة الدينية عنواناً لجلسة من جلسات البرنامج.

الإطار العام

لبرنامج الإرشاد النفسي المقترح لتخفيف وصمة المرض النفسي

- مقدمة
- مفهوم وأهداف البرنامج الإرشادي.
- أسلوب تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- آليات تنفيذ جلسات البرنامج.
- جلسات البرنامج.

برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي

مقدمة :

يوجد مُناخ اجتماعي عام يحيط بالمرض النفسي، ويعتبر هذا المناخ مسئولاً عن تصور الجمهور للمرضى النفسيين أنهم يمثلون تهديد وخطورة بالنسبة للمجتمع، لذلك أرجع بينتر وأدجرتون وميلر (Bentz, Edgerton & Miller, 1971:168) الإحساس بخطورة المرض النفسي إلى وجود نوع من التخلف الثقافي في تصور الناس لهذا المرض من حيث أعراضه وأسبابه وطرق علاجه. وأرجع نوناللي (Nunnally, 1961:70) هذا الاتجاه إلى ما تقدمه وسائل الإعلام من معلومات وأفكار عن المرض النفسي والمرضى النفسيين. فوسائل الاتصال كما يرى (نوناللي) لا تقوم بتعليم الناس طبيعة المرض، وإمدادهم بالمعلومات الدقيقة عنه ولكن هدفها هو التسلية بالمعنى الواسع، وبالتالي فهي تشوه الصورة العامة عن هؤلاء المرضى النفسيين مما يجعل الأسرة تشعر بوصمة عار وهذا يؤدي بدوره إلى زيادة الضغوط النفسية لدى أفراد الأسرة ويساهم في إضعاف قدرة الأسرة على حل مشكلاتها، لذا كان من الضروري توفير برنامج في الإرشاد النفسي يساهم في تخفيف الشعور بوصمة المرض النفسي .

الإطار النظري للبرنامج

مفهوم البرنامج الإرشادي: Counseling Program

هو مجموعة من الإجراءات المنظمةة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يقابلها في حياته أو التوافق معها. (زهران، 1980: 10).

ويعرفه الباحث إجرائياً على أنه مجموعة من الخبرات صممت لتعالج مشكلة الشعور بوصمة المرض النفسي من أجل تخفيفها وإزالتها لدى ذوي المرضى النفسيين .

أهداف البرنامج:

أ - أهداف عامة:

- يهدف البرنامج الحالي إلى مساعدة الأسر التي لديها إحساس بوصمة المرض النفسي على التعامل مع المرض ومواجهته وذلك من خلال معالجة كثر من المواقف التي تسبب لهم الضيق والتوتر والحرَج الشديد.

- يهدف البرنامج إلى تعليم الأسر وتدريبهم وتنقيفهم وإعادة البناء المعرفي لديهم والتي تستهدف زيادة قدرة الأسر على مواجهة الضغوط ومحاولة التدخل في أفكارهم ومعتقداتهم

والتي تشمل في إحلال الأفكار والمعتقدات العقلانية الإيجابية محل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية.

- يهدف البرنامج إلى التبصير بأهمية المساندة الاجتماعية والتماسك الأسري في مواجهة الضغوط وأحاسيس الخجل والإحباط.

ب- أهداف خاصة:

يركز البرنامج على تدريب الذين يعانون من وصمة المرض النفسي لأحد أقاربهم على بعض المهارات التي تساعدهم على محاولة التغلب على المشاعر السابقة والتقليل منها.

أهمية البرنامج:

أثبتت الدراسات والبحوث أن للأمراض آثار سلبية على الوالدين والأخوة ولها أثرها السيئ على العلاقات الأسرية. وسيساعد البرنامج إن شاء الله على مواجهة المشاكل التي تتعرض لها الأسر وسيسمح البرنامج إلى زيادة المعرفة والفهم والاحتكاك داخل الأسرة.

محتوى البرنامج وبنائه:

- تم اختيار محتوى البرنامج الإرشادي في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وموضوعات البرنامج هي:

1- السيكودراما: حيث سيتم عرض الحلقة الثامنة من مسلسل [يوميات أبو العز] أمام عينة الدراسة ثم يقوم عدد من أفراد العينة بإعداد مسرحية وتوزيع أدوارها على بعضهم البعض. بعد ذلك يبدأ المشاركون في مناقشة أحداث المسرحية من الناحية السلوكية وليس الفنية.

2- البيئة الأسرية: حيث سيتم تبصير المجموعة التجريبية بأهمية التفاعل الأسري في مواجهة الشعور بوصمة المرض النفسية والاجتماعية.

3- التعزيز الانفعالي: إعطاء الفحوص لأعضاء المجموعة للتفيس عن الخبرات المشحونة، والتحدث بطلاقة لتخفيض ضغط الكبت والتخلص من التوتر الانفعالي لدى المجموعة التجريبية.

4- الاستبصار: التبصير بماهية الضغط وطبيعتها وتبصير الأسر بالتعرف على أعراض الضغط وآثارها السلبية النفسية والجسمية ونتيجة شعورهم بالوصمة.

5- المساندة الاجتماعية: تبصير المجموعة بأهمية المساندة الاجتماعية وأهمية الدعم الاجتماعية.

6- المساندة الدينية: تبصير المجموعة التجريبية بمفاهيم الابتلاء والصبر والتوكل على الله والدعاء وابتغاء الرحمة من الله عز وجل.

أسلوب تنفيذ البرنامج

1- سوف يستخدم الباحث في برنامجه الأسلوب الإرشادي الجماعي وذلك لأن الإرشاد الجماعي وما يهيئه من تفاعل بين العميل والمرشد وأعضاء الجماعة يتيح خبرات إيجابية علاجية لا يمكن أن توجد في العلاج والإرشاد الفردي. (زهران، 1980: 344) حيث يتاح فيه للعميل مناقشة مشكلاته علناً وبصدق ويشجعه على ذلك جو الثقة الذي يشيع في جماعات الإرشاد وتبادل الخبرات والمهارات في التعامل مع الآخرين، ومواجهة المواقف المختلف، وتقوم الجماعة بتعزيز سلوك أعضائها مما يقوي لدى العميل استجاباته بأنه قادر على التعلم من خبرة الآخرين. ويذكر (زهران، 1980: 357) أن الإرشاد الجماعي يحتل مركزاً ممتازاً بين طرق الإرشاد النفسي وذلك لأنه:

-يتيح فرصة للتفيس الانفعالي.

-يجمع بين خبرات العميل الشخصية وبين واقع اجتماعي مجسد، ويمكن من نقل خبرات التعليم التي تحدث أثناء العملية الإرشادية بطريقة أسهل إلى مواقف الحياة اليومية لأنها أقرب إليها.

-يطمئن العميل إلى أنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلات نفسية، وأن هناك كثيرين غيره يعانون فيقل شعوره بالانزعاج والعجز.

2-السيكودراما: وهي من أهم الطرق المستخدمة في تنظيم الجماعة وحركتها وقد اصطنع منهج السيكودراما مورينو (Moreno, 1946) ويعتمد فيما يوحي اسمه على ممارسة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب، أو الابن) حيث يستطيع المريض أن يكشف مشكلاته الشخصية أو أخطائه في عمليات تفاعله بالآخرين.

3- الاستبصار: وهو من الطرق المستخدمة في تنظيم الجماعة. ويعرف (زهران، 1988) الاستبصار على أنه فهم النفس ومعرفة الذات والقدرات والاستعدادات. وفهم الانفعالات ومعرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه، ومعرفة الاضطراب والمشكلات وإمكانات حلها، ومعرفة الإيجابيات والسلبيات ونواحي القوة ونواحي الضعف.

4- العلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy: وهو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي حيث يعرفه (Ellis, 1977) على أنه علاج مباشر توجيبي يستخدم فنيات معرفية وانهالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل اللامعقولة التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. ومن أهم أهداف العلاج العقلاني لانفعالي:

1- تحديد أسباب المضطرب من أفكار ومعتقدات غير عقلانية أو غير منطقية.

- 2- مساعدة العميل في التعرف على الأفكار غير العقلانية التي تسبب سوء توافقه الاجتماعي.
- 3- زيادة اهتمام العميل بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العلمي والمنطقي.
- 4- التحرر من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالإقناع العقلي المنطقي وإعادة العميل إلى التفكير الواقعي، والتحكم في انفعالاته عقلاً.
- 5- سيعتمد الباحث في برنامجه الإرشادي على إلقاء محاضرة مبسطة عن موضوع الجلسة يتخللها مناقشات مع أعضاء الجماعة الإرشادية، وطريقة المناقشة تقوم على:
 - 1- تقبل الباحث كل ما يقوله أفراد المجموعة الإرشادية ويعبرون عنه ويشجهم على الاسترسال في الحديث.
 - 2- يهيب الباحث جواً قائماً على الشعور بالأمن والحرية عند عرض المشكلة وجواً يسوده الاحترام والتسامح والتعاون والمحبة بعيداً عن اللوم أو النقد أو الشدة.
 - 3- يساعد البرنامج على إيجاد آلية تسمح للمسترشد أن يناقش المشكلة وأن يُعطي لكل عضو الفرصة في أن يعبر عن مشاعره ويبيدي رأيه بصراحة مع مراعاة توجيه التفاعل والمناقشة بين الأعضاء.
 - 4- يفسر المشاعر والأفكار والرغبات والصراعات مما يساعد على استبصار العميل لما لم يكن يدركه من قبل. (زهران، 1998: 279).
 - 5- زيادة الثقة بالنفس لدى المسترشد من خلال جو المحبة والثناء والاحترام الذي سيوفره البرنامج له.
 - 6- تشجيع المسترشدين على المناقشة والتفاعل في جو أخوي يسوده الاحترام والتقدير المتبادلين.
 - 7- يوجه الباحث أفراد المجموعة الإرشادية إلى اقتراح عدد من الحلول الرئيسية والحلول البديلة بحيث تكون حلول ممكنة ومقبولة اجتماعياً ومشبعة لهم، وسيقوم الباحث بالمساعدة فقط، ويتدخل حين يترحم أفراد الجماعة حلاً غير موفقة أو خاطئة أو ضارة بالمرضى النفسي وأسرتهم. والباحث لن يقترح حلاً حيث أن الجماعة عليها أن تحاول حل المشكلات التي يواجهونها بأنفسهم مما يعودهم على الاعتماد على أنفسهم في حل مشاكلهم مما يتيح لهم حرية التعبير عن النفس والتنفيس الانفعالي والوجداني.

آليات تنفيذ جلسات البرنامج

هناك عدة عوامل تساعد على نجاح الجلسات الإرشادية التي تقوم على استراتيجية المحاضرة والمناقشة الجماعية وأهم هذه العوامل هي:

- 1- إشاعة جو من الصراحة والمحبة والألفة بين المرشدين والمرشد حيث يكون المرشد بمثابة أخ كبير أو صديق مخلص، مما يؤدي إلى اندماج المجموعة وطرح مشاكلهم بكل حرية.
- 2- يجلس جميع أفراد المجموعة حول مائدة خاصة لعقد الجلسات دون تحديد مكان خاص لأي واحد منهم.
- 3- أن تكون الغرفة المخصصة للجلسات هادئة ونظيفة وواسعة وجيدة التهوية والإضاءة وبعيدة عن الضوضاء أو دخول أشخاص آخرين فيها.
- 4- تكون الجلسة الأولى والثانية للتعرف على أفراد المجموعة التجريبية وتقديم الشكر لحضورهم وإعطاء فكرة عن خط سري العمل في البرنامج وتوضيح الهدف من البرنامج ووضع قواعد وآداب المشاركة.
- 5- أن يقدم كل مرشد نفسه للمجموعة في جو ملؤه القبول والحب والترحاب.
- 6- وضع قواعد المشاركة مثل الاستماع النشط، وعدم مقاطعة المتحدث، والاستفسار عن أي شيء غامض بعد نهاية المتحدث من حديثه.
- 7- تبدأ كل جلسة من خلال عنوان الجلسة الذي يطرحه المرشد مشيراً إلى الجلسة السابقة وملزمة هذه الجلسة بالسابقة بشكل موجز ثم يقوم المرشد بإلقاء محاضراته بشكل غير مُخل. ويتخلل المحاضرة شيء من المداعبة والمناقشة التي تدعم الدفاعية نحو الانتباه. وتكون المحاضرة ذات تسلسل منطقي ومحقة للهدف.
- 8- تبدأ مناقشة المحاضرة فور الانتهاء من عرضها مباشرة.
- 9- لكل مرشد الحق في مناقشة أو اعتراض أي نقطة بحرية.
- 10- السماح لكل مرشد بإبداء رأيه واحترام آراء الآخرين.
- 11- الاستئذان عند الرغبة في التحدث وعدم مقاطعة الآخرين أثناء حديثهم.
- 12- المحافظة على الهدوء والانسجام وعدم التسلط أو تمركز الجلسة حول شخص معين أو المرشد نفسه.
- 13- إعطاء الحرية للمجموعة التجريبية بتمثيل الأدوار التي يختارونها دون تعقيد أو تعقيد في جو يسوده المحبة.
- 14- مناقشة المسرحية يكون حول الناحية السلوكية وليس الفنية. ومساعدة المرشد على استبصار الحلول الصحيحة لتعديل سلوكه وتفريغ انفعالاته.
- 15- يطلب المرشد من أحد المرشدين في نهاية كل مناقشة إيجاز ما آلت إليه المناقشة الجماعية.

عدد أفراد المجموعة الإرشادية:

قام الباحث باختيار عينة قوامها 100 من الآباء والأمهات بالطريقة العشوائية المنتظمة، وذلك من واقع سجلات العيادة النفسية المجتمعية، في عمارة جاسر في مدينة خان يونس وقد تم تطبيق أداة الدراسة بعد تحكيمها على أفراد العينة المذكورة وذلك بهدف اختيار أعلى الآباء والأمهات شعوراً بوصمة المرض النفسي، وقد تم اختيار عشرين أباً وأماً مقسمين بالتساوي (عشرة آباء وعشر أمهات) ليكونوا المجموعة التجريبية والتي سيطبق البرنامج الإرشادي المقترح عليها.

جلسات البرنامج

عدد جلسات البرنامج اثنا عشرة جلسة بواقع جلستين في الأسبوع تتراوح مدتها خمسون دقيقة حسب مضمون كل جلسة.

الرقم	عنوان الجلسة	عدد الجلسات	ترتيب الجلسات	الهدف العام
1	تعريف البرنامج الإرشاد النفسي	2	الجلسة الأولى والثانية	التعرف على أفراد المجموعة، وتقديم الشكر لحضورهم وإعطاء فكرة عن خط سير العمل في البرنامج وتوضيح الهدف من البرنامج.
2	السيكودراما	2	الجلسة الثالثة والرابعة	يطلب الباحث من المجموعة التجريبية قراءة ما كتبوه من مواقف ضاغطة في حياتهم ويشجعهم على تمثيلها. بعد ذلك يبدأ المشاركون في مناقشة أحداث المسرحية من الناحية السلوكية وليس الفنية.
3	البيئة الأسرية	2	الجلسة الخامسة	تبصير المجموعة التجريبية بأهمية التفاعل الأسري في مواجهة الشعور بوصمة المرض النفسية والاجتماعية.
4	التفريغ الانفعالي	2	الجلسة السادسة والسابعة	إعطاء الفرض لأعضاء المجموعة للتفريغ عن الخبرات المشحونة، والتحدث بطلاقة لتخفيف ضغط الكبت والتخلص من التوتر الانفعالي لدى المجموعة.
5	الاستبصار	2	الجلسة الثامنة والتاسعة	التبصير بماهية الضغوط وطبيعتها وتبصير الأسر بالتعرف على أعراض الضغط وأثارها السلبية النفسية والجسمية ونتيجة شعورهم بالوصمة.
6	المساندة الاجتماعية	1	الجلسة العاشرة	تبصير المجموعة التجريبية بأهمية المساندة الاجتماعية وأهمية الدعم الاجتماعي.
7	المساندة الدينية	1	الجلسة الحادية عشرة	تبصير المجموعة التجريبية بمفهومى الابتلاء والصبر.
8	عرض وتلخيص وتقييم	1	الجلسة الثانية عشرة	التأكد من فهم أفراد المجموعة التجريبية لكل ما جاء في الجلسات السابقة، وإقامة حفل ترفيهي لهم بحضور أقاربهم المرضى.

تقويم البرنامج:

- 1- سيطبق الباحث مقياس المعتقدات حول وصمة المرض النفسي الذي أعدته الدكتورة زينب شقير على العينة التجريبية قبل بدء تطبيق البرنامج الإرشادي.
- 2- سيطبق الباحث مقياس المعتقدات حول وصمة المرض النفسي على العينة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج لمعرفة أثر البرنامج على الجماعة الإرشادية.
- 3- سيطبق الباحث مقياس المعتقدات حول وصمة المرضى النفسيين على العينة التجريبية بعد الاختبار البعدي بشهر لمعرفة أثر البرنامج على الجماعة الإرشادية.

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: التعارف.

الهدف العام: التعرف على أفراد المجموعة التجريبية (الوالدين - الأخوة) وإقامة علاقة ودية معهم.

محتوى الجلسة: التعارف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم ببعض.

قام الباحث بتقديم الشكر لأفراد المجموعة التجريبية على التزامهم بالحضور في الموعد والمكان المحددين للبرنامج الإرشادي. وقام الباحث بإعطاء فكرة عن خط سري العمل في البرنامج الإرشادي حيث تبدأ الجلسات الإرشادية بإعطاء معلومات مبسطة عن موضوع الجلسة ويلي ذلك مناقشات حول موضوع الجلسة بين الباحث وأفراد المجموعة. وقد قام الباحث بتوضيح الهدف من البرنامج الإرشادي والتأكيد على أهميته للأسر وإنه سوف يساعدهم في فهم ومعالجة الكثير من المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها كون لديهم مريضاً نفسياً في البيت مما يسبب لهم الكثير من الضيق والألم والخجل العميق.

الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: تعريف بمضمون البرنامج الإرشادي وأهميته.

الهدف العام: تمكين الوالدين والأخوة من مناقشة مشاعرهم وكيفية الاستجابة لعواطفهم واهتماماتهم وقيامهم بدورهم لتخفيف وصمة المرض التي يعانون منها.

محتوى الجلسة: أعاد الباحث توضيح الهدف من البرنامج الإرشادي والتأكيد على أهميته وأهمية حضورهم في المكان والزمان. وأكد الباحث على أهمية البرنامج الإرشادي في مساعدة الوالدين والأخوة في فهم الكثير من طبيعة الضغوطات النفسية وأثرها السيئ على

الصحة النفسية للفرد وكيفية التخلص من أسباب وآثار الشعور بالتوتر والضيق الشديدين. وأشار الباحث إلى أهمية تضافر جهود الأسرة كلها عند تعرضها لأي مشكلة بسبب وجود مريضاً نفسياً لديهم، فالتعاون والتفاعل الأسري يسهم في حل مشكلات كثيرة ويزيد من قدرة الأسر على مواجهة الضغوط التي تتعرض لها هذه الأسر نتيجة وجود مريض نفسي لديهم. وقد أشار الباحث في هذه الجلسة على أن البرنامج الإرشادي سيساعدهم على أن يمارسوا حياة عادية دون الإحساس بوجود مريض نفسي لديهم وسيساهم البرنامج في مدهم بطر جديدة تساعدهم على فهم ذواتهم ومشاعرهم وكيفية الاستجابة لعواطفهم ومساعدة كل عضو في البرنامج على أن يحدد مشكلة معينة يتم دراستها من خلال المناقشات الجماعية. وفي نهاية الجلسة قام الباحث بعرض بعض المشاكل والمواقف الصعبة التي تؤدي إلى الشعور بوصمة المرض النفسي التي يتعرض لها الوالدان والأخوة من خلال وجودهم مع أبنائهم المرضى النفسيين مثل نظرة المجتمع السيئة للمريض النفسي والعزلة الاجتماعية وتجنب الآباء الاختلاط بالأهل والأصدقاء والحالة النفسية السيئة للآباء والأخوة عند تعرضهم لمشكلات تنشأ عند تعامل المرض النفسي مع المجتمع في مواقف الحياة اليومية.

الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: التمثيل النفسي المسرحي [السيكودراما]. Psychodrama

الهدف العام: الإرشاد بالتمثيل النفسي .

محتوى الجلسة: قام الباحث بتوضيح أهمية الإرشاد بالتمثيلات النفسية من خلال موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي. وأكد الباحث على أهمية حرية السلوك لدى الممثلين [المجموعة التجريبية] وتلقائيتهم مما يتيح التداعي الحر والتنفيس الانفعالي حين يعبرون في حرية تامة في موقف تمثيلي فعلي والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية. وقد طلب الباحث من المجموعة التجريبية تأليف موضوع أو قصة بشكل تلقائي تدور حول خبرات العميل الماضية والحاضرة والخبرات المستقبلية التي يخافها ويدور موضوع القصة حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالي، وأخرى حول الصراع وتحقيق التوافق النفسي، وأخرى محددة تهدف إلى تشجيع فهم الذات بدرجة أفضل. وقد طلب الباحث من المجموعة التجريبية تمثيل قصة هم كتبوها وسيخرجها أحدهم تظهر تفاصيل موقف كامل يحدد كافة الأدوار التي توزع على المشتركين في التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاتوافقي حتى يمكن ضبطه وتقييمه. وقد أشار الباحث للمجموعة التجريبية باختيار كل عضو للدور الذي يرغب في تمثيله وطلب الباحث من الممثلين الاندماج الكامل بتلقائية وحرية

كاملة. وقام الباحث والمجموعة التجريبية بمناقشة أحداث التمثيلية من مواقف الممثلين وخبراتهم ومشكلاتهم وما يظهر من اتجاهات وتجارب.

الجلسة الرابعة:

عنوان الجلسة: التمثيل النفسي المسرحي [السيكودراما] Psychodrama.

الهدف العام: القدرة على فهم الذات والاستبصار من خلال السيكودراما.

محتوى الجلسة: قام الباحث بإعادة توضيح أهمية التمثيل المسرحي في اكتشاف نواحي هامة في مشكلات العملاء وأن ملاحظتها مهم جداً للوصول إلى حل حيث أن التمثيل يكشف عن جوانب هامة من شخصية العميل ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره مما يفيد في فهم ودراسة الحالة. وقام الباحث بتوضيح الفائدة الكبرى من التمثيل النفسي المسرحي وهي أنها تؤدي إلى التنفيس الانفعالي والتحرر من التوتر النفسي والقدرة على التعبير عن النفس والاستبصار بالذات، وفهم الآخرين، وشعوره بأن الآخرين يشتركون معه بقصد المساعدة المتبادلة ويؤدي إلى تدريب العملاء على مواجهة مواقف علمية واقعية يخافون مواجهتها وتحقيق الكفاية والمرونة في السلوك الاجتماعي. وقام الباحث بعرض الحلقة الثامنة من مسلسل [يوميات أبو العز] والذي تم عرضه في تلفزيون فلسطين في شهر رمضان الماضي الموافق لعام 1424 هجري. وبعد مشاهدة الحلقة، بدأت المناقشة من ناحية السلوك وليس من الناحية الفنية، والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه ووضع الحلول للمشاكل التي عرضت أمامهم. وأتاح الباحث فرصة مشاهدة الشريط مرة أخرى للاستزادة والنقد الذاتي وتحديد مدى التقدم في عملية الإرشاد. (انظر ملحق الجلسات : 172)

الجلسة الخامسة والسادسة:

عنوان الجلسة: البيئة الأسرية.

الهدف العام: تبصير أفراد المجموعة التجريبية بأهمية التفاعل الأسري في مواجهة الضغوط.

محتوى الجلسة: أكد الباحث على أن وجود مريضاً نفسياً في البيت سيوجد حالة من الاضطراب الأسري وحالة من التوتر والقلق لدى جميع أفراد الأسرة. وأكد الباحث أن التوافق مع الأزمة التي تهدد الأسرة يعتمد أساساً على فاعلية أعضاء الأسرة، ومدى استعداد الأسرة لمواجهة الأزمة، ومدى العلاقات العاطفية بين علاقات الأسرة والتوافق الزوجي وأهمية العلاقات الأسرية الإيجابية وتدعيم هذه الروابط سيضيف قوة للأسرة على تحمل الضغوطات ومواجهتها. وأكد الباحث على أن الآباء والأسرة هم محور الارتكاز في نجاح عملية الترابط الأسري وعدم إهمال المريض النفسي لديهم بل إشراكه ببعض الأنشطة والسماح له بالمجادلة والحوار مع أخوته العاديين حتى يشعر بقيمته فيقلل من سلوكه اللاسوي مما يقلل من إحساسهم

وشعورهم بوصمة المرض لديه. وأكد الباحث على أن الآباء والأخوة يجب أن ينظروا للمريض النفسي الذي يعيشون معه على أنه قابل للشفاء بإذن الله وأن يساعد كل منهم الآخر خاصة إذا قام المريض النفسي بسلوك غير سوي أمام الغرباء. وقد أكد الباحث على أن الآباء والأخوة يجب ألا يتأثروا بنظرة المجتمع بمريضهم النفسي معتبرين أن كثيراً من الناس معرضين لأزمات نفسية حادة قد تجعلهم مرضى نفسيين في المستقبل.

الجلسة السابعة والثامنة:

عنوان الجلسة: التفريغ الانفعالي De-Briefing.

الهدف العام: سحب الروح أو الشحنة الانفعالية المخيفة.

محتوى الجلسة: إن الخبرة الانفعالية متربصة بالعمل مثلها مثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ أو تظهر من الشحنة الانفعالية فإنها تكون مثل الحيوان المحنط كان وحشاً مفترساً مخيف فعلاً، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح مع وجوده معناً لا يخيف.

وأكد الباحث للمجموعة التجريبية أنه بعد التنفيس الانفعالي وسحب وتنفيس وتفريغ وتطهير الشحنة الانفعالية من الخبرة المؤلمة أو المشكلة المؤلمة يمكن للعميل أن يتذكرها ويتكلم عنها دون قلق أو خوف.

وأعطى الباحث للمجموعة التجريبية الفرصة للتحدث في تداع حر وترابط طليق عن كل ما يجول بخاطره عن صراعاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وأنماط سلوكه في إطار من حسن الإصغاء والتشجيع والتعبير عن النفس وفي جو نفسي دافئ وآمن وخالٍ من الأحكام الأخلاقية واللوم والعقاب. وطلب الباحث من المجموعة التجريبية التحدث بشكل صريح عن تفسيراتهم لنظرات الناس إليهم ومدى شعورهم بالوصمة في حالة وجود المريض النفسي وهو يقوم بسلوك غير سوي أمام مجموعة من الغرباء، وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب لكي:

- يخفف ضغط الكبت حتى لا يحدث انفجار وحتى لا يتصدع وينهار بناء الشخصية.
- لكي تتخلص المجموعة التجريبية من التوتر الانفعالي عندما يحدث لديها ما يشبه (الانفتاح الانفعالي).

- حتى يريح الحمولة النفسية الانفعالية الزائدة عن كاهل العميل حيث أن الخبرات النفسية والأحداث الشخصية والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية المكتوبة تصبح بمثابة حمولة نفسية داخلية. ولا بد أن تتناسب الحمولة النفسية مع قوته وطاقاته قدرته على التحمل.

الجلسة التاسعة والعاشرة:

عنوان الجلسة: الاستبصار Insight.

الهدف العام: معرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه ومعرفة مصادر الاضطراب والمشكلات ووضع حلول لها.

محتوى الجلسة: قرأ الباحث في بداية الجلسة ما ورد في إحدى رسائل إخوان الصفا: اعلم يا أخي أيدك الله وإيانا بروح منه... أن لب العلوم الشريفة معرفة الإنسان نفسه لأنه قبيح بكل عالم يتعاطى الحكمة أن يدعي معرفة الأشياء وهو لا يعرف نفسه ويجهل حقيقة ذاته ثم اعلم أن الإنسان لا يمكنه أن يعرف نفسه على الحقيقة إلا أن ينظر ويبحث ذلك من ثلاث جهات: أحدهما: الجسد مجرد من النفس. الثاني: النفس مجردة عن الجسد، والثالث: الجملة المجموعة من النفس والجسد.

أكد الباحث للمجموعة التجريبية على أنه المرأة التي سيروا أنفسهم من خلاله بطريقة أوضح وبدرجة أفضل مما سيساعدتهم على فهم أنفسهم ومعرفة ذواتهم وقدراتهم واستعداداتهم وفهم انفعالاتهم ومعرفة الإيجابيات والسلبيات ونواحي القوة والضعف. وتحدث الباحث عن بعض الضغوطات النفسية التي يشعر بها الآباء والأخوة والتي لا ترجع أسبابها لابنهم المريض نفسياً بقدر ما يكون السبب فيها الأفكار الخاطئة عن مفهوم المرض النفسي، كما أن هذه الأفكار الغير صحيحة يمكن تعديلها إذا كانت هناك رغبة أكيدة منهم في التغيير ومحاولة مساعدة أنفسهم على حل مشاكلهم. وقد طرح الباحث عدة أسئلة وطلب من المجموعة التجريبية الإجابة عليها مثل:

1- ما هي تفاصيل آخر موقف ضاغط مررت به.

2- اشرح بالتفصيل طبيعة المشاعر والأحاسيس التي شعرت بها أثناء حدوث الموقف؟

3- ما هي الحلول التي تراها مناسبة لحل هذه المشكلة؟

وقد ناقش الباحث المشكلة والأسباب والحلول مع أفراد المجموعة التجريبية وانتقاء أفضلها.

الجلسة الحادية عشرة:

عنوان الجلسة: المساندة الاجتماعية.

الهدف العام: تبصير المجموعة التجريبية بأهمية المساندة الاجتماعية.

محتوى الجلسة: تحدث الباحث عن المساندة الاجتماعية كمصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن

شدة الأحداث الضاغطة، وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية. وتمثل المساندة الاجتماعية تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها لا يمكن أن تسانده عندما يحتاج إليها. وقد أظهرت كثير من الدراسات السابقة إلى أن بعض الأسر التي لديها مريض نفسي تميل إلى عزل نفسها عن المجتمع وتتجنب الاختلاط بالأقارب والأصدقاء والجيران ويرجع ذلك إلى الشعور العميق بالخجل أو إلى محاولتها تجنب بعض المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب لها الضيق والتوتر.

وأكد الباحث على أن كل فرد يحتاج إلى المساعدة والعون من الآخرين وأن الأسر التي لديها أبناء عاديين تحتاج إلى المساعدة والعون في بعض مواقف الحياة ومن ثم تكون الأسر التي لديها مريضاً نفسياً في حاجة أشد إلى المساندة الاجتماعية، وقد أشار الباحث إلى بعض أنماط المساعدة الاجتماعية التي قد تستعين بها الأسرة مثل:

1- مساندة الأهل والأصدقاء والجيران وزملاء العمل.

2- مساندة من خلال بعض المؤسسات الأهلية التي تُعنى بالتوجيه والإرشاد الأسري.

وقد أكد الباحث على أهمية دور الأسرة في البحث عن المساعدة والعون من الآخرين فهم في حاجة لمن يشاركونهم في أحاسيسهم ومشاعرهم ويخفف عنهم آلامهم، ولا شك أن هذه المساندة الاجتماعية ستقلل من شعورهم بوصمة المرض النفسي التي يعانون منها.

وقام الباحث بطرح عدة أسئلة وقامت المجموعة التجريبية بالإجابة عليها ومنها:

1- ما هي المواقف الضاغطة التي مررت بها وزادت من شعورك بالخجل؟

2- هل قمت بطلب مساعدة من شخص ما لمساعدتك؟ إذا كانت الإجابة نعم فهل قلل ذلك من نسبة التوتر والحرج لديك؟ وإن كنت لم تستعن بأحد لمساعدتك فلماذا لم تطلب المساعدة؟ وقد ناقش الباحث إجاباتهم مع المجموعة التجريبية وعملوا جميعاً على وضع الحلول المناسبة لمشاكلهم.

الجلسة الثانية عشرة:

عنوان الجلسة: المساندة الدينية.

الهدف العام: الدين وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام النفسي.

محتوى الجلسة: إن الله عز وجل قد خلق الإنسان والله يعلم من خلق. قال تعالى: " {أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ} الملك 14 " وقال تعالى: " {الَّذِي خَلَقْتَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ * وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ * وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ } . (الشعراء: 77 - 80) والله يعرف كيف يصير الإنسان سوياً و وضع لذلك القوانين السماوية، وهو يعرف أسباب فساد الإنسان وانحراف سلوكه وهو الذي يعرف طرق وقاينته وصيانتته، وهو بقدرته وحكمته يدرك الحاجات

النفسية للإنسان ويدبر لها الإشباع عن طريق الحلال. وقد تحدث بقدرته الباحث عن أهمية الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره وحلوه ومره، والرضا بالقضاء له نتائج سارة وثمرات طيبة ومنها:

- أنه كان يكسب صاحبه قوة الشكيمة، ومضاء العزيمة، إذ من اطمأنت نفسه إلى أن ما أصابه لم يكن ليخطئه، وأن ما أخطأه لم يكن ليصيبه، خلت جميع أعماله من الحيرة والتردد. وانتقى من حياته القلق والاضطراب فلا يحزن على ماضٍ، ولا يغتم لحاضر، ولا يؤلمه هم المستقبل وبذلك يكون أسعد الناس حالاً وأطيبهم نفساً وأصلحهم بالاً وأهدأهم خاطراً.

- يستسلم المؤمن لقدر الله بأن الآجال مكتوبة والأرزاق مقسومة، والسعادة والشقاوة مكتوبتان على الناس قبل خلقهم.

وتحدث الباحث عن الابتلاء قائلاً: إن الذي يقرأ القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة ويتدبر نصوصهما، ويدرس أحوال الناس في مراحل حياتهم المختلفة، والجماعات الإنسانية، والمجتمعات البشرية في الحقب الزمنية المختلفة، يستقر على قرار وهو أن الله خلق كل الناس ليبتلهم. قال تعالى: " {إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا } . (الإنسان : 2).

إن المؤمن لا يتوقف الابتلاء عنه، بل يتعرض إلى ابتلاءات وفتن كثيرة، ومحن عديدة وأنه سيسأل عن كل لحظة من لحظات عمره فيما أفناها، وعن كل كلمة قالها وعن كل عمل عمله، وسيجزى الخير خيراً وعلى الشر شراً. قال تعالى: " {فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ * وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ } ، (الزلزلة: 7-8). ولقد قرر الله تبارك وتعالى هذا الابتلاء لكل من ينسب نفسه للإيمان. قال تعالى: "لتبلون في أموالكم وأنفسكم". وقد يبئلي الله سبحانه وتعالى العبد المؤمن لفقد عزيز عليه كأبيه أو أمه أو ولده ليرى مدى صبره ورضاه بقضاء الله وقدره. وقد يبئلي المؤمن بفقدان جزء من جسمه كذهاب بصره أو سمعه أو رجله أو يده فيصبر على ذلك. وقد يبئلي الله العبد المؤمن بمرض عضال أو بذهاب أمواله وكساد تجارته فيصبح فقيراً يستحق الصدقة، وقد يبئلي المؤمن بشيء لا تقبله النفس كمفارقة الأهل والوطن ولكن ماذا أعد الله للذين صبروا على ابتلاءاتهم؟ وللإجابة على ذلك لا بد من الحديث عن الصبر.

الصبر: هو حبس النفس عن الجزع، واللسان عن الشكوى والجوارح عن لطم الخدود وشق الثياب ونحوهما. وهو قوة من قوى النفس التي بها صلاح شأنها وقوام أمرها. وقيل "هو المقام على البلاء بحسن الصحة كالمقام على العافية". ومعنى هذا أن الله على العبد عبودية في عافيته وبلائه. لذلك عليه أن يحسن صحبة العافية بالشكر، وصحبة البلاء بالصبر. والصبر مفتاح الفرج. والصبر وتفويض الأمر إلى الله فضيلة خلقية ونفحة روحية يعتصم بها الإنسان

فيهدأ ويسكن قلبه ويطمئن. والصبر يبعد الشيطان ويرضي الرب ويسر الصديق ويسوء العدو، والصبر عون نفسي هائل من الانهيار أمام الشدائد والمصائب. ومن الصبر المثابرة على العبادة، ومنه الشجاعة على المكاره ومنه كتمان الأسرار ومنه تحمل أذى الناس. قال الله تعالى: { يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ } (البقرة : 153). وقال جل وعلا: { وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ } (البقرة : 156-157) وقال تعالى: { وَلَئِن صَبَرْتُمْ لَهُوَ خَيْرٌ لِلصَّابِرِينَ } (النحل : 126) وقال جل وعلا: "وليجزيين ولنجزين الذين صبروا أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون" { (النحل:96) ومن الأمور التي تقدر في الصبر وتنافيه:

- **الشكوى إلى المخلوق:** فإذا شكى العبد ربه إلى مخلوق مثله فقد شكى من يحمه ويلطف به ويعافيه ويبيده ضره ونفعه إلى من لا يرحمه وليس بيده نفعه ولا ضره. وهذا من عدم المعرفة وضعف الإيمان. وقد رأى بعض السلف رجلاً يشكو إلى آخر فاقه وضرورة فقال: "يا هذا، تشكو من يرحمك إلى من لا يرحمك؟ ثم أنشد :

وإذا عرثك بليّة فاصبر لها صبر الكريم فإنه بك أعلم

وإذا شكوت إلى ابن آدم إنما تشكو الرحيم إلى الذي لا يرحم

ولا ينافي الصبر الشكوى إلى الله، فقد شكى يعقوب عليه السلام إلى ربه مع أنه وعد بالصبر فقال: { إِنَّمَا أَشْكُو بَثِّي وَحُزْنِي إِلَى اللَّهِ } (يوسف: 86).

2- ومما يقدر في الصبر إظهار المصيبة والتحدث بها. وقد قيل: من البر كتمان المصائب والأمراض والصدقة. وقيل أيضاً: كتمان المصائب رأس الصبر.

3- ومما ينافي الصبر الهلع، وهو الجزع عند ورود المصيبة، والمنع عند ورود النعمة، قال تعالى: { إِنَّ الْبَإْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا * إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا * وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا }. (المعارج: 19 - 21).

قال عبيد بن عمير: ليس الجزع أن تدمع العين ويحزن القلب، ولكن الجزع القول السيئ والظن السيئ. وقال بعضهم: مات ابن لي نفيس، فقلت لأمه: اتقي الله واحتسبيه عند الله، واصبري. فقالت: مصيبتني به أعظم من أن أفسدها بالجزع.

وتحدث الباحث عن التوكل على الله: فالتوكل على الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره زاد روي مطمئن ومسكن يمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. قال الله تعالى: " { وَعَلَى اللَّهِ فَتَوَكَّلُوا إِن كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ } ". (المائدة: 23) وقال تعالى: " { وَإِلَيْهِ يُرْجَعُ الْأَمْرُ كُلُّهُ فَاعْبُدْهُ وَتَوَكَّلْ عَلَيْهِ وَمَا رَبُّكَ بِغَافِلٍ عَمَّا

تَعْمَلُونَ { (هود: 123). وقال عز وجل: { وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ } ".
(الطلاق : 3)

وتحدث الباحث عن الدعاء: الدعاء هو سؤال الله القريب المجيب والاستعانة به والتضرع إليه والالتجاء في كشف الضر عند الشدائد. قال تعالى: { إِنْ يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ }. (يونس: 107) وقال رسول الله ﷺ: "إِذَا سَأَلْتَ فَسَأَلَ اللَّهُ، وَإِذَا اسْتَعَنْتَ فَاسْتَعَنَ بِاللَّهِ".

رواه البخاري. وفي الدعاء سمو روعي يقوي الفرد بالإيمان وهو علاج أكيد للنفس التي أشرقت على الهلاك حين يطلب الإنسان العون من القوي فيشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف ويتخلص مما هو فيه من الهم والتوتر والضيق والقلق.

وتحدث الباحث عن ابتغاء رحمة الله: وفي ذلك قوة روحية تؤدي إلى التفاؤل والأمل وتدخل إلى النفس المعذبة المتشائمة العزاء وتخلصه من الآلام والمتاعب. وبالإيمان والأمل يعالج الفرد ما يعتريه من مشكلات متذرعاً بالحكمة والصبر مترقباً رحمة الله وانفراج الأزمة. قال تعالى " ورحمتي وسعت كل شيء. وقال تعالى: { إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ } (الأعراف: 56) ناقش الباحث بعض المصائب التي وقعت لكثير من الناس الذين تعرفهم المجموعة التجريبية خلال انتفاضة الأقصى وقارن بين ما وقع لكثير منهم من عمليات تشريد وهدم منازل واستشهاد أبنائها وبين إحساس المجموعة التجريبية بالشعور بالوصمة كون لديها مريضاً نفسياً مما خفف عنهم الشعور بالخل العميق وحمدوا الله على ما هم عليه.

الجلسة الثالثة عشرة:

عنوان الجلسة: عرض وتلخيص وتقييم.

الهدف العام: التأكد من فهم المجموعة التجريبية كل ما جاء في الجلسات السابقة.

محتوى الجلسة: بدأ الباحث باستعراض المواقف الضاغطة التي تم الحديث عنها في الجلسات السابقة وذلك باستعراض كل موقف على حدة ثم توجيه الأسئلة للمجموعة التجريبية حول مواقف معينة مثل:

الموقف الأول:

زارك في البيت بعض أصدقاءك في العمل ثم حضر فجأة ابنك المريض نفسياً فحاول بعض الأصدقاء مضايقة ابنك مما جعله يتصرف تصرفات مؤلمة.

س1: ما هو التفكير المصاحب لهذا الموقف؟

س2: ما هي الأحاسيس والمشاعر المصاحبة لهذا الموقف؟

س3: ماذا ينبغي عليك أن تعمل؟

س4: كيف تتصرف بطريقة سليمة دون توتر؟

الموقف الثاني:

خرجت إلى السوق لكي تشتري للمريض النفسي بعض الملابس ووجدت مضايقات من بعض الناس في محل الملابس.

س1: ما هو التفكير المصاحب لهذا الموقف؟

س2: ما هي الأحاسيس والمشاعر المصاحبة لهذا الموقف؟

س3: ماذا ينبغي عليك أن تعمل؟

س4: كيف تتصرف بطريقة سليمة بدون توتر؟

الموقف الثالث:

ذهبت لزيارة أحد الأصدقاء ومعك أخوك المريض نفسياً ووجدت هذا الصديق لم يرحب بأخيك المريض نفسياً.

س1: ما هو التفكير المصاحب لهذا الموقف؟

س2: ما هي الأحاسيس والمشاعر المصاحبة لهذا الموقف؟

س3: ما هو السلوك المصاحب لهذا الموقف؟

س4: كيف تتصرف بطريقة سليمة بدون توتر؟

اختتمت الجلسة بحفل ترفيهي للمشاركين في البرنامج الإرشادي وأبنائهم المرضى النفسيين حيث يتم التعرف على بعض السلوكيات التي يتم التعامل بها بين الوالدين والأخوة والمريض نفسياً في الجلية الختامية للبرنامج الإرشادي.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات المرضى النفسيين وعائلاتهم نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة

ثانياً: الدراسات التي تناولت اتجاهات الجمهور العام نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة والعلاج النفسي

ثالثاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات العاملين في مجال الصحة النفسية نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة والعلاج النفسي

الدراسات السابقة

بعد اطلاع الباحث على البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بالمرض النفسي وجد الباحث أن هناك دراسات عربية وأجنبية منها القديمة والحديثة عنيت بدراسة اتجاهات وآراء المرضى وعائلاتهم نحو الشعور بالوصمة. وهناك دراسات أخرى بحثت في آراء الجمهور العام وآراء العاملين في مجال الصحة النفسية نحو وصمة المرض النفسي. وقد قسمت إلى:

أولاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات المرضى النفسيين وعائلاتهم نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة.

ثانياً: الدراسات التي تناولت اتجاهات الجمهور العام نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة والعلاج النفسي.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات العاملين في مجال الصحة النفسية نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة والعلاج النفسي.

أولاً: الدراسات التي تناولت اتجاهات المرضى النفسيين وعائلاتهم نحو المرض النفسي والشعور بالوصمة.

1- دراسة (Freeman et al, 1965):

عنوان الدراسة: "آراء واتجاهات المرضى النفسيين الذين مكثوا في المستشفى النفسي لمدة طويلة وعلاقتها بالعالم الاجتماعي والعيادي".

أهداف الدراسة: التعرف على اتجاهات المرضى النفسيين ذو الإقامة الطويلة في المستشفى، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (58) مريضاً فصامياً: (35) رجلاً و(23) من النساء. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

تبين أن الاتجاهات السلبية لدى المرضى نحو المستشفى تتزايد مع فترة الإقامة. كما أن هناك علاقة قوية بين درجة المرض أو شدته والاتجاهات نحو ترك المستشفى، فكلما كان المريض في حالة سيئة ظهرت لديه اتجاهات سلبية نحو المستشفى وأصبح راغباً في الخروج منها.

2- دراسة (Morrison, 1976):

عنوان الدراسة: "تغيير الاتجاهات الطبية لدى المرضى".

هدفت دراسة موريسون إلى الإجابة على التساؤل التالي: هل من الممكن تغيير الاتجاهات من النموذج الطبي التقليدي لدى المرضى النفسيين إلى النموذج الطبي الحديث باستخدام منحى مباشر متطابق مع منحى اجتماعي؟

أجريت هذه الدراسة في المملكة المتحدة على عينتين إحداهما تجريبية (13 مريضاً) الذين يراجعون العيادة الخارجية والذين تلقوا سلسلة من حلقات بحث بعنوان "تبيد الأساطيل". وبلغ

عدد المجموعة الضابطة (13 مريضاً) والذين لم يحضروا للمناقشة أو للمحاضرة. وتم تطبيق مقياس لتحديد مدى التغيير الذي حدث بعد نهاية تقديم الحلقات وبعد متابعة دامت ثلاثة أشهر وكان من أهم نتائج هذه الدراسة هو أن المرضى في العينة التجريبية والذين حضروا الحلقات والمناقشات كانت إجاباتهم ثابتة وأساسية في الإيمان بأهمية العوامل الاجتماعية على المريض النفسي وأهمية الأسرة والمجتمع في مساعدة المريض النفسي. وهذا يدل على أن تغيير اتجاهات المريض نحو المرض النفسي يساعده بشكل كبير على أن يحيا حياة كريمة خالية من الضغوط النفسية والشعور بالخزي العميق.

3- دراسة (Yannicelli et al, 1980):

عنوان الدراسة: "اتجاهات العائلة نحو المرض النفسي".

هدفت هذه الدراسة إلى:

- 1- معرفة العلاقة بين اتجاهات أسر المرضى النفسيين والنتائج النهائي للعلاج.
 - 2- ما هي التغيرات التي تطرأ على هذه الاتجاهات مع مرور الوقت؟
- أجريت هذه الدراسة على عينة من أسر المرضى الفصاميين، بلغ عددها (93) فرداً. وتم اختيار شخص واحد بالنسبة لكل مريض من أقرب الناس إليه وتراوحت أعمارهم ما بين (16، 72) سنة بمتوسط 32,9 سنة. واستخدمت الأدوات الآتية في هذه الدراسة:
- مقياس الآراء نحو المرض النفسي الذي أعده كوهن وستروننج Cohen & Struening.
 - اختبار لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي والتغيرات التي تطرأ عليها بمرور الوقت.
 - قائمة لقياس الأعراض السيكياترية لدى المريض.
- وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- تبين أن اتجاهات أسر وأقارب المرضى لا تتغير بمرور الوقت، ولا يمكن العلاج الذي تقدم فيه الخدمة.
 - هناك علاقة بين المركز الاقتصادي الاجتماعي واتجاهات أسر المرضى، حيث تتأثر هذه الاتجاهات بالخلفية الثقافية والاجتماعية أكثر من تأثرها بالظروف الموقفية التي تحدث في وقت معين.

4- دراسة (Sherbini et al, 1980):

عنوان الدراسة: "آراء أسر المرضى النفسيين واتجاهات نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على آراء أسر المرضى النفسيين ومعرفتهم بهؤلاء المرضى واتجاهاتهم نحوهم.:

أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (120) فرداً من أسر مرضى نفسيين تم إدخالهم المستشفى لأول مرة. وقد استخدم الشربيني اختباراً أعد لهذا الغرض من الدراسة... وتوصل إلى النتائج التالية:

- الصورة المأخوذة عن المرضى النفسيين أنهم كانوا أكثر الأفراد خطورة في المجتمع. ويرجع هذا إلى ارتباط المرض النفسي بالعنف والإثارة والتهيج والسلوك الشاذ الغريب. كما أرجع الباحثون ذلك إلى تأثير وسائل الإعلام التي تصف المرضى النفسيين بالعنف والخطورة والشذوذ.

- تقبل الأسرة إقامة المريض في المستشفى عندما تجد أن سلوكه أصبح لا يطاق ولا يمكن تحمله. كما ترفض بعض الأسر التعامل مع المرضى النفسيين بمجرد الإصابة بالمرض ودخول المريض المستشفى، حيث ترفض زوجات المرضى النفسيين أزواجهن، ويبررن هذا بأن هناك صعوبة في إقامة تفاعل معهم.

- تستجيب الأسر بطريقة مختلفة في وصف أسباب المرض النفسي في عموميته من ناحية، وفي علاقاتهم بمرضاهم من ناحية أخرى. فهم يميلون إلى إنكار وجود مرض ذهاني في مرضاهم باعتباره يمثل وصمة عار Stigma في تاريخ الأسرة الاجتماعي.

5- دراسة (خليفة، 1987):

عنوان الدراسة: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي".

أهداف الدراسة: الكشف عن معتقدات واتجاهات عائلات وأقارب ذوي المرض النفسي ومقارنتها باتجاهات وآراء الجمهور العام نحو هؤلاء المرضى، وقد تكونت عينة الدراسة من (200) فرداً، (100) من الأقارب، و(100) من الجمهور العام.

استخدم الباحث مقياسين، وكل مقياس يتكون من 12 بنداً يقيس كلاً من المعتقدات والاتجاهات كل على حدة. وقد توصل خليفة إلى النتائج التالية:

- وجود معتقدات واتجاهات سلبية لدى أقارب المرضى النفسيين.

- وجود معتقدات واتجاهات سلبية لمن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى من الجمهور العام.

- أظهرت الدراسة أن المتعلمين أكثر تسامحاً ورغبة في التوجه للعلاج، بينما الأميين أقل تسامحاً.

- عكست الاتجاهات ما يوجد لدى الأفراد المفحوصين من تصورات خاطئة وغير دقيقة حول طبيعة المرض النفسي وأعراضه وأسبابه وطرق علاجه.

6- دراسة (Fred et al, 1990):

عنوان الدراسة: "وصمة الأمراض النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة شعور الناس بوصمة المرض النفسي في عدد من الولايات. وقام الباحث بدراسة مسحية بلغ حجم العينة فيها (1300) شخصاً تزيد أعمارهم فوق (21) عاماً من الجمهور العام، مستخدماً المقابلة والمهاتفة عبر الهاتف من 1989/12/1 إلى 1989/12/11.

وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

- سبعة من كل 10 أمريكيين يؤمنون أن الأمراض النفسية ازدادت في العشرين سنة الأخيرة.
- 65% منهم يعتقدون أن وصمة العار من الأمراض النفسية عالية جداً.
- 43% يعتقدون أن الإصابة بالمرض النفسي لا تختلف عن الإصابة بمرض آخر.
- واحد من كل ثلاثة ممن تم سؤالهم أجابوا بأنهم تلقوا هم أو أحد أقاربهم من العائلة نوع من الخدمة من معالجين في مجال الصحة النفسية.
- 25% أفادوا أنهم يعرفون الكثير من الأمراض النفسية ولكن معلوماتهم عن المشاكل الصحية كأمراض القلب والسرطان أكثر.

7- دراسة (Androw & Semis , 1992):

عنوان الدراسة: "وصمة الاكتئاب النفسي".

أهداف الدراسة: قياس مدى شعور الإنسان بالوصمة نتيجة لإصابته هو أو أحد أفراد أسرته بالاكتئاب النفسي.

عينة الدراسة: تم فحص (2009) أشخاص في عام 1991 من عمر 15 فما فوق من خلال مقابلات مفتوحة في بريطانيا.

نتائج الدراسة:

- وصمة المرض النفسي وجدت لدى أكثر من نصف الذين تمت مقابلتهم حيث إنهم أجابوا بمرورهم بتجربة الاكتئاب سواء عبر خبرة ذاتية أو عبر الاتصال بقريب.
- 13% أجابوا أن أي إنسان يمكن أن يصاب بالاكتئاب نتيجة لمصيبة تقع في الأسرة كموت أحد أفرادها أو طلاق أو بظالة.

- 60% أجابوا أنهم يتوجهون إلى الطبيب العام إذا أصيبوا بالاكتئاب و57% منهم أجابوا أن الطبيب العام يصف أدوية فقط.

- 73% اعتبروا أن الاكتئاب مرض طبي مثله مثل أي مرض آخر.

- أكد الباحثان أن مناقشة الوصمة مع المريض النفسي مهم لتخفيف وصمة المرض النفسي حيث أنه سيفقد من خلال المناقشة الشخصية الانفعالية.

8- دراسة (Huxley, 1993):

عنوان الدراسة: "المركز والوصمة".

أهداف الدراسة: معرفة أسباب المرض النفسي من وجهة نظر الناس ومعرفة اتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين والخدمات التي تقدم لهم.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة قوامها (154) طبيباً من العاملين في مجال الطب النفسي في مدينة North town في المملكة المتحدة حيث تم توجيه سؤال إلى هؤلاء الأطباء حول التسهيلات في مجال الصحة النفسية وعن اتجاهاتهم نحو الأمراض النفسية.

أداة الدراسة: تم استخدام مقياس (Mori 1979) والذي يقيس الاتجاهات نحو مجال الصحة النفسية وعن اتجاهاتهم نحو الأمراض النفسية.

نتائج الدراسة:

- وجود انفتاح في التعامل مع المرضى النفسيين ولكن لا زالت الوصمة موجودة والنظرة السلبية اتجاه المرض النفسي قوية.

- قلة معرفة الأطباء النفسيين حول التسهيلات في مجال الصحة النفسية.

9- دراسة (سايا، 1996):

عنوان الدراسة: "المعتقدات نحو المرض النفسي".

أهداف الدراسة: التعرف على معتقدات من لهم علاقة مباشرة بالمرضى من أسرهم وأقربائهم وبين معتقدات من ليس لهم علاقة مباشرة بالمرضى من الجمهور العام، وتكونت عينة الدراسة من (100) فرد من المصريين وموزعة كالتالي: (50) من زوار المرضى النفسيين من كلا الجنسين (30) من إناث، و(20) ذكور، وعينة من الجمهور العام بلغت (50) من كلا الجنسين (30) إناث، (20) ذكور.

نتائج الدراسة:

- هناك فرق دال إحصائياً بين معتقدات أسر المرضى ومعتقدات الأسر من الجمهور العام في اتجاه أسر الجمهور العام.
- هناك فرق بين معتقدات المتعلمين وغير المتعلمين في اتجاه المتعلمين.
- لا يوجد فرق بين معتقدات كل من الذكور والإناث ولا يوجد ارتباط جوهري بين العمر والمعتقدات.

10- دراسة (زقوت، 2001):

عنوان الدراسة: "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات".

أهداف الدراسة: الكشف عن الفرق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي بين كل من المترددين على المعالجين النفسيين والمترددين على المعالجين بالقرآن في قطاع غزة ومعرفة ما إذا كان الاتجاه نحو المرض النفسي يتأثر بمستوى التعليم والعمر الزمني وعامل الجنسي والدخل. وقام الباحث زقوت ببناء أداة لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي، وقد تم التحقق من صدق وثبات الأداة عن طريق المحكمين والتجزئة النصفية. وقد تم تطبيق المقياس على (200) شخص. (مئة من المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية ومئة شخص من المترددين على أربعة من المعالجين التقليديين).

وأظهرت الدراسة النتائج الآتية:

- المترددين على المعالجين النفسيين لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من المترددين على المعالجين التقليديين.
- المترددين على المعالجين التقليديين لديهم اتجاهات تقليدية وشعور بالوصمة أكبر من المترددين على المعالجين النفسيين.
- أظهر الذكور شعوراً بالوصمة أكبر من الإناث.
- تبين أن ذوي الدخل الممتاز والجيد لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني، وفي نفس الوقت لديهم شعور بالوصمة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني.

ثانياً: الدراسات التي تناولت اتجاهات الجمهور العام نحو المرض النفسي والعلاج النفسي:

1- دراسة (Nunnally et al, 1961):

عنوان الدراسة: "التصورات الشائعة عن الصحة النفسية".

أهداف الدراسة:

- الكشف عن الأفكار والتصورات العامة *popular conceptions* والمعتقدات الشائعة عن المرض النفسي.

- التعرف على الاتجاهات العامة نحو المرض النفسي، وعلاقتها بهذه التصورات.
أداة الدراسة: تم بناء استخباراً مكوناً من (240) بنداً تدور عباراته حول أسباب المرض وأعراضه وطرق علاجه والآثار الاجتماعية للاضطرابات النفسية. وأجريت الدراسة على عينة من الجمهور تكونت من (700) فرداً 47,8% من الذكور، و 52,2% من الإناث، بمدى عمري يتراوح بين 19، 99 سنة، ومن سنوات تعليم تتراوح بين 2- 19 سنة، وأكد الباحث أهمية مراعاة ضبط هذه المتغيرات في دراسة الآراء والمعتقدات نحو المرض النفسي. وتم إجراء التحليل العاملي لاستخراج العوامل الأساسية التي تدور حولها هذه الآراء والتصورات حيال المرض النفسي والمرضى النفسيين.

دللت النتائج التي قامت على التحليلات العاملية استخلاص عشرة عوامل رئيسية هي:

- اختلاف و غرابة تصرفات المرضى النفسيين: **Look and act different**

فقد تم النظر إلى المرضى النفسيين على أنهم مختلفون في تصرفاتهم وسلوكهم ومظهرهم عن الأسوياء ومنخفضي الذكاء.

- قوة الإرادة: **well power** مفقودة لدى المرضى النفسيين ويفشل الأطباء غالباً في تنمية هذه الإرادة لدى المرضى.

- التمييز بين الجنسين: **sex distinction** حيث النظر إلى النساء على أنهن أميل إلى التعرض للإصابة بالاضطراب النفسي والانهيار العصبي *Nervous Breakdown* من الرجال.

- تحاشي الأفكار المرضية: **Avoidance of Morbid Thoughts** حيث يمكن الوقاية من المرض النفسي بخلق مناخ مناسب وعدم مناقشة ما يثير من مشاكل المرضى.

- الإرشاد والتوجيه: **Guidance and Support** ويتضمن ذلك أن يوضح الطبيب النفسي للمريض منشأ متاعبه وأسباب مرضه وأن يصحح أفكاره الخاطئة.

- فقدان الأمل: **Hopelessness** حيث إن هناك أمل ضعيف جداً في الشفاء من المرض النفسي وأن القليل من المرضى يمكنهم الرجوع إلى العمل في المجتمع، ولا يستطيع الأطباء التنبؤ بشفاء هؤلاء المرضى.

- البيئة الخارجية مقابل ديناميات الشخصية أو البيئة الداخلية:

Immediate External Environment Versus Personality Dynamics

وهو عامل ذو قطبين، يدور الأول حول البيئة الخارجية بينما يهتم الثاني بالبيئة الشخصية. فهناك من يرجع المرض النفسي إلى الضغوط في بيئة المريض مقابل من يُرجع المرض إلى التاريخ الشخصي للمريض خاصة طفولته وما يتعرض له من مشاكل.

- **عدم الخطورة: Non Seriousness** حيث النظر إلى المرض النفسي على أنه لا يسبب خطورة بالنسبة للشخص المريض نفسه. ولكن خطورته تتمثل فيا يسببه من مشاكل ومتاعب بالنسبة للآخرين المحيطين به.

- **دلالة الفعل أو وظيفته: Act Function** حيث تتزايد المشاكل الانتقالية نتيجة لتزايد الاضطرابات الجسمية كما أن الأشخاص الكبار في السن أميل إلى التعرض للإصابة بالمرض النفسي من صغار السن.

- **الأسباب العضوية: Organic Causes** ويتضمن هذا العامل إرجاع الاضطرابات النفسية إلى العوامل العضوية مثل أمراض الجهاز العصبي وإصابات الدماغ Brain Damage. وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

- أن معلومات وأفكار الجمهور عن المرض النفسي غير مترابطة، فارتباطات بين البنود كانت منخفضة والعوامل كانت غير قوية إحصائياً والمعلومات لم تكن مكتملة في إطار جمعها أو أنها غير مبلورة لدى الجمهور بالقدر الكافي.

- أظهرت الدراسة أن هناك فرقاً بين النقص في المعلومات أو الافتقار إليها Lack of Information وبين الخطأ أو التشويش في المعلومات. ففقدان المعلومات يعني عدم وجودها على الإطلاق ولكن الخطأ أو التشويش في المعلومات يعني أن هناك معلومات ولكنها غير صحيحة. وفيما يتعلق بمعلومات الجمهور عن المرض النفسي فيوجد الجانبان، فهناك نقص أو افتقار لدى الجمهور للعديد من الجوانب المتعلقة بالمرض النفسي، كما أن هناك أيضاً أخطاء في المعلومات المتاحة لدى هذا الجمهور.

- أظهرت الدراسة وجود علاقة أو ارتباط بين صحة المعلومات والمتغيرات الديموجرافية مثل مستوى التعليم والجنس والسن، فكلما زادت سنوات التعليم كانت المعلومات صحيحة.

- أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين الذكور والإناث والتصورات الشائعة حول المرض النفسي والمرضى النفسيين.

2- دراسة (Freeman, 1961):

عنوان الدراسة: "اتجاهات أقارب المرضى النفسيين نحو المرض النفسي ونحو مرضاهم".
أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات الأسر نحو مرضاهم النفسيين ذوي الإقامة الطويلة في المستشفى.

نتائج الدراسة: وجد فريمان أن معرفة الأسر لطبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه من العوامل التي تؤثر في عودة الشفاء إلى المرضى.

وقد أوضح فريمان مدى تأثير الأسرة واتجاهاتها على مرضاها النفسيين، من حيث كونها تؤمن بفكرة العلاج أولاً تؤمن، وكونها تعطي أملاً في الشفاء أم هي متشائمة من نتائج العلاج.

3- دراسة (Bentz et al, 1971):

عنوان الدراسة: اتجاهات المعلمين والجمهور العام نحو المرض النفسي.

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على التصورات العامة نحو المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه والتصورات الشائعة عن مستشفيات الأمراض النفسية. كما اهتم الباحثون أيضاً في هذه الدراسة بالمقارنة بين اتجاهات المدرسين والجمهور العام لإلقاء الضوء على أهمية متغير التعليم في هذا المجال.

أجريت هذه الدراسة على عينة من المدرسين قوامها (360) مدرساً وعينة من الجمهور العام قوامها (1405) من غير المتعلمين ويعملون ببعض الأعمال والمهن الحرفية في جامعة شمال كارولينا بهدف إيجاد طرق جديدة لمواجهة حاجات ومتطلبات الصحة النفسية في المناطق الريفية وتطوير الاهتمام بالصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية.

أداة الدراسة: تم تكوين اختباراً من (157) بنداً تدور حول الجوانب التالية:

1- البيانات الديموجرافية كالجنس والسن ومستوى التعليم.

2- الاتجاهات العامة نحو طبيعة المرض النفسي وعلاجه ومستشفيات الأمراض النفسية.

نتائج الدراسة:

- أظهرت الدراسة أن كلاً من المدرسين والجمهور ينظرون إلى المرض النفسي على أنه من أكثر المشاكل الصحية النفسية خطورة في المجتمع وأن هناك افتقاراً بشكل واضح إلى الكثير من المعلومات عن أسباب المرض النفسي بين الجمهور العام مقارنة بالمدرسين. وقد أرجع الباحثون القائمون بالدراسة هذا إلى أن هناك نوعاً من التخلف الثقافي Cultural lag في تصور الجمهور لطبيعة المرض وأسبابه.

- أظهرت الدراسة اتجاهات سلبية لدى كل من الجمهور العام والمدرسين نحو مستشفيات الأمراض النفسية فهم يرون أنها بمثابة سجن للمرضى وحماية المجتمع من المرضى النفسيين، فقد أظهر 70% من عينة الجمهور أن المجتمع في حاجة إلى مستشفيات الأمراض النفسية لحماية المجتمع من المرضى النفسيين.

- أظهرت الدراسة كذلك أن هناك اتجاهات سلبية لدى الجمهور والمدرسين بشكل هام نحو طرق العلاج المستخدمة في علاج هؤلاء المرضى. ويؤيد 93% من المدرسين مقابل 80% من الجمهور يرون أنه لا يحدث تحسن نتيجة للعلاج في هذه المستشفيات.

- أظهرت الدراسة أن هناك غياباً أو افتقاراً لعدد كبير من المعلومات عن المرض النفسي، كما أن هناك أفكاراً نمطية جامدة Stereo types Ideas لكل من المدرسين والجمهور ينظرون سواء لدى الجمهور العام أو المدرسين.

4- دراسة (Younis, 1978):

عنوان الدراسة: "اتجاهات الريفيين وساكني المدن نحو المرض النفسي في السودان".

أهداف الدراسة: التعرف على معتقدات واتجاهات المجتمعين الريفي والحضري في السودان نحو المرض النفسي.

وأجريت الدراسة على (100) من المدينة و(100) من الريف. وقد استخدم الباحث اختباراً خاصاً بالكشف عن اعتقادات واتجاهات الناس حول المرض النفسي والمرضى النفسيين.

نتائج الدراسة:

- 76% من أفراد العينة البالغة (200) أشاروا أن الفصام هو أخطر الأمراض النفسية.

- 50% من أفراد العينة أفادوا أن العلاج الطبي النفسي هو أفضل وسيلة لعلاج مرض الفصام.

- ميل المجتمع الريفي إلى العلاج الديني أكثر من المجتمع الحضري.

- رأى أفراد المجتمع الريفي أن مدمني الكحول مرضى نفسيين وكانت النسبة في المجتمع المدني أقل حول هذا الموضوع.

- كان للعوامل الدينية ولمفاهيم الجمهور حول المرض النفسي والعقلي الأثر الكبير في قدرتهم على التحمل لأي سلوك شاذ من المرضى النفسيين.

5- دراسة (Mahony, 1979):

عنوان الدراسة: "اتجاهات وتصورات الجمهور نحو المرضى النفسيين".

أهداف الدراسة: التعرف على اتجاهات الجمهور العام نحو المرض النفسي، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (400) مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين 18 - 32 سنة. وقد اهتم الباحث بدراسة تصورات واتجاهات هؤلاء الأفراد حيال المرضى النفسيين وقسمهم إلى ثلاث فئات معتمداً على الدراسة الاستطلاعية التي أجراها في هذا المجال.

1- فئة العصائيين. 2- فئة الناس (المجانين). 3- فئة المرضى النفسيين.
وقد تم اختيار الـ (400) بطريقة عشوائية، واستخدم الباحث مقياس الأنماط الشائعة لكاتز وبرالي Katz & Braly. حيث يقدم فيه مجموعة من الصفات لكل فئة من هذه الفئات الثلاث، ويقوم المفحوص باختيار من بين هذه الصفات ما يناسب كل فئة.
نتائج الدراسة:

- فيما يتعلق بالأنماط أو التصورات الشائعة Conceptualization حول الأشخاص العصائيين أنهم مزعجون ومنقلبوا المزاج. أما الأشخاص المجانين فإنهم خطرون ومخيفون. أما المرضى النفسيين فيتصورهم الآخرون على أنهم مكتئبون وسلوكهم يتسم بالعنف والخطورة والأمل ضعيف في شفائهم ولا يمكن الثقة بهم أو الاعتماد عليهم.
- تبين أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الفرد وتصوراته عن المرض النفسي.
- تبين أن هناك نوعاً من الغموض والخلط في استخدام مفهوم المرض النفسي لدى الجمهور، وكذلك نوع من الخلط بين المرض النفسي والتأخر العقلي Mental Retardation.
6- دراسة (خليفة، 1984):

عنوان الدراسة: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من طلبة وطالبات الصف الثالث الثانوي بقسميه الأدبي والعلمي".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى استكشاف المعتقدات والاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي من حيث تطبيقه وأسبابه وطرق علاجه والشفاء منه وتأثير المرض النفسي على الأسرة وأيضاً الاتجاهات التي تدور حلو المرضى النفسيين. هل تتسم بالإيجابية أو السلبية أو الخوف والابتعاد عن المرضى النفسيين؟
وقد تكونت عينة الدراسة من (545) طالباً وطالبة للصف الثالث الثانوي العام في مصر. وتكونت المجموعة الأولى من (275) طالباً والمجموعة الثانية من (270) طالبة من القسمين العلمي والأدبي من منطقة مصر القديمة وغرب القاهرة.
نتائج الدراسة:

- تمسك أفراد العينة ببعض المعتقدات أو التصورات الخاطئة حول طبيعة المرض النفسي وطرق علاجه وتأثير المريض على أفراد العينة.
- كثرة مظاهر الاتجاه السلبي نحو المريض النفسي لدى الطالبات مقارنة بالطلاب.
- ارتباط المعتقدات بالاتجاهات ارتباطاً وثيقاً، فالمعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي يرتبط كل منها بالآخر.

7- دراسة (Shurka, 1985):

عنوان الدراسة: "اتجاهات العرب في إسرائيل نحو المرضى النفسيين".

أهداف الدراسة: معرفة اتجاهات عرب إسرائيل نحو المرضى النفسيين. وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (91) مواطناً فلسطينياً من عرب الأرض المحتلة سنة 1948م. نتائج الدراسة:

- تبين أن العرب وبغض النظر عن مستواهم الاجتماعي أقل نبذاً للمرضى النفسيين من غيرهم من السكان ولكنهم رفضوا إقامة علاقة ود ومحبة مع المريض النفسي.
- رفض أفراد العينة فكرة عزل المريض النفسي.
- لوحظ أن المسيحيين كانوا أكثر ايجابية نحو المريض النفسي من المسلمين. ويعزى ذلك الى ان المسيحيين لديهم نظرة ايجابية نحو المرض النفسي ترجع الى مستواهم الثقافي والتعليمي.
- بينت الدراسة أهمية الثقافة والدين ومستوى التعليم على أنها كلها عوامل تؤثر على اتجاهات الناس نحو المريض النفسي.

8- دراسة (شقيير، 1994):

عنوان الدراسة: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية".

أهداف الدراسة: الكشف عن المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية بمدينة تبوك في السعودية وبلغت العينة 272 طالبة. وقد استخدمت الباحثة مقياس مكون من (16) بنداً لقياس الاتجاهات، ومقياس آخر لقياس المعتقدات.

نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح طالبات المرحلة الجامعية فيما يتعلق بالمعتقدات حول طبيعة المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في كل من المعتقدات حول الشفاء من المرض النفسي وتأثير المرض النفسي على أسرة المريض.

9- دراسة (خليفة، 1998):

عنوان الدراسة: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى مقارنة ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي من حيث:

- معتقدات كل منهم حول أسباب المرض النفسي، وطرق علاجه والشفاء منه.
- اتجاهات كل فئة من هاتين الفئتين نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين، وتكونت عينة الدراسة من (274) طالباً بالصف الثالث الثانوي من منطقة القاهرة التعليمية من المدارس الحكومية وبلغت نسبة طلاب قسم الأدبي 51,5% بينما العلمي 48,5% بمتوسط أعمار 17,5 عاماً.

10- دراسة (عثمان، 1998):

عنوان الدراسة: "اتجاهات طلبة جامعة النجاح نحو المرض النفسي".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي والتعرف على أثر متغيرات الجنس، والمعدل التراكمي، والمستوى الدراسي، والكلية ومكان الإقامة الدائم عند الطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي. وأجريت الدراسة على عينة عشوائية مكونة من (500) طالباً وطالبة بواقع تمثيل 10% من مجتمع الدراسة. وقد استخدم الباحث عثمان استبانة مكونة من (44) فقرة موزعة على خمسة أبعاد، بعد العلاج وبعد التقييد الاجتماعي وبعد النظرة الإنسانية وبعد التفاعل الاجتماعي من إعداد الباحث سليمان أبو مدين (1998).

نتائج الدراسة:

- وجدت فروق لصالح الإناث نحو التقييد الاجتماعي والنظرة الإنسانية والتفاعل الاجتماعي.
- أظهرت الدراسة أن النظرة الإيجابية نحو المرض النفسي تزداد مع زيادة المستوى الدراسي.
- لم تكن هناك فروق بين الذكور والإناث تُعزى لعامل الجنس أو لعامل المعدل التراكمي أو للمستوى الدراسي أو للكلية.
- أظهرت الدراسة عدم وجود فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى الطلبة في كل من المدينة أو الريف.
- وقد اعتمد الباحث على ثلاثة مقاييس.
- مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي مكوناً من (34) بنداً.
- مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي مكوناً من (12) بنداً.
- مقياس التحكم الداخلي الخارجي للتدعيم من إعداد Rotter مكوناً من (23) بنداً.

نتائج الدراسة:

- أوضحت الدراسة أن ذوي التحكم الخارجي أكثر اعتقاداً في العفاريات الأسياد، وأن المرض النفسي نتيجة رجفة حدثت للفرد، واعتقد ذوي التحكم الداخلي أن الطب النفسي والأدوية والعلاج بالكهرباء له دوراً كبيراً في الشفاء من المرض النفسي.
- كان لأفراد المجموعتين اتجاهات سلبية وتتسم بالخوف حيال المرض النفسي.

11- دراسة (قوته، 2000):

عنوان الدراسة: "الاتجاهات نحو المرض النفسي وبرنامج غزة للصحة النفسية".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الإجابة على:

- ما هي اتجاهات الأفراد في المجتمع الفلسطيني نحو المرض النفسي.
- هل تغيرت الاتجاهات بعد إنشاء برنامج غزة للصحة النفسية؟
- ما رأي الجمهور في برنامج غزة للصحة النفسية؟
- وقد استخدم الباحث عينة عشوائية طبقية من جميع أنحاء القطاع بلغ عددها (1684) فرداً.
- نتائج الدراسة: عكست الدراسة استجابة الأفراد لأربعة أنواع من الاتجاهات نحو المرض النفسي وهي:
- الاتجاهات المعاصرة. - الاتجاهات العاطفية. - الاتجاهات التقليدية. - وصمة العار.
- وقد أظهرت الدراسة أن:
- الاتجاهات المعاصرة بين صغار السن أكثر منها بين كبار السن حيث يزيد الاتجاه التقليدي لدى كبار السن.
- ترتفع الاتجاهات التي تعكس الميول العاطفية لدى الإناث أكثر من الذكور.
- عكست الدراسة استجابة المتعلمين حملة الشهادات الجامعية والوسطى اتجاهات معاصرة وعاطفية أكبر مقارنة بالمستويات الدنيا من التعليم.
- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لعامل الوصمة Stigma حيث تبين أن موظفي الحكومة والمؤسسات الخاصة والطلاب أقل تمسكاً بالوصمة المرتبطة بالمرض النفسي وكذلك تقل لديهم الاتجاهات التقليدية مقارنة بالعمال.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت المناخ العام داخل المستشفيات النفسية واتجاهات

العاملين في مجال الصحة النفسية نحو المرض النفسي:

1- دراسة (Toomey & Schuman, 1961)

عنوان الدراسة: "اتجاهات طلاب التمريض نحو العلاج النفسي".

أهداف الدراسة: التعرف على المناخ العام السائد في مستشفى للأمراض النفسية بهدف تحسين هذا المناخ ورفع مستوى الخدمة العلاجية في المستشفى. وقد اختير لهذا الغرض عينة من طالبات التمريض، وتم قياس اتجاهاتهن نحو مستشفى الأمراض النفسية، والقائمين بالخدمة العلاجية وطرق العلاج المستخدمة.

نتائج الدراسة:

- كشفت الدراسة عن وجود اتجاهات سلبية لدى الطالبات نحو طرق العلاج المستخدمة في علاج المرضى.

- أظهرن الطالبات أن لديهن اتجاهات ايجابية نحو المستشفى كمؤسسة علاجية والعاملين بها.

2- دراسة (Fletcher, 1962):

عنوان الدراسة: "اتجاهات مجموعة من طلبة التمريض في عيادات الرعاية الأولية نحو المرضى النفسيين في مستشفى عام".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة معرفة اتجاهات (35) من طالبات التمريض حيال المرض وأثر هذه الاتجاهات على تحسين أدائهن في العمل مع المرضى. نتائج الدراسة:

- كشفت الدراسة أن هؤلاء الطالبات لديهن في بداية العمل مع المرضى تصورات ترتبط بالخوف والابتعاد وافتقاد المعرفة بأسباب المرض وطرق علاجه.

- أمكن من خلال برنامج تدريبي (يتضمن مجموعة من المحاضرات) تغيير اتجاهات هؤلاء الطالبات فأصبحت تتسم بالتقبل والإيجابية.

3- دراسة (Cohen & Struening, 1962):

عنوان الدراسة: "آراء العاملين في اثنين من مستشفيات الأمراض النفسية نحو المرض النفسي".

أهداف الدراسة: التعرف على اتجاهات العاملين بالصحة النفسية من تخصصات مختلفة (كالأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والممرضات، والعاملين بالتأهيل والقائمين بالإرشاد والتوجيه، والخدمات الخاصة، والمساعدين، وعمال المطبخ، وذلك في اثنين من مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية. وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (541) من المستشفى الأولى و(563) من المستشفى الثانية.

وقد استخدم في هذه الدراسة اختبار مكون من (70) بنداً، تدور حول أسباب المرض النفسي وطرق علاجه وإمكانية الشفاء منه، وبعد إجراء التحليلات العاملية والتدوير المتعامد، وحساب

درجة التشابه بين العوامل المستخلصة من كل مستشفى على حدة، كان من أهم نتائج الدراسة الكشفت عن خمسة عوامل رئيسية هي:

العامل الأول: التسلطية:

فقد حصل المساعدون وعمال المطبخ على درجات مرتفعة في النظر إلى المرضى النفسيين على أنها فئة دنيئة ويتطلب التعامل معها بالقهر والتسلط والإلزام، بينما حصل الأطباء النفسيون والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون على درجة منخفضة جداً. وكشفت الدراسة أنه كلما زاد مستوى التعليم انخفضت التسلطية نحو المرض.

العامل الثاني: الإحسان أو الحنو:

- كشفت الدراسة أن وجهة نظر الأخصائيين النفسيين التي تتسم بالعطف والشفقة كانت منخفضة على عكس درجات العاملين والممرضات بالعنابر حيث حصلوا على درجات مرتفعة في الحنو والشفقة.

- أشارت الدراسة إلى وجود نوع من الكراهية أو السلبية حيال المرضى لدى الأطباء النفسيين.

- كشفت الدراسة أن النساء أكثر حنواً وعطفاً من الرجال.

العامل الثالث: عامل التقيد أو التشدد الاجتماعي:

- حصل الأطباء النفسيون على درجات مرتفعة حول نظرتهم إلى المرضى على أنهم مصدر تهديد وخطورة على المجتمع وبخاصة الأسرة بينما حصل الأخصائيون النفسيون على درجات منخفضة.

- لم تظهر الدراسة وجود علاقة بين هذا العامل ومستوى التعليم.

العامل الرابع: أيديولوجية الصحة النفسية Mental Hygiene Ideology

يتضمن النظر إلى المرض النفسي كأى مرض آخر يستحق الاهتمام والرعاية من جانب الآخرين، وكشفت الدراسة عن وجود علاقة موجبة بمستوى التعليم فكما ارتفع مستوى التعليم اتسمت النظرة إلى المرض النفسي على أنه كأى مرض آخر، والنظر إلى المرضى على أنهم بشر يستحقون الرعاية والاحترام من قبل الآخرين.

العامل الخامس: علاقة المريض بغيره باعتبارها سبباً للمرض

Interpersonal

يعكس القطب الموجب لهذا العمل الاعتقاد بأن المرض النفسي ينتج عن خيرات متصلة بالعلاقات بين الأشخاص وخاصة الحرمان من رعاية الوالدين في فترة الطفولة.

4- دراسة (Johansen, et al, 1964):

عنوان الدراسة: "تغيرات الشخصية والاتجاهات خلال التمريض في العيادات النفسية".

أهداف الدراسة: التعرف على اتجاهات طالبات التمريض من لهن خبرة في مجال العمل مع المرضى النفسيين واتجاهات من لم تتوفر لديهن هذه الخبرة.
نتائج الدراسة:

- اتسمت المجموعة التي لم تتوفر لديها الخبرة بالتشدد حيال المرضى النفسيين.
- اتسمت اتجاهات الطالبات اللاتي لديهن خبرة بأنها أكثر تحملاً وأقل في درجة التسلبية من الطالبات اللاتي ليس لديهن خبرة في التعامل مع المرضى النفسيين.

5- دراسة (Ellsworth, 1965):

عنوان الدراسة: "دراسة سلوكية حول اتجاهات العاملين في الصحة النفسية".

أهداف الدراسة: معرفة طريقة تعامل العاملين في الصحة النفسية مع المرض واتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين.

وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (65) من العاملين بمستشفى الأمراض النفسية من الأطباء والأخصائيين النفسيين والممرضات. وذلك على اعتبار أن هؤلاء العاملين هم الفئة الأساسية التي تتعامل مع المرض، والاختلاف في سلوكياتهم واتجاهاتهم يؤثر في هذا التعامل. نتائج الدراسة: كان من نتائج هذه الدراسة استخلاص ثلاثة عوامل أساسية لاتجاهات هؤلاء العاملين نحو مرضاهم.

العامل الأول: السيطرة المتشددة Restrictive Control

العامل الثاني: العطف أو الحنو Benevolence

العامل الثالث: النزعة غير التقليدية Non Traditionalism

ويظهر من خلال العامل الأول مدى التحكم أو التقييد كبعد من أبعاد الاتجاهات نحو المرض النفسي والنظر إلى المرضى النفسيين على أنهم معزولون والأمل في شفائهم ضعيف.

6- دراسة (Rice & Sewall, 1966):

عنوان الدراسة: "قياس آراء العاملين النفسيين في المستشفيات نحو العناية بالمرضى النفسيين".

أهداف الدراسة: الكشف عن آراء (2000) من العاملين بست مستشفيات نفسية نحو العناية بالمرضى النفسيين.

نتائج الدراسة:

الكشف عن ستة عوامل تتشابه إلى حد كبير مع ما توصل إليه كوهن وسترونج في دراستهما السابقة، وأهم النتائج هي:

- عالم الضبط أو التحكم في المريض والذي اتسم بتقييد حركة المرضى.
- كشفت الدراسة عن أهمية توفير مناخ ملائم للمرضى النفسيين ليتيح لهم فرصة التفاعل الإيجابي مع الآخرين.
- كشفت الدراسة عن نظرة سلبية اتجاه المرضى كونهم مصدر خطورة وبالتالي يجب عزلهم لحماية الآخرين منهم.
- الاتصال بين العاملين والمرضى كان سلبياً مما يؤخر شفاءهم.
- تقييد حرية المريض وعدم تدريبه على الاستقلالية.

7- دراسة (عبد الخالق، 1982):

عنوان الدراسة: "الاتجاه نحو المرض العقلي لدى عينة من طالبات علم النفس: دراسة استطلاعية".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين بُعدي الشخصية الانبساطية والعصابية والاتجاه نحو المرض النفسي، وقد أجريت الدراسة على (576) من طالبات المعهد العالي للتمريض بجامعة الإسكندرية، وكان متوسط أعمارهن (20,82) سنة بانحراف معياري (1,25). وقد استخدم الباحث قائمة أيزنك للشخصية، ومقياس الاتجاه نحو المرض النفسي الذي وضعه أحمد عبد الخالق.

نتائج الدراسة:

- الطالبات اللاتي حصلن على درجات مرتفعة على مقياس العصابية اعتقدن أن مصدر المرض النفسي يكمن في مرحلتي النضج والشيخوخة، ومن ثم فإن هذا المرض غير قابل للشفاء، ولذلك فإنهن لا يوافقن على ضرورة التعجيل بإدخال المريض إلى المستشفى، وعلى العكس من ذلك كانت الطالبات اللاتي حصلن على درجات منخفضة أو معتدلة على مقياس العصابية.

- أظهرت الدراسة أن كلاً من المنبسطات والمنطويات اعتقن بعض الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي، فلم يكن لدى كل منهن أمل في الوقاية من المرض أو حتى إنقاص معدلات انتشاره وفضلاً عن ذلك فإنهن كلهن احتفظن بمسافة اجتماعية بينهن وبين المريض النفسي.

8- دراسة (Weller & Grunes, 1988):

عنوان الدراسة: "هل الاتصال بالمرضى النفسيين يؤثر على اتجاهات الممرضين الإسرائيليين نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين؟".

أهداف الدراسة: فحص تأثير اتصال الممرضين مع الممرضين النفسيين، وتكونت عينة الدراسة من (38) ممرضاً على اتصال مباشر مع المرضى النفسيين و(32) يعالجون المرضى النفسيين جميعاً في مستشفيات عامة و(25) ممرضاً لا يتصلون أبداً بالمرضى النفسيين. واستخدم الباحثان استبانة مكونة من (24) بنداً باستخدام أسلوب ليكرت [أوافق بشدة - أوافق - محايد - لا أوافق - لا أوافق بشدة].

نتائج الدراسة:

- الاتصال بالمرضى النفسيين لا يؤثر على اتجاهات الممرضين بالسلب أو الإيجاب.
- الممرضون في المستشفيات العامة لديهم إيجابية نحو المرضى النفسيين كونهم مرضى.
- الممرضون الذين لا يعملون مع المرضى النفسيين اتجاهاتهم سلبية ولا يفضلون العمل معهم.

9- دراسة (Holder, 1996):

عنوان الدراسة: "اتجاهات الأطباء العاملين في شمال غرب إنجلترا نحو مرضى الفصام".

أهداف الدراسة: الكشف عن اتجاهات الأطباء العاملين في المستشفيات النفسية المغلقة لمدة طويلة نحو مرضى الفصام الذين تتم رعايتهم بعد ترك المستشفى في المجتمع. وتكونت العينة من جميع الأطباء الذين يعملون في منطقة شمال غرب لندن، منهم (94) طبيب من (176) طبيب منتشرين في هذه المنطقة لسؤالهم عن اتجاهاتهم وآرائهم في الرعاية المقدمة لمرضى الفصام واتجاهاتهم نحو المرضى الذين يعالجونهم.

نتائج الدراسة:

- كشفت الدراسة أن 87% من الأطباء يواجهون مشاكل من مرضى الفصام.
- 8% من الأطباء اعتبروا أن مرضى الفصام يسببون كثيراً من المشاكل أثناء العمل.

- 56% من الأطباء اعتبروا أن العناية بمرضى الفصام صعبة جداً.

- 44% اعتبروا أن مرضى الفصام مزعجون وكثيرو الطلبات.

10- دراسة (Afana, 2000):

عنوان الدراسة: "اتجاهات المهنيين الفلسطينيين العاملين في مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة نحو المرض النفسي".

أهداف الدراسة: هدف البحث إلى فحص اتجاهات العاملين الفلسطينيين في عيادات الرعاية الأولية بقطاع غزة نحو المرض النفسي. وتكونت عينة الدراسة من (161) طبيباً عاماً أو ممرضين يعملون في مراكز الرعاية الأولية. بلغ عدد الذكور (83) والإناث (78) من (2) عيادات تابعة بوكالة الغوث وتشغيل اللاجئين و (5) عيادات أولية تابعة للقطاع العام وقد تم اختيار هذه العيادات بطريقة عشوائية من مناطق قطاع غزة الخمسة. كان متوسط العمر للعينة هو (37) عاماً. كانت نسبة الإناث 48% منها 45% متزوجات و2% مطلقات و16% مواطنات.

وأخذت العينة من عدة مناطق مختلفة، 39% من المدن، و35% من المخيمات و15% من القرى والباقي من الأماكن الجديدة، وتمت الدراسة من شهر يونيو حتى أكتوبر من عام 1998.

وقد استخدم الباحث مقياس مكون من (29) بنداً حسب مقياس ليكرت Likert-type Scale تقيس الاتجاهات نحو المرض النفسي ومعرفة أسباب المرض النفسي، والانتقالات وردود الفعل والتسامح نحو المرضى النفسيين. وقد أظهر التحليل العنقودي Factor analysis أن هناك ثلاثة اتجاهات لدى العاملين في هذه المستشفيات النفسية العشرة وهي:

1- الاتجاه الغربي. Emotional factor -2 الاتجاه العاطفي

3- الاتجاه التقليدي Traditional cognitive

نتائج الدراسة:

1- صغار السن من الأطباء والممرضين لديهم اتجاهات غريبة أكبر من كبار السن وكانت لديهم اتجاهات ايجابية نحو تقديم العناية والعلاج لهؤلاء المرضى.

2- المهنيون من كبار السن لديهم اتجاه تقليدي أكبر من صغار السن، فرأوا أن المؤسسات الدينية أفضل للعلاج من المؤسسات النفسية.

3- المهنيون كبار السن لديهم قدرة على التعاطف مع المرضى النفسيين أكبر من صغار السن.

4- رأى الباحث أن صغار السن من المهنيين لديهم القدرة على استخدام الوسائل والأفكار الحديثة لمساعدة المرضى.

5- كشف الباحث ان 18% ممن شملهم الاختبار لم يتعاونوا معه وأعادوا الاستبانات فارغة محتجين بأن لديهم اتجاهات مختلفة نحو المرضى النفسيين أو لضيق الوقت لديهم كما ادعوا.

تعليق عام على الدراسات السابقة

• **من حيث الأهداف :** هدفت الدراسات السابقة إلى الكشف عن الأفكار والتصورات العامة والمعتقدات الشائعة عن المرض النفسي ، وإلى التعرف على الاتجاهات العامة نحو المرض النفسي وعلاقتها بهذه التصورات . وبعضها هدف إلى مدى معرفة شعور الناس بوصمة المرض النفسي مثل دراسة (Fred- 1990) ودراسة أندرو وسيمس (1992) ودراسة موريسون (1976) ويانسيلي (1980) والشربيني (1980) وخليفة (1987) وفريمان (1965) .

• وهناك بعض الدراسات التي اهتمت بآراء الجمهور مثل دراسات نوناللي (1961) وبينتزو وادجرتون (1971) ودراسة يونس (1978) وفريمان (1961) وماهوني (1979) وشوركا (1985) وخليفة (1984) وشقير (1994) وخليفة (1998) وعثمان (1998) وقوته (2000) .

• بعض الدراسات هدفت إلى التعرف على المناخ العام السائد في المستشفيات وآراء الطلبة والأطباء والمرضى العاملين فيها نحو المرض النفسي مثل دراسة الزورث (1965) وكوهن وستروننج (1962) ونوناللي (1961) ورايس (1966) وفلتشر (1962) وجوهانسين (1964) ودراسة ويلر وجرونس (1988) ودراسة هولدر (1996) وعفانة (2000) .

• **من حيث الفروض :** تكاد تكون معظم الدراسات فروضها صفرية لأنها هدفت للإجابة على تساؤلات وهذه التساؤلات هدفت للكشف عن معتقدات واتجاهات عائلات وأقارب ذوي المرض النفسيين ومعرفة آراء ومعتقدات الجمهور والعاملين في المستشفيات والعيادات النفسية حول المرض النفسي والمرضى النفسيين ، وكذلك لأن بعض الدراسات كانت تبحث الآراء والمعتقدات بناءً على عامل الجنس أو الخبرة مثل دراسة جوهانسن (1984) ودراسة عثمان (1998) .

• **من حيث العينة:** أظهرت عينات الدراسات السابقة أن معظمها كان من الذكور والإناث ، وهناك دراسات قسمت العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة مثل دراسة موريسون (1976) ودراسة ويلر وجرونس (1988) ولكن معظم الدراسات

كانت قد استخدمت مجموعة واحدة في عينة الدراسة مثل دراسة الشربيني (1980) ويانسيلي (1980) وفريمان (1965) وخليفة (1987) وهكسلي (1993) ونانالي (1961) وبينتزوادجرتون (1971) ودراسة فريمان (1961) ودراسة عبد الخالق (1982) ودراسة فلتشر (1962) ودراسة هولدر (1996) ودراسة عفانة (2000) وهناك دراسات أجريت للمقارنة بين عينتين مختلفتين لاختلاف إلى المكان مثل دراسة زقوت (2001) ودراسة يونس (1978) ودراسة كوهن وستروننج (1962) ودراسة رايس وآخرون (1966) وهناك دراسات أجريت للمقارنة بين عينتين مختلفتين في المرحلة التعليمية مثل دراسة خليفة (1984) ودراسة شقير (1994) وكانت معظم الدراسات قد تناولت العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وأسر ذوي المرضى النفسيين .
أما في الدراسة الحالية فقد أجريت على آباء وأمهات المرض النفسيين حيث كان متوسط أعمارهم (35 - 45) .

• **من حيث الأدوات :** معظم الدراسات أجريت لمعرفة آراء المرضى أو أسرهم أو أقاربهم أو العاملين في مستشفيات وعيادات الطب النفسي وقد استخدمت لهذا الغرض اختبارات محددة مثل دراسة موريسون (1976) ويانسيلي (1980) ودراسة الشربيني (1980) ودراسة نونالي (1961) ودراسة بينتزوادجرتون (1971) ودراسة يونس (1978) ودراسة خليفة (1984) ودراسة كوهن وستروننج (1962) .
وهناك دراسات استخدمت مقاييس لقياس المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي مثل دراسة خليفة (1987) ودراسة هكسلي (1993) حيث استخدم مقياس Mori (1979) ودراسة زقوت (2001) ودراسة ماهوني (1979) ودراسة شقير (1994) ودراسة عثمان (1998) ودراسة عبد الخالق (1982) حيث استخدم مقياس ايزنك للشخصية ودراسة عفانة (2000) وهناك بعض الدراسات التي استخدمت المقابلة مثل دراسة أندرووسيمس (1992) وبعضها كانت مسحية مثل دراسة فرد (1990) ودراسة قوتة (2000) .

• **من حيث الأساليب الإحصائية :** استخدمت معظم الدراسات معاملات الارتباط والمتوسطات الحسابية والنسبة المئوية مثل دراسة فرد وآخرون (1990) ودراسة أندرووسيمس (1992) ودراسة يونس (1978) ودراسة قوتة (2000) ودراسة عفانة (2000) .

إلا أن الباحث استخدم مقياس مان وتيني U بسبب صغر حجم العينة وعدم توزيعها إعتدالياً ، وكذلك مقياس ويلكوكسون لمقياس الفروق بين رتب المجموعات المرتبطة ومعامل بلاك (عفانة ، 1998 : 170) .

من حيث النتائج : اتفقت الدراسات أن معرفة الأسر لطبيعة المرض النفسي وأسبابه وطرق علاجه من العوامل التي تؤثر في عودة الشفاء إلى المرضى .

• أظهرت بعض الدراسات مثل دراسة يانسيلي (1980) وكوهن ستروننج (1965) أن الاتجاهات نحو المرضى النفسيين تتأثر بالطبقة الاجتماعية والخلفية العرقية وجماعة الأقران أكثر من تأثرها بالخبرات اليومية مع هؤلاء المرضى .

• أظهرت بعض الدراسات أنه توجد اتجاهات سلبية نحو مستشفيات الأمراض النفسية سواء لدى هؤلاء المرضى أو أقاربهم كما ظهر ذلك واضحاً في دراسة فريمان (1961) وزقوت (2001) ، وهذه الدراسات تعارضت مع دراسة ويلر وجر ونز (88) ودراسة فلتشر (1962) و دراسة جوهانسن (1994) التي أظهرت أن العاملين في المستشفيات النفسية والذين لديهم الخبرة الكافية بأن اتجاهاتهم كانت تتسم بالإيجابية .

• أظهرت بعض الدراسات أن الجمهور العام ينظر إلى المرض النفسي على أنه من أكثر مشاكل الصحة النفسية خطورة في المجتمع وأن هناك افتقاراً كبيراً إلى المعلومات حول المرض النفسي ويظهر ذلك في دراسة قوته (2000) وبينتز وادجرتون (1971) .

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال استعراض نتائج الدراسات السابقة التي تناولت اتجاهات وآراء المرضى النفسيين وأقاربهم حول المرض النفسي تبين أن معظمهم يشعرون بوصمة المرض النفسي ويحتاجون إلى خدمة ومساعدة نفسية وحقيقية وذلك لأنها أدت بهم إلى الشعور بالخجل والخزي وتركت لديهم آثاراً نفسية صعبة لا يستطيعون التخلص منها بأنفسهم وهذا الإحساس يشعر به كل من الأم والأب على حد سواء كما بينت دراسة (هكسلي ، 1993) ودراسة سابا (1995) . ومن خلال استعراض جميع الدراسات السابقة لوصمة المرض النفسي لم يقع بين يدي الباحث أي دراسة تعرضت لتصميم برنامج إرشادي للتخفيف من وصمة المرض النفسي الأمر الذي يجعل هذه الدراسة من أولى الدراسات في هذا المجال ، ولعلها تفتح الباب أمام الباحثين لإثراء موضوع الوصمة وتناوله بشكل عميق .

فروض الدراسة:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوصمة المستخدم في الدراسة بين

التطبيقات: البعدي والتتبعي.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى 0.05 بين درجات الذكور ودرجات الإناث على مقياس الوصمة المستخدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً : منهج الدراسة .

ثانياً : مجتمع الدراسة .

- عينة الدراسة

أ- عينة استطلاعية

ب- عينة فعلية

ثالثاً : أدوات الدراسة .

- خطوات الدراسة

رابعاً : - معالجة البيانات

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة مدى فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي، وهذا يمثل الهدف العلمي من الدراسة، بيد أن هدفها التطبيقي يتمثل في الخروج بتوصيات ومقترحات تساعد ذوي المرضى النفسيين على مواجهة الوصمة والتصدي لها والتكيف مع الواقع المؤلم الذي تحياه. وتطلب البحث اختيار عينة ذات مواصفات معينة وتطبيق برنامج إرشادي على أفراد هذه العينة، لذا كان من الضروري أن تتوفر البيانات الموضوعية التي يمكن بناءً عليها أن نتحقق من صحة الفروض التي تقوم عليها الدراسة، وللحصول على هذه المعلومات والبيانات كان لا بد من توفر الأدوات المناسبة التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف الدراسة.

ويتناول هذا الفصل منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، والعينة التي تم تطبيق الدراسة عليها وكذلك أدوات الدراسة وخطواتها والمعالجة الإحصائية المستخدمة عند التعامل الإحصائي مع فروض الدراسة، وسيعرض الباحث فيما يلي كلاً من هذه الخطوات بشيء من التفصيل.

أولاً: منهج الدراسة

يستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي التجريبي وهو طريقة في البحث عن الحاضر، وتهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة على تساؤلات محددة - سلفاً - بدقة تتعلق بالظواهر الحالية والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث وذلك باستخدام أدوات مناسبة. (الأغا، 1997: 73).

والهدف من استخدام المنهج الوصفي هنا معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يشمل جميع الآباء والأمهات المترددين على العيادة النفسية المجتمعية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في خان يونس والبالغ عددهم 642 أباً وأماً.

ثالثاً: عينة الدراسة

أ- العينة الاستطلاعية Study Sample:

قام الباحث باختيار عينة استطلاعية قوامها 75 من الآباء والأمهات المترددين على العيادات النفسية في قطاع غزة، بغرض التطبيق الأولي لأداة الدراسة عليها للتحقق من صلاحيتها للاستخدام في البيئة الفلسطينية، عن طريق حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

ب- عينة الدراسة (الفعلية)

لما كان الهدف من هذه الدراسة هو بناء برنامج إرشادي لتخفيف وصمة المرض النفسي لذوي أسر المرضى النفسيين، فقد تكونت العينة من (20) أسرة لديها أبناء مرضى نفسيين. وقد تكونت العينة من (10) آباء و (10) أمهات. قام الباحث باختيار عينة قوامها 100 من الآباء والأمهات بالطريقة العشوائية المنتظمة، وذلك من واقع سجلات العيادة النفسية المجتمعية في مدينة خانيونس، وقد تم تطبيق أداة الدراسة بعد تحكيمها على أفراد العينة المذكورة وذلك بهدف اختيار أعلى الآباء والأمهات شعوراً بوصمة المرض النفسي، وقد تم اختيار عشرين أباً وأماً مقسمين بالتساوي (عشرة آباء وعشر أمهات) ليكونوا المجموعة التجريبية والتي سيطبق البرنامج الإرشادي المقترح عليها. وقد روعي عند اختيار العينة الآتي:

- أن الأسر التي تم اختيارها في العينة لديها أبناء مرضى نفسيين.
- أن الحياة الزوجية مستمرة بين الزوجين.
- أن الأسر لديها عدد من الأبناء العاديين.
- أن جميع الأسر تعيش وضع اقتصادي واجتماعي متشابه تماماً.

رابعاً : الأدوات المستخدمة في الدراسة:

- البرنامج الإرشادي [إعداد الباحث].

وقد سبق الحديث عنه في الفصل الثاني.

أولاً : البرنامج الإرشادي

وقد عرفه الباحث إجرائياً بأنه مجموعة من الخبرات صممت لتعالج مشكلة الشعور بوصمة المرض النفسي من أجل تخفيفها وإزالتها لدى ذوي المرضى النفسيين . وقد اشتمت الباحثة المادّة العلميّة والفنيّات الإرشاديّة بعد الاطلاع على أساليب وفنيّات الإرشاد الجمعيّ السلوك المعرفي لكل من زهران (1998) و عيسوي (2001) و بيرن (2000) .

محتوى البرنامج :

لم يجد الباحث أي برنامج إرشادي للتعامل مع مشكلة وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي على مستوى العالم العربي والغربي ، واقتصر التدخل على حملات تخفيف وصمة المرض النفسي في بريطانيا من خلال محاضرات كانت تلقى في بعض العيادات النفسية لذوي المرضى النفسيين الذين يلجؤون إلى المرشدين النفسيين من أجل دعمهم وتخفيف آلامهم .

وهذا جعل مهمة الباحث أكثر صعوبة مما دفعه إلى اختيار بعض التقنيات والفنيات استناداً للآراء النظرية والبحوث السابقة مثل الاستبصار - التفرغ الانفعالي - المساندة الاجتماعية والدينية - السيكودراما - والمناقشة والحوار .

وقد اشتمل البرنامج على (13) ثلاث عشرة جلسة هدفت جميعها إلى التخفيف من الشعور بوصمة المرض النفسي ، وتراوح زمن كل جلسة (50) دقيقة .وانتهج الباحث أسلوب الإرشاد الجمعي الذي اعتمد على المحاضرة والمناقشة وتوظيف أساليب التفرغ الانفعالي وأسلوب السيكودراما بالإضافة إلى المشاركة في صنع القرار والحصول على الدعم والمساندة.

ثانياً : مقياس وصمة المرض النفسي [إعداد الباحث].

وصف المقياس :

من أجل تصميم مقياس وصمة المرض النفسي اتبع الباحث الخطوات الآتية:

-إجراء دراسة مسحية في حدود ما توفر للباحث الاطلاع عليه حول وصمة المرض النفسي لدى الأسر التي لديها مرضى نفسيين من مصادر عربية وأجنبية.

-الإطلاع على ما توفر من مختلف المقاييس النفسية والتي اهتمت بدراسة الاتجاهات نحو المرض النفسي والضغوط الأسرية وأهمها:

1- مقياس المعتقدات حول المرض النفسي (إعداد الدكتورة زينب شقير).

2- مقياس المعتقدات حول المرض النفسي والمرضى النفسيين (إعداد الدكتور عبد اللطيف خليفة).

3- مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي (إعداد الباحث إياد عثمان).

كذلك أمكن الاستفادة من عدة مقاييس لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي مثل مقياس سمير زقوت (2001) ومقياس عبد الستار إبراهيم (1985)، وقام الباحث بمقابلة المسؤولين في بعض دوائر وعيادات الطب النفسي والاستفسار منهم عن نوعية المشاكل التي تعاني منها أسر المرضى النفسيين.

بعد استخلاص معظم الأفكار التي وردت في الدراسات السابقة، قام الباحث بصياغة (36) عبارة تناولت أربعة أبعاد وهي البعد النفسي والبعد الأسري والبعد الاجتماعي والبعد الديني .

وقد روعي عند صياغة العبارات أن تكون بسيطة وواضحة وتشكل كل عبارة درجة تقديرية ويكون على المفحوص أن يحدد درجة موافقته عليها على مقياس [ليكرت] والتي تتراوح بين موافق بشدة، وموافق، ومتردد، وغير موافق، وغير موافق بشدة. وأعطيت عبارات المقياس درجات [1، 2، 3، 4، 5] على مقياس ليكرت حيث إن الفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن وجود وصمة، كذلك الفقرات المنفية التي تعبر الموافقة عليها عن عدم وجود

وصمة. فموافق بشدة أعطيت لها الدرجة (5) وموافق (4) ومتردد (3) وغير موافق (2) وغير موافق بشدة (1).

وقد اشتمل المقياس على أربعة أبعاد هي:

- 1- البعد النفسي (10) عبارات.
- 2- البعد الأسري (10) عبارات.
- 3- البعد الاجتماعي (10) عبارات.
- 4- البعد الديني (6) عبارات.

الدراسة الاستطلاعية Pilot Study:

قام الباحث باختيار عينة استطلاعية قوامها 75 من الآباء والأمهات المترددين على العيادات النفسية في قطاع غزة ، بغرض التطبيق الأولي لأداة الدراسة عليها للتحقق من صلاحيتها للاستخدام في البيئة الفلسطينية، عن طريق حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

1) الصدق Validity : يعرف الصدق بأنه الدرجة التي تقيس فيه الأداة ما صممت لقياسه فعلاً، ويتم حساب الصدق بعدة طرق أهمها صدق المحتوى والصدق التمييزي. (الأغا، 2000، 104):

I) صدق المحتوى Content Validity :

يعرف صدق المحتوى بأنه "الدرجة التي تعتبر فيها فقرات الأداة أو الاختبار عينة ممثلة لجميع جوانب المجال المقاس" . (Ahmann, J.Stanley and Glock, Marvin D.,)، 287 p, 1975)، وأهم الطرق للتحقق من ذلك هو عرض هذه الأداة على مجموعة من الخبراء في المجال الذي تنتمي إليه هذه الدراسة، وهو ما يعرف: بصدق المحكمين.

أ) صدق المحكمين Referees Validity :

قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على (16) محكم وذلك للتحقق من:
1- صدق المقياس وقد تم حسابه بطريقة (صدق المحكمين): (ملحق رقم 1 : 149)
قام الباحث بعرض العبارات الستة والثلاثين على (3) من الأطباء النفسيين في المستشفيات والعيادات النفسية في قطاع غزة وعلى (14) من أساتذة علم النفس في جامعات قطاع غزة وقد طلب منهم إبداء الرأي حول العبارات الـ (36) من حيث:
أ- ملاءمة العبارة في قياسها لبعدها.

ب- صياغة العبارة في سبيل إعطاء المعنى المطلوب.

ج- إضافة ما يروونه مناسباً من عبارات أو تعديل أي عبارة أو تغيير أي كلمة.

ثم تفرغ المحكمين وحساب نسبة الموافقة على كل عبارة، فتراوحت بين 80% إلى 100% ولذلك فقد تم استبعاد بعض العبارات وإضافة بعض العبارات خاصة عبارات البعد الديني من قبل بعض المحكمين مثل : (أتمنى موت ابني المريض نفسياً) (أخشى على مستقبل أولادي لكون ابني مريض نفسياً) (إن وجود ابني المريض نفسياً سبب أساسي في تعاستي)

(ب) صدق الاتساق الداخلي Internal Consistency:

تقوم فكرة هذا النوع من الصدق على حساب ارتباطات درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك مع الأبعاد التي تنتمي إليها، إضافة لحساب الارتباطات البينية للأبعاد المكونة للاستبانة (حبيب ، 1996: 322)

أولاً: جدول (1) يبين معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للاستبانة، وموضوعها "وصمة المرض النفسي" ، مع بيان مستوى الدلالة أسفل الجدول:

جدول (1)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من استبانة وصمة المرض النفسي مع الدرجة الكلية لها (ن = 75)

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
** 0.564	(21)	* 0.290	(1)
** 0.518	(22)	** 0.594	(2)
** 0.682	(23)	** 0.598	(3)
/// 0.090	(24)	** 0.465	(4)
** 0.615	(25)	** 0.385	(5)
** 0.574	(26)	** 0.567	(6)
** 0.629	(27)	** 0.564	(7)
* 0.279	(28)	** 0.516	(8)
** 0.436	(29)	** 0.598	(9)
** 0.428	(30)	** 0.501	(10)
** 0.738	(31)	** 0.675	(11)
** 0.304	(32)	** 0.413	(12)
** 0.646	(33)	** 0.450	(13)
** 0.497	(34)	* 0.285	(14)
** 0.706	(35)	** 0.557	(15)
/// 0.040	(36)	** 0.537	(16)
* 0.269	(37)	* 0.275	(17)
** 0.413	(38)	* 0.287	(18)
** 0.312	(39)	** 0.498	(19)
* 0.264	(40)	** 0.629	(20)

**دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05 /// غير دالة

من الجدول (1) يتبين ما يلي:

- حققت أغلب فقرات الاستبانة وعددها 31 فقرة ارتباطات جوهرية مع الدرجة الكلية للاستبانة (جميعها بلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01).
- حققت بعض الفقرات وعددها 7 فقرات ارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.05 ، وقد تم الإبقاء على جميع هذه الفقرات على اعتبار أن الحد الأدنى المقبول هو تحقيق الارتباط عند أقل من 0.05.

-حققت الفقرتان: الفقرة رقم 24، والفقرة رقم 36 ارتباطين ضعيفين مع الدرجة الكلية للاستبانة بحيث لم يحققا الحد الأدنى المقبول للدلالة الإحصائية وهو 0.05، وقد قام الباحث بحذف هاتين الفقرتين، بحيث أصبح عدد فقرات الاستبانة 38 فقرة فقط بعد بحث الصدق هذا.

ثانياً: حساب ارتباطات فقرات الاستبانة كل مع البعد الذي تنتمي إليه:

(أ) الجدول رقم (2) يبين معاملات ارتباط فقرات البعد الأول وموضوعه: "البعد النفسي للوصمة"، مع بيان مستوى الدلالة الإحصائية أسفل الجدول:

جدول (2)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد النفسي للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	** 0.324	16	** 0.488
2	** 0.713	27	** 0.718
3	** 0.588	31	** 0.786
7	** 0.597	38	** 0.443
8	** 0.598	39	** 0.364
11	** 0.696		

** دالة عند مستوى 0.01

(ب) الجدول (3) يبين معاملات ارتباط فقرات البعد الثاني وموضوعه: "البعد الأسري للوصمة"، مع بيان مستوى الدلالة الإحصائية أسفل الجدول:

جدول (3)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد الأسري للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
4	** 0.557	23	** 0.753
5	** 0.430	25	** 0.752
9	** 0.660	26	** 0.669
10	** 0.507	28	** 0.375
15	** 0.659	33	** 0.584
17	** 0.355		

** دالة عند مستوى 0.01

ج) الجدول (4) يبين معاملات ارتباط فقرات البعد الثالث وموضوعه: "البعد الاجتماعي للوصمة"، مع بيان مستوى الدلالة الإحصائية أسفل الجدول:

جدول (4)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد الاجتماعي للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
** 0.654	30	** 0.510	13
** 0.641	34	** 0.413	18
** 0.729	35	** 0.608	20
		** 0.661	22

** دالة عند مستوى 0.01

د) الجدول (5) يبين معاملات ارتباط فقرات البعد الثاني وموضوعه: "البعد الديني للوصمة"، مع بيان مستوى الدلالة الإحصائية أسفل الجدول:

جدول (5)

يبين معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات البعد الديني للوصمة مع الدرجة الكلية للبعد

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
** 0.507	29	** 0.611	6
** 0.330	32	** 0.626	12
الفقرة محذوفة	36	** 0.445	14
** 0.397	37	** 0.571	19
** 0.352	40	** 0.613	21
		الفقرة محذوفة	24

** دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجداول - من جدول (2) إلى جدول (5) - أن جميع فقرات الاستبانة المتبقية بعد بحث الصدق الأول بين الفقرات والدرجة الكلية للاستبانة قد حققت ارتباطات جوهرية كل مع البعد الذي تنتمي إليه، بلغت جميعها مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01، مما يعني أن هذه الفقرات تنتمي إلى مواضيع الأبعاد الأربعة المذكورة، الأمر الذي يحقق صدق المحتوى لكل من الأبعاد الأربعة.

ثالثاً: حساب اتساق الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للاستبانة:
 قام الباحث بحساب ارتباطات الأبعاد الأربعة المكونة للاستبانة فيما بينها إضافة للدرجة الكلية،
 والجدول (6) يبين مصفوفة الارتباط الموضحة لذلك:

جدول (6)

يبين مصفوفة ارتباط الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة الوصمة من المرض النفسي

الأبعاد	البعد النفسي	البعد الأسري	البعد الاجتماعي	البعد الديني	الدرجة الكلية
البعد النفسي	1.00				
البعد الأسري	0.808 **	1.00			
البعد الاجتماعي	0.770 **	0.815 **	1.00		
البعد الديني	0.706 **	0.561 **	0.533 **	1.00	
الدرجة الكلية	0.940 **	0.920 **	0.887 **	0.763 **	1.00

** دالة عند مستوى 0.01

من المصفوفة السابقة - جدول (6) - يتضح للباحث ما يلي:
 - تتسق الأبعاد الفرعية الأربعة المكونة للاستبانة فيما بينها، مما يعني أن هذه الأبعاد ترتبط
 ارتباطاً جوهرياً مع بعضها البعض، الأمر الذي يشير إلى التفاعل والأهمية المشتركة لهذه
 الأبعاد فيما يتعلق بمظاهر الشعور بالوصمة.
 - ترتبط الأبعاد الفرعية الأربعة المكونة للاستبانة مع الدرجة الكلية لها بارتباطات جوهريّة
 وقوية - جميعها بلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند 0.01 - مما يعني أن هذه الأبعاد فعلاً
 تنتمي إلى موضوع الاستبانة.

مما سبق يتبين للباحث تحقق صدق المحتوى لاستبانة: الوصمة من المرض النفسي،
 الأمر الذي ييسر للباحث استخدامها على عينة دراسته.
 وهكذا، يتضح أن عدد فقرات استبانة: **الوصمة من المرض النفسي** أصبح في صورته النهائية
 38 فقرة فقط، موزعة على أبعادها الأربعة كما يلي:

- البعد الأول : البعد النفسي 11 فقرة.
- البعد الثاني : البعد الأسري 11 فقرة.
- البعد الثالث : البعد الاجتماعي 7 فقرات.
- البعد الرابع : البعد الديني 9 فقرات.

ج) صدق المقارنة الطرفية Test of Extreme Groups:

قام الباحث بالتأكد من صلاحية الاستبانة التي تم تصميمها للتمييز بين الآباء والأمهات أفراد العينة الاستطلاعية من حيث شدة الوصمة من المرض النفسي وهو ما يعرف بصدق المقارنة الطرفية - ويسمى أيضاً بالصدق التمييزي Discriminatory Validity - ويتم ذلك بالمقارنة بين المجموعتين الأعلى والأدنى، حيث تم ترتيب أفراد العينة الاستطلاعية الخمسة والسبعين ترتيباً تنازلياً حسب الدرجة الكلية التي حققها كل منهم في استجابته على فقرات الاستبانة ككل، ثم تم اختيار أعلى 27% من الدرجات (وعددهم 20 فرداً) ، وأدنى 27% من الدرجات (وعددهم أيضاً 20 فرداً) وأخيراً تم إجراء المقارنة بين المجموعتين باستخدام اختبار مان - ويتي U ، وذلك لعدم اعتدالية التوزيع، الأمر الذي لا يسمح باستخدام اختبار بارامتري كاختبار (ت)، بالإضافة لكون اختبار U مصمم للتوزيعات الصغيرة، المتجانسة منها وغير المتجانسة. يرى عفانة (1998: 125) أنه في حالة استخدام اختبار U فإنه يتم حساب قيمتين للمتغير يو يو 1 يو 2، حيث يتم اختيار القيمة الصغرى ومقارنتها بالقيمة الجدولية، فإذا كانت أقل منها يكون الاختبار دال إحصائياً ويرفض الفرض الصفري ، وهذا عكس اختبارات الفرضيات البارامترية . يمكن لقيمة يو الصغرى أن تكون صفر . والجدول (7) يبين ذلك:

جدول (7)

يبين صدق المقارنة الطرفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات
على مقياس الوصمة باستخدام اختبار مان - ويتي U

الأبعاد	الفئة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
البعد النفسي	مرتفعو الدرجات	30.50	610.00	0.00	**
	منخفضو الدرجات	10.50	210.00		
البعد الأسري	مرتفعو الدرجات	30.40	608.00	2.00	**
	منخفضو الدرجات	10.60	212.00		
البعد الاجتماعي	مرتفعو الدرجات	30.50	610.00	0.00	**
	منخفضو الدرجات	10.50	210.00		
البعد الديني	مرتفعو الدرجات	30.45	609.00	1.00	**
	منخفضو الدرجات	10.55	211.00		
الدرجة الكلية	مرتفعو الدرجات	30.50	610.00	0.00	**
	منخفضو الدرجات	10.50	210.00		

** دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول (7) وجود فروق جوهرية بين مرتفعي الدرجات ومنخفضيها على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة وصمة المرض النفسي موضوع الدراسة وذلك لصالح مرتفعي الدرجات، الأمر الذي يشير إلى صلاحية الاستبانة للتمييز بين الأفراد مرتفعي الدرجات ونظرائهم من منخفضي الدرجات على الاستبانة مما يؤكد الصدق التمييزي لها.

2. الثبات Reliability :

1. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Method :

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين مجموع درجات الفقرات فردية الترتيب ومجموع درجات الفقرات زوجية الترتيب لدرجات أفراد العينة الاستطلاعية على كل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة مظاهر الوصمة من المرض النفسي، ثم تم استخدام معادلة سبيرمان - براون التنبؤية لتعديل طول الاختبار، حيث أن معامل الارتباط المحسوب هو لنصف الاختبار. (Ahman, 1967:321) والجدول (8) يبين ذلك:

جدول (8)

يبين معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة
الوصمة من المرض النفسي بطريقة التجزئة النصفية (ن = 75)

الأبعاد	معامل الارتباط	معامل الارتباط بعد التعديل
البعد النفسي	** 0.8012	** 0.8904
البعد الأسري	** 0.4874	** 0.6568
البعد الاجتماعي	** 0.5590	** 0.7204
البعد الديني	** 0.4845	** 0.6548
الدرجة الكلية	** 0.8246	** 0.9039

** دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول (8) أن معاملات ثبات الاختبار المحسوبة بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد استبانة الوصمة من المرض النفسي جميعها جوهرية وبلغت مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01 ، كما أن معامل ثبات المقياس ككل بلغ 0.90 تقريباً، الأمر الذي يعكس درجة مرتفعة من الثبات تطمئن الباحث لصلاحية الاستبانة للاستخدام على العينة الحالية.

2. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

قام الباحث بتقدير ثبات الاستبانة في صورتها النهائية بحساب معامل ألفا كرونباخ لأبعاد الاستبانة ومجملة الدرجة الكلية لها (ن=38) كما بينها الجدول (9):

جدول (9)

يبين ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة
الوصمة من المرض النفسي بطريقة كرونباخ ألفا

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل ألفا
البعد النفسي	11	0.7874 **
البعد الأسري	11	0.7367 **
البعد الاجتماعي	7	0.6489 **
البعد الديني	9	0.5464 **
الدرجة الكلية	38	0.9068 **

يتبين من الجدول (9) أن معاملات ثبات الأبعاد الفرعية الأربعة المكونة لمقياس الوصمة موضوع الدراسة قد تراوحت بين 0.55 - 0.79 تقريباً، فيما بلغ معامل ثبات الاستبانة ككل بطريقة ألفا كرونباخ 0.91 تقريباً، وجميعها قيم جوهرية ودالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0.01 الأمر الذي يعكس مستوى جيد من الثبات.

الأسلوب الإحصائي: قام الباحث باستخدام برنامج الرزم الإحصائية SPSS لتفريغ البيانات ومعالجتها كما يلي:

لتقنين أداة الدراسة استخدم الباحث ما يلي (على نتائج العينة الاستطلاعية (ن = 75):

- معامل ارتباط بيرسون Pearson's Correlation.
- اختبار ويلكوكسون للفروق بين رتب المجموعات المرتبطة
- اختبار مان ويتني U للفروق.
- نسبة الكسب لبلاك.

ثانياً: النتائج: لتحليل نتائج الدراسة استخدم الباحث ما يلي (على نتائج المجموعة

التجريبية ن = 20):

1-نسبة الكسب لبلاك.

2-اختبار مان ويتني U.

3-اختبار ويلكوسون للفروق بين رتب المجموعات المرتبطة.

الفصل الخامس

عرض وتفسير نتائج الدراسة

- عرض وتفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الأول.
- عرض وتفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الثاني.
- عرض وتفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الثالث.
- تفسير عام لنتائج الدراسة
- التوصيات و المقترحات .

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

1. للتحقق من صحة الفرض الأول والذي ينص: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده". قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ن=20) في أدائهم على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة الوصمة من المرض النفسي قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده باستخدام اختبار ويلكوسون W للفروق بين رتب المجموعات المرتبطة، وقد تم استخدام هذا الإختبار اللابارامتري Non-Parametric Test بسبب عدم اعتدالية توزيع درجات المفحوصين العشرين الأمر الذي حدا بالباحث إلى استخدامه كبديل لاختبار البارامتري. (عفانة، 1998: 170) والجدول (10) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من الاختبارين القبلي والبعدي لاستبانة "الوصمة من المرض النفسي" موضوع الدراسة:

جدول (10)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية (ن = 20) على استبانة الوصمة من المرض النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي

بعد التطبيق		قبل التطبيق		أبعاد الاستبانة
ع	م	ع	م	
7.711	31.100	6.327	46.150	البعد النفسي
6.403	26.950	6.226	45.650	البعد الأسري
4.435	19.750	2.438	32.050	البعد الاجتماعي
3.144	32.100	4.330	38.700	البعد الديني
16.998	109.900	17.751	162.550	الدرجة الكلية

أما الجدول (11) فيبين اختبار ويلكوسون للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوصمة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده بهدف التعرف على جوهرية الفروق بين المتوسطات المبينة في الجدول السابق:

جدول (11)

يبين اختبار ويلكوكسون للفروق في رتب أفراد المجموعة

التجريبية (ن = 20) بين كل من التطبيقين القبلي والبعدي

قيمة اختبار	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	أبعاد استبانة الوصمة
** 3.884	209.00	11.00	19	الرتب السالبة	البعد النفسي قبلي/بعدي
	1.00	1.00	1	الرتب	
			0	التساوي	
			20	المجموع	
** 3.925	210	10.50	20	الرتب السالبة	البعد الأسري قبلي/بعدي
	0.00	0.00	0	الرتب	
			0	التساوي	
			20	المجموع	
** 3.925	210	10.50	20	الرتب السالبة	البعد الاجتماعي قبلي/بعدي
	0.00	0.00	0	الرتب	
			0	التساوي	
			20	المجموع	
** 3.925	210	10.50	20	الرتب السالبة	البعد الديني قبلي/بعدي
	0.00	0.00	0	الرتب	
			0	التساوي	
			20	المجموع	
** 3.925	210	10.50	20	الرتب السالبة	الدرجة الكلية قبلي/بعدي
	0.00	0.00	0	الرتب	
			0	التساوي	
			20	المجموع	

** دالة عند مستوى 0.01

من الجدول (11) يتضح أنه توجد فروق جوهرية بلغت مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01 بين التطبيقين القبلي والبعدي لاستبانة الوصمة من المرض النفسي على أفراد المجموعة التجريبية سواء الأبعاد الأربعة أو الدرجة الكلية، ورجوعاً إلى الجدول (10) يتضح أن هذه الفروق جاءت لصالح التطبيق القبلي في جميع الحالات، مما يعني أن درجات أفراد المجموعة التجريبية على الاستبانة المذكورة قد انخفضت بشكل جوهري بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عنها قبل التطبيق.

إن هذه النتيجة تؤكد أن البرنامج الإرشادي الذي تم تصميمه وتطبيقه بهدف التخفيف من مظاهر الشعور بالوصمة من المرض النفسي هو برنامج جيد ويمكن استخدامه على عينات مشابهة.

وترجع فاعلية البرنامج وتأثيره الإيجابي إلى اهتمام البرنامج بتبصير الآباء والأمهات بالمشكلات والمواقف التي يتعرضون لها مما ساعدهم على فهم ومعالجة الكثير من المواقف الضاغطة، والتي تسبب لهم المزيد من الضيق والألم والحرج.

كما ترجع فاعلية البرنامج أيضاً إلى إتاحة الفرصة للآباء والأمهات للإفصاح عن مشاعرهم وأفكارهم تجاه المشكلات مما ساعد على وضع حلول لها من قبل المجموعة التجريبية نفسها، وخاصة تلك التي تتعلق بالمشاكل الأسرية. والتركيز في البرنامج على أهمية المساندة الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية قد ساعد على حل الكثير من المشاكل خاصة الزوجية. كما أن الجلسة الدينية كان لها أثر كبير في مساعدة المجموعة التجريبية على تقبل قضاء الله وقدره والعمل على تعلم الحلم لقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "إنما العلم بالتعلم وإنما الحلم بالتحلم".

يرى الباحث أن التنفيس الانفعالي وإخراج المكبوتات لدى المجموعة التجريبية كان لهما دوراً كبيراً في تبصيرهم بجوانب الضعف والقوة لديهم وتزويدهم بمعلومات عن المرض النفسي التي أدت إلى تخفيض نسبة المعاناة الناتجة عن الأحداث الضاغطة وكان لها الأثر الكبير في تخفيف حدة الأعراض المرضية والتي منها على سبيل المثال الإكتئاب والخجل العميق. وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة موريسون (1976) ودراسة خليفة (1987) ودراسة فريمان (1961) ودراسة عثمان (1998) ودراسة فلتشر (1962) التي بينت أن المحاضرات والمناقشات واسلوب السيكودراما ساهمت في التنفيس الانفعالي وقد أدت إلى تخفيف الشعور بالوصمة لدى المجموعة التجريبية وساعدها على تغيير اتجاهاتها ونظرتها نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين .

وللتعرف على فعالية البرنامج الإرشادي بشكل حقيقي، قام الباحث بحساب نسبة الكسب لبلاك كما يلي: (هندام، 1984: 149)

$$\text{نسبة الكسب} = \frac{\text{ص} - \text{س}}{\text{د}} + \frac{\text{ص} - \text{س}}{\text{د} - \text{س}}$$

حيث:

$$\text{ص} = \text{متوسط الدرجات على الاختبار البعدي} = 109.900$$

$$\text{س} = \text{متوسط الدرجات على الاختبار القبلي} = 162.550$$

$$\text{د} = \text{الدرجة القصوى للاختبار} = 190$$

وقد وجد أن نسبة الكسب المحسوبة لبلاك = - 2.195 ، والنسبة سالبة بسبب أن هدف البرنامج هو تخفيض مظاهر الوصمة بمعنى الحصول على درجات منخفضة في الاختبار البعدي، ومقارنة بالحد الأدنى للنسبة التي اقترحها بلاك وهي 1.2، فإن باستطاعة الباحث القول أن البرنامج الإرشادي حقق فاعلية مرتفعة في التخفيض من مظاهر الوصمة من المرض النفسي موضوع الدراسة.

2. لفحص الفرض الثاني للدراسة ونصه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي والتتبعي".
قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ن=20) في أدائهم على استبانة الوصمة من المرض النفسي بين التطبيقين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من تاريخ التطبيق البعدي) وذلك على الأبعاد الفرعية الأربعة والدرجة الكلية للاستبانة موضوع الدراسة باستخدام اختبار ويلكوكسون W للفروق بين رتب المجموعات المرتبطة، والجدول (12) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من الاختبارين البعدي والتتبعي لاستبانة "الوصمة من المرض النفسي" موضوع الدراسة:

جدول (12)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية
(ن = 20) على استبانة الوصمة من المرض النفسي للتطبيقين البعدي والتتبعي

التطبيق التتبعي		التطبيق البعدي		أبعاد الاستبانة
ع	م	ع	م	
7.911	30.200	7.711	31.100	البعد النفسي
7.488	28.200	6.403	26.950	البعد الأسري
4.685	17.200	4.435	19.750	البعد الاجتماعي
2.254	32.650	3.144	32.100	البعد الديني
19.491	108.250	16.998	109.900	الدرجة الكلية

أما الجدول (13) فيبين اختبار ويلكوكسون للفروق في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوصمة بين التطبيقين البعدي والتتبعي للبرنامج الإرشادي بهدف التعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات المبينة في الجدول السابق:

جدول (13)

يبين اختبار ويلكوكسون للفروق في رتب أفراد المجموعة

التجريبية (ن = 20) بين كل من التطبيقين البعدي والتبعي

قيمة اختبار ز	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	أبعاد استبانة الوصمة
/// 0.632	100.00	11.11	9	الرتب السالبة	البعد النفسي بعدي /تبعي
	71.00	7.89	9	الرتب الموجبة	
			2	التساوي	
			20	المجموع	
/// 0.645	79.00	9.88	8	الرتب السالبة	البعد الأسري بعدي /تبعي
	111.00	10.09	11	الرتب الموجبة	
			1	التساوي	
			20	المجموع	
/// 1.769	126.00	9.69	13	الرتب السالبة	البعد الاجتماعي بعدي /تبعي
	45.00	9.00	5	الرتب الموجبة	
			2	التساوي	
			20	المجموع	
/// 0.854	66.00	8.25	8	الرتب السالبة	البعد الديني بعدي /تبعي
	105.00	10.50	10	الرتب الموجبة	
			2	التساوي	
			20	المجموع	
/// 0.348	93.50	9.35	10	الرتب السالبة	الدرجة الكلية بعدي /تبعي
	77.50	9.69	8	الرتب الموجبة	
			2	التساوي	
			20	المجموع	

/// غير دالة

من الجدول (13) يتضح عدم وجود فروق جوهرية بين كل من التطبيقين البعدي والتبعي لاستبانة الوصمة من المرض النفسي على أفراد المجموعة التجريبية في الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للاستبانة، الأمر الذي يشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيض من مظاهر الوصمة من المرض النفسي بعد مرور فترة زمنية على تاريخ التطبيق للبرنامج الإرشادي.

ويرجع ذلك إلى فهم المجموعة الإرشادية لطبيعة الأمراض النفسية على أنها أمراض حقيقية تستجيب لعلاجات فاعلة ومعرفة الآباء والأمهات إلى أهمية المساندة الاجتماعية للتعرف على وجوه جديدة تساعد في البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة، وهذا بدوره يقلل من الشعور باليأس والخجل العميق.

وترجع استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي إلى اهتمام البرنامج بالمساندة والدعم الأسري مما أدى إلى أن يفهم الآباء والأمهات أدوارهم جيداً من خلال توزيع المسؤوليات بينهم، وكذلك تبصير الآباء والأمهات بتحديد طبيعة العلاقة بينهم وبين الأخوة داخل الأسرة. وترجع استمرارية فاعلية البرنامج إلى استبصار المجموعة الإرشادية بأهمية معرفة ذواتهم وقدراتهم واستعداداتهم وانفعالاتهم ومعرفة مصادر اضطراباتهم ومشاكلهم حتى يتمكنوا من التغلب على المواقف التي تسبب لهم الضيق والتوتر والحرع الشديد.

وهنا فقد انفتحت نتائج البرنامج مع نتائج دراسة موريسون (1976) والتي أظهرت أهمية العوامل الاجتماعية على المريض النفسي وأهمية الأسرة المجتمع في مساعدة المريض النفسي.

وكذلك انفتحت مع دراسة فلتشر (1962) والتي استطاعت من خلال برنامج تدريبي يتضمن مجموعة من المحاضرات تغيير اتجاهات طالبات التمريض حيال المرض النفسي وأثر ذلك على تحسين أداءهن في العمل مع المرضى .

3. لفحص الفرض الثالث للدراسة ونصه: " لا يختلف أداء الذكور عن أداء الإناث في مظاهر الشعور بالوصمة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي"

قام الباحث أولاً بالتأكد من تجانس الذكور والإناث في مظاهر الشعور بالوصمة في التطبيق القبلي للاستبانة موضوع الدراسة، ثم إجراء اختبار للفروق بين المجموعتين (الذكور والإناث) في الأداء البعدي على الاستبانة كما يلي:

أولاً: الجدول رقم (14) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الذكور والإناث في التطبيقين القبلي والبعدي:

جدول (14)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل من الذكور (ن=10)

والإناث (ن=10) على استبانة الوصمة من المرض النفسي للتطبيقين القبلي والبعدى

التطبيق البعدي				التطبيق القبلي				أبعاد الاستبانة
الإناث ن = 10		الذكور ن = 10		الإناث ن = 10		الذكور ن = 10		
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
5.02	35.50	7.57	26.70	4.42	47.70	7.72	44.60	البعد النفسي
6.52	30.10	4.69	23.80	5.21	47.60	6.80	43.70	البعد الأسري
3.72	22.40	3.48	17.10	2.00	33.00	2.56	31.10	البعد الاجتماعي
2.21	33.30	3.57	30.90	2.01	40.40	5.40	37.00	البعد الديني
11.30	121.30	13.91	98.50	11.15	168.70	21.38	156.40	الدرجة الكلية

ثانياً: تم إجراء المقارنة بين الذكور (ن=10) والإناث (ن=10) في التطبيق القبلي باستخدام اختبار مان - ويتني U ، وذلك لعدم اعتدالية التوزيع إضافة لكون عدد الأفراد في كل مجموعة يساوي 10 أفراد، وهو عدد قليل لا يجوز معه استخدام اختبار بارامتري كاختبار (ت) ، لذا تم استخدام بديلاً لبارامترياً مناسباً وهو اختبار مان ويتني، والجدول (15) يبين ذلك :

جدول (15)

يبين الفروق بين الذكور والإناث في التطبيق القبلي باستخدام اختبار مان - ويتني U

الأبعاد	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
البعد النفسي	الذكور	9.30	93.00	38.00	///
	الإناث	11.70	117.00		
البعد الأسري	الذكور	8.60	86.00	31.00	///
	الإناث	12.40	124.00		
البعد الاجتماعي	الذكور	8.30	83.00	28.00	///
	الإناث	12.70	127.00		
البعد الديني	الذكور	9.10	91.00	36.00	///
	الإناث	11.90	119.00		
الدرجة الكلية	الذكور	8.80	88.00	33.00	///
	الإناث	12.20	122.00		

/// غير دالة

يبين الجدول (15) عدم وجود فروق جوهرية بين أداء مجموعتي الذكور والإناث على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبانة الوصمة، الأمر الذي يحقق التجانس بين المجموعتين في مستوى الشعور بالوصمة كما تقاس بالاستبانة موضوع الدراسة. ثالثاً: قام الباحث أخيراً بفحص الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث في مظاهر الشعور بالوصمة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وقد تم إجراء المقارنة بين الذكور (ن=10) والإناث (ن=10) باستخدام اختبار مان - ويتني U ، لنفس الاعتبارات المذكورة في الفرض السابق، والجدول (16) يبين ذلك :

جدول (16)

يبين الفروق بين الذكور والإناث في التطبيق البعدي باستخدام اختبار مان - ويتي U

الأبعاد	الفئة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
البعد النفسي	الذكور	6.90	69.00	14.00	**
	الإناث	14.10	141.00		
البعد الأسري	الذكور	7.80	78.00	23.00	*
	الإناث	13.20	132.00		
البعد الاجتماعي	الذكور	6.85	68.50	13.50	**
	الإناث	14.15	141.50		
البعد الديني	الذكور	8.10	81.00	26.00	///
	الإناث	12.90	129.00		
الدرجة الكلية	الذكور	6.60	66.00	11.00	**
	الإناث	14.40	144.00		

/// غير

* دالة عند مستوى 0.05

** دالة عند مستوى 0.01

دالة

يبين الجدول رقم (16) وجود فروق دالة إحصائية عند مستويي دلالة 0.01 و 0.05 بين مجموعتي الذكور والإناث في مظاهر الوصمة من المرض النفسي وذلك في كل من: البعد النفسي والبعد الأسري والبعد الاجتماعي إضافة للدرجة الكلية للوصمة، وذلك لصالح مجموعة الإناث، بينما لم ترق الفروق في البعد الديني إلى مستوى الدلالة الإحصائية. إن النتيجة السابقة تؤكد أنه وعلى الرغم من تحقيق المجموعة ككل للفائدة من البرنامج الإرشادي، فإن درجة الشعور بالوصمة ما زالت لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور في جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية باستثناء البعد الديني. ويرجع ذلك إلى أن الأمهات يغلب عليهن الجانب العاطفي متمثلاً في الضغوط الانفعالية للعناية بمرضاهم والمحافظة على التوازن الأسري. فالأم تعاني من صراع الأدوار من حيث دورها كربة منزل وما يتطلب ذلك من أعباء بالإضافة إلى رعايتها لابنها المريض نفسياً، فقد لاحظ الباحث أن الأمهات هن اللواتي يقمن بأخذ أبناءهن إلى العيادات النفسية، وهذا يزيد شعورهن بالضغط النفسي.

ويرى الباحث أن نتائج دراسته قد تعارضت مع نتائج دراسة زقوت (2001) التي أظهرت أن الذكور لديهم شعوراً بالوصمة أكثر من الإناث . بينما أظهرت نتائجه أنها لا تختلف مع نتائج عثمان (1998) التي أظهرت أنه لم تكن هناك فروق بين الذكور والإناث في اتجاهاتهم نحو المرض النفسي بينما أظهرت هذه الدراسة عكس ذلك .

تفسير عام لنتائج الدراسة

أولاً : كشفت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده وهذا يعني أن الدرجات على مقياس وصمة المرض النفسي قد انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لدى الذكور والإناث وهذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي . يرى الباحث أن فعاليات البرنامج الإرشادي وما تضمنه من تفريغ انفعالي وسيكودراما واستبصار ومناقشات فردية وجماعية قد أسهمت جميعها في التخفيف من الشعور بالوصمة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة أندرووسيمس (1992) ودراسة موريسون (1976) ودراسة يونس (1978) ودراسة فريمان (1961) .

ثانياً : كشفت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد التطبيقين البعدي والتتبعي . وتتسم هذه النتيجة مع دراسة فلنشر (1962) وموريسون (1976) .

ويُرجع الباحث انخفاض درجات الوصمة على مقياس الوصمة إلى ما اكتسبته المجموعة التجريبية من العديد من الخبرات والمهارات الاجتماعية والنفسية والتي تعتبر عنصراً هاماً في تحسينهم وتزويدهم بطرق التكيف مع المواقف الضاغطة وخاصة لجوئهم إلى الله عز وجل للتخفيف عنهم وطلب المساندة الاجتماعية من الأقارب والأصدقاء هذا بالإضافة إلى طلب العون النفسي من المرشدين النفسيين الذين يزورونهم في البيت أو الذين يذهبون إليهم في العيادات النفسية ويرى الباحث أن للعامل الديني دور كبير في استمرارية أثر البرنامج .

ثالثاً : أظهرت الدراسة أن درجات الإناث على مقياس الوصمة كان أعلى من درجات الذكور في كل من : البعد النفسي والبعد الأسري والبعد الاجتماعي بينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى البعد الديني ، وهذه النتيجة تتعارض مع نتيجة (زقوت ، 2001) التي أظهرت أن الذكور لديهم شعوراً بالوصمة أكبر من الإناث .

يرى الباحث أن المجتمع الفلسطيني مجتمعاً مسلماً مؤمناً بقضاء الله وقدره ولا تستطيع أي ضغوطات تؤثر عليه فهو يعلم جيداً أن لا ملجأ من الله إلا إليه .
والإناث يغلب عليهن الجانب العاطفي وهن الأكثر اتصالاً بالمرضى النفسيين ، وقد لاحظ الباحث أثناء دراسته أن الأمهات هن اللواتي يذهبن بأبنائهن إلى العيادات النفسية لأخذ الدواء أو للاستشارة النفسية وهذا يحتم عليهن الخروج من البيت وركوب السيارة وانتظار الدور حتى تدخل إلى الطبيب النفسي وهذا كله يزيد من شعورها بالوصمة ، وقد لاحظ الباحث في دراسته أن الآباء نادراً ما يزورون أبناءهم في العيادات النفسية أو يصطحبونهم إليها وهذا ساعد في أن تكون درجات الإناث أعلى من درجاتهم .

وفي النهاية لابد من كلمة تقال :

إن الوصمة تعني علامة خزي أو عار أو رفض والتي تلتصق بالأفراد وقد ينتج عنها عزلة الفرد وهي تسبب الإحجاف والتمييز والمضايقة لأفراد الأسرة عندما يستمعون لأحاديث الناس من تصرفات المرضى النفسيين خاصة إذا أظهروا في الشارع ومما لاشك فيه أن وجود المريض النفسي يخلق جواً مشحوناً في العلاقات الأسرية وهذا يؤدي إلى ضعف العلاقات الأسرية الداخلية في الوقت الذي يجب أن تكون فيه علاقاتهم أقوى من أي وقت مضى .
لذا يجب على الأسرة أن تعرف مريضها جيداً وأن تتجنب الشعور بوصمة المرض النفسي حتى يتمكنوا جميعاً من معالجة مريضهم . وتتأثر الأسرة الفلسطينية باتجاهات المجتمع لها وقد يتأثر زواج الشاب أو الشابة إذا ما عرف الناس أنهما توجهتا إلى عيادة نفسية ويرجع ذلك للتأثير السلبي للفكرة التي يحملها الناس داخلهم حيال المريض النفسي .
يرى الباحث أن على المجتمع ككل أن يفهم أن الاضطرابات النفسية ليست نتيجة لفشل أخلاقي أو قوة محدودة ولكنها أمراض حقيقية تستجيب لعلاجات فاعلة ، وأن ذوي المرضى النفسيين في حاجة ماسة للدعم وللوقوف بجانبهم لأنهم حقيقة يعيشون حياة لا تطاق وصدق رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم حين قال : ترى المؤمنين في تراحمهم وتوادهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر جسده بالسهر والحمى) (رواه البخاري) .

توصيات الدراسة

تبين من خلال الدراسة أن للوصمة آثار سلبية على الأسر التي لديها مرضى نفسيين لذلك يوصي الباحث بما يلي:

- وضع برامج إرشادية مخصصة للوالدين والأسرة بصفة عامة تساعدهم على فهم المرض النفسي وكيفية التعامل مع المواقف الضاغطة.
- وضع برامج إرشادية تحدث انقلاباً في فهم الجمهور واتجاهاته نحو المرض النفسي.
- إنشاء مؤسسة ذات مهام وأهداف خاصة لتزيد من مهارات الاتصال والتخاطب بين الأسر التي لديها مرضى نفسيين.
- تفعيل دور وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون في إحداث تغيير إيجابي في فهم الناس للمرضى النفسي والمرضى النفسيين.
- تفعيل دور وعاظ وخطباء المساجد للحديث عن أهمية المساندة الاجتماعية لذوي المرضى النفسيين.
- عقد ندوات وورش عمل لوضع أسس للبدء في حملة للقضاء على الوصمة ولتساعد ذوي المرضى النفسيين ليتحدثوا عن ضغوطاتهم وانفعالاتهم ومشاكلهم النفسية.

مقترحات الدراسة

- في ضوء النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته ، فإنه يرى ضرورة القيام بدراسات أخرى في مجال الإرشاد النفسي الأسري وخاصة مجال البرامج الإرشادية والذي بحاجة إلى المزيد من إقدام الباحثين عليه ، ومن الموضوعات التي يقترحها الباحث ما يلي :
- القيام بإجراء بحث مسحي ميداني لمعرفة حجم المشكلة وشدتها .
- توظيف أسلوب الإرشاد الجمعي في المؤسسات النفسية المجتمعية والتنسيق فيما يعينها لتنظيم برامج إرشادية مشتركة .
- عمل إصدارات ونشرات تثقيفية خاصة لذوي المرضى النفسيين تساعدهم على مواجهة الأحداث الضاغطة والتي تسبب لهم الضيق والخجل .
- إجراء بحوث إجرائية لتفعيل دور المساجد ووسائل الإعلام وتوظيفها لخدمة العمل الإرشادي النفسي .
- تصميم برامج علاجية مماثلة على مستوى المناطق المختلفة من فلسطين .

المراجع

1- المراجع العربية

2- المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً: القرآن الكريم

ثانياً: المراجع العربية

-إبراهيم، عبد الستار (1984): البحث عن القوة الاتجاه التسلطي في الشخصية والمجتمع، القاهرة: المركز العربي للبحث والنشر .

_____ (1988): العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان، الكويت: عالم المعرفة، وزارة الثقافة الكويتية.

_____ (1988): علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض: دار المريخ للنشر .

-إبراهيم، ماجي (1996): أهداف ومستويات العملية الإرشادية النفسية، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس "الإرشاد النفسي في عالم متغير". القاهرة.

-أبو عميرة، محبات (1995): "فاعلية برنامج إعداد معلمات الرياضيات للمرحلة الابتدائية بكلية التربية في جامعة عين شمس"، مجلة مستقبل التربية العربية. القاهرة: مركز ابن خلدون للدراسات النمائية، مج (1)، ع (4).

-الأغوا، إحسان (1997): تصميم البحث التربوي، مطبعة الرنتيسي، غزة، فلسطين.

-ثابت، عبد الرؤوف (1986): الطب النفسي المبسط، القاهرة: دار النهضة العربية.

-الجسماني، عبد العلي (1997): القرآن وعلم النفس، الطبعة الأولى، بيروت: الدار العربية للعلوم.

-حافظ، نبيل عبد الفتاح (1983): مدى فاعلية العلاج الجشثالتي في تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانية، رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس.

- حبيب ، مجدي عبد الكريم (1996) : التقويم والقياس في التربية وعلم النفس ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، مصر .

-حمزة، مختار (1976): "إرشاد الآباء والأبناء"، القاهرة: مكتبة الخاجي.

-خليفة، عبد اللطيف (1987): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، مجلة علم النفس، (1) ص ص 95 - 96، الهيئة العامة للكتاب، مصر.

_____ (1998): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم، دراسات في علم النفس الاجتماعي، المجلد الأول، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ص ص 12 - 43.

-ربيح، محمد شحاتة (1986): تاريخ علم النفس ومدارسه، القاهرة: دار الصحوة للنشر والتوزيع.

-الرفاعي، نعيم (1982): العيادة النفسية والعلاج النفسي (الجزء الثاني) الاتجاهات في المعالجة النفسية، دمشق: المطبعة التعاونية.

-الزبادي، أحمد، الخطيب، هشام (1990): الصحة النفسية للطفل، عمان: دار الثقافة والنشر.

_____ (2001): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمان: دار الثقافة والنشر.

-زقوت، سمير (2001): الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات،

رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة،
فلسطين.

-زهـران، حامـد (1973): الوقاية من المرض النفسي، مجلة الصحة النفسية،
مارس 1973.

_____ (1976): دليل فحص ودراسة الحالة في الإرشاد والعلاج
النفسي، القاهرة: عالم الكتب.

_____ (1977): "التوجيه والإرشاد النفسي"، عالم الكتب، القاهرة.

_____ (1978): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، عالم الكتب،
القاهرة.

_____ (1980): "التوجيه والإرشاد النفسي"، ط2، القاهرة: عالم
الكتب.

_____ (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط3). القاهرة:
عالم الكتب.

-زهـران، طارق عبد السلام (1978): الصحة النفسية، والعلاج النفسي، عالم الكتب،
القاهرة.

-سـابـا، رغـدة (1996): المعتقدات نحو المرض النفسي، دراسة غير
منشورة للحصول على دبلوم في العلاج النفسي، كلية الآداب،
جامعة القاهرة، مصر.

-سـري، إجلال محمد (1990): علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة.

-السعودي، منى عبد الهادي (1998): "فاعلية استخدام نموذج التعليم البنائي في تدريس العلوم على تنمية التفكير الإبداعي لدى طلاب الصف الخامس"، المؤتمر العلمي الثالث، إعداد معلم العلوم للقرن الحادي والعشرون، الجمعية المصرية للتربية العلمية، فندق أبو سلطان، 2 - 5 أغسطس 1998.

-سلامة، ممدوح (1986): الإرشاد النفسي، القاهرة: الأنجلو المصرية.

-شقيقير، زينب (1994): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية، مجلة علم النفس، (30) ص ص 124 - 140.

-الشناوي، محمد.التويجري، محمد (1996): الإرشاد وتحديات العصر. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس "الإرشاد النفسي في عالم متغير".

-صادق، فاروق (1982) سيكولوجية التخلف العقلي، السعودية: مطبوعات جامعة الملك سعود.

-صالح، أحمد زكي (1972): الأسس النفسية للتعليم الثانوي، (ط2) القاهرة: دار النهضة العربية.

-عبد الخالق، أحمد محمد (1982): الإتجاه نحو المرض العقلي لدى عينة من طالبات علم النفس: دراسة استطلاعية: عبد الخالق أحمد محمد (محرر)، بحوث في السلوك والشخصية، المجلد الثاني، القاهرة: دار المعارف، ص ص 97 - 118

-عبد العزيز، مفتاح محمد (2001): علم النفس العلاج، اتجاهات حديثة، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

- عيبيدات ، ذوقان (1998) البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه . دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن .
- عثمان، إياد (1998): اتجاهات طلبة جامعة النجاح نحو المرض النفسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- عفانة، عزو إسماعيل (1998) : الإحصاء التربوي : الإحصاء الاستدلالي . الجزء الثاني ، غزة ، مطبعة مقدار ط 1 .
- عفانة، عزو إسماعيل (2000): "حجم التأثير واستخداماته في الكشف عن مصداقية النتائج في البحوث التربوية"، مجلة البحوث والدراسات الفلسطينية، العدد الثالث.
- عكاشة، أحمد (1992): الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- عيسوي، عبد الرحمن (2001): سيكولوجية الشخصية، الإسكندرية: منشأة المعارف بالإسكندرية.
- الفرار، فاروق (1989): "تطوير كفايات تدريس الجغرافيا باستخدام الوحدات النفسية"، الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- فهمي، مصطفى أحمد (1967): الصحة النفسية، دار الثقافة، القاهرة.
- قوتنة، سـمير (2000): اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة النفسية وبرنامج غزة للصحة النفسية، دراسة غير منشورة، مركز أبحاث برنامج غزة للصحة النفسية، فلسطين ص ص 1 - 10.
- القوصي، عبد العزيز (1969): أسس الصحة النفسية، (ط9). القاهرة: مكتبة

النهضة المصرية.

- كمال، علي (1994): **العلاج النفسي قديماً وحديثاً**، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- ماهر، محمد. عمر، محمود (1985): **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**، الإسكندرية.
- مرسي، سـيـد (1976): **"الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني"**، القاهرة: مكتبة الخاني.
- ملحم، سامي محمد (2001): **"الإرشاد والعلاج النفسي، ومدارسه"**، القاهرة، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- نجاتي، محمد عثمان (1982): **القرآن وعلم النفس**، بيروت: دار الشرق.
- نشواتي، عبد الحميد (1985): **علم النفس التربوي**، عمان: دار الفرقان.
- الهمص، عبد الفتاح (1998): **المنهج الرباني في علاج السحر والعين والمس الشيطاني**، غزة: الجامعة الإسلامية.
- هـنـدـام ، حامد يحيى (1984) : **مسارات تفكير الكبار في الرياضيات (طريقة هندام)** دار النهضة العربية ، القاهرة .

ثانياً: المراجع الأجنبية English references

- Afana, Abd-El-Hameed, et.al (2000): **The Attitudes of Palestinian Primary Health professionals in Gaza Strip Towards Mental Illness**. Egyptian Journal of Psychiatry, 1 (23), pp 101-111.
- Ahman, J.Stanely and Glock . Marvin , D(1967) Evaluating Pupil Growth. Allyn & Bacon , Inc, Boston . P.321 .
- American Psychological Association (1980): **Ethical standards of psychologists**. Washington, D.C;: American Psychological Association.
- Andrew, B. Sims, A. (1992): The scare that is more than skin deep: The stigma of depression. British Journal of General Practice. Jan, vol. 43, 30-31.
- Ben Noun. L. (1996): Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. **Israel Journal of psychiatry**. 33, 167-174.
- Bentz. W.K., Edgerton, J.W & Miller, F,T, (1971): **Attitudes of teachers and the public toward mental illness**, Mental hygiene. Vol. 55, No.3 pp.324-330.
- Brammer, L. M. Shostrom, E.L. (1977): **Therapeutic psychology fundamentals of counseling and psychotherapy**. Englewood cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Brugha, T.S., Wing, J. K., Brewin, C.R., et al (1993): **The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in Long-term psychiatric disorders**. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology, 28, 218-224.

- Byrne, Peter (2000): **Stigma of mental illness and ways of diminishing it**. Advance in psychiatric treatment, 6. 65-72.
- _____ Peter (1998): Stigma of mental illness, Changing mind, changing behaviour, **British Journal of psychiatry**, 174. 1-2.
- Carson, C., et al: **Abnormal Psychology and Modern life**. (11th Ed), Boston: Allyn and Bacon. 2000.
- _____ J & Struening, . L (1962): Opinions about Mental Illness in the personnel of two large Mental Hospitals. **Journal of Abnormal and social Psychology**. Vol. 64.No.5, pp. 349-360.
- Corrigan, P. & Penn, D. L. (1999): **Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma**. American psychologist, 54,267- 268.
- Davidesn, G. C & Neale, J. M. (1994): **Abnormal Psychology**. (6th ed.). John Wiley & sons, INC. N.Y.
- _____ G. Noale, J. M. (1994): **Abnormal Psychology: An experimental clinical approach**. New York: John Wiley.
- Docherty, J. P. (1997): Barriers to the diagnosis of depression in primary care. **Journal of clinical psychiatry**, 58. 5-10.
- Eisenberg, L. (1995): The social construction of the human brain. **American Journal of psychiatry**, 58, 5-10.

- Ellis, . (1968): **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stewart.
- _____ Albert (1977): **Reason and Emotion in Psychotherapy**. The citadel Press: New Jersey.
- Ellsworth, R.B (1965): A behavioural study of staff Attitudes toward mental illness. **Journal of Abnormal psychology**, vol. 70, No.3, pp 194-200.
- El-Sherbini, A. F, El-Gueddy, M., And El-Aziz, S., & Reda, S. (1981): **Knowledge and opinions of families about mental illness and mental patients**. Egyptian Journal Psychiatry Vol. 4, 120-128.
- Farrel, L. (1999): **That which does not kill us will make us stringer**. Irish Medical News, 21 June. P. 21.
- Fink, P. J & Tasman, A. (1992): **Stigma and Mental Illness**. Washington, DC: American Psychiatric press.
- Fletcher, M.E. (1962): **Attitudes of a group of Nursing students toward a clinical Affiliation in a public Hospital for the mentally Ill**, The Journal of psychology, Vol. 54, pp.47-63.
- Fred, H. et.al (1990): Stigma of mental Illness. **Journal of hospital and community psychiatry**, 7 (41) pp 819-821.

- Freeman, A. (1967): **Tertlary prevention in Freedman Kaplan** [Eds] p.p 1518-1551.
- Freeman, H., (1961): **Attitudes toward Mental Illness among Relatives of former patients**. American sociological review, Vol. 26. 59-66.
- _____ J. Mandelbrore, B & Waldron, J. (1965): **Attitudes to discharge among long-stay mental hospital patients and their relation to social and clinical factor**. Brit, J. Soc. Clinic-psychchol. Vol, 4 pp 270-274.
- Goffman, E. (1963) **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- _____ E. (1967): **Interaction Ritual**. Double day of company, Inc. New York.
- _____ E. (1968): **Stigma-Notes on the management of spoiled Identity**, Reprinted 1990. London: Penguin.
- Goodstien, L. D. (1965): **Behaviour Theoretical Views of counseling**. In Stefflre.
- Grandal, C. S. & Cohen, C. (1994): **The personality of stigmatizer: cultural world view, conventionalism and self-esteem**. Journal of Research in Personality, 28, 461-480.
- Hares, J. (1979): **Clinical psychology: Contents**. Methods and

profession. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.

- Hayward, P. & Bright J. (1997): **Stigma and Mental illness: a review and critique**. Journal of mental health, 6. 34, 413-323.
- Holder, John (1996): **The Attitudes of General Practitioners in North West England to Patients with Schizophrenia**. Irish Journal of Psychological Medicine, 13 (12), pp65-66.
- Holms, D. (1991): **Abnormal Psychology**. New York: Harper Collins Publisher.
- Huxley, P. (1993): **Location and Stigma: a survey of community attitudes to mental; illness: enlightenment and Stigma**. Journal of Mental Health UK, 2.73-80.
- Jen Kins, R. (1998): **Policy framework and research in England, 1900-1995 In Preventing Mental Illness**. Mental Health Promotion in primary care (eds. R. Jenkins & T.R. Ostun). PP.81-94. Chichester. Wiley.
- Johansen, W.J.,Redel, M.C. & Engle, R. G (1964): **Personality and attitudinal changes during psychiatric Nursing Affiliation**. Nursing Research, Vol.13, pp343-345.
- Jones, Maxwell (1968): **Social psychiatry in Practice**. London: Penguin Books.
- Kay, J. & Tasman, A. (2000): **Psychiatry: Behavioural science and**

clinical Essentials. Philadelphia: W.B. Saunders company.

- Kelly, G.A. and Goodberg, L.R. (1959): **Correlates of later performance and specialization in psychology.** Psychological Monograph, 12.
- Kendall, R. E. (1960): **The classification of depressive illness.** London: Oxford University.
- Lam, R. W & El-Guebaly. N. (1994): **Research funding of psychiatric disorders in Canada's snapshot 1990-1991,** Canadian Journal of Psychiatry 39, 141- 146.
- Lancet (1998): **Can the stigma of mental illness be changed?** Hospital and community psychiatry, 352, 1049-1050.
- Lefley, H. P. (1987): **Impact of mental illness: A review and critique.** Journal of nervous and mental disease, 175, 613-619.
- Linton, K. (1945): **The cultural Background of personality.** New York: Appleton.
- Mackay, D. (1975): **Clinical Psychology: Theory and therapy.** London: Methuen.

- Mahony, P.D. (1979): Attitudes to the Mentally Ill: **A trait attribution approach. Social psychiatry**, Vol. 14, pp.95-105.
- Mansouri, L. & dowell, D.A. (1989): Perceptions of Stigma among the long-term mentally ill. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 13, 79-91.
- McGowan, J. F & Shmedt, L.D. (1962): **Counseling: Readings in Theory and practice**. New York: Rinehart & Winston.
- Moreno, J.L. (1946): Psychodrama and group psychotherapy. **Sociometry No19**.
- Morrison, J. k. (1976): Demythologizing mental patients attitudes toward mental illness: an empirical study. **Journal of community psychology**, 4 (2), pp 181-185.
- _____ J. K. (1976): Demythologizing mental patients attitudes toward mental illness: An empirical study. **Journal of community psychology**, 4 (2), pp181-185.
- Nunnally, J. C. (1961): **Popular conceptions of mental health**. New York. Holt, Rinehart & Winston. Inc.
- Nunnally, J. C., (1961): **Popular conceptions of Mental Health**, New York. Holt, Rinehart & Winston. Inc.

- Penn, L., Gunan, K., Daily, T., et al (1994): **Dispelling the stigma of schizophrenia**: What sort of information in best? Schizophrenia Bulletin. 20, 567-574. Peter Byrne, Mrcsych. St.
- Phelan, J. C. Bromet, E. J. & Link, B. G. (1998): **Psychiatric illness and family stigma**. Schizophrenia Bulletin: 24, 115-126.
- Philo, G (1996): **Media and mental distress**. New York: Addison Wesley Longman.
- Read, J. Baker, S. (1996): **Not just sticks and stones A survey of stigma**. Taboos and discrimination experienced by people with Mental Health Problems. London: Mind.
- Rice, C.E., Borger, D. G., Kilet, S.L. & Sewall, L. (1966): Measuring Psychiatric Hospital Opinions about patient care. **Archives of General Psychiatry**. Vol. 14. Pp428-434.
- Rimble, G. A., Gramezy. N., and Zigler, E: (1984): **Principles of Psychology**. John Willey and spons Inc. New York.
- Rogers, Carl R. (1959): **A Theory of Therapy, personality, and Interpersonal Relationships, as developed in client centered framework. In Koch**.

- Scully, J. H. et al (1990): **Psychiatry**. (2nd ed.). Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing company.
- Shertzer & Stone (1976): **Fundamentals of Counseling**. (2nd Ed), Boston: Houghton Mifflin company.
- Shurka, E. (1985): **Attitude of Israeli Arabs Toward the Mentally ill**. Psychological Abstract, pp. 165-166, (102) 72.
- Sierles, F. S., Taylor, M.A. (1996): Decline of U.S. Medical student career choice of psychiatry and what to do about it. **American Journal of Psychiatry**. 152. 1416-1426.
- Sivakumar, K., Willinson. G., Toone, B. K., et al (1986): Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their post-graduate year: two- years follow-up of a cohort of medical students. **Psychological Medicine**. 16. 457-460.
- Strupp. H.H (1986): Psychotherapy: Research practice and public policy. **American Psychologist**. No2 120-130.
- Sue, D. Sue, D. and Sues, S. (1990): **Unagresranaing Abnormal Behaviour**. (3rd ed.) Haughty Mifflin. Boston.
- Sundberg, N.D., Tyler, L., and Taplin, J. R. (1973): **Clinical psychology: Expanding Horizons**. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

- The American Heritage. (2000): **Dictionary of the English Language: Fourth Edition.**
- Thompson, M. & Thompson, T. (1997): **Discrimination Against people with Experiences of mental illness.** Wellington: Mental Health Commission.
- Toomey, L. C., Reznikoff, M., Brady, J. P. & Schumann. D.W. (1961): **Attitudes of Nursing students toward psychiatric treatment,** Mental hygiene, vol: 45 No4. Pp.589-602.
- Townsend, J. (1979): **Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes.** Culture, Medicine & psychiatry, 24. 205-229.
- Warner, K. (1996): **The cultural content of mental distress. In mental health matters: A Reader** (eds. T. Heller. J. R Reynolds, R. Gomm. Et al), pp.54-63. London: Macmillan.
- Webster's Dictionary (1989): Webster's Encyclopedic Unabridged dictionary of the English Language.
- Weller, L. & Grunes, S. (1998): **Does contact with Mentally Ill Affect Nurses Attitudes to Mental Illness?** British Journal of Medical Psychology, (61), pp 277-284.
- WHO (1984): **Mental Health Care in Developing countries: a critical appraisal of research findings technical report series,** 698. Geneva.

- Wolberg, L.R. (1967): **The technique of psychotherapy**, (4th ed.) Grune and Stratton, New York.
- Yannicelli, M., Washbutn, S. L. & Scheff. B. (1980): **Family attitudes toward mental illness**: “Immutable with Respect to time treatment, setting and outcome”. Amer, J. Orthopsychiat, Vol 50, 151-155.
- Younis, Y (1978): **Attitudes of Sudanese urban and rural population to mental illness**. International Journal of Troph Medicine Hygiene, 81 (12), pp 248-251.

الملاحق والأشكال

ملحق (1)

أسماء السادة المحكمين لمقياس وصمة المرض النفسي .

الرقم	اسم المحكم	الوظيفة
1	د . أحمد أبو طواحينة	أستاذ الصحة النفسية في برنامج غزة للصحة النفسية .
2	د . إياد السراج	رئيس برنامج غزة للصحة النفسية (طبيب نفسي) .
3	د . سمير قوته	أستاذ الصحة النفسية في برنامج غزة للصحة النفسية .
4	د . عبد العظيم المصدر	أستاذ علم النفس في جامعة الأزهر .
5	د . عبد الحميد عفانة	أستاذ الصحة النفسية في برنامج غزة للصحة النفسية .
6	د . فضل أبو هين	أستاذ علم النفس المساعد - جامعة الأقصى .
7	د . باسم أبو كويك	أستاذ علم النفس - جامعة الأزهر .
8	د . محمد جواد الخطيب	أستاذ علم النفس - جامعة الأزهر .
9	د . عايش سمور	مدير دائرة الصحة النفسية والمجتمعية في وزارة الصحة .
10	د . نبيل دخان	أستاذ علم النفس - الجامعة الإسلامية .
11	د . آمال جودة	أستاذة علم النفس - جامعة الأقصى .
12	د . عايدة صالح	أستاذة علم النفس - جامعة الأقصى .
13	د . سناء أبو دقة	أستاذة علم النفس - الجامعة الإسلامية .
14	د . يوسف عوض الله	طبيب نفسي - دائرة الصحة النفسية والمجتمعية .
15	أ . نافذ أبو خاطر	موجه الإرشاد المدرسي بوكالة الغوث - غزة .
16	د . محمد عسليية	أستاذ علم النفس - جامعة الأزهر .

أسماء السادة المحكمين على البرنامج الإرشادي وجلساته وفتياته المستخدمة

الرقم	اسم المحكم	الوظيفة
1	د . سمير قوته	أستاذ الصحة النفسية في برنامج غزة للصحة النفسية .
2	أ . أحمد الحواجري	رئيس قسم التوجيه والإرشاد بوكالة الغوث .
3	د . عبد اللطيف موسى	دكتور طب العائلة وخطيب مسجد .
4	أ . نافذ أبو خاطر	موجه الإرشاد المدرسي بوكالة الغوث - غزة .
5	د . يوسف عوض الله	طبيب نفسي - دائرة الصحة النفسية والمجتمعية .
6	أ . ياسين أبو حطب	موجه الإرشاد المدرسي بوكالة الغوث - غزة .

ملحق (2)

استبانة المشاركة في تحكيم المقياس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد / _____ الفاضل

الموضوع / المشاركة في تحكيم مقياس .

تحية طيبة وبعد...

يشرفني دعوة سيادتكم للمشاركة في تحكيم "مقياس وصمة المرض النفسي" من إعداد الباحث،

وذلك من أجل تطبيقه على عدد من ذوي المرضى النفسيين، ليطبق عليهم برنامج مقترح في

الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي للحصول على درجة

الماجستير من الجامعة الإسلامية.

وسوف يستخدم الباحث مقياس ليكرت: أوافق بشدة- أوافق - محايد - غير موافق- غير موافق بشدة.

الرجاء التفضل بإبداء رأيكم في عبارات المقياس المرفقة من حيث ملاءمة العبارة في قياس بعدها، وهل العبارة تعطي المعنى المطلوب.

ملاحظة: التعريف الإجرائي للوصمة هو: الشعور السيئ الذي يلصق بالفرد ويقف عائقاً عظيماً أمام حياة مجتمعية غير منقوصة، والدرجة المرتفعة على المقياس تمثل الشعور السلبي للحالة، بينما الدرجة المنخفضة تمثل الشعور الإيجابي.

الباحث/ علاء الدين عيسى أبو جربوع

الجامعة الإسلامية - غزة

الدراسات العليا

قسم علم النفس

أولاً: البعد النفسي

لا تعطي	تعطي	لا تنتمي	تنتمي	العبارات
				1- أشعر بالخجل من الكلام مع الناس عن ابني/ ابنتي المريض عقلياً.
				2- أشعر بالحرج من كثرة ما يفعله ابني/ابنتي المريض نفسياً من أشياء غير معقولة أمام الضيوف.
				3- أشعر بالحرج من كثرة ما يفعله ابني/ابنتي المريض نفسياً أمام الضيوف والأقارب ويتكلم معهم.
				4- أشعر بالحزن والخجل العميق عندما يسألوني الجيران والأقارب عن ظروف وأحوال ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				5- أشعر بالحزن عندما أرى ابني/ابنتي المريض نفسياً جالساً بمفرده وليس له أصدقاء.
				6- أتجنب دعوة الأصدقاء والأقارب للبيت لكي لا يروا ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				7- أحس بقلق وخوف شديدين على مستقبل ابني/ابنتي المريض نفسياً بعد موتي.
				8- تمنيت كثيراً أنني لم أرزق هذا/ هذه المريض نفسياً.
				9- أشعر بالحزن الشديد عندما أرى تصرفات ابني/ابنتي المريض نفسياً مثل تصرفات الأطفال.
				10- أشعر أن المريض النفسي إنسان ميؤوس من شفائه.
				11- أشعر أن صحتي في تدهور بسبب ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				12- أشعر بالخجل العميق عندما أسير مع ابني/ابنتي المريض نفسياً في الشارع.

ثانياً: البعد الأسري

				13- لا أسمح لابني/ابنتي المريض نفسياً بأن يخرج مع إخوته العاديين.
				14- أشعر أن ابني/ابنتي المريض نفسياً لا يقدر أن يتزوج ويتحمل مسؤولية أسرة.
				15- أشعر أن أبنائي يتجنبون المعاملة مع أخيهم/ أختهم المريض نفسياً.
				16- أشعر أن أولادي العاديين يتمنون موت أخيهم/ أختهم المريض نفسياً.
				17- أشعر أن وجود ابني/ ابنتي المريض نفسياً زاد من مصيبة أخوته.
				18- أعتقد أن المريض النفسي يسيء لسمعة الأسرة.
				19- - أشعر أن أولادي العاديين يرون أن أخاهم/ أختهم المريض نفسياً سبباً في تحطيم أحلامهم.
				20- أشعر أن أصدقائي الذين ليس لديهم مريض نفسي أكثر سعادة مني.
				21- أعتقد أن المريض نفسياً يسيء لسمعة الأولاد عند الزواج.
				22- أشعر أن وجود ابني/ ابنتي المريض نفسياً يثير أعصابي ويسبب لي مشاكل زوجية.
				23- لا أسمح لابني/ ابنتي المريض نفسياً بالجلوس أمام المنزل.

ثالثاً: البعد الاجتماعي

لا تعطي	تعطي المعنى	لا تنتمي	تنتمي	العبارات
				24- لا أحب أن يزورني أحد لكي لا يرى ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				25- لا أحب أن اصطحب ابني/ ابنتي المريض نفسياً في الزيارات التي أقوم بها.
				26- في بعض الأحيان أشعر بالتعاسة عندما أشعر أن الجيران والأقارب يخافون على أولادهم من ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				27- أعضب جداً على الطريقة التي يعامل بها الأقارب ابني/ ابنتي المريض نفسياً.
				28- أحرص جداً على عدم اصطحاب ابني/ابنتي المريض نفسياً إلى الأماكن العامة.
				29- أشعر أن الأقارب والأصدقاء لا يرحبون بزيارتنا لهم إذا اصطحبنا معنا ابني/ابنتي المريض نفسياً.
				30- أشعر بالضيق والحرج عندما يتحدث ابني/ابنتي المريض نفسياً في السيارة.
				31- لا أحب أن يتحدث أحد مع ابني/ابنتي المريض نفسياً.

رابعاً: البعد الديني

				32- أعتقد أن وجود ابنا/ بنتاً مريضاً نفسياً عقاباً من الله.
				33- ألجأ إلى قراءة القرآن الكريم لكي أقلل من شعوري بالحزن والخجل بسبب وجود مريض نفسي لدي..
				34- أشعر أن الاهتمام بابني/ابنتي المريض نفسياً واجب ديني.
				35- أشعر بالخجل إذا أخذت ابني/ ابنتي المريض نفسياً إلى شيخ لكي يقرأ عليه.
				36- أشعر بالراحة عند سماع درس ديني عن الابتلاء أو الصبر.

ملاحق الجلسات

جلسات البرنامج

ملحق الجلسة الأولى: تعريف البرنامج الإرشادي.

الأهداف الإجرائية:

- التعرف على أفراد المجموعة التجريبية [الآباء - الأمهات] وإقامة علاقة ودية معهم.
- تمكين الآباء والأمهات من مناقشة مشاعرهم وكيفية الاستجابة لعواطفهم واهتماماتهم وقيامهم بدورهم نحو الابن المريض نفسياً.

الأدوات والوسائل:

قبل بدء الجلسة الأولى قام الباحث بتطبيق:

- مقياس وصمة المرض النفسي. [إعداد الباحث].

محتوى الجلسة:

سارت الجلسة وفق الخطوات التالية:

- تعارف بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم ببعض.

- تقديم الشكر لأفراد المجموعة التجريبية على التزامهم بالحضور في الموعد والمكان المحددين للبرنامج الإرشادي.

- إعطاء فكرة عن خط سير العمل في البرنامج الإرشادي حيث تبدأ الجلسات الإرشادية بإعطاء معلومات مبسطة عن موضوع الجلسة، يلي ذلك مناقشات حول موضوع الجلسة بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية.

- قام الباحث بتوضيح الهدف من البرنامج الإرشادي والتأكيد على أهميته بالنسبة للأسر، وإنه سوف يساعدهم في فهم ومعالجة الكثير من المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها بسبب وجود ابنهم المريض نفسياً.

- تم التأكيد على أهمية البرنامج الإرشادي في مساعدة الوالدين في فهم الكثير من مدى أهمية تضافر جهود الأسرة كلها عند عرضها لأي مشكلة بسبب وجود المريض نفسياً فالتعاون والتفاعل الأسري يسهم في حل مشكلات كثيرة ويزيد من قدرة الأسرة على مواجهة الضغوط التي تتعرض لها بحيث تساعدهم على أن يمارسوا حياة عادية دون إحساس بالخجل أو الخزي من الممارسات الغير مقبولة التي يقوم بها أحياناً المريض نفسياً.

- أكد الباحث على أن البرنامج سوف يساعد الأسر على تعلم طرق جديدة ليفهموا ذواتهم ومشاعرهم وكيفية الاستجابة لعواطفهم ومساعدة كل عضو في البرنامج على أن يحدد مشكلة معينة يتم دراستها من خلال المناقشات الجماعية.

- بعد ذلك قام الباحث بالتحدث عن الوصمة وهي: الشعور السيئ الذي يلحق بالفرد ويقف عائقاً في طريق حياة مجتمعية غير منقوصة يحيها، وأثرها السيئ على الأفراد خاصة إذا

وصلت إلى حد يدمر الفرد ذاته وينعزل عن الآخرين ثم تحدث الباحث على أهمية الإرشاد النفسي كعملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً ومهنيًا وأسريًا وزواجياً. (زهران، 1980: 11).

- حدد الباحث مكان الجلسات الإرشادية والتي ستكون في مكتبة مدرسة إناث "و" الابتدائية في خان يونس وذلك لتوفر شروط التهوية والإضاءة الجيدة ولقرب المكان. وستكون الجلسات يومية في الأسبوع تتراوح الجلسة بين 60 - 90 دقيقة وذلك يومي السبت والثلاثاء، وهذا بالاتفاق مع إدارة المدرسة.

- تم التأكيد على ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات الإرشادية مع التقيد بقواعد الإرشاد ومنها: الإصغاء الجيد وقت تحدث الزملاء، وعدم المقاطعة والاستئذان عند الكلام، واحترام آراء الآخرين والتعبير عما يجول بخاطره دون الشعور بالخجل. وقد أكد الباحث على نقاط سير البرنامج وسير العمل في الجلسات الإرشادية وهي:

- 1- اجتماع المجموعة الإرشادية في الموعد والمكان المحدد.
- 2- عرض الموضوع المراد مناقشته والحديث عنه في بداية الجلسة.
- 3- الحرية المطلقة للمجموعة الإرشادية للاستفسار عن مضمون الموضوع المطروح للنقاش والتعبير عما يجيش في صدورهم والحرية في الاعتراض والمناقشة دون قلق مع مراعاة آداب الاستئذان وعدم جرح شعور الآخرين.
- 4- سرية الجلسات من قبل أعضاء الجماعة الإرشادية وعدم إفشاء أسرارها خارج الجلسة. بعد ذلك قام الباحث بوضع عدة نقاط للتحدث عنها من قبل المجموعة الإرشادية ومنها:
 - نظرة المجتمع السيئة للابن المريض نفسياً.
 - كيفية التعامل مع بعض العادات السيئة التي يعاني منها المريض نفسياً من العادات اللفظية غير المقبولة - القلق - الاكتئاب.
 - الحالة الصحية السيئة للابن المريض نفسياً.
 - عدم قدرة الأم على الحفاظ على التكامل العائلي.
 - العزلة الاجتماعية وتجنب الوالدين الاختلاط بالأهل والأصدقاء والأقارب.
 - تقدم الوالدين في العمر والحالة الصحية السيئة بالنسبة للوالدين.

الواجب البيئي:

طلب الباحث من الآباء أن يسجلوا بعض المواقف التي تسبب لهم الشعور بالخزي والخجل الشديدين.

ملحق الجلسة الثانية: تعريف البرنامج الإرشادي.

الأهداف الإجرائية:

- التعرف مرة أخرى على أفراد المجموعة الإرشادية [الآباء - الأمهات] وإقامة علاقة ودية معهم وزيادة تعرفهم على بعضهم البعض.
- تمكين الآباء والأمهات من معرفة موضوع وصمة المرض النفسي والتأكيد على أهمية البرنامج لتخفيف شعورهم بالوصمة.

محتوى الجلسة:

- قدم الباحث الشكر للمجموعة الإرشادية وأكد على أهمية حضورهم جميع الجلسات حتى يتمكنوا من حل الكثير من مشاكلهم ومن المواقف الضاغطة التي تعرضوا لها.
- قام الباحث بالطلب من المجموعة الإرشادية بقراءة إجاباتهم من الواجب البيتي: ما هي المواقف التي تشعر أنها تسبب له الخزي العميق؟ وقد قام الآباء بالإجابة عن هذا السؤال ثم شجع الباحث بعض الأمهات لقراءة إجاباتهم والتي كانت جميعها تدور حول المواقف المحرجة التي يقوم بها المريض عند زيارة الناس إليهم أو أثناء سيره في الشارع أو الأصوات المزعجة التي يقوم بها والتصرفات غير المسئولة وغير المقبولة اجتماعياً.
- بعد ذلك تحدث الباحث عن وصمة المرض النفسي: الوصمة تعني علامة خزي أو عار أو رفض والتي تلصق بالأفراد من خلال رفض وازدراء الآخرين لهم، وينتج عنها عزلة الفرد وتسبب الإجحاف والمضايقاة للأسرة عندما يستمعون لأحاديث الناس عن مريضهم. وهذا يؤدي للأسرة إلى الشعور بالخجل والخزي العميق من نظرات وكلام الناس فيخلق جواً مشحوناً في العلاقات الأسرية مما يؤدي إلى ضعف العلاقات الأسرية الداخلية ويقف حاجزاً منيعاً أمام حياة مجتمعية غير منقوصة. وقد يبحث الوالدان عن علاج أو أن شعورهما بالخجل سيمنع توجههم إلى الطبيب النفسي. يجب على الأسرة أن تحاول أن تتجنب الشعور بوصمة المرض النفسي حتى يتمكنوا من معالجة مريضهم، وعليها أن تدعم مريضها نفسياً ومادياً واجتماعياً وأن تتذكر قول الله عز وجل: ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها، إن ذلك على الله يسير، لكيلا ترحزونوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما آتاكم والله لا يحب كل مختال فخور. (الحديد 22 - 23).
- أكد الباحث أن على الأسرة معرفة الجهات التي تستطيع أن تساعد في تعديل بنائها المعرفي وأساليب تفكيرها الخاطئة مثل المؤسسات النفسية التي تقدم العلاج والإرشاد النفسي والأصدقاء الذين لديهم حكمة ويخافون الله عز وجل وبعض المساجد التي تقدم النصيحة وتزيد صلة العبد بربه.
- بعد ذلك قام الباحث بوضع عدة نقاط للتحدث عنها من قبل المجموعة الإرشادية ومنها:

-الحالة النفسية السيئة للوالدين عند تعرضهم لمشكلات تنشأ من تعامل الابن المريض نفسياً مع المجتمع في مواقف الحياة اليومية.
-مدى تأثير الابن المريض نفسياً على الأبناء الآخرين.

الواجب البيتي:

أكتب موقف ضاغط حدث معك ويمكن تمثيله.

ملحق الجلسة الثالثة: التنفيس المسرحي Psychodrama.

الأهداف الإجرائية:

-تبصير المجموعة الإرشادية بأهمية الإرشاد بالتمثيلات النفسية من خلال مواقف جماعية.

-تشجيع المجموعة الإرشادية على تأليف موضوع القصة النفسية والقيام بتمثيلها.

محتوى الجلسة:

-رحب الباحث بأعضاء المجموعة الإرشادية وشكرهم على التزامهم الحضور في نفس المكان والزمان ثم قام الباحث بتوضيح الهدف من الجلسة.

-التمثيل النفسي المسرحي عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي والتفائي والاستبصار الذاتي. ويتيح التمثيل المسرحي الفرصة للأفراد للتعبير عن اتجاهاتهم ودوافعهم وإحباطاتهم ويؤدي ذلك في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية.

-طلب الباحث من المجموعة الإرشادية كتابة قصة تدور حول خبراتهم الحاضرة والخبرات

المستقبلية التي يخافون منها ويخافون مواجهتها وذلك لما سيؤدي إلى تنفيس انفعالي وإلى حل

الصراع وتحقيق التوافق النفسي.

-قامت المجموعة الإرشادية بكتابة بعض المواقف المخجلة التي مروا بها وشعروا أنها أدت إلى إحباطهم وزيادة آلامهم. ثم طلب الباحث من المجموعة الإرشادية توزيع الأدوار على بعضهم البعض ثم قاموا بتمثيل القصة الآتية:

الأب يطلب من الأم أن تقفل باب الغرفة على ابنتها المريضة نفسياً لأن صديقه جاء لزيارته، فطلبت الأم من زوجها أن يخرج خارج المنزل ويقابله في الخارج. خرج الأب وعندما قابل صديقه قال له صديقه أود أن أتحدث معك داخل المنزل لأن الموضوع مهم جداً. عاد الأب وأخبر زوجته التي تضايقت جداً وقالت: سوف ننفصح إذا أخذت البنات بالصراخ وربما يعرف صديقك بذلك فنصبح حديث الناس. قال لها الزوج "الله يستر". ثم أدخل صديقه وبمجرد أن دخل أخذت البنات تصرخ وتقول أخرجوني من هنا ... أنا مش مجنونة الناس كلهم مجانين... وتبكي أحياناً... وتضحك أحياناً أخرى... ازداد حرج الأب وتغير وجهه ولكن صديقه أخذ يقول لا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم ثم وقف وقال: إن شاء الله سأتي في وقت أفضل من هذا الوقت... ثم غادر المنزل. بعد ذلك جلس الأب حزيناً مهموماً وعندما أذن

المؤذن لصلاة العصر لم يخرج خجلاً من مقابلة الناس أو خوفاً من أن يكون صاحبه قد أخبر
عما سمع في بيته.
-شكر الباحث المجموعة التي قامت بتمثيل الأدوار وبعد ذلك فُتح باب النقاش لمناقشة التمثيلية
من ناحية السلوك وليس من الناحية الفنية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه
من مواقف الممثلين وخبراتهم ومشكلاتهم.
-قام الباحث بإظهار الشحنات الانفعالية والصراعات الداخلية ومظاهر القلق مما زاد من
استبصار المجموعة الإرشادية بهدف تعديل السلوك في حياتهم العملية.
-طلب الباحث في نهاية الجلسة من المجموعة الإرشادية كتابة قصة معهم ليتم تمثيلها في
الجلسة القادمة.

ملحق الجلسة الرابعة: التنفيس المسرحي Psychodrama.

الأهداف الإجرائية:

- تبصير المجموعة الإرشادية بأهمية معرفة ذواتهم ومشاكلهم من خلال التنفيس المسرحي.
- مشاهدة حلقة [المجنون] من مسلسل يوميات أبو العز الذي أُذيع في شهر رمضان من العام الماضي 1424 هجري.
- مناقشة مفتوحة مع الفنان الفلسطيني حسن الرياطي.

محتوى الجلسة:

- رحب الباحث بالمجموعة الإرشادية وقام بتقديم الشكر الجزيل للمخرج والفنان الفلسطيني حسن الرياطي المشهور [أبو العز] والذي يقدم برامج اجتماعية ناجحة تعكس المشكلات اليومية التي يواجهها الشعب الفلسطيني.
- قام الباحث بعرض الحلقة [المجنون] من مسلسل يوميات أبو العز والتي دارت أحداثها حول المريض النفسي وما تشعر به الأسرة من الخجل العميق. والحلقة هي: بدأت الحلقة بظهور أبو العز يتكلم كلاماً ليس له معنى متقمصاً شخصية عنترة بن شداد وأحياناً هو لاکو ومن ثم يتهم زوجته بالسرقة وأن لها علاقة مع هو لاکو. الأم والابنة تبكيان وفي حالة ضغط نفسي شديدة. الأسرة تبحث عن حل للمشكلة ومعرفة الشخص الذي سلب أبو العز أمواله وجعله مريضاً نفسياً. الابنة تختم بتعليق زميلاتها في الجامعة على أبيها والأم تخشى كلام الناس أن زوجها أصبح مجنوناً. الابن يقف موقف العاقل الذي يرفض تعليقات الآخرين ويعمل من أجل حل المشكلة. الأم تصرخ وتبكي في البيت. الابن يقابل صديق أباه ويخبره عن وضع أبيه كيف تغير وكيف أصبح مريضاً. الصديق يزور البيت ويقابل أبو العز الذي يلبس ملابس مضحكة ويحمل بيده السكين ويهدد صديقه ويسأله عن [أبي علي] الذي نصب عليه وسرق أمواله، ثم يزداد تهديد أبو العز لصديقه. تحضر زوجة أبو العز وتخبر صديق أبي العز أنه مصاب بانفصام في الشخصية. يطلب صديق العائلة عرض أبو العز على طبيب نفسي ولكن أم العز ترفض خشية كلام الناس ولكن الابن يُصر على عرض أبيه على الطبيب النفسي. يذهب أبو العز مع صديقه وزوجته وابنه إلى الطبيب النفسي مدعياً أنه غاندي ومرة أخرى أنه موسوليني ثم هو لاکو.
- يقابل الطبيب النفسي ويقول له أنه يشكو من الأربعين حرامي. يطلب أبو العز من الطبيب إحضار المال من المغارة ويسأله إذا كان هو لص أم لا. يطلب الطبيب من أبي العز أن يرتاح. ويخبر زوجته أن زوجها يحتاج إلى نقله إلى مستشفى الطب النفسي لخطورة حالته ولعدم معالجته منذ البداية. يهجم أبو العز على يد الطبيب ويعضها ثم على أذن صديقه [فهميم] ويعضها أيضاً. العائلة تأخذ أبو العز إلى الطبيب النفسي الذي يوصي بإيداعه في المستشفى

فيشعر ابنها بالخجل. أحد أفراد الحي يرى أبا العز ويقول أن أبا العز صار مجنوناً وهذا خبر ممتاز للنشر. الابنة تدعو الله أن يشفي أباهما وتجتمع الأسرة حتى تمنع معرفة الناس من خبر أبي العز.

الابن يقول: نحن لا نحتاج إلى فضائح مع الجيران، لا نحتاج لأحد أن يُعائرننا. يظهر الصديق [فهم] كالمساند والصديق. يقوم أبو العز ويقول: عنتره بن شداد سُلِقِي القبض على أبي علي والأربعين حرامي. الأسرة تبكي والمساندة الأسرية من الأم والابن تهتز ويظهر الأعباء والتعب على الابن. أبو العز يأخذ مكنسة ويدعي أنها سلاحه ويضرب بها رجلاً في الشارع مما يؤدي بالرجل بالتلفظ يا مجنون يا ابن المجنونة... أعطيني المكنسة. يتم أخذ أبي العز إلى المستشفى وفي أثناء نزولهم تنتشجر العائلة مع أهل الحي والأطفال يجرون وراء أبي العز. الابن يحذر أهل الحي من اللعب بمشاعر الناس وعدم الاستهزاء بهم وأن المرض النفسي مثل أي مرض آخر. يصل أبو العز إلى المستشفى ويطلب حضور عنتره بن شداد ويطلب قدوم علي بابا أيضاً.

يصل أبو العز إلى غرفة الطبيب النفسي في مستشفى الطب النفسي فيسأله الطبيب هل أنت أبو العز؟ فيجيب يجب أن يأتي علي بابا لكي يأتي بالدنانير. الطبيب يسأل لماذا تأخرتم في إحضاره... كان من الواجب أن تأتوا به منذ أسابيع. الطبيب يوصي بإدخاله في المستشفى وإعطائه إبرة مهدئ. الابن يشد من عضد والده. أبو العز يسأل عن علي بابا والدنانير. الطبيب يخبر أن مرض أبي العز مرض طبيعي يحتاج إلى إرشادات معينة ومثله مثل أي مرض آخر يحتاج إلى علاج ورعاية. أبو العز يغادر المستشفى على أن يحضر غداً مبكراً إليها. عند وصول أبي العز إلى البيت، قام الأطفال بالجري خلفه ويقولون: [المجنون أهوه]. أحد الجيران يستهزئ بأبي العز. الأم ترفض اسم المستشفى النفسي وتقول مستشفى المجانين. الأم تخاف من كلام الجيران والكل يتحدث عنهم. الابنة تخاف الذهاب إلى الجامعة والأم تخاف الخروج من البيت. الابن يوضح لهم أن المرض النفسي مرض طبيعي يمكن علاجه وأنه يجب أن يتكاثفوا حتى يحلوا المشكلة. أبو العز يتحدث عن أسلحة وهروب ويقوم بحمل غطاء الطنجرة على أنها الدرع ويضع طنجرة على رأسه على أنها قلنسوة ويحمل السكين على أنها سيف... يقول لا بد أن يأتي عنتره بن شداد لبدء المعركة.

أهل الحي يتحدثون أن أبا العز أصبح مجنوناً رسمياً وصار يشكل خطراً على العمارة ويجب تبليغ الشرطة. الابن يسمع كلامهم ويطلب منهم أن يحسوا بالناس ويقدموا يد العون لهم بدلاً من تدميرهم.

الابن يشعر بضغط نفسي بسبب شعور الناس اتجاههم ويبكي بكاءً مريراً. الابن يقول لأخته: الذي يلاحق الناس بمرض.

أبو العز في مستشفى الطب النفسي يمسك بفانلة أحد المرضى النفسيين ويمشي خلفه على أنه يركب قطاراً. وتبدأ حوارات بينه وبين جميع المرضى النفسيين داخل الغرفة. أبو العز يشعر بالخوف وقد ساءت صحته. الأسرة تزور أبو العز وتزداد حزناً لأن وضع أبي العز ما زال حرجاً ويسأل عن علي باب وماذا لم يحضر حتى يأتي بالنقود. يعتقد الأطباء أن [فهيم] صديق أبو العز مريض نفسي قد خرج من غرفته وذلك لأنه يشبه تماماً أحد المرضى فيتم إيداعه في غرفة المرضى النفسيين عن طريق الخطأ. أبو العز يتشاجر معه ويقول له: أنت علي بابا. المرضى النفسيون يقومون بأعمال غريبة وغير سوية مع فهيم الذي يحاول الخروج.

يخرج أبو العز من الغرفة ويصل إلى حديقة المستشفى فيحاول الطبيب الحديث معه فيتحدث معه أبو العز وحمد الله أنه تعافى. يسأل الطبيب أبا العز عن علي بابا فيخبره لقد مات منذ زمن بعيد. تحضر الأسرة وتقابل أبو العز وقد تماثل للشفاء فيحمدون الله عز وجل بأن من عليه بالشفاء ورفض فكرة أنه مريض نفسي. طلب الطبيب من الأسرة والمشاهدين قاتلاً: بالنسبة للمريض النفسي يجب تقدير مشاعره والابتعاد عن المثيرات التي تثيره وإتباع الإرشادات الطبية ومراجعة العيادة النفسية. فيودع الطبيب أبو العز. العائلة ترجع مسرورة للبيت. قابل أبو العز أحد السكان الذين سخروا منه فرحب به أبو العز ثم قال: لقد كنت مخطئاً عندما استهزأت به نعم لقد أخطأت في حقه.

إن المرض النفسي مثله مثل أي مرض، بينما الأسرة تجلس مسرورة يدخل [فهيم] وقد أصيب بمرض نفسي وهو يحمل سكين فيسأله أبو العز: ماذا بك يا فهيم فيقول: أين أبو لهب؟ فيقول أبو العز: إنه في الجحيم. وتنتهي الحلقة.

-بدأ الباحث بمناقشة المجموعة الإرشادية بوقائع الحلقة - من ناحية السلوك وليس من الناحية الفنية؟ ووجه الباحث الأسئلة التالية:

- 1-ماذا تستفيد من هذه القصة؟
 - 2-ما المواقف السلبية والإيجابية في هذه القصة؟
 - 3-هل تشعرون بمثل هذه المواقف؟
 - 4-كيف ترى/ ترى موقف أفراد الأسرة وصديق العائلة؟
 - 5-ما الحل الملائم منذ البداية لهذه المشكلة؟
- بعد هذه المناقشة، سمح الباحث للمجموعة الإرشادية بتوجيه استفساراتهم ونقدهم حول الحلقة ومناقشتها مع الفنان الفلسطيني حسن الرياطي.



-طلب الباحث من الفنان حسن الرياطي بأن يقوم بعرض الحلقة مرة أو مرتين في الشهر ويعقب عرضها لقاء مع أحد المشايخ أو الأطباء النفسيين للحديث عن المرض النفسي ولتوعية الجمهور بالمرض النفسي. كذلك طلب الباحث من الفنان حسن الرياطي أو يُعد قسم البرامج في التلفزيون الفلسطيني برنامجاً يُساند ذوي المرضى النفسيين على غرار برنامج صرخة لما فيه من دعم لهؤلاء الأهالي المنسيين، ولتوعية الجمهور بحياتهم ومشكلاتهم اليومية وهذا سيخفف من شعورهم بالوصمة إن شاء الله رب العالمين.

-في نهاية الجلسة قدم الباحث الشكر للمجموعة الإرشادية وللفنان حسن الرياطي الذي وعد بالقيام ما يمكن عمله ودعم أهالي المرضى النفسيين.

ملحق الجلسة الخامسة: البيئة الأسرية.

الأهداف الإجرائية:

- تحديد طبيعة العلاقة بين الزوجين.
- تحديد طبيعة العلاقة بين الزوجين والمريض نفسياً.
- تدريب الآباء على مواقف حياتية تتعلق بالمريض النفسي وأخوته العاديين وكيفية التصرف في هذه المواقف.

الأدوات والوسائل:

- توضيح بعض النقاط الخاصة بموضوع الجلسة.
- المناقشة المفتوحة.
- لعب الأدوار.
- الأنموذج.

محتوى الجلسة:

مما لا شك فيه أن عدم تقبل المرض النفسي سيمنع من بناء الدعم الحيوي vital support ضمن الوحدة العائلية ويستطيع خلق جو مشحون في العلاقات الأسرية وهذا سيؤدي إلى ضعف العلاقات الأسرية الداخلية، وربما تعطل في الوقت الذي يجب أن تكون فيها علاقاتهم أقوى من أي وقت مضى. وإذا فشل أعضاء الأسرة في إدراك وتقبل مريضهم النفسي، فإن التدخل المبكر الحاسم لعلاجه سوف يتأخر حيث إن التدخل المبكر يسمح للمعالجة الطبية الملائمة، ويمنع حالات المخاطرة بالحياة ويُعطي أفضل فرصة لتحسن ناجح. فالأسرة في حاجة ماسة لمساعدة المريض منذ البداية وأن يُزودوا بالمصادر التي تسمح لهم بتعلم وقبول وتصرف وإدراك أن معاناتهم من المرض النفسي منذ البداية ليست نهاية العالم وأن الشفاء ممكن. إذا لم يقبل أعضاء الأسرة مريضهم النفسي، فما الفرصة المتاحة لهذا المريض ليتم قبوله خارج نطاق الأسرة، هل سيرضى به الغرباء؟

أثبتت دراسة هارت فيليبسون (Hart & Philipson, 1999) أن وصمة المرض النفسي ونقص بالوصمة هي الشعور السيئ الذي يلصق بالفرد ويقف عائقاً في طريق حياة مجتمعية غير منقوصة يحياها.

إن وصمة المرض النفسي تؤدي إلى صمت الوالدين فلا يبحثان عن علاج لابنهما ولا يشكوان لأحد وذلك خوفاً من الضيق والحرج والخجل، والخجل يقف حاجزاً منيعاً أمام الزوجات للتحدث عن أزواجهن ذوي المرض النفسي. وهذا يجعل الأسرة تُدير ظهرها للمريض النفسي بل يغلب على أفرادها القلق والخوف والتوتر حتى إنهم يفتلون الأبواب في وجوه أصدقائهم. ويرى (Eisenberg, 1995) أن الأسرة التي لا تحاول مساعدة مريضها النفسي والبحث عن

أسباب مشكلته فإن الأسرة آجلاً أو عاجلاً ستصبح مشحونة انفعالياً ولن تتوافق في الاستمرار في الحياة وهذا ربما يؤدي بالأسرة جميعاً لتصبح مريضة نفسياً.

يجب على الأسرة أن تعرف مريضها جيداً وتحاول نفسها أن تتجنب الشعور بوصمة المرض حتى يتمكنوا جميعاً من معالجة مريضهم. وتتأثر الأسرة باتجاهات المجتمع لها وقد يتأخر زواج الشاب أو الشابة إذا ما عرف الناس أنهما توجها إلى عيادة نفسية. وفي دراسة (الهمص، 1998) وجد أن الناس تفضل الذهاب إلى المعالج بالقرآن بدلاً من الذهاب إلى الطبيب النفسي أي أن يكون الإنسان مُتلبساً بالجن أفضل من أن يكون صاحباً لمرض نفسي. ومهما كان وضع المريض النفسي الفلسطيني فإن عائلته ستدعمه نفسياً ومادياً واجتماعياً وذلك بسبب تمسكها بالعقيدة الإسلامية الراسخة حيث يقول الله عز وجل: (ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير * لكيلا تخذلوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما آتاكم والله لا يحب كل مختال فخور). (الحديد، 22- 23). ويقول عز وجل: (إنما يوفى الصابرون أجرهم بغير حساب). (الزمر، 10). ويقول رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم: مثل المؤمنين في توادهم وتعاطفهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمى والسهر.

أحياناً تجد الأسرة أنه من الصعب تقبل المرض النفسي مما يؤثر بشكل مباشر على دور كل عضو فيها وقد تتوتر العلاقة بين الزوجين وتضطرب حياتهما ويصبح التوافق بينهما صعباً. إن العلاقة الزوجية تكون قوية إذا لم تكن في الأسرة صعوبات، وكان كل من الزوجين يقوم بدوره بالمستوى الذي يتوقعه الآخر، ولكن هذا النوع من التوافق صعب وقليل الحدوث إذ لا تخلو أسرة من الصعوبات التي يتعرض فيها الزوجان والتي تحول بينهما وبين تحقيق أهدافهما أو تحرمهما من بعض حقوقهما ومن إشباع حاجاتهما. ولكن الوضع بالنسبة لأسرة المريض النفسي مختلف فهم يتعرضون لمشاكل عادية مثل أي أسرة أخرى بالإضافة إلى مشاكل يسببها المريض النفسي ذاته.

-طلب الباحث من الوالدين كتابة بعض المشكلات التي تتعلق باضطراب العلاقة بين الزوجين والأسباب التي تؤدي إلى هذه المشكلات، وال حلول المقترحة للتغلب عليها، وتتمثل هذه المشاكل في:

*عناية الأم الزائدة للمريض النفسي وإهمال الزوج.

*معاناة الزوجة من كثرة الأعباء الملقاة على عاتقها.

*عدم مساعدة الزوج للزوجة في رعاية شؤون المريض نفسياً وإلقاء العبء الأكبر عليها.

-طلب الباحث بعد ذلك من المشاركين في البرنامج عرض مسرحيات تقوم فيها على سبيل المثال الأم أو الأب بالدور، وكيفية معاملة الزوجة والزوج كل منهما للآخر عندما يقوم ابنهم المريض نفسياً بأعمال وتصرفات غير مقبولة أو عندما تطلب الزوجة أن يذهب زوجها مع ابنها إلى العيادة النفسية.

-استخدم الباحث التشكيل بالأنموذج لتوضيح كيفية معاملة الزوجة والزوج كل منهما للآخر حيث قام الباحث من خلال لعب الأدوار باتقاء أفضل الطرق في معاملة كل من الزوج والزوجة للآخر، وقام المشاركون في البرنامج بعرض هذه المواقف مرة أخرى وقام الباحث بتدعيم السلوك الجيد من قبل المشاركين لقيامهم بالسلوك المرغوب فيه حيث يساعد ذلك على تعديل سلوك المشاركين الآخرين في البرنامج نتيجة ملاحظتهم سلوك شخص آخر هو النموذج.

-اختتم الباحث الجلسة بالإشارة إلى أن أي أزمة يتعرض لها الزوجان ليست أزمة في حد ذاتها، ولكنها تتوقف على إدراك كل من الزوجين للأزمة وعدم فهمهم لأدوارهم وحقوقهم وامتداد الواجبات المطلوبة وتعارضها فيما يحدث ما نسميه غالباً بالصراع بين الأدوار كما أن هناك بعض الأمور التي تساعد الزوجين على مواجهة الأزمة والتي تتمثل في:

*إعادة توزيع المسؤوليات بين كل من الأب والأم.

*تجديد شكل التفاعل والاتصال بين الأب والأم والمريض النفسي والأخوة.

*حث كل من الزوجين على القيام بمسئوليته مع توضيح أهميته، وذلك لمزيد من التفاعل الأسري الإيجابي.

الواجب المنزلي:

طلب الباحث من المشاركين في البرنامج كتابة بعض المواقف التي تعرض لها الآباء والأمهات أثناء تفاعلهم معاً وكيفية تصرفهم حيال هذه المواقف.

-طلب الباحث من المجموعة الإرشادية إحضار أبنائهم العاديين لحضور الجلسة القادمة لأهميتها بالنسبة للأخوة أيضاً.

ملحق الجلسة السادسة: البيئة الأسرية.

الأهداف الإجرائية:

-تحديد طبيعة العلاقة بين الوالدين والأبناء العاديين.

-تبصير الأخوة العاديين بدورهم في رعاية الأخ المريض نفسياً.

محتوى الجلسة:

بعد مراجعة المهارات التي قدمت في الجلسة السابقة، ومناقشة الواجب المنزلي بدأ الباحث بعرض موضوع الجلسة الحالي والذي يعتبر استكمالاً لموضوع الجلسة السابقة.

-تضمنت الجلسة مناقشة نظرة الأخوة العاديين لأخيهم المريض نفسياً حيث يعتبر بعض الأخوة أن وجود هذا الأخ يهدد حياتهم ويحطمها وأنه يوجد صراع قد يؤثر على الأسرة ويخلق لها مشاكل توقعها تحت طائلة الضغط النفسي، وخصوصاً إذا كان هناك عدم تفهم من الوالدين لهذا الوضع الجديد.

-وضح الباحث أن هناك اتجاهات سلبية لدى أسر وأقارب المرضى النفسيين حيث إن بعض الأسر وخاصة الأولاد منها ترفض التعامل مع أبنائهم خاصة الذين أدخلوا إلى مستشفيات الطب النفسي ويعود ذلك إلى افتقادهم لبعض المعلومات عن المرض النفسي كما أن هناك بعض المعتقدات حول طبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه.

وتبين أن الاتجاهات نحو المرض النفسي تنتظم حول ثلاثة عوامل هي: الإحساس بخطورة المرض النفسي، والابتعاد عن المرضى النفسيين، والتسامح نحو المرضى - مقابل تجنب التفاعل معهم. (خليفة، 1984).

-أكد الباحث أنه يمكن تغيير المعتقدات والاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي من خلال أساليب مختلفة، كالدعاية ووسائل الإعلام وتقديم المحاضرات، والدورات الدينية. والمعتقد يعني: تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد. (خليفة، 1984). وتنقسم المعتقدات إلى فئتين رئيسيتين، الأولى: المعتقدات العقلانية ويمكن التحقق منها من خلال تقديم الحجج والبراهين، والثاني: هي المعتقدات غير العقلانية وهي التي لا يمكن التحقق منها. والاتجاه يعني: نسق أو تنظيم الموضوع أو القضية موضع الاهتمام. والمعتقد يمثل التجسيم المعرفي ويتمثل في درجات من الترجيح الذاتي كالاعتقاد في الصحة والزيغ، أما الاتجاه فيشير إلى الجانب الوجداني (الحب أو الكراهية).

-طلب الباحث من الأخوة العاديين كتابة بعض المشكلات التي تتعلق بكيفية التعامل بين الأخوة العاديين وأبنائهم التي تتمثل في:

*اهتمام الوالدين بالمريض نفسياً وإهمالهم لأبنائهم العاديين.

*جعل المريض نفسياً هو المحك أو المعيار الذي يحكم به الآباء على الأخوة العاديين.

*شعور الأبناء بوصمة مرض أخيه عند رؤيتهم له في الشارع مثلاً وتوبيخ الوالدين.

-طلب الباحث من الأخوة عرض بعض المواقف التي تسبب لهم الشعور بالوصمة وكيف يواجهونها والقيام بعرض مسرحيات يقوم بها الأخوة العاديون بالدور وكيفية معاملة أخيه المريض نفسياً، وما يمكن اتخاذه من قرارات إزاء المواقف المختلفة التي يتعرضون لها.

-استخدم الباحث التشكيل بالأنموذج لتوضيح كيفية معاملة الأخوة العاديين للأخ المريض نفسياً.

-يتضح مما سبق أن التوافق مع الأزمة التي تهدد الأسرة يعتمد أساساً على فاعلية أعضاء الأسرة، ومدى استعداد الأسرة لمواجهة الأزمة، ومدى العلاقات العاطفية بين أعضاء الأسرة والتوافق الزوجي بين الوالدين، فالعلاقات الأسرية الإيجابية وتدعيم الروابط الأسرية، يضيف قوة للأسرة، على تحمل أعباء الابن المريض نفسياً ومواجهة الضغوط.

-تم التأكيد على أن الوالدين هما محور الارتكاز في نجاح عملية الترابط الأسري وأكد الباحث أنه يجب عدم إهمال المريض نفسياً ومحاولة إشراكه في بعض الأنشطة والمحافظة على نظافته والسماح له بالمجادلة والحوار مع اخوته العاديين حتى يشعر بقيمته وبالتالي يساعد ذلك على تقبل الأخوة العاديين له باعتباره عضواً في الأسرة له كيانه واحترامه وله حقوقه يجب مساعدته في الحصول عليها، ومحاولة تشجيع الوالدين للابن المريض نفسياً على المنافسة والمشاركة مع اخوته العاديين حيث يساعد ذلك على خلق جو طبيعي في الأسرة.

-أكد الباحث في نهاية الجلسة على مصطلح الحلقة المفرغة كما وضحتها الدكتورة عبد الستار إبراهيم في كتابه العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (1994) على أن الزوج أو الزوجة الذين يشكون من عدوانية وتهجم القرين. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثاني؟ أم أن عدوان الثاني هو الذي يشكل سلبية الطرف الأول وانسحابه؟ ظهور السلوك الإيجابي سيوقف عدوانية الطرف الآخر، وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الإيجابي والبعد عن السلبية والمساعدة السريعة في العلاج إن شاء الله رب العالمين.

واجب بيتي:

ما هي المواقف التي أدت إلى استثارة المريض النفسي وأدت إلى السلبية في معالجته؟

ملحق الجلسة السابعة والثامنة: التفريغ الانفعالي.

الأهداف الإجرائية:

- إعطاء الفرصة لأعضاء المجموعة الإرشادية للتفيس عن الخبرات المشحونة.
- إعطاء الفرصة لأعضاء المجموعة الإرشادية بالتحدث بطلاقة لتخفيف ضغط الكبت والتخلص من التوتر الانفعالي لدى المجموعة.

محتوى الجلسة:

إن بعض الضغوط النفسية التي يشعر بها الآباء والأمهات لا ترجع أسبابها لابنهم المريض نفسياً بقدر ما يكون السبب فيها الأفكار الخاطئة عن مفهوم المرض النفسي، كما أن هذه الأفكار الغير صحيحة يمكن تعديلها إذا كانت هناك رغبة أكيدة في التغيير ومحاولة مساعدة أنفسهم على حل مشاكلهم.

-تحدث الباحث عن النظرة السيئة التي ينظرها المجتمع للمريض النفسي وكم تتأثر الأسرة الفلسطينية باتجاهات المجتمع لها وقد يتأخر زواج الشاب أو الشابة إذا ما عرف الناس أنهما توجها إلى عيادة نفسية. وهذه النظرة السلبية تؤدي بالأسرة للشعور بالعار والخزي من المريض نفسه فتعمل جاهدة على حبسه داخل المنزل وعدم إخراجه من البيت ولو أدى إلى الضرب والإساءة إليه وإيقائه مربوطاً لمدة طويلة.

-أكد الباحث أنه إذا زادت الضغوط النفسية على الفرد ولم يعمل على تخفيفها وطلب المساعدة من الآخرين أو مواجهتها بشكل عقلائي ومتجنباً الأفكار الخاطئة فإنه سيُلقي بنفسه في بئر من القلق والحزن والخوف والاكتئاب والتوتر والخجل مما يصاحبها فقدان الثقة بالنفس وسوء التوافق الاجتماعي.

-تطرق الباحث للحديث عن التفيس الانفعالي وأهميته في تطهير الشحنات الانفعالية وتفريغ الحمولة النفسية وتخفيف ضغوط الكبت حتى لا يحدث انفجار وحتى لا يتصدع وينهار بناء الشخصية.

-أكد الباحث أن أفراد المجموعة لديهم مشكلاتهم وضغوطاتهم الخاصة بهم ولكن عندما يقوم كل واحد منهم بالتفيس عن خبراته الانفعالية فسيجد أن الكثير من أفراد المجموعة لديهم مثله أو أكثر من الهموم.

يقول الشاعر: وقد يواسي حزين أخاه في الأقدار كما يواسي غريب أخاه في الأسفار

-أتاح الباحث للمجموعة الإرشادية التحدث في تداع حر وترباط طليق عن كل ما يجول بخواطرهم من صراعات وإحباطات وحاجات ومشكلات ومخاوف في جو نفسي دافئ وخال من الأحكام الأخلاقية واللوم والعقاب وفي إطار من حسن الإصغاء وتشجيع التعبير عن النفس.

-طلب الباحث من المجموعة الإرشادية كتابة الإجابات على الأسئلة التالية:
س1: اكتب تفاصيل آخر موقف ضاغط مررت به.

س2: اشرح بالتفصيل طبيعة المشاعر والأحاسيس التي عشتها أثناء المرور بالموقف.

س3: اشرح بالتفصيل الأسباب التي أدت إلى هذا الشعور؟

س4: ما هي الحلول المختلفة للقضاء على هذا الشكل من الشعور.

-ناقش الباحث المشكلة والأسباب والحلول مع أفراد المجموعة التجريبية وانتقاء أفضلها.
-في ختام الجلسة أكد الباحث على أهمية التوجه إلى صديق أو إلى مختص نفسي ليساعد
أفراد المجموعة على تفريغ انفعالاتهم وعدم كبتها والإفصاح عنها دون خجل أو شعور بالخزي
لما له من أهمية كبيرة في دفع الضغوطات والانفعالات غير الملائمة.

ملحق الجلسة التاسعة والعاشر:

الهدف العام: -التبصير بماهية الضغوط وطبيعتها.

- معرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه ومعرفة مصادر الاضطراب

والمشكلات ووضع حلول لها.

الأهداف الإجرائية:

-تنمية الوعي لدى الأسر بماهية الضغط مع التركيز على أسباب الضغوط.

-تبصير الأسر بالتعرف على أعراض الضغوط والأحداث المصاحبة لتلك الأعراض.

-تبصير الأسر بالآثار السلبية سواء الجسمية أو النفسية التي يمكن أن تنتج عن معيشتهم

للضغط أثناء تعاملهم مع المريض نفسياً.

الأدوات والوسائل:

-استخدم الباحث أسلوب المحاضرة البسيطة لتوضيح بعض النقاط الخاصة بموضوع الجلسة.

-المناقشة المفتوحة.

-نموذج يوضح الآثار النفسية والجسمية الناتجة عن معيشة الضغوط.

محتوى الجلسة:

إن الأسرة هي المكان الطبيعي الذي يجب أن يعيش فيه الأبناء جميعاً سواء كانوا أبناء عاديين أو مرضى نفسيين. وأن يعيش المريض النفسي بين أفراد عائلته فهذا شيء ضروري ومقبول اجتماعياً.

ولكن وجود ابنٍ مريضٍ نفسي في المنزل قد يؤدي إلى حدوث عدم استقرار نسبي داخل الأسرة ويوقع أفراد الأسرة تحت طائلة الضغوط النفسية. والضغط عبارة عن حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانات الشخصية للكائن الحي وتنتج عن عدم حدوث توازن بين المطالب البيئية والداخلية والموارد التكيفية للفرد. ومن ثم فإن الفرد حينما يشعر بأنه يواجه مواقف وأحداث خارجية تفوق قدراته وإمكاناته، ولا يستطيع مواجهتها حينئذ يشعر بالضغط.

وشعور الأب والأم أو أحد أفراد الأسرة بالخزي والخجل العميق لوجود المريض النفسي بينهم ينتج عنه انفعالات غير سارة مثل التوتر والإحباط والقلق والاكتئاب.

وقدم الباحث نموذج يوضح كيفية التفاعل بين الفرد والمواقف الضاغطة. وأكد الباحث على أن الضغط يبدأ بمثيرات تسبب الضغط وتسمى أسباب الضغط التي تنتج عن خبرات ومواقف مؤلمة يمر بها الفرد ويعقبه إحساس عظيم بالخزي والخجل يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية وسلوكية. وأكد الباحث أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد عند إحساسهم بالضغط وفروق فردية أيضاً في إدراكهم وتفسيرهم للموقف الضاغطة، وأن هناك طرقاً كثيرة يستطيع بها الفرد مقابلة ومواجهة الضغط والمشاعر والأحاسيس والتغلب عليها. (ما ورد في إحدى رسائل إخوان الصفا).

بعد ذلك قرأ الباحث: (اعلم يا أخي أيدك الله وإيانا بروح منه.. أن لب العلوم الشريفة معرفة الإنسان نفسه لأنه قبيح بكل عالم يتعاطى الحكمة، أن يدعي معرفة الأشياء وهو لا يعرف نفسه على الحقيقة إلا أن ينظر ويبحث، وذلك من ثلاث جهات، أحدها، الجسد مجرداً عن النفس، والثاني النفس مجردة عن الجسد، والثالث الجملة المجموعة، من النفس والجسد..).

ثم عرّف الباحث الاستبصار على أنه فهم النفس ومعرفة الذات والقدرات والاستعدادات وفهم الانفعالات ومعرفة دوافع السلوك والعوامل المؤثرة فيه، ومعرفة مصادر الاضطراب والمشكلات وإمكانات حلها، ومعرفة الإيجابيات والسلبيات ونواحي القوة ونواحي الضعف. (زهران، 1980).

ثم تطرق الباحث إلى مناقشة بعض الآثار السلبية للضغوط على الفرد والتي تتعكس بدورها على الحالة الصحية للوالدين والتي تتمثل في التأثير على الناحية الجسمية والنفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنتج عن معاشة الوالدين مع المريض نفسياً.

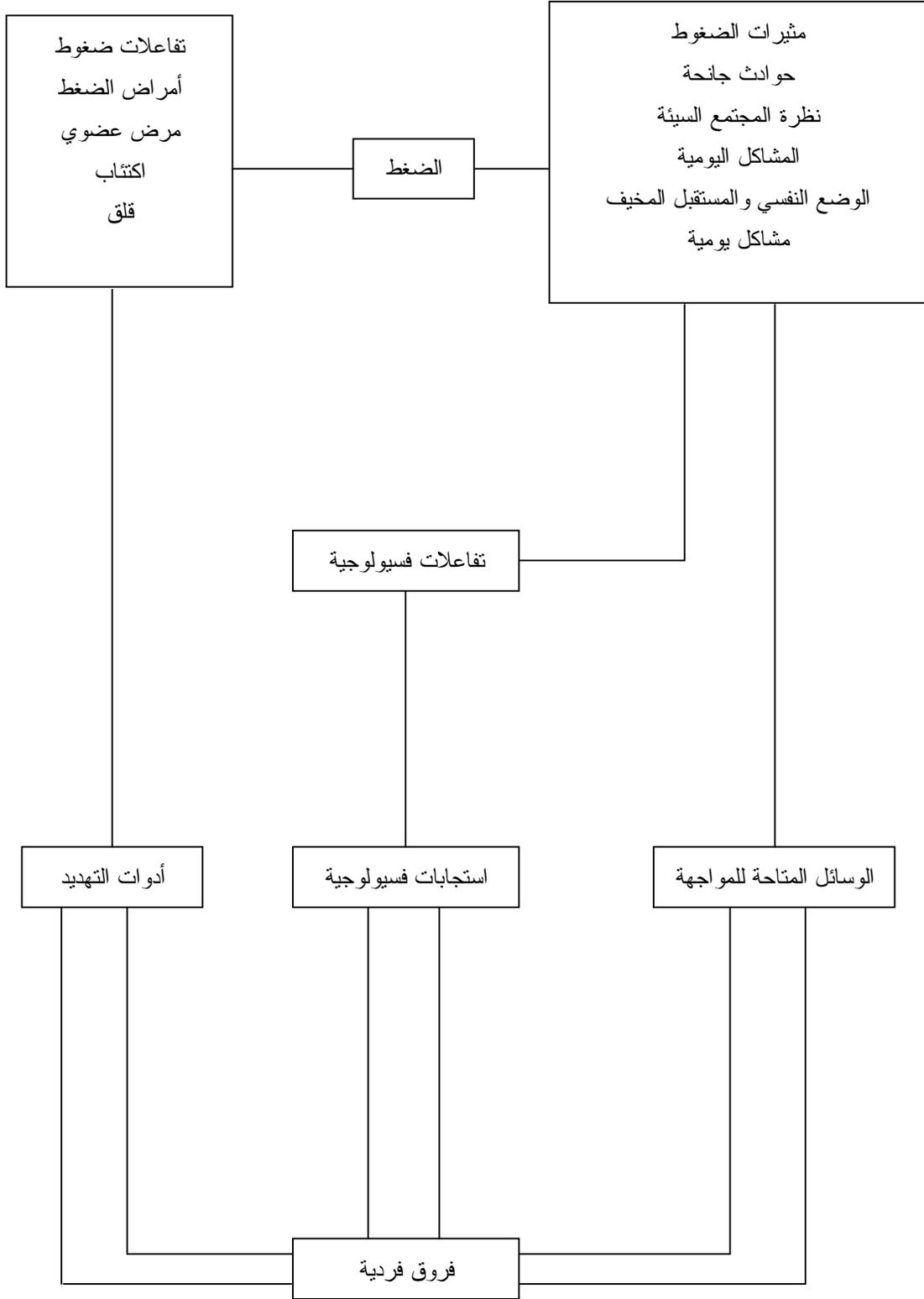
طلب الباحث من الآباء والأمهات عرض بعض المواقف التي عايشوها بأنفسهم في مواجهة المجتمع والبيئة المحيطة وداخل المنزل وأدت إلى ضغوط نفسية لديهم ثم كيف تصرفوا إزاء هذه المواقف حيث يُفيد تعرف الشخص بنفسه على مصدر الضغط في قدرته على التغلب عليه ويعتبر ذلك بداية للعلاج وتدور المناقشة حول عرض أحد المشاركين في البرنامج لموقف يسبب له الضيق والتوتر وليكن مثلاً جلوس المريض النفسي في داخل الغرفة دون أصدقاء. ثم ناقش الباحث بعد ذلك أفكار ومشاعر الآباء اتجاه هذا الموقف.

-نوقش الموقف وأعطيت الفرصة لكل فرد في أن يعبر عن مشاعره ويبيدي رأيه بصراحة مع مراعاة توجيه التفاعل والمناقشة بين الأعضاء. ويقدم الباحث المساعدة ويتدخل عندما يقترح الآباء حلولاً تكون غير موفقة أو خاطئة حيث لا يجوز للباحث أن يقترح حلولاً فيجب على الآباء والأمهات أن يحاولوا حل مشاكلهم التي يواجهونها بأنفسهم مما يعودهم على الاعتماد على أنفسهم في حل مشاكلهم.

-يتم بعد ذلك التعليق من الباحث على الحلول التي تم التوصل إليها ومدى مساعدة الفرد لنفسه ومعرفة لذاته ليحل مشكلاته.

الواجب المنزلي:

كلف الباحث المشاركين في البرنامج بكتابة قائمة يوضحون فيها بعض المواقف الضاغطة التي تسبب لهم الضيق عند التعامل مع المريض نفسياً، وعلى الجانب الآخر يكتبون الأعراض النفسية والجسمية التي يشعرون بها مع كل موقف.



تصور بريمر للضغط وطبيعته (Brammer,1977:96)

ملحق الجلسة الحادية عشرة: المساندة الاجتماعية.

الأهداف الإجرائية:

-تبصير الوالدين بمفهوم المساندة الاجتماعية.
-تبصير الوالدين بالقنوات الرسمية وغير الرسمية التي تساعد الأسر وتمد لهم يد العون والمساعدة.

-تبصير الوالدين بأهمية المساندة الاجتماعية في معالجة ومواجهة الكثير من الضغوط الأسرية.

-توضيح بعض النقاط الخاصة بموضوع الجلسة.

-تبصير بعض المؤسسات الاجتماعية بالدور الذي يجب أن تلعبه في تصحيح مفاهيم الناس للمرض النفسي.

-المنافسة المفتوحة.

محتوى الجلسة:

بعد أن رحب الباحث بالمجموعة الإرشادية للالتزامهم بالحضور في نفس المكان والزمان قام الباحث بتوزيع محاضرة مكتوبة عن الأمراض النفسية والعقلية وتصنيفها ومكوناتها الأساسية وذلك استجابة لطلب بعض الآباء والأمهات لمعرفة المزيد عن الأمراض النفسية. وهذا محتواها: يُعتبر كريبيلين (Krapelin, 1913) والذي تبنته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (ABA) تظهر اضطرابات جسدية، ومن ثم أجاب الباحث مع المجموعة الإرشادية عن استفساراتهم من بعض الأمراض.

تُعتبر المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة، وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية والتي منها على سبيل المثال الاكتئاب واليأس. (عبد الله، هشام، 1995، 473).

وتمثل المساندة الاجتماعية تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها، وللمساندة الاجتماعية أثر مخفف لضغوط الحياة وقد يرجع هذا الأثر المخفف إلى ما يحدث من تحسن في أساليب المواجهة والتعامل مع الضغوط ومصادر ها.

-أشار الباحث إلى أن بعض الأسر التي لديها مريض نفسي تميل إلى عزل نفسها عن المجتمع وفرض نوع من العزلة على كل عضو من أعضائها وتجنب الاختلاط بالأقارب والأصدقاء والجيران، وقد يرجع ذلك إلى الخجل من المريض نفسياً أو إلى محاولتها تجنب بعض المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب لهم الضيق والتوتر، ولكن يجب أن يعلم الوالدان والاخوة أيضاً أن كل فرد يحتاج إلى المساعدة والعون من الآخرين وأن الأسر التي لديها أبناء عاديين تحتاج إلى المساعدة والعون في بعض مواقف الحياة ومن ثم تكون الأسر التي لديها مريض نفسي في حاجة أشد إلى المساندة الاجتماعية فكثير من الآباء والأمهات الذين لديهم مرضى نفسيين قد يتعرضون إلى حالة من الضغط أو الأزمات وهذا بدوره قد يؤدي إلى انغلاق في تناولهم المشكلة أو التعرف على الوجوه السليمة التي يتجهون إليها. وهذه الوجوه سوف تساعد على تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة مما يساعد على أن يفكر تفكيراً صحيحاً وبالتالي يستطيع أن يسلك ويتصرف بطريقة ناجحة. أيضاً فإن المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على التفريغ الانفعالي لمشاعره المشحونة بالقلق والعصاب إثر الخبرات التي مر بها الفرد، وهذا يذكرنا بقول الشاعر:

دعوه يصارحك بمكتوم صدره فثائر بركان ولا صدر كاتم

وأفتك عندي من قذائف مدفع حبيس كلام كالشجا في الحلاقم

وقد يؤدي الخوف والحزن والشعور بالوصمة إلى عِزلة الأسرة من المجتمع مما يجعلها في حاجة ماسة إلى من يأخذ بيدها للعودة إلى الوضع الطبيعي حتى تتمكن الأسرة من مساعدة مريضها.

إن النظرة السلبية المحففة التي ينظرها المجتمع للمريض النفسي تؤدي بالأسرة للشعور بالعار والخزي من المريض نفسه فتعمل جاهدة الأسرة على حبس مريضها داخل المنزل وعدم إخراجه من البيت ولو أدى ذلك إلى الضرب والإساءة وإيقاع المريض مربوطاً لمدة طويلة.

-يجب أن يدرك الآباء أن معظم الجمهور لا يدرك كم من الناس الذين يعرفونهم لديهم أمراضاً نفسية ويواجهونها كل يوم.

-أكد الباحث الأهمية الكبرى لأن تعرف الأسرة مريضها جيداً وأن تحاول نفسها أن تتجنب الشعور بوصمة المرض حتى يتمكنوا جميعاً من معالجة مريضهم وأن يحاولوا الاتصال بالمؤسسات والجمعيات النفسية التي تساعد على تقديم العلاجات والحلول لهم.

*أشار الباحث إلى أنماط المساندة الاجتماعية حيث تنقسم إلى:

-مساندة اجتماعية غير رسمية تتمثل في المساندة من الأهل والأصدقاء والجيران والمساندة في العمل.

-مساندة اجتماعية رسمية تتمثل في وجود بعض المراكز الحكومية وغير الحكومية التي تساعد المرضى النفسيين في تقديم علاجات لهم أو تقديم الخدمة الإرشادية لهم.
-أشار الباحث إلى بعض المؤسسات التي تقوم بالمساندة الاجتماعية لهؤلاء الأسر منها:
-دائرة الصحة النفسية المجتمعية وجميع فروعها في قطاع غزة وهي تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية.

-برنامج غزة للصحة النفسية في غزة - الشيخ عجلين.

-مستشفى الطب النفسي - غزة - النصر.

-مستشفى الطب النفسي - رفح - تل السلطان.

-وزارة الشؤون الاجتماعية.

-مما سبق تتضح أهمية البحث عن المساعدة والعون من الآخرين، فالوالدان يحتاجان إلى من يبصرهم ويشاركهم أحاسيسهم، ومشاعرهم ويخفف عنهم آلامهم، وعلى الآباء والأمهات أن يعلموا أنهم إذا طلبوا المساعدة والعون من الآخرين فسوف يجدون من يساعدهم في حل الكثير من المشاكل التي يتعرضون لها، وقد يكون اختيار الأسرة للعزلة وتجنبها الاختلاط بالآخرين هي رغبة أكيدة منها، ولا تكون العزلة في أحيان كثيرة نتيجة سلوكيات غير مرغوب بها من المريض النفسي.

-أكد الباحث على أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم أفضل من ناحية الصحة النفسية من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات بالإضافة إلى أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة وتختلف استجابات الأفراد للأحداث الضاغطة تبعاً لتوفير هذه العلاقات والمساندة الاجتماعية.



-قبل أن تختتم الجلسة قام الشيخ عادل نصار رئيس اللجنة العلمية في جمعية دار الكتاب والسنة بإلقاء درساً عن الابتلاء وعن الصبر ووعده فضيلته بأن يتحدث هو وزملاؤه الوعاظ

والأئمة عن المرض النفسي وإمكانية العلاج منه وأنه يساعد في تغيير مفاهيم الجمهور نحو المرض النفسي وأن يكون له دورٌ في المساندة الاجتماعية لأهالي المرضى النفسيين من خلال مقالات ومنتشورات تساهم في التخفيف من الشعور بالوصمة، وواعد أن ينقل مشاعر ذوي المرضى النفسيين إلى المسؤولين الذين لديهم كلمتهم وسلطانهم لكي يقدموا الدعم النفسي لذوي المرضى النفسيين وأن يساهموا من جانبهم في تقديم النصح والمساعدة لأهالي المرضى.

-في نهاية الجلسة شكر الباحث الشيخ عادل نصار على حضوره ومساندته للمجموعة الإرشادية وأكد على أهمية المساندة الاجتماعية.

قام الباحث بطرح عدة أسئلة وقامت المجموعة الإرشادية بالإجابة عليها ومنها:

-ما هي المواقف الضاغطة التي مررت بها وزادت من شعورك بالخجل؟
-هل قمت بطلب مساعدة من شخص ما لمساندتك. إذا كانت الإجابة نعم فهل قلل ذلك من نسبة التوتر والحرص لديك؟ وإن كنت لم تستعن بأحد لمساندتك فلماذا لم تطلب المساعدة؟
واجب الجلسة الحادية عشرة.

1-ما المواقف الضاغطة التي مررت بها وزادت من شعورك بالخجل؟
2-هل قمت بطلب مساعدة من شخص ما لمساعدتك؟ إذا كانت الإجابة نعم فهل قلل ذلك من نسبة التوتر والحرص لديك؟ وإن كنت لم تستعن بأحد لمساندتك فلماذا لم تطلب المساعدة

ملحق الجلسة الثانية عشرة: المساندة الدينية.

الأهداف الإجرائية:

-تبصير المجموعة الإرشادية بالتمسك بالدين والرضا بالقضاء والقدر.
-الاستماع إلى الدكتور الشيخ عبد اللطيف موسى في درس عن الابتلاء والصبر لتخفيف الآلام كونه طبيب أسرة وعالم دين.

محتوى الجلسة:

كان أيوب - عليه الصلاة والسلام - نبياً كريماً يرجع نسبه إلى إبراهيم الخليل - عليه السلام. قال تعالى: (ومن ذريته داود وسليمان وأيوب ويوسف وموسى وهارون). (الأنعام: 84). وكان أيوب رجلاً كثير المال من سائر صنوفه وأنواعه، من الأنعام والعييد والمواشي، والأراضي المتسعة وكان له أولاد وأهلون كثير. فسلب منه ذلك جميعه، وابتلي في جسده بأنواع من البلاء ولم يبق منه عضو سليم سوى قلبه ولسانه، يذكر الله عز وجل بهما، وهو في ذلك كله صابر محتسب، ذكر الله عز وجل في ليله ونهاره وصباحه ومساءه. وطال مرضه حتى عافه الجليس، وأوحش منه الأنيس، وأخرج من بلده، وألقي على مزبلة خارجها وانقطع عنه الناس ولم يبق أحد يحنو عليه سوى زوجته، كانت ترعى حقه وتعرف قديم إحسانه إليها

وشفقته عليها. فكانت تتردد إليه فتصلح من شأنه، وتعينه على قضاء حاجته، وتقوم بمصلحته وضعف حالها وقل مالها حتى كانت تخدم الناس بالأجر لتطعمه وتقوم بأوده، رضي الله عنها وأرضاهما، وهي صابرة معه على ما حل بهما من فراق المال والولد، وما يختص بهما من المصيبة بالزوج، وضيق ذات اليد وخدمة الناس بعد السعادة والنعمة.

وقد ثبت في الحديث أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: أشد الناس بلاء الأنبياء، ثم الصالحون، ثم الأمثل فالأمثل. وقال صلى الله عليه وسلم: يبئلى الرجل على حسب دينه، فإن كان في دينه صلابة زيد في بلائه. ولم يزد هذا كله أيوب إلا صبراً واحتساباً وحمداً وشكراً فأصبح نموذجاً فريداً في الصبر والتحمل.

وبعد طول صبر، توجه أيوب إلى ربه ليكشف ما به من الضر والسقم. (أني مسني الضر وأنت أرحم الراحمين). (الأنبياء، 83). فأوحى الله إلى أيوب أن يضرب الأرض بقدمه، فامتثل أيوب لأمر ربه، فانفجرت عن ماء باردة فاغتسل منها فشفي بإذن الله، فلم يبق فيه جرح إلا وقد برئ منه ثم شرب شربة فلم يبق في جوفه داء إلا خرج وعاد سليماً، ورجع كما كان شاباً جميلاً، قال تعالى: (فاستجبنا له فكشفنا ما به من ضر). (الأنبياء: 84). ونظرت زوجة أيوب إليه، فوجدته في أحسن صورة وقد أذهب الله عنه ما كان به من ألم وأذى وسقم ومرض وأصبح صحيحاً معافى، وأغناه الله ورد عليه ماله وولده، قال تعالى: (وأتيناه أهله ومثلهم معهم رحمة من عندنا). (الأنبياء، 84). وقد جعل الله عز وجل - أيوب - عليه الصلاة والسلام أسوة وقدوة لكل مؤمن ابتلي في جسده أو ماله أو ولده، حيث ابتلاه الله بما هو أعظم من ذلك فصبر واحتسب حتى فرج الله عنه وقال النبي صلى الله عليه وسلم: بينما أيوب يغتسل عرياناً مر عليه رجل جراد (جماعة من الجراد) من ذهب فجعل أيوب يجثي في ثوبه فناداه ربه عز وجل: يا أيوب ألم أكن أغنيك عما ترى؟ قال: بلى يا رب، ولكن لا غنى لي عن بركتك. (البخاري 20/5).

-إن الله عز وجل قد خلق الإنسان والله يعلم مَنْ خلق. قال تعالى: (ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير). (الملك، 14). وقال تعالى: (الذي خلقني فهو يهدين، والذي هو يطعمني ويسقين، وإذا مرضت فهو يشفين). (الشعراء، 78 - 80). والله عز وجل يعرف كيف صير الإنسان سوياً ووضع لذلك القوانين السماوية والله يعرف أسباب فساد الإنسان وانحراف سلوكه وهو الذي يعرف طرق وقايته وصيانتته، وهو بقدرته وحكمته يدرك الحاجات النفسية للإنسان ويدبر لها الإشباع عن طريق الحلال.

-تحدث الباحث عن أهمية الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره وحلوه ومره: الرضا بالقضاء وله نتائج سارة، وثمرات طيبة ومنها: (موسى، 496 - 497).

1 - أنه يكسب صاحبه قوة الشكيمة، ومضاء العزيمة، إذ من اطمأنت نفسه إلى ما أصابه لم يكن ليخطئه وأن ما أخطأه لم يكن ليصيبه. خلت جميع أعماله من الحيرة والتردد وانتفى من حياته القلق والاضطراب فلا يحزن على ماضٍ، ولا يغم لحاضر، ولا يؤلمه المستقبل وبذلك يكون أسعد الناس حالاً وأطيبهم نفساً وأصلحهم بالاً وأهداهم خاطراً.

2- يستسلم المؤمن لقدر الله بأن الآجال مكتوبة والأرزاق مقسومة، والسعادة والشقاء مكتوبتان على الناس قبل خلقهم.

-تحدث الباحث عن الابتلاء: إن الذي يقرأ القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة ويتدبر نصوصهما، ويدرس أحوال الناس في مراحل حياتهم المختلفة، والجماعات الإنسانية، والمجتمعات البشرية في الحقب الزمنية المختلفة، يستقر على قرار وهو أن الله خلق كل الناس ليبنتليهم، قال تعالى: (إنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاج نبتليهم فجعلناه سمياً بصيراً). (الإنسان، 2). إن المؤمن لا يتوقف الابتلاء عنه، بل يتعرض إلى ابتلاءات أخرى وفتن كثيرة، ومحن عديدة وإنه سيسأل عن كل لحظة من لحظات عمره فيما أفناهها، وعن كل كلمة قالها وعن كل عمل عمله، وسيجزي على الخير خيراً وعلى الشر شراً. قال تعالى: (فمن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ومن يعمل مثقال ذرة شراً يره). (الزلزلة، 7 - 8). ولقد قر الله تبارك وتعالى هذا الابتلاء لكل من ينسب نفسه للإيمان. قال تعالى: (لتبلىون في أموالكم وأنفسكم). (آل عمران، 186). وقد بينتلي الله سبحانه وتعالى العبد المؤمن بفقد عزيز عليه كأبيه أو أمه ليرى مدى صبره ورضاه بقضاء الله وقدره، وقد بينتلي المؤمن بفقد جزء من جسمه كذهاب بصره أو سمعه أو رجله أو يده فيصبر على ذلك، وقد بينتلي الله العبد المؤمن بمرض عضال أو بذهاب بصره أو تجارته فيصبح فقيراً يستحق الصدقة، أو أن يكون لديه أبناء مرضى نفسيين أو الزوج أو الزوجة يُعاني أو تعاني من مرض نفسي، وهنا وجب الحديث عن الصبر لنعرف ماذا أعد الله للذين صبروا على ابتلاءاتهم.

الصبر: هو مفتاح الفرج. والصبر وتفويض الأمر إلى الله فضيلة خلقية ونفحة روحية يعتصم بها الإنسان فيهدأ ويسكن قلبه ويطمئن. والصبر يبعد الشيطان ويرضي الرب ويسر الصديق ويسوء العدو. والصبر عون نفسي هائل من الانهيار أمام الشدائد والمصائب. ومن الصبر المثابرة على العبادة، ومنه الشجاعة على المكاره، ومنه كتمان الأسرار ومنه تحمل أذى الناس. قال الله تعالى: (يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين). (البقرة، 153). وقال جل وعلا: (وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون، أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون). (البقرة، 154 - 156). وقال تعالى: (وإن تصبروا وتتقوا فإن ذلك من عزم الأمور).

(آل عمران، 186). وقال تعالى: (ولنجزيين الذين صبروا أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون). (النحل، آية 96).

-تحدث الباحث عن التوكل على الله: التوكل على الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره زاد روجي مطمئن ومسكن يمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. قال الله تعالى: (الله لا إله إلا هو وعلى الله فليتوكل المؤمنون). (التغابن، آية 13). وقال تعالى: (وعلى الله فتوكلوا إن كنتم مؤمنين). (المائدة، آية 23). وقال عز وجل: (وإليه يرجع الأمر كله فاعبده وتوكل عليه). (هود، 123).

وقال تعالى: (ومن يتوكل على الله فهو حسبه). (الطلاق: 39).

وتحدث الباحث عن الدعاء: الدعاء هو سؤال الله القريب المجيب والاستعانة به والتضرع إليه والالتجاء إليه في كشف الضر عند الشدائد. قال تعالى: (وإن يمسسك الله بضر فلا كاشف له إلا هو). (يونس، 107). وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: إذا سألت فاسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله. وفي الدعاء سمو روجي يقوي الفرد بالإيمان. وهو علاج أكيد للنفس التي أشرفت على الهلاك حيث يطلب الإنسان العون من القوي القادر فيشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف ويتخلص مما هو فيه من الهم والتوتر والضييق والقلق.

-وتحدث الباحث عن ابتغاء رحمة الله: وفي ذلك قوة روحية تؤدي إلى التفاؤل والأمل وتدخل إلى النفس المعذبة المتشائمة العزاء وتخلصها من الآلام والمتاعب. بالإيمان والأمل يعالج الفرد ما يعتريه من المشكلات متذرعاً بالحكمة والصبر مترقباً رحمة الله وانفراج الأزمة. قال جل وعلا: (ورحمتي وسعت كل شيء). (الأعراف: 156). وقال: (إن رحمة الله قريبٌ من المحسين). (الأعراف: 56).

-ناقش الباحث مع المجموعة الإرشادية بعض المصائب التي وقعت لكثير من الذين تعرفهم المجموعة الإرشادية خلال انتفاضة الأقصى ومقارنة مصائب هؤلاء الناس بالإحساس بالوصمة لديهم مما خفف عنهم الشعور بالخجل العميق.

-بعد ذلك أعطى الباحث الفرصة للدكتور الشيخ عبد اللطيف موسى حيث تحدث عن الصبر وقال إن الصبر ثلاثة أنواع 1- صبر على طاعة الله. 2- صبر على معصية الله كما حدث ليوסף عليه السلام. 3- صبر على ابتلاء الله عز وجل كمصيبة الولد أو الزوج أو الوظيفة. ثم تحدث عن صبر الأنبياء والصحابه. ثم تحدث عن ستة عشر نوعاً للصبر: 1- (واصبر وما صبرك إلا بالله). (النحل: 127). 2- نهى عن ضد الصبر (ولا تهنوا ولا تحزنوا وأنتم الأعلون إن كنتم مؤمنين). (آل عمران: 139). 3- نوع أثنى الله عليهم بصبرهم: (والصابرين في البأساء والضراء وحين البأس). (آل عمران: 134). 4- نوع أوجب الله محبتهم: (والله يحب الصابرين). (آل عمران: 146). 5- أوجب معيته لهم - معية خاصة:

- (وَاللَّهُ مَعَ الصَّابِرِينَ). (البقرة: 153). 6- جعل الله الصبر خيراً لأهله: (ولئن صبرتم لهو خيراً للصَّابِرِينَ). (آل عمران: 146). 7- الله يجزي الصَّابِرِينَ ويكافأهم. (وليجزي الذين صبروا أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون). (النحل، 96). 8- الصَّابِرِينَ لا يحاسبون: (إنما يوفى الصَّابِرُونَ أجرهم بغير حساب). (الزمر: 10). 9- إطلاق البشرى لأهل الصبر: (ويشرف الصَّابِرِينَ). (البقرة: 155). 10- ضمن النصر لأهل الصبر: (بلى إن تصبروا وتتقوا ويأتوكم من فوزهم هذا ربكم بمددكم بخمس آلاف من الملائكة مسومين). (آل عمران: 125).
- 11- أهل الصبر أهل العزائم: (ولمن صبر وغفر إن ذلك لمن عزم الأمور). (الشورى: 43).
- 12- أهل الصبر هم أصحاب الحظوظ العظيمة: (وما يلقاها إلا الذين صبروا). (فصلت: 43).
- 13- أهل الصبر هم الذين يتصفون بآيات الله وغيره: (فجعلناهم أحاديثاً). (المؤمنون: 44).
- 14- الفوز بالمحبوب المطلوب الجنة إنما نالوه بالصبر: (والملائكة يدخلون عليهم من كل باب). (الرعد: 23).
- 15- الصبر يورث صاحبه درجة الأمانة في الدين: (وجعلناهم أئمة يهدون بأمرنا لما صبروا). (السجدة: 24).
- 16- قرن الصبر بالتقوى والإحسان: (واصبر وما صبرك إلا بالله). (النحل: 127).
- وأكد الدكتور عبد اللطيف موسى أن الصبر يقوم على ثلاثة قواعد: 1- حبس النفس عن التسخط بالمكروه. 2- حبس اللسان عن الشكوى. 3- حبس الجوارح عن المعصية مثل لطم الخدود أو شق الجيوب.
- والشكوى ثلاثة أقسام 1- صنف يشكو الناس إلى عباده. فإذا شكوا العبد ربه إلى مخلوق مثله فقد شكوا من يرحمه ويلطف به ويعافيه ويبيده ضره ونفعه إلى مَنْ لا يرحمه وليس بيده نفعه ولا ضره. وهذا من عدم المعرفة وضعف الإيمان. وقد رأى بعض السلف رجلاً يشكو إلى آخر فاقه وضرورة فقال: يا هذا، تشكو مَنْ يرحمك إلى مَنْ لا يرحمك؟ ثم أنشد:
- وإذا عرتك بلية فاصبر لها صبر الكريم فإنه بك أعلم
وإذا شكوت إلى ابن آدم إنما تشكو الرحيم إلى الذي لا يرحم
- ولا ينافي الصبر الشكوى إلى الله، فقد شكوا يعقوب عليه السلام إلى ربه مع أنه وعده بالصبر فقال: (إنما أشكو بثي وحزني إلى الله). (يوسف: 86).
- 2- رجل يشكو عباد الله إلى الله. 3- رجل يشكو دائماً نفسه إلى الله - أعلى مراتب الشكوى. ثم ذكر الدكتور الحديث القدسي: إذا ابتليت عبدي بحبيبتيه فصبر عوضته بدلاً منهما الجنة.



ثم تحدث الدكتور عبد اللطيف موسى عن الابتلاء وكيف يخرج المؤمن منه أشد قوة مثل العز بن عبد السلام والإمام أحمد والإمام الشهيد سيد قطب. ثم تحدث الدكتور عن القدر وقال إنه نوعان: 1- قدر منجز مبرم. 2- قدر معلق وهو يتغير بالدعاء. ثم تحدث فضيلته عن العلاج والأخذ بالأسباب والتعلق برب الأسباب.

وتحدث عن الضغوطات النفسية وعن الاكتئاب وعن المخاوف والوساوس والذهان وقدم نصائحه للمجموعة الإرشادية بالتوجه إلى عيادات الطب النفسي والاستماع إلى إرشادات الأطباء.

-أكد الدكتور على أهمية الدين والالتزام بالعقيدة ليحمي الإنسان نفسه من النظرة المجحفة للمجتمع التي ينظرها إليه وذكرهم بقول الرسول صلى الله عليه وسلم: إنما العلم بالتعلم والحلم بالتعلم.

-أجاب الدكتور على عدة أسئلة واستفسارات من المجموعة الإرشادية وأكد الدكتور على أهمية الصلاة والأذكار وقراءة القرآن في القضاء على الوسوس.

-في نهاية الجلسة قدم الباحث شكره للدكتور الشيخ عبد اللطيف موسى لحضوره إلى الجلسة وإلى الحديث الممتع المفيد وإلى إجاباته عن أسئلة المجموعة الإرشادية.
ملحق الجلسة الثالثة عشرة: الجلسة الختامية.

الأهداف الإجرائية:

- عرض وتلخيص وتقييم.
- التأكد من فهم أفراد المجموعة التجريبية كل ماء جاء في الجلسات السابقة.
- التدريب العملي المباشر للوالدين في مواقف حقيقية يتعرضون لها أمام المرضى النفسيين.

محتوى الجلسة:

بدأت الجلسة باستعراض بعض المواقف الضاغطة التي جاءت في استجابات المشاركين في جلسات البرنامج وتم عرض كل موقف على حدة. وتم سؤال المشاركين عن رأيهم في هذه المواقف:

الموقف الأول:

- خرجت إلى حفلة عرس ومعك ابنك المريض نفسياً ووجدت مضايقات من بعض الناس في هذا المكان لك ولابنك المريض نفسياً، ووجدت بعض التصرفات المؤلمة.

س1: ما التفكير المصاحب لهذا الموقف؟

ج1:

س2: ما شعورك لهذا الموقف؟

ج2:

س3: ما السلوك المصاحب لهذا الموقف؟

ج3:

س4: كيف تتصرف بطريقة سليمة بدون توتر؟

ج4:

الموقف الثاني:

-جاءك ضيف وأصر ابنك المريض نفسياً على الجلوس معك وعندما رفضت بدأ بالصراخ أمام الضيف.

س1: ما التفكير المصاحب لهذا الموقف؟

ج1:

س2: ما شعورك المصاحب لهذا الموقف؟

ج2:

س3: ما السلوك المصاحب لهذا الموقف؟

ج3:

س4: كيف تتصرف بطريقة سليمة دون توتر؟

ج4:

تختتم الجلسة بتوزيع بعض الكتب والهدايا على المشاركين في البرنامج الإرشادي.
-قام الباحث بتوزيع مقياس وصمة المرض النفسي على المجموعة الإرشادية بعد نهاية الحفل مباشرة.

ملخص الدراسة

الباحث: علاء الدين عيسى أبو جربوع

إشراف : د: عاطف عثمان الأغا

مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي

هذه الدراسة من أولى الدراسات التي طبقت في فلسطين والوطن العربي للتعامل مع مشكلة وصمة المرض النفسي من منظور إرشادي لتفتح المجال أمام المزيد من الدراسات والبحوث حول هذا الموضوع ، فقد هدفت هذه الدراسة إلى تخفيف وصمة الشعور بالمرض النفسي المرتبط بالعلاج النفسي لأن شعور الأفراد بوصمة المرض النفسي يلعب دوراً كبيراً في خلق حياة مملوءة بالقلق والخجل والضغط النفسي، وربما يؤدي بالفرد للعزلة عن أفراد المجتمع. وقد تؤدي إلى صمت الوالدين، فلا يبحثان عن علاج لابنهما ولا يشكوان لأحد؛ خوفاً وخجلاً.

إن الاهتمام بدراسة جذور الوصمة وأسبابها سيساعد على فهم جيد لها في سبيل وضع أنسب الحلول والبرامج الإرشادية لها.

الهدف من الدراسة:

- دراسة فاعلية برنامج نفسي إرشادي للتخفيف من الشعور بوصمة المرض النفسي، لما له أثر في خلق حياة مجتمعية مقبولة.

- محاولة الوصول إلى بعض التوصيات والمقترحات التي تساعد على إزالة وصمة المرض النفسي ومحو أثارها.

وتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي :

ما مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة
بالعلاج النفسي ؟

وينبثق عن هذه المشكلة التساؤلات الفرعية التالية :-

1- هل توجد فروق دالة في وصمة المرض النفسي بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشاد النفسي على أفراد المجموعة التجريبية؟

2- هل توجد فروق دالة بين التطبيق البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في درجاتهم على مقياس وصمة المرض النفسي المستخدم في الدراسة؟

3- هل توجد فروق دالة في وصمة المرض النفسي عند مستوى دلالة 0.05 بين درجات الذكور ودرجات الإناث على مقياس الوصمة والمستخدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي؟
عينة الدراسة:

تطبيق المقياس على عشرة آباء وعشر أمهات لذوي مرضى نفسيين مسجلين في عيادة النفسية المجتمعية في خانونس وهم من مدينتي رفح وخانيونس. وقد اختار الباحث العينة من مجموع (100) بناءً على أعلى الدرجات في مقياس وصمة المرض النفسي .
أدوات الدراسة:

- تم بناء مقياس لقياس مظاهر وصمة المرض النفسي وقد تم التحقق من صدق وثبات المقياس عن طريق صدق المحكمين والتجزئة النصفية .
- برنامج إرشادي مقترح (إعداد الباحث)
أجريت الدراسة بين شهر سبتمبر ونوفمبر سنة 2004م.
الأساليب الإحصائية:

قام الباحث بإستخدام برنامج الرزم الإحصائية SPSS لتفريغ البيانات ومعالجتها كما يلي:

§ معامل ارتباط بيرسون .

§ مقياس مان ويتني U.

§ مقياس ويلكوكسون وهو من المقاييس اللابارامترية المقابل لمقياس (ت) البارامترية
لحساب دلالة فروق المتوسطات المرتبطة .

نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى 0.05 لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي عند مستوى 0.05 لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي والتتبعي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الذكور وأداء الإناث في مظاهر الشعور بالوصمة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

التوصيات

- وضع برامج إرشادية تعمل على تنوير الجمهور نحو المرض النفسي وتقديم الدعم الاجتماعي لذوي المرضى النفسيين.
- تفعيل دور المؤسسات: خاصة المساجد والتلفزيون للحديث عن الأمراض النفسية وأهميتها الدعم الاجتماعي للأسر .
- إنشاء مؤسسة تزيد من مهارات التخاطب بين الأسر التي لديها مرضى نفسيين.

Islamic University- Gaza
Dean of Higher Studies
Faculty of Education- Psychology Department

**Effectiveness of a suggested counselling
programme to diminish the stigma of
mental illness which related to
psychotherapy**

Thesis submitted for Master Degree

By

Alaedin Issa Abu Garbu'

Supervisor

Atef Agha

**Thesis submitted to faculty of education in the Islamic University
for the Master Degree in Psychology**

April 2005

Abstract

Effectiveness of a suggested counselling programme to diminish the stigma of mental illness which related to psychotherapy

The feeling of stigma among those who have mentally ill patients plays an important role in creating a hard life, full of anxiety, depression, shame and stresses. This feeling may lead to isolation, fear and tension which prohibit the parents to seek for the treatment for their sons and they do not complain to avoid embarrassment.

The interest in studying the roots of stigma and its causes will help in understanding it well and will enlighten the way for creating the most suitable solutions and counselling programmes for it.

The purpose of the study was to:

- 1- Applying a counselling programme to diminish the feeling of stigma of mental ill sons or daughters will be able to live an accepted social life.
- 2- Attempting to set up some suggestions and recommendations which help to overcome the stigma.

Sample:

The study sample consisted of (10) fathers and (10) mothers who have mental ill sons or daughters.

The age of these parents' is between 35 – 45.

Tools:

- 1- Stigma of mental illness measurement (constructed by researcher).

The study was carried between September to November 2004.

Results:

- 1- The results indicated that there is no significant difference in stigma feeling of mental illness ($P > 0.05$) before and after the counselling programme among the experimental group.
- 2- There was no significant difference in stigma feeling of mental illness ($P > 0.05$) after the counselling programme and after serial study for a month among the experimental group.
- 3- The study showed significant difference in stigma feeling of mental illness ($P > 0.05$) related to sex.
The feeling of stigma was higher among females than males.

Recommendations:

- 1- The study highlighted the need for more therapeutic programmes to enlighten the public towards the mental illness and providing the social support for the families who have mental ill patients.
- 2- The institutions, such as, mosques and television corporation, have to talk about the mental illness and the importance of the social support.
- 3- Establishing a society to increase the communication's skills among the families who have mental ill patients.