دولة ليبيا

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الأكاديمية الليبية للدراسات العليا

مدرسة العلوم الإنسانية

قسم: علم النفس

شعبة: الإرشاد والتوجيه

الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين بمدينة طرابلس

دراسة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية "الماجستير" في الإرشاد والتوجيه

مقدمة من الطالبة: عاتكة إبراهيم بشير المليطي

تحت إشراف: الأستاذ الدكتور/ جمعة سليمان الحجاج

العام الدراسي 2020-2021م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾

صدق الله العظيم

سورة الشعراء – الآية 80

الإهداء

إلى الغالية التي لولا دعمها لن يكتمل هذا العمل (والدتي)

إلى المبجل ذو الروح الطيبة الجميلة، الذي غرس في حب العلم من الصغر، الذي دعمني وساعدني كثيراً في هذا البحث (والدي)

إلى رفيقي في الكفاح الذي لم يبخل بجهده ووقته بمساعدتي (زوجي)

إلى من أزداد قوة بهم وسعادةً معهم (أبنائي)

الباحثة

الشكر والتقدير

حمداً لله عز وجل والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى القائل: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله ومن لا يشكر القليل لا يشكر الكثير" (متفق عليه)، وامتثالاً لأمر الحبيب – عليه الصلاة والسلام – في هذا الحديث الشريف وشعوراً بواجب الشكر والعرفان، فإنه يغمر قلبي ويلهج لساني بالشكر لله تعالى الذي وفقني بتقديم هذا العمل، ويسر لنا ورفع مكانتنا بين الكثير من الأشخاص، فإن أصبت فمنه وحده لا شريك له، وإن أخطأت فمن نفسي والشيطان والله منه براء.

ويشرفني ويسعدني أن أتوجه بعميق الشكر والامتنان للمشرف الأكاديمي أ. د. جمعة سليمان الحجاج على دعمه وتوجيهاته الجادة والمخلصة، وما بذله من جهد ووقت، فلقد كان لتوجهاته السديدة وإرشاداته القيمة أثر كبير في إخراج هذا العمل على ما هو عليه خلال رحلتي البحثية.

كما أتوجه بالشكر العميق للسادة المحكمين على ما بذلوه من جهد كان له أكبر الأثر في إخراج استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي بالمستوى المطلوب.

كما أشكر كل من الدكتور محمد المحمودي والدكتور يوسف الأحرش اللذين تفضلا بقبول المناقشة لهذه الدراسة جزاهما الله عني خير الجزاء.

ويمتد الشكر ليطوي بين جناحيه جميع أفراد أسرتي، وشكر خاص لوالدتي التي كانت السند الأول لي في رحلتي البحثية، والتي لم تبخل علي بالنصح، وقدمت لي الدعم المتكامل.

الباحثة

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الآية الكريمة	أ
الإهداء	ب
الشكر والتقدير	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ح
فهرس الأشكال	ط
فهرس الملاحق	ي
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
المقدمة	2
مشكلة الدراسة	4
أهداف الدراسة	7
أهمية الدراسة	7
تساؤلات الدراسة	9
حدود الدراسة	10
منهج الدراسة	10
مصطلحات الدراسة	11
الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة	
أولاً- الاتجاه	14
المقدمة	14
مصطلح الاتجاه	15
مفهوم الاتجاه في ميداني اللُغة وعلم النفس	17
التطور التاريخي للاتجاه	21
طبيعة الاتجاه	22
خصائص الاتجاه	24
أهمية الاتجاه	27
أنواع الاتجاه	29
وظائف الاتجاه	32
مكونات الاتجاه	36
العوامل المؤثرة على تكوين الاتجاه	39

شروط تكوين الاتجاه	42
مستويات الاتجاه	43
تفسير الاتجاه	45
مفاهيم متصلة بالاتجاه	46
تعلم الاتجاه	50
ثبات وتغيير الاتجاه	51
العوامل المؤثرة على تغيير الاتجاه	52
طرق تغيير الاتجاه	53
أشكال الاستجابة في الاتجاه	57
مصادر تشكيل الاستجابة في الاتجاه	58
العوامل التي تساعد على تشكيل الاتجاه	59
العلاقة بين الاتجاه والسلوك	60
طرق قياس الاتجاه	62
نظريات الاتجاه	67
الاتجاه وسلوك تنظيم الأسرة	70
الاتجاه نحو المرض النفسي	72
عوامل الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي	74
عوامل تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي	76
ثانياً- المرض النفسي	79
المقدمة	79
مفهوم المرض النفسي	80
المرض النفسي عبر العصور	83
مدى انتشار الأمراض النفسية	88
أسباب الإصابة بالأمراض النفسية	90
تصنيف الأمراض النفسية	96
النماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية	107
تصنيف أعراض الأمراض النفسية	109
أعراض الأمراض النفسية	110
معايير الأمراض النفسية	114
الأمراض النفسية الشائعة	116
الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية	120

النظريات التي تفسر نشوء الأمراض النفسية	122
العلاج النفسي	126
أنواع العلاج النفسي	127
الاعتقادات الخاطئة والشائعة عن الأمراض النفسية	131
الأسرة والأمراض النفسية	134
ثالثاً- الأسرة	137
المقدمة	137
مفهوم الأسرة	138
أهمية الأسرة	139
أهداف الأسرة	142
وظائف الأسرة	144
خصائص الأسرة	148
أنواع البنية الأسرية	151
دور الأسرة في الصحة النفسية	153
الأسرة في الإسلام	154
البعد العلاجي وإستراتيجيات التعامل مع أفراد الأسرة لأجل تدعيم الصحة النفسية التي تحقق الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي	156
أساليب المعاملة الوالدية غير السوية والتي قد تؤدي إلى إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية	159
النظريات المعاصرة لدراسة الأسرة	162
الفصل الثالث: الدراسات السابقة	
المقدمة	166
أولاً- الدراسات المحلية	166
ثانياً- الدراسات العربية	167
ثالثاً- الدراسات الأجنبية	173
رابعاً- تعقيب على الدراسات السابقة	176
الفصل الرابع: منهج وإجراءات الدراسة	
المقدمة	179
منهج الدراسة	179
مجتمع الدراسة	179
عينة الدراسة	179

حدود الدراسة	180
صعوبات الدراسة	180
الإجراءات الخاصة بتطبيق المنهج	181
صدق أداة الدراسة	184
ثبات أداة الدراسة	185
تطبيق إجراءات الدراسة	187
خصائص عينة الدراسة	188
الأساليب والمعالجات الإحصائية	196
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
المقدمة	199
النتائج الخاصة بالسؤال الأول حسب متغيرات الدراسة	199
النتائج الخاصة بالسؤال الثاني حسب متغيرات الدراسة	200
النتائج الخاصة بالسؤال الثالث حسب متغيرات الدراسة	202
النتائج الخاصة بالسؤال الرابع حسب متغيرات الدراسة	204
النتائج الخاصة بالسؤال الخامس حسب متغيرات الدراسة	207
النتائج الخاصة بالسؤال السادس حسب متغيرات الدراسة	208
النتائج الخاصة بالسؤال السابع حسب متغيرات الدراسة	210
النتائج الخاصة بالسؤال الثامن حسب متغيرات الدراسة	211
التوصيات والمقترحات	214
ملخص الدراسة باللغة العربية	215
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	217
المراجع	219
الملاحق	237

فهرس الجداول

التسلسل	جداول الفصل الرابع	رقم الصفحة
1	جدول رقم (1) يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية .	184
2	جدول رقم (2) يبين نتائج اختبار ألفا كرونباخ .	186
3	جدول رقم (3) يبين نتائج طريقة التجزئة النصفية.	186
4	جدول رقم (4) يبين التوزيع التكراري حسب متغير الجنس .	188
5	جدول رقم (5) يبين النسب والتكرارات حسب متغير المؤهل العلمي.	189
6	جدول رقم (6) يبين التوزيع التكراري حسب متغير نوع المرض.	190
7	جدول رقم (7) يبين النسب والتكرارات حسب متغير العمر.	191
8	جدول رقم (8) يبين التوزيع التكراري حسب متغير السكن.	192
9	جدول رقم (9) يبين النسب والتكرارات حسب متغير نوع المرض العُصاب.	192
10	جدول رقم (10) يبين النسب والتكرارات حسب متغير نوع المرض الذُّهان.	194
11	جدول رقم (11) يبين النسب والتكرارات حسب متغير صلة القرابة.	195
12	جدول رقم (12) يبين توزيع الدرجات على الإجابات المتعلقة بعبارات الاستبيان.	196
13	جدول رقم (13) يبين المتوسط المرجح المتحصل عليه من تحليل الإجابات.	197
التسلسل	جداول الفصل الخامس	رقم الصفحة
14	جدول رقم(14) يبين المتوسطات الحسابية وقيم اختبار (ت)ومستوى الدلالة.	199
15	جدول رقم (15) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس.	201
16	جدول رقم (16) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المستوى التعليمي.	202
17	جدول رقم (17) يبين الفروق في فئات سنوات العمر نتائج اختبار (LSD).	203
18	جدول رقم (18) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر.	204
19	جدول رقم (19) يبين الفروق في فئات سنوات العمر نتائج اختبار(LSD).	206
20	جدول رقم (20) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير السكن.	207
21	جدول رقم (21) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير نوع المرض (عُصاب – ذُّهان).	208
22	جدول رقم (22) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير	210

	مرضى العُصاب.	
23	جدول رقم (23) يبين إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير مرضى الذُّهان.	212

فهرس الأشكال

التسلسل	اسم الشكل	رقم الصفحة
1	شكل رقم (1) يبين خط مستقيم يوضح درجات القبول والرفض لموضوع معين.	23
2	شكل رقم (2) يبين تصنيف الاتجاهات.	30
3	شكل رقم (3) يبين السلوك ودافعيته لتكوين الاتجاه.	41
4	شكل رقم (4) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير الجنس.	188
5	شكل رقم (5) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي.	189
6	شكل رقم (6) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير نوع المرض.	190
7	شكل رقم (7) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير العمر.	191
8	شكل رقم (8) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير السكن.	192
9	شكل رقم (9) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير نوع المرض العُصاب.	193
10	شكل رقم (10) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير نوع المرض الذُّهان.	194
11	شكل رقم (11) يبين نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير صلة القرابة.	195

فهرس الملاحق

التسلسل	عنوان الملحق	رقم الصفحة
1	ملحق رقم (1) استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي في صورته الأولية	237
2	ملحق رقم (2)استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي في صورته النهائية	244
3	ملحق رقم (3) رسالة تحكيم الاستبيان	253
4	ملحق رقم (4) قائمة المحكمون	255
5	ملحق رقم (5) كتاب عميد مدرسة العلوم الإنسانية لمستشفى الرازي	256
6	ملحق رقم (6) كتاب مدير عام مستشفى الرازي لعميد مدرسة العلوم الإنسانية	257
7	ملحق رقم (7) نموذج مراجعة لُغوية	258

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

تساؤلات الدراسة

حدود الدراسة

منهج الدراسة

مصطلحات الدراسة

المقدمة:

يعد المرشدون والمعالجون النفسانيون يعملون على تطوير عمليات الإرشاد النفسي، حسب الظروف الثقافية والاجتماعية والنفسية والبيئية، حسب الحالات وأنواع الاضطرابات التي يعاني منها العملاء، لأجل المساعدة على إحداث التكيف مع الظروف المرضية، التي تؤثر سلباً في سلوكهم، وبالتالي في توجهات حياتهم الناتجة عن الاتجاهات السلبية، التي قد تكون حادة حسب طبيعة المرض.

ومن المؤكد أن يهتم علماء النفس على وجه الخصوص بالعلاقة بين الفكر والعناصر السلوكية للاتجاهات، إلا أنه قد يوجد نقص في تناول بعض الموضوعات الخاصة بالاتجاهات، مثل الاتجاهات نحو المرض النفسي.

إن التعارض الذي يحدث للمتتبعين للأمراض النفسية بين ما في أنفسهم ومع أفكارهم هو ما يجدون المرشدون صعوبة في التعامل مع الأنماط السلوكية والفكرية، وهذا ما نجده في اتجاهات الناس نحو المرض النفسي.

ومن المعروف أن الإنسان لم يولد ولديه اتجاهات خاصة، ولكن يكتسب ذلك من خلال الملاحظة والاشتراط الإجرائي والاستجابي، وذلك من خلال الأنماط المعرفية كالتعلّم، وعلى هذا الأساس فإن المؤثرات تكون متداخلة في الخبرة الواحدة.

وعلى الرغم من أن الإنسان يحاول باستمرار تعديل اتجاهاته نحو الآخرين أو الأشياء أو الموضوعات، إلا أن عمليات المقاومة للتغيير هي الحائل دون حدوث التغيرات المطلوبة في الاتجاهات.

وبالرغم من أن الصحة النفسية التي يرغب جميع الأفراد بالتمتع بها؛ لأنها هي التي تحدد مدى صحة العقل وسلامة السلوك من الأمراض أو الاضطراب النفسي إلا أن جهل الإنسان بأسبابها وأعراضها وعدم سهولة اكتشافها المبكر في السابق أسندت المهمة إلى مهنة السحرة والمشعوذين، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة (غربي ،2011 : 35) في الجزائر بولاية الوادي، حيث يرجع معظم أفراد العينة إلى أن سبب الأمراض النفسية يعود إلى الضغوط الحياتية، ثم الوراثة، ثم الجن، ثم السحر، ثم الأسباب العضوية، وأصبحت وصمة العيب والعار تحيط بالمرض

النفسي ممّا جعلها، عائق لعلاج المرضى النفسانيين وجعلهم رهينة للنبذ والعزل، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة (جوريجي ،2005: 186) في نيجيريا، حيث أن معظم أفراد العينة يعتقدون بأن ذوي المرض العقلي والنفسي خطيرون بسبب سلوكهم، وأن معظم الناس لا يتقبلون حتى فكرة الاتصال الاجتماعي الأولي مع أولئك المرضى، فغالبيتهم يخافون من التحدث معهم، وهناك العديد من المواقف والآثار السلبية تجاه المرض النفسي نتيجة لعدم وجود ثقافة تخص التعامل مع الظروف النفسية التي تفتقدها المؤسسات الأسرية والتربوية في المجتمع، على سبيل **المثال:**

حالة لامرأة تعاني من اكتئاب حاد بسبب مشاكل واجهتها في مسار حياتها، وبدأت حالتها تسوء يوماً بعد يوم لحد ما وصلت بها لمحاولات بالانتحار عدّة مرات، ولكن باءت بالفشل، وذويها لجئوا للأطباء العضويين والمشعوذين، ولكن دون جدوى، فالحالة كل يوم أسوأ من الذي قبله، وعندما تحدثتُ مع أسرتها واقترحت عليها زيارة طبيب نفسي، فوجئت بأنهم متأكدين بأن مرضها نفسي، ولكنهم لا يريدونها أن تقوم بزيارة طبيب نفسي حتى لا يُقال عنها بأنها مجنونة ومختلّة عقليًّا، وبعد فترة زمنية فوجئت بخبر وفاتها منتحرة إثر سقوطها من الطابق العلوي لمنزلها وكل هذا يرجع إلى عدم المعرفة، والشيء الذي لا نعرفه نرفضه وقد نعاديه.

ومع تطور الحياة الإنسانية وانتشار المعرفة والدراسات والبحث عن العديد من أسباب الاضطرابات النفسية المختلفة ومنها (الاكتئاب، الفصام، الوسواس القهري، الهستيريا) لكشفها والتغلب عليها ومعالجتها، ووضع الحلول المناسبة لها، وبعد ما اتجه علم النفس الإنساني إلى إظهار الاتجاهات الإيجابية نحو الفئات الخاصة والذين يعانون من الاضطرابات النفسية التي تم التعامل معها في الصحة النفسية بأساليب وطرق إيجابية حديثة، تتعامل مع العديد من الأمراض النفسية، بحيث أصبح المرض النفسي مثل أي مرض آخر يشكو من علّة عضوية، فالإنسان ليس جسدًا فقط، ولكنه جسد ونفس متلاحمان ويؤثر كل منهما في الآخر، وأن النفس تتألم مثلما يتألم الجسد، وأن للنفس أمراضاً مثل أمراض الجسد وأن أعراض المرض النفسي لا يمكن أن نراها مثلما نرى أعراض القلب، الكبد، أي أن يشعر بها إلا صاحبها المريض، فالطبيب يرى المريض لساعات محدودة، ولكن الأسرة تعيش مع المريض حياته الكاملة، ولهذا فهي في وضع أفضل للملاحظة والمقارنة والمتابعة، وإعطاء الطبيب الصورة الواضحة عن الحالة، فالبيئة أو

المحيط الاجتماعي الذي نشأ فيه الفرد والمؤثرات التي تعرّض لها في حياته هي التي تُحدد سِمات شخصيته، وتعتبر الأسرة هي الملاذ الآمن الذي ينمو ويترعرع به الإنسان بطريقة صحية والتي تسهم في تكوين شخصيته المستقبلية (عادل صادق،1990: 44).

وقد تتأثر الأسرة باتجاه المرض نتيجة لأن العلاج لن يحقق نجاحه على أكمل وجه إلا بإشتراك، ومعاونة الأسرة، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة (صباح السقا، 2014 :175) بمشافي مدينة دمشق، حيث أشارت النتائج إلى وجود ارتباطات إيجابية بين اتجاه الأسر نحو المرض النفسي ومقدار المساندة الاجتماعية المقدمة لمريضهم النفسي، فعلى أهل المريض أن يتفهموا طبيعة المرض ليساعدوا في علاجه، حيث أن أكثر ما يتعس المريض النفسي هو ألا يُقدّر معاناته أحد، فنحن نتعاطف مع من تورّمت عيناه أو كسرت ساقه ولكن قليل من يتعاطف مع المكتئب أو القلق؛ لأن المرض النفسي لا تراه العين ولا تدرك آثاره، فالمريض وحده هو الذي يتلوّى من الداخل، أما مريض المغص الكلوي فيتلوّى من الخارج.

إذا الأسرة لها دور كبير في علاج مريضها وشفائه، كما أنها يمكن أن تكون سببًا في تأزم حالته إذا لم تستطيع التعامل معه بالكيفية المطلوبة، إلا أن الأسرة والأولياء قد تتكون لديهم اتجاهات سلبية نحوهم، وهو ما يعاني منه كثيرًا من المرضى النفسانيين، فمشكلة تكوين الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي تعتبر من القضايا المهمة التي تهتم بها الصحة النفسية، وأن هذه الدراسة سوف تكون بداية الاهتمام بدراسات الاتجاهات نحو المرض في المجتمع الليبي، وقد تكون نتائج هذه الدراسة دليلاً للمهتمين بعمليات التوجيه والإرشاد والعلاج النفسي في مؤسساتنا الاجتماعية والتربوية الحديثة التي تقدّم الحلول المناسبة وتعمل على تعديل اتجاهات الأولياء والمهتمين بالصحة النفسية في هذا المجتمع.

مشكلة الدراسة:

تتبادرالى ذهن الباحثة العديد من الأفكار التي تحتاج طرحها واستقصاءها عن طريق البحث العلمي باعتبار أن امتلاك الأفكار في نفس الفرد شيء مفيد، وأن عمليات نقل الأفكار بأساليب متعددة شيء مهم، وأن تعليم الناس ومعالجة ما يدور من أفكارسلبية حسب اتجاهاتهم مهمّة يجب أن يقودها أخصائيون ذوي شخصية مثالية.

كماإن اعتناق البشر للاتجاهات يأتي من اتجاه كل شيء يقابلونه في الحياة بما في ذلك الأفكار الدينية، حيث تلعب الخبرات الإنسانية والاجتماعية والثقافية دورًا مهمًّا في تشكيل الاتجاهات، لذا يمكن القول بأن الاتجاهات عبارة عن مفاهيم متعلّمة وتقويمية ترتبط بأفكارنا ومشاعرنا وثقافتنا وسلوكنا، وهنا نقصد بكل ما يتعلّق بالعناصر المعرفية الفكرية، فأفكار الناس عن الموضوعات والأشياء تتعلّق بالاتجاهات وتبنى على كل من الخبرة والمعرفة، وبهذا فإن فاعلية ما يقوم بعمل بعض الملاحظات القليلة وتكوين الأفكار العامة التي قد تكون إيجابية أو سلبية ناتج من الحصول على حقائق قد تكون تعميمات كبيرة حول المواقف والأشياء (لطفي فطيم، 1995 : 102).

ومن هذا المنطلق فإن دراسة موضوع الاتجاهات من الموضوعات المهمة في علم النفس والصحة النفسية، لأنها تعمل على تطوير عمليات الإرشاد النفسي، وفي تعديل الاتجاهات السلبية، التي تؤثر في الحياة العامة للأفراد على مستوى المؤسسات التي تقوم بالتوجيه والإرشاد النفسي، والتي في العادة ما نجد المرشدين والمعالجين النفسانيين في هذه المؤسسات يبذلون الجهود في اختيار العديد من أساليب التوجيه والإرشاد النفسي، التي تعمل على تعديل الاتجاهات وتحسين الظروف التي ينمو فيها العملاء الذين يعانون من اضطرابات نفسية ناتجة من المرض النفسي الذي ألمّ بالعملاء، هذه الأمراض قد تكون اضطرابات نفسية (السيد وآخرون،2003: 45-46) .

ومن خلال خدمات التوجيه والإرشاد النفسي يمكن تحقيق تأمين الحاجات النفسية، وتضاف الخبرات الإنسانية والمهنية في مجال الإرشاد النفسي على إيجاد أفضل الأساليب في التعامل مع العملاء لأجل تغيير الاتجاهات السلبية حول ذواتهم وأهلهم إلى اتجاهات إيجابية تساعد على عمليات التكيف مع الأوضاع الجديدة نتيجة المرض (أشرف شريت ، 2006: 44) .

في المقابل فإن ما تشعر به الباحثة أن هناك اتجاهات تتكون لدى الذين يتعاملون مع العملاء سواءً من الأسر أو الأقارب، تظهر لديهم اتجاهات سلبية نحو مرضاهم (مرضى نفسانيين) نتيجة المعاناة المستمرة، وعدم توفر الظروف الملائمة، أو الجيدة، من خلال عمليات التشخيص، أو الإرشاد، أو العلاج، أو المتابعة الدقيقة التي يحتاجها العملاء، وما ينتج عنها من سلوكيات ومشاعر سلبية نتيجة الاتجاهات السلبية المسيطرة على تفكيرهم اتجاه المرض.

ومع استمرار المعاناة السلوكية غير السويّة تظهر على الأسر وحتى العامة شك وريبة عن عمليات الشفاء أو الاستقرار، قد يكون سببها أخطاء في عمليات التشخيص، وهو ما يعبر عنه بالاتجاهات السلبية نحو المرض.

إن تطوير عمليات الإرشاد والعلاج النفسي بما يحقق تكوين الاتجاهات الإيجابية أو السلبية نحو المرض النفسي، لم تحظى بدراسات معمّقة حول الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الأسر للمرضى النفسانيين، وفق مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي في بلادنا.

إن ظهور الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي يحتاج إلى الإجابة عن التساؤلات الفرعية الآتية:

- هل الوعي الثقافي والاجتماعي هو من الأمور المهمة التي يجب أن نرشد بهم العامة حتى يكونوا اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي؟
- هل بالإمكان الشفاء التام من الأمراض النفسية، وأن أسباب المرض متعددة ومعروفة؟
- هل توجد صعوبة في عمليات التشخيص للأمراض النفسية الأمر الذي يقلل من معرفة الأسباب الحقيقية للمرض؟
- هل الظروف التي يمر بها المرضى وما يقابله من ضغوط واضطرابات وصعوبات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وأنماط التفكير في نوع الاتجاهات التي تتحصل عليها الدراسة؟
- هل هناك ما يؤكد من عمليات الفصل بين المرض النفسي والعضوي الامر الذي يخلق اتجاهات متناقضة وسلبية نحو المرضى؟

كل هذه الأفكار ما يؤكد للباحثة من ضرورة التعرّف على نوع الاتجاهات السائدة عند الأولياء والمتتبعين للمرض نتيجة ظهور المرض النفسي، ومعرفة الفروق والتشابه في المعتقدات والاتجاهات السائدة لأقارب المرضى، كما أن الاتجاهات تتأثر بالثقافة الاجتماعية والصحية والمساندة الاجتماعية السائدة ونوع الخدمات الصحية في مؤسسات المجتمع الليبي، علمًا بأن الاتجاهات التي سوف تتأثر بالمستوى التعليمي لأفراد العينة في مجتمع الدراسة كما أنها سوف تركّز على بعض المتغيرات مثل النوع وصلة القرابة والعمر والحالة الاجتماعية، وذلك حسب

طبيعة المرض فيما إذا كان (مرض تخلّف عقلي – صرع – ذُّهان حاد – اكتئاب – فصام – أو أمراض أخرى) لذا فإن السؤال الرئيسي الذي يحتاج إلى إجابة من خلال هذه الدراسة هو:

- **ما نوع الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من أسر المرضى النفسانيين؟**

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من أسر المرضى النفسانيين ولتحقيق هذا الهدف لابد من تحقيق الأهداف التالية:-

1- التعرف على اتجاهات أسر المرضى النفسانيين حول طبيعة المرض النفسي.
2- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب متغير المستوى التعليمي.
3- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه يتأثر بالموقع الجغرافي للسكن (مدن – ريف).
4- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب متغير الجنس (ذكر – أنثى).
5- معرفة العلاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي حسب متغير العمر.
6- معرفة ما إذا كان هناك فروق بين وجهة نظر أسر المرضى النفسانيين نحو أنواع المرض (تخلّف عقلي – صرع – ذُّهان حاد – اكتئاب– فصام).

أهمية الدراسة:

إن مجال الدراسة وهو البحث والتعرّف على اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي موضوعًا جديرًا بالدراسة والبحث حتى يمكن سد بعض النقص في مثل هذه الدراسات.

بالإضافة إلى أن أغلب الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع أجريت في مجتمعات أخرى عربية وأجنبية، وأنه لا يمكننا تعميم نتائجها على أسر مرضانا النفسانيين؛ لأن الواقع الاجتماعي والعوامل الثقافية تختلف من مجتمع لآخر.

لذا فإن الحاجة لا تزال ماسّة في هذا المجتمع لإجراء بحوث في هذا المجال، كل هذه الاعتبارات كانت مُبررًا لظهور مشكلة البحث الحالي التي تتحدد في السؤال الرئيسي التالي:

- ما طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من أسر المرضى النفسانيين؟

1- إن أهمية هذه الدراسة تكمن في أنها قد توفر قاعدة من المعلومات المتعلّقة باتجاه أولياء المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي والآثار السلبية عن المرض النفسي في المحيط الأسري.

2- يمكن الاستفادة من نتائجها في تطوير مجال الصحة النفسية والخدمات المقدمة لهؤلاء المرضى وأسرهم.

3- محاولة الحد من هذه المشكلات والآثار السلبية غير المرغوبة سواءً على مستوى الأسرة كوحدة أو على مستوى أفراد الأسرة.

4- قد تفيد الباحثين والعاملين في مجال الخدمات الصحية والنفسية في معرفة الأسباب التي تكونُ اتجاهات سلبية نحو المرض.

5- إذا كانت اتجاهات الناس السائدة سلبية نحو المرض النفسي فإن ذلك سوف يساعد المتخصصين في ميدان الصحة النفسية والباحثين للعمل على تعديلها أو تغييرها، وذلك من خلال إجراء البحوث والبرامج اللازمة لتغيير هذه النظرة لدى أفراد المجتمع.

6- أما إذا كانت اتجاهات الناس إيجابية فإن ذلك سوف يساعد المتخصصين والباحثين للعمل على تدعيمها وتنميتها وتطويرها واستثمارها ممّا يعمل على رفع مستوى الخدمة النفسية في هذا المجتمع بشكلٍ عام.

7- قد يستفاد من هذه الدراسة في كيفية التعامل وتغيير الاتجاهات السلبية إلى اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي.

8- تساعد الأسر والمربيين من الاستفادة منه في توجيه وتكوين الاتجاهات في الأسرة والمجتمع نحو المرض النفسي.

9- توعية أسر المرضى النفسانيين إلى معرفة الظروف والأسباب التى أدت لتغيير الاتجاهات السلبية إلى اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي.

10- يستفاد منها في مساعدة العاملين في مجال الصحة النفسية لتحسين توجهاتهم واتجاهاتهم نحو أسرالمرضى النفسانيين ممّا يسهل إيجاد بيئة نفسية صحية تُقلّل من معاناتهم ويتم تعديل سلوكهم واتجاهاتهم إلى جانب إيجابي.

11- تساعد المتخصصين في مجال الصحة النفسية في وضع البرامج التعليمية التي تساعد على توثيق العلاقة بين المريض النفسي وذويه وتعمل على تعديل السلوك لأجل بناء وتعزيز الاتجاه الإيجابي وتوفير الظروف الملائمة لتكوين اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي.

12- قد تسهم في الكشف عن كم المعلومات والثقافة والوعي الذي يمتلكه لأسر المرضى النفسانيين حول الأمراض النفسية، والتعامل معها، ممّا يؤثر على عملية الاكتشاف المُبكّر لعلامات المرض النفسي بين أفراد الأسرة والمساعدة في تحويلها للمختص في الوقت المناسب للعلاج.

تساؤلات الدراسة:

1- ما مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة؟

2- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسرالمرضى النفسانيين حسب متغير الجنس (ذكر – أنثى)؟

3- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجهة نظر أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي بحسب متغير المستوى التعليمي؟

4- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي حسب متغير العمر؟

5- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب متغير الموقع الجغرافي في السكن (مدن – ريف)؟

6- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب نوع المرض العُصاب وفروعه – الذُّهان وفروعه(تخلف عقلي – صرع – ذُّهان حاد – اكتئاب).

7- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب أنواع مرضى العُصاب؟

8- هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين حسب أنواع مرضى الذُّهان؟

حدود الدراسة :

تقتصر حدود الدراسة الراهنة على معرفة وفهم طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى الأفراد من أسر المرضى النفسانيين (كالآباء – الأمهات – الإخوة – الأخوات – الزوج – الزوجة – أقارب من الدرجة الأولى).

وسيتم تطبيق استبيان الاتجاه على عينة الدراسة والحد المكاني لهذه العينة هي مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية بمدينة طرابلس، والحد الزماني لهذه العينة من 8 يوليو 2021م إلى 8 أكتوبر 2021م.

منهج الدراسة :

1- طريقة أو أسلوب الدراسة :

اعتمدت الباحثة في هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي باعتباره أنسب المناهج لطبيعة هذا البحث، ويقوم المنهج الوصفي على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع بهدف وصفها وصفًا دقيقًا تمهيدًا لتقديم تفسيرًا لها. وهذا ما أشار إليه يونس العزابي وعبد الحميد المنصوري، بأن الدراسة الوصفية تقوم بوصف ما هو كائن وتفسيره محددة الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع وممارستها السائدة والتعرف على الاتجاهات والعلاقات عند كل الأفراد والجماعات (يونس العزابي و عبد الحميد المنصوري،2017 :56) .

كما أشار العجيلي سركز وعياد امطير بأن المنهج الوصفي التحليلي لايقتصر على جمع البيانات وتبويبها، بل يتعدى إلى ماهو أبعد من ذلك، لأنه يتضمن قدراً من التفسير لهذه البيانات، فضلاً عن أنه كثيراً ماتقترن عملية الوصف بالمقارنة، حيث تستخدم في البحث الوصفي أساليب القياس والتصنيف والتفسير (العجيلي سركز وعياد امطير، 2013: 122) .

2- أدوات جمع البيانات:

استخدمت الباحثة استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي.

3- طرق تحليل البيانات :

استخدمت الباحثة برنامج (SPSS).

مصطلحات الدراسة:

أولًا- مفهوم الاتجاه في اللُغه:

تجه: ابن سيده: روى أبو زيد تجه يتجه بمعنى اتجَهَ، وليس من لفظه لأن اتجه من لفظ الوجه، وتَجه من هـ ج ت، وليس محذوفًا من اتجه كتقى يَتْقي، إذا لو كان كذلك لقيل تجه. الأزهري في ترجمة هـ ج ت قال أهملت وُجُوهه وأما تُجاه فأصله وجاه، قال: وقد اتجهنا وتجهنا، وأحال على المعتل. وفي حديث صلاة الخوف، وطائفة تجاه العدو وأي مقابلتهم، والتاء فيه يدل من واو وِجاه أي فما يلي وجوههم (ابن منظور، 1979: 480).

ثانياً- مفهوم الاتجاه اصطلاحاً:

1- "هو حالة من الاستعداد والتأهب العصبي النفسي تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تشيرها هذه الاستجابات" (عبد الحافظ سلامة، 2007: 59).

2- "هو استجابة تقويمية متعلمة إزاء الموضوعات أو الأحداث أو غير ذلك من المثيرات" (نبيهة السامراني، 2006: 93).

الاتجاه نحو المرض النفسي:

"هو استعداد مكتسب يتكون من الفرد نتيجة لعوامل مختلفة تواجهه في حياته بحيث يواجه استجابات سلبياً أو إيجابياً نحو المرض النفسي" (إسماعيل أحمد، 2009: 9).

التعريف الاجرائي للاتجاه:

بأنه وجهة نظر الفرد حول موضوع معين يعبر عنه بالموافقة أو المحايدة أو الرفض.

التعريف الإجرائي للاتجاه نحو المرض النفسي:

هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي المستخدم في هذه الدراسة.

تعريف المرض النفسي:

1- "هو اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه" (حامد زهران، 2009: 10).

2- عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الإصدار الرابع D.S.M.T.V الاضطراب النفسي بأنه: "نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحدة أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة" (رشيد الأعظمي، 2009: 266).

تعريف الباحثة للمريض النفسي:

هو الشخص الذي يظهر عليه سلوك غير اعتيادي، وخلل في تصرفاته، أو مشاعره، ويحكم عليه بأنه شخص غير سويّ، ويحتاج إلى تشخيص وعلاج نفسي.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

أولاً – الاتجاه

ثانياً– المرض النفسي

ثالثاً– الأسرة

المقدمة:

الاتجاه مفهوم شاع استخدامه بين الباحثين في العلوم النفسية والاجتماعية ويمكن توظيفه في حياة الأفراد والجماعات وخاصة في علم النفس الاجتماعي.

ولما كان هدف الدراسة الحالية التعرف على اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي في بيئة المجتمع الليبي، ومدى توظيف الاتجاهات، والعواطف نحو المرض النفسي، نتيجة التعامل مع المرضى النفسانيين في مواقف الحياة المختلفة تظهر فيه الدوافع المختلفة في نفوس ومشاعر أفراد الأسرة نحو المرض النفسي، وتقوم وتظهر القابلية للاستهواء بدور كبير في تكوين الاتجاهات نحو المرض النفسي من عمليات التقبل، واحترام، ومساعدة قد يعبر عنها بالفكر والسلوك نحو المرضى النفسانيين (طه وآخرون،1993: 23).

وما تهدف إليه الباحثة في دراستها لاتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي قد تظهر في شكل الممارسة الفعلية والخبرة الشخصية، والجهد الذاتي نحو التعامل مع المرضى النفسانيين، والترغيب في خلق الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي، ومحاولة إيجاد القدوة الحسنة والمثال الفعلي في التأثير في حياة المرضى النفسانيين بطرق إيجابية.

وفي هذا الفصل الذي يوضح المفاهيم الأساسية في الاتجاهات وبخاصة التي لها علاقة بالمرض النفسي يبدأ بتحديد مفهوم الاتجاهات، ونشأتها، وطبيعتها، وأهميتها، وخصائصها، وأنواعها، ووظائفها، ومكوناتها، ومستوياتها، وتفسيرها، والمفاهيم المتصلة بها، وطرق قياسها، ونظريات الاتجاهات، والاتجاه وسلوك تنظيم الأسرة، والاتجاه نحو المرض النفسي، كل ذلك لأجل توظيف الجانب النظري وما يتعلق بموضوع الدراسة.

أولاً- مصطلح الاتجاهات:

إن مصطلح الاتجاهات ترجمة عربية لمصطلح (Attitudes) في اللغة الإنجليزية ولقد كان الفيلسوف الإنجليزي: (هربت سبنسر) (H .spencer) أول من استخدمه عام (1862م) في كتابه المسمى (المبادئ الأولى) حين قال: "إن وصولنا إلى أحكام صحيحة في مسائل مثيرة لكثير من الجدل، يعتمد الى حد كبير على اتجاهنا العقلي"، ونحن نصغى الى هذا الجدل أو نشارك فيه، فالاتجاهات إذن نوع من التصورات أو المفهومات التي نطلق عليها في علم النفس لفظ، (Construct) أي بناء أو تصور نظري، فهي تحديد لا يمكن لمسه أو تناوله مباشرة، إنها أحد المكونات الداخلية لحياتنا العقلية وتعبر عن نفسها بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال عمليات أكثر وضوحاً كقوالب التفكير الجاهز (Stereotypes)، والمعتقدات اللفظية، أو الاستجابات، والأفكار، والآراء، والتذكر الانتقالي، والغضب أو الرضا، أو غير ذلك من الانفعالات، إلى جانب أنواع السلوك الظاهر، إلا أن الروابط والصلات بين الجانب الظاهر أو المعبر والاتجاه الكامن هي علاقات مركبة، كالعلاقات بين التعبير الواضح عن كراهية الجنس الآخر مثلًا، والاتجاه الكامن نحوهم، لهذا لا يجب أن نفترض أن معرفتنا بالاتجاه تمكننا من استنتاج السلوك أو على العكس إننا نستطيع أن نستنتج الاتجاه بشكل موثوق به من ملاحظة السلوك (نبيل حافظ وآخرون، 2000: 243-244).

وضح خليل معوض سنة (2000م) بأن ألبورت Allport يقول: "أن مفهوم الاتجاه هو أبرز المفاهيم وأكثرها إلزامًا في علم النفس الاجتماعي المعاصر" لاسيما في مجال الدراسات النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية.

ويشير ألبورت Allport (1935م) إن أول استخدام لمفهوم الاتجاه قد ورد في مجال المؤلفات السيوسيولوجية لاسيما لدى بعض الرواد الأوائل من علماء الاجتماع أمثال جدنجز Giddings (1896م)، ووارن warren (1920م)، إلا أن ظهور مفهوم الاتجاه كان بفضل الدراسات الاجتماعية التي قام بها توماس وزنانكي Thhomas & Zniecki (1918 م) والتي ساعدت على تناول موضوع الاتجاهات في مجال علم النفس الاجتماعي.

ويرجع (ألبورت Allport) أسباب ذيوع مصطلح الاتجاه إلى الآتي:-

1- مفهوم الاتجاه تجاوز المدارس السيكولوجية التي احتدم فيها الصراع مثل: مدرسة الغرائز، ومدرسة الجشتالت، والمدرسة السلوكية، والمدرسة الغرضية.

2- مفهوم الاتجاه اكتسب قدرًا من المرونة يسمح باستخدامه على مستوى الفرد ومستوى الجماعة مما جعله نقطة التقاء بين علم النفس العام وعلم النفس الاجتماعي.

3- مفهوم الاتجاه غير النقاش حول الوراثة البيئية وتجاوزهما (خليل معوض، 2000: 231 – 232).

ويقول جوردن ألبورت Gordon Alport (1935 م) وهو حجة في علم النفس الاجتماعي في بحثه عن الاتجاهات يمكن القول أن" مفهوم الاتجاه من أبرز المفاهيم وأكثرها إلزامًا في علم النفس الاجتماعي المعاصر، وليس ثمة اصطلاح واحد يفوقه في عدد المرات التي استخدم فيها في الدراسات التجريبية" (صديق حسين، 2014: 299).

كما حظى موضوع الاتجاهات بوجه عام نحو العديد من القضايا، والموضوعات السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والدينية... الخ، باهتمام علماء علم النفس الاجتماعي منذ أوائل القرن الحالي، إلا أن هذا الاهتمام لم يمتد إلى دراسة فئة محددة من الأفراد هي فئة المرضى النفسانيين إلا منذ الخمسينات من هذا القرن، حيث تبين ضرورة إسهام علم النفس الاجتماعي في الوقوف على أسباب المرض، وطرق علاجه والوقاية منه، وطبيعة العلاقة بين المرضى والمحيطين بهم بشكل مباشر أو غير مباشر، ولذلك قد تغير النموذج الطبي التقليدي" traditional medical model"، في دراسة المرضى النفسيين إلى نموذج آخر وهو نموذج الصحة العامة في الطب النفسي "public health in psychiatry" حيث النظر إلى المريض لا على أنه منفصل عن الآخرين ولكنه يعيش في مناخ يجب الاهتمام به ودراسة المعتقدات والاتجاهات كأحد جوانبه الرئيسية.

وعموماً لقد اهتم علماء علم النفس الاجتماعي بدراسة اتجاهات قطاعات مختلفة من الأفراد نحو المرض النفسي نحوما أشار إليه فريمان وجيوفانوني Freemn & Giovannoni (1975م) بالصحة النفسية كظاهرة اجتماعية أو الطب الاجتماعي، حيث قام الاهتمام بالعلاقة بين الفرد من ناحية، والأسرة والجماعات الأخرى والبيئة الثقافية والاجتماعية من ناحية أخرى، والوقوف على العوامل المؤثرة في توافق الفرد مع أفراد المجتمع (عبد اللطيف خليفة، 1998: 13).

كما تعتبر دراسة الاتجاهات من الموضوعات الأساسية في علم النفس الاجتماعي لأهميتها الكبيرة في فهم المظاهر النفسية، ولتأثيرها على إدراك الشخص للأشياء والناس المحيطين به، وعلى درجة فهمه للمعلومات، وفي طريقة اختيارنا للأصدقاء، وفي تحديد الجماعات التي يرتبط بها الفرد، كما يشير: (ألبورت Allport) في هذا المجال، إلى أن الاتجاهات تعتبر من أكثر المفاهيم المميزة التي لا يمكن الاستغناء عنها في دراسة علم النفس الاجتماعي، ومما هو جدير بالذكر أن بعض العلماء كانوا يرون ضرورة قصر مجال علم النفس الاجتماعي على دراسة موضوع الاتجاهات وحدها على أساس أنها نزعات أو استعدادات للاستجابة لبعض المواقف الاجتماعية (رمضان القذافي، 1991: 35).

وعادة يعيش الإنسان في المجتمع، وتتنوع علاقاته، واستجاباته نحو الآخرين، والأشياء المحيطة به وهو في علاقاته واستجاباته مع الآخرين، والأشياء يعبر عنها بالاتجاهات الخاصة التي تحدد شخصيته والطريقة التي يسلك بها في حياته الخاصة، لذا يمكن القول للاتجاهات محددات موجهة وضابطة ومنظمة للسلوك الاجتماعي عند الفرد (أحمد الزعبي، 2001: 171).

وترى الباحثة بأن الاتجاهات تكتسب من مجموع الأساليب المنظمة المتسقة في التفكير والشعور ورد الفعل تجاه الناس، والجماعات، والقضايا الاجتماعية، وتنشأ الاتجاهات عند الفرد من خلال التفاعل مع البيئة الاجتماعية، والتوافق معها، ومن خلالها تكون الاتجاهات ويلاحظ أسلوب ردود الأفعال التي تساعد على تيسر التوافق الاجتماعي بين الفرد، والمحيط الثقافي والبيئي الذي يعيش فيه.

ثانياً- مفهوم الاتجاه في ميداني اللُغة وعلم النفس:

1- الاتجاه لُغويًا:

أ- وهي مصدر فعل "اتجه اتجاها، قصد، توجه، اتخذ وجهة له" (مؤنس رشاد الدين، 2000: 23).

ب-الاتجاه مصدر للفعل "اتجه ويقال اتجه الشخص اليه: أي أقبل بوجهه عليه وقصد، واتجه له رأى أي سنح له، عرض له" (دائرة المعارف الاسلامية، 1990: 10).

ج- عرف في لسان العرب بأنه: "الجهة والوجهة جميعا: الموضع الذي تتوجه إليه وتقصده، قلت كذا على جهة كذا، وفعلت ذلك على جهة العدل وجهة الجور، والجهة: النحو، تقول كذا على جهة كذا، والوجهة: القبلة، وشبهها في كل وجهة أي في كل وجه استقبلته وأخذت فيه وتجهت".

د- إليك اتْجه "أي توجهت، لأن أصل التاء فيها واو. وتوجه إليه: ذهب، واتجه له رأى أي سنح، قولك: ((قعدت تجاهك وتجاهك أي تلقاءك))، وتجهت إليك اتجه، أي توجهت، لأن أصل التاء فيها واو. ووجه إليه كذا: أرسله، ووجهته في حاجة وجهى لله وتوجهت نحوك" (ابن منظور، 2000: 161).

هـ- اتجه إليه: "أقبل بوجهه عليه، "أصله: اوتجه" وله رأي: سنح – "تواجها": تقابلا، توجه: مطاوع وجهه "اتجاه": الوجه الذي تقصده، ويقال: قعدت اتجاهك: تلقاء وجهك، واصله: وجاه" (مجمع اللغة العربية، 2005: 1015).

مصطلح الاتجاه في علم النفس:

يعرف ألبورت Allpotr (1935م) الاتجاه بأنه: "حالة من حالات التهيؤ العقلي العصبي التي تنظمها الخبرة وتؤثر تأثيراً ديناميكيًا عاقًا وموجهًا"، استجابات الفرد نحو الموضوعات والمواقف المختلفة (سهير أحمد، 1999: 168).

وترى الباحثة أن ألبورت يعرف الاتجاه بأنه يجعل الفرد مستعدًا وقابل للقيام بنشاط معين كان من الممكن ألا يقوم به لو لم يتوفر لديه ذلك الاتجاه، كما يشير ألبورت إلى المكون السلوكي في تعريفه.

أما حامد زهران فيعرف الاتجاه بأنه: "تكوين فرضي أو متغير كامن أو متوسط يقع فيما بين المثير والاستجابة، وهو عبارة عن استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة القبول أو الرفض نحو أشخاص أو أشياء أو موضوعات، أو مواقف جدلية في البيئة التي تستثير هذه الإستجابة " (حامد زهران، 2003: 172).

ويعرف الكاتب الفرنسي Moscovici (1970م) بالاتجاه على أنه: "نسق نفساني يظم العلاقة بين الجسم والبيئة المحيطة به"، أما الامريكي Maier (1970م) فيقول إن الاتجاه "يمثل تهيئة مسبقة للتعبير عن بعض الآراء" (رياض الزغل، 1993: 73).

وترى الباحثة بأن Maier يركز على الآراء وارتباطها بالاتجاه غير إن الاتجاه يمثل في نفس الوقت أرضية لتصرفات وآراء معينة.

وفى رأى هاريمان Harriman (1947م) فإن الاتجاه: "هو حالة عقلية للاستجابة والتفاعل مع موقف بطريقة مجهزه ومهيأة، على حين أن هذه الحالة قد تكون وقتية، والاتجاهات ثابتة ثبوتاً قد يكون قليلاً أو كثيرًا، وهى تشير الى المحاباة والانحياز والإحساس والإقناع والانفعالات والمخاوف والآمال والآراء، وتعتبر الآراء الشكل التعبيري اللفظي للاتجاهات" (سعيد عثمان وطارق كمال، 2010: 202).

كما يعرفه توماس وزنيكى Thoms &Zananieki سنة (1918م) بأنه: "الموقف النفسي للفرد حيال إحدى القيم أو المعايير"، موقف الفرد الأمين من السرقة في مجتمع يعاقب من يسرق ويدعو إلى الأمانة (عباس عوض ورشاد دمنهوري، 1993 : 35).

وهنا ترى الباحثة أن التعريف السابق للاتجاه بأنه اتجاه نفسي تحدده المعايير الاجتماعية القائمة في المجتمع.

ويرى أحمد عزت راجح الاتجاه بأنه: "استعداد وجداني مكتسب، ثابت نسبيًا، يميل بالفرد إلى موضوعات معينة فيجعله يقبل عليها ويحبذها أو يرحب بها ويحبها، أو يميل به عنها فيجعله يعرض عنها أو يرفضها أو يكرهها" (أحمد راجح، 2006: 95).

وتعرف زينب شقير الاتجاه بأنه: "حالة وجدانية لدى الفرد وتوضح درجة قبوله أو رفضه لموضوع معين (موضوع الاتجاه)، ينتج عن خبرات سابقة لدى الفرد تتعلق بموضوع الاتجاه وخاصة معتقداته، ومعارفه تجاه هذا الموضوع، وما واجه الفرد من ثواب أو عقاب، وتدفع هذه الحالة الفرد إلى إصدار سلوك إيجابي نحو الموضوع، أو سلوك سلبي ضد الموضوع ذاته" (زينب شقير، 1994: 126).

وهنا ترى الباحثة أن زينب شقير عرفت الاتجاه من وجهة نظر وجدانية التي من خلالها يبدي الفرد قبوله أو رفضه لموضوع معين ويتضح ذلك عند إصدار السلوك.

ويعرف سعد عبد الرحمان 1967م الاتجاه بأنه: "تركيب عقلي نفسي أحدثته الخبرة الحادة المتكررة ويمتاز بالثبات والاستقرار النسبي" (دكت جون وصفوت عبد الحميد، 2000: 235).

وترى الباحثة بأن سعد عبد الرحمان يشير في تعريفه للاتجاه إلى المكونات الثلاثة للاتجاه، فالمكون السلوكي تشير له عبارة "أحدثته الخبرة الحادة المتكررة " والمكونان المعرفي والوجداني تشير لهما عبارة "عقلي نفسي".

كما يعرف الرفاعي الاتجاه على أنه: "نزوع ثابت نسبيًا للاستجابة، نحو صنف من المؤثرات بشكل ينطوي على تحيز أو رفض وعدم تفضيل" (محمد الغرباوي، 2007: 7).

أما بوجاردوس Bogardus (1931م) فإنه يعرفه بأنه: "نزعة نحو أو ضد بعض العوامل البيئية، تصبح هذه النزعة قيمة إيجابية أو سلبية" (عبد الرحمن العيسوي، 2004: 173).

ترى الباحثة أن بوجاردوس أشار في تعريفه للمكون الوجداني للاتجاه.

كما عرفته عطيات أحمد بأنه: "ميل عام مكتسب، ثابت للفرد يؤثر في دوافعه ويوجه سلوكه كميل إلى الأشياء أو موضوعات معينة تجعل الفرد يقبل عليها ويحبها أو يعرض عنها ويرفضها" (عطيات أحمد، 2004: 57).

ويرى ثرستون Thrustone (1946 م) أن الاتجاه: "هو تعميم لاستجابات الفرد تعميماً يدفع بسلوكه بعيداً أو قريباً من مدرك معين" (كامل عويضة، 1996: 114).

أما كرتش وكرتشفيلد Krechb & Crulshfield (1962م) فيعرفان الاتجاه بأنه: "تكوين دائم من الدوافع والإدراك والانفعالات والعمليات، المعرفية المرتبطة بجوانب حياة الفرد" (محمد عيد، 2005: 75).

كما تعرف منى الحديدي وآخرون الاتجاه بأنه: "حالة عقلية ووجدانية تدفع الفرد إلى القيام بسلوك ما اتجاه موقف اجتماعي أو شخص ما" (منى الحديدي وآخرون، 2006: 434).

وتعرف الباحثة الاتجاه بأنه: مجموع من المواقف والأساليب المنظمة تجاه الناس والقضايا الاجتماعية التي تساعد الفرد على التوافق الاجتماعي بينه وبين المحيط الذي يعيش فيه.

وتخلص الباحثة من خلال التعاريف السابقة للاتجاه الآتي:

1- لقد اتفق أحمد راجح وزينب شقير وسعد عبد الرحمن وبوجاردس ومنى الحديدي في الإشارة للمكون الوجداني في تعاريفهم للاتجاه .
2- بينما أشار ألبورت وسعد عبد الرحمان للمكون السلوكي في تعاريفهم للاتجاه.

التطور التاريخي للاتجاهات النفسية؟

مر موضوع الاتجاهات بمراحل منفصلة في البحث منذ بداية القرن العشرين، بدأت المرحلة الأولى منذ أوائل العشرينات من القرن وحتى منتصف الثلاثينات، حيث تركز الاهتمام فيها على قياس الاتجاهات وتطوير أساليب عديدة لهذا الغرض (معتز عبد الله، 1997: 3).

وتلت ذلك فترة تضائل الاهتمام فيها بالاتجاهات، وبرزت بحوث ديناميات الجماعة حتى منتصف الخمسينات، فتركز الاهتمام على عدة موضوعات مثل: تماسك الجماعة، والمجاراة، والصراع، والتعاون والتنافس بين أعضاء الجماعة (محمد كاتبي، 1997: 65).

وفي المرحلة التالية التي شملت الخمسينات والستينات، تركز الاهتمام على بحوث تغيير الاتجاهات، وتلت ذلك فترة وجه الاهتمام فيها إلى بحوث الإدراك الاجتماعي، واستمرت حتى منتصف الثمانينات، وفي المرحلة الأخيرة عاد الاهتمام مرة أخرى بأنساق الاتجاه، بحيث تغير الاهتمام من مجرد القياس إلى مسألة تغيير هذه الاتجاهات، خاصة بعد الحرب العالمية الثانية (معتز عبد الله، 1997: 3).

وقد طور موضوع الاتجاهات من خلال عمليات التطبيع الاجتماعي، فتتكون لدى الفرد اتجاهات معينة نحو موضوعات اجتماعية، أو نحو أفراد، أو نحو جماعات، أو نحو مؤسسات، أو نحو مواقف معينة، فقد يكون لدى فرد ما اتجاه معاد نحو الأجانب يبدو هذا من تصرفات الفرد واستجاباته وآرائه وأقواله، فيرى هذا الفرد أنه لا يجوز للأجانب شراء الأرض أو امتلاك العقارات أو تولى مناصب، أو مراكز اجتماعية، بل قد يرى أنه يجب أن تباع لهم السلع وتقدم

لهم خدمات بأسعار أكثر ارتفاعًا من المواطنين، وقد يكون الاتجاه عكس ذلك عند فرد آخر، فيرى أنه يمكن للأجنبي أن يستثمر أمواله في البلاد، ويمكن شراء الأرض والعقارات، كما تتعدد موضوعات الاتجاهات حسب بيئة وثقافة المجتمع، مثلًا الاتجاه نحو حرية المرأة ونحو إعطائها الحرية السياسية، ونحو تعليمها الجامعي، ونحو توليها المناصب القضائية، واتجاه معين نحو العمال، واتجاه معين نحو الأغنياء، نحو الفئات الدينية، نحو الزواج المبكر أو الزواج المتأخر، نحو تنظيم النسل أو عدم تنظيمه، نحو الحزب الواحد أو تعدد الأحزاب نحو الرأسمالية أو الإشتراكية... الخ، فالاتجاهات متنوعة، ومتعددة عند الانسان، وتختلف من فرد لآخر، وكل فرد لديه اتجاهات تتعلق بالأفراد الآخرين الذين يتعامل معهم، كما أن كل ما يدخل في دائرة المجال الحيوي للفرد من مشكلات قومية وأحداث عامة يمكن أن يكون موضوعًا لاتجاه معين، فأفراد الوطن العربي لديهم اتجاهات محددة تجاه مشكلة فلسطين، فهي مشكلة حيوية هامة بالنسبة للشعوب العربية والإسلامية، في حين ليس لديهم اتجاهات واضحة نحو مشكلة التفرقة العنصرية بين البيض إزاء الزنوج في الولايات المتحدة الأمريكية؛ لأن مثل هذه المشكلة الأخيرة لا تدخل في دائرة اهتمامهم أو مجالهم الحيوي النفسي (خليل معوض، 2000: 233-234).

طبيعة الاتجاهات:

تتحدد طبيعة الاتجاهات بما تتميز به من نزعات وسلوكيات ومكونات فكرية تصف بها طبيعة الاتجاهات وتكون على النحو التالي:

أولاً- وصف طبيعة الاتجاهات:

فطبيعة الاتجاهات عبارة عن الأفكار، والمعتقدات والمشاعر أو الانفعالات، والنزعات إلى رد الفعل، ويمكننا القول بأن الاتجاه قد يشكل كل ما يرتبط بالمشاعر المحددة والنزعات التي تنتج ردة الفعل بصورة متسقة مع موضوع الاتجاه، كما أن طبيعة الاتجاهات تعبر عن البيئة الاجتماعية والتوافق معها بمجرد تكون الاتجاهات، كما فهي تضفى النظام على أسلوب ردود أفعالنا وتيسر التوافق الاجتماعي، وبنمو الاتجاه، يمكن أن تتعدل طبيعته نتيجة إجراء التجارب الجديدة ولكن قد تصبح الاتجاهات غير مرنة ونمطية وذلك لأننا قد تشجعنا مع مرور فترات

زمنية طويلة على رد الفعل، تجاه أحداث وجماعات معينة بصورة مقننه (لامبرت و لامبرت، 1993: 113 – 115).

ثانياً– الوسائل التي نُحدد بها طبيعة الاتجاهات:

لقد حدد يوسف الأحرش ورياض سلمان سنة (2007م) طبيعة الاتجاهات في الآتي:

1– التطرف :

ويقصد بالتطرف "مدى الاتجاه بين طرفين متقابلين أحدهما موجب والآخر سالب"، فالاتجاه الموجب هو الذي يقترب من الطرف الموجب والاتجاه السالب هو الذي يقترب من الطرف السالب من حيث درجة الإيجابية في القبول أو السلبية في الرفض، فأما أن نبلغ به إلى الطرف الموجب من حيث التأييد المطلق أو إلى الطرف السالب من حيث الرفض المطلق، فأما نقطة الصفر فتعني الحياد.

الطرف الموجب	نقطة الحياد	الطرف السالب
+ ————————	0	———————— –
(تأييد مطلق)	(بين بين)	(رفض مطلق)

شكل رقم (1) خط مستقيم يُوضح درجات القبول والرفض لموضوع معين

2– المحتوى:

ويقصد به "درجة وضوح الاتجاه ومعناه عند الأفراد أصحاب الاتجاه "فمفهوم موضوع الاتجاه قليلا ما يكون هو بعينه بالنسبة للناس جميعا، وأن الاستجابة التي يقوم بها الفرد حين يلقى تأييدًا أو معارضة لموضوع من الموضوعات، إنما هي استجابة لأمر ذاتي هو مفهومه عن موضوع الاتجاه لا الموضوع عينه بالصورة الموضوعية له (يوسف الأحرش ورياض سلمان، 2007: 109–110).

ويشير جبار كنزة سنة (2014م) أيضاً إلى طبيعة الاتجاهات في الآتي:

1- وضوح المعالم:

وهذا يعنى أن الاتجاهات تتفاوت في وضوحها، فمنها ما هو واضح المعالم ومنها ما هو غامض.

2- الانعزال:

تختلف الاتجاهات من حيث درجة ترابطها ومقدار التكامل بين بعضها البعض، فقد يكون اتجاه الفرد نحو العلوم الطبيعية، اتجاهاً منعزلاً عن غيره من الاتجاهات في تعامل بينة وبين اتجاهه نحو التقدم الصناعي أو التخطيط.

3- القوة:

من الاتجاهات ما يبقى قوياً على مر الزمان مما يقابله الفرد من شواهد تدعوه إلى التخلي عنه وإسقاطه مثل هذه الاتجاهات اتجاهات قوية بخلاف الاتجاهات الضعيفة التي تتغير وتتحول تحت وطأة العناء، والاتجاه يميل إلى القوة كلما كانت له قيمة أكبر وأهمية أكثر في تكوين الشخصية ومعتقدات القوم الذين ينتمى إليهم الفرد (جبار كنزة، 2014: 22) .

ثالثاً- تحديد الخصائص التي تتميز بها الاتجاهات:

لقد حدد المهتمون بدراسة الاتجاهات والرأي العام الخصائص التي تصبغ بها الاتجاه أهمها:

1- **أن الاتجاه متعلم:** ذلك لأنه يكتسب نتيجة للخبرة والتفاعل مع البيئة، سواء كانت طبيعية أم اجتماعية بيئية، ذلك لأن الفرد يكتسب كثيرًا من اتجاهاته الإيجابية والسلبية نحو الأفراد والمواقف والموضوعات، عن طرق ما يكتسبه هذا الفرد من خبرة عن طرق التقليد والممارسة، والتنشئة الاجتماعية، وأنواع التعلم المختلف التي تؤثر في سلوك الفرد اجتماعيًا أو دينيًا.

2- **يعمل الاتجاه كدافع:** فالاتجاهات تعمل كدوافع تدفع الفرد نحو موضوعات ومواقف يتم التعبير عنها قولًا أو عملاً؛ لأن الاتجاه يعمل كموجه للسلوك وجهة معينة ليحقق أهدافا محددة غير أنه ليس كافيا في حد ذاته دائمًا لإنجاز العمل، بل يتم ذلك بصورة أفضل إذا اشتركت معه دوافع أخرى .

3- **الاتجاه جزء من الموقف:** قد يتضمن الاتجاه جزءا من الموقف أو المواقف، فقد يتكون لدينا اتجاه إيجابي نحو فرد معين أو نحو مجموعة، أو نحو مدرسة أو أمة من الأمم، كالأمة العربية، وقد يكون الاتجاه سلبيا نحو شيء ما كالصهيونية أو الاستعمار، أو التمييز العنصري.

4- **للاتجاه خصائص معرفية وعاطفية:** من مكونات الاتجاه المكون المعرفي والإدراكي، فالفرد يجب أن يدرك ويعرف موضوع الاتجاه قبل أن يستجيب له، كأن يكون للفرد حد أدنى من المعرفة حول موضوع الاتجاه، والاتجاه يتضمن خصائص انفعالية تتمثل في الاستجابات الانفعالية المصاحبة للاتجاه و التي تبدو في حركات الفرد وقوة تعبيراته .

5- **يتصف الاتجاه بالثبات النسبي:** بما أن الاتجاه متعلم، فإن ما يتعلمه الفرد يدوم لفترة زمنية ولا ينسى سريعاً، ولهذا تستمر اتجاهاتنا معنا، وهى لا تتغير حتى بتغير المكون المعرفي للاتجاه، فاكتساب حقائق ومعلومات جديدة حول موضوع الاتجاه قد تغير المكون المعرفي لدينا، مما يؤدى إلى تغير اتجاهنا، فنتعلم اتجاها جديدا ونترك اتجاها سبق و أن كنا نؤمن به (نبيهة السامري وعثمان اميمن، 2006: 156- 157) .

ويضيف جودت جابر وسعيد العزة (2002 م) أن الاتجاهات لها خصائصها العامة التالية:

1- في الاتجاه تتكون علاقة بين الفرد وموضوع ما من موضوعات البيئة وقد يكون هذا الموضوع شخصًا أو فكرة أو حادثًا أو وضعًا أو شيئًا.

2- إن للاتجاهات تكوينات فرضية يستدل عليها من السلوك الظاهري للفرد فالطالب الذى يملك اتجاهًا إيجابيًا نحو مادة دراسية معينة، يصرف المزيد من الجهد والوقت لدراستها .

3- إن الاتجاهات متعلمة يكتسبها الفرد عبر عملية التنشئة وقد يتم تعلم بعض الاتجاهات على نحو لا شعوري أو غير قصدي.

4- تتباين الاتجاهات في ثباتها وتغيرها فالاتجاهات التي يكتسبها الفرد في مراحل حياته الأولى والاتجاهات العاطفية أكثر ثباتا من الاتجاهات ذات الصبغة العاطفية الأضعف مثلًا.

5- إن الاتجاهات تتعدد وتختلف حسب المثيرات التي ترتبط بها.

6- إن الاتجاهات هي:"نتاج للخبرة السابقة، وترتبط بالسلوك الحاضر، وتشير إلى السلوك في المستقبل".

7- إن الاتجاهات تغلب عليها الذاتية أكثر من الموضوعية من حيث محتواها.

8- إن الاتجاهات إقدامية – تجنبية، فتجعل الفرد يقترب من موضوعاتها إذا كانت إقدامية، فالاتجاه الإقدامي نحو الدين مثلًا، يدفع بصاحبه إلى ممارسة تعليمات الدين وشعائره وقد تتسم الاتجاهات بالتجنبية أو السلبية فتجعله يتجنبها ويرغب عنها.

9- إن الاتجاهات قابلة للقياس بأدوات وأساليب مختلفة ويمكن ملاحظتها.

10- إن الاتجاهات قابلة لأن تكون سلبية أو إيجابية أو بين هذين الطرفين.

11- إنها ثلاثية الأبعاد أي لها أبعاد معرفية ووجدانية وسلوكية حركية.

12- إن الاتجاهات قابلة للتغيير والتطوير تحت ظروف معينة (جودت جابر وسعيد العزة، 2002: 289).

كما أضاف زين العابدين درويش سنة (1999م) أن الاتجاهات لها الخصائص التالية:

1- إن الاتجاه لا يتكون بالنسبة للحقائق الثابتة المقررة،بل يكون دائما حول موضوعات مثيرة للجدل أو النقاش أو موضع خلاف في الرأي.

2- إنه دينامي، بمعنى أنه قابل للتغيير، وإن يكن ذلك ممكنا بجهد مقصود، ويستغرق فترة طويلة.

3- إنه يمثل علاقة بين ذات الشخص وبين موضوعات محددة، فليس هناك اتجاه يتكون في فراغ، وإنما يتكون الاتجاه نحو موضوعات متجسدة في أشخاص، أو أشياء أو نظم معينة (زين العابدين درويش، 1999: 91).

ومما له أهمية تقوم الاتجاهات على أساس من تقييم خصائص موضوع الاتجاه وتستثير إلى سلوكا موجهًا، وللاتجاه نتائج سلوكية متنوعة حركية وفسيولوجية ولفظية وغير لفظية، كما تتوزع

شدة الاتجاه ونوعيته بين قطبين، هما الإيجابية والسلبية، مرورًا بالموقف المحايد وتقدر نوعية الاتجاه بمدى تقويم الموضوع من حيث المساعدة على تحقيق الهدف (مع/ ضد)، أما شدة الاتجاه فيعبر عنها بمدى الإيجابية أو السلبية انطلاقًا من الموقف المحايد والإيجابية هي موقف مؤيد أما السلبية فهي موقف معارض (لطفي فطيم، 1995: 173 – 174).

تلخص الباحثة مما سبق أن خصائص الاتجاهات بصفة عامة نحصرها في التالي:

1- لا يمكن توارثها ولكن يمكن اكتسابها من خلال احتكاك الفرد مع بيئته.
2- لا تتكون من فراغ وإنما تتضمن علاقة بين فرد أو موقف أو موضوع.
3- تتميز بالثبات النفسي والاتساق مما يسمح بالتنبؤ بها في كثير من المواقف.
4- إن الاتجاهات يمكن قياسها وتعديلها وتغييرها وتنميتها.
5- تقع الاتجاهات بين طرفين أحدهما موجب والآخر سالب هما التأييد والمعارضة المطلقة.
6- تختلف في درجة شدتها تبعًا لاختلاف الأفراد والمواقف، والموضوعات المرتبطة بها.
7- توجه سلوك الأفراد والجماعات في أحيان كثيرة.
8- الاتجاه مكتسب ويمكن تدعيمه أو إطفاءه.
9- لا يتكون الاتجاه بالنسبة للحقائق الثابتة.
10- تتأثر الاتجاهات بخبرات الأفراد والجماعات.
11- الاتجاهات ثلاثية الأبعاد سلوكية حركية، ومعرفية، ووجدانية.
12- الاتجاهات ترتبط بثقافة المجتمع وقيامه، وعاداته، كما تختلف من بيئة اجتماعية إلى أخرى.

رابعاً- أهمية دراسة الاتجاهات:

لقد وضح علماء النفس الاجتماعي أهمية دراسة الاتجاهات لما لها من أهمية خاصة لاعتبارها جزءا هاما من حياتنا، ولأنها تلعب دورًا كبيرًا في توجيه السلوك الاجتماعي في الكثير من مواقف الحياة الاجتماعية، وتمدنا في ذات الوقت بتنبؤات صادقة عن سلوكه في تلك المواقف فضلا عن كونها من النواتج المهمة لعملية التنشئة الاجتماعية، والاتجاهات هي استجابات القبول أو الرفض إزاء موقف أو موضوع اجتماعي جدلي معين.

كما أن دراسة الاتجاهات لها أهمية في مجال علم النفس التربوي فإن إقبال الطلبة على التعلم تتأثر إلى حد كبير باتجاهاتهم نحو الموضوعات الدراسية والنشاطات الأخرى، وعلاقة بعضهم بالبعض الآخر (بهاز لويزة وجمعة أولاد حيمودة، 2011: 284).

في عصرنا الحاضر تزايد الاهتمام بدراسة الاتجاهات، فأصبحت تحتل مكانا بارزاً في كثير من دراسات الشخصية، وديناميات الجماعة، كما دخلت في كثير من المجالات التطبيقية المتمثلة في التربية، والدعاية التجارية والسياسية، والصحافة، والعلاقات العامة، والإدارة وحل الصراعات في مجال العمل والصناعة،والتثقيف الصحي، والعلاج النفسي، وتوجيه الرأي العام، ومكافحة التعصب العنصري، والدعوة إلى التفاهم والسلم العالميين وذلك أن جوهر العمل في هذه المجالات هو دعم الاتجاهات المسيرة لتحقيق أهداف العمل فيها، إضعاف الاتجاهات المعوقة، بل إن العلاج النفسي يتمثل في أحد معانيه هو محاولة لتغيير اتجاهات الفرد نحو ذاته، ونحو الآخرين، ونحو عالمه (حلمى ساري ومحمد حسن، 2006: 145).

لقد حددت أهمية دراسة الاتجاهات في الآتي :

1- إستيعاب الاتجاهات لتأثير ظروف السياق الاجتماعي الذي يتعامل معه الفرد، سواء كان هذا التفاعل مباشرا أو غير مباشر.
2- إطلاق الاتجاهات لقوى الترغيب والترهيب وقوى التحبيذ والتنفير في معالم الخبرة الاجتماعية وما يعمل فيها من جوانب إيجابية وأخرى سلبية.
3- تحدد الاتجاهات الكيفية التي يستجيب بها الأفراد لمواقف الخبرة التي يمرون بها.
4- انتظام الاتجاهات في علاقة تفاعلية بينها وبين مختلف عناصر البناء النفسي (مثل السمات الشخصية والقيم الأساسية)، ومن ثم تمكينها – بحكم هذه الصورة الثقافية – من بيان حدود الاتساق أو اختلال الاتساق في اتساق الأفراد النفسية.
5- تمكن الاتجاهات من رسم حدود الصلة بين قيم المجتمع العامة وتوجهات الأفراد النوعية.
6- تعد مؤشرًا للاستقرار النسبي في سلوك الأفراد.

ولاعتبار أن الاتجاه وسيلة لفهم الظواهر النفسية الاجتماعية، كالانتماء والتجاذب، والتعصب، والصراع بين الأفراد والجماعات، قد يستخدم لمعرفة اتجاهات الأسرة والمجتمع إلى

حالات المرض النفسي لكثير من العملاء في المستشفيات أو دور الرعاية (محمود السيد وآخرون، 2004: 45- 46).

أنواع الاتجاهات:

تتعدد الاتجاهات عند الإنسان، حسب المجال الحيوي لموضوع الاتجاه وحسب الأعراف والنظم الاجتماعية السائدة والعادات والقيم والتقاليد ويمكن تحديدها على النحو التالي:

أ. **المجال الاجتماعي:** يكون اتجاهًا اجتماعيًا نحو المشكلات الاجتماعية، ونحو مؤسسات المجتمع وقيادات هذا المجتمع وزعاماته.

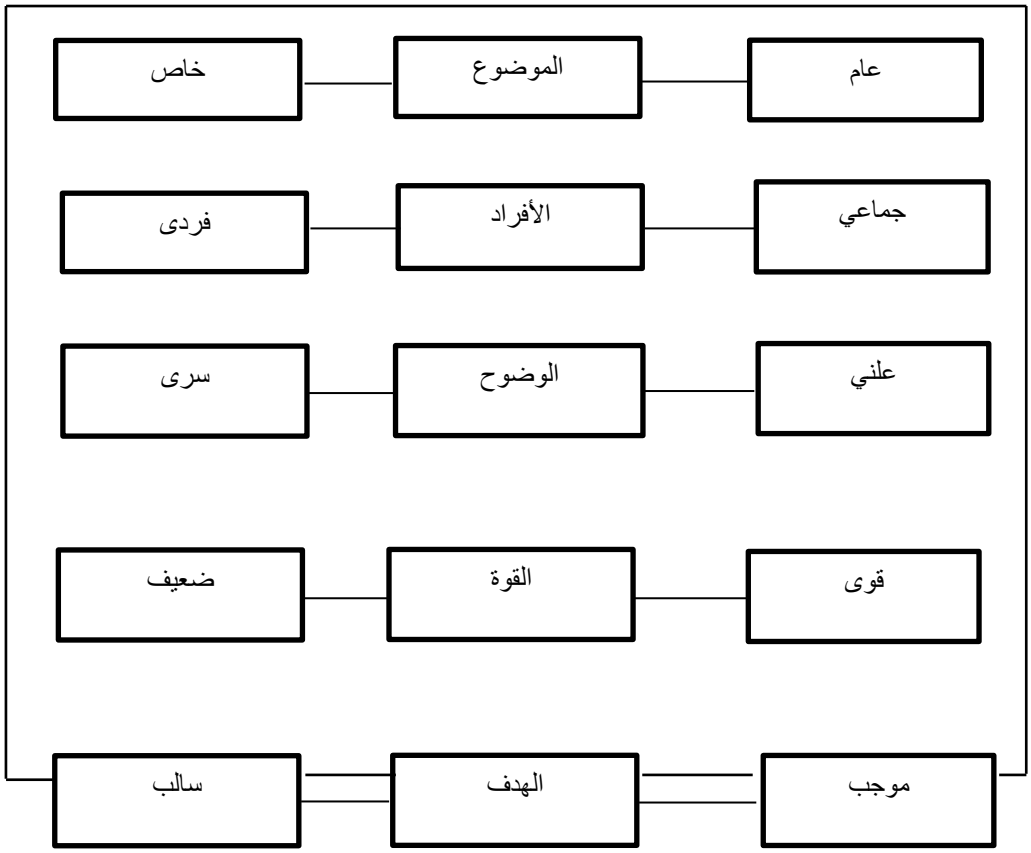
ب. **الاتجاه نحو البيئة الاجتماعية والثقافية بكاملها:** لذلك نجد عند قياسنا لتلك الاتجاهات بين أفراد المجتمع الواحد أن الاتجاهات تختلف بالرغم من توحد المثيرات الاجتماعية والثقافية وذلك حسب عناصر البيئة الاجتماعية التي يعيشون في إطارها.

ج. **الاتجاه الشخصي حسب مكون الشخصية:** ويرجع السبب في ذلك إلى تباين مكونات شخصية الأفراد، تباين المجال النفسي الذى يوجد فيه الأفراد والجماعة، وتباين الدوافع والغرائز والحاجات والخبرات.

د. **الاتجاه النفسي الدفاعي:** تتمثل في استخدام الحيل الدفاعية.

هـ. **الاتجاه التعليمي:** الذي يتمثل في عمليات الاكتساب والتعلم والتعليم وكل هذه عوامل تشكيل الاستجابة ومحدداتها ولا شك أن التعرف على الصورة الكاملة لاتجاهات الفرد نحو بيئته الاجتماعية والثقافية والظروف النفسية ييسر التنبؤ بسلوكه في معظم المواقف (مجدى عبد الله، 1996: 67).

ولقد بين خالد على بركات سنة (1998 م) تصنيف الاتجاهات حسب الشكل التالي:



شكل رقم (2) يبين تصنيف الاتجاهات

أولاً- على أساس الموضوع:

1- **الاتجاه العام:** هو الاتجاه الذي ينصب على الكليات وقد دلت الأبحاث التجريبية على وجود اتجاهات عامة، فأثبتت أن الاتجاهات الحزبية السياسية تتسم بصفة العموم، ويلاحظ أن الاتجاه العام هو أكثر شيوعاً واستقراراً.

2- **الاتجاه النوعي:** هو الاتجاه الذي ينصب على جزء من تفاصيل الموضوع، دون جزء آخر، كالاتجاه الموجب نحو الشعر الأسود فقط، وهنا الشعر جزء من الجسد.

ثانياً – على أساس الأفراد:

1- **الاتجاه الجماعي:** هو الاتجاه المشترك بين عدد كبير من الناس، فإعجاب الناس بالأبطال هو اتجاه جماعي.
2- **الاتجاه الفردي:** هو الاتجاه الذي يميز فردا عن آخر، فإعجاب الإنسان بصديق له اتجاه فردي.

ثالثاً– على أساس الوضوح:

1- **الاتجاه العلني:** هو الذي لا يجد الفرد حرجًا في إظهاره والتحدث عنه أمام الآخرين.
2- **الاتجاه السري:** هو الذي يحاول الفرد إخفاءه عن الآخرين ويحتفظ به في قرارة نفسه بل ينكره أحيانا حين يتم سؤاله عنه.

رابعاً – على أساس القوة :

1- **الاتجاه القوي:** يبدو الاتجاه القوي في موقف الفرد من هدف الاتجاه موقفاً حاداً لا رفق فيه ولا هوادة، فالذي يرى المنكر فيغضب ويثور ويحاول تحطيمه إنما يفعل ذلك لأن لديه اتجاهاً قوياً.
2- **الاتجاه الضعيف:** يتمثل في الذي يقف من هدف الاتجاه موقفًا ضعيفًا رخوًا، خائفًا، مستسلمًا، فهو يفعل ذلك لأنه لا يشعر بشدة الاتجاه كما يشعر بها الفرد في الاتجاه القوي.

خامساً– على أساس الهدف:

1- **الموجب:** هو الذي ينحو بالفرد نحو شيء ما (إيجابي).
2- **السالب:** هو الذي يجنح بالفرد بعيداً عن شيء آخر (سلبي).

سادساً– حسب التعقيد :

تصنف إلى اتجاهات بسيطة و اتجاهات مركبة.

1- **اتجاهات بسيطة:** غالبًا ما تتصف الاتجاهات وفقًا لدرجة تعقيدها حيت يطلق على مجموعة الآراء المعبر عنها باستجابات مثل (نعم/ لا) (جيد/ رديء) اتجاهات بسيطة.

2- **اتجاهات مركبة:** وهي الاتجاهات التي تتضمن عدة استجابات مثل: الاتجاهات التي تنشأ لدى الأفراد المتعصبين والذين لا يقبلون المناقشة فيما يخصهم من أفكار أو معتقدات (خالد على بركات، 1998: 47 - 50).

تخلص الباحثة مما سبق ذكره أن الاتجاهات مكتسبة ومتعلمة، كما أنها ترتبط بمثيرات ومواقف اجتماعية ومنها يتضح أن هناك علاقة بين سلوك الفرد وموضوع الاتجاه، كما تغلب على الاتجاهات الذاتية أكثر من الموضوعية في محتواها، كما لها صفة الثبات والاستقرار النسبي ويمكن تعديلها وتغييرها تحت ظروف معينة، والاتجاهات العلنية والسرية هي الاتجاهات التي تنطبق على موضوع الدراسة الحالية، حيث تنحو بالفرد قريبًا أو بعيدًا عن موضوع الدراسة الحالية حيث توصف وصمة المرض النفسي بأنها تتكون من اتجاهين هما كالتالي:-

1- **اتجاهات سرية:** يحملها الشخص نحو الأفراد المشخصين بالمرض النفسي وما يرتبط بهذه الاتجاهات من سلوكيات كالابتعاد عن هؤلاء الأفراد وتجنبهم أو حتى إيذائهم وإخفاء بأن الشخص المريض يعاني من اضطرابات نفسية وإنكار ذلك والخوف من نظرة الناس عند مراجعة طبيب نفسي.

2- **اتجاهات علنية:** يحملها الشخص نحو الأفراد المشخصين بالمرض النفسي وما يرتبط بهذه الاتجاهات من سلوكيات كالنظر اليهم بأنهم أفراد ذوي شخصيات منفردة ومستقلة قبل وبعد أن أصيبوا بالمرض النفسي وفهم ما يمرون وأن المرض النفسي مثل المرض العضوي والنظر للمريض النفسي بأنه لا يشكل أي خطر على السلامة العامة .

وظائف الاتجاهات:

لقد لخص الأحرش وآخرون بأن الاتجاهات تؤدي وظائف عديدة ولعل أهم هذه الوظائف هي ما حددتها النظرية الوظيفية للاتجاهات في القرن التاسع عشر التي جعلت الاتجاهات تؤدى إلى أربع وظائف هامة هي:

1- تساعد الاتجاهات الأفراد على فهم المجتمعات المحيطة بهم من خلال البيئة التي يعيشون فيها، وكذلك عن طريق تبسيط وتنظيم المدخلات الثقافية المعقدة.

2- تعمل الاتجاهات على حماية الاعتبارات النفسية (الأنا) للأفراد وذلك بتجنبهم و إبعادهم عن الحقائق غير السارة.

3- تساعد الاتجاهات الأفراد على التكيف في عالمهم المعقد، ويتم ذلك عن طريق تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها، ويزداد هذا التفاعل عندما يجدون التعزيز المناسب.

4- تسمح الاتجاهات للأفراد بالتعبير عن قيمهم ومبادئهم، التي يتمسكون بها دون غيرها (يوسف الأحرش ونورى الغنودى، 2010: 51).

إلا أن علماء النفس الاجتماعي يرون أن الاتجاهات لها عدة وظائف أخرى منها تكيفية، ومعرفية، ودفاعية، وتعبيرية يمكن سردها على النحو التالي بنوع من التفصيل :

1- الوظيفة التكيفية:

إن الفرد عند تفاعله مع البيئة يسعى دائما نحو كل ما هو سار والابتعاد عن كل ما هو مؤلم، فنلاحظ أن الناس يسعون بصفة عامة للحصول على أكبر قدر من الثواب وأقل قدر من العقاب، حيث نجد أن كل فرد ينمى اتجاهات إيجابية نحو كل ما يشعره بالارتياح، ويشبع حاجاته ويحقق له الرضا، في حين أنه ينمى اتجاهات سلبية نحو كل ما هو سيء، ويقف حائلا دون تحقيق حاجاته، فنلاحظ أن الفرد يتجنب الاتجاهات الفاشلة ويقبل على الاتجاهات التي تعطيه فرصا أكبر للنجاح، وبالتالي نحقق له حالة انفعالية سارة، فوجهة نظر هذه الوظيفة التكيفية تقوم أساسا على إدراك الفرد لمدى الفائدة التي سوف يتحصل عليها من الاتجاه الذي يتكون لديه، فكلما حقق له الاتجاه المتكون لديه نوعا من الرضا، والقبول، فإنه من السهل تكوين اتجاهات إيجابية نحوه والعكس. وتبعاً لهذه الوظيفة فإن الاتجاه يساعد الفرد على التأقلم والتكيف مع الأحداث والمواقف والظروف المحيطة به والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على سلوكه وتصرفاته (هند الشبلي، 2009: 18).

2- الوظيفة المعرفية:

وتتعلق هذه الوظيفة بإدراك الفرد لبيئته الاجتماعية والطبيعية والذي من شأنه أن يجعل العالم من حوله أكثر ألفة وتوقعًا (محمود عكاشة ومحمد زكى، 1997: 125).

3- وظيفة الدفاع عن الذات:

إذ يحمي الفرد نفسه من الاعتراف بأشياء حقيقية عن نفسه، أو عن الوقائع المرة في عالمه الخارجي، فالاتجاه يحدد طريقة السلوك ويفسره، كما أنه ينظم العمليات الدافعية والانفعالية والإدراكية والمعرفية حول بعض النواحي الموجودة في المجال الذي يعيش فيه الفرد، وما التعصب إلا اتجاه نفسي يؤكد للفرد فكرته عن نفسه والاحتفاظ بالشعور بالتعالي على الآخرين، فالإنسان بحاجة إلى أن يبرر تصرفاته، وأن يجد كبش فداء يلقي عليه اللوم (أحمد الزعبي، 2001: 184).

4- وظيفة تعبيرية:

توفر الاتجاهات للفرد فرص التعبير عن الذات، وتحديد هوية معينة في الحياة المجتمعية، وتسمح له بالاستجابة للمثيرات البيئية على نحو نشط وفعال، الأمر الذي يضفي على حياته معنى هاما، ويجنبه حالة الانعزال أو اللامبالاة (عبد المجيد نشواتي، 1996: 475).

ولقد أضاف دنيا كانز kaniz (1960م) بالإضافة إلى هذا أربع وظائف تؤديها الاتجاهات وهي على النحو التالي:

1- **الوظيفة الوسيلية التلازمية النفعية:** وتعتبر نظرية التعلم طبقا لمبادئ المدرسة السلوكية تعبيراً حديثاً عن هذه الاتجاه، وتقوم هذه الوظيفة في جوهرها على أساس أن الناس يسعون إلى زيادة الإثابة التي تعود عليهم من البيئة الخارجية وتقليل التوتر الذي قد يلحق بهم، فالاتجاهات التي تخدم الوظيفة – التلاؤمية – قد تكون وسيلة للوصول إلى أهداف مرغوبة أو أنها ترتبط بخبرات أدت في الماضي إلى هذه الأهداف، فالاتجاهات عموما قد تؤدي إلى الإثابة لأنها تعطي إثابات اجتماعية كرضا الآخرين أو لأنها ترتبط بهذا النوع من الثواب .

2- **وظيفة الدفاع عن الأنا:** وفيه يحمي الفرد نفسه من الاعتراف بأشياء حقيقية عن نفسه أو عن الوقائع المرة في عالمه الخارجي .

3- **وظيفة التعبير عن القيم:** وفيها يجد الفرد إشباعا بالتعبير عن اتجاهاته التي تتناسب والقيم التي يتمسك بها وفكرته عن نفسه، وهذه الوظيفة لها دورها تتناسب والقيم التي يتمسك بها وفكرته عن نفسه، وهذه الوظيفة لها دورها المركز في علم نفس الأنا الذى يؤكد أهمية التعبيرات عن الذات وتحقيقها.

4- **الوظيفية المعرفية:** وهي تقوم على حاجة الفرد إلى رؤية دنياه في شكل بنيان منتظم، فالسعي وراء معاني الأشياء والحاجة للفهم والنزعة إلى تحسين الإدراك والمعتقدات لوضوح الرؤيا أمام الفرد والشعور بالاطراد كلها أوصاف أجرى لهذه الوظيفية.

ويجب أن ننظر إلى هذه الوظائف على أنها ليست وظائف منفصلة عن بعضها البعض فهي تتداخل، وبالتالي يتم إشباع عدة دوافع في وقت واحد بالتمسك باتجاه نفسي معين.

وعلى الرغم من تداخل هذه الوظائف فإن (كانزKaniz) يرى أن تغيير الاتجاهات يتطلب أسلوبا يتفق ونوع الوظيفة التي يؤديها الاتجاه فإذا كان للاتجاه وظيفة نفعية فيجب أن يتحقق صاحب هذا الاتجاه من أن الاتجاه والنشاط المرتبط به لم يعد له الفوائد النفعية التي كانت تتحقق، وهكذا بقية الوظائف الآخرى (يوسف الأحرش ونورى الغنودى، 2010: 53-54).

وأضاف شوامرة طالب نادز سنة (2014 م)عدة وظائف للاتجاهات وهي:

1- تساعد الفرد على التكيف مع البيئة والمواقف المتعددة التي يواجهها وذلك من خلال تفادي الأخطار المتوقعة ومحاولة الاستفادة من الأشياء المقبولة.

2- تستخدم في العلاج النفسي عن طريق تغيير اتجاهات الفرد نحو ذاته، ونحو الآخرين ونحو البيئة التي يعيش فيها.

3- تمد الاتجاهات الفرد بنظرة عامة للعالم يرى من خلالها الآخرين والأحداث بشكل يبرز تصور طيبا عن ذاته، مما يعني حماية مفهوم ذاته من التشويه، لذا يطلق بعضهم على هذه الوظيفة بوظيفة الدفاع عن الذات.

4- تتيح الفرصة للتعبير عن ذاته وتحديد هويته ومكانته في المجتمع الذي يعيش فيه، حيث تدفعه اتجاهاته للاستجابة بقوة ونشاط وفاعلية للمثيرات البيئية المختلفة، الأمر الذي يضفي على حياته معنى عاما ويجنبه حالة الانعزال واللامبالاة.

5- يلجأ الفرد أحيانا لتكوين اتجاهات معينة لتبرير صراعاته الداخلية أو فشله في أوضاع معينة للاحتفاظ بكرامته وثقته بنفسه (نادر شوامرة ، 2014: 120-121).

وترى الباحثة أنه للاتجاهات عدة وظائف تجعلها مهمة وأساسية في حياة الفرد حيث أنه يتكيف من خلالها مع مجتمعه الذي يعيش فيه مما يجنبه الأخطار المتوقعة مثل: سلوك الانعزال واللامبالاة التي قد يسبب له في مرض نفسي كما تساعد الفرد المريض نفسيا على تغيير اتجاهاته السلبية نحو نفسه، ونحو الآخرين باتجاهات إيجابية، مما يساعده عن الدفاع عن ذاته وتجعله يعبر عن نفسه في ضوء حاجاته، التي يخدمها اتجاهه الموجب ويعطيه شعور الثقة اتجاه ما يعمل.

مكونات الاتجاهات:

الاتجاهات هي مكونات مختلفة تتحد فيما بينها لتكون الاستجابة النهائية الشاملة التي قد يتخذها إزاء مثير معين، وقد يكون هذا المثير فرد أو موقف أو موضوع معين بشكل إيجابي أو سلبي (نبيهة السامري وعثمان أميمن، 2006: 159).

ولقد أشار علماء النفس إلى أهم المكونات الأساسية للاتجاهات ثلاثة مكونات نعرضها على النحو التالي:

أولاً- المكون المعرفي:

وهذا المكون يشمل مكونات المعرفة والخبرة التي تراكمت عند الفرد أثناء احتكاكه بعناصر البيئة ويمكن تقسيمها إلى:

أ- **المدركات والمفاهيم:** أي ما يدركه الفرد حسيًا ومعنويًا.

ترى الباحثة أن الإدراك المعنوي للمرض النفسي يتمثل في العوامل التي طرأت على حياته والتي يمكن أن تكون أدت الى حدوث الأعراض النفسية التي يعاني منها كالتعرض لصدمة أو

قلة دخل المريض أو قلة الاختلاط بالناس، أو غير ذلك،أما الإدراك الحسي، يستخدم للتعبير عن المشاعر والأحاسيس، والانفعالات مثل شعور الشخص بالحزن وانعدام الأمل، والشعور أو الرغبة بالبكاء وكثرة التفكير، بالأمور المحيطة بطريقة سلبية .

ب-المعتقدات: وهي مجموعة المفاهيم المبلورة الثابتة في المحتوى النفسي والعقلي للفرد.

وترى الباحثة بأن معتقدات المجتمع الليبي نحو المرض النفسي قد تغيرت عما كانت عليه الحال قبل سنوات بفضل حملات التوعية إلا أن الوصمة المحيطة بها لا تزال قائمة وعندما تصبح زيارة العيادة النفسية أمرًا عاديًا ونتخلص من الخوف والخجل سيرتقي المستوى الصحي والنفسي لكثير من الأفراد.

ج- **التوقعات:** وهي ما يمكن إن يتنبأ به الفرد بالنسبة للآخرين أو يتوقع حدوثه منهم (يوسف الأحرش ورياض سلمان، 2007: 110- 111).

ترى الباحثة بأنها تتوقع أن الاستجابة نحو المرض النفسي لدى الأسر الليبية بأنه لكل أسرة نظرتها الخاصة ومفاهيمها الخاصة عن المرض النفسي لذلك فإن الاستجابة ستختلف من أسرة إلى أخرى وهذا ما سنعرفه من نتائج هذه الدراسة.

ثانياً- المكون الوجداني (العاطفي أو الإنفعالي):

ويتمثل هذا الجانب في الشعور أو الاستجابة الانفعالية التي يتخذها الفرد إزاء مثير معين، وهذه الاستجابة الانفعالية قد تكون إيجابية أو سلبية، سارة أو غير سارة، حب أم كره وهنا نجد أن الجانب الوجداني من الاتجاه يضفي على الاتجاه طابع الدفع والتحريك (مجدى عبدالله، 1996: 69).

ثالثاً- المكون السلوكي النزوعي (أو رد فعل الشخص تجاه موضوع الاتجاه):

والذي يدل على قبوله أو رفضه للاتجاه بناء على أفكاره وأحاسيسه ومشاعره التي كونها حول موضوع الاتجاه، على وهذا المكون السلوكي يعد بمثابة المحصلة النهائية لتفكير الإنسان وانفعالاته والتي يترجمها على شكل سلوك إجرائي لفظي أو حركي مكونة الاتجاه العام الإيجابي أو السلبي، بمعنى أن الإنسان عندما يتعاطف مع الأقليات المضطهدة في العالم بناء على ما

كونه من تفكير منطقي حول حقوق الإنسان والمساواة بين الناس، فإنه يميل إلى مشاركتهم من خلال سلوك معين يقوم به قولًا أو فعلًا (تنديد، إمداد بالمال، احتجاج، الانضمام إلى صفوفهم...إلخ) (أحمد الزعبي، 2001 :172-173).

ترى الباحثة بأن الأسرة هي السبب الرئيسي في تخفيف أو زيادة المرض النفسي من خلال ردة فعل الأسرة اتجاه المرض النفسي فيمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، فإذا كانت نظرتها إيجابية فهي ستساعد المريض على مقاومة المرض، وتقدم له كافة المساعدات ومراعاته في الخروج من الأزمة التي يعاني منها، أما إذا كانت نظرة الأسرة للمرض النفسي سلبية فسوف تحدث للمريض مشاكل كثيرة ولن يتم السيطرة على المرض فالمريض مفرده لا يمكنه حل مشكلته بدون مساعدة.

كما تضيف الباحثة أيضاً: بأن المكون العاطفي يضفى على الاتجاه طابع الدفع والتحريك، والمكون المعرفي يكون الاتجاه أتبث وأقوى كلما توفرت الحقائق والمعلومات الواضحة والبيانات، والعكس بالعكس، أما المكون السلوكي للاتجاه هنا يعمل كموجه للسلوك فهي تدفعه للعمل على نحو سلبي عندما يمتلك اتجاهات سلبية نحو موضوع الاتجاه أو قد تدفعه للعمل على نحو إيجابي عندما يمتلك اتجاهات إيجابية نحو موضوع الاتجاه .

كيف تتكون الاتجاهات؟ فقد حدد أحمد زكى صالح (1972م) أن الاتجاهات تتكون بالشكل الآتي:

1- تتكون الاتجاهات عن طريق إشباع الحوافز الفسيولوجية الأولى، والخبرات الانفعالية المختلفة، فإذا كانت مواقف معينة طيبة كان الاتجاه الناتج إزاءها اتجاها إيجابيا إما الخبرات التي يعقبها الشعور بالألم فإن الاتجاه نحوها يكون في أغلب الأحيان سالبًا .
2- تتكون الاتجاهات عن طريق الارتباط بحب الآخرين ورضاهم.
3- تتكون الاتجاهات عن طريق غرسها بواسطة سلطات أعلى من الفرد (يوسف الأحرش ورياض سلمان، 2007: 111-112).

العوامل التي تؤثر في تكوين الاتجاهات:

لقد بينت أدبيات علم النفس الاجتماعي أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في تكوين الاتجاهات نحصرها في العوامل التالية:

1- الدوافع والحاجات:

وتعمل الحاجات والدوافع والرغبات والأهداف على تكوين وتشكيل الاتجاهات فهي تعتبر بمثابة القوى المحركة للفرد على العمل والنشاط، وهى التي توجهه نحو الأشياء والأهداف المرغوبة فيها، كما أنها تحدد استجابة الفرد للمؤثرات المحيطة به، فتوجهه إلى أشياء بعينها وينجذب الى أهداف خاصة لأنها تحقق له حاجاته .ومن هنا كان إخلاف اتجاهات الأفراد في المجتمع الواحد تبعا لاختلاف دوافعهم وحاجاتهم (يوسف الاحرش ورياض سلمان، 2007: 112).

2- الثقافة:

تتحدد الاتجاهات النفسية لدى الأفراد بالثقافة التي يعيشون فيها، ولكن توجد فروق كثيرة داخل كل ثقافة، وسنتناول بعض العوامل التي تؤدى إلى هذه الفروق.

أجريت أبحاث كثيرة لمعرفة ما إذا كان الجنس والسن يرتبطان بالاتجاه النفسي، ويبدو من الملاحظة الظاهرة أن البنات أكثر تدينا من البنين و أقل تحررا منهم، ولكن هذه التعميمات تقل قيمتها على أية حال لأن الاتجاهات النفسية لا ترتبط بالذكورة والأنوثة في ذاتها، ولا تتغير تغير آلى مع العمر وإنما هي تكتسب خلال التفاعل والاحتكاك الاجتماعي، ويمكن القول أن العامل الأساسي في تكوين الاتجاهات يتوفر في الجماعات الهامة التي ينتمى إليها الفرد، وأول هذه الجماعات (الأسرة) فلها أثرها العميق على الأطفال حديثي السن، ولكن العامل الشخصي في نطاق الأسرة يلعب دورًا هامًا (محمد الطنوبى، 1999: 125 - 126).

3- تأثير عضوية الجماعة في تكوين الاتجاهات :

كل فرد هو عضو في جماعة معينة، وقد يكون عضوا في أكثر من جماعة، ولهذا فإن اتجاهات أي فرد تعكس معتقدات جماعته ومعاييرها إذا كانت هذه الجماعة متماسكة، ولهذا فإن ضغط الجماعة على الفرد عامل هام في تكوين اتجاهاته، فكثير من اتجاهات التلاميذ نحو

إكمال الدراسة أو عدم إكمالها تتحدد من خلال اتجاهات زملائهم وأصدقائهم المقربين في المدرسة بشكل يجعل تأثير هؤلاء الزملاء قويًا، ولهذا فإن التوحد مع بعض الشخصيات والنماذج الاجتماعية يكون له دور هام في اكتساب بعض الاتجاهات الاجتماعية.

4- أثر الخبرات في تكوين الاتجاهات:

لا تتكون لدينا الاتجاهات نحو موضوعات معينة إذا لم تكن لدينا معلومات كافية أو خبرات سابقة عنها، فالإنسان في حالة تفاعل مستمر مع غيره من الأشخاص الآخرين حيث يدخل معهم في علاقات تفاعل متشابكة، وهذه العلاقات والتفاعلات التي يكونها الشخص مع الآخرين يكتسب من خلالها خبرات واسعة قد تكون سارة أو مؤلمة، ولهذا يؤكد كلينجر Klinger (1977م) أحد زعماء نظرية التعلم بالخبرة أن الأفراد يميلون إلى تكرار الأحداث التي يمرون بها إذا كانت سارة لهم، مما يجعلهم يكونون اتجاهات إيجابية نحوها، وعلى العكس فإن الأفراد يكونون اتجاهات سلبية نحوها إذا كانت ضارة ومؤلمة بالنسبة لهم (أحمد الزعبي، 2001: 179-181).

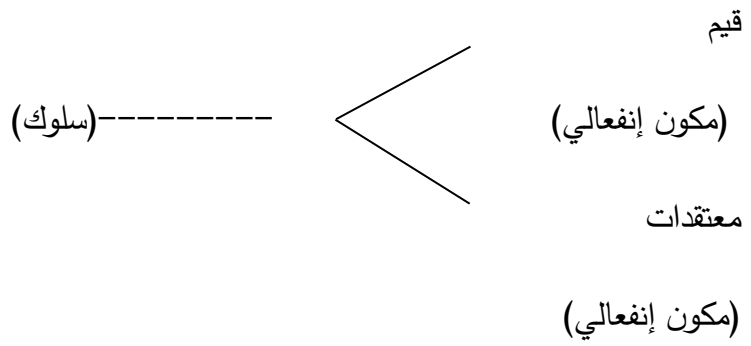
5- تأثير الشخصية في تكوين الاتجاهات:

تؤثر الشخصية بشكل أساسي في تكوين وفي تعديل الاتجاهات اختلاف الذكاء مثلا – الصحة والمرض – العمر الزمنى – الانطواء – والمبساط – المستوى التحصيلي – المهنية – المركز الاجتماعي الاقتصادي – كل ذلك يؤثر في تكوين الاتجاهات، ومن الذين اهتموا بهذا الموضوع أدورونو Adorono في دراساته عن الاتجاهات التعصبية في أمريكا، وقد انتهى من دراساته إلى أن اتجاه التعصب هو اتجاه عام – أي نمط سائد في الشخصية المتعصبة – فالتعصب ضد الزنوج غالبا نجده متعصبًا ضد جميع الأقليات الأخرى.

6- المواقف التي تشبع حاجات الفرد أو التي تعوق هذا الإشباع:

فالطفل يتبنى اتجاه والده نحو قيمة أو دين معين لأن ذلك يشبع عند الطفل حاجات أساسية، كذلك التلميذ في المدرسة ويأخذ الاتجاه هنا خاصته الدافعية أي يصبح دافعا لأنماط معينة من السلوك – ومع مرور الأيام يثبت الاتجاه ويصبح وسيلة لتحقيق رغبات أخرى – أو يستمر على أساس الوظيفة التلقائية للدافعية والتي تعنى أننا حينما تعلم حيواناً أن يحفر في الرمل مثلًا للحصول على طعامه فإنه مع تكرار هذا الموقف – نجد أن الحيوان يظل يحفر في الرمل بشكل

تلقائي حتى لو لم يكن جائعاً أو لا يوجد طعام في الرمل بمعنى حتى لو لم يكن هذا السلوك يشبع حاجة لديه معينة ويكون الاتجاه سلبياً إذا تكون مع مواقف محيطة دون إشباع حاجة معينة – ومن هنا يرى (كاميل Camille) في دراسته على (396) شخصًا أنه كلما كان الإحباط في حياة الفرد كبيراً زاد اتجاهه التعصبي (وهو اتجاه سلبي) بشدة (عبد السلام الشيخ، 1992: 179 – 181).



شكل رقم (3) يبين السلوك ودافعيته لتكوين الاتجاه

مثال:

ليس ضروريًا أن يكون المثير موضع اهتمام الفرد ملموسًا أو مرئيًا مثل شخص أو مجموعة من الأشخاص أو مؤسسة فقد يكون مثيرًا مجردًا مثل فكرة التعليم إذ يحتمل أن ينمو لدى الفرد شعور إيجابي إزاء التعليم، (ويعتبر هذا مكونًا عاطفيًا)، يرتكز على عقيدة مؤداها أن كل فرد في وسعه الاستفادة من التعليم، (ويعتبر هذا مكونًا معرفيًا) ومثل هذا الشخص قد يقدم إسهامًا له قيمته لإحدى المؤسسات التعليمية المحلية (ويعد هذا مكونًا نزوعيًا).

إن هذا المثال يصور استجابة إيجابية أو اتجاهًا مقبولًا إزاء التعليم، ومع ذلك فما يجدر ذكره أنه قد يوجد أفراد آخرون يعتنقون اتجاهات مضادة لمثل هذا الاتجاه تمامًا، حيث تتضمن مشاعر سلبية إزاء التعليم، كما أنهم لا يعتقدون أن ثمة فوائد يمكن أن تجنى من ورائه، وقد يقومون بأنشطة ضد المؤسسات التعليمية، وكلا النوعين من الاتجاه يتضمن استجابة تقويمية متعلمة إزاء المثير (ارنوف ويتيج، 2002: 325).

شروط تكوين الاتجاهات:

هناك عدة شروط يجب توافرها في الفرد حتى يتكون الاتجاه النفسي.

وأشار سيد خير الله الكنانى (1990م) أن هناك عدة شروط يجب توافرها في الفرد حتى يتكون الاتجاه وهى:

1- تكامل الخبرة:

تتكون الاتجاهات عندما تتكامل الخبرات الفردية المتشابهة في وحدة كلية، بحيث تصبح هذه الوحدة إطارا ومقياسا تصدر عنه أحكامنا واستجاباتنا للمواقف المتشابهة بمواقف تلك الخبرات الماضية، فعلى سبيل المثال عندما يفشل الطالب في مادة الحساب مثلا لا يتكون عنده اتجاه ضد المدرسة وعملية التعليم عمومًا إلا إذا فشل في عدة مواد أخرى حيث تتكامل عنده خبرة الفشل وبالتالي يتكون الاتجاه.

2- تكرار الخبرة:

ولتكوين الاتجاه يجب أن تتكرر الخبرة، فعلى سبيل المثال عندما يجد الفرد صعوبة في فهم مادة الحساب وتتكرر هذه الخبرة في مادة أخرى ترتبط بالحساب كالهندسة والجبر، نجد أن الطالب يكون اتجاها ضد مادة الرياضيات، وقد يدفع الاتجاه هذا الفرد إلى نزوع معين كأن يدعو بقية أصدقائه إلى مقاطعة كتب الرياضيات ودخول القسم الأدبي بدلا من القسم العلمي وهكذا .

3- حدة الخبرة:

للخبرات الانفعالية الحادة أثر قوي في تكوين الاتجاهات فالاتجاهات تتكون دائما في مواقف المعاناة عندما يحتك الفرد بعناصر بيئته احتكاكًا انفعاليًا من درجة معينة.

4- تمايز الخبرة:

يؤدى تعميم الخبرات الفردية المتتالية إلى تحديد الاتجاه تحديدا واضحا قويا وهذا ينحو بالاتجاه نحو النضج والاكتمال والنمو، فينفصل ويتمايز عن بقية الاتجاهات الأخرى ويكتسب بذلك ذاتيته التي تؤكد معالمه.

5- **انتقال الخبرة:**

تنتقل الخبرة عن طريق التصور أو التخيل أو التقليد، وتعتبر من العوامل الهامة في تكوين الاتجاه، فالمحاكاة والتقليد عامل قوي في تكوين الاتجاهات، فالطفل يكتسب أغلب اتجاهاته من أسرته التي ينشأ فيها من خلال عملية التطبيع الاجتماعي، ولقد أثبتت الكثير من الدراسات أن كره الأمريكي للزنوج يرجع في جوهره إلى أثره الأسرة في تنشئة الطفل على اكتساب الاتجاه الذى ينصب على التفرقة العنصرية والتعصب ضد الملونين. (سيد خير الله و ممدوح الكناني، 1996: 246-247).

ولقد إقترح ألبورت Allport سنة (1954م) عدة شروط لتكوين الاتجاهات نلخصها في التالي:

1- **وجود بعض الخبرات الدراماتيكية أو العنيفة التي يمر بها الفرد:** ففي بعض الحالات قد يكون لخبرة واحدة مفردة تأثيرًا دائمًا ويتم تعميمها على كل المواقف المشابهة أو ذات الصلة إن التقيؤ في أعقاب أكل طعام مريب يمكن أن يعمم على كل الأطباق المشابهة، إن خبرة غير سارة مع أحد أفراد الأقليات من الممكن أن تقود إلى ازدراء كل أفراد تلك الأقلية.

2- **تبني اتجاهات جاهزة:** إن بعض الاتجاهات قد يقتبسها الفرد عنه طريق تقليد والديه أو معلميه أو الأشخاص الآخرين المحيطين به والمؤثرين على حياته بشكل أو بآخر (عبد الرحمن عدس ومحى الدين توق، 1995: 338).

ترى الباحثة بأن اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي قد تتأثر باتجاهات والديهم أو باتجاهات الأفراد المحيطين بهم، فإذا كانت اتجاهات الأب والأم سلبية نحو المرض النفسي، فإنه باقي أفراد الأسرة يميلون إلى تبني اتجاهات والديهم وتقليدهم والعكس صحيح.

مستويات الاتجاهات:

الاتجاهات وخاصة التي تتعلق بالجانب الوجداني أو الإنفعالي في الإنسان، تمر في تكوينها بمستويات متدرجة حددها كراثول krateohl سنة (1964م) في المستويات الخمسة التالية:-

1- **الإستقبال:** ويعني التنبه لمثير معين بطريقة تؤدي بالمتعلم إلى استقباله والاهتمام به ويتضمن هذا المستوى مستويات فرعية منها الوعي والرغبة في الاستقبال .

2- **الاستجابة:** وتعني التفاعل الإيجابي مع المثير طلبا للرضا والارتياح، ويتضمن هذا المستوى مستويات فرعية منها الرغبة في الاستجابة وقبولها أو الرضا عنها.

3- **التقييم:** يعني تقدير الأشياء في ضوء قيم معينة، ويتضمن هذا المستوى مستويات فرعية منها تفضيل قيمة معينة على أخرى والإيمان بها.

4- **التنظيم:** ويعني تنظيم مجموعة من القيم في نظام معين تحكمه قيمة حاكمه ومن المستويات الفرعية لهذا المستوى تكوين معين لقيمة معينة، ثم تكوين نظام معين لمجموعة من القيم.

5- **التميز بقيمة أو بمجموعة من القيم:** ويعني أن القيمة تأخذ مكانها وتنتظم في تنظيم داخلي يحكم السلوك ويوجهه، ويتضمن هذا المستوى تكوين مجموعة معينة من القيم والتمييز بينها (هنيدة الليد، 2006: 90-91).

ترى الباحثة بناء على ماسبق ذكره الاتي:

1- أنه غالبا ما تستقبل الأسرة المريض النفسي بحالة من الصدمة الناتجة عن العبأ الاجتماعي الذي سيحمله مرضه عليهم، فأن يكون أحد أفراد الأسرة مريضا نفسيا ليس بالأمر الهين في مجتمعنا.

2- أن الاستجابة والتفاعلات بين الشخص المصاب بالمرض النفسي وأفراد الأسرة يمكن أن يحسن أو يزيد الأمراض النفسية سوء، وغالبا ما تكون استجابة الأسرة لوجود مريض نفسي بينهم استجابة سلبية لا تخدمه ولا تساعده على الشفاء أو على الأقل على التكيف مع حالته، وعلى عيش حياة أقرب ما تكون للحياة الطبيعية، فينكرون مرضه أمام باقي أفراد الأسرة أو يخفونه، ويمنعونه من الخروج مع أقاربه لكي لا يقوم بأي سلوكيات تسبب لهم الإحراج.

3- أنه غالبا ما يتم تقييم الأشياء وتقديرها في الأسرة، بناء على قيمة (العيب أو العار) أي ما قد يُشعر الأسرة بأن لديها ما قد يدفع المحيط الاجتماعي لوصمهم وصمة عار أو النظر إليهم نظرة خوف أو استهجان فقط لأن أحد أفرادهم مريض نفسي.

4- إن القيمة الحاكمة التي تحكم مجموعة من القيم هي غالبا الشعور بالعار أو بالخوف من الوصم من قبل المجتمع وتنتظم أو تندرج منها مجموعة من القيم السلبية كالإنكار والتضليل.

تفسير الاتجاهات:

لقد وضح علماء النفس الاجتماعي بعض التفسيرات التي تساعد على فهم طبيعة الاتجاه فحددها (عبد الرحمن عيسوى) في التالي:

أولاً- التفسير البنائي للاتجاهات:

تشير معظم نتائج الدراسات التي أجريت في مجال اتجاهات الشعوب مثل دراسة كاتريل وأبيثارت Cattrell & Abethart سنة (1948م) التي تهدف إلى التعرف على مصادر الناس في الحصول على المعلومات نحو القنبلة الذرية. وذلك أن الاتجاه يعتبر وحدة من وحدات بناء الشخصية الإنسانية كما تشير هذه النتائج إلى علاقة الاتجاه النفسي بالقيمة التي يكونها الفرد في مواقف المفاضلة والاختيار، كما تشير هذه الدراسات أيضا إلى ارتباطات الاتجاهات النفسية بحاجة الفرد ودوافعه سواء كانت أولية أساسية أو ثانوية .وعلى ذلك يصبح الاتجاه وحدة بنائية في الشخصية الإنسانية حضاريًا وثقافيًا.

ثانياً- التفسير الإدراكي للاتجاهات:

يقول كانتريل Cantril سنة (1923م) في دراسته لعمق الاتجاهات وشدتها: "أن الإدراك عملية هادفة غرضية ترمي إلى تحقيق بعض أهداف الكائن الحي"، بمعنى أن الفرد يدرك الحدث الذي يتصل بأهدافه اتصالًا مباشرًا سواء كانت هذه الأهداف حالية قائمة أو مستقبلية مازالت في مرحلة المعالجة الذهنية وبذلك يتفهم أو يدرك الفرد عناصر البيئة ومقوماتها في ضوء أهدافه وما يرمي إليه، وذلك من أجل أن يتكيف لها تكيفًا صحيحًا ويتفاعل معها بأسلوب سلوكي سوي، وفي أثناء عملية الفهم هذه تتكون اتجاهات الفرد ثم تنمو وتتطور متأثرة بإدراك الفرد للأحداث (السيد عبد الرحمن،1999 :260-261).

ثالثاً- التفسير الدينامي للاتجاهات:

يذهب كرتش وآخرون Krech et. ai سنة (1948م) إلى أن الاتجاهات هي" مرحلة وسيط دينامية تقع بين العمليات النفسية الداخلية والأساسية والسلوك الظاهري الخارجي الذي يصدر عن الفرد في مختلف المواقف"، ومن هذا تصبح الاتجاهات بمثابة منظمات، وضوابط للدوافع والعواطف والإدراك، وسائر العمليات النفسية الأخرى، وذلك بالشكل الذي يساير البيئة في تأثيرها، وبالشكل الذي يؤثر في البيئة أيضًا، وبذلك يتحقق للفرد عملية التفاعل المطلوبة، ويصل الفرد من ناحية أخرى إلى درجة مناسبة من التوافق الاجتماعي، وعلى هذا فالاتجاهات تعمل على تخفيف حدة التوتر النفسي الذي يعانيه الفرد في محاولاته التي تنتهي بالإحباط نتيجة للفشل وتعاونه في تكيفه للمواقف المختلفة التي يتفاعل معها (نبيل حافظ وآخرون، 2000: 250).

ترى الباحثة أن الاتجاه مكتسب ومشتق من تفاعل الفرد مع عناصر البيئة الخارجية، سواء كانت مادية أو معنوية أو بشرية، وبهذا فالاتجاه لابد وأن يتميز بالدينامية والتجديد رغم أنه يتميز أيضًا بالثبات والاستقرار النسبي، ويمكن القول أيضًا أن الاتجاه النفسي يعمل على تخفيف حدة التوتر وخاصة في مواقف الإحباط والفشل، بل قد يساعد أيضًا على التكيف لمواقف التحدي والصراع مما يجنب الأفراد الإصابة بالمرض النفسي.

مفاهيم متصلة بالاتجاه:

هناك العديد من المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الاتجاه وهذه المفاهيم هي :

1- الاتجاه والرأي:

إن الرأي يتضمن نوعًا من التوقع والتنبؤ بشيء ما، ويمكن التعبير عنه دائمًا بصورة لفظية، وهناك أيضًا فرق عملي بين قياس الاتجاهات وقياس الآراء، فمقياس الاتجاهات يختص في الدرجة الأولى بالأفراد، بينما قياس الآراء يختص بالجماعات، بمعنى أن قياس الاتجاه يختص بالنوع الخاص، أما الرأى فيهتم بالعام، كاستطلاعات الرأى العام، فغالبًا ما يستخدم هذا الأسلوب في استطلاع رأى الأغلبية في قضية اجتماعية عامة، ومصيرية (جمال القاسم، 2001: 149).

2- الاتجاه والتنشئة الاجتماعية:

يكتسب الفرد اتجاهاته من خلال التنشئة الاجتماعية، وتتميز الاتجاهات التي اكتسبت عن هذا الطريق بنوع من الثبات ومن الصعب تغييرها، كما يحصل في حالة الاتجاهات الدينية والاتجاهات نحو قيم سلوكية معينة يتبناها ويدين لها المجتمع، وتتقوي هذه القيم الاجتماعية لدى الفرد من خلال الإثابة والتعزيز الذي يتلقاه الفرد من المجتمع، ويحترم الفرد تلك القيم ولو كانت متعارضة مع أهدافه (سناء عماشه، 2010: 37).

3- الاتجاه والقيمة:

إن الفرق بين القيم والاتجاهات هو الفرق بين العام (القيمة) والخاص (الاتجاه) فالقيم مجردات أو تعميمات تتضح أو تكشف عن نفسها من خلال تعبير الأفراد عن اتجاهاتهم نحو موضوعات محددة، وبمعنى آخر أن مفهوم القيمة أعم وأشمل من مفهوم الاتجاه، وأن القيم تقدم المضمون للاتجاهات، والقيمة هي عبارة عن تنظيمات لأحكام عقلية انفعالية معممة نحو الأفراد والأشياء والاتجاهات، يمكن أن نخضعها لأحكام قيمية، فنقول إن هذا الاتجاه غير سليم من الناحية الاجتماعية، ولكن الاتجاه نفسه لا يتضمن بالضرورة حكمًا من أحكام القيمة، في الاتجاه ننظر للسلوك من زاوية نزعة الفرد نحو الموضوع، والاختلاف الجوهري بين الاتجاه والقيمة هو أن الاتجاه "يشير إلى تنظيم مجموعة من المعتقدات حول موضوع أو موقف معين ذي صبغة اجتماعية"، بينما القيمة تشير "إلى معتقد وحيد أو أساسي من نوعية خاصة يتعلق بأسلوب مفضل أو مرغوب اجتماعيًا يوجه السلوك والاتجاهات والأحكام".

وتضيف (غالية قرقاب) بأن القيم كمفهوم أوسع من الاتجاهات، تتضمن أهدافًا مجردة لا خلاف عليها، كالشجاعة والحرية والجمال، كلها خلاصة معايير يمكن للفرد أن يطور اتجاهات معينة من خلالها، فإذا كانت القيمة الأولى للفرد هي الجمال والعلم ...، فإن اتجاهاته نحو الموضوعات سيكون محورها الجمال أو العلم، وقد تكون تلك القيم من القوة والرسوخ بحيث تصبح اتجاهات ذلك الفرد نحو نفس الموضوعات أكثر قوة وثباتًا، بالنسبة لأفراد آخرين قد يكون

إحساسهم بالرضى أو السعادة هو الذي يحدد اتجاهاتهم نحو الموضوعات وليس القيم (غالية قرقاب، 2005: 14).

4- الاتجاه والميل:

إن الميل عبارة عن "اهتمام الفرد بموضوع محدد بذاته أكثر من اهتمامه بموضوع آخر"، بحيث يقبل عليه تلقائيًا، ويتحدث عنه، وينشغل به في أغلب الأحيان ويسعد بمزاولته دون ملل، ويبذل فيه الجهد والمال أكثر مما يبذله في غيره، لذلك يشير الميل إلى ما يحبه الإنسان وما يكرهه، مما يؤثر على سلوكياته بشكل عام، حيث يسعى دائمًا إلى ما يحبه ويتجنب ما يكرهه، فالميل يرتبط بتفضيل الشخص لأمر ما دون سواه، وهو ناتج عن إحساسه به ومشاعره نحوه، فهو يتعلق بنواحي ذاتية ليست محل خلاف أو نقاش، أما الاتجاه فيرتبط باعتقاد الفرد في أمر أكثر من اعتقاده في غيره، وهو ناتج عن تفكيره العقلاني المرتبط بحالته النفسية، فالشخص مثلًا يفضل دراسة الموسيقى لتكون مهنته في المستقبل (ميل)، ولكنه يرفض مزاولتها في الملاهي الليلية (اتجاه) (أحمد الزعبى، 2001: 175- 176).

5- الاتجاه والعواطف:

أوضح الإستطان أن المحفزات المهمة كالحب والبغض والكره إنما هى منظومات معقدة من الاستعدادات الانفعالية وليست انفعالات أو حالات انفعالية، فالعاطفة تعتبر منظومة من الاستعدادات الانفعالية ذات اتجاهات نزوعية مختلفة ترتبط بغرض معين، وتهدف إلى غاية معينة، وتصنف العواطف عادة إلى الأصناف التالية: إيجابية (كالحب) - سالبة (كالبغض والكره) - عواطف خاصة (كحب شيء معين) عواطف عامة (كحب مجموعة من الناس) - عواطف مجردة معنوية مثل كره الشر، كما يرى بعض الباحثين أن تعبير الاتجاهات أوسع شمولًا ولكن أكثر غموضا مما تعنيه العواطف وتدل عليه، وهناك باحثون آخرون يذهبون إلى أن الاتجاهات مرادفة للعواطف من حيث الدلالة إذ كلاهما يعتبران من مكونات الشخصية، وهذا الرأى الأخير أكثر دقة وأقرب إلى الصواب (عبد العلى الجسماني، 1994: 58-59).

6- الاتجاه والأيديولوجية:

الأيديولوجية هي إطار واسع شامل يجمع داخله عدد كبير من اتجاهات الفرد التي يرتبط بعضها بالبعض الآخر، تتمثل فيها إدراكاته لذاته وإدراكاته للمجتمع الخارجي، أو هي عبارة عن الاتجاه الشامل الذي يمكن أن نطلق عليه فلسفة حياة الفرد، وإن لم يقم بصياغتها وإدراكها بطريقة واعية (عبد اللطيف خليفة وعبد المنعم محمود، 1998: 45).

7- الاتجاه والغريزة:

الغريزة فطرية يولد الإنسان مزودًا بها، مما يساعده على التفاعل مع البيئة المحيطة، وتعمل على تنشيط السلوك وتوجيهه للاستجابة التلقائية لأية خبرات تصادفه في البيئة التي يعيش فيها الفرد، أما الاتجاه فإنه مرتبط بالموقف الذي نتعرض له، فالاتجاهات تتكون بفعل المحددات الثقافية بعكس الغرائز (عاشور الجعفري، 2010: 14).

وتلخص الباحثة بناء على ماسبق ذكره الاتي:

1- أن الرأي أكثر عرضة للتغيير من الاتجاه، كما أن الرأي أكثر نوعية وخصوصية من الاتجاه، وبالنسبة لاتجاه الأسر نحو المريض النفسي فإن آراءهم قد تكون داعمة للمريض النفسي ومناصرة له ومتعاطفة معه، بينما تكون أغلب اتجاهاتهم في العمق عكس ذلك.
2- بأنه يعتبر الوالدان من أهم العوامل التي تسهم في تكوين الاتجاهات لدى أفراد الأسرة، فإذا كانت اتجاهات الوالدان سلبية أو إيجابية نحو المرض النفسي فإن أفراد الأسرة سوف يتبنون هذه الاتجاهات.
3- أن القيمة أعم وأشمل من الاتجاه، فتشكل مجموعة من الاتجاهات فيما بينها علاقة قوية لتكون قيمة معينة، وإن اتجاهات الأسر المبنية على التنشئة الاجتماعية تشكل فيما بينها نظاما قيميًا يشملها.
4- بأن الاتجاهات التي ينظر الأسر من خلالها للمريض النفسي على أنه شخص مرفوض أو مصدر مثير للشبهات، قد لا تعي بالضرورة عدم وجود ميل للتعاطف معه أو للشفقة عليه أو للدفاع عنه.
5- أن الأسر ذات الاتجاهات الإيجابية نحو المريض النفسي تحمل بطبيعة الحال عواطف خاصة وداعمة له، على عكس الأسر ذات الاتجاهات السلبية نحو المريض النفسي.

6- أن الأيديولوجية تشمل مجموعة كبيرة من الاتجاهات المترابطة لذلك فهي أكثر عمومية من الاتجاه.

تعلم الاتجاهات:

إن الاتجاهات أنماط سلوكية يمكن اكتسابها وتعديلها بالتعلم، وتخضع للمبادئ والقوانين التي تحكم أنماط السلوك الأخرى، فقد تتكون بعض الاتجاهات بالملاحظة والتقليد، حيث يشكل الآباء والمعلمون وبعض الراشدين والأخوة والأقران، نماذج يعمل الطفل على ملاحظة سلوكها وتقليده، وقد بين باندورا bandura سنة (1969م) أن العديد من الأنماط السلوكية والاتجاهات يمكن اكتسابها بمجرد ملاحظة سلوك النموذج وتقليده، وهذا يوحي بأهمية الدور الذى يمكن أن يلعبه المعلم كنموذج في تشكيل بعض الاتجاهات المعينة عبر طلابه، إذ لا يقتصر تأثيره على الجانب المعرفي فقط، بل يتناول الجانب العاطفي أيضًا، وقد يتأثر الأطفال بسلوك معلميهم أكثر من تأثرهم بأقوالهم ماولي mauly (1982م) فالمحاضرة التي تتناول العدل أو الحق أو الخير، لا تشكل اتجاهات إيجابية عند المتعلم نحو هذه المفاهيم، إذا كان عرضة للظلم أو العدوان، لذا يجب تزويده بنماذج تمارس الاتجاهات المرغوب فيها على نحو فعلي، وعدم الاقتصار على الأسلوب الوعظي أو الخطابي فقط.

ويُضيف (عبد المجيد نشواتي) بأنه قد تتكون اتجاهات أخرى نتيجة التعلم الإشراطي بنوعيه الاستجابي والإجرائي، فالعديد من الاتجاهات السلبية والإيجابية تتطور لدى تلاميذ المدارس، وبخاصة في المرحلتين الابتدائية وما قبل الابتدائية، من خلال اشراط بعض الخبرات الانفعالية السارة وغير السارة ببعض الأوضاع التعليمية والمدرسية، الأمر الذى يؤدى إلى إقبال هؤلاء التلاميذ على المدرسة وإحجامهم عنها، إن المعلم المرح والمتسامح والمتحمس، ينمي اتجاهات إيجابية، نحو العمل المدرسي عند تلاميذه، بينما يؤدي المعلم الساخر والمتهكم والعقابي إلى تنمية اتجاهات مضادة، قد تستمر عند صاحبها فترة زمنية طويلة، ويلعب التعزيز دورًا هامًا في اكتساب الاتجاهات المرغوب فيها وتقويتها، في حين يؤدي العقاب أو إيقاف التعزيز إلى إضعاف الاتجاهات غير المرغوب فيها، وهذا يشير إلى أهمية إدراك المعلم لآلية التعزيز وتقنياته وإستراتيجيات استخدامه في تكوين اتجاهات إيجابية عند طلابه (عبد المجيد نشواتي، 1996: 476-477).

ثبات وتغيير الاتجاهات:

إن عملية تغيير الاتجاهات ليست عملية سهلة ميسورة والسبب يرجع إلى أن الاتجاهات إذا ما تكونت فإنها تميل إلى أن تثبت، وتبدي مقاومة للتغير، وبالرغم من ذلك نجد أن عملية تغيير الاتجاهات أمراً ليس مستحيلًا؛ لأنه من الممكن أن تتعدل الاتجاهات وتتغير، وتعتمد عملية تغيير الاتجاهات على المعالجة الفعالة لبيئة الفرد الثقافية والاجتماعية، والواقع أن الإنسان يغير اتجاهه ليتعامل مع بيئته بطريقة أفضل أو لتحقيق الإشباع الذاتي، وكما نعرف جميعًا أن الاتجاهات تتكون في الفرد منذ سن مبكرة وأن الانطباعات الأولية تكون أكثر ثباتًا، لأنها في الواقع تصبح كسمات شخصية للفرد، وهذه الاتجاهات تستعصي على التغيير لأن كل عنصر من عناصر الاتجاه مرتبط ومتصل بالعناصر الأخرى، وهنا نجد أنه لا يمكن تغيير هذه العناصر كل على حدة أو اعتبارها عنصرًا منفصلًا عن الآخر، وهنا نجد من الصعوبة تغيير عنصر جزئي واحد من عناصر الاتجاه وإنما يعالج كجزء من الاتجاه وكنظام كلي.

كما أن الآراء تتغير وخاصة في سن الشباب، وكلما تقدم الفرد في السن اكتملت الصورة ببطء، والشباب أكثر مرونة فقد يغير موديل سيارته لكي تتماشى مع موديل سيارات أصدقائه الحاليين، كذلك ممكن أن يغيرها بناء على أساليب الإعلان والدعاية، أما الرجل كبير السن فقد يشعر بالضيق إذا فكر في تغيير سيارته القديمة، وهناك نوع من السمات في أعماق الشخصية لدى الفرد وعلى ذلك يصعب تغييرها بسهولة وعلى الطرف الآخر هناك نوع من الاتجاهات تستطيع أساليب الدعاية أن تؤثر فيه، هذه الاتجاهات تقع في منطقة سطحية من الشخصية، وتتأثر الجماعات التي ينتمى إليها الفرد، فالاتجاهات النفسية التي تأصلت في الشخصية الإنسانية، والتي انغرست في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد لا يمكن تعديلها إلا عن طريق بعض الوسائل الخاصة، كالتحليل النفسي، غير أن عددًا كبيرًا من اتجاهات الفرد تصدر عن المواقف التي خبرها الفرد في مراحل لاحقة، كأن يكون ذلك نتيجة لعضويته في جماعة عاملة كالفصل المدرسي أو جماعة النادي، أو جماعة ثقافية (سناء عماشة، 2010: 68 – 69).

ومما سبق ترى الباحثة بأن حملات التوعية والندوات والمحاضرات التي يقوم بها الأطباء والمعالجون النفسيون تغير من نظرة الأسرة للمرض النفسي، وتجعل أفراد الأسرة ينظرون للمرض النفسي بأنه كغيره من الأمراض العضوية.

لقد خطا علم النفس الاجتماعي خطوات كبيرة في تغيير الاتجاهات بما يتماشى مع عملية التغيير الاجتماعي، إن تغيير الاتجاهات يتطلب زيادة المؤثرات المؤيدة للاتجاهات الجديدة، وخفض المؤثرات المضادة له، أو الأمرين معًا، أما إذا تساوت المؤثرات المؤيدة والمؤثرات المضادة له يحدث حالة من التوازن وثبات الاتجاه وعدم تغييره، ولا شك في أن تغيير الاتجاهات من الأهداف التي تسعى إليها منظمات العمل في عصرنا الحاضر، خصوصًا تغيير الاتجاهات إيجابيًا (حامد زهران، 1997: 70).

العوامل التي تؤثر على تغيير الاتجاهات:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر على تغيير الاتجاهات تم حصرها في التالي:

1- السمات الأساسية:

وتشمل :

أ- **الذكاء:** فكلما كانت الناس أكثر ذكاء، كان إقناعهم من جانب واحد صعبًا.

ب-**تقدير الذات:** حيث أنه يسهل إقناع معتدلي تقدير الذات أكثر من الأعلى - الأقل تقديرًا للذات.

2- **السمات المصدرية**: وتشمل الخبرة والثقة والجاذبية الشخصية، وتعتبر مصداقية الرسالة متغير شديد الأهمية، فإذا قرأ شخص تقريرًا عن الصحة واعتقد أنه جاء في جريدة طبية مهنية، فيمكن أن يؤدى ذلك إلى "حثه" أو استمالته بشكل أسهل مما لو قرأه في جريدة عامة، وقد تجادل بعض علماء النفس بشأن هذا التأثير، وهل هو ممتد طويلًا أم لا، ووجد هورلاند ووايس Horland and Weiss سنة (1951م) أن تأثير إخبار الناس بأن رسالة جاءت من مصدر له مصداقية يختفي بعد عدة أسابيع، ويسمى ذلك تأثير النائم، والحكمة

المدركة هي أنه إذا كان قد تم إعلام الناس مصدر رسالة قبل سماعها فهناك احتمالية حدوث تأثير النائم عما لو تم إخبارهم برسالة ثم علموا مصدرها.

3- **القيم الأخلاقية:** وتحتل المكانة الأعلى بين كل القيم الطبيعية، فالإلوهية، النقاء، الحق، التواضع يشغل مكانة أعلى من العبقرية، الذكاء، الجمال، سواء جمال الطبيعة أو الفن، الاستقرار، القوى، ويركز العالم على القيم الأخلاقية الإيجابية أكثر من القيم الأخلاقية السلبية، وهى الأكثر شرًا و أسوأ من المعاناة، المرض، الموت.

ويرى علماء التربية أن التعليم الذى يؤدى إلى اتجاه نفسي صالح للتلميذ، هو أكثر جدوى من التعليم الذى يؤدى لمجرد كسب المعرفة، إذ إن الاتجاهات يظل أثرها دائمًا بينما تخضع الخبرات المعرفية عادة لعوامل النسيان، وإذا ما كانت الاتجاهات النفسية تكون جزءًا مهمًا من التراث الثقافي الإنساني الذى ينتقل من جيل إلى آخر مع ما يتبعه من معتقدات وعادات وقيم وأفكار، فإن علماء النفس والاجتماع، وعلماء الأجناس ورجال التربية، يوجهون اهتمامًا كبيرًا لدراسة الاتجاهات النفسية (سناء عماشة، 2010: 70- 71).

4- **الدافعية:** تلعب الدافعية والتعلم دورًا هامًا في تكوين وتطوير اتجاهات الأفراد، وذلك عن طريق تزويد الأفراد بالمعلومات المختلفة التي تتعلق بموضوع الاتجاه، ذلك أن الفرد لديه دافع أساسي لأن يفهم ويعرف.

5- **تغيير الحاجات:** إن تغيير الاتجاهات يتوقف على وجود تغيير في حاجات الأفراد حيث هي مرحلة تغيير سطحي وتحدث عندما نرغب في تغيير اتجاهاتنا من أجل تحقيق مصلحة شخصية والحصول على ردود أفعال إيجابية من قبل الآخري، وتبني الشخص الرأى المطروح ويطبقه بغض النظر عن طبيعة رأيه الشخصي أو قناعته الشخصية.

إن التغيرات التي تتم في اتجاهات الأفراد، تتحدد بشكل دقيق من خلال الهيكل العام للموقف الذي يتعلم من خلاله الفرد في حين آخر ترجع قابلية التغيير للاتجاه إلى عدة عوامل منها: صفات الشخص صاحب الاتجاه، وطبيعة الاتجاه ذاته، وخصائصه، ودرجة بساطة أو تعقيد الاتجاه، وطبيعة الموقف الذي تتم فيه محاولة التغيير (شاكر المحاميد، 2003: 115).

طرق تغيير الاتجاهات:

من خلال التعلم تتعدد طرق تغيير الاتجاهات ومن أهم الطرق في تغيير الاتجاهات تم تحديدها كانت على النحو التالي:

1- تغيير الجماعة المرجعية:

أي أنه إذا غير الفرد جماعته المرجعية التي ينتمى إليها بجماعة جديدة فبمرور الوقت يميل الفرد إلى تعديل وتغيير اتجاهاته.

2- **الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه:**

حيث يسمح الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه للفرد بأن يتعرف إلى الموضوع من جوانب جديدة مما يؤدى إلى تغيير في اتجاه الفرد.

3- التغيير القسري للسلوك:

قد تؤدى الظروف الاضطرارية أحيانًا إلى تغيير قسري في بعض السلوك يصاحبه عادة تغير في اتجاهات الفرد إيجابيًا أو سلبيًا، فالزوجات البيض اللاتي اضطررن إلى السكن بجوار زوجات زنجيات أدى ذلك إلى تغير اتجاهاتهن نحو الزنوج، بحيث أصبحن أقل عداء من ذي قبل (حامد زهران، 2003: 207) .

وتُضيف (سناء عماشة) التالي:

4- تغيير الإطار المرجعي :

يعرف الإطار المرجعي بأنه "الإطار الذى يشتمل على معايير الفرد وقيمه كلها".

فعلى سبيل المثال: ينظر الشخص الرأسمالي إلى القرارات الاشتراكية نظرة تختلف عن نظرة الشخص الاشتراكي لها، وهذا يرجع إلى الإطار المرجعي لكل منهما، ولإحداث تغيير في اتجاهات الفرد يتطلب ذلك تغييراً في إطاره المرجعي.

5- التغيير في موضوع الاتجاه :

يحدث تغير في اتجاهات الفرد عندما يتغير موضوع الاتجاه نفسه ويدرك الفرد هذا التغير مثال ذلك: التشريعات الحديثة التي فرضت أن يشترك بعض العمال في مجالس إدارة بعض الشركات، وقد ترتب على ذلك أن غير العمال من ثقافتهم وإلى تغير اتجاهات الآخرين نحوهم.

6- تغير الموقف:

تتغير اتجاهات الفرد والجماعة بتغير المواقف الاجتماعية، فمثلاً نحن نلاحظ أن اتجاهات الطالب تتغير حينما يصبح مدرسًا، أو عندما ينقل الفرد من مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض إلى مستوى اقتصادي اجتماعي أعلى (حديثي النعمة) (سناء عماشة، 2010: 171-173).

7- أثر وسائل الإعلام والاتصال الجمعية :

تقوم وسائل الإعلام المختلفة بتقديم المعلومات والحقائق والأخبار والأفكار والآراء حول موضوع الاتجاه، وهذا يساعد بطريقة مباشرة على تغيير الاتجاه إما إلى الإيجابية أو السلبية، وترجع أهمية وسائل الإعلام في تغيير الاتجاهات إلى أنها أصبحت ذات أهمية كبيرة كمؤثر في عملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي وإلى أنها تصل إلى ملايين الناس في وقت قصير.

8- تزويد الفرد بالمعلومات عن موضوع الاتجاه:

وهذا يتم إما عن طريق الوالدين أو المدرسين أو الأخوة أو جماعة الرفاق أو رجال الدين أو الكتب والمراجع،كما يمكن تعديل اتجاهات الفرد باستخدام رأي ذوي الخبرة والمكانة والذين يثق بهم الفرد، فيستطيع رجل الدين مثلًا، لما له من مكانة أن يغير من اتجاهاتنا الخاطئة، كما يستطيع المجموع تعديل اتجاهات القلة لتناسب اتجاهاتهم مع اتجاهات المجموع (حامد زهران، 2003: 207).

وتتوقف فاعلية المعلومات في تعديل الاتجاهات على النحو التالي:

1- اتجاه الفرد نحو مصدر المعلومات.

2- الطريقة التي تقدم بها المعلومات.

3- الخصائص النفسية للشخص الذي يتلقى المعلومات.

9- تأثير رأى الأغلبية ورأي الخبرة والقادة المسئولين:

تتأثر الاتجاهات وتتغير بالإقناع عن طريق رأي الأغلبية ورأي الخبراء المشهورين والقادة والزعماء حيث يثق الناس في آراء هؤلاء بدرجة كبيرة.

10- المناقشة وقرار الجماعة:

تؤثر المناقشات الجماعية في اتجاهات أفراد هذه الجماعة وغالبا ما يتبنى هؤلاء الأفراد القرارات التي تتوصل إليها الجماعة من خلال المناقشات وبالتالي تتغير اتجاهاتهم (سناء عماشة، 2010: 171 - 173).

ترى الباحثة بناء على ماسبق ذكره الاتي:

1- بأن الفرد يتأثر باتجاهات الجماعة التي ينتمي إليها، فمثلًا إذا كانت الجماعة التي ينتمي إليها الشخص تحمل اتجاهات سلبية عن المرض النفسي فإن الفرد نجده يحمل نفس اتجاه جماعته، ولكن إذا غير الفرد جماعته بجماعة جديدة تحمل اتجاهات إيجابية عن المرض النفسي فبمرور الوقت نجده يميل إلى تغيير وتعديل اتجاهاته.
2- هنا تأتي أهمية التوعية بالمرض النفسي من قبل المختصين والجهات المختصة وذلك للتأثير إيجابًا في اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي ونحو المرضى النفسانيين بشكل خاص.
3- تعطي الباحثة مثالاً لذلك تعرضت ابنة صديقتي لمشكلات نفسية بسبب ظروف أسرية قادتها إلى الإقدام على محاولة الانتحار عدة مرات وفي كل مرة كانت صديقتي تخفي الأمر خوفًا من وصمة المرض النفسي أن تلحق بابنتها، حتى تكرر الأمر عدة مرات فانهارت وحكت لي طالبة النصيحة على استحياء بعد أن طلبت مني ألا أفصح الأمر لأي كان، فنصحتها بضرورة زيارة طبيب نفسي، فاضطرت لإخضاع ابنتها للعلاج النفسي قبل أن تتفاقم حالتها ومنها تغيرت نظرتها السلبية للمرض النفسي.
4- أن تغيير الإطار المرجعي للأسر الليبية نحو اتجاهاتهم نحو المرض النفسي ممكن، ولكنه يتطلب وقتًا وجهودًا من قبل أهل الاختصاص، أو من المؤثرين كالإعلاميين مثلًا أو من قبل وسائل الإعلام أو المؤسسات التربوية.

5- أنه قد يتغير موضوع الاتجاه نفسه (الاتجاه نحو المرض النفسي) إذا تم منح المرضى النفسانيين امتيازات معينة من قبل المجتمع، أو إذا أصبحت مراكز الصحة النفسية أكثر انتشارًا، وأصبح أفراد المجتمع أكثر إقبالًا على خدماتها.

6- أنه قد تتغير الاتجاهات نحو المرض النفسي في المجتمع إذا كانوا الأفراد أكثر انفتاحًا على المعلومات النفسية بما فيها الأمراض النفسية، وبالتالي يصبحون أكثر تقبلًا له، وقد تتغير اتجاهات الفرد إذا انتقل إلى دولة أخرى أو إلى مدينة منفتحة، فيصبح أكثر تقبلًا للمرضى النفسانيين سواء كانوا من أفراد أسرته أم من محيطه الاجتماعي.

7- بأن لوسائل الإعلام من إذاعة، تلفزيون، صحف، مجلات، كتب دور مهم في تقديم المعلومات والأخبار حول المرض النفسي، وهذا من شأنه أن يساعد بطريقة مباشرة على تغيير اتجاهات الأسر إما إلى الإيجاب أو السلب ويتوقف تأثير هذه الوسائل على طريقة تقديمها ووضوحها.

8- وكما ذكرت الباحثة سابقًا فإن دور الوالدين إضافة لدور وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي وكل الناشطين والمؤثرين فيها كبير جدًا في التأثير على الأفراد، وعلى تزويدهم بمعلومات تدعم الاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي، إضافة للدور الجوهري الذي يجب أن يقوم به المختصون النفسيون لرفع الوعى بالمرض النفسي، وبحاجات المرضى الذين يعانون نفسيًا، وبالتالي تغيير اتجاهاتهم لتكون أكثر إيجابية.

9- وأن هذا ممكن حدوثه في الأسر والعائلات الليبية حيث يقدر الأفراد أولياء الأمور مثل الأب أو الجد أو العم الأكبر ويأخذون بآرائهم وبنصائحهم لما لهم من مكانة كبيرة واحترام كبير.

أشكال الاستجابة في الاتجاهات:

لكل استجابة تصدر عن الإنسان شكلًا ومحتوى، الشكل يحمل بالضرورة تعبيرات الكائن الحي المصدر للاستجابة، وهو أكثر ثباتًا ما دام يرتبط بالشخصية المصدرة أكثر من ارتباطه بالأهداف أو المثيرات الخارجية، بينما المحتوى يرتبط بالموقف المثير أكثر من ارتباطه بالشخصية، ومن هنا فهو لا يحمل تعبيرًا قويًا واضحًا عن صاحبه، كما أنه أكثر قابلية للتغيير بما يجعله ملائمًا للتعامل مع الهدف المراد إشباعه.

ويُضيف (عبد السلام الشيخ) بأنه لما كان المحتوى يرتبط مباشرة بإشباع حاجاتنا وتحقيق التوازن المطلوب، فإنه يعتبر أكثر أهمية لصاحبه، ومن هنا تعودنا أن نضعه أو نجده تحت مستوى الوعى والشعور، كما أن معظم الدراسات والبحوث النفسية ركزت أساسًا على محتوى الاستجابة، وكادت تهمل شكل الاستجابة أو ما يطلق عليه السلوك أو القطب التعبيري للسلوك، ومن هنا كان اهتمامنا بدراسة القدرات حيث أنها ترتبط أساسًا بمحتوى الاستجابة، كم مكعب رتبه المفحوص في كم من الزمن، وكم كلمة عرفها كم سلسلة من الأرقام أعادها كل ذلك ينتمى أساسًا الى محتوى الاستجابة، ذلك الجزء الواعى من الاستجابة، والذى تتعامل مباشرة مع أهدافنا التي تشبع حاجاتنا، ومن أجل ذلك ظل داخل دائرة الوعي، بل والبحث العلمي، وفى مقابل ذلك إهمال كبير لشكل الاستجابة والقطب التعبيري، واهتمامنا بوضع مقاييس مقننة صادقة وثابتة لمحتوى الاستجابة، كالذكاء والقدرات المختلفة، ولم تحاول حتى مجرد المقارنة بين شروط مقاييس الاستجابة أو السلوك الأدائى ومقاييس شكل الاستجابة أو السلوك التعبيرى، والاتجاه أحد الأنسجة الشكلية للاستجابة، وبالتالي يخلو إلى حد كبير من محتويات الاستجابة، فالرفض شكل استجابة قد يكون رفضًا بالابتعاد الجسمانى أو الفكرى أو باليد أو باللفظ أو بالنظر...الخ، فمهما اختلف المحتوى فشكل الرفض موجود، كذلك التقبل (عبد السلام الشيخ، 1997: 266 – 267).

وتلخص الباحثة أن شكل الاستجابة المتوقعة في موضوع الدراسة إما أن تكون استجابة سلبية مثل الخوف من مقابلة المريض النفسي، وعدم الجلوس، وعدم التحدث معه، وعدم مرافقته ورفض استضافة المريض النفسي في المنزل، ورفض الزواج من أسرة بها مريض نفسي، أو من شخص أصيب بمرض نفسي وشفى منه، وإنكار وجود مريض نفسي في الأسرة أثناء الزيارات الاجتماعية، وإما أن تكون إيجابية مثل التحدث مع المريض النفسي والخروج معه في رحلة ومجالسته وتكوين صداقة مع شخص مريض نفسي، والميل لمشاهدة الأفلام التي تدور حول المرض النفسي، وعدم الإحراج عند التعامل مع المريض النفسي.

مصادر تشكيل الإستجابة:

يؤكد علماء النفس الاجتماعي أن هناك العديد من العوامل والمصادر المتفاعلة التي لها دور مهم في تكوين أو تشكيل الاستجابة نحصر منها الآتي:

1- **الأسرة:** للوالدان دور أساسي في عملية التنشئة الاجتماعية للطفل وإكسابه الاتجاهات الفردية والاجتماعية، وذلك حكم سيطرتها على العوامل الأساسية التالية في تكوين الاتجاهات وهى:

أ- **الثواب والعقاب:** مثل الحلويات، الألعاب، القبول، الرفض، الحرمان من الألعاب، النزهة، المكافآت.

ب-**الإعلام والمعلومات التى تصل الطفل في مراحل نموه الأولى:** فالطفل يسعى إلى والديه للإجابة عن كل أسئلته وتساؤلاته اليومية الحياتية التى تشكل أساسًا للاتجاهات والمعتقدات والقيم والمفاهيم مثل: الخير، الشر، الجميل، القبيح، الحق، الباطل... الخ.

2- **المدرسة:** للمدرسة دور مهم في تكوين الاتجاهات لدى المتعلمين وتطويرها، وذلك من خلال تفاعلهم مع الأتراب والمعلمين ومما لا شك فيه أن الآفاق الجديدة هذه توفر للطفل معلومات جديدة من مصادر جديدة، ويعتبر الأتراب في فترات الدراسة أهم مجموعة انتماء للطفل، هذا بالإضافة إلى العناصر الاجتماعية الأخرى التي يبدأ الفرد بالاتصال بها والتواصل والتفاعل معها بصورة مختلفة، مثل شرطي المرور، البائع البقال، عامل التنظيفات.

3- **المجتمع بعاداته وتقاليده وقيمه السائدة ومؤسساته المختلفة:** مثل المؤسسات الدينية والإعلامية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية (نادر شوامرة، 2014: 131- 132).

العوامل التي تساعد على تشكيل اتجاهات الأفراد:

يهتم المربون والمصلحون والسياسيون وقادة الجماعات ورجال الأعمال بمعرفة العوامل التي تساعد على تشكيل الاتجاهات ويؤكد علماء النفس الاجتماعي أن هناك العديد من العوامل المتفاعلة التي لها دور مهم في تشكيل الاتجاهات نذكر منها الآتي:

1- **إشباع الرغبات:** عادة ما تنمى لدى الفرد اتجاهات إيجابية نحو الموضوعات المختلفة أو الأشخاص الذين يشبعون له رغباته، كذلك الوسيلة التي تحقق للفرد هدفًا تصبح وسيلة محبوبة واتجاهه نحوها إيجابيًا في حين نجد الاتجاهات السلبية تنمو اتجاه الموضوعات أو الأشخاص التي تعوق وصول الفرد إلى أهدافه.

2- **تتشكل الاتجاهات وفقًا للمعرفة التي يكتسبها الفرد:** فمثلًا نفرض أن أعضاء مجتمع معين لا يعرفون شيئًا عن الحرب الكيماوية، وبالتالي سوف لا يكون لديهم أي اتجاه حولها، وإذا نشرت وسائل الإعلام مخاطرها فسوف يتولد لدى الأفراد اتجاهات سلبية نحوها.

3- **تأثير الجماعة الأولية والجماعات المرجعية على تكوين الاتجاه:** فالجماعات الأولية المحيطة بالفرد مثل الأسرة من أهم العوامل المؤثرة في اتجاهاته فهي تحدد للفرد مواقفه وتخلق له الظروف التي تنمى فيه معتقدات ومشاعر معينة وبالتالي اتجاهات معينة.

4- **تأثير الشخصية في تكوين الاتجاهات:** هناك اختلاف في تكوين الاتجاهات بين الجماعات راجعا للاختلافات فيما بينهم مثل الفروق الفردية في شخصياتهم، فاتجاهات الفرد جزء من شخصيته، وهى تعكس تركيبه النفسي إلى حد كبير (جودت جابر وسعيد العزة، 2002: 291 - 292).

تخلص الباحثة بأن الأسرة في معظم الحالات أهم جماعة مرجعية يرجع إليها الشخص في تكوين اتجاهاته ومن الطبيعي أن يكتسب الأفراد أول اتجاهاتهم من الوالدين وستحاول الباحثة معرفة شكل الاستجابة الأسرية نحو المرض النفسي في هذه الدراسة.

العلاقة بين الاتجاهات والسلوك:

لقد بين المهدى الجديدي وآخرون سنة (2008م) الذي اقترح فيه بعض الباحثين وفي مقدمتهم سكومان وجونسون Schuman & Johnson سنة (1976م) تعديلات في طريقة البحوث التي تتناول العلاقة بين الاتجاهات والسلوك ومنها الدراسات الكلاسيكية التي أجراها لابيير Lapiere سنة (1934م)، ودراسة ويكر Wicker سنة (1969م) من أهم هذه التعديلات هو أن:

1- يدرس السلوك في مواقف محددة بذاتها وليس بصورة عامة، بالإضافة إلى دراسته في كافة المواقف المتباينة التي يمر بها وليس في موقف واحد فقط، وذلك تفاديًا لأية متغيرات أخرى قد تكون دخيلة على الدراسة، مما يؤثر على نتائجها المتحصل عليها منها، وبناء عليه فإن الدراسات التي تناولت الاتجاهات تعتبر الأسباب المتينة التي بني عليها الصرح الشامخ لعلم النفس الاجتماعي، لأن الاتجاه يرتبط ارتباطا وثيقًا بحركة الفرد التي تنبئ عن سلوكياته في

المواقف المتعددة، فعندما تتعرف عن اتجاه فرد ما نحو فرد آخر أو جماعة من الجماعات، أو موقف من المواقف.

2- يمكن التنبؤ بسلوكياته المرتبطة بموضوع اتجاهه بشكل عام، لذلك يمكن القول بأن الاتجاه وسيط نشط لتحريك السلوك وتوجيهه، كما يعتبر المؤشر الجيد للتنبؤ الصحيح فيما يتعلق بخطوات الفرد المقبلة في المواقف المتباينة المرتبطة باتجاهاته نحوها.

3- يقوم الاتجاه بالعديد من الوظائف التي ترتبط بسلوك الفرد بوجه عام، والتي بدورها تسهل تفاعلاته مع الآخرين في المواقف الاجتماعية، ومن هذه الوظائف تنظيم عملية تفكير الفرد بحيث يجعلها نمطية إزاء مواقف محددة بذاتها، أو اتجاه أفراد معينين، وينظم انفعالات الفرد المتضمنة لمشاعره وأحاسيسه نحو ظاهرة معينة، مما يشكل شحنته الانفعالية المتميز بها، فيقويها أو يضعفها.

4- يقوم الاتجاه أيضًا بتنظيم الخطوات الإجرائية التي يتخذها الفرد نحو شخص ما، أو موقف محدد، سواء أكانت لفظية أم عضوية، مما يدل على قبوله أو رفضه، ويقوم الاتجاه بمساعدة الفرد على أن يرى نفسه ومن حوله بنظرة ثاقبة وبرؤية واضحة، بما يؤهله لتقديم خبراته السابقة والحالية فيختار أفضلها، ويكررها ويدربه على اتخاذ القرارات الصحيحة في المواقف العامة والخاصة، ويساعده على اكتساب طرق التعليم الجيدة والاستفادة من الموارد المتاحة في البيئة، ويدربه على كيفية التمييز بين رؤيته العامة الشاملة للأمور ورؤيته النوعية المحددة المركزة على جزئياتها (المهدي الجديدي وآخرون، 2008: 193- 194).

كما أنه هناك خلط وغموض في التعامل مع هذين المفهومين، حيث يتعامل البعض مع الاتجاه كسلوك، وقد ترتب على هذا الخلط الكثير من الجوانب الخلافية حول مسألة العلاقة بين الاتجاه والسلوك، هذا على الرغم من وجود اختلاف بين المفهومين، فقد أشار سكومان وجونسون Schuman & Johnson سنة (1976م) إلى أن الاتجاهات"هي عبارة عن اتجاهات لفظية مستنتجة" من خلال الاستجابة على الاستخبارات، والمقابات أو الإستبارات، أو أية إجراءات قياس مباشرة أخرى أما السلوكيات "فهي اتجاهات لفظية تلقائية" يعبر عنها الفرد في مواقف الحياة اليومية بشكل عادى وتلقائي، كما أوضح لامبرت Lamberth سنة (1980م) في هذا الشأن أن فعل الصدق يعد سلوكًا في حين أن العملية التقويمية لمفهوم الصدق تعد اتجاها.

ومن خلال ذلك يتضح أن مفهوم السلوك يشير إلى الاستجابات الظاهرة الواضحة من قبل الفرد بينما يشير الاتجاه إلى الاستجابة التقويمية – الوجدانية للفرد، والتي يستدل عليها من خلال عملية القياس (عبد اللطيف خليفة وعبدالمنعم محمود، 1998: 44 – 45).

ويُضيف (المهدي) أن العلاقة التي تنشأ بين الاتجاهات والسلوك تبنى على أساس من أفكار وآراء، ورؤيته للقضايا الهامة التي تمس جوهر حياة الأفراد أو الجماعات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، وعلاقة ذلك بما يجمله من قيم ترعرعوا على إطاعتها والتقيد بها وتشربها من خلال التنشئة الاجتماعية التي تعرض لها ولا زال يعايشها من خلال مؤسسات المجتمع المختلفة من الأسرة إلى النادي إلى المؤسسة التعليمية ...الخ (المهدي الجديدي وآخرون، 2008: 193 – 194).

طرق قياس الاتجاهات:

بدأت حركة قياس الاتجاهات النفسية في العشرينات من هذا القرن بمحاولة بوجاردوس Bogardus (1925م) قياس البعد الاجتماعي، وكان يقصد بالبعد الاجتماعي "الدرجة التي يرتضي عندها الفرد أن يسمح لشخص من جماعة أخرى أن يتصل به اتصالًا مباشرًا"، ونشأت مقاييس الاتجاهات النفسية كموازين للتقدير.

وفي سنة (1929م) قام ثرستون وتشيف Thrustone & Tashif بعمل ميزان لقياس الاتجاهات نحو الدين، وقدم ليكرت Likert موازين لقياس الاتجاهات، كانت طريقته أقل تعقيدًا من طريقة ثرستون، واستمرت حركة قياس الاتجاهات مما جعل هذا الميدان من أنشط ميادين علم النفس الاجتماعي.

ولعل أحدث الموازين والتي تعطى تقديرات على أبعاد متعددة هو ميزان تمايز المعاني لأوسجود وسوس وتاننبوم sajud sus watannbum،La عام (1957م)، وقام نيوكومب Newcombe في أواخر الثلاثينات بدراسة آثار الجماعة على تغيير الاتجاهات، ومنذ ذلك الوقت وموضوع تغيير الاتجاهات من أهم الموضوعات التي يتناولها علم النفس الاجتماعي بالدراسة (محمد الطنوبي، 1999: 120).

كما طور علماء النفس الاجتماعي عددًا من الأساليب المنظمة لاستنتاج وقياس الاتجاهات، وإذا أريد لأداة القياس أن تكون نافعة فلابد بالطبع، أن تسجل تنوعات الكم بصورة ثابتة لكي يمكن مقارنة العناصر المقاسة وترتيبها، وتختبر وسائل قياس الاتجاهات، مثلها في ذلك مثل غيرها من الأدوات، ويعاد استخدامها حتى تعكس بثبات درجات الاتجاهات المواتية وغير المواتية ومع ذلك تنشأ مشاكل خاصة بالنسبة لوسائل القياس النفسي هذه (لامبرت و لامبرت، 1993: 115 - 116).

ونلخص أن طرق قياس الاتجاهات حددت على النحو التالي:

أ- الطرق التي تعتمد على التعبير اللفظي.

ب- الطرق التي تعتمد على ملاحظة السلوك الحركي.

ج- الطرق التي تعتمد على قياس التعبيرات الانفعالية.

والنوع الأول من أساليب القياس هو أكثر الطرق تقدمًا نظرًا للاعتماد فيه على الاستفتاءات، والحصول على الإجابات لعدد كبير من الأفراد في وقت قصير.

أما ملاحظة السلوك الحركي فتتطلب وقتًا طويلًا وتستلزم تكرار الملاحظة في ظروف مختلفة، ومن أمثلة ذلك الحكم على الاتجاه النفسي للفرد عن طريق ملاحظتنا له في ذهابه المتكرر لأحد النوادى أو لتأدية فرائض الدين وذهابه للمسجد أو الكنيسة بانتظام.

أما قياس التغيرات الانفعالية في المواقف المختلفة فيكون ذلك بأن ندرس ردود الشخص الانفعالية على مجموعة من المؤثرات، ولا تصلح تلك الطرق لقياس الاتجاهات النفسية عند مجموعة كبيرة من الأفراد (محمد الطنوبي، 1999: 120).

ولأهمية طرق قياس الاتجاهات في دراستنا يمكن تلخيصهاعلى النحو التالي:

لقد تعرضت أدبيات قياس الاتجاهات إلى العديد من الطرق نلخصها في الطرق التالية:

1- طريقة الانتخاب:

تعتبر هذه الطريقة سهلة في استخدامها وفى تحليل نتائجها، والمبدأ الأساسي فيها يكون بإعداد استفتاء يشمل عدة موضوعات على هيئة مواقف اجتماعية ثم يطلب من المفحوص اختيار أحب الموضوعات إلى نفسه أو أبغضها عنده... بعد ذلك يقوم الباحث بإحصاء عدد اختبارات القبول واختبارات الرفض التي حصل عليها كل موضوع من موضوعات الاستفتاء ثم يحول ذلك إلى نسب مئوية بحيث يمكن المقارنة بينها.

2- طريقة الترتيب:

تقوم هذه الطريقة على ترتيب موضوعات الاستفتاء أو المقياس حسب نوع الاتجاه المراد قياسه، فالمقياس مكون من عدد محدود من الموضوعات، وفيه يطلب من المفحوص أن يرتب هذه الموضوعات حسب درجة ميله نحوها أو نفوره منها، ويمكن أن نسوق المثال التالي كدليل على ذلك:

رتب الرغبات الدراسية التالية وذلك وفقًا لدرجة ميلك نحوها بحيث يكون الموضوع الأول أكثرها حبًا بالنسبة لك، والموضوع الآخر أقلها أو أبغضها عندك: الهندسة – العلوم –التربية – الآداب – الطب، هذا وقد تتخذ استجابة الفرد الترتيب التالي:

1-الطب 2- الهندسة 3- العلوم 4- التربية 5- الآداب.

ولهذا يكون على الباحث أن يسجل درجات عدد كبير من الأفراد، ثم يحسب متوسط الدرجات التي تدل على كل موضوع من موضوعات الاتجاه ويحللها إحصائيًا (أحمد الزعبي، 2001: 212-213).

3- طريقة المقارنة الازدواجية أو المفاضلة الثنائية:

تتلخص هذه الطريقة في أن يفضل الشخص اتجاهًا على آخر نحو الموضوع الذي نقيسه، فمثلًا إذا أردنا التعرف على اتجاه الفرد نحو تقبله أو نفوره من شعوب أو أجناس عنصرية

مختلفة، فإننا نعرض عليه شعبين ليفضل إحداهما على الآخر، ثم شعبين آخرين ليفضل كذلك واحد عن الآخر، وهكذا، وينبغي أن نعطي للمبحوث فرصة التفضيل لجميع المقارنات الازدواجية الممكنة.

وتقوم طريقة المقارنة الازدواجية في وضعها العلمي الحديث على البحث الذي نشره ثرستون عام (1928م) عن دراسته التجريبية للتعصب القومي (محمد الطنوبي، 1999: 121-122).

4- **طريقة التدريج:** ويتدرج تحتها ما يلي:

أ- تدريج مدى التباعد النفسي الاجتماعي (1925م):

(مقياس البعد الاجتماعي أو المسافات الاجتماعية لبوجاردس Bogardies)، ويعد أول مقياس وضع للاتجاهات، وكانت الدراسة التي وضعت لهذا المقياس تهدف إلى التعرف على مدى تقبل الأمريكيين أو نفورهم من أبناء الشعوب الأخرى، فوضع (بوجاردس) سبع عبارات تمثل متدرجًا متصلًا تمثل أول عبارة فيه أقصى درجات القبول أو التقبل، وأخر عبارة فيه أقصى درجات الرفض، ويلاحظ أن أهم ما يميز هذا المقياس أنه سهل التطبيق، وأن من أهم عيوبه أن المسافات بين الدرجات ليست متساوية، وأنه غير مقنن أي أنه ليس له صدق وثبات مع أنه يمكن استخدامه بشيء من التعديل المناسب (نجوى أبوراس، 2007: 17) .

ب-تدرج مدى الاتجاه من النفى إلى الإثبات (مقياس ليكرت Likert 1932م):

لقد اقترح ليكرت طريقة بسيطة تقوم على اختيار عدد من العبارات تتناول الاتجاه الذى نريد قياسه، وأفراد عينة البحث يدلون بإجاباتهم، فهم يوافقون بشدة على العبارات أو هم يوافقون فقط أو أنهم غير متأكدين، أو أنهم لا يوافقون على العبارات، أو هم لا يوافقون إطلاقا عليها.

والمفحوص يحصل على درجات على النحو التالي:

موافق جدًا	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقًا

1 2 3 4 5

وكان ليكرت يقوم بجمع درجات المفحوص على العبارات في ضوء التقسيم السابق ثم يحاول أن يعرف إلى أى حد ترتبط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية ثم يحذف العبارات، التي لا تظهر قدرًا كبيرًا من الاتفاق، أو الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس، ومما تقدم يتضح أن طريقة ليكرت تتميز بأنها تتيح لنا اختيار عدد أكبر من العبارات التى ترتبط ارتباطًا عاليًا مع الاختبار ككل رغم اختلاف الحكام في حكمهم على مدى قيمتها من ظاهر محتواها في قياس الاتجاه موضوع البحث، الأمر الذي يتيح لمتبع هذه الطريقة تناول جوانب عديدة للاتجاه كما أنها تتيح للباحث أن يقيس درجات من الاتجاه بالنسبة لكل عبارة كما تمكن هذه الطريقة الباحث من الحصول على معلومات أكمل عن المفحوص ذك أنه يستجيب لكل عبارة (عباس عوض ورشا دمنهورى، 1993: 45 – 46).

1- مقياس جثمان Cuttmn (1947م):

حاول جثمان إنشاء مقياس تجمعي متدرج يحقق به شرطًا هامًا وهو أنه إذا وافق فرد على عبارة معينة، فلابد أن يعي هذا أنه قد وافق على العبارات التي أدنى منها ولم يوافق على كل العبارات التي تعلوها، وبذلك تكون درجة الفرد هي التي تفصل كل العبارات السفلى التي وافق عليها والعبارات التي لم يوافق عليها، ويجب أن نلاحظ أن هذا المقياس يصلح فقط للاتجاهات التي يمكن فيها وضع عبارات متدرجة.

وكذلك نود أن نشير إلى أن تلك الأنواع من المقاييس تستخدم عندما يستطيع المفحوص أن يعبر عن اتجاهه ولكن هناك حالات خاصة يتعذر على المفحوص نفسه أن يعبر لفظيًا عن اتجاهه الحقيقي ذلك الاتجاه قد يكون على مستوى اللاشعور أو اللاوعي وفي هذه الحالات يستعان بوسائله ودوافعه المكتوبة، ويطلق على هذه الطرق في قياس الاتجاهات (غير المباشرة) (يوسف الأحرش ورياض سلمان، 2007: 123).

مقياس ثيرستون Thurston (1935م):

يتكون مقياس ثيرستون من عدد من العبارات يجمعها الباحث ويرى أنها تمثل أو تعارض هذا الاتجاه أو ذاك، ثم يعرضها على عدد من المحكمين، ويختارون منها وينقونها ليكون بعضها

ممثلًا لأقصى اليمين أو الموافقة، وبعضها ممثلًا لأقصى اليسار أو الرفض، والبعض يتوسط بين الاثنين، وتكون لكل عبارة درجة أو قيمة على المقياس scale value وتجمع الدرجة الموجبة والسالبة لتعطى الدرجة الكلية للاتجاه عند الشخص (عبد المنعم الحفنى، 2003: 156).

ترى الباحثة بأنها ستستخدم طريقة (ليكرت) في دراستها الحالية لأنها في الواقع من أكثر الطرق استخدامًا، كما أنها تحتوى على وسائل تمكن الباحثة من قياس درجة الموافقة بالنسبة لكل وحدة من الوحدات التي يتضمنها المقياس، وهذا في الواقع يعتبر من المميزات التي تكشف عنها هذه الطريقة في قياس الاتجاهات.

نظريات الاتجاهات:

باعتبار الاتجاهات تمثل مركبا من المفاهيم والمعلومات، والمشاعر، والأحاسيس التي تولد لدى الفرد استعدادًا معينًا للاستجابة فإن تفسير هذه الاتجاهات تستند إلى مجموعة من الافتراضات بقصد فهم الظاهرة وتقديم تفسير لها، وقد تعددت نظريات الاتجاهات وسوف تشير الباحثة إلى أهمها:-

1- النظريات السلوكية (1912م):

أظهرت بعض الدراسات حول الاتجاهات أن تعرض الفرد لمثير معين بصورة متكررة سوف يدفعه عادة إلى الاستجابة بصورة أكثر إيجابية إزاء ذلك المثير (عبد العزيز الشخص، 2001: 118)، خاصة اذا تم تعزيزها، فالاتجاهات التي يتم تعزيزها يزيد احتمال حدوثها، أكثر من الاتجاهات التي لا يتم تعزيزها، وهذا يتطابق تمامًا مع المبادئ السلوكية لتعلم السلوك، أي ما أثبتته تجارب سكنر (skinner) وغيره أن السلوك يكتسب بفعل التعزيز بينما يقلل العقاب (تقديم منبه مؤلم إثر ظهور السلوك كالحرمان والجزاء) من احتمال ظهور السلوك مرة ثانية (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993: 47).

إن اتجاهات الفرد حصيلة عدد من المتغيرات قد يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر، وهذا التأثير يعدل علاقة الاتجاه بالسلوك، ومن هذه المتغيرات:

- اتجاهات الفرد الأخرى.

- حاجات الأفراد ودوافعهم، ففي حالة الجوع الشديد نتجاوز عدم تفضيلنا لنوع طعام معين.
- قدرة الفرد على المراقبة الذاتية وضبط ملائمة السلوك للاتجاه .
- الخبرة السابقة بموضوع الاتجاه (محمود السيد وآخرون، 2004: 52).

2- النظريات الاستعرافية (1950م):

يقوم الفرد بإعادة تنظيم معلوماته حول موضوع الاتجاه وإعادة تنظيم البنى الاستعرافية المرتبطة به، في ضوء المعلومات والبيانات المستجدة حول موضوع الاتجاه، وتسير هذه العملية ضمن المراحل التالية:

1- تحديد الاتجاهات المراد تكوينها أو تعديلها.
2- تزويد الأفراد بالتغذية الراجعة حول الاتجاه المستهدف.
3- إبراز التناقض بين محاسن الاتجاه المرغوب فيه ومساوئ الاتجاه غير المرغوب فيه، من خلال الأسئلة والمناقشة.
4- تعزيز الاتجاه المرغوب فيه .

3- النظريات الاجتماعية (1960م):

فسر ألبرت باندورا (Allbert Bandura) عملية تكوين الاتجاهات وفقًا لعملية التعلم بالملاحظة، فعندما نلاحظ شخصا بطريقة معينة، ويلقى إثابة عن سلوكه، فمن المحتمل أن نقوم بتكرار هذا السلوك، أما إذا أتبع سلوك ما بعقاب، فالاحتمال الأكبر أن لا نقوم بتكراره أو تقليده، ويركز هذا على دور الأسرة وجماعات اللعب ووسائل الإعلام في تكوين الاتجاهات، من خلال ما تقدمه من مواقف اجتماعية وما ترويه من قصص وحكايات، ويعتبر تعليم الاتجاهات عن طريق القدوة والمحاكاة والتقليد من أهم الإستراتيجيات المستخدمة في تكوين وتغيير وتعديل الاتجاهات (سميح أبو مغلي وعبد الحافظ سلامة، 2002: 74).

4- نظرية التطابق المعرفي (أوزجود، وتاتيوم Usgood & Tatium 1955 م):

نشأ اهتمام هذين العالمين صاحبي هذه النظرية بالاتجاهات أثناء قيامهما بعمل مقياس المعاني، ففي الخطوة الأولى لهذا المقياس كان يطلب من المفحوصين تقدير مفهوم ما، مثل (السيدة) على مقياس تقدير يتكون من سبع درجات وهذا المقياس معروف باسم (اختبار تمييز

المعاني) ويتكون من صفات متضادة مثل جميل – قبيح – طويل – قصير، حيث يفصل بين كل صفتين متضادتين بسبع نقاط . هذه التقديرات تجمع من المفحوصين لإيجاد معاملات الارتباط بين موازين المقياس المختلفة، وقد وجد أن أهم عامل في هذا المقياس يرتبط بموازين مثل (جيد – ردئ – جميل – قبيح) واعتبر أن هذا العامل تقويمي بعداً من أبعاد الاتجاهات لأنه يتم فيه الحكم على الأشياء بأنها مقبولة أو غير مقبولة، وأهم العناصر التي استخدمت لتحليل الاتجاه هما المصدر ثم المفهوم (موضوع الرسالة) ثم التأكيد على المعنى الذي يعطيه المصدر لموضوع الرسالة فيحدث التطابق عندما يتم تقييم المصدر والموضوع ذي العلاقة بشكل ايجابي تمامًا، ويحدث عدم التطابق أن تم تقييم المصدر، والموضوع ذي العلاقة بشكل مخالف تمامًا، وهذه النظرية تشير إلى أن الفرد يتجنب المواضيع التي لا تحظى بتقدير الآخرين وتقبلهم لها حتى يضمن تغيير اتجاههم نحوه (نجوى أبوراس، 2007: 15 – 16).

5- نظرية التنافر المعرفي فستنجر festinger (1957م):

وتشير هذه النظرية إلى أن المعارف الذهنية إما أن تتجاذب أو يتنافر بعضها مع بعض، ففي حالة وجود علاقة بين معلومات وأخرى يحدث التجاذب وتسود حالة من الانسجام، أما في حالة عدم وجود صلة بين معلومات وأخرى فيحدث التنافر، ويعني ذلك أن العوامل الذهنية كالمعلومات المتعارضة والتي لا يتماشى بعضها سوف تدفع الشخص إلى محاولة إزالة التعارض إما عن طريق تغيير موقفه الأصلي أو العمل على تحاشي سماع معلومات جديدة عن الموضوع، أو عن طريق الفصل بين الموضوعات، كما يرى فيستنجر صاحب فكرة هذه النظرية أن البنى النفسية ترتكز على وجود منظومة من المعارف الذهنية، وأنه من أجل المحافظة على تلك البنى فإن الفرد يعمل على تحاشي المعلومات التي تتعارض معها، بينما يميل في نفس الوقت إلى تقبل المعلومات التي تتوافق معها ويحدث التنافر عندما يكون هناك تعارض بين مجموعتين من المعارف (رمضان القذافي، 1991: 44).

6- نظرية التوازن المعرفي فريد هيدر fred Hider (1958م):

يرى (هيدر) أن الاتجاهات نحو الأشياء لها جاذبية إيجابية أو سلبية وقد تتطابق هذه الاتجاهات أو لا تتطابق مع المعرفة المكونة لدى الفرد، وبذلك يكون هناك توازن في نسق

الاتجاه، ويرى (هيدر) أن هناك حركة نحو التوازن الذي يتضمن التجانس بين كل العناصر الداخلة في الموقف بحيث لا يكون هناك ضغط نحو تغيير الاتجاهات التي تتعارض مع بعضها بعض والتي لا تتشابه، وعزلها عن بعض ."وحالة الاتزان تعني الثبات وأن عدم الاتزان يعني بعض الاضطراب وعدم الثبات" (نجوى أبوراس، 2007: 15- 17).

كما اهتم (هيدر) بثلاثة أنماط من العناصر، الشخص الذي تحدث له عمليات إتزان الخبرات أو الاتزان الظاهر يأتي، والآخرون الذين يدركهم، والأحداث أو الأفكار أو الأشياء التي يدركها. ويرمز هيدر للشخص بالرمز (ش)، والآخر يرمز له بالرمز (أ)، أما الأشياء أو الموضوعات أو الأفكار فيرمز لها بالرمز (س) (أنسكو وج سكوبلر، 1993: 9 – 10).

وتلخص الباحثة بأن النظرية السلوكية ترى بأن الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية لديهم سلوك سلبي لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم والاستمتاع بعلاقاتهم وهذا السلوك هو سلوك متعلم أما النظرية الإستعرافية فترى إن اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي يعتمد على اكتساب الفرد معلومات جديدة لا تتسق مع المعلومات المحزنة لديه في السابق فإنه يقوم بتنظيمها وتغيير اتجاهاته نحو المرض النفسي أما النظرية الاجتماعية ترى بأن تكوين اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي يخضع لشروط التعلم الاجتماعي من خلال عملية التقليد والمحاكاة إضافة إلى النموذج الاجتماعي مثل الوالدين والأقران ووسائل الإعلام كلها تعمل في تعليم الكثير من الاتجاهات ولذلك ترى هذه النظرية بأن سبب المرض النفسي لا يقع في الشخص نفسه وإنما يقع في أنماط العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وأساليب الاتصال بينه وبينهم والعلاقات غير المتوازنة فسلوك الشخص المريض هو بسبب مشكلات أسرية.

الاتجاهات وسلوك تنظيم الأسرة:

إن وجود مريض نفسي في الأسرة قد ينتج عنه انفعالات مختلفة، فيحدث ضغطا نفسيا ومعنويا على الأسرة كلها وعلى العلاقات بها، مما يؤثر على كل العلاقات داخل الأسرة، وقد يستنزف المريض موارد الأسرة المادية، وطاقتها النفسية والمعنوية، مما يحرم الباقين مما يحتاجونه من اهتمام ورعاية، واحتياجات مادية، وقد يؤدي وجود هذا المريض في الأسرة إلى حالة من التوتر والقلق والترقب، الذي يشكل حملا وضغطا نفسيا على جميع أفراد الأسرة،وقد

يؤدي وجود مريض نفسي يعاني من مرضه بشكل شديد، لا يعالج أو لا يستجيب للعلاج إلى انعزال الأسرة وأفرادها عن المجتمع، فالأسرة قد تتحرج من دعوة الأقارب والأصدقاء أو الاستجابة لدعواتهم في المناسبات العائلية والاجتماعية خوفا من حدوث مواقف قد تسبب حرجا للأسرة أو أحد أفرادها (حسين الطراونة وآخرون، 2001: 402).

ويُضيف (عبد السلام الشيخ) بأنه تعتبر الأسرة أهم الأنساق الاجتماعية – تتميز بخاصية التلقائية وما وراء ذلك من حاجات بيولوجية – ثم بخاصية التنظيم الاجتماعي وما وراء ذلك من نتاجات اجتماعية تشبع عن طريق قوانين وأعراف اجتماعية تحدد أدوار كل أعضاء الأسرة كما تحدد دور الأسرة داخل المجتمع.

وقد مرت الأسرة البشرية خلال تاريخها بمراحل تطور أساسية من حيث الحجم والقيادة والوظائف وطبيعة العلاقات داخليا – ومع التطورات صارت وظيفة الأسرة المعاصرة الإنجاب والتنشئة أو التعليم الاجتماعي – كما أصبحت وحدة استهلاكية تعتمد على الآخرين وصار العمل خارج المنزل ظاهرة عامة من أجل إشباع حاجات أعضاء الأسرة – ولقد كان العمل خارج الأسرة قاصرًا على الرجال في البداية إلا أنه استقطب المرأة في الوقت الحاضر.

وقد اهتمت كل دول العالم بدراسة تنظيم الأسرة – ومن أهم الدراسات الأخيرة التي أجريت بأمريكا دراسات نمو الأسرة الأمريكية تحت إشراف ويلبتون وكامبل Wayulbitun Kamibil سنة (1979م) بعد دراسة أخرى لها سنة (1966م) والمتغيرات الأساسية في هذه الدراسات هي:

- حجم الأسرة وقت الاستبار ومعدل الخصوبة.
- الحجم المرغوب أو الأمثل.
- فترات الميلاد.
- استخدام موانع الحمل.
- القدرة على الإخصاب.

وفي سنة (1961– 1963م) أجرى ويستوف Wayastawf وآخرون دراسة عن العلاقة بين حجم الأسرة المرغوب والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وبعض متغيرات الشخصية والتوافق

الزواجي، كانت العلاقة بين حجم الأسرة وهذه المتغيرات غير دالة (من متغيرات الشخصية المستخدمة – الميل للسيطرة – تقبل الغموض – الخصائص الحوازية والقهرية – والقلق)، والنتيجة العامة هي أن هناك فروقا جوهرية في تنظيم الأسرة ومعدل الخصوبة بين قطاعات متنوعة ديموجرافيا، وهذه الفروق ترتبط غالباً بالزمن والثقافة العامة (عبد السلام الشيخ، 1992: 196-198).

كما أن الأسرة تعتبر أهم جماعة أولية يتفاعل معها الفرد ويظهر لنا مدى تأثير الأسرة في تربية الأبناء فهي التي تشبع حاجاتهم الجسدية والنفسية والأمنية، وتجيب عن أسئلتهم، وتزودهم بالمعلومات عما حولهم، فالأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى والمهمة في التطبيع الاجتماعي للفرد، وأثرها يتسم بالثبات والديمومة . حيث يكون لها دور أساسي وحاسم في تكوين اتجاهاته نحو مختلف الأمور (حلمى ساري ومحمد حسن، 2006: 152).

ويُضيف (أبو جادو) بأن تأثير الوالدين من أهم العوامل التي تسهم في تكوين الاتجاهات لدى الأطفال الصغار، فالطفل يتأثر في بداية حياته بالاتجاهات التي تكون لدى والديه وغيرهما من أفراد الأسرة نحو موضوعات معينة أو أشخاص معينين أو أعمال معينة (صالح أبو جادو، 2007: 196).

وتلخص الباحثة بأن الأسرة والمجتمع هما المصدران الأساسيان لنمو الاتجاهات حيث أن الفرد لا يكتسب هذه الاتجاهات تلقائيا بل تبعا لأهميتها ومعناها بالنسبة له كما يتعلم الفرد العديد من الاتجاهات المشابهة لاتجاهات والديه وتوفر الأسرة للفرد المناخ الذي يساعده على عملية نقل ثقافة الأسرة الاجتماعية والنفسية لأفرادها كما أنه اتجاهات الأسرة تنعكس على جميع أفرادها الذين يتعاملون مع المريض النفسي مما يؤثر على تطور حالة المريض النفسي نحو الأفضل أو نحو الأسوأ تبعًا لطبيعة تلك الاتجاهات في ثقافة ذلك المجتمع الذي ينشأ فيه الفرد.

الاتجاه نحو المرض النفسي:

كثيرًا ما نواجه في حياتنا اليومية اتجاهات ذاتية شائعة قد يكون لها تأثير واضحًا نفعًا أو ضررًا على مجريات الحياة العامة ومن الملاحظ لدى معظم الناس اتجاهات وأفكار محددة إزاء ما يعرض لهم من مشكلات وأمراض نفسية، كما أن إجاباتهم قاطعة إزاء ما يعرض عليهم من

أسئلة في هذا المجال وإننا لو تعمقنا في تحليل تفكير هؤلاء الأشخاص نحو أسلوب تعاملهم مع هذه الموضوعات وردودهم لتلك الأسئلة لاتضح لنا ما يقدمونه من حلول وإجابات قد صدرت عن اتجاهات تبلورت في أذهان هؤلاء الأشخاص على نحو لا يستطيعون معه ردها إلى جذورها ومصادرها ولا يمكنهم التعرف على مراحل تطورها، وإن هذه الاتجاهات لا تعبر فقط عن رأي الفرد ومفهومه الذاتي والخاص، وإنما هي وثيقة الصلة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد فالاتجاهات تعكس أيضا فلسفة وأهداف المجتمع وقيمه ومعقداته، والاتجاهات بذلك رافد قوي لأيديولوجية المجتمع، ولكل مجتمع منظور معين خاص به تشتق منه أهدافه وأفكاره وفلسفاته لتكون في النهاية حضارة أو ثقافة معينة ذات خصوصية ثابتة نسبيًا، ومن هنا كان لكل مجتمع اتجاهاته الخاصة المحكومة بأيديولوجيا نابعة من تاريخ طويل وحاضر عريض ومستقبل ممتد عبر الأفاق (Moghaddam ، 1998 : 124 -127).

ويرى (أحمد راجح) أن هذه التأثير يتمثل في اضطراب وتفكك العلاقات الإنسانية ونقص في كفاءة الفرد الإنتاجية، ولا شك في أن المرض النفسي يقعد صاحبه عن العمل والإنتاج المتميز ويبدد طاقته ويهدرها (عبد الرحمن العيسوي، 2004: 234).

وتمثل الاتجاهات الثقافية – بما تشمله من نظم دينية وسياسية وخلقية واقتصادية – عوامل هامة في المرض النفسي، فالثقافة المريضة التي تسود فيها عوامل الهدم تولد الإحباط والتعقيد الثقافي وعدم التوافق بين الفرد والثقافة التي يعيش فيها (شفيق رضوان، 1996: 266).

وإن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات تضم كافة المنجزات الفكرية والمادية، ففي الجانب الفكري 'تزود الثقافة الأفراد بأساليب التعامل فيما بينهم والوسائل التي تمكنهم من حل مشكلاتهم وتلبية حاجاتهم المتعددة، أما الجانب المادي للثقافة فيتم التعبير عنه من خلال الأدوات التي يستعملها الإنسان في المسكن و طريق العيش ووسائل النقل (فهمى الغزاوي وآخرون، 2000: 176).

وتدور الاتجاهات نحو المرض النفسي حول ثلاثة أبعاد هي: الإحساس بخطورة المرض النفسي والابتعاد عن المرضى نفسيا وتحاشي مرافقتهم، والتسامح حيال هؤلاء المرضى مقابل تجنب التفاعل معهم (عبد اللطيف خليفة وعبد المنعم محمود، 1998: 255- 258).

ومن العوامل التي تؤثر في الاتجاه نحو المرض النفسي المفهوم الشعبي المغلوط حول الأمراض النفسية، والذي قد يؤدي إلى ردود أفعال سلبية اتجاه المريض النفسي والمرض النفسي، على شكل استهجان، ووصمة، ونبذ المريض، ما يحد من حصوله على المساندة الاجتماعية المطلوبة، ويتركه وحيدا مع معاناته دون سند اجتماعي معين يحقق له التوازن النفسي مما قد يوصله إلى مراحل متقدمة في المرض النفسي، كأن من الممكن تلافيها فيما لو بادر إلى العلاج في بداية مرضه (فاطمة عياد ولطفي الشربيني، 1995: 71).

وتفاوتت الاتجاهات السلبية نحو المرضى نفسيا تفاوتا ساير وجهات النظر السائدة عبر تعاقب الأزمان، فأولئك المرضى كان ينظر إليهم كأناس مغضوب عليهم من الآلهة، فكثيرًا ما كانوا يقتلون تخلصًا منهم ومن الشياطين التي سببت حالتهم، ومع التقدم وزيادة الوعي بأسباب الأمراض لا تزال بعض من هذه الأفكار عالقة بصورة المريض النفسي (عبد الرحمن العيسوي، 1992: 52).

وغالبًا ما تؤدي ردود الفعل المجتمعية السلبية تجاه المرض النفسي إلى ضياع فرص تعليم وعمل وسكن للمريض نفسيا، ولابد لنا أن نعلم أن معظم المرضى نفسيًا يتميزون بحساسية مفرطة تجاه نظرة الآخرين لهم، وهذا جزء من مشكلتهم النفسية، فكأننا حين نؤذي مشاعرهم المرهفة بالإشارة أو حتى التلميح كمن يلهب بالسوط ظهر جواد متعب ومنهك أصلًا (لطفي الشربيني، 2003: 17) .

وتلخص الباحثة بأنه لدى كل فرد اتجاهات ومعتقدات حول المرض النفسي وهذه الاتجاهات لا تعبر عن رأى الفرد ومفهومه الخاص والذاتي فقط، وإنما هي نتاج ثقافة الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه متأثرة بقيمه ومعتقداته، وعاداته فإذا كانت هناك اتجاهات خاطئة شائعة عن المرض النفسي بين الناس، فإنه يترتب عليها سلوكيات خاطئة من قبل الأفراد الذين يتبنون هذه الاتجاهات نحو المرض النفسي .

عوامل الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي :

للاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي عدة عوامل نذكرها كالآتي:

أ- **عوامل تعود إلى طبيعة المرض النفسي :**

تختلف أعراض الأمراض النفسية ويتسم بعضها بالغرابة مثل الهذاءات وفقد الاستبصار، فقد يطلب المريض النجدة لأسباب يتخيلها، أو قد لا يستطيع التحكم بسلوكه، أو قد يقوم بسلوكيات غير مناسبة أمام العامة، أو يهدد أمن وسلامة الآخرين بالفعل (Cordner ،2006: 2).

1- الإعلام:

يتجاوز استخدام المريض النفسي كمادة للكوميديا والضحك الحد المعقول، كما يسبب ضرراً بالغا بمشاعره وبالصورة المحفوظة في أذهان المشاهدين (لطفي الشربيني، 2003: 22).

ومن المعروف مدى مسئولية الإعلام عن الفكرة الشائعة عن أي موضوع، ولذلك من الممكن استخدام التلفاز والأفلام مثلا لتطوير اتجاهات إيجابية لدى الجمهور حول المرض النفسي، فالفيلم الحائز على جائزة الأوسكار "العقل الجميل " يصور الحياة الإيجابية للحاصل على جائزة نوبل المصاب بمرض الفصام خاصة في إبراز قوته في مواجهته لمرضه وكيف تعايش هو وزوجته مع المرض فأظهر الفيلم علامة عظيمة عملت على تبديد وصمة المرض النفسي (علاء الدين أبو جربوع، 2005: 58).

2- إنتشار مفاهيم خاطئة :

تنتشر مفاهيم خاطئة كثيرة عن المرض النفسي منها ما يتعلق بالآتي:

ب- طلب المساعدة والإرشاد:

يقف الفهم الخاطئ لزيارة المرشدين النفسيين أو الأخصائيين النفسيين كحاجز في وجه طلب المساعدة، فالسائد أن هؤلاء يعملون فقط مع المرضى والمضطربين أو المجانين، وعند سماع وجهة النظر هذه ضمن وسط ما (أسرة أو مؤسسة أو مدرسة) تقل فرصة الإحالة في الوقت المناسب، وقد يتردد الشخص في اللجوء للمساعدة في الوقت المناسب، فيظهر قلق المريض إذ يخشى أن يراء أحد معارفه أو أقاربه أو جيرانه، ويزيد الأمر تعقيدا إذا كانت المريضة أنثى فمعنى ذلك أن وصمة المرض النفسي سوف تهدد مستقبلها الأسري (لطفي الشربيني، 2003: 20).

تلخص الباحثة بأنه في كثير من البلدان النامية وبما فيها المجتمع الليبي له نظرته في تفسير الأمراض النفسية وهي بأنها مصدر للخوف من الوصمة وهذا الاعتقاد يؤدي إلى رفض

المرضى النفسانيين وعلى الرغم من التقدم العلمي الذي طرأ على الطب النفسي إلا أننا لازلنا نعاني من الوصمة التي تلاحق المرضى النفسانيين وعدم تقبل الناس لهم والابتعاد والنفور عنهم والضحك عليهم، ووصفهم بالمجانين، وكم من مريض تخلى عنه أصدقاؤه وبعض أفراد أسرته كل هذه الأمور كانت سبباً في أهمية دراسة اتجاهات بعض أسر المجتمع الليبي نحو المرض النفسي.

ج- الإصابة بالمرض النفسي (وصمة المرض النفسي):

تسبب وصمة المرض النفسي في الأسرة مشاعر ذنب وخجل، وقد تمنع أعضاء الأسرة من القبول بأن قريبهم عنده مرض نفسي، وهنا تبدأ الحلقة المفرغة من جديد، عدم قبول المرض النفسي سيمنع بناء الدعم ضمن الأسرة ويستطيع خلق جو مشحون في العلاقات الأسرية، ونتيجة لذلك فإن العلاقات الأسرية الداخلية ستضعف، وربما تتعطل في الوقت الذي يجب أن تكون فيها علاقاتهم أقوى من أي وقت مضى، وقد يؤخر عدم تقبل المريض النفسي في العائلة التدخل العلاجي في الوقت المناسب، وعلى صعيد أخر تؤدى الوصمة إلى الاستبعاد الاجتماعي أو التمييز، وبالتالي عدم المساواة في الحصول على الموارد :كالعمل والتعليم والعمل ضمن جماعة داعمة والحصول على الرعاية الصحية والنفسية، وهذا التفاوت في الحصول على الفرص التعليمية والخدمية يكون له عواقب سلبية على المدى الطويل (kobau et al.،2012 :3).

وبناء على ما سبق تلخص الباحثة بأن هذه الوصمة تسبب في مشاعر الخوف والخجل من قبل الاسرة وتمنعها من تقبل بأن أحد أفرادها يعاني من مرض نفسي وإخفائه عن أنظار الناس وبالتالي عدم تقديم المساعدة له من قبل أفراد أسرته، مما يوصل المريض إلى مراحل متقدمة في المرض كان من الممكن تفاديها لو سارعوا إلى العلاج في بداية مرضه.

عوامل تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي:

هناك عدة عوامل تساعد على تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي ندكر منها الآتي:

1- التوعية:

يتم بذل جهود كثيرة في حملات التوعية حول الصحة النفسية والترويج للعلاج النفسي، وعلى الرغم من أن المرضى نفسيا يمثلون نسبة صغيرة من السكان، إلا أن نسبة مماثلة أو أكبر من الناس قد تكون في خطر عدم طلب العلاج، فقد ثم استهداف عامة الناس لتحسين معرفتهم (53 :Kobau et al.،2012).

2- التنشئة الاجتماعية والإعلام:

يؤكد علماء النفس أن معتقدات الفرد أو التزامه برأي معين أمام الآخرين يحكم سلوكه واتجاهاته، ويجعل الفرد أكثر مقاومة لتغيير اتجاهاته، لذلك تلعب التنشئة الاجتماعية دورًا هامًا لتجنيب الفرد الاتجاهات التي تعيق تكيفه وحياته في المستقبل، فبناء الاتجاه الإيجابي نحو المرضى نفسيا مسئولية الأسرة وكل المؤسسات التي ينخرط بها الفرد كالنادي والمدرسة والجامعة، إضافة إلى وسائل الإعلام وما تقدمه من اتجاه نحو المرض النفسي كنماذج في الدراما والإعلام (صالح أبو جادو، 2007: 225).

3- المنظمات والجماعات:

ظهرت العديد من الجمعيات في الآونة الأخيرة التي تهدف لرعاية المرضى نفسيا وتحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وتقوم بعض المنظمات الدولية بتوفير الدعم المناسب لهذه البرامج كمنظمة الصحة العالمية WHO، حيث قام المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية في حزيران (2001م) باعتماد موضوع الصحة النفسية كموضوع نقاش في اجتماع الصحة العالمي الرابع والخمسين الذي شارك فيه أكثر من (30) وزيرا للصحة من دول مختلفة من حيث المستوى الاقتصادي، وهكذا تم مناقشة مجال الصحة النفسية مع التركيز على أربعة محاور هي : خدمات الصحة النفسية وعوائق تنفيذها- العوامل الاقتصادية والاجتماعية للصحة النفسية – الوصمة وإنتهاكات حقوق الانسان – الفوارق بين الجنسين في مجال الصحة النفسية (Brundtland ، 2001: 11).

وفي العالم العربي نذكر الجمعية التونسية للصحة النفسية في تونس، والجمعية المغربية لمستعملي الطب النفسي التي تأسست في المغرب عام (2012م)، ومن أهداف هذه الجمعية المناداة باحترام حقوق المرضى في الاستمرار في عملهم، لسيما الذين يوجدون في حالة مستقرة، وتمكينهم من أعمال تتناسب مع حالتهم الصحية (عزيزة أبوغلام، 2012: 1).

ترى الباحثة بأن التنشئة الاجتماعية في الأسرة تؤثر في عملية العلاج فإذا كان اتجاه الوالدين سلبيا نحو المرض النفسي فإن الأبناء سوف يتبنون هذه الاتجاهات وبذلك تصبح عملية العلاج مشكك بها، أما إذا كانت اتجاهات الوالدين إيجابية نحو المرض النفسي فإن الأبناء سوف يتبنون اتجاهات والديهم وتتكون لديهم اتجاهات إيجابية وبذلك يبادرون بالعلاج فور ظهور الأعراض على الفرد مما يؤدى إلى تحسن حالته وشفائه.

و بناء على ما سبق ذكره ترى الباحثة أيضًا بأنه المجتمع الليبي يقدم الرعاية النفسية لأفراده من خلال عدة مؤسسات وقطاعات منها:

1- **القطاع الحكومي:** يقدم خدمات الرعاية الصحية من خلال الرعاية النفسية الثانوية: مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية بطرابلس .

أ. بلغ عدد دخول حالات المرضى الإيواء بمستشفى الرازي لسنة (2020م) إلى (1447) مريض بينما بلغ عدد المتعافين إلى (276) أي بمتوسط (120) مريض عن كل شهر .

ب. بينما بلغ عدد المترددين على العيادات الخارجية في سنة (2020م) إلى (15.919) مريض.

ج. كما بلغ عدد دخول حالات المرضى الإيواء بالمستشفى لسنة (2021م) من شهر يناير إلى 8/أكتوبر (326) مريض بينما بلغ عدد المتعافين إلى (296).

د. بينما بلغ عدد المترددين على العيادات الخارجية في سنة (2021 م) من شهر يناير إلى 8/أكتوبر إلى (10.563) مريض.

2- **وزارة التربية والتعليم:** تقدم الإرشاد النفسي من خلال الأخصائيين النفسيين الموجودين في المدارس حيث يقوم الأخصائي في المدرسة بالإرشاد الفردي والجماعي والمهني .

3- **القطاع غير الحكومي:** ويضم عدة مؤسسات مثل تقديم خدمات في العلاج النفسي على عدة مستويات منها الوقاية والتوعية، العلاج، والتأهيل.

ثانياً- المرض النفسي

المقدمة:

المرض النفسي قديم قدم الإنسان وتجد له ذكرا في تاريخ كل الحضارات، وقد تفوقت الحضارة العربية أيام الدولة العباسية في مجال الطب النفسي، حيث ثم بناء المستشفيات المتخصصة في علاج المرض النفسي، وبنيت أجنحة في المستشفيات العامة للمرضى النفسيين حيث كان يتم العلاج في حدود المعرفة وقتئذ، وحتى زمن قريب لم يكن يعرف شيء يذكر عن آليات الأمراض النفسية في الدماغ، ولكن الأبحاث الحديثة في العلوم العصبية والنفسية أتاحت لنا بصيصا من المعرفة تمكن العلماء بفضلها من إيجاد أدوية وأساليب فعالة لعلاج هذه الأمراض (نظام أبو حجلة، 1999: 9).

كما تشير الدراسات التي أجريت في مجتمعات مختلفة في بلدان العالم في الشرق والغرب إلى وجود الأمراض النفسية بنسب متفاوتة في كل مكان ولا يكاد يخلو من أنواعها المتعددة آي مجتمع من المجتمعات، وقد أكدت ذلك دراسات متعددة للأمراض النفسية في دول الغرب المتقدمة، وبعض المجتمعات البدائية، والدول التي يطلق عليها العالم الثالث، وتدل دراسات أخرى على تشابه أعراض الأمراض النفسية التي تصيب الإنسان في المجتمعات المختلفة، من حيث مظاهرها الرئيسية، وإن لوحظ اختلاف في بعض التفاصيل خصوصا المعتقدات التي ترتبط بالمرض النفسي، ومفاهيم الناس وتفسيرهم لأسبابها، والأعراض، والطرق التي يلجأ إليها الإنسان للعلاج حيث يختلف ذلك تبعا للخلفية الثقافية والاجتماعية، وتذكر تقارير منظمة الصحة العالمية أن الأمراض النفسية تختلف عن غيرها من المشكلات الصحية الأخرى، في أنها تتسبب في الإعاقة، وتمنع المصابين بها من أداء وظائفهم في المجتمع بصورة تفوق غيرها من الأمراض الأخرى، كما أن التقدم الطبي الذي أدى إلى تحسن غير مسبوق في الحالة الصحية للإنسان في بلدان العالم في السنوات الأخيرة، والذي تمثل في التخلص من كثير من الأمراض المعدية التي ظلت لوقت طويل تحصد الكثير من الأرواح لم يواكبه تطور مماثل في الصحة النفسية حيث أصبحت الأمراض النفسية تشكل تهديدا خطيرا وتحديا للإنسانية في العصر الحالي (لطفي الشربيني، 2001: 33).

وكما تغير بالفعل (النموذج الطبي التقليدي) في دراسة المرضى النفسيين إلى نموذج آخر هو (نموذج الصحة العامة في الطب النفسي) حيث أصبح الاهتمام من جانب المتخصصين بزملة الأعراض السيكياترية (وقت التشخيص) والنظر إلى المريض النفسي لا على أنه منفصل عن الآخرين ولكنه يعيش في مناخ معين يجب الاهتمام به ودراسة الاتجاهات كأحد جوانبه الرئيسية (عبد اللطيف خليفة،20:1992).

وفي هذا الفصل ستقدم الباحثة فكرة عن مفهوم المرض النفسي ومدى انتشاره وتطوره عبر العصور والاتجاهات المفسرة لأسباب الإصابة به، وأعراضه ومعايير المرض النفسي، وأنواعه والنظريات التي تفسر نشوء المرض النفسي والعلاج النفسي وأنواعه، والأسرة والأمراض النفسية هذا المرض الذي يتعرض له البعض فتنغص عليهم عيشتهم، وتحرمهم من الراحة والطمأنينة وتصرفهم عما هو مألوف، وتخرجهم عن أطوارهم التي خلقهم الله عليها مما يؤثر على صحتهم النفسية ويدفعهم إلى أداء سلوكيات غير عادية.

مفهوم المرض النفسي:

جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي الصادر في عام (1952م) أن الأمراض النفسية هي "عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ" (سلامة عبد العال و نهى مغازى،1998: 182).

كما عرف زهران (1978م) المرض النفسي بأنه "اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه" (أحمد الزعبي، 2013: 11).

ويشير المذهب الديني للمرض النفسي بأنه "استجابات غير سوية لضمير مريض، بسبب ما تعرض له من إهمال، أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن أنواعا من التحدي السافر لقوة الضمير" (مصطفى فهمى، 1998: 352).

ويعرف مصطفى فهمي (1987م) المرض النفسي بأنه: "اضطراب وظيفي في الشخصية، يرجع أساسًا إلى الخبرات المؤلمة الانفعالية أو اضطراب الفرد مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل

معها بألوان من الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها في الماضي والحاضر وأثرها في المستقبل" (أشرف عبد الحميد، 2007: 103).

ويعرف المرض النفسي أو المرض العقلي بأنه: "نموذج من أعراض سلوكية أو نفسية تسبب أسى شخصي جوهري، وتفسر عدم القدرة على الأداء في مجال واحد هام أو أكثر من الحياة أو كلاهما" (حسين فايد، 2004: 27).

ويعرف الريماوي المرض النفسي بأنه: "يتميز بتغير التفكير أو المزاج أو العواطف أو السلوك وعلى أن يكون هذا التغير شديدًا وأدى إلى عدم الارتياح والمعاناة لدى الشخص أو أثر على أدائه" (محمد الريماوي، 2006: 260).

وعرفه فرويد Freud (1893م) بأنه: "كراهية النفس والآخرين والعجز عن الإنجاز والركود رغبة في الوصول إلى الموت" (عايش سمور، 2006: 55).

وعرف المرض النفسي بأنه "هو مرض عصبي وظيفي ينشأ من اختلال وظائف الجهاز العصبي دون أساس عضوي، أي دون وجود إصابة واضحة معينة بالنسيج العصبي" (حلمي المليجي، 2000: 69).

وعرف المرض النفسي بأنه: "اضطراب ذو منشأ نفسي، وذلك يعني استبعاد العوامل المعنوية أو التكوينية، وبالتالي استبعاد العوامل الوراثية" (عبد السلام عبد الغفار، 2001: 175).

وتعرف سهير أحمد (1999م) المرض النفسي بأنه "مجموعة من الاضطرابات الوظيفية التي لم يكشف لها عن سبب عضوي وتصيب الشخص وتبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية وتعتبر المظاهر الخارجية لحالات من التوتر والصراع اللاشعوري وتؤدي إلى اختلال جزئي يصيب أحد جوانب الشخصية" (سهير أحمد، 1999 : 69).

ويعرف المرض النفسي بأنه: "اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض جسمية ونفسية شتى منها: القلق والوساوس، والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة" (مجدي عبدالله، 2006: 135).

ويعرف المرض النفسي بأنه "نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالات إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة وأن الاستدلال عليه يتم من خلال الملاحظة أو القياس حيث يلاحظ وجود قصور أو عجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطراب ليس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع " (أحمد زيادة، 2014: 13).

التعريف الاجرائي للباحثة بأنه "هو مصطلح يطلق على مجموعة من الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية التي تؤثر على طريقة تفكير ومزاج وتصرفات الشخص وتؤثر على تكيفه مع محيطه الاجتماعي" .

ومن خلال التعاريف السابقة الذكر تلاحظ الباحثة الآتي:

1- اتفق مصطفى فهمي وسهير أحمد بأن المرض النفسي سمة تصف بعض السلوكيات مثل تخالف العرف والبيئة الاجتماعية.
2- اتفق حامد زهران وحلمي المليجي بأن المرض النفسي يشير إلى خلل في الأداء الوظيفي للبناء النفسي.
3- أشار فرويد بأن المرض النفسي نتاجًا لصراعات نفسية داخلية.
4- أشار مصطفى فهمى بأن المرض النفسي ينشأ نتيجة للمواقف التي يمر بها الفرد فهذه المواقف هي التي تكسبه السلوك المرضي .
5- اتفق حلمي المليجي وسهير أحمد بأن المرض النفسي ناتج لخلل وظيفي داخلي (وراثي أو كيميائي حيوي).
6- أشار مجدى عبد الله في تعريفه للمرض النفسي إلى الأعراض النفسية التي لها علاقة بالقلق والوسواس القهري والأفكار الشاذة وبعض الحركات الحسيه الغير مألوفة.

تطور المرض النفسي عبر العصور:

إن المرض النفسي قديم قدم الإنسان، وعليه فإن الإنسان، منذ فجر التاريخ بذل محاولات عديدة للعلاج مما يصيبه نفسيًا، وذلك وفقًا للمعالجات البدائية، ومما يجدر ذكره أن المصريين والبابليين والأشوريين في حضاراتهم التاريخية القديمة قد تمكنوا من تسجيل بعض ملاحظاتهم الطبية وممارساتهم العلاجية في أوراق البردي والفخار والحجارة، وقد احتوت بردية (كارن) Karin مثلًا على ثلاثين وصفة لأمراض مختلفة مرتبطة بتغيرات في الرحم، ومن هنا يرى البعض أن قدماء المصريين قد سبقوا بنحو عشرة قرون تعاليم بقراط عن مرض الهستيريا، علمًا بأن هذا المصطلح (الهستيريا) ظل مستعملًا في الكتب الطيبة حتى الآن، ولم يغير إلا مؤخرًا في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية، 1992) حيث حل مكانه مصطلحات أخرى (إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999: 5).

وفيما يلى تطور المرض النفسي عبر العصور:

1- المرض النفسي في العصر الحجري (10آلاف عام قبل الميلاد) :

ربما رجع علم النفس المرضي بأبسط صورة إلى العصور الحجرية التي تنفصل عن مئات الآلاف من السنين، يذكر سيلينغ Silingh (1943م) تقب رجل العصور الحجرية لجمجمة من يشكو من الصداع أو الهجمات الارتدادية، وكان يعيش المريض، كما نسب قدماء الصينيين والمصريين واليونان المرض النفسي إلى عملية امتلاك الشيطان أو مسه للمريض، ولقد كانوا يعتقدون بانتشار الأرواح الخيرة والشريرة وبمسؤوليتها عن الحوادث الطبيعية والاجتماعية والفردية، وتتوقف طبيعة الروح الماسة على الأعراض ويحترم الممسوس ويعامل بوجل إن كانت لأعراض مرضه دلالات دينية غامضة، واعتبر إمساك الروح الشريرة للفرد عقابًا من الله للفرد بسبب معصيته، وعولج المرض بالرقية أو بالتعويذة التي تهدف في جوهرها إلى جعل الممسوس مكانًا منغصًا للروح الشريرة فتهجره (ميخائيل أسعد، 1994: 25).

2- المرض النفسي في العصر الفرعوني (1500- 2000 ق. م):

يمكن تتبع بدايات محاولات التصنيف إلى العصر الفرعوني من خلال مصدرين:

الأول: أن بردية (أيبر) Aybar التي كتبت في أوائل عهد الأسرة الثامنة عشرة أي حوالي عام (1500 ق.م) ذكرت بعض التصنيفات للأمراض العضوية والنفسية والعقلية مثل مرض الصرع، خبل الشيخوخة، وصف لحالة من الاكتئاب مصحوبة بأفكار انتحارية، والنوبات الهستيرية إلا أن الشيء الأساسي أنه قد تم إرجاع الأسباب في هذه الاضطرابات إلى ما يسمى (مس الجن، أو الروح النجسة) بوصفها العامل الأساسي والمسبب لكثير من المظاهر غير الواضحة تمامًا في اضطرابات الشخصية.

الثاني: تزودنا بردية (هيرية) Hiria أخرى أي مدونة بكتابة الكهنة، يعودها تاريخ مادتها العلمية إلى عهد الأسرة الثانية عشر (أي حوالي عام 2000–1800 ق.م) وقد تضمنت العديد من الرموز ومدلولاتها والتي يمكن الاستناد إليها في تفسير الأحلام عند قدماء المصريين (محمد غانم، 2006: 105).

3– المرض النفسي في العصر الكلاسيكي (323 – 510 ق.م):

اتخذت في العصر الكلاسيكي اليوناني والروماني خطوات هامة نحو العلاج الإنساني المعقول للمضطربين عقليًا، كما ظهرت بوادر المنهج الطبي في تناول المشكلة، كما هو الشأن في كل مجالات الفكر العلمي والاجتماعي.

في اليونان يرجع المنهج الإنساني المنطقي في المرض العقلي الذي ظهر في هذه الحقبة إلى أبحاث عدة رجال منهم:

1– أبو قراط Hippocrates (460 – 377 ق.م):

كان أبو (الطب) يرى إن اضطراب المخ سبب المرض العقلي، وكان يؤكد أن العلاج يجب أن يكون جسمياً في أساسه، وكما كان يعتقد في أهمية الوراثة والتكوين الأولى في المرض العقلي.

2- أفلاطون (492 – 347 ق.م):

أظهر هذا الفيلسوف اليوناني استبصاراً عميقًا بالشخصيات الإنسانية، وكما كان يرى أن الإنسان مدفوع بواسطة (رغبات طبيعية) ويعتقد أفلاطون أن الاضطراب العقلي يرجع في منشئه إلى عامل نفسي وعامل فيزيقي وعامل إلهي.

3- أرسطو (384 – 323 ق.م) :

كان أرسطو يعتقد بالأساس الفسيولوجي للمرض العقلي وذلك كما علمه أبو قراط، وكان تأثيره على الفكر الفلسفي كبيراً (والترج كوفيل وتيموثي دكوستيللو، 1990: 33 – 34).

4- المرض النفسي في العصر الوسيط (600 -1547 ق. م):

وفي العصور الوسطى، لم يكن هناك وجود لمصحات عقلية بالمعنى الحديث، فمرضى العقول كانوا يوضعون في مأوى أو شبه الزرائب، هدفها حجر المريض عن المجتمع لحماية أفراده من جهة، ومنعه من إيذاء نفسه من جهة أخرى، وكانت الأصفاد والأغلال تكبل أطراف المريض لمنعه من التحرك والتجوال والهروب فكان في العالم المسيحي أول مأوى أنشئ للمجانين كان في مدينة فالنسيا عام (1409ق.م)، وأخرى في نورمبورغ عام (1461ق.م) (محمد الحجار، 1998: 13).

وفي الوقت الذي كان مرضى النفس يعاملون بقسوة في أوروبا ويتعرضون للضرب والحرق والتعذيب في القرون الوسطى اعتقادًا بأن الأرواح الشريرة تلبس أجسادهم، تم بناء أول مستشفى لعلاج المرض العقلي في بغداد عام (705م)، وأدخلت المستشفيات والمصحات النفسية مع الفتح العربي للأندلس، فكانت بداية لدخول العلاج بالطرق الإنسانية المتطورة إلى أوروبا، وكان السبق لمصر قبل ما يقارب من(600) سنة بإنشاء (بيمارستان) أول مستشفى قلاوون بالقاهرة الذي ضم قسمًا لعلاج الأمراض العقلية بجانب أقسام الجراحة والطب الباطني وأمراض العيون (لطفي الشربيني، 2001: 48 – 49).

كما أنه عبر العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي والخزعبلات وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض وتعتبر

العصور الوسطى عصورًا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي، فقد عاد العلاج إلى سابق عهده في العصور القديمة، وفي تلك العصور وفي بعض البلاد كان الأغنياء يستطيعون شراء (المجانين) وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أي عمل يمكن أن يقوموا به، وكما قام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت اسم (العلاج الديني) أو (العلاج الأخلاقي) وكان العلاج يتكون من بعض الأعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويذات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان، ولم يخل الحال من ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض وفي إنجلترا بنى أول ملجأ (للمجانين) سنة (1403ق.م) (حامد زهران، 2005: 97).

5- المرض النفسي في عصر النهضة (العصر الحديث) (1745-1939م):

جاء العصر الحديث ليشهد تطورًا هائلًا في أساليب العلاج، وبدأ استخدام الأدوية الحديثة التي غيرت الكثير من أوضاع المرضى النفسانيين حيث تزايدت فرص الشفاء من المرض النفسي في العصر الحالي أكثر من أي وقت مضى، وقد شهدت بلدان العالم عمومًا ومنطقة الشرق الأوسط التي تضم الدول العربية والإسلامية تحسنًا حقيقيًا في النواحي الصحية بصفة عامة والصحة النفسية، كما تذكر تقارير منظمة الصحة العالمية وفي إقليم شرق البحر المتوسط بمنظمة الصحة العالمية، ويمتد من المغرب غربًا حتى باكستان شرقًا، تم وضع توصيات خاصة لتشريعات الصحة النفسية والقوانين التي تكفل حماية المرضى النفسيين، ومنذ ذلك الحين تمت الموافقة على قوانين للصحة النفسية في بعض البلدان، وتحاول بلدان أخرى إعادة صياغة تشريعات مناسبة بينما تعتمد دول أخرى على التشريعات القديمة، أو لا توجد بها تشريعات مستقلة خاصة بالصحة النفسية، ولا يزال الموقف القانوني بالنسبة لحقوق المرضى النفسيين على هذا الوضع لكن الحاجة تظل قائمة إلى قوانين مستمدة من الشريعة الإسلامية لمعالجة القضايا المتصلة بحقوق المرض النفسيين (لطفي الشربيني، 2001: 49).

وفي عصر النهضة حققت العلوم الطبيعية والعلوم الطبية تقدمًا سريعًا وملحوظًا، وفي هذه الأثناء وجدت آراء أبو قراط في الطب، وبشأن طبيعة الأعراض العقلية، مرة أخرى طريقها إلى الانتعاش من جديد، فكانت آراؤه تلك قد بعثت فيها الحياة من جديدة بعد ماران عليها ركام العصور المظلمة سنة (200ق.م)، وفي الثلاثينات من القرن التاسع عشر، طور الطبيب

الإنجليزي (كونللي)Conolly فكرة "لا قيود ولا احتجاز بعد اليوم"، وهو التقييد والاحتجاز الذي كان يخضع له المرضى العقليون، فوصلت أصداء عمل كونللي هذه إلى روسيا حيث تمّ تلقفها هناك بسرعة، وظيفتها على نطاق واسع طبيب الأمراض العقلية آنذاك(كورساكوف)، ثم سرعان ما بلغت آراء كونللي الولايات المتحدة فأخذت بتطبيق علاج الأمراض النفسية – العصبية على أسس من الاتجاهات الإنسانية اللازمة وأهم دور في ذلك يرجع هناك إلى(بي، روش) B.Rush (1745 – 1813م)، وهو أول طبيب نفساني في الولايات المتحدة وما أن شارف القرن التاسع عشر على نهايته حتى كان هناك أطباء في ميدان الطب النفسي يشار إليها بالبنان منهم (بلنسكي) Balinsky (1827 – 1902م) من روسيا، الذي قسم الأمراض العقلية إلى:

1- أمراض عُصبية: وهى الصرع، عُصاب القلق، الاكتئاب العُصابي، عُصاب الوسواس.
2- اضطرابات عقلية: وهي الفصام العقلي، الزهايمر، الخرف، الذُّهان، اضطراب الشخصية، الاكتئاب الذُّهاني.

ومن أهم التطورات التي حدثت في معرفة المرض النفسي ظهر العالم كاندنسكي Kandinsky (1849 – 1889م) الذي أدخل موضوع التحليل الفسيولوجي في تشخيص الاضطرابات العقلية، لما قارب القرن التاسع عشر على الانتهاء حدثت أحداث مهمة في مجال الطب النفسي تخص اكتشاف بعض الأمراض النفسية والعقلية فجاءت تسمية مرض عقلي أسماه كورساكوف korskov (1824 – 1900م) الذُّهان العصبي المتعدد، وهذا النوع من الذُّهان ينجم عادة من تعاطي الكحول وإدمانها، فأصبح هذا المرض يعرف في أدبيات علم النفس الآن ب (ذُّهان كورساكوف Korskov) (عبدالعليّ الجسماني، 1998: 19 – 24) .

وفي القرن التاسع عشر طرأ تطور واضح في شكل المصحات العقلية وأهدافها، فخرجت جزئياً عن مفاهيمها السابقة باعتماد نظرة أكثر إنسانية وذلك وفقًا للتطور الجديد في تفسيرات المرض النفسي وأسبابه، وفي عام (1929م) خطتّ المعالجة النفسية خطوات واسعة وذلك عندما أدخل سيمون فرويد Siummgnd freud نهج المهنية (العلاج النفسي عن طريق العمل) في المصح العقلي بمدينة (غوترسيلر) في ألمانيا، النهج العلاجي الثوري الذي طور المشافي فأدخلها في ذلك التحديث (محمد الحجار، 1998: 13 – 14) .

كما أن الغلبة في الأمور النفسية ظلت في أيدي (الروحانيين) من الفلاسفة والحكماء ورجال الدين، والذين اعتبروا (الروح) أو (النفس) من اختصاصهم، وبأن الجسد فقط هو من اختصاص الأطباء، ولم تتغير هذه القسمة بشكل جذري إلا في بداية القرن التاسع عشر وقد بدأ هذا التغير بفعل تساؤلات أحد الأطباء هاينروث Heinroth (1818م) في كتابه عنوانه (اضطرابات الحياة العقلية – أو اضطرابات الروح (النفس) وعلاجها، إذ قال: إذا كان بالإمكان أن نشفى الاضطرابات العقلية .. فهل ذلك هو اختصاص الطبيب؟ أو الكاهن، أو الفيلسوف؟ أو المربي، وحيث أننا نتكلم عن الفن الطبي والعلم، فإننا نعتقد بأن ما من أحد غير الطبيب له أن يجعل من الاضطراب العقلي موضوعاً للدراسة والعلاج، ولقد أنقصني على هذا القول ما يقارب القرنين من الزمن، وكان له أثره في توجيه البحث في الأمور النفسية وعلاجها إلى المجال الطبي والعلمي (علي كمال، 1994: 15).

ومما سبق ذكره تلخص الباحثة بأن الأمراض النفسية عرفت منذ قديم الزمان وكان يعتقد بأنها تنشأ نتيجة لوجود قوى خارقة ونتيجة للسحر والأرواح الشريرة ولقد استند علاجها على حجر المريض وتكبيله بالأغلال، وعلى ثقب جمجمته لغرض إخراج الأرواح الشريرة، وكانت ثقب الجمجمة أقدم طريقة لعلاج الأمراض النفسية، ثم جاء أبو قراط وفسر بأن الأمراض النفسية ترجع إلى تغيرات جسدية، وفي بداية عصر النهضة بدأ الاهتمام بالتفسيرات العلمية لتفسير الأمراض النفسية بعيدًا عن السحر والشياطين، حيث بدأ استخدام الأدوية لعلاج الأمراض النفسية وبدأ إنشاء مستشفيات وعيادات خاصة بالأمراض النفسية.

مدى انتشار الأمراض النفسية:

إن انتشار 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، فنجد أن الحضارات القديمة كان تفسر المرض النفسي على أنه مس من الأرواح الشريرة والشياطين للإنسان (أحمد عكاشة، 2003: 115).

وكان المصريون القدماء هم أول من ميزوا المرض النفسي ووضعوه وكتبوه على أوراق البردي منذ عام (1500 ق.م)، والبابليون كانوا يعزون الاضطرابات العقلية إلى أثر الأرواح

الشريرة، وكانوا يلجئون إلى التعاويذ والأناشيد الدينية في معالجاتها، بينما تميز الأطباء الهندوس (1400 ق.م) بالحنان والشفقة ومراعاة مشاعر الآخرين، وبالإيمان والصلاة لدى معالجتهم للمرضى العقليين، ووصف العبرانيون مرض الصرع وسموه المرض المقدس لأن الملك شاول Shawil كان مريضًا به، كما وصفوا أمراض الزهور (الغرور) والاكتئاب 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، ويرعوا في تفسير الأحلام، وقالوا أن تفسير الأحلام يقع غالباً في المستقبل أكثر منه في الماضي اعتقادًا منهم أن الأحلام ما هي إلا رسالة وانتشرت في القوى الخفية في الكون إلى الجانب الخبيث لدى الإنسان (عبدالرحمن العيسوي، 2004: 74).

كما أضحت الاضطرابات النفسية في السنوات الأخيرة تمثل مشكلة العامة، حيث تشير بعض الإحصائيات التي أجريت في بريطانيا أن 12% من المرضى يعانون الاضطراب النفسي، أما في مصر فقد وجد عكاشة أن نسبة المرضى النفسانيين تتراوح بين 40–60 من مرضى القلب، وبين 30 – 40% من مرضى الصدر، وبين 50 –60% من مرضى الجهاز الهضمي، بين 30–40% من مرضى الأمراض التناسلية، وبين 30–40% من مرضى أمراض النساء، 70% ممن يترددون على أطباء الأعصاب، كما يقدر عدد من يعتبرون مضطربين نفسيًا في الولايات المتحدة بعشرة ملايين على الأقل (وداد الموصلي وحسن محمود، 2005: 175).

كما تشير الإحصائيات الصادرة من منظمة الصحة العالمية إلى تزايد هائل في انتشار الاضطرابات النفسية في العالم، نتيجة لعوامل كثيرة ومتداخلة، نفسية، وبيولوجية، واجتماعية، ويمكن من خلال الأرقام الاستدلال على حجم المشكلة، حيث إن الاضطرابات النفسية تصيب أعداد كبيرة من الناس في مختلف مراحل العمر، ومن مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية، وتتسبب في تدهور ومعاناة يمتد تأثيرها من المريض إلى الأسرة والمجتمع وهنا نقدم بعض الأمثلة من خلال تقارير منظمة الصحة العالمية حول مدى انتشار الأمراض النفسية، فمرض الفصام العقلي (الشيزوفزنيا) Schizophrenia يعد من أسوأ الاضطرابات من حيث تأثيره على التفكير والسلوك، وميله إلى العزلة والسلوك العدواني، ويبلغ عدد حالات الفصام في بلدان العالم (45) مليون إنسان وتصل نسبة الإصابة إلى 1 %من السكان في أي مجتمع،

ويمثل مرضى الفصام أكثر من(90%) من نزلاء المستشفيات العقلية، و(الاكتئاب النفسي) Deplession ويطلق عليه مرض العصر ويؤدي إلى العزلة وفقدان الاهتمام بالحياة، وتزايد احتمالات الانتحار ويقدر عدد حالات الاكتئاب في العالم حوالي (340) مليون حالة ونسبة الإصابة به تصل إلى 7% من سكان العالم، ويؤدي إلى (800) ألف حالة انتحار كل عام، و(حالات الخرف) Dementia التي تحدث في الشيخوخة، وتصاحبها تغيرات في الجهاز العصبي لكبار السن تؤدي إلى تدهور الذاكرة والسلوك وعدد هذه الحالات في دول العالم حوالي (25) مليون شخص وتصل احتمالات الإصابة إلى 5% فوق سن الستين، 20% فوق سن 80 سنة، ومرض (الصرع)Epilepsy وهو أحد أكثر الأمراض العصبية انتشارًا، ويتميز بنوبات من فقدان الوعي والتشنجات، وتصل نسبة الإصابة 1% حيث يقدر عدد الحالات بحوالي (40) مليون شخص في العام (لطفي الشربيني، 2003: 8-9).

أسباب الإصابة بالأمراض النفسية:

إن لكل شيء سببًا وإنه لا شيء سيأتي من لا شيء، وتبين أن الحوادث التي تسبق إيداع المريض بمرض عصبي في أحد المستشفيات تتضمن التورط في مشاكل مالية أو وفاة أحد أفراد الأسرة أو الإهمال في التربية في مراحل الطفولة، والقسوة في المعاملة، وسوء التغذية المزمن، العاهات الجسمانية الناتجة عن الأمراض، أو ضعف المقاومة الموروث، كما أنه هناك استعدادًا جسمانيًا موروثًا لمثل هذه الأمراض (إبراهيم السيد، 2010: 180).

والمبدأ الرئيسي في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب، ولقد لخص بطرس هذه العوامل والأسباب فيما يلي:

1- العوامل البيولوجية وتشمل:

أ- العوامل الوراثية الجينية:

حيث أنه من المعروف أن معظم الأمراض بما فيها الأمراض النفسية والعصبية ترتبط بالجينات الوراثية الأسرية وتنتقل لأطفال كل أسرة حيث أن الارتباط الجيني يهيئ الطفل لحدوث تغيرات وراثية مرضية أثناء تخليق الجنين، وبالتالي إحداث أنواع معينة من الاضطرابات النفسية والعصبية الوراثية (عيوب تخليقية).

ب-العوامل البيوكميائية:

كما أنه هناك بعض العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء الحمل، فمثلًا إصابة الأم ببعض الأمراض أثناء الحمل أو التعرض لعمل أشعة أو تعاطي أدوية معينة أثناء الحمل وخصوصًا الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، أو حتى سوء تغذية الأم أثناء الحمل، قد يؤدي لحدوث تشوهات خلقية أو مضاعفات مرضية تؤثر على الطفل فيما بعد، وتؤدي للمرض النفسي والعصبي (بطرس بطرس، 2008: 132-133).

ج-العوامل العصبية:

تجدر الإشارة إلى وظائف الغدد الصم (اللاقنوية) وهي الغدد التي تفرز مباشرة في الدم وترتبط وظيفتها ارتباطًا وثيقًا بوظائف الجهاز العصبي المستقل (والترج كوفيل وتيموثي دكوستيلو، 1990: 105).

كما أنه هناك سيالة عصبية توجد في الخلايا العصبية في الدماغ والنخاع الشوكي، واسمها العلمي السيروتونين (serotonin) وتلعب دورًا أساسيًا في تنظيم المزاج، وضبط عمليات الأكل والنوم والاستثارة والألم والأحلام، كما يعتبر الأدرينالين والنورادينالين هرموني الطوارئ اللذين يعدان الجسم إما للقتال أو الفرار، ويلعب هذان الهرمونان اللذان تفرزهما الغدة الكظرية دورًا رئيسيًا في التحكم بردود الفعل للضغوط التي يتعرض لها الفرد (بطرس بطرس، 2008: 134).

كما أن من أفضل الطرق للجسم في تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المطابقة) والتوائم المتطابقة، فالمتطابقة هي التي تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى، بحيث أن الاختلاف الذي يحدث في سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعًا لعوامل التعلم الاجتماعي، أما التوائم الأخوية فهي تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الأخوة في الرضاعة، وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية في ظروف اجتماعية مختلفة لوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلًا من التوائم الأخوية في جانب معين، فإن هذا يعني أن هذا الجانب موروث إلى حد ما (عبد الستار إبراهيم، 1994: 42).

د- العوامل النفسية:

وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب في الطفولة، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية، وأهم الأسباب النفسية تتلخص فيما يلي:

أ- الصراع Conflict:

الصراع الذي يهدد الشخصية فتكون فريسة للمرض النفسي ويتضح الصراع في تجنب الواقع (ضد) مواجهة الواقع، والاعتقاد على الغير ضد الاعتماد على النفس، والإحجام والخوف ضد الإقدام والشجاعة والحب ضد الكره ..... إلخ (أحمد الزعبي، 2013: 14).

كما يعتبر الصراع من أهم الأسباب النفسية المسؤولة عن المرض النفسي فالشخصية التي يهددها الصراع يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسي ويتضح الصراع في تجنب الواقع والاعتماد على الغير (ضد) الاعتماد على النفس وتوجيه الذات، ومن الصراعات الشعورية رغبتك الواضحة في القيام بفعل ما لا يرضى به والداك أو عائلتك، وفي هذه الحالة لا تواجه اضطراباً كبيراً إذا أنت سلكت أسلوباً سيساعدك على التغلب على رغبتك أو دوافعك ومع ذلك فهذا لا يعني أنك غير متأزم إذا اخترت ما تريده، فيتسبب ذلك في نفس النتائج لأنك ستتأزم على حساب أسرتك هذه المرة، حتى وإن سلكت أسلوباً سيساعدك على الانتصار لرغبتك (ألفت حقي، 2001: 449).

ب- الإحباط Frustration:

هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلًا وينقسم الإحباط إلى:-

1- **الإحباط الداخلي (الشخصي):** ينبع من صفعات الفرد الداخلية مثل وجود أمراض أو اتجاهات، أو ضعف الثقة في الذات.

2- **الإحباط الخارجي البيئي:** وينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر.

3- **الإحباط التام:** وينتج من وجود عائق منيع يحول دون الوصول إلى الهدف وعدم إشباع الدافع وحدوث التوتر النفسي (حامد زهران، 2005 : 117 - 118).

ج- الحرمان Depnvation :

وهو انعدام الفرصة لتحقيق دافع ما رغم حدة هذا الدافع وقوة الحاجه (سلامة عبد العال ونهى مغازي، 1998: 191).

د- العوامل المتصلة بالتنشئة الاجتماعية:

تهدف التنشئة الاجتماعية عادة إلى إعداد الفرد لمواجهة متطلبات الحياة الاجتماعية، وتعتبر الأسرة الوحدة الأساسية للنمو والخبرة من حيث أنها الخلية الاجتماعية التي تتجنب الفرد وتتكفل برعايته وتنشئته خاصة في سنواته الأولى، فالاتساق كائن اجتماعي محدد بسبب تنشئته الاجتماعية المبكرة، أي تنشئته في الأسرة وعليه فإن دور الوالدين في تنشئة أطفالهما يظل أساسيًا سواء في حمايتهم من الاضطراب أو في إعاقة نموهم بشكل عام فالوالدان اللذان لا يشبعان حاجات أطفالهما إلى الحب والعطف والحنان بحرمانهم من الحب والتفاهم والقبول أو بالتهديد بهذا الحرمان كوسيلة للعقاب النفسي والوالدان اللذان لا يحميان أبناءهما من رفاق السوء، ومن الخبرات السلوكية الضارة، ومن المعارف المعوقة للنمو الأخلاقي السليم، والوالدان اللذان يتخذان من العقاب الجسدي وسيلة للتأديب، والوالدان المنحرفان أو المدمنان أو المضطربان نفسيًا، كل هؤلاء يساهمون بشكل أو بآخر في إحداث اضطراب نفسي لدى أطفالهم، والأسرة الحامية لأطفالها حماية مبالغة فيها، حيث يشيع فيها التدليل الزائد، وتلبية كل مطالب الأطفال، ومنعهم من ممارسة أي فعل بحجة إراحتهم أو الحفاظ على سلامتهم، والأسرة النابذة لأطفالها حيث الإهمال والرفض والطرد من البيت وعدم السؤال عنهم والأسرة المفككة والطرد من البيت وعدم السؤال عنهم، والأسرة المفككة التي يشيع فيها عدم الاحترام والمودة بين أعضائها، أو تكثر فيها النزاعات والهجر والنفور خاصة بين الوالدين، أو ينتهى بنيانها بالطلاق وتشتت الأطفال بين أهل الزوج، وأهل الزوجة..... إلخ هذه الأسر تنتج لنا أفراد سيعانون أشكالًا من الاضطرابات النفسية (وداد الموصلي وحسن محمود، 2009 : 176).

هـ- العوامل الثقافية:

إن العوامل الثقافية المختلفة تؤدي إلى ردود أفعال عصبية تختلف طبقًا لمستوى الطبقة الاجتماعية والأصل القومي والجنس البشري .... وأن الثقافة قد تحدد شكل العُصاب مع الأخذ في الاعتبار أن كل صور الأمراض النفسية توجد في جميع الجماعات الثقافية وتؤثر العوامل الثقافية في نمو الأنماط العصبية خلال نوع الممارسات التربوية للطفل والتي تختلف من بيئة ثقافية لأخرى طبقًا لأنظمة القيم السائدة في هذه البيئات (فوزي جبل، 2000 : 17).

كما كشف التحليل الإحصائي للأنواع المتعددة لرد الفعل العُصابي الناجمة عن مستوى الطبقة الاجتماعية، والأصل القومي، أو تقمص الأجناس البشرية عن فروق في نوع رد الفعل، مما يدل على أن الثقافة قد تحدد شكل العُصاب وبوجه عام ينبغي أن نذكر أن كل صور الأمراض النفسية في جميع الجماعات الثقافية، وتؤثر العوامل الثقافية في نمو الأنماط العصبية بنشأة الصراعات بين أنظمة القيم السائدة في الثقافة، أو بين ثقافتين قد ينتمي الفرد إلى كليهما أو احتك بهما، والممارسات الثقافية، عامة لها تأثير أبلغ أثرًا على تشكيل نوع العرض أكثر من أن تكون سببًا في نشأة أو اختفاء رد فعل العصاب ذاته (حلمي المليجي، 2000 : 75 - 76).

و- العوامل الروحية:

يمتاز الفكر النفسي الإسلامي عن الفكر النفسي الوضعي باهتمامه بالعوامل الروحية ودورها في نشوء الاضطرابات النفسية فقد أشار القدامى من المفكرين المسلمين إلى الشبهة والشك والشهوة، وتوقف النفس عن طلب العلم والتفكير فيه، والتحلل من قيود الشريعة، وفقد الأمل والرجاء في الله، وتضارب دوافع الدين ودوافع الهوى، واعتبروها عوامل تساعد على نشؤ الاضطرابات النفسية، كما أنه هناك بعض العوامل التي ساهمت في اضطرابهم نذكر منها ما يأتي: -

1- إن تفسيرهم لأحداث الحياة قائم على العقل وحده ويتأثر أكثر مما يتأثر بالله، ويفهمون هذه الأحداث بطريقة خاطئة حيث يعتبرونها عقابًا بدلًا من كونها اختبارات ومحن.
2- أنهم يفتقرون إلى المعرفة عن الله وعن أنفسهم وعن علاقاتهم الصحيحة مع الخلق.

3- إن الانسلاخ الروحي، وغياب المعارف الروحية الصحيحة أو تناقضها تحول دون تمتع الفرد بشخصية متزنة وتجعله أكثر عرضة للاضطرابات النفسية (أشرف شريت، 2006: 233 - 234) .

ز- العوامل التربوية:

من الواضح أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بالتربية التي يتلقاها داخل الأسرة هذه التربية مهمة في تنمية الذات لدى الفرد، عن طريق الحب، واحترام شخصية الطفل السليم، ولكن إذا تعرض الطفل، لسبب أو لأخر، لصعوبات كبيرة، فإن ذلك يمكن من ظهور تأثيرات سلبية على نمو شخصيته، مما يجعلها هشة وسريعة التأثير بمشاكل الحياة، ويعتبر واحدًا من أكبر تلك العوامل السلبية، فإذا وقع مبكراً في الشهر السادس من عمره واستمر لفترة طويلة، فإن الطفل يكون معرضاً للإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو حتى الذُّهان، كما تبث أن الأطفال الذين يفقدون أحد أبويهم معرضون أكثر للمرور بفترات اكتئابه فيما بعد، إن واحدًا من التحديات الكبرى التي تواجهها اليوم الصحة النفسية ببلداننا العربية والإسلامية هو التقليدية المبنية على غياب المبادرة وعدم احترام شخصية الطفل، مع أن العالم الصناعي يفرض علينا مزيداً من المبادرة ومن استقلالية الشخصية، وهذا يخلق المشاكل على المستوى الثقافي والاجتماعي (نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999: 21).

ح- أسباب أمراض الرأس في طبّ ابن سينا:

يستخدم ابن سينا فرضاً حيث يرجع الأعراض الدماغية إلى الرطوبة التي تحدث له إما: أثناء الحمل، وإما بعد الحمل، فإن كل دماغ فيه أول الخلقة رطوبة فضلية تحتاج إلى أن نتتقى إما في الرحم وإما بعده ويكشف هذا عن إيمانه بتعدد الأسباب التي قد تقود إلى الإصابة بالأمراض الدماغية وهي فكرة يقرها العلم الحديث، كما يستخدم القسمة الثلاثية حيث يصف أسباب أمراض الدماغ وأن الرطوبة التي تصيب الدماغ قد تكون: في جرم الدماغ، أو في عروق الدماغ، أو في حجم الدماغ وفي هذا الصدد يشير ابن سينا إلى طائفة المنغوليين، وكما يستخدم ابن سينا منهج الربط بين الدماغ وبين الآفات أو الأمراض التي تصيب وظائفه أو أفعاله وبلغة العصر، يربط بين دماغ الإنسان وسلوكه، وبعدها يتحدث عن أسباب أخرى للأمراض الدماغية وهي انسداد مجاري الدماغ وأوعيته مثل: انسداد البطن المقدم من الدماغ – انسداد البطن

المؤخر – انسداد البطنين معًا – انسداد الشرايين – انسداد منابت الأعصاب (عبدالفتاح لعيسوي، 1993: 96-97).

وبناء على ما سبق ذكره تلخص الباحثةالآتي:

1- بأن الإصابة بالمرض النفسي في الأسرة قد يرجع إلى الانتقال البيولوجي من خلال الجينات من الوالدين إلى الأبناء في فترة الحمل مثل الضعف العقلي والصرع وغيرها، كما أنه قد تصاب الأم أثناء الحمل ببعض الأمراض التي تسبب لها التوتر النفسي الذي يؤثر على الجنين أو تعرضها للتسمم أثناء الحمل بالإضافة إلى أن اضطراب الغدد يسبب اضطرابًا حيويًا مما يسبب الأمراض النفسية مثل شعور الفرد بالنقص والإحباط.
2- أن الأسباب النفسية التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض النفسي ترجع إلى النمو النفسي المضطرب والغير سوى خاصة في مرحلة الطفولة، وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد، واضطراب علاقاته الاجتماعية والشخصية، وتعرضه للضغوط النفسية والحرمان.
3- أن أساليب التربية والمعاملة الأسرية الخاطئة مثل القسوة الزائدة والضرب والتوبيخ والإذلال أو عكس ذلك كالتدليل الزائد أو التفرقة في المعاملة بين الأبناء من جانب الأبوين، إضافة إلى المشاكل الأسرية التي تحدث بين الوالدين كل هذه الأسباب تساعد على الإصابة بالأمراض النفسية.
4- أن العوامل الثقافية قد تكون أسبابًا هامة في إنتاج المرض النفسي إما بسبب عدم التوافق بين الفرد والثقافة التي يعيش فيها، أو عدم قدرته على التوافق على مواكبة التطور الثقافي السريع.
5- أن غياب المعارف الروحية الصحيحة تمنع الفرد من التمتع بشخصية متزنة وتجعله أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية.

تصنيف الأمراض النفسية:

تضم تصنيفات الأمراض النفسية وصفا لمجموعات مختلفة من الاضطرابات النفسية، وتشهد هذه التصنيفات تعديلات متكررة ومراجعة مستمرة كل عدة سنوات خصوصا فيما يتعلق بالمسميات ووصف الأمراض المختلفة.

وآخر التصنيفات العالمية الحالية التقسيم العالمي للأمراض الطبعة العاشرة international classification of diseases (Icd-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية في عام (1992م) والتصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية في مراجعته الرابعة Diagnostic and statistical manual (Dsmy) الذي أصدرته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية في عام (1994م)، وتحتوي هذه التصنيفات الحديثة علي مسميات الأمراض النفسية ووصف لمظاهرها وعلامات تشخيصها (لطفي الشربيني، 2001: 25).

وفيما يلي تعرض الباحثة كل من التصنيف العالمي العاشر للأمراض والاضطرابات النفسية والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (المراجعة الرابعة) وهى على النحو التالي:-

أولاً- التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية (International Classification of Diseases) :

هذا التصنيف قد تم وصفة عام (1946م) وتمت مراجعته أكتر من مرة حتى وصل أخيراً إلى المراجعة العاشرة (ICD -10) والتي تمت في عام (1992م) وتوجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية 1999م) حيث تم تصنيف الفئات المريضة التي تندرج ضمن الاضطرابات السلوكية في الفئات الآتية:-

1- اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي في المخ:

إن تغير الشخصية والسلوك يمكن أن يكون باقيا بعد مرض أو تلف أو خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالدماغ أو مصاحبا لهذه الحالات، وفي بعض الأحيان يمكن أن تكون الاختلافات في مظهر هذه المتلازمات الشخصية أو السلوكية الباقية، موحية بنوع أو موضع المشكلة داخل الدماغ ولكن لا ينبغي الإفراط في تقدير موثوقية هذا النوع من الاستنتاج التشخيصي (أحمد عكاشه، 1992: 72) .

2- الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية فعالة:

وتتمثل في الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول، تعاطي الأفيونات، مشتقات الحشيش، تعاطي المهدئات أو المنومات، تعاطي الكوكائين، تعاطي المهلوسات، المذيبات الطيارة، التبغ (أحمد عكاشه، 1992: 72 – 77).

3- الاضطرابات الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطي الكحول:

يعد اضطراب تعاطي الكحول نمطا من تناول الكحوليات حيث ينطوي على مشكلات في السيطرة على الشرب والانشغال المستمر بتناول الكحوليات ولو كانت تسبب مشكلات، وتناولها أكثر للحصول على التأثير المماثل، أو الإصابة بأعراض الانسحاب عند تقليل الشرب أو إيقافه بسرعة.

4- اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على كحول أو عقاقير:

تكون هذه الاضطرابات ناتجة عن استخدام مادة ما باعتبارها عاملًا مساهماً مباشراً في إحداث الحالة (محمد غانم، 2006: 109 – 110).

5- الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية:

هي اضطرابات تتميز بتغير في المزاج أو الوجدان، يصحبها عادة تغير في المستوى العام للنشاط، والمعيار الوحيد لإدخالها ضمن القسم العضوي المنشأ هو افتراض أن سببها المباشر اضطراب دماغي أو جسمي يمكن إثبات وجوده في حد ذاته، مثلا بفحوص معملية (مخبرية أو جسمية) (أحمد عكاشه، 1992: 70).

6- اضطرابات هوس عضوي:

يعد الهوس من أكثر الاضطرابات النفسية خطورة، حيث يؤثر بشكل كبير على كيمياء الدماغ، ويحدث هذا الاضطراب بسبب خلل في هرمونات الغدد بالجسم سواء بالزيادة أو النقصان، كحدوث خلل في الغدد الصماء خاصة فيما يتعلق بالزيادة أو النقصان في الغدد

الدرقية قد يكون سببًا من أسباب الهوس، ومن أعراضه الفرح الشديد، النشوة الزائدة مع الحماسة المفرطة، الإرهاق الشديد والإنهاك، اضطراب النوم.

7- اضطراب ثنائي القطب العضوي:

هو اضطراب نفسي يسبب نوبات من الاكتئاب ونوبات من الابتهاج غير الطبيعي، وتعد نوبات الابتهاج المذكورة والتي تعرف بإسم الهوس ذات أهمية في تشخيص الحالة اعتماداً على شدتها إذْ يشعر المرء حينها بنشاط وسعادة وتهيج غير طبيعي، في حين خلال نوبات الاكتئاب يظهر على المرء نوبات بكاء، ونظرة سوداوية للحياة، ويظل خطر الانتحار لهذا الاضطراب مرتفعا بنسبة 6 % من إيذاء النفس عند حوالي 30-40% من الحالات.

8- اضطراب اكتئابي عضوي:

الشخص المصاب بالاكتئاب قد يذكر معاناته من أعراض جسدية متعددة مثل التعب أو الصداع أو مشاكل في الجهاز الهضمي، الشكاوي الجسدية هي الشكوى الرئيسية الأكثر شيوعًا في البلدان النامية، وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية للاكتئاب، وتقل الشهية مما يؤدي الى فقدان الوزن (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 75 – 76).

9- اضطراب القلق العضوي:

حالة تتميز بالملامح الوصفية الضرورية للاضطراب القلقي العام أو الاضطراب الهلعي، أو توليف من الاثنين ولكنها تأتي كأحد عواقب اضطراب عضوي قادر على إحداث خلل الأداء (خلل الوظيفة) بالمخ مثل صراع الفص الصدغي، انسمام درقي، ورم القوائم (أحمد عكاشه، 1992: 71).

10- اضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين:

تتضمن خليطًا من الحالات وأنماط السلوك ذات المغزى الإكلينيكي، التي تميل إلى الاستمرارية، وتكون تعبيراً عن نمط الحياة المميزة للفرد و أسلوب تعامله مع نفسه والآخرين، وتظهر هذه الحالات مبكرا في مسار الفرد الارتقائي كنتيجة للعوامل التكوينية والخبرة الاجتماعية، في حين أن البعض الآخر يكتسبه في مرحلة متأخرة من العمر.

11- اضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للإرتقاء والتوجه الجنسي :

وهي تلك الاضطرابات التي لا تتصل بأمراض أو اضطرابات عضوية بما فيها انعدام وقلة الرغبة الجنسية، والنفور الجنسي، وانعدام اللذة الجنسية، وكل أنواع الاضطرابات المتصلة بالشبق.

12- الخلل السلوكي المصاحب للتأخر العقلي :

هو إعاقة ذهنية تظهر عند الأطفال الذين يمتلكون ذكاء أقل من المتوسط، وتكون قدراتهم المعرفية ومهاراتهم الاجتماعية متواضعة بعض الشيء، وبسبب مستويات الذكاء الضعيفة فإن الأطفال يشعرون سريعا بالإحباط بسبب صعوبة الحياة، ويتميز هذا الخلل في الاعتماد على الآخرين، العدوان، العناد، الميل نحو إصابة النفس بأذى، الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، عدم السيطرة على النفس، صعوبات في الانتباه (جمعة يوسف، 2009: 50 - 51).

13- اضطرابات النماء (الإرتقاء النفسي) :

تبدأ هذه الاضطرابات دائما في الطفولة أو الرضاعة، بسبب خلل أو تأخر في ارتقاء الوظائف، وترتبط بشدة بالنضوج الحيوي (البيولوجي) للجهاز العصبي المركزي، وتحدث انتكاسات تتضمن الوظائف المصابة مثل اللغة، والمهارات البصرية، والتناسق الحركي (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 759).

14- اضطراب المسلك والجناح:

تتميز بنمط متكرر ومستمر من المسلك غير الاجتماعي أو العدواني أو التحدي، وقد يصل هذا السلوك إلى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب بالنسبة لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً، وبالتالي فهو أشد من العبث وقد تتطور إلى اضطرابات شخصية ضد اجتماعية سيئة، تتضمن علاقات عائلية غير محببة، وفشل في المدرسة وهو أكثر بين الذكور.

15- الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات:

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدواني، أو ضد اجتماعي،أو تحدى مستمر، وأعراض شديدة من الاكتئاب.

16- اضطرابات سلوكيه وانفعالية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة (أو اضطراب عقلي محدد):

تتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات، تشترك في خاصية أنها تبدأ في الطفولة ومنها التبول اللاإرادى، التبرز اللاإرادى، اضطرابات الأكل في البدائة والطفولة المبكرة، الوحم للطعام غير الطبيعي في البدائة أو الطفولة، اضطرابات الحركة، اضطراب الكلام، أو القلق، أو مضايقات أخرى في المشاعر (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 759 - 794 - 799).

17- **اضطرابات في اللوازم:**

تتمثل مظاهرها الأساسية في شكل ما من اللوازم وتتضمن اللوازم الحركية البسيطة الشائعة: طرفة العين، رجة الرقبة، هزة الكتف، لوي قسمات الوجه، أما اللوازم الصوتية الشائعة فتتضمن: تصفية الحلق، النباح، الفحيح، وتتضمن اللوازم المركبة الشائعة: ضرب الذات، القفز والوثب على قدم واحدة، أما اللوازم الصوتية المركبة الشائعة، فتتضمن: تكرار كلمات بعينها، تكرار الأصوات أو الكلمات التي تصدر عن النفس (اللجلجة)، وتظهر اضطرابات اللوازم في الأولاد أكثر من البنات (محمد غانم، 2006: 110).

18- **اضطرابات سلوكية وعاطفية أخري تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة:**

وتتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات، التي تشترك في خاصية أنها تبدأ في الطفولة ومنها: التبول اللإرادى (سلس البول) العضوي، التبرز اللإرادى غير العضوى (سلس البراز غير العضوى)، اضطراب الأكل في البدائة والطفولة المبكرة، الوحم غير الطبيعي في البدائة أو الطفولة، اضطرابات الحركة النمطية، اضطرابات الكلام، اضطراب الجنس.

19- **الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان آخر:**

ويدرج تحت تصنيف ذُّهان غير نموذجي، لأنه يتميز بتباين الأعراض ونسبة انتشاره ما بين 0.1-0.2 % من كل حالات الحمل، أما نسبة العُصابي فهي أكثر، ويعلل هذا الذُّهان بالنفور والخوف من الولادة، اتجاه عصبي نحو الأمومة، عدم التوافق في الزواج .

20- **عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر** (جمعه يوسف، 2009: 50 – 51).

ثانياً- الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية:

من أبرز أشكال تصنيف الاضطرابات النفسية، التصنيف الصادر عن إتحاد أطباء النفس الأمريكيين سنة(1952) الذي يضع هذه الاضطرابات في صنفين رئيسين بحسب منشئها:-

1- **فهناك اضطرابات نفسية** تنشأ عن عامل فيزيولوجي يتمثل في إصابة بعض الأنسجة الدماغية كتصلب الشرايين الدماغية، أو نشوء خراج في المخ أو حالات التسمم الكحولي، أو صدمة قوية علي الرأس تأتي إثر حادث.

2- **وهناك اضطرابات يكون** المنشأ فيها نفسيًا تسمي الاضطرابات الوظيفية ونجد فيها الأصناف الخمسة التالية:

أ- **الذُّهان psychosis:** ويدعي المرض العقلي (الجنون) وهو من أشد الاضطرابات النفسية وأخطرها على الإنسان.

ب-**العُصاب Neurosis:** وهوا اضطراب لا يصل إلى مستوى خطر الذُّهان، حيث تكون شخصية العُصابي شخصية عادية ماعدا ناحية من نواحيها يكون فيها اختلال.

3- **الحالات السيكوسوماتية Psychosomatic:** وتضم عددًا من الاضطرابات الجسدية ولكن العامل الرئيسي في تكونها يكون نفسيًا

4- **ثم هناك حالات السلوك الاجتماعي N tisocialbehaviour:** وهو عبارة عن اضطراب نفسي وانحراف سلوكي يتجه ضد المجتمع فيظهر على شكل إجرام وإدمان واغتصاب.

5- **وهناك عدد من أشكال سوء التوافق Maladjustement:** أو الاضطرابات النفسية البسيطة، والتي تظهر غالبًا بين الأطفال أو المراهقين أو في بعض العلاقات الزوجية أو الأعمال المهنية (محمد مياسا، 1997: 116 - 117).

إن هذا الدليل يستخدم للتشخيص في العديد من دول العالم وقد صدرت حتى الآن (4) مراجعات من هذا الدليل، حيث ظهرت الطبعة الأولى منة عام (1952م) باسم (DSM-I)، ثم صدرت الطبعة الثانية منة عام (1968م) باسم (DSM-II) وفي عام (1980م) صدرت الطبعة

الثالثة باسم (DSM–III)، وفي عام (1994م) صدرت الطبعة الرابعة باسم (DSM–Iv) ويوجد فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة أخرى (محمد غانم، 2006: 111).

ولتلخيص ملامح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DMS– IV) والدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DMS– III) نذكر التالي:–

1– استعمال اصطلاح (Mental disorder) والذي يعني سلوكًا أو حالة نفسية تترافق مع الشعور بالضيق أو عجز في الوظائف العقلية أو النفسية.

2– يتضمن الحالات التي لا تقع تحت الاضطرابات النفسية مثل المشاكل النفسية أو السلوكية.

3– اللجوء إلى الأسلوب الوصفي، فما عدا الحالات التي لها أسباب عضوية معروفة لم يذكر ال(DSM) أي آلية للمرض.

4– استعمال المواصفات للتشخيص.

5– استعمال أو اقتراح استعمال التشخيص متعدد المحاور كما يلي:

المحور الأول– اسم الاضطراب النفسي.

المحور الثاني– اسم الاضطراب الشخصي إن وجد.

المحور الثالث– المرض العضوي إن وجد.

المحور الرابع– شدة الضغوط النفسية في العام الفائت (لها مقياس خاص).

المحور الخامس– درجة التكيف الاجتماعي والوظيفي خلال عام (لها مقياس خاص) (نظام أبوحجلة، 1999: 18).

فئات الاضطرابات النفسية:

ولعل العثور على فئات الاضطرابات التي تعنينا في هذا الدليل أيسر من سابقه، حيث تجتمع معظم هذه الاضطرابات تحت الفئة الكبرى الأولي والتي بعنوان (الاضطرابات التي تشخص عادة في المهد والطفولة والمراهقة) ومن بينها:

1- صعوبات التعلم كاضطرابات القراءة، واضطرابات الرياضيات، واضطراب التعبير المكتوب، وصعوبات التعلم الأخرى:

هو فئة متبقية من الاضطرابات، ضعيفة التحديد، ولا تستند إلى مفهوم واضح (ولكنها ضرورية)، تتميز باختلال واضح في كل المهارات الحسابية ومهارات القراءة أو الاستهجاء، ولكن الاختلال لا يمكن تفسيره فقط بتخلف عقلي عام أو تعليم غير واف.

2- اضطرابات المهارات الحركية مثل اضطراب التآزر النمائي:

السمة الرئيسية هى اختلال شديد في ارتقاء التناسق الحركى لا يفسر فقط بواسطة اضطراب تخلف فكرى عام، أو أي اضطراب عصبي معين خلقي أو مكتسب، فقد يبدو الطفل غريبًا في طريقة سيره عمومًا، وقد يكون بطيئا في تعلم الجرى والقفز وصعود وهبوط الدرج، وصعوبة في تعلم كيف يربط الحذاء، وكيف يغلق ويفتح الأزرار، وكيف يقذف أو يلتقط الكرة، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة 6% من الأطفال بين عمر(5-11) سنة (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 775 – 777).

3- اضطرابات التواصل مثل اضطراب اللغة التعبيرية، واضطراب اللغة التعبيري الاستقبالي المختلط، واضطراب اللجلجة والتواصل:

اضطراب اللغة التعبيري هو" اضطراب نمائي نوعي، تقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة التعبيرية كثيرًا عن المستوى المناسب لعمره العقلي"، مع بقاء فهم اللغة في إطار الحدود السوية، أما اضطراب اللغة التعبيري الاستقبالي فهو "اضطراب نوعي يقل فيه فهم الطفل عن المستوى المناسب لعمره العقلي"، وتختل بشدة اللغة التعبيرية وتشيع الشذوذات في إصدار الأصوات الكلامية، أما اضطراب اللجلجة هو كلام يتميز بتكرار عال أو تطوير في الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات، أو بترددات وانقطاعات كثيرة، تقطع الانسياب الإيقاعي للكلام، وهو شائع جدا كمرحلة عابرة في الطفولة المبكرة، ويبدأ الاضطراب في سن الثالثة أو الرابعة، أثناء إكساب الطفل الكلام (أحمد عكاشه، 1992: 250).

4- الاضطرابات النمائية المنتشرة كالذاتية (أوالإجترارية) Autism واضطراب ريت Rett، واضطراب إسبرجر Asperger disorder:

الذاتية هي من أنواع الاضطراب الارتقائي المنتشر، يعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي أو مختل، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات، وأداء غير طبيعي في المجالات النفسية الثلاثة: التفاعل الاجتماعى، التواصل، السلوك المحدود المتكرر، ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال تتراوح من (4-5) أطفال بين كل عشرة آلاف طفل، أم اضطراب ريت فهو يصيب الفتيات ولا يعرف له سبب والسمة المميزة هى: فقدان حركات اليد الهادفة، المهارات اليدوية الحركية الدقيقة يصاحبها انعدام في ارتقاء اللغة، أما اضطراب إسبرجر فهو غير مؤكد في قيمته التصنيفية، يتميز بالنوع نفسه من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعى المتبادل، الذي يميز الذاتية، بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، ويظهر هذا الاضطراب عادة في الذكور (محمد غانم، 2006: 229).

5- صعوبات الانتباه والسلوك المشوش، ويشمل اضطراب الانتباه والنشاط المفرط (النوع المختلط)، واضطرابات المسلك أو التصرف Conduct disorder واضطراب العناد الشارد:

اضطراب الانتباه والنشاط المفرط حالة مزمنة تصيب ملايين الأطفال، وتستمر في مرحلة البلوغ، ويتضمن صعوبة الحفاظ على الانتباه، وفرط النشاط، والسلوك الاندفاعي، أما اضطرابات المسلك فهي حالة شديدة تتميز بالسلوك العدائي المتكرر والمستمر، تجاهل الآخرين، العنف الجسدي، كما يتسم بالتمرد والتحدى، انتهاك القواعد الاجتماعية سواء في المنزل أو الأسرة، ويحدث في مرحلة الطفولة ونسبة انتشاره (6 - 16%) بين الذكور، وبين (2 - 9%) بين الفتيات (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 790).

6- اضطرابات الأكل والتغذية في المهد أو الطفولة المبكرة:

هو اضطراب في الأكل متعدد المظاهر، ويقتصر على مرحلة البدائة والطفولة المبكرة، ويتضمن رفضًا للطعام وذبولًا شديدًا، على الرغم من وجود كمية متوافرة من الطعام وكفاءة معقولة في من يقومون برعاية الطفل، وفي غياب مرض عضوي، قد تصاحب الحالة أو قد لا

تصاحبها إجترارات (بمعنى قئ متكرر دون غثيان، أو مرض في المعدة والأمعاء) (محمد غانم، 2006: 251)

7- اضطرابات الإخراج :

تتضمن مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تشترك في أنها تبدأ في الطفولة ومنها التبول اللاإرادى غير عضوي المنشأ وهو اضطراب يتميز بإفراغ لا إرادى للبول، أثناء النهار أو الليل، يعتبر شاذ بالقياس لعمر الفرد العقلي، وقد يوجد سلس البول منذ الطفولة أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة، أما التبرز اللاإرادي غير العضوي المنشأ هو المرور المتكرر اللاإرادي أو الإرادي لبراز طبيعي، أو قريب من الطبيعي في تكوينه في أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض بالقياس إلى الوضع الاجتماعي أو الثقافي للفرد نفسه (أحمد عكاشة، 1992: 299 – 300).

8- **الاضطرابات الأخرى في المهد والطفولة والمراهقة مثل:** اضطراب قلق الانفصال، البكم الاختياري، واضطراب الاتصال التفاعلي، واضطراب الحركات النمطية، واضطرابات المهد والطفولة والمراهقة الأخرى.

يظهر قلق الانفصال في السنوات الأولى من الطفولة، والسمة المميزة له هي قلق مركزى مفرط، يتعلق بالانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل (الأهل أو أفراد آخرين في العائلة) ويتمثل في انزعاج غير واقعي يشغل بال الطفل بشأن أذى محتمل يصيب الأشخاص شديد الالتصاق بهم، ورفض الذهاب للمدرسة، رفض الذهاب للنوم، كوابيس متكررة حول الانفصال، أما اضطراب الصم الاختياري هي حالة تتميز بانتقائية في الكلام، تحكمها المشاعر، بحيث يظهر الطفل جدارته اللغوية في بعض المواقف، ولكنه يعجز عن الكلام في مواقف أخرى، ويحدث لدى الجنسين بنفس المعدل، ويصاحب الصمت سمات تتضمن: القلق الاجتماعي، الانعزال، الحساسية أو المقاومة، أما اضطراب الاتصال التفاعلي نجد في هذا الاضطراب حذرًا من الغرباء، ودرجة من الخشية الاجتماعية عند مواجهة مواقف جديدة أو غريبة، وتظهر هذه المخاوف في السنوات الأولى من العمر، ويصاحب هذا الخوف درجة من الالتصاق الاختياري للأهل أو لأشخاص مألوفين آخرين، أما اضطراب الحركات النمطية هو من أنواع الاضطرابات الحركية يبدأ من مرحلة الطفولة وينطوي على سلوك حركي متكرر وغير وظيفي مثل ضرب

الرأس، التلويح بالذراع، هز اليد وهو شائع بين الرضع والأطفال الصغار (جمعة يوسف، 2009: 51 -52).

وفي ضوء ما سبق تعتقد الباحثة انه لكل مكان وزمان ما يناسبه من محاكاة ومن مداخل يجب إرساء قواعدها بشكل مناسب، ولذلك تري الباحثة أن تتصف التصنيفات بالوضوح لتتلاءم مع جميع الثقافات والمجتمعات في جميع أنحاء العالم.

النماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية:

تعددت النماذج النظرية المفسرة لأسباب الاضطرابات النفسية، ولكل نموذج من هذه النماذج إيجابياته وسلبياته، ويعود هذا التعدد إلى تنوع أسباب الاضطرابات النفسية نفسها وتداخلها مع بعضها البعض، بالإضافة إلى تعقد الظاهرة النفسية بشكل عام، ويميل الباحثون في الوقت الحاضر إلى دمج عدة نماذج نظرية في النظر إلى أسباب الاضطرابات النفسية، ومن هذه النماذج النموذج الطبي، الاجتماعي، المعرفي، النفسي الدينامي، نلخصها على النحو التالي:

1- النموذج الطبي Medical model:

وهو جملة النظريات التي ترجع أسباب الأمراض أو الاضطرابات النفسية إلى التكوين الجسدي أو العضوي أو الكيميائي الحيوي أو الجيني أو الوراثي للإنسان، أي أنها تبحث عن أسباب المرض في جسد الإنسان تركيبًا ووظيفيًا، ويدخل تحت هذا المنظور اعتبار الأمراض النفسية ذات عوامل وراثية، وأن وجود أو عدم وجود بعض المركبات الكيميائية في الدماغ أو في الدم مسؤول عن السلوك النفسي، وأن عمل بعض الغدد أو الافرازات مرتبط بالسلوك النفسي.

2- النموذج الاجتماعي Social model:

هم الذين يتبنون المنحنى الاجتماعي للأمراض النفسية، ولا يركزون على المشكلات داخل الفرد، ولكنهم يبحثون عن أسباب الأمراض النفسية والاضطرابات في المجتمع العام، وحسب هذا النموذج فإن علاج الاضطرابات النفسية يكون بإعادة تشكيل المجتمع ونشر العدالة والمساواة فيه، وليس بالتركيز على علاج الفرد، وتغيير سلوكه ليتكيف مع الوضع السلبي السائد، والنموذج الاجتماعي كذلك ينظر إلى المرض النفسي كرد فعل اجتماعي لأنواع من السلوك، وليس السلوك

في ذاته، وأن ما يعد اضطرابات نفسية أو عقلية هو في السمة أو الوصمة التي تطلق على هذا السلوك من قبل المجتمع، لا في السلوك نفسه (أحمد العموش وحمود العليمات، 2008: 289 – 291).

3- النموذج المعرفي Cognitive model:

وطور هذا النموذج البيرت Albert (1962م) وبيك beck (1976م) أحد الأفكار الرئيسية التي يعتمد عليها هذا النمط أوضحها كوراكس ويلو Corax willow (1978م) وتشير إلى أن الاضطرابات النفسية من الممكن أن تنتج من إجراءات حياتية عادية مثل: التعلم الخاطئ، التحليل الخاطئ للأحداث؛ بسبب قلة المعلومات أو خطأها وعدم التفريق الكامل بين الحقيقة والخيال، والمفهوم الرئيسي في النموذج المعرفي هو أن العديد من أفكار الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي هي أفكار غير منطقية ومشوهة.

4- النموذج النفسي الدينامي Psychodynamic model:

إن النموذج النفسي الدينامي الذي وضعه فرويد Freud (1856–1939م) ارتكز بشكل رئيسي على التطور الجنسي النفسي، حيث يمر الطفل بمراحل: (الفمية، الشرجية، الأودبية، والكمون والتناسلية)، إن وجود صراع شديد أو اشباع في أحد المراحل من الممكن أن يجعل الطفل يمضي وقتاً أكثر مما يجب فيها، وهذا ما يسمي التثبت، وأن الصراعات تخلق القلق وتدافع الأنا (Ego) عن نفسها بواسطة عدة دفاعات من أجل عدم وصول خبرة مقلقة أو شعور مقلق إلى الوعي، ومثال على ذلك فإن وسيلة الدفاع النفسي (الكبت) Repression ترسل خبرات أو شعور مقلق إلى اللاشعور (محمد الريماوي وآخرون، 2004: 631 – 635).

وبناء على ما سبق ذكره تلخص الباحثة الآتي:

1- النموذج الطبي: هذا المنحنى يربط بين العوامل الكيميائية الحيوية والجينية والأمراض النفسية.

2- النموذج الاجتماعي: إن سبب الإصابة بالمرض النفسي قد يكون اجتماعيًا فهذا النموذج يربط بين الفرد ومستواه الاقتصادي، مثلًا تزداد الإصابة بالأمراض النفسية في حالة الفقر والعطل عن العمل.

3- النموذج المعرفي: إن الإصابة بالمرض النفسي يحدث بسبب السلوك السلبي والأفكار السلبية، مثال على هذه الأفكار يجب أن تمنحني ظروف حياتي الأشياء التي أريدها بسهولة ويسر وإلا فإن الحياة لا تطاق.

4- النموذج النفسي الدينامي: إن الإصابة بالمرض النفسي يحدث نتيجة صراع بين (الهو) التي تريد إشباع الغرائز والأنا التي تراعي المعايير الأخلاقية في السلوك.

تصنيف أعراض الأمراض النفسية:

الأعراض متداخلة بشكل كبير، وذلك لأن الجهاز النفسي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة، هذا وتختلف الأسس التي يقوم عليها التصنيف من حيث كون الأعراض داخلية أو خارجية، عضوية المنشأ أو نفسية المنشأ، أو نفسية جسمية، والوظيفة النفسية التي تظهر فيها الأعراض، حيث قد تظهر في الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو النواحى الاجتماعية أو الانفعالية وأهم هذه التصنيفات ما يلي:

1- الأعراض الداخلية:

فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخوف، الشعور بالتوتر العام وسرعة الانفعال، ضعف القدرة على التركيز، الأرق واضطراب النوم الذي يتخلله الأحلام المزعجة والكوابيس، ضعف القدرة على العمل والإنتاج.

2- الأعراض الخارجية:

تكون ظاهرة وواضحة مثل فرط إفراز العرق في أثناء حالات القلق أو التجمد في حالة العصاب، فمن المعروف أن الاستجابة للخوف توجب تفاعلات معروفة في الجسم، وتظهر الأعراض الخارجية في أي جهاز من أجهزة الجسم، وتكون نتيجة لاضطراب الجهاز العصبي الذاتي، ومن هذه الأعراض زيادة سرعة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، جفاف الفم والحلق (أحمد الزعبي، 2013: 17).

3- أعراض نفسية جسمية:

وتسمى أحيانًا الأعراض النفسية المؤثرة على حالات عضوية، وهذا مجال خصب للتعرف على العلاقة القائمة بين النفس والجسم، وتشمل اضطرابات في الجهاز الدوري مثل: اضطرابات القلب والأوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم، واضطرابات الجهاز التنفسي، وأهمها الربو والحساسية، واضطرابات الجهاز الهضمي مثل: تشنج القولون وتهيجه والتهاب القولون القرحى، واضطرابات الجهاز الغددي مثل: اضطرابات الغدد الصماء، داء السكرى، هبوط السكر، واضطرابات الجهاز البولي (حسان المالح، 1997: 149 – 150).

4- أعراض نفسية المنشأ:

فهي تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية، تعتبر علامات على محاولة المريض في جهاده وحربه ودفاعه ضد مشكلاته والأعراض النفسية المنشأ تكون في الغالب تعبيرًا عن اللاشعور، فالمريض لا يعي أصلها أو معناها إلا أنه يعي وجود ضغط داخلي فيوجه هذه الأعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط.

5- أعراض عضوية المنشأ:

فهي تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو اضطراب أي جهاز آخر، وقد تكون التغيرات نتيجة العوامل داخلية مثل التغيرات تحدث للجهاز العصبي، كما في أورام المخ، وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل خارجية مثل العدوى من التسمم، مثل عدوى الزهري في الشلل الجنوني العام، والكحول في مرض كورساكوف (حامد زهران، 2005: 133).

الأعراض العامة للأمراض النفسية:

تعتبر الأعراض تعبيرًا عن الاضطراب ومؤشرًا لوجود المرض النفسي، وعلى الرغم من أن التمييز بين الأعراض وتصنيفها يعتبر وسيلة أساسية للتمييز بين الأمراض النفسية وتصنيفها، إلا أن التداخل بين الأعراض في الأمراض المختلفة يعتبر مسألة كثيرة الحدوث، كما توجد أعراض كثيرة للأمراض النفسية والعقلية وذلك لتعدد سلوك الأفراد المصابين بهذه الأمراض، ومن هذه الأعراض نذكر التالي:

1- اضطرابات الذاكرة:

المقصود بالذاكرة هو "قدرة الفرد على استرجاع المعلومات المكتسبة السابقة بعد استقبالها وإدراكها وترميزها"، قد لا تنجح محاولات استعمال المعلومات المختزنة في الذاكرة بصورة مستمرة، وفي مثل هذه الحالات يعزي النسيان إلى الإخفاق في الاستعادة، وقد قدم العديد من التفسيرات لهذا الإخفاق في الاستعادة منها: عدم وجود مؤشرات استعادة مناسبة، أو تدخل بعض العوامل الأخرى، وهذا ما يطلق علية (تنافس المعلومات) المختزنة بالذاكرة مثال: قد يخفق أحد الأطفال في القيام بعملية استعادة عندما يطلب منه ذكر أسماء أخوات وأخوة والده أو والدته، لأن التعبير الذي غالباً ما يستعمله الطفل مع هؤلاء جميعًا هو العمات والأعمام والخالات والأخوال (حسن منسي، 1998: 84).

2- القلق:

يكاد يكون القلق هو القاسم المشترك الأعظم في كل الأمراض العُصابية، فالقلق المرضي هو القلق الشديد الهائم الذي لا يوجد له مبرر في الواقع الخارجي، فالمريض العُصابي يشعر بهلع حاد لا يدري له سببًا، فهو يتصور مصيبة على وشك الوقوع، ولكنه لا يستطيع تحديدها، والقلق هنا لا يندفع نتيجة تهديد خارجي، بل هو تابع من تهديد داخلي، فالقلق عند العصابي ينفجر عادة لأن الدوافع الداخلية المكبوتة ذات طابع عدواني أو جنسي وتكون الميكانيزمات الدفاعية على وشك الانهيار، وهذه هي الكارثة الحقيقية التي لا يستطيع العُصابي أن يدركها (أشرف شريت، 2006: 235).

3- العجز عن العمل بكفاءة:

يفشل العُصابي دائمًا في تحقيق إمكانياته، كما تبوء غالبًا مجهوداته التحصيل بالفشل، فالأعراض الجسمية المعطلة والخوف والجبن وضياع الوقت في الانشغال بذاته، وعدم القدرة على إقامة علاقات إنسانية، كل ذلك يعوق العمل بفعالية، وأحيانًا ما تخلق الاستجابة العُصابية رغبة قوية للعمل في مجال ضيق من الحياة في صورة تعويضيه حتى لا يشعر الفرد بالعجز أو الفشل، ولكن أي إنجاز بارز يحققه الفرد في هذه الحالة إنما يأتي على حساب إهماله لكل جوانب الحياة الأخرى، والنتيجة الحتمية لذلك هي الفشل في تحصيل إنجازات كاملة، على الرغم

من توفر أعماله الممتازة في الميدان الخاص الذي اختاره (والترج كوفيل وتيموثي دكوستيللو، 1990: 167).

4- اضطراب الحركة:

تضطرب حركة المريض النفسي وتظهر في صور متعددة تثير الانتباه ومن هذه الصور: النشاط الزائد أو النشاط الناقص، عدم الاستقرار، اللازمات الحركية، السلوك العدواني.

5- اضطراب البصيرة:

تضطرب البصيرة لدى المريض النفسي فلا يستطيع إدراك طبيعة المشاكل التي تواجهه، أو تحديد أسبابها وأعراضها حتى يمكن إيجاد الحلول المناسبة لها (فوزي جبل، 2000: 127).

6- الآلام والإحساس بالتوتر والضيق والرعاش:

يزداد التوتر في عضلات الجسم الإرادية في كثير من الاضطرابات النفسية، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم، تختلف من فرد إلى آخر، فيشكو من الآم بالرأس (صداع) أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف، كما أنه يشكو من الشعور بالإنهاك، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر، يعقبه شعور مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي رغم عدم قيام المريض بأي مجهود عضلي إرادي، والشعور بالتوتر والضيق الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلاته، فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد، فلا يكاد يتسع للهواء اللازم للتنفس المعتاد، وكما يؤدي الاضطراب النفسي إلى ظهور التوتر بشكل (رعاش اليدين)Tremor بسبب التغيرات المتلاحقة في توتر العضلات الإرادية (نخبة من أساتذة الجامعات العربية، 1999: 29 – 30).

7- قصور التحكم الذاتي:

على الرغم من أنه ليس لدى الأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن البعض يمارس تحكمًا ولو بسيطًا في سلوكه... لذا فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عامه بأنه سلوك (غير سوي).

8- قصور السلوك الاجتماعي:

نظرًا إلى أن هناك مجموعة من التقاليد الاجتماعية التي تنظم السلوك في كل مجتمع، فحينما ينحرف السلوك بدرجه عالية عن مستويات تلك التقاليد من المحتمل أن يطلق عليه سلوك (غير سوي) (مجدي عبدالله، 2006: 136).

9- المظهر:

يهمل المريض النفسي مظهره ولا يهتم بنظافته الشخصية، وتبقي ثيابه الرثة عليه لشهور أو لسنوات إذا لم يعالج، ولا يستحم ولا يغسل وجهه أو يديه، وتعلو أظافره القاذورات، ويأكل بنفس الأصابع التي نبشت القمامة، وترتع في شعره الأشعث كل أنواع الحشرات (ألفت حقي، 2001: 30).

10- **عدم الانتباه:**

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدود، هذا السلوك يتضمن عدم الانتباه بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول البال أو يقوم بأحلام اليقظة (ياسر اسماعيل، 2009: 31).

تري الباحثة بناء على ما سبق ذكره الآتي:

1- أن حالات اضطراب الذاكرة ترجع جميعًا إلى الإخفاق في الاختزان أو الإخفاق في الاستعادة ومن ثم يحدث النسيان.
2- أن القلق ينشأ نتيجة لعدم شعور الفرد بالأمان وتصوره بأن الموقف أكثر خطورة مما هو عليه في الواقع، وتوقع حدوث الشر، مثلًا شعور الفرد بالخوف والقلق عند مقابلة بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم.
3- إن الأفراد المصابين بالأمراض النفسية لا يستطيعون مزاولة أعمالهم والنشاطات الموكلة إليهم بإتقان، كما يصعب عليهم اتخاذ القرارات بسبب عدم الاتزان الانفعالي لديهم؛ لأنهم يشعرون بشك وتردد في قدراتهم.

4- إن شكوى فرد في الأسرة من الآلام بأحد أعضاء جسمه عندما يكون متوتر نفسيًا، يلفت انتباه أفراد أسرته إلى أن هذا مخرج للتوتر، كما أن المرض النفسي يؤدي إلى رعاش باليدين، مثلًا رعش اليدين عند مسك الكوب أو عند صب الشاي للضيوف.

5- أن مريض الاضطراب الحركي المصاب بالنشاط الحركي الزائد يجد صعوبة في البقاء جالسًا لفترة طويلة.

6- إن اضطراب البصيرة يؤدي بالمريض النفسي إلى صعوبة في التركيز والانتباه، وسهولة التشتت بأي مؤثرات خارجية، ونسيان واجباته ومسؤولياته اليومية الموكلة إليه من قبل أسرته.

7- أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده التي تحدد سلوك أفراده، فإذا خرج فرد من الأسرة عن هذه العادات والقيم والتقاليد اتصف سلوكه بالانحراف، فمثلا قد يظهر المراهقون سلوكيات معادية للمجتمع وذلك بقيامهم بالعديد من الأفعال الخاطئة مثل السرقة، تعاطي المخدرات.

محددات أو معايير المرض النفسي:

من السهولة تحديد الانحرافات في الصحة الجسمية نسبيًا، إذ تجد عند الأطباء معايير ومقاييس متفق عليها، أما بالنسبة للانحرافات في الصحة النفسية، فالأمر على درجة من الصعوبة؛ لأن صحة النفس ووهنها مفهومان فرضيان، لم يتفق علماء النفس على تعريفهما، ولا على طريقة قياسهما، وهذه الصعوبات لم تمنع علماء النفس من وضع معايير للانحراف في الصحة النفسية للتمييز بين السلوك الحسن والسلوك السيئ، وتحديد الشخص السوي والشخص المنحرف ومن هذه المعايير الآتي:

1- المعيار الذاتي:

يري هذا المعيار أن الإنسان معيار كل شيء، فهو الذي يحكم على سلوكه بالسوي أو الانحراف، في ضوء ما يراه هو ويقبله، ويرضي عنه، فالسلوك السوي يحقق لصاحبه الشعور بالارتياح، ويخفف توتراته ويحرره من الصراع والقلق، ويشعره بالكفاءة والجدارة، ويمكنه من تحقيق أهدافه، ويساعده على التوافق الحسن مع نفسه ومع الناس، أما السلوك المنحرف فهو

الذي لا يحقق لصاحبه شيئًا من هذا، ويشعره بالتوتر والقلق وعدم الارتياح ويوقعه في الصراع، ويعرضه للإحباط، ويجعل توافقه سيئًا مع نفسه ومع الناس.

2- المعيار الاجتماعي:

يفيد هذا المعيار أن كل مجتمع يربي أفراده على احترام بعض القيم والعادات والتقاليد وقواعد السلوك، ويعتمد إلى إلزامهم بها حتى يحفظ تماسكه ويصون استقراره، ويحمي وجوده، ويحتكم المحك الاجتماعي إلى معايير المجتمع وقيمه في الحكم على السلوك بالسوي أو الانحراف، ويعتبر ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوكًا سويًا، وما يرفضه سلوكا منحرفًا (مروان حويج وعصام الصفدي، 2009: 81 – 84).

3- **المعيار الإحصائي:**

حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص.

4- **المعيار المثالي:**

حيث يعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال (حامد زهران، 2005: 11).

5- **المعيار الثقافي:**

إن المجتمع وثقافته يمثلان محددات رئيسية لبناء الشخصية الإنسانية، ومن هنا يعتبر الإنسان بصفة عامة انعكاساً للواقع الثقافي الذي يعيشه، ووفقاً لهذا المعيار فإن الحكم على الشخص المتوافق يكون فى إطار الجماعة المرجعية للفرد، إلا أنه يجب أن نضع فى الاعتبار عند استخدام هذا المعيار فى الحكم على الشخص المتوافق معايير النسبية الثقافية، فما هو سوي فى جماعة قد يعتبر شاذاً أو مرضياً فى جماعة أخرى، ويعني ذلك أن الشخص المتوافق أو غير المتوافق لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد وتحليلها إلى الثقافات الفرعية المختلفة (عبد الحميد شاذلي، 2001: 67).

تري الباحثة مما سبق ذكره أن المعيار الذاتي يحكم الشخص من خلاله على سلوكه وسلوك الآخرين من أفراد أسرته بالسوي أو بالانحراف حسب وجهه نظر الشخص أو حسب ما يراه حسنًا أو سيئًا في ضوء إطاره المرجعي، أما المعيار الاجتماعي فإن عادات المجتمع وتقاليده وقيمه هى التي تحكم على السلوك بالسوي أو الانحراف، مثلاً التاجر الشريف شخص سوي فى نظر المجتمع، أما اللص فهو شخص منحرف، ومثل أيضاً سلوك المرأة الهندوسية التي ترفض أكل البصل والثوم أو أي أطعمة حارة أخرى عقب وفاة زوجها تعتبر سوية لأن ذلك المعيار هو جزء من الثقافة الهندوسية، أما المعيار الإحصائي فهو يقوم على أساس قانون التوزيع الاعتدالي، حيث يرى أن السلوك السوي والعادي هو ما يشيع بين الناس في مجتمع معين، أما المقياس المثالي فكرته تقوم على أنه كلما اقترب الفرد من المثل الأعلى فيكون مثاليًا في صحته النفسية، وما ينحرف عن المثل الأعلى يكون سلوك منحرف، أما المعيار الثقافي فهو يرى أن لكل مجتمع ثقافة معينة وهذه الثقافة تحدد مجموعة من القيم والعادات والتقاليد والمعايير التي يتم من خلالها تقييم سلوك الفرد بالسوي أو اللاسوي.

الأمراض النفسية الشائعة:

حتى الآن لا يوجد اتفاق بين العلماء على تصنيف الأمراض النفسية فى أنماط مختلفة، إلا أن التصنيفات التي تقدم فإنما تقدم بغرض الدراسة والمساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها، مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للفرد الذي يعاني من اضطراب في السلوك ومن هذه الأمراض فى ميدان الطب النفسي، ومن أهمها عصاب القلق، الاكتئاب النفسي، الفصام العقلي، عصاب الوسواس، اضطرابات الجسدنة، الاكتئاب الذهاني، اضطراب الهلع، يمكن نوضحها على النحو التالي:

1- عُصاب القلق Anxiety neurosis:

يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العُصاب، وهو جزء من الحياة البشرية وأحد لوازم الوجود البشري، إذا أن القلق بمثابة الحرص والرغبة في الحياة، ويزيد آليات العمل النفسي حين ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد، ويعد القلق من أكثر

الحالات الوجدانية الشائعة المسببة لكثير من المشكلات، ويصيب نحو (5%) من السكان ويصيب (1%) منهم تقريبًا إلى درجة العجز وأغلب المصابين به (81%) من النساء (نهاد عبد الوهاب، 2016: 91).

ويعرف القلق بأنه: "شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي فى شكل نوبات تتكرر فى نفس الفرد"، ولقد قسم علماء الطب النفسي القلق إلى نوعين:

أ- القلق العادي أو السوي.

ب-القلق المرضي.

وتتميز الإصابة بالقلق المرضي بمثل هذه الأعراض:

أ. الشعور بالتوتر العام وسرعة الانفعال.

ب. المخاوف العامة غير المحددة.

ج. توقع الأذى والمصائب.

د. زيادة سرعة ضربات القلب.

هـ. اتساع حدقة العين وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت أو الضوء.

و. ارتفاع ضغط الدم واصفرار الوجه وجفاف الفم والحلق (سلامة عبد العال ونهي مغازي، 1998: 194 – 196).

2- الاكتئاب النفسي Depression:

يطلق على الاكتئاب مرض العصر الحالى، وهو أحد اكثر الأمراض النفسية انتشاراً، وتؤدي الإصابة بالاكتئاب إلى العزلة وفقدان الاهتمام بالحياة، وتزايد احتمالات الانتحار، ويصيب الاكتئاب النساء أكثر من الرجال، ويقدر عدد حالات الاكتئاب فى العالم بحوالى (340) مليون حالة، ونسبة الإصابة بالاكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم، ويؤدي إلى ما يقرب من (800) ألف حالة انتحار كل عام (لطفى الشربيني، 2001: 35).

3- الفُصام العقلي Schizophrenia:

هو مرض ذُهاني شديد ومزمن، وتأتى التسمية من اللغة اليونانية وتعني فصم العقل ويصيب حوالى (1%) من الناس أثناء حياتهم فى جميع الثقافات، وتكتر الإصابة فى منتصف العشرينات وأوائل الثلاثينات من العمر، ويؤثر الفصام على التفكير، والإدراك، السلوك، والعاطفة، والمعرفة ويعتمد تشخيص الفصام على:

أ- وجود عرضين أو أكثر من الأعراض التالية على أن تكون موجودة لمدة شهر على فترات واضحة: أوهام، هلاوس، كلام غير منظم، سلوك مضطرب، فقدان التعبير العاطفي فى الوجه، فقدان الدافعية وقلة الكلام.

ب- استمرار علامات الاضطراب لمدة ستة شهور على الأقل.

ج- ينتج عن الأعراض اضطراب فى الأداء والعلاقات الاجتماعية والمهنية (محمد الريماوي وآخرون، 2004: 638).

4- عُصاب الوسواس Obsessional neurosis:

يتميز المصاب بهذا العُصاب بالوساوس التي قد تتخذ شكل فكرة أو شعور متسلط، لا يستطيع المرء منه فكاكًا، فهذا الفرد قد تساوره رغبة عارمة فى أن يقتل حماته قبل أن تقتله... فيحاول بكل طاقته أن يبعد هذه الفكرة وأن يقاومها إلا أنها تطارده كظله كل آن، مع إدراكه تماماً أنها فكرة سخيفة ليس لها ما يبررها، كما يتميز أيضاً بضروب من السلوك القسري لا يستطيع معها الفرد مقاومة، فهو مرغم على أن يغسل يديه كل خمس دقائق وأن يطهر يديه بالكحول كل يوم ثلاث مرات على الأقل، ولا يستطيع أن يهدأ إلا إذا سلك هذا المسلك فهم عوازون للثقة بالنفس، يصابون بالفزع والقلق والشعور بالضيق إذا ما صادفتهم مشكلة رغم ما يتوافر لديهم من ذكاء (عباس عوض، بدون سنة نشر: 347 - 348).

5- اضطرابات الجسدنة Somatization Disorder:

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة، مستمرة لمدة عامين على الأقل، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة، يكون فى أثنائها قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا

طائل من ورائها، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم، ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل المدى فى السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي، ويجب أن تصنف الأعراض قصيرة المدي (أقل من عامين) والأقل شدة تحت اضطراب (الجسدنة) غير المميز ويحتاج التشخيص الأكيد إلى عامين على الأقل من الأعراض البدنية المتعددة والمختلفة، والتي لم يستدل على تفسير بدنى لها، والرفض المستمر لقبول النصح أو الطمأنة من عدة أطباء، ودرجة من اضطراب الوظيفة الاجتماعية والعائلية، مرجعها إلى طبيعة الأعراض والسلوك المترتب عليها (أحمد عكاشة وطارق عكاشة، 2016: 240).

6- الإكتئاب الذُّهاني psychotic depression:

الاكتئاب الذُّهاني غير محدد المصدر وهو أشد حدة وأكثر استمراراً ونادراً أن تنتهي حياة المكتئب الذُّهاني إلى الانتحار، حيث يبدو وكأنه البديل الوحيد للأحزان والتعاسة، ويصحب الاكتئاب الذُّهاني اضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلاوس والهواجس وهناك نقاط التقاء بين كلا النوعين وهي:-

أ- التعبير الشخصي المتكرر من الإحساس بالتعاسة والحزن.

ب- العجز عن مواجهة المستقبل والخوف منه.

ج- افتقاد النشاط والإيجابية.

د- صعوبات فى العلاقات الاجتماعية.

هـ- تكرار أفكار يائسة لا تبعث على السرور، بل تبعث على الخوف واليأس من المستقبل وعدم الجدوى.

و- صعوبات فى النوم والشهية (حسين فايد، 2005: 35).

7- اضطراب الهلع Panicdlsorder:

يعد اضطراب الهلع هو أحد اضطرابات القلق، والأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يخبرون نوبات فجائية من الخوف الشديد تستمر بضع دقائق وأحياناً تصل إلى ساعات، ويشعر هؤلاء الأفراد بصعوبة في التنفس، والغثيان الشديد، والدوخة وتصبب العرق، وألم الصدر، والقلق

الشديد من الموت، كما قد يصطحب الذعر حالة من الاكتئاب، ويمكن تشخيص اضطراب الهلع بحصول نوبة أو أكثر من القلق يتوفر فيها ما يلي:

أ- لم تكن متوقعة.

ب- لم تحصل فى موقف كان فيه المريض مركزاً لانتباه الآخرين

حصول أربع نوبات خلال أربعة أسابيع، وحصول أربعة أعراض كضيق التنفس أو شعور بالاختناق، ودوخه، وزيادة فى سرعة نبضات القلب، وتصبب العرق، وتعثر البلع، غثيان وألم فى البطن (أسامة مصطفي، 2011: 341).

الفرق بين الأمراض النفسية العصبية (عُصاب) والأمراض العقلية (الذُّهان):

إن العُصابين أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وتعساء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصبغ حياتهم بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر، ولكنهم قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود التي يفرضونها على أنفسهم، أما الذُّهانيون فهم طائفة أخرى يطلق عليهم أحياناً اسم المرضى العقليين أو المجانين وهم تعساء، وخطرون وعديمو الفاعلية، وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين (عبدالستار إبراهيم، 1994: 20).

وفيما يلي أهم الفوارق المميزة بينهم:

1- المرض النفسي يتناول الفرد من ناحية انفعالية بدون اضطراب فى الوظائف العقلية، بينما المرض العقلي يسيطر على التفكير لدى الفرد وكذلك التماسك في الوظائف العقلية.

2- المريض عقلياً قد يكون خطراً على نفسه، وعلى الناس ولا يستطيع، أن يخدم نفسه فهو بحاجة إلى مستشفيات ومصحات تعتني به، أما المريض النفسي فهو شخص يمارس حياته ويأخذ دوره في المجتمع إلا أنه يعانى من مشاعر القلق والاضطراب خلال ممارسته للحياة فهو شخص قادر على أن يصبر على مشكلته ولا ضرورة للعناية به في مصحات (صالح الداهرى، 2010: 370 - 371).

3- المريض العُصابي لا يزال متصلاً بالواقع منذ مجافيه، ويحاول أن يتكيف ويحيا حياة سعيدة، بينما المريض الذُّهاني يتميز بانحطاط واضح فى قواه العقلية، إذ يتغير الواقع والعالم الخارجي فى نظره ويعتبر واضحاً فيراه بصورة مشوهة.

4- المريض العُصابي يدرك مرضه وذو بصيرة بشذوذ سلوكه وأفعاله، أما المريض الذُّهاني لا يدرك مرضه وليست لديه أي بصيرة بمشكلته وحالته، وما يأتيه من أفعال وتصرفات شاذة فهو يعمى عن حقيقة سلوكه ولا يدرك شذوذ ما يقوم به من سلوك (فوزى جبل، 2000: 121 - 122).

5- الأمراض العُصابية تكون من مصادر نفسية – غير عضوية وغير جسمية، ترتبط باضطرابات مزاجية وقابلة للعودة لحالة الاعتدال والتوازن، أما الأمراض العقلية فهي ناشئة عن خلل عضوى فيزيولوحى أو عصبي، دماغى، وباختصار الجملة العصبية الدماغية، في المرض النفسي هي غالباً سليمة ونادراً مصابة، ولكنها في المرض العقلي هي حتماً مصابة، ويصاحب المرض العقلي اضطرابات هضمية ووظائفية وعلاجها طويل وصعب (عطوف ياسين، 1996: 211).

6- يبقي المريض نفسياً على اتصال مع البيئة المحيطة به، ويبنى علاقات عادية مع الآخرين، في حين أن المريض عقلياً ينقطع اتصاله وتواصله مع الآخرين، ويصبح عاجزاً عن تكوين علاقات طبيعية عادية مع الآخرين.

7- المريض النفسي يقدر إمكاناته ويعي مرضه ويستوعب الصعوبات التي يعانى منها، ويسعى في طلب المساعدة والعلاج والتخلص من هذه الاضطرابات، لكن المريض عقلياً لا يعي حقيقة أمره وغير مدرك للصعوبات التي يمر بها، لأنه لا يعرف حقيقة نفسه ولا يدرك قدراته وإمكاناته بل ويرفض المساعدة من الآخرين وينزعج إذا طلب منه أن يذهب للطبيب للعلاج (حسن منسي، 1998: 80 - 81).

8- نادراً ما يصيب الفرد في طفولته بالأمراض الذُّهانية ولكن يصيبه في المراحل الأخرى، بينما يصيب العُصاب الفرد في أية مرحلة من مراحل العمر.

9- علاج الأمراض الذُّهانية أكثر صعوبة من علاج العصابات، كما أن نتائج العلاج غير مؤكدة وغير مضمونة، بينما يكون علاج العُصابات أكثر سهولة، كما أن نتائجه فعالة في معظم الحالات (محمد مياسا، 1997: 127).

10-العوامل ذات المنشأ النفسي ذات أهمية أولية في حالة العُصاب، أما العوامل الوراثية فلم يحدد أثرها بعد، وفي حالة المرض العقلي، فإن العوامل التكوينية أو الفطرية ذات أهمية في معظم الحالات، والعوامل العصبية والسموم غالبًا تحديدية ذات المنشأ النفسي لها فعاليتها أيضاً (حلمى المليجي، 2000: 71)

وتلخص الباحثة بناءً على ما سبق ذكره أن الإصابة بالأمراض العُصابية تلحق سلوك الفرد وشخصيته قدراً من الاضطراب ولكنها لا تعوقه كثيراً عن أداء أعماله اليومية فى مختلف مجالات الحياة بينما الإصابة بالأمراض العقلية (الذُّهانية) تلحق ضرراً كبيراً فى سلوك الفرد وعلاقاته مع الناس والبيئة المحيطة به.

النظريات التي تفسر نشوء الأمراض النفسية:

توجد العديد من وجهات النظر النفسية التي قدمت اجتهادات أصلية في مجال تقديم تفسيرات لأسباب الاضطرابات النفسية ومع تطور علم النفس تطورت أيضاً النظريات والمدارس فى علم النفس والتي تفسر الأمراض النفسية عند الإنسان وهناك نظريات متعددة نذكر منها الآتي:

1- النظرية العقلانية الانفعالية (1962م) :

مؤسس هذه النظرية ألبرت اليس Alice (1962م)، وقد قرر بأنها تفترض أن هناك قوى بيولوجية وقوى اجتماعية تقود الفرد إلى التفكير العقلاني، وأن باستطاعة الإنسان أن يكون عقلانياً فى تفكيره، أما الاضطرابات الانفعالية والعصابات فهما فى الحقيقة أفكار غير عقلانية ويكون العلاج فى هذه النظرية فى إيصال الفرد إلى تفكير عقلاني وعندها تختفي الاضطرابات النفسية وتعود السعادة إلى المريض ويكون التغيير عن طريق المجادلة والإقناع، ولقد افترض (اليس) Alic أنه توجد أفكار غير عقلانية تسبب الاضطرابات لمن يعتقدها وأن الأفراد المضطربين لديهم أفكار غير عقلانية وغير منطقية أكثر من الأفراد الأقل اضطراباً والمعالج يقوم بتغيير الأفكار غير العقلانية إلى أفكار عقلانية (كاملة الفرخ وعبد الجابر ثيم، 1999: 72-73).

2- نظرية كريبلين Kraepelin (1883 م) :

لقد اعتمد (كريبلين) Kraepelin على الاتجاه البيولوجي فى تفسير الأمراض النفسية حيث اعتبر أن المرض النفسي ينتج عن مرض دماغي، ولقد درس مختلف الأمراض النفسية وتصنيفاتها وجمعها فى فئات مشتركة، ولقد وضع أشهر التصنيفات النفسية والتي مازالت تمثل الأساس للتصنيفات المعاصرة، ولقد اعتقد بأن الأمراض النفسية هي الأمراض الدماغية لذلك لم يعر اهتمامه للعمليات النفسية الداخلية كاللاشعور والصراعات فى نشوء المرض النفسي وكل ما قام بفعله هو التصنيف الدقيق والدراسة العملية فى المسببات العضوية، ولقد تتملذ كريبلين على يد فونت font والذي يعتبر أبو علم النفس التجريبي كما أنه طبق نتائج وأدوات علم النفس في الطب النفسي، وقام (كريبلين) Kraepelin بتقسيم الاضطرابات العقلية الرئيسية إلى فئتين:-

أ- **العتة المبكر:** وهو ذلك المرض النفسي الذُّهاني الذي يمكن تمييزه من خلال أعراضه، ومن أشهر هذه الأعراض الهلاوس والضلالات والتبلد الانفعالي واختلال الوظائف العقلية والسلوك الشاذ.

ب-**الجنون الدوري أو الجنون الدائري أو جنون الهوس (الاكتئاب):** هو ذُّهان تنتاب فيه المريض نوبات من الفرح الزائد والحزن الزائد، ولقد وضع تصنيفه هذا على أساس من عمر المريض وبداية الإصابة بالمرض (عبد الرحمن العيسوى، 2001: 73-74).

3- النظرية السلوكية (1913م):

إن المدرسة السلوكية بأصلها قامت على الملاحظة الخارجية للسلوك حصراً، أي المعطيات الحركية، واللغوية والفيزيولوجية في حين أنكرت كليا اللاشعور لذلك لم تقم وزناً، من حيث نهج الدراسة للسلوك لعمليات الاستبطان أو الاستبصار، كما أنها نظرية تنكر السيكولوجيا الاستبطانية القديمة القائمة على الشعور لتحل محلها سيكولوجيا فيزيولوجية موضوعية خاضعة للضبط التجريبي، تقوم على المنهج العلمي في دراسة السلوك رائدها واطسون Watson وتقوم أسسها على دراسة المنعكسات الإشراطية التي اكتشفها بافلوف Bavlov وتلاميذه سنة (1900م)، وترى السلوكية أنها في إمكانها ضبط السلوك الإنساني وتبديله بفعل مبدأ الإثارة والاستجابة، أي وفق قوانين التعلم من حيث تشكيل السلوك أو إزالته، وأن ميدان السلوكية هو التكيف الفردي والجماعي، وعلى الرغم من أن الدوافع الفيزيولوجية الداخلية هي أمور معترف بها في النظرية

السلوكية إلا أن الاهتمام الأكبر ينصب على الحوادث الخارجية في تحديد السلوك، أو الإبقاء عليه، أو محوه وإزالته، وأن كل شيء لا يخضع للملاحظة لا يتحدد بالوصف ولا يخضع للقياس أمر مهمل لا يستحق الاعتبار مثل المفاهيم التي تتحدث عن اللاشعور والصراعات النفسية، ولهذا فإن النموذج الطبي أو (المرض) هو شيء غير ضرورى ولا ملائم كما إن السلوك اللاتكيفي مثل الرُهاب والعدوان هو سلوك متعلم ويخضع لمبادئ السلوك السوى نفسها من حيث الاكتساب والتعلم (محمد الحجار، 1998: 34-36).

4-نظرية التحليل النفسي (1827- 1933م):

لا شك بأن تأثير سيجموند فرويد Simon Freud في ميدان الأمراض النفسية يعتبر تأثيراً كبيراً، بسبب (اكتشافه) اللاشعور، فالصراع يتطور عن هذا الجزء من الشخصية، وأشكال القلق التي تنمو في الطفولة تظل في سبات عميق، ودون حل، باحثة عن منافذ التنفيس في مراحل الحياة اللاحقة، والنتيجة هي ظهور أعراض غير طبيعية، بل وغريبة الأطوار، ثم تظهر سلسلة من الحيل الدفاعية اللاشعورية لمعالجة وتدبير أمر صدمات الطفولة التي لم تحل بعد، تعمل هذه الفعاليات بطريقة لاشعورية، فهي دون مستوى الوعي، ولا تكف عن استنفاذ احتياطي الطاقة النفسية، وكلما فاض الكيل بالجهاز النفسي من جراء الإرهاق فإن مواد الكبت وموضوعاته تقترب من سطح الشعور في شكل فلتات اللسان، وأحاسيس القلق، أو التخيلات المرعبة (جوردون إمسلي وآخرون، 1993: 377).

كما فسر فرويد حدوث العُصاب بأن الايجو (Ego) لم يعد قادراً على القيام بمهمته، ولم تعد له حرية التصرف في جميع خبراته، وكفت نواهي الأنا الأعلى الصارمة نشاطه، واستنفدت محاولاته اليائسة في صدر رغبات الهو الغريزية طاقته، وأثارت الغزوات المستمرة من الهو الاضطراب في منظمته، وقد فرقته الدوافع المتناقضة والصراع الذي لم يهدأ أو الشكوك التي لم تحل، وكما يرى فرويد أنه لابد من وجود ثلاثة شروط أو عوامل تعمل على خلق العُصاب: الحرمان، والتثبيت، والقابلية للصراع الناشئ عن الأنا، فلا يمكن وجود العُصاب بدون صراع (سهير أحمد، 2008: 248-249).

5- نظرية أدولف ماير البيولوجية Adolf meyer (1895م):

وهي رد ونقد للنظرية الطبية العضوية لى كريبلين kraepelin ويرى (ماير) أن المرض وحدة مستقلة ولكن مصدره نفسي - بيولوجي- جسمي - اجتماعي- وله دينامياته الخاصة، ويؤكد (آدولف ماير) أن المرض ناتج عن الوراثة وحمل الطفل والرضاعة، ومراحل الطفولة، والأمراض العضوية، وتجارب الحياة، وشدائد المحيط، وظروف البيئة، وإن السلوك هو نتاج الشخصية ككل ولكل فرد شخصيته المتميزة وتاريخ حياته وحالته والمرض، هو رد فعل لأحداث الحياة وعواملها الصغيرة والكبيرة، وحين يفشل الإنسان في تقبل العالم الخارجي المتناقص وطبيعته المتصارعة يصل إلى المرض العقلي فلا بد من التكيف والتأقلم والتوازن بين (غايات وآمال الإنسان) وبين ما هو (ممكن وواقع) من جهة ثانية حتى لا تحدث الفجوة التي غالباً ما يسقط بها المريض والعُصاب مثال لشعور الإنسان بالنقص وكل مرض نفسي هو (رد فعل مرضي) (عطوف ياسين، 1998: 82-83).

6- نظرية هورني Horney (1952م):

تعتقد هورني أن الاضطرابات النفسية تنطوي على اتجاهات لاشعورية ترمي إلى مواجهة الحياة بالرغم من المخاوف والعزلة والعجز، وهذه الاتجاهات اللاشعورية هي ما أطلقت عليه اسم (النزعات العصبية)، ويلجأ الناس غالباً إلى هذه الأساليب المرضية للتخفيف من حدة القلق الذي يعانونه، ذلك القلق الذي نشأ نتيجة لما تعرض له الفرد من اضطرابات في علاقاته مع مجتمع مليء بالعدوان، تسيطر عليه ثقافات وحضارات تقوم على التنافس والتهديد والقوة والاضطراب والتنافس الأليم، والتحقير والإذلال، والخداع والاستغلال والشك... وغيرها (مصطفي فهمي، 1998: 358).

7- نظرية التعلم الاجتماعي (1954 م):

تعتمد هذه النظرية على المسلمات الأساسية لنظرية التعلم، ويرى أصحاب هذه النظرية ومنهم جوليان روتر Julian Rutir أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي، ولا يحتاج إلى مبادئ أخرى لفهمه وتفسيره، وهم يرون أن السلوك المنحرف والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي، هو سلوك غير مرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه

سلوك سبق تعلمه، كما ترى هذه النظرية أنه لا ينبغي تقويم سلوك الفرد في التشخيص فقط، بل علينا أن نقوم توقعاته والقيم التي يضعها للأهداف المختلفة، وكما يرى باندورا Bandura أن التعلم يتم من خلال الملاحظة والتقليد (النمذجة) (أسامة مصطفى، 2011 :84).

التعقيب على النظريات المفسره للمرض النفسي:

ترى الباحثة بناءً على ما تقدم أن عملية التفاعل مطلوبة ولكنها غير قابلة للتطبيق على كل الأمراض النفسية فكل منحني قد يكون أكثر ملائمة في تفسير مرض ما عن مرض آخر، فالمنحني الطبي مناسب في حالات الفصام والأمراض العضوية ذات الأعراض النفسية، والمنحني التحليلي مهم في تحليل وتفسير الأعراض التي لا تبدو مرتبطة بأسباب مباشرة في الوقت الحالي وإنما لها علاقة بالماضي، والمنحني المعرفي السلوكي يفيد في تفسير الاكتئاب، كما ترى أيضا أن هذه الدراسة تستند على نظرية التعلم الاجتماعي حيث أن تفسير الأمراض النفسية وفق هذه النظرية يتم وفق سياق اجتماعي ومن خلال التفاعل الاجتماعي بين المريض النفسي وأفراد أسرته سواء كان الأب أو الأم (النموذج) ولذلك يعمل الأفراد على التعلم بملاحظة سلوك النموذج وتقليد وتبني هذا السلوك، فالأسرة هي المصدر الأساسي لتعلم الفرد السلوك الإيجابي أو السلبي نحو المرض النفسي؛ لأنه يتعلم سلوكيات والديه ويعمل على تقليدها وهذا ينعكس على جميع أفراد الأسرة الذين يتعاملون من المريض النفسي مما يؤثر على تطور حالته نحو الأفضل أو الأسوأ تبعًا لطبيعة سلوكيات الأسرة التي نشأ فيها.

العلاج النفسي Psychotherapy:

إن العلاج النفسي لعلاج مشاكل الصحة النفسية والعقلية من خلال التحدث مع طبيب نفسي أو أخصائي نفسي أو غيره من مقدمي خدمات الصحة النفسية، وفي أثناء العلاج النفسي يتعرف الفرد على حالته وحالاته المزاجية، ومشاعره، وأفكاره ويساعده العلاج على كيفية السيطرة على حياته كما أنه هناك العديد من أنواع العلاج النفسي، ولكل منها منهجها الخاص ويعتمد نوع العلاج المناسب على وضع الفرد وستتطرق الباحثة إلى العلاج النفسي وأنواعه على النحو التالي:

1- **العلاج النفسي عن طريق العمل:**

في عام (1929م) خطت المعالجة النفسية خطوات واسعة وذلك عندما أدخل سيمون simon نهج المعالجة المهنية (العلاج النفسي عن طريق العمل) في المصح العقلي بمدينة (غوتر سيلر) في ألمانيا، النهج العلاجي الثورى الذي طور المشافي فأدخلها في ذلك التحديث، وباختلاف مدارس علم النفس، اختلفت أيضاً معها طرق العلاج، وأن الذي ورث العلاج النفسي التحليل في مكانته وتألقه اليوم هو العلاج النفسي السلوكي والعلاج المعرفي، ويرجع تاريخ المدرسة العلاجية السلوكية إلى تاريخ العلاج النفسي عموماً، والعلاج النفسي عموماً مورث على كل العصور والأزمات الغابرة من أجل إزالة كرب البشر والتخفيف من قلقهم ومخاوفهم وكآبتهم (محمد الحجار، 1998: 13-14).

2- **وضع الخطط العلاجية**:

كما تضيف سهير أحمد بأن خطة العلاج النفسي تبدأ بمسلمة أساسية وهي ضعف الأنا نتيجة للصراع الداخلي، فعلينا أن نتقدم لمساعدته، ويجب على الطبيب المعالج وعلى الأنا الضعيف للمريض إذ يثبتان أقدامهما في العالم الخارجي الواقعي أن يتحدى ضد المطالب الغريزية للهو، والمطالب الأخلاقية للأنا الأعلى، ويعقد ميثاقاً بين المريض والمعالج، فيتعهد المريض بأن يخلص القول إخلاصاً تاماً للمعالج، وأن يضع تحت تصرفه كل المواد النفسية التي يزوده بها إدراكه الذاتي، وعلى المعالج أن يؤكد بأنه سيتوخى الأمانة التامة، ويضع في خدمة تجارية لتأويل المواد التي أثر فيها اللاشعور ويعوض بمعارفه جهل المريض ويهيئ للأنا لديه السيطرة تانية على المناطق التي هجرها في حياته النفسية، وعلى هذا الميثاق يقوم الموقف التحليلي (سهير أحمد، 2000: 19).

أنواع العلاج النفسي Psychotherapy:

والعلاج النفسي له أسباب متعددة إما بالعقاقير وهي مواد كيميائية تصلح من شأن التغيرات غير الطبيعية التي في المخ وتسبب عنها ظهور المرض، وهذه العقاقير توقف المسار الخاطئ الضار، أو تعوض نقصاً معيناً، وهذه العقاقير لا بد أن تؤخذ بجرعة معينة ولمدة معينة، وهناك علاج بدون العقاقير ويسمى (العلاج النفسي) أي العلاج بالكلمة والحوار، والاستماع والفهم

والشرح والتدعيم والمساندة والتعاطف والنصيحة وإعادة تنظيم طريقة التفكير (عادل صادق، 1999: 22).

أولاً- العلاج بالكلام:

يتضمن عدداً كبيراً من الأساليب وفيما يلي بعض منها:

1- العلاج النفسي الهادف Psychotherapy Meaningful:

أساس هذا العلاج هو الإيحاء يهدف تغيير انفعالات ومعتقدات المريض، وكذلك التفسير والتشجيع، تفسير أعراض المرض وأسبابه يهدف بعث الطمأنينة والأمل في نفس المريض، وكذلك المعاضدة والتدعيم من خلال فهم شكوى المريض ومشاركته في أفكاره وآماله دونما انفعال واضح، وتقديم النصح والإرشاد اللازمين لمساعدة على حل مشاكله وصراعاته (وداد الموصلي وحسن محمود، 2009: 181).

2- العلاج العائلي family Therapy:

لقد نشأ العلاج العائلي مع تصور عالمي بأن صحة الفرد الجسمية والنفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بأحوال العائلة التي يعيش في كنفها، ونجد المعالج يدخل في عالم الأسرة ويجلس مع أفرادها فرادى أو مجتمعين فيسمع ويرى ويحلل ويفسر كل ما يراه من علاقات ونشاطات وأخطاء وحسنات داخل الأسرة، ثم يعيد ذلك كله ويوضحه أمام أفرادها في محاولة للوصول إلى أفضل الصيغ، وهو في ذلك يتصرف طبقاً لمقاييس الأسرة أو لمقاييسه الشخصية الخاصة (محمد المهدي، 2002: 145-147).

ويهدف العلاج العائلي (الأسري) إلى مساعدة أعضاء الأسرة الواحدة على النمو عن طريق تنمية علاقة كل فرد بالآخرين، ويتم النظر إلى الأسرة من خلال العلاقة الإرشادية كوحدة خاضعة بكاملها بالإرشاد أو العلاج دون أن يكون موجهاً إلى شخص واحد أو فرد بعينه (رمضان القذافي، 1992: 335).

3- العلاج السلوكي Behavioral Therapy :

يمكن أن يتخذ علاج السلوك غير التكيفي طرقاً عديدة، وهناك طريقتان تعتبران من أكثر الطرق استخداماً وهم كالتالي:

أ- ترجمة اللغة والأساليب للاتجاهات غير السلوكية إلى نظم للتعزيز الاجتماعي الإيجابي والسلبي، ومبادئ التعزيز التطبيقية، ويعد هذا الاتجاه نظرياً بطبيعته وهو يؤكد على كون المعالج يستخدم العلاج النفسي السلوكي بالفعل.

ب-الاتجاه الثاني فهو عملى (ذرائعي أو براجماطيقي) في مجمله، وتطبيقي، وهو يشمل تطوير واستخدام إجراءات محددة تعمل على تغيير السلوك مثل التخلص من السلوك (إضعاف الحساسية أو الحد منها، والتعلم المنفر)، وكذلك مناهج تكوين وبناء السلوك أو تشكيله (التعزيز الإيجابي الانتقائي، والاستثمار الرمزى – أو الهدايا الرمزية) (جوردون ر.إمسيلي وأخرون، 1993: 390-391).

4- العلاج باللعب play Therapy:

وهي طريقة شائعة الاستخدام في علاج وإرشاد الأطفال على أساس أنه يستند إلى أسس نفسية، وله أساليب تتفق مع مرحلة النمو التي يمر بها الطفل وتناسبها، وأنه يفيد في تعليم الطفل وفى تشخيص مشكلاته وفى علاج اضطرابه السلوكي، حيث يقوم الطفل وهو يلعب بعملية (لعب الدور) يعبر فيها عن مشاعره ومشكلاته؛ لأنه ليس كالكبار الذين يمكنهم عمل ذلك بالكلام والتعبير، حيث يقوم المعالج بملاحظة الطفل داخل غرفة اللعب بهدف تشخيص حالته وعلاجها فالطفل المضطرب نفسياً يعبر عن مشكلاته وصراعاته وحاجاته غير المشبعة وانفعالاته المشحونة أثناء لعبة فهو يسخط على الدمي واللعب وهذا يسهل تشخيصه وبالتالي علاجه (كاملة الفرخ وعبد الجابر تيم، 1999: 155 - 157).

5- العلاج الجماعي Group Therapy:

يضم جماعة من المرضي في نفس الوقت، وهنا يعالج المريض عن طريق الجماعة وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي أساساً على العلاقة بين المريض وبين الجماعة وبينه وبين المعالج، وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلة ولكن هناك كثيرون غيره، ويحدث

بينهم نوع من المساندة والمساعدة في حل المشكلات المشتركة، وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان أمراض الكلام والجناح (حامد زهران، 2005: 208).

6- العلاج الكهربائي An Electric Approach:

إن معظم المعالجين لا يلتزمون بطريقة معالجة منفردة، فهم يستخدمون العلاج الكهربائي وهم يختارون تقنية من بين مختلف التقنيات العلاجية والتي يشعرون بأنها التقنية الأكثر ملائمة لشخصية المراجع وللأعراض المحددة، كما أن المعالج النفسي الذي لا يكون طبيباً سوف يعمل مع الطبيب النفسي الذي يصف العقاقير للمرضي، وكمثال عند التعامل مع الأشخاص الشديدي القلق فإن العلاج بالكهرباء سوف يصف أولاً المهدئات أو تدريب الاسترخاء للمساعدة في تقليل مستوى القلق لدى الشخص، كما أن العلاج الكهربائي يجب أن يناقش جوانب معينة من تاريخ المريض، لكن المعالج قد يشعر أنه من غير الضرورى دراسة تجارب الطفولة إلى المدى الذي يرغب به المحلل النفسي (حسين حسن، 2012: 122 - 123).

حيث يتم تعريض الدماغ لدفقات مضبوطة بدقة كبيرة من تيار متبادل، الذي يسبب بدوره حالة من التشنج إلا أنه من غير المعروف لماذا يكون ذلك فاعلاً في الاكتئاب، إلا أنه يعتقد أن التشنج الكهربائي يغير من وظائف الحمض الأميني الأحادي وهو أمر يشبه تأثير مضادات الاكتئاب، أما العلاج بالتشنج الذي يتم فيه استخدام أدوية من أجل إحداث النوبة التشنجية بدلاً من دفقات الكهرباء، فقد استخدمه لأول مرة الطبيب العصبي النفسي الهنقاري لاديسلاس ميدونا Ladislas Mesuna في عام (1939م) حيث انطلق من فرضية مفادها: إن نوبات التشنج التي تشبه التشنجات التي تحصل في الصرع يمكن أن تخفف من الاضطرابات النفسية، وقد قامت نظرية على الفرضية الخطأ التي كانت واسعة الانتشار في ذلك الوقت والقائلة: إن نوبات الصرع تمنع ظهور أعراض الفصام، وفى عام (1937م) بدأ الأطباء النفسيون الإيطاليون بإثارة نوبات التشنج عن طريق الصدمة الكهربائية، ومنذ عام (1939م) أصبح العلاج بالتشنج الكهربائي والمعروف عند العامة تحت تسمية العلاج بالصدمة الكهربائية منتشراً في الولايات المتحدة الأمريكية (سامر رضوان، 2009: 430).

ثانياً- العلاج العضوي physical Therapy:

هذا العلاج يهتم أساساً بالناحية الجسمية ويؤديه الطبيب المختص وتحت إشرافه، ويعتمد هذا العلاج على العقاقير كالمنومات والمطمئنات البسيطة، والمطمئنات الكبرى والعقاقير المضادة للاكتئاب، والعقاقير المساعدة على عملية التفريغ العقلي (وداد الموصلي وحسن محمود، 2009: 185-186).

ومما سبق ذكره ترى الباحثة إن مستشفيات وعيادات ليبيا تستخدم معظم العلاجات النفسية السابقة الذكر، وهذه العلاجات تتضمن إما علاجات دوائية بالعقاقير الطبية، وإما جلسات شخصية (شخص لشخص) بين المريض والمعالج، وفيها يتم مناقشة المواضيع الشخصية والحساسة، ويجب أن يحترم المعالج خصوصية وسرية العلاج، إلا في حالة حماية المريض من الأذى فإنه تخرق السرية، وفي أحيان أخرى يتم العلاج بشكل جماعي حيث يضم جماعة من المرضى يعانون من نفس المشكلة أو المرض، مثلاً جلسة علاجية لمجموعة من الأفراد مبتوري الأعضاء يعانون من مرض الاكتئاب، حيث يشعر المريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذه الإعاقة، أو يستخدم المعالج العلاج الأسري، حيث يجلس مع أفرادها بصورة فردية أو جماعية فيسمع ويحلل ويصحح كل ما يراه من أخطاء أو حسنات، أو يستخدم العلاج باللعب لعلاج الأطفال، مثلاً الطفل الذي يعاني من فرط الحركة يتم تدريبه للجلوس على لعبة معينة لفترة من الزمن، وكل جلسة يتم زيادة التوقيت، وتهدف هذه المناقشات لإزالة المعاناة الناتجة عن الاضطرابات النفسية أو تخفيفها، وأن التفاعل بين المعالج النفسي والمريض من العوامل الهامة لنجاح عملية العلاج.

اعتقادات شائعة وخاطئة عن الاضطرابات النفسية والعقلية:

لقد ارتبط المرض النفسي والعقلي بالعديد من الأفكار والاعتقادات الشائعة الخاطئة، واحتار المريض بين طبيبه وشيخه ومن هذه الاعتقادات ما يلي:

1- مس الجن حقيقة شوهتها الشعوذة:

لقد دعى الغرور العلمي والاكتشافات الطبية الكبيرة في مجال الأمراض النفسية إلى الاعتقاد بأن كل شيء أصبح واضحاً وأن ما كان يعتقده الأولون من حالات تلبس الجن أصبحت الآن

مفهومة من خلال عمليات اللاشعور التي تقوم بوظيفة دفاعية لمصلحة توازن المريض، وأكثر هذه الحالات هي حالات الهستيريا، وهي المسؤولة عن هذا التشويش، فهي التي استغلها المعالجون الشعبيون لإثبات صحة عملهم وفاعليته، وهذه الحالات تصيب الشخصيات الغير ناضجة انفعالياً، فيحدث أنه في مواجهة ضغوط معينة كعدم قدرة الطالب أو عدم رغبته في إكمال الدراسة، فتحدث حالات إعفاء ويتصرف الشخص كأنه شخص آخر، وأحياناً يتغير صوته فيلجئون إلى المعالجين الشعبيين حيث يقومون، بإيلامه بالضرب إذا لزم الأمر فيفيق من هذا الانشقاق الهروبي بسرعة تبهر العامة، تزيد ثقتهم بهذا المعالج، وكما أراد بعض من المعالجين أن يوسع تأثيره على الناس فسجل أشرطة كيف يخرج الجن من المرضى وانتشرت هذه الأشرطة وقد جاءوا للعلاج من تأثيرها (محمد المهدي، 2002: 179 – 180).

2- عين الحسود مفعولها أكيد:

هناك نسبة كبيرة من مرضى العيادة النفسية يرجعون ما أصابهم من مرض إلى الحسد وتأثير العين، بل إن منهم من يحدد مصدر العين واليوم والساعة التي تعرض فيها لتأثيرها، وهناك من يؤمن بتأثير العين ويسلم بذلك بصورة مطلقة، ولا يحاول البحث عن سبب آخر لمرضه، كما أن هناك من يعزو إلى الحسد فقد الممتلكات وتحطيم الأشياء، وحوادث السيارات، وكل ما يصيب الصحة الجسدية والنفسية، ويؤكدون أن عين الحسود من الممكن أن تهدم الجبال ولا مجال لدفع خطرها أو الهروب منها، وأن المرضى الذين يرجعون كل متاعبهم إلى الحسد نجد أنهم يتميزون بقابليتهم للإيحاء بسهولة حيث تسيطر عليهم فكرة إصابتهم بالعين (لطفي الشربيني، 2003: 28 – 29).

3- الاعتقاد بأن المرض العقلي وراثي:

إذا تصادف ووجد شخص مريض بمرض عقلي في أسرة ما أو عائلة ما فإن ذلك يكون مدعاة لقلق الكثير من أفراد هذه العائلة (أو الأسرة) اعتقاداً منهم أنه بالإمكان إمكانية الإصابة بهذا المرض العقلي الذي أصيب به هذا القريب، وقد يترتب على هذا الاعتقاد الكثير من الإجراءات مثل عدم الزواج أو التردد في الزواج لأنه يخشى أن يقع أطفاله ضحايا للوصمة الوراثية.

4- الاعتقاد بأن الجنس يسبب المرض العقلي:

ينتشر الاعتقاد بأن المرض العقلي تسببه الممارسات الجنسية خصوصاً العادة السرية، وبما أن هذه العادة تنتشر انتشاراً عاماً تقريباً خصوصاً بين الأولاد في هذه المرحلة المراهقة كان لابد أن يتم الربط بين الإصابة بالجنون والعادة السرية، وكما يدعم هذا الاعتقاد حقيقة مؤداها أن بعض المرضى العقليين يمارسون العادة السرية علانية وبشكل مفرط (محمد غانم، 2006: 61 – 62).

كما أن المشكلات في السلوك الجنسي متنوعة ومن الممكن أن يكون لها أساس بيولوجي، ولكن من الواضح أنها أصبحت مرتبطة بقوة بأسلوب الحياة العام للشخص وتكليفه (حسن عبد المعطي، 1998: 338).

5- الجنون والمجانين:

لا يوجد مرض نفسي أو عقلي اسمه (الجنون) بل إن هذا اللفظ لا يعني في ممارسة الطب النفسي أي مدلول ولا يعبر عن وصف لحالة مرضية معينة، غير أننا لا نستطيع إنكار حقيقة هذا الوصف المتداول بصورة واسعة الانتشار بين الناس من مختلف الفئات لوصف المرضى النفسيين (حيث يطلق عليهم المجانين)، فكل من يتردد على المستشفيات والعيادات النفسية هو في الغالب في نظر الناس مجنون، وانطلاقاً من ذلك فإن المستشفى هي مكان للمجانين والأطباء النفسيين أيضاً هم (دكاترة المجانين)، ولا يخفى على أحد أن استخدام هذه المصطلحات له وقع سيئ للغاية، فوصف أي شخص بالجنون لا شك هو وصمة أليمة تلصق به، وتسبب له معاناة تضاف إلى مشكلته الأصلية التي تسببت في اضطرابات حالته النفسية، فقد يتسبب المحيطون بالمريض النفسي من أهله وأصدقائه ومعارفه في إضافة المزيد من الآلام النفسية إلى ما يعاني منه من اضطراب نفسي حين يقومون ولو بحسن نية باستخدام بعض المفردات التي يفهم المريض منها أنه قد اصبح أقل شأناً من المحيطين به، ولنا أن نعلم أن معظم مرضى النفس يتميزون بحساسية مفرطة اتجاه نظرة الآخرين لهم وهذا جزء من مشكلتهم النفسية فكأننا حين نؤذي مشاعرهم المرهفة بالإشارة أو حتى التلميح كمن يلهب بالسوط ظهر جواد متعب ومنهك أصلاً (لطفي الشربيني، 2009: 104 – 105).

كما يخشى الناس الاضطراب النفسي ويخفون ابن الأسرة العاثر عن أعين الأصدقاء والمعارف، ويوصدون عليه أبواب الغرف الخلفية، يرجع خوف الناس هذا إلى موازاة الاضطراب النفسي بالجنون الذي هو ضرب من اللوثه أو من مس الشيطان للفرد، لا يمس الشيطان أحد أعضاء الأسرة إلا لإثم ارتكبه رب تلك الأسرة أو أحد أفرادها (ميخائيل أسعد، 1994: 20).

بناءً على ما سبق ذكره تلخص الباحثة بأن هذه الاعتقادات خاطئة تماماً وسببها نقص المعرفة العلمية المبسطة وسوء الإطلاع والرجوع إلى مصادر للمعلومات تقع في حيز الشعوذة والدجل والاستغلال، ولذلك تشتد مخاوف الأسرة من الوقوع في المرض ويهرب الناس من المعالجين النفسيين كما ترى الباحثة بأنه اعتقاد الناس بأن المرض النفسي قد يرثه الأبناء عن والديهم يعيش أسرة المضطرب في خوف دائم ورعب كما أنه لا صحة لربط العلاقة بين العادة السرية والمرض النفسي لأن الغالبية العظمى من المراهقين في أكثر المجتمعات تمارسها لفترة ما.

الأسرة والأمراض النفسية:

للأسرة دور حيوي هام يوظف للوقاية من المرض النفسي، فالأسرة هي النواة أو الخلية الأساسية للمجتمع، وهي الحضن الدافئ والمقر الآمن لكل فرد، والمناخ التربوي في أسرة سوية آمنة هادئة يعطي جرعات وفيرة من الحب تجعل الطفل يعيش مناخ الهدوء النفسي متمتعاً بصحة تجعله قادراً على تفادي الصدمات والأزمات في حياته المستقبلية، وبالتالي نستطيع أن نقول ونجزم بأن الأسرة لها دور هام في وقاية أبنائها من حدوث الأمراض النفسية، كما أن معظم الاضطرابات النفسية لدى المراهقين والأطفال هي نتاج هيكل عائلي متآكل ومتدهور ومفكك، ومن العوامل الوقائية التي تقدمها الأسرة لأبنائها العلاقة الإيجابية السوية بين الأبوين في مناخ يشع منه الحب والتفاهم (عبد المنعم الميلادي، 2005: 108).

وعندما تفشل الأسرة في توفير المناخ الذي يساعد على تعليم أفرادها كيف يحققون التوازن بين الحاجات الاتصالية بالآخرين والحاجات الاستقلالية عنهم فإن الباب يكون مفتوحاً لمختلف صور الاتصال الخاطئ، والذي ينتهي باضطراب جو الأسرة وتحويلها لبؤرة مولدة للاضطراب، بل وإصابة بعض أفرادها بالاضطراب الواضح الصريح، كما أن التفكك والاضطراب الأسري، له

الأثر الكبير في الاضطرابات النفسية لدى الطفل وما يحدث له من اضطراب في السلوك العام في مرحلة الطفولة وما بعدها، سواءً على شكل اضطرابات نفسية تتمثل في القلق، والاكتئاب، والخوف، أو على شكل اضطرابات سلوكية (بطرس بطرس، 2008: 137 – 138).

كما لابد أن يتفهم أهل المريض طبيعة مرضه ليساعدوا في علاجه حيث أن أكثر ما يتعس المريض النفسي أن لا يقدر معاناته أحد، فلا يوجد مرض في أي فرع من فروع الطب يسبب ألمًا وإزعاجاً وحيرة للأسرة مثل المرض النفسي فأي مرض عضوي محصور في جزء من الجسم وبالتالي فهو محصور في صاحبه ولا تمتد آثاره إلى الآخرين، وبقدر ما تتأثر الأسرة بالمرض النفسي فإنها تؤثر في مسار المرض ونتائج العلاج بل قد تكون أيضاً من أسباب المرض أو من العوامل التي فجرت ظهور المرض، إذن التأثير متبادل بين الأسرة ومريضها وأيضاً الألم متبادل، إذ أن الأسرة بحسن نية وبسبب عدم المعرفة، قد تزيد من آلام المريض، كما إن الاهتمام الزائد قد يكون سبباً في ظهور المرض وبالمقابل فإن الإهمال وإنكار المرض قد يكون سبباً في مزيد من معاناة وآلام المريض، لذلك فإن الأسرة يجب أن تعرف وأن تتثقف، والطبيب النفسي لا يجب أن يكن اهتمامه محصوراً فقط في مريضه، وإنما يجب أن يمتد هذا الاهتمام ليشمل أسرة المريض، فالأسرة شريكة في المعاناة، وقد تكون شريكة (بدون قصد) في حدوث المرض، والعلاج لا يمكن أن يحقق نجاحه الأكمل إلا باشتراك ومعاونة الأسرة (عادل صادق، 1990: 15 – 17).

كما أن العلاقة بين الأبوين والأبناء لها تأثير كبير على نمو شخصياتهم، وعلى مظاهر النمو العقلي اللغوي والاجتماعي والانفعالي لديهم، كما أن الخبرات المبكرة لها تأثير على سلامة الشخصية وعلى الصحة النفسية في المستقبل، كما توجد علاقة بين أنماط التفاعل الأسري والعلاقات الأسرية، وبين ما يصاب به الأبناء من اضطرابات نفسية أو ما يتعرضون له من انحرافات سلوكية (صالح الداهري، 2010: 399).

كما إن كثرة الشجار بين الوالدين أمام الأطفال، يعتبر مثلًا سيئاً لطبيعة هذه العلاقة المقدسة بين الوالدين، فيشعر الطفل من جرائها بعدم الاستقرار العاطفي والخوف من المستقبل ويوفر لديه الاستعداد بالإصابة بالانحرافات النفسية، فالأسرة التي تتكون من زوجين غير سعيدين يكثر فيها الشقاق والخلافات، وتنعدم المودة والرحمة بين أفرادها، وتسوء العلاقات بينهم، وتكثر العداوة

والبغضاء والخصام، ويهمل الزوج زوجته وأسرته، وتتفكك الروابط الأسرية، والطفل الذي ينشأ في مثل هذه الأسرة يشعر بالخوف من فقدان الوالدين أو أحدهما، الأمر الذي يثير فيه صراعات نفسية مختلفة، كما أن إهمال والديه له، بسبب إهمالهما للأسرة، يشعره بالحرمان والإحباط، ويعرضه لخبرات مؤلمة كثيرة تشكل أرضاً خصبة لنشوء انحرافات نفسية وسلوكية شتى لديه (محمد مياسا، 1997: 122 – 123).

وتلخص الباحثة بناءً على ما سبق ذكره بأن الأسرة تعاني من صعوبات ناتجة عن معاناة أحد أفرادها من مرض نفسي يترك الأثر الكبير على جميع أفراد الأسرة خاصة إذا بقى في المنزل دون علاج، فقد يتصرف بطريقة تضايق أفراد أسرته كالعصابية الزائدة وتقلب المزاج... الخ، وهذا يؤدي إلى ردود أفعال سلبية وعكسية من أفراد الأسرة المحيطين به اتجاهه، كما أنه إذا كان أحد الزوجين في الأسرة مضطرباً نفسياً ولم يقدم للعلاج فإن ذلك يؤدي إلى تفكك الأسرة وضعف الكفاءة النفسية للأسرة، ويكون السبب الرئيسي للخلافات التي قد تنتهي بالطلاق وضياع الأطفال، كما أن للأسرة دور كبير في عملية الشفاء والعلاج من المرض من خلال تقديم المريض وعرضه على طبيب نفسي فوراً عند ظهور الأعراض والاهتمام به والتعامل معه بعطف وحنان، كما يجب أن تتثقف الأسرة نفسياً وتكون على دراية كاملة بالمرض النفسي فالعلاج لا يمكن أن يحقق نجاحه الأكمل إلا باشتراك ومعاونة الأسرة.

ثالثاً- الأسرة

المقدمة:

تعتبر الأسرة المؤسسة الأكثر أهمية في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وللأسرة وظيفة مزدوجة اجتماعية ونفسية، فهي تعد البيئة الاجتماعية الأولى للطفل، كما أن التجارب التي يمر بها الطفل خلال السنوات الأولى من عمره تؤثر في توافقه النفسي أو سوء توافقه، حيث أن الطفل شديد التأثر بالتجارب المؤلمة، والخبرات الصادمة التي تحدث في محيطه.

وتوجه الأسرة الطفل إلى الخير أو الشر، إلى الصحة والمرض، كما أنها تغرس في نفوس أبنائها ما يسود من ثقافة، ومن قيم وعادات واتجاهات اجتماعية ومنها فكرة الصواب والخطأ، كما يلم الطفل بما عليه من واجبات وما له من حقوق، ومنها يتعرف على الأساليب السلوكية التي عليه أن يتخذها كأسلوب في سلوكه وكيف يعامل غيره، وكيف يستجيب لمعاملة غيره.

ومؤسسة الأسرة هي نظام اجتماعي رئيسي يشكل أساس وجود المجتمع ومصدر الأخلاق، والعامل الأهم الذي يؤثر في النمو النفسي والانفعالي للفرد، فالأسرة هي الوحدة الأساسية في كل المجتمعات الإنسانية بغض النظر عن الفروق الثقافية، وهي لا تعمل على تلبية الحاجات الأساسية للفرد من طعام ومأوى وملبس فحسب، ولكنها تلبي حاجته للحب والانتماء، وتنتقل من جيل لآخر من التقاليد والقيم الثقافية والأخلاقية السائدة في المجتمع.

وتتكون الأسرة في حدودها الضيقة من الزوج والزوجة وطفل أو أكثر، ويكون أساس العلاقات التي تربط أفراد الأسرة قائماً على الصراحة والود بشكل يتيح الفرصة أمام كل فرد من أفرادها أن يعبر عما يريده بحرية، ونظراً لما تحتله الأسرة من مكانة اجتماعية وتربوية كان لابد من دراستها بأهمية ملحوظة كونها جماعة أولية تشكل منطلقاً أولياً للحياة الاجتماعية من جهة، وكونها مسرحاً يتلقى فيه أفرادها أصول العلاقات الإنسانية والتنشئة الاجتماعية من جهة أخرى.

وستتناول الباحثة في هذا الفصل مفهوم الأسرة وأهميتها، أهدافها، وظائفها، خصائصها، أنواع البنية الأسرية، تطور الأسرة، الأسرة في الإسلام، واجبات الأسرة نحو الأبناء وإستراتيجيات

التعامل معهم لتدعيم الصحة النفسية، أساليب المعاملة الوالدية الغير سوية والتي قد تؤدي إلى إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية، المداخل النظرية المعاصره لدراسة الأسرة.

مفهوم الأسرة في ميداني اللغة وعلم النفس :

1- الأسرة لُغوياً:

(الأسرة) من الناحية اللغوية كما ورد في لسان العرب بمعني، "أسرة الرجل بمعني عشيرته ورهطه الأدنون لأنه يتقوى بهم، والأسرة بمعنى عشيرة الرجل وأهل بيته".

والأسرة في اللغة مشتقة من (الأسر) ، والأسر لغة يعني القيد، قال أسر أسراً وأساراً قيده وأسرة أخذه أسيراً (عبدالمجيد منصور، زكريا الشربيني، 2000: 15).

وكلمة الأسرة "مأخوذة من الأسر، بمعني الشد والعصب، والأسرة بالضم الدرع الحصين" (إيمان إحديد، 2019: 10).

2- مصطلح الأسرة في علم النفس :

يُعرف حامد زهران الأسرة (1998م) أنها: "هي النواة الأولى للمجتمع، وأقوى الجماعات تأثيراً في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه، وتعد من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية للفرد" (سناء زهران، 2011: 13).

ويُعرف رمضان القدافي (1992م) الأسرة بأنها هي "مجموعة من الأفراد المقيمين معاً والمرتبطين بصلات القربى، وعادة ما تتكون الأسرة من الأب والأم والأبناء" (رمضان القدافي، 1992: 335).

كما يُعرف مصطفي حجازي (2015م) الأسرة بأنها: "مؤسسة اجتماعية تتشكل من منظومة بيولوجية اجتماعية، وتقوم على دعامتين، الأولى بيولوجية، وتتمثل في علاقات الزواج وعلاقات الدم بين الوالدين والأبناء وسلالة الأجيال، أما الثانية فهي اجتماعية ثقافية، حيث تنشأ علاقات المصاهرة من خلال الزواج، ويقوم الرباط الزوجي تبعاً لقوانين الأحوال الشخصية، حيث يتم الاعتراف بها" (مصطفي حجازي، 2015: 15).

ويُعرف قاموس علم الاجتماع الأسرة بأنها: "جماعة بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة يقوم بينهما روابط زواجية، ويطلق على هذا الشكل الأسرة النووية (بسام ابو عليان، 2011: 115).

كما تُعرف الأسرة في المفهوم الشرعي بأنها "مجموعة من الأفراد ارتبطوا برباط إلهي هو رباط الزوجية أو الدم أو القرابة ليحققوا بهذا الرباط غايات أرادها الله منهم وهم يعيشون تحت سقف واحد غالباً وتجمع بينهم مصالح مشتركة" (كيان البرغوتي، 2006: 51).

وحيث عرفها إبراهيم السيد (2013م) بأنها: "جماعة صغيرة تتكون عادة من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأطفال يتبادلون الحب ويتقاسمون المسؤولية، وتقوم بتربية الأطفال حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم وضبطهم ليصبحوا أفراداً يتصرفون بطريقة اجتماعية" (إبراهيم السيد، 2013: 25).

أما الخطيب (2007م) فيعرف الأسرة بأنها: "الخلية الأولى في جسم المجتمع، وهي النقطة التي يبدأ منها التطور، وهي أول وسط طبيعي واجتماعي ينشأ فيه الفرد ويتلقى منها المكونات الأولى لثقافته ولغته وتراثه الاجتماعي" (معن أبو سليمان، 2017: 21).

كما تعرفها عليا شكري (1979م) بأنها: "علاقة مستمرة ودائمة بين الزوجين بغض النظر عن وجود أولاد بينهما، وقد تتضمن الأسرة أفراداً آخرين غير الزوجين والأولاد ينتمون إليهم بصلة قرابة، وفي هذه الحالة تكون الوحدة المكونة هي البيت وليس الأسرة" (سناء زهران، 20111: 13).

وتعرف الباحثة الأسرة بأنها: مجموعة من الأفراد ارتبطوا بروابط الزواج والدم والقرابة يتفاعلون مع بعضهم البعض ويتقاسمون المسؤولية كل فرد بحسب دوره الاجتماعي.

أهمية الأسرة:

تعد الأسرة المؤسسة الأكثر أهمية في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي والنفسي للطفل، وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وللأسرة وظيفة مزدوجة اجتماعية ونفسية، فهي تعد البيئة الاجتماعية الأولى للطفل، كما أن التجارب التي يمر بها الطفل خلال السنوات الأولى من عمره تؤثر في توافقه النفسي أو سوء توافقه، حيث

أن الطفل شديد التأثر بالتجارب المؤلمة والخبرات الصادمة التي تحدث في محيطه (شاكر المحاميد، 2003: 63).

كما أن الصلة بين الطفل وأسرته، أن لم توثق على أساس المحبة والتفاهم والحنان المتبادل، تؤدي حتماً إلى انحراف سلوكه واضطراب شخصيته مستقبلاً، كما أن تفعيل نمو الشخصية بصورة سوية في الطفل منذ نشأته أقوى سبيل لانحراف الشخصية فيما بعد (كلير فهيم، 2007: 61).

وعادة ما تكون الأسرة خلية صغيرة تتشكل على الأقل من شخصين أو ثلاثة، ولكنها تعتبر من حيث الأهمية أهم المؤسسات الاجتماعية، وأول محطات بناء وإعداد وتربية النشء الجديد وأرقى منابع السعادة، وأغني مصادر العاطفة، والسكون والثبات الفردي الاجتماعي في الأسرة وكيانها، كذلك فإن للمسير والسياسة المتبعة فيها دور مهم وأساسي في سعادة الناشئين فيها أو شقائهم، وكذلك الأمر بالنسبة للمجتمع، كما أن الأسرة تعتبر قلعة محكمة وركن أصلي في المجتمع، لأنها المكان الذي توضع فيه اللبنة الأولى لبناء المجتمع ويتحكم بالأحاسيس والعواطف من خلالها، فطفل اليوم الذي سيكون عضواً مؤثراً في مجتمع المستقبل يتلقى أول دروس الحياة الفردية والاجتماعية فيها، وكما يعتمد علماء النفس بأن ما يتعلمه الإنسان في الأسرة وخصوصاً في فترة الطفولة سيبقي معه دائماً وأبداً تقريباً إلى درجة أن بعضهم يعتقد بأن أكثر من (75%) من الأسس الأخلاقية والسلوكية تتعلق بفترة الطفولة فيما قبل السادسة من العمر، وتوصل الباحثون المتخصصون في الجريمة من خلال عينة أجروا عليها تحقيقاً مفصلاً إلى أن 92% من المجرمين هم أفراد قضوا فترة من طفولتهم في ظل أسرة مضطربة ومفككة (علي قائمي، 2001: 3 – 4).

كما تعتبر الأسرة هي النظام الإنساني الأول، ومن أهميتها الأساسية استمرار النوع والمحافظة عليه ومن ناحية أخري تضرب النظم الاجتماعية المختلفة الأخرى بجذورها في حياة الأسرة، فالنشاط الاقتصادي والضبط الاجتماعي والتربية والترويح والدين وغير ذلك من الأنماط الخاصة للسلوك الاجتماعي كان أول ظهورها في إطار الأسرة (محمود حسن، 1991: 1).

وللأسرة أهمية بالغة في تشكيل شخصية الفرد، وقد أوضحت هذه الأهمية أحد المسلمات في علم النفس على قلتها، فالكائن الإنساني يمر بمرحلة الحضانة البيولوجية في رحم الأم، وعندما

تنتهي هذه المرحلة بالميلاد فإنها تسلمه إلى مرحلة الحضانة الاجتماعية وهي تتم بالدرجة الأولى في الأسرة (علاء كفافي، 2009: 73).

وهناك عدة عوامل تكسب الأسرة هذه الأهمية منها:

1- أنها تمثل الجماعة الاجتماعية الأولى التي تستقبل الفرد وليداً وتنهض برعايته، وإشباع حاجاته حتى يتحقق له القدر اللازم من النضج الذي يساعده في الاعتماد على ذاته.
2- أنها تحدد للفرد نطاق حركته في المجتمع وذلك في إطار ظروفها الاجتماعية والاقتصادية.
3- أنها تقوم بعملية تنقية لما يتلقاه الفرد من خبرات وأفكار من خارجها حيث يتم تقويمها وتحديد الملائم منها.
4- أنها تعد بمثابة حلقة الاتصال بين الفرد والمجتمع، فهي تقوم بنقل التراث الثقافي والحضاري من المجتمع إلى الفرد من خلال عملية تنشئته (شاكر المحاميد، 2003: 64).
5- توفر الأسرة لأفرادها الأمان والضمان في العيش المشترك وبعد موت الآباء تكون حقوق الأبناء محفوظة فيما يتعلق بشؤون الميراث والتركة، وعادة يودع أموال القاصرين في صندوق الأيتام أو القاصرين لحد بلوغهم السن القانوني (كامل الزبيدي، 2004: 30).

ترى الباحثة أن أهمية الأسرة تتلخص في الآتي:

1- تسهم الأسرة في بقاء النوع الإنساني.
2- تعتبر أهم خلية تستطيع أن تلبي للإنسان أهم احتياجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والروحية والإنسانية، لذلك تعتبر الأسرة النواة الأولى للمجتمع الإنساني.
3- الأسرة هي النقطة التي يبدأ منها بناء وتطور الشخصية.
4- أن الحياة الأسرية موجودة بالفطرة.
5- تعتبر الأسرة منظمة اجتماعية يربطها ببعضها روابط اجتماعية وأخلاقية ودينية ونفسية وروحية.
6- الأسرة هي أساس وجود المجتمع وهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط سلوك الإنسان.
7- الأسرة هي أول موصل لثقافة المجتمع إلى الطفل.

أهداف الأسرة:

تنشأ النظم الأسرية لأسباب عديدة ومن بين الأسباب البارزة لقيام الأسرة الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى الحب، والأسرة توفر وسيلة مقبولة اجتماعياً لإنجاب الأطفال، فالبعض ينظر للطفل كامتداد للذات، والبعض الآخر ينظرون لأطفالهم كوسيلة لتحقيق درجة من الخلود وبقاء اسم العائلة مستمراً وللأسف قد يكون إنجاب بعض الأطفال غير مقصود، وبالتالي يكونون غير مرغوبين، وأن الاختلاف في أهداف الأسرة نتيجة للاختلاف في المجتمع، وهناك عدة أهداف أساسية للأسرة وهي:-

1- التنشئة الاجتماعية:

فعملية التنشئة الاجتماعية للطفل في غاية الأهمية لتكوين شخصيته وتكوين ذاته، وتتوقف هذه العملية على عادات المجتمع وتقاليده وقيمة والاتجاهات الفكرية السائدة فيه، وعلى العُرف والقانون والمعايير الخُلقية والاجتماعية والعقيدة وأنماط السلوك المختلفة، أي على ثقافة المجتمع، كما أن الولاء الذي تتطلبه الدولة من الفرد تقوم الأسرة بتلقينه لأبنائها فتدربهم على تأدية الواجبات وإنكار الذات الذي تلزمه الدولة للفرد ومن ثم ظهرت فاعلية الدولة في المجتمع (حسين رشوان، 2012: 197-198).

2- الأهداف الاجتماعية:

فنحن نهتم بالأهداف الاجتماعية للأسرة، قد يظهر هذا على أنه تكاثر للأطفال الشرعيين، وموضع المكانة التي ترتبط بوضوح بوحدة الأسرة، والتأكيد البيولوجي (الذين يتعاونون مع الآخرين وبأي قدر)، والتنشئة وكيف يخضع عديد من أعضاء أي مكانات اجتماعية للتنشئة ومدى استمرار عملية التنشئة، وتحويل التوتر والبقاء على أنماط السلوك لدى الراشدين والضبط الاجتماعي (غريب أحمد، 2000: 260-261).

ولقد قدم فاندر زاندن Fandur Zandun (1980م) أربعة أهداف أساسية تقوم بها الأسرة وهي:

3- الإنجاب:

فمن خلال تقديم نسق اجتماعي للإنجاب يتم تلبية الاحتياجات الإضافية للأسرة والمجتمع، فالحاجة الاجتماعية للتكاثر والإنجاب التي كانت موجودة سابقاً لم تعد ذات أهمية في المجتمع المعاصر، حيث أصبحت عملية حمل الطفل وتربيته بمثابة عملية تستهلك الوقت والقوى، ومن هنا فإن الكثير من الآباء يختارون أن يكون لهم عدد محدود من الأطفال، والبعض قد يختار عدم الإنجاب.

4- الاستمرارية:

ويقصد بها استمرار الأسرة في أداء دور ما بالحماية والإعالة وتنشئة الأطفال منذ الميلاد، وفي مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد.

5- الإقامة:

إن هدف الأسرة من تقديم مركز ومكانة لأفرادها يرتبط بالإقامة المجتمعية وتنمية مفهوم الذات، فالأسرة تقدم الجماعة الاجتماعية التي يتحقق من خلالها الهوية الذاتية بالإضافة إلى المكانة الاجتماعية.

6- إشباع الحاجات الاجتماعية:

وهي من أهم أهداف الأسرة في الوقت الحاضر، ففي بعض الأسر تبدو جميع الأهداف الأخرى ثانوية بالنسبة لهذا الهدف، فالعلاقات الأسرية التي لا تُشبع الاحتياجات الشخصية لجميع أفرادها من الممكن أن تؤدي إلى الإحباط واليأس والاضطرابات الانفعالية (سناء زهران، 2011: 19-20).

7- إشباع الحاجات النفسية:

تهدف الأسرة إلى إشباع حاجات الأبناء النفسية وأن تتميز بتجاوب عاطفي مما يعد عاملًا هامًا في سعادة الأبناء، كما أن نوع العلاقة التي تنشأ بين الوالدين والأبناء أو طريقة معاملة الوالدين لأبنائهم عامل هام يدخل في تكوين شخصية أبنائهم، فالأبناء الذين يعيشون في جو يسود فيه علاقات الحب والعطف والأمان يمثلان حجر الزاوية في نمو الأبناء نموًا سليمًا، فيشب

الطفل أكثر تفتحًا وتعاونًا مع الآخرين، من الأبناء الذين نشأوا في جو الصرامة والقسوة (حسين رشوان، 2012: 196-199).

تري الباحثة بناء على ما سبق ذكره الآتي:

1- تهدف الأسرة إلى تكوين الفرد وتحديد تصرفاته وتشكيل حياته وتعليمه العادات والأعراف والتقاليد وقواعد السلوك التي تقوم عليها التنشئة الاجتماعية.
2- تعتبر الأسرة المكان الطبيعي والشرعي لإنجاب الأطفال وهذا الإنجاب يضمن للمجتمع نموه واستمراره من خلال تزويده بالأفراد الجدد مما يحفظ النوع الإنساني.
3- تهدف الأسرة إلى حماية أفرادها وتزويدهم بكل ما يحتاجونه من عون مادي ومعنوي.

وظائف الأسرة:

لا تزال الأسرة الحديثة تؤدي بعض الوظائف الأساسية التي انحدرت إليها من النظم القديمة فهي البيئة التي أصطلح عليها المجتمع ونصت عليها الشرائع المنزلة لتحقيق الغرائز الجنسية بصورة يقرها المجتمع ويعترف بثمرات هذه الاتصالات، وتقوم الأسرة بكثير من الوظائف المهمة، وهذه الوظائف تتفاعل مع بعضها البعض الآخر، ويؤثر بعضها في البعض الآخر، ولا توجد منفصلة ومنفردة، وهذه الوظائف هي:

1- الوظيفة البيولوجية:

الإنسان مجبول على الميل نحو الجنس الآخر، وهذه من الحاجات البيولوجية التي يجب إشباعها، لكن ليس بصورة عشوائية وفوضوية مثلما كان في المجتمعات المشاعية، إنما يتم إشباعها وفق التشريعات الدينية والمعايير المجتمعية، لكي تحفظ النسل، وتمنع اختلاط الأنساب، وتحمي الأجيال القادمة وتضمن استمرارية المجتمع، بمعني يكون إشباع الحاجات البيولوجية من خلال الزواج، وديننا الإسلامي يعترف بفطرية الدافع الجنسي ويقدر قوته وفعاليته وتأثيره على سلوك الرجل والمرأة، ومن ثم فهو لا يستقذره ولا يستحقره وينظم له الجو الأمثل لتلبيته التي يتحقق معها في الغالب الغاية المنوطة به وهي إنجاب الذرية (بسام أبو عليان، 2011: 59).

2- الوظيفة الدينية:

يتعلم الطفل شيئاً فشيئاً الأفكار والتعاليم الدينية كالصلاة وقراءة الكتب الدينية وممارسة الطقوس الدينية، كما تزوده الأسرة بالقيم والمعايير الأخلاقية كالصدق والأمانة (جعفر صباح، 2016: 69).

3- الوظيفة الأخلاقية:

تكاد تكون الوظيفة الأخلاقية هي أهم وظيفة باقية للأسرة منذ تطور وظائفها، فقد سلبت منها الدولة وظائفها السياسية والاقتصادية والقضائية والتعليمية ولكنها لم تستطع أن تسلبها الوظيفة الأخلاقية، فلا تزال هذه الوظيفة من أخص خصائصها، وبالرغم من تطور الأوضاع والمصطلحات الاجتماعية فإن بقايا الوظيفة الأخلاقية القديمة لا تزال راسية في نظمنا الأسرية، ويبدو ذلك واضحاً إذا ألقينا نظرة عابرة على تطور هذه الوظيفة منذ القدم إلى العصر الحديث، فقد كانت المجتمعات القديمة على قدر كبير من آداب السلوك والمعاملات واصطلحت على قدر من العادات والتقاليد والمعايير الأخلاقية التي تكون تراثها الاجتماعي، وهذه الأمور وما لها هي التي تكون الناحية الأخلاقية (مصطفي الخشاب، 2012: 87).

4- الوظيفة النفسية:

للأسرة أثرها الكبير والعميق على النمو النفسي للطفل، فهي تحدد إلى درجة كبيرة أن كان الطفل سينمو نمواً نفسياً سليماً أو كان سينمو نمواً نفسياً غير سليم، والأسرة هي المسؤولة إلى حد كبير عن سمات الشخصية التي يدخل فيها عنصر التعلم مثل الانبساط والانطواء وغير ذلك من السمات المكتسبة، كالتعصب والعدوان، والأسرة المستقرة التي تشبع حاجات الطفل في اتزان، والتي تتميز بالتجاوب العاطفي بين أفرادها، وتعتبر عاملاً هاماً في توافق الطفل وسعادته، أما الأسرة المضطربة فهي مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية (سناء زهران، 2011: 23).

5- الوظيفة الاقتصادية:

تعتبر الوظيفة الاقتصادية للأسرة ذات أهمية كبيرة، وقد أدى التفوق الجسمي للرجل على المرأة إلى تقسيم العمل بينهما، وأختص الذكور بالإسهام في الحياة الاقتصادية بالأعمال التي

تحتاج إلى القوة مثل قطع الأشجار والأحجار والصيد وبناء المنازل، أما النساء فهن يؤدين الأعمال المنزلية مضافاً إليها بعض الأعمال الصغيرة كجمع الخضروات وإحضار الماء وإعداد الطعام... الخ، كما أن لكل منهما حقوق فيما يتعلق بالملكية والسلطة، ومع ذلك فتختلف المجتمعات في مدى مشاركة الرجل والمرأة في هذا الجانب الوظيفي، ذلك أن هذا النظام التقليدي الخاص بتقسيم العمل قد تعرض لكثير من التغيرات حين أصبح للمرأة مصدر مستقل للدخل بحيث لا تعتمد في حياتها على ما يكسبه الرجل ولم يصبح الرجل وحده هو المصدر الوحيد للرزق وكسب العيش (حسين رشوان، 1999: 210).

كما يرى (محمود الغرايبة) بأن الأسرة في الوقت الحاضر تتميز بأنها وحدة استهلاكية أكثر من كونها منتجة، ومع ذلك يرى البعض أن الاستهلاك لا يقل أهمية عن الإنتاج، ولكن هناك بعض الفئات ما زالت تقوم بصنع طعامها، والكثير من متطلبات الحياة المادية بنفسها في المنزل مثل العمال، الفلاحين، ولذا تعد المجتمعات الحضرية هي أكثر الفئات مسايرة للتغيرات الحاصلة في النسق الاقتصادي (محمود الغرايبة، 2012: 20).

4- **الوظيفة الثقافية**:

حيث تقوم الأسرة بعملية التطبيع الاجتماعي ودمجهم في المجتمع بإكسابهم الأنماط الثقافية التي يتميز بها المجتمع، لتمكينهم من القيام بأدوارهم ومسؤولياتهم الاجتماعية فهي تلعب دوراً كبيراً في تشريب الأفراد العادات والاتجاهات والأخلاق المحمودة، كما تقدم الرعاية الأسرية المناسبة لهم وتزودهم بالخبرات الضرورية أثناء مراحل نموهم المختلفة، وتوفر لهم الحب والشعور بالانتماء لها ولمجتمعهم، كما تكفل الأسرة لأفرادها الحماية النفسية والجسدية والاقتصادية بمختلف أعمارهم، وتعلمهم القيم والمبادئ الدينية واحترامها وممارسة طقوسها (محمد السفاسفة وأحمد عريبات، 2005: 299).

وتُضيف (سناء الخولي) بأن هناك ثمة مجتمعات تقوم بالفعل دون أن يكون لها نسق قانوني أو سياسي محدد، إلا أنه لا يوجد أي مجتمع في العالم ليس له بناءات أسرية محددة رسمياً، ففي كل مجتمعات العالم تحدد المكانة أو الوضع الاجتماعي للأطفال عن طريق انتمائهم إلى أسر معينة، حيث يربون وينشؤون ويخضعون للضبط الاجتماعي (سناء الخولي، 2009: 56).

5- تحقيق إنجازات المجتمع:

لا يمكن أن تنفصل الأسرة عن أي جانب من جوانب عمليات المجتمع، وعلي سبيل المثال تعتبر الأسرة دائماً وبطريقة ما هي الوحدة التي يعمل من خلالها النظام الاقتصادي، والنظام السياسي والنظام الديني للمجتمع، ويمكن أن نلخص الجوانب الهامة لوظائف المجتمع التي تعمل من خلال الأسرة فيما يلي:

أ- تقوم الأسرة بالمحافظة على أعضاء المجتمع وتعدهم للعمل والتفاعل الاجتماعي، فالأسرة وحدة علي درجة كافية من الصغر تحقق وجود مسؤولية متبادلة فعالة نحو الرفاهية الجسمية والنفسية لكل فرد فيها.

ب-المحافظة على النمو السكاني، إذ أنه عن طريق الأسرة يدفع كل مجتمع الناس على إنجاب الأطفال وتربيتهم، ومن أمثلة هذه الحوافز تأييد تماسك الأسرة، توفير الضمان في حالات الشيخوخة.

ج- يقوم المجتمع بتفويض الأسرة في تحمل مسؤولية حماية المواليد والأطفال ورعاية حاجاتهم الجسمية وتكامل شخصياتهم.

د- تقوم الأسرة بعملية التطبيع الاجتماعي عن طريق تنمية العواطف الاجتماعية في الصغار والمحافظة عليها في الراشدين (محمود حسن، 1991: 11-12).

تلخص الباحثة بناء على ما سبق ذكره وظائف الأسرة وهي:

1- وظيفة الإنجاب (البيولوجية)، والتي تتمثل في إنجاب الأطفال والعناية بهم في مراحل حياتهم الأولى.

2- وظيفة تربوية (أخلاقية)، والتي تتمثل في تربية الأسرة لأطفالها الصغار على المعايير الأخلاقية الحسنة، وإدارة شؤون البيت، حيث أن الأسرة ما زالت تعد الطفل للحياة الاجتماعية وتقدمه للبشرية.

3- الوظيفة النفسية، والتي تتمثل في الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل منذ سنوات عمره الأولى والجو النفسي الذي تصنعه الأسرة، فإن الطاقة النفسية المحدودة أو الناقصة لا توفر

العناصر الصحية في الجو الأسري، فإذا توفر الجو النفسي الصحي فإن الأسرة تصبح مصدر الأمن والاطمئنان والثقة.

4- الوظيفة الاقتصادية والتي تتمثل في إنفاق رب الأسرة على زوجته وأطفاله.

5- الوظيفة الثقافية والتي تتمثل في تعليم الطفل لغة مجتمعه وعاداته وتقاليده وعقيدته التي يدين بها، فالأسرة تنقل هذه العناصر إلى الأطفال من خلال عمليات التربية والتنشئة الاجتماعية.

6- تحقيق إنجازات المجتمع، فالأسرة هي التي يتكون من خلالها النظام الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والديني، فالأسرة تعد أفرادها للتفاعل مع كل هذه الأنظمة الموجودة في المجتمع، كما تمده بالأيدي العاملة المنتجة التي يحتاجها لتنميته وتحقيق أهدافه.

خصائص الأسرة:

خصائص الأسرة كثيرة ومتنوعة، والأسرة هي الداعم الأساسي لأي شخص وتقوم بتشكيل فكرة من جميع الاتجاهات، وللأسرة دور ملحوظ في حياتنا جميعاً في التنشئة السليمة التي تنشئها الأسر لأبنائها هي التي تعمل على تحديد شخصيتهم في المستقبل، كما تتميز كل أسرة عن غيرها من الأسر، وتختلف عنها إلا أن هناك مجموعة من الخصائص التي تشترك بها جميع الأسر داخل المجتمع الواحد ومنها:-

1- الأسرة أول خلية يتكون منها البنيان الاجتماعي، وهي أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشاراً، فلا يوجد مجتمع يخلو من النظام الأسري، والأسرة أساس الاستقرار في الحياة الاجتماعية، إذاً لا يمكننا أن نتصور حالة الإنسانية إذا لم تكن منظمة في أسر (سناء زهران، 2011: 17).

2- احتواء الأسرة على نماذج التقليد والقدوة والتوحد، ومرد ذلك التجاء الأطفال للتقليد والمحاكاة بالإقتداء أو التوحد بالوالدين عندما تربطهم بهم روابط وجدانية دافئة، حيث نجد ارتباطاً وثيقاً بين الطفل ووالده وبين البنت وأمها لما بينهما من تشابه يدركه الطفل ويجعله يشعر بالأمن النفسي والرضا.

3- تعد الأسرة مصدر هام لإشباع حاجة الطفل من الأمن والأمان والطمأنينة والعلاقات الوجدانية... الخ، حيث أنها تعد مصدر خبرات الرضا لأن الطفل يشبع معظم حاجاته من

داخلها، ثم أنها تشكل بالنسبة له أولى مظاهر الاستقرار والاتصال في الحياة (هدى الناشف، 2007: 13-14).

4- الأسرة بوصفها نظام اجتماعي تؤثر فيما عداها من النظم الاجتماعية وتتأثر بها، فإذا كان النظام الأسري في مجتمع ما منحل وفاسد فإن هذا الفساد يتردد صداه في وضعه السياسي وإنتاجه الاقتصادي ومعاييره الخلقية، وبالمثل إذا كان النظام الاقتصادي والسياسي فاسداً فإن الفساد يؤثر في مستوي المعيشة للأسرة وتماسكها (سناء زهران، 2011: 16).

5- للأسرة طبيعة مزدوجة تتمثل في أن كلاً من الزوج أو الزوجة يرتبط بأسرتين يكون في واحدة منها الابن أو الابنة، ويكون في الآخرى الأب أو الأم.

6- الأسرة دائمة ومؤقتة، فهي دائمة من حيث أنها تأخذ في الانهيار عندما يتزوج، وفي حالة موت الزوج أو الزوجة وتنهار تماماً وتختفي بموت الزوجين وتقوم وتحل محلها أسرة أخرى وهكذا، وهي مؤقتة من حيث النظر إلى أسرة بعينها، فهي تنهار بزواج الأبناء وموت الزوجين (حسين رشوان، 1999: 211).

7- تسعى الأسرة المنظمة دائماً إلى جعل المحيط الأسري مفعماً بالاعتدال والصفا والمودة من خلال قيام كل فرد من أفرادها بواجباته على أكمل وجه، وبذلك تنشأ الشروط المناسبة للرشد والنمو والتربية والسعادة وإخفاء روح المحبة وفهم الواجب وتقديسه وإفساح المجال أمام الصلاح والتقوى والطمأنينة والسكينة، وبذلك يشعر أعضاء الأسرة بالمحبة والأمان ويصبحون في مأمن من الاضطراب والقلق والإحساس بالإرهاق والانفعال العشوائي، وعدم الإستقرار (علي قائمي، 2001: 14).

8- تقوم الأسرة على أوضاع ومصطلحات يقرها المجتمع وهي من عمل المجتمع وليست عملاً فردياً وهي في نشأتها وتطورها وأوضاعها قائمة على مصطلحات المجتمع، فمثلاً الزواج ومحور القرابة في الأسرة والعلاقات الزوجية.

9- تُعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها، فهي التي تشكل حياتهم وتضفي عليهم خصائصها وطبيعتها، مثال ذلك الأسرة الدينية تشكل حياة الأفراد بالطابع الديني وإلى جانب ذلك فهي عربة الوعي الاجتماعي والتراث القومي والحضاري وهي مصدر العادات والعرف والتقاليد وقواعد السلوك وهي دعامة الدين، عليها تقوم عملية التنشئة الاجتماعية (عبد الهادي الجوهري، 2001: 237).

10- تمتع أفراد الأسرة بالحريات الفردية العامة، فلكل فرد كيانه الذاتي وشخصيته القانونية لاسيما إذا بلغ السن الذي يضفي عليه هذه الأهلية، لأن الأسرة الإنسانية في تطورها فقدت صفتها كوحدة قانونية جمعية، فأصبح لكل فرد حق التملك في حدود النظام الاقتصادي للدولة لأن الملكية لم تعد ملكية جمعية كما كان الحال في النظام الأسري القديم.

11- العناية بتنظيم الناحية الترويحية والمعنوية في محيط الأسرة، مثل تنظيم أوقات الفراغ واستغلال نشاط الأفراد فيما يعود على الأسرة والمجتمع بالفائدة، والعناية بالفنون وتهذيب الأذواق، وتتمثل العناية بالناحية الترويحية كذلك في تنظيم الذهاب إلى السينما والحدائق العامة والأندية والمهرجانات (مصطفى الخشاب، 2012: 83-85).

12- الأسرة حجمها محدد لا تنمو إلى ما لا نهاية، فهي بالضرورة محدودة الحجم، تتوقف عن النمو عند حد معين، وهي أصغر الكل إذا قيست بالنظم الآخرى، ومن المعروف أن الأسرة الكبيرة أو الصغيرة أمر نسبي، ففي بعض المجتمعات وخاصة المتقدمة تعد الأسرة التي لديها أربعة أطفال او أكثر أسرة كبيرة (إيمان إحديد، 2019: 12).

وبناء على ما سبق ذكره تلخص الباحثة خصائص الأسرة في الآتي:

1- الأسرة هي النواة الأولى في بناء المجتمع ولا يخلو منها أي مجتمع بشري.

2- الأسرة هي المكان الذي يحظى بالشرعية ورضا الدين والمجتمع ليشبع حاجات الفرد من الأمن والأمان والعلاقات الوجدانية.

3- الأسرة جماعة دائمة تتكون من أفراد تربطهم ببعض صلة الزواج والدم.

4- الأسرة هي أول المؤسسات التي تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية لأفرادها، فهي التي تشكل حياتهم وتحدد تصرفاتهم.

5- الأسرة عمل جماعي مشترك يشترك فيه العديد من النظم الاجتماعية كالنظام الديني والنظام الأسري والنظام الاقتصادي والصحي.

6- تقوم الأسرة بنقل ثقافة وقيم ومعتقدات المجتمع إلى الأبناء.

أنواع البنية الأسرية:

عرفت المجتمعات الإنسانية نظام الأسرة والعائلة منذ فجر التاريخ كمؤسسة اجتماعية واختلفت النظم العائلية بجميع مظاهرها باختلاف الأمم وثقافاتها، واختلفت في تركيب الأسرة، أي من حيث البناء باختلاف الأمم والعصور، فقد كانت العائلة والعشيرة البدنة من السعة بحيث شملت جميع أفرادها تلك الوحدات، ثم بدأت الأسرة تضيق حتى أضحت تقتصر على الزوج والزوجة والأطفال الصغار، وهناك عدة أنواع من الأسر نذكر منها الآتي:

1- الأسرة النووية Nuclear Family:

حيث اتصفت بأنها أقل صلابة من العائلة، وأن تماسكها وقوتها يكمن في وجود الأطفال فيها وهم صغار، ثم تضعف وتبدأ في التفكك حينما يكبر الأطفال ويبلغون مرحلة البلوغ، حيث يتأثرون في الغالب بالجماعات التي يحتكون بها، مما قد يسبب ضعف علاقات الأبناء بأسرهم الأصلية وخاصة حينما ينتقلون إلى مناطق بعيدة عن مناطق أسرهم، أو حينما يتزوجون (أبو بكر شلابي، 2006: 351-352).

وكما تتسم الأسرة النووية بالاستقلالية في المسكن والدخل عن باقي الأهل، وهي تعد وحدة اجتماعية مستمرة لفترة مؤقتة كجماعة اجتماعية، حيث تتكون من جيلين فقط وتنتهي بانفصال الأبناء عنها ووفاة الوالدين، ويغلب عليها الطابع الفردي في الحياة الاجتماعية (موسي استيتية وملحس سرحان، 2012: 273).

2- الأسرة الممتدة Extended Family:

قرابة ببعضهم يقيمون جميعاً في منزل واحد، وغالباً ما يجمع بينهم عمل معين كما في المجتمعات الزراعية، وتبقي الأسرة في هذا النمط على الاتصال بين الأجيال، وتسمى أيضاً أسرة النواة المتصلة (سناء زهران، 2011: 16).

كما أن رابطة الدم والنسب الواحد تعد من أهم الروابط التي توحد بين هذه الأسرة وهي في ذلك تشكل وحدة اقتصادية، حيث نجد أن الملكية والوظائف الاقتصادية تعود للأسرة ككل، وقد

ساعد على انتشار هذا النوع شيوع المفاهيم القيمية التي تحث على الترابط الأسري وصلات القرابة (شعبان الأسود، 2004: 252).

3- الأسرة القرابية الدموية Consanguine Family:

وتمثل أحد نماذج التنظيم الأسري الذي ينصب التأكيد الأساسي فيه على روابط الدم بين الآباء والأبناء، أو بين الإخوة والأخوات أكثر مما ينصب على العلاقة الزوجية بين الزوج والزوجة، ومعني هذا أن علاقات القرابة الدموية تعلو علاقة الزوجين، وتشكل الأسرة القرابية أو تتحول عادة إلى أسرة ممتدة يعيش في نطاقها جيلان أو ثلاثة.

4- الأسرة العائلية Domestic Family:

وتمثل نموذجاً أسرياً يتوسط الأسرة النواة وأسرة الوصاية، وتتميز بأنها أكثر وحدة وأقل فردية من الأسرة النواة، لأن أكثر اهتماماتها تدور حول العلاقة بين الآباء وأبنائهم حتى بعد زواجهم، حين يستمر الاتصال الوثيق ويأخذ صوراً عديدة، من بينهما التشاور والزيارات وربما العون المتبادل، وعلى هذا تظل الأسرة العائلية بعيدة عن أن تكون جماعة متكاملة (عبد المجيد منصور وزكريا الشربيني، 2000: 22).

وبناء على ما سبق ذكره تلخص الباحثة الآتي:

1- تتكون الأسرة النووية من الزوج والزوجة والأبناء غير المتزوجين ويكون حجم الأسرة صغير وينظم فيها النسل وكما تضعف العلاقات القرابية في هذا النوع من الأسر وتقوى علاقات زملاء العمل.
2- الأسرة الممتدة، تتكون من الزوج والزوجة والأبناء غير المتزوجين والمتزوجين وزوجاتهم وأبنائهم ويقيمون في سكن واحد ويكون حجم الأسرة كبير وتقوي فيها العلاقات القرابية ويكون نظامهم الاقتصادي مشترك.
3- الأسرة العائلية والقرابية، تقوم على عدة وحدات أسرية لا تجمعهم الإقامة المشتركة ولكن تجمعهم رابطة الدم والمصالح المشتركة والزيارات المستمرة في المناسبات وغيرها.

تطور دور الأسرة في الصحة النفسية Evolution of the Family:

إن نظام المعشر كان أقدم التشكيلات والتجمعات البشرية، وكان هذا النظام ينطوي على ترابطات شبه أسرية، ولم يكن المعشر أسرة واحدة، ولكنه كان مكوناً من عدة خلايا أسرية واختلفت هذه المعاشر في عدد أفرادها، وقامت الترابطات الأسرية في بعضها على أساس تعدد الزوجات، وفي أقوام بعض أخر على أساس الزواج الثنائي، ومن هذه الأقوام قبائل البرشان في أفريقيا وأقوام الغدا في الهند وسيلان وغيرها من الجماعات البدائية، وكانت الأم في هذه الترابطات شبه الأسرية هي العنصر البارز، وهي المحور الذي تدور حوله القرابة وذلك نظراً لخروج الرجال جماعات في رحلات الصيد، أما المجتمعات (التوتمية) فكان عدد أفراد الأسرة كبير جداً، ولم تكن القرابة قائمة على صلات الدم والعصب ولكنها كانت قائمة على أساس انتماء جميع أفراد المعشر (التوتم)، ويوحد انحدارهم من أصلابه كما يعتقدون (عبد الهادي الجوهري، 2001: 238-239).

كما أن الاهتمام بموضوع الأسرة مسألة قديمة جداً شغلت بال المفكرين والفلاسفة أمثال كونفشيوس الصيني Kunafshius (551-479 ق.م) وأفلاطون Aflatun (427 -347 ق.م) وأرسطوا Arsitu (384-322ق.م) واليونانيين قبل أكثر من ألفي سنة، أما دراسة الأسرة بطريقة علمية منظمة فإنها لم تبدأ إلا خلال منتصف القرن التاسع عشر، ولقد تأثر علم اجتماع الأسرة في بداياته الأولى في أواخر القرن التاسع عشر بالأفكار الداروينية التطورية تأثيراً كبيراً، كماحاول المفكر البريطاني تشارلز داروين Tsharlz Daruin (1809 – 1882م) في كتابيه أصل الأنواع 1859، وأصل الإنسان 1871 تتبع تطور الكائنات العضوية من أشكال دنيا إلى مستويات مركبة أعلى بالغة التعقيد عبر مراحل تطورية متتابعة، ولقد كشف عالم الأنثروبولوجيا الأمريكي لويس هنري مورغن Luis Hinri Mawrighn (1818-1881)، والمفكر الالماني فريدريك انجليز Frydryk Anjilz (1820-1895) النقاب عن أمثلة لوجود اباحة جنسية وزواج جماعي في المجتمعات البدائية (أحمد الاحمر، 2004: 25-26).

أما النسب فقد تعددت وتنوعت الآراء حوله، فمن هؤلاء العلماء من يقول بالمرحلة الأمومية Matriarchal وهي المرحلة التي يتصورن فيها المرأة وهي تتزعم الأسرة، ومن علماء التطور الذين نادوا بذلك ماكلينان Mclennan (1827-1881) الذي افترض أن الإنسان الأول لابد

وأنه كان يعيش حياة إباحية وافترض أن السلطة كانت في تلك المرحلة للأم وخاصة على أولادها، ثم تطور الأمر بعد ذلك إلى النظام البولياندري Polyandry أو تعدد الأزواج وما صاحب ذلك من انتقال المرأة عن طريق الزواج لتعيش مع أهل زوجها، ويعتقد ماكلينان Mclennan أن ذلك ساعد في ظهور الانتساب للأب Patrilineal الذي كان سيد الأسرة وإليه ينسب الأولاد (أبوبكر شلابي، 2006: 353-354).

وبناء على ما سبق تلخص الباحثة تطور الأسرة في الآتي:

1- كانت الأسرة قديماً تتكون من عدة أسر مختلفة الأفراد يطلق عليها نظام المعشر.

2- المرحلة الأمومية، ما يميزها هو سيطرة الأم على الأسرة حيث أن الإنسان كان يعيش الحياة الإباحية التامة.

3- المرحلة الأبوية، وفي هذه المرحلة تبرز سيطرة الأب على شؤون الأسرة وانتساب الأبناء إليه وسيطرته على زوجاته.

الأسرة في الإسلام :

يعتبر الإسلام الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع الإنساني وهي حجر الزاوية في استقرار وانتظام أحواله، لأن الإسلام دين اجتماعي اهتم اهتماماً شديداً بتنظيم العلاقات الاجتماعية والروحية، ولقد حدد القرآن الكريم والسنة النبوية الكريمة نظام الأسرة المسلمة والزواج والطلاق والإرث والوصاية، وشرع أحكاماً تنظم تلك الأمور، وفرض عقوبات على المخالفين، فقد حدد الإسلام حق الزوج على زوجته والزوجة على زوجها والابن على أبيه والأب على ابنه (سعيد العزة، 2000: 196) .

وقد عمل الإسلام على تدعيم الحياة الأسرية واستمراريتها وقيامها على أسس سليمة بأن أوصى بما يلي:

1- المودة والرحمة:

أن تكون العلاقة الزوجية بين شطري النوع البشري قائمة على أساس المودة والرحمة ليتمكن كلاهما بعملهما المشترك من تحقيق الأهداف والمقاصد الاجتماعية والحضارية المعلقة على الزواج على أتم وجه، وتحقق لكيلهما في حياته الأسرية الراحة والسكينة والاستقرار والمسرة والاطمئنان (محمد المهدي، 2002: 153).

2- **الزواج:**

إن النظام الأسري الذي أقره الإسلام هو نظام "الأسرة الزوجية" أي الأسرة التي تقوم على عقد زواج صحيح يحول العلاقة بين الرجل والمرأة من علاقة محرمة وممنوعة تستوجب الذم والعقاب إلى علاقة مشروعة تسودها المودة والرحمة وحسن المعاشرة والمعاملة (هدى الناشف، 2007: 14- 15).

3- **اختيار كل من الزوجين:**

ويكون أساس الاختيار الدين والأخلاق فهما اللذان تبقي بهما الحياة الزوجية (سناء زهران، 2011: 28).

وبناء على ما سبق ذكره تلخص الباحثة النقاط التالية:

1- أن تكون العلاقة بين الزوجين علاقة دافئة قائمة على المودة والرحمة يتعلمها وينعم بها الفرد في جو الأسرة المستقر، وهذه العواطف الإيجابية كفيلة بمواجهة العواطف السلبية الشريرة الموجودة في نفس الإنسان، وبدون هذه العواطف الإيجابية تكون الحياة لا تطاق ويتعرض الفرد للضغوط النفسية التي تسبب له أمراض نفسية.

2- على الأبوين أن ينجبا أبناء شرعيين عن طريق الزواج الشرعي الذي تقره الشرائع والأديان.

3- أن يحسن الأب اختيار أم أبنائه فالأم الصالحة الطيبة المستقيمة تنشئ نسل سليماً إيجابياً.

البعد العلاجي وإستراتيجيات التعامل مع أفراد الأسرة لأجل تدعيم الصحة النفسية والتي تحقق الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي:

إن من واجبات الأسرة تجاه الأبناء بناء العلاقات الإيجابية بينهم وبين الأبناء، من خلال الاحترام المتبادل، والتقبل، وشيوع الحب داخل الأسرة، وحصول كل فرد على حقوقه كاملة، وهناك مجموعة من الإستراتيجيات الفاعلة في التعامل مع الأبناء لفهم مشكلاتهم والتعامل معها لتدعيم صحتهم النفسية وأهمها:-

1- فهم دوافع وسلوك وانفعالات الطفل:

فقد تكون الدوافع للسلوك غير المرغوب هي جلب الاهتمام والانتباه إليه، أو الانتقام أو الانسحاب، فعلى الآباء مساعدة الأبناء على التصرف بشكل تلقائي عفوي، وذلك عن طريق تقديم الاحترام لهم وتشجيعهم، مما يساعدهم في بناء ثقتهم بأنفسهم ويزيد من تقديرهم لها، ويرتبط بذلك مساعدة الأبناء في اختيار أهداف واقعية يمكنهم تحقيقها في حياتهم وتقع ضمن إمكاناتهم (محمد السفاسفة، أحمد عربيات، 2005: 244).

2- السماحة:

وتتمثل مظاهرها في عدم تدخل الوالدين في اختيار الأبناء لأصدقائهم، وحرص الوالدين على أن يكون لأبنائهم رأي مستقل منذ الصغر، وإعطاء الأبناء حرية اللعب في المنزل دون قيود، وإمكانية إفضاء الأبناء بأسرارهم للوالدين، وعدم إتباع أسلوب العقاب البدني مع الأبناء، وبعث الثقة في نفوسهم، بحيث يشعرون بذواتهم وإمكاناتهم، كما تتمثل هذه المظاهر في سماحة الوالدين في أن يكون للأبناء عالمهم خارج حدود الأسرة (شاكر المحاميد، 2003: 64-65).

3- اتساق المعاملة:

يقصد باتساق المعاملة ثبات الوالدين في نظامهما الذي يتعاملان به مع الطفل في المواقف نفسها عندما تتكرر، وعدم تناقض أسلوبيهما عند مقارنة أسلوب معاملة كل منهما بالآخر، أو داخل أسلوب الوالد الواحد تجاه السلوك نفسه الصادر من الطفل، أو شبيه هذا السلوك، فيجب أن يثاب دائماً كلما صدر منه السلوك الصحيح، ويعاقب دون قسوة كلما صدر منه السلوك

الخاطئ، ويؤدي اتساق المعاملة إلى قدرة الطفل على معرفة الإيجابيات والسلبيات، وإلى اكتسابه مهارات السلوك السوي، وقدرته على اتخاذ القرارات الصحيحة دون تردد (سناء زهران، 2011: 47).

4- المساواة:

يجب أن يكون لكل فرد من أفراد الأسرة قيمته، واعتباره، وأهميته، دون تفضيل أحدهما عن الآخر، فالكبير يعطف على الصغير ويساعده، والصغير يحترم الكبير ويستشيره في جو من الود والتفاهم (كلير فهيم، 2007: 61).

5- التقبل:

أن تقبل الوالدين لأبنائهم يجعلهم أكثر قدرة على تكوين علاقات إيجابية داخل المنزل وخارجه عند اتصالهم بالآخرين، كما يجعلهم قادرين على الأخذ والعطاء بعيد عن الشعور بالتهديد والخوف والقلق، لذلك فإن إحساس الأبناء بالقبول من قِبل الوالدين وأفراد الأسرة والمحيطين بهم، يعد عاملاً أساسياً وهاماً في نموهم السليم وتكيفهم، ويجعلهم أكثر إحساساً بالأمن والثقة بالنفس، ويمنحهم القدرة والمهارة على التعاون الإيجابي مع الآخرين. (الجندي أحمد، 2010: 36).

6- العلاقة بين الوالدين:

أن تكون الأسرة لها سياسة ثابتة بعيدة عن التذبذب والتقلبات الانفعالية والمزاجية، كما أن للروابط القوية والتماسك والمحبة والاحترام بين الوالدين لها أهمية كبرى في حياة الأطفال وفي توافقهم النفسي، أي أنه كلما قلت الخلافات بين الوالدين زاد التوافق النفسي والصحة النفسية لدى الأفراد (حسن منسي، 1998: 89-90).

7- الاهتمام بالنمو الجسدي والتنشئة المادية للطفل:

وهذا يعني التغذية الصحيحة والسليمة، ومد الطفل بالعناصر الغذائية التي تضع له بنياناً جسدياً قوياً ينعكس على حالته المعنوية، وأيضاً على حالته النفسية والعصبية (عبدالمنعم الميلادي، 2005: 109).

8- الاستقلال:

يتضمن الاستقلال منح الطفل قدرًا من الحرية لينظم سلوكه، دون دفع سلوكه في اتجاهات محددة، أو كف ميوله من خلال قواعد ونظم يطلب منه الالتزام بها، ويشجع على ممارستها دون مراعاة أو دون تزويده بمعلومات عن نتائج سلوكه، ويؤدى أسلوب الاستقلال إلى نمو شخصية الطفل وتكوين آراء مستقلة خاصة به، ويكون قادرًا على اتخاذ القرارات، والتمييز بين الصواب والخطأ، والجائز والممنوع، ويتمتع بالاتزان الانفعالي (سناء زهران، 2011: 46-47).

9-الديمقراطية:

أن يسود الأسرة جو من الديمقراطية والحرية، ليتمكن الأبناء من التعبير على أنفسهم وأفكارهم وحاجاتهم ومشاعرهم، دون خوف أو تهديد أو تقييم أو استنكار، يرتبط بذلك عدم إظهار الشفقة وإشعار الطفل بالضعف وعدم القدرة، بل يجب دعمهم عاطفيًا بالفعل وليس بالقول، بمعنى أن كثرة الكلام تقلل من فرص استماع الطفل للآخرين، وبالتالي تقديم المساعدة للطفل بدلًا من إكثار الحديث معه (محمد السفاسفةو أحمد عربيات، 2005: 245).

وتري الباحثة بناء على ما سبق ذكره الآتي:

1- إن معظم الاضطرابات والأمراض النفسية لدى أفراد الأسرة هي نتيجة تدهور وتفكك الأسرة وضعف العلاقة بين الوالدين.

2- كما يؤدي منع الفرد من التعبير عن ذاته وآرائه داخل نطاق الأسرة إلى الانطواء، ويواجه صعوبة في تكوين علاقاته الاجتماعية مما يخلق منه شخص منطوي ومضطرب نفسيًا.

3- يعجز الأبناء عن معرفة ما يرضي الوالدين عندما تنتهج الأسرة أسلوب عدم الاتساق في المعاملة، كأن تكون معاملتها قاسية حيناً ومتسامحة حيناً آخر.

4- كما يتأثر الأفراد بالمستوى الاقتصادي لأسرته، حيث أن الأسرة التي تعاني من أسباب الفقر تكثر فيها المشاكل، وينعدم فيها الأمان، ويؤثر ذلك المستوى على تحقيق مطالبه مما يؤثر ذلك على صحته النفسية.

5- تحدث اضطرابات في العلاقات بين الإخوة بسبب التفرقة في المعاملة، وينتج عن ذلك الكثير من المشاعر السلبية التي تؤدي إلى الشعور بنقص الأمن النفسي، مما يؤثر سلباً على صحة الفرد النفسية.

أساليب المعاملة الوالدية الغير سوية والتي قد تؤدي إلى إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية:

1- أسلوب الرفض: Rejection Style:

ينطوي الرفض الذي يقوم به الآباء تجاه طفلهم على نوعين مختلفين، أولهما رفض شبه منذ البداية، وفي مثل هذه الحالات لا يشعر الآباء بحبهم لأبنائهم، وفي هذا النوع يحاول الآباء إخضاع أبنائهم للقواعد السلوكية باتخاذ مقاييس تتسم بالصرامة والقسوة، وثانيهما رفض في صورة تجاهل لرغبات الأبناء، إذ أن هناك نوعاً من الآباء يهملون أبناءهم ولا يلبون طلباتهم واحتياجاتهم، وكما يتحدث رونالد رونر R. Rohner عن أثار الرفض الوالدي، حيث يقول أن الراشدين الذين مروا بخبرة الرفض وهم أطفال يعانون من فقدان الحب والتقبل، كما أنهم لا يستطيعون تعويض الحب المفقود في مرحلة الطفولة، وبالتالي تترسب الخبرة السيئة ويمتد أثرها للرشد، فيصيرون منعزلين وسلبيين أثناء تفاعلهم مع الآخرين (أشرف عبدالحميد، 2007: 128-130).

2- أسلوب الحماية الزائدة Over Protection Style:

ويعبر عنه بمدى حرص الوالدين الشديد على الطفل، والتدخل في شؤونه إلى درجة يقوم عندها الوالدان بإنجاز الواجبات والمسؤوليات التي يستطيع الطفل القيام بها، وبالتالي تشجيع الطفل على تحقيق رغباته بالشكل الذي يحلو له، وهذا يعني عدم توفير الفرص المناسبة للنمو النفسي للطفل، فينشأ الطفل اعتمادي منسحب، وهذا ينعكس على سلبيته وتردده وحاجته الدائمة للآخرين حتى عندما يكبر (محمد السفاسفةو أحمد عربيات، 2005: 235-236).

3- أسلوب القسوة Cruelty Style:

إن الآباء المسيطرين، والذين يسومون أطفالهم سوط العذاب والنظام الصارم والعقاب الشديد الذي لا يتناسب مع الذنب الذي اقترفه الطفل، ويحاولون أن يتدخلوا في كل صغيرة وكبيرة،

يؤدي إلى مشاعر نفور وسخط اتجاه الوالدين، ثم تتحول مشاعره السلبية تجاه المرؤوس أو رئيسه في العمل أو ممثلي السلطة، وقد يصيبه الجموح والسلوك المنحرف والشعب، ويطبع الأبناء بطابع الخنوع والاتكالية والخجل (حسين رشوان، 2012: 202).

4- أسلوب إثارة الشعور بالنقص Style of Feeling in Feriority:

إن وجود الإعاقة على سبيل المثال عند طفل ما، قد يعني أن نسبة كبيرة من محاولاته ونشاطاته سيكون مصيرها الفشل، وهذا بالطبع سيكون مثبطاً لعزيمته، خاصة إذا كان الوالدان قليلي الصبر أو دائمي الانتقاد لتصرفاته، ومعايير الأداء المتوقعة من الطفل في سن معينة يكون مرجعها توقعات الوالدين لتطور الطفل ونموه، وهذه التوقعات والمعايير يتبناها الطفل بالتدريج، بحيث يصبح عنده نفس المعيار الذي عند والديه يقيس عليه تصرفاته وأداءه، وعندما يقارن الطفل ذو الإعاقة أداءه بهذا المعيار الذي حدده لنفسه يجده دون المستوى المطلوب، مما يؤدي خاصة مع التكرار إلى ضعف في الشخصية وعدم الثقة بالذات، والفشل في الأداء، وكل هذا يزعزع بناءه النفسي، وقد يعرضه للاضطراب النفسي ويدفعه إلى أنماط مختلفة من السلوك اللاتوافقي (أشرف عبد الحميد، 2007: 130-131).

5- أسلوب المغالاة في المستويات الخلقية The Style Of Exaggerating the Moral Tevels:

يهتم بعض الآباء في بعض الأحيان اهتماماً مبالغاً فيه بالمستويات الخلقية المطلوبة من أبنائهم، فلا يسمحون لهم بمساحة من الخطأ على الرغم من أنه لا يوجد إنسان بلا أخطاء، وقد يحاسب الآباء الأبناء على كل كبيرة وصغيرة، وقد يعاقبونهم بعقاب أكبر من حجم الخطأ الذي يرتكبونه فلا يتناسب العقاب مع طبيعة السلوك الخاطئ الذي ارتكبه الفرد، وقد يكون الدافع وراء هذا الأسلوب في التنشئة هو رغبة الآباء في أن يكون سلوك أبنائهم في أفضل صورة، وقد يرجع ذلك إلى شخصية الوالدين الصارمة، ويترتب على هذا الأسلوب في التنشئة إصابة الفرد بأنواع قاسية من الصراع النفسي، والشعور بالإثم والجمود واتهام الذات (سناء زهران، 2011: 52).

6- أسلوب التدليل Pampering Style:

ويقصد به تشجيع الطفل على تحقيق رغباته بالشكل الذي يحلو له، مع عدم توجيهه لتحمل أي مسؤوليات تتناسب مع مرحلة النمو التي يمر بها، وقد يتضمن هذا الأسلوب دفاع الوالدين عن هذه الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها ضد أي توجيه أو نقد يصدر إلى الطفل من الخارج (نجاح الرابطي، 2014: 16).

بناء على ما سبق ذكره ترى الباحثة أن أسلوب الرفض الذي يتبعه الوالدان باستمرار اتجاه أبنائهم يولد الشعور بعدم الأمان والشعور بالوحدة والسلبية وكره السلطة الوالدية، كما أن الحماية الزائدة للفرد ومنع اعتماده على نفسه، وقيام الوالدين بكل مسؤوليات وواجبات الفرد لخوفهم الشديد عليه، مما يولد لدى الفرد نقص الشعور بالمسؤولية والأنانية ونقص القدرة على تحمل الضغوط ونقص الدافعية للإنجاز، مما يجعله عرضة للاضطرابات النفسية، كما أن استخدام القسوة والضرب والصفع وغيرها من أساليب العقاب الجسمي، وعدم السماح للطفل بالتعبير عن رأيه وحيده وتهديده لفظياً، مما قد يؤدي مع الوقت أن يقوم الفرد بتقليد وإتباع هذا الأسلوب مع أشخاص آخرين، ويؤدي إلى إضعاف الذات لدى الفرد، وخلق شخصية خائفة مضطربة، وأيضاً قد يشعر الآباء أبنائهم بالنقص إن لم يقوموا بإنجاز ما يطلبونه منهم دون مراعاة حالتهم الصحية، بأن تسمح لهم بذلك أو لا فإذا لم يستطيعوا الإنجاز فإنهم يتعرضون للانتقاد في تصرفاتهم مما يولد لديهم الشعور بالنقص والدونية وعدم الثقة بالنفس فيبتعد عنهم، فكل هذه التصرفات من الأسرة تجعل الفرد عرضة للأمراض والاضطرابات النفسية، وتكون أسرة مولدة للمرض.

النظريات المعاصرة لدراسة الأسرة:

1- نظرية التطور الأسري كيرك باتريك Kirk Patrick (1930م):

تعد نظرية نمو أو تطور الأسرة من النظريات الحديثة، والتي ظهرت في السنوات الأخيرة منذ عام (1930م) وينصب التركيز الأساسي على أهمية المراحل المختلفة التي تمر دورة حياة الأسرة والاهتمام بعامل الزمن كبعد مهم في التفاعل الزواجي، وتستخدم هذه النظرية عدة افتراضات أساسية وهي:

أ- إن الأسرة المقصودة بالدراسة في هذا المدخل أسرة زواجية مع وجود أطفال للأسرة سواء بالميلاد أو التبني.

ب- إن الأسرة والأفراد يتغيرون وينمون بطرق مختلفة، تبعاً لعملية المعيشة ووفقاً للمؤثرات والوسط الاجتماعي.

ج- إن التركيز الأساسي يكون على الأفراد من خلال أسرهم على الرغم من أهمية النسق الأسري ككل، بما يفرضه من ضغوط معينة على أفراده.

د- كل أسرة تعد وحدة فريدة من حيث تركيبها العمري والأدوار وتوقعاتها المتبادلة، حيث يتغير النسق الأسري بتغيير الوقت، وفقاً للتغير في التكوين العمري لأعضائه (أحمد الكندي، 1999: 57).

وكما يرى أصحاب هذه النظرية أن الأسرة في تطور وتغير وتنمية بصورة مستمرة وهي لا تبقى على حال أو ثابتة لفترة طويلة، وقد تتطور الأسرة إلى الأفضل، كما أنها قد تتفكك وتندثر لأسباب عديدة، كما أنها لا تعيش في فراغ اجتماعي، فهي تؤثر وتتأثر بالبيئة المحيطة وتعتمد الأسرة على الأدوار المختلفة لأعضائها منذ نشأتها إلى حين اندثارها وظهور أسر جديدة على انقاضها عندما يتزوج الأبناء ويموت الآباء (محجوب الفاندي، 2013: 121).

2- نظرية الصراع: ماركس Marx وأنجلز Engels (1848م):

ركزت هذه النظرية على التغير في الأسرة من منظور الصراع، وهي النظرية التي ظهرت في أواخر الستينات، وأكدت على الطبيعة الديناميكية للحياة الأسرية، واعتبرت العوامل الخارجية بمنزلة القوى المحركة للتغير، فالظروف الاقتصادية المتغيرة وتحول الأبنية الاجتماعية وروابط القوى الجديدة في المجتمع هي من أهم العوامل في التغير الأسري، وتتميز الحياة الاجتماعية في هذه النظرية بتضارب المصالح الفردية، وما التغيرات إلا نتيجة حتمية للصراعات التي تدمر التوازن القديم وتتيح توازنات جديدة ينكشف فيها بذور خلافات قوية، وتنعكس الصراعات الداخلية في التناقضات الأساسية في البناء الاجتماعي للمجتمع (إبراهيم ناصر، 1992: 115).

3- النظرية البنائية الوظيفية: بارسونز Parson (1902 – 1979م):

أصحاب هذه النظرية بارسونز Parson، مرتون Marton، سروكن Srookn، ليفي Lifi، يرون أن الأفراد والجماعات أو أي نظام أو نسق اجتماعي يتألف من عدد من الأجزاء المترابطة، وبالتالي فإن كل جزء من أجزاء النسق يكون وظيفياً كجسم الإنسان، ويتكون من مختلف الأعضاء، ولكل جزء وظيفته، وتنظر هذه النظرية للأسرة بوصفها مجتمعاً صغيراً أو وحدة في مجتمع كبير أو الوحدة الكبيرة، ومن أشهر رواد هذه النظرية بارسونز Parson، ويرى بارسونز Parson إن الأسرة بوصفها وحدة بنائية هي الوحيدة التي تستطيع القيام بمهمة إعداد الصغار وتنشئتهم بغرس القيم والمعتقدات وجميع الرموز الثقافية والمبادئ الاجتماعية، ومفهوم النظام الاجتماعي يتمركز حول مفهوم التكامل والتكافل فهو يرى أن النظام يتألف من أقسام الواحدة منه معتمدة على الآخرين في ترابطها ووظائفها، وتكامل النظام يعني تنسيق وارتباط هذه الأنظمة الفرعية بعضها ببعض، ولكي تكون وظيفة النظام العام الرئيسية المتكاملة، ولكي تعطي شكلاً عاماً للنظام (أحمد الكندي، 1999: 48).

4- نظرية التفاعل الرمزي هربرت ميد Herbert Mead (1863 – 1931م):

وهي من أكثر النظريات الاجتماعية استخداما في الأسرة، وقد بدأت منذ بداية القرن العشرين، وقد أطلق عليها النظرية السلوكية الاجتماعية، ومؤسسها هربرت ميد Herbert Mead، ولقد اهتمت هذه النظرية بالتنشئة الاجتماعية، ونمو الشخصية؛ لأن التفاعل بين البشر يتم عن طريق الرموز، والتحقق من معاني أفعال الآخرين، ودراسة العلاقة الشخصية بين الزوج والزوجة، وبين الآباء والأبناء، فالأسرة وحدة اجتماعية تتأثر بالعلاقات التفاعلية، وتهتم بالأمور الداخلية للأسرة مثل اختيار الشريك، والتوافق الزواجي، وتكوين العلاقات المتبادلة، ويرى البعض أن نصف علماء الاجتماع يستخدمون هذه النظرية في بحوثهم الخاصة بالأسرة (محجوب الفاندي، 2013: 125).

وأن الفرد من خلال تفاعله مع الآخرين وما تحمله تصرفاتهم واستجاباتهم لسلوكه كالاحترام والتقدير والاحتقار، وتفسيره لهذه التصرفات والاستجابات فإنه يكون صورة لنفسه، أي أن الآخرين مرآة يرى فيها نفسه (أبو خليل فاديا، 2014: 81).

تلخص الباحثة بناء على ما سبق ذكره الآتي:

1- تركز نظرية التطور الأسري على التفاعلات بين أفراد الأسرة هذه التفاعلات تساعد على توفير الصحة النفسية للأبناء وتخلق المواطن الصالح الخالي من الاضطرابات النفسية، كما تركز على أهمية العامل الزمني في هذه التفاعلات كبعد مهم في التفاعل الزواجي .

2- ركزت نظرية الصراع على الظروف الاجتماعية والاقتصادية والعوامل البيئية الخارجية للفرد واعتبرتها هي المؤثرة في شخصية الفرد وتدفعه خارج المسار القويم (المستقيم)، كما رجعت أن بسبب الصراع هو احتياج الفرد للبقاء في ظل ظروف صعبة وأن الصراع هو وليد أزمات اجتماعية ونفسية فعدم قدرة الفرد على تحقيق احتياجاته الأساسية يولد لديه صراعًا داخليًا ينعكس على نفسيته التي تسبب إصابته ببعض الأمراض النفسية.

3- شبهت النظرية البنائية الوظيفية الأسرة بجسم الكائن الحي الذي يتكون من مجموعة من الأجزاء التي تؤدي وظائف مختلفة، هذه الوظائف تعتمد على بعضها البعض، كذلك الأسرة تتكون من مجموعة من الأفراد، كل فرد له وظيفة هامة يؤديها تساعد على استمرار البناء الوظيفي والنفسي للأسرة، حيث أن التفاعلات بين الشخص المصاب بمرض نفسي وأفراد الأسرة يمكن أن يحسن أو يزيد الأمراض النفسية سوء، فالأسرة يجب أن تكون أكثر مشاركة وحليف في العلاج.

4- تري نظرية التفاعل الرمزي أن الفرد يعيش في عالم من المعارف والرموز المحيطة به في كل موقف أو تفاعل اجتماعي يتأثر بها ويستخدمها باستمرار وهذه الرموز تشير إلى شيء ما، ويعبر عنه بالرمز مثل الاتصال الرمزي بين القارئ والمؤلف عندما يقوم القارئ بقراءة جملة له، وأن المريض النفسي يتأثر من خلال تفاعله مع الآخرين وما تحمله تصرفاتهم اتجاه سلوكه سواء من خلال إظهار قلة الاحترام والتقدير له، أو الاستهزاء عليه فإن ذلك يزيد من مرضه ويساهم في زيادة حدة النظرة السلبية للمرض النفسي، أما إذا كان التفاعل بين المريض النفسي والأسرة تفاعلًا إيجابيًا قائمًا على التقدير وتشجيع المريض على تغيير نظرته لنفسه نحو الأفضل فإن ذلك يساعده على العلاج والشفاء.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المقدمة

الدراسات المحلية

الدراسات العربية

الدراسات الأجنبية

تعقيب على الدراسات السابقة

الدراسات السابقة

المقدمة:

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي ، وعلى الرغم من تعدد الدراسات والأبحاث الأجنبية والعربية التى تناولت هذا الموضوع فقد لوحظت ندرة الدراسات المهتمة بهذا الموضوع في القطر العربي الليبي بحدود علم الباحثة .

ولابد للباحث من الاطلاع على هذه الدراسات للافادة منها والمقارنة بها.

أولاً- الدراسات المحلية:

1- دراسة إلهام شاحوت وآخرون ، بعنوان اتجاهات طلبة جامعة 7أكتوبر بمدينة مصراتة نحو المرض النفسي (2008 م) جامعة مصراتة بليبيا:

اتجاهات طلبة جامعة 7 أكتوبر بمدينة مصراتة نحو المرض النفسي، وتهدف لمعرفة الاتجاه العام لدى الطلبة الجامعيين نحو المرض النفسي، فيما إذا كان إيجابياً أو سلبياً، والتعرف على مستوى دلالة الفروق بين متوسط درجات الطلاب ودرجات الطالبات، وكذلك متوسط درجات طلاب كلية الآداب وطلاب كلية العلوم، ومتوسط درجات طالبات تلك الكليتين، بالإضافة إلى الفروق بين متوسط درجات الطلبة والطالبات في كل منهما، كل كلية على حدة، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وقد تكونت العينة من (200) طالب وطالبة موزعة بالتساوي وفق كل من الكليتين والجنسين، طبقت عليهم إستبانة الاتجاه نحو المرض النفسي، وأظهرت النتائج أن الاتجاه العام لدى الطلبة الجامعيين هو اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي، هذا ولا توجد فروق ذات دلالة بين الطلاب والطالبات في كليتي الآداب والعلوم، في الاتجاه نحو المرض النفسي (إلهام شاحوت، 2008: 45).

2- دراسة مجدي جمعة حمد، بعنوان اتجاهات طلاب جامعة طبرق نحو المرض النفسي (2016م) جامعة طبرق بليبيا:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اتجاهات طلاب جامعة طبرق نحو المرض النفسي وأيضًا معرفة تأثير بعض المتغيرات (الجنس، الكلية، العمر) على اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي- العينة تكونت من (261) طالب (113) ذكور (148) إناث تراوحت أعمارهم من 18 - 30 سنة أكملوا الإجابة على مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي من تأليف زينب شقير (2002م) وأظهرت النتائج أن اتجاهات طلاب الجامعة كانت إيجابية نحو المرض النفسي، بينما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في الاتجاه نحو المرض النفسي، وأيضًا بينت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًّا في الاتجاه نحو المرض النفسي تبعًا لعمر الطالب ونوع كلية (آداب – علوم)، وقد فسرت النتائج بناءً على الأدبيات المتوفرة وطبيعة المجتمع الأصلي (مجدي مقران، 2017: 139).

ثانياً- الدراسات العربية:

3- دراسة زياد بركات وحسن كفاح، بعنوان اتجاه الطلبة الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي (2006 م) بفلسطين :

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاه الطلبة الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية، الجنس، والتخصص، والعمر، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتم تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه على عينة بلغت (228) طالباً وطالبة، ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: (النجاح الوطنية بنابلس)، و(القدس المفتوحة بطولكرم)، و(الأمريكية العربية بجنين) و(كلية خضورى الجامعية بطولكرم)، وقد خلصت الدراسة إلى أن أغلبية الطلبة لديهم اتجاهاً إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي، حيث أظهر ما نسبته (75.9%) ميلاً موجباً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (24.1%) ميلاً سالباً نحو ذلك، ووجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري (زياد بركات وحسن كفاح، 2006: 36-48).

4-دراسة الناشري والسايس، بعنوان اتجاهات المجتمع نحو الأمراض النفسية(2008م) بالسعودية:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اتجاهات المجتمع نحو الأمراض النفسية. وأسباب الإحجام عن البحث في العلاج النفسي عند الحاجة إليه، ومن ثم التخطيط لحملات توعية بماهية الأمراض النفسية. وأسبابها وطرق علاجها للتغلب على بعض المعتقدات الخاطئة والتي ترسخت في أذهانهم، لتصبح جزءاً من الثقافة المجتمعية، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتكونت العينة من (100) متعلم ومتعلمة من السعوديين وغيرهم، وشملت عينة الدراسة الفئات العمرية الواقعة بين (20-55) سنة (65.3%) منهم إناث، و(34.7%) ذكور، منهم (60.4%) من المتعلمين بدرجة جامعية و(32.7%) فوق التعليم الجامعي، وطبقت عليهم استمارة استطلاع الآراء نحو المرض النفسي، وأظهرت نتائج الدراسة نسبة (52.5%) من المشاركين في الدراسة بسبب عدم توجه المريض النفسي لطلب العلاج، حين إحساسه بالأعراض إلى النظرة السلبية التي ينظر بها المجتمع إلى المريض النفسي ورأى (31.7%) منهم أن السبب عدم قناعة المريض وأسرته بالطب النفسي وأشار (15.8%) إلى أن السبب قد يرجع إلى لجوء كثير من أفراد المجتمع إلى الشيوخ وذلك لاعتقادهم أن المرض النفسي مس شيطاني، وهذا يؤدي إلى التأخر في طلب العلاج النفسي وإنتكاس الحالة، كما يرى (57.4%) أن المريض النفسي خطر على المجتمع ويجب الحجر عليه، ويري (34.7%) أنه مريض كغيره ولكنه يحتاج إلى فترة طويلة من العلاج، ويرى (73.3%) من المشاركين في الدراسة أن المرضي النفسيين لا يعترفون بالمرض النفسي، بسبب الخوف من معرفة المحيطين بهذا المرض والخجل والشعور بالعار، وكما تفضل نسبة (19.8%) الإدعاء بأن هناك وعكة صحية طارئة أو ظروف بيئية صعبة في المنزل أو العمل بدلاً من الاعتراف بالمرض النفسي، ويخشى (6.9%) من المشاركين إبقاء المريض في مستشفى الأمراض النفسية فيعرف المحيطون بظروف مرضه، ويرى (49.5%) أن السبب في نظرة المجتمع السلبية، يعود إلى أن الأمراض النفسية تحيطها الكثير من الخرافات التي لا أصل لها من الصحة، يرى (30.7%) أن السبب هو عدم إمكانية شفاء المريض النفسي بشكل كامل، ويضيف إلى ذلك عدم الثقة بالأطباء النفسيين (19.8%) (هبه شنان، 2015: 19-20).

5- دراسة غربي عبد الناصر، بعنوان اتجاهات عينة من أفراد المجتمع بولاية الوادي نحو المرض النفسي والمريض النفسي وعمل الأخصائي الاجتماعي (2011م) بالجزائر:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اتجاهات عينه من أفراد المجتمع بولاية الوادي نحو كل من المرض النفسي والمريض النفسي وعمل الأخصائي الاجتماعي، بإتباع المنهج الوصفي، على عينة عشوائية من أفراد المجتمع بولاية الوادى ؛ قوامها (60) فرداً منهم، (24) من الاناث و(36) من الذكور، وثم الاعتماد على استمارة معدة من قبل الباحث لجميع البيانات تتكون من ستة بنود في شكل أسئلة مفتوحة ونصف مفتوحة يجاب عنها كتابة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أغلب أفراد العينة يعتقدون أنه ليس بالإمكان الشفاء التام من الأمراض النفسية نظرا لتعدد أسبابها وصعوبة تشخيصها، ويرجع معظم أفراد العينة أن سبب الأمراض النفسية يعود إلى الضغوط الحياتية ثم الوراثية ثم الجن ثم السحر ثم الأسباب العضوية، كما يرى أفراد العينة أن المريض النفسي لا يطلب العلاج من الأخصائي النفسي بسبب قلة الأخصائيين أو انعدامهم، ثم إلى طغيان عمل الطبيب، ثم لقلة الوعي الاجتماعي، ثم لعدم الثقة بالمعالج، كما يرى أغلبية أفراد عينة البحث إلى المريض النفسي على أنه خطير في المجتمع. (غربي عبد الناصر، 2011: 35).

6- دراسة عمر مبارك بامير، بعنوان معتقدات واتجاهات أقارب المرضى النفسيين وطلبة الجامعة نحو المرض النفسي (2013 م) جامعة حضرموت باليمن :

هدفت الدراسة إلى معرفة معتقدات واتجاهات أقارب المرضى النفسيين، وطلبة الجامعة نحو المرض النفسي من خلال معرفة أسبابه، أعراضه، طرق علاجه، كيفية التعامل معه، وتم استخدام المنهج التجريبي في هذه الدراسة، وهدف البحث إلى معرفة الفروق والتشابه في اعتقادات واتجاهات أقارب المرضى وطلاب الجامعة، والتي تعزي إلى عوامل مستوى التعليم، السكن، صلة القربى، ولهذا الغرض تم تطبيق مقياس منظمة الصحة العالمية حول المعتقدات والاتجاهات نحو خمسة من الاضطرابات النفسية الشائعة وهي: (التخلف، الصرع، الذهان الحاد، الاكتئاب، الفصام) على عينة بلغت (100) شخص موزعين على مجموعتين: (50) شخص من أقارب المرضى النفسيين والثانية (50) شخص من طلاب جامعة حضر موت، وقد خلص البحث إلى أن هناك اتفاق وتقارب في اعتقادات المجموعتين حول أسباب الذهان الحاد والاكتئاب

وتحديد جهة العلاج النفسي واختلاف المجموعتين في تحديد أسباب ومعالجة التخلف العقلي والصرع، وأظهرت المجموعتان اتجاهًا سلبيًا حول الزواج والعمل والسكن مع المريض النفسي (عمر بامير، 2013: 290).

7-دراسة صباح السقا، بعنوان العلاقة بين اتجاهات أسر المرضى النفسيين نحو المرض النفسي والمساندة الاجتماعية(2014 م) المشافي الحكومية بدمشق :

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اتجاهات أسر المرضى النفسيين نحو المرض النفسي والمساندة الاجتماعية، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية (spinder George 2001) ومقياس الاتجاه نحو المرض النفسي المعد من قبل الباحثة، على (70) شخصًا من أهالي المرضى النفسيين المترددين إلى العيادات النفسية في المشافي الحكومية بدمشق، أشارت النتائج إلى وجود ارتباطات إيجابية دالة إحصائية بين اتجاه الأسر نحو المرض النفسي ومقدار المساندة الاجتماعية (الكلية) المقدمة لمريضهم النفسي وكان الارتباط يساوي (0.399) وهو معامل ارتباط إيجابي، وبلغ مستوى الدلالة (0.001) مما يدل على وجود علاقة إيجابية أي كلما تحسن اتجاهاتهم نحو فهم المرض النفسي زادت مساندتهم للمريض النفسي. (صباح السقا، 2014: 175).

8-دراسة معاذ أحمد مقران وآخرون ، بعنوان طبيعة الاتجاه النفسي لدى الطلبة المتعلمين في كلية التربية بجامعتي الكويت وآب اليمنية نحو المرض النفسي(2017 م) وجامعة آب بالأردن:

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة الاتجاه النفسي لدى الطلبة المتعلمين في كلية التربية بجامعتي الكويت وآب اليمنية نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (الجنسية، النوع، التخصص، الحالة الاجتماعية)، واستخدم المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، ولتحقيق أهداف البحث أعد الباحثون مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي من إعدادهم، وتألفت عينة البحث من عدد (1015) طالبًا وطالبة من الطلبة المتعلمين في كلتا الجامعتين تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشوائية في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (2015-2016م) منهم (589) طالبًا وطالبة من كلية التربية بجامعة الكويت و(426) طالبًا وطالبة من كلية

التربية بجامعة آب اليمنية، وبعد معالجة البيانات إحصائياً ومن خلال استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاختبار الثاني لعينة واحدة والاختبار الثاني لعينتين مستقلتين، خلصت الدراسة إلى أن الاتجاهات العامة لدى الطلبة المتعلمين بكلية التربية بجامعتي الكويت وآب اليمنية نحو المرض النفسي وفقًا لمتغيري الجنسية والنوع بينما وجدت فروق دالة إحصائيًا في مستوى الاتجاه النفسي لدى الطلبة المتعلمين في كلتا الجامعتين نحو المرض النفسي وفقًا لمتغيري التخصص والحالة الاجتماعية (معاذ مقران، 2017: 139).

9-دراسة ردينة خضر الطراونة، بعنوان اتجاهات طالبات كلية العلوم التربوية في جامعة مؤته نحو المرض النفسي(2017 م) بالأردن:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اتجاهات طالبات كلية العلوم التربوية في جامعة مؤته نحو المرض النفسي، وأثر متغيرات التخصص، العمر والمعدل التراكمي على هذه الاتجاهات، ومن أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على (114) طالبة، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: أن اتجاهات الطالبات نحو المرض النفسي كانت إيجابية، كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات تعزي لمتغيري التخصص والمعدل التراكمي، بينما أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات تعزي لمتغير العمر لصالح اللواتي أعمارهن (22) سنة (ردينة الطراونة، 2017: 35).

10- دراسة صفاءمبارك سليمان الحاج ، بعنوان اتجاهات أسرة المريض نفسيا نحو المرض النفسي (2017م) بالسودان:

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة اتجاهات أسرة المريض نفسياً نحو المرض النفسي وفقاً لمتغيرات (نوع المريض، عمر المريض، المستوي التعليمي للمريض، الحالة الاجتماعية، السكن، نوع المرافق، عمر المرافق، المستوي التعليمي للمرافق)، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتم التطبيق لقياس اتجاهات أسرة المريض نفسياً نحو المرض النفسي على عينة من (80) مريض مرفقاً بنسبة (10.3%) من المجتمع الكلي، بمستشفى الأمراض النفسية (ود مدني) وتم تحليل البيانات بواسطة برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)،

واستخدام اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن اتجاهات أسرة المريض نفسياً نحو المرض إيجابياً بنسبة (45%) وسلبية بنسبة (55%)، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات أسرة المريض نحو المرض النفسي تبعاً لنوع المريض لصالح (الإناث)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات أسرة المريض نفسياً عن عمر المريض، وتوجد فروق للمستوى التعليمي للمريض لصالح ثانوي، لا توجد فروق تبعاً للحالة الاجتماعية للمريض (متزوج، غير متزوج)، توجد فروق تبعاً للسكن (ريف وحضر) لصالح (الريف) بينما لا توجد فروق تبعاً لنوع المرافق (ذكر وأنثي) وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لعمر المرافق لصالح الفئات العمرية (26–36) وتبعاً للمستوى التعليمي للمرافق لصالح (أمي خلوي) (صفاء الحاج، 2017: 7).

11- دراسة مفيد حواشين وآخرون ، بعنوان اتجاهات المرضى العقليين ودمجهم مع أسرهم (2018 م) بالأردن:

هدفت هذه الدراسة عن كشف اتجاهات المرضى العقليين ودمجهم مع أسرهم، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتم بناء استبيان لهذا الغرض واختيار عينة من (20) مريضاً عقلياً في مستشفى الرشيد للطب النفسي وعلاج الإدمان (عنبري النرجس والريحان)، وتبين من النتائج أن نسبة (40%) من المرضي تتوفر لديهم اتجاهات إيجابية للدمج الأسري والاجتماعي، وبلغ متوسط النسب المئوية للمرضي أصحاب الاتجاه المؤيد لدمج المريض العقلي بأسرته ومجتمعه (68،70%) مقابل متوسط النسب المئوية للتكرارات لدى أصحاب الاتجاه غير المؤيد الذين يعارضون دمج المريض العقلي مع أسرته ومجتمعه (32،29%)، وتم تطبيق اختبار (x^2) لمعرفة دلالة الفروق بين الجانبين المؤيد والمعارض لعملية الدمج الأسري والاجتماعي للمرضي، وتبين أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوي (0.01)، كما تبين وجود بعض المعوقات الخاصة بالدمج الأسري ومنها عدم وجود تشخيص قبلي دقيق وشامل لحالة المريض بحيث يساعد ذلك على فرز حالة المريض من حيث القدرة على الدمج الاجتماعي والأسري، وتم تحليل النتائج ووضع توصيات للدراسة (مفيد حواشين وآخرون، 2018: 92).

12- دراسة مصطفى عبد المحسن الحديبي ، بعنوان الاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية والكشف عن الفروق في الاتجاهات (2020 م) بمصر:

هدفت هذه الدراسة لتعرف على شكل الاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية (المرض والمريض النفسي، والخدمة النفسية، المرشد النفسي)، والكشف عن الفروق في الاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية: (النوع، ومنطقة السكن، والتخصص، والمستوى التعليمي) والتحقق من مطابقة النموذج البنائي للعلاقات بين المعتقدات حول عمليتي الإرشاد والعلاج النفسي والاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية وبعض المتغيرات الديموغرافية في ضوء نظرية السلوك المخطط، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، على عينةعشوائية من أفراد المجتمع حيث بلغ قوام المشاركين الأساسية (2243) فرداً، للتحقق من فروض الدراسة طبق عليهم مقياس الاتجاهات نحو خدمات الإرشاد والعلاج النفسي، ومقياس المعتقدات الإرشادية والعلاجية في ضوء نظرية السلوك المخطط، وأسفرت نتائج الدراسة عن تمايز الاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية، حيث اتصفت الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بالسلبية، وجاءت الاتجاهات نحو الخدمة النفسية، والمرشد النفسي بالإيجابية (مصطفي الحديبي، 2020: 4).

ثالثاً- الدراسات الأجنبية:

1- دراسة جوريجي Gureje ، بعنوان الاتجاه نحو المرض النفسي ومعرفة الأفراد بالمرض النفسي في نيجيريا(2005م) بنيجيريا:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الاتجاه نحو المرض النفسي، ومعرفة الأفراد بالمرض النفسي في نيجيريا (Nigeria)، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وقام الباحثون باختيار عينة ممثلة (2040) فرداً من سكان ثلاث ولايات نيجيرية، وكانت نسبة الاستجابة من هذه العينة (2،74%)، وتم تطبيق استبانة الدراسة عليهم والتي تكونت من مجموعة عبارات عن الأمراض النفسية والصحة النفسية والوصمة، وكشفت النتائج أن المعرفة بأسباب المرض كانت ضئيلة، وعن مفاهيم شائعة عن أسباب المرض النفسي، حيث كانت الاتجاهات السلبية بنسبة (5،96%) لدى أفراد العينة، حيث يعتقدون أن ذوي المرض النفسي

خطيرون بسبب سلوكهم العنيف، ومعظم الناس لا يتسامحون حتى مع الاتصالات الاجتماعية الأولية مع المرضى النفسيين، وما نسبته (7،82%) المستجيبين يخافون من إجراء محادثة مع المرضى النفسيين، وفقط (9،16%) يأخذون بالاعتبار ويقبلون الزواج من المرضى النفسيين (جورجي، 2005: 186).

2- دراسة ستيب وآخرون Stip et al، بعنوان عمل تشاركي يتضمن المرضى النفسيين أوأعضاء الأسرة للفائدة عندما يكون الاندماج الاجتماعي والفجوة بين المرضى النفسيين والمجتمع (2006م) بكندا:

تهدف إلى البحث في عمل تشاركي يتضمن المرضى النفسيين أو أعضاء الأسرة للفائدة عندما يكون الاندماج الاجتماعي والفجوة بين المرضى النفسيين والمجتمع يراد تقييمها وأيضاً معرفة المدركات واتجاهات الجمهور في مدينة كوبيك (Quebcc) في كندا فيما يتعلق بمرضين نفسيين رئيسيين هما الفصام والهوس الاكتئابي، واستخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، واختيرت العينة الممثلة للسكان من (1001) شخص من مدينة كوبيك في كندا، وتم تطبيق استبانة من إعداد الباحثين وكشفت النتائج أن معدل الاستجابة (60،7 %) من أفراد العينة، وتم جمع معلومات من المستجيبين حول الإدراك لأسباب المرض والسلوك والاتجاه والوصمة والأدوية فيما يتعلق بالهوس الاكتئابي والفصام، التعليم العالي والشباب مرتبطاً بتقبل وتفهم أكثر لأسباب ومعالجة المرض النفسي، مقارنة بالهوس الاكتئابي فإن الفصام يفهم كمرض نفسي أكثر خطورة، وأقل تسامحاً، وأكثر وصمة (إسماعيل أحمد، 2009: 80).

3- دراسة وكسلر وآخرون Wechsler et al،الاتجاهات في الأمراض النفسية والانتحاربعد إعصار كاترينا (2007م) بالولايات المتحدة الأمريكية:

الاتجاهات في الأمراض النفسية والانتحار بعد إعصار كاترينا Katrina وهدفت لمعرفة مدى الاتجاه نحو المرض النفسي والانتحار أو التخطيط لدى عينة من سكان المناطق المتضررة بالإعصار، وذلك بعد (5-8) أشهر من حدوثه، ودراسة المشكلات النفسية وأنماط ومستويات التعافي من الأمراض والآثار الناجمة عن اضطراب ما بعد الصدمة خلال تلك الفترة الزمنية، وكذلك بعد عام من حدوث الإعصار، واستخدم المنهج التجريبي في هذه الدراسة، وقد تكونت

عينة البحث من (815) فرداً من سكان تلك المناطق، واستخدام استبيان استطلاعي لفحص الصدمة واضطراب ما بعد الصدمة، وقياس مستوى القلق واضطرابات المزاج وتقديرات انتشار المرض النفسي، ومقارنة تلك النتائج بما كان عليه الحال بعد كوارث أخرى، وقد أكدت النتائج على أن أعراض الاضطراب والمرض النفسي غالباً ما تبدأ بالانحصار بعد مرور فترة زمنية على حدوث كوارث أخرى، إلا أن الحال بعد إعصار كاترينا Katrina كان على العكس من ذلك، فقد بدت أعراض الإصابة بأمراض نفسية خطيرة والزيادة الواضحة في محاولات الانتحار أو التخطيط له، وكلما كانت الزيادة واضحة في آثار اضطراب ما بعد الصدمة وهذا يعني أن حدوث الإعصار أدى إلى ارتفاع معدل انتشار الأمراض النفسية حتى بعد سنتين من حدوثه ولا يزال مؤثراً على عدد كبير من السكان (وكسلر وآخرون، 2007: 70).

4-دراسة يوسف وآخرون Youssef Etal، تقييم المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلاب الجامعات في منطقة البحر الكاريبي (2014م) بمنطقة البحر الكاريبي:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلاب الجامعات في منطقة البحر الكاريبي الناطقة باللغة الإنجليزية، وتم تطبيق استبانة التقرير الذاتي، تم بناؤها من الدراسات السابقة المصممة لقياس المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة، وتألفت عينة الدراسة من (673) طالباً من طلاب جامعة جزر الهند الغربية والجامعات في جامايكا، بربادوس وترينيداد وتوباغو، وأظهرت النتائج بأن درجات المعرفة بين الشاملة حول الأمراض النفسية منخفضة، وكانت أعلى درجات المعرفة بين الأشخاص الذين يعرفون شخصاً مصاباً بمرض نفسي، وكانت درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي مستوحاة من فكرة الوصمة، ومتأثرة بتعاطي المخدرات والفصام (يوسف وآخرون، 2014: 47-54).

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد إطلاع الباحثة على الدراسات السابقة والتي أجريت في مجتمعات عربية وأجنبية ومحلية ترى الباحثة الآتي:

1- تناولت الدراسات السابقة الاتجاه نحو المرض النفسي أو العقلي وتباينت العينات التي تناولت هذه الدراسات السابقة، فمنهم من حاول الكشف عن اتجاهات أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي ومنها دراسة (مفيد حواشين وآخرون،2018م)، ودراسة (صباح السقا، 2014 م)، وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود اتجاهات موجبة لديهم نحو المرض النفسي، ودراسة (عمر مبارك بامير، 2013م) ودراسة (مصطفي الحديبي، 2020 م)، دراسة (صفاء الحاج، 2017 م) أشارت إلى وجود اتجاهات سالبة نحو المرض النفسي.

2- ومن هذه الدراسات من حاول الكشف عن اتجاهات الطلبة الجامعيين نحو المرض النفسي منها دراسة (معاذ أحمد مقران وآخرون، 2017 م)، ودراسة (ردينة الطراونة، 2017م) ودراسة (زياد بركات وحسن كفاح) وقد أظهرت نتائج هذه الدراسات وجود اتجاهات موجبة لديهم نحو المرض النفسي، دراسة واحدة فقط، أشارت إلى وجود اتجاهات سالبة وهي دراسة (يوسف وآخرون، 2014).

3- ومنهم من حاول الكشف عن الاتجاه نحو المرض النفسي حسب آراء الناس مثل دراسة (الناشري والسايس، 2008م)، ودراسة (جوريجي Gureje، 2005م) ودراسة (ستيب Stip، 2008م) وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود اتجاهات سالبة نحو المرض النفسي.

4- وحاول بعضهم قياس مدى انتشار المرض النفسي استناداً لحادث معين كإعصار كاترينا مثل دراسة (وكسلر Wechsier وآخرون، 2007م)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة اتجاهات موجبة نحو المرض النفسي.

5- ولقد استفادت الباحثة من هذه الدراسات في بلورة فكرة الدراسة الراهنة وفي صياغة أهدافها وفروضها وأساليبها الإحصائية.

6- كما استفادت الباحثة من معرفة الأساليب الإحصائية التي استخدمت مع الدراسات السابقة التي يمكن الأخذ بها في التحليل الإحصائي.

7- الاستفادة منها في معرفة مدى توافق نتائج هذا البحث مع البحوث السابقة التي تؤكد صدق وأهمية النتائج المقارنة.

8- حيث قامت الباحثة باختبار بعض المتغيرات للدراسة الراهنة بما يتوافق مع الدراسات السابقة مثل المتغيرات الديموغرافية: مثل الجنس، المستوي التعليمي، العمر، الموقع الجغرافي.

9- وأما بخصوص المقاييس التي استخدمها الباحثون في دراساتهم منهم من قام بإعدادها ومنهم من استخدم مقاييس من إعداد باحثين آخرين، كما قامت الباحثة بإعداد مقياس بما يتلاءم مع البيئة الليبية وتم التأكد من صدقه وثباته قبل تطبيقه.

10- استخدمت الكثير من الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي، وقامت الباحثة باستخدام هذا المنهج في الدراسة الراهنة.

الفصل الرابع

منهج وإجراءات الدراسة

المقدمة

أولاً- منهج الدراسة

ثانياً-مجتمع الدراسة

ثالثاً-عينة الدراسة

رابعاً- حدود الدراسة

خامساً-صعوبات الدراسة

سادساً-الإجراءات الخاصة بتطبيق المنهج

سابعاً- تطبيق إجراءات الدراسة

ثامناً- خصائص عينة الدراسة

تاسعاً- الأساليب والمعالجات الإحصائية

إجراءت الدراسة

المقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضاً شاملاً ومُفصَّلاً لإجراءات الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة وتضمَّن:

المنهج المتبع في الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، الأداة المستخدمة في الدراسة، حساب الخصائص السيكومترية للأداة، خطوات الدراسة، والمعالجات الاحصائية المستخدمة في تحليل النتائج وذلك كالتالي:

أولاً- منهج الدراسة:

استندت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي للإجابة على الأسئلة المحددة، ويعرف المنهج الوصفي بأنه المنهج الذي يهتم بدراسة الظاهرة كما هي موجودة في الواقع ووصفها وصفاً دقيقاً من غير التدخل من قبل الباحث في التأثير على أسباب وعوامل هذه الظاهرة (سهيل دياب، 2003: 82).

وتسعى الباحثة في هذه الدراسة إلى تقديم وصف كمي و كيفي على الظاهرة المدروسة التي من شأنها أن تسهم في اتخاذ القرارات حيالها.

ثانياً- مجتمع الدراسة:

اهتمت الدراسة الحالية بأسر المرضى النفسانيين المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية بمدينة طرابلس، حيث بلغ عددهم (3000) فرد تتراوح أعمارهم من(18) سنة فما فوق، في الفترة التي تمت فيها تنفيذ الدراسة حتى شهر أكتوبر (2021م).

ثالثاً- عينة الدراسة:

تم استخدام العينة العشوائية البسيطة من مجتمع الدراسة (أسر المرضى) الذي يتكون من (3000) فرداً من المترددين من أسر المرضى النفسانيين المرافقين للمرضى النفسانيين للعيادات

الخارجية بمستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية وبنسبة (10%) من المجتمع الأصلي، ووصلت العينة الفعلية إلى (300) فرداً من المترددين على المستشفى خلال فترة تنفيذ الدراسة خلال ثلاثة أشهر من 8 يوليو 2021م إلى 8 أكتوبر 2021م.

1- أسس اختيار العينة:

وضعت الباحثة مجموعة من المعايير لاختيار عينة أسر المرضى النفسانيين، وتضمنت الآتي:

أ- أخذ الموافقة الشَّفهية من عينة الدراسة، وذلك لتطبيق استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي.

ب- أن لا يقل عمر المبحوث عن 18 عاماً.

رابعاً- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على معرفة طبيعة الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين (كالآباء، الأمهات، الإخوة، الأخوات، الزوج، الزوجة، الأقارب من الدرجة الأولى)، واقتصرت على البُعد النفسي الشخصي، والبُعد الأسري الاجتماعي، والبُعد العلاجي.

خامساً- صعوبات الدراسة:

1- اعتذار بعض أسر المرضى النفسانيين عن الإجابة عن الاستبيان لأسباب تتعلق بالخصوصية أو عدم الرغبة بالتعاون.

2- ترك بعض فقرات الاستبيان بدون إجابة فقامت الباحثة باستبعاد النموذج ككل.

3- أخذ الكثير من أسر المرضى النفسانيين الاستبيان ولم تتم إعادته للباحثة.

4- الكثير من أسر المرضى النفسانيين لا يعرفون نوع المرض الذي يعاني منه مريضهم فتدخل الباحثة للأطباء النفسانيين لمعرفة تشخيص الحالة.

5- تعرض الباحثة أتناء تطبيق الاستبيان للاعتداء والشتم من قبل المرضى.

6- طلب بعض أسر المرضى النفسانيين من الباحثة قراءة الاستبيان عليهم وأخذ الإجابة الشفهية منهم سواء من الأُميين (الغير متعلمين) أو من المتعلمين لعدم رغبتهم بالقراءة.

7- تعدد مصادر الضغوط النفسية التي يمر بها أسر المرضى النفسانيين في الوقت الحالي، فالبعض منهم تعرضوا لضغوط كبيرة كالنزوح من منازلهم ومروا بظروف نفسية واقتصادية ضاغطة، تداخلت مع اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.

سادساً- الإجراءات الخاصة بتطبيق المنهج:

1- بناء أداة الدراسة :

اعتمدت الدراسة الحالية على الأداة الآتية:

- استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي.

2- خطوات بناء الاستبيان:

قامت الباحثة باستطلاع حول الأبعاد الثلاثة التي يتكون منها استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي مستندة على الإطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت الاتجاه نحو المرض النفسي ووجدت العديد من المقاييس مثلاً:

أ- استبانة اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطنيين (فريال وافي، 2012).

ب-مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة العربية (المصرية – السعودية) (زينب شقير، 2002).

ج- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه في البيئة الفلسطنية (زيادبركات وحسن كفاح، 2006).

حيث استفادت الباحثة من المقاييس والإطار النظري في إعداد فقرات الاستبيان، وتأسيساً على ذلك قامت بوضع فقرات الاستبيان مستندة على الإطار النظري لهذه الدراسة.

ولقد حددت الباحثة ثلاثة أبعاد يتكون منها استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي وسميت على النحو التالي:

1- البُعد النفسي الشخصي.

2- البُعد الأسري الاجتماعي.

3- البُعد العلاجي.

بعد جمع نماذج الاستبيان من المحكمين اتضح للباحثة التالي:

1- من مجموع عدد فقرات الاستبيان حسب أبعاده الثلاثة وجد عدد (132) فقرة حازت على موافقة من المحكمين بنسبة 100% من مجموع فقرات الاستبيان.

2- وصل عدد فقرات المقياس حسب الأبعاد الثلاثة على النحو التالي:

أ- (56) فقرة يتكون منها البُعد النفسي الشخصي.

ب-(51) فقرة يتكون منها البُعد الأسري الاجتماعي.

ج- (25) فقرة يتكون منها البُعد العلاجي.

3- القواعد التي رُوعيت في بناء الاستبيان:

أ- تجنب العبارات التي تعطي أكثر من معنى.

ب-تجنب الفقرات التي يكون فيها الفعل في الماضي.

ج- تجنب العبارات التي تمثل اتجاه خاص لأفراد معينين.

د- تجنب العبارات التي ليس لها علاقة بالبُعد.

هـ-تجنب العبارات التي ليس لها علاقة بالأبعاد الثلاثة.

بهذا فالمقياس يشمل في صورته النهائية على (132) عبارة تمت فيه مراعاة تنوع الصياغة اللفظية للعبارات، كما تمت صياغتها بالاتجاهين السالب والموجب نحو المرض النفسي، وتضمن المقياس ثلاثة أبعاد هي: البُعد النفسي الشخصي، البُعد الأسري الاجتماعي، البُعد العلاجي.

4- مفتاح التصحيح للاستبيان وتعليماته:

حيث يتم تصحيح هذا الاستبيان بتحديد الدرجة وذلك كما يأتي:

موافق (2)، غير موافق (1)، وتعبر الدرجة المرتفعة على استبيان الاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي، بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن الاتجاه السلبي نحو المرض النفسي.

5- الخصائص السيكومترية لاستبيان الاتجاه نحو المرض النفسي:

قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للاستبيان لقياس صدقه وثباته، وباستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical package for social science Spss) وذلك على عينة مكونة من (30) فرد من أسر المرضى النفسانيين المترددين على مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية وذلك على النحو الآتي:

6- عينة الدراسة:

قامت الباحثة بتطبيق الاستبيان على عينة عشوائية من أسر المرضى النفسانيين، وصل عددهم (30) فرد منهم (18) ذكور، (12) إناث، رُوعى في اختيارها الشمولية لفئات المرضى النفسانيين ومتنوعة من حيث متغيرات الجنس، ومتغير المستوى التعليمي، ومتغير العمر، ومتغير السكن، ومتغير نوع المرض (الذُّهان – العُصاب)، وذلك لأجل إثبات الصدق والثبات للاستبيان ولقد تم تقنيين صدق وثبات الاستبيان على النحو التالي:

أولاً- صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من حملة الدكتوراه بدرجة أستاذ مساعد فما فوق في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، وعلم النفس، ومن الأطباء النفسانيين، وعددهم (11) كما يتضح بالملحق رقم (4)، لإبداء الرأي فيه، من حيث ملائمة العبارات لقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الليبية، وصياغة العبارات بصورة صحيحة وسليمة، وشطب أو تعديل أو إضافة عبارات جديدة يجدونها مناسبة، وفي ضوء آراء السادة المحكمين ملحق رقم (3)، قامت الباحثة بتفريغ آراء المحكمين من الاستبيان في صورته الأولية، كما يتضح بالملحق رقم (1)، ولقد تم حذف (5) من الفقرات، وتم إضافة (6) من الفقرات، وتم أيضاً تعديل بعض العبارات، وكما تم تعديل صياغة عدد من العبارات، ويوضح الملحق بعض التعديلات بنهاية مرحلة التحكيم أنظر الملحق رقم (2).

ثانياً- صدق أداة الدراسة:

يقصد بصدق أداة الدراسة أن تقيس الأداة ما وُضعت لقياسه فقط (إحسان الآغا والأستاذ محمود، 2000: 104).

وقد تم التأكد من صدق الأداة بطريقتين: لغرض قياس ثبات أداة الدراسة فقد، استخدمت الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical packge For Social Sciences وذلك عن طريق المقارنة الطرفية للصدق باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وهو حساب قيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسط قيم الربيع الأدنى (27% من القيم الدنيا) ومتوسط قيم الربيع الأعلى (27 % من القيم العليا) لجميع مقاييس الدراسة، وجاءت النتائج لكل مقياس من مقياس الدراسة كما يلي:-

جدول رقم(1) نتائج إختبار (ت) للمقارنة الطرفية

الأبعاد	27% من القيم الدنيا ن= 8		27% من القيم العليا ن= 8		قيمة إختبار (ت) المحسوبة	قيمة مستوى المعنوية المشاهدة
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري		
البُعد النفسي الشخصي	1.342	0.117	1.79	0.880	22.99	0.000 دال إحصائيا
البُعد الأسري الاجتماعي	1.58	0.031	1.82	0.050	30.457	0.000 دال إحصائيا
البُعد العلاجي	1.71	0.097	1.97	0.028	9.929	0.000 دال إحصائيا

يتضح من الجدول أن قيمة (ت) المحسوبة للمقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد النفسي الشخصي(22.99) كانت أكبر من قيمة ت المجدولة التي تساوي (2.365)، وأن قيمة مستوى المعنوية المقابلة لها أقل من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وعليه يمكن القول أنه توجد دلالة إحصائياً بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد النفسي الشخصي، ويتضح من الجدول أيضا أن قيمة (ت) المحسوبة للمقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد الأسري الاجتماعي (30.457) كانت أكبر من قيمة ت المجدولة التي تساوي (2.365)، وأن قيمة مستوى المعنوية المقابلة لها أقل من (0.05) مستوى

المعنوية المعتمد في الدراسة، وعليه يمكن القول أنه توجد دلالة إحصائياً بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد الأسري الاجتماعي، يتضح من الجدول أيضاً إن قيمة (ت) المحسوبة للمقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد العلاجي (9.929) كانت أكبر من قيمة ت المجدولة التي تساوي (2.365)، وأن قيمة مستوى المعنوية المقابلة لها أقل من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وعليه يمكن القول أنه توجد دلالة إحصائياً بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى لعبارات البُعد العلاجي.

ثالثاً – ثبات أداة الدراسة:

ويُعرف الثبات بأنه "استقرار درجات المقياس وعدم تناقضه مع نفسه، أي أن المقياس يُعطي نفس النتائج باحتمال متساوٍ لقيمة المعامل إذا ما أُعيد تطبيقه على نفس العينة "(عز عبد الفتاح، 2009: 560).

وكما يقصد بثبات أداة جمع البيانات ودقتها واتساقها بمعنى أن تعطي أداة جمع البيانات النتائج نفسها إذا تم استخدامها أو إعادتها مرة أخرى تحت ظروف مماثلة.

لغرض قياس ثبات أداة الدراسة فقد استخدمت الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical Package For Social Sciences وذلك عن طريق استخراج (ألفا – كرونباخ) Cronbach Alpha، يعد ألفا كرونباخ من الاختبارات الإحصائية المهمة لتحليل بيانات الاستبانة، وهو اختبار يبين مدى ثبات الاستبانة (محمود البياتي، 2005: 49).

حيث: α = معامل الثبات N= عدد الأسئلة في الاستبانة

$$\alpha = \left(\frac{N}{N-1}\right)\left(1 - \frac{\sum \alpha 2}{\alpha 2t}\right)$$

وتكون قيمة معامل ألفا كرونباخ ما بين (0، 1) ويبين مدى الارتباط بين إجابات مفردات العينة، فعندما تكون قيمة معامل ألفا كرونباخ صفر فيدل ذلك على عدم وجود ارتباط مطلق ما بين إجابات مفردات العينة، أما إذا كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ واحد صحيح فهذا يدل على أن هناك ارتباط تام بين إجابات مفردات العينة، ومن المعروف أن أصغر قيمة مقبولة لمعامل

ألفا كرونباخ (α) هي (0.6)، وأفضل قيمة تتراوح بين (0.7 إلى 0.8)، وكلما زادت قيمته عن (0.8) كان ذلك أفضل كما بالجدول رقم (2):

جدول رقم (2) نتائج إختبار ألفا كرونباخ

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ (الثبات)
البُعد النفسي الشخصي	56	0.893
البُعد الأسري الاجتماعي	51	0.694
البُعد العلاجي	25	0.803

يتضح من الجدول السابق رقم (2) إن معامل ثبات لعبارات البُعد النفسي الشخصي يساوي (0.893) تعتبر هذه قيمة ممتازة لأنها أكبر من (0.8)، وأما عبارات البُعد الأسري الاجتماعي يساوي (0.694) تعتبر هذه قيمة مقبولة لأنها أكبر من (0.6)، وأما عبارات البُعد العلاجي يساوي (0.803) تعتبر هذه قيمة ممتازة لأنها أكبر من (0.8).

استخدام طريقةً التجزئة النصفية:

وللحصول على معامل الثبات استخدمت طريقة التجزئة النصفية على استبيان الدراسة، وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة عبارات كل محور إلى نصفيين، ويتم حساب العلاقة أو الارتباط بين درجات هذين النصفين وظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (3) نتائج طريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	عدد العبارات	معامل الإرتباط	معامل ثبات سيبرمان
البُعد النفسي الشخصي	56	0.797	0.887
البُعد الأسري الاجتماعي	51	0.351	0.520
البُعد العلاجي	25	0.504	0.670

يتضح من الجدول السابق رقم (3) إنه توجد علاقة ارتباطية بين عبارات البُعد النفسي الشخصي، حيث إن درجة ارتباط المحاور تساوي (0.797)، كما إن معامل ثبات سيبرمان براون بين النصف الأول والثاني عبارات البُعد النفسي الشخصي يساوي (0.887) وتعد هذه القيمة عالية ومناسبة للتحقق من ثبات المقياس، ويتضح أيضاً من الجدول السابق رقم (3) إنه توجد علاقة ارتباطيه بين عبارات البُعد الأسري الاجتماعي، حيث إن درجة ارتباط المحاور

تساوي (0.351)، كما إن معامل ثبات سيبرمان براون بين النصف الأول والثاني لعبارات البُعد الأسري الاجتماعي يساوي (0.520)، وتعد هذه القيمة مقبولة ومناسبة للتحقق من ثبات الاستبيان.

ويتضح أيضاً من الجدول السابق رقم (3) إنه توجد علاقة ارتباطيه بين عبارات البُعد العلاجي، حيث إن درجة ارتباط المحاور تساوي (0.504)، كما إن معامل ثبات سيبرمان براون بين النصف الأول والثاني لعبارات البُعد العلاجي يساوي (0.670) وتعد هذه القيمة مقبولة ومناسبة للتحقق من ثبات الاستبيان.

وبذلك يكون قد تم التأكد من صدق وثبات استبيان الدراسة مما يجعله على ثقة بصحة الاستبيان وصلاحيته لتحليل النتائج والإجابة على فرضيات أو تساؤلات الدراسة.

7- تطبيق إجراءات الدراسة:

أ- طريقة تطبيق إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة بتوزيع الاستبيان على المفحوصين، وقامت بشرح فكرة الاستبيان لكل فرد من أسر المرضى النفسانيين، كما قامت بقراءة كل فقرة من فقرات الاستبيان للأفراد الأميين (غير المتعلمين)، ووضع علامة صح تحت كلمة موافق إذا كانت الفقرة تنطبق على المفحوص، أما إذا كانت الفقرة لا تنطبق على المفحوص وضع علامة صح تحت كلمة غير موافق، كما قامت الباحثة أيضاً من التأكد من عدم ترك المفحوصين إحدى فقرات الاستبيان بدون إجابة، كما استخدمت الباحثة في بعض الأحيان اللهجة العامية مع بعض المفحوصين في قراءة الاستبيان ليسهل عليهم فهمه والإجابة عنه بدقة.

ب-اختيار عينة الدراسة:

قامت الباحثة باختيار عينة البحث بالطريقة العشوائية البسيطة من أسر المرضى النفسانيين.

ت-تحديد متغيرات الدراسة:

كانت متغيرات الدراسة على النحو التالي:

متغير الجنس، متغير المستوى التعليمي، متغير نوع المرض (عُصاب – ذُّهان)، متغير العمر، متغير السكن.

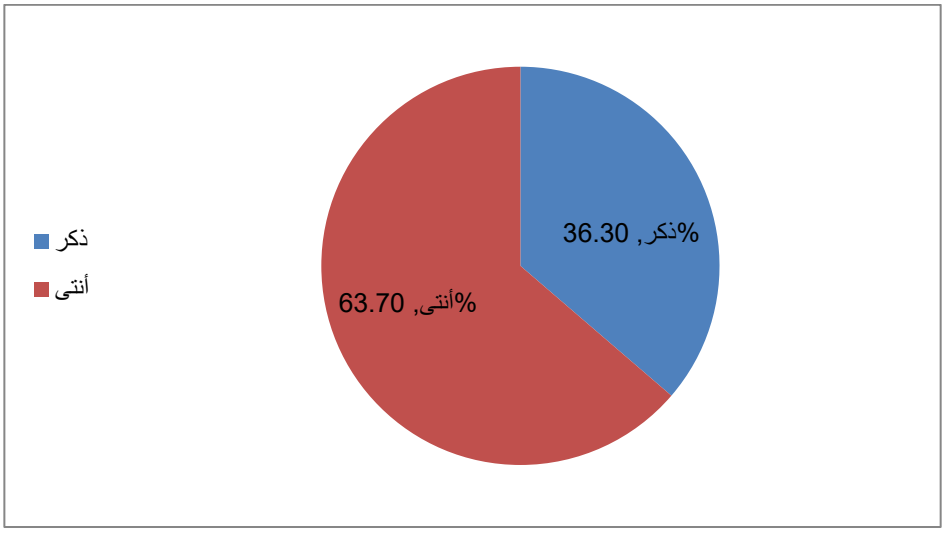
ث–خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات السابقة كلاً على حدة يكون على النحو التالي:

أولاً– تحليل المعلومات الأولية:

1– **الجنس:** في الجدول رقم (4) والشكل رقم (4) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب الجنس.

الجدول رقم (4) يبين التوزيع التكراري حسب متغير الجنس

النوع	العدد	النسبة
ذكر	109	%36.3
أنثى	191	%63.7
المجموع	300	%100



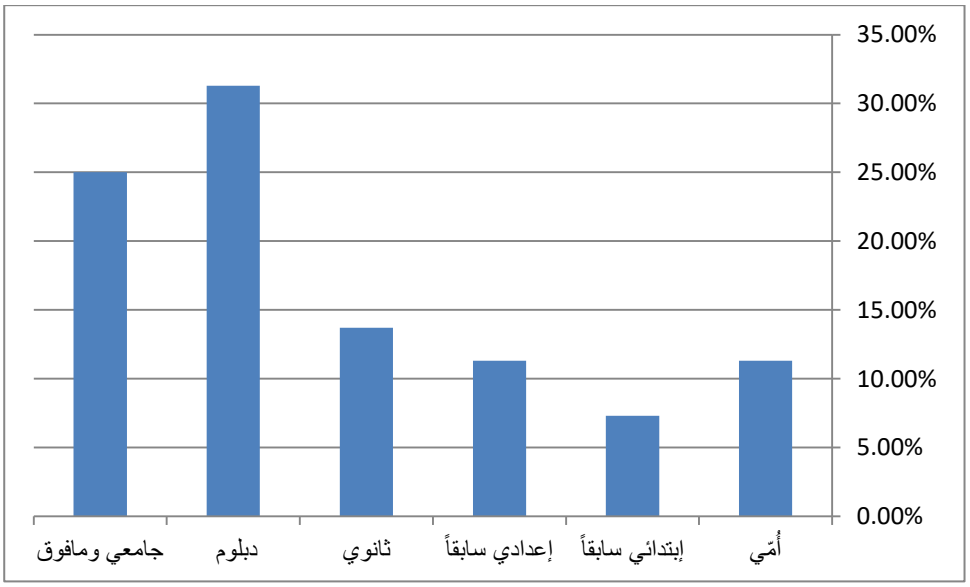
الشكل رقم(4) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير الجنس

يتبين من الجدول رقم (4) والشكل رقم (4) أن أعلى نسبة من مفردات عينة الدراسة إناث بلغت نسبتها 63.70%، ونسبة الذكور فبلغت 36.30%.

2- **المؤهل العلمي:** في الجدول رقم (5) والشكل رقم (5) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي.

جدول رقم (5) يوضح فيه النسب والتكرارات حسب متغير المؤهل العلمي

المؤهل	التكرار	النسبة
أُمّي	34	%11.3
إبتدائي سابقاً	22	%7.3
إعدادي سابقاً	34	%11.3
ثانوي	41	%13.7
دبلوم	94	%31.3
جامعي ومافوق	75	%25
المجموع	**300**	**%100**



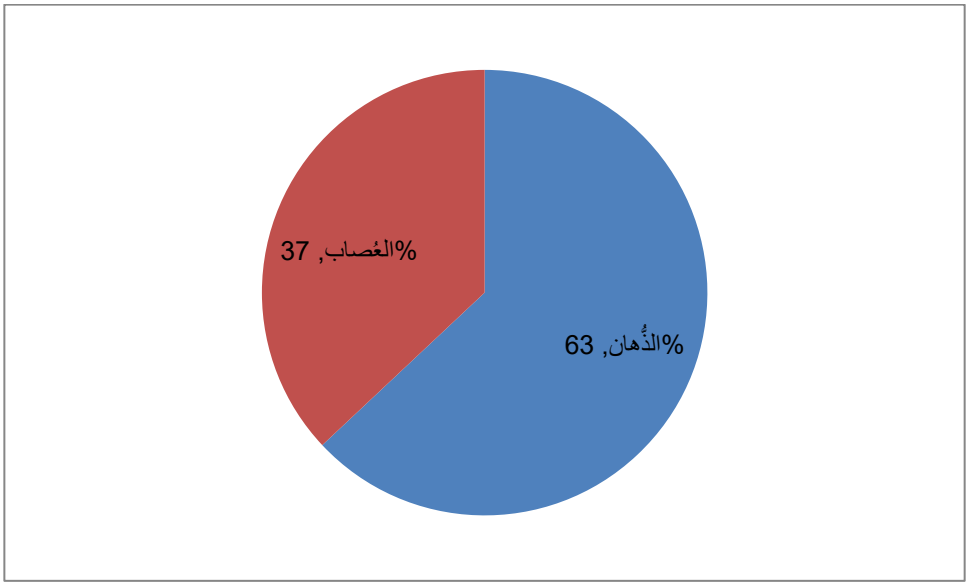
الشكل رقم (5) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغيرالمؤهل العلمي

يتضح من الجدول رقم (5) والشكل رقم (5) أن أعلى نسبة من أفراد عينة الدراسة دبلوم بلغت نسبتهم 31.40%، ويليها الذين مؤهلهم الجامعي جامعي وما فوق حيث بلغت نسبتهم 25% وأقل نسبة الذين مؤهلهم ابتدائي سابقاً بلغت نسبتهم 7.30%.

3- **نوع المرض:** في الجدول رقم (6) والشكل رقم (6) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب نوع المرض.

الجدول رقم (6) يبين التوزيع التكراري حسب متغير نوع المرض

نوع المرض	العدد	النسبة
عُصاب	111	%37
ذُّهان	189	%63
المجموع	300	%100



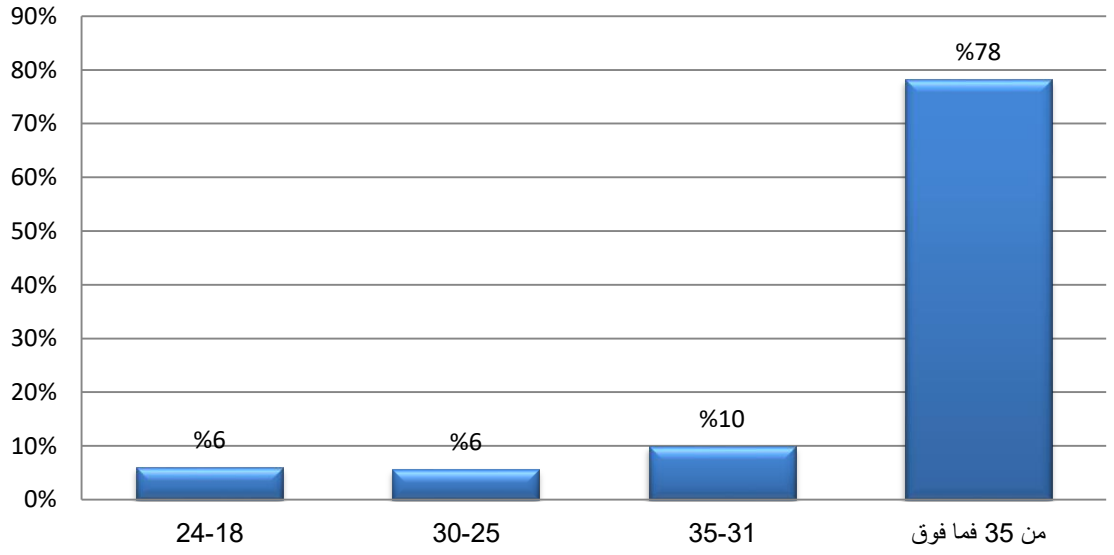
الشكل رقم (6) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغيرنوع المرض

يتبين من الجدول رقم (6) والشكل رقم (6) أن أعلى نسبة من مفردات عينة الدراسة نوع مرضهم ذُّهان و بلغت نسبتهم 63%، و نسبة الذين مرضهم عُصاب بلغت 37%.

4- **العمر**: في الجدول رقم (7) والشكل رقم (7) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب العمر.

جدول رقم (7) يوضح فيه النسب والتكرارت حسب متغير العمر

فئات السنوات	التكرار	النسبة
24-18	18	%6
30-25	17	%5.7
35-31	30	%10
من 35 فما فوق	235	%78.3
المجموع	300	%100



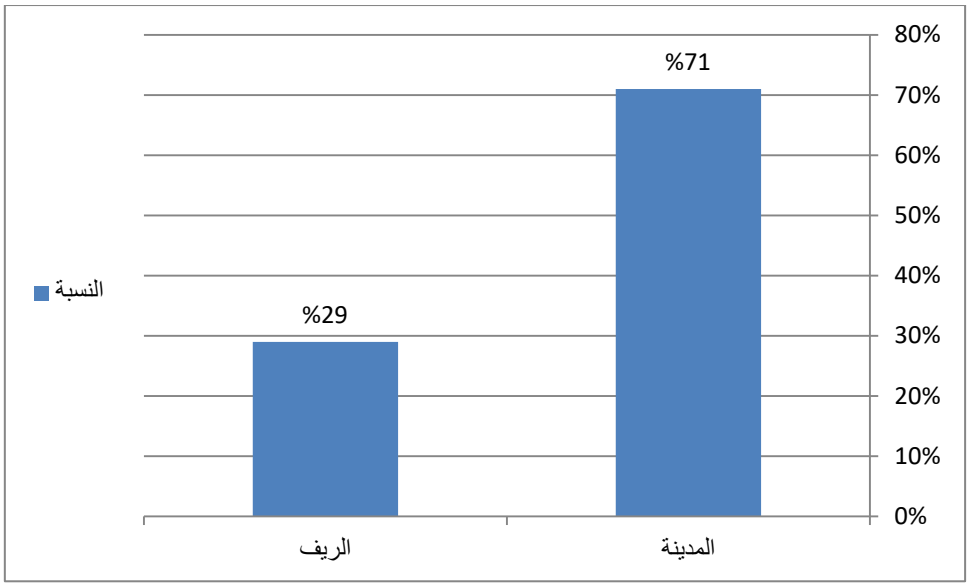
الشكل رقم (7) يوضح نسب مفردات عينةالدراسة حسب متغير العمر

يتضح من الجدول رقم (7) والشكل رقم (7) أن أعلى نسبة من مفردات عينة الدراسة أعمارهم 35 فما فوق فقد بلغت نسبتهم 78.30%، ويليها مباشرة الذين أعمارهم من 31 إلى 35 نسبتهم 10%، وأقل نسبة من الذين أعمارهم من 25 إلى 30 فقد بلغت 5.70%.

5- **السكن**: في الجدول رقم (8) والشكل رقم (8) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب السكن.

الجدول رقم (8) يبين التوزيع التكراري حسب متغيرالسكن

السكن	العدد	النسبة
المدينة	213	%71
الريف	87	%29
المجموع	300	%100



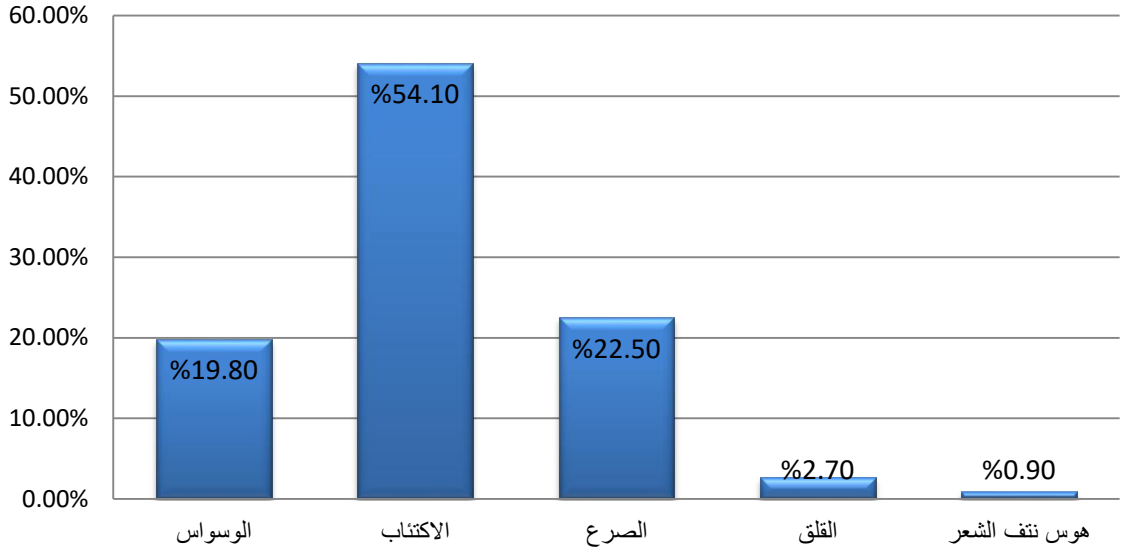
الشكل رقم (8) يوضح نسب لمفردات عينة الدراسة حسب السكن

يتبين من الجدول رقم (8) والشكل رقم (8) أن أعلى نسبة من مفردات عينة الدراسة سكنهم المدينة وبلغت نسبتهم 71%، ونسبة الذين سكنهم في الريف فبلغت 29%.

6- **نوع المرض العُصاب:** في الجدول رقم (9) والشكل رقم (9) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب نوع المرض العُصاب.

جدول رقم (9) يوضح فيه النسب والتكرارت حسب متغير نوع المرض **(العُصاب)**

نوع المرض	التكرار	النسبة
الوسواس	22	%19.8
الاكتئاب	60	%54.1
الصرع	25	%22.5
القلق	3	%2.7
هوس نتف الشعر	1	%0.9
المجموع	111	%100



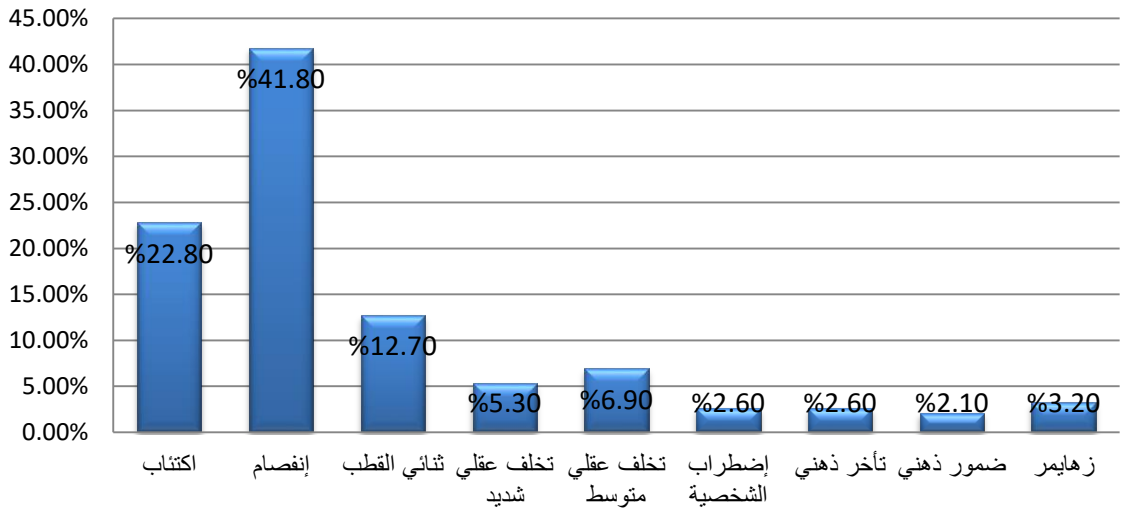
الشكل رقم (9) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير نوع المرض العُصاب

يتضح من الجدول رقم (9) والشكل رقم (9) أن أعلى نسبة من الذين يعانون المرض العُصابي نوع مرضهم اكتئاب فقد بلغت نسبتهم 54.10%. ويليها مباشرة الذين نوع مرضهم العُصابي الصرع نسبتهم 22.5%، وأقل نسبة يعانون مرض هوس نتف الشعر فقد بلغت 0.90%.

7- **نوع المرض الذُّهاني:** في الجدول رقم (10) والشكل رقم (10) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب نوع المرض الذُّهان.

جدول رقم (10) يوضح فيها النسب والتكرارت حسب متغير نوع المرض **(الذُّهان)**

نوع المرض	التكرار	النسبة
اكتئاب	43	%22.8
إنفصام	79	%41.8
ثنائي القطب	24	%12.7
تخلف عقلي شديد	10	%5.3
تخلف عقلي متوسط	13	%6.9
اضطراب الشخصية	5	%2.6
تأخر ذهني	5	%2.6
ضمور ذهني	4	%2.1
زهايمر	6	%3.2
المجموع	189	%100



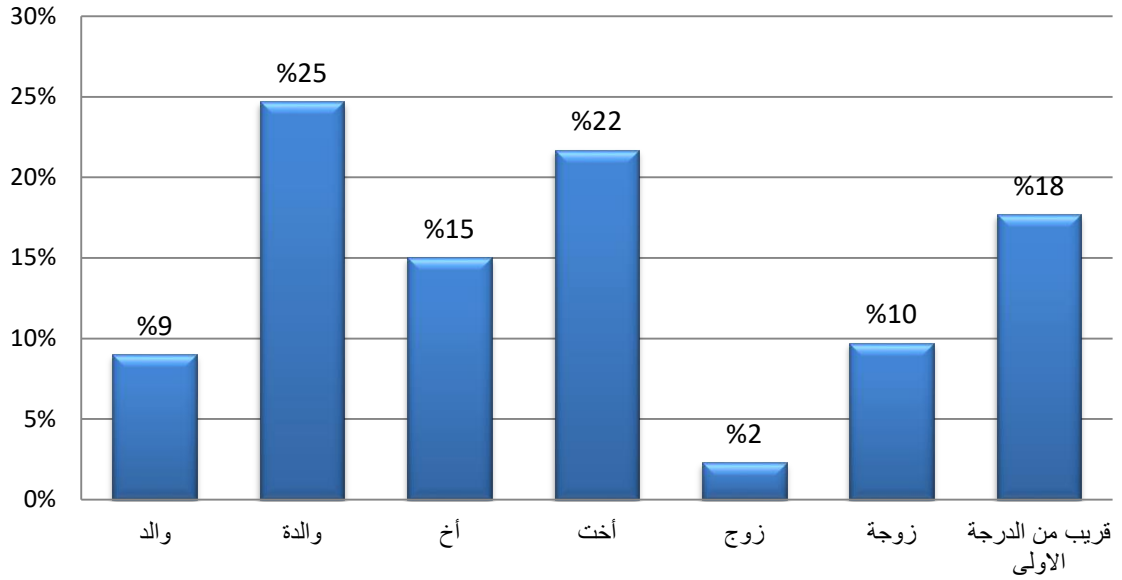
الشكل رقم (10) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير نوع المرض الذُّهان

يتضح من الجدول رقم (10) والشكل رقم (10) أن أعلى نسبة من الذين يعانون المرض الذُّهاني نوع مرضهم انفصام فقد بلغت نسبتهم 41.8%، ويليها مباشرة الذين نوع مرضهم الذُّهاني اكتئاب نسبتهم 22.8%، وأقل نسبة الذين يعانون مرض ضمور ذهني فقد بلغت 2.10%.

8- صلة القرابة: في الجدول رقم (11) والشكل رقم (11) تبيين لتوزيع مفردات عينة الدراسة حسب صلة القرابة.

جدول رقم (11) يوضح فيها النسب والتكرارت حسب متغير صلة القرابة

صلة القرابة	التكرار	النسبة
والد	27	%9
والدة	74	%24.7
أخ	45	%15
أخت	65	%21.7
زوج	7	%2.3
زوجة	29	%9.7
قريب من الدرجة الأولى	53	%17.7
المجموع	300	%100



الشكل رقم (11) يوضح نسب مفردات عينة الدراسة حسب متغير صلة القرابة مع المريض

يتضح من الجدول رقم (11) والشكل رقم (11) أن أعلى نسبة من مفردات عينة الدراسة صلة قرابتهم والدة فقد بلغت نسبتهم 24.70%، ويليها مباشرة الذين صلة قرابتهم أخت ونسبتهم 21.70%، وأقل نسبة من الذين صلة قرابتهم زوج فقد بلغت 2.30%.

الأساليب والمعالجات الإحصائية التي استخدمتها الباحثة:

تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) الحاسوبي في تحليل البيانات واستخراج النتائج بعد أن تم تفريغ بيانات الاستبيان المتحصل عليه من عينة الدراسة، وتم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

1- معامل الصدق الجدر التربيعي لألفا كرونباخ لمعرفة صدق الأداة.
2- لمعرفة ثبات الأداة (Cronbach's Alpha Coefficient) اختبار معامل ألفا كرونباخ.
3- المتوسط الحسابي الانحراف المعياري.
4- الوزن النسبي.
5- اختبار t (One Sample T-test).
6- تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA).
7- اختبار (ت) T-test (Independent Sample) .

كما تم تفريغ المعلومات التي تحصلت عليها الباحثة من الاستبيان الموزع على عينة الدراسة بعد تجميع الاستمارات حسب مفتاح التصحيح موافق (2)، وغير موافق(1) وأيضاً حسب أبعاد الاستبيان التالية:

1- البُعد النفسي الشخصي.
2- البُعد الأسري الاجتماعي.
3- البُعد العلاجي.

كما استخدمت الباحثة الطريقة الرقمية في ترميز البيانات الخاصة ، ترميز الإجابات المتعلقة بالاستبيان الثنائي موافق وغير موافق كما بالجدول (22):

الجدول رقم (12) توزيع الدرجات على الإجابات المتعلقة بعبارات الاستبيان

الإجابة	موافق	غير موافق
الدرجة	1	2

يتم بعد ذلك حساب المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح) لتحديد أوزان العبارات حسب قيم المتوسط المرجح المتحصل عليها نتيجة لتحليل الإجابات كما في الجدول رقم (22) وذلك بعد أن تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا الاستبيان (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في محاور الدراسة، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول حساب المدى 2−1=1 وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في 1÷2 = 0.50 (الخلية الصحيح أى الاستبيان أو بداية الاستبيان وهي الواحد الصحيح)، وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يأتي:

الجدول رقم (13) المتوسط المرجح المتحصل عليه من تحليل الإجابات :

الإجابة	موافق	غير موافق
الدرجة	من 1 إلى 1.50	من 1.51 إلى 2

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

المقدمة

النتائج العامة للأبعاد

النتائج الخاصة بالسؤال الأول حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال الثاني حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال الثالث حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال الرابع حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال الخامس حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال السادس حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال السابع حسب متغيرات الدراسة

النتائج الخاصة بالسؤال الثامن حسب متغيرات الدراسة

التوصيات والمقترحات

الملخص العربي للدراسة

الملخص الأجنبي للدراسة

المراجع

الملاحق

المقدمة:

هذا الفصل لعرض ومناقشة نتائج الدراسة ثم عرض التوصيات والمقترحات.

سوف يتم عرض ومناقشة النتائج حسب أسئلة البحث التالية:-

<u>السؤل الأول</u>- ما مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة (البُعد النفسي الشخصي – البُعد الأسري الاجتماعي – البُعد العلاجي) ؟

للإجابة عن التساؤل تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم اختبار t (One Sample T-test) ومستوى الدلالة للتأكيد إن كان المستوى عالٍ وذو دلالة إحصائية، وجاءت النتائج كما في الجدول التالي :

جدول رقم (14)المتوسطات الحسابية وقيم إختبار (ت)ومستوى الدلالة

البعد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الوزن النسبي	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	1.56	0.189	%78	299	6.206	0.000
البُعد الأسري الاجتماعي	1.72	0.111	%86	299	34.719	0.000
البُعد العلاجي	1.79	0.155	%89.5	299	32.007	0.000

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للبُعد النفسي الشخصي يساوي (1.56) ويقع في خانة الموافق في جدول المتوسط المرجح، والوزن النسبي (78%)، وكذلك قيمة اختبار(ت) المحسوبة تساوي (6.206) عند درجة حرية (299) وهي أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.962) ومستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في الدراسة، مما يدل أن **مستوى اتجاه الأسر للبُعد النفسي الشخصي مرتفع لدى عينة الدراسة.**

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للبُعد الأسري الاجتماعي يساوي (1.72) ويقع في خانة الموافق في جدول المتوسط المرجح، والوزن النسبي (86%)، وكذلك قيمة اختبار (ت) المحسوبة تساوي (34.719) عند درجة حرية (299) وهي أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.962) ومستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في الدراسة، مما يدل أن **مستوى اتجاه الأسر للبُعد الأسري الاجتماعي مرتفع جداً لدى عينة الدراسة.**

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للبُعد العلاجي يساوي (1.79) ويقع في خانة الموافق في جدول المتوسط المرجح، والوزن النسبي (89.5%)، وكذلك قيمة اختبار (ت) المحسوبة تساوي (32.007) عند درجة حرية (299) وهي أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.962) ومستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في الدراسة، مما يدل أن **مستوى اتجاه الأسر للبُعد العلاجي مرتفع جدًا لدى عينة الدراسة.**

ترى الباحثة بأن الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين يتسم بكونه إيجابي سواء بصورته العامة، أو في ضوء أبعاد الاستبيان الثلاثة (البُعد النفسي الشخصي، والبُعد الأسري الاجتماعي، والبُعد العلاجي)، وتفسر الباحثة بأن النظرة إلى المرض النفسي والمرضى النفسانيين قد تطورت نحو الأفضل وأصبحت أكثر إنسانية وواقعية، وغدت تُملى على الناس الإحسان إليهم والرفق بهم والتودد إليهم وخدمتهم وأنهم في الواقع ليسوا مجانيين وليسوا وصمة عار على الأسر.

كما وجدت الباحثة أن هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسات كل من (زياد بركات وحسن كفاح، 2006م)، ودراسة (إلهام شاحوت، 2008م)، ودراسة (صباح السقا، 2014م)، ودراسة (مجدى حمد،2017م)، ودراسة (ردينة الطراونة، 2017م)، بينما تعارضت مع هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من (جوريجي Gureje،2005 م)، ودراسة (الناشري والسايس، 2008م)، ودراسة (صفاء الحاج، 2017م)، ودراسة (مصطفى الحديبي، 2020م).

<u>السؤال الثاني</u>- هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف الجنس، تم استخدام اختبار(ت) Independent Sample T- " test"، لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات الاستبيان لأفراد عينة الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (15) الفروق في متوسطات : Independent Sample T-test " نتائج إ ختبار (ت)

إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس

البُعد	نوع الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	ذكر	109	1.55	0.176	298	1.459	0.145	غير دال عند0.05
	أنثى	191	1.58	0.196				
البُعد الأسري الاجتماعي	ذكر	109	1.72	0.108	298	0.109	0.913	غير دال عند0.05
	أنثى	191	1.72	0.113				
البُعد العلاجي	ذكر	109	1.78	0.162	298	0.398	0.691	غير دال عند0.05
	أنثى	191	1.79	0.151				

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن قيمة (ت) عند **مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين للأبعاد الثلاثة** (1.459 –0.109 – 0.398) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.962) عند درجة الحرية 298، ومعدل الدلالة أكبر من (0.05)، وهذا **يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس.**

وتفسر الباحثة هذه النتيجة من خلال معرفتها للبيئة الليبية التي يعيش فيها هؤلاء الأفراد، وبالظروف السياسية والاقتصادية، والاجتماعية التي تؤثر عليهم، فهذه الظروف متشابهة إلى حد كبير، وبالتالي ليس غريباً أن تترك هذه العوامل والظروف المتشابهة الأثر نفسه في حياة الأفراد من كلا الجنسين (ذكر، أنثى) ومنها اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.

ووجدت الباحثة أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات كل من (إلهام شاحوت، 2008م)، ودراسة (مجدى حمد، 2016م)، ودراسة (صفاء الحاج، 2017م)، بينما تتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (زياد بركات وحسن كفاح، 2006م)، ودراسة (صفاء الحاج، 2017م).

<u>السؤال الثالث</u>– هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى التعليمي؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المستوى التعليمي لتوضيح الدلالة استخدم "تحليل التباين الأحادي" (One Way ANOVA) وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (16) إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير المستوى التعليمي

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة -P Value	مستوى الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	بين المجموعات	.4190	5	0.084	2.384	0.038	دال عند 0.05
	داخل المجموعات	10.342	294	0.035			
	المجموع	10.762	299				
البُعد الأسري الاجتماعي	بين المجموعات	.1330	5	0.027	2.194	0.06	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	3.566	294	0.012			
	المجموع	3.699	299				
البُعد العلاجي	بين المجموعات	.1630	5	0.033	1.368	0.236	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	6.999	294	0.024			
	المجموع	7.162	299				

يتضح من الجدول رقم (16) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد الأسري الاجتماعي تساوي (2.194) أقل من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (5) (294) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.22)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة، وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد الأسري الاجتماعي وفقًا لمتغير المستوى التعليمي.**

يتضح من الجدول رقم (16) أن قيم (اف) المحسوبة للبعُد العلاجي تساوي (1.368) أقل من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (5) (294) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.22)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة، وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد العلاجي وفقًا لمتغير المستوى التعليمي.**

يتضح من الجدول رقم (16) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد النفسي الشخصي تساوي (2.384) أكبر من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (5) (294) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.22)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أقل من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة، وهذا يشير إلى **وجود فروق دالة احصائياً في البُعد النفسي الشخصي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.**

يتضح من خلال النتائج الموضحة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول البُعد النفسي الشخصي باختلاف متغير المستوى التعليمي، ولتحديد مصدر الاختلاف أو لتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات المستوى التعليمي حول الاتجاه نحو البُعد النفسي الشخصي تم استخدام اختبار "LSD" وجاءت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (17) الفروق في فئات سنوات العمر نتائج إختبار (LSD)

			أُمّي		ابتدائي		إعدادي		ثانوي		دبلوم		ما فوق الجامعي	
	التخصص	العينة	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية
البُعد النفسي الشخصي	أُمّي	34												
	ابتدائي سابقاً	22	0.042	0.412										
	إعدادي سابقاً	34	0.005	0.899	0.047	0.35								
	ثانوي	41	0.073	0.090	0.116	0.02	0.068	0.12						
	دبلوم	94	0.067	0.072	0.109	0.01	0.062	0.10	0.006	0.85				
	ما فوق الجامعي	75	0.070	0.070	0.112	0.01	0.064	0.09	0.004	0.92	0.002	0.93		

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن هناك اختلاف معنوي أي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في البُعد النفسي الشخصي لدى أفراد عينة الدراسة الذين مؤهلهم ابتدائي سابقاً واتجاهات أفراد عينة الدراسة الذين مؤهلهم (ثانوي– دبلوم– ما فوق الجامعي) حول **اتجاههم من ناحية البُعد النفسي الشخصي**، حيث قيمة مستوى المعنوية P –vela أقل من (0.05) لصالح أفراد عينة الدراسة الذين مؤهلهم ابتدائي سابقاً.

تُرجع الباحثة ذلك إلى أن مرور الفرد بالخبرات والمعارف له تأثير أكثر إيجابية على اتجاهه نحو المرض النفسي، وقد يكون مرد ذلك أن الأفراد ذوي المستوى التعليمي الابتدائي سابقاً قد

يكونوا مروا بخبرات أو تثقفوا بمعلومات ومعارف لم تتح لغيرهم من ذوي المستوى التعليمي الثانوي والدبلوم وما فوق الجامعي، بما يؤدي إلى تغيير المفاهيم الخاطئة والسلبية عن المريض النفسي والمرض النفسي بمفاهيم صحيحة وإيجابية.

كما ترى الباحثة بأن نتائج هذا البُعد يتفق مع نتائج دراسة (صفاء الحاج، 2017م)، بينما تعارضت نتائجه مع نتائج دراسة كلاً من (زياد بركات وحسن كفاح، 2006م)، ودراسة (إلهام شاحوت، 2008م)، ودراسة (مجدى حمد، 2016م)، ودراسة (ردينة الطراونة، 2017م).

<u>السؤال الرابع</u>- هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير العمر؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد مجتمع الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر لتوضيح الدلالة استخدم "تحليل التباين الأحادي " (One Way ANOVA) وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (18) إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً لمتغير العمر(18 فمافوق)

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة -P Value	مستوى الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	بين المجموعات	.1450	3	.0480	1.343	0.260	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	10.617	296	.0360			
	المجموع	10.762	299				
البُعد الأسري الاجتماعي	بين المجموعات	.1530	3	.0510	4.261	0.006	دال عند 0.05
	داخل المجموعات	3.545	296	.0120			
	المجموع	3.699	299				
البُعد العلاجي	بين المجموعات	.1910	3	.0640	2.707	0.046	دال عند 0.05
	داخل المجموعات	6.971	296	.0240			
	المجموع	7.162	299				

يتضح من الجدول رقم (18) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد النفسي الشخصي تساوي (1.343) أقل من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (3) (296) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.61) وبما إن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة، وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة إحصائياً في البُعد النفسي الشخصي وفقاً لمتغير العمر.**

تُعزي الباحثة ذلك إلى أن الأعمار الشمولية بالدراسة هي من (18) عام فما فوق وهي على قدر كافٍ من الإطلاع والمعرفة بكون أن عمر الفرد في (18) عام يكون وصل مرحلة النضج الذي تؤهله لتغيير الأفكار التقليدية والسلبية المتوارثة حول النظرة للمرض النفسي.

كما ترى الباحثة بأن نتائج هذا البُعد تتفق مع نتائج دراسات كلاً من (مجدى حمد، 2016م)، ودراسة (صفاء الحاج، 2017م)، بينما تعارضت نتيجة هذا البُعد مع نتائج دراسة (ردينة الطراونة، 2017م).

يتضح من الجدول رقم (18) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد الأسري الاجتماعي تساوي (4.261) أكبر من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (3) (296) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.61)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أقل من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **وجود فروق دالة إحصائياً في البُعد الأسري الاجتماعي وفقاً لمتغير العمر.**

يتضح من الجدول رقم (18) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد العلاجي تساوي (2.707) أكبر من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (3) (296) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.61)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أقل من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة، وهذا يشير إلى **وجود فروق دالة احصائياً في البُعد العلاجي وفقاً لمتغير العمر.**

وتُرجع الباحثة ذلك إلى أن عمر أسر المرضى النفسانيين يؤثر على الاتجاه نحو المرض النفسي وذلك لأن الأفراد الأصغر عمراً أكثر نشاطاً في هذا المجال، وذلك لقلة المسؤوليات الملقاة على عاتقهم إضافة إلى مواكبتهم للتطور العلمي الحديث في البحث.

كما ترى الباحثة بأن نتائج هذان البُعدان يتفقان مع نتائج دراسة (ردينة الطراونة، 2017م)، بينما يتعارضان مع نتائج دراسة كلاً من (مجدى حمد، 2016م)، ودراسة (صفاء الحاج، 2017م).

يتضح من خلال النتائج الموضحة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول البُعد الأسري الاجتماعي وكذلك للبُعد العلاجي بإختلاف متغير العمر، ولتحديد مصدر الاختلاف أو لتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات العمر حول الاتجاه نحو **البُعد النفسي الشخصي والعلاجي تم** استخدام اختبار "LSD" وجاءت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (19) الفروق في فئات سنوات العمر نتائج اختبار (LSD)

			18-24		25-30		31-35		من 36 فما فوق	
	التخصص	العينة	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية	متوسط الفروق	مستوى المعنوية
البُعد الأسري الاجتماعي	18-24	18								
	25-30	17	-0.072	0.052						
	31-35	30	0.028	0.382	0.100	0.003				
	من 36 فما فوق	235	0.022	0.392	0.095	0.001	0.005	0.791		
البُعد العلاجي	18-24	18								
	25-30	17	0.095	0.067						
	31-35	30	0.026	0.567	0.069	0.138				
	من 36 فما فوق	235	0.008	0.826	0.104	0.007	0.034	0.247		

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن هناك اختلاف معنوي أي وجود فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في البُعد الأسري الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم من (25 إلى 30) سنة واتجاهات أفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم (31-35 – من 36 فما فوق) حول **اتجاهاتهم من ناحية البُعد الأسري الاجتماعي** حيت قيمة مستوى المعنوية P –vela أقل من (0.05) لصالح أفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم من (25 إلى 30 سنة).

كذلك يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن هناك اختلاف معنوي أي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل في البُعد العلاجي لأفراد عينة

الدراسة الذين أعمارهم من (25 إلى 30) سنة واتجاهات أفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم (من 36 فما فوق) حول **اتجاهاتهم من ناحية البُعد العلاجي** حيث قيمة مستوى المعنوية P –vela أقل من (0.05) لصالح أفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم من (25 إلى 30 سنة).

<u>السؤال الخامس</u>– هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير السكن؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف السكن، تم استخدام اختبار (ت) –Independent Sample T " test" لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات المقياس لأفراد عينة الدراسة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم(20)
للفروق في متوسطات : Independent Sample T-test " نتائج إختبار (ت)
إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى إختلاف متغير السكن

البُعد	نوع السكن	العدد	المتوسط	الانحراف	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	المدينة	213	1.56	0.200	298	0.476	0.634	غير دال عند0.05
	الريف	87	1.58	0.160				
البُعد الأسري الاجتماعي	المدينة	213	1.72	0.116	298	0.464	0.643	غير دال عند0.05
	الريف	87	1.72	0.099				
البُعد العلاجي	المدينة	213	1.79	0.155	298	0.018	0.986	غير دال عند0.05
	الريف	87	1.79	0.155				

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن قيمة (ت) عند **مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين للأبعاد الثلاثة** (0.476–0.464 – 0.018) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية البالغة (1.962) عند درجة الحرية 298، ومعدل الدلالة أكبر من (0.05)، وهذا **يشير إلى عدم فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير السكن.**

وتُعزي الباحثة هذه النتيجة إلى تشابه القطاعات والتوزيعات السكانية التي يعيش فيها أفراد المجتمع الليبي في مدينة طرابلس وهي توزيعات سكانية قريبة من بعضها البعض، ولا يفصل

بينها حواجز طبيعية وجغرافية كبيرة، فالمجتمع الليبي يعيش تقريباً في طبقة اجتماعية واقتصادية وثقافية وجغرافية واحدة وهذا التشابه يحد من تأثير التوزيعات السُكانية المختلفة في اكتساب المعرفة المتنوعة للفرد.

ولدى مقارنة الباحثة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنه لا توجد نتيجة تتفق مع نتائج هذه الدراسة، بينما تعارضت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات كلاً من (دراسة الناشري والسايس، 2008م)، ودراسة (عمر بامير، 2013م).

<u>السؤال السادس</u>- هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض (عُصاب – ذُّهان)؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقًا إلى اختلاف نوع المرض تم استخدام اختبار (ت)-Independent Sample T " test " لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات المقياس لأفراد عينة الدراسة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (21)
الفروق في متوسطات : Independent Sample T-test " نتائج إختبار (ت)
إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى إختلاف متغير نوع المرض (عُصاب – ذُّهان)

البُعد	نوع نوع المرض	العدد	المتوسط	الإنحراف	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	عُصاب	111	1.51	0.201	298	3.997	0.000	دال عند0.05
	ذُّهان	189	1.60	0.175				
البُعد الأسري الاجتماعي	عُصاب	111	1.72	0.119	298	0.560	0.576	غير دال عند0.05
	ذُّهان	189	1.73	0.106				
البُعد العلاجي	عُصاب	111	1.82	0.131	298	2.681	0.008	دال عند0.05
	ذُّهان	189	1.77	0.164				

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن قيمة (ت) عند **مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين للبُعد النفسي الشخصي** (3.997) وهي أكبر من قيمة (ت) المجدولة البالغة (1.962) عند درجة الحرية 298 ومعدل الدلالة أقل من (0.05)، وهذا **يشير إلى وجود**

فروق دالة إحصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في البُعد النفسي الشخصي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى الذُّهان.

تُعزي الباحثة ذلك إلى أن أسر المرضى النفسانيين الذُّهانيين ينظرون للمريض الذُهاني بأنه لا يشكل خطراً عليهم ولا على السلامة العامة وإنهم على استعداد لإقامة علاقات شخصية معه كالصداقة والمشاركة في العمل ويعُود ذلك للانفتاح والمعرفة والوعى بالمرض النفسي.

ترى الباحثة بأن نتيجة هذا البُعد تتفق مع نتيجة دراسة (يوسف وآخرون Youssf Etal، 2014م)، بينما تتعارض مع نتيجة دراسة (ستيب وآخرون Stip et ail، 2006م).

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن قيمة (ت) عند **مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين للبُعد الأسري الاجتماعي** (0.560) وهي أقل من قيمة (ت) المجدولة البالغة (1.962) عند درجة الحرية 298 ومعدل الدلالة أكبر من (0.05)، وهذا **يشير إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في البُعد الأسري الاجتماعي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض.**

تُعزي الباحثة بأن ذلك يعُود إلى تطور الطب النفسي والوعي العام المنتشر حيث يميل نحو الإيجابية في الاتجاه نحو المرض النفسي.

وترى الباحثة بأنه نتيجة هذا البُعد تتفق مع نتيجة دراسة (عمر بامير، 2013م)، بينما تتعارض نتيجة هذا البُعد مع دراسة (ستيب وآخرون Stip et ail،2006 م).

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن قيمة (ت) عند **مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين للبُعد العلاجي** (2.681) وهي أكبر من قيمة (ت) المجدولة البالغة (1.962) عند درجة الحرية 298، ومعدل الدلالة أقل من (0.05)، وهذا **يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في البُعد العلاجي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى العُصاب.**

وتُعزي الباحثة ذلك إلى أن أسر المرضى النفسانيين لديهم ثقة عالية جداً في إمكانية شفاء المريض النفسي وعودته إلى حالته الطبيعية، وأنه يستحق الحياة ولا مانع من علاجه في المستشفيات النفسية.

ترى الباحثة بأن نتيجة هذا البُعد تتفق مع نتيجة دراسة (ستيب وآخرون Stip et ail، 2006م)، بينما تتعارض نتيجة هذا البُعد مع نتيجة دراسة (يوسف وآخرونYoussef Etal، 2014م).

<u>السؤال السابع</u>- هل هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير أنواع مرضى العُصاب؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير مرضى العُصاب لتوضيح الدلالة أستخدم "تحليل التباين الأحادي" (One Way ANOVA) وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (22) يوضح إجابات عينة الدراسة طبقاً لإختلاف متغير مرضى العُصاب

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة -P Value	مستوى الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	بين المجموعات	.1140	4	.0290	0.698	0.595	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	4.332	106	.0410			
	المجموع	4.446	110				
البُعد الأسري الاجتماعي	بين المجموعات	.0820	4	.0200	1.454	0.221	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	1.491	106	.0140			
	المجموع	1.573	110				
البُعد العلاجي	بين المجموعات	.1050	4	.0260	1.563	0.190	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	1.781	106	.0170			
	المجموع	1.887	110				

يتضح من الجدول رقم (22) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد النفسي الشخصي تساوي (0.698) أصغر من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (4) (106) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.42) وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05)

مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **وجود فروق دالة إحصائياً في البُعد النفسي الشخصي وفقاً لمتغير أنواع مرضى العُصاب .**

ترى الباحثة بأن الأمراض النفسية من أكثر الموضوعات التي يحيط بها الغموض الذي يدفع بعض الأفراد إلى تبني أفكار وتصورات غير واقعية حولها ومعتقدات غريبة عن أنواعها.

يتضح من الجدول رقم (22) إن قيم (اف) المحسوبة للبُعد الأسري الاجتماعي تساوي (1.454) أقل من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (4) (106) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.42) وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد الأسري الاجتماعي وفقاً لمتغير أنواع مرضى العُصاب.**

يتضح من الجدول رقم (22) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد العلاجي تساوي (1.563) من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (4) (106) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =2.42) وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد العلاجي وفقًا لمتغير أنواع مرضى العُصاب.**

وترى الباحثة بأن ذلك يدل على أن النظرة للمرض النفسي وللمريض النفسي قد بدأت تنتقل من النظرة السلبية إلى النظرة الإيجابية في المجتمع الليبي.

ولدى مقارنة الباحثة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في إهتمام أي من الدراسات السابقة التي تم الوصول إليها.

<u>السؤال الثامن</u>– هل هناك فروق دالة احصائياً في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير أنواع مرضى الذُّهان؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير مرضى الذُّهان لتوضيح الدلالة أستخدم "تحليل التباين الأحادي " (One Way ANOVA)وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (23) إجابات عينة الدراسة طبقاً لإختلاف متغير مرضى الذُّهان

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة -P Value	مستوى الدلالة
البُعد النفسي الشخصي	بين المجموعات	.1970	8	.0250	0.799	0.604	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	5.557	180	.0310			
	المجموع	5.754	188				
البُعد الأسري الاجتماعي	بين المجموعات	.1040	8	.0130	1.158	0.327	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	2.014	180	.0110			
	المجموع	2.118	188				
البُعد العلاجي	بين المجموعات	.1580	8	.0200	0.729	0.666	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	4.894	180	.0270			
	المجموع	5.053	188				

يتضح من الجدول رقم (23) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد النفسي الشخصي تساوي (0.799) أصغر من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (8) (180) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =1.98) وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **وجود فروق دالة إحصائياً في البُعد النفسي الشخصي وفقاً لمتغير أنواع مرضى الذُّهان.**

تُعزي الباحثة ذلك إلى أنه المعانأة التي يعيشها أسر المرضى النفسانيين الذُّهانيين مع مرضاهم وآثارها السلبية عليهم ويتحملون عباء مسؤولية مرافقتهم للطبيب، ومن تم تلقى العلاج، وكذلك يعيشون معه خبرات أخرى خلال تفاصيل حياتهم اليومية جعلت لديهم اتجاهات سلبية نحو أنواع مرضى الذُّهان.

يتضح من الجدول رقم (23) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد الأسري الاجتماعي تساوي 1.454 أقل من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (8) (180) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =1.98) وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد الأسري الاجتماعي وفقاً لمتغير أنواع مرضى الذُّهان.**

يتضح من الجدول رقم (23) أن قيم (اف) المحسوبة للبُعد العلاجي تساوي (0.729) من قيمة (اف) المجدولة بدرجتي حرية (8) (180) عند مستوى معنوية (0.05) (اف المجدولة =1.98)، وبما أن مستوى الدلالة المعنوية المحسوب أكبر من (0.05) مستوى المعنوية المعتمد في الدراسة وهذا يشير إلى **عدم وجود فروق دالة احصائياً في البُعد العلاجي وفقاً لمتغير أنواع مرض الذُّهان.**

تُرجع الباحثة ذلك بأن أسر المرضى النفسانيين الذُّهانيين هم المسؤولين عن مريضهم، حيث إن نمط الأسرة الليبية المتماسكة القائمة على الحب المتبادل والمساندة النفسية والاجتماعية تتجلى بهذه النتيجة بحيث يبدي أفرادها اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي.

ولدى مقارنة الباحثة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في إهتمام أي من الدراسات السابقة التي تم الوصول إليها.

التوصيات والمقترحات

أولاً- التوصيات:

1- إجراء الندوات وبرامج التوعية في جميع وسائل الإعلام للتخلص من المفاهيم الخاطئة عن المرض النفسي.

2- العمل على جعل النظرة إلى المرض النفسي مثلها مثل النظرة إلى أي مرض عضوي آخر.

3- تطوير مناهج علم النفس، وعلم الاجتماع وتثقيف الطلاب داخل الجامعات .

4- ضرورة تناول المرض النفسي من خلال وسائل الإعلام وذلك للتأثير على الجمهور وتعريفه بطرق التعامل المناسبة مع المريض النفسي.

5- دعوة الأخصائيين العاملين في ميدان الصحة النفسية لسد الفجوة بين المريض النفسي وأسرته من جهة وبين الأسرة والمجتمع من جهة أخرى.

ثانياً- المقترحات:

1- القيام بدراسة عن موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينات مختلفة من المجتمع الليبي.

2- إجراء البحوث العلمية التي تتناول المرض النفسي وما يعانيه المريض من مشكلات وسوء تكيف.

3- على وزارة الصحة الاهتمام بفتح مستشفيات نفسية أخرى تكفى الأعداد المتزايدة من المرضى النفسانيين وتوفير الرعاية الصحية المناسبة لهم.

4- العمل على دراسة التوافق الاجتماعي لدى أسر المرضى النفسانيين في المجتمع الليبي.

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في ضوء متغيرات: (الجنس، والمستوى التعليمي، والعمر، ومكان السكن، ونوع المرض)، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، كما تكونت عينة الدراسة العشوائية من (300) شخص من أسر المرضى النفسانيين الذين يعالجون مرضاهم في العيادات الخارجية لمستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (36،30%)، بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (63،70%)، وكانت الأداة المستخدمة عبارة عن استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي والمكون من ثلاثة أبعاد: (البُعد النفسي الشخصي، البُعد الأسري الاجتماعي، البُعد العلاجي)، حيث قامت الباحثة بإعداد هذا الاستبيان، وتم التأكد من صدقه وثباته، وتم استخدام أساليب إحصائية متعددة حسب برنامج (SPSS) للعلوم الإنسانية والاجتماعية في الوصول إلى نتائج البحث، حيث كشفت أهم نتائج الدراسة أن اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي إيجابي وبنسبة (78%) للبُعد النفسي الشخصي وبنسبة (86%) للبُعد الأسري الاجتماعي، وبنسبة (5،89%) للبُعد العلاجي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه أسر المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في الأبعاد الثلاثة لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس، ولقد تبين أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً في البعد النفسي الشخصي وفقاً للمتغير التعليمي لصالح أفراد عينة الدراسة الذين مؤهلهم ابتدائي عند مستوى دلالة (0.05)، كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً في البُعد الأسري الاجتماعي، والبُعد العلاجي وفقاً لمتغير العمر عند مستوى دلالة (0.05) فأقل، لصالح أفراد عينة الدراسة الذين أعمارهم من (25–30) سنة، وكما تشير النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اتجاه أسرالمرضى النفسانيين نحو المرض النفسي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير السكن، وبدراسة الفروق في الاتجاه نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير نوع المرض (عُصاب – ذُهان) وجدت فروق دالة إحصائياً بمعدل دلالة أقل من (0.05) في مستوى اتجاه أولياء المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي في البُعد النفسي الشخصي لصالح مرضى الذُّهان، كما توجد فروق دالة إحصائياً بمعدل دلالة أقل من (0.05) أيضاً في البُعد العلاجي لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى العُصاب، وكانت العلاقة بين اتجاه أسر

المرضى النفسانيين نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير نوع مرضى العُصاب علاقة إيجابية بالنسبة للبُعد النفسي الشخصي عند مستوى دلالة أكبر من (0.05)، كما أنه توجد فروق دالة إحصائياً في البُعد النفسي الشخصي وفقاً لمتغير أنواع مرضى الذُّهان عند مستوى دلالة أكبر من (0.05)، وكما أوصت واقترحت الباحثة بأهمية إجراء دراسات عن موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينات مختلفة من المجتمع، وإجراء بحوث تخص المشكلات التي يعاني منها المريض النفسي من سوء عدم التكيف، وزيادة فتح المستشفيات النفسية التي توفر الرعاية الصحية التي تناسبهم، والاهتمام بدراسة التوافق النفسي لدى المرضى النفسانيين في المجتمع، والاهتمام بالكوادر الخاصة برعاية المرضى النفسانيين مثل التمريض والعلاج النفسي والإرشاد النفسي.

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

The current study aimed at knowing the trends of psychological patients towards mental illness in the light of variables: Gender, educational levels, age, housing location, and the type of disease, and the researcher used an analytical descriptive approach. Their patients in the external clinics of the Al-Razi Hospital for Psychological and Glossary, where male shaped in the sample ratio (36,30%), while females in the sample were formed (63,70%), The tool used was a trend questionnaire towards psychological disease and three dimensions: (Psychological dimension, social dimension, therapeutic dimension), where the researcher prepared this questionnaire and was confirmed and documented. It was used by multiple statistical methods (SPSS for human and social sciences in access to search results., Where the most important results of the study revealed that the direction of psychiatric patients towards positive psychological disease and (78%) for the psychological dimension and(86%) for the social dimension, and (89.5%) for the therapeutic dimension. The results also showed that there were no statistically significant differences in the level of attitudes of parents of psychiatric patients towards mental illness in the three dimensions of the study sample according to the gender variable,and it was also found that there are statistically significant differences in the personal psychological dimension according to the educational variable in favor of the study sample members who have primary qualifications at the level of significance (0.05), as it was found that there were statistically significant differences in the family, social, and therapeutic dimension, according to the age variable, at a significance level of (0.05) or less, in favor of the study sample whose ages ranged from (25-30) years.

The results also indicate that there are no statistically significant differences in the level of attitudes of parents of mental patients towards mental illness in the study sample according to the variable of housing, and by studying the differences in the attitude towards mental illness according to the variable of the type of disease (neurosis - psychosis), statistically significant differences were found at a lower significance rate. from (0.05) in the level of attitudes of parents of psychiatric patients towards mental illness in the personal psychological dimension in favor of psychotic patients, and there are statistically significant differences

with a mean rate of less than (0.05) also in the therapeutic dimension of the study sample according to the type of disease in favor of neurotic patients, The relationship between the attitude of primarily psychiatric patients

Towards psychological illness according to the type of neurosis patients' variable, a positive relationship for the personal psychological dimension at a level of significance greater than (0.05), also, there are statistically significant differences in the personal psychological dimension according to the variable types of psychotic patients at a level of significance greater than (0.05), As the researcher recommended and suggested the importance of conducting studies on the topic of attitudes towards mental illness among different samples of society, and conducting research related to the problems that the mentally ill suffer from due to lack of adaptation, and increasing the opening of psychiatric hospitals that provide health care that suits them, paying attention to the study of psychological compatibility among psychiatric patients in the community, and paying attention to cadres for the care of psychiatric patients such as nursing, psychotherapy and psychological counseling.

المصادر والمراجع

أولاً – القران الكريم:

ثانياً– المصادر والمراجع:

1- ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (2000). لسان العرب، الطبعة الأولى، بيروت، دار صادر، المجلد (15).

2- ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (1979). معجم لسان العرب، المجلد (13) ن. هـ، دار صادر، بيروت.

3- رشاد الدين، مؤنس (2000). المرام في المعاني والكلام القاموس الكامل عربي – عربي، بيروت، دار الراتب الجامعية.

4- مجمع اللغة العربية (2005). المعجم الوسيط، الطبعة الرابعة، القاهرة ،الإدارة العامة للمعجمات وإحياء التراث.

المراجع العربية:

1- أبو مغلى، سميح وسلامة، عبد الحافظ (2002). علم النفس الاجتماعي، الأردن، دار اليازودي العلمية.

2- أبوجادو، صالح محمد على (2007). سيكلوجية التنشئة الاجتماعية، الطبعة السادسة، الأردن، دار المسيرة.

3- أبو حويج، مروان والضفدع، عصام (2009). المدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

4- أبو حجلة، نظام (1999). الطب النفسي الحديث، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

5- إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج السلوكي المعرفي الحديث (أساليب وميادين تطبيقية)، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

6- إبراهيم، عبد الستار وآخرون (1993). العلاج السلوكي للطفل، الكويت، سلسلة عالم المعرفة.

7- الأغا، إحسان خليل والأستاذ، محمود حسن (2000). مقدمة في تصميم البحث التربوي، الطبعة الثانية، غزة، مكتبة الشرق.

8- أبوعليان، بسام محمد (2011). الانحراف الاجتماعي والجريمة، الطبعة الثانية، غزة، مكتبة بيتا.

9- الأحرش، يوسف والغنودى، أنور (2010). قراءات في علم النفس الاجتماعي، دار النخلة.

10- الأحرش، يوسف وسلمان، رياض جابر (2007). المدخل إلى علم النفس، دار النخلة.

11- أحمد، سهير كامل (1999). مدخل إلى علم النفس، مركز الاسكندرية للكتاب .

12- أحمد، سهير كامل (1999). الصحة النفسية والتوافق، الاسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

13- أحمد، سهير كامل (2000). التوجيه والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب.

14- أحمد، سهير كامل (2008). الصحة النفسية للطفل والمراهق، الطبعة الأولى، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

15- أحمد، غريب سيد (2000). علم الاجتماع ودراسة المجتمع، دار المعرفة الجامعية.

16- الأحمر، أحمد سالم (2004). علم اجتماع الأسرة بين التنظير والواقع المتغير، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجديد المتحدة للطباعة والنشر.

17- استيتية، موسى عمر وسرحان، ملحس دلال (2012). المشكلات الاجتماعية، القاهرة، دار وائل للنشر.

18- أسعد، ميخائل (1994). علم الاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، بيروت، دار الجبل.

19- الأسود، شعبان الطاهر (2004). مبادئ علم الاجتماع، الطبعة الأولى، بنغازي، دار الكتب الوطنية.

20- إعداد نخبة من أساتذة الجامعات العربية في العالم العربي (1999). المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

21- الأعظمي، سعيد رشيد (2009). اضطرابات السلوك تشخيصها والوقاية منها، الطبعة الأولى، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع.

22- البرغوتي، كيان محمد (2006). التخطيط الأسري من المنظور التربوي الإسلامي، الطبعة الأولى، دائرة المطبوعات والنشر.

23- البياتي، محمود مهدى (2005). تحليل البيانات الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، عمان، دار الحامد.

24- بطرس، حافظ بطرس (2008). المشكلات النفسية وعلاجها، الطبعة الأولى، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.

25- جابر، جودت بنى والعزة، سعيد حسنى والمعايطة، عبد العزيز (2002). المدخل إلى علم النفس، الطبعة الأولى، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية الدولية.

26- جبل، فوزى محمد (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.

27- الجديدى، المهدى إمحمد وعيسى، على محمد والعيساوي، عبد الرزاق جاسم (2010). علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، الزاوية، جامعة السابع من إبريل.

28- الجسماني، عبد العلى (1994). علم النفس وتطبيقاته الاجتماعية والتربوية، الطبعة الأولى، الدار العربية للعلوم.

29- الجسماني، على (1998). الأمراض النفسية (تاريخها- أنواعها – أعراضها – علاجها)، الطبعة الأولى، بيروت، الدار العربية للعلوم.

30- جون، دكت وعبد الحميد، صفوت (2000). علم النفس الاجتماعي والتعصب، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الفكر العربي.

31- الجوهري، عبد الهادي (2001). أصول علم الاجتماع، الإسكندرية، المكتبة الجامعية.

32- حافظ، نبيل عبد الفتاح وسليمان، عبد الرحمن سيد وشند، سميرة محمد (2000). علم النفس الاجتماعي، مكتبة زهراء الشرق.

33- الحجار، محمد حمدي (1998). المدخل إلى علم النفس المرضي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

34- حجازي، مصطفي (2015). الأسرة وصحتها النفسية (المقومات – العمليات)، الطبعة الأولى، المغرب، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء.

35- الحديدي، منى وآخرون (2006). التأهيل الشامل، الطبعة الأولى، الأردن، منشورات جامعة القدس المفتوحة عمان.

36- حسن، محمود (1991). الأسرة ومشكلاتها، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

37- حسين، حسن فالح (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، مركز ديبونر لتعليم التفكير.

38- الحفني، عبد المنعم (2003). الموسوعة النفسية (علم النفس والطب النفسي في حياتنا اليومية)، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة مدبولى.

39- حقي، ألفت (2001). الاضطراب النفسي (التشخيص والعلاج والوقاية)، الطبعة الأولى، مركز الإسكندرية للكتاب.

40- حقي، ألفت (2001) .علم النفس المعاصر، مركز الإسكندرية للكتاب.

41- الخشاب، مصطفى (2012). دراسات في الاجتماع العائلي، دار النهضة للطباعة والنشر.

42- خليفة، عبد اللطيف محمد (1998). دراسات في علم النفس الاجتماعي، المجلد الأول القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

43- خليفة، عبد اللطيف محمد و محمود، عبد المنعم شحاته (1998). سيكلوجية الاتجاهات (المفهوم – القياس – التغيير)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

44- خير الله، سيد محمد والكناني، ممدوح عبد المنعم (1996). سيكلوجية التعليم بين النظرية والتطبيق، دار النهضة للنشر والتوزيع .

45- داكو، بيبر (2002). العُصاب والأمراض الذهنية، ترجمة: رعد إسكندر، اركان بيثون، القاهرة، مكتبة التراث الإسلامي.

46- دياب، سهيل (2003). مناهج البحث العلمي (أدواته وأساليبه)، مكتبة أفاق، غزة، فلسطين.

47- الداهرى، صالح حسن أحمد (2010). مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع.

48- دائرة المعارف الإسلامية (1990). شركة السفير، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر.

49- درويش، زين العابدين (1999). علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار الفكر العربي.
50- راجح، أحمد عزت (2006). أصول علم النفس، الطبعة السابعة، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر.
51- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد (1999). دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض دراسة في علم الاجتماع الطبي، الطبعة الثانية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر.
52- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد (2012). التنشئة الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر.
53- رضوان، سامر جميل (2009). الطب وعلم النفس الإكلينكي، الطبعة الأولى، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
54- الريماوي، محمد (2006). علم النفس العام، الطبعة الثانية، عمان، دار الميسرة.
55- الريماوي، محمد عودة وآخرون (2004). علم النفس العام، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيره للنشر والطباعة والتوزيع عمان.
56- الزبيدي، كامل علوان (2004). علم النفس الاجتماعي، عمان، الوراق للنشر والتوزيع.
57- الزعبي، أحمد محمد (2001). أسس علم النفس الاجتماعي، دار زهران للنشر والتوزيع.
58- الزعبي، أحمد محمد (2013). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار زهران للنشر والتوزيع.
59- الزغل، رياض (1993). مقدمة في علم النفس الاجتماعي والسلوك التنظيمي، الطبعة الأولى، دار قتيبة للطباعة والنشر.
60- زهران، حامد عبد السلام (2009). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع.
61- زهران، سناء الخولي (2009). الأسرة والحياة العائلية، الإسكندرية، دار النهضة العربية، دار المعرفة الجامعية.
62- زهران، حامد (2003). علم النفس الاجتماعي، الطبعة السادسة، القاهرة، عالم الكتب.

63- زهران، حامد (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة، عالم الكتب.

64- زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة، مصر، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة .

65- زهران، سناء الخولي (2011). الصحة النفسية والأسرة، الطبعة الأولى، القاهرة، عالم الكتب.

66- زيادة، أحمد رشيد (2014). علم النفس العيادي، الطبعة الأولى، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

67- سارى، حلمى وحسن، محمد (2006). علم النفس الاجتماعي، الأردن، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان.

68- السامرائي، نبيهة صالح (2006). علم النفس السياحي، عمان، دار زهران.

69- السامرى، نبيهة صالح وإميمن، عثمان على (2006). مقدمة في علم النفس، دار زهران للنشر.

70- السفاسفة، محمد إبراهيم وعريبات، أحمد (2005). مبادئ الصحة النفسية، دائرة المكتبة الوطنية.

71- سلامة، عبد الحافظ (2007). علم النفس الاجتماعي، الطبعة العربية، الأردن، عمان.

72- سمور، عايش (2006). الأعراض النفسية أسباب وتشخيص وعلاج، دار المقداد، غزة.

73- السيد، إبراهيم (2013). التفكك الأسري (الأسباب والمشكلات وطرق علاجها)، الإسكندرية، دار التعليم الجامعي.

74- سركز، العجيلي عصمان وامطير، عياد سعيد(2013) .البحث العلمي (أساليبه وتقنياته)، الطبعة الأولى ، ليبيا، الزاوية ، المكتبة الجامعية .

75- السيد، إبراهيم جابر (2010). الصحة النفسية بين التشخيص والعلاج، هبة النيل للنشر والتوزيع.

76- السيد، فؤاد وسعد، عبد الرحمن (1999). علم النفس الاجتماعي، القاهرة، دار الفكر العربي.

77- السيد، محمود عبد الحليم وفرج، طريف شوقي ومحمود، عبد المنعم شحاتة (2004). علم النفس الاجتماعي المعاصر، الطبعة الثانية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
78- شادلى، عبد الحميد محمد (2001. الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الطبعة الثانية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
79- السيد، عبدالحليم وآخرون (2003) .علم النفس الاجتماعي المعاصر ، الطبعة الأولى ،القاهرة ، ايتراك للنشر والتوزيع .
80- شاكر المحاميد (2003). علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، عمان، مؤسسة الواراق للنشر والتوزيع.
81- الشخص، عبد العزيز السيد (2001). علم النفس الاجتماعي، مكتبة القاهرة للكتاب، مصر.
82- الشربيني، لطفى (2001). الطب النفسي والقانون (أحكام وتشريعات الأمراض النفسية)، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية بيروت.
83- الشربيني، لطفى (2009). الإرشادات النفسية في القرآن الكريم، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية.
84- الشربيني، لطفي (2003). الطب النفسي وهموم الناس، مصر، دار المعارف.
85- الشريبني، لطفى (2003). الطب النفسي ومشكلات الحياة، الطبعة الأولى، دار النهضة، بيروت.
86- شريت، أشرف محمد عبد الغني (2006). الصحة النفسية بين الإطار النظري والتطبيقات الإجرائية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
87- شفيق رضوان (1996). علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
88- شقير، زينب (2002). مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة العربية (المصرية – السعودية)، الطبعة الثالثة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
89- شلابي، أبوبكر (2006). المدخل إلى علم الإنسان، الطبعة الثانية، ليبيا، دار الكتب الوطنية، بنغازي.

90- شوامرة، نادر طالب (2014). علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع.
91- الشيخ، عبد السلام أحمدى (1997). السلوك البشرى والمنبهات الاجتماعي، طنطا، دار إخضارة للطباعة والنشر والتوزيع.
92- الشيخ، عبد السلام (1992). علم النفس الاجتماعي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.
93- صادق، عادل (1990). في بيئتنا مريض نفسي، الطبعة الثانية، الدار العربية للموسوعات.
94- طه، فرج عبد القادروقنديل، شاكر عطية ومحمد، حسين عبد القادر وعبد الفتاح، مصطفى كامل (1993)،موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الكويت ،دار سعاد الصباح.
95- الطنوبى، محمد عمر (1999). قراءات في علم النفس الاجتماعي، مكتبة المعارف الحديثة.
96- عبد الحميد، أشرف محمد (2007). الصحة النفسية للعاديين وذوى الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
97- عبد العال، سلامة منصور ومغازي، نهي سعدي (1998). رعاية ذوى الأمراض العقلية والنفسية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
98- عبد الغفار، عبد السلام (2001). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
99- عبد الله، معتز سيد (1997). بحوث في علم النفس الاجتماعي، مصر، دار غريب.
100- عبد الله، مجدى أحمد محمد (1996). السلوك الاجتماعي وديناميات (محاولة تفسيرية)، دار المعرفة الجامعية.
101- عبد الله، مجدي أحمد محمد (2006). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية.
102- عبد المعطي، حسن مصطفي (1998). علم النفس الإكلينكي، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
103- عثمان، سعيد وكمال، طارق (2010). أساسيات في علم النفس الاجتماعي، الناشر مؤسسة شباب الجامعة.

104- عدس، عبد الرحمن وتوق، محى الدين (1995). المدخل إلى علم النفس، الطبعة الخامسة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
105- العزابي، يونس والمنصوري، عبد الحميد (2017). خطوات إرشادية في كتابة الرسائل العلمية، الطبعة الأولى، بنغازي، دار الكتب الوطنية.
106- العزة، سعيد حسني (2000). الإرشاد الأسري (نظرياته وأساليبه العلاجية)، الطبعة الأولى، الأردن، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
107- العموش، أحمد والعليمات، حمود (2008). المشكلات الاجتماعية، جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن.
108- عكاشة، أحمد (1992). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية)، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة.
109- عكاشة، أحمد (2003). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
110- عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق (2016). الطب النفسي المعاصر، الطبعة الثامنة، جمهورية مصر العربية، مكتبة الأنجلو المصرية.
111- عكاشه، محمود فتحى وزكى، محمد شفيق (1997). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، مصر، المكتب الجامعي الحديث.
112- عماشه، سناء حسن (2010). الاتجاهات النفسية والاجتماعية (أنواعها ومدخل لقياسها)، الطبعة الأولى، التوزيع مجموعة النيل العربية.
113- عوض، عباس محمد (بدون سنة نشر). علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية.
114- عوض، عباس محمود ودمنهورى، رشا صالح (1993). علم النفس الاجتماعى (نظرياته وتطبيقاته)، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع.
115- عويضة، الشيخ كامل محمد محمد (1996). علم النفس الاجتماعي، دار الكتب الوطنية.
116- عيد، محمد إبراهيم (2005). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، القاهرة، الناشر مكتبة الأنجلو المصرية.
117- العيسوى، عبد الرحمن (2001). الإسلام والصحة النفسية، بيروت، دار الرتب الجامعية.

118-العيسوى، عبد الفتاح محمد (1993). تاريخ الطب النفسي، عند العلماء المسلمين، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

119-العيسوي، عبد الرحمن (1992). علم النفس الإكلينيكي، مصر، الدار الجامعية.

120-العيسوي، عبد الرحمن (2004). علم النفس العربي عند علماء الإسلام (دراسة مقارنة بين الفكر السيكولوجي والطبي الحديث)، الطبعة الأولى، بيروت، دار الراتب الجامعية.

121-العيسوي، عبد الرحمن محمد (2004). علم النفس العربي في الألفية الجديدة، الطبعة الأولى بيروت، دار الراتب الجامعية.

122-غانم، محمد حسن (2006). مقدمة لعلم النفس المرضي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر.

123-الغرايبة، محمود فيصل (2012). العمل الاجتماعي مع الأسرة والطفولة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع.

124-الغرباوي، محمد (2007). الاتجاهات النفسية، عمان، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

125-الغزاوي، فهمي وآخرون (2000). المدخل إلى علم الاجتماع، الطبعة الثانية، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع.

126-فاديا، أبوخليل (2014). أثر الثقافة والتنشئة الاجتماعية في تكوين شخصية الفرد، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية.

127-فايد، حسين (2004). علم النفس المرضي (السيكوباثولوجي)، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

128-فايد، حسين (2005). المشكلات النفسية الاجتماعية رؤية تفسيرية، القاهرة، مؤسسة طيبة.

129-الفائدي، محجوب عطية (2013). علم الاجتماع العائلي مداخل نظرية ودراسات إمبيريقية ليبيا، دار الكتب الوطنية، بنغازي.

130-الفرخ، كاملة وتيم، عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.

131-فطيم، لطفي (1995). المدخل إلى علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الناشر مكتبة الأنجلو المصرية.

132-فهمي، مصطفى (1998). الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، القاهرة، مكتبة الخانجي.
133-فهيم، كلير (2007). الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة، مكتبة الأنجلو المصرية.
134-القاسم، جمال وآخرون (2001). مبادئ علم النفس، الطبعة الأولى، الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان.
135-قائمي، علي (2001). علم النفس وتربية الأيتام، الطبعة الأولى، لبنان، دار البلاغة للطباعة والنشر والتوزيع.
136-القدافى، رمضان محمد (1992). التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، الجماهيرية العظمي، دار الرواد للنشر والطباعة والتوزيع طرابلس.
137-القذافي، رمضان محمد (1991). الاتجاهات، الطبعة الأولى، بنغازي، دار الكتب الوطنية.
138-كفافي، علاء الدين (2009). علم النفس الأسري، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعون.
139-كمال، على (1994). العلاج النفسي قديماً وحديثاً، الطبعة الأولى، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
140-الكندي، أحمد محمد مبارك (1999). علم النفس الأسري، الطبعة الثانية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
141-المالح، حسان عدنان (1997). الطب النفسي والحياة (مقالات – مشكلات – فوائد)، الطبعة الأولى، دار الاشراقات للنشر والتوزيع والخدمات الطباعية.
142-المحاميد، شاكر (2003). علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الأردن، مركز يزيد للخدمات الطلابية الكرك دائرة المكتبة الوطنية.
143-محمود، نهاد عبد الوهاب (2016). علم النفس الاكلينكي (بين النظرية والتطبيق)، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
144-مصطفى، أسامة فاروق (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب – التشخيص – العلاج)، الطبعة الأولى، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع.

145-معوض، خليل ميخائيل (2000). علم النفس الاجتماعي، الأزاريطة، دار الفكر الجامعي.
146-المليجي، حلمى (2000). علم النفس الإكلينكي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
147-منسي، حسن (1998). الصحة النفسية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الكندي للنشر والتوزيع، دار طارق للنشر والتوزيع.
148-منصور، عبد المجيد سيد والشربيني، زكريا أحمد (2000). الأسرة على مشارف القرآن، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
149-المهدي، محمد عبد الفتاح (2002). العلاج النفسي في ضوء الإسلام، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مطبعة فجر الإسلام جليم، الناشر الملتقي المصري للإبداع والتنمية.
150-الموصلي، وداد ومحمود، حسن عبد الغني (2009). الصحة النفسية، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع عمان.
151-مياسا، محمد (1997). الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقايةً وعلاجاً، الطبعة الأولى، بيروت، دار الجبل.
152-الميلادي، عبد المنعم (2005). الصحة النفسية والجينات، الإسكندرية، الناشر مؤسسة شباب الجامعة.
153-الناشف، هدى محمود (2007). الأسرة وتربية الطفل، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
154-ناصر، إبراهيم (1992). علم الاجتماع التربوي، بيروت، دار الجليل.
155-نشواتي، عبد المجيد (1996). علم النفس التربوي، الطبعة الثالثة، دار الفرقان للنشر والتوزيع.
156-ياسين، عطوف محمد (1996). علم النفس العيادي الإكلينكي، الطبعة الثانية، لبنان، دار العلم للملاين مؤسسة ثقافية للتأليف والترجمة والنشر، بيروت.
157-ياسين، عطوف محمود (1998). أسس الطب النفسي الحديث، الطبعة الأولى، لبنان، منشورات بحسون القافة، بيروت.

158-يوسف، جمعة سيد (2009). الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع المترجمة:

1- ر.امسلي، جوردون وآخرون (1993). اتجاهات علم النفس المعاصر، ترجمة: عبد الله إمحمد عريف، الطبعة الأولى، بنغازي، منشورات جامعة قاريونس.

2- سكوبلر، أنسكو (1993). علم النفس الاجتماعي التجريبي ترجمة: عبد الحميد صفوت إبراهيم، الطبعة الأولى، جامعة الملك سعود، عمادة شؤون المكتبات.

3- كوفيل، والتج ودوكوستيلل، تيموني (1990). الأمراض النفسية، ترجمة: محمود الزيادي، الكويت، مكتبة الفلاح.

4- لامبرت، وليم وولامبرت، وولاس إ (1993). علم النفس الاجتماعي، ترجمة: سلوى الملا الطبعة الثانية، دار الشروق القاهرة.

5- ويتيج، أرنوف (2002). مقدمة في علم النفس، ترجمة: عادل عز الدين الأشول وآخرون، القاهرة، دار ماكجرو هيل للنشر.

المجلات والدوريات:

1- إبراهيم، عطيات أحمد (2004). العمل مع جماعات الشباب الجامعي وإكسابهم اتجاهات رافضة للزواج العرفي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد (17).

2- بامير، عمر مبارك (2013). الاتجاهات والمعتقدات نحو المرض النفسي أُطروحة دكتوراه، مجلة الأندلس للعلوم الاجتماعية والتطبيقية، المجلد (5)، العدد (10)، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية.

3- بركات، زياد و كفاح، حسن (2006) . الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (9).

4- صديق حسين (2014). الاتجاهات من منظور علم الاجتماع، مجلة جامعة دمشق، المجلد (28)، العدد (3، 4).

5- الطراونة، حسين وآخرون (2001). الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسات العلوم التربوية، المجلد (28)، العدد (2).
6- عياد، فاطمة سلامة والشربيني، لطفي عبد العزيز (1995). أثر العوامل الثقافية والاجتماعية في الأمراض النفسية في البيئة العربية، مجلة الثقافة النفسية، (21).
7- لويزة، بهاز وجمعة، أولاد حيمودة (2011). اتجاهات الأساتذة الجامعيين نحو التعامل مع البنوك الإسلامية، غرداية، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، العدد (15).

رسائل الماجستير والدكتوراه:

1- أبو جربوع، علاء الدين عيسى (2005). مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
2- أبوراس، نجوى يوسف (2007). اتجاهات المعلمين نحو التعليم الثانوي التخصصي وعلاقتها بالرضا الوظيفي بمدينة طرابلس، رسالة ماجستير غير منشورة.
3- أبوسليمان، معن محمد (2017). أثر استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في العلاقات الأسرية والاجتماعية لدى طلبة جامعة اليرموك إربد، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن.
4- إحديد، إيمان ضوء (2019). التفكك الأسري وعلاقته بالنمو الحضري على التجمعات السكانية ببلدية جنزور، رسالة ماجستير غير منشورة.
5- أحمد، إسماعيل أحمد محمد (2009). الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
6- أحمد، الجندي نزيه (2010). التنشئة السوية للأبناء كما يدركها الوالدان في الأسرة العمانية، رسالة ماجستير غير منشورة، مجلة جامعة دمشق، المجلد (26)، العدد (3).
7- إسماعيل، ياسر يوسف (2009). مشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية، رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين.
8- بركات، خالد على راجع (1998). الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي

المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى .

9- الجعفري، عاشور عبد الحفيظ (2010). اتجاهات الشباب الليبي نحو تعاطي المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة.

10- الحاج، صفاء مبارك سليمان (2017). اتجاهات أسر المريض نفسياً نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسة بمستشفى الأمراض النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة.

11- الحديبي، مصطفي عبد المحسن (2020). نمذجة العلاقات بين المعتقدات حول عمليتي الإرشاد والعلاج النفسي والاتجاهات نحو السعي لطلب المساعدة النفسية وبعض المتغيرات الديموجرافية في ضوء نظرية السلوك المخطط، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أسيوط، المجلة العلمية لكلية التربية، المجلد (36)، العدد (2).

12- حمد، مجدي جمعة (2016). الاتجاه نحو المرض النفسي لدى طلاب جامعة طبرق ، أُطروحة دكتوراة منشورة، كلية الآداب والعلوم بالمرج، مجلة العلوم والدراسات الإنسانية، العدد (14)، الناشر جامعة بنغازي.

13- حواشين، مفيد نجيب والزداد، فيصل محمد خير والطراونة، حسين مدالله (2018). الاتجاهات نحو الدمج الأسري والاجتماعي لدى عينة من المرضي العقليين بالأردن ومعوقات دمجهم من وجهة نظر الفريق الطبي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر، مجلة كلية التربية، المجلد (2)، العدد (177).

14- خليفة، عبد اللطيف محمد (1992). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، أُطروحة دكتوراه منشورة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

15- الرابطي، نجاح جمعة (2014). نمط السكن وعلاقته ببعض المشكلات الاجتماعية الثقافية للأسرة الحضارية، رسالة ماجستير غير منشورة.

16- السقا، صباح (2014). اتجاهات أسر المرضى النفسيين بمدينة دمشق نحو المرض النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية، أُطروحة دكتوراه منشورة، مجلة جامعة دمشق، المجلد (532)، العدد (1).

17- الشبلى، هند بشير مسعود (2009). اتجاهات المعلمين نحو تنظيم مدارس التعليم – المتوسط الثانويات التخصصية بشعبية طرابلس، رسالة ماجستير غير منشورة.
18- شقير، زينب (1994). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية، رسالة ماجستير منشورة، مجلة علم النفس العدد (3).
19- صباح، جعفر (2016). أنماط التنشئة الأسرية وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى طلبة جامعة محمد خمير بسكرة، رسالة ماجستير.
20- الطراونة، ردينة خضر (2017). اتجاهات طالبات كلية العلوم التربوية في جامعة مؤته نحو المرض النفسي وأثر بعض المتغيرات عليها، أُطروحة دكتوراه منشورة، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية – سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد (39)، العدد (4).
21- عبد الفتاح، إلهام عامر عطا (2012). الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى الأمهات الحوامل المترددات على العيادات النسائية الحكومية في محافظة رأم الله والبيرة، رسالة ماجستير غير منشورة.
22- قرقاب، غالية أحمد حبيل (2005). الاتجاهات النفسية نحو قيم العولمة لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الفاتح، رسالة ماجستير غير منشورة.
23- كاتبي، محمد عزت عربي (1997). اتجاهات طلبة جامعة دمشق نحو مسائل الزواج وتنظيم الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
24- كنزة، جبار (2014). اتجاهات الطلبة الجامعيين نحو الكتابات الجدارية، رسالة ماجستيرغير منشورة جامعة محمد خيصر، سكرة .
25- الليد، هنيدة مختار (2006). الاتجاهات البيئية لدى طلبة وطالبات جامعة الفاتح، رسالة ماجستير غير منشورة.
26- مقران، معاذ أحمد (2017). اتجاهات طلاب كلية التربية نحو المرض النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (دراسة عبر ثقافية)، أُطروحة دكتوراة منشورة، المجلة التربوية المتخصصة، المجلد (6)، العدد (5)، دار سمات للدراسات والأبحاث.
27- شاحوت، إلهام يوسف وآخرون (2008). اتجاهات طلبة جامعة 7 أكتوبر بمدينة مصراتة نحو المرض النفسي، رسالة ماجستير غير منشورة، موقع الصفا للصحة النفسية.

28- شنان، هبه فوزي (2015). الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة.

29- وافي، فريال أحمد مصطفى (2012). اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطنيين، رسالة بكالوريس منشورة، جامعة القدس المفتوحة، القدس، فرع خان يونس.

المراجع الأجنبية:

1- Brundtland ، G.H. (2001). Mental: Health; A Call for Action by worldHealth Ministers. Geneva : WHO.

2- Cordner ،G. (2006). problem – oriented guides for policeProblem-specific Guides series. U.S. Department of justice (40) .

3- Guerje o.et.al.(2005). community study of knowledge and attitude to mental illness in Nigeria. The British Journal of Psychiatry، (186) 436-441.

4- Moghaddam fathali M. (1998). Social psychobogy EXPloring universal-across cultures .1st ed .New york: WH .Freeman and Company.

5- Youssef ، f . Bachew، R، Bodie ، D ، Morris ، K. & Sherma ، G. (2014) : Knowledge and attitudes towards mentall illness among college students Insights: Into the wider English-Speaking Caribbean population ، Int ، J Soc Psychiatry ، 1(60) ، 47-54.

مواقع على شبكة المعلومات الدولية الإلكترونية:

1- أبوغلام، عزيزة (2012). تأسيس أول جمعية للمرضى النفسيين في المغرب، صفحة المجتمع – المغرب موقع الإنترنت : http //www almaghribia ma /152093

2- غربي، عبد الناصر (2011). اتجاهات عينة من المجتمع نحو الاضطرابات النفسية وعمل النفسانيين، أشغال الملتقى الوطني الأول حول إشكالية العلوم الاجتماعية في الجزائر، جامعة الوادي.

http:// manifest.univouargla.dz/index.php/seminares/archive.Adresse.

universite.kasdimerbah،Bp5llRoute deghavdaid،30000،ouargla،Algerie.

3- Kubau ، R. et al. (2012). Attitudes Toward Mental Illness. BRFSS Mental Illness Stigma Report http : //www. cdc. gov / brfss/ (accessed july 17 .2015).

4- عبد الفتاح، عز (2009). مقدمة في الإحصاء الوصفي والإستدلالي بإستخدام (SPSS) ، الجزء الثالث، موضوعات مختارة، موقع الأخصائيون العرب عن الإنترنت : http: //www.arabicstst.com

5- وكسلر، وآخرون (2007) . الاتجاهات في الأمراض النفسية والإنتحار بعد إعصار كاترينا، رسالة ماجستير، مجلة وطن، الطب النفسي الجزيئي.موقع الإنترنت: Kessler @ hcp.med.har vard.edu. تاريخ زيارة الموقع 2019/12/25

المـــلاحـــق

ملحق (1) الاستبيان في صورته الأولية

أجب عن جميع الفقرات التالية مبيناً اتجاهك موافق أو غير موافق أو مُحايد حسب أبعاد الاستبيان.

أولاً- البُعد النفسي الشخصي :

مكونات البُعد:

	أ- السلوك الحركي	موافق	غير موافق	مُحايد
1	يظهر على المريض النفسي فرط في السلوك الانفعالي بدون معرفة السبب .			
2	ظهور السلوك العدواني المتكرر والمستمر مع الآخرين .			
3	تظهر الحركات النمطية المتكررة وغير المنطقية في سلوك المريض.			
4	يفرط في إفراز العرق أثناء حالات القلق وسرعة في زيادة ضربات القلب.			
5	تجاهل الآخرين للمريض النفسي يصحبه العنف الجسدي والتردد والتحدي .			
6	يسلك المريض سلوكاً ضاراً في بعض الأحيان مع الآخرين.			
7	يؤدي سلوكيات غير مألوفة أمام الآخرين مثل حركة العينين والوجه .			
8	يتملك المريض هلع حاد لا يعرف سببه ويتصور بأن شيء قد يحل به .			
9	يُظهر المريض اضطرابات حركية تثير الانتباه في شكل نشاط زائد وعدم استقرار حركي.			
10	يزداد التوتر في عضلات جسمه وبدون إرادة ويشكوا الألم والتوتر .			
11	ينتهك القواعد الاجتماعية في البيت أو العمل أو المؤسسة والضيق والرعاش .			

	ب- جانب الشخصية	موافق	غير موافق	مُحايد
1	لا يهتم المريض النفسي بنظافته ومظهر شخصيته وثيابه			
2	يُظهر المريض مفهوماً ذاتياً سالباً عن شخصه .			
3	تنعدم في المريض الثقة ويشعر بعدم القبول من أحد .			
4	يُظهر النظرة السلبية تجاه ذاته ومن يتعامل معهم .			
5	يعاني المريض من نمط شخصية هشة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة .			
6	يجد المريض بعدم احترام شخصيته وعدم المبادرة في التعامل مع الآخرين .			
7	يشعر بصراع يهدد شخصيته في كل موقف يمر به في الحياة .			
	ج- الأمن والاطمئنان والقلق والإحباط والتردد	**موافق**	**غير موافق**	**مُحايد**
1	يحرم المريض من الحب والعطف والحنان من قِبل والديه.			
2	يشعر المريض النفسي بالأمان في البيئة التي يعيش فيها.			
3	يشعر المريض بالموت وتنتابه نوبات هيسترية عند التفاعل مع البيئة المحيطة به ومع الآخرين .			
4	يشعر المريض بعدم الاحترام والمودة بين الذين يعيش معهم.			
5	يشعر المريض بالاطمئنان عندما تتحقق حاجاته حسب الظروف الموجود فيها.			
6	يطمئن المريض عندما يدفعه المحيط به بالمشاركة في المناسبات الاجتماعية .			
7	ينطوي على نفسه بدون الرد على أسئلة الآخرين.			
8	يخاف من الواقع الذي يعيشه في المُحيط .			
9	يتجنب الواقع ولا يطمئن للآخرين .			
10	يشعر المريض بالإحباط والاكتئاب عندما لا تتحقق مطالبه.			
11	يقل التردد في المشاركة أثناء مرافقتهم له في المناسبات الاجتماعية .			
12	يُظهر القلق الاجتماعي والانعزال الذي يراود المريض باستمرار.			
13	يقلق عندما ينفصل مع الآخرين وخاصةً العائلة .			
14	يشعر المريض بالقلق الشديد الذي ليس له مبرر في الواقع الاجتماعي .			

15	يشعر بالإحباط والحرمان في حالة لم يجد من يفهمه.			
16	يُظهر التردد في اتخاذ القرارات التي تخص تعامله مع الآخرين.			
17	يشعر بإحباط داخلي وضعف الثقة بالنفس .			
18	يشعر بإحباط خارجي مثل العوز والفقر .			
19	يشعر بإحباط ينبع من البيئة المحيطة به تحول دون تحقيق أهدافه .			
20	يتردد في اتخاذ القرارات التي تهمه شخصياً وإشباع حاجاته.			
	هـ- الاضطرابات في الانتباه والتفكير	**موافق**	**غير موافق**	**مُحايد**
1	يستغرق في التفكير مصحوب بأفكار انتحارية .			
2	يصاب بالوساوس والاكتئاب عندما يفكر في نفسه .			
3	يصعب عليه الحفاظ على الانتباه والاستمرار أو الرجوع إليه.			
4	يُظهر اضطراب في الذاكرة وعدم القدرة على استرجاع الحوادث والمعلومات.			
5	يُظهر عدم القدرة على تجهيز المعلومات وترميزها وتفسيرها.			
6	يُخفق في استعادة المعلومات المخزنة في الذاكرة.			
7	يشعر المريض بعدم القدرة على تحقيق إمكاناته خاصةً في الدراسة.			
8	يظهر عليه اضطرابات في البصيرة ولا يستطيع إدراك المشاكل التي تواجهه.			
9	يظهر عليه انحراف في التفكير والسلوك الاجتماعي الذي مصدره التقاليد الاجتماعية في المجتمع .			
10	يظهر على المريض عدم القدرة على التركيز والانتباه لإنهاء المهمة التي بصددها .			
11	يستخدم الحيل الدفاعية لتبرير المواقف والسلوك الخاطئ .			
	و- المشاعر والاضطرابات النفسية	**موافق**	**غير موافق**	**مُحايد**
1	يشعر المريض بالاضطراب النفسي عند التعامل مع الآخرين.			
2	يشعر بضغوط نفسية أثناء تواجده مع الآخرين .			
3	يشعر المريض بالحرج عندما يقابله أقرانه أو الآخرين.			
4	يحرم المريض نفسه من الخروج من المنزل لأجل الانطواء.			
5	يشعر المريض بنوبات هستيرية وبالخوف من المجهول.			

6	يظهر النظرة السلبية نحو الوالدين لاعتبارهم السبب في مشكلته.			
7	يشعر بصراعات نفسية داخلية لم يفصح عنها .			
8	يشعر بتوتر دائم طول الوقت.			
9	يشعر المريض بالحرج عند الحديث عن مرضه النفسي.			
10	يشعر المريض بالنظرة الدونية من قِبل الآخرين وخاصة من حوله.			
11	يشعر المريض بنوع من الراحة عند الخروج من المنزل أو المحيط.			

ثانياً – البُعد الأسري الاجتماعي :

مكونات البُعد:

	أ- التفاعل مع المريض	موافق	غير موافق	مُحايد
1	يشعر أفراد الأسرة بعدم الخوف عند مقابلة المريض النفسي.			
2	يوجد تفاهم جيد للأسرة لظروف المريض النفسي.			
3	يتحدث أفراد الأسرة بكل إرتياحية مع المريض النفسي.			
4	يجد المريض النفسي اهتماماً من أفراد الأسرة.			
5	تحرص الأسرة على عدم خروج المريض النفسي من البيت بدون مرافق.			
6	تجنب أفراد الأسرة الجلوس مع المريض النفسي.			
7	تواجه الأسرة مشكلة في التعامل مع المريض النفسي.			
8	السلوك السلبي للأسرة يزيد من الضغوط النفسية على المريض.			
9	تساهم الأسرة في حل مشكلات المريض النفسي.			
10	ترفض الأسرة استضافة أي مريض نفسي في المنزل.			
11	تحافظ الأسرة باستمرار على مشاعر المريض النفسي.			
12	تتفاعل الأسرة مع المريض النفسي بشكل مسؤول.			
13	تتعامل الأسرة مع المريض النفسي بشكل أخلاقي لتحقيق حاجاته.			
14	يشعر المريض النفسي بالثقة والآمان مع أفراد أسرته.			
15	يحبذ المريض الدعم النفسي اللازم والاهتمام من قِبل أفراد الأسرة.			
16	يرفض بعض أفراد الأسرة الارتباط بالمريض النفسي.			
17	أكثر أفراد الأسرة اهتماماً بالمريض النفسي هما الأم والأب.			
18	ترفض الأسرة الحديث بسلبية عن المرض النفسي أمامه.			

19	يعتقد بعض أفراد الأسرة أن المريض النفسي يسبب خطراً عليهم.			
20	تشجع الأسرة المريض لفهم نفسه وذاته بإيجابية.			
21	تشجع الأسرة المريض النفسي في عمليات المتابعة والمساندة التي يحتاجها المريض.			
22	تشجع الأسرة المريض على إستقبال أقرانه في المنزل.			
23	تنكر الأسرة وجود مريض نفسي فيها أثناء الزيارات الاجتماعية.			
24	تمنع الأسرة المريض النفسي التعرف على مجتمعه الخارجي وثقافته.			
25	تلعب الأسرة دوراً في اختيار أقران المريض النفسي.			
	ب- التربية والتعليم	**موافق**	**غير موافق**	**مُحايد**
1	ينتج من إستخدام أساليب تربوية تسبب الإهمال والرفض والطرد من البيت.			
2	ينتج من استخدام التربية القاسية مثل التوبيخ والضرب مما يؤثر على سلوكه.			
3	يتأثر المريض بالعوامل الثقافية في نمو الأنماط العصبية في الأسرة.			
4	عدم توافق المريض بين ثقافته التي تربى عليها وما يصاحب من تطور ثقافي في المجتمع.			
5	يُظهر عدم إهتمام المريض النفسي بالعوامل الروحية التي تؤثر على السلوك السليم في تكوينه التربوي.			
6	الإنسلاخ على الجانب الروحي الذي يعاني منه المريض وغياب المعارف الروحية التي تهذب سلوكه وعلاقته مع الآخرين.			
7	يُظهر التحليل الخاطئ و عدم القدرة على التفريق بين الحقيقة والخيال.			
	ج- تحمل المسؤولية الاجتماعية	**موافق**	**غير موافق**	**مُحايد**
1	يمانع المريض من تحمل المسؤولية الفردية في المشاركة في بعض المهام الخاصة به.			
2	يساهم المريض في الأنشطة الاجتماعية التي ترفع من معنوياته.			
3	يشعر المريض بنوع من الراحة النفسية عندما يتكيف مع الظروف المحيطة.			
4	يشعر المريض بالمسؤولية عندما يلبي حاجاته بمفرده وتزداد الثقة بالنفس.			
5	يتحمل المسؤولية عندما يمتنع عن الأكل أو أخذ العقاقير الطبية اللازمة.			
6	ينظر المريض إلى حالته النفسية كرد فعل اجتماعي لأنواع السلوك وليس مسؤولية اجتماعية تقع على عاتقه.			
7	يشعر المريض بوصول خبرات متعلقة أو شعور متعلق إلى وعيه.			

8	تحمل المسؤولية و ضعف القدرة على العمل والإنتاج.			
9	تتباعد الأسر من الزواج بمن لديهم مريض نفسي.			
10	تهتم الأسرة بحاجات المريض النفسي الاجتماعية والفسيولوجية والاقتصادية والنفسية والترفيهية.			
11	تهتم الأسرة بتعليم مريضهم النفسي الجوانب التربوية والثقافية.			
12	تُتابع الأسرة ظروف المريض التي يمر بها في كل الأحوال.			
13	تساعد الأسرة المريض النفسي حسب الظروف التي يمر بها.			

ثالثاً- البُعد العلاجي:

مكونات البُعد:

	دور الأخصائي النفسي في العلاج	موافق	غير موافق	مُحايد
1	تتوجه الأسرة بالمريض النفسي إلى العيادة النفسية لأجل التحقق من مرضه.			
2	يهتم الأخصائي بمعرفة نشأة المرض النفسي ومعايشته في مراحلها.			
3	يرجع الأخصائي الثقة بالنفس لدى المريض النفسي.			
4	يُظهر السلوك الإيجابي لأسرة المريض النفسي أثناء تعامل الأخصائي معها.			
5	يجد الأخصائي صعوبة في إقناع أسرة المريض النفسي بالمرض الذي يعاني منه المريض.			
6	تستجيب الأسرة إلى تعليمات الأخصائي لأجل مساعدة المريض النفسي.			
7	تُبني الثقة بين الأسرة والأخصائي النفسي أولاً.			
8	يهتم الأخصائي بمساعدة الأسرة على تقبل الوضع الذي عليه المريض النفسي.			
9	يساعد الأخصائي في تخفيف الضغوط على أسرة المريض النفسي.			
10	يقوم الأخصائي النفسي بوضع برنامج إرشادي لأسرة المريض.			
11	يوضح الأخصائي كيفية التعامل مع المريض النفسي من قِبل الأسرة.			
12	يختلف تعامل الأخصائي مع الأسرة حسب فهمه للمرض النفسي.			

13	يقدم الأخصائي النفسي خطة علاجية التي يتطلب من الأسرة تنفيذها.			
14	تتعاون الأسرة مع الأخصائي بمعرفة الحاجات النفسية والعناية الصحية بالمريض النفسي.			
15	إقناع الأسرة بالابتعاد عن الشعوذة والسحر في علاج المريض النفسي.			
16	إبعاد الخوف من مراجعة الطبيب النفسي المتخصص في المرض النفسي.			
17	تقدم الأدوية للمريض النفسي بدون مراجعة الطبيب.			
18	استمرار الأسرة في متابعة المريض النفسي عند الطبيب النفسي.			
19	تقييم الظروف التي كانت سبباً في مرض المريض النفسي باستمرار.			
20	الاستمرار في عمليات المساندة الطبية للمريض النفسي.			
21	الإستمرار في عمليات المساندة الأسرية والاجتماعية التي يحتاجها المريض النفسي.			
22	تقديم الإرشاد الروحي الذي يُساند المريض وتقديم المعارف اللازمة يُساند بها حياة المريض النفسي.			
23	يهتم بكل ما يساعد المريض في تقليل التوتر النفسي والسلوكي للمريض.			
24	تقديم ما يزيد من احترام شخصية المريض في الاعتماد علي نفسه وتحمل المسؤولية العلاجية وتنفيذها.			
25	يساند المريض في اعتماد التفكير الإيجابي الذي يقنعه للتكيف مع الوضع الجديد.			
26	تقديم البرامج التي تساعد المريض من الخروج من دائرة التوتر والسلوك المشين اجتماعياً.			

ملحق (2) الاستبيان في صورته النهائية

دولة ليبيا

الأكاديمية الليبية للدراسات العليا – جنزور

الاستمارة الخاصة باستبيان الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين .

الأسرة الكريمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تعتزم الباحثة القيام بدراسة عن "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين" لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس.

فأرجوا إعطاء قدر من وقتك في الاستفسار، والإجابة على فقرات الاستبيان حول الموضوع، وكن على ثقة أن المعلومات ستظل سرية وتستخدم فقط للبحث العلمي لأجل التعرف على اتجاهك نحو المرض النفسي الذي يعاني منه أحد أفراد أسرتك، وذلك لأجل تطوير النظرة الإيجابية والمعاملة الحسنة للمرضى النفسانيين، وشكراً على استجابتك وأهلاً وسهلاً في هذا اللقاء.

الباحثة

البيانات الديموغرافية

أولاً - معلومات أولية :

أرجو وضع علامة (✓) حسب العبارة التي توفقك .

1- بصفتك أحد أفراد الأسرة :

والد ☐ والدة ☐ أخ ☐ أخت ☐ زوج ☐

زوجة ☐ قريب من الدرجة الأولي . ☐

2- الجنس :

ذكر ☐ أنثي ☐

3- المستوي التعليمي :

أُمّي ☐ إبتدائي سابقاً ☐ إعدادي سابقاً ☐ ثانوي ☐

دبلوم ☐ جامعي وما فوق ☐

4- العمر :

من 18-24 سنة ☐ من 25-30 سنة ☐ من 31-35 سنة ☐

من 36 فما فوق ☐

5- السكن :

مدينة ☐ الريف ☐

6- نوع المرض :

عصاب ☐ ذهان ☐

7- ما اسم المرض الذي يعاني منه ؟

أجب عن جميع الفقرات التالية مبيناً إتجاهك موافق أو غير موافق حسب أبعاد الإستبيان

أولاً- البُعد النفسي الشخصي :

مكونات البُعد:

		موافق	غير موافق
1	يظهر على المريض النفسي فرط في السلوك الانفعالي بدون معرفة السبب.		
2	ظهور السلوك العدواني المتكرر والمستمر مع الآخرين.		
3	تظهر الحركات النمطية المتكررة وغير المنطقية في سلوك المريض.		
4	تجاهل الآخرين للمريض النفسي يصحبه العنف الجسدي والتردد والتحدي.		
5	يسلك المريض سلوكاً ضاراً في بعض الأحيان مع الآخرين.		
6	يؤدي سلوكيات غير مألوفة أمام الآخرين مثل حركة العينين والوجه.		
7	يتملك المريض هلع حاد لا يعرف سببه ويتصور بأن شيء قد أحل به.		
8	يزداد التوتر في عضلات جسمه وبدون إرادة ويشكوا الألم والتوتر.		
9	ينتهك القواعد الاجتماعية في البيت أو العمل أو المؤسسة والضيق والرعاش.		
10	لا يهتم المريض النفسي بنظافته ومظهر شخصيته وثيابه.		
11	يُظهر المريض مفهوماً ذاتياً سالباً عن شخصه.		
12	تنعدم في المريض الثقة ويشعر بعدم القبول من أي أحد.		
13	يُظهر النظرة السلبية تجاه ذاته ومن يتعامل معهم.		
14	يعاني المريض من نمط شخصية هشة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة.		
15	يجد المريض عدم احترام شخصيته وعدم المبادرة في التعامل مع الآخرين.		
16	ينتابه صراع يهدد شخصيته في كل موقف يمر به في الحياة.		
17	محروم من الحب والعطف والحنان من قِبل والديه .		
18	يخاف المريض من الموت وتنتابه نوبات هيسترية عند التفاعل مع البيئة المحيطة به ومع الآخرين.		
19	يُعامل المريض بعدم احترام وقبول بين الذين يعيش معهم.		

20	يظهر المريض الاطمئنان عندما تتحقق حاجاته حسب الظروف الموجود فيها.		
21	يطمئن المريض عندما يدفعه المحيط به بالمشاركة في المناسبات الاجتماعية.		
22	ينطوي على نفسه بدون الرد عن أسئلة الآخرين.		
23	يخاف من الواقع الذي يعيشه في حياته الاجتماعية.		
24	لا يثق ولا يطمئن للآخرين .		
25	يصيب المريض الإحباط والاكتئاب عندما لا تتحقق مطالبه.		
26	يتردد في المشاركة أثناء مرافقتهم له في المناسبات الاجتماعية.		
27	يُظهر قلقاً اجتماعياً باستمرار.		
28	يقلق عندما ينفصل عن العائلة.		
29	ينتاب المريض قلق شديد ليس له مبرر في الواقع الاجتماعي.		
30	تظهر على المريض الخيبة في حالة لم يجد ما يفهمه.		
31	يُظهر التردد في اتخاذ القرارات التي تخص تعامله مع الآخرين.		
32	ينتابه إحباط داخلي وضعف الثقة بالنفس.		
33	يظهر الإحباط الخارجي في سلوكه مثل العوز والفقر.		
34	يصاب بإحباط ينبع من البيئة المحيطة به تحول دون تحقيق أهدافه.		
35	يتردد في اتخاذ القرارات التي تهمه شخصياً وتشبع حاجاته.		
36	يستغرق في التفكير مصحوباً بأفكار انتحارية.		
37	يصاب بالوساوس والاكتئاب عندما يفكر في نفسه.		
38	يصعب عليه الحفاظ على الانتباه والاستمرار أو الرجوع إليه.		
39	يُظهر اضطراب في الذاكرة وعدم القدرة على استرجاع الحوادث والمعلومات.		
40	يُظهر عدم القدرة على تجهيز المعلومات وترميزها وتفسيرها.		
41	يظهر المريض عدم القدرة على تحقيق إمكاناته الخاصة بالدراسة .		
42	يظهر عليه اضطرابات في البصيرة ولا يستطيع إدراك المشاكل التي تواجهه.		
43	يظهر عليه إنحراف في التفكير والسلوك الاجتماعي الذي مصدره التقاليد الاجتماعية في المجتمع.		

44	يظهر على المريض عدم القدرة على التركيز والانتباه لإنهاء المهمة التي بصددها.		
45	يستخدم الحيل الدفاعية لتبرير المواقف والسلوك الخاطئ.		
46	يظهر المريض الاضطراب النفسي عند التعامل مع الآخرين.		
47	يجد ضغوطاً نفسية أثناء تواجده مع الآخرين.		
48	يُظهر على المريض الحرج عندما يقابله أقرانه أو الآخرين.		
49	يحرم المريض نفسه من الخروج من المنزل لأجل الانطواء.		
50	يظهر على المريض نوبات هستيرية والخوف من المجهول.		
51	يظهر النظرة السلبية نحو الوالدين لاعتبارهم السبب في مشكلته.		
52	يجد صراعات نفسية داخلية لم يفصح عنها.		
53	يظهر على المريض التوتر الدائم طول الوقت.		
54	ينتاب المريض الحرج عند الحديث عن مرضه النفسي.		
55	يتأثر المريض بالنظرة الدونية من قِبل الآخرين وخاصة من حوله.		
56	يجد المريض نوعاً من الراحة عند الخروج من المنزل أو المحيط الذي يعيش فيه.		

ثانياً- البُعد الأسري الاجتماعي:

مكونات البُعد:

		موافق	غير موافق
1	يظهر أفراد الأسرة عدم الخوف عند مقابلة المريض النفسي.		
2	يوجد تفاهم جيد للأسرة لظروف المريض النفسي.		
3	يتحدث أفراد الأسرة بكل أريحية مع المريض النفسي.		
4	يجد المريض النفسي اهتماماً من أفراد الأسرة.		
5	تحرص الأسرة على عدم خروج المريض النفسي من البيت بدون مرافق.		
6	يتجنب أفراد الأسرة الجلوس مع المريض النفسي.		
7	تواجه الأسرة مشكلة في التعامل مع المريض النفسي.		
8	السلوك السلبي للأسرة يزيد من حدة الضغوط النفسية على المريض.		
9	تسهم الأسرة في حل مشكلات المريض النفسي.		
10	ترفض الأسرة استضافة أي مريض نفسي في المنزل.		
11	تحافظ الأسرة باستمرار على مشاعر المريض النفسي.		
12	تتفاعل الأسرة مع المريض النفسي بشكل مسؤول.		
13	تتعامل الأسرة مع المريض النفسي بشكل أخلاقي لتحقيق حاجاته.		
14	يشعر المريض النفسي بالثقة والآمان مع أفراد أسرته.		
15	يحبذ المريض الدعم النفس اللازم والاهتمام من قِبل أفراد الأسرة.		
16	يرفض بعض أفراد الأسرة الارتباط بالمريض النفسي.		
17	أكثر أفراد الأسرة اهتماماً بالمريض النفسي هما الأم والأب.		
18	ترفض الأسرة الحديث بسلبية عن المرض النفسي أمامه.		
19	يعتقد بعض أفراد الأسرة أن المريض النفسي يشكل خطراً عليهم.		
20	تشجع الأسرة المريض لفهم نفسه وذاته بإيجابية.		
21	تشجع الأسرة المريض النفسي في عمليات المتابعة والمساندة التي يحتاجها المريض.		
22	تشجع الأسرة المريض على استقبال أقرانه في المنزل.		
23	تنكر الأسرة وجود مريض نفسي فيها أثناء الزيارات الاجتماعية.		
24	تمنع الأسرة المريض النفسي من التعرف على مجتمعه الخارجي وثقافته.		
25	تلعب الأسرة دوراً في اختيار أقران المريض النفسي.		
26	تظهر الأسرة اهتماماً بتكوين شخصية المريض.		
27	تظهر الأسرة الإهمال والرفض والطرد من البيت.		

28	تهتم الأسرة باستمرار بدورها في الحماية والإعالة والتنشئة للمريض النفسي.		
29	ينتج عن استخدام التربية القاسية مثل التوبيخ والضرب إنحراف في سلوك المريض النفسي.		
30	يتأثر المريض بالعوامل الثقافية في نمو الأنماط العصبية في الأسرة.		
31	عدم توافق المريض بين ثقافته التي تربى عليها وما يصاحب ذلك من تطور ثقافي في المجتمع.		
32	يُظهر المريض النفسي عدم الاهتمام بالعوامل الروحية التي تؤثر على السلوك السليم في تكوينه التربوي.		
33	الانسلاخ من الجانب الروحي الذي يعاني منه المريض وغياب المعارف الروحية التي تهذب سلوكه وعلاقته مع الآخرين.		
34	يُظهر المريض النفسي تحليلاً خاطئاً ينم على عدم التفريق بين الحقيقة والخيال.		
35	يتجنب المريض تحمل المسؤولية الفردية من خلال المشاركة في بعض المهام الخاصة به.		
36	يسهم المريض في الأنشطة الاجتماعية التي ترفع من معنوياته.		
37	يظهر المريض نوعاً من الراحة النفسية عندما يتكيف مع الظروف المحيطة.		
38	يظهر المريض المسؤولية عندما يلبي حاجاته بمفرده وتزداد ثقته بنفسه.		
39	لا يتحمل المريض النفسي المسؤولية عندما يمتنع عن الأكل أو أخذ العقاقير الطبية اللازمة.		
40	ينظر المريض إلى حالته النفسية كرد فعل اجتماعي لأنواع السلوك وليس مسؤولية اجتماعية تقع على عاتقه.		
41	يظهر المريض ارتياحاً بوصول خبرات غير ملائمة ولا تتعلق بمسؤوليته الاجتماعية.		
42	يظهر المريض ضعف في القدرة على العمل والإنتاج.		
43	تتردد الأسر من الزواج ممن لديهم مريض نفسي.		
44	تهتم الأسرة بحاجات المريض النفسي الاجتماعية والفسيولوجية والاقتصادية والنفسية والترفيهية.		
45	تهتم الأسرة بتعليم مريضهم النفسي الجوانب التربوية والثقافية.		
46	تُتابع الأسرة ظروف المريض التي يمر بها في كل الأحوال.		
47	تساعد الأسرة المريض النفسي حسب الظروف التي يمر بها.		
48	تهتم الأسرة بأخلاق المريض وتدعم سلوكه الإنساني.		
49	تهتم الأسرة بالخبرات والأفكار وتقيمها وتحدد الملائم منها للمريض النفسي.		
50	تهتم الأسرة بتكوين الشخصية وتكوين ذات المريض في كل الأحوال.		
51	تعلم الأسرة العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات الإيجابية نحو حياة المريض النفسي.		

ثالثاً – البُعد العلاجي:

مكونات البُعد:

		موافق	غير موافق
1	تتوجه الأسرة بالمريض النفسي إلى العيادة النفسية لأجل التحقق من مرضه.		
2	يهتم الأخصائي بمعرفة نشأة المرض النفسي ومعايشته في مراحلها.		
3	يرجع الأخصائي الثقة بالنفس لدى المريض النفسي.		
4	يُظهر السلوك الإيجابي لأسرة المريض النفسي أثناء تعامل الأخصائي معها.		
5	يجد الأخصائي صعوبة في إقناع أسرة المريض النفسي بالمرض الذي يعاني منه المريض.		
6	تستجيب الأسرة إلى تعليمات الأخصائي لأجل مساعدة المريض النفسي.		
7	تُبني الثقة بين الأسرة والأخصائي النفسي أولاً.		
8	يهتم الأخصائي بمساعدة الأسرة على تقبل الوضع الذي عليه المريض النفسي.		
9	يساعد الأخصائي في تخفيف الضغوط على أسرة المريض النفسي.		
10	يقوم الأخصائي النفسي بوضع برنامج إرشادي لأسرة المريض.		
11	يوضح الأخصائي كيفية التعامل مع المريض النفسي من قِبل الأسرة.		
12	يختلف تعامل الأخصائي مع الأسرة حسب فهمه للمرض النفسي.		
13	يقدم الأخصائي النفسي خطة علاجية التي يتطلب من الأسرة تنفيذها.		
14	تتعاون الأسرة مع الأخصائي بمعرفة الحاجات النفسية والعناية الصحية بالمريض النفسي.		
15	إقناع الأسرة بالابتعاد عن الشعوذة والسحر في علاج المريض النفسي.		
16	إبعاد الخوف من مراجعة الطبيب النفسي المتخصص في المرض النفسي.		
17	تقدم الأدوية للمريض النفسي بدون مراجعة الطبيب.		
18	استمرار الأسرة في متابعة المريض النفسي عند الطبيب النفسي.		
19	تقييم الظروف التي كانت سبباً في مرض المريض النفسي باستمرار.		
20	الاستمرار في عمليات المساندة الطبية للمريض النفسي.		
21	الاستمرار في عمليات المساندة الأسرية والاجتماعية التي يحتاجها المريض النفسي.		
22	يهتم بكل ما يساعد المريض في تقليل التوتر النفسي والسلوكي للمريض.		

23	تقديم ما يزيد من إحترام شخصية المريض في الاعتماد علي نفسه وتحمل المسؤولية العلاجية وتنفيذها.		
24	يساند المريض في اعتماد التفكير الإيجابي الذي يقنعه للتكيف مع الوضع الجديد.		
25	تقديم البرامج التي تساعد المريض من الخروج من دائرة التوتر والسلوك المشين اجتماعياً.		

ملحق (3) رسالة تحكيم الاستبيان

إستبيان للمحكمين

السيد الأستاذ /

تحية طيبة وبعد ،،،

تعتزم الباحثة القيام بدراسة عن (الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين) والحد المكاني لهذه العينة هو مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعُصبية بمدينة طرابلس، وتهدف هذه الدراسة إلى الآتي :

1- التعرف على الاتجاهات النفسية لأولياء المرضى النفسانيين حول طبيعة الظروف النفسية الشخصية والأسرية الاجتماعية والعلاجية التي يعاني منها المرضى النفسانيين.
2- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من أولياء المرضى النفسانيين حسب متغير الجنس.
3- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أولياء المرضى النفسانيين حسب متغير المستوى التعليمي.
4- معرفة العلاقة بين الاتجاه نحو المرض النفسي حسب متغير العمر.
5- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أولياء المرضى النفسانيين حسب الموقع الجغرافي (مدن – ريف).
6- معرفة ما إذا كان هناك فروق بين وجهة نظر أولياء المرضى النفسانيين نحو أنواع المرض (تخلف عقلي– صرع – ذُّهان حاد – اكتئاب – فصام).

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية كافية ؛تضع الباحثة بين أيديكم استبيان الاتجاه نحو المرض النفسي وذلك لأجل التحكيم والتأكد من ملائمته لما أُعد الاستبيان من أجله وتوافقه مع البيئة المحلية، علماً بأن الاستبيان من إعداد الباحثة.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بدائل الإجابة هي: موافق – غير موافق – محايد

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل

التوقيع

ملحق (4) قائمة المحكمين

الرقم	الاسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	أحمد نور الدين كارة	أستاذ مشارك	طب نفسي	مصحة ساي كير
2	توفيق مفتاح مريحيل	أستاذ مشارك	علم النفس تربوي	الأكاديمية الليبية
3	عادل الكوني البي	أستاذ مشارك	الصحة النفسية	كلية الآداب طرابلس
4	عيسى حسن غلام	أستاذ	أصول التربية	الجامعة المفتوحة
5	فتحية العربي القصبي	أستاذ	علم النفس التربوي	كلية الآداب الزاوية
6	فتحية عبد الله الباروني	أستاذ	علم النفس تربوي	الأكاديمية الليبية
7	محمد ضوء علي	أستاذ مشارك	علم النفس	الجامعة المفتوحة
8	محمد الطاهر المحمودي	أستاذ	علم النفس	كلية الآداب والتربية صبراتة
9	نوري أحمد الغنودي	أستاذ	علم النفس التربوي	كلية الآداب الزاوية
10	نصرالدين إمحمد أبو شندي	أستاذ مساعد	علم النفس التربوي	الجامعة المفتوحة
11	يوسف أبو القاسم الأحرش	أستاذ	علم النفس العام	كلية الآداب الزاوية

ملحق (5) كتاب عميد مدرسة العلوم الإنسانية لمستشفى الرازي

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الأكاديمية الليبية

Ministry of Higher Education
and Scientific Research
The Libyan Academy

التاريخ : 2021/7/6
الموافق : / /

الرقم الإشاري :.....

السيد/ مدير مستشفى الرازي للامراض النفسية والعصبية.

بعد التحية ،،،

تفيدكم..... مدرسة العلوم الإنسانية بأن الطالبة // **عاتكة إبراهيم بشير** ، طالبة بالدراسات العليا قسم علم النفس (شعبة التوجيه والإرشاد النفسي) ، رقم قيدها (**21601369**) وموضوع بحثها:

(الاتجاه نحو المرض النفسي لدي أسر المرضى النفسانين بمدينة طرابلس)

وخدمة للعلم نأمل من سيادتكم التعاون مع الطالبة المعنية من اجل تسهيل كافة الإجراءات اللازمة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير
والسلام عليكم

د/ توفيق مفتاح مريحيل
رئيس قسم علم النفس

أ.د/ عبدالحكيم إمحمد خماج
عميد مدرسة العلوم الانسانية

هاتف :4872130 21 218+ - 4870791 21 218+ فاكس :76 - 4873078 21 218+ ص.ب : 79031 جنزور شهداء عبد الجليل
www.alacademia.edu.ly بريد الكتروني : info@alacademia.edu.ly

ملحق (6) كتاب مدير عام مستشفى الرازي لعميد مدرسة العلوم الإنسانية

Ministry of Health
Alrazi Psychiatric Hospital

مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعصبية

وزارة الصحة
مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعصبية

التاريخ: 2021/7/7
الموافق:

الرقم الأشاري: 3545

السيد / عميد مدرسة العلوم الإنسانية / المكلف

الدكتور / عبد الحكيم أمحمد خماج

تحية طيبة وبعد ...

بالإشارة ... إلى كتابكم رقم (بلا) بتاريخ 2021/7/6 . م بشأن التعاون مع الطالبة / **عاتكة إبراهيم بشير** . وتسهيل كافة إجراءاتها اللازمة لإجراء البحث .

عليـــــه فإننا لا نرى مانع للتعاون مع المعنية لإمكانية إنجاز بحثها .

وحفـظ الله بلـد المليـون حافـــظ
والســـلام عليكـم

أ / محمد الميروك غوار
مديـــر عـــام المستشفـــى

وزارة الصحة
مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعصبية
المدير العام

صـــورة الـى :
السيد / مـــدير عام المستشفـــى
السيد / المـــدير المساعـــد
الدوري العـــام

خديجة إيمان

+218214781712-218214781711
+218214773299
www.alrazi.med.ly
/alrazihospital
info@alrazi.med.ly
Libya - Tripoli-ليبيا - طرابلس
ص.ب - 6683

ملحق (7) نموذج مراجعة لغوية

وزارة التعليم العالي
أكاديمية الدراسات العليا
طرابلس – ليبيا

الأكاديمية الليبية
The Libyan Academy

نمُوذج مُراجعة لُغويَّة

معلومات البَاحِثَة:

الاسم: عائشة إبراهيم بشير أحمد المليطي.

المدرسة: مدرسةُ العُلوم الإنسانية.

القسم: قسم علم النَّفس.

الشُّعبة: شُعبة التوجيه والإرشَاد النفسي.

عنوان الدراسة: "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى النفسانيين".

معلومات المُراجِع اللُّغَوي:

الاسم: إبراهيم بشير أحمد المليطي.

التخصص: لغة عربية ودراسات إسلامية.

الدرجة العلمية: ليسانس/كلية التربية طرابلس.

التوقيع: