

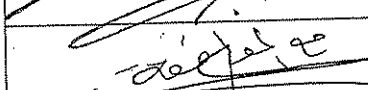


نوقشت هذه الرسالة

الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٢٤/٨/٢٠١٥ من قبل السادة أعضاء  
لجنة الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ.د. أحمد الزعبي	عضواً	
د. صباح السقا	عضواً مشرفاً	
د. كارولين المحسن	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة  
الماجستير في الإرشاد النفسي - قسم الإرشاد النفسي.



جامعة دمشق  
كلية التربية  
قسم الإرشاد النفسي

## الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

مرسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة:  
هبة فوزي شنان

إشراف الدكتورة:  
صبحاح السقا  
أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

العام الدراسي

2015-2014

# إهداء ..

إلى من وهبوني الحياة وكل ما استطاعوا، وساندوني في كل خطوة:

أسرتي

إلى من أزداد قوةً بهم وسعادةً معهم:

أصدقائي وزملائي

إلى المرضى نفسياً، آملين أن يكون هذا البحث كلمة منصفة لهم.

## شكر و تقدير

لا يسعني في البداية إلا أن أقدم كامل الشكر والتقدير للدكتورة الفاضلة

### صباح السقا

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي في كلية التربية\_ جامعة دمشق، لما بذلته من جهد في الإشراف على هذا البحث بكافة مراحلها، وما قدمته من المعلومات والتوجيهات المفيدة، وما أمدتني به من خبراتها في مجال البحث العلمي.

كما أتوجه بالشكر العميق للسادة المحكّمين على ما بذلوه من جهد كان له أكبر الأثر في إخراج مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي بالمستوى المطلوب.

كما أتوجه بالشكر والتقدير لكل من ساهم في تطبيق هذا البحث، وأخص بالذكر الكادر الطبي والتمريضي في الشعب النفسية في مستشفيات ابن رشد والمواساة والمجتهد، وأساتذتي المدرسين وزملائي الطلاب في جامعة دمشق، لما بذلوه من جهد ووقت لتسهيل الحصول على بيانات البحث الأساسية.

كما أخص بالشكر أعضاء اللجنة الموقرة لمراجعتهم العلمية الدقيقة.

وأخيراً وليس آخراً، أشكر كل من ساهم، ولو مساهمة متواضعة، في سبيل إظهار هذا العمل على هذه الهيئة.

الباحثة

الفهرس

أ	الإهداء.
ب	شكر وتقدير.
ت	فهرس المحتويات.
د	فهرس الجداول.
ز	فهرس الأشكال والرسوم البيانية.
س	فهرس الملاحق.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	المحتوى	
١	الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث	١
٢	توطئة	
٣	مشكلة البحث	١-١
٦	أهمية البحث	٢-١
٧	أهداف البحث	٣-١
٨	فرضيات البحث	٤-١
٩	التعريف بمصطلحات البحث	٥-١
١١	المجتمع الأصلي وعينة البحث	٦-١

١١	منهج البحث	٧-١
١١	أدوات البحث	٨-١
١١	حدود البحث	٩-١
١٢	الأساليب الإحصائية	١٠-١
١٣	الفصل الثاني: الدراسات السابقة	٢
١٤	توطئة	
١٤	الدراسات العربية	١-٢
٢٣	الدراسات الأجنبية	٢-٢
٤٠	تعقيب على الدراسات السابقة	٣-٢
٤٢	الفصل الثالث: القسم النظري	٣
٤٤	الاتجاهات	١-٣
٤٤	توطئة	
٤٤	مفهوم الاتجاه وتطوره	١-١-٣
٤٥	خصائص الاتجاه النفسي	٢-١-٣
٤٦	تصنيف الاتجاهات	٣-١-٣
٤٧	مكونات الاتجاه	٤-١-٣
٤٩	نظريات الاتجاهات	٥-١-٣
٥١	عوامل تكوين الاتجاهات	٦-١-٣

٥٢	المرض النفسي	٢-٣
٥٢	توطئة	
٥٢	المرض النفسي عبر العصور	١-٢-٣
٥٣	المرض النفسي والمريض النفسي	٢-٢-٣
٥٤	عوامل الأمراض النفسية	٣-٢-٣
٥٧	الاتجاه نحو المرض النفسي	٣-٣
٥٧	توطئة	
٥٧	تعريف الاتجاه نحو المرض النفسي	١-٣-٣
٥٨	عوامل الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي	٢-٣-٣
٦٠	تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي	٣-٣-٣
٦٣	سمات الشخصية	٤-٣
٦٣	توطئة	
٦٣	المفهوم اللغوي للشخصية	١-٤-٣
٦٤	تعريف الشخصية	٢-٤-٣
٦٥	نظريات الشخصية	٣-٤-٣
٧٤	الفصل الرابع: إجراءات البحث وأدواته	٤
٧٥	توطئة	
٧٥	منهج البحث	١-٤

٧٥	المجتمع الأصلي	٢-٤
٧٦	اختيار عينة البحث	٣-٤
٧٧	أدوات البحث	٤-٤
٧٩	الدراسة الاستطلاعية	٥-٤
٩٢	إجراءات البحث	٦-٤
٩٣	صعوبات البحث	٧-٤
٩٤	الفصل الخامس: نتائج البحث (عرضها - تفسيرها)	٥
٩٥	توطئة	
٩٥	الإجابة على سؤال البحث	١-٥
٩٧	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الأولى وتفسيرها	٢-٥
٩٨	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها	٣-٥
١٠٠	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الثالثة وتفسيرها	٤-٥
١٠٣	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الرابعة وتفسيرها	٥-٥
١٠٥	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الخامسة وتفسيرها	٦-٥
١٠٧	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية السادسة وتفسيرها	٧-٥
١٠٩	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية السابعة وتفسيرها	٨-٥
١١٢	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الثامنة وتفسيرها	٩-٥
١١٣	نتائج البحث المتعلقة بالفرضية التاسعة وتفسيرها	١٠-٥



١١٥	مدى تحقق أهداف البحث	١١-٥
١١٦	تعليق على نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة	١٢-٥
١١٧	مقترحات البحث	١٣-٥
١١٨	ملخص البحث باللغة العربية	
١٢٢	المراجع	*
١٤٤	ملخص البحث باللغة الإنكليزية	*

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الجدول
٧٦	يبين عدد المرضى نفسياً	١
٧٦	أعداد طلاب السنوات الأخيرة بحسب الجنس ونوع الكلية في جامعة دمشق للعام الدراسي ٢٠١٣ - ٢٠١٤	٢
٧٨	يبين توزيع بنود المقياس وفق المكونات الثلاثة	٣
٧٨	يبين درجات كل من العبارات السلبية والإيجابية وفقاً لبدائل الإجابة	٤
٧٩	يبين معاملات ألفا للمقاييس الفرعية لمقياس آيزنك	٥
٨٠	يبين البنود ذات الدلالة التمييزية الضعيفة والتي تكرر طرح السؤال حولها وتعديلاتها	٦
٨٢	بعض التعديلات في نهاية مرحلة التحكيم	٧
٨٣	يبين الإحصاء الوصفي واعتدالية التوزيع الدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	٨
٨٣	يبين معاملات الارتباط بيرسون للاتساق الداخلي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	٩
٨٤	يبين الصدق التمييزي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١٠
٨٥	اعتدالية توزيع درجات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المعد والمقياس الثاني	١١
٨٦	يبين معاملات الارتباط بيرسون بين الدرجات الكلية للمقياس المعد والمقاييس الفرعية والمقياس الثاني	١٢

٨٦	يبين معاملات الارتباط بيرسون للاتساق الداخلي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١٣
٨٧	يبين الصدق التمييزي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١٤
٨٧	يبين الإحصاء الوصفي واعتدالية توزيع الدرجات على مقياس آيزنك	١٥
٨٨	يبين الصدق التمييزي لمقياس آيزنك	١٦
٨٩	يبين الصدق التمييزي لمقياس آيزنك	١٧
٨٩	يبين قيم معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ للدرجة الكلية والمقاييس الفرعية	١٨
٩٠	يبين الثبات بالإعادة لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١٩
٩١	يبين قيم معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	٢٠
٩٢	يبين الثبات بالإعادة لمقياس آيزنك	٢١
٩٥	يبين النسب المئوية لاتجاهات عينة البحث نحو المرض النفسي	٢٢
٩٧	يبين الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين عينة ذوي المرضى وبين عينة الطلاب	٢٣
٩٨	يبين معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وكل من سمات الشخصية- العينة الأولى	٢٤
١٠١	يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات درجات الأعمار المختلفة على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي- العينة الأولى	٢٥

١٠٢	يبين نتائج اختبار شيفالييه لتحديد اتجاه فروق المتوسطات للمجموعات العمرية- العينة الأولى	٢٦
١٠٤	يبين فرق متوسطات الدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس.	٢٧
١٠٥	يبين أعداد الفئات التعليمية للعينة الأولى	٢٨
١٠٥	يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات درجات الفئات التعليمية	٢٩
١٠٩	يبين نتائج اختبار شيفالييه لتحديد اتجاه فروق متوسطات الدرجات تبعاً للمستويات التعليمية	٣٠
١٠٨	يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات الدرجات تبعاً لصلة القرى	٣١
١٠٨	يبين نتائج اختبار شيفالييه لتحديد اتجاه الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لصلة القرى	٣٢
١١٠	يبين معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي بين كل من سمات الشخصية - العينة الثانية	٣٣
١١٢	يبين فرق متوسطات الدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس - العينة الثانية	٣٤
١١٣	يبين نتائج اختبار ت ستيودنت للفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً للتخصص الجامعي	٣٥

فهرس الأشكال والرسوم البيانية

رقم الصفحة	المحتوى	الشكل
٦٦	العلاقة بين البناء الطبوغرافي والتركيبى للشخصية	١
٦٩	تخطيط لمستويات تنظيم السلوك عند آيزنك	٢
٧٢	متصل فرضي للعصابية	٣
٩٦	يبين النسب المئوية لاتجاهات أفراد العينة نحو المرض النفسي	٤
١٠٣	يبين متوسط درجات الاتجاه الاستعرافي وفقاً لمتغير الفئة العمرية- العينة الأولى	٥
١٠٦	يبين متوسط درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي - العينة الأولى	٦
١٠٩	يبين متوسط درجة الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير صلة القرباة- العينة الأولى	٧
١١٣	يبين متوسط درجة الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير الجنس- العينة الثانية	٨
١١٤	يبين متوسط درجات الطلاب على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير نوع التخصص الجامعي	٩

فهرس الملحق

الملحق	عنوان الملحق	رقم الصفحة
١	أسماء السادة المحكمين لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١٣٥
٢	أدوات البحث	١٣٦
٣	إحصائية عدد الطلاب المستجدين والقدامى بحسب الجنس وسنوات الدراسة في كليات جامعة دمشق للعام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٤	١٤١
٤	عبارات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي قبل تعديلات السادة المحكمين وبعدها.	١٤٢

## الفصل الأول:

### ١- التعريف بموضوع البحث

#### توطئة

١-١- مشكلة البحث.

١-٢- أهمية البحث.

١-٣- أهداف البحث.

١-٤- فرضيات البحث.

١-٥- التّعريف بمصطلحات البحث.

١-٦- المجتمع الأصلي وعينة البحث.

١-٧- منهج البحث.

١-٨- أدوات البحث.

١-٩- حدود البحث .

١-١٠- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

- توطئة:

يختلف المرض النفسي عن المرض الجسدي منذ أن عرفه الأقدمون بغموضه والجهل بأسبابه، إضافة إلى المفارقة الأهم، وهي إدراك المريض لمرضه وحاجته للعلاج، والتي تختلف باختلاف المرض وشدته. هذه النقاط وغيرها أحاطت المرض النفسي بالغموض وجعلته مهنة للسحرة والمشعوذين في تفسيره وعلاجه لعصور طويلة، فارتبط المرض النفسي بالإثم والوصمة (stigma) وانعدام الأمل بالشفاء الكامل، مما ساعد على تكوين ثقافة شعبية سلبية عن المرض النفسي والمرضى نفسياً.

ويبرز الاهتمام بالصحة النفسية من خلال التوجهات العلمية الحديثة في سبيل تطور المجتمع والحفاظ على صحة أفراد، على الرغم من التحديات التي تواجه الصحة النفسية، والتي تتجلى بما يحمله هذا العصر من ضغوط التطور والحداثة المتسارعة وسعي الإنسان لإثبات ذاته الفردية ضمن هذا الكم الهائل من المعلومات والتغيرات.

وبموازاة التقدم والاتجاهات العالمية نحو الاهتمام بالصحة النفسية مازالت مواضيع المرض والمريض النفسي محاطة بصورة قاتمة خلفتها عصور الجهل والشعوذة، فعبارة "المريض النفسي" تستدعي لدى سامعها صوراً ذهنية تتفاوت في مدى موضوعيتها وتوصيفها للمريض النفسي.

إن هذه الصورة تعبر عن اتجاه شخصي لدى المستمع نحو موضوع المرض النفسي، و يتبلور هذا الاتجاه في سلوكيات مختلفة تبرز في مواقف الحياة اليومية، التي قد تتطلب التعامل مع مريض نفسي أو عند إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض نفسي، أو حتى عندما نضع احتمال المعاناة من مشكلة نفسية.

ويتأثر الاتجاه نحو المرض النفسي بعوامل كثيرة، بعضها يتعلق بالعوامل الاجتماعية والثقافية في المجتمع، وبعضها الآخر يتعلق بالأفراد وخبراتهم وسماتهم الشخصية، ويأتي هذا البحث ليدرس العلاقة بين هذه الاتجاهات والمعتقدات نحو المرض النفسي وعلاقتها بالسمات الشخصية للفرد.



١-١ - مشكلة البحث:

ترتبط الأمراض النفسية ببعض المفاهيم والمعتقدات Concepts and beliefs السائدة في مجتمعات العالم المختلفة؛ حيث يحيط الكثير من الغموض بالمرض النفسي، ويدفع ذلك إلى أن يعزو الناس الإصابة بالأمراض النفسية إلى تأثير القوى الخفية كالجن والسحر، وهذا ما أوضحته دراسة أكبان، أوجيناكا وإيكانم (Akpan, Ojinnaka, Ekanem, 2010) في نيجيريا، أو إلى الوراثة و السحر كما توضح دراسة غربي ٢٠١١ في الجزائر، ويعتبر رفض المرض النفسي والمرضى نفسياً واحداً من أخطر العقبات في نجاح العلاج الطبي والنفسي والتأهيلي في دمج الأشخاص ذوي الأمراض النفسية في المجتمع (Hansson et al., 2011, 48).

وإذا كانت الوصمة (Stigma) التي تحيط بالمرضى النفسي ظاهرة واسعة الانتشار في العديد من الثقافات في الشرق والغرب، فإنها متواجدة أكثر في البيئة العربية (عياد والشربيني، ١٩٩٥، ٧٦). فهذه الوصمة تسبب مشاعر الذنب والخجل، وقد تمنع أعضاء الأسرة من القبول بأن قريبهم عنده مرض نفسي، وهنا تبدأ الحلقة المفرغة، فعدم تقبل المريض النفسي يمنع من تقديم الدعم له ضمن الأسرة، وقد يؤخر التدخل المبكر لعلاج المريض وتقديم الرعاية المناسبة له (Lefley, 1987, 4) وينتج قبول أو رفض الفرد لموضوع معين ينتج عن خبرات سابقة ومعتقدات ومعارف تشكلت لديه عن هذا الموضوع، وينمو هذا التشكل ليصبح اتجاهاً اجتماعياً واضحاً عند الراشد.

يؤثر الكثير من العوامل في الاتجاهات السائدة في أي مجتمع، فالعوامل الثقافية والاجتماعية السائدة في كل مجتمع تؤثر في بنية أسرة المريض النفسي وطبيعة العلاقة بين أفرادها والأدوار التي تحددها لكل من الأب والأم وبعض الأقارب (كفافي، ١٩٩٦). فإذا كان اتجاه الوالدين، مثلاً، سلبياً نحو المريض النفسي تصبح عملية العلاج مشككاً فيها (زهران، ١٩٧٩، ٢١٨).

يشير تقرير مجموعة عمل الصحة النفسية المعروفة بـ (WISH) للعام ٢٠١٣ World Innovation Summit for Health إلى تأثير المشاكل النفسية على عافية مئات الملايين من الناس حول العالم، وتسببها في عجز كبير وتكاليف اقتصادية واجتماعية عالية، وإلى أن الصحة النفسية قد تكون أحد أكثر شؤون الصحة العالمية إهمالاً. وثمة سبب رئيس في إهمالها وهو قلة

الوعي بالعبء الذي تلقيه المشكلات النفسية على الأفراد والأسر والمجتمعات (سيلفا وساميلي، ٢٠١٣، ١). وهناك العديد من الدلائل على ظهور المرض النفسي وبنسب متفاوتة في كل بلاد العالم وباختلاف الخلفية الثقافية و الاجتماعية من مجتمع إلى آخر (الشرييني، ٢٠٠٣، ٩)، فيتأثر نحو ١٠% من سكان العالم بإحدى المشكلات النفسية، ففي عام ٢٠١٠ بلغ عدد الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية ٧٠٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم؛ حيث يعاني واحد من عشرة أشخاص تقريباً من مشكلات نفسية خفيفة أو معتدلة، ولا يتلقى كثيراً من هؤلاء المرضى العلاج أو الرعاية المناسبين الذين يمكن أن تغير حياتهم لأن الوصمة المرتبطة بهذه المشكلات تشكل عقبة رئيسة للتقدم في هذا الميدان (سيلفا وساميلي، ٢٠١٣، ٥)، والمحزن أن معظم الذين تتناهم تلك المشكلات والاضطرابات يبقون حيارى، فلا يدرون لماذا قلت كفاءاتهم، وانحدرت قدراتهم، فلم يعودوا قادرين على أداء مهماتهم الحياتية كما كان حالهم من قبل، ولا يعرفون أيضاً لماذا ذهبت بشاشتهم، وانعدمت علاقاتهم الإنسانية (هيلزو هيلز، ١٩٩٩، ٢٥).

و تحدّث وينستون وماير ٢٠٠٩ عن عامل الألفة كعامل مؤثر في إيجابية الاتجاهات نحو المرض النفسي، وتتبيئ المتغيرات الاجتماعية مثل كبر السن، والتعليم العالي لصاحب الاتجاه، وطول مدة التواصل مع المرضى نفسياً باتجاهات إيجابية أكثر (Vibha et al., 2008, 477).

ومن العوامل التي تؤثر في الاتجاه نحو المرض النفسي المفهوم الشعبي المغلوط حول الأمراض النفسية، والذي قد يؤدي إلى ردود أفعال سلبية تجاه المريض النفسي والمرض النفسي، على شكل استهجان، ووصمة، ونبذ المريض، ما يحد من حصوله على المساندة الاجتماعية المطلوبة، ويتركه وحيداً مع معاناته دون سند اجتماعي معين يحقق له التوازن النفسي مما قد يوصله إلى مراحل متقدمة في المرض النفسي، كان من الممكن تلافياها فيما لو بادر إلى العلاج في بداية مرضه (عياد والشرييني، ١٩٩٥، ٧١).

تتوّعت الدراسات التي اهتمت بالاتجاهات نحو المرض النفسي، فتناول بعضها اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات كالمستوى الدراسي، وتناولت دراسة (عثمان، ١٩٩٨) ودراسة (أحمد، ٢٠٠٩) إضافة لدراسة (شقيير، ١٩٩٤) معرفة أثر المستوى التعليمي على اتجاهات الطالبات نحو المرض النفسي في السعودية، وأظهرت دراسة (بركات وحسن، ٢٠٠٦) أن أغلبية الطلبة اتجاهات إيجابية نحو المرض والعلاج النفسي.

وكذلك تناولت بعض الدراسات الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي والتي تعيق طلب المريض للمساعدة المناسبة، كدراسة جورم (Jorm, 2000)، التي اتفقت مع دراسة (الناشري والسايس، ٢٠٠٨)، حيث أرجع فيها ٥٢,٥% من أفراد عينة الدراسة سبب عدم توجه المريض النفسي لطلب العلاج عند شعوره بالأعراض إلى نظرة المجتمع السلبية، ورأى ٥٧,٤% من نفس العينة أنّ المريض النفسي خطر على المجتمع، ويتردد نسبة ٧٣,٣% في الاعتراف بالمريض النفسي في أسرهم بسبب الخجل والشعور بالعار (خوجه، ٢٠٠٨، ٢)، كما بيّن فايورلو وآخرون (Fiorillo et al., 2010) تكرار ذكر الضغوط، والصدمات، والوراثة والصعوبات الأسرية كعوامل تسبب الاضطرابات النفسية، وفي غيرها من الدراسات، كثيراً ما يذكر المرضى الذين رفضوا الذهاب إلى الطبيب النفسي أنّ السبب هو الخوف من وصمة المرض النفسي إلى جانب التوقعات السلبية إزاء العلاج ونوعيته (سارتوريوس، ٢٠١٠، ٨). وتؤثر الاتجاهات نحو المرضى نفسياً في حياتهم، ففي دراسة فيبا وآخرين (Vibha et al., 2008) في الهند تبين الأثر الإيجابي للخبرة مع المرضى نفسياً؛ فكانت اتجاهات مراجعي جناح الطب النفسي نحو الأمراض النفسية أكثر إيجابية من المراجعين العامين، وتعددت الدراسات التي تناولت المقارنة بين اتجاهات من يملكون خبرة وتواصل سابق مع مرضى نفسيين، وبين من لا يملكون مثل هذه الخبرات كدراسة (تشانغ وآخرين، ٢٠٠١) التي بينت أن الطلاب الذين لديهم خبرة سابقة مع المرضى نفسياً أكثر تقبلاً لحالة مفترضة تصف مريضاً نفسياً مقارنة بالطلاب الذين لا يملكون خبرة سابقة مع المرضى نفسياً، وأيضاً تناولت دراسة (هوكسيلي، ١٩٩٣) ودراسة (وولف، ١٩٩٦) جانب الخبرة مع المرضى نفسياً.

كذلك تؤثر الاتجاهات السلبية نحو المرض و المرضى نفسياً في حياة المرضى أنفسهم؛ حيث تعمل الاتجاهات السلبية على زيادة الضغوط والمعاناة لديهم وتسبب تدنياً في نوعية حياتهم (Mckeown & Clancy, 1995, 12).

وتكون هذه الاتجاهات، سلبية كانت أم إيجابية، مكانة بارزة في علم النفس الاجتماعي، لاتصالها الوثيق بالعديد من المجالات التطبيقية، مثل التربية والتدريب القيادي، والمجالات النظرية مثل الشخصية، وديناميات الجماعة (مليكة، ١٩٨٩، ١٧٨).

تشكل الاتجاهات جوانب هامة من الشخصية (آيزنك، ١٩٩٦، ٢٥٣)، فعندما يلاحظ المرء عدداً من اتجاهات الفرد في الوقت نفسه، يتبين أنّها مترابطة وتتجمع في أنماط، أي أن شبكة الاتجاهات تبرز لتمنح الشكل والبناء للشخصية، فردود الأفعال تجاه الناس هي ما نشير إليه باسم سمات الشخصية (لامبرت ولامبرت، ١٩٩٣، ١٢٩-١٣٠).

وتعتبر سمات الشخصية مشتركة لدى جميع الأدميين، ومثالها السيطرة والانطواء والالتزان الوجداني والاجتماعية وغيرها الكثير، فيكون لها الشكل ذاته لدى أي شخص، أي أنها توجد لدى الجميع ولكن بدرجات متفاوتة، فالفارق كمياً وليس كيفياً (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٧٠)، بمعنى أن هذه السمات تفسر إلى حد كبير التباين في سلوك الأفراد المختلفين باعتبارها عمليات تنظيمية للذات من خلال ثلاث وظائف هي: الإدراك الانتقائي والنسيان والتعلم الانتقائي (المرجع السابق، ٨٢).

وبناء على ذلك تمّ توظيف سمات الشخصية في البحث الحالي لدراسة الاتجاهات نحو المرض النفسي، لتصبح مشكلة البحث متمثلةً بالسؤال الرئيس التالي:

- هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين سمات الشخصية؟

#### ٢-١- أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في النتائج التي سيتوصل إليها البحث وفي النقاط التالية:

- قلّة الدراسات والبحوث العربية التي تناولت الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها السلبية أو الإيجابية بسمات الشخصية \_بحدود علم الباحثة\_.
- دور الاتجاهات نحو المرض النفسي وأثرها في تقبل المريض النفسي لمرضه، وبالتالي تجاوبه أثناء التشخيص والعلاج.
- أهمية الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي لدى أسر المرضى نفسياً، لخلق بيئة صحية داعمة تساعد في استشفاء المرضى النفسيين.

- أهمية الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي لدى أفراد المجتمع المحيط به، وأثرها في تقبل المريض ضمن المجتمع وتقديم المساندة النفسية والاجتماعية له.
- أهمية دراسة سمات الشخصية لدى الأفراد في اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.
- الاستفادة من نتائج البحث في وضع برامج تثقيفية لبناء الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي والمرضى نفسياً.
- أهمية دراسة مكونات الاتجاه نحو المرض النفسي.
- أهمية تحديد اتجاهات ذوي المرضى نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات شخصيتهم وصلة القربى وعملهم وجنسهم.
- أهمية تحديد اتجاهات الطلاب الجامعيين باختصاصاتهم المختلفة نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات شخصيتهم وتخصصاتهم الجامعية

#### ١-٣- أهداف البحث:

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق ما يلي :

١. التعرف إلى اتجاهات أفراد عينة البحث من الطلاب وذوي المرضى نحو المرض النفسي.
٢. التعرف إلى العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وكل من سمات الشخصية (انبساطية، عصابية، ذهانية) لدى أفراد العينتين (ذوي المرضى، الطلاب الجامعيين).
٣. التعرف إلى الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى أفراد عينة ذوي المرضى تبعاً لمتغيرات (الجنس - العمر - المستوى التحصيلي - صلة القرابة بالمرضى النفسي)، ولدى عينة الطلاب تبعاً لمتغيرات (الجنس - نوع التخصص الجامعي)

١-٤-٤ - فرضيات البحث:

سؤال البحث: ماهي اتجاهات كل من عيني البحث نحو المرض النفسي؟

- الفرضية الأولى: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة ذوي المرضى نفسياً وعينة الطلاب تبعاً للاتجاهات نحو المرض النفسي.

فرضيات البحث المتعلقة بالعينة الأولى من ذوي المرضى نفسياً:

- الفرضية الثانية: لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين سمات الشخصية (الانبساطية والعصابية والذهانية والكذب) لدى أفراد العينة الأولى
- الفرضية الثالثة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً لمتغير عمر الفرد لدى أفراد العينة الأولى.
- الفرضية الرابعة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير الجنس لدى أفراد العينة الأولى.
- الفرضية الخامسة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للفرد من أفراد العينة الأولى.
- الفرضية السادسة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير صلة القرابة بالمريض النفسي.

فرضيات البحث المتعلقة بالعينة الثانية من الطلاب الجامعيين:

- الفرضية السابعة: لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين سمات الشخصية (الانبساطية والعصابية والذهانية والكذب) لدى العينة الثانية.
- الفرضية الثامنة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب الجامعيين، تبعاً لمتغير الجنس.
- الفرضية التاسعة: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب الجامعيين، تبعاً لمتغير نوع التخصص الجامعي.

## ١-٥-٥- التعريف بمصطلحات البحث

في ضوء موضوع البحث استخدمت الباحثة المفاهيم الآتية حيثما وردت وبالمعاني الإجرائية المقابلة لكل منها:

١-٥-١-٥-١ تعريف المرض النفسي **Mental disorders**: يعرّف الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV TR المرض النفسي بأنه تلك الأنماط أو المتلازمات Syndromes السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية، التي ترتبط بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة)، أو العجز (أي ضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير. إضافة إلى ذلك، فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي أن لا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المتفق عليها ثقافياً لحدث معين، ك وفاة شخص حميم مثلاً. ومهما يكن سببها الأصلي، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهراً لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد (DSM IV, 1994, 22).

١-٥-٥-٢ تعريف الاتجاه **Attitude**: يعتبر الاتجاه دافعاً مكتسباً يتضح في استعداد وجداني، له درجة ما من الثبات يحدد شعور الفرد ويلون سلوكه بالنسبة لموضوعات معينة من حيث تفضيلها أم عدم تفضيلها، فإذا بالفرد يحبها ويميل إليها (إذا كان اتجاهه نحوها إيجابياً) أو يكرهها وينفر منها (إذا كان اتجاهه نحوها سلبياً). أما عن موضوع الاتجاه فقد يكون شخصاً معيناً (صديقاً أو عدواً)، أو جماعة ما أو شعباً ما أو مدينة ما، أو مادة علمية ما، أو مذهباً أو إيديولوجية ما، أو فكرة ما (كالاتجاه نحو عمل المرأة أو تعليمها أو تشغيلها في القضاء)، أو مشروعاً ما (كمشروع تنظيم الأسرة)... وهكذا تتعدد موضوعات الاتجاه وتتنوع (طه وآخرون، ١٩٩٣، ٢٣).

والاتجاه هو حالة وجدانية لدى الفرد توضح درجة قبوله أو رفضه لموضوع معين (المرض النفسي)، تنتج عن خبرات سابقة لدى الفرد تتعلق بموضوع الاتجاه، وخاصة معتقداته ومعارفه تجاه هذا الموضوع، وما واجه الفرد من ثواب أو عقاب، وتدفع هذه الحالة بالفرد إلى إصدار سلوك إيجابي نحو الموضوع أو سلوك سلبي ضد هذا الموضوع ذاته (أي قبول أو رفض المرض النفسي)، ويتمثل الاتجاه الإيجابي في الدرجة المرتفعة على مقياس الاتجاه المستخدم، كما يتمثل الاتجاه السلبي في الدرجة المنخفضة على مقياس الاتجاه المستخدم (شقيير، ٢٠٠٢، ص ٣). ويتم

تعريف الاتجاه نحو المرض النفسي إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الشخص على مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي المستخدم في هذا البحث والذي يشير ارتفاع درجاته إلى اتجاه إيجابي وانخفاض درجاته إلى اتجاه سلبي.

١-٥-٣- الانبساطية **Extroversion**: اصطلاح أوجده العالم يونغ للدلالة على الاتجاه أو الميل الذي يتميز به نموذج من نماذج الشخصية (انبساطي)، إذ تتجه اهتمامات الشخص صوب الخارج إلى الطبيعة والناس الآخرين، بدلاً من التوجه صوب أفكار الذات ومشاعرها. فالانبساطي يتميز بالإقبال على العالم الخارجي والحياة الاجتماعية، أو بإعراضه عن مشاغل الذات والتأملات الباطنية، وهو عكس الانطوائي **Introverted** (رزوق، ١٩٧٩، ٤٨). يستعمل هذا الاصطلاح بالمعنى الذي يشير إلى وجود متصل من الطرف الذي يمثل الانبساط إلى الطرف الأقصى الذي يمثل الانطواء **Introversion**، وإلى واقع ان غالبية الناس يقعون في الوسط أكثر مما يقعون على الطرفين، ويعرف الانبساط في علاقته بكل السمات التي يمكن إقامة الدليل عليها تجريبياً، والتي تقدم علاقات ترابطية مع بعضها، وهي: الافتقار إلى المسؤولية، الافتقار إلى التفكير، التعبيرية، الاندفاع، والميل إلى المغامرة، الاجتماعية، والفاعلية (أيزنك و ويلسون، ١٩٨٨، ١٠-١١).

١-٥-٤- العصابية **Neuroticism**: تمثل بعداً مستقلاً عن بعد الانبساطية الانطوائية؛ وهي البعد الثاني المهم من أبعاد الشخصية عند آيزنك، ويعرفه بأنه انفعالية غير مستقرة وشديدة، تجعل الشخص ذا استعداد مسبق إلى تطوير أعراض عصابية في مواقف الضغوط (الإرهاق) الشديدة excessive stress (رضوان، ١٩٩٩، ٤).

١-٥-٥- الذهانية **Psychotism** : وهو عامل استخرجه آيزنك عام ١٩٦١ خلال تحليله لمحكات تميز بين ثلاث مجموعات من المفحوصين، وهم الأسوياء و الفصامين ومرضى الهوس الاكتئابي، وينتظم هذا العامل ظواهر السلوك من حيث مطابقتها لمقتضيات الواقع المحيط بالذات، فهو يربط بين ظواهر مثل الهالوس وأفكار الإحالة reference والمعتقدات الخاطئة، وينظمها مع غيرها من الظواهر الإدراكية أو الوجدانية (كما في حالة التبدل الانفعالي) أو الحركية (كما في الاضطرابات التخشبية)، على محور واحد بحيث تكون أقرب إلى قطب الاختلال أو إلى قطب السواء (عبد الخالق، ١٩٨٧، ١٨٠).



ويتم تعريف هذه السمات إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على كل البنود الخاصة بكل سمة من سمات الشخصية حسب المقياس المستخدم في الدراسة.

#### ١-٦-٦-١ - المجتمع الأصلي وعينة البحث:

يتألف مجتمع البحث من مجموعتين: المجموعة الأولى تمثل ذوي المرضى نفسياً المرافقين لهم لمراكز تلقي الخدمات النفسية، والمجموعة الثانية: تمثل جميع الطلاب الجامعيين من طلاب السنوات الأخيرة في الكليات النظرية (التربية والآداب والفنون والعلوم الإنسانية) والكليات التطبيقية (الاقتصاد والهندسات وكلية الهندسة الزراعية) من جامعة دمشق.

تألفت عينة البحث من ١٥٠ فرداً من ذوي المرضى نفسياً، و ١١٦٤ طالباً وطالبة من طلاب جامعة دمشق.

١-٧-١ منهج البحث: تقتضي طبيعة هذا البحث الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي وهو اصطلاح يشير لمجموعة واسعة من الفعاليات التي تشترك في كونها تهدف إلى وصف الظواهر أو المواقف وتحليلها وبيان العلاقة بين مكوناتها (حمصي، ٢٠٠٣، ١٠٥).

#### ١-٨-١ أدوات البحث: تم استخدام الأدوات التالية في البحث:

١-٨-١-١ مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي من إعداد الباحثة.

١-٨-١-٢ - الصورة السورّية لمقياس آيزنك للشخصية.

#### ١-٩-١ - حدود البحث:

١-٩-١-١ الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على عدد من الأفراد يمثلون المجتمع الأصلي للبحث وهم في مجموعتين:

المجموعة الأولى: مجموعة ذوي المرضى نفسياً: أحد أفراد أسرة المريض والذي يقوم بمتابعته ويرافقه عند تلقي الخدمات النفسية والطبية في المراكز الحكوميّة، ضمن مدينة دمشق.

المجموعة الثانية: مجموعة الطلاب: طلاب السنوات الأخيرة من كليات جامعة دمشق

٢-٩-١ الحدود المكانية : المشافي والمراكز الصحية الحكومية في مدينة دمشق، وكليات جامعة دمشق.

٣-٩-١ الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث في الفترة الزمنية بين ١-١-٢٠١٤ و ٦-٣٠-٢٠١٤

#### ١٠-١-١ الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية، وذلك بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم (spss) النسخة (٢١) وهذه الأساليب هي:

١-١٠-١ (T.Test) ستودنت لتحديد الفروق بين متوسطات درجات مجموعات العينة لمتغيرين

٢-١٠-١ معامل تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANAOVA)، لتحديد فروق متوسطات درجات أفراد العينة متعددة المتغيرات، اختبار شيفيه لتحديد اتجاه فروق المتوسطات وفقاً لتحليل التباين الأحادي.

٣-١٠-١ معامل الارتباط بيرسون (Person) لتحديد الارتباط بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وكل من سمات الشخصية.

## الفصل الثاني:

### ٢- الدراسات السابقة

#### توطئة:

#### ٢-١ الدراسات العربية

#### ٢-٢ الدراسات الأجنبية

٢-٣- تعقيب على الدراسات السابقة ومدى الاستفادة منها.

## ٢- الدراسات السابقة

### - توطئة :

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي، وعلى الرغم من تعدد الدراسات والأبحاث الأجنبية والعربية التي تناولت هذا الموضوع فقد لوحظت ندرة الدراسات المهمة بهذا الموضوع في القطر العربي السوري بحدود علم الباحثة.

ولا بد للباحث من الاطلاع على هذه الدراسات السابقة للإفادة منها والمقارنة بها.

### ٢-١ الدراسات العربية:

#### ٢-١-١ دراسة خليفة (١٩٨٤) مصر:

عنوان الدراسة: المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي.

هدف الدراسة: استكشاف المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي والمرضى النفسيين، واستكشاف الاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي، ودراسة العلاقة بين معتقدات الأفراد عن المرض النفسي وبين اتجاهاتهم حيال الموضوع.

أداة الدراسة: اختبار مكون من (١٠١) بند، ٧٤ بنداً لقياس المعتقدات، و ٢٧ بنداً لقياس الاتجاهات من إعداد عبد اللطيف خليفة.

عينة الدراسة: تكونت من ٢٠٠ فرد من زوار المرضى النفسيين من أقاربهم وأسرههم في مستشفيات الأمراض النفسية في القاهرة. و ٢٠٠ فرد من الجمهور العام ممن ليس لهم علاقة مباشرة بالمرضى النفسيين. وتتراوح أعمارهم بين ٢٠-٧٥ عاماً.

### نتائج الدراسة :

- تشابهت معتقدات من لهم علاقة بالمرضى نفسياً ومن ليس لهم علاقة بهؤلاء المرضى.
- يزداد وعي الفرد مع ارتفاع مستوى التعليم، وكذلك تنتسج دائرة معلوماته وثقافته عن المرض النفسي والمرضى نفسياً.

-تدور الاتجاهات نحو المرض النفسي حول ثلاثة أبعاد هي: الإحساس بخطورة المرض النفسي، والابتعاد عن المرضى نفسياً وتحاشي مرافقتهم، والتسامح حيال هؤلاء المرضى -مقابل تجنب التفاعل معهم(خليفة ومحمود، ١٩٩٨، ٢٥٥-٢٥٨).

#### ٢-١-٢ دراسة خليفة (١٩٨٩) مصر:

عنوان الدراسة: المعتقدات النفسية والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقته بمركز التحكم.

هدف الدراسة: المقارنة بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي من حيث معتقدات كل منهم حول أسباب المرض النفسي وطرق علاجه والشفاء منه، كما تهدف إلى معرفة اتجاهات عينة البحث نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين.

أداة الدراسة: مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي-مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي- مقياس التحكم الداخلي والخارجي.

#### نتائج الدراسة:

- لم توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي ومركز التحكم الخارجي والداخلي.

- وجدت علاقة بين المعتقدات حول المرض النفسي ومركز التحكم.

- انتقلت العلاقة بين الاتجاهات ومركز التحكم .

#### ٢-١-٣ دراسة محمد (١٩٩٤) الإمارات العربية المتحدة:

عنوان الدراسة: الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين - في دولة الإمارات العربية المتحدة.

هدف الدراسة: دراسة العلاقة بين النفس والجسم من خلال الاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية في علاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي.

عينة الدراسة: تكونت من (١١٢) طالباً وطالبة من طلاب جامعة الإمارات.س

أدوات الدراسة: مقياس الأعراض الانفعالية والسيكوسوماتية، و مقياس للاتجاه نحو المرض النفسي من إعداد الباحث.

### نتائج الدراسة :

- وُجِدَتْ علاقة ارتباطية بين بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي - وبعض المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية، لاسيما ما يتعلق منها بالمخاوف (الخوف على الصحة، الحساسية، والشك، والاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية العامة لدى الإناث.

- وُجِدَ ارتباط دال إحصائياً بين بعض بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي والميول الاكتئابية، واضطرابات التنفس والدورة الدموية، والاضطرابات الحشوية، والميول السيكوباتية لدى الذكور.

- وُجِدَتْ فروق بين الجنسين على جميع المقاييس الفرعية للاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية.

- وُجِدَتْ فروق بين الجنسين على بعض بنود مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي.

### ٢-١-٤ دراسة عثمان (١٩٩٨) فلسطين:

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

هدف الدراسة: ١. التعرف إلى اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي.

٢. التعرف إلى أثر متغيرات الجنس، المعدل التراكمي، المستوى الدراسي، والكلية، ومكان الإقامة الدائم للطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.

أداة الدراسة : مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المعد من قبل بومدين (١٩٨٩) وهو مؤلف من (٤٤) بنوداً موزعة على خمسة أبعاد: ١. بعد العلاج النفسي. ٢. بعد التقيد الاجتماعي. ٣. بعد النظرة الإنسانية. ٤. بعد التفاعل الاجتماعي. ٥. بعد العلاقات الشخصية.

عينة الدراسة: تكونت من ٥٠٠ طالب وطالبة من طلاب كليات التربية والاقتصاد والصيدلة والآداب.

## نتائج الدراسة :

- كانت الاتجاهات إيجابية عند طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي.
- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الذكور والإناث على أبعاد (التقييد الاجتماعي- النظرة الإنسانية - التفاعل الاجتماعي) وكانت هذه الفروق لصالح الإناث.
- تزداد النظرة الإيجابية نحو المرض النفسي مع زيادة المستوى الدراسي.
- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على جميع الأبعاد تعزى لمتغير الكلية لصالح كلية التربية.
- لم توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلبة المدينة والقرية والمخيم.

## ٢-١-٥ دراسة الطراونة وآخرون (٢٠٠١) الأردن:

### عنوان الدراسة: الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات.

**هدف الدراسة:** استقصاء أثر كل من جنس الفرد ومستواه التعليمي، وكونه من ذوي مريض نفسي أو من غير ذوي مريض نفسي، ونوع المرض النفسي على الاتجاهات نحو المرض النفسي.

**أداة الدراسة:** مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المعدل للبيئة الأردنية، إعداد بومدين ١٩٨٩.

**عينة الدراسة:** تكونت العينة الأولى عينة ذوي المرضى النفسيين، من ٣٦٥ شخصاً منهم ١٤٤ من الإناث و ٢٢١ من الذكور، وتألقت العينة الثانية وهي عينة غير ذوي المرضى نفسياً من ٣٦٥ شخصاً منهم ١٤٤ من الإناث و ٢٢١ من الذكور.

## نتائج الدراسة:

- كانت اتجاهات أفراد المجتمع الأردني نحو المرض النفسي إيجابية نوعاً ما مع عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتغير جنس الفرد.

- كانت اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي والمتوسط أكثر إيجابية من اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتدني.
- وُجد أثر ذو دلالة إحصائية لمتغير كون الفرد من ذوي مريض نفسي على الاتجاه نحو المرض النفسي؛ حيث وُجدت فروقاً تعزى لصالح الأفراد من غير ذوي المريض النفسي.
- كانت اتجاهات أفراد ذوي المرضى العصبيين أكثر إيجابية من اتجاهات أفراد ذوي المرضى الذهانيين.

## ٢-١-٦ دراسة: بركات وحسن (٢٠٠٦) فلسطين:

عنوان الدراسة: الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين .

هدف الدراسة: التعرف إلى اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية: الجنس، التخصص، العمر، التحصيل، مكان السكن، ودخل الأسرة.

أدوات الدراسة: مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه.

عينة الدراسة: تكونت من (٢٢٨) طالباً وطالبة ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين.

نتائج الدراسة :

- أظهر الطلاب بنسبة (٧٥,٩%) اتجاهات إيجابية نحو المرض والعلاج النفسي.
- أظهر ما نسبته (٢٤,١) من الطلاب اتجاهات سلبية نحو المرض والعلاج النفسي.
- وُجدت فروق دالة إحصائية نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلة.
- وُجدت فروق في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار العمر.



- لم تظهر فروق في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، التحصيل، مكان السكن، ودخل الأسرة الشهري.

## ٢-١-٧ دراسة الناشري والسايس (٢٠٠٨) السعودية:

عنوان الدراسة: الوصمة الاجتماعية للأمراض النفسية.

هدف الدراسة: معرفة اتجاهات المجتمع نحو الأمراض النفسية وأسباب الإحجام عن البحث في العلاج النفسي عند الحاجة إليه، ومن ثم التخطيط لحمات توعية بماهية الأمراض النفسية.

أداة الدراسة: استطلاع رأي.

عينة الدراسة: شملت الفئات العمرية الواقعة بين ٢٠-٥٥ سنة، (٦٥,٣%) منهم إناث و(٣٤,٧%) ذكور، منهم (٦٠,٤%) من المتعلمين بدرجة جامعية و(٣٢,٧%) فوق التعليم الجامعي.

## نتائج الدراسة:

- أرجعت نسبة (٥٢,٥%) من المشاركين في الدراسة سبب عدم توجه المريض النفسي لطلب العلاج حين إحساسه بالأعراض، إلى النظرة السلبية التي ينظر بها المجتمع إلى المريض النفسي، ورأى (٣١,٧%) منهم أن السبب عدم قناعة المريض وأسرته بالطب النفسي، وأشار (١٥,٨%) 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، وانتكاس الحالة.

- يرى (٥٧,٤%) أن المريض النفسي خطر على المجتمع ويجب الحجر عليه.

- يرى (٣٤,٧%) أنه مريض كغيره ولكنه يحتاج إلى فترة طويلة من العلاج.

- يرى (٧٣,٣%) من المشاركين في الدراسة أن المرضى النفسيين لا يعترفون بالمرض النفسي بسبب الخوف من معرفة المحيطين بهذا المرض والخجل والشعور بالعار.

- تفضل نسبة (١٩,٨%) الادعاء بأن هناك وعكة صحية طارئة أو ظروف بيئية صعبة في المنزل أو العمل بدلاً من الاعتراف بالمرض النفسي.
- يخشى (٦,٩%) من المشاركين من إبقاء المريض في مستشفى الأمراض النفسية فيعرف المحيطون بظروف مرضه.
- يرى (٤٩,٥%) أن السبب في نظرة المجتمع السلبية، يعود إلى أن الأمراض النفسية تحيطها الكثير من الخرافات التي لا أصل لها من الصحة.
- يرى (٣٠,٧%) أن السبب هو عدم إمكانية شفاء المريض النفسي بشكل كامل، ويضيف إلى ذلك عدم الثقة بالأطباء النفسيين (١٩,٨%) (خوجه، ٢٠٠٨، ٢).

#### ٢-١-٨ دراسة أحمد (٢٠٠٩) فلسطين، غزة:

عنوان الدراسة: الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى.

أداة الدراسة: مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس مستوى التدين من إعداد الباحث.  
عينة الدراسة: تألفت من ٣٠٠ شخص من ذوي المرضى نفسياً الذين يعالجون مرضاهم في عيادات برنامج غزة للصحة النفسية، متوسط أعمارهم ٢٣,٨ سنة بانحراف معياري ١٠,٣.

#### نتائج الدراسة:

- كان اتجاه ذوي المرضى نفسياً إيجابياً بنسبة ٦٥,٦%.
- كان مستوى التدين لدى ذوي المرضى نفسياً عالياً وبنسبة ٩٣,٥%، وكلما زادت درجة التدين عند ذوي المرضى النفسيين زاد اتجاههم الإيجابي نحو المرض النفسي والعكس صحيح.
- كان لدى الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إحصائي أقل.

- لم توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الاتجاه نحو المرض النفسي والعمر لدى ذوي المرضى النفسيين.

- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين تبعاً للمتغيرين الجنس ومكان السكن.

#### ٢-١-٩ دراسة غربي (٢٠١١) الجزائر:

عنوان الدراسة: اتجاهات عينة من المجتمع نحو الاضطرابات النفسية وعمل النفسانيين.

هدف الدراسة: التعرف إلى اتجاهات عينة من أفراد المجتمع بولاية الوادي نحو كل من المرض النفسي والمريض النفسي وعمل الأخصائي النفسي.

عينة الدراسة: تألفت من ٦٠ فرداً: ٢٤ أنثى و ٣٦ ذكراً.

أداة الدراسة: استمارة معدة من قبل الباحث، تتكون من ستة بنود، في شكل أسئلة مفتوحة ونصف مفتوحة، يُجاب عليها كتابةً.

#### نتائج الدراسة:

- يعتقد أغلب أفراد العينة أنه ليس بالإمكان الشفاء التام من الأمراض النفسية، نظراً لتعدد أسبابها وصعوبة تشخيصها.

- يُرجع معظم أفراد العينة سبب الأمراض النفسية إلى الضغوط الحياتية، ثم الوراثة ثم الجن ثم السّحر ثم الأسباب العضوية.

- يرى أغلب أفراد العينة أن المريض النفسي لا يطلب العلاج من الأخصائي النفسي بسبب: قلة الأخصائيين أو انعدامهم، ثم لطغيان عمل الطبيب، ثم لقلّة الوعي الاجتماعي، ثم لعدم الثقة بالمعالج.

- ينظر غالبية أفراد عينة البحث إلى المريض النفسي على أنه خطير في المجتمع.

٢-١-١٠ دراسة وافي (٢٠١٢) فلسطين:

عنوان الدراسة: اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطينيين.

هدف الدراسة: الكشف عن مستوى دلالة الفروق في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطينيين تبعاً لمتغيرات الجنس، والتخصص العلمي (طبي- نفسي- اجتماعي- إرشادي)، ومتغير الدرجة العلمية، وسنوات الخبرة للأخصائيين.

أداة الدراسة: استبانة اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطينيين، مؤلفة من (٥٧) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد: البعد السري، البعد العلاجي، البعد الاجتماعي.

عينة الدراسة: تألفت من (١٤٠) أخصائياً وأخصائية من العاملين في مراكز وعيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

نتائج الدراسة :

- كانت اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي بشكلها العام إيجابية وخاصة فيما له علاقة بالبعد العلاجي.

- لم توجد فروق جوهرية في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس.

- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير التخصص لصالح التخصص النفسي.

- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الدرجة العلمية للأخصائيين.

- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير سنوات الخبرة للأخصائيين.

٢-١-١١ دراسة السقا (٢٠١٤) سورية:

عنوان الدراسة: اتجاهات أسر المرضى النفسيين بمدينة دمشق نحو المرض النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين اتجاهات أسر المرضى النفسيين نحو المرض النفسي والمساندة الاجتماعية.

أداة الدراسة: مقياس المساندة الاجتماعية (Spinder George, 2001)، ومقياس الاتجاه نحو المرض النفسي المعد من قبل الباحثة.

عينة الدراسة: تألفت من (٧٠) شخصاً من أهالي المرضى النفسيين المترددين إلى العيادات النفسية في المشافي الحكومية بدمشق.

نتائج الدراسة :

- وُجدت ارتباطات إيجابية دالة إحصائياً بين اتجاه الأسر نحو المرض النفسي ومقدار المساندة الاجتماعية المقدمة لمريضهم النفسي، وكان الارتباط يساوي (٠,٣٩٩).

- وُجد ارتباط إيجابي بين اتجاه الأسر نحو المرض النفسي والمساندة الاجتماعية داخل الأسرة للمريض النفسي، وكان الارتباط يساوي (٠,٤٢١).

- وجد ارتباط إيجابي بين اتجاه الأسر ومقدار المساندة خارج الأسرة، وكان الارتباط يساوي (٠,٢٩٢).

٢-٢ الدراسات الأجنبية:

٢-٢-١ دراسة شوكوهي ياكوتا وريتش (Shokoohi-Yekta & Retish, 1991) الصين:

عنوان الدراسة: اتجاهات الطلاب الصينيين والأمريكيين الذكور تجاه المرض النفسي.

**Attitudes of Chinese and American Male Students towards Mental Illness**

**هدف الدراسة:** دراسة الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب الأميركيين والطلاب الصينيين في جامعة أيوا.

**أداة الدراسة:** مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي (Opinion on Mental Illness؛ OMI) الذي طوره سترونج وكوهين (Struening and Cohen, 1963) يتألف من خمسة عوامل: السلطوية، وإيديولوجيا الصحة العقلية و المسببات الشخصية والتقييد الاجتماعي والإحسان.

**عينة الدراسة:** تألفت من ٨٣ طالباً من طلاب الدراسات العليا من الخلفيات الثقافية الأميركية والصينية من جامعة أيوا، كلية التربية - قسم المناهج والتدريس (التعليم الخاص) في مدينة أيوا.

**نتائج الدراسة :**

- وُجِدَت فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (الصينيين والأميركيين) بالنسبة لعوامل الاتجاه في المقياس، فكانت درجات الطلاب الأميركيين أقل على بعد السلطوية والتقييد الاجتماعي للمرضى نفسياً ودرجاتهم أعلى على بعد "الإحسان" من أداء الطلاب الصينيين على المقياس نفسه.

٢-٢-٢ دراسة (هوكسيلي، 1993 Huxley) أو كسفورد:

**عنوان الدراسة:** الموقع والوصمة: دراسة مسحية لاتجاهات المجتمع نحو المرض النفسي.

**Location and Stigma: a Survey of Community Attitudes to Mental Illness.**

**هدف الدراسة:** تقييم استجابات أفراد العينة حول وجود خدمة الصحة النفسية المجتمعية في ثلاثة أقسام من شمال المنطقة Northtown، وقياس مدى معرفتهم حول المرضى نفسياً، والتعرف إلى اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.

**عينة الدراسة:** تألفت من (١٥٤) شخصاً من السكان المحليين.

أداة الدراسة: المقابلة التي تضمنت أسئلة مسح موراي MORI عام ١٩٧٩، وأجراها مجموعة من المتدربين، تم فيها سؤال أفراد العينة عن معرفتهم حول المرضى نفسياً وعن اتجاهاتهم نحو المرض النفسي.

#### نتائج الدراسة:

- كانت نسبة الناس الذين يعرفون عن وجود منشأة تقدم خدمات الصحة النفسية في المنطقة منخفضة.

- كانت معرفة الناس بهذه المنشأة أقل بكثير من معرفتهم عن المرافق المجتمعية والصحية الأخرى في المنطقة نفسها.

- مازالت وصمة المرض النفسي منتشرة.

- كانت المعرفة حول المرض النفسي أفضل لدى بعض أفراد العينة مقارنةً بالباقيين الأكثر منهم عدداً.

- كان الناس الذين سبق وتعرفوا إلى أشخاص تلقوا العلاج والمساعدة النفسية أقل شعوراً بالحرَج تجاه المرض النفسي من غيرهم.

#### ٢-٢-٣ دراسة وولف وآخرين (Wolff et al., 1996) بريطانيا:

عنوان الدراسة: معرفة المجتمع حول الأمراض النفسية وردود الفعل نحو المرضى نفسياً.

### **Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People.**

هدف الدراسة: التحقق من الفرضية "إذا كانت الاتجاهات السلبية نحو المرضى نفسياً ترتبط بقلة المعرفة".

عينة الدراسة: تألفت من (٢١٥) شخصاً من أفراد المجتمع في المملكة المتحدة (بريطانيا).

أداة الدراسة: مقياس اتجاهات المجتمع نحو المرضى نفسياً (CAMI; Community Attitudes toward Mental Illness)

نتائج الدراسة:

- كان ٨٠% من أفراد عينة الدراسة يعرفون شخصاً مريضاً نفسياً، كما أن نسبة كبيرة من أفراد العينة يعرفون معرفة قليلة حول الأمراض النفسية.

- ارتبطت الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي، وخاصة عند كبار السن، بقلة المعرفة عن الأمراض النفسية، في حين لم ترتبط الاتجاهات السلبية عند الناس الذين لديهم أطفال بقلة المعرفة حول الأمراض النفسية.

٢-٢-٤ دراسة جورم (JORM,2000) أستراليا:

عنوان الدراسة: محو أمية الصحة النفسية: المعرفة العامة والمعتقدات حول الاضطرابات النفسية.

**Mental Health Literacy Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders.**

هدف الدراسة: تقديم مفهوم محو أمية الصحة النفسية على نطاق أوسع.

أداة الدراسة: استعراض للدراسات السابقة ضمن إطار مفهوم الصحة النفسية.

عينة الدراسة: تألفت من ٦٠ دراسة بين العامين ١٩٨٨ و ٢٠٠٠.

نتائج الدراسة:

- أوضحت نتائج العديد من الدراسات المستعرضة صعوبة التعرف إلى اضطرابات معينة أو أنواع مختلفة من الضغط النفسي لدى الأفراد.

- اختلف خبراء الصحة النفسية في معتقداتهم حول أسباب الاضطرابات النفسية والعلاج الأكثر فعالية.



- شيوع الكثير من الاتجاهات السلبية التي تعيق الاعتراف بالمرض النفسي وطلب المساعدة المناسبة.

- انتشار معلومات مضللة حول الصحة النفسية بين عامة الناس، ومع ذلك توضح الأدلة أن محو أمية الصحة النفسية يمكن تحسينها.

٢-٢-٥ دراسة تشانغ وآخرين (Chung et al., 2001) الصين:

عنوان الدراسة: اتجاهات طلاب الجامعة نحو المرضى نفسياً والمعالجة النفسية.

### **University Students' Attitudes towards Mental Patients and Psychiatric Treatment.**

هدف الدراسة: دراسة اتجاهات طلاب الجامعة نحو المرضى نفسياً، واختبار أثر الخبرة السابقة مع المرضى نفسياً في الاتجاه نحو المرض النفسي.

أداة الدراسة: استبانة تتضمن وصفاً لحالة مريض نفسي، وتقدر اتجاهات الطلاب نحو الحالة المفترضة باستخدام مقياس التباين الاجتماعي المؤلف من ١٩ بند، وقد تم بناء سبعة نماذج من الاستبانة تصف حالات مختلفة من المرضى نفسياً.

عينة الدراسة: تألفت من ٣٠٨ طلاب من جامعة هونغ كونغ من كليات الطب والهندسة الميكانيكية والعلوم الاجتماعية وطب الأسنان.

#### **نتائج الدراسة :**

- كانت اتجاهات طلاب الطب وطب الأسنان أكثر إيجابية نحو الحالة الافتراضية من طلاب العلوم والهندسة الاجتماعية.

- كان الطلاب الذين لديهم خبرة سابقة مع المرضى نفسياً أكثر تقبلاً للحالة الافتراضية من الطلاب الذين لا يملكون الخبرة السابقة مع المرضى نفسياً.

- كان طلاب الجامعة الذين لديهم خبرة سابقة مع مرضى نفسياً أكثر استعداداً للتفاعل مع شخص وصفت حالته بأنه مريض نفسياً بالمقارنة مع أولئك الذين لا يملكون خبرة سابقة.

لم يظهر ارتباط دال إحصائياً بين درجة المسافة الاجتماعية والعمر.

٢-٢-٦ دراسة العدوي وآخرين (Al-Adawi et al., 2002) ( عُمان:

عنوان الدراسة: التصور والاتجاه نحو المرض النفسي في سلطنة عُمان.

## Perception of and Attitude towards Mental Illness in Oman.

هدف الدراسة: دراسة أثر العوامل الاجتماعية على الاتجاهات نحو المرضى نفسياً (PwMI)؛  
Person With Mental Illness) في عمان.

أداة الدراسة: أداة للمقارنة بين المجموعات من حيث الاتجاهات نحو الأشخاص الذين يعانون أمراضاً نفسية، ومن حيث رعاية هؤلاء الأشخاص وكذلك أسباب المرض النفسي وفق رأي أفراد كل عينة، من تصميم الباحث.

عينة الدراسة: تألفت من ثلاث مجموعات: طلاب الطب، وأقارب المرضى النفسيين، والمجموعة الأخيرة مكونة من أفراد المجتمع العماني.

### نتائج الدراسة:

- لا توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرضى نفسياً والمتغيرات الديموغرافية مثل العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس، والتواصل الشخصي مع أشخاص يعانون من مرض نفسي.

- رفض كل من طلاب الطب وأفراد المجتمع فكرة أن يكون العامل الوراثي سبب المرض النفسي، وبدلاً من ذلك رجحوا دور المشروبات الروحية كعامل سببي للأمراض النفسية.

- تدل استجابات أفراد المجموعات الثلاثة على اتجاهات إيجابية، ومع ذلك يعتقد كل من طلاب الطب وأفراد المجتمع أن المرضى نفسياً لديهم مظاهر سلوكية غريبة.

- يفضل غالبية أفراد العينة من مجموعتي طلاب الطب وأفراد المجتمع أن تكون وسائل الرعاية النفسية بعيدة عن المجتمع.

- تدعم هذه الدراسة إلى حد كبير الرأي الذي مفاده أن الحد من وصمة المرض النفسي يختلف وفقاً لخلفيات ثقافية واجتماعية لكل مجتمع.

٢-٢-٧ دراسة تشو وتشان (CHIU & CHAN, 2007) هونغ كونغ:

عنوان الدراسة: اتجاهات المجتمع نحو الممارسات التمييزية ضد الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة.

### Community Attitudes towards Discriminatory Practice against People with Severe Mental Illness in Hong Kong.

هدف الدراسة: فحص مستوى تسامح أفراد المجتمع مع الاتجاهات السلبية - متمثلة بالمعاملة التمييزية - نحو الأشخاص الذين يعانون أمراضاً نفسية حادة (SMI: Severe Mental Illness) في ثلاثة مجالات: العلاقات العائلية، والتوظيف، والرعاية الصحية

أداة الدراسة: استطلاع رأي عن طريق المقابلات المبنية كأسئلة، نفذت باستخدام نظام هاتفي حديث بمساعدة الحاسوب (CATI: Computer-Assisted Telephone Interview)

عينة الدراسة: ٥٠٧ من المواطنين منهم ٥٦,٨ % من الإناث و ٤٣,٢ % من الذكور، وتراوح أعمار ١٨,٥ % من أفراد العينة بين ١٨-٢٤، وأعمار ٤٦ % منهم بين ٢٥-٤٤، وأعمار ٢٩,٢ % منهم بين ٤٥-٦٤ وكان ٦,٣ % منهم فوق العمر ٦٥.

### نتائج الدراسة:

- كشف البحث بعض المفاهيم الخاطئة الشائعة حول المرض العقلي، فمثلاً يعتقد (٥٥%) من أفراد العينة أن أفراد أسرة المريض بمرض نفسي حاد لديهم سلوك وتفكير غريب.

- ظهر اعتقاد شائع لدى عينة البحث بأن من واجب الأسرة مرافقة المريض النفسي لإجراء استشارات نفسية والإشراف على أخذ الدواء وفق التعليمات.

- لا يعرف معظم المشاركين سوى القليل عن الأمراض النفسية وإعادة التأهيل، وتشكلت اتجاهاتهم من المفاهيم الخاطئة والصور النمطية السلبية عن المرض النفسي.

- أظهر أفراد العينة اعتراضاً تجاه السلوك التمييزي، لكن وجد ٢٩٪ من المشاركين أنه من المقبول لأصحاب العمل إقالة الموظفين الذين عانوا من مرض نفسي في الماضي، وتعتبر نسبة ٢٠٪ أن هذه الإقالة مقبولة للأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي حاد بسبب ظرفهم.

- رأى نسبة ٦٨٪ من أفراد العينة أن إعطاء المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً وقتاً قليلاً (غير كاف) من الرعاية الطبية والمتابعة الإرشادية هو أمر غير مقبول وغير مقبول جداً.

- ظهر التسامح الأكبر تجاه التمييز في مجال الأسرة، فالتمييز والاتجاهات الاجتماعية السلبية تجاه المريض بمرض نفسي حاد كانت مقبولة في الأسرة أكثر منها في مجال التوظيف والرعاية الصحية.

- أظهرت الفئة العمرية الأكبر سناً (٦٥ فأكثر) تسامحاً أكثر نحو التمييز للمرضى بمرض نفسي حاد.

#### ٢-٢-٨ دراسة فيبا وآخرين (Vibha et al., 2008) الهند:

عنوان الدراسة : اتجاهات العاملين في قسم الطب النفسي نحو المرضى نفسياً: دراسة مقارنة وتنبؤية.

#### **Attitudes of Ward Attendants towards Mental Illness: Comparisons and Predictors,**

هدف الدراسة: استكشاف اتجاهات العاملين والحاضرين في قسم الطب النفسي، واستكشاف اختلاف اتجاهاتهم باختلاف خلفياتهم الثقافية والاجتماعية.

أداة الدراسة: مقياس CAMI الذي طوره تايلور وهول (Taylor and Hall, 1979)، بأبعاده الأربعة: التسلط، والإحسان، والتقييد الاجتماعي، وإيديولوجية الصحة النفسية المجتمعية.

عينة الدراسة: تألفت من (١٠٠) عامل وعاملة في جناح الطب النفسي في المعهد المركزي للطب النفسي منهم (٥٠) من الذكور و(٥٠) من الإناث، وهم يمثلون المجتمع الأصلي الذي يقدر بـ(٥٠٠) من الطلاب العاملين (المتدربين) في معهد الطب النفسي.

## نتائج الدراسة:

- لا توجد فروق دالة في بعد التسلط وبعد الإحسان من مقياس (CAMI) تبعاً للمتغيرات المدروسة.
- كانت الفروق دالة في مجالات التقييد الاجتماعي وإيدولوجية الصحة النفسية المجتمعية، فكانت الاتجاهات لدى العاملين في قسم الطب النفسي أعلى من اتجاهات الحاضرين عموماً إلى المركز الطبي.
- وجد ارتباط دال بين المستوى التعليمي وأبعاد المقياس المستخدم بالدراسة، فالجماعات الأعلى تعليماً ذات اتجاهات إيجابية مقارنة بالفئات الأقل تعليماً.
- وجد ارتباط سلبي بين السن والدرجات على أبعاد المقياس، فاتجاه الشباب العام إيجابي مقارنة مع الفئات العمرية الأكبر سناً.
- كانت اتجاهات مراجعي جناح الطب النفسي نحو الأمراض النفسية أكثر إيجابية من المراجعين العامين.

٩-٢-٢ دراسة ولسكا وآخرين (Wolska et al., 2008) بولندا، كندا:

عنوان الدراسة: الاتجاهات نحو الأشخاص المصابين بمرض نفسي، (الوصمة) في سياق الثقافات.

**Attitudes toward People with Mental Illness, (Stigma) in the Intercultural Context.**

هدف الدراسة: الفهم الأفضل للمتغيرات الشخصية التي تسبب القبول أو الرفض للمرضى نفسياً، وكذلك دراسة الفروق بالاتجاهات نحو المرضى نفسياً بين مجموعات من البولنديين والكنديين.

أداة الدراسة: استبانة بالنسخة الكنديّة المعدّلة لمقياس (CAMI; Community Attitudes Toward the Mentally Ill)، الذي أعده تايلور Taylor في عام ١٩٨١.

وشملت الدراسة متغيرات عدة هي: الجنسية، العمر، الأصل الاجتماعي، المستوى التعليمي، تكرار الممارسات الدينية.

عينة الدراسة: تألفت من ١٩٦ شخصاً منهم ٩٦ كندياً في تورينتو و ١٠٠ بولندي في مدينة بيدجوسزكس.

#### نتائج الدراسة:

- توجد فروق في القبول للأشخاص المصابين بمرض نفسي تبعاً لمتغير الأصل الثقافي؛ حيث أعلنت مجموعة البولنديين استعداداً أعلى قليلاً لقبول المرضى نفسياً، وبالوقت نفسه لم تظهر فروق في أبعاد الاستبيان الأربعة.

- لا تؤثر متغيرات العمر أو الجنس أو الدين على الفروق في اتجاهات المفحوصين نحو المرض النفسي لدى كلا البولنديين و الكنديين.

٢-٢-١٠ دراسة بينير وغولوم (Bener & Ghuloum, 2009) قطر:

عنوان الدراسة: الفروق بين الجنسين في المعرفة، والاتجاه والممارسة نحو أمراض الصحة العقلية في المجتمعات العربية النامية بسرعة.

**Gender Differences in the Knowledge, Attitude and Practice towards Mental Health Illness in a Rapidly Developing Arab Society.**

هدف الدراسة: تحديد الفروق بين الجنسين في الاتجاهات والمعارف والممارسات تجاه المرض النفسي لدى عينة من القطريين والعرب المقيمين في دولة قطر.

عينة الدراسة: تألفت من (٣٣٠٠) من العرب المقيمين والقطريين ممن أعمارهم أكثر من ٢٠ سنة، ٤٩,٢ ٪ من الرجال و ٥٠,٨ ٪ من النساء.

أدوات الدراسة: استبيان لتقييم الفرق بين الجنسين في المعرفة، والاتجاهات والممارسات نحو الأمراض النفسية.

## نتائج الدراسة:

- تعتقد النساء أكثر من الرجال أن المرض النفسي يرجع إلى الأرواح الشريرة.
- تعتقد نصف النساء تقريباً أن المعالجين التقليديين يمكنهم علاج المرض العقلي، وكانت نسبة الرجال الذين يحملون هذا الاعتقاد أقل بكثير.
- تعتبر بعض النساء أن المصابين بأمراض عقلية هم خطيرون، وكانت نسبة الرجال الذين يحملون هذا الاعتقاد أقل بكثير أيضاً.
- وكانت اتجاهات الرجال نحو المرض النفسي أكثر إيجابية من اتجاهات النساء، وكان الرجال أكثر استعداداً لزيارة طبيب نفسي من أجل مشاكلهم العاطفية.

## ٢-١١ دراسة وينستون وماير (Wolkenstein and Meyer, 2009) ألمانيا:

عنوان الدراسة: ماهي العوامل المؤثرة في الاتجاهات نحو الأشخاص المصابين بالاكتئاب والهوس السائد؟

### What Factors Influence Attitudes towards People with Current Depression and Current Mania?

هدف الدراسة: التعرف إلى أثر عوامل مختلفة في الاتجاهات نحو المرضى بالاكتئاب وبالهوس مثل (التعرض لنوبة ذهانية أو اضطراب سوء مزاج، والألفة مع المرض النفسي).

أداة الدراسة: توصيف حالة فردية تعاني نوبة هوسية أو أعراض اكتئابية حادة بالاعتماد على DSM-IV؛ حيث تم قياس الألفة لظاهرة المرض النفسي بعدة خيارات أ- أعرف شخصاً ما يخضع أو سبق وخضع للعلاج النفسي. ب- أعرف شخصاً على تواصل مع مريض نفسي. ج- أخضع (أنا نفسي) الآن أو سبق وخضعت لعلاج نفسي. د- أحد أفراد أسرتي يخضع أو سبق وخضع لعلاج نفسي.

عينة الدراسة: تألفت من ١٨٨ شخصاً ممن تراوحت أعمارهم بين ١٦ و ٣٤ عاماً من طلاب الكليات المهنية المتخصصة والمدارس الثانوية الفنية.

## نتائج الدراسة:

- أظهرت الألفة مع ظاهرة المرض النفسي تأثيراً في المكون الوجداني للاتجاهات نحو المرض النفسي، في حين أن تأثيرها في المكونات الأخرى كان عديم الأهمية مثل التجربة الشخصية للأعراض الانفعالية أو الفصامية.

- ظهرت 'الألفة' على أنها عامل مؤثر بشكل إيجابي في الاتجاهات نحو الاكتئاب، وكذلك لها تأثير سلبي في الاتجاهات نحو مرض الهوس.

### ٢-٢-١٢ دراسة أكبان وآخرين (Akpan et al., 2010) نيجيريا:س

عنوان الدراسة: الاتجاهات نحو وصمة المرضى نفسياً: بحث مسحي في المستشفى التعليمي الجامعي النيجيري

## Stigmatizing Attitudes towards the Mentally Ill: a Survey in Nigerian University Teaching Hospital

هدف الدراسة: البحث و المعرفة للأسباب المحتملة للمرض النفسي والاتجاهات نحو المرضى نفسياً في المستشفى التعليمي الجامعي النيجيري.

أداة الدراسة: مقياس اتجاهات المجتمع نحو المرضى نفسياً (CAMI). كما تم الحصول على معلومات عن المعتقدات حول الأسباب المحتملة للمرض النفسي بواسطة استمارة تستجوب ردود فعل المفحوصين على ١٠ من الأسباب المحتملة للمرض النفسي.

عينة الدراسة: تألفت من ٢٠٨ أفراد من كبار الموظفين في مستشفى أويو Uyo الجامعي باستثناء الممرضات، فشملت العينة (٣٨ طبيباً، ١٠٠ طالباً من طلاب الطب في السنتين ٤-٥ في المرحلة الجامعية، ٧٠ من العاملين تتضمن الصيدلة والتكنولوجيا في المختبر والموظفين الإداريين)



## نتائج الدراسة :

- حملت آراء أفراد العينة نظرة سلبية شديدة حول المرضى نفسياً، وبدا أفراد العينة في الغالب متسلطين وتقيديين في اتجاهاتهم وتركيزهم على الرعاية المتحفظة.
- يعتقد ٥٢٪ من أفراد العينة أن السحرة يمكن أن يكونوا مسؤولين، على الرغم من أنهم أبدوا معرفة حول الدور المحتمل للعوامل النفسية والوراثية في التسبب بالأمراض النفسية.
- يعتقد ٤٤,٢٪ أن الأمراض النفسية يمكن أن تكون بسبب الشياطين.
- ويرى ٣٠٪ أن المرض النفسي يمكن أن يكون نتيجة لعقاب إلهي.

## ٢-٢-١٣ دراسة ياموشي وآخرين (Yamauchi et al., 2011) اليابان:

عنوان الدراسة : تأثيرات التدريب النفسي على اتجاهات طلاب التمريض نحو الأشخاص ذوي الأمراض النفسية في اليابان.

### Effects of Psychiatric Training on Nursing Students' Attitudes towards People with Mental Illness in Japan.

هدف الدراسة: دراسة العلاقة بين اتجاهات طلاب التمريض نحو الأشخاص ذوي الأمراض النفسية وبين التدريب النفسي الذي يقدم للطلاب باستخدام بيانات نصية والقيام بتحليل تكراراتها.

عينة الدراسة: تألفت من ٧٦ طالباً وطالبة (٧٢ أنثى وأربعة ذكور) بمتوسط عمر (٢٠,٩٧) أتوا ستة أيام من التدريب في مستشفى منطقة طوكيو من طلاب تمريض السنة الثالثة في كلية علوم الصحة في منطقة طوكيو.

أداة الدراسة: سؤال لمعرفة اتجاهاتهم الداخلية تجاه المرضى نفسياً قبل التدريب، ما هي الكلمات الأولى التي تفكر بها عندما تسمع عبارة "مرضى نفسياً".

## نتائج الدراسة:

- كانت اتجاهات معظم المشاركين سلبية تجاه المرضى نفسياً قبل التدريب، فتكررت كلمات مثل "مخيف" قبل التدريب كأول كلمة يفكر بها عند سماع عبارة "مرضى نفسياً".
- تكررت عبارات مثل " ليسوا مخيفين في كثير من الأحيان " بعد التدريب.

٢-٢-١٤ دراسة غيتشيل وآخرين (Gateshill et al., 2011) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: الاتجاهات نحو الأمراض النفسية والمشاركة الوجدانية في الصحة النفسية وغيرها من اختصاصات الرعاية الصحية.

### **Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals**

هدف الدراسة: مقارنة الاتجاهات نحو الاضطرابات النفسية بين المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية والمهنيين العاملين في مجالات مختلفة من الطب. وقد تم البحث أيضاً في مستويات التعاطف في كلا المجموعتين.

عينة الدراسة: تكونت من مجموعتين: الأولى تألفت من ٥٨ من المتخصصين في الرعاية الصحية النفسية، والثانية تألفت من ٦٠ من المتخصصين في الرعاية الصحية غير النفسية في منطقة لينكولنشاير Lincolnshire ، بالولايات المتحدة الأمريكية.

أداة الدراسة: استبيان الاتجاهات نحو الاضطرابات النفسية.

مقياس المشاركة الوجدانية المتوازنة Balanced Emotional Empathy Scale.

نتائج الدراسة: ظهرت اتجاهات إيجابية عموماً نحو الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية في كلا المجموعتين.

- يعتبر المتخصصون في الرعاية الصحية غير النفسية الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي أكثر خطورة ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم، مما يعتقده المتخصصون في الرعاية الصحية النفسية.

- لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشاركة الوجدانية بين المجموعتين.

٢-٢-١٥ دراسة هانسون وآخرين (Hansson et al., 2011) السويد:

عنوان الدراسة: اتجاهات المختصين بالصحة النفسية نحو المرضى نفسياً: هل تختلف عن الاتجاهات التي يحملها المرضى نفسياً؟

### **Mental Health Professionals' Attitudes towards People with Mental Illness: Do They Differ from Attitudes Held by People with Mental Illness?**

هدف الدراسة: البحث في اتجاهات العاملين في مجال الصحة النفسية نحو الأشخاص المصابين بمرض نفسي، ومقارنة هذه الاتجاهات مع اتجاهات المرضى الذين يتلقون خدمات الصحة النفسية.

أداة الدراسة: استبيان يغطي معتقدات التمييز و الحط من قيمة الأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي، أعدّه لينك (Link, 1987)، يتألف من ١٢ بنداً حول المعتقدات السلبية بين عامة السكان تجاه الأشخاص المصابين بمرض نفسي.

عينة الدراسة: تألفت من مجموعتين مجموعة تحوي (١٤٠) موظفاً في مجال الصحة النفسية، ومجموعة تحوي (١٤١) مريضاً، وكانت العينة عشوائية من مرضى العيادات الخارجية الذين يتلقون خدمات الصحة النفسية في الجزء الجنوبي من السويد والموظفين في هذه المراكز.

#### **نتائج الدراسة:**

- سادت الاتجاهات السلبية بين مجموعة الموظفين.
- ظهرت الاتجاهات السلبية في حالات صاحب العمل (إذا كان سيقبل طلب توظيف الشخص الذي كان في المستشفى، أو سيقبل التعاقد معه لرعاية الأطفال على سبيل المثال).
- ظهرت الاتجاهات السلبية لدى العاملين في مجال الخدمات النفسية المقدمة لمرضى الذهان.

- لا توجد فروق في المعتقدات حول المرضى نفسياً بين مجموعة المرضى وبين مجموعة الموظفين، فقد أظهرت كلا المجموعتين المعتقدات التالية على سبيل المثال:

- يقبل غالبية الناس المريض النفسي سابقاً كصديق مقرب.
- يهمل معظم أصحاب العمل طلبات المرضى نفسياً سابقاً من بين طلبات التوظيف.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد المتعلقة بدخول المرضى نفسياً المستشفى للحصول على الرعاية النفسية لصالح مجموعة الموظفين.

٢-٢-١٦ دراسة أنغر ماير وآخرين (Angermeyer et al., 2013) فرنسا:

عنوان الدراسة: اتجاهات ومعتقدات العامة من الفرنسيين حول الفصام والاكتئاب الشديد: دراسة مسحية مصغرة.

### **Attitudes and Beliefs of the French Public about Schizophrenia and Major Depression: Results from a Vignette-Based Population Survey**

هدف الدراسة: دراسة ما إذا كانت الاختلافات في معتقدات واتجاهات العامة يمكن أن تتكرر (بالمقارنة مع دراسة جان لوك وآخرين (Jean-Luc Roelandt et al) باستخدام معايير التشخيص الحديثة للفصام واضطراب الاكتئاب.

أداة الدراسة: استطلاع رأي عبر الانترنت بعد عرض مقالة مصغرة تعرض حالة شخص يعاني من مرض الفصام أو من الاكتئاب.

عينة الدراسة: تألفت من ١٦٠٠ من عامة السكان الفرنسيين البالغين.

نتائج الدراسة:

- ظهرت فروق واضحة فيما يخص الاتجاهات والمعتقدات نحو كل من الاضطرابين على الرغم من التشابه بينهما، فكانت نسبة ٧٨% من المشاركين تعتبر أن حالة الفصام المصورة في المقالة

هي مرض نفسي، في حين أن ٧,٦% منهم اعتبروا أنها ليست مرضاً نفسياً، ونسبة ١٤,٤% منهم لم يرغبوا بإعطاء أي إجابة.

- اعتبرت نسبة ٥٨,١% من المشاركين أن حالة الاكتئاب المصورة في المقالة مرضٌ نفسي، في حين اعتبرت نسبة ٢٠,٧% أن الاكتئاب ليس مرضاً عقلياً، ونسبة ٢١,٢% لم تعطِ أي إجابة.

- اعتبر "المشاركون الذين تضمنهم تقرير الفصام" أعراض المرض تعبيراً عن حالة مرضية مرفقة بعامل بيولوجي ويتطلب علاجاً نفسياً.

- تظهر أعراض الاكتئاب بسبب الضغط النفسي، وتتفع معها العلاجات السائدة.

- يرى أفراد العينة أن المصابين بالفصام في الغالب خطيرون ولا يمكن توقع سلوكهم.

٢-٢-١٧ دراسة يوسف وآخرين (Youssef et al., 2014) منطقة البحر الكاريبي:

عنوان الدراسة: المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلاب الجامعات: نظرة على سكان منطقة البحر الكاريبي الناطقة باللغة الإنجليزية

**Knowledge and Attitudes towards Mental Illness among College Students: Insights into the Wider English-Speaking Caribbean Population.**

هدف الدراسة: تقييم المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلاب الجامعات في منطقة البحر الكاريبي الناطقة باللغة الإنجليزية.

أداة الدراسة: استبانة التقرير الذاتي، تم بناؤها من الدراسات السابقة المصممة لقياس المعرفة والاتجاهات نحو المرض النفسي.

عينة الدراسة: تألفت من ٦٧٣ طالباً من طلاب جامعة جزر الهند الغربية والجامعات في جامايكا، بربادوس وترينيداد وتوباغو.

## نتائج الدراسة:

- كانت درجات المعرفة الشاملة حول الأمراض النفسية منخفضة.
- كانت أعلى درجات المعرفة بين الأشخاص الذين يعرفون شخصاً مصاباً بمرض نفسي.
- كانت درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي مستوحاة من فكرة الوصمة، ومتأثرة بتعاطي المخدرات والفصام .

### ٢-٣- تعقيب على الدراسات السابقة: بعد الاطلاع على الدراسات السابقة نجد مايلي:

- تناولت الدراسات- في معظمها- الاتجاهات نحو المرض النفسي، كما تناول بعضها مفاهيم وثيقة الصلة بالاتجاهات نحو المرض النفسي، كالمعتقدات نحو المرض النفسي والمعرفة بالأمراض النفسية، ومحو أمية الصحة النفسية، ووصمة المرض النفسي(كدراسة Wolff وآخرين في بريطانيا ودراسة Jorm في أستراليا).

- تمت دراسة العوامل المؤثرة في اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي، مثل(عامل الخبرة السابقة أو الألفة، مركز التحكم، التخصص الدراسي، الضغوط والصدمات والوراثة، العلاقة بين المعتقدات والاتجاهات، والمشاركة الوجدانية، إضافة إلى دراسة أثر عوامل الجنس والعمر ومكان السكن).

- دُرست الاتجاهات في علاقتها ببعض المتغيرات كالاضطرابات السيكوسوماتية(دراسة محمد ١٩٩٤ في الإمارات العربية المتحدة)، وتم استقصاء أسباب المرض النفسي حسب آراء الناس(دراسة الناشري والسايس عام ٢٠٠٨ في السعودية).

- تم تناول الاتجاهات نحو المرض النفسي ببحوث مسحية كمسح الاتجاهات طلاب جامعة النجاح في فلسطين نحو المرض النفسي، ومسح اتجاهات المجتمع نحو المرض النفسي في أوكسفورد.

- تم استقصاء الاتجاهات نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين أو العاملين مع المرضى نفسياً ومن وجهة نظر ذويهم ومن وجهة نظر المرضى أنفسهم.

- تم التعرف إلى أدوات عالمية مثل مقياس اتجاهات المجتمع تجاه المرضى نفسياً (CAMI) المستخدم في دراسة في نيجيريا وفي بولندا وكندا وفي هون كونغ، واستبيان (Link, 1987).
- تم تناول موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي بدراسات عبر ثقافية تناولت الفروق بالاتجاهات تبعاً للاختلاف الثقافي.

#### وقد أفادت الباحثة من الدراسات السابقة في النقاط التالية:

١. ساعد اطلاع الباحثة على الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة على تصميم أداة قياس الاتجاه نحو المرض النفسي بمكوناته الثلاثة (المعرفي والسلوكي والانفعالي).
٢. اختيار عينة البحث (مجموعة ذوي المرضى، مجموعة الطلاب الجامعيين).
٣. اعتماد مكونات الاتجاه الثلاثة (المعرفي والسلوكي والانفعالي) في قياس الاتجاه نحو المرض النفسي.

## الفصل الثالث: القسم النظري

### ١-٣ الاتجاهات

#### توطئة

١-١-٣ مفهوم الاتجاه وتطوره

٢-١-٣ خصائص الاتجاه

٣-١-٣ تصنيف الاتجاهات

٤-١-٣ مكونات الاتجاه

٥-١-٣ وظائف الاتجاهات

٦-١-٣ الاتجاه والمعتقد

٧-١-٣ نظريات الاتجاهات

٨-١-٣ عوامل تكون الاتجاهات

٩-١-٣ تعديل الاتجاهات وتغييرها

١٠-١-٣ قياس الاتجاهات

### ٢-٣ المرض النفسي

#### توطئة

١-٢-٣ المرض النفسي عبر العصور

٢-٢-٣ المرض النفسي والمريض النفسي

٣-٢-٣ عوامل الإصابة بالأمراض النفسية



### ٣-٣ الاتجاه نحو المرض النفسي

#### توطئة

١-٣-٣ تعريف الاتجاه نحو المرض النفسي

٢-٣-٣ عوامل الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي

٣-٣-٣ إجراءات لتحسين الاتجاه نحو المرض النفسي

### ٤-٣ سمات الشخصية

#### توطئة

١-٤-٣ المفهوم اللغوي للشخصية

٢-٤-٣ تعريف الشخصية

٣-٤-٣ نظريات الشخصية

١-٣-٤-٣ نظريات الأنماط

٢-٣-٤-٣ نظرية التحليل النفسي

٣-٣-٤-٣ نظريات السمات

١-٣-٣-٤-٣ نظرية السمات لدى آلبرت

٢-٣-٣-٤-٣ نظرية السمات لدى آيزنك

### ٣-١ الاتجاهات

#### - توطئة:

يسعى هذا الفصل إلى مناقشة الاتجاهات نحو المرض النفسي، لذلك لا بد من تحديد مفهوم الاتجاه ومكوناته والنظريات المفسرة للاتجاهات، وطرق تغيير الاتجاهات، ثم الاتجاه نحو المرض النفسي.

#### ٣-١-١ مفهوم الاتجاه وتطوره:

يستخدم مصطلح الاتجاهات كترجمة عربية لاصطلاح Attitudes في اللغة الانجليزية، ويعرّف: "إنه أسلوب منظم متسق في التفكير والشعور ورد الفعل تجاه الناس والقضايا الاجتماعية، أو تجاه أي حدث في البيئة بصورة عامة" (لامبرت ولامبرت، ١٩٩٣، ١١٣).

كان هيربرت سبنسر H. Spencer الفيلسوف الإنجليزي أول من استخدم هذا الاصطلاح سنة ١٨٦٢م (أبوجادو، ٢٠٠٧، ١٨٩)، فهو الذي قال أن الوصول إلى الأحكام الصحيحة في المسائل المثيرة للجدل يعتمد إلى حد كبير على الاتجاه الذهني للفرد الذي يصغي إلى هذا الجدل أو يشارك فيه (الغريباوي، ٢٠٠٧، ٧).

وفي سنة ١٩١٨ نشر توماس وزنانيكي W.I. Thomas & F. Zenanicki دراسة عن (الفلاح البولندي في أوروبا وأميركا) قدما فيها هذا الاصطلاح إلى ميدان علم النفس الاجتماعي بصورة قوية أرغمت عدداً كبيراً من الباحثين على الاعتراف به كاصطلاح يجب أن يحتل مركزاً في الميدان (خليفة ومحمود، ١٩٩٨، ٣).

ويعد مفهوم الاتجاه من أكثر المفاهيم المستخدمة في العلوم الإنسانية والاجتماعية غموضاً، فقد تعددت مفاهيم الاتجاهات تعدداً كبيراً، وإن كان هناك شبه اتفاق حول تعريف يتفق على خاصية عامة وهو: إن الاتجاه ميل مؤيد أو مناهض إزاء موضوع أو موضوعات معينة كالأشخاص والفئات الاجتماعية والأشياء المادية (زكي وعكاشة، ١١٧، ١٩٩٧)، وتعتبر الاتجاهات النفسية الاجتماعية من أهم نواتج عملية التنشئة الاجتماعية وهي محددات موجهة ضابطة منظمة للسلوك الاجتماعي (زهران، ١٩٨٤، ١٣٥).

وقد عرف آلبرت ١٩٣٥ الاتجاه على أنه: حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثيرها هذه الاستجابة (Fazio, 2007, 604).

مرّ 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 (عبد الله، ١٩٩٧، ٣)، وتلت ذلك فترة تضاعف الاهتمام فيها بالاتجاهات وبرزت بحوث ديناميات الجماعة Group Dynamics حتى منتصف الخمسينات، فتركز الاهتمام على عدة موضوعات مثل: تماسك الجماعة، والمجاراة، والصراع، والتعاون والتنافس بين أعضاء الجماعة (كاتب، ١٩٩٧، ٦٥).

وفي المرحلة التالية التي شملت الخمسينات والستينات، تركز الاهتمام على بحوث تغيير الاتجاهات Attitude Change. وتلت ذلك فترة وجه الاهتمام فيها إلى بحوث الإدراك الاجتماعي Social Perception، واستمرت حتى منتصف الثمانينات، وفي المرحلة التالية عاد الاهتمام مرة أخرى بأنساق الاتجاهات Attitude System، بحيث تغير الاهتمام من مجرد القياس إلى مسألة تغيير هذه الاتجاهات، خاصة بعد الحرب العالمية الثانية (عبدالله، ١٩٩٧، ٣).

### ٣-١-٢ خصائص الاتجاه النفسي

رغم التنوع الهائل لما يمكن أن يوجد من اتجاهات نفسية، فإن للاتجاه النفسي عدداً من الخصائص التي تميزه عن غيره من المتغيرات أو الظواهر النفسية الأخرى، والتي تحدد معالمه بدقة :

٣-١-٢-١ إن الاتجاه النفسي مكتسب ويمكن تدعيمه أو إطفائه (الداهري والكبيسي، ١٩٩٩، ١٢٢)، فتؤدي التربية ووسائل الإعلام المختلفة دوراً بالغ الأهمية في عملية تشكل الاتجاهات الفردية والاجتماعية، وفي تعديلها (ميخائيل، ٢٠٠٥، ٢١٤).

٣-١-٢-٢ إنه يمثل علاقة بين ذات الشخص وبين موضوعات محددة (بلقيس و مرعي، ١٩٨٤، ١٥٠) فليس هناك اتجاه يتكون في فراغ، وإنما يتكون الاتجاه نحو موضوعات متجسدة في أشخاص، أو أشياء أو موضوع من موضوعات البيئة (زهران، ١٩٨٤، ١٣٨).

٣-٢-١-٣ إن الاتجاه النفسي لا يتكون بالنسبة للحقائق الثابتة المقررة، بل يكون دائماً حول موضوعات مثيرة للجدل أو النقاش أو موضوع خلاف في الرأي(المرجع السابق).

٣-٢-١-٤ إنه ليس عابراً أو عارضاً، وإنما يتصف بالاستمرار النسبي، فهو يستقر ويستمر بعد أن يتكون، فهو أكثر ديمومة من الدافعية التي تنتهي بإشباعها(الداهري والكبيسي، ١٩٩٩، ١٢٢).

٣-٢-١-٥ إنه دينامي، بمعنى أنه قابل للتغيير(درويش، ٢٠٠٥، ٩١)، ويحاكي سلوك المرء نحو الموضوعات التي تنظم حوله( بلقيس ومرعي، ١٩٨٤، ١٥١).

### ٣-١-٣ تصنيف الاتجاهات:

لما كان الاتجاه يمكن أن يكون نحو أي شيء له وجود في حياة الشخص، فالاتجاهات يمكن أن تكون نحو الموضوعات المختلفة بأشكال مختلفة، وبذلك تصنف وفق عدة أسس:

٣-١-٣-١ من حيث الوجهة(إيجابي أو سلبي): فالفرد قد يقبل أو يوافق على موضوع الاتجاه، وقد لا يوافق عليه، فيحمل المرء اتجاهاً إيجابياً نحو موضوع معين مثل خروج المرأة للعمل، أو يتبنى اتجاهاً سلبياً نحو هذا الموضوع إذا كان من المعارضين لذلك.

٣-١-٣-٢ من حيث الشدة(قوي أو ضعيف): يبدو الاتجاه القوي في أن يتخذ الفرد من هدف الاتجاه موقفاً حاداً لا رفق فيه ولا هواده، فالذي يرى المنكر فيغضب وينفعل ويثور إنما يفعل ذلك لأن اتجاهاً قوياً يدفعه. أما الاتجاه الضعيف فيتمثل في الوقوف من هدف الاتجاه-أو موضوع الاتجاه- موقفاً ضعيفاً(الغريايوي، ٢٠٠٧، ١٣)، ويكون الاتجاه الضعيف كامناً وراء السلوك المتراخي المتردد، ويكون الاتجاه الضعيف سهل التغيير والتعديل مقارنة بالاتجاه القوي الذي يكون أكثر ثباتاً واستمراراً(زهران، ١٩٨٤، ١٣٧).

٣-١-٣-٣ من حيث العمومية(عام أو نوعي): فالشخص الذي يتبنى اتجاهاً عاماً نحو "احترام السلطة" مثلاً نجده يحترم سلطة الوالدين، وسلطة الدين، والسلطة السياسية... وهكذا، وهو أكثر ثباتاً واستقراراً من الاتجاه الخاص، أما إذا كان الاتجاه نوعياً أو خاصاً، فإنه يكشف عن نفسه في موقف أو موضوع نوعي محدد(زهران، ١٩٨٤، ١٣٧).

٣-١-٣-٤ من حيث الظهور (علني أو سرّي): الاتجاه العلني هو ذلك الذي لا يجد الفرد حرجاً في التعبير عنه أمام الآخرين، أما الاتجاه السري فهو الذي لا يستطيع الفرد أن يعبر عنه علانية، بل ينكره أحياناً حين يُسأل عنه (الغريابي، ٢٠٠٧، ١٣).

٣-١-٣-٥ من حيث الشبوع (جماعي أو فردي): ونقصد بالاتجاه الجماعي ذلك الذي يوجد عند كثير من الناس في مجتمع معين، مثل اتجاه العرب نحو القومية العربية، أو الوحدة العربية، أما الاتجاه الفردي، فمثال له، إعجابك بصديق أو شخص معين (درويش، ٢٠٠٥، ٩٣-٩٤).

### ٣-١-٤ مكونات الاتجاه:

يرى بيرن Bern أن للاتجاه مكوناً معرفياً بالدرجة الأولى ولا فائدة من اتخاذ موقف انفعالي بدون استخدام العقل (Lloyd, 1972, 139)، في حين يعرف ثرستون (1964) الاتجاه بأنه: درجة الشعور السلبي أو الإيجابي المرتبطة بموضوع نفسي (Domino & Domino, 2006, 128)، وغيرهم يرى أن الاتجاهات هي تلخيص عدة أنواع من المعلومات النفسية، فيلخص الاتجاه ضمنه كل من الاستعراف (Cognition) والعواطف والسلوكيات ذات الصلة بموضوع الاتجاه، فهذه المكونات الثلاثة (الوجداني والسلوكي والاستعرافي) تؤثر في الاتجاه نحو موضوع معين، وأيضاً يؤثر الاتجاه نحو موضوع ما في كل من هذه المكونات الثلاثة أيضاً (Maio & Augoustinos, 2005, 362).

### ٣-١-٤-١ المكون الوجداني: Affective Component

يتمثل هذا المكون في الشعور أو الاستجابة الانفعالية التي يتخذها الفرد إزاء المثير، فقد يحب الفرد موضوعاً عاماً فيندفع نحوه ويستجيب له على نحو إيجابي، وقد يكره موضوعاً آخر فينفر منه ويستجيب له على نحو سلبي، ويمكننا التعرف إلى شدة هذه المشاعر، من خلال تحديد موقع الفرد بين طرفي الاتجاه المتطرفين، أي بين التأييد التام لموضوع الاتجاه أو الرفض المطلق له (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٢).

### ٣-١-٤-٢ المكون السلوكي Behavioral Tendency Component:

يمثل هذا الجانب الاستجابات السلوكية التي قد يتخذها الفرد إزاء المثير، سواء كانت إيجابية أو سلبية، أي أنه يتضمن نزعات الفرد السلوكية تجاه المثير (الشخص، ٢٠٠١، ١١٧)، فإذا كان

الفرد يحمل اتجاهاً سلبياً نحو موضوع ما، فسينزع للاستجابة على نحو سلبي تجاه الموضوع، وهكذا يتضح أن الاتجاه ينطوي على نزعة تدفع بصاحبه إلى الاستجابة على نحو معين (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٣).

وأشار شكمان وجونسون (Schuman & Johnson, 1976) إلى أن الاتجاهات هي عبارة عن اتجاهات لفظية مستنتجة من خلال الاستجابة على الاستخبارات، والمقابلات أو الاستمارات، أو أية إجراءات قياس مباشرة أخرى (خليفة ومحمود، ١٩٩٨، ٤٤)

### ٣-٤-١-٣ المكون الاستعرافي Cognitive Component:

وهو يشير إلى المعتقدات التي يعتنقها الفرد حول موضوع معين، وتتضمن هذه المعتقدات أساساً- بعض الأحكام التي يصدرها الفرد حول الموضوعات المختلفة (الشخص، ٢٠٠١، ١١٧). فالمكون الاستعرافي ينطوي على المعلومات والحقائق الموضوعية المتوافرة لدى الفرد عن موضوع الاتجاه، فإذا كان الاتجاه في جوهره عملية تفضيل موضوع على آخر فإن هذه العملية تتطلب بعض العمليات العقلية: كالتمييز والفهم والاستدلال والحكم، لذلك تتضمن اتجاهات الفرد نحو بعض المشكلات الاجتماعية أو مكافحة الأمية، جانباً عقلياً يختلف مستواه باختلاف تعقيد المشكلة (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٣)، إضافة إلى الصيغة الإدراكية التي تحدد رد فعل الفرد في هذا الموقف أو ذاك، وقد يكون الإدراك حسياً عندما تتكون الاتجاهات نحو الماديات أو ما هو ملموس (مثل رائحة الطعام)، وقد يكون الإدراك اجتماعياً- وهو الصيغة الغالبة- عندما تكون الاتجاهات نحو المثيرات الاجتماعية والأمور المعنوية الأخرى (مثل إدراك الفرد الآخر في موقف صداقة أو غير ذلك)، ولذلك وبناء على مفاهيم الإدراك الاجتماعي تتداخل مجموعة كبيرة من المتغيرات في هذا المكون الإدراكي، مثل صورة الذات ومفهوم الفرد عن الآخرين و أبعاد التشابه والتطابق والتمييز (السيد وعبد الرحمن، ١٩٩٩، ٢٥٣).

ويضيف فيلدمان Feldman أن الاتجاهات يمكن أن تكون تنظيم أو خلاصة الذكريات المتداخلة حول شخص أو شيء أو فكرة، وهذه الذكريات هي من أنواع مختلفة من المعلومات (مشاعر ومعتقدات وسلوكيات)، فعندما يظهر مثير من البيئة ويحفز ذكرى معينة،

عندئذٍ تتفعل شبكة من الذكريات المرتبطة بموضوع الاتجاه. فالاتجاهات تتكون من معارف الشخص وذكرياته المرتبطة بموضوع الاتجاه (Feldman, 2001, 328).

ويفسر النموذج الأكثر شمولاً الاتجاهات وفق المكونات الثلاثة The ABCs Tripartite Model في إشارة إلى المكون الانفعالي Affective Component، والمكون السلوكي Behavioral Tendency Component، والمكون الاستعرافي Cognitive Component (Feldman, 2001, 330)، فالاتجاه هو توجه ثابت أو تنظيم مستقر للعمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية (عبدالله، ١٩٨٩، ٤٠).

### ٣-١-٥ نظريات الاتجاهات:

هناك عدة نظريات تفسر تكوين الاتجاهات، نذكر أهمها:

٣-١-٥-١ النظريات السلوكية: أظهرت بعض الدراسات حول الاتجاهات أن تعرض الفرد لمثير معين بصورة متكررة سوف يدفعه عادة إلى الاستجابة بصورة أكثر إيجابية إزاء ذلك المثير (الشخص، ٢٠٠١، ١١٨)، خاصة إذا تم تعزيزها، فالاتجاهات التي يتم تعزيزها يزيد احتمال حدوثها، أكثر من الاتجاهات التي لا يتم تعزيزها، وهذا يتطابق تماماً مع المبادئ السلوكية لتعلم السلوك؛ أي ما أثبتته تجارب سكنر وغيره من أن السلوك يكتسب بفعل التعزيز، بينما يقل العقاب (تقديم منبه مؤلم إثر ظهور السلوك كالحرمون والجزاء) من احتمالات ظهور السلوك مرة ثانية (ابراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٤٧).

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 ملاءمة السلوك للاتجاه.
- الخبرة السابقة بموضوع الاتجاه (السيد وآخرون، ٢٠٠٤، ٥٢)

٣-١-٥-٢ النظريات الاستعرافية: 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:

١. تحديد الاتجاهات المراد تكوينها أو تعديلها
٢. تزويد الأفراد بالتغذية الراجعة حول الاتجاه المستهدف
٣. إبراز التناقض بين محاسن الاتجاه المرغوب فيه، ومساوئ الاتجاه غير المرغوب فيه، من خلال الأسئلة والمناقشة.
٤. تعزيز الاتجاه المرغوب فيه (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٧٤).

وقد يتعرض الفرد لمثير معين في عدد من المواقف المتباينة فإذا اختلفت هذه المواقف بصورة جوهرية فإن الفرد قد يتعلم اتجاهات متناقضة تجاه ذلك المثير، الأمر الذي يسفر عما أطلق عليه التنافر الاستعرافي (وفق نظرية التنافر الاستعرافي في تفسير الاتجاهات)، كما هو الحال بالضبط في مواقف الصراع، فغالباً ما يحاول الشخص تقليل التنافر الاستعرافي بتغيير إحدى الفكرتين اللتين يعتقهما إزاء المثير بحيث يجعلها تسير بنفس اتجاه الفكرة الأخرى (الشخص، ٢٠٠١، ١١٨)، وتصف هذه النظرية أن الناس قد يشعرون بتوتر مزعج عندما يكون سلوكهم متعارضاً مع اتجاههم، ويهدف التخفيف من هذا التوتر يتم تغيير سلوكهم ليكون متسقاً مع اتجاههم (Maio & Augoustinos, 2005, 365).

٣-١-٥-٣ النظريات الاجتماعية: فسّر ألبرت باندورا عملية تكوين الاتجاهات وفقاً لعملية التعلم بالملاحظة، فعندما نلاحظ شخصاً 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 الاستراتيجيات المستخدمة في تكوين وتغيير وتعديل الاتجاهات (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٧٤).



### ٣-١-٦ عوامل تكون الاتجاهات:

٣-١-٦-١ الأسرة **Family**: يعد 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 (أبو جادو، ٢٠٠٧، ١٩٦)، فالأسرة هي المصدر الأساسي لنمو الاتجاهات، ولكن الفرد لا يكتسب هذه الاتجاهات بصورة تلقائية، بل وفقاً لأهميتها ومعناها بالنسبة له، وما تقوم به التأثيرات الثقافية الأخرى في المجتمع من تأكيدها وبلورتها (فهومي، ١٩٩٨، ١١٩-١٢٠).

٣-١-٦-٢ الفرد **Individual**: تتميز الاتجاهات المكتسبة بارتباطها بإشباع الحاجة غالباً في مراحل النمو الأولى لعدم قدرة المتعلم على فهم سبب شعوره وردة فعله تجاه موضوع الاتجاه، ويؤدي عدم القدرة هذا إلى جعله أكثر انتباهاً لتعبيرات الناس الآخرين عن أفكارهم ومعتقداتهم، وربما يعتقد هذه الأفكار والاتجاهات بسهولة كوسيلة لتبرير مشاعره ونزعات ردود أفعاله. (لاميرت ولاميرت، ١٩٩٣، ١٣٣-١٣٤)، فالخبرة الانفعالية **Affective Experience** الناتجة عن موقف معين تلعب دوراً هاماً في تكوين الاتجاه سلباً أو إيجاباً (أبو جادو، ٢٠٠٧، ١٩٦).

٣-١-٦-٣ العوامل الحضارية **Civilizational Factors**: وهي كثيرة ومتنوعة كالمدرسة والأماكن الدينية والمنطقة والبيئة التي يعيش فيها الفرد، ولا يخفى بأن هذه العوامل والمؤثرات لا تدعو إلى الاتجاهات نفسها، مما يحتم على الفرد التحيز نحو واحد منها (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٤).

٣-١-٦-٤ الجماعات المرجعية: مع التقدم بالعمر نقوم بتبني اتجاهات تبدو ملائمة نحو الانتماء إلى الجماعات التي نعتبرها مهمة، ونغير أحياناً من اتجاهاتنا كطريق للخروج من جماعة والدخول في أخرى (لاميرت ولاميرت، ١٩٩٣، ١٣٥).

٣-١-٦-٥ السلطة العليا **Higher Authority**: فهي تفرض على الفرد الالتزام بأمور معينة كاحترام القوانين وتنفيذها، مما يؤدي إلى تكوين اتجاهات نحو هذه الموضوعات، نظراً لما يترتب على الخروج عليها من عقاب. وتتكون الاتجاهات في هذه الحالة بسبب عاملين أساسيين هما الخوف والاحترام (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٤).

## ٢-٣ المرض النفسي

- توطئة:

قبل أن ننقل إلى موضوع الاتجاه نحو المرض النفسي، لابد من الحديث عن موضوع المرض النفسي وتطور الاهتمام به عبر الزمن.

### ١-٢-٣ المرض النفسي عبر العصور:

كان الإغريق القدامى يلقون بالأفراد المصابين بأمراض نفسية مثل الاكتئاب من أعالي الصخور الشاهقة إلى البحر ليحدثوا في نفوسهم صدمة من شأنها، كما كانوا يظنون أن تخلص المرضى من تعاستهم، وفي العصور الوسطى كان الكهنة يقرؤون للمرضى نفسياً تعاويذ حسبوها كقيلة بطرد الشيطان من ساحة نفوس أولئك المرضى وبالتالي إنقاذهم من جنونهم (هيلز و هيلز، ١٩٩٩، ٢٩-٣٠)، أما في العصر الإسلامي فقد أدرك الأطباء المسلمون أهمية الرعاية النفسية والصحية والاجتماعية للإنسان، فكانت دور الرعاية النفسية منتشرة في كل من دمشق وبغداد والأندلس، وكان العلاج بالعمل والموسيقى من العلاجات والأساليب العلاجية الشائعة في هذه الأماكن التي كان يطلق عليها تسمية البيمارستانات، والتي كانت تهدف إلى إعادة الاستقرار والتوازن للمرضى نفسياً، ثم أتت بعد ذلك تغييرات عدة مثل إنشاء مصحة للأمراض العقلية تحت شعار الصحة للجميع في إسبانيا، وهناك إسهامات أخرى شبيهة، ففي بلجيكا خفف جيزلان Guislan من قيود المرضى نفسياً في عام ١٨٣٥، و في روسيا قام كرونسبولسكي Zavadsky Kronosplsky بترجمة كتاب بينيل إلى الروسية (رضوان، ٢٠٠٧، ١٨-٢٠).

وبين عامي ١٨٦٠ و ١٨٩٠ أدت المصحات والمستشفيات التي تدعمها الدولة في أميركا دوراً حاسماً في مجال رعاية المرضى نفسياً والمسنين؛ حيث عمل كبار الأطباء على تحسين نوعية الرعاية لمرضاهم بإنشاء مدارس تدريب الممرضات داخل مؤسساتهم، وقد ازداد عدد المرضى في هذه المصحات العقلية بشكل كبير، وتجاوز القدرات المتاحة واستعداد الدول لتوفير الموارد المالية اللازمة لتوفير الرعاية المقبولة (D'Antonio, 1992, 6).

ومن هذه المحاولات المتفرقة وغيرها، بدأت تظهر بوادر الاهتمام والرعاية بالصحة النفسية للمضطربين عقلياً، ومعاملتهم معاملة إنسانية، وتبدل النظرة إليهم، واستمر هذا التغيير الإيجابي

إلى أوائل القرن العشرين، فظهرت آراء نادت بالاهتمام بالجانيين والمنحرفين والمتأخرين عقلياً، ونادت بإعادة التأهيل للجانيين كما هو الحال في فرنسا في أواخر القرن التاسع عشر، وكما هو الحال في العيادة التي أنشئت لضعاف العقول في بوسطن في الولايات المتحدة الأمريكية (1909)، واستمرت التطورات حتى عام 1984؛ حيث تأسست منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) ومركزها لندن، وفي الجزء الأخير من القرن التاسع عشر وضع إميل كريبلن Emil Kraepelin تصنيفاً دقيقاً ومنظماً للاضطرابات العقلية، وكان التقسيم الأول له هو تقسيم الاضطرابات إلى اضطرابات عضوية (داخلية المنشأ) واضطرابات وظيفية (خارجية المنشأ)، وعلى الرغم من أن المخطط التشخيصي الذي قال به كريبلن قد تغير وأصبح أفضل وأكثر دقة على مر السنين، إلا أنه لا يزال المخطط التصنيفي الأساسي الذي يستخدمه الأطباء -والى حد كبير - المختصون بعلم النفس (روتر، 1984، 91).

وفي نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين حدث تطور كبير قلب المفاهيم الطبية- الفيزيائية التي كانت سائدة حول مفهوم المرض النفسي والأسباب الكامنة خلفه، من خلال مدرسة التحليل النفسي التي أسسها الطبيب العصبي والنفسي النمساوي سيجموند فرويد Freud، فقد أبرزت مدرسة التحليل النفسي أهمية العمليات النفسية في نشوء الاضطراب النفسي، بعد أن كان الاتجاه السائد في فهم طبيعة الأمراض النفسية يركز على العوامل العضوية، فجاءت نظرية التحليل النفسي وطورت المفهوم الاجتماعي للمرض النفسي.

وفي النصف الثاني من القرن العشرين بدأت تبرز اتجاهات أخرى كالاتجاهات السلوكية، التي تؤكد دور عمليات التعلم في نشوء وتطور الأمراض والاضطرابات النفسية، والاتجاهات الدينامية والإنسانية، والسلوكية، والاستعرافية، وتنوعت المبادئ العلاجية المشتقة من هذه الاتجاهات لدرجة يصعب حصرها (رضوان، 2007، 19-22).

### Person with Mental Illness والمرضى النفسي Mental Illness والمريض النفسي Person with Mental Illness

يمكن تعريف المرض النفسي أو الاضطراب النفسي كما جاء في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV TR بأنه تلك الأنماط أو المتلازمات Syndromes السلوكية والنفسية ذات الدلالة

الإكلينيكية، التي ترتبط بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة)، أو العجز (أي ضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير. إضافة إلى ذلك، فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي أن لا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المنطق عليها ثقافياً لحدث معين، كوفاة شخص حميم مثلاً. ومهما يكن سببها الأصلي، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهراً لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد (DSM IV, 1994, 22)، و تشمل الأمراض النفسية Mental Illnesses الاكتئاب والفصام والاضطراب ثنائي القطب والوسواس القهري واضطراب الشدة ما بعد الصدمة والقلق، واضطراب الشخصية الحدية وغيرها (Duckworth, 2013, 3).

**المريض النفسي :** هو الشخص الذي يعاني بسبب اضطراب أو مرض نفسي، وهو ليس شخصاً مختلفاً، بل هو أي واحد منا عانى بشدة بسبب ظرف يفوق طاقة الاحتمال المعتادة أو لأنه بسبب تكوينه كشخص مرهف الحس لم يستطع احتمال ضغوط الحياة فظهرت عليه علامات الاضطراب النفسي، ويرى الشريبي أن الأمر في كل الحالات لا يتطلب نظرة سلبية من المحيطين به، بل تجب مساندته حتى تمر هذه الأزمة بسلام دون خسائر كبيرة من جراء الاضطراب النفسي (الشريبي، ٢٠٠٣، ١٨).

### ٣-٢-٣ عوامل الأمراض النفسية :

يتفق كل المتخصصين العياديين تقريباً على أن المهمة الرئيسة لأبحاث المنشأ المرضي تتمثل في البحث عن أسباب الاضطرابات النفسية، غير أنه عندما نضطر لتحديد مجال الأسباب من وجهة نظر معينة فإنه سرعان ما تثور الاعتراضات. إذ يوجد اختلاف كبير بين المتخصصين في علم النفس العيادي حول الشيء الذي يمكن اعتباره سبباً لاضطراب نفسي ما (راينيك، ٢٠٠٩، ٥٨).

### ٣-٢-٣-١ الوراثة: هناك بعض الأدلة على أن بعض أنماط الأمراض العقلية يمكن أن

تكون وراثية؛ حيث كشفت البحوث وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى، وشيوعه بين التوائم حتى لو نشؤوا في ظروف اجتماعية مختلفة، مما يرجح وجود تفسير وراثي، ونقلًا عن كتاب أكسفورد في الطب النفسي يذكر إبراهيم "عدداً من الدراسات التي تشير في

مجملاً إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس والاكتئاب بين التوائم المتطابقين الذين ربوا منفصلين بالتبني وصلت إلى ٦٧%، وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشأوا معاً ٦٨%، أما بين التوائم غير المتطابقين فقد وصلت ٢٣%، وهي تتماثل مع دراسات أخرى أجريت في بريطانيا، وشمال أوروبا، وأمريكا الشمالية (ابراهيم، ١٩٩٨، ٩٢).

٢-٣-٢-٣ الاضطرابات العضوية **Brain Cell Function**: تتحول اضطرابات الدماغ الواضحة إلى عوامل مهددة بحدوث المشكلات النفسية، ويكون لها آثار شديدة، ولا يمكن تفسير المعدل العالي للمشكلات النفسية المصحوبة بتلف الدماغ ببساطة بسبب وجود درجة من العجز أو الوصم، فهناك برهان مقنع بوجود ارتباط مباشر بين الدماغ- السلوك، وكذلك كشف مسح حول الصحة العقلية للطفل البريطاني أن الأطفال ذوي المشكلات النمائية العصبية يشكلون نحو ٣% فقط من مجموع السكان، لكن حوالي ١٥% من الأطفال عانوا من الاضطرابات النفسية (غودمان وسكوت، ٢٠٠٨، ٣٠٥، ٣٠٧).

٢-٣-٣-٣ الاضطرابات البيوكيميائية **Biochemical Disturbance**: من المعروف علمياً أن بعض الأمراض العقلية يمكن أن ترجع في جزء منها إلى اضطرابات في كيمياء الجسم، وكيمياء الدماغ خاصة، فالنور أدرينالين Norepinephrine مسؤول عن المزاج ومستوى النشاط، و السيروتونين Serotonin مسؤول عن المزاج والنوم والشهية والعصبية، والاستيل كولين Acetylcholine المسؤول عن تقليص العضلات المخططة وتوسيع الشعيرات الدموية؛ حيث وجد خلل في هذه النواقل العصبية في حالات المرض النفسي المختلفة. ومن الممكن عند التعرض لمستوى توتر عالٍ في حالات الأفراد الضعفاء بيولوجياً أن تثير خللاً في الناقلات العصبية (Wellway, 2013, 4).

٢-٣-٤-٣ الضغوط الاجتماعية **Social Pressures**: يتعامل بعض الناس مع مواقف الضغط أو الإرهاق ويتكيفون معها، ومنهم من يحتاج إلى المساعدة عندما يسقط فريسة لتلك المواقف، ويؤدي هذا بهم إلى الاضطراب النفسي. ويشير كثير من الباحثين إلى أن المعوقات التي تقابل الفرد يمكن أن تشكل مطالب تكيفية أو ضاغطة يحتاج الفرد إلى بذل جهود زائدة وتغيير في نشاطه إذا ما أراد أن يتغلب على هذه المعوقات ويواجه حاجاته ومطالبه. وعندما يكون الضغط زائداً فإنه يستنفذ قوانا (عبد الله، ٢٠٠٠، ١٣٢)، ويسهم الإرهاق في مجموعة

واسعة من أنماط السلوك الخطرة على الصحة كفرط التغذية والتدخين وسوء استهلاك الكحول والعقاقير الأخرى، ويلعب أيضاً دوراً أساسياً في نشوء اضطرابات الإرهاق التالية للصدمة PTSD، ويعتقد أيضاً أنه يسهم في نشوء اثنين من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً: الاكتئاب والقلق (رضوان، ٢٠٠٧، ٢٨٣، ٢٨٢).

٣-٢-٣-٥ العلاقات الأسرية **Family Relationships**: تتعكس العمليات أو التفاعلات الخاطئة من جانب الأسرة بظهور أسر لا سوية، ويزداد معها ظهور اللاسواء لدى أحد الأبناء، ويمكن القول أنها عمليات مولدة للمرض داخل الأسرة **Pathogenic Family Pattern**، ومن هذه العمليات العلاقة التبادلية الكاذبة؛ أي تبدو العلاقة العائلية قائمة على العواطف والصراحة والتفاهم على الرغم من أن العلاقة العائلية في حقيقتها جامدة وجافة وقائمة على الكذب (منصور والشربيني، ٢٠٠٠، ١٦٢)، فلا يقصد بالأسرة المولدة للمرض الأسرة التي يتصف فيها الأبوان بالغرابة أو الذهان الصريح، ولو أن هذا قد يحدث بالفعل، وإنما يقصد بها أن اتجاهات الآباء نحو الأبناء وتصرفاتهم معهم تكون من نوع مضطرب، فاضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين والطفل، وخاصة الأم، تسبب صراعاً نفسياً في مرحلة الطفولة ينشط مرة أخرى في المراهقة لأسباب مرسبة تساعد في نشوء الاضطراب مثل الفصام، وهناك ظروف أسرية تؤدي إلى التفكك بصورة مباشرة، فقد يخبر الطفل صدمات معينة كالمشكلات العائلية والانهيال الأسري وسوء التوافق بين الوالدين والبرود الانفعالي (الحاج، ١٩٨٧، ١١٨، ١٢٠).

وهناك ارتباط واضح بين الاضطراب النفسي للطفل والخلافات الأسرية، فالخلاف هو عامل تتبؤ قوي على مشكلات الطفل النفسية، ففي البيوت المليئة بالخلافات بين أفراد الأسرة يتعلم الطفل السلوكيات المناوئة لجذب انتباه الآباء والأمهات، فيشجع الأهل بشكل غير متعمد نوبات الغضب والعصيان وشكاوى الأطفال المستمرة (غودمان وسكوت، ٢٠٠٨، ٣٦٦)

### ٣-٣ الاتجاه نحو المرض النفسي Attitude toward Mental Illness

- توطئة:

يجب على المريض النفسي أن يتعامل مع اتجاهات المجتمع واتجاهاته نحو المرض النفسي بالإضافة إلى أعراض المرض، وقد تحرم ردود الأفعال السلبية تجاه المرض النفسي المريض النفسي من فرص التعليم والتوظيف والسكن (Corrigan, 1998, 204).

#### ٣-٣-١ تعريف الاتجاه نحو المرض النفسي:

يعرفه بركات وحسن: بأنه "استعداد مكتسب يتكون عند الفرد نتيجة لعوامل مختلفة تواجهه في حياته بحيث يوجه استجاباته سلبيًا أو إيجابيًا نحو المرض والمريض النفسي، ويقاس باستخدام المقياس المعد لقياس الاتجاه" (بركات وحسن، ٢٠٠٦، ٤١).

تدور الاتجاهات نحو المرض النفسي حول ثلاثة أبعاد هي: الإحساس بخطورة المرض النفسي والابتعاد عن المرضى نفسياً وتحاشي مرافقتهم، والتسامح حيال هؤلاء المرضى - مقابل تجنب التفاعل معهم. (خليفة ومحمود، ١٩٩٨، ٢٥٥-٢٥٨).

تفاوتت الاتجاهات السلبية نحو المرضى نفسياً تفاوتاً سائراً وجهات النظر السائدة عبر تعاقب الأزمان، فأولئك المرضى كان ينظر إليهم كأناس مغضوب عليهم من الآلهة، فكثيراً ما كانوا يقتلون تخلصاً منهم ومن الشياطين التي سببت حالتهم (العيسوي، ١٩٩٢، ٥٢)، ومع التقدم وزيادة الوعي بأسباب الأمراض لا تزال بعض من هذه الأفكار عالقة بصورة المريض النفسي.

ففي دراسة (عربي، ٢٠١١) أرجعت الأمراض النفسية إلى الضغوط الحياتية، ثم الوراثة ثم الجن ثم السحر ثم الأسباب العضوية. ويرى جورم أن الاتجاهات السلبية لا تزال تعيق المريض النفسي في الاعتراف بالمرض النفسي وفي طلب المساعدة المناسبة (Jorm, 2000, 396).

واستمر ذلك حتى مطلع القرن العشرين عندما قام كليفورد وتنجام بيرز Clifford Whittingham Beers في مطلع القرن العشرين بتأليف كتاب عقل وجد نفسه (A Mind That Found Itself) و استطاع بمعاونة الطبيب النفسي أدولف ماير تأسيس جمعية للصحة النفسية في الولايات المتحدة (عثمان، ١٩٩٨، ٢٢).

وإذا كانت الاتجاهات الشائعة بين الناس يمكن اعتبارها خاطئة، فإنه قد يترتب عليها أساليب سلوكية خاطئة من جانب من يتبنون هذه الاتجاهات نحو المرض النفسي ونحو المرضى النفسيين، ونحو البيئة بعناصرها الإنسانية والاجتماعية (أحمد، ٢٠٠٩، ٣٢)، وغالباً ماتؤدي ردود الفعل المجتمعية السلبية تجاه المرض النفسي إلى ضياع فرص تعليم وعمل وسكن للمريض نفسياً (Chung et al., 2001, 63)، ولا بد لنا أن نعلم أن معظم المرضى نفسياً 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 أصلاً (الشربيني، ٢٠٠٣، ١٧).

### ٣-٣-٢ عوامل الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي:

٣-٣-٢-١ عوامل تعود إلى طبيعة المرض النفسي: تختلف أعراض الأمراض النفسية ويتسم بعضها بالغرابة مثل الهذات 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)، إضافة إلى صعوبة تحديد أسباب الأمراض النفسية مما يجعل المجتمع ينظر إلى هذه الأمراض نظرة الشيء غير المحسوس أو غير الواضح مما يزيد الغموض ويعمق الفجوة في فهم هذه الأمراض (عكاشة، ١٩٨٦، ١٤٦)، فمثلاً يعاني مريض الفصام من عدم القدرة على التفكير أو إدارة العواطف أو اتخاذ القرار بالتواصل مع الآخرين، كما يضعف الفصام قدرة الشخص على العمل، وقد يقوم المريض بسلوكيات غير لائقة وغير عادية ناتجة عن الأوهام والهلاوس (Duckworth, 2013, 11)، إضافة إلى تبعات وجود المريض النفسي في الأسرة، فتعاني الأسرة من صعوبات مالية بسبب الفواتير الطبية والتبعية الاقتصادية للمرضى، ويتم تقليص الأنشطة الاجتماعية في الأسرة، وتصبح العلاقات غير مستقرة مع الأصدقاء والأقارب بسبب مطالب المريض المفرطة للرعاية والانتباه للمريض جنباً إلى جنب مع الالتزامات الزمنية التي غالباً ما تؤدي إلى إهمال الآخرين في الأسرة (Lefley, 1989, 557).

٣-٣-٢-٢ الإعلام: يتجاوز استخدام المريض النفسي كمادة للكوميديا والضحك الحد المعقول، كما يسبب ضرراً بالغاً بمشاعره وبالصورة المحفوظة في أذهان المشاهدين (الشربيني،



٢٠٠٣، ٢٢)، ومن المعروف مدى مسؤولية الإعلام عن الفكرة الشائعة عن أي موضوع، ولذلك من الممكن استخدام التلفاز والأفلام مثلاً لتطوير اتجاهات إيجابية لدى الجمهور حول المرض النفسي، فالفيلم الحائز على جائزة الأوسكار "A beautiful mind" العقل الجميل" يصور الحياة الإيجابية للحاصل على جائزة نوبل John Nash 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 (أبو جريوع، ٢٠٠٥، ٥٨).

### ٣-٢-٣-٣ انتشار مفاهيم خاطئة :

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

٣-٢-٣-٣ 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 (Etzel, 2009, 33)، 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 يراه أحد معارفه أو أقاربه أو جيرانه، ويزيد الأمر تعقيداً إذا كانت المريضة أنثى فمعنى ذلك أن وصمة المرض النفسي سوف تهدد مستقبلها الأسري (الشرييني، ٢٠٠٣، ٢٠).

على الرغم من جهود التوعية لتبديد سوء الفهم هذا والتأكيد على فائدة مشورة علم النفس، فإن تغيير الوصمة غالباً ما يكون صعب إن لم يكن مستحيلاً. وربما كانت الطريقة الأفضل لتصحيح هذا الاتجاه نحو المرشدين والأخصائيين النفسيين هي العلاقة الإيجابية المهنية والتي أثبتت أهميتها في فسح المجال للإحالة في الوقت المناسب لمساعدة الأفراد الذين هم بحاجة للمساعدة (Etzel, 2009, 34).

### ٣-٢-٣-٣ الإصابة بالمرض النفسي (وصمة المرض النفسي) Stigma Of Mental Illness

تم تعريف الوصمة على نطاق واسع، لتشمل الصور النمطية السلبية والمعتقدات الضارة لدى الناس، فضلاً عن الممارسات التمييزية أو غير المنصفة التي يمكن أن تنتج عن ذلك. وعلاوة

على ذلك، قد يحدث الوصم والتمييز على مستوى الفرد، من خلال التفاعل بين الأفراد، أو على مستوى التنظيمات الاجتماعية بسبب السياسات غير العادلة، والممارسات والقوانين (سارتوريوس، ٢٠١٠، ٧).

ووصفت وصمة المرض النفسي بأنها مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات السلبية التي تحفز الناس الآخرين للرفض والخوف والتجنب للشخص المصاب بمرض نفسي (President's New Freedom Commission on Mental Health, 4, 2003).

### وتتخذ الوصمة عدة أشكال:

١. علامات مشوهة للجسم من خلال الحرق أو الوخز (Goffman, 1968, 13).
٢. تمييز الفرد عن الآخرين بأنه مضطرب عقلياً أو خطير أو ذو سلوك عدواني خطر على المجتمع (Wolf, 1996, 31).
٣. التركيز على الأعراض الجسدية (وعكة صحية طارئة) بدلاً من الاعتراف بالمرض النفسي (خوجة، ٢٠٠٨، ٢).

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 آخر تؤدي 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).

### ٣-٣-٣ تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي

٣-٣-٣-١ التوعية: يتم بذل جهود كثيرة في حملات التوعية حول الصحة النفسية والترويج للعلاج النفسي، وعلى الرغم من أن المرضى نفسياً يمثلون نسبة صغيرة من السكان، إلا أن نسبة

مماثلة أو أكبر من الناس قد تكون في خطر عدم طلب العلاج، فقد تم استهداف عامة الناس لتحسين معرفتهم (Kobau et al., 2012, 53) فظهر مصطلح محو أمية الصحة النفسية Mental Health Literacy في الأبحاث الحديثة؛ حيث يعرف بأنه "المعرفة والمعتقدات حول الاضطرابات النفسية التي تساعد على تقبل الاضطراب النفسي وإدارته أو الوقاية منه"، ويشمل القدرة على التعرف إلى اضطرابات محددة، وإيجاد طرق للحصول على المعلومات الصحية، ومعرفة الأسباب وإمكانية العلاج الذاتي، والمساعدات المهنية المتاحة، والاتجاهات التي تعزز تقبل الاضطراب وطلب المساعدة (Jorm et al., 1997, 182).

لقد أثبتت معظم الدراسات أن غياب أو نقص المعرفة حول الأمراض النفسية تدعم الاتجاهات السلبية نحوها (Wolff et al., 1996)، ويرى جورم Jorm أن محو أمية الصحة النفسية تتكون من عدة مكونات: (أ) القدرة على تمييز اضطرابات معينة أو أنواع مختلفة من الضغط النفسي. (ب) معرفة عوامل وأسباب الخطر. (ج) المعرفة والاعتقادات حول تدخلات المساعدة الذاتية. (د) المعرفة والاعتقادات حول المساعدة المهنية المتاحة. (هـ) الاتجاهات التي تسهل الاعتراف وطلب المساعدة المناسبة. (و) معرفة كيفية الحصول على معلومات الصحة النفسية (Jorm, 2000, 397).

٣-٣-٣-٢ التنشئة الاجتماعية والإعلام: يؤكد علماء النفس أن معتقدات الفرد أو التزامه برأي معين أمام الآخرين يحكم سلوكه واتجاهاته، ويجعل الفرد أكثر مقاومة لتغيير اتجاهاته (أبوجادو، ١٩٩٨، ٢٢٥)، لذلك تلعب التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً لتجنب الفرد الاتجاهات التي تعيق تكيفه وحياته في المستقبل، فبناء الاتجاه الإيجابي نحو المرضى نفسياً مسؤولياً 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.

٣-٣-٣-٣ المنظمات والجمعيات: ظهرت العديد من الجمعيات في الآونة الأخيرة التي تهدف لرعاية المرضى نفسياً 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 ٢٠٠١ باعتماد موضوع الصحة النفسية كموضوع نقاش في اجتماع الصحة العالمي الرابع والخمسين الذي شارك فيه أكثر من ٣٠ وزيراً للصحة من دول

مختلفة من حيث المستوى الاقتصادي، وهكذا تم مناقشة مجال الصحة النفسية مع التركيز على أربعة محاور: ١- خدمات الصحة النفسية وعوائق تنفيذها. ٢- العوامل الاقتصادية والاجتماعية للصحة النفسية. ٣- الوصمة وانتهاكات حقوق الإنسان، وأخيراً ٤- الفوارق بين الجنسين في مجال الصحة النفسية (Brundtland, 2001, 11).

وعلى صعيد الجمعيات ظهر العديد منها، ففي عام ٢٠٠٥ تم التعاون بين مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (The Centers of Disease Control and Prevention) و بين إدارة خدمات الصحة النفسية وسوء استخدام العقاقير (the Substance Abuse) و بين إدارة خدمات الصحة النفسية وسوء استخدام العقاقير (SAMHSA and Mental Health Services Administration) بناء على توصيات من لجنة الحرية الجديدة الرئيسة لعام ٢٠٠٢ بشأن الصحة النفسية (President's New Freedom Commission on Mental Health)، فسعت هذه الوكالات لدراسة المفاهيم العامة بشأن فعالية العلاج النفسي، والتصورات حول الرعاية للمرضى نفسياً، وقامت ببحث الاتجاهات نحو المرض النفسي، وكان هذا التعاون متزامناً مع إطلاق SAMHSA لحملة مكافحة وصمة المرض النفسي بين المراهقين، وفي عام ٢٠٠٧ قامت SAMHSA بدعم ٣٥ دولة لجمع بيانات حول الأمراض النفسية فيها، وفي عام ٢٠٠٩ تم دعم ١٦ دولة لإعادة تنفيذ المشروع.

وفي عام ٢٠١٠ نشر CDC دراسات حول الاتجاهات نحو المرض النفسي والاستراتيجيات الممكنة في مكافحة وصمة المرض النفسي (Kobau et al., 2012, 1).

وفي العالم العربي نذكر الجمعية التونسية للصحة النفسية في تونس، والجمعية المغربية لمستعملي الطب النفسي التي تأسست في المغرب عام ٢٠١٢، ومن أهداف هذه الجمعية المناداة باحترام حقوق المرضى في الاستمرار في عملهم، سيما الذين يوجدون في حالة مستقرة، وتمكينهم من أعمال تتناسب وحالتهم الصحية (غلام، ٢٠١٢، ١).

وبعد ذكر العوامل التي تسهم في تحسين الاتجاه نحو المرض النفسي، لا بد من التنويه أن هذه العوامل متداخلة فيما بينها، فما يقدمه الإعلام يعتمد على ما يتم العمل فيه في الميدان من جمعيات ومنظمات، والعاملون في هذه الجمعيات والمنظمات هم أفراد المجتمع وليدو التنشئة

الاجتماعية، لذلك تبرز مسؤولية الفرد عن اتجاهاته وأثره بالمحيطين به بدءاً من عائلته وأصدقائه إلى الأشخاص الموجودين في ميدان عمله، وأياً كانت محاولات تعديل الاتجاهات جدية وممنهجة لا يجب أن ننسى العامل الحاسم، وهو رغبة الشخص نفسه في تغيير اتجاهه، آمليين بالوصول إلى بيئة تحتضن المرضى نفسياً وتحمل اتجاهات إيجابية نحوهم.

### ٣-٤- سمات الشخصية

#### - توطئة

تتناول الباحثة في هذا الجزء من الفصل موضوع الشخصية من حيث تعريفاتها ونظرياتها.

### ٣-٤-١ المفهوم اللغوي للشخصية

يعتبر لفظ الشخصية من الألفاظ الدارجة على لسان كثير من الناس. فقد نسمع إنساناً يتحدث عن إنسان آخر بأنه شخصية محبوبة أو شخصية جذابة أو شخصية ضعيفة أو أن له شخصيات متعددة، ولشيوخ اللفظ على ألسنة الناس أصبح يبدو لنا بسيطاً ومفهوماً (غنيم، ١٩٨٣، ٧).

يرجع أصل مصطلح الشخصية La personnalité باللغة الفرنسية أو Personality باللغة الانكليزية إلى الكلمة اللاتينية Persona في اللغة اللاتينية القديمة، ويتفق الجميع على أن لفظ بيرسوننا يعني القناع (عباس، ١٩٨٧، ١٩)، وارتبط هذا المصطلح بالمرح اليوناني القديم، إذ اعتاد ممثلو اليونان و الرومان ارتداء أقنعة على وجوههم لكي يعطوا انطباعاً عن الدور الذي يقومون بتمثيله، وفي الوقت نفسه لكي يجعلوا من الصعب التعرف إلى الشخصيات التي تقوم بالدور.

وفي اللغة العربية اشتقت كلمة الشخصية من شخص، والشخص في منجد الطلاب: سواد الإنسان وغيره تراه من بعد، والجمع أشخاص وأشخاص وشخوص (منجد الطلاب، ١٩٨٦، ٣٦٠)، وتشاخص القوم (اختلفوا وتفاوتوا). أما "الشخصية" فكلمة حديثة الاستعمال لا يجدها الباحث في أمهات معاجم اللغة العربية، فإذا وجدت في بعض الحديث منها كانت تعني، صفات تميز الشخص من غيره (الرفاعي، ٢٠٠٣، ٩٤).

٣-٤-٢ تعريف الشخصية:

زاد الاهتمام بدراسة الشخصية في العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر زيادة كبيرة، فإذا بدأنا تاريخنا بعام ١٩٣٠ وهو بداية الاستخدام المنظم للتحليل العاملي في بحوثها، وجدنا الزيادة المطردة في كمية البحوث التي راحت تواكب بحق عصر تفجر المعلومات؛ حيث ظهر علم نفس الشخصية Personality Psychology كأحد فروع علم النفس، ثم ازدادت أهميته أكثر في العقود الأخيرة، واهتم بدراسة بنية الشخصية Structure، ومحددات Determinants الشخصية والسلوك.... إلخ (الأنصاري، ١٩٩٩، ١٦).

ويعرف **واطسون (Watson, 1930)** الشخصية بأنها جميع أنواع نشاطات الفرد الملاحظة فعلياً لفترة طويلة من الزمن والتي تسمح لنا بالتعرف عليه (سفيان، ٢٠٠٤، ١٨).

أما **ستيرن (Stern, 1921)** فقد عرفها "بأنها وحدة دينامية ذات تكوينات متعددة"، ويضيف إلى ذلك أن الفرد يظل يسعى للوصول إلى هذه الوحدة كهدف له في حياته (هيلز وهيلز، ١٩٩٩، ٢٣٠).

وهذا يتفق مع اعتبار أن الشخصية تتشكل من جمع مكونات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية، وهذه المكونات تشكل معاً أبعاداً رئيسية للشخصية الإنسانية.

كما أشار كل من **كاتل Cattel** و**ج Guilford** إلى أن كل بعد من أبعاد الشخصية يخضع في جوهره إلى تنظيم هرمي تتحدد بموجبه مستويات التعميم ومدى اتساع كل مستوى، فالمستوى المعرفي مثلاً يحدد علاقة الذكاء، وهو القدرة العقلية العامة وأكثر القدرات شمولاً، بالقدرات الطائفية والخاصة، كما يحدد التشابك القائم على القدرات العقلية وينشئ منها صورة متكاملة تدل في جوهرها على التكوين العقلي المعرفي . أما "تنظيم الموجهات الدينامية" فهو البعد الذي يدل على (الدوافع، الاتجاهات والميول)، ويحتل قمة تنظيمه الهرمي "اتجاه المحافظة" حسب **آيزنك Eyzenk ١٩٥٨**، ويشمل "اتجاه المحافظة" ناحيتين: سلبية تتمثل في (التحرر) وإيجابية تتمثل في (المحافظة)، وينحدر هذا الجانب إلى قاعدة الهرم التي تمثل الآراء الخاصة (داوود، ٢٠٠٤، ٢١).

ويعتبر تعريف آلپورت **Allport** من أهم التعريفات فقد توصل إليه بعد مراجعته خمسين تعريفاً للشخصية: فهي التنظيم الدينامي داخل الفرد لتلك الأجهزة الجسمية-النفسية، التي تحدد للفرد تكيفه الفريد مع بيئته (Allport, 1937, 48)، ثم أدخل على هذا التعريف عام ١٩٦١ تعديلاً فاستبدل بعبارة "التي تحدد للفرد تكيفه الفريد مع بيئته" عبارة "التي تحدد للفرد طابعه المميز في السلوك والتفكير" (جابر، ١٩٩٠، ٢٥١).

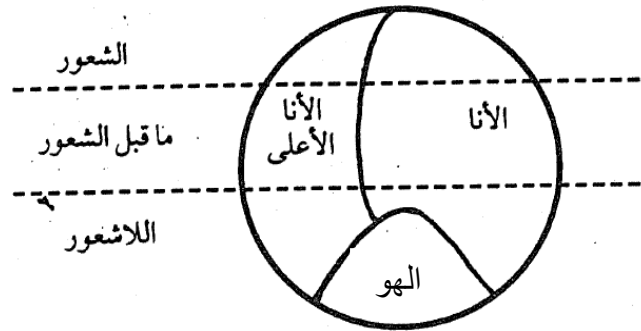
يذكر **عبد الخالق** ١٩٩٦ تعريفاً للشخصية: بأنها نمط سلوكي مركب، ثابت ودائم إلى حد كبير، يميز الفرد عن غيره من الناس ويتكون من تنظيم فريد لمجموعة من الوظائف والسمات والأجهزة المتفاعلة معاً، والتي تضم القدرات العقلية، والوجدان أو الانفعال، والنزوع أو الإرادة، وتركيب الجسم، والوظائف الفيزيولوجية، والتي تحدد طريقة الفرد الخاصة في الاستجابة، وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة (عبد الخالق، ١٩٩٦، ٦٤).

### ٣-٤-٣ نظريات الشخصية :

توجد وجهات نظر متعددة في مجال نظريات الشخصية، فهي تختلف باختلاف زاوية رؤية الباحث صاحب النظرية، وسيتم إلقاء الضوء على بعض هذه النظريات فيما يلي، والتوسع في نظرية آيزنك للشخصية كونها ذات علاقة بالبحث الحالي:

٣-٤-٣-١ **نظريات الأنماط أو علم الأنماط Typology**: تعتبر هذه النظريات من أقدم نظريات الشخصية، فقد حاولت تصنيف الناس إلى أنماط، ويقصد بالنمط أو الطراز Type فئة أو صنف من الأفراد يشتركون في الصفات العامة نفسها، أو هو السمات المترابطة (قطيئات)، (٢٠٠٩، ٥٨)، ولكل نمط خصائص متميزة، وفي هذا الإطار ظهرت نظرية الأنماط المزاجية عند أبيقراط (٤٠٠ ق.م) (خوري، ١٩٩٦، ٢٥)، ثم ظهرت نظرية الأنماط الجسمية عند كرتشمير ١٩٣٠م الذي أخذ مقاييس جسمية للمرضى في المستشفيات، وتوصل إلى تصنيف أربعة أنماط (البدين المكتنز الأكثر استعداداً للإصابة بالجنون الدوري على شكل نوبات من الهوس، والنمط الواهن النحيل المنسحب من الواقع، والنمط الرياضي المكتنز العضلات النشط والعدواني، وأخيراً النمط مشوه البنية مختلط السمات) (الجبوري، ١٩٩٠، ٢٢).

٣-٤-٣-٢ نظرية التحليل النفسي اقترن اسمها باسم فرويد Frued وشاركه في كثير من مفاهيمها وأرسى الكثير من قواعدها كل من يونغ وإدler Jung & Adler (الجسماني، ١٩٩٧، ٢٦٠). فقد وصف فرويد تركيب الشخصية في نموذج طبوغرافي Topographic model من الشعور، ما قبل الشعور، اللاشعور. ثم طور نظريته فيما بعد في نموذج تركيب Structural model يصف الشخصية على أنها تتكون من ثلاث تركيبات هي الهو (Id) و الأنا (Ego) والأنا الأعلى (Super ego)، وهذه التركيبات تتنافس معاً باستمرار من أجل الطاقة النفسية المتاحة "الليبدو (Libido) ويمكن توضيح علاقة النموذج الطبوغرافي بالنموذج التركيبي للشخصية في الشكل الآتي: (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ٤٦)



شكل (١) العلاقة بين البناء الطبوغرافي والتركيبي للشخصية

### ٣-٤-٣-٣ نظريات السمات:

أخذت البحوث العلمية في مجال السمات اتجاهين عبر التاريخ؛ اعتمد الاتجاه الأول والأقدم على لغة الطبيعة في وصف سمات الأشخاص، فمثلاً علم التنجيم لديه اثني عشر شخصية معتمدة على إشارات الشمس، أما الاتجاه الثاني اعتمد على استنتاج صفات متماثلة لدى الأشخاص يمكن تجميعها معاً لتشكيل السمات مثل الانبساطية والعصابية التي تم تحديدها في فترات زمنية مختلفة (Matthews et al., 2003, 8)؛ حيث يشير مفهوم السمات، ومفرداتها السمة "Trait"، إلى جوانب متنوعة من الشخصية تتضمن القدرات والدوافع والمزاج.. ويميل لتناول الجوانب المحددة أو الضيقة من الشخصية، وتمثل كل سمة بعداً متصلاً يمكن إدراكه ويمتد بين صفتين متناقضتين ويربط بينهما كاجتماعي ومنعزل، صادق وكاذب (داوود، ٢٠٠٤، ٢٤)، ويعرفها تايلور وآخرون أنها انتظام استجابة موقفية، ومع ذلك فهي ليست انتظاماً ثابتاً لا



يتغير ( تايلور وآخرون، ١٩٩٦، ٢٧٠)، كما يعرفها (Kassin,2004) أنها استعداد مستقر نسبياً للسلوك بطريقة معينة (Kassin,2004, 605). فتحاول هذه النظريات الكشف عن أقل عدد من السمات الأولية الأساسية، أو العوامل المستقلة التي يتكون منها بناء الشخصية. ومن السمات الأولية أو العوامل الأولية التي تم الكشف عنها: السيطرة -الخضوع، الذكورة - الأنوثة، والرصانة الانفعالية، الاندفاعية، الأنسنة بالناس، التأمل الفكري (راجح، ١٩٨٨، ١٠٩-١١٠)، واختلفت هذه السمات وتصنيفاتها تبعاً لنظريات عديدة تناولت دراسة سمات الشخصية، نستعرض فيما يلي أهمها:

### ٣-٤-٣-١ نظرية السمات لدى آلپورت Allport:

ميز آلپورت بين السمات الفردية بمقابل السمات المشتركة Individual versus common traits، والسمات الفردية هي تلك التي يمتلكها فرد معين والسمات المشتركة هي تلك التي يتشارك فيها عدد من الأفراد (Allport, 1937, 297-303)، و بعد أن تطورت نظريته احتفظ بمصطلح سمات مشتركة ليصف بها خصائص الجماعات، وغير المصطلح سمة فردية ليصبح الاستعداد الشخصي، وفي دراسة الاستعدادات الشخصية ميز بين:

الاستعدادات الرئيسية Cardinal dispositions: وهذه النزعات ذات تأثير ملحوظ على تصرفات الأفراد وبشكل يكاد يكون مستمراً ومتكرراً. وهي من وجهة نظر آلپورت نادرة وإن كان هناك من مشاهير التاريخ من تنطبق عليه هذه السمات أو النزعات الرئيسية، وفي مقدمتهم نابليون الذي يمكن وصفه بأنه يملك هذه النزعة للقوة والتسلط والسيطرة، والاستعدادات أو النزعات المركزية Central dispositions: وهي النزعة المميزة للفرد والتي تعمل على تزويده بالصفات أو العبارات التي قد يستخدمها في وصف الخصائص الرئيسية للفرد. ويرى آلپورت أن عدد النزعات المركزية هذه يتراوح من ٥ إلى ١٠ نزعات، والاستعدادات الثانوية Secondary dispositions: وهذه النزعات غالباً موقفية وليس لها تلك الأهمية الحاسمة والمؤثرة في تركيب الشخصية (إنجلر، ١٩٩١، ٢٢٧)، وتقترب السمات الثانوية من العادات والاتجاهات ولكنها لاتزال أكثر عمومية منها، وقد تشمل هذه على تفضيل الفرد لأنواع معينة من الملابس والأطعمة (جابر، ١٩٩٠، ٢٦٠).

### ٣-٤-٣-٢ نظرية كاتل Cattell:

حاول كاتل بعد عام ١٩٥٠ التوصل إلى تخطيط شامل للشخصية التي يرى أنها تتكون من ثلاثة جوانب أساسية، هي: الجانب الفكري المعرفي الذي يتكون من وحدات تكوينية موروثية كالذكاء والقدرات الخاصة، والجانب المزاجي الانفعالي ووحداته التكوينية الوراثية تتكون من الانفعالية العامة والصفات المزاجية الموروثة (عباس، ١٩٨٧، ٢٠)، وبهذا يتفق كاتل مع آلبرت بأن هناك سمات مشتركة يشارك فيها الأفراد جميعاً أو جميع أعضاء بيئة اجتماعية معينة. أما الجانب الثالث فهو سمات فريدة لا تتوافر إلا لدى فرد معين و لا يمكن أن توجد لدى أي فرد آخر، بل إن قوة السمة تختلف عند نفس الشخص من وقت لآخر (جابر، ١٩٩٠، ٢٩١).

### ٣-٤-٣-٣ نظرية آيزنك Eysenck:

#### ٣-٤-٣-٣-١ التنظيم الهرمي للشخصية

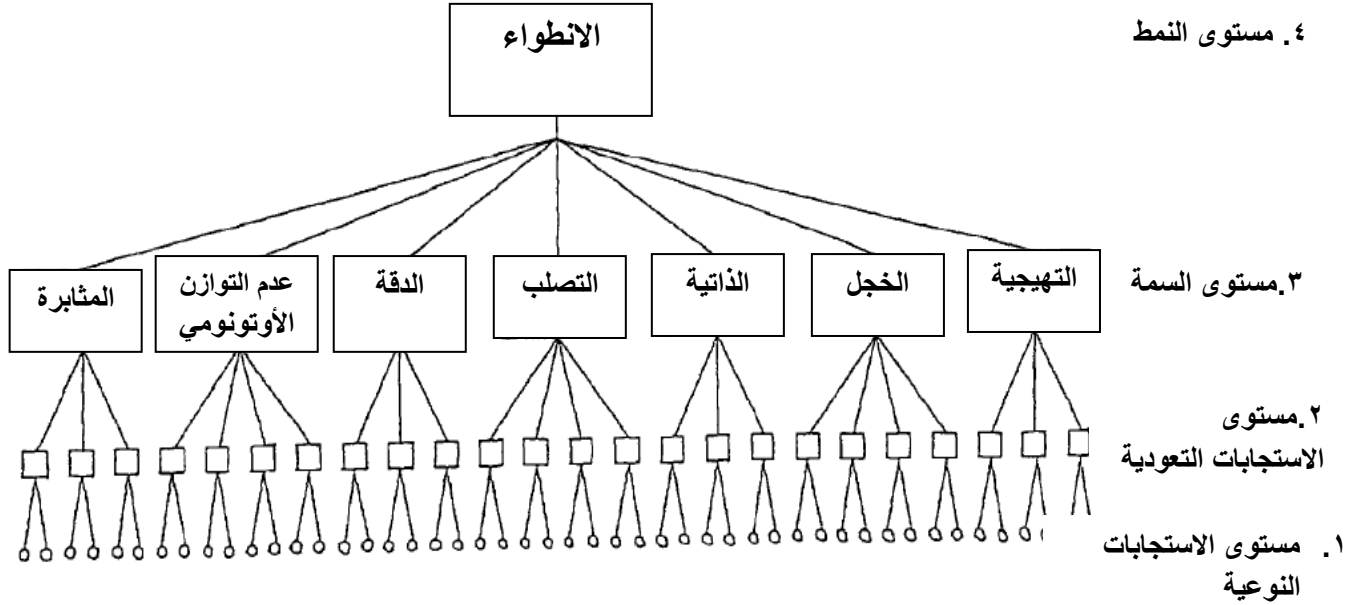
تشتمل الشخصية - من وجهة نظر آيزنك في أبعاد الشخصية- على جوانب ثابتة تضم الأفعال والقابليات المنظمة على شكل (تدرجي هرمي) Hierarchy. وتنظم في أربعة مستويات من التنظيم السلوكي تبدأ من أقلها عمومية إلى أكثرها.

ففي المستوى الأول: هناك الاستجابات النوعية Specific responses، وهي أفعال نوعية كالاستجابة لاختبار تجريبي أو لخبرة من الحياة اليومية وهي أمور ملاحظة، وقد تكون مميزة للفرد أو لا تكون.

المستوى الثاني: تنتظم فيه الاستجابات التعودية Habitual responses، وهي استجابات نوعية تميل إلى أن تتواتر وتكرر في ظل الظروف نفسها.

المستوى الثالث: تنتظم - في هذا المستوى- الأفعال التعودية في سمات Traits، والسمات مفاهيم بنائية نظرية تعتمد على الارتباطات الملاحظة بين عدد من الاستجابات التعودية، ويمكن النظر إليها بلغة المحلل العاملي بوصفها عوامل طائفية.

المستوى الرابع: تنتظم السمات في نمط Type عام، ويمثل الانطواء مثلاً في الشكل (٢). ويعتمد هذا التنظيم أيضاً على الارتباطات الملاحظة، وهي في هذا المستوى ارتباطات بين سمات متنوعة هي التي تكوّن مفهوم النمط (عبد الخالق، ١٩٩٦، ٦٥).



شكل (٢) تخطيط لمستويات تنظيم السلوك عند آيزنك

٣-٤-٣-٣-٢ أبعاد الشخصية عند آيزنك

يعتبر آيزنك نفسه عالماً نفسياً حذراً، وليس على استعداد لأن يصدر تعميمات أو حتى تقديرات عن الشخصية ما لم تكن في حدود نتائج بحوث قابلة للإعادة ضبطت متغيراتها إحصائياً (جابر، ١٩٩٠، ٣٢٧) وتعتبر نظريته إدماجاً وتطويراً لنظريتي الأنماط والسمات معاً وإعادة بنائهما على أسس علمية عصرية روعي فيها الاهتمام بالقياس لدقة المشاهدات لأنواع السلوك المختلفة، والمعالجة الإحصائية لدقة التعميم، وقد كشفت هذه المعالجة الإحصائية عن العوامل المستقلة الأولية التي لا يمكن ردها إلى أبسط منها، وسميت هذه العوامل بالمحاور الكبرى للشخصية (أبعاد أو سمات رئيسية) (الزيتي، ١٩٧٤، ٨٨).

قدم آيزنك منظماً للشخصية، فالعادات أساساً تقوم عليها سمات الشخصية وهذه بدورها تتجمع في أبعاد قليلة بناء على تحليل عاملي (سفيان، ٢٠٠٤، ٦٧) أدى إلى التوصل إلى الأبعاد التالية:

- أ. الانطواء Introversion في مقابل الانبساط Extraversion  
ب. العصابية Neuroticism في مقابل اللاعصابية none-Neuroticism  
ت. الذهانية Psychoticism في مقابل اللاذهانية Non-psychoticism (جابر، ١٩٩٠،  
٣٣٠).

وهذه الأبعاد تمثل أصول الاختلاف أو التباين في وصف الشخصية والسلوك، كما أنها تعتبر متغيرات مستقلة غير مرتبطة (عبدالله، ٢٠٠٠، ٢٠)، فيقول آيزنك: لا نستطيع أن نقول إن الانبساطي، بوجه عام، متفوق أو أدنى من الانطوائي: هما مختلفان فحسب ويحتفظ كل منهما بنطاق تفوقه أو تفوقها، ويقوم ببناء مصادر قواه أو قواها، والعمل على مقاومة ضعفه أو ضعفها (آيزنك وويلسون، ١٩٨٨، ١٧-١٨).

٣-٤-٣-٣-٢-١ الانبساط: يرجع استخدام هذا المصطلح بالمعنى السيكولوجي إلى القرن السادس عشر إلى كل من عالم النفس الانجليزي فيرنو جوردان F. Gordan والطبيب النفسي النمساوي أوتو جروس Otto Gross، وقد وضع كلاهما نظريات مشابهة كثيراً لنظرية يونج، واستخدم هيرمان رورشاخ H. Rorschach مصطلحي الانطوائي والانبساطي، ليؤكد أنهما لا يعبران عن حالات أو ظروف، ولكنهما يمثلان اتجاهات إلى طرق معينة من الفعل أو الإدراك. أما مصطلح الانبساط/ الانطواء عنده فينبغي أن تشير بها إلى غلبة باثولوجية لأحد هذه الميول على الآخر. والميلان المنبسط والمنطوي ليسا ضدّين ولكنهما فقط شكلان مختلفان جداً للنشاط العقلي، ومن الممكن أن يجمع بينهما شخص واحد أو يكون مفتقراً إلى كلا النوعين من الخبرة (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٣٨)، كما يعترف آيزنك بأسبقية يونج في توجيه الاهتمام لنموذج الانبساطي- الانطوائي، وهو يرى أن يونج استخدم هذين المصطلحين ليعين صفات شخصية معقدة جداً، لها علاقة ضئيلة بالسلوك الملاحظ (آيزنك وويلسن، ١٩٨٨، ١٠).

ويثبت آيزنك بعداً واحداً للانبساط- الانطواء، مبيناً أن الاندفاعية والاجتماعية هي سمتان مرتبطتان معاً ومع غيرهما، ومن خلال هذا الارتباط يتحدد عامل الانبساط بوصفه عاملاً وحدوياً Unitary (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٤٠).

فالمنبسط النموذجي شخص اجتماعي يحب الحفلات وله أصدقاء كثيرون، ويحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم، ولا يحب القراءة أو الدراسة منفرداً، ويسعى وراء الإثارة، ويتطوع لعمل أشياء ليس من المفترض أن يقوم بها، ويتصرف بسرعة دون تروٍّ، وهو شخص مندفع على وجه العموم، مغرم بعمل المقالب دون قصد شرير، وإجاباته دائماً حاضرة، يحب التغيير عادةً ويأخذ الأمور هوناً (ببساطة)، متفائل وغير مكترث، يحب الضحك والمرح، ويفضل أن يكون دائم النشاط والحركة، ويمكن القول أنه لا يسيطر على انفعالاته بدقة، ولا يعتمد عليه أحياناً (Vorkaic`, 2012, 29).

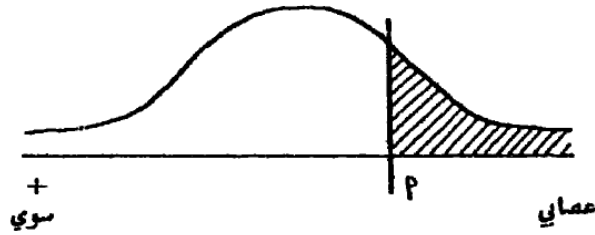
أما المنطوي النموذجي فهو شخص هادئ ومترو ومأمل، مغرم بالكتب أكثر من غيره من الناس، محافظ ومتباعد إلا بالنسبة لأصدقائه المقربين، وهو يميل إلى التخطيط مقدماً، أي أنه يترقب قبل أن يخطو أي خطوة ويتشكك في التصرف المندفع السريع، ولا يحب الإثارة، ويأخذ أمور الحياة اليومية بالجدية المناسبة ويحب أسلوب الحياة الذي تم تنظيمه بطريقة جيدة، ويضع مشاعره للضبط الدقيق، ويندر أن يسلك بأسلوب عدواني، ولا ينفعل بسهولة ويعتمد عليه، ويميل إلى التشاؤم، ويعطي أهمية كبيرة للمعايير الأخلاقية (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٤٢).

٣-٤-٣-٣-٢-٢ العصابية Neuroticism: يعرفه آيزنك بأنه انفعالية غير مستقرة وشديدة، تجعل الشخص ذا استعداد مسبق لتطويع أعراض عصابية في موقف الضغوط (الإرهاق) الشديدة (رضوان، ٢٠٠٧، ١٧٣)، فسمّة العصابية هي بين قطبي الاستقرار الانفعالي والانفعالية Stability/Instability، تتميز الشخصية الغير مستقرة انفعالياً بتقلب المزاج والقلق والتوتر والأرق والاكتئاب والحساسية، في حين أن الشخصية المستقرة يمكن الوثوق بها، هادئة تتميز بالثبات الانفعالي، ولديها الصفات القيادية، فليست العصابية هي الاضطراب ولا المرض، بل هي الاستعداد للإصابة بالعصاب (Vorkaic`, 2012, 29).

ويجب التمييز بعناية بين العصابية، أي عدم الاتزان الانفعالي الموروث الذي يهيئ الشخص ويجعله مستعداً لتكوين أعراض عصابية عند التعرض لضغط والإصابة في النهاية بانهيار عصبي، وبين العصاب وهو الذي ينتج عن فرض ضغط انفعالي على جهاز عصبي فيميل إلى الاستجابة عن طريق الأعراض العصابية، وقد يظهر العصاب عند شخص لديه درجة منخفضة

من عدم الاتزان الانفعالي بسبب ضغط بيئي قوي وشامل، وقد لا يظهر عند شخص آخر لديه استعداد شديد للعصاب بسبب عدم توفر الضغوط عليه (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٩٣).

العصابية إذاً بعد عاملي يكون متصلاً من السواء إلى الطرف العصابي، ومن السمات المميزة للطرف العصابي لهذا البعد: تقلب المزاج والأرق والعصبية ومشاعر النقص والقابلية للإثارة، ويشكو الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا البعد من أعراض نفسية جسدية كالصداع والاضطرابات الهضمية (تايلور وآخرون، ١٩٩٦، ٢٨٣)، في حين نجد في الطرف الثاني لهذا المحور أو البعد طرازاً من الأشخاص متزنين انفعالياً، ناجحين، متوافقين اجتماعياً، لا يعانون من صراعات سواء أكانت بين الشخص وبين نفسه أو بينه وبين البيئة المحيطة به (عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٦)، ويوضح الشكل متصل بعد العصابية.



الشكل (٣) متصل فرضي للعصابية

٣-٤-٣-٣-٣: **الذهانية:** يتصف الأشخاص الذين يظهرون وضوحاً مرتفعاً في سمات هذا البعد بالبرودة والقسوة والعدوانية التي تؤدي إلى نمط شخصية مضادة للمجتمع ومتمركزة حول الذات والتبذل. ويعتقد آيزنك هنا أيضاً بالأساس الوراثي لبعد الذهانية (رضوان، ٢٠٠٧، ١٧٣). وتوجد هذه السمة بدرجات متفاوتة لدى جميع الأفراد، وإذا وجدت بدرجة كبيرة، فإنها تهين الشخص وتجعله قابلاً لتطوير شذوذ نفسي (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٦٧١)، ويصف آيزنك الراشد الحاصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية بالصفات الآتية: منزو، لا يهتم بالآخرين، يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الإنسانية، تنقصه المشاعر والتعاطف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم، عدائي نحو الآخرين حتى نحو من يحبهم، يميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة، لا يكثر بالخطر (عبدالله، ٢٠٠٠، ٦٣)، ومع ذلك تعد حياة هذا الاستعداد بعيدة كثيراً عن الذهان الحقيقي، لأن نسبة صغيرة جداً من الناس الذين حصلوا على درجات ذهانية مرتفعة هم الذين ينتظر أن يكشفوا عن ذهان ما خلال مجرى حياتهم (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٦٧١). ويرى الأنصاري

أنه من المفيد استبعاد المصطلحات السيكاترية مثل العصابية والذهانية، وأن يستخدم بدلاً منها الانفعالية Emotionality والعقل الصلب Tough-mindedness، علماً أن آيزنك استخدم مصطلح العقل الصلب في كتابه سيكولوجية السياسة للإشارة إلى مجموعة من الاتجاهات التي لا ترتبط بمحور الراديكالية-المحافظة وتقابل الاتجاهات الدالة على العقل الصلب وتعارضها، وقد يؤدي مثل هذا الاستخدام للمصطلح إلى الخلط، لكن الأنصاري وجد ارتباطاً عالياً بين الدرجات المرتفعة على مقياس الذهانية والدرجات المرتفعة على "العقل الصلب" في أحد مقاييس الاتجاهات، فهناك إذن سبب قوي لاستخدام مصطلح العقل الصلب بوصفه بديلاً عن "الذهانية" (الأنصاري، ٢٠٠٢، ٦٧١).

حاول آيزنك تقديم تفسير بالاعتماد على الفروق الفردية في عمل الجهاز العصبي، فأشارت نظريته البيولوجية إلى أنّ الانبساطيين هم عرضة للتأثر بالعوامل المحيطة أكثر من الانطوائيين، وهم بحاجة إلى مزيد من التحفيز الخارجي ويكونون أكثر راحة في أجواء الإثارة، وبينت نظريته أيضاً أنّ الفرد العصابي يمكن أن يظهر الكثير من النشاط العصبي اللاإرادي في المواقف العصبية، فبعض الناس قلق للغاية ويبحث باستمرار عن علامات الخطر، ويمكن ملاحظة ذلك من الحركة السريعة للعين، أما السمة الثالثة الذهانية: فكان اقتراح آيزنك ارتباطها بهرمونات الذكورة (التستوستيرون على سبيل المثال) التي تؤثر على اندفاع الشخص (McRorie, 2009, 28)

## الفصل الرابع

### ٤- إجراءات البحث وأدواته

#### توطئة :

٤-١- منهج البحث.

٤-٢- المجتمع الأصلي .

٤-٣- اختيار عينة البحث.

٤-٤- أدوات البحث

٤-٥- الدراسة الاستطلاعية.

٤-٥-١ العينة الاستطلاعية

٤-٥-٢ دراسة صدق أدوات البحث

٤-٥-٣ دراسة ثبات أدوات البحث

٤-٦ إجراءات البحث

٤-٧ صعوبات البحث



#### ٤ - إجراءات البحث وأدواته

##### - توطئة:

يتناول الفصل الحالي إجراءات تنفيذ البحث ميدانياً متضمناً الدراسة الاستطلاعية وما أدت إليه من تعديل بعض بنود المقياس ونتائج دراسة صدق وثبات المقاييس المستخدمة، وذلك بالاستناد لتكرار الإجابة والنسبة المئوية للتقدير على بدائل الإجابة، مع الأخذ بعين الاعتبار درجات المتوسط والانحراف المعياري، كما يتناول الفصل الدراسة الميدانية الأساسية التي تهدف إلى التحقق من فرضيات البحث.

#### ٤-١ - منهج البحث:

بما أن الهدف الرئيس من هذا البحث دراسة العلاقة الارتباطية بين الاتجاه نحو المرض النفسي وسمات الشخصية وفق مقياس آيزنك للشخصية على عينة من ذوي المرضى نفسياً في مدينة دمشق وعينة من طلاب جامعة دمشق، فقد تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي والتحليلي فالمنهج الوصفي يشير إلى مجموعة واسعة من الفعاليات التي تشترك في كونها تهدف إلى وصف المواقف أو الظواهر (حمصي، ٢٠٠٣، ١٨٣)، وتهدف الدراسات الارتباطية إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات والمتغيرات (دويدار، ٢٠٠٦، ٨٣) للحصول على معلومات تصوّر الواقع بشكل دقيق قدر الإمكان.

#### ٤-٢ - المجتمع الأصلي:

يتألف المجتمع الأصلي من:

#### ٤-٢-١ مجتمع ذوي المرضى نفسياً:

يشمل مجتمع البحث ذوي المرضى نفسياً الذين يرتادون المستشفيات الحكومية في مدينة دمشق، وعددها ثلاثة مستشفيات، ولا توجد إحصائية عن عدد ذوي المرضى المرافقين للمرضى، لذلك تم الاستعانة بعدد المراجعين خلال ستة أشهر من ١ كانون الثاني ٢٠١٤ حتى ٣٠ حزيران ٢٠١٤ حسب تقارير المستشفيات الثلاثة موضحة في الجدول التالي:

الجدول (١) يبين عدد المرضى نفسياً

عدد المراجعين	مستشفى المواساة	مستشفى ابن رشد	مستشفى المجتهد	المجموع
٩٦	٢٨١٨	١٢٥٦	٤١٧٠	

علماً أنّ هذا الرقم لا يمثل المجتمع الأصلي لذوي المرضى، لأن بعض المرضى يراجعون العيادة النفسية دون مرافق.

#### ٤-٢-٢ مجتمع الطلاب

يتألف مجتمع الطلاب من طلاب السنوات الأخيرة في كليات التربية، والآداب، والإعلام والاقتصاد والزراعة والحقوق والعلوم والفنون الجميلة والهندسة المعمارية والهندسة المدنية والهندسة المعلوماتية، والهندسة الكهربائية والميكانيكية، وقد بلغ عددهم بحسب إحصائية رئاسة الجامعة لطلاب كليات جامعة دمشق عام ٢٠١٣-٢٠١٤ (٣١٧٨٣) طالباً وطالبة منهم ٤٨٤٠ من الذكور و ١٦٩٤٣ من الإناث، كما يوضحها الجدول (٢). انظر الملحق (٣)

الجدول (٢) أعداد طلاب السنوات الأخيرة بحسب الجنس ونوع الكلية في جامعة دمشق للعام الدراسي ٢٠١٣-

٢٠١٤

المجموع	الكليات التطبيقية		الكليات النظرية		
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
١٤٨٤٠	١٩,٥	٦٢١٤	٢٧,٠٦	٨٦٢٦	ذكور
١٦٩٤٣	١٤,٢٤	٤٥٣٨	٣٨,٩٢	١٢٤٠٥	إناث
٣١٨٧٣	٣٣,٧٤	١٠٧٥٢	٦٥,٩٨	٢١٠٣١	المجموع

#### ٤-٣-٣ اختيار عينة البحث:

تألفت عينة البحث الكلية من: العينة الأولى (ذوي المرضى)، والعينة الثانية (الطلاب) وتم اختيارها كعينة عرضية؛ وهي عينة عشوائية ومستقلة تسحب من فئة مناسبة أو متوفرة، فالفئة المختارة ليست أفضل الفئات بل أكثرها توفراً (حمصي، ٢٠٠٣، ١١٩).

تم تطبيق استمارة البحث المكونة من مقياس آيزنك للشخصية ومقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على أفراد العينة الأولى في المراكز المستهدفة بالبحث، سواء كان المريض مقيماً أم مراجعاً للعيادة الخارجية في المستشفى، وبلغ عدد أفرادها ١٥٠ شخصاً من ذوي المرضى

نفسياً، تتراوح أعمارهم بين (١٩ و ٧٣) سنة، وكانوا على صلة قريى بالمريض (أب، أم، أخ، أخت، زوج أو زوجة، ابن أو ابنة، عم، عمه).

كما تم تطبيق استمارة البحث على أفراد المجموعة الثانية (طلاب السنوات الأخيرة) في كليات جامعة دمشق ضمن مدينة دمشق، فشملت العينة ١١٦٤ طالباً وطالبة من الكليات المستهدفة بالبحث، واشترط في عينة الطلاب ألا يكون في أسرته مريض نفسي، وفي حال تواجده تم اعتباره المستجيب من عينة ذوي المرضى نفسياً.

#### ٤-٤ أدوات البحث:

لتحقيق الهدف المرجو من البحث تم استخدام الأدوات التالية :

#### ٤-٤-١-١ مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي:

#### ٤-٤-١-١-١ خطوات تصميم المقياس:

اطّلت الباحثة على الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الاتجاهات نحو المرض النفسي

مثل:

- استبانة قياس الاتجاهات نحو المرض النفسي (عثمان، ١٩٩٨).
- استبانة اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطينيين (وافي، ٢٠١٢).
- استمارة اتجاهات المجتمع نحو موضوعات متعلقة بالمرض النفسي وعمل الأخصائي النفسي العيادي بجامعة الوادي (غري، ٢٠١١).
- مقياس الاتجاه نحو الطب النفسي (المنصوري، ٢٠٠٦).
- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي (شقيير، ٢٠٠٢).
- استبيان يغطي معتقدات التمييز و الحط من قيمة الأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي، أعدّه لينك (Link, 1987).
- مقياس CAMI.

٤-٤-١-٢- وصف المقياس :

يشتمل المقياس في صورته النهائية على ٤٠ عبارة عن الاتجاه نحو المرض النفسي، تمت فيه مراعاة تنوع الصياغة اللفظية للعبارة، كما تمت صياغتها بالاتجاهين السالب والموجب نحو المرض النفسي، وتضمن المقياس مكونات ثلاثة هي: المكون الانفعالي والمكون الاستعرافي والمكون السلوكي وتوزعت البنود وفق الجدول التالي، وعلماً أن إشارة (-) تدل على الاتجاه السلبي للعبارة

الجدول (٣) يبين توزيع بنود المقياس وفق المكونات الثلاثة

بنود المكون														رمزه	المكون	
٤٠-	٣٩-	٣٦-	٣٣	٣٠	٢٧	٢٤-	٢٢-	١٩-	١٦-	١٣	١٠-	٧	٤	١-	A	المكون الانفعالي
		٣٧-	٣٤-	٣١-	٢٨-	٢٥-	٢١-	٢٠	١٧-	١٤-	١١-	٨	٥-	٢-	C	المكون الاستعرافي
			٣٨-	٣٥	٣٢	٢٩-	٢٦	٢٣-	١٨	١٥	١٢-	٩-	٦	٣	B	المكون السلوكي

أعطيت العبارة الإيجابية من عبارات المقياس الدرجات (٤، ٣، ٢، ١، صفر) وفقاً لدرجة

الموافقة على العبارة، والعكس (صفر، ١، ٢، ٣، ٤) للعبارة السلبية وفق الجدول (٤)

الجدول (٤) يبين درجات كل من العبارات السلبية والإيجابية وفقاً لبدائل الإجابة

العبارة	الدرجة	أوافق بشدة	أوافق	غير محدد	غير موافق	غير موافق بشدة
العبارة الإيجابية	٤	٣	٢	١	٠	
العبارة السلبية	٠	١	٢	٣	٤	

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (صفر و ١٦٠) وبذلك تعبر الدرجة المرتفعة على

المقياس عن اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي.

وقد تنوعت عبارات المقياس لتشمل: الاتجاه نحو المرض النفسي، والاتجاه نحو العلاج

النفسي والدوائي، والاتجاه نحو المعالج النفسي ومكان العلاج. انظر الملحق (٢).

٤-٤-٢- مقياس آيزنك للشخصية:

تم استخدام مقياس آيزنك المقنن على البيئة السورية (رضوان، ١٩٩٩).

٤-٤-٢-١ وصف المقياس

أجرى رضوان عام ١٩٩٩ تقنياً لمقياس آيزنك على البيئة السورية على عينة مؤلفة من (٨٠٠) طالب وطالبة من كليات جامعة دمشق المختلفة، وتوصل إلى الصورة الأخيرة التي تتألف من ٦٨ بنداً، يجاب عليها بنعم أو لا، تتوزع هذه البنود على الأبعاد الثلاثة الأساسية للشخصية، الانبساطية و العصابية والذهانية بالإضافة إلى مقياس الكذب (رضوان، ١٩٩٩)، وأظهرت الدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس الموضحة في الجدول التالي:

جدول (٥) يبين معاملات ألفا للمقاييس الفرعية لمقياس آيزنك

العينة ككل (ن=٨٠٠)	
الكذب	٠,٧٢
العصابية	٠,٧٨
الانبساطية	٠,٧٩
الذهانية	٠,٦٠

٤-٥ الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية على عينة صغيرة قبل القيام بتطبيق البحث بهدف اختبار أساليب البحث المناسبة من حيث وضوحها وملاءمتها للعينة (ضيف، ٢٠٠٣، ٨٠)

تم تطبيق المقياسين (آيزنك للشخصية ومقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي) على عينة مكونة من ٥٧ من ذوي المرضى و ٥٠ من الطلاب الجامعيين، بهدف معرفة أهم الصعوبات التي يمكن أن تنشأ أثناء تطبيق المقياس ومحاولة تفادي هذه الصعوبات. فاستغرقت الإجابة على الاستمارة كاملة وقتاً بلغ متوسطه (٣٠) دقيقة، وتم تقدير معاملات التمييز للبنود، وبلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي (٠,٦٦)، وبناء عليه عدلت بعض البنود ذات الدلالة التمييزية الضعيفة التي تقل عن من ٠,٣٠. بالإضافة للبنود التي تم طرح العديد من التساؤلات حول دلالتها، وتم عرضها على مجموعة من المحكمين لإبداء الرأي ولتقديم تعديلات مناسبة. وهذه العبارات موضحة في الجدول التالي:

الجدول (٦) يبين البنود ذات الدلالة التمييزية الضعيفة و التي تكرر طرح السؤال حولها وتعديلاتها

رقم البند	العبارة قبل التعديل	الدلالة التمييزية	اتجاه الإجابة	النسبة المئوية	بعد التعديل
٢	أعتقد أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية	-٠,٠٤	غير موافق	٥٥%	أرى أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية وإن تحسنت حالته
٨	المريض النفسي كغيره من المرضى	٠,٠٠	موافق	٦٠%	أرى أن للمريض النفسي الحق كغيره في العلاج والرعاية الصحية
١٢	لا أرى مشكلة في مرافقة المريض النفسي في زيارة عائلية	-٠,١٢	موافق	٦٠%	أرفض مرافقة مريض نفسي في زيارة عائلية
١٣	أتزوج من شخص تعالج من مرض نفسي قبل أن أتعرّف إليه	-٠,١٨	موافق	٦٠%	أقبل الزواج من مريض نفسي تماثل إلى الشفاء
١٦	لا يخيفني المريض النفسي	٠,١٩	موافق	٨٠%	أشعر بالخوف عند مقابلة المريض النفسي
١٧	أعتقد أن المرض النفسي صعب العلاج	٠,٠٥	موافق	٤٥%	أرى أنه لافائدة من محاولات علاج المريض النفسي
١٩	لا يخيفني أن أكون مريضاً نفسياً	-٠,١٩	موافق	٧٠%	أخاف أن أصاب بمرض نفسي
٢٣	لا أرى مشكلة في زيارة المرضى النفسيين	٠,٠١٠	موافق	٦٥%	أرفض الذهاب لزيارة المرضى النفسيين في منازلهم
٢٦	لأمانع مشاركة المرضى نفسياً في نشاطاتهم	٠,٠١٩	موافق	٩٥%	أشارك المرضى نفسياً بالنشاطات الاجتماعية(المناسبات والأفراح والأحزان)
٣٢	يمكنني زيارة مريض نفسي في المستشفى	٠,١١	موافق	٨٥%	يمكن أن أزور أحد الأقارب أو الأصدقاء المصابين بمرض نفسي في المستشفى
٣٤	أعتقد أن الزواج بالمريض النفسي يؤدي حتماً لإنتاج أولاد مرضى نفسياً	-٠,٠٣٥	غير محدد	٥٠%	أرى أن الزواج بمريض/مريضة نفسياً يمكن أن يؤدي لإنتاج أولاد مرضى نفسياً
٣٥	أقبل المريض النفسي	٠,٠٣٢	موافق	٩٥%	أقبل المرض النفسي كغيره من الأمراض الجسدية

٤-٥-١ العينة الاستطلاعية: تم تطبيق أداة البحث المكونة من استبانة الاتجاه نحو المرض النفسي ومقياس آيزنك على عيّنتين استطلاعتين، عينة من ذوي المرضى تكونت من ٥٧ شخص ١٦ ذكور و ٤١ إناث. والعينة الثانية تمثلت بـ ٥٠ طالب وطالبة من طلاب كلية التربية، وذلك بهدف إجراء الدراسة السيكومترية والتأكد من صدق الأدوات وثباتها وسيتم تناول إجراءات الدراسة لكل مقياس بالتفصيل فيما يلي.

#### ٤-٥-٢ دراسة صدق أدوات البحث

٤-٥-٢-١ دراسة صدق مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على عينة ذوي المرضى نفسياً:

#### ٤-٥-٢-١-١ صدق المحتوى Face validity

وهو مدى تمثيل محتوى الاختبار للنطاق السلوكي الشامل Universe للسمة المراد الاستدلال عليها، إذ يجب أن يكون المحتوى ممثلاً تمثيلاً جيداً لنطاق المفردات الذي يتم تحديده مسبقاً (علام، ٢٠٠٢، ١٩٠)، وقد تم التأكد منه من خلال عرض المقياس على المختصين، لتحديد عبارات المقياس ومدى تمثيلها للصفة المراد قياسها، فتم إضافة فقرات أخرى أو حذف البعض منها، وكان عددهم عشرة محكمين من الخبراء والمختصين في مجال التربية وعلم النفس والقياس والتقويم والإرشاد النفسي، من جامعة دمشق (انظر الملحق ١)، ثم تم إجراء الخطوات التالية بعد عرض المقياس على المحكمين:

تم العمل بالتعديلات التي أوردتها السادة المحكمين، بعد موافقة أكثر من نصفهم، إلى أن تم إخراج المقياس بالصورة المناسبة، فكانت نسبة الاتفاق عالية على بعض العبارات، وتم حذف بعض العبارات، وتعديل صياغة عدد من العبارات ويوضح الجدول التالي (٧) بعض التعديلات بنهاية مرحلة التحكيم (انظر الملحق (٤))

الجدول (٧) بعض التعديلات في نهاية مرحلة التحكيم

المكون	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
المكون الانفعالي	أقبل الزواج بشخص عانى من مرض نفسي وتعالج قبل أن أتعرّف إليه	أتزوج من شخص تعالج من مرض نفسي قبل أن أتعرّف عليه
	أعتقد أن المريض النفسي وإن تحسّن غير مهياً لتحمل المسؤولية	أشعر أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية حتى وإن تحسنت حالته
المكون الاستعرافي	من الخطأ أن يلجأ المريض النفسي للعرافين والمشعوذين لحل مشكلاته النفسية .	من الأفضل أن يلجأ المريض النفسي إلى الشيوخ لحل مشكلاته النفسية
	أعتقد أن الأزمات الشديدة هي فقط التي تحتاج إلى العلاج النفسي.	أرى أن الذين يعانون من الأمراض النفسية الشديدة هم فقط يحتاجون للعلاج النفسي
المكون السلوكي	أميل لقراءة الأخبار المتعلقة بالأمراض النفسية.	أميل لقراءة المواضيع المتعلقة بالأمراض النفسية
	لا أسمح لأحد بدخول غرفة المريض النفسي إن وجد في المنزل	لا أسمح لأحد بالتحدث مع المريض النفسي في أسرتي (إن وجد)

ثم تمت إعادة ترتيب العبارات في المقياس بحيث خلطت بنود الأبعاد الثلاثة، وتم إعداد التقديم والتعليمات الخاصة بالمقياس، وروعي فيها الوضوح والاختصار، وبعد إجراء التعديلات التي انتهت إليها دراسة المحكمين، قامت الباحثة بتطبيق الأداة (المؤلفة من مقياس الاتجاهات ومقياس آيزنك لسمات الشخصية) على العينة الاستطلاعية.

تعد دراسة الصدق والثبات شرطاً ضرورياً وأساسياً للتحقق من صلاحية أي أداة، ولتحقيق ذلك تم التحقق من اعتدالية توزيع درجات أفراد عينة الصدق والثبات، فكانت نتائج دراسة اعتدالية التوزيع للدرجات بالنسبة لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي كما هي موضحة في

الجدول (٨)



الجدول (٨) يبين الإحصاء الوصفي واعتدالية التوزيع للدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

عينة الصدق والثبات						اعتدالية توزيع درجات الأفراد عينة البحث
خطأ المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	التفطح	الالتواء	قيمة P الاحتمالية لاختبار سميرونوف	
١,٣٣	١٠,٠٣	٩٦,٥١	١,٩٢١	٠,٨٧٦	*٠,٢٠٠	الدرجة الكلية مقياس الاتجاهات
٠,٦٠٢	٤,٥٤٢	٣١,٧٤	٢,٢٩١	٠,٧٩٤	٠,٠٠٩	بعد الاتجاهات الاستعرافية
٠,٤٥٧	٣,٤٥٢	٢٧,٦٣	٠,٢٣٨-	٠,١١٣	*٠,٢٠٠	بعد الاتجاهات السلوكية
٠,٦٢٣	٤,٧٦	٣٧,١٤	٠,٥٢٣	٠,١٦٩	*٠,٩٨٠	بعد الاتجاهات الانفعالية

من الجدول (٨) نلاحظ أن قيم P الاحتمالية لاختبار سميرونوف هي أكبر من مستوى الدلالة ٠,٠٥ بالنسبة للدرجة الكلية ومقاييس الاتجاهات السلوكية والانفعالية على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي. في حين كان التوزيع حسب اختبار سميرونوف لباقي المقاييس غير دال. وعند النظر لقيم الالتواء التي تقع ضمن المدى (١-،١+)، و لقيم التفطح التي تقع ضمن المدى (٣-،٣+) فإن جميعها تقدم مؤشراً يقترح من اعتدالية التوزيع لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي.

#### ٤-٥-٢-١-٢ الاتساق الداخلي Internal Consistency:

وقد تم قياسه بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجات المقاييس الفرعية، وهي موضحة في الجدول (٩):

الجدول (٩) يبين معاملات الارتباط بيرسون للاتساق الداخلي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

الدرجة الكلية	الانفعالية	السلوكية	الاستعرافية
الدرجة الكلية	١		
المكون الانفعالي	١	**٠,٧٤٠	
المكون السلوكي		١	**٠,٧٧٩
المكون الاستعرافي			١
		**٠,٣٥٤	**٠,٣٤٨

\*\* دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١ .

يلاحظ من الجدول (٩) أن معاملات الارتباط الداخلي بيرسون بين الدرجة الكلية وبين كل من المقاييس الفرعية دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١، وتقدم مؤشراً لصدق الارتباطات الداخلية للمقياس.

#### ٤-٥-٢-١-٣ الصدق التمييزي Discriminate Validity

وهذا النوع من الصدق يركز على تمييز المقياس بين مجموعات مختلفة لكل منها خصائصها، كأن يميز بين الذكور والإناث، أو بين الفئات العمرية الصغيرة والكبيرة، أو ذوي الدرجات المرتفعة وذوي الدرجات المنخفضة على اختبار معين؛ حيث تم حساب الصدق التمييزي، فتم ترتيب جميع الأفراد ترتيباً تنازلياً ثم تم أخذ نسبة ٢٥% من ذوي الدرجات العليا وعددهم ١٤، و ٢٥% من ذوي الدرجات الدنيا وعددهم ١٤ أيضاً؛ حيث بلغ العدد الكلي ٢٨، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (١٠) يبين الصدق التمييزي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

P	قيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة ت ستيودنت	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعتان الطرفيتان	
٠,٠٠٠	١٣	٤,٩٣٩		٢,٥٩	٨٤,٥٧	مجموعة أدنى الدرجات ن=١٤	الاتجاهات
				٨,٠٨	٩٥,٧٩	مجموعة أعلى الدرجات ن=١٤	
٠,٠٠١	١٣	٤,٢٣٤-		٣,٢٧	٢٧,٥٠	أدنى الدرجات	الاتجاه الاستعرافي
				٤,٩٢	٣٣,١٤	أعلى الدرجات	
٠,٠٠٢	١٣	٣,٧٨٥-		٢,٤١	٢٤,٥٠	أدنى الدرجات	الاتجاه السلوكي
				٤,١٧	٢٩,٧٩	أعلى الدرجات	
٠,٠٠٠	١٣	٧,١١٥-		٣,١٨	٣٢,٥٧	أدنى الدرجات	الاتجاه الانفعالي
				٢,٧٥	٤٣,٢١	أعلى الدرجات	

ومن الجدول (١٠) يتبين أن قيم ت ستيودنت وقيم p الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة ٠,٠٥، وبهذا نستطيع رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة: بأن هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين مجموعتي أعلى الدرجات وأدناها على لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي،

وهذا يعني أن الاختبار يستطيع أن يفرق بين المستويين القوي والضعيف، مما يقدم مؤشراً على صدقه.

٤-٥-٢-٢ دراسة الصدق لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على عينة الطلاب:

#### ٤-٥-٢-١ الصدق التلازمي Concurrent validity

ويقصد به مدى الارتباط بين درجة الفرد على الاختبار والأداء الفعلي لهذا الفرد على السمة أو القدرة أو الجانب موضع القياس، ويتم استخدام محك في هذا النوع من الصدق (دويدار، ٢٠٠٦، ١٧٢).

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة على المقياس الحالي وبين مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي (شقيير، ٢٠٠٢) الذي تميز بمؤشرات صدق دالة إحصائياً؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٩١).

ويوضح الجدول التالي نتائج دراسة اعتدالية التوزيع لإجابات الطلاب على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي بمقاييسه الفرعية الثلاثة، ومقياس (شقيير، ٢٠٠٢) للاتجاهات نحو المرض النفسي.

الجدول (١١) اعتدالية توزيع درجات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المعد والمقياس الثاني

عينة الصدق والثبات			المقياس
التفطح	الالتواء	قيمة P الاحتمالية لاختبار سميرونوف	أو المقياس الفرعي
٠,٨٤٣	٠,٣٩٦	*٠,٢	الدرجات الكلية لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي
٠,٧٨٢-	٠,٢٢٤-	*٠,٢	الدرجة الكلية لمقياس شقيير
٠,٦٣١	٠,٥٥٣	*٠,٢	الدرجة الكلية لمقياس المكون الانفعالي
٠,٤٣٠-	٠,٠٠٢-	*٠,٢	الدرجة الكلية لمقياس المكون الاستعرافي
٠,٠١٦-	٠,٠٨٣	*٠,٢	الدرجة الكلية لمقياس المكون السلوكي

من الجدول (١١) يتبين أن قيم  $P$  الاحتمالية لاختبار سيمونوف من مستوى الدلالة  $0,05$ ، بالنسبة للدرجة الكلية والمقاييس الفرعية، وأيضاً يتبين أن قيم الالتواء تشير إلى الاقتراب من اعتدالية التوزيع على اعتبار أنها تقع ضمن المدى  $(+1, -1)$ ، وكذلك قيم التفلطح تقع بين  $(+3, -3)$ ، فهي تدعم اعتدالية التوزيع .

جدول (١٢) يبين معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية للمقياس المعد والمقاييس الفرعية ومقياس شقير

المقياس	الدرجة الكلية للمقياس المعد	الدرجة لمقياس المكون الانفعالي	الدرجة لمقياس المكون الاستعرافي	الدرجة لمقياس المكون السلوكي
الدرجة الكلية لمقياس شقير	**٠,٧٣٣	**٠,٦٩٣	**٠,٦١١	**٠,٦١٩

ويلاحظ من الجدول (١٢) أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية في كلا المقياسين ذات دلالة إحصائية وتبلغ  $0,73$  وهو ارتباط دال ومرتفع، وإن معاملات الارتباط بين مقياس (شقير، ٢٠٠٢) والمقاييس الفرعية للمقياس المعد ذات دلالة إحصائية وتراوحت بين  $0,61$  و  $0,69$  .

#### ٤-٥-٢-٢-٢ الاتساق الداخلي Internal consistency:

وقد أظهرت معاملات ارتباط الدرجة الكلية للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية للمقياس دلالة إحصائية، يوضحها الجدول التالي:

جدول (١٣) يبين معاملات الارتباط بيرسون للاتساق الداخلي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

المكون	الدرجة الكلية للمكون الانفعالي	الدرجة الكلية للمكون الاستعرافي	الدرجة الكلية للمكون السلوكي
الدرجة الكلية للمقياس	**٠,٩٣٩	**٠,٨٧٤	**٠,٨١١

تشير \*\* إلى أن معامل الارتباط دال عند مستوى الدلالة  $0,01$  .

يلاحظ من الجدول (١٣) أن معاملات الارتباط الداخلي بيرسون بين الدرجة الكلية و المقاييس الفرعية لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي دالة إحصائية ويمكن الوثوق بها عند مستوى الدلالة  $0,01$ ، فالمقياس يتمتع بقدر عالٍ من الصدق الداخلي المتمثل بمعاملات الارتباط السابقة.

٤-٥-٢-٣ الصدق التمييزي Discriminate Validity :

تم حساب الصدق التمييزي على عينة من الطلاب قوامها (٥٠ طالباً وطالبة)، وتم أخذ (٣٣%) من العينة ممن حصلوا على درجات عليا، فكان عددهم ١٥ طالباً وطالبة، و ٣٣% من العينة ممن حصلوا على درجات دنيا وكان عددهم ١٥ طالباً وطالبة، وبحساب الفروق بين مجموعتي أعلى الدرجات وأدناها، تم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول (١٤) يبين الصدق التمييزي لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

المجموعتان الطرفيتان	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت ستودنت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مجموعة أدنى الدرجات	٧٨,٨٧	٩,٦٢٨	١٩,٣٥٨٨	١٤	٠,٠٠٠
مجموعة أعلى الدرجات	١١٤,١٣	٩,٣٨٧			

من الجدول (١٤) يتبين أن قيمة ت ستودنت باعتبارهما مجموعتان ينتميان لمجتمع أصلي واحد فإن قيمة ت ١٩,٣٥٩ ودرجة الحرية ١٤ ومستوى الدلالة أقل من ٠,٠٥، وبالتالي للمقياس صدق تمييزي يدعم الصدق البنوي .

٤-٥-٢-٣ دراسة الصدق لمقياس آيزنك على عينة ذوي المرضى

الجدول (١٥) يبين الإحصاء الوصفي واعتدالية توزيع الدرجات على مقياس آيزنك

عينة الصدق والثبات						اعتدالية توزيع درجات الأفراد عينة البحث
خطأ المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	التفطح	الالتواء	قيمة P الاحتمالية لاختبار سميرونوف	
٠,٦٤	٤,٨٩١	٣٦,٤٢	١,٠٢٨	٠,٨٣٨-	٠,٠٤٧	الدرجة الكلية مقياس آيزنك
٠,٤٠٢	٣,٠٣	٨,٤٩	٠,٣٦٨-	٠,٣١٨-	*٠,٢٠٠	بعد السمات العصابية
٠,٢٠٤	١,٥٣	٣,٩١	٠,٠٠٤	٠,٣٣٥	٠,٠١٠	السمات الذهانية
٠,٤١٦	٣,١٤	١١,٦٥	٠,١٦٧	٠,٨٤٤-	٠,٠٠١	الانبساطية
٠,٣٦	٢,٥٦	١١,٣٩	٠,٢٤٨	٠,٢٨٠	٠,٠١٢	الكذب

من الجدول (١٥) يتبين أن قيمة P الاحتمالية لاختبار سميرونوف وهي أكبر من مستوى الدلالة ٠,٠٥ بالنسبة لدرجة بعد العصابية في مقياس آيزنك لسمات الشخصية. في حين كان التوزيع حسب اختبار سميرونوف لباقي المقاييس غير دال. وعند النظر لقيم الالتواء التي تقع ضمن المدى (١-،١+)، و قيم التفطح التي تقع ضمن المدى (٣-،٣+)، يتبين أن جميعها تقدم مؤشراً يقترب من اعتدالية التوزيع لمقياس آيزنك.

Discriminate Validity الصدق التمييزي ١-٣-٢-٥-٤

الجدول (١٦) يبين الصدق التمييزي لمقياس آيزنك

P	قيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة ت ستودنت	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعتان الطرفيتان	
٠,٣٩٧	١٣	٨,٨٧٥-	٦,٤٣	٣٤,٤٣	١٤=ن	مجموعة أدنى الدرجات ن=١٤	الدرجة الكلية
			٥,٤١	٣٦,٢٩	١٤=ن		
٠,٠٠٠	١٣	٥,١٢٣-	٢,٣٨	٨,٨٦		أدنى	العصابية
			١,٠٩	١٢,١٤		أعلى	
٠,٠٣٨	١٣	٢,٣٠٨-	١,٦٠	٤,٥٧		أدنى	الذهانية
			١,٠٥	٥,٧٩		أعلى	
٠,٠٠٠	١٣	٥,٣٣٩	٢,٩٢	١٢,٥٧		أعلى	الانبساطية
			٢,٢٢	٧,٢١		أدنى	
٠,٠٠٠	١٣	٩,٣٠-	١,٤٢	٨,٢١		أدنى	الكذب
			١,٤٦	١٥,١٤		أعلى	

بالنظر للجدول (١٦) نلاحظ أن قيم ت ستودنت و P الاحتمالية للفروق بين مجموعتي أعلى وأدنى الدرجات أصغر من ٠,٠٥ لأبعاد مقياس آيزنك كافة والدرجة الكلية، أي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية مما يشير للدلالة التمييزية بين المجموعتين .

في حين كانت أكبر قيم ت ستودنت و P الاحتمالية للفروق بين مجموعتي أعلى وأدنى من ٠,٠٥ لدرجته الكلية مما يشير الى قبول الفرضية الصفرية لا يوجد فروق بين مجموعتي أعلى وأدنى الدرجات لمقياس آيزنك يمكن تفسير ذلك بأن مقياس آيزنك يركز على الدرجات الفرعية.

٤-٢-٥-٤ دراسة صدق مقياس آيزنك على عينة الطلاب

Discriminate Validity الصدق التمييزي ١-٤-٢-٥-٤:

تم حساب الصدق التمييزي على العينة الاستطلاعية من الطلاب التي كان قوامها ٥٠ طالباً وطالبة، تم ترتيب جميع الأفراد ترتيباً تنازلياً ثم قُسم هؤلاء الأفراد إلى قسمين: قوي

وضعيف، يمثلان مجموعة أعلى الدرجات وأدناها وبنسبة ٣٣% أي ١٥ طالباً وطالبة في مجموعة أعلى الدرجات و ١٥ في مجموعة أدنى الدرجات، وبحساب الفرق ت ستيودنت بين مجموعتي أعلى وأدنى الدرجات تم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول ١٧.

الجدول (١٧) يبين الصدق التمييزي لمقياس آيزنك

المجموعتين الطرفيتين	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت ستيودنت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مجموعة أدنى الدرجات	٤١,٥	٣,٠٨	٣٥,٨٥٦	١٤	٠,٠٠٠
مجموعة أعلى الدرجات	٢٨,٦	٣,١٣٦			

من الجدول (١٧) يتبين أن قيمة ت ستيودنت تساوي (٣٥,٨٥٦) ومستوى دلالتها ٠,٠٠ أقل من ٠,٠٥ وبهذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، أي: هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي أدنى وأعلى الدرجات، مما يقدم مؤشراً على قدرة الاختبار التمييزية وهو مؤشر على الصدق البنوي (ميخائيل، ٢٠٠٥، ١٦٢).

#### ٤-٥-٣ دراسة ثبات أدوات البحث

٤-٥-٣-١ دراسة ثبات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على عينة ذوي المرضى نفسياً.

٤-٥-٣-١-١ ثبات معامل الاتساق الداخلي **Internal-Consistency**: بتقدير قيمة معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس والمقاييس الفرعية التي تتكون منها أدوات البحث على عينة مكونة من ٥٧ شخصاً.

الجدول (١٨) يبين قيم معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ للدرجة الكلية والمقاييس الفرعية

مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي				
الدرجة الكلية	المكون الاستعرافي	المكون السلوكي	المكون الانفعالي	
٠,٦٧	٠,٦٦	٠,٥٨	٠,٦٢	ألفا كرونباخ (الاتساق الداخلي)

ونلاحظ من الجدول (١٨) أن معاملات ثبات-الاتساق الداخلي- ألفا كرونباخ لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي تراوحت بين (٠,٥٨ - ٠,٦٧) وهي مؤشرات يمكن الوثوق بها لثبات المقياس .

#### ٤-٥-٣-١-٢ الثبات بالتجزئة النصفية للمقياس Spilt-half:

نظراً لصعوبة إعادة تطبيق الأداة على العينة ذاتها من ذوي المرضى، لعدم تواجد المراجعين من ذوي المرضى بعد ١٥ يوم (لحساب الثبات بالإعادة) تم حساب الثبات بالتجزئة النصفية، بتقسيم البنود إلى بنود فردية وأخرى زوجية، و حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان براون، ومعامل جوثمان للارتباط بالتجزئة النصفية، فبلغ معامل ارتباط سبيرمان (٠,٦٦) و جوثمان (٠,٦٦)، وهما معاملا ارتباط دالان يمكن الوثوق بهما.

#### ٤-٥-٣-٢-٢ دراسة ثبات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي على عينة الطلاب.

#### ٤-٥-٣-٢-١ الثبات بالإعادة Test- retest:

يعرف الثبات بأنه، استقرار درجات المقياس وعدم تناقضه مع نفسه، أي أن المقياس يعطي نفس النتائج باحتمال متساوٍ لقيمة المعامل إذا ما أعيد تطبيقه على نفس العينة (عبد الفتاح عز، ٢٠٠٩، ٥٦٠).

تم حساب الثبات بالإعادة على عينة من طلاب كلية التربية بلغ عددها ٣٠ طالب وطالبة.

الجدول (١٩) يبين الثبات بالإعادة لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

المكون السلوكي	المكون الاستعرافي	المكون الانفعالي	الدرجة الكلية	معامل الارتباط بين (التطبيق الأول ١) و (التطبيق الثاني ٢)
٠,٣٢٩	**٠,٧٤٧	**٠,٨٩	**٠,٨٤٧	

ويلاحظ من الجدول (١٩) أن معامل ارتباط الثبات بالإعادة دال إحصائياً وبلغ للدرجة الكلية للمقياس ٠,٨٥، وللمكون الانفعالي ٠,٨٩، وللمكون الاستعرافي ٠,٧٥ عند مستوى الدلالة ٠,٠١، أما بالنسبة للمكون السلوكي إن قيمة معامل ارتباط الثبات بالإعادة بلغ ٠,٣٣ ولكنه غير دال إحصائياً

#### ٤-٥-٣-٢-٢ التجزئة النصفية Spilt-half:

تم حساب معامل ثبات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المعد ككل وذلك عن طريق (التجزئة النصفية Spilt-half)؛ حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية،



و درجات العبارات الزوجية، وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٧٣) وتدل على ارتباط دال إحصائياً مما يشير لثبات التجزئة النصفية.

٤-٥-٣-٢-٣ معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ:

الجدول (٢٠) يبين قيم معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

المقياس الفرعي الذي يقيس المكون السلوكي	المقياس الفرعي الذي يقيس المكون الاستعرافي	المقياس الفرعي الذي يقيس المكون الانفعالي	الدرجة الكلية للمقياس	
٠,٦٧٠	٠,٦٧٣	٠,٧٠٨	٠,٧٢	معاملات ألفا (الاتساق الداخلي)
٠,٦٦٣	٠,٧١٤	٠,٧٦٩	٠,٨٥	ألفا الدرجة المعيارية للبنود
٢٦,٤٣	٣٤,٧	٣٦,٣٣	٩٥,٥٣	المتوسط
٥,٣٢١	٦,٢٩٢	٧,٨٦	١٦,٦	الانحراف المعياري

ونلاحظ من الجدول (٢٠) أنّ قيم معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية وللمقاييس الفرعية تتراوح بين (٠,٦٧) و (٠,٧٢) وهي قيم دالة إحصائياً، ويمكن الوثوق بها، وجميعها تقدم مؤشراً لثبات المقياس.

٤-٥-٣-٣ دراسة ثبات مقياس آيزنك على عينة ذوي المرضى نفسياً.

٤-٥-٣-٣-١ الثبات بالتجزئة النصفية للمقياس Spilt-half:

ونظراً لصعوبة إعادة تطبيق الأداة على عينة من ذوي المرضى بسبب مغادرة المرضى للمستشفى ومرافقيهم للمستشفى وعدم عودة المرافق نفسه بصحبة المريض في المراجعات التالية للعيادة النفسية (فإن العينة لن تتوفر نفسها بعد ١٥ يوماً من التطبيق الأول)، فقد تم تقدير الثبات بالتجزئة النصفية بتقسيم البنود إلى بنود فردية وأخرى زوجية و حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان براون، فبلغ ٠,٦٠٢ وباستخدام معامل جوثمان فبلغ ٠,٦٠١، ويلاحظ أن معامل ارتباط التجزئة النصفية جوثمان ومعامل الارتباط سبيرمان براون لتصحيح أثر التجزئة بين النصفين لمقياس آيزنك دالان ويمكن الوثوق بهما.

٤-٣-٥-٤ دراسة ثبات مقياس آيزنك على عينة الطلاب

٤-٣-٥-٤-١ الثبات بالإعادة Test-retest:

يوضح الجدول (٢١) معاملات الثبات بالإعادة للمقياس ككل وللمقاييس الفرعية لمقياس

آيزنك:

الجدول (٢١) يبين الثبات بالإعادة لمقياس آيزنك

المقياس الفرعي الذي يقيس الكذب	المقياس الفرعي الذي يقيس الذهانية	المقياس الفرعي الذي يقيس العصابية	المقياس الفرعي الذي يقيس الانبساطية	الدرجة الكلية	
**٠,٨٩٥	**٠,٩٤٦	**٠,٨٨٤	**٠,٧٨٦	**٠,٧٩٥	معامل الارتباط بيرسون بين (التطبيق الأول ١) و(التطبيق الثاني ٢)

ويلاحظ من الجدول (٢١) أنّ معامل ارتباط الثبات بالإعادة دال إحصائياً ويقدم دليلاً على ثبات المقياس.

٤-٣-٥-٢ التجزئة النصفية Spilt-half:

وتم حساب معامل ثبات مقياس آيزنك عن طريق (التجزئة النصفية Spilt-half)؛ حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية، ودرجات العبارات الزوجية، وبعد ذلك تم تصحيحها بمعادلة سبيرمان- براون، فبلغ معامل الارتباط سبيرمان براون ٠,٤٨٤، وجوتمان ٠,٦٤٩، وهما قيمتان دالتان إحصائياً مما يشير لثبات التجزئة النصفية بدرجة مقبولة.

٤-٥ إجراءات البحث :

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية والدراسة السيكومترية للأدوات، تم تطبيق أدوات البحث على عينة ذوي المرضى في مستشفيات مدينة دمشق (ابن رشد والمواساة والمجتهد) في الفترة بين ١-٣-٢٠١٤ و ٣١-٦-٢٠١٤، وبنفس الفترة تم تطبيق أدوات البحث على عينة من طلاب جامعة دمشق.

٤-٧ صعوبات البحث:

واجهت الباحثة بعض الصعوبات عند إجراء الدراسة الحالية أهمها:

- تزييف الإجابات للأحسن وعدم التعبير عن الاتجاه الصريح، فمعظم الإجابات تميل للحياد أو تقترب من الإجابات المرغوبة اجتماعياً.

- لم يكن عدد المراجعين للعيادات واقعياً بسبب تكرار مراجعة المرضى لمستشفى ابن رشد شهرياً -على سبيل المثال- لتجديد الوصفة الطبية التي تصرف من المستشفى لشهر، إضافة إلى أن المرضى نفسياً من المجندين والموظفين في الشرطة والجيش يراجعون العيادة كل نصف شهر لتجديد الإجازة الصحيّة.

- اعتذار بعض المرافقين عن الإجابة على المقياس لأسباب تتعلق بالخصوصية أو عدم امتلاك الرغبة بالتعاون.

- صعوبة الاستفادة من المستشفيات المختصة بالأمراض النفسية كمستشفى ابن سينا الذي قل تردد ذوي المرضى عليه بسبب صعوبة الانتقال إلى المنطقة في فترة تطبيق البحث.

- عدم تفعيل العيادة النفسية في المستوصفات التابعة لمديرية صحة دمشق لأسباب تجهلها الباحثة كمستوصف أبي ذر الغفاري ومستوصف السابع من نيسان.

- تعدد مصادر الضغوط النفسية التي يمر بها ذوي المرضى في الوقت الحالي، فالبعض من ذوي المرضى الذين تمت مقابلتهم من أفراد العينة تعرضوا لضغوط كبيرة كالنزوح من منازلهم ومزوا بظروف نفسية واقتصادية ضاغطة، تداخلت مع اتجاهاتهم نحو المريض النفسي.

## الفصل الخامس

### ٥- نتائج البحث (عرضها - تفسيرها)

#### - توطئة

٥-١ الإجابة على سؤال البحث

٥-٢ النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

نتائج عينة ذوي المرضى

٥-٣ النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها

٥-٤ النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة وتفسيرها

٥-٥ النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة وتفسيرها

٥-٦ النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة وتفسيرها

٥-٧ النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة وتفسيرها

نتائج البحث على عينة الطلاب

٥-٨ النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة وتفسيرها

٥-٩ النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة وتفسيرها

٥-١٠ النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة وتفسيرها

٥-١١ مدى تحقق أهداف البحث

٥-١٢ تعليق على نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة

٥-١٣ مقترحات البحث

٥- نتائج البحث (عرضها - تفسيرها)

- توطئة

يتضمن الفصل الحالي عرضاً لأهم النتائج المرتبطة بفرضيات البحث التي تم التوصل إليها بعد إجراء الدراسات الإحصائية اللازمة، والتي تتناول الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة ذوي المرضى نفسياً، والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طلاب جامعة دمشق.

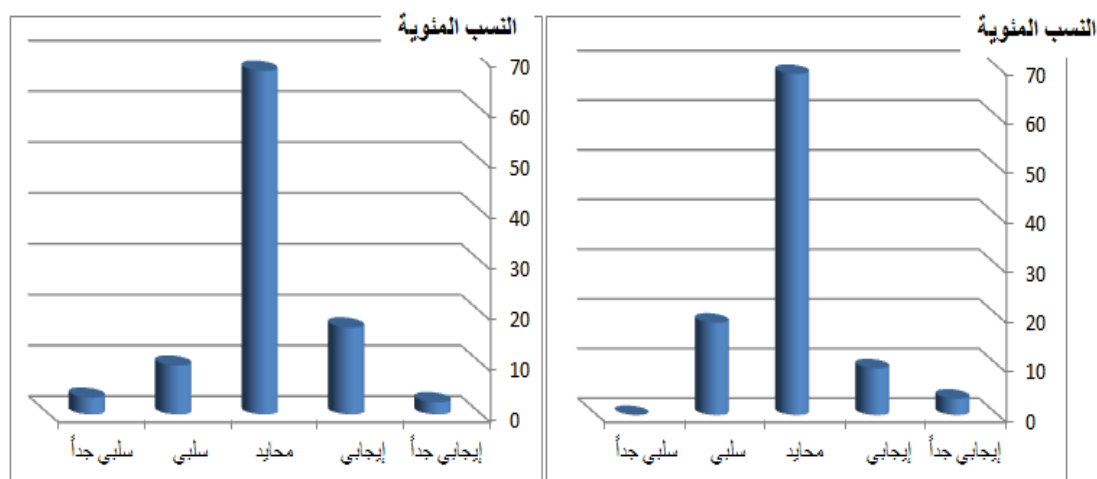
وستقوم الباحثة بعرض نتائج عينة ذوي المرضى بدايةً ومن ثم نتائج عينة الطلاب.

٥-١ الإجابة على سؤال البحث: ماهي اتجاهات كل من عينتي البحث نحو المرض النفسي؟

للإجابة عن سؤال البحث تم تحديد انحراف الدرجات عن متوسطها وفقاً لدرجة قطع حددت ب+١ انحراف معياري لتمثل الاتجاه الإيجابي و-١ لتمثل الاتجاه السلبي ، و+٢ انحراف معياري لتمثل الاتجاه الإيجابي جداً، و-٢ انحراف معياري لتمثل الاتجاه السلبي جداً، ويكون التوزيع المتوسط ممثلاً للاتجاه الحيادي نحو المرض النفسي لكل من عينتي ذوي المرضى والطلاب الجامعي وفيما يلي عرض للنتائج في الجدول (٢٢):

الجدول (٢٢) يبين النسب المئوية لاتجاهات عينة البحث نحو المرض النفسي

العينة الثانية (الطلاب)		العينة الأولى (ذوي المرضى)		شدة الاتجاهات
%١٩,٥	%٢,٤	%١٢,٧	%٣,٣	الاتجاه الإيجابي جداً
	%١٧,١		%٩,٤	الاتجاه الإيجابي
%٦٧,٦		%٦٨,٧		المحايد
%١٢,٩	%٩,٦	%١٨,٦	%١٨,٦	الاتجاه السلبي
	%٣,٣		%٠	الاتجاه السلبي جداً



الشكل (٤) يبين النسب المئوية لاتجاهات أفراد العينة نحو المرض النفسي

من الجدول (٢٢) والشكل (٤) نستنتج ما يلي:

أعلى النسب المئوية توزعت حول المتوسط وكانت محايدة في اتجاهها نحو المرض النفسي لدى كلا العينتين، وتعتبر هذه النتيجة علامة استفهام هامة تدعونا لمزيد من البحث؛ فقد يكون التزام الحياد في الإجابات هروباً من الإفصاح عن الاتجاه السلبي أو الإيجابي.

الاتجاه الإيجابي جداً للعينة الأولى نحو المرض النفسي أعلى منه لدى العينة الثانية، في حين كان مجموع نسب الاتجاه الإيجابي أعلى لدى العينة الثانية مما هو لدى العينة الأولى، كما هو موضح في الجدول والشكل السابقين.

وكان الاتجاه السلبي جداً نحو المرض النفسي أعلى لدى الثانية وكان معدوماً لدى العينة الأولى، ويمكن تفسير ذلك بنظرية التنافر الاستعرافي؛ حيث يحاول ذوو المرضى حل الصراع بين الاتجاه السلبي نحو المرض النفسي وضرورة التعامل مع المرض النفسي والمريض النفسي كونه جزءاً من العائلة، وبذلك يعمد الأهل إلى التصريح بما يجنبهم هذا التنافر، لذلك ظهر تجنبهم للاتجاه السلبي جداً في النتيجة؛ حيث تفسر نظرية التنافر الاستعرافي التوتر المزج عندما يكون سلوك الناس متعارضاً مع اتجاههم، ويهدف التخفيف من هذا التوتر يقومون بالتغيير ليكون سلوكهم متسقاً مع اتجاههم (Maio & Augoustinos, 2005, 365)

في حين أظهرت نسبة ٣,٣% من العينة الثانية اتجاهاً سلبياً جداً، ويمكن تفسير ذلك باستقلال اتجاهات الطلاب عن المسؤوليات الملقاة على عاتق ذوي المرضى، ومع ذلك فقد بقي

الاتجاه السلبى عموماً أعلى لدى العينة الأولى مقارنة بالعينة الثانية، وقد تتدخل عوامل كثيرة في ذلك منها طبيعة العينة الأولى متنوعة الأعمار والتي تضم أفراداً ممن تقدم بهم السن وأصبح يثقلهم واقع مرض أحد أفراد العائلة، في حين لا نجد مثل هذه الهموم لدى الشاب الجامعي في مقتبل العمر.

فيكون السلم الترتيبي للنسب المئوية للعينة الأولى وعلى التتالي: (محايد، سلبى، إيجابى) أما السلم الترتيبي للعينة الثانية فيكون على التتالي: (المحايد، الإيجابى، السلبى).

ونستنتج أن اتجاهات ذوي المرضى تميل لتكون أكثر سلبية نحو المرض النفسى مقارنةً بعينة الطلاب الجامعيين، ويمكن تفسير هذه النتيجة بالعامل الثقافى لدى الطلاب والتعامل مع الجانب المرضى النفسى بتحفظ وحيادية، في حين تترك معاناة ذوي المرضى مع مرضاهم وآثارها السلبية عليهم توجهاً سلبياً أكبر لديهم.

#### ٢-٥ نتائج البحث المتعلقة بالفرضية الأولى وتفسيرها:

تنص الفرضية الأولى على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة ذوي المرضى نفسياً وبين عينة الطلاب تبعاً للاتجاهات نحو المرض النفسى.

الجدول (٢٣) يبين الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسى بين عيني ذوي المرضى والطلاب

الاحتمالية P	درجة الحرية	ت ستيودنت	الاحتمالية لتجانس المجتمعين	F	المتوسط	الاتجاهات نحو المرض النفسى
٠,٨٦٥	١٣٠٢	٠,١٧٠	٠,٠٠	١٧,٨٦٤	٩٦,٥٤	الطلاب
					٩٦,٣٥	ذوي المرضى

يبين الجدول (٢٣) أن قيمة F ليفين بلغت ١٧,٨٦٤ وقيمة P الاحتمالية ٠,٠٠ أصغر من ٠,٠٥، أي أن المجتمعين المنفصلين متجانسين، وبحساب ت ستيودنت لمجتمعين منفصلين بلغت قيمة P الاحتمالية ٠,٨٦٥ أكبر من ٠,٠٥ وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائياً بين العينتين في الاتجاهات نحو المرض النفسى.

القرار: تقبل الفرضية الصفرية؛ أي لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة ذوي المرضى وعينة الطلاب تبعاً للاتجاهات نحو المرض النفسى.

ويمكن تفسير هذا التجانس بين مجتمعي الطلاب وذوي المرضى بنتيجة سؤال البحث الذي ورد آنفاً، حيث أن توزع إجابات أفراد العينتين تشابه بارتفاع نسبة الخيار المحايد (غير محدد) من بين بدائل الإجابة الخمسة (أوافق بشدة، أوافق، غير محدد، غير موافق، غير موافق بشدة)؛ فكانت ٦٧,٦% من إجابات الطلاب محايدة و ٦٨,٧ من إجابات ذوي المرضى على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي محايدة أيضاً، وقد يعود هذا التجانس إلى أن كلا المجتمعين الطلاب وذوي المرضى هم من نفس البيئة، ولا يمكن تجاهل أن عينة ذوي المرضى هي من الأفراد الذين رافقوا المريض وتبرعوا في مساعدته وليسوا ذويهم الذين نبذوه وتقاوسوا عن مساعدته، فأعلنوا عن اتجاهات نحو المرض النفسي تتجانس مع اتجاهات الطلاب الجامعيين.

نتائج البحث على عينة ذوي المرضى (العينة الأولى):

### ٥-٣ النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها:

تنص الفرضية الأولى على أنه: لا توجد علاقة دالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين كل من سمات الشخصية (العصابية والانبساطية والذهانية والكذب) وفق مقياس آيزنك لدى أفراد العينة الأولى (ذوي المرضى نفسياً).

الجدول (٢٤) يبين معاملات الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين كل من سمات الشخصية - العينة الأولى

الكذب	الذهانية	الانبساطية	العصابية	
**٠,٣٧٨	*٠,١٧٦-	**٠,٣٣٧	**٠,٣١٢-	الاتجاهات نحو المرض النفسي
(*) تعني دال عند مستوى الدلالة ٠,٠٥				
(**) تعني دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١				

يتبين من الجدول (٢٤) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين العصابية بلغت (-٠,٣١٢) وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، ومن الجدول نتبين قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين الانبساطية بلغت (٠,٣٣٧) وهي دالة عند (٠,٠١)، مما يدل على أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين الانبساطية لدى ذوي المرضى نفسياً، ونجد أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين العصابية بلغت (-٠,١٧٦) وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥)، مما يدل على أن هناك ارتباطاً سلبياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين الذهانية لدى ذوي المرضى نفسياً ومن الجدول (٢٤) يتبين أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين



الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين العصابية بلغت (٠,٣٧٨) وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، مما يدل على أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين الكذب لدى ذوي المرضى نفسياً.

**القرار:** ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين كل من سمات الشخصية لدى أفراد العينة الأولى.

ويمكن تفسير هذه الارتباط السلبى بين وجود سمة العصابية والاتجاه الإيجابى نحو المرض النفسى بأن الشخص من ذوي المرضى الذى يمتاز بالعصابية قد يظهر الضيق من وجود المريض النفسى فى عائلته عند أول موقف يثير انفعاليته، مما يسبب للمريض النفسى الشعور بأنه يشكل عبئاً بالنسبة لأفراد العائلة وخاصة عند التعامل مع هذا القريب (العصابى)، مما يؤدي إلى خلق جو مشحون ينعكس سلباً على كل من حالة المريض واتجاه قريبه نحو المرض النفسى. ذلك أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على بعد العصابية يميلون إلى أن تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغاً فيها، فينظر للمريض النفسى على أنه عبء، ويتكرر المواقف والخبرات الانفعالية تتكون الاتجاهات السلبية نحو المرض والمريض النفسى. فالأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على بعد العصابية تظهر لديهم صعوبة فى العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الانفعالية (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٩٥، ٢٩٤)، وينطبق ذلك تماماً على أفراد العينة الذين يعيشون خبرة وجود المريض نفسياً فى العائلة ويتحملون أعباء مرافقته للطبيب للتشخيص ومن ثم لتلقي العلاج، وكذلك يعيشون خبرات أخرى معه خلال تفاصيل حياتهم اليومية، ولاشك بأهمية الخبرة الانفعالية الناتجة عن مواقف معينة فى تكوين الاتجاهات سلباً وإيجاباً نحو موضوع الموقف (أبو مغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٥).

ويمكن تفسير الارتباط الإيجابى بين وجود سمة الانبساطية والاتجاه الإيجابى نحو المرض النفسى بأن وجود سمة الانبساط لدى ذوي المرضى تجعل المريض النفسى مقبولاً أكثر من قبلهم، فقد يؤخذ أمر وجوده ببساطة، وقد يكون لديهم تقاؤل حول استجابته للعلاج؛ حيث أن المنبسط النموذجى هو شخص اجتماعى وله أصدقاء كثيرون، ويحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم، ويأخذ الأمور هوناً، وهو متفائل وغير مكترث يحب الضحك والمرح (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٤١).

كما يمكن تفسير الارتباط السلبي بين وجود سمة الذهان والالاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي، بأن ذوي المرضى الذين تظهر لديهم سمة الذهان ستكون اتجاهاتهم أكثر سلبية بزيادة وجود السمة، لأنهم أقل اهتماماً بالمرضى النفسي، ويمكن أن يقسوا عليه ويحملوا نحوه اتجاهات سلبية؛ حيث يصف آيزنك الفرد الحاصل على درجة مرتفعة على بعد الذهان بأنه منزو و لا يهتم بالآخرين، وغالباً ما يكون مزعجاً، كما يمكن أن يتسم بالقسوة، وتتقصه المشاعر والتعاطف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم (عبد الله، ٢٠٠٠، ٦٣).

ويمكن تفسير الارتباط الإيجابي بين الكذب وفق مقياس آيزنك والاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي بأنه قد يكون غير مقبول اجتماعياً أن يحمل ذوي المرضى اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي في مجتمعاتنا العربية فيتوقع المجتمع من الأسرة في الغالب أن تحتضن أبناءها، مما يشير إلى أن إجابات أفراد العينة متأثرة بالمرغوبية الاجتماعية، وقد يكون الاتجاه الإيجابي المعلن لدى ذوي المرضى نفسياً نوعاً من المسايرة أو السعي للقبول الاجتماعي.

#### ٥-٤ النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة وتفسيرها:

وتنص الفرضية على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً لمتغير العمر.

تمّ التحقق من الفرضية بحساب (ف) ليفين للفروق بين متوسط درجات الأعمار من خلال تحليل التباين الأحادي بين الفئات العمرية الخمس: الأولى (١٩-٣٠)، الثانية (٣١-٤٢)، الثالثة (٤٣-٥٤)، والرابعة (٤٣-٥٤)، والخامسة (٦٦ فما فوق). والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (٢٥) يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات درجات الأعمار المختلفة

على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي - العينة الأولى

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	قيمة ف ليفين (ف)	قيمة p الاحتمالية
الاتجاه الكلي	بين المجموعات	٥٦٢,٥٤٧	٤	١,٣٥٩	٠,٢٥١ غير دال
	داخل المجموعات	١٥٠٠٤,٨٩	١٤٥		
	المجموع	١٥٥٦٧,٤٤	١٤٩		
المكون الاستعرافي	بين المجموعات	٣٩٧,٧٧	٤	٥,١١٤	٠,٠٠١ دال
	داخل المجموعات	٢٨١٩,٣٠	١٤٥		
	المجموع	٣٢١٧,٠٧٣	١٤٩		
المكون السلوكي	بين المجموعات	١٢١,٧٠	٤	٢,٤٦٤	٠,٠٦٠ غير دال
	داخل المجموعات	١٧٩٠,٢٩	١٤٥		
	المجموع	١٩١٢,٠٠	١٤٩		
المكون الانفعالي	بين المجموعات	١٦٧,٠٧	٤	١,٨٧٦	٠,١١٨ غير دال
	داخل المجموعات	٣٢٢٧,٦٩٩	١٤٥		
	المجموع	٣٣٩٤,٧٧	١٤٩		

من الجدول (٢٥) نلاحظ أن قيمة ف ليفين وقيمة p الاحتمالية في الاتجاه الكلي والمكونين الانفعالي والسلوكي نحو المرض النفسي أكبر من مستوى الدلالة ٠,٠٥، وبالتالي لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي

القرار: تُقبل الفرضية الصفرية؛ أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير العمر

في الاتجاه الكلي نحو المرض النفسي والاتجاهات الانفعالي والسلوكي.

تتفق هذه النتيجة مع وولسكا (Wolska et al., 2008)، فلا تؤثر متغيرات العمر في اتجاهات البولنديين والكنديين نحو المرض النفسي، وأيضاً تتفق مع دراسة (أحمد، ٢٠٠٩) في فلسطين، فلم يجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين والعمر، وتتفق أيضاً مع دراسة تشانغ وآخرون (Chung et al., 2001) في الصين التي لم يظهر فيها ارتباط دال إحصائياً بين درجة المسافة الاجتماعية والعمر في قياس اتجاهات طلاب الجامعة نحو المرض النفسي.

وبالعودة للجدول (٢٥) حيث كانت قيمة (ف) ليفين وقيمة p الاحتمالية في بعد المكون الاستعرافي أصغر من مستوى الدلالة ٠,٠٥، وبالتالي نجد هناك فروقاً في المكون الاستعرافي من مكونات الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير العمر.

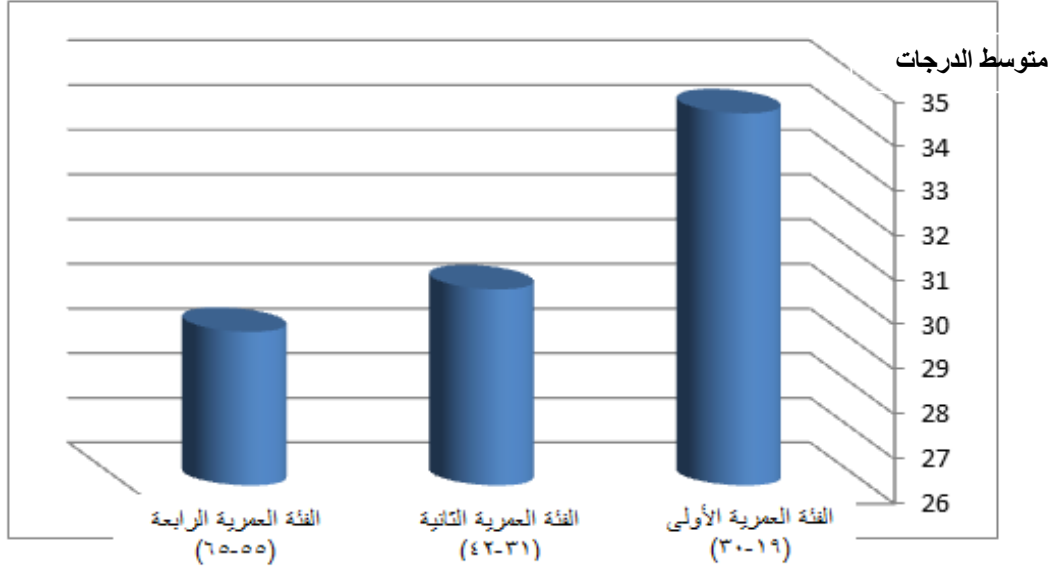
القرار: تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المكون الاستعرافي تبعاً لمتغير العمر، فلا بد من تحديد اتجاه الفروق من خلال تطبيق اختبار شيفالييه.

الجدول (٢٦) يبين نتائج اختبار شيفالييه لتحديد اتجاه فروق المتوسطات للمجموعات العمرية- العينة الأولى

الفئات العمرية	المتوسط	الأولى		الثانية		الثالثة		الرابعة	
		ف م	p الاحتمالية	ف م	p الاحتمالية	ف م	p الاحتمالية	ف م	p الاحتمالية
الأولى	٣٤,٣٣								
الثانية	٣٠,٣٩	٣,٩٤١*	٠,٠٢١						
الثالثة	٣٢,٦٧	١,٦٦٧	٠,٧٧٩	٢,٢٧-	٠,٢٩٠				
الرابعة	٢٩,٤٤	٤,٨٩٣*	٠,٠٠٩	٠,٩٥٢	٠,٩٤٠	٣,٢٢-	٠,١٢٧		
الخامسة	٣٢,٧٥	١,٨٩٩	٠,٧٢٩	٢,٠٤-	٠,٤٩٦	٢,٢٣٢-	١,٠٠	٢,٩٩	٠,٢٤٣

من الجدول (٢٦) نلاحظ قيم (ف م) والتي هي فرق المتوسطات بين مجموعات الأعمار)، ومستوى الدلالة (P الاحتمالية) عندما تكون أصغر من ٠,٠٥ نجد النتائج التالية:

هناك فروق بين الفئة العمرية الأولى (١٩-٣٠) سنة بمتوسط ٣٤,٣٣ بالمقارنة مع الفئة العمرية الثانية (٣١-٤٢) بمتوسط ٣٠,٣٩، والفئة العمرية الثالثة (٤٣-٥٤)، والفئة العمرية الرابعة (٥٥-٦٥) سنة بمتوسط ٢٩,٤٤، وبذلك نستنتج أن الفروق في الاتجاه الاستعرافي لصالح الفئات العمرية الأصغر بالتالي: الأولى ثم الثانية و ثم الرابعة؛ حيث يبين الشكل (٥) متوسط الاتجاه الاستعرافي نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير الفئة العمرية. في حين لم تظهر فروق دالة مع فئة العمر الثالثة (٤٣ - ٥٤) والفئة الخامسة (٦٦ فما فوق).



الشكل رقم (٥) يبين متوسط درجات الاتجاه الاستعرافي وفقاً لمتغير الفئة العمرية- العينة الأولى يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المعلومات التي يمتلكها الفرد حول الأمراض النفسية قد تؤثر فيها طاقة الفرد للبحث والمعرفة ورغبته في ذلك، ومن المرجح أن يكون الفرد الأصغر عمراً من ذوي المرضى أكثر نشاطاً في هذا المجال، وقد يرجع ذلك إلى قلة المسؤوليات الملقاة على عاتق الأعمار الصغيرة بين (٣٠-١٩) مقارنة بباقي الفئات العمرية، إضافة إلى مواكبة الأصغر عمراً للتطور الحديث في البحث والحصول على المعلومات كاستخدام الانترنت مثلاً، ولا شك أن الاتجاه الاستعرافي أو المكون الاستعرافي للاتجاه، ينطوي على معلومات وحقائق موضوعية متوافرة لدى الفرد حول موضوع الاتجاه (أبومغلي وسلامة، ٢٠٠٢، ٦٣)، فيكون توفر المعلومات داعماً للاتجاه الإيجابي في هذا المجال، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة فيبا وآخرين (Vibha et al., 2008) في الهند، فقد وجدت هذه الدراسة ارتباطاً سلبياً بين العمر والدرجات على أبعاد المقياس فالاتجاه في عمر الشباب مقارنة مع الفئات العمرية الأكبر سناً، وكذلك أظهرت الفئة العمرية الأكبر سناً تسامحاً أكثر نحو التمييز للمرضى بمرض نفسي حاد في دراسة تشو وتشان (CHIU & CHAN, 2007) في هونغ كونغ.

#### ٥-٥ النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة و تفسيرها:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً لمتغير الجنس.

ونظراً لكون متغير الجنس من المتغيرات التصنيفية الهامة في إظهار الفروق (أبوعلام، ٢٠٠٤، ٥٧) تمت دراسة الفروق في الاتجاه نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى و أظهرت النتائج ما يلي:

الجدول (٢٧) يبين فرق متوسطات الدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس - العينة الأولى

المتوسط	المتوسط	الانحراف المعياري	ت ستيودنت	درجة الحرية	P الاحتمالية
الاجتهات نحو المرض النفسي	ذكور	٩٨,٩٥	١١,٧٢	١٤٨	٠,٠٦٤
	إناث	٩٥,٥٤	٩,٤٣		

يبين الجدول (٢٧) أن قيمة ت ستيودنت للفروق بين الجنسين وقيمة P الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة ٠,٠٥

القرار: تُقبل الفرضية الصفرية؛ أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس.

من الممكن أن يتلقى كلا الجنسين وجود المريض النفسي في الأسرة بالطريقة نفسها، نظراً لواقعية الحدث (مرض أحد أفراد الأسرة)، فيضطر أفراد العائلة أو أحدهم على الأقل إلى مرافقة المريض ومتابعة تفاصيل وتطورات الحالة، سواء أكان هذا المرافق ذكراً أو أنثى، فنتساوى المسؤوليات المترتبة على عاتقه، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة وافي (٢٠١٢) في فلسطين، فلم توجد فروق جوهرية في اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس، من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين. وتتفق مع دراسة الطراونة ٢٠٠١ في الأردن؛ حيث لم يجد أثراً للجنس على الاتجاهات نحو المرض النفسي. وكذلك تتفق مع دراسة أحمد ٢٠٠٩؛ التي لم تظهر فروقاً لدى ذوي المرضى نفسياً تبعاً لمتغير الجنس، تتفق أيضاً مع دراسة العدوي ٢٠٠٢ في سلطنة عمان، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة ولسكا وآخرين (Wolska et al., 2008) في بولندا و كندا.

إلا أن هذه الدراسة جاءت مخالفة لدراسة بينير وغوليوم (Bener & Ghuloum, 2009) في قطر، فقد أظهرت أن اتجاهات الرجال نحو المرض النفسي كانت أكثر إيجابية من اتجاهات النساء. في حين أظهرت دراسة عثمان ١٩٩٨ في فلسطين الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الجنسين لصالح الإناث.

## ٦-٥ النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة وتفسيرها:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

حددت المستويات التعليمية بـ ٦ فئات تعليمية وهي ((أمي - تعليم أساسي حلقة أولى(ح ١) - تعليم أساسي حلقة ٢(ح ٢)- ثانوي - معهد - جامعي ))

الجدول (٢٨) يبين أعداد الفئات التعليمية للعينة الأولى

المجموع	أمي	أساسي ح ١	أساسي ح ٢	ثانوي	معهد	جامعي
١٥٠	٢١	٣٣	٥٠	٢٨	٢	١٦

وتم حساب قيمة ف ليفين لتحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط درجات المستويات التعليمية الستة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٢٩) يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات درجات الفئات التعليمية

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف) ليفين	قيمة (p) الاحتمالية
الاتجاه نحو المرض النفسي	بين المجموعات	٢٢٨٣,٠٤	٥	٤,٩٥٠	٠,٠٠
	داخل المجموعات	١٣٢٨٤,٣٩	١٤٤		
	المجموع	١٥٥٦٧,٤٤	١٤٩		

بالنظر للجدول (٢٩) يتبين أن قيمة ف ليفين وقيمتها الاحتمالية أصغر من ٠,٠٥، مما يدل على أن هناك فروق بين المجموعات.

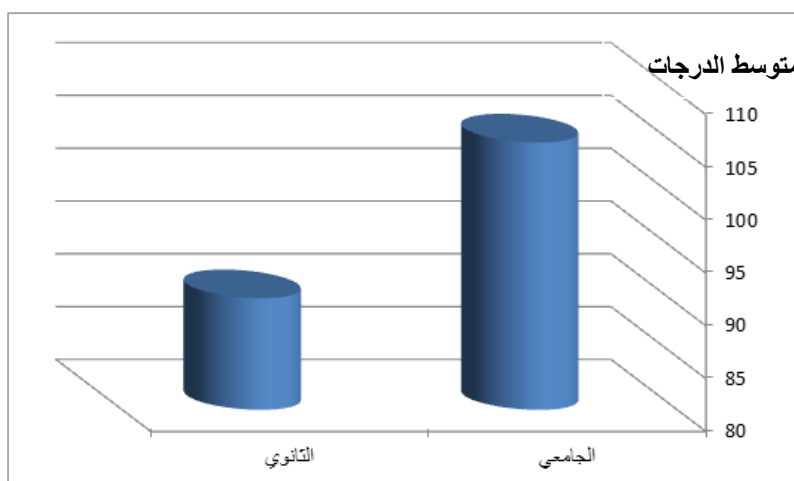
القرار: نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة؛ أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة الأولى تبعاً للمستوى التعليمي.

ولابد من تحديد اتجاه هذه الفروق من خلال تقدير اختبار شيفالبييه لاتجاه الفروق بين متوسطات الفئات التعليمية وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (٣٠) يبين نتائج اختبار شيفالييه لتحديد اتجاه فروق متوسطات الدرجات تبعاً للمستويات التعليمية

الاتجاه نحو المرض النفسي	المستويات التعليمية	المتوسط	أمي		أساسي ح ١		أساسي ح ٢		ثانوي		معهد
			ف م	p	ف م	p	ف م	p	ف م	p	
	أساسي ١	٩٦,٠٦	١٣٠	١,٠٠							
	أساسي ٢	٩٧,٤٨	١,٢٩٠-	٠,٩٩	١,٤١٩-						
	ثانوي	٩٠,٥٧	٥,٦١٩	٠,٥٣٦	٥,٤٨	٠,٤٢٦	٦,٩٠٩	٠,٩٩			
	معهد	٩٦,٥٠	٠,٣١٠-	١,٠٠	٠,٤٣٩-	١,٠٠	٠,٩٨٠	١,٠٠	٥,٩٢٩-	٠,٩٨٢	
	جامعي	١٠٥,٣١	٩,١٢٢-	٠,١٥٤	٩,٢٥٢-	٠,٠٨٢	٧,٨٣٣-	٠,١٦٠	١٤,٧٤*	٠,٠٠	٨,٨١٣-
											٠,٩١٣

من الجدول (٣٠) نجد قيمة (ف م؛ فروق المتوسطات) وقيمة P الاحتمالية التي هي أصغر من ٠,٠٥، فنستنتج وجود فروق دالة إحصائياً بين المستويين التعليميين الثانوي والجامعي بمتوسط ٩٠,٥٧ لصالح المستوى الجامعي بمتوسط ١٠٥,٣١. أي أن الأشخاص من ذوي المرضى النفسيين والذين ينتمون للمستوى التعليمي الجامعي لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي مقارنة بالأشخاص الذين ينتمون للمستوى التعليمي الثانوي؛ حيث يوضح الشكل (٦) متوسط درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى المستويين التعليميين.



الشكل رقم (٦) يبين متوسط درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير المستوى التعليمي - العينة الأولى

ويمكن تفسير النتيجة بأن ارتفاع المستوى التعليمي للفرد من ذوي المرضى النفسي له تأثير أكثر إيجابية على اتجاهاته نحو المرض النفسي، وقد يكون مرد ذلك إلى أن أفراد المستوى التعليمي الجامعي مروا بخبرات أو حصلوا على معلومات لم تتح لأقرانهم من ذوي المستوى التعليمي الثانوي خلال مرحلة الدراسة، إضافة إلى ما تحمله مرحلة ما بعد التخرج



من حصول على عمل ضمن مستويات فكرية أعلى مما تتيجها الشهادة الثانوية من فرص عمل، كل ما سبق يسهم في تحسين الوعي بالأمراض النفسية وتحسين مصادر الحصول على معلومات حول هذا الموضوع. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة خليفة (١٩٨٤) في مصر؛ حيث وجد ازدياد وعي الفرد مع ارتفاع مستوى التعليم؛ حيث تتسع دائرة معلوماته وثقافته عن المرض النفسي والمرضى نفسياً. وكذلك اتفقت مع دراسة عثمان (١٩٩٨) في فلسطين، فتزداد النظرة الإيجابية نحو المرض النفسي مع زيادة المستوى الدراسي، واتفقت أيضاً مع دراسة الطراونة وآخرون ٢٠٠١، فكانت اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي والمتوسط أكثر إيجابية من اتجاهات الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتدني، واتفقت مع دراسة أحمد (٢٠٠٩) في فلسطين التي أظهرت أن الأفراد الحاصلين على شهادة الدبلوم بعد الثانوية لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي أكثر من الأفراد الذين مستواهم التعليمي إحصائي فأقل. واتفقت أيضاً مع دراسة فيبا وآخرين (Vibha et al., 2008) التي أظهرت أن الجماعات الأعلى تعليماً ذات اتجاهات أكثر إيجابية مقارنة بالفئات الأقل تعليماً.

**في حين لا يوجد فروق بين باقي المستويات التعليمية الأدنى في المستوى الاتجاهات نحو المرض النفسي، فقد يعود ذلك لطبيعة العينة كونها من ذوي المرضى النفسي وأيضاً لكون أفرادها متحملون لمسؤولية مرافقة المريض النفسي إلى مراكز الرعاية النفسية، فقد يتساوى في الخبرات وفي المواقف التي تعرضوا لها منذ بداية مرافقة المريض كل من الأمي والحاصل على التعليم الأساسي وغيرهم من فئات العينة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العدوي وآخرين (Al-Adawi et al., 2002) في سلطنة عُمان، التي بينت أنه لا توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرضى نفسياً والمستوى التعليمي.**

#### ٥-٧ نتائج البحث المتعلقة بالفرضية السادسة وتفسيرها:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً للمتغير صلة القرابة بالمريض النفسي.

نظراً لأهمية صلة القرابة كمتغير في تحديد اتجاه الفرد نحو المرض النفسي قامت الباحثة باختبار هذا المتغير وتم تحديده بناءً على صلة القرابة لعينة البحث وتركزت بالصفات التالية: (أب، أم، أخ، أخت، زوج أو زوجة، ابن أو ابنة، عم، عمة) وأخضعت للدراسة وكانت النتائج

كما يلي :

جدول (٣١) يبين نتائج اختبار تحليل التباين للفروق في متوسطات الدرجات تبعاً لمتغير صلة القربى

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف) ليفين	قيمة p الاحتمالية
الاتجاهات نحو المرض النفسي	بين المجموعات	٤٤٦١,٨٨٦	٧	٨,١٥٠	٠,٠٠
	داخل المجموعات	١١١٠٥,٥٧٣	١٤٢		
	المجموع	١٥٥٦٧,٤٤٠	١٤٩		

من الجدول (٣١) نتبين قيمة (ف) ليفين بلغت (٨,١٥٠) وقيمتها الاحتمالية أصغر من ٠,٠٥، أي أن هناك فروقاً في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لصلة القربى.

القرار: تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة؛ أي: توجد فروق دالة إحصائياً

في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لصلة القرابة.

ولابد من تحديد اتجاه الفروق من خلال اختبار شيفالبييه وكانت النتائج كما يلي :

الجدول (٣٢) يبين نتائج اختبار شيفالبييه لتحديد اتجاه الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لصلة القربى

صلة القربى	متوسط	أب		أم		أخ		أخت		زوج/ة		ابن/ة		عم
		فرق المتوسطات (ف م)	مستوى الدلالة	فرق م	مستوى الدلالة	فرق م	مستوى الدلالة	فرق م	مستوى الدلالة	فرق م	مستوى الدلالة	فرق م	مستوى الدلالة	
أب	٩٤,٣٨													
أم	١٠١,٠٨	٦,٧٠٩-	٠,٧٥٥											
أخ	٩٣,٩٦	٠,٦٨٨	١,٠٠	٧,٣٩٧	٠,٢٣٦									
أخت	٩١,٣٣	٣,٠٤٢	٠,٩٩	٩,٣٩٧	٠,٠٨٨	٢,٣٥٤	٠,٩٩							
زوج/ة	٨٧,٧٤	٦,٦٣٨	٠,٨٦٧	١٣,٣٤٧	*٠,٠٠	٥,٩٥١	٠,٧٨٦	٣,٥٩٦	٠,٩٩					
ابن/ة	٨٦,٥٠	٧,٨٧٥	٠,٩٠	١٤,٥٨٤	*٠,٠٤٠	٧,١٨٨	٠,٨٩٤	٤,٨٣٣	٠,٩٩	١,٢٣	١,٠٠			
عم	٩٥	٥,٩٨٧	١,٠٠	٦,٠٨٤	٠,٩٨٦	١,٣١-	١,٠٠	٣,٦٦-	١,٠٠	٧,٢٦-	٠,٩٧	٨,٥٠	٠,٩٦	٧
عمه	٨٩	٥,٣٧٥	٠,٩٩٧	١٢,٠٨٤	٠,٦١١	٤,٦٨	٠,٩٩	٢,٣٣	١,٠٠	١,٢٦-	١,٠٠	٠,٩٦	٧	٦-

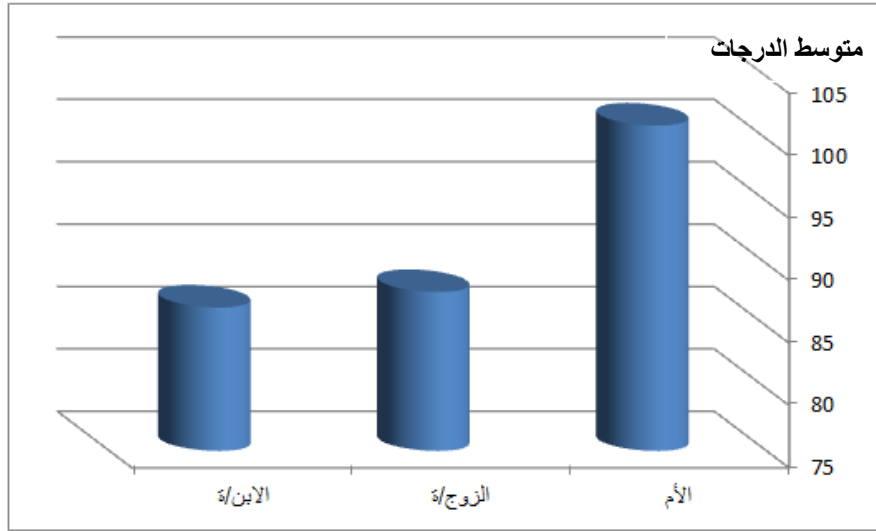
من الجدول (٣٢) وبالنظر لقيمة (ف م؛ فروق المتوسطات) وقيمة (P) الاحتمالية أصغر من

٠,٠٥، فنستنتج وجود فروق دالة إحصائياً بين اتجاه الأم نحو المرض النفسي بمتوسط

١٠١,٠٨ واتجاهات كل من الزوج/ة بمتوسط ٨٧,٧٤ والابن/ة بمتوسط ٨٦,٥، والفرق في كلتا

الحالتين لصالح الأم، ويبين الشكل التالي متوسط درجات الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً

لمتغير صلة القرابة.



الشكل رقم (٧) يبين متوسط درجة الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير صلة القرابة- العينة الأولى يمكن أن نفسر نتائج هذه الفرضية ضمن إطار العلاقة الفريدة (أم-ابن)؛ حيث أن الأم هي الأقر على قبول ابنها كما هو، فهي المسؤولة عن إنجابه والتي لا يقتصر عطفها عليه في مرحلة الرضاعة، بل تستمر معه مهما تقدم به العمر، وفي الحالة الخاصة للابن لدى أفراد العينة حملت الأم الاتجاهات الأكثر إيجابية مقارنة بالزوج وبالابن كذلك، فإن نمط الأسرة العربية المتماسكة وقوامها القائم على الحب المتبادل والمساندة الاجتماعية والنفسية ضمن الأسرة تجلى بهذه النتيجة، بحيث يبدي أفراد الأسرة الصغيرة (أم، زوج، ابن) اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي تحظى الأم بأكثرها إيجابية.

نتائج عينة الطلاب (العينة الثانية):

٥-٨ النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة وتفسيرها:

تنص الفرضية الأولى على أنه: لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين كل من سمات الشخصية (العصابية والانبساطية و الذهانية والكذب) وفق مقياس آيزنك لدى أفراد العينة الثانية.

الجدول (٣٣) يبين معاملات الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين كل من سمات الشخصية - العينة الثانية

العصابية	الانبساطية	الذهانية	الكذب
٠,١٥٤- **	٠,٠٠٦	٠,٢٣٩- **	٠,١٣٥ **
(**) تعني دال عند مستوى الدلالة ٠,٠١			

ومن الجدول (٣٣) نجد أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين بعد العصابية بلغت (٠,١٥٤) وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، و نجد أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين بعد الانبساطية بلغت (٠,٠٠٦) وهي غير دالة إحصائياً، كما نرى أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين بعد الذهانية بلغت (٠,٢٣٩-) وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، ويتبين من الجدول أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين الكذب بلغ (٠,١٣٥) وهي دالة عند (٠,٠١).

القرار: ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة؛ أي: توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين سمات الشخصية لدى أفراد العينة الثانية فيما عدا سمة الانبساطية.

ويمكن تفسير الارتباط الإيجابي بين وجود سمة العصابية والاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي أنه في ظل وجود هذه السمة قد يكتسب الطالب اتجاهاً سلبياً نحو المرض النفسي كسلوك تعويضي لمشاعر النقص، وهي تجعله ينظر عن قرب إلى سماته من تقلب المزاج والأرق والقابلية للإثارة والأعراض الجسمية والتي ترتبط بشكل مباشر بأعراض الأمراض النفسية، فكلما ازداد وجود سمة العصابية، يدخل الفرد في حلقة مفرغة بسبب تبصره بما يعانيه من تقلب مزاج وما يعرفه عن الأمراض النفسية، وتكون المعلومات التي يحصل عليها مصدراً إضافياً لقلقه؛ حيث أن السمات المميزة لوجود سمة العصابية هي تقلب المزاج والأرق والعصبية ومشاعر النقص والقابلية للإثارة، ويشكو الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا البعد من أعراض نفسية جسمية كالصداع والاضطرابات الهضمية (تايلور وآخرون، ١٩٩٦، ٢٨٣).

ويمكن تفسير عدم وجود ارتباط دال بين وجود سمة الانبساطية والاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي بأن الانبساطي النموذجي شخص اجتماعي يحب الحفلات وله أصدقاء كثيرون، ويحتاج إلى أناس حوله يتحدث معهم ولا يحب القراءة أو الدراسة منفرداً ويسعى وراء الإثارة، ويتطوع لعمل أشياء ليس من المفترض لأن يقوم بها، ويتصرف بسرعة دون تروء، يحب التغيير عادةً ويأخذ الأمور هوناً (ببساطة)، متفائل وغير مكترث، يحب الضحك والمرح، ويفضل أن يكون دائم النشاط والحركة، ويمكن القول أنه لا يسيطر على انفعالاته بدقة (عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٤١-٢٤٢)، ولا ننسى أن أفراد العينة يحملون بعض هذه الصفات بحكم المرحلة العمرية، وبالتالي يكون وجود سمة الانبساط لدى الطلاب عاملاً محايداً في ظهور الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي.

ويمكن تفسير الارتباط السلبي بين وجود سمة الذهانية والاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي وفقاً لصفات الأشخاص الذين يظهرون درجة مرتفعة من الذهانية، فهم لا يكثرثون بالمرض نفسياً وبفائدة الاتجاه الإيجابي نحوهم ونحو المرض النفسي، بتخفيف الأعراض والتقليل من آثارها السلبية عليهم وعلى أسرهم، والطلاب الذين تظهر لديهم سمة الذهانية، لن يظهروا المسؤولية الشخصية أو الاجتماعية نحو المرض النفسي وتبعاته؛ حيث يصف آيزنك الراشد الحاصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية بالصفات الآتية: منزو، لا يهتم بالآخرين، يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الإنسانية، تنقصه المشاعر، والتعاطف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم، عدائي نحو الآخرين حتى نحو من يحبهم، يميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة، لا يكثرث بالخطر (عبدالله، ٢٠٠٠، ٦٣).

وإنّ الارتباط الإيجابي بين الكذب وفق مقياس آيزنك والاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي يعطي مؤشراً واضحاً أن الاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي لدى أفراد العينة يرتبط بالمرغوبة الاجتماعية؛ وقد يعود ذلك لنقص التوعية المجتمعية الصحيحة لتحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي.

٩-٥ النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة وتفسيرها:

تنص الفرضية الثانية على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب، تبعاً لمتغير الجنس.

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت ستيودنت) لدلالة الفروق بين المتوسطات وظهرت النتائج كما في الجدول (٣٤):

الجدول (٣٤) يبين فرق متوسطات الدرجات على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس - العينة الثانية -

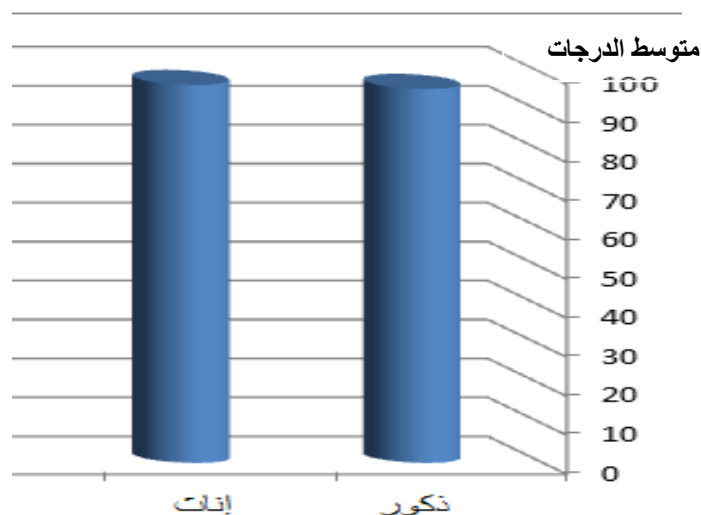
المتوسط	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت ستيودنت	درجة الحرية	P الاحتمالية
الاجتهات نحو المرض النفسي	٤٩٠	٩٥,٩٩	١١,٨٧٥	١,٣٤٨	١١٦١	٠,١٧٨
إناث	٦٧٣	٩٧,٠٣	١٣,٨٦١			
ذكور						

بالنظر للجدول (٣٤) نجد قيمة (ت ستيودنت) بلغت (١,٣٤٨) للفروق بين الجنسين وقيمة (P) الاحتمالية أي مستوى الدلالة أكبر من ٠,٠٥، وبالتالي لا يوجد فرق دال في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس.

القرار: تُقبل الفرضية الصفرية؛ أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات

نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس لدى العينة الثانية.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة ذوي المرضى؛ حيث لم تظهر فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس (أنظر الصفحة ١٠٤) بمعنى أن الطلاب الجامعيين ذكوراً وإناثاً متشابهون من حيث اتجاهاتهم نحو المرض النفسي، كما يوضح الشكل (٨).



الشكل رقم (٨) يبين متوسط درجة الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير الجنس- العينة الثانية

#### ١٠-٥ النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة وتفسيرها

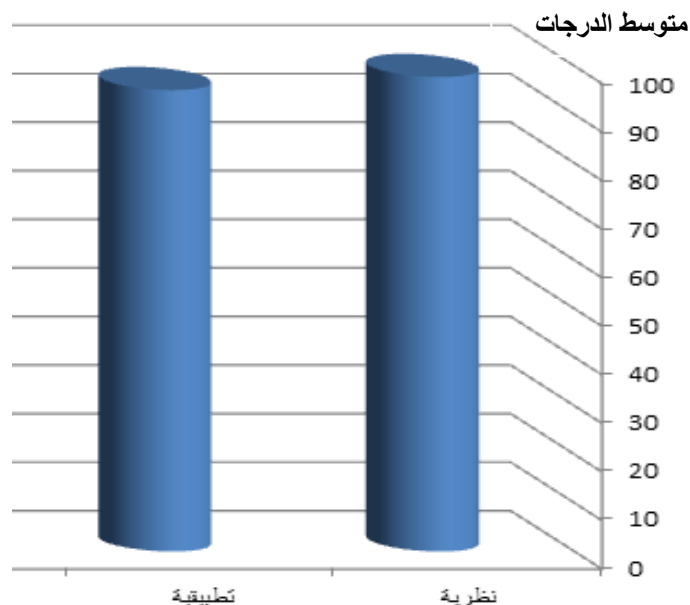
وتنص الفرضية الثالثة على أنه: لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب، تبعاً لمتغير نوع التخصص الجامعي.

ونظراً لكون متغير التخصص الجامعي عامل هام، تم تقسيم عينة الطلاب إلى كليات علوم إنسانية نظرية وكليات علوم تطبيقية، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٣٥) يبين نتائج اختبارات ستيودنت للفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً للتخصص الجامعي

الكليات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت ستيودنت	درجة الحرية	الدالة
نظرية	٦٧٤	٩٧,٧٢	١٣,٦٦	٣,٤٨٠	١١٦١	٠,٠٠١
تطبيقية	٤٨٩	٩٥,٠٣	١٢,٠٢٨			

بالنظر للجدول (٣٥) نجد قيمة ت ستيودنت بلغت (٣,٤٨)، وقيمتها الاحتمالية أصغر من ٠,٠٥، وبالتالي هناك فروق دالة بين متوسط درجات طلاب الكليات النظرية ومتوسط درجات طلاب الكليات التطبيقية في الاتجاهات نحو المرض النفسي، وقد بلغ متوسط درجات طلاب الكليات النظرية (٩٧,٧٢) ومتوسط درجات طلاب الكليات التطبيقية (٩٥,٠٣)، أي أن طلاب الكليات النظرية لديهم اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي أكثر من طلاب الكليات التطبيقية؛ حيث يبين الشكل (٩) متوسط درجات الطلاب على مقياس الاتجاهات النفسي وفقاً لمتغير نوع التخصص الجامعي.



الشكل (٩) يبين متوسط درجات الطلاب على مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير نوع التخصص الجامعي

القرار: تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة؛ أي: يوجد فروق ذات دلالة

إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير نوع التخصص الدراسي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن طلاب الكليات النظرية مثل كلية التربية وكلية الآداب والعلوم الإنسانية يهتمون بالمواضيع النفسية، وبعضهم يدرس هذه المواضيع وتدخل ضمن الميدان التطبيقي لتخصصاتهم، فمنهم طلاب كلية التربية بأقسامها الإرشاد النفسي وعلم النفس، وطلاب علم الاجتماع الذين تتاح لهم الفرصة للتعامل مع المرضى نفسياً خلال التدريب العملي لمواد الدراسة، إضافة لما يدرسونه نظرياً حول الأمراض النفسية والبيئة المساعدة لنشوء وتفاقم أو تفادي الأمراض النفسية، كل ماسبق يسهم في بناء مفهوم موضوعي حول المرض النفسي ويعزز الاتجاه الإيجابي نحوه.

وتسهم الخبرة السابقة مع المرضى نفسياً في تحسين الاتجاهات نحو المرض النفسي، فيتعامل الطالب من هذه الكليات مع المريض النفسي من موقع الأخصائي المسؤول عن تحسين حالته وتفاذي التطورات السلبية للمرض النفسي، فينظر الطالب الجامعي من هذه التخصصات إلى المريض النفسي مدركاً مدى حاجة المريض النفسي للدعم الاجتماعي والنفسي وأهمية هذا الدعم في العلاج أو التوجه للعلاج في الوقت المناسب، وهذا التفسير يتفق مع دراسة تشانغ وآخرين (Chung et al., 2001) في الصين؛ التي بينت أن طلاب الجامعة الذين لديهم خبرة



سابقة مع المرضى نفسياً أكثر استعداداً للتفاعل مع المرضى نفسياً بالمقارنة مع أولئك الذين لا يملكون خبرة سابقة. كما تتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة (عثمان، ١٩٩٨) في فلسطين، التي وجدت فروقاً ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي على جميع الأبعاد تعزى لمتغير الكلية لصالح طلاب كلية التربية.

#### ٥-١١ مدى تحقق أهداف البحث

كان الهدف الأساسي الذي سعى إليه البحث هو التعرف إلى العلاقة الارتباطية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وسمات الشخصية، وقد دلت النتائج على وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاتجاه العام نحو المرض النفسي وسمة العصابية لدى أفراد عينة ذوي المرضى، ووجود علاقة إيجابية طردية بين الاتجاه العام نحو المرض النفسي وسمه الانبساطية لدى أفراد عينة ذوي المرضى، ووجود علاقة عكسية ودالة إحصائية بين الاتجاه العام نحو المرض النفسي والسمات الذهانية، أي: كلما ازدادت الذهانية كلما قلّ الاتجاه الإيجابي نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى.

وقد تم التحقق من الهدف نفسه لدى العينة الثانية (عينة الطلاب)، وقد دلت النتائج على وجود علاقة عكسية دالة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي و كل من سمتي العصابية والذهانية لدى الطلاب، وكانت العلاقة الارتباطية طردية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والكذب، في حين لم توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين وجود سمة الانبساطية لدى أفراد العينة الثانية (الطلاب).

وبالنسبة للهدف الثاني وهو التعرف إلى الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى أفراد العينة الأولى تبعاً لمتغيرات (الجنس - العمر - المستوى التحصيلي - صلة القرابة بالمريض النفسي)، ولدى أفراد العينة الثانية (الطلاب) تبعاً لمتغيرات (الجنس - نوع التخصص الجامعي)، فتبين عدم وجود فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس في كلا العينتين.

أما العينة الأولى (ذوي المرضى)، فقد أظهر أفرادها فروقاً في المكون الاستعرافي من مكونات الاتجاه لصالح الفئات العمرية الأصغر، فكان الترتيب للفئات حسب الاتجاه الإيجابي (الفئة الأولى ثم الثانية فالثالثة).

في حين كانت الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير صلة القرابة لصالح الأم بالمقارنة مع كل من الزوج/ة والابن/ة.

وفي العينة الثانية كانت الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير نوع التخصص الجامعي لصالح الكليات النظرية مقارنة بالكليات التطبيقية.

و بالنسبة لهدف التعرف على اتجاهات أفراد عينة البحث نحو المرض النفسي تبين عدم وجود الاتجاه السلبي جداً لدى أفراد عينة ذوي المرضى، وتشابهت اتجاهات كل من العينتين بالتزامها الحياد في الإجابات؛ حيث التزم ٦٨,٧% من ذوي المرضى و ٦٧,٦% من الطلاب بالإجابات المحايدة.

#### ٥-١٢ تعليق على نتائج البحث والدراسات السابقة:

- لم توجد أي دراسة سابقة - على حد علم الباحثة - تناولت العلاقة بين سمات الشخصية والاتجاهات نحو المرض النفسي، مما أبرز أهمية هذا الموضوع وضرورة دراسته، ومن خلال مراجعة الدراسات السابقة اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة (وافي، ٢٠١٢)، (الطراونة، ٢٠٠١)، (أحمد، ٢٠٠٩)، (العدوي، ٢٠٠٢)، (Wolska et al., 2008) من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين في الاتجاهات نحو المرض النفسي، واختلفت مع دراسة (Bener & ghuloum, 2009).

- اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة (Vibha et al., 2008) و دراسة CHIU & (CHAN, 2007) فيما يتعلق بالفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الفئة العمرية.

- اتفقت مع دراسة (Chung et al., 2001) فيما يتعلق بوجود فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير التخصص الدراسي، وكذلك اتفقت مع دراسة (عثمان، ١٩٩٨)، فكان الفرق لصالح الكليات النظرية ومن ضمنها كلية التربية.

- ومن خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة التي تم ذكرها في البحث، نجد أنه لم يتم تناول متغير صلة القرابة وتأثيره على الاتجاهات نحو المرض النفسي في عينة ذوي المرضى،

وهذا ما يضيف أهمية لهذا المتغير وضرورة تناوله في الدراسات اللاحقة؛ حيث تبين وجود أكثر الاتجاهات إيجابية لدى أم المريض نفسياً مقارنة بكل من اتجاهات الزوج/ة والابن/ة.

- كشفت الدراسة أثر المرغوبية الاجتماعية والارتباط الإيجابي بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والكذب والتزام أكبر نسبة من كلا العينتين الإجابات الحيادية عند الإجابة على أسئلة مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي.

### ٥-٣ مقترحات البحث

تم وضع مجموعة من المقترحات في ضوء نتائج البحث:

- القيام بأبحاث علمية تستهدف الطلاب الجامعيين، لرصد اتجاهاتهم نحو المرض النفسي واقتراح برامج تثقيفية تعمل على توعيتهم وتحسين اتجاهاتهم نحو المرض النفسي سواء أكانوا مختصين أم غير مختصين وذلك نظراً لدورهم الفاعل في المجتمع.

- الحاجة إلى برامج توعية مكثفة تستهدف العاملين في مجال الرعاية الصحية والنفسية وذوي المرضى نفسياً الذين لهم الأثر المباشر في حياة المريض.

- أخذ نتيجة البحث بعين الاعتبار عند إمكانية التدخل في العلاج النفسي، بتفضيل أن يكون مرافق المريض النفسي أحد أفراد أسرة الذين يمتلكون سمة الانبساطية من سمات الشخصية، أو أن تكون الأم هي المرافقة كون الانبساطيين والأمهات حصلوا على اتجاهات إيجابية أعلى

## ملخص البحث باللغة العربية

### الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

#### دراسة ميدانية في مدينة دمشق

يتبلور الاتجاه النفسي في سلوكيات مختلفة عند التعامل مع مريض نفسي أو عند إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض نفسي، أو حتى عند مناقشة احتمال المعاناة من مشكلة نفسية.

تناول البحث الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينتين؛ عينة من ذوي المرضى نفسياً المرافقين للمرضى المترددين على مشافي مدينة دمشق، والعينة الثانية هي عينة من الطلاب الجامعيين في السنوات الأخيرة من الفترة الدراسية في جامعة دمشق.

وقد استدعى إجراء البحث مسوغات عدة نذكر منها، ورود دراسات بحثت في العوامل التي تؤثر في الاتجاه نحو المرض النفسي كالمفهوم الشعبي المغلوط للأمراض النفسية والذي قد يؤدي إلى ردود أفعال سلبية تجاه المريض النفسي والمرض النفسي على شكل استهجان، ووصمة، ونبذ المريض الذي يحد من حصوله على المساندة المطلوبة، وينعكس على حياته، وبذلك تحددت مشكلة البحث بالسؤال الرئيس:

#### هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين سمات الشخصية؟

وهدف البحث إلى التعرف إلى اتجاهات أفراد عينة البحث من الطلاب وذوي المرضى نحو المرض النفسي، والكشف عن العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وكل من سمات الشخصية (انبساطية، عصابية، ذهانية، كذب) لدى أفراد العينتين (ذوي المرضى، الطلاب الجامعيين)، وكذلك الكشف عن الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى أفراد عينة ذوي المرضى تبعاً لمتغيرات (الجنس - العمر - المستوى التحصيلي - صلة القرابة بالمريض النفسي). ولدى عينة الطلاب تبعاً لمتغيرات (الجنس - نوع التخصص الجامعي)

وتتبع أهمية البحث في إلقاء الضوء على سمات شخصية الأشخاص الذين يحملون الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي.

وقد انطلق البحث للإجابة على السؤال التالي: ماهي اتجاهات كل من عيني البحث نحو المرض النفسي؟

فكانت اتجاهات كلا أفراد العينتين حول المرض النفسي، تبين تجمع الاستجابات الأكبر لكلا العينتين حول الحياد في الاتجاهات نحو المرض النفسي، وتميزت العينة الأولى بانتفاء الاتجاه السلبي جداً بين أفرادها.

ثم دراسة الفرضيات التالية:

**الفرضية الأولى:** لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة ذوي المرضى نفسياً وعينة الطلاب تبعاً للاتجاهات نحو المرض النفسي.

**فرضيات البحث المتعلقة بالعينة الأولى من ذوي المرضى نفسياً:**

- **الفرضية الثانية:** لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين سمات الشخصية (الانبساطية والعصابية والذهانية والكذب) لدى أفراد العينة الأولى
- **الفرضية الثالثة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين أفراد العينة الأولى، تبعاً لمتغير عمر الفرد لدى أفراد العينة الأولى.
- **الفرضية الرابعة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير الجنس لدى أفراد العينة الأولى.
- **الفرضية الخامسة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للفرد من أفراد العينة الأولى.
- **الفرضية السادسة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين ذوي المرضى نفسياً، تبعاً لمتغير صلة القرابة بالمريض النفسي.

**فرضيات البحث المتعلقة بالعينة الثانية من الطلاب الجامعيين:**

- **الفرضية السابعة:** لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وبين سمات الشخصية (الانبساطية والعصابية والذهانية والكذب) لدى العينة الثانية.

- **الفرضية الثامنة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب الجامعيين، تبعاً لمتغير الجنس.

- **الفرضية التاسعة:** لا توجد فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الطلاب الجامعيين، تبعاً لمتغير نوع التخصص الجامعي.

وقد حاول البحث اختبار صحة هذه الفرضيات على عينة مكونة من ١٥٠ فرداً من ذوي المرضى نفسياً، و١١٦٤ طالباً وطالبة من طلاب السنوات الأخيرة في جامعة دمشق.

وفي هذا البحث تم اعتماد **المنهج الوصفي التحليلي**، وتم استخدام مجموعة من الأدوات هي مقياس سمات الشخصية وفق آيزنك (ترجمة د. سامر رضوان)، ومقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي من إعداد الباحثة.

وقد استغرق تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة ستة أشهر تقريباً، ابتداءً من ١/١ حتى ٦/٣٠ من العام ٢٠١٤.

وتوصل البحث إلى مجموعة من النتائج، التي تمت معالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم (SPSS) النسخة ٢١، ومن هذه الأساليب معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل الارتباط بين المتغيرات، ت ستيودنت لتحديد دلالة الفروق بين مجموعتين، وتحليل التباين الأحادي لتحديد الفروق بين أكثر من ثلاث مجموعات.

ومن أهم تلك النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي ووجود كل من سمتي العصابية والذهانية، في حين ظهور علاقة إيجابية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وبين كل من سمتي الانبساطية والكذب لدى أفراد العينة الأولى (عينة ذوي المرضى).

وتبين أيضاً وجود فروق دالة في المكون الاستعرافي من مكونات الاتجاه نحو المرض النفسي لصالح الفئات العمرية الأصغر بالتتالي: الأولى والثانية ومن ثم الرابعة؛ حيث يبين الشكل (٥) متوسط الاتجاه الاستعرافي نحو المرض النفسي وفقاً لمتغير الفئة العمرية. في حين لم تظهر فروق دالة مع فئات العمر الثالثة (٤٣ - ٥٤) والفئة الخامسة (٦٦ فما فوق) من أفراد عينة البحث الأولى.

وكذلك لم تظهر فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس في كلا عينتي البحث.

وبدراسة الفروق في الاتجاه نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لدى أفراد العينة الأولى تبين أن أفراد العينة الذين ينتمون للمستوى التعليمي الجامعي لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض النفسي مقارنة بالأشخاص الذين ينتمون للمستوى التعليمي الثانوي.

وبدراسة الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لصلة القرابة وجدت فروق دالة إحصائياً بين اتجاه الأم نحو المرض النفسي وكل من اتجاهات الزوج/ة والابن/ة، وكان الفرق في كلا الحالتين لصالح الأم.

وكانت العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي ووجود كل من سمتي العصابية والذهانية علاقة عكسية لدى أفراد العينة الثانية، وكانت العلاقة إيجابية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وظهور الكذب، في حين لم توجد علاقة دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وسمات الانبساطية لدى أفراد العينة الثانية.

وتبين وجود فروق بين أفراد العينة الثانية في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير نوع التخصص الدراسي لصالح الكليات النظرية مقارنةً بالكليات التطبيقية.

أما فيما يتعلق بأهداف البحث، فقد تم تحقيقها كاملة.

المراجع :

المراجع باللغة العربية :

١. إبراهيم، عبد الستار وآخرون.(١٩٩٣).العلاج السلوكي للطفل. الكويت: سلسلة عالم المعرفة(١٨٠)
٢. ابراهيم، عبد الستار.(١٩٩٨).الاكتئاب. الكويت: سلسلة عالم المعرفة(٢٩٣)
٣. إنجلر، باربرا.(١٩٩١). مدخل إلى نظريات الشخصية.(فهد بن عبد الله بن دليم، مترجم). السعودية، الطائف: دار الحارثي
٤. الأنصاري، بدر محمد.(١٩٩٩).مقدمة لدراسة الشخصية. الكويت: منشورات ذات السلاسل.
٥. الأنصاري، بدر محمد.(٢٠٠٢).المرجع في مقاييس الشخصية. الكويت: جار الكتاب الحديث.
٦. أبو جادو، صالح محمد علي.(٢٠٠٧). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية. ط٦. الأردن: دار المسيرة.
٧. أبو جربوع، علاء الدين عيسى.(٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
٨. أبو علام، رجاء.(٢٠٠٤). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
٩. أبو مغلي، سميح و سلامة، عبد الحافظ.(٢٠٠٢). علم النفس الاجتماعي. الأردن: دار اليازوري العلمية.
١٠. أحمد، اسماعيل أحمد محمد.(٢٠٠٩). الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
١١. آيزنك، ه.ج. و ويلسون، غلن.(١٩٨٨). تعرف على شخصيتك (أندريه كاتب، مترجم). دمشق: دار الجليل



١٢. آيزنك، ه.ج. (١٩٩٦). علم النفس الحديث. ترجمة عبد المجيد نشواتي. دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
١٣. بركات، زياد وحسن، كفاح. (٢٠٠٦). الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه. مجلة شبكة العلوم النفسية، (٩)، ٣٦-٤٩.
١٤. بلقيس، أحمد ومرعي، توفيق. (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعي. الأردن، عمان: دار الفرقان للنشر والتوزيع.
١٥. تايلور، آن و سلاكن، وليدسلو و ديفز، د.ر. و ريزون، ج.ت. وتومسون، ر. و كولمان، أ.م. (١٩٩٦). مدخل إلى علم النفس. ج.٢. (عيسى سمعان، مترجم). دمشق: وزارة الثقافة
١٦. جابر، عبد الحميد جابر. (١٩٩٠). نظريات الشخصية البناء الديناميات. النمو. طرق البحث. التقويم. القاهرة، مصر: دار النهضة العربية.
١٧. الجبوري، محمد محمود. (١٩٩٠). الشخصية في ضوء علم النفس. بغداد، العراق: دار الحكمة.
١٨. الجسماني، عبد العلي. (١٩٩٧). علم النفس وتطبيقاته الاجتماعية والتربوية. بيروت، لبنان: الدار العربية للعلوم.
١٩. الحاج، فايز محمد علي. (١٩٨٧). الأمراض النفسية. دمشق، سوريا: المكتب الإسلامي.
٢٠. حمصي، أنطون. (٢٠٠٣). أصول البحث في علم النفس، سوريا: منشورات جامعة دمشق.
٢١. خليفة، عبد اللطيف محمد ومحمود، عبد المنعم شحاتة. (١٩٩٨). سيكولوجية الاتجاهات. القاهرة، مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
٢٢. خليفة، عبد اللطيف محمد. (١٩٨٩). المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم. مجلة علم النفس، (١٢)، ١٠١-١١٤.
٢٣. خوري، توما جورج. (١٩٩٦). الشخصية. بيروت، لبنان: المؤسسة الجامعة للدراسات والنشر والتوزيع
٢٤. خوجه، عبد الحفيظ يحيى. (الأحد ١٥ يونيو، ٢٠٠٨). الوصمة الاجتماعية للأمراض النفسية، الأسباب والحلول دراسة محلية: نصف المرضى النفسيين يحجمون عن طلب العلاج بسببها. جريدة الشرق الأوسط، (١٠٧٩٢).

٢٥. الداهري، صالح حسن أحمد والكبيسي، وهيب مجيد. (١٩٩٩). علم النفس العام. إريد، الأردن: دار الكندي.
٢٦. داود، ليلي. (٢٠٠٤). الشخصية وعملياتها العقلية. سوريا: منشورات جامعة دمشق.
٢٧. درويش، زين العابدين. (٢٠٠٥). علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. مصر: دار الفكر العربي.
٢٨. دويدار، عبد الفتاح محمد. (٢٠٠٦). المرجع في مناهج البحث في علم النفس وفننيات كتابة البحث العلمي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
٢٩. راجح، أحمد عزت. (١٩٨٨). علم النفس العام. سوريا: مطبعة خالد بن الوليد.
٣٠. راينيكير، هانس. (٢٠٠٩). علم النفس الاكلينيكي للكبار. (سامر رضوان، مترجم). الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
٣١. رزق، أمينة. (٢٠٠٨). نظريات الشخصية. سوريا: منشورات جامعة دمشق.
٣٢. رزوق، أسعد. (١٩٧٩). موسوعة علم النفس (ط. ٢). لبنان: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
٣٣. رضوان، سامر. (٢٠٠١). الصورة السورية لاستخبار آيزنك للشخصية. مجلة كلية التربية ٥ (٥٨).
٣٤. رضوان، سامر. (٢٠٠٧). الصحة النفسية. ط ٢. عمان، الأردن: دار الميسرة.
٣٥. الرفاعي، نعيم. (١٩٨٢). التقويم والقياس في التربية. سوريا: مديرية المطبوعات الجامعية.
٣٦. الرفاعي، نعيم. (٢٠٠٣). الصحة النفسية. ط ١٤. سوريا، دمشق: منشورات جامعة دمشق.
٣٧. روتر، جوليان. (١٩٨٤). علم النفس الإكلينيكي. (عطية محمودها ومحمد عثمان نجاتي، مترجم). فلسطين، نابلس: دار الشروق.
٣٨. زكي، محمد شفيق وعكاشة، محمود فتحي. (١٩٩٧). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
٣٩. زهران، حامد عبد السلام. (١٩٧٩). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
٤٠. زهران، حامد. (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعي. ط ٥. القاهرة، مصر: عالم الكتب.

٤١. الزيتي، محمود محمد. (١٩٧٤). سيكولوجية الشخصية بين النظرية والتطبيق. الاسكندرية، مصر: دار المعارف.
٤٢. سارتوريوس، ن. وآخرون. (2010). دليل الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) بشأن مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين. *المجلة العالمية للطب النفسي*، (٣)، ٦-١.
٤٣. سفیان، نبيل. (٢٠٠٤). *المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي*. مصر: إيتراك للنشر والتوزيع
٤٤. السقا، صباح. (٢٠١٤). اتجاهات أسر المرضى النفسيين بمدينة دمشق نحو المرض النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية. *مجلة جامعة دمشق*. قيد النشر
٤٥. السيد، فؤاد البهي و عبد الرحمن، سعد. (١٩٩٩). *علم النفس الاجتماعي*. القاهرة: دار الفكر العربي.
٤٦. السيد، عبد الحليم محمود وفرج، طريف شوقي ومحمود، عبد المنعم شحاتة. (٢٠٠٤). *علم النفس الاجتماعي المعاصر*. ط ٢. مصر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
٤٧. سيلفا، ماري دي وساميلي، كيارا. (٢٠١٣). *الصحة النفسية تغير الحياة نحو الأفضل تعزيز المجتمعات ابتكارات في الصحة النفسية*، قدّم إلى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية.
٤٨. الشخص، عبد العزيز السيد. (٢٠٠١). *علم النفس الاجتماعي*. مصر: مكتبة القاهرة للكتاب.
٤٩. الشربيني، لطفي. (٢٠٠٣). *الطب النفسي وهموم الناس*. مصر: المعارف.
٥٠. شقير، زينب. (١٩٩٤). *المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية*. *مجلة علم النفس*، مجلد ٣٠، (٨) .
٥١. شقير، زينب. (٢٠٠٢). *الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة السعودية*. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
٥٢. ضيف، شوقي. (٢٠٠٣). *معجم علم النفس والتربية*. الكويت: مجمع اللغة العربية، الإدارة العامة لجمعيات المطابع الأميرية.
٥٣. الطراونة، حسين وآخرون. (٢٠٠١). *الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات*. *مجلة دراسات للعلوم التربوية*، مجلد ٢٨ (٢)

٥٤. طه، فرج عبد القادر وقنديل، شاكر عطية ومحمد، حسين عبد القادر وعبد الفتاح، مصطفى كامل. (١٩٩٣). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*. الكويت: دار سعاد الصباح
٥٥. عباس، فيصل. (١٩٨٧). *الشخصية في ضوء التحليل النفسي*. ط٢. بيروت: دار المسيرة.
٥٦. عباس، فيصل. (١٩٩٧). *الشخصية دراسة حالات - المناهج - التقنيات - الإجراءات*. بيروت: دار الفكر العربي.
٥٧. عبد الخالق، أحمد محمد. (١٩٨٧). *الأبعاد الأساسية للشخصية*. ط٤. هانز آيزنك، (مقدم). مصر: دار المعرفة الجامعية.
٥٨. عبد الخالق، أحمد. (١٩٩٦). *قياس الشخصية*. الكويت: مطبوعات جامعة الكويت.
٥٩. عبد الرحمن، محمد السيد. (١٩٩٨). *نظريات الشخصية*. القاهرة: دار قباء .
٦٠. عبد الله، مجدي أحمد محمد. (٢٠٠٠). *علم النفس المرضي، دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
٦١. عبدالله، معتز سيد. (١٩٨٩). *الاتجاهات التعصبية*. الكويت: عالم المعرفة (١٣٧)
٦٢. عبد الله، معتز سيد. (١٩٩٧). *بحوث في علم النفس الاجتماعي*. مصر: دار غريب.
٦٣. عثمان، إياد محمد زكي. (١٩٩٨). *اتجاهات طلاب جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي*. رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية: نابلس، فلسطين.
٦٤. عطوة، أحمد. (٢٠٠٥). *الاتجاهات النفسية*. القاهرة: دار الفكر العربي
٦٥. عكاشة، أحمد. (١٩٨٦). *الطب النفسي المعاصر* (ط٤). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
٦٦. علام، صلاح الدين محمود. (٢٠٠٢). *القياس والتقويم التربوي والنفسي*. مصر: دار الفكر العربي.
٦٧. عياد، فاطمة سلامة والشربيني، لطفي عبد العزيز. (١٩٩٥). *أثر العوامل الثقافية والاجتماعية في الأمراض النفسية في البيئة العربية*. *مجلة الثقافة النفسية*، (٢١)
٦٨. العيسوي، عبد الرحمن. (١٩٩٢). *علم النفس الاكلينيكي*. مصر: الدار الجامعية.
٦٩. الغرباوي، محمد عبد العزيز. (٢٠٠٧). *الاتجاهات النفسية*. عمان: دار أجنادين مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
٧٠. غودمان، ر. وسكوت، س. (٢٠٠٨). *الطب النفسي عند الأطفال*. (لطفي الشربيني وحنان طقش، مترجم). الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.

٧١. غنيم، سيد محمد. (١٩٨٣). الشخصية. القاهرة: دار المعارف.
٧٢. فهمي، مصطفى. (١٩٩٨). مجالات علم النفس. مصر: دار مصر للطباعة.
٧٣. قطيشات، نازك عبد الحليم والنل، أمل يوسف. (٢٠٠٩). قضايا في الصحة النفسية. ط١. الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
٧٤. كاتبي، محمد عزت عربي. (١٩٩٧). اتجاهات طلبة جامعة دمشق نحو مسائل الزواج وتنظيم الأسرة. رسالة ماجستير، جامعة دمشق.
٧٥. كفاي، علاء الدين. (١٩٩٦). مجلة الثقافة النفسية، العدد ٢٦، بيروت: دار النهضة العربية.
٧٦. لامبرت، وليم و. ولامبرت، وولاس إ. (١٩٩٣). علم النفس الاجتماعي. ط٢. (سلوى الملا، مترجم). القاهرة: دار الشروق.
٧٧. محمد، يوسف عبد الفتاح. (١٩٩٤). الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، ١٢ (٤٨).
٧٨. مليكة، لويس. (١٩٨٩). سيكولوجيا الجماعات والقيادة. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٧٩. منجد الطلاب (ط٤٥). (١٩٨٦). فؤاد إفرام البستاني (مراجعة). دار المشرق: بيروت.
٨٠. منصور، عبد المجيد سيد أحمد و الشربيني، زكريا أحمد. (٢٠٠٠). الأسرة على مشارف القرن ٢١: الأدوار، المرض النفسي، المسؤوليات. القاهرة: دار الفكر العربي
٨١. المنصوري، أبوبكر مفتاح. (٢٠٠٦). الخصائص السيكومترية للصورة العربية لمقياس الاتجاه نحو الطب النفسي. ليبيا: جامعة عمر المختار.
٨٢. ميخائيل، امطانيوس. (٢٠٠٥). القياس النفسي ج. ١. سوريا: منشورات جامعة دمشق.
٨٣. هيلز، ديانا و هيلز، روبرت. (١٩٩٩). العناية بالعقل والنفس (عبد العلي الجسماني، مترجم). لبنان: الدار العربية للعلوم.
٨٤. وافي، فريال أحمد مصطفى. (٢٠١٢). اتجاهات الأسرة نحو المرض النفسي من وجهة نظر الأخصائيين الفلسطينيين. رسالة بكالوريوس، جامعة القدس المفتوحة فرع خان يونس، القدس.

المراجع باللغة الأجنبية :

85. Akpan, M.U., Ojinnaka, N.C., & Ekanem, E.(2010). Stigmatising attitudes towards the mentally ill: A survey in a Nigerian university teaching hospital. *SAJP South African Journal of Psychiatry South African Journal of Psychiatry*,16(2), 56–60
86. Al-Adawi, S., Dorvlo, A.S.S.& Al-Ismaïly,S.S.( 2002). Perception of and Attitude towards Mental Illness in Oman. *Int J Soc Psychiatry*,48(4),305–317.
87. Allport, Gordon.(1937). *Personality a psychological interpretation*. New York: Henry holt and company
88. American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition). Washington: Psychiatric American Association.
89. Angermeyer, M.C., Millier, A., Rémuzat, C., Refaï, T., & Toumi, M.(2013). Attitudes and Beliefs of the French public about schizophrenia and major depression: results from a vignette-based population survey. *BMC Psychiatry* ,(13) 313,1–12
90. Bener, A.& Ghuloum, S.(2011). Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society .*International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 480–486.
91. Brundtland, G.H.(2001). *Mental Health; A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva: WHO

92. Chiu, M.Y.L & Chan, K.K.L.(2007). Community Attitudes Towards Discriminatory Practice Against People with Severe Mental Illness in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2),159–174
93. Chung, K.F., Chen, E.Y.H. & Liu, C. S.M.(2001). University Students Attitudes Towards Mental Patients and Psychiatric Treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 2(47 ), 63– 72s
94. Cordner, G.(2006). Problem-oriented guides for police. *Problem-Specific Guides series*. U.S. Department of justice(40)
95. Corrigan, P.W.(1998).The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5 ,201–222
96. D’Antonio, P.( 1992).Negotiated Care: A Case Study of the Friends Asylum, Ph.D. diss. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania.
97. Domino, G. & Domino, M.L.(2006).*Psychological Testing*(2<sup>nd</sup> Edition). New York : Cambridge.
98. Duckworth, K.M.D.(2013). *Mental Illness: what you need to know*. America: NAMI(the National Alliance on Mental Illness).
99. Etzel, E.F.(2009).*Counseling and Psychological services for college student–Athletes*. Morgantown, West Virginia: West Virginia University.
100. Fazio, R.H.(2007). *Attitudes as Object–Evaluation Associations of Varying Strength Soccogn*. *NIH Public Access* , 25(5), 603–637
101. Feldman, R.S.(2001). *Social Psychology*. New Jersey :library of Congress.

102. Fiorillo, A.E. et al.(2010) . The impact of a psycho educational intervention on family members views about schizophrenia Results from the OASIS Italian multi-centr study. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6) ,596–603
103. Gateshill,G. ,Pietura, K.K.& Wattis,J. (2011). Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals . *Psychiatric Bulletin*, 35, 101–105
104. Goffman.(1968). Stigma–Notes on the management of spoiled Identity. London: Penguin.
105. Hansson,L. ,Jormfeldt,H. Svedberg, P.& Svensson,B.(2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness. Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *International Journal of Social Psychiatry* ,59(1), 48–54
106. Huxley,P. (1993). Location and stigma: A survey of community attitudes to mental". *Mental Health Social Work Research Unit, Department of Psychiatry*, Manchester :University of Manchester, (2)1 , 73–80
107. Jorm, A.F.(2000). Mental Health Literacy Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177,396–401
108. Jorm A.F.,Korten A.E., Jacomb,P.A. ,Christensen,H. & Henderson, S. (1999) .Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 33 , 77 –83.



109. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P.(1997). Mental health literacy a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*,166, 182-186.
110. Kassin,S.M.(2004).*Psychology 4th edition*. New Jersey: Library of Congress Cataloging .
111. Lefley, P.H.(1989). Family Burden and Family Stigma. *American Psychologist*, 44(3), 556-560
112. Lloyd, W. West.(1972). Reviews Attitudes And Human Affairs. *Conseiller Canadian* ,vol. 6, no.2, Avril, 1972
113. Maio, G. &Augoustinos, M.(2005).Attitudes, *Attribution and Social Cognition In Psychology*. England: Blackwell, 17 ,361-382.
114. McKeown, M. & Clancy, B.(1995).Media influence on societal perceptions of mental illness. *Mental Health Nursing*,(14)3 ,10-15.
115. McRorie, M. et al.(2009). A Model of Personality and Emotional Traits. Springer-Verlag Berlin Heidelberg,(I V) A, 27-33
116. Shokoohi-Yekta, M. &Retish, P.(1991) ,Attitudes of Chinese and American Male Students towards Mental Illness .*International Journal of Social Psychiatry* , (12)6,192-200.
117. Summers, Gene F.(1970). Attitude Measurement.Chicago: Rand McNally

118. Vibha ,P.(2008). Attitudes of Ward Attendants Towards Mental Illness: Comparisons and Predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 54 (5), 469–478.
119. Vorkaic, S.T.(2012). The Significance of Preschool Teacher's personality in Early Childhood Education: Analysis of Eysenck's and Big Five Dimensions of Personality. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(2), 28–37
120. Wellway.(2013). *Understanding the Brain and Mental Illness*. Australia: Mental Illness Fellowship Victoria
121. Wolff ,G. ,Pathare, S. , Craig , T . & Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *the British Journal of Psychiatry* , (12),68–183
122. .Wolkenstein, L. & Meyer, Th.D. (2009). What Factors Influence Attitudes Towards People With Current Depression and Current Mania?. *Int J Soc Psychiatry*, 55–124
123. Wolska, A., Pietrulewicz ,B. , & Wielki, K. ( 2008). Attitudes Toward People with Mental Illness (stigma) in the Intercultural Context Polish, *Journal of Social Science*,1(2) ,214–240
124. Yamauchi, T.(2011). Effects of psychiatric training on nursing students' attitudes towards people with mental illness in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*,57(6) ,574–575.
125. Youssef, F., Bachew, R. ,Bodie, D. , Morris ,K. & Sherma , G. (2014). Knowledge and attitudes towards mental illness among

college students Insights into the wider English-speaking Caribbean population . *Int J Soc Psychiatry* ,1(60) ,47-54

126. Zuroff, D.C.(1986). Was Gordon Allport a Trait Theorist?. *Journal of Personality and Social Psychology* ,5(51), 993-1000

#### المراجع الالكترونية:

١٢٧. أبو غلام، عزيزة.(٢٠١٢). تأسيس أول جمعية للمرضى النفسيين في المغرب. *الصحراء الغربية: صفحة المجتمع. المغرب. عن الانترنت*  
(تم استرجاعه في ١٧/٧/٢٠١٥) <http://www.almaghribia.ma/152093>

١٢٨. عبد الفتاح، عز (٢٠٠٩): مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS لجزء الثالث. موضوعات مختارة، موقع الاحصائيون العرب. عن الانترنت  
(تم استرجاعه في ٢١/٣/٢٠١٤) <http://www.arabicstst.com>

١٢٩. غربي، عبد الناصر.(٢٠١١). اتجاهات عينة من المجتمع نحو الاضطرابات النفسية وعمل النفسانيين. أشغال الملتقى الوطني الأول حول "إشكالية العلوم الاجتماعية في الجزائر واقع و آفاق. الجزائر: جامعة الوادي، موقع الانترنت

<http://manifest.univ->

[ouargla.dz/index.php/seminaires/archive](http://ouargla.dz/index.php/seminaires/archive). Adresse: Université Kasdi

Merbah, BP 511 Route de Ghardaia, 30000 Ouargla, Algerie (تم

استرجاعه في ٧ / ٣ / ٢٠١٢)

130. President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Rockville, MD: Author.

<http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/downloads/FinalReport.pdf> (accessed July 9, 2012).

131. Kubau,R. et al.(2012).Attitudes Toward Mental Illness. BRFSS Mental Illness Stigma Report <http://www.cdc.gov/brfss/> (accessed july17.2015)

132. Mental Illness Fellowship Victoria – for people with mental illness, their families and friends .(2013).Retrieved February 20<sup>th</sup>, 2015 from <http://www.mifellowship.org/sites/default/files/styles/Fact%20Sheets/Understanding%20the%20brain%20and%20MI.pdf>

الملحق رقم (١)

أسماء السادة المحكمين لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي مرتبين حسب ترتيب الحروف الأبجدية

الاختصاص	الاسم
أستاذة في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق	أمل الأحمد
أستاذة في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق	أمينة رزق
أستاذ في قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق	جمال الجرمقاني
مدرسة في قسم القياس والتقويم، كلية التربية الثانية، جامعو دمشق	خزامة البعيني
أستاذة في قسم القياس والتقويم، كلية التربية، جامعة دمشق	رنا قوشحة
أستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق	سامر رضوان
أستاذة مساعد في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق	صباح السقا
أستاذة مساعدة في قسم التربية، كلية التربية الثانية، جامعة دمشق	ظريفة أبو فخر
أستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية الثانية، جامعة دمشق	فايز القنطار
أستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق	كمال بلان

ملحق (٢) أدوات البحث: مقدمة الأدوات المقدمة لذوى المرضى نفسياً

أقرأ كل عبارة من العبارات التالية بدقة وقدر مدى انطباقها عليك. ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، وكل إجابة تضعها صحيحة طالما تعبر عن حالتك. يرجى الإجابة بسرعة ولا تفكر كثيراً في المعنى الدقيق للعبارة.

العمر : الجنس:

السنة الدراسية :

التخصص الدراسي:

أحد أفراد أسرتي مريض نفسياً:

تاريخ اليوم:

ملحق (٢) أدوات البحث: مقدمة الأدوات المقدمة لذوى المرضى نفسياً

اقرأ كل عبارة من العبارات التالية بدقة وقدر مدى انطباقها عليك. ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، وكل إجابة تضعها صحيحة طالما تعبر عن حالتك. يرجى الإجابة بسرعة ولا تفكر كثيراً في المعنى الدقيق للعبارة.

العمر : الجنس: صلة القرابة بالمريض: المستوى التعليمي: المهنة:

عمر المريض :

مهنة المريض :

تشخيص حالة المريض :

تكرار مرات دخول المستشفى :

عدد الأيام التي قضاها في المستشفى حتى الآن:

تاريخ اليوم:

ملحق (٢)

الرقم	السؤال	نعم	لا
١.	هل لك هوايات كثيرة متنوعة؟	نعم	لا
٢.	هل يتقلب مزاجك في أغلب الأحيان؟	نعم	لا
٣.	هل حدث مرة أن قبلت المديح أو الثناء على شيء كنت تعرف أن شخصاً آخر قام به؟	نعم	لا
٤.	لو كان عليك ديون فهل يقلقك ذلك؟	نعم	لا
٥.	هل يحدث أحياناً أن تشعر بالتعاسة (أو الحزن) بدون سبب؟	نعم	لا
٦.	هل حدث في أي موقف أن طمعت في شيء ما فأخذت لنفسك منه أكثر مما تستحق؟	نعم	لا
٧.	هل تغلق باب بيتك بعناية في الليل؟	نعم	لا
٨.	هل أنت أقرب إلى الحيوية؟	نعم	لا
٩.	لو رأيت طفلاً أو حيواناً يتعذب فهل يضايقك ذلك كثيراً؟	نعم	لا
١٠.	إذا وعدت بأن تعمل شيئاً فهل تحافظ دائماً على وعدهما يكن ذلك متعباً لك؟	نعم	لا
١١.	هل تكون منطلقاً وتمتع نفسك عادة إذا ذهبت إلى حفلة مرحة؟	نعم	لا
١٢.	هل أنت من الأشخاص الذين (يعصبون) بسهولة؟	نعم	لا
١٣.	هل تستمتع بلقاء أشخاص لم تكن تعرفهم من قبل؟	نعم	لا
١٤.	هل تُجرح مشاعرك بسهولة؟	نعم	لا
١٥.	هل كل عاداتك حسنة ومحبية؟	نعم	لا
١٦.	هل تميل لأن تبقى بعيداً عن الأضواء في المناسبات الاجتماعية؟	نعم	لا
١٧.	هل يمكن أن تأخذ عقاقير أو مركبات قد يكون لها آثار غريبة أو خطيرة عليك؟	نعم	لا
١٨.	هل حدث مرة وأن أخذت شيئاً (حتى ولو كان تافهاً) يخص شخص آخر؟	نعم	لا
١٩.	هل أنت ممن يحبون الخروج من المنزل كثيراً؟	نعم	لا
٢٠.	هل يحدث أحياناً أن تتكلم عن أشياء أو موضوعات لا تعرفها؟	نعم	لا
٢١.	هل تعتبر نفسك شخص عصبى؟	نعم	لا
٢٢.	هل لك أصدقاء كثيرون؟	نعم	لا
٢٣.	هل تستمتع بعمل مقالب في الآخرين حتى وإن كانت تسبب لهم الأذى في بعض الأحيان؟	نعم	لا
٢٤.	هل تحمل الهم باستمرار؟	نعم	لا
٢٥.	عندما كنت طفلاً هل كنت تنفذ كل ما يطلب منك فوراً ودون تدمير؟	نعم	لا
٢٦.	هل أنت شخص مرح؟	نعم	لا
٢٧.	هل العادات الحميدة والنظافة لها أهمية كبيرة عندك؟	نعم	لا
٢٨.	هل حدث أن كسرت أو ضيعت شيئاً يمتلكه شخص آخر؟	نعم	لا
٢٩.	هل تُبادر عادة بالتعرف على أصدقاء جدد؟	نعم	لا
٣٠.	هل تستطيع أن تفهم بسهولة مشاعر الآخرين عندما يكلمونك عن متاعبهم؟	نعم	لا
٣١.	هل تعتبر نفسك متوتراً أو سهل الاستثارة (يسهل إغضابك)؟	نعم	لا
٣٢.	هل تلقي الأوراق المستهلكة على الأرض عندما لا تكون هناك سلة مهملات؟	نعم	لا
٣٣.	هل تكون في الغالب صامتاً عندما تكون مع أشخاص آخرين؟	نعم	لا



ملحق (٢)

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	غير محدد	غير موافق	غير موافق بشدة
١	أرفض الزواج من شخص في أسرته مريضاً نفسياً.					
٢	أرى أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية حتى وإن تحسنت حالته.					
٣	أميل لقراءة المواضيع المتعلقة بالأمراض النفسية.					
٤	لا يزعجني الاستمرار مع صديق/ صديقة لي أصيبت بمرض نفسي.					
٥	من الأفضل أن يلجأ المريض النفسي إلى الشيوخ لحل مشكلاته النفسية.					
٦	أرافق المريض النفسي إلى أماكن العامة.					
٧	لا يضايقني أن يكون جاري في السكن مريضاً نفسياً.					
٨	أرى أن للمريض النفسي الحق كغيره في العلاج والرعاية الصحية.					
٩	لا أذهب في رحلة يخرج فيها مرضى نفسيين.					
١٠	أشعر بالحرج من وجود مريض نفسي في أسرتي.					
١١	أرى أن بعضاً من المعالجين النفسيين لديهم مشكلات نفسية.					
١٢	أرفض مرافقة مريض نفسي في زيارة عائلية.					
١٣	أقبل الزواج من مريض نفسي تماثل إلى الشفاء.					
١٤	من الأفضل عدم البوح بوجود مريض نفسي في عائلتنا إن وجد.					
١٥	أذهب لطلب الاستشارة النفسية عند معاناتي لمشكلات نفسية بسيطة.					
١٦	أشعر بالخوف عند مقابلة المريض النفسي.					
١٧	أرى أنه لا فائدة من محاولات علاج المريض النفسي.					
١٨	أتعهد تغيير طريقي إذا كان فيه مشفى نفسي.					
١٩	أخاف أن أصاب بمرض نفسي .					
٢٠	أرى أن مجرد ذهاب المريض النفسي للعيادة النفسية يشعره بالراحة والاطمئنان.					
٢١	الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه بحيث لا يراه أحد.					
٢٢	لا أربح بتناول الأدوية النفسية حتى لو وصفها لي طبيب نفسي.					
٢٣	أرفض الذهاب لزيارة المرضى النفسيين في منازلهم.					
٢٤	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين عن الأمراض النفسية.					
٢٥	أرى أن الأدوية النفسية يمكن أن تؤدي إلى الإدمان.					
٢٦	أشارك المرضى نفسياً بالنشاطات الاجتماعية(المناسبات والأفراح والأحزان).					
٢٧	لا يضايقني الذهاب في رحلة مدعو إليها مريض نفسي.					
٢٨	أرى أن الذين يعانون من الأمراض النفسية الشديدة هم فقط يحتاجون للعلاج النفسي					
٢٩	لا أسمح لأحد بالتحدث مع المريض النفسي في أسرتي (إن وجد).					
٣٠	أشعر بالارتياح عندما أقدم خدمة ما لمريض نفسي.					
٣١	أرى أن دراسة الطب النفسي مضيعة للوقت.					
٣٢	يمكن أن أزور أحد الأقارب أو الأصدقاء المصابين بمرض نفسي في المستشفى.					
٣٣	أميل لمشاهدة الأفلام المتعلقة بالأمراض النفسية.					
٣٤	أرى أن الزواج بمريض/ مريضة نفسياً يمكن أن يؤدي لإنجاب أولاد مرضى نفسياً.					
٣٥	أقبل المرض النفسي كغيره من الأمراض الجسدية.					
٣٦	أرى أن المريض النفسي مثيراً للسخرية والضحك.					
٣٧	أرى أن دراسة العلوم النفسية مضيعة للوقت.					
٣٨	أقوم بزيارة أشخاص أرتاح إليهم(غير مختصين)عندما أعاني مشكلات نفسية.					
٣٩	أرى أن المريض النفسي يلحق عاراً بالأسرة.					
٤٠	أرى أن بعض المرضى يدعون المرض النفسي ادعاءً.					

الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

ملحق (٢)

لا	نعم	هل تعتقد أن الزواج موضة قديمة ويجب إلغاؤه؟	٣٤.
لا	نعم	هل تتفاخر بنفسك قليلاً من حين لآخر؟	٣٥.
لا	نعم	هل يمكنك بسهولة أن تُدخل الحيوية على حفلة مملة ودمها ثقيل؟	٣٦.
لا	نعم	هل حدث أن قلت شيئاً سيئاً أو قبيحاً على أي شخص؟	٣٧.
لا	نعم	هل تحب أن تروي نكتاً وحكايات مسلية لأصدقائك؟	٣٨.
لا	نعم	هل معظم الأمور لديك مثل بعضها (كل شيء له نفس الطعم)؟	٣٩.
لا	نعم	عندما كنت طفلاً، هل حدث مرة أن كنت متبجحاً مع والديك؟	٤٠.
لا	نعم	هل تحب الاختلاط بالناس؟	٤١.
لا	نعم	هل تشعر بالقلق إذا عرفت أن هناك أخطاء في عملك؟	٤٢.
لا	نعم	هل تعاني من قلة النوم؟	٤٣.
لا	نعم	هل تغسل يديك دائماً قبل الأكل؟	٤٤.
لا	نعم	هل يكون لديك في معظم الأحيان إجابة جاهزة عندما تتحدث مع الآخرين؟	٤٥.
لا	نعم	هل تشعر غالباً بالتعب والإرهاق بدون سبب؟	٤٦.
لا	نعم	هل حدث مرة أنك غشيت في أي لعبة أو مباراة؟	٤٧.
لا	نعم	هل تحب أن تعمل الأشياء التي تحتاج إلى السرعة في أدائها؟	٤٨.
لا	نعم	هل كانت والدتك سيدة طيبة؟	٤٩.
لا	نعم	هل تشعر غالباً أن الحياة مملة جداً؟	٥٠.
لا	نعم	هل حدث أن قمت باستغلال أي شخص؟	٥١.
لا	نعم	هل هناك أشخاص كثيرون حريصون على أنهم يجنبونك؟	٥٢.
لا	نعم	هل حدث أن تمنيت لو كنت ميتاً؟	٥٣.
لا	نعم	هل تتهرب من دفع الضرائب لو تأكدت أنه لن يتم اكتشاف ذلك أبداً؟	٥٤.
لا	نعم	هل يمكنك المحافظة على استمرارية حيوية حفلة ما؟	٥٥.
لا	نعم	هل تحاول ألا تكون وقحاً مع الناس؟	٥٦.
لا	نعم	هل تقلق لفترة طويلة جداً بعد مرورك بخبرة أو موقف مخجل؟	٥٧.
لا	نعم	هل تعاني من اضطراب في الأعصاب؟	٥٨.
لا	نعم	هل تشعر غالباً بالوحدة؟	٥٩.
لا	نعم	هل تفعل غالباً ما تنصح به غيرك؟	٦٠.
لا	نعم	عندما ينتقدك الناس لعيب أو لخطأ فيك فهل تجرح مشاعرك بسهولة؟	٦١.
لا	نعم	هل حدث مرة أن تأخرت عن موعد أو عمل؟	٦٢.
لا	نعم	هل تحب أن تجد الكثير من الهيصمة والإثارة من حولك؟	٦٣.
لا	نعم	هل توجل أحياناً عمل اليوم إلى الغد؟	٦٤.
لا	نعم	هل يراك الآخرون على أنك مليء بالحيوية والنشاط؟	٦٥.
لا	نعم	هل أنت دائماً مستعد للاعتراف بالخطأ إذا صدر عنك؟	٦٦.
لا	نعم	هل تشعر بحزن شديد على منظر حيوان وقع في مصيدة؟	٦٧.
لا	نعم	هل انزعجت من الإجابة عن هذه الأسئلة؟	٦٨.



## الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

ملحق (٤) عبارات مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي قبل تعديلات السادة المحكمين وبعدها		
المكون	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
المكون الانفعالي	١. أرفض الزواج بشخص في أسرته مريض نفسي	١. أرفض الزواج من شخص في أسرته مريضاً نفسياً
	٢. لا يزعجني الاستمرار مع صديق لي أصيب بمرض نفسي	٢. لا يزعجني الاستمرار مع صديق/ صديقة لي أصيبت بمرض نفسي
	٣. لا يضايقتني أن يكون جاري في السكن مريض نفسياً	٣. لا يضايقتني أن يكون جاري في السكن مريضاً نفسياً
	٤. أشعر بالحرج من وجود مريض نفسي في أسرتي	٤. أشعر بالحرج من وجود مريض نفسي في أسرتي
	٥. أقبل الزواج بشخص عانى من مرض نفسي وتعالج قبل أن أتعرّف إليه	٥. أقبل الزواج من مريض نفسي تماثل إلى الشفاء
	٦. أشعر بالخوف عند مقابلة المريض النفسي	٦. أشعر بالخوف عند مقابلة المريض النفسي
	٧. أخاف أن أصاب بمرض نفسي	٧. أخاف أن أصاب بمرض نفسي
	٨. لا أرغب بتناول الأدوية النفسية حتى لو وصفها لي طبيب نفسي	٨. لا أرغب بتناول الأدوية النفسية حتى لو وصفها لي طبيب نفسي
	٩. أشعر بالتوتر عند التحدث مع الآخرين عن الأمراض النفسية	٩. أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين عن الأمراض النفسية
	١٠. يضايقتني الذهاب في رحلة مدعو إليها مريض نفسي.	١٠. لا يضايقتني الذهاب في رحلة مدعو إليها مريض نفسي
المكون الانفعالي ليس رديفاً للمكون العاطفي يجب تحديد المصطلح		
المكون المعرفي	١١. أشعر بالفخر عندما أقدم خدمة ما لمريض نفسي	١١. أشعر بالارتياح عندما أقدم خدمة ما لمريض نفسي
	١٢. أميل لمشاهدة الأفلام التي تدور حول المرض النفسي.	١٢. أميل لمشاهدة الأفلام المتعلقة بالأمراض النفسية
	١٣. أرى أن المريض النفسي مثيراً للسخرية والضحك	١٣. أرى أن المريض النفسي يلحق عاراً بالأسرة
	١٤. أرى أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية حتى وإن تحسنت حالته	١٤. أرى أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية حتى وإن تحسنت حالته
	١٥. أعتقد أن المريض النفسي وإن تحسّن غير مهياً لتحمل المسؤولية	١٥. أرى أن المريض النفسي غير مهياً لتحمل المسؤولية حتى وإن تحسنت حالته
	١٦. من الخطأ أن يلجأ المريض النفسي للعرفين والمشعوذين لحل مشكلاته النفسية.	١٦. من الأفضل أن يلجأ المريض النفسي إلى الشيوخ لحل مشكلاته النفسية
	١٧. المريض النفسي كغيره من المرضى له الحق في العلاج والرعاية الصحية.	١٧. أرى أن للمريض النفسي الحق كغيره في العلاج والرعاية الصحية
	١٨. أعتقد أن كثير من المعالجين النفسيين لديهم مشكلات نفسية.	١٨. حذف/ أرى أن بعضاً من المعالجين النفسيين لديهم مشكلات نفسية
	١٩. من الأفضل عدم البوح بوجود مريض نفسي في عائلتنا إن وجد.	١٩. من الأفضل عدم البوح بوجود مريض نفسي في عائلتنا إن وجد
	٢٠. أعتقد أن لا فائدة من محاولات علاج المريض النفسي.	٢٠. أرى أنه لا فائدة من محاولات علاج المريض النفسي
المكون السلوكي	٢١. أعتقد أن مجرد ذهاب المريض النفسي للعيادة النفسية يشعره بالراحة والاطمئنان.	٢١. أرى أن مجرد ذهاب المريض النفسي للعيادة النفسية يشعره بالراحة والاطمئنان
	٢٢. أعتقد أن الحل الأمثل للمريض النفسي هي حبسه بحيث لا يراه أحد	٢٢. أرى أن الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه بحيث لا يراه أحد
	٢٣. - برأيي تؤدي الأدوية النفسية إلى الإدمان عليها عند استخدامها لعلاج الأمراض النفسية.	٢٣. أرى أن الأدوية النفسية يمكن أن تؤدي إلى الإدمان .
	٢٤. - أعتقد أن الأزمات الشديدة هي فقط التي تحتاج إلى العلاج النفسي.	٢٤. أرى أن الذين يعانون من الأمراض النفسية الشديدة هم فقط يحتاجون للعلاج النفسي
	٢٥. أعتقد أن دراسة الطب النفسي والعلوم النفسية مضيعة للوقت.	٢٥. أرى أن دراسة الطب النفسي مضيعة للوقت
	٢٦. - أعتقد أن كثير من المعالجين النفسيين لديهم مشكلات نفسية.	٢٦. أرى أن دراسة العلوم النفسية مضيعة للوقت
٢٧. - أعتقد أن الزواج بمريضة/مريض نفسي حتماً يؤدي لإنجاب أولاد مرضى نفسياً.	٢٧. أرى أن الزواج بمريض/ مريضة نفسياً يؤدي لإنجاب أولاد مرضى نفسياً	
٢٨. أرى أن بعض المرضى نفسياً يدعون المرضى ادعاءً	٢٨. أرى أن بعض المرضى نفسياً يدعون المرضى ادعاءً	
٢٩. أميل لقراءة الأخبار المتعلقة بالأمراض النفسية.	٢٩. أميل لقراءة المواضيع المتعلقة بالأمراض النفسية	
٣٠. - لا أفضل مرافقة المريض النفسي إلى أماكن عامة.	٣٠. أرافق المريض النفسي إلى أماكن العامة	
٣١. لا أفضل الخروج في رحلة بها مرضى نفسيين.	٣١. لا أذهب في رحلة يخرج فيها مرضى نفسيين	
٣٢. لا أرى مشكلة في مرافقة المريض النفسي في زيارة	٣٢. أرفض مرافقة مريض نفسي في زيارة عائلية	

## الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية

عائلية	
٣٣. - لا أذهب لطلب الاستشارة النفسية عند معاناتي لمشكلات نفسية بسيطة .	٣٣. أذهب لطلب الاستشارة النفسية عند معاناتي لمشكلات نفسية بسيطة.
٣٤. -أتعمد تغيير طريقي إذا كان فيه مشفى نفسي	٣٤. -أتعمد تغيير طريقي إذا كان فيه مشفى نفسي
٣٥. -الحل الأمثل للمريض النفسي هي حبسه بحيث لا يراه أحد.	٣٥. الحل الأمثل للمريض النفسي هي حبسه بحيث لا يراه أحد.
٣٦. - أرفض الذهاب لزيارة المرضى النفسيين في منازلهم	٣٦. - أرفض الذهاب لزيارة المرضى النفسيين في منازلهم
٣٧. يمكن الخروج في رحلة بها مرضى نفسيين	٣٧. حذف
٣٨. -لا أسمح لأحد بدخول غرفة المريض النفسي إن وجد في المنزل	٣٨. لا أسمح لأحد بالتحدث مع المريض النفسي في أسرتي (إن وجد)
٣٩. يمكن أن أقوم بزيارة أحد الأقارب أو الأصدقاء في المستشفى إذا أصيب بمرض نفسي	٣٩. يمكن أن أزور أحد الأقارب أو الأصدقاء المصاب بمرض نفسي في المستشفى
٤٠.	٤٠. أرى أن قيام المعالج بالتشخيص الدقيق لحالة المريض النفسي جزء أساسي من علاجه
٤١.	٤١. أتقبل المرض النفسي كغيره من الأمراض الجسدية

**Abstract:**

**Attitudes towards Mental Illness and their Relationships with the Traits of Personality**

The psychological attitudes crystallize in the variety of disciplines, especially when we deal with people who are mentally ill when one member of the family is affected with mental illness, or even when the discussion of the problems.

Accordingly, this research has discussed the attitudes towards the mental illnesses and their relationships with the traits of personality within two types of people.

The first type those who are mentally ill and those who accompanied with them and visit the hospitals of Damascus regularly.

The second type is from the academic students in their final years of their study in Damascus university.

Doing this research has required for plenty of justification. A lot of studies have searched in the factors thus effect in the attitudes towards the mental illness and the person who is effected with this illness as well, owing to that, it may prevent the person from getting the desired support, and this in its turn might reflect on his life. So that, the problem has defined as **essential question:**

**Is there a relationship between the attitudes towards the mental illness and the traits of personality?**

This research focused on identifying the attitudes of research's members those who are mentally ill, and not only revealing the relationship between the attitudes towards the mental illness and the traits of personality (Extroversion, Neuroticism, Psychotism) for the two samples (those who have the ill person in their families, and the students)

But revealing the differences in the attitudes towards the mental illness which one of the two samples has as well. this had been done according to (sex- age- the level of education – the relationship with the patient) and

also for the second sample who are the university students according to the variety of (sex and the kind of specialization).

### **The Importance of the research.**

This research sheds light on the traits of the personality of people who carry positive attitudes towards the mental illness.

This research has started from different hypotheses.

The hypotheses of the research that concerned with the first sample who are mentally ill relatives:

-There are no statistical differences in the attitudes towards the mental illness between the two samples (students and ill relatives).

-There is no statistical relation between the attitudes towards the mental illness and the traits of the personality (Neuroticism, Extroversion, Psychotism and Lying) of the first sample.

-However there are no differences in the attitudes towards the mental illness between the members of the first sample according to the age of the members.

- According to the varied sex of the members, there is no difference in the attitudes towards mental illness.

-consequently, due to the vary of education level, there aren't any differences at the attitudes towards the mental illness between those who are mentally ill.

-It turns to be that also there are no differences in the attitudes towards the mental illness according to the varied relationship with the mentally ill.

The hypotheses of the research, that concern with second sample (university students).

-Statistically, no relation between the attitudes towards the mental illnesses and the traits of the personality (Neuroticism, Extroversion, Psychotism and Lying) which the students have.

-According to the kind of sex there aren't any differences at the attitudes

towards the mental illness.

-Also, within the students who had been surveyed, It turned to be no differences between the attitudes towards the mental illness according to their specialization in the university.

The research, and in its attempt to verify these assumptions on a **group of people consists of 150 individuals those who are mentally ill, and on 1164 female and male students** those who are in their final years of study in Damascus university.

This research has relied on the **analytical descriptive method**, and a group of tools had been used such as Eysink measurements for the traits of the personality(translated by Dr. Samer Radwan) and the criterion for the attitudes towards the mental illness.

The process of applying these tools had been taken six months nearly. It started on the first of February until the thirtieth of June in 2014.

Finally this research concluded an a set of results which had been processed statistically, by using a spot of statistic for science(spss) version 21.

Consequently, one of the most important results show that there is a negative connective relation between the attitudes towards the mental illness, and two traits had appeared which are neuroticism and the Psychotism, .Meanwhile, A positive relation had appeared between the attitudes towards the mental illnesses, and two traits appeared as well, which are extroversion and lying, for those who are from the first sample.

Apparently, it turned to be that there are differences within the identification of components which is the components of the attitudes towards the mental illnesses of course these differences were on the favor of the young people orderly, the first, the second, and the fourth, whereas the pattern number five shows the average of the identification attitudes towards the mental illness according to the variety of the age. The type of age which is between(43-54)shows no differences and the fifth type which is (66) and over there was no difference.

According to the variety of the sex there was no difference between males and females.



The difference in the attitudes towards the mental illness according to the variation of the education level between the members of the first sample showed that those who belong to the university education study have appositve attitudes towards the mental illness more than those who belong to the high school education.

According to the relationship of the relatives, the study of the differences found that the mother's attitudes towards the mental illness and the attitudes of each husband/wife, son/daughter, and the differences were on the favor of the mother in both cases.

The relation between the attitudes and the appearance of the two traits which are neuroticism and psychotism was a counteractive relation, while the relation between the attitudes was positive towards the mental illness and the appearance of lie. While for the second type there was no relations between the attitudes towards illness and extroversion in the second sample it turned to be that there are lots of differences towards the mental illness according to kind of specialization in the study especially those who study applicable colleges.

According to the attitudes of both samples, it turned to be that the most responses were objective in the attitudes towards the mental illness what has distinguished the second type is choosing the negative attitudes between its members.

**Damascus University**  
**Faculty of Education**  
**Psychological Counseling Department**

# **Attitudes towards Mental Illness and Their Relationships with Personality Traits**

**A Dissertation to have a master's degree in Psychological Counseling**

**Prepared by:**  
**Hiba Fouzi Shannan**

**Supervised by:**  
**Dr. Sabah Al-Saqa**  
**Assistant Professor in Psychological Counseling Department**

**Year:2014/2015**