



الجامعة الإسلامية-غزة
عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي
كلية التربية
قسم الصحة النفسية والمجتمعية

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي

إعداد الطالبة:

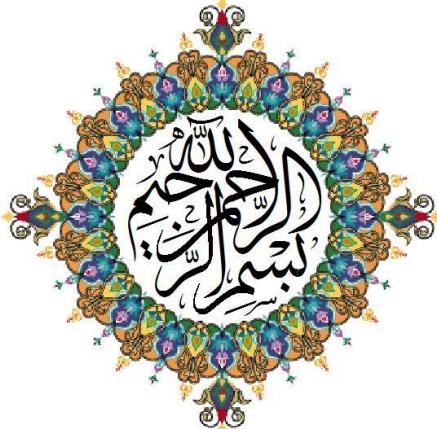
أسماء عبد القادر غراب

إشراف:

د. نبيل كامل دخان

قدمت هذه الرسالة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية

2015 هـ - 1436 م



﴿ وَلَنَبْلُونَنُكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخُوفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُّصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّ اللَّهَ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّنْ رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهَدُّدُونَ ﴾

[البقرة، الآيات 155-157]



اللهم اسْرِ رَأْءِ

إلى كل من قاسى وتألم وتحمل، إلى من آمنوا - دوماً - بأن ثمة نور في نهاية النفق المظلم.

إلى من لم يستكينوا ولم يكلوا ولم يملوا.

إلى من ساروا في طريق الحياة إلى حد الترنج ولم يسقطوا أبداً. إلى من إنْ فُقدَ الأمل من حولهم، خلفوه بأنفسهم.

إلى الساعات الحالكـات الطوال التي تسبق الفجر. إلى النـدبـ التي ظلتـ محفورةـ عمـيقـاـ شـاهـدـةـ علىـ الأـيـامـ الصـعـابـ.

إلى من كانوا مثـالـاـ لـعـزـيمـةـ وإـصـرـارـ إـلـيـانـ وـقـرـتـهـ عـلـىـ صـنـعـ الـجـمـالـ منـ أـشـيـاءـ قدـ لاـ تـحـمـلـ أـيـةـ معـنـىـ للـمـشـاهـدـ العـابـرـ.

إلى الذين توقفوا إلى جانب الطريق؛ وكتبوا أسماءهم بدمائهم ، لنكون دليلاً وأملاً لمن يلحق بهم.

إلى الأيدي التي تمتد لتساعدنا على النهوض. إلى الأعمال العظيمة المحفوظة بالكافح والنضال.

إلى النسوة اللواتي أبین الرجوع الفهقري؛ واخترنـ مواصلة المسيرـ، زوجات مرضى الفصام العقليـ.

إلى وطني الحبيب الذي ما زال شامخاً رغم الحصار. إلى القلوب الطيبة، التي تطبب الجراح.

إلى عائلتي الصغيرة، إلى أمي الحنون التي كانت عوناً وسندًا لي في تشجيعي على إنجاز هذه العمل. إلى روح أبي الطاهرة إلى أخواتي وإخوتي الذين يشترون لي الفرح مهما غلا ثمنه. إلى مقلة عيني، أبني الحبيب.

إلى الذين لم يدّخروا جهداً إلا وقدموه لي.

إلى من فتح لي أبواب علمه، إلى من كان نبراساً للعلم، مشرفي: الدكتور نبيل دخان.

إلى هذا الصرح التعليمي الشامخ، جامعني التي أعتز بها: الجامعة الإسلامية.

الباحثـهـ

شكر و تقدير

الحمد والثناء لله سبحانه وتعالى كما ينبغي لجلال وجهه وعظم سلطانه، وبفضل الله تتحقق الأمنيات وما توفيق إلا بالله، الذي وفقني لإنجاز هذا العمل وأدعوه الله عز وجل أن ينفع به ويكون خالصاً لوجهه الكريم، وانطلاقاً من هدي رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم "من لا يشكر الناس لا يشكر الله" أتوجه بالحمد والشكر لله الذي أمنني بالصبر والإرادة لإنتمام هذا العمل المتواضع، فلا يسعني في هذا المقام إلا أن أنسب الفضل لأهله.

بداية أتقدم بالشكر الجليل للجامعة الإسلامية التي منحتي فرصة الدراسة في مرحلتي الدبلوم العالي بالعلاج النفسي، والماجستير، والتي مازالت تقدم لنا الكثير من العطاء، فهي منارة العلم والعلماء.

كما أتوجه بالشكر الجليل وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل: الدكتور نبيل دخان الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، ولم يدخر جهداً في تقويم هذا العمل، وتقديم النصح والمشورة وتذليل العقبات، فله مني كل الشكر والاحترام والتقدير.

كما ويسعدني أن أتقدم بالشكر الجليل إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل، الدكتور: عاطف الأغا مناقشاً داخلياً، والدكتورة: تغريد عبد الهادي مناقشاً خارجياً، والذين سيكون لملحوظاتهم أثراً كبيراً في إثراء جودة هذه الرسالة.

كما أتقدم بالشكر والوفاء والتقدير لجميع الأساتذة الكرام في قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية لما بذلوه من العطاء لنا خلال سنوات الدراسة.

كما أتقدم بالشكر الجليل لدكتور القدير عليان الحولي لما قدمه لنا من التسهيلات الإدارية الازمة طوال فترة الدبلوم العالي والماجستير.

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر الجليل لدكتور الفاضل مصطفى المصري الذي ساعدني في الحصول على محتويات المادة العلمية الخاصة بالبرنامج والدراسة والذي كان لرأيه أثر ملموس في إثراء وإنجاح البرنامج.

كما لا أنسى أن أتوجه بالشكر لدكتور الفاضل جميل الطهراوي بما زودني به ببعض الآراء السديدة التي أفادتني في هذه الدراسة.

كما أتقدم بالشكر للاختصاصيين الإكلينيكين، لكل من الدكتور أحمد الشرقاوي، الدكتور مصطفى المصري والدكتور سمير زقوت، على الموافقة بإجراء مقابلة إكلينيكية معهم بغرض البحث العلمي.

والشكر موصول أيضاً للدكتور: خليل حماد على جهوده في تدقيق هذه الرسالة لغويًا وإخراجها بالشكل المطلوب.

كما أتقدم بالشكر الجزيئ إلى الصديقة الأخصائية النفسية إيمان الزعلان التي مدت لي يد العون و رافقته منذ البداية حتى النهاية.

كما أتقدم بالشكر لعيادة الصوراني للصحة النفسية التي ساعدتني في الحصول على العينة الاستطلاعية والفعلية والتي قدمت لي جميع التسهيلات اللازمة لتطبيق البرنامج - خصوصاً توفير قاعة خاصة لتطبيق البرنامج، وعلى رأسهم الدكتور خالد ميلاد، والممرض النفسي محمد طافش.

كذلك أتوجه بالشكر لعيادة الوسطى للصحة النفسية والمجتمعية في مساعدتي في الحصول على العينة الاستطلاعية و بعض الأمور الخاصة بالدراسة وعلى رأسهم صديقتي الأخصائية النفسية هدير الإسي والزميل الأخصائي النفسي شادي بريخ.

كما أشكّر كلاً من الممرض النفسي عماد حبوب في مساعدته في ترجمة المادة العلمية الخاصة بالدراسة ومحمد أبو شاويش في ترجمة المادة العلمية الخاصة بالبرنامج.

كما لا يفوتي توجيهي الشكر لأفراد العينة "زوجات مرضى الفصام العقلي" اللواتي شاركن طيلة جلسات البرنامج العلاجي.

ولا يسعني إلا أن أشكّر من أتعتّبهم معـي كثـيراً ، الذين لأجـلي بذلوا الغـالي والنـفيس من جـهد وصـبر ورـعاية .

فأتقدّم بكل آيات المحبة والاحترام إلى والدتي الغالية وابني الحبيب، وجميع أخوتي وأخواتي على ما قدموه لي من دعم نفسي ومادي خلال فترة عملي بالرسالة .

وفي النهاية أتقدّم إلى كل من ساهم في إخراج هذا العمل المتواضع إلى حيز الوجود ولو بكلمة تشجيع لهم مني جميعاً خالص الشكر وعظيم التقدير والامتنان.



ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي .

هدفت الدراسة : إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، كما هدفت إلى تعرف مستوى الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلات قبل تطبيق البرنامج وبعده، وقد تكونت عينة الدراسة من (12) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعتات والمتردّدات على عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة واللواتي يعانيان من ضغوط نفسية نتيجة مرض الزوج بالفصام، وتم اختيارهن بطريقة قصدية، وقد استخدمت الباحثة نوعين من المناهج وهما : المنهج شبه تجريبي (ذو التصميم الواحد) ، الذي يتضمن عينة تجريبية واحدة وتطبيق البرنامج عليها دون اللجوء إلى مجموعة ضابطة ، والمنهج النوعي الذي يتضمن جمع معلومات من المبحوثين إما باللحظة الميدانية أو بالمقابلات دون اللجوء إلى استخدام الإجراءات الإحصائية. وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات وهي : مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحثة ، ومقاييس أنماط حل المشكلات المقتن من إعداد (D'Zurilla T, Nezu A, Maydeu 2002) وترجمة الدكتور مصطفى المصري، كما قامت الباحثة بإعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى عينة زوجات مرضى الفصام العقلي، كما استخدمت المقابلات الفردية الإكلينيكية مع مجموعة من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي؛ ومجموعة أخرى من زوجات مرضى الفصام اللاتي اشتراكن بالبرنامج وكلاهما من إعداد الباحثة.

وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

1- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط النفسية الكلية وأنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام والفرق كانت لصالح القياس البعدى.

2- لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدى ودرجات القياس التبعي في درجات الضغوط النفسية الكلية درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلى.

ما يعني قدرة البرنامج العلاجي وفعاليته واستمرار تأثيره في التخفيف من الضغوط النفسية والقدرة على حل المشكلات لدى أفراد عينة الدراسة، وقد خرجت الدراسة بعدد من التوصيات أهمها : تدريب الأخصائيين والأطباء النفسيين العاملين في المؤسسات الحكومية والأهلية على ممارسة العلاج بحل المشكلات لما أثبتته هذه الدراسة وجميع الدراسات الأخرى بفاعليته مع جميع الاضطرابات النفسية والذي يعود بالنفع على المرضى وذويهم .

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	الإهداء
ج	شكر وتقدير
هـ	ملخص الدراسة
زـ	قائمة المحتويات
كـ	قائمة الجداول
مـ	قائمة الأشكال
نـ	قائمة الملاحق
11-1	الفصل الأول مدخل إلى الدراسة
2	المقدمة
5	مشكلة الدراسة
6	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
8	مصطلحات الدراسة
10	متغيرات الدراسة
10	حدود الدراسة
113-12	الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة
13	المبحث الأول العلاج بحل المشكلات
14	ما هي المشكلة؟
14	أنواع المشكلات
15	خصائص المشكلة
16	التوجهات نحو المشكلة
17	القدرة على حل المشكلات
18	سلوك حل المشكلة
18	تعريف حل المشكلات

الصفحة	الموضوع
19	أنماط حل المشكلة
20	تعريف العلاج بحل المشكلات
21	عمليات العلاج بحل المشكلات
22	أفراد يصعب عليهم استخدام العلاج بحل المشكلات
22	أهمية استخدام العلاج بحل المشكلات
23	أهداف العلاج بحل المشكلات
24	مراحل علاج حل المشكلات
26	تقدير مصداقية العلاج بحل المشكلات
27	طرائق تقديم العلاج بحل المشكلات
28	أساليب استخدام العلاج بحل المشكلات
29	مجالات استخدام العلاج بحل المشكلات
32	صعوبات العلاج بحل المشكلات؛ والحلول المتوقعة للتغلب عليها
33	نظريات العلاج بحل المشكلات
39	المبحث الثاني الضغوط النفسية
39	المقدمة
39	أولاً- تعاريفات الضغوط النفسية
41	ثانياً- كيف يتكون الضغط النفسي؟
42	ثالثاً تشخيص الضغوط النفسية
43	رابعاً- أنواع الضغوط النفسية
44	خامساً مصادر الضغوط النفسية
47	سادساً- تأثير الضغط النفسي
50	سابعاً- التكيف مع الضغوط النفسية
50	ثامناً- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية والتخفيف من حدتها
57	تاسعاً- نظريات الضغوط النفسية
65	التعليق على النظريات
67	المبحث الثالث الضغوطات النفسية لزوجات مرضى الفصام العقلي
67	مقدمة

الصفحة	الموضوع
67	أولاً- مقابلات مع ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي الميداني
71	ثانياً- مقابلات مع زوجات مرضى الفصام العقلي
76	ثالثاً- التفسير والتعليق و الرابط للباحثة حول البرنامج
79	المبحث الرابع الفصام العقلي
79	مقدمة
81	التعريفات التي تناولت الفصام العقلي
84	تشخيص الفصام العقلي
86	أعراض الفصام العقلي
91	أهم العوامل المسببة للفصام العقلي
94	أنواع الفصام العقلي
99	تأثيرات مرض الزوج بالفصام وانعكاساتها السلبية على أفراد الأسرة
101	مال المرض
103	أهم العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في مصير الشизوفرينيا
104	علاج الفصاميين
109	النظريات المفسرة لمرض الفصام العقلي
157-114	الفصل الثالث الدراسات السابقة
115	أولاً- الدراسات السابقة التي تناولت العلاج بأسلوب حل المشكلات
127	ثانياً- الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية
138	ثالثاً- الدراسات السابقة التي تناولت الفصام العقلي
155	رابعاً- التعليق العام على الدراسات السابقة
156	ما تتميز به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة
156	فروض الدراسة
193-158	الفصل الرابع الطريقة والإجراءات
159	أولاً- منهج الدراسة
160	ثانياً- مجتمع الدراسة
160	ثالثاً- عينة الدراسة
162	رابعاً- أدوات الدراسة

الصفحة	الموضوع
163	- مقياس الضغوط النفسية
167	- مقياس أنماط حل المشكلات
170	- برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات
189	- المقابلات الإكلينيكية الفردية
191	خامسًا - الأساليب الإحصائية
191	سادسًا - خطوات إجراء الدراسة
193	سابعًا - الصعوبات التي واجهت الباحثة خلال إجراء الدراسة
225-194	الفصل الخامس النتائج وتفسيراتها
195	أولاً- تساؤلات الدراسة
208	ثانياً- فرضيات الدراسة
222	تعقيب عام على نتائج الدراسة
223	توصيات الدراسة
224	المقترحات
226	المراجع
247	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
102	مؤشرات المال الحسن والسيء لمرض الفصام العقلي	(1)
161	خصائص أفراد العينة	(2)
164	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس (الضغوط النفسية) والدرجة الكلية للمقياس	(3)
165	معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية لكل بعد على حده	(4)
167	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده	(5)
169	معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقياس أنماط حل المشكلات والدرجة الكلية لكل بعد على حده	(6)
170	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس أنماط حل المشكلات وأبعاده	(7)
172	ملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات	(8)
174	ملخص الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات.	(9)
183	ملخص الجلسات العلاجية بعد الحرب	(10)
195	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج	(11)
198	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج	(12)
201	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج	(13)
205	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج	(14)

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
208	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية .	(15)
213	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي على درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية .	(16)
215	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية .	(17)
219	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي على درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية .	(18)
258	البيانات الأساسية لذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي الذين تمت مقابلتهم	(19)
266	البيانات الأساسية لزوجات مرضى الفصام العقلي اللاتي تمت مقابلتهم	(20)

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
63	هرم ماوسلو	(1)
196	الوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج	(2)
200	الوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج	(3)
202	الوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج	(4)
206	الوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج	(5)
210	نسبة التحسن لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني لصحة النفسية الحكومية	(6)
217	نسبة التحسن لمقياس أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني لصحة النفسية الحكومية	(7)

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملاحق	رقم الملاحق
248	قائمة المحكمين لجميع أدوات الدراسة	(1)
249	الاستبانة في صورتها قبل النهائية	(2)
253	الاستبانة في صورتها النهائية	(3)
256	استبانة أنماط حل المشكلات	(4)
258	أسئلة المقابلات الإكلينيكية الفردية	(5)
260	المقابلات الإكلينيكية الفردية	(6)
280	نموذج بطاقات العلاج بحل المشكلات	(7)
294	تنفيذ الجلسات	(8)
317	تقويم مصداقية العلاج بحل المشكلات	(9)
319	صور جلسات العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات	(10)
326	تسهيل مهمة باحثة	(11)

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- المقدمة.

- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

- أهداف الدراسة.

- أهمية الدراسة.

- مصطلحات الدراسة.

- متغيرات الدراسة.

- حدود الدراسة.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

المقدمة:

مع تعدد المشكلات النفسية المختلفة التي تواجه الإنسان في حياته اليومية، وتتنوعها لم تقلح النظريات التقليدية في العلاج النفسي في حل هذه المشكلات، حيث ظهرت إلى السطح العديد من النظريات الجديدة التي من شأنها أن تكون على نفس مستوى هذه المشكلات، وقدرة على حلها، وإزالة ما يعيانيه الإنسان من سوء تكيف، فمن هنا حاولت كل نظرية من نظريات العلاج النفسي جاهدة تناول هذه المشكلات من زاويتها، لكي تساعد الإنسان على تحقيق صحته النفسية، ومن هذه النظريات الجديدة في العلاج النفسي وأكثرها فاعلية هي نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

فبالرغم من أن ميدان العلاج النفسي المعاصر يزخر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى أكثر من مائة شكل من أشكال العلاج النفسي، وإزاء هذا التعدد أو حتى التناقض اعتبر، Rosen، 1990، العلاج المعرفي السلوكي نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية يحتوي نظرية تكاملية في تغيير السلوك، تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي (وردة، 2011: 80).

فالعلاج المعرفي السلوكي استراتيجية فعالة بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية، في الحقيقة تتشابه فعالية العلاج المعرفي السلوكي على الأقل مع العلاج الطبي الدوائي لل المشكلات، وإضافة إلى ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي لا تصاحبه أي آثار جانبية، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن، إن هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تغيير طرائق التفكير والسلوك اللاتكيفي، من أجل تحسين السعادة النفسية (عيسى، 2012: 21).

لذا يعد العلاج المعرفي السلوكي اتجاهًا علاجيًّا حديثًّا نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بأساليبه المتعددة، والعلاج السلوكي بما يتضمنه من أساليب، ويهدف إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد؛ إذ يتعامل معها معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً؛ بحيث يستخدم العديد من الأساليب سواء أكان ذلك من المنظور المعرفي، أم المنظور الانفعالي، أم السلوكي (أبو غالى، 2011: 58).

ومن بين هذه الأساليب أسلوب حل المشكلات الذي تم تناولها في هذه الدراسة حيث يؤكد Nezu & Arean, 1991 على أن أسلوب حل المشكلات هو أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي والتي يتم من خلالها مساعدة الأفراد على فهم طبيعة المشكلات الحياتية على نحو تغيير الموقف المتشكل نفسه أو تغيير طريقة ردود أفعالهم نحو هذه المواقف أو الاثنين معاً، وقد ثبتت فعالية هذا الأسلوب في علاج العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية (حسانين، 2010: 559) .

ووضح دوبسون أن العلاج بحل المشكلات هو أسلوب إيجابي لتدخل إكلينيكي يركز على التدريب لبناء توجهات ومهارات فعالة لحل المشكلة. وقد سجل عدد كبير من الدراسات التي اهتمت بتطوير فاعلية العلاج بحل المشكلات بأنه فعال في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، وأنه فعال مع شريحة واسعة من أفراد المجتمع الأطفال، والراهقين، والراشدين، وكبار السن. كما أنه يمكن استخدامه كعلاج منفرد أو كجزء من برنامج علاجي أو كبرنامج وقائي. وقد تم تطبيق تلك التدخلات في المراكز الصحية وغير الصحية، وتشمل العلاج الفردي والجماعي والزوجي والعائلي، كما تطبق في مراكز الرعاية الأولية، وورشات العمل، والمحاضرات، والدورات الأكاديمية. والمشاركون في هذا العلاج يضمون تشكيلة واسعة من اضطرابات التأقلم، واضطرابات الفصام، والاكتئاب، والضغط النفسي، واضطرابات الفلق، والأفكار والسلوكيات الانتحارية، والإدمان، ومشكلات الوزن، والسلوك الإجرامي، ومشكلات العلاقات، والتخلف العقلي، والسرطان، وأمراض باطنية أخرى .

(Dobson, K. S. , 2010: 197-198)

كما أن حل المشكلة له تأثير مباشر وغير مباشر على العواطف في مواقف الضغوطات النفسية. أما التأثير المباشر فهو أن الناس يكونون أكثر قابلية للشعور بالارتياح عندما يحاولون حل المشكلة التي تضايقهم، بينما يكون التأثير غير المباشر عند حل المشكلة بصورة فعالة بأن يتحول الموقف المسبب للمشكلة للأفضل، والذي يكون له في المقابل نتائج عاطفية إيجابية(Kazantzis, N. , et. al. , 2010: 88-89).

ويتوقع من حل المشكلة الفعال أن يقلل من التأثيرات السلبية للضغط على الرفاهية في الحياة، بينما يتوقع من حل المشكلة غير الفعال أن يزيد من التأثيرات السلبية للضغط على الرفاهية في الحياة (Bell, A. , C. & D'Zurilla, T. J. , 2009: 348).

وشرح مويسير وجنجرتش الضغوطات التي يتعرض لها أفراد عائلة مرضى الفصام في التعامل مع مرضاتهم، فذكروا أن الفصام يمكن أن يكون مرضًا عقليًا محيراً وصعباً، وأعراضه مثل الضلالات والهلاوس يمكن أن تؤدي إلى السلوك التدميري، بالإضافة إلى اللامبالاة، والانسحاب، وحرمان الناس من مباحث الحياة، وحرمان أسرهم من الرقة الكاملة لمن يحبون، كما أن أعراض الفصام والتحديات المرتبطة به يمكن أن تضع عبئاً على الزواج، والناس المصابين بمرض الفصام يجدون أيضاً في كثير من الأحيان صعوبة في المشاركة في الأعمال المنزلية، وتربية الأطفال، وتلبية توقعات نموذجية أخرى من شراكة حميمة.

(Mueser, K. T. , & Gingerich, S. , 2006: 46)

فإن العيش مع مريض الفصام يمكن أن يضع أعباءً كبيرةً، وقيوداً مفروضة على بقية أفراد الأسرة، وإن أزواج مرضى الفصام لا يقابلون أعباءً تتعلق بالمرض فقط، لكنهم أيضاً يقابلون أعباءً ناتجة عن أدوارهم العائلية، كما أن الأعباء المزمنة في الحياة اليومية تقلل جودة الحياة الأسرية (Jungbauer, J. et. al. 2014: 665).

ووضح بارياتو أنه في الاضطرابات النفسية مثل الفصام يؤثر العجز على جوانب كبيرة ومتعددة من الأداء الاجتماعي، ويشمل الرعاية الذاتية والتي تعود إلى النظافة الشخصية واللباس والطعام، والأداء الوظيفي في العمل أو الدراسة، وال العلاقات العائلية مع الزوج أو الزوجة والوالدين والأولاد والأقارب (Barbato, A. 1997: 12).

وقد أظهرت نتائج دراسة ريكارد أن الضغط النفسي ومشكلات النوم عند مقدمي الرعاية للمرضى النفسيين كانت أعلى بمستوى ذات دلالة عن أفراد مجتمع الدراسة .

(Ricard, N. , 2011: 5)

وقد استنتجت تشنان أن الدراسات على مقدمي الرعاية من أفراد عائلات مرضى الفصام قدمت دليلاً على أن الأمراض النفسية مثل الفصام أوجدت عبئاً مستمراً على العائلات، وهذا ليس محصوراً على مجتمعات وثقافات معينة، حيث إن الوصمة تجاه المرض النفسي تشكل المصدر الأساس للضغوطات النفسية على مقدمي الرعاية من أفراد عائلات مرضى الفصام، وأن عبئهم متعدد الأبعاد ويشمل الصحة النفسية، والحالة الجسدية، والحياة الاجتماعية، والوضع المالي، والأداء داخل العائلة اجمالاً (Chan, S. , w. , 2011: 344).

وهكذا نستنتج أن الضغوطات الناتجة عن رعاية مريض الفصام في الأسرة يمثل ضغطاً كبيراً على الأسرة وخصوصاً زوجاتهم، حيث يتصف المريض بالسلبية واللامبالاة،

وبالتالي تقع المسؤوليات بأكملها على زوجة المريض، وذلك يعرضها لمستوى هائل من الضغوطات، لذلك فهي بحاجة إلى التعامل مع هذه الضغوطات ومواجهتها والتكييف مع صعوبات الحياة الناشئة عن المرض النفسي للزوج وكثرة المسؤوليات الملقاة على عاتقها. لذا يعتبر العلاج بحل المشكلات فعّالاً لمثل هذه الحالات، ومن هنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة:

من خلال ملاحظة الباحثة أثناء عملها في مراكز الصحة النفسية، ومن خلالأخذ آراء الزملاء المختصين بال المجال النفسي، لوحظ أن زوجات مرضى الفصام يتربden على المراكز النفسية لجلب العلاج لأزواجهم وخلال جلبهن للعلاج لوحظ بأنهن يشتكين من ضغوطات نفسية مختلفة ناتجة عن مرض الزوج بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع تداعيات المرض، الأمر الذي جعلهن يطلبن المساعدة ، ومن هنا كان لابد من وضع برنامج للتخفيف من آثار وحجم الضغوط النفسية ودراسة فعالية هذا البرنامج.

وتتعدد مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيس:

ما فاعالية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي ؟

وتتبثق عنه التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج؟

2. ما مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج؟

3. ما مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج؟

4. ما مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدى ودرجات القياس التبعى في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس القبلى ودرجات القياس البعدى في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة؟

8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدى ودرجات القياس التبعى في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى.
2. التتحقق من وجود فروق بين درجات القياس القبلى ودرجات القياس البعدى في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة.
3. الكشف فيما إذا كان هناك فروق بين درجات القياس البعدى ودرجات القياس التبعى في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة.
4. التتحقق من وجود الفروق بين درجات القياس القبلى ودرجات القياس البعدى في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة.
5. الكشف فيما إذا كان هناك فروق بين درجات القياس البعدى ودرجات القياس التبعى في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددin على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة.

أهمية الدراسة:

تكمّن أهمية الدراسة في أهمية الجانب الذي تتناوله، حيث إنها تسعى إلى التعرّف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسيّة لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، ولا شك أن لهذا الجانب أهمية من النواحي كافة على النحو الآتي:

الأهمية النظرية:

- تكمّن أهمية الدراسة في توجيه الأنظار نحو شريحة مهمّة في المجتمع، وهم زوجات مرضى الفصام العقلي الذين يعانيان من ضغوطات نفسية مختلفة نتائجها صعوبات في التعامل مع طبيعة مرض أزواجهن بالفصام العقلي، وهذه الفئة تحتاج إلى رعاية نفسية واجتماعية وطبية وإرشادية للتعامل مع أزواجهن المرضى.
- تعد هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي اهتمت بإلقاء الضوء على فاعلية العلاج بأسلوب حل المشكلات في سياق الحياة اليومية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.
- اختفاء الدراسات الفلسطينيّة وندرة الدراسات العالميّة التي اهتمت بإلقاء الضوء على ضغوطات زوجات مرضى الفصام بشكل خاص أو ضغوطات زوجات مرضى باضطرابات نفسية مختلفة بشكل عام.
- اهتمام معظم الدراسات التي تناولت أسلوب حل المشكلات في إطار أكاديمي تربوي وندرة الدراسات التي تناولت الجانب العلاجي لأسلوب حل المشكلات سواء أكان على المستوى المحلي أم العالمي.
- إن معظم الدراسات التي تناولت أسلوب حل المشكلات في دراستها لدى الأسواء، والقليل منها تناولها كأسلوب علاجي لدى المرضى.
- تعد هذه الدراسة إضافة جديدة إلى المكتبة العربيّة التي تحتاج إلى مثل هذه الدراسات عن زوجات مرضى الفصام.

الأهمية التطبيقية:

- تتبع أهمية هذه الدراسة - تطبيقيا - في أهمية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات المستخدم في خفض الضغوط النفسيّة لدى زوجات مرضى الفصام العقلي وأالية التعامل معها.

- تفتح المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط لدى زوجات مرضى الفصام.
- يمكن الإفاده من نتائج هذه الدراسة للأخصائين النفسيين العاملين في المستشفيات النفسية والباحثين في استخدام العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط والمشكلات الأخرى .
- من الممكن الاستفادة من هذه الدراسة في توثيق معاناة زوجات مرضى الفصام العقلي ، وفي إعداد برامج توجيه وإرشاد وبرامج مساندة وتوعية وخطط نفسية وعلاجية لزوجات المرضى ولمقدمي الخدمة والرعاية للمرضى النفسيين.
- يمكن الاستفادة من البرنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة في حل المشكلات التي تواجههم في حياتهم اليومية.

مصطلحات الدراسة:

• العلاج المعرفي السلوكي:

يعرفه ستيفن وكراسك بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية طورت لتوضيح أشكال متنوعة لاضطرابات إكلينيكية محددة، و تستند هذه التقنيات على مفاهيم وافتراضات أساسية من هذه المفاهيم المبنية على المعرفة والتعلم ومعالجة المعلومات (فضل، 2008: 99).

وتعزفه الباحثة إجرائياً بأنه: أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي الحديث الذي يدمج ما بين الأساليب المعرفية والسلوكية، والتي يمكن استخدامها في التخفيف من الضغوط النفسية لمساعدة زوجات مرضى الفصام العقلي على التكيف مع ضغوطات الحياة الصعبة من خلال استخدام أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة بأسلوب حل المشكلات.

• تعريف المشكلة:

هي موقف يواجه الفرد أو مجموعة من الأفراد، وهذا الموقف يتطلب الحل حيث لا يرى الفرد طريراً واضحاً للتوصل إلى الحل المطلوب، وليس كل المواقف التي يواجهها الفرد تمثل مشكلة له ، ومشكلة اليوم بالنسبة للفرد قد لا تكون مشكلة في الغد ، كما لا تكون مشكلة لفرد آخر وما هي إلا حالة من التباين أو الاختلاف بين واقع حالي أو مستقبلي ، وهدف يسعى

الفرد لتحقيقه، وعادة ما تكون عقبات بين هذا الواقع والهدف، وعادة ما تكون هذه العقبات معلومة أو مجهولة (البيسي، 2010: 86).

- العلاج بأسلوب حل المشكلات:

هو ذلك التدخل النفسي المنظم الوجيز الذي يسهم مع العلاجات المعرفية السلوكية الأخرى في التركيز على المشكلات الواقعية "هنا والآن"، وذلك بدلاً من الخوض في تجارب الماضي والندم عليها. وهذا العلاج ينطوي على التعاون الفعال بين المريض والمعالج، معأخذ المريض دوراً نشطاً على نحو متزايد في التخطيط للعلاج وتنفيذ الأنشطة بين جلسات العلاج .

(Minors- wallis, L., 2001: 417)

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: أحد طرق العلاج المعرفي السلوكي التي يتم من خلالها مساعدة زوجات مرضى الفصام العقلي على مواجهة مواقف الحياة الضاغطة بفاعلية أكبر والحد والوقاية من المرض النفسي من خلال تعليمهم كيفية التعامل بشكل فعال مع المشكلات اليومية وزيادة قدرتهن على المواجهة الفعالة مع مجموعة واسعة من المشكلات الحياتية، ويتحدد العلاج بحل المشكلات في الدراسة الحالية إجرائياً من خلال الدرجة التي تحصل عليها زوجات مرضى الفصام العقلي على مقياس أنماط حل المشكلات.

- الضغط النفسي:

يعرف سزيلاجي ودلاس على أن الضغط تأثير داخلي يخلق حالة من عدم التوازن النفسي أو الجسمي داخل الفرد، وينجم عن عوامل تنشأ من البيئة الخارجية أو المنظمة أو من الفرد ذاته (الطيري، 1994: 10).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: المؤثرات السلبية الداخلية والخارجية التي تتعرض لها زوجات مرضى الفصام العقلي، والتي تؤثر على حياتها النفسية والاجتماعية وتتعدد الضغوط النفسية في الدراسة الحالية إجرائياً من خلال الدرجة التي تحصل عليها زوجات مرضى الفصام العقلي على مقياس الضغوط النفسية.

- **الفصام العقلي:**

هو مرض ذهاني ينبع عن سوء انتظام الشخصية وتدورها والانفصال عن العالم الواقعي الخارجي يبدو على المريض أنه يعيش في عالم خاص بعيداً عن الواقع (الحياني، 2011: 192).

- **مرضى الفصام العقلي:**

و تعرفهم الباحثة إجرائياً: بأنهم الأشخاص الذين يعانون من أعراض الفصام العقلي والذين تم تشخيصهم بالفصام العقلي في عيادة الصوراني الحكومية بغزة والمسجلين لدى العيادة في كشوف المرضى.

- **زوجات مرضى الفصام العقلي:**

و تعرفهم الباحثة إجرائياً: بأنهن الزوجات اللاتي يعانين ضغوطات نفسية مختلفة تؤثر على مجرى حياتهن في جميع مجالات الحياة المختلفة نظراً لمرض أزواجهن بالفصام العقلي والمسجلون أزواجهن لدى المستشفيات والعيادات النفسية التابعة لوزارة الصحة.

- **متغيرات الدراسة:**

- **المتغير المستقل:** **Independent Variable:**

ويتمثل في البرنامج العلاجي الجماعي المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على زوجات مرضى الفصام العقلي المراجعين للعيادة النفسية بمنطقة الشجاعية في محافظة غزة، وفاعليته في التخفيف من الضغوط النفسية لديهن كمتغير تابع.

- **المتغير التابع:** **Dependent Variable:**

ويتمثل في الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

- **حدود الدراسة:**

- **الحد الموضوعي:** تم الكشف عن فاعلية برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

- **الحد المكاني:** تم تطبيق إجراء الدراسة في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة.

- **الحد الزمني:** تم تطبيق إجراء الدراسة خلال عام 2014- 2015.
- **الحد البشري:** حددت الدراسة بعينة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتردّدات لعيادة الصوراني للصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة بغزة، والبالغ عددهن (12) زوجة.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

- المبحث الأول: العلاج بحل المشكلات.
- المبحث الثاني: الضغوط النفسية.
- المبحث الثالث: الضغوطات النفسية لزوجات مرضى الفصام العقلي.
- المبحث الرابع: الفصام العقلي.

الفصل الثاني

الإطار النظري

مقدمة:

تناولت الباحثة في هذا الفصل الخلفية النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة، وذلك من خلال تقسيمه إلى أربعة مباحث تتناول متغيرات الدراسة الرئيسية.

المبحث الأول

العلاج بحل المشكلات

إن العلاج بحل المشكلات هو تدخل معرفي سلوكي فعال في علاج العديد من الاضطرابات النفسية (Bucher, J. A. , 1999: 5). حيث بدأ الاهتمام باستخدام أسلوب حل المشكلات كأسلوب علاجي أو تدريبي مع بداية السبعينيات من القرن العشرين ، ويهدف هذا الأسلوب ليس فقط إلى الحد من الأعراض النفسية السلبية ؛ بل أيضاً وتنمية السلوك التكيفي، ذلك من أجل الوصول إلى أفضل النتائج العلاجية الممكنة ؛ والوقاية من أي انتكasaة في العلاج (D'Zurilla&Nezu,2007: 1).

حيث إن العلاج بحل المشكلات يساعد في تعزيز مهارات التكيف لدى الفرد، ويقلل الأداء غير الفعال، وتحدث فيه التدخلات على مستويات مختلفة من العمليات النفسية العاطفية، والمعرفية، والسلوكية. والتركيز في هذا العلاج موجه لتحديد احتياجات كل منتفع، مع ذلك يفترض أن يستفيد كل منتفع من التعليمات والنقاشات والممارسات الخاصة بالتعرف إلى المشكلة، ومهارات علاج حل المشكلة العقلاني.

(Ditomasso, R. A. & Gosch E. A ,2002: 78)

ووضح كلي و تتن أن تقنيات حل المشكلات تشمل عموماً العملية التي يحاول الفرد من خلالها تحديد وسائل فعالة للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية، وهذا- غالباً- ما ينطوي على مجموعة من الخطوات لتحليل مشكلة، وتحديد الخيارات للتعامل، وتقدير الخيارات، واتخاذ قرارات بناء على الخطة، ووضع استراتيجيات لتنفيذ الخطة. ويمكن استخدام استراتيجيات حل المشكلة مع مجموعة واسعة من المشكلات، بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، والغضب والعدوان، وعلاج الضغوطات النفسية، ومواجهة الأمراض الجسدية، والإدمان، والصعوبات في العلاقات الأسرية. وتعلم تقنيات حل المشكلات المهارات التي تساعد المريض في الشعور بالتحكم في

قضايا الحياة، والتي كان الشعور بها سابقاً بأنها ساحقة أو لا يمكن السيطرة عليها، وبهذه الطريقة، يمكن أن يساعد حل المشكلات مع المواجهة التي ترکز على المشاعر على زيادة التحكم، وخفض الضغوطات، وزيادة الأمل.

(Cully, J., A. & Teten, A., L., 2008: 66)

ويتضح من ذلك أن استخدام الفرد لأسلوب حل المشكلات لمواجهة الضغوطات النفسية من الدلائل المهمة على تتمتع الفرد بالصحة النفسية، وقدرته على مواجهة المشكلات وحلها.

• ما هي المشكلة؟

تعرف المشكلة بأنها أي موقف أو مهمة حياتية حالية أو متوقعة تتطلب استجابة الأداء التكيفي، وبدون أن تكون الاستجابة الفعالة ظاهرة أو متحدة بصورة فورية للشخص الذي اصطدم بالموقف وذلك لوجود عقبة أو أكثر. ووفقاً لهذا التعريف فإن حل المشكلة يتطلب تفاعلاً من الفرد الذي قابل المشكلة، والذي لم يكن قادرًا على أن يعطي ردة فعل رি�ماً لوجود عقبات محددة، وهذه العقبات يمكن أن تكون بيئية أو شخصية.

(D'Zurilla T. J. , et. al., 2004: 12)

وقد عرفت المشكلة ببساطة على أنها تعارض بين واقع موقف حالي أو متوقع وهدف الفرد المرجو منه، أو أنه تعارض بين الحالة الواقعية لمهمة محددة، والهدف المأمول لإكمال هذه المهمة (Ditomasso, R. A. & Gosch E. A, 2002: 75).

• أنواع المشكلات:

إن المشكلات تختلف من حيث المعرفة والعمليات الازمة لحلها، والشكل الذي تظهر فيه، كما تختلف - إلى حدٍ كبير - من مشكلات بسيطة في المدارس الابتدائية، إلى مشكلات اجتماعية ثقافية سياسية معقدة مثل تلك التي يتعرض لها الشرق الأوسط. ومن حيث المنطق، تختلف المشكلات فيما لا يقل عن أربعة جوانب: في التركيب، والتعقيد، والдинاميكية (الثبات أو التغيير)، والخصوصية أو التجريد (Jonossen,D. , H., 2004: 3).

ومن ثم يمكن تقسيم المشكلات التي تواجه الأفراد في حياتهم إلى:

1- مشكلات بين الأشخاص: تلك المشكلات تتمثل في الصعوبات الخاصة التي يعيشها الفرد في علاقاته مع الآخرين؛ مما يسبب له الشعور بالضيق، كما أنها السبب الرئيس الذي يجعل الناس يبحثون عن العلاج النفسي (Gurtman, M. , B, 1996: 241).

2- مشكلات شخصية: إن المشكلات الشخصية يمكن أن تكون المشكلات صحية أو عاطفية أو سلوكية، ولا أحد مستثنى من معايشة المشكلات الصحية الجسدية منها أو النفسية، وبالتالي تعرف المشكلات الشخصية بأنها أكثر المشكلات التي يتعامل معها الإنسان شيئاً. ومن أجل التغلب على هذه المشكلات، وتقليل آثارها السلبية، فإنه ينبغي للفرد معرفة كيفية التعامل معها. ويزداد الأداء التكيفي للفرد بناءً على المجهودات المبذولة وما تتحققه من نجاحات، فإذا كانت تلك المجهودات غير ناجحة أو غير كافية، تزداد شدة المشكلات الفردية ونتائجها السلبية.

3- مشكلات غير شخصية: إن هذا النوع من المشكلات يعتبر أسهل حلّاً؛ لأنّه غالباً ما تكون المشكلات دنيوية، مثل تعطل السيارة، حيث إنّ حدود هذه المشكلات وما تتطلبه من الفرد من جهود لحلّها يكون واضحاً.

4- مشكلات اجتماعية: إن المشكلات الاجتماعية يقابلها جميع الأفراد في مجتمعاتهم كالازدحام المروري، المشكلات السياسية والاقتصادية والتعليمية. وعلى الرغم من أن هذه المشكلات تؤثر على الأفراد على المستويين العاطفي والاجتماعي، إلا أن مناقشتها وحلها قد يستغرق وقتاً طويلاً. وبشكل طبيعي، فإن حل هذه المشكلات لا يقع على عاتق الفرد وحده، وإنما هو مسؤولية العديد من فئات المجتمع كالساسة والاقتصاديين والقضاء وغيرهم مجتمعين (Eskin,M, 2013: 3-4).

ويتضح مما سبق أنه بالرغم من تنوع المشكلات التي يتعرض لها الشخص، إلا أن هناك علاقة بين الأنواع المختلفة من المشكلات، فالصراع مع الأشخاص الآخرين يمكن أن يؤدي إلى مشكلات شخصية صحية ونفسية، أو مشكلات اجتماعية، لذلك فإن حل أي نوع من المشكلات يؤثر إيجابياً على الأنواع الأخرى، والعكس صحيح.

• خصائص المشكلة:

1- فردية: المشكلة في الأصل فردية؛ لأنها تخص فرداً معيناً، وما يعده شخص ما مشكلة، قد يراه شخص آخر على أنها ليست بمشكلة؛ وذلك بسبب الفروق الفردية بين الأفراد، وقد تصبح المشكلة جماعية عندما يشترك بالمشكلة نفسها عدد من الناس في وقت معين.

2- المشكلة لها جانب إدراكي: إن من خصائص أي مشكلة أن يكون لها جانب عقلي، فالمشكلة تتطلب الوعي، والتفكير؛ لإدراك وجودها (العتوم، 2004: 237).

3- المشكلة لها جانب انفعالي: يصاحب المشكلة الكثير من الانفعالات، كالتوتر، والخوف، والقلق، والاكتئاب، وغيرها.

4- المشكلة لها أبعاد متعددة: أي مشكلة يواجهها الفرد قد يكون لها أبعاد متعددة، كالبعد الشخصي، أو الاجتماعي، أو الاقتصادي، أو السياسي، وقد يرتبط حلها بمشاركة الآخرين، أو بصورة فردية.

5- المشكلة تأخذ أشكالاً متعددة: يواجه الناس أشكالاً متعددة من المشكلات، فقد يكون موضوعها انفعالياً، أو شخصياً، أو معرفياً، أو اجتماعياً، أو أخلاقياً، أو لغويًا، أو حسابياً، وغيرها (حمام 2013: 43).

• التوجهات نحو المشكلة:

وضح نيزو وأخرين (Nezu. et. al. 2006: 270) أن التوجه نحو المشكلة يؤثر على الطريقة التي يلاحظ بها الناس المشكلات، ويفهمونها، ويفكرون فيها بصفة عامة.

ووضح بيل ودوزيرلا (Bell, & D'Zurilla, T. J. , 2009: 349) على أن التوجه نحو المشكلة هو عبارة عن عملية معرفية جامعة، تؤدي في الأساس وظيفة تحفيزية في حل المشكلة الاجتماعية، وهذه العملية تستخدم مجموعة من النظريات المعرفية الانفعالية والتي تعكس الوعي العام للفرد، وتقييماته لمشكلات الحياة، وقدرته على حل المشكلة.

وقد عرف نيزو ونيزو (Nezu, A. , M. , & Nezu, M. N. ,2001: 188) التوجه نحو المشكلة بأنه عملية دافعية، تتضمن تفاعلات الفرد المعرفية والعاطفية عندما يقابل مشكلة.

كما عرفه دزوريلا وأخرين (D'Zurilla T. J. , et. al. 2004: 14) بأنه منظور معرفي مزاجي ثابت نسبياً، يمثل معتقدات الشخص واتجاهاته وتفاعلاته العاطفية نحو المشكلات المعيشية، وقدرته على مواجهة تلك المشكلات.

وقد بينت التعريفات السابقة أن توجهات الناس المعرفية، والعاطفية والسلوكية نحو المشكلة مهمة في التعرف إلى المشكلة. وعندما يصطدم الناس بمشكلة ما فإنهم عادةً ما يظهرون نوعين من التفاعلات:

1- التوجه الإيجابي نحو المشكلة:

إن التوجه الإيجابي نحو المشكلة هو توجه بناء، حيث يرى الناس المشكلات كفرصة لاستعراض قدراتهم بدلاً من اعتبارها عناصر غير مرغوبة في حياتهم. وعندما يقابلون المشكلات، فإنهم يثقون في قدراتهم، ويعتقدون أنهم يستطيعون التغلب على تلك المشكلات. إن الناس الذين يتعاطون مع المشكلات بإيجابية، يقيمون عواقب المشكلات بإيجابية، ويعتقدون أنهم سيحصلون على نتائج إيجابية عند حل المشكلات.

(Robichaud, M. , & Dugas, M. J. , 2005: 85)

كما أن التوجه الإيجابي نحو المشكلة له علاقة بالتفاؤل وبالشعور الإيجابي بالرفاهية.

.(Kazantzis, N. , et. ,al. ,2010: 88)

2- التوجه السلبي نحو المشكلة:

يؤكد ديزوريلا وشيدي D'Zurilla & Sheedy أن التوجه السلبي نحو المشكلة يؤدي إلى مواجهة غير فعالة للمشكلات، وظهور عواقب سيئة تدعم بدورها التوجه السلبي نحو المشكلات (فайд، 1999: 295).

إن الأبحاث تظهر أن التوجه السلبي نحو المشكلة يرتبط بقوة بأشكال مختلفة من الظروف و الاعتلال النفسي بما في ذلك الفشل الدراسي، والاكتئاب، والانتحار، والضغط النفسي، والقلق .(Elliott, T. R. , & Shewchuk, R. M. ,2003: 149)

كما أن التوجه السلبي نحو المشكلة له علاقة شديدة بالاكتئاب، والقلق، والأفكار الانتحارية، وسلوكيات الادمان (Kazantzis, N. , et. ,al. ,2010: 88)

وهكذا فإن تطبيق العلاج بحل المشكلات يؤدي إلى زيادة التوجه الإيجابي نحو المشكلة، و الحد من التوجه السلبي نحو المشكلة.

• القدرة على حل المشكلات:

القدرة على حل المشكلات هي مجموعة من الاستجابات العامة، تشمل التوجهات نحو حل المشكلة (وتشير إلى المجموعة المعرفية، الوجودانية، والتحفيزية التي تربط المشكلات ببعضها، إضافة إلى القدرة على حل تلك المشكلات) وكذلك الأساليب المتبعة في حل المشكلة (وتشير إلى الأنشطة والمهارات التي يقوم بها الفرد لفهم المشكلة وتحديد الحلول الأمثل لها)،

والتي يمكن تطبيقها على كل أنواع المشكلات بدءاً من المشكلات الشخصية، كال المشكلات الوجدانية أو الصحية، وصولاً إلى المشكلات الاجتماعية الأكبر كالنقرفة العنصرية (Wang, X., 2007: 4-5).

• سلوك حل المشكلة:

يعرف وولف 1994 Wolf حل المشكلة بأنه الوسيلة التي تمد الأفراد بالمهارات التي تساعدهم في عملية تحسين الأداء التنظيمي (الكبير و كواسه: 2003، 161). هو أسلوب الفرد في خطوات حل المشكلة الذي يمكنه من التوصل إلى حل المشكلة (حسن، 1999: 248).

هذا، وقد ميز دززيلا 1986 D,Zuilla بين القدرة على حل المشكلة وسلوك حل المشكلة ويعني الأول قدرة الشخص على التأثر بالمشكلة أو التوافق مع الحل، بينما الثاني يعني نواتج العملية الأولى عندما يستخدم الحل أو حتى يختار من بين عدد من الحلول، ويجب أن تقاوم القدرة على حل المشكلة بحسب معلومات الشخص واعتقاداته واتجاهاته ومهاراته في صياغة الحل، بينما يقاوم سلوك حل المشكلة بحسب مستوى التقرير الذاتي أو ملاحظة الشخص أثناء القيام بالحل (خلفه ، 2011: 5759).

• تعريف حل المشكلات:

بعد مراجعة الأدبيات تبين بأن هناك العديد من التعريفات التي تصدت لتحديد مفهوم أسلوب حل المشكلات، غير أن هذه التعريفات لا تأخذ اتجاهًا واحدًا من ناحية الشكل على الأقل أو المفردات اللغوية المتضمنة في التعريف، فبعض التعريفات تتجه إلى الجانب المعرفي أو العقلي وبينما يتخذ البعض الآخر من الإجراءات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعرف بالمفهوم، وهناك فئة ثالثة تضمنت في تعريفاتها الجانب السلوكي والمعرفي معاً.

أ. تعريف أسلوب حل المشكلات بالجانب المعرفي أو العقلي: كمفهوم يعني عملية تفكير مركبة تضمن استخدام بعض مهارات التفكير وفق خطوات منطقية ومنهجية محددة بهدف الوصول إلى حل الموقف المنشئ الذي يكون فيه الفرد (صبان، 2010: 262).

ب. تعريف أسلوب حل المشكلات بالجانب السلوكي: إنها سلوك يحتاجه كل شخص يمارس نشاطاً طوال يومه ، وذلك عندما يكون أمامه هدف يسعى لتحقيقه؛ ولكن توجد بعض العقبات تحول دون تحقيقه (ابراهيم، 2010: 402).

ج. تعريف أسلوب حل المشكلات على أساس الجمع بين الجانبين المعرفي و السلوكي:

يعرف حل المشكلات بأنه عملية معرفية سلوكية يقوم من خلالها الأفراد بمحاولة إيجاد حلول فعالة، أو التكيف مع المشكلات المحددة التي تعرضوا لها في حياتهم اليومية.

.(Nezu, C. M. et. Al. 2006: 268)

وترى الباحثة: بأنه يمكن اعتبار التوجه الثالث لتعريف حل المشكلات أكثر شمولاً من التعريفين الآخرين لأن العملية المعرفية مرتبطة بالعملية السلوكية، فطريقة التفكير هي التي تحدد نواتج السلوك سواء كان إيجابياً أم سلبياً، لأن التفكير يترجم الواقع ملماوس من خلال السلوك ، فإذا كان تفكير الفرد في توجهه نحو المشكلة إيجابياً فسوف يسلك سلوكاً إيجابياً والنتيجة الحل، والعكس إذا كان تفكيره في توجهه نحو المشكلة سلبياً وبالتالي سوف يسلك سلوكاً سلبياً فتكون النتيجة مزيداً من التعقيد، لذلك لابد من أن يشمل حل المشكلة نوعين من المجهودات، مجهودات معرفية إيجابية تولد لدى الفرد توجه قوي بقدراته على حل المشكلة، وتحفزه على اختيار الحل الأنسب. ومجهودات سلوكية تؤدي إلى تطبيق هذا الحل على أرض الواقع، وحشد كل وسائل الدعم لهذا الحل لإنجاحه.

• أنماط حل المشكلة:

إن فهم أنماط حل المشكلة للفرد يساعد المعالج على تصميم وتنفيذ استراتيجيات التدخل للحد من أنماط حل مشكلة غير الفعالة، وزيادة تلك الأنماط الفعالة. وقد وضح دзорيلا وآخرون (D'Zurilla et. al.) أن اتجاهات ومساعي الأفراد لحل المشكلة عندما يقابلون مشكلات تكون مهمة بالنسبة للنتائج، وأن الناس يستخدمون ثلاثة أنماط لحل المشكلة عند التعامل معها:

1- نمط حل المشكلة التجنبي: وهو نمط غير فعال، حيث إن بعض الناس لا تفعل شيئاً عندما تواجه مواقف المشكلة، ويتصرفون كما لو أنهم في حالة عدم وجود مشكلة، أو كما أنهم غير قلقين بشأن موقف المشكلة. ويظهر مثل هؤلاء الناس سلوكيات سلبية، وغير الفعالة، وتابعة، ومماطلة بدلاً من مواجهة الموقف والقيام بما يتطلبه، والناس ذوي النمط التجنبي في حل المشكلة يفضلون تجاهلها. وسيكون من المناسب أن نقول إن مثل هؤلاء الناس دفنتوا رؤوسهم في الأرض (D'Zurilla T. J. , et. al. 2004: 16).

2- نمط حل المشكلة الاندفاعي المهمل: أن الأفراد الذين يستخدمون نمط حل المشكلة الاندفاعي المهمل يمتلكون بعض الخصائص السلوكية المشتركة، وأن الناس الذين يستخدمون

هذا النمط في حل المشكلة يركزون على واحد أو أكثر من الحلول، ويعملون مع الفكرة الأولى التي تبادر إلى ذهانهم. إنهم يقيّمون الحلول والعواقب المحتملة لها بطريقة متهورة وغير منظمة، وهؤلاء الناس لا يتبعون ولا يتحققون من الحلول بعينها. وبكلماتٍ أخرى، لأن هؤلاء الناس ليسوا على بينة من أخطائهم، يبدو أنهم محكوم عليهم استخدام هذا النمط المخل من حل المشكلات في كل وقت وإضافة إلى ذلك، فإن الأفراد الذين يستخدمون أسلوب حل مشكلة الاندفاعي المهمل يوجد لديهم قدرة تحمل منخفضة للغموض والتهاون، أو المشاعر السلبية (Nezu, A. , M. , & Nezu, M. N. ,2001: 190).

3- نمط حل المشكلة العقلاني: يصعب على الأفراد الذين يستخدمون أنماط حل المشكلات الاندفاعي المهمل و التجنبي الوصول إلى الأهداف التي يحاولون تحقيقها، وكلا النمطين غير فعال في حل المشكلات ، لكن الناس الذين يستخدمون نمط حل المشكلة العقلاني يكون لديهم القدرة على الحكم على خطوات حل المشكلة بدقة، والتصميم والتنفيذ والتحقق من الاستراتيجية التي من شأنها أن تؤدي إلى الحل. وبالمقارنة مع النمطين الآخرين، فإن الفرد الذي يستخدم نمط حل المشكلة العقلاني يحل مشكلاته بطريقة أسهل وأكثر صحة، حيث يمر حل المشكلة العقلاني عبر سلسلة من الخطوات. كما أن الناس المنخرطين في نمط حل المشكلة العقلاني يفضلون حل المشكلات التي يقابلونها بطريقة منهجية، ووجهة نحو الهدف، ويستخدمون نموذج عملي للحصول على النتائج (Eskin, M., 2013: 37).

وتتبّنى الباحثة أسلوب العلاج بحل المشكلة نمط حل المشكلة العقلاني، وتوصي المعالجين بتدريب المرضى على استخدامه في حل مشكلاتهم، والتخفيف من الضغوطات النفسية المترتبة عليها، وتقليل أو منع نمط حل المشكلة الاندفاعي المهمل، وتقليل الميل إلى تجنب حل المشكلات.

• تعريف العلاج بحل المشكلات:

إن العلاج بحل المشكلات علاج نفسي منظم يتكون من عدة خطوات متتابعة. ومن المهم أن نميز بين حل المشكلات المعتاد كمهارة متداولة، وبين العلاج بحل المشكلات القائم على البراهين، والموجز، والمنظم. فهو عبارة عن تدخل نفسي يتم من خلاله تقديم الدعم للمريض بواسطة المعالج، وذلك لتعلم تطبيق نهج منظم يساعد في تعين المشكلات المسببة للأعراض النفسية. ويؤكد العلاج بحل المشكلات على أهمية تسهيل تطوير مهارات جديدة للمريض، يستطيع من خلالها وضع حلول متوقعة لمشكلاته، أكثر من نلقي الحلول المقترنة

من قبل المعالج، لذلك فإننا نشرك المريض في تطوير مهارات تدعيمه في حل مشكلاته المستقبلية (Pierce,D. & Gunn,J. 2007: 230).

وتعريف العلاج بحل المشكلات بأنه استجابة مواجهة أو استجابة نمطية (معرفية أو سلوكية) لموافقت معينة " وأنها الناتج من عملية حل المشكلة عندما يتم تطبيقه على حالة إشكالية محددة". وبناءً على هذا التعريف، فإن الشخص الذي يواجه مشكلة يبدأ عملية حل المشكلة بوسيلة معرفية أو سلوكية لمواجهتها. ومن أجل أن تؤدي هذه العملية إلى حل، ينبغي لسلوك المواجهة أن يقود الفرد إلى نتيجة إيجابية (D'Zurilla T. J. , et. al, 2004: 13).

ويتضح من تلك التعريفات أن العلاج بحل المشكلات يمثل نهجاً علمياً يتبع خطوات منظمة، ويحتاج إلى مهارات حل المشكلات التي تقابل الشخص قبل أن تتفاقم وتؤدي إلى الأعراض النفسية، وهو بذلك يصلح أن يستخدم كنهج إرشادي، كما أنه يستخدم لحل المشكلات الناجمة عن الأمراض النفسية ، وهو بذلك يصلح إذن يستخدم كنهج علاجي.

• عمليات العلاج بحل المشكلات:

يمر حل المشكلة بعمليتين: التوجه لحل المشكلة، واستخدام مهارات حل المشكلات العقلاني. حيث يسبق العلاج بحل المشكلات أولاً إنشاء توجه قوي نحو المشكلة، أو وجهة نظر أن هذه المشكلة يمكن حلها مع بعض الجهد المدروس، تليها استخدام المهارات وتطبيق خطوات حل المشكلة العقلاني (Arora,p. , 2012: 64-65).

إن تطبيق التوجه نحو حل المشكلة يتضمن عادةً تقييم المشكلات كتحديات، والتفكير بأن المشكلة يمكن حلها، وإدراك أن الحل الفعال للمشكلة يتطلب وقتاً وجهداً. كما وضح أن مهارات أسلوب حل المشكلات العقلاني تشمل ثمان خطوات لحل المشكلة، مع شرح شفوي ومكتوب لهذه الخطوات، وممارستها في الجلسات والواجبات المنزلية، حيث يتلقى المنتفعون من 8 - 16 جلسة (Malouff, J. ,M. et. al. . 2007: 46).

• **أفراد يصعب معهم استخدام العلاج بحل المشكلات:**

هناك مجموعة من الأشخاص يصعب معهم استخدام العلاج بحل المشكلات بسبب عدم قدرتهم على القيام بالعمليات المطلوبة لحل المشكلة وهم:

1- الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية خطيرة (الاضطرابات الذهانية، والاضطراب ثنائي القطبية).

2- الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب شديد؛ والذين يحتاجون لتركيز أكثر على العلاج المعرفي والدوائي.

3- الأشخاص الذين لديهم صعوبات طويلة الأمد في التفكير (مثل الذين لديهم خلل في القدرات المعرفية).

4- الأشخاص الذين لديهم مشكلات عاطفية بدرجة كبيرة حيث يحتاجون لأنواع أخرى من العلاج (Cully, J. ,A. & Teten, A. ,L. ,2008: 66-67).

وترى الباحثة أن عمليات العلاج بحل المشكلات هي عمليات منظمة ومتسلسلة، فلا يمكن مساعدة مريض في اتخاذ خطوات جادة لحل المشكلة، ما لم يكن لديه توجه قوي بحل تلك المشكلة.

• **أهمية استخدام العلاج بحل المشكلات:**

إن حل المشكلة-من دون أي شك-مؤشر على المواجهة، وأن الشخص الذي يمكنه التعامل مع المشكلات وحلها بشكل فعال هو شخص مرن. وفي سياق المواجهة، فإن حل المشكلة هو مصدر هام للمواجهة الشخصية، وإن الناس الذين يمكنهم حل المشكلات التي يقابلونها في حياتهم اليومية لديهم مستويات عالية من المواجهة والتكيف النفسي.

(Eskin,M, 2013: 15)

تعلم حل المشكلات ومهاراتها يزيد من الثقة بالنفس، والقدرة على تحمل المسؤولية واكتساب مهارة الاتصال والتعامل مع الآخرين (خلفه، 2011: 5759).

إن مهارات الفرد في حل المشكلات هي ذات أهمية مركبة، حيث وجدت عدد من الدراسات أن الأشخاص الذين لديهم مقدرة جيدة في حل المشكلات لديهم أيضا مقدرة جيدة على المرونة (Dumont, M. , & Provost, M. ,1999: 343).

إن التحليل المجمع من 31 دراسة، شملت 2895 من المشاركين، قد أظهر أن العلاج بحل المشكلات أكثر فعالية من البقاء دون علاج بشكل ملحوظ ($d = 1.37$)، ومن العلاج كالمعتاد ($d = 0.54$)، ومن العلاج الوهمي ($d = 0.054$)، في تخفيف المشكلات الصحية النفسية والجسدية (Malouff, J. M. et.al, 2007: 46).

وقد قام كينيادال وأخرون بدراسة تم فيها استخدام العلاج بحل المشكلات مع (320) مريضاً يعانون من الاضطرابات النفسية الشائعة في زيمبابوي، وتم استثناء حالات خطر الانتحار والاكتئاب الشديد من عينة الدراسة، وقد أثبتت النتائج تحسناً معقولاً في الأعراض الـاكلينيكية للاضطرابات النفسية بعد 6 أسابيع من العلاج .

(Chibanda, D. , et. al. ,2011: 828)

ويتضح من ذلك أن التدريب على مهارات حل المشكلات، يكسب الفرد مرونة شخصية، ويساعده على تخطي مشكلات الحياة الضاغطة، ويجنبه الوقوع فريسة الأمراض النفسية.

• أهداف العلاج بحل المشكلات:

إنَّ العلاج بحل المشكلات هو تدخل معرفي سلوكي يركز على التدريب على مواقف ومهارات تكيفية لحل المشكلات، والهدف من هذا الأسلوب الإيجابي في التدخل الإكلينيكي هو خفض ومنع الأمراض النفسية، وتعزيز الرفاهية من خلال مساعدة الأفراد على التعامل بشكل أكثر فعالية مع المشكلات الضاغطة في الحياة.

(Bell, A. , C. &D'Zurilla, T. J 2009: 348)

ووضح ماينورز - وأليس Minors- wallis, L . أنه أثناء العلاج بحل المشكلات يحاول المعالج والمريض تحقيق أربعة أهداف رئيسة:

- **الهدف الأول:** هو زيادة فهم المرضى للصلة بين الأعراض الحالية والمشكلات اليومية الحالية.

- **الهدف الثاني:** هو زيادة قدرة المنتفع على وضع تعريف واضح لمشكلاته الحالية، والتركيز على أهمية وضع حلول محددة وعقلانية لها.

- **الهدف الثالث:** هو تعليم المنفع إجراءات محددة لحل المشكلة في محاولة لحل مشكلاته بشكل منظم، وتطبيق مهارات حل المشكلة على مشكلات الحياة الحقيقية التي يرغب في حلها.

- **الهدف الأخير:** هو تقديم خبرات أكثر إيجابية تتعلق بقدرة المريض على حل المشكلات غالباً ما يشعر المرضى بالمعاناة والغرق في الصعوبات التي يقابلونها، وبالتالي فإن العلاج بحل المشكلة يمنحهم شعوراً بالسيطرة وضبط الذات (Minors- wallis, L. 2001: 418).

بينما ذكر دوبسون أن أهداف العلاج بحل المشكلات هي الحد من المرض النفسي، وتعزيز الأداء النفسي والسلوكي لمنع الانكasaة، ومنع المشكلات الإكلينيكية الجديدة، وزيادة جودة الحياة (Dobson, K. S. 2010: 197).

وبيّن ديتوماسو وقوش أن الأهداف الكلية للعلاج بحل المشكلات تتمثل في تحسين مهارات الأفراد في حل المشكلات، وزيادة إحساسهم بالتحكم الذاتي والفعالية الذاتية، وتقليل توترهم العاطفي، وتحسين جودة الحياة العامة لديهم، وزيادة كفاءتهم الاجتماعية.

(Ditomasso, R. A. & Gosch E. A. 2002: 78)

يتضح من ذلك أن العلاج بحل المشكلات له أهداف علاجية بحل المشكلات الناتجة عن المرض النفسي، ومساعدة المريض على التكيف مع ظروف الحياة الناتجة عن المرض. وكذلك له هدف وقائي بتعزيز الصحة النفسية للأفراد الأصحاء الذين تعرضوا لمشكلات حياتية، بتدريبهم على حل هذه المشكلات لمنع حدوث المرض النفسي، أو للمرضى النفسيين الذين تماثلوا للشفاء لمنع انتكاسهم.

• مراحل علاج حل المشكلات:

وضح ماينورز - واليس L Minors- wallis . أن العلاج بحل المشكلات يمر بسبع مراحل هي:

المرحلة الأولى - شرح العلاج ومبرراته: هناك ثلاثة خطوات لهذه المرحلة:

(أ) التعرف إلى الأعراض النفسية: وذلك بالحصول على وصف كامل للأعراض المريض العاطفية والمعرفية والبدنية، ومساعدته على الشعور بأنه قد تم فهمه، ولكن هناك حاجة أيضاً لربط المشكلات مع تلك الأعراض.

(ب) التعرف إلى المشكلات: بوضع قائمة بمشكلات المريض، ويمكن تجميع هذه القائمة بالاستفسار عن مجالات المشكلات المحتملة مثل العلاقات، العمل، المال والسكن والصحة والترفيه.

(ج) الربط بين الأعراض النفسية والمشكلات: يجب أن يفهم المريض أن الأعراض التي يعاني منها هي نتيجة الاستجابة العاطفية لمشكلاته (Minors- wallis, L. 2001: 420).

المرحلة الثانية – استيضاح وتعريف المشكلات:

يتم اختيار مشكلة معينة ذات أهمية للمريض من قائمة المشكلات التي تم وضعها حيث يعتبرها المعالج قابلة للحل، ويتم تقسيم المشكلات الكبيرة إلى مشكلات صغيرة أكثر قابلية للمعالجة. ويتم اختيار المشكلة المتعلقة بالمريض، والتي يمكن وضع أهداف قابلة للتحقيق لحلها. ويتم تعريف وتحديد هذه المشكلة بالإجابة عن أربعة أسئلة:

أ) ما هي المشكلة؟

ب) متى حدثت المشكلة؟

ج) أين حدثت المشكلة؟

د) من هم الأشخاص المشاركون في المشكلة؟

إن الهدف الرئيس من هذه المرحلة هو تحديد المشكلة التي تسبب التوتر والضيق للمنتفع، وفهمها، وتوضيحها (Eskin,M, 2013: 39).

المرحلة الثالثة – وضع أهداف قابلة للتحقيق:

من المهم وضع الأهداف الموازنة بين مصادر الشخص والعقبات التي تواجهه، وتمثل هذه المصادر في قوة الشخصية، والتعليم، والنشاطات الترفيهية، والموارد المالية، والدعم الاجتماعي من الآخرين مثل الزوج. وتكون الأهداف قابلة للتحقيق، ومتعلقة بالمشكلة، ومرتبطة بزمن محدد (Minors- wallis, L. 2001: 418).

المرحلة الرابعة – إيجاد الحلول:

بعد وضع الهدف يتم الطلب من المريض القيام بعصف ذهني لإيجاد حلول لتحقيق الهدف، ويجب عدم استبعاد الحلول المقترنة أو الحكم عليها مسبقاً حتى وإن بدت تافهة أو غير عملية.

وقد بينت Arora,p. أنه يتم الطلب من المريض صياغة العديد من الحلول للمشكلة، ويتوقع أن يعطي أحد هذه الحلول نتيجة إيجابية (Arora,p. 2012: 64-64).

المرحلة الخامسة - اختيار الحل المفضل:

يقوم المعالج بتشجيع المريض بوضع قائمة من الحلول المقترنة بكل هدف كواجب منزلي، ثم يقوم المريض باختيار الحل المفضل، والأقدر على تحقيق الهدف الموضح وبأقل الخسائر الشخصية والاجتماعية. وقد ذكر كلي و تتن أن المرضى ربما يرغبون في وضع ترتيب للحلول بناءً على اختيارهم الحلول العملية، أو الحلول المرغوبة لديهم .

(Cully, J. ,A. & Teten, A. ,L. ,2008: 68)

المرحلة السادسة - تطبيق الحل المفضل:

من المهم عدم الاندفاع في هذه المرحلة، لأن المريض ينقصه الثقة في تطبيق الحل المفضل، وربما تحتاج كل خطوة من خطوات الحل إلى تجزئتها إلى خطوات صغيرة بسيطة، وتحديد وقت تنفيذها بوضوح، وعلى ذلك يكون لدى المريض مجموعة واضحة من المهام يقوم بإنجازها بين الجلسات كواجب منزلي.

وأن الخطوة الأساسية في عملية حل المشكلة هي اختيار الحل الأكثر تأثيراً بين الحلول البديلة التي وضعها المنتفع، وذلك يسمى صنع القرار في النظرية الاجتماعية لحل المشكلات (Eskin,M, 2013: 39).

المرحلة السابعة - التقويم:

من المهم عمل تقويم مفصل للتقدم الذي تم تحقيقه، ويمكن عزو الفشل في إنجاز المهام بنجاح إلى الضعف في فهم خطوات العلاج وخصوصاً الواجب المنزلي، أو بروز عقبات غير متوقعة، أو ببساطة نقص الفهم لدى المرضى لإنجاز المهام خارج نطاق الجلسات العلاجية. ومن ثم يجب إعادة صياغة أهداف قابلة للتطبيق بناءً على الخبرة المكتسبة، وذلك بعد قيام المريض والمعالج بمراجعة المشكلات الأصلية.

(Minors-wallis, L. ,2001: 422)

• **تقييم مصداقية العلاج بحل المشكلات:**

وضع نيزو وآخرون (Nezu, A. M. et. Al. 2004: 47) مجموعة من الأسئلة على المعالج أن يسألها لتقدير مصداقية العلاج بحل المشكلات، وتشمل عدد من الأسئلة أنظر ملحق رقم (9).

• **طرائق تقديم العلاج بحل المشكلات:**

هناك أربع طرائق لتقديم العلاج بحل المشكلات وهي:

1- الممارسة العلاجية الفردية:

وهو يمثل الطريقة الأساسية من الممارسة العلاجية كما في العلاجات النفسية الأخرى، حيث يقدم المعالج العلاج لحل مشكلة وجهاً لوجه مع المنتفع، وهي الممارسة العلاجية الشائعة في المراكز النفسية ومراعز الإرشاد النفسي، ويشكل ذلك تعاوناً بين المنتفع والمعالج لحل مشكلة. وهذه الطريقة مصممة لمساعدة الأفراد في التعامل مع المشكلات التي يقابلونها، وتقليل الأثر السلبي لها.

2- الممارسة العلاجية الجماعية:

إن السمة المميزة للعلاج بحل المشكلات تجعل ممارسته ممكنة مع الفرد و الجماعة، وقد يكون التطبيق الجماعي له مجموعة من المزايا في بعض الحالات، فعلى سبيل المثال، إنه يجعل من الممكن تقديم المساعدة إلى عدد كبير من المنتفعين في الحالات التي تكون فيها الموارد محدودة من حيث الوقت وعدد المعالجين المدربين. وبصرف النظر عن أغراض العلاج، فإن الممارسة العلاجية الجماعية هي وسيلة مريحة لممارسة التدريب على حل المشكلات لأغراض وقائية (Eskin,M, 2013: 96).

3- الممارسة العلاجية عبر الهاتف:

إن الممارسة العلاجية وجهاً لوجه سواءً أكانت فردية أم جماعية ليست الطريقة الوحيدة لتقديم العلاج بحل المشكلات، فهناك العديد من القيود والأسباب تطلب طرائق أخرى. والمحدد هنا هو القدرة على الوصول للمنتفعين، وكفاية الموارد لتطبيق العلاج بحل المشكلات. ففي بعض الحالات عندما لا يمكن فيها اجتماع المعالج بالمنتفع يمكن استخدام التكنولوجيا، حيث تقدم الممارسة العلاجية-عبر الهاتف-تسهيلات ومزايا في تقديم خدمات العلاج النفسي. وقد

طبق ألن وأخرون الممارسة العلاجية عبر الهاتف لمجموعة من السيدات المصابات بسرطان الثدي، وذلك من أجل مساعدتهن لمواجهة الآثار العاطفية السلبية للمرض.

(Allen S. M., et al, 2002: 3098)

4- الممارسة العلاجية عبر الإنترن特:

تعتبر الممارسة العلاجية عبر الإنترن特 مهمة لعدة أسباب:

أولاً- إنها وسيلة فعالة لتقديم التدريب على حل المشكلات للأشخاص الذين لا يستطيعون مقابلة المعالج وجهاً لوجه، على سبيل المثال الأشخاص المحتاجون للعلاج الذين يعيشون في أماكن نائية لا تتوفر فيها خدمات العلاج النفسي.

ثانياً- إنّ الخصائص التطورية للمنتفعين في سن المراهقة والشباب مثلًا تجعله متربداً في المشاركة في الممارسات العلاجية الفردية أو الجماعية، بينما يكون لديهم مهارة فانقة في استخدام الإنترنط.

ثالثاً- بعض الراشدين يتربدون في تقبل خدمات العلاج النفسي وجهاً لوجه لأسباب مختلفة، مثل الخوف من الوصمة، أو نقص الموارد المالية. لذا يعتبر استخدام الإنترنط من الوسائل الفعالة لتقديم التدريب على مهارات حل المشكلات (Strecher, V., 2007: 53).

وترى الباحثة أن أفضل طريقة لتقديم العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات هي الممارسة الفردية، وذلك بشرط توفر الإمكانيات والظروف المناسبة لاستخدام هذه الطريقة، لأنها تعطى فرصة أكبر للمعالج لفهم مشكلات المتنفع، ومتابعة الرسائل الصادرة عنه سواءً أكانت لفظية أم غير لفظية، وتقديم تغذية راجعة مباشرة وسريعة لتلك الرسائل، مما يساعد على إقامة علاقة علاجية قوية بين المعالج والمنتفع، وهذه العلاقة العلاجية مهمة في نجاح العلاج بحل المشكلات وغيره من العلاجات النفسية

• أساليب استخدام العلاج بحل المشكلات:

يمكن استخدام نهج حل المشكلات بشكل عام بطريقتين:

1- **الأسلوب العلاجي:** وهي طريقة العلاج المعيارية، حيث يستخدم العلاج بحل المشكلات لعلاج المشكلات النفسية الناجمة عن التعرض للمواقف المسببة للمشكلة.

2- **الأسلوب الوقائي :** وهو أسلوب يمكن من خلاله تعليم الناس كيفية التعامل بشكل فعال مع المشكلات اليومية، وذلك قبل أن تنتج تلك المشكلات أي صعوبات عاطفية، حيث من

المفترض أن يتم تدريب الأفراد الأصحاء على كيفية حل مشكلات الحياة اليومية أو التعامل معها لمنع تطور الأمراض النفسية وبهذه الطريقة يهدف حل المشكلات إلى زيادة مرونة الشخص بشكل رئيسي (Ekin,M, 2013: 1).

إن العلاج بحل المشكلات يستخدم للحد من المرض النفسي والوقاية منه، وذلك بزيادة قدرة الفرد على المواجهة الفعالة مع مجموعة واسعة من مشكلات الحياة الضاغطة. (Dobson, K. , S. , 2010: 220)

وترى الباحثة أن تعدد أساليب استخدام حل المشكلات في علاج الاضطرابات النفسية والمشكلات النفسية المصاحبة للأمراض الجسدية، ووقاية من الأصحاء من الأمراض النفسية، ووقاية المرضى الذين تماطلوا للشفاء من الانتكasa على حد سواء، يزيد من أهميته، ويجعل مجالات استخدامه واسعة ومتعددة.

• مجالات استخدام العلاج بحل المشكلات:

إن العلاج بحل المشكلات مهارة يستطيع المعالجون تعلمها بسهولة، واستخدامها بثقة، حيث إنها تعتمد على مهارات الإرشاد وتقديم المشورة، وتنطلب القليل من الإشراف، ويستخدم العلاج بحل المشكلات في عدة مجالات منها:

1. المساعدة في حل مشكلات الحياة اليومية: مثل مشكلات العلاقات، والأعباء المالية، ومشكلات العمل، وصعوبات التعامل مع الأطفال، والعزلة الاجتماعية.

(Pierce,D. & Gunn,J. , 2007: 231)

2. علاج الفصام: إن الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام في كثير من الأحيان، يفتقرن إلى القدرة على حل المشكلات التي تنشأ في الحياة اليومية وأحداث الحياة الضاغطة. ويمكن لهذه الصعوبات أن تؤثر على قدرتهم على العيش بصورة مستقلة، وتسهم في العجز وضعف جودة الحياة. والعلاج بحل مشكلة هو تدخل النفسي يهدف إلى تحسين قدرة الناس المصابين بالفصام على التعامل مع المشكلات بطريقة منهجية، وهذا العلاج يمكن استخدامه بالإضافة إلى الأدوية المضادة للذهان والتدخلات الداعمة الأخرى (XIA,j. & li,c. , 2012: 2).

3. علاج الاكتئاب:

قامت دراسة بيل ودوريزلا (Bell, A. , C. &D'Zurilla, T. J 2009: 348)

على التحليل الجمعي لنتائج دراسات مراقبة فعالية علاج حل المشكلات للحد من أعراض الاكتئاب. واستناداً إلى نتائج (21) عينة مستقلة، وجد أن علاج حل المشكلات بالقدر نفسه من الفعالية مع غيره من العلاجات النفسية والأدوية وأنه أكثر فعالية بشكل ملحوظ من المجموعات الضابطة مثل مجموعة عدم العلاج، ومجموعة الدعم / الاهتمام.

كما وجد بيرس وجن (Pierce,D. & Gunn,J. 2007: 230) أن العديد من الدراسات أظهرت أن العلاج بحل المشكلات عندما يقدم بواسطة معالج مدرب في علاج نوبات الاكتئاب الكبري، تكون فعاليته مماثلة لفعالية الأدوية المضادة للاكتئاب، ولكن عند الجمع بين العلاج بحل المشكلات والعلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب تظهر فوائد إضافية قليلة.

4. علاج اضطرابات الشخصية:

إن الجمع بين التقييف النفسي والعلاج بحل المشكلات يكون أكثر فاعلية من العلاج الاعتيادي وحده في تحسين القدرة على حل المشكلات، والأداء الاجتماعي عند الناس المصابين باضطراب الشخصية (Huband, N. , et. Al 2007: 121).

5. علاج القلق:

أظهرت نتائج دراسة (Kant,J. ,L. & D'Zurilla, T. J, 1997: 91) (بوضوح وجود علاقة ذات دلالة بين النقص في مهارات حل المشكلات الاجتماعية، وبين اضطرابات القلق والاكتئاب عند أفراد المجتمع في المراحل العمرية المتوسطة والمتأخرة. وأن هناك علاقة سببية ذات دلالة بين مشكلات الحياة اليومية وحالة الضيق النفسي لديهم.

واستخدم دوغاس وآخرون (Dugas, M. J. , et. al, 2003: 821) العلاج بحل المشكلات في علاج مرضى اضطراب القلق العام لمدة (14) أسبوعاً واستمرت كل جلسة ساعتين، وقد أظهرت النتائج تحسناً كبيراً ذات دلالة في أعراض القلق مقارنة بالمجموعة الضابطة.

6. علاج المحاولات الانتحارية:

سجلت دراسة جروفر وآخرون، أنه عند مستويات عالية من الضغط النفسي، فإن المراهقين الذين لديهم ضعف في مهارات حل المشكلات عانوا من زيادة الأفكار الانتحارية لديهم، وكانوا على حافة الإقدام على محاولات انتحارية غير قاتلة. وقد بينت الدراسة أن تبؤ العلاج بحل المشكلات بالأفكار الانتحارية كان ذات دلالة، وأنه

خفف الارتباط بين ضغوطات الحياة اليومية والضغوطات المزمنة والأفكار الانتحارية

(Grover, et. al., 2009: 1281).

7. علاج الأعراض النفسية الانفعالية:

أظهرت نتائج دراسة هاسنك – فرانك أن المرضى الذين يعانون من أعراض نفسية انفعالية تحسنت أعراضهم بشكل ملحوظ بعد العلاج بحل المشكلات، وذلك مقارنة بالرعاية المعتادة (Hassink – Franke, L. J. , et. al. ,2011: 181).

8. علاج إصابات الدماغ:

قامت دراسة راث وآخرون مع (60) من مرضى إصابات الدماغ بعد سنة على الأقل من الإصابة، حيث تم توزيعهم عشوائياً على مجموعة مبتكرة باستخدام علاج جماعي يركز على العجز في حل المشكلات، ومجموعة علاج التأهيل النفسي التقليدي. وتضمن التدخل تعين العجز في تنظيم الانفعالات والتفكير المنطقي، وقد كان العلاج المبتكر فريداً في تركيزه على عمليات الدوافع والتوجهات والمزاج ومهارات حل المشكلات عند مرضى إصابات الدماغ. وقد أظهرت النتائج تحسن أداء المجموعة المبتكرة في حل المشكلات على مقاييس تتضمن الأداء التفزيدي، والتقييم الذاتي لحل المشكلات، والتنظيم الذاتي للعواطف ووضوح التفكير، وملحوظات المشاهدين لحوار لعب الأدوار. كما حافظوا على التحسن خلال فترات المتابعة، وكان المرضى الأبطأ في الاستفادة أولئك الذين لم يتحسنوا في أداء المهام المحددة بتوفيق زمني، ولكنهم تحسنوا في مقاييس حل المشكلات (Rath, J. , F. , Et. Al. ,2003: 461).

9. علاج المعاقين عقلياً:

بين نيزو وآخرون أنه من بين العديد من التعديلات في العلاج بحل المشكلات تم تطوير تدخلات للمعاقين عقلياً، حيث إن تحسين مهاراتهم في حل المشكلات أدى إلى تحسن في الأداء النفسي والتكيف لديهم، والحد من السلوك الاجتماعي غير المرغوب.

(Nezu, C. M. et. al ,2006: 268)

10. علاج التوتر النفسي لمرضى السرطان:

وتشير نتائج دراسة هريل وآخرين إلى أن برنامج العلاج بحل المشكلات لديه القدرة على أن يكون فعالاً لتخفيض المعاناة النفسية التي يمر بها مرضى سرطان الثدي اليابانيين في المرحلة المبكرة (Hirai1. ,et. al. ,2012: 1168).

11. علاج الصداع المتكرر:

تشير نتائج دراسة ستروم وأخرون إلى أن برنامج العلاج بحل المشكلات، بالإضافة إلى تمارين الاسترخاء أدت إلى انخفاض ذات دلالة إحصائية في الصداع، وأن 50% من ذلك الانخفاض كان له دلالة إكلينيكية (Strom, L. et. al., 2000: 722).

وهكذا نجد أن العلاج بحل المشكلات يصلح لعلاج العديد من الأمراض النفسية بطريقة علاجية منفردة أو بالاشتراك مع طرائق العلاج التقليدية، كما أنه يستخدم لعلاج المشكلات النفسية الناتجة عن الاضطرابات العضوية، ومساعدة المريض على التكيف مع الظروف الحياتية الصعبة الناتجة عن تلك الأمراض.

• صعوبات العلاج بحل المشكلات؛ والحلول المتوقعة للتغلب عليها:

هناك بعض الصعوبات الإكلينيكية التي من الممكن أن يقابلها المعالج عند تطبيق العلاج بحل المشكلات، والحلول المتوقعة للتغلب عليها؛ وتشمل:

- 1- المشكلة غير واضحة، والحل أن نطلب من المريض وصف المشكلة بعبارة واحدة.
- 2- المشكلة تبدو معقدة للغاية، والحل أن يقسم المريض المشكلة إلى عدة مشكلات صغيرة.
- 3- المشكلة غير واقعية، والحل هو استخدام أسلوب آخر للعلاج المعرفي السلوكي.
- 4- الأهداف غير واضحة، والحل أن نطلب من المريض أن يتوقف ويوضح الأهداف.
- 5- المريض لا يستطيع التفكير بالحلول، والحل أن نسأل المريض أسئلة تساعد في الوصول إلى حلول.
- 6- حل المريض غير قابل للتحقيق، والحل أن نسأل المريض بعض الأسئلة ؛ ليلاحظ هذه الصعوبة، وأن نطلب منه تفاصيل أكثر للحل.
- 7- المريض يقر أن حلوله غير مجده، والحل أن ندعم المريض، ونشجعه على إيجاد حلول أخرى.
- 8- المعالج لا يملك مهارات كافية لاستخدام العلاج بحل المشكلات، والحل أن يطور المعالج مهاراته من خلال التدريب ؛ واستعراض المهارات.

(Pierce,D. & Gunn,J. ,2007: 232)

كما حدد نيزو وأخرون العقبات التي تعيق الوصول إلى استجابة تكيفية ، ومن ثم الوصول إلى الهدف وتشمل عدم الثقة، والغموض، ونقص الموارد، وحداثة المشكلة، والمطالب المتضاربة أو النقص في المهارات. ومع ذلك، فإن الحل الفعال لا يتوقف عند تحقيق الهدف، بل أن يؤدي تحقيقه إلى نتائج حميدة، ويقلل النتائج السلبية للمشكلة.

(Nezu,.. et. al, 2006: 269)

وذكر دافيدسون وستيرنبرج أنه عندما تكون المشكلات غير محددة، تتغير كل جوانب صياغة المشكلة، وربما تكون المرحلة الأولى في حل مشكلة غير محددة ، وهي التعرف إلى المشكلة. وعادةً يكون من السهل نسبياً تحديد مشكلة غامضة، لكن الصعوبات الحقيقية تكمن في تحديد طبيعة المشكلة وأبعادها والهدف من حلها. لذلك على الشخص الذي يرغب بحل مشكلة وضع إستراتيجية للحل، وتحديد الأهداف لهذه المهمة.

(Davidson,J. ,E. & Sternberg,R. ,J. ,2003: 8)

وهكذا فإن تحديد جوانب النقص في تطبيق العلاج بحل المشكلات له أهمية كبرى في تطوير وتطبيق إستراتيجيات المساعدة الصحيحة، ومن ثم التغلب على العقبات والصعوبات التي تواجه كلاً من المعالج والمريض في تطبيق هذا النوع من العلاج.

• نظريات العلاج بحل المشكلات:

تعددت طرائق العلاج بحل المشكلات بتنوع النظريات التي تسعى للتفكير وحل المشكلات فتعددت الآراء والاتجاهات المفسرة للعلاج بحل المشكلات تبعاً للمدارس النفسية المختلفة.

1- النظرية الاجتماعية للعلاج بحل المشكلات:

ينظر وانج إلى أنها نظرية ذات تصور واسع لحل المشكلات التي تحدث ضمن البيئة الاجتماعية الطبيعية، والتي يمكن أن تطبق على كل أنواع المشكلات بدايةً من المشكلات الشخصية مثل المشكلات العاطفية والصحية، مروراً بالمشكلات بين الأشخاص، وانتهاءً بمشكلات اجتماعية أكبر مثل التمييز العنصري، والجنس المثلثي. ويمر الحل بنوعين من العمليات أولها التعرف إلى المشكلة وتكوين توجه إيجابي بإمكانية حلها، وثانيةها عملية استخدام المهارات وتطبيق خطوات حل المشكل ، وتقترض هذه النظرية أن الحل الاجتماعي للمشكلات مرتبط بالقدرة على التكيف مثل الكفاءة السلوكية، والأداء النفسي، والتغلب على المشاعر السلبية (Wang, X. 2007: 4-5).

ولقد أعد دزريلا وزملاؤه نموذجاً لحل المشكلات الاجتماعية وقاموا بتطويره، وهو نموذج وصفي في صورته المعقّدة، وينطبق هذا النموذج على عمليات السلوك المعرفي - الوج다كي في محاولة الشخص التحقق والاستكشاف والابتكار وذلك للتتوافق مع الاستجابة للموقف المشكل وكيفية التعامل معه في حياته اليومية.

وفي إطار هذا النموذج تشتمل عمليات حل المشكلة الاجتماعية على مكونين رئيسيين:

1- **مكون الدافعية العام ويسّمى التوجه المشكلة:** وهو يركز على الاستجابة المعرفية - الوجداكنية بصفة عامة في الموقف المشكلة، كما أنه يعتمد على خبرات الشخص السابقة مع المشكلات في الحياة والتي يمكن أن تؤثر في أداء حل المشكلة بل ، في الكفاءة في الأداء من حيث كمية الوقت والجهد وفاعلية التعامل مع المعوقات والضغوط الوجداكنية المتتالية.

ويحتوي مكون التوجه المشكلة على ثلاثة مكونات للمشكلة وهي:

أ) **المكون المعرفي:** ويتضمن الانتباه والتعرف إلى المشكلة وتحديداتها وبلورتها، وكذلك العزو السببي وتقدير جوهر المشكلة والثقة الشخصية في حلها ودور عوامل الخبرة والوقت والجهد المبذول، وهذا المكون ثابت نسبياً.

ب) **المكون الوجداكي:** يعني الحالة الوجداكنية الفورية المرتبطة بالموقف المشكل وربما تحتوي هذه على آثار سلبية (قلق، انفعال، الاكتئاب) وآثار إيجابية (مثل اليقظة، التطلع، الدافعية) أو خليط من الاثنين معاً

ج) **المكون السلوكي:** ويركز على المدخل السلوكي لتجنب مواجهة المشكلات في الحياة والاستقلال عن حل المشكلة.

2- **مكون مهارات حل المشكلة:** وهو بدوره يتضمن أربعة مكونات فرعية أو أربع مهام مباشرة وهي:

أ) **التعرف إلى المشكلة وصياغتها:** ويهدف إلى الحصول على معلومات واقعية و المناسبة عن المشكلة والاهتمام بطبيعة المشكلة والتخطيط الواقعي لحلها.

ب) **إنتاج حلول بديلة:** ويهدف إلى الملاحظة والاستكشاف والابتكار لإنتاج عدد من الحلول الممكنة ثم اختيار أفضل هذه الحلول.

ج) **صناعة التصميم:** يهدف إلى الموضوعية في الحكم ومقارنة البديل واختيار أفضل صورة للحل في ضوء المشكلة الواقعية.

ء) وسائل وأدوات الحل والتحقق (أي ملاحظة وفحص وتقويم نتائج الحلول) : وتهدف إلى الحكم الذاتي والتقويم الفعلى بعد مثول الحل (العدل ، 2001: 129-130).

وترى الباحثة: بأن هذه النظرية شاملة تتعامل مع جميع أنواع المشكلات الحياتية، وتمر بنوعين من العمليات اولا: التعرف إلى المشكلات ثانيا: عملية استخدام المهارات وتطبيق خطوات حل المشكلة، وتعتبر هذه النظرية أن الحل الاجتماعي مرتبط بالقدرة على حل المشكلات والتغلب على المشاعر السلبية.

2- النظرية الارتباطية للعلاج بحل المشكلات: "بين الضغط النفسي والرافاهية"

إن النظرية الارتباطية تدمج بين نموذج ريتشارد لازاروس المتعلق بالضغط النفسي لازاروس، 1999، مع النظرية الاجتماعية لحل المشكلات، ففي نموذج لازاروس، يعرف الضغط النفسي كعلاقة بين البيئة والشخص، يتم من خلالها تقييم طلبات الشخص بأنها تتجاوز الموارد المتاحة للمواجهة، وأنها تهدد رفاهيته. وهذا التعريف الارتباطي للضغط النفسي مشابه لتعريف "المشكلة" في النظرية الاجتماعية لحل المشكلات، ومن ثم، فإن المشكلة هي أيضا "ضغوطات" إذا كانت صعبة وتأثر على الرفاهية. أما في النظرية الارتباطية لحل المشكلات ينظر للضغط النفسي بوصفه دالة للعلاقات المتبادلة بين ثلاثة متغيرات رئيسية هي: (1) أحداث الحياة الضاغطة، (2) الضغط النفسي / الرفاهية، و (3) المواجهة بحل المشكلات. وتنقسم أحداث الحياة الضاغطة إلى نوعين رئيسيين: هي الأحداث السلبية الكبيرة، وهي تجربة حياتية سلبية عريضة تؤدي إلى تغيير كبير في حياة الشخص (على سبيل المثال، الطلاق، أو وفاة أحد أفراد أسرته، أو فقدان الوظيفة، أو المرض، أو الإصابة الكبيرة). و المشكلات اليومية وهي ضغوطات أكثر ضيقاً وتحديداً، وغالباً ما توجد علاقة سلبية بين هذين النوعين من أحداث الحياة الضاغطة، على سبيل المثال، إن حدثاً سلبياً كبيراً مثل الطلاق يخلق العديد من المشكلات اليومية الضاغطة الجديدة للشخص (مثل الصعوبات المالية، وتلبية احتياجات الأولاد، ومقابلة أشخاص جدد)، وعلى النقيض فإن تراكم مشكلات الحياة اليومية غير المطلوبة (مثل، الصراعات الزوجية، ومشكلات العمل، و ادمان الخمر) تساهم في الطلاق. لذا فإن النظرية الارتباطية لحل المشكلات تفترض أن أحداث الحياة الضاغطة، وتقيمها المعرفي، وعمليات المواجهة لها ذات تأثير كبير على الرفاهية العامة وحالة التكيف. فالتقييم المعرفي الايجابي، واستخدام عمليات المواجهة الفعالة يؤدي إلى الصحة النفسية والجسدية السليمة. أما التقييم المعرفي السلبي، و استخدام عمليات المواجهة غير الفعالة فيؤدي إلى المرض النفسي. وأخيرا، فإن المفهوم الأكثر أهمية في النظرية

الارتباطية لحل المشكلات هو المواجهة بحل المشكلات"، وهي العملية التي تندمج كلاً من التقييم المعرفي، وفعاليات المواجهة ضمن الإطار العام للحل الاجتماعي للمشكلات. وتفترض هذه النظرية أن حل المشكلة يؤثر على العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والرفاية، حيث ي العمل ك وسيط، فإذا كان حل المشكلة غير فعال، سيتبعه تأثير سلبي على الرفاية (على سبيل المثال، القلق، والاكتئاب). أما إذا كان حل مشكلة فعال، فسيكون له عواقب إيجابية على الرفاية (على سبيل المثال، نقل المشاعر السلبية، وتزداد المشاعر الإيجابية).

(Dobson, K., S., 2010: 202-205)

وتري الباحثة: بأن النظرية الارتباطية لحل المشكلات دمجت بين نموذج لازاروس المتعلقة بالضغط النفسي مع النظرية الاجتماعية لحل المشكلات، وعرفت الضغط النفسي تعريفاً مشابهاً لتعريف المشكلة في النظرية الاجتماعية لحل المشكلات، كما أنها عرفت المشكلة بأنها ضغوطات، فإذا كانت صعبة تؤثر على الرفاية، كما أنها نظرت للضغط النفسي بثلاثة متغيرات متبادلة ، أحداث الحياة الضاغطة ، الضغط النفسي / الرفاية ، المواجهة بحل المشكلات.

-3- النظرية التجريبية للعلاج بحل المشكلات:

إن الدعم لهذه النظرية يأتي من خلال البحوث حول العلاقات المفترضة التي تتطوّي على متغير حل المشكلات، والبحث على عملية العلاج بحل المشكلات. وقد ركزت معظم الدراسات على العلاقة بين القدرة على الحل الاجتماعي للمشكلات، والرفاية أو التكيف. وقد ركزت بعض الدراسات على دور حل المشكلات ك وسيط أو ملطف للعلاقة بين الأحداث الضاغطة في الحياة والرفاية أو التكيف. وبالإضافة إلى ذلك، اهتم عدد قليل من الدراسات بعملية العلاج بحل المشكلات، وعلاقتها بالتحسينات في التكيف بعد العلاج بحل المشكلات، والزيادة في القدرة على الحل الاجتماعي للمشكلات. ووفقاً لهذه النظرية فإن الحل الاجتماعي للمشكلات هو إستراتيجية مواجهة عامة ومرنة، تعزز الأداء التكيفي والرفاية الإيجابية، وتقلل من الآثار السلبية الناجمة عن الضغوطات على الرفاية عبر نطاق واسع من المواقف الضاغطة. وبناء على هذا الافتراض، فإنه يمكن الافتراض بأن القدرة على الحل الاجتماعي للمشكلات يرتبط بمجموعة واسعة من نتائج التكيف الإيجابية والسلبية. كما أن استعراض الأدب الباحثية الواسعة خلال العقود الثلاثة الماضية تقدم دعماً كبيراً لهذه الفرضية الأساسية .(Nezu, A. M., 2004: 1-33)

واستنتج لوندال وآخرون، من خلال دراستهم، أن القدرة على حل المشكلات تعدل العلاقة بين المشكلات الشخصية أو مشكلات العلاقات بين الأشخاص والمتاعب اليومية، والقلق (Londahl, E. A, et. al., 2005: 445).

وعموماً، فإن هذه النتائج متوافقة مع افتراضات النظرية الاجتماعية لحل المشكلات والنظرية الارتباطية لحل المشكلات- بين الضغط النفسي والرفاهية. ولذلك، يمكننا أن نستنتج أن هناك دعماً تجريبياً قوياً للنظريات التي يستند إليها العلاج بحل المشكلات.

وترى الباحثة: أن الدعم لهذه النظرية يأتي من خلال البحث حول العلاقات المفترضة التي تتطوّي على متغير حل المشكلات، ووفقاً لهذه النظرية فإن الحل الاجتماعي للمشكلات هو إستراتيجية مواجهة عامة ومرنة، تعزز الأداء التكيفي والرفاهية الإيجابية، وتقلل من الآثار السلبية الناجمة عن الضغوطات، وبناءً على ذلك فإن القدرة على الحل الاجتماعي للمشكلات يرتبط بمجموعة واسعة من نتائج التكيف الإيجابية والسلبية، وإن تلك النظرية متوافقة في نتائجها مع افتراضات النظرية الاجتماعية لحل المشكلات والنظرية الارتباطية لحل المشكلات- بين الضغط النفسي والرفاهية، ومن هنا نستنتج أن هناك دعماً تجريبياً قوياً للنظريات التي يستند إليها العلاج بحل المشكلات.

4- نظرية حل المشكلات في الرعاية الأولية:

اقترح هذا النهج لعلاج المشكلات النفسية في الرعاية الصحية الأولية عن طريق جاث وماينور - وأليس، ويظهر تشابه كبير مع النظرية الاجتماعية لحل المشكلات، لكنه يختلف في أنه لا يحتوي على عنصر التوجّه نحو المشكلة. وهذه النظرية لا تمثل نموذجاً نظرياً بالمعنى المعتمد، فهي تصف المراحل التطبيقية لعلاج حل المشكلات، بدلاً من كونها نموذجاً لفهم عملية حل المشكلات. حيث تصف هذه النظرية عملية العلاج بحل المشكلات بأنها تتكون من سبعة خطوات، وهذه الخطوات هي الخطوات المذكورة ذاتها في نمط العلاج العقلاني لحل المشكلات الواردة في النظرية الاجتماعية للعلاج بحل المشكلات.

(Gath,D. & Mynors-Wallis,L., 2000: 415-431)

وترى الباحثة: بأن نظرية حل المشكلات في الرعاية الأولية تتشابه مع النظرية الاجتماعية ولكنها تختلف في احتوائها على التوجّه نحو المشكلة، وكذلك تصنف المراحل التطبيقية للعلاج بحل المشكلات بسبع خطوات وهي خطوات نمط العلاج العقلاني ذاتها.

5-نظريّة مجال تجهيز المعلومات لحل المشكلة:

تعتبر نظرية نويل وسيمون من أهم النظريات في مجال تجهيز المعلومات لحل المشكلة وفيها يحاولان الإجابة عن التساؤلين التاليين: كيف نحل المشكلة؟ وماذا نفعل في المشكلة الصعبة؟

وإجابة هذين السؤالين تكون نظريتهما في حل المشكلة ذلك من خلال برنامجهما في حل المشكلة حيث يفرضان فيه تنظيمها لعملية الحل، حيث إن عمليات حل المشكلة تحدث كما يلي:

1- العمليات المبدئية: يعد ترجمة مدخلات المشكلة ، وتعني تحويل معلومات البيئة الخارجية إلى تمثيلات داخلية لدى القائم في حل المشكلة، وفي الوقت نفسه يتم انتقاء حل المشكلة وعندئذ يبدأ حل المشكلة في إطار هذا التمثيل الذي يؤدي إلى وضوح الحل أو صعوبته أو استحالته.

2- يتم انتقاء أو اختيار طريقة محددة لحل المشكلة، وهذه الطريقة هي العملية التي قد تؤدي إلى إنجاز الحل وتعبر الطريقة عن إستراتيجية الحل.

3- يتم بتطبيق الطريقة المنشقة، وهذه الطريقة تتحكم في السلوك الداخلي والخارجي لمن يحل المشكلة.

4- بعد الانتهاء من تطبيق الطريقة توجد ثلاثة احتمالات أمام من يحل المشكلة وهي استبعاد هذه الطريقة أو الإستراتيجية واستخدام طريقة أخرى - تغيير التمثيل الداخلي وإعادة صياغتها - إنتهاء محاولة حل المشكلة (أما إن يكون الحل صائباً أو خطأ).

قد تؤدي هذه الطريقة إلى خلق مشكلات جديدة مثل المشكلات الفرعية، وقد يحاول من يحل المشكلة اختيار إحداها كي يحاكيها (ابراهيم ، 2010: 409).

وتري الباحثة: بأن حل المشكلات في نظام تجهيز المعلومات كنظام إنتاج ، يعني به أنه متواillة من الأفعال الشرطية إذا توافر شرط معين، فإن ذلك يؤدي إلى فعل محدد أثناء حل المشكلة.

وتري الباحثة: بعد سردها لنظريات العلاج بحل المشكلات بأن النظرية الاجتماعية لحل المشكلات هي أفضل النظريات التي يمكن أن تشكل قاعدة للعلاج بحل المشكلات، لأنها تحتوي على خطوات عملية متكاملة يمكن تطبيقها، كما أنها تصلح لأن تكون أساساً لحل جميع أنواع المشكلات الإنسانية.

المبحث الثاني

الضغوط النفسية

المقدمة:

إن التقدم المتسارع والمتغير - باستمرار - في جميع المجالات الحياة وعدم استطاعة الفرد مسيرة تلك المتغير يجعل الفرد غير قادر على المقاومة والتحمل وتشعره بالضغط النفسي، مما ينعكس على حالته النفسية والجسدية و يؤدي به في النهاية إلى الانهيار والمرض، فالضغط النفسي سمة من سمات الحياة المعاصرة، تصيب كل شرائح المجتمع، الأطفال والنساء والرجال على حد سواء وذلك حسب معايير نفسية واجتماعية وشخصية لدى كل فرد في المجتمع وخصوصا على فئة تعاني أكثر من غيرها، وعلى أكثر من صعيد، وهي فئة زوجات مرضى الفصام العقلي، التي تعاني من ضغوطات نفسية واجتماعية واقتصادية وعائلية صعبة للغاية وذلك لطبيعة المرض وصعوبة التعامل معه ، وما يتركه من آثار متعددة بجوانب مختلفة على حياة الزوجة وأسرتها .

أولاً- تعريفات الضغوط النفسية:

الضغط لغة:

عرفه لسان العرب لابن منظور: الضغط تعني الضغطة هي عصر شيء إلى شيء، ويقال ضغطه يضغطه ضغطا، زحمة إلى حائط ونحوه، والضغط والمزاحمة، والتضاغط: التراحم، وفي التهذيب تضاغط الناس في الزحام، والضغطة ، بالضم تعني المشقة والشدة وضغط عليه تشدد عليه في غرم أو نحوه (ابن منظور، ب ت: 2591) .

عرف الضغط لغة: بأنه الضغط أو المشقة أو الانعصاب يشير إلى اجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام " هذا المفهوم مستعار من الفيزياء (النعاشر، 2008: 26).

الضغط اصطلاحاً:

لقد انطلق العلماء والباحثون في تعريفهم للضغط النفسي من اتجاهات مختلفة ، فمنهم من اعتبرها مثيراً والبعض اعتبرها استجابة ، والبعض الآخر تناولها على أنها تفاعل بين الفرد والموقف.

أولاً- الضغط النفسي كاستجابة:

- عرف ماكجراف، mcgraph بأنه: إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة لمهام أو مطلب، ويصاحبه انفعالات سلبية كالاكتئاب والقلق (السكنى، 2013: 14).
- يعرف زيمباردو Zimbardod الضغوط النفسية على أنها: نمط لاستجابات نوعية وغير نوعية يقوم بها الكائن الحي نتيجة لأحداث مثيرة تعيق اتزانه وتحبط من محاولاته لمواجهتها وتشتمل تلك الأحداث التي تبعث على الاستثارة على عدد كبير ومختلف من العوامل الداخلية والخارجية والتي يطلق عليها مجتمعة بالضواغط (العبدلي، 2012: 35).
- عرفه (مخلف، 2006: 9) هي استجابة تكيفية لدى الفرد تختلف باختلاف خصائص الفرد، نتيجة للتفاعل مع البيئة ، وتمثل في اختلال التوازن الداخلي للجسم مما يؤدي غالبا إلى مشكلات صحية وجسمية ونفسية.
- ويرى 1990, Brodsky: أن الضغط النفسي هو تقييم الأحداث بأنها مهددة ، أو أنها يمكن أن تكون باعثة على الألم ، وهو يشمل الاستجابات التالية للتهديد سواء أكانت نفسية أم جسدية (الباوي، 2009: 6).

ثانياً- الضغط النفسي كمثير:

- عرفه عبد العاطي، 2003: بأنه أي مثيرات او تغير في البيئة الداخلية أو الخارجية ليكون من القوة والوحدة او الاستمرار بحيث يقلل كفاءة الفرد التكيفية ، مما يؤدي إلى اختلال وظيفي او مرضي، وتنشأ الضغوط نتيجة سلسلة من المثيرات او التغيرات في مجال الحياة السيكولوجية او الاجتماعية للفرد، يتحدد اثر الضغط السيكولوجي بالطريقة التي يدرك بها الفرد المثير او الموقف الذي يتعرض له، وبنوعية تقييمه للدلالة الكامنة للحدث التي تعرضه ودرجة التهديد التي يدركها (الشاعر، 2011: 13).
- في حين عرفه Riss، Ress: بأنه مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية لها درجة من الشدة والدوار بما يقلل القدرة التكيفية للفرد إلى أقصى حد والتي في ظروف معينة ممكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، وبقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير صحية (جاد الله، 2010: 1016).

- عرف ميلسم، 1985 الضغوط النفسية بأنها: مؤثر نفسي بيولوجي يستدل عليه من مجموعة من السلوكيات التي يأتي بها الفرد نتيجة ادراكه للمهددات البيئية (أبو حبيب، 2010: 18).

- عرف لازاروس الضغط النفسي بأنه إطار المثيرات الخارجية للفرد، وقد يوصف بأنه قوة بيئية موضوعية تحدث اضطرابا في الفرد، فالضغط هو أي مؤثر يفسد التوازن الطبيعي للجسم ويتضمن الأذى الجسدي والتعرض للأخطار والحرمان (خزاعلة و الغرابية، 2006: 326).

ثالثاً- الضغط النفسي كتفاعل بين الفرد والموقف:

- عرفة الفرماري، 1990 بأنه: حالة من عدم التوازن الذي ينتج بين متطلبات المهنة وقدرة الفرد الشخصية التي تؤدي إلى شعور المعلم بعدم إمكانية إشباع حاجاته(كامل،2013: 679).

- عرفة 1989, Dally : بأنه الحالة الناتجة عن عدم التوازن بين مطالب الموقف وقدرة الفرد لهذا الموقف (فرحات ، 2003: 282).

- كما عرفة (على،2008: 64) بأنه: الحالة الناتجة عن إدراك الفرد للتناقض القائم و سوء أكان حقيقة أم متوهها، بين ما يتطلبه الموقف وما هو متاح للفرد من موارد بيولوجية ونفسية واجتماعية.

- عرفة Chandler,1981 بأنه حالة من التوتر الانفعالي تنشأ من الأحداث المواقف التي تحدث صدفة في حياة الفرد (العدل، 1995: 160).

- عرف روس Ross 1980 الضغط النفسي بأنه حالة صحية تتضمن استعداد الفرد ذهنيا وعضويا لمواجهة ما يعرض طريق حياته من أزمات، والعمل بأسلوب إنتاجي أو ابتكاري (السرطاوي، الشخص، 1988: 14).

ثانياً- كيف يتكون الضغط النفسي؟

ينشأ من داخل الشخص نفسه ويسمى الضغط الداخلي، أو يكون ناتجاً عن ظروف خارجية مثل العمل ، والعلاقات الشخصية مع الأصدقاء، أو شريكة الحياة، أو موت عزيز، أو موقف صارم ، ويسمى ضغطاً خارجياً، سواء أكانت الضغوط داخلية أم خارجية متمثلة في أحداث الحياة، فإنها تعد استجابات لتغيرات بيئية (عبيد، 2008: 22).

ويرى دافيدون ، 1993 أن احداث الحياة اليومية تحمل معها ضغوطا يدركها الإنسان عندما يسافر باستمرار المواقف المختلفة العمل أو التعاملات مع الناس أو المشكلات التي لا يجد لها حلول مناسبة ، أو تسارع احداث الحياة ومتطلباتها، وهي تحتاج إلى درجة أعلى من المساعدة لغرض التوافق النفسي، وربما يفشل في هذه الموازنة الصعبة، حتى أكثر الناس تقاؤلا

تواجدهم الكثير من خيبة الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من الضغوط اليومية، ولكن عدداً قليلاً منهم نسبياً، هم الذين يواجهون الظروف القاسية (الشاعر، 2011: 21).

العناصر الرئيسية التي تشكل أي موقف ضاغط هي:

1- مصادر الموقف الضاغط .

2- الاستجابة لهذا الموقف الضاغط .

وبدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك مواقف ضاغطة حيث إن مصادر الضغوط مفردها لا تشكل ضغوطاً ، كما أن صدور استجابة الشخص معين لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقول: إن هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا ، مصادر الضغوط عبارة عن مثير له إمكانية محتملة أن يولد استجابة معينة أو الهرب عند شخص معين (عوض، 2001: 16-17).

ثالثاً: تشخيص الضغوط النفسية:

في تصنيف **DSM4** يتم تشخيص الضغوط النفسية من خلال حدوث واحدة من التسعة التالية: (الغbir، ابو اسعد، 2009: 115).

- مشكلات متعلقة بجموعات دعم أولية مثل موت عضو في العائلة، ولادة آخر .
- مشكلات متعلقة بالبيئة الاجتماعية مثل موت أو خسارة صديق أو عزلة اجتماعية .
- مشكلات تعليمية مثلًّا مشكلات أكاديمية وخلافات مع المعلم.
- مشكلات مهنية مثلًّا عدم التوظيف و تغيير الوظيفة.
- مشكلات بيئية مثلًّا خلافات مع الجيران وعدم وجود مأوى.
- مشكلات اقتصادية مثلًّا فقر مدقع.
- مشكلات حول عدم الاشتراك في خدمات الاهتمام الصحي مثلًّا عدم وجود خدمات صحية كافية أو عدم كفاية التأمين الصحي .
- مشكلات متعلقة بالتفاعل مع النظام والقانون مثلًّا القاء القبض عليه.
- مشكلات نفسية مثلًّا الحرب أو التعرض لكارثة.

رابعاً - أنواع الضغوط النفسية:

قد يختلف العلماء فيما بينهم في تصنيف أنواع الضغوط التي من الصعب حصر كل أنواع الضغوط في الدراسة ، نوجز فيما يلي عرضاً لأهم أنواع الضغوط التي تناولتها الباحثة في مجال دراستها ، والتي أكدت عليها العديد من البحوث والدراسات السابقة.

أولاً- الضغوط النفسية حسب المستوى:

فهناك من صنف أنواع الضغوط تبعاً لمستواها، ومن هؤلاء (Worrall, May, 1989) حيث يروا أن هناك ثلاثة مستويات للضغط هي:

1- **الضغط النفسي العادي:** وهو المستوى الذي يمكن استبعاده، وهذا أدنى مستوى للضغط وهذا النوع يتعرض له كثير من الناس في معظم الأوقات؛ وتكون مشكلات الحياة بسيطة على هذا المستوى ويمكن التعايش معها.

2- **الضغط النفسي الحاد:** وهذا النوع يتعرض له الفرد الذي يعيش أول فترات حياته في بيئة يسودها الاكتئاب، وهذا النوع يحتاج إلى التدخل والعلاج للحد من تأثيره، والتغلب على المشكلات التي سببها والتحرر من القلق والخوف.

3- **الضغط النفسي الشاذ:** ويضم مجموعة من الأمراض العصبية و الذهانية، والتي تظهر نتيجة لثورة الفرد ضد النفس و ضد الآخرين (حماد ، 2012 : 14).

ثانياً- الضغوط النفسية حسب المدة الزمنية:

1- **الضغط النفسي المزمنة:** هي الضغوطات التي تطحن الناس يوماً بعد يوم وشهراً بعد شهر وسنة بعد سنة ، فالضغط المزمن يدمر الجسد والعقل والحياة ، إنه ضغط الفقر ، والعائلة التي تعاني من خلل في الزواج غير السعيد ، والعمل المحتقر من قبل الشخص، إنه الاجهاد والضغط الذي لا يلين ، والأمر الأسو للضغوطات المزمنة هو أن الناس تتعود عليها ، فالناس ينتبهون للضغوطات الحادة لأنها مستجدة عليهم ولكنهم يتجاهلون الضغوطات المزمنة ؛ لأنها قديمة ويعتادون عليه (بقيون ، 2007 : 152-153).

2- **الضغط النفسي المؤقتة:** وهي تلك الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة وجية ثم تنتهي مثل: الضغوط الناتجة عن الامتحانات أو مواجهه موقف صعب مفاجئ أو الزواج الحديث، إلى غير ذلك من الظروف المؤقتة التي لا تدوم أثراً لها لفترة طويلة مثل

الضغوط تكون سوية في معظمها، إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل مثلاً يحدث مع المواقف الشديدة الضاغطة التي تؤدي إلى الصدمة العصبية (منصور و البلاوي ، 1989: 479).

ثالثاً- الضغوط النفسية حسب المصدر:

1- **الضغط النفسية الإيجابية:** وهي تلك الضغوط التي تحدث توتراً وتؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا أي الاتزان النفسي (عماشة ، 2012: 309).

2- **الضغط النفسية السلبية:** هو الأسى أو الحزن أو الألم ، كما أنه ضغط الخسارة أو الفشل أو العمل الزائد والذي لا يكفي ، ويؤثر الضغط السلبي على الناس بطريقة ضارة حيث إنه مكون طبيعي لا يمكن تجنبه في الحياة (علي ، 2009: 122).

خامساً: مصادر الضغوط النفسية :

يجد المستعرض للدراسات والبحوث التي أجرتها الباحثون لمعرفة مصادر الضغوط تعددًا واختلافًا وتدخلًا في مصادر الضغوط، ويرجع ذلك إلى اختلاف الأطر التي ينطلق منها الباحثون وإلى الجوانب التي تم التركيز عليها عند تناول هذه الضغوط، حيث نجد أن بينز beniz عرف مصادر الضغوط على أنها "المواقف أو الظروف الداخلية والخارجية التي تسبب للفرد الشعور بالتوتر والضيق وعدم الارتياح بناء على التقييم الذاتي للفرد، أو أنها المواقف أو الظروف التي يدركها الفرد على أنها تمثل خطاً على جسده وعلى نفسه أو لكيانه (العبدلي، 2012: 36-37).

وبناءً على ذلك، يمكن تقسيم مصادر الضغوط إلى مصادر داخلية ومصادر خارجية كالتالي: -

أ- المصادر الداخلية: -

1- الطموح المبالغ فيه.

2- الأعضاء الحيوية ، الاستعداد لقبول المرض - ضعف المقاومة الداخلية .

3- الشخصية (عبيد ، 2008: 31) .

4- خيارات نمط الحياة: توفير غير كافٍ وجدول أعمال .

5- الحدث الذاتي السيء: التفكير المتشائم والتعقد الذاتي والتخيل المفرط .

6- الاشتراكات العقلية: هي التوقعات غير الواقعية وأخذ أمور بطريقة شخصية والتكيير في الحصول على كل شيء .

7- سمات الشخصية المضغوطة: النزاع إلى مرئية الكمال ومدمن العمل.

8- خيارات نمط الحياة: توفير غير كافٍ وجداول أعمال.

ب-المصادر الخارجية

1. البيئة المادية: الضجيج والأضواء الساقطة والحرارة والأماكن الضيقة.

2. التفاعل الاجتماعي: الخشونة أو العدوانية من جانب الآخرين.

3. أحداث الحياة الرئيسية: موت قريب أو فقد عمل أو ترقية أو طفل جديد.

4. القواعد والأنظمة والقوانين والروتين الحكومي والمواعيد.

5. المشاحنات اليومية (شيخاني، 2003: 12) .

وهناك مصادر أخرى متعددة تناولها البعض كل حسب وجهه نظره لتشمل جميع جوانب الحياة والتي يمكن وصفها ضمن الأنواع التالية:

- ضغوط أسرية: تحدث من حدوث ضغوط اجتماعية ومشكلات أسرية تنتج عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل المرض وغياب أحد الوالدين عن الأسرة والطلاق كلها مصادر للضغط النفسية تتسبب في ظهور بعض الأعراض النفسية للأفراد.

- ضغوط دراسية: والمتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزملاء والمعلمين وصعوبة التحصيل الدراسي وضعف القدرة على التركيز وعدم القدرة على أداء الواجبات المنزلية والفشل في الامتحانات (العنزي ، 2004: 15) .

- ضغوط نفسية: وهي مجموعة من العوامل التي تعود إلى البناء النفسي عند الأشخاص أي ما تتصف به شخصيتهم من ملامح عندما يكون الشخص عصبياً، أو انفعالياً، أو عملياً نشيطاً، أو حساساً، أو انطوائي أو منفتحاً على الآخرين، أو واقعياً.

- وأشارت دراسة موس 1986 إلى أن درجة تواافق الفرد مع بيئته تحدد جزءاً من العوامل أو الأسباب التي تساعد على تحديد الأزمات النفسية ، وأن عوامل الشخصية من النضج الانفعالي والثقة بالنفس تؤثر في طبيعة المهام الاستيعابية التي يستخدمها الأفراد ، فضلاً عن العوامل المرتبطة بالموقف الضاغط، وتؤكد هذه الدراسة على الدور

المهم لشخصية الفرد وتوافقه النفسي، خاصة عندما تستمر الضغوط النفسية ، فالأفراد يحاولون أن يعدلوا مغزى الموقف الضاغط ، وكذلك مشاعرهم نحوه ، وهكذا فالضغط الشديدة تؤدي إلى سوء توافق (قدح ، 2001: 45-46).

- **ضغط اجتماعية:** وتشمل الصراع بين مشكلات البيت والعمل خاصة في حالة عمل الزوجين نتيجة الحاجة والظروف الاقتصادية الضاغطة ، ومشكلات الأصدقاء والعلاقة بالآخرين عموما كالجيران وأفراد المجتمع في الشارع وزملاء العمل وأصحاب الأعمال وانتشار الظواهر السلبية كالرشوة والضغط الاقتصادي نتيجة الجشع والغش والمغالاة في الأسعار، ومشكلات الجنسية، والطلاق والانفصال وما يترتب على ذلك من إهانة الوقت والجهد والمال في التقاضي أمام المحاكم ويدخل فيها التعرض للإساءة والاستغلال في مرحلة الطفولة كالاغتصاب، ويدخل فيها المسؤولية عن الأطفال، والالتزامات المبدعة في المناسبات الاجتماعية والاحتفالات والأعياد (السيد، وأخرون، 2009: 286-287).
- **مصادر بيئية:** تنقسم إلى عوامل تتعلق بالفرد نفسه وتنتمي: تكوينه النفسي وتكوينه العضوي ، عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية وتنتمي: البيئة المنزلية والمدرسية والمجتمع بصفة عامة وغالبا ما تكون ضغوطا عامة لكل الناس.
- **مصادر فسيولوجية:** والتي تتمثل بارتفاع درجة الحرارة والرطوبة والميكروبات التي تنتشر في الجسم، في هذه الحالة تنشط الآليات الدافعية في الجسم لتنغلب على تلك الميكروبات والاحتفاظ بالحياة (حسن، 2012: 68).
- **مصادر مهنية:** هي ضغوط ترتبط ببيئة العمل مثل العباء الكمي والكيفي للعمل، صراع الدور وغموضه، الخلافات مع الخلافات في العمل، وضغط قواعد وتشريعات العمل، عدم الرضا الوظيفي ، وقلة الأجر بالمقارنة مع الجهد المبذول.
- **مصادر الناجمة عن الكوارث:** يرجع سببها إلى الأحداث الكارثية غير الاعتيادية وغير المتوقعة، والتي تتطلب جهداً معتبراً للتصدي لها.
- **مصادر شخصية:** يرى الصبورة ، 1997 بأن الضغوط هي التي تنشأ من داخل الفرد ذاته، مثل ضغوط أسلوب الحياة الذي يتبعه الشخص ، والضغط الجسدية والعصبية والنفسية التي تنتج عن تناول بعض الأطعمة والمشروبات والأدوية والمسكرات التي يتعاطها الشخص بكمال إرادته (حميد الدين ، 2011: 16-17).

- **الضغوط العاطفية:** بكل نواحيها النفسية والانفعالية فهي تمثل البشر، وواحدة من مستلزمات وجوده الإنساني، فالعاطفة لدى الإنسان غريزة أوجدها الله عند البشر دون باقي المخلوقات (الغريه وأبو أسد، 2009: 31).
- **مصادر سياسية:** تنشأ من ظروف متعددة منها: عدم الرضا عن الحكم ، الصراعات السياسية و الصراعات الحزبية، ويكون تعريف الضغط هنا أنه عدم الرضا والشعور بالوطأة الناتج عن عدم القدرة على التكيف مع الأوضاع السياسية القائمة.
- **مصادر اقتصادية:** وتمثل في الأحداث والظروف والاقتصادية للفرد ، وهذه الظروف تسبب تهديداً واضحاً للفرد ومن هذا التهديد: البطالة والفقر، وانخفاض الإنفاق، والتفاقط الطبقي وفقدان للثروة (ياغي ، 2006: 24).
- **مصادر كيميائية:** ك (إساءة استخدام العقاقير ، الكحول ، الكافيين ، النيكوتين).
- **مصادر الانتقال والتغير:** مثل السفر، الهجرة، عمل جديد، مسكن جديد (عثمان، 2002: 45).

سادساً - تأثير الضغط النفسي:

هناك نوعان لآثار الضغوط النفسية: إيجابية وسلبية، ويرى بعض الباحثين أن للضغط آثاراً إيجابية إلى جانب الآثار السلبية التي تكون بالعادة أكثر من الآثار الإيجابية.

أولاً- الآثار الإيجابية:

عندما تكون الضغوط في حجم مناسب (إيجابي)، فإنها تؤدي إلى السرعة في إنجاز الأعمال، والإبداع في التفكير والقدرة على اتخاذ القرارات ، والتركيز على نتائج العمل والشعور بالسعادة ولإثارة القدرة على التعبير عن الانفعالات و المشاعر وتجعل الأفراد يركزون على نتائج إعمالهم وتحفز الأفراد على العمل، وتجعل الأفراد ينظرون للمستقبل بتفاؤل، وبالحيوية والجدية في العمل وزيادة الإنتاجية، وتجعل الأفراد يشعرون بالإنجاز والتمتع ، والنوم بشكل مريح، والمقدرة على العودة إلى الحالة النفسية الطبيعية عند مواجهة تجربة غير سارة (عابدين، 2010، 30).

ثانياً- الآثار السلبية:

تتمثل الآثار السلبية للضغط النفسي في عوامل متعددة نذكر منها الآثار التالية:

- **الآثار الفسيولوجية:** عندما يواجه الفرد موقفاً ما مثيراً للضغط، فإنه يحدث للجسم بعض التغيرات الفسيولوجية مثل سرعة التنفس، زيادة معدل ضربات القلب، حدوث تقلصات في الأوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم، وبالإضافة إلى هذه التغيرات الداخلية تحدث بعض التغيرات الخارجية مثل قيام العضلات بفتح مجراً البلعوم والأنف للسماح بدخول المزيد من الهواء للرئتين كما يظهر على الوجه تغيرات تتم عن انفعال قوي، وأخيراً تحدث بعض الاضطرابات للعمليات الهضمية ثم يجف اللعاب والمخاط. وهكذا فإن العالمة المبكرة لتأثير الضغوط والتي تظهر على الفرد هنا هي جفاف الحلق.
- **الآثار السلوكية:** إن دلائل وعلامات وردود الأفعال الفسيولوجية والانفعالية تجاه المواقف الضاغطة عادة ما تتضح في الاستجابات السلوكية، وبمعنى أنها تظهر في نظرات الأفراد وأفعالهم وكلامهم ولمزيد من الوضوح فإن الاستجابات السلوكية للضغط تظهر عندما يحاول الفرد أن يهرب، أو يتجنب مصادر الضغوط، فمثلاً نجد أن بعض الأفراد يحجرون عن العمل، وأن التلميذ ينقطع عن المدرسة، أو يهرب من المنزل وذلك من مسببات الضغوط النفسية وربما نجد أن مشاهد الهروب من الواقع الضاغطة إثارة ومساوية هو الانتحار، حيث تشير الإحصاءات إلى أن هناك ما يقرب من عشرة آلاف طالب جامعي في أمريكا يحاولون الانتحار كل عام، لأنهم يجدون صعوبة في مواجهة المواقف الضاغطة كالمطلبات الأكاديمية والضغط لاجتماعية، والمشكلات المالية وفقدان الدعم الاجتماعي (الزيناتي، 2003: 88-89).
- **الآثار النفسية:** ويتربّ على إحساس الفرد بزيادة الضغط عليه في العمل حدوث بعض الاستجابات النفسية التي تحدث تأثيرها على تفكير الفرد وعلى علاقاته، ومن أهم تلك الأعراض الحزن، الكآبة، الشعور بالقلق، فقدان الثقة بالغير، النظر إلى المستقبل بتشاؤم، النسيان المتكرر، التردد واللامبالاة (السقا، 2009: 19).

ويشير "كندل وجونسون" إلى الآثار التي تخلفها الضغوط النفسية التي يواجهها الإنسان المتمثلة في التشوش العقلي واضطراب مفهوم الذات والنسيان وسرعة الاستئثار، الخوف، القلق والإحباط والغضب وزيادة ضربات القلب والغثيان والتقلصات، العرق، نوبات الصداع، تشوش السمع، البطء في الأداء، الحركة الزائدة بدون هدف، اضطراب التفكير،

النكس، والحزن والشعور بالذنب وكراهيّة الذات وسرعة الشعور بالتعب، وكثرة النوم (أبو مشايخ، 2007: 39).

• الآثار المعرفية الإدراكيّة: أظهر كوهين 1980، Cohen، وشاهم و آخرون 1992، Shaham etal، إن الاستجابة المعرفية للضغط النفسي تتضمن حصيلة عملية تقييم الموقف الضاغط ومدى الضرر أو التهديد الناجم عن الموقف الضاغط و مسبباته ومدى إمكانية التحكم به، كذلك تشمل الاستجابة المعرفية للضغط على الذهول ؛ وعدم القدرة على التركيز وتشوش الأداء في المهام المعرفية.

ويرى ديفيد فونتنا أن الاستجابة المعرفية للضغط الحادة تتمثل في مجموعة من الأعراض: نقص مدى الانتباه والتركيز، ضعف القدرة على الملاحظة. اضطراب في القدرة على التفكير، تدهور في الذاكرة قصيرة المدى، صعوبة التبؤ بسرعة الاستجابة، زيادة في معدل الأخطاء، تدهور قوى التنظيم والتخطيط طويل المدى، تزداد الأضطرابات الفكرية والتوجه وغير منطقية وعقلانية التفكير (ياغي، 2006: 22).

• الآثار الانفعالية: أظهر لازاروس (1970 - 1975) أن الاستجابة الانفعالية للضغط النفسي متنوعة وتتضمن التوتر والقلق والاكتئاب والشعور بالعجز وانخفاض تقدير الذات وسرعة الاستثارة، والغضب والإحباط وتقلب المزاج ؛ والحزن ويشك الباحثون بأن معرفة الفرد أنه مهدد بفعل موقف ضاغط فقط يؤدي إلى افعال محدد مثل القلق بدلا من الغضب أو الاكتئاب بدلا من الخوف ، بل إن فهم عملية الضغوط النفسية بأكملها وبعناصرها المتربطة والمختلفة (الموقف ، الفرد ، البيئة) من نتائج العلاقة الضاغطة التي تتحقق من خلال تفاعل الفرد والبيئة.

ويرى ديفيد فونتنا أن هناك مجموعة من الأعراض التي تدل على وجود التأثيرات الانفعالية أهمها: الزيادة في التوتر الفسيولوجي والزيادة في معدل الوساوس وتحدث تغييرات في سمات الشخصية، وتزداد المشكلات الشخصية ؛ وتضعف القيود الأخلاقية والانفعالية، ويظهر الاكتئاب والعجز، وينخفض الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد؛ فينمو الشعور بعدم القيمة والكفاءة ، كذلك ويرى سيلجمان وماير، 1976 ، أن العجز المكتسب يؤدي إلى ثلاثة أنواع من: الخلل الثالث هو انفعالي، بحيث يجلب العجز المكتسب استجابة شديدة أو ضعيفة من الاكتئاب (البد ، 2013: 31).

• الآثار الجسدية: تمتد نتائج تزايد الضغوط على الفرد لتحدث بعض الآثار السلبية الضارة على الفرد وسلامته البدنية ، ومن أهم الأمراض الجسدية التي يمكن أن يعاني منها الفرد

بسبب الضغط في العمل ما يلي: الصداع ، قرحة المعدة ، السكري ، أمراض القلب ، ضغط الدم (أبو العلا ، 2009: 20).

• **الآثار الاجتماعية:** تتمثل في التوتر، إنهاء العلاقات الاجتماعية، العزلة، الانسحاب، انعدام القدرة على قبول وتحمل المسؤولية (بدوي، 2013: 117).

سابعاً- التكيف مع الضغوط النفسية:

بناءً على ما لوحظ بالأدبيات والمراجع ، فإن هناك اختلافاً في قدرات الأشخاص على التكيف مع الضغوط النفسية، وهذا يتوقف على السمات الشخصية وعلى الموقف الضاغط، والظروف المحيطة به.

وفي هذا السياق يذكّر محمد، 1995 أن هناك ثلات مجموعات من العوامل المرتبطة بكيفية استخدام أساليب مواجهة الأحداث الضاغطة:

1- **العوامل الشخصية والديمغرافية:** وتتضمن كلاً من العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والاجتماعي والاقتصادي، والثقافي، والنضج المعرفي، والانفعالي، والثقة بالنفس، والعقائد الدينية، وخبرات الفرد السابقة في مواجهة الأحداث الضاغطة (أبو حبيب، 2010: 46).

2- **العوامل المرتبطة بالأحداث الضاغطة:** وتتضمن خصائص الموقف، والأحداث الضاغطة مثل: نمط وسياق الحدث، وطبيعته، وشدة، ومدتها، وامكانية التحكم والسيطرة عليه.

3- **العوامل البيئية والاجتماعية والفيزيقية:** وتتضمن طبيعة العلاقة بين الأفراد، وأسرهم، والأصدقاء، والمساندة الاجتماعية، وتوقعات المجتمع، والجهودات التعاونية المحلية، والتمويل المالي، وطبيعة العمل (أبو حطب، 2003: 43-44).

ثامناً- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية والتخفيف من حدتها:

تعريف إدارة الضغوط النفسية:

يمكن تعريف إدارة الضغوط النفسية بناء على أسباب الضغوط بأنها تحديد وتحليل المشكلات المرتبطة بالضغط وتطبيق عدد من الأدوات العلاجية للتغيير، أما مصدر الضغوط أو تجربة الضغوط ، فيتضمن ذلك ما يلي :

1- تغيرات في بعض مصادر الضغوط ويتعلق ذلك بالتغييرات التنظيمية مع الاعتراف بمحدودية قدرة الفرد على هذا التغيير.

2- تغيرات في الشخص الواقع تحت الضغوط: ويتناول التغيير الخصائص الذاتية للفرد.

3- تغيرات في التفاعل بين الفرد والبيئة بكافة مفرداتها "تجربة الضغوط" (عبيد، 2008: 338).

فنيات ادارة الضغوط النفسية:

أولاً الفنيات الفسيولوجية في إدارة الضغوط النفسية:

1- التأمل:

التأمل ممارسة غير معيارية تهدف إلى تركيز الانتباه على شيء واحد في آن واحد، وهذا الشيء مختلف من شخص لآخر وهو غير مهم وقد يكرر المتأمل بعض الكلمات والجمل بصوت مسموع وغير مسموع، وهذا يعرف باسم التأمل السحري الذي يركز على موضوع ثابت مثل وردة يمكن أن تجذب الانتباه. إن المتأملين وجدوا أثراً دالاً على الاسترخاء العضلي من خلال زيادة معدل التنفس أو خفضه، لكن يمكنك أن تستخدم أي شيء مثل الرزمانة التي هي على مكتبك أو فتحة أنفك حتى اسم شخص تعرفه (الدحادة، 2010: 69).

ويمكنك استخلاص النتائج للتأمل للتخفيف من القلق في اتباع الآتي:

أ- استحضر منظراً جميلاً واحتفظ به.

ب-أغلق عينيك ولا تفك بشيء آخر.

ت-ركز في المنظر بدرجة كبيرة ، تعلم أنك تأخذ فترة خمس دقائق ثم رد الوقت حتى تصل إلى خمس عشر دقيقة يومياً.

ث-هل تعلم أن التأمل يؤدي إلى خفض الجهاز اللاإرادي (الباراسمباثاوي) إلى أدنى حد ممكن مما يتراقص الأيض وتتراجع كهرباء الدماغ من " ألفا إلى بيتا " حتى تصل إلى " جاما" أو دلتا مما يؤدي إلى انخفاض التوتر والقلق مما يجعل الفرد نشطا ذات طاقة عالية (عثمان ، 2001 ، 146-147).

2- التنفس السليم:

التنفس حاجة ضرورية في الحياة وينظر، إليها معظم الناس على أنها أمر مفروغ منه ومضمون، ففي كل شهقة هواء فإنك تحصل على الأكسجين وتترفر ثانوي أكسيد الكربون، كما أن عادات التنفس الخطأ تضعف إليه التتابع المهمة لهذين الغازين لداخل وخارج الجسم، مما يجعل الأمر صعبا عند التعامل مع المواقف الضاغطة (الدحادة، 2010: 45).

خطوات التنفس يمكن إجراؤها بالمنزل كما يأتي بالترتيب (شقيق و عكة، 2011: 437).

- أ- ضع احدى يديك على بطنك.
- ب- ضع اليد الأخرى على صدرك.
- ت- تنفس ببطء و حاول أن يجعل بطنك يرتفع .
- ث- احبس نفسك ثم تنفس ببطء.

3- التمارين الجسمية:

التمارين الرياضية لها دور مهم في اختزال الضغط ، لأنها تعتبر مخرجاً لطاقة جسمية كامنة، وعندما لا يصرح بخروجها فإنها تسبب توتراً، وتفریغها عبر التمارين الرياضية يتبع للعقل أن يتحول إلى بعض الأشياء المفيدة بعيداً عن الإحباطات والضغوط التي أرهقت الجسم وجعلته على أهبة المواجهة ويعتبر هذا الأسلوب أكثر فاعلية في مواجهة الضغوط النفسية حيث إن التمارين الرياضية تؤدي إلى خفض الضغوط بطرق مختلفة ، حيث إن ضربات القلب ومعدل الانفاس عند جميع الأفراد الذين يمارسون التمارين الرياضية بشكل منتظم وأيضاً يشعرك التمارين بالإحساس بالتجاهز، كما يبعذك ابعاداً عن البيئة التي تسبب الضغط النفسي، وتجعل التمارين الرياضية الأفراد ينامون أفضل في الليل.

وتشير الأدلة العلمية والطبية إلى أن الأفراد المنتظمين في أداء التمارين الرياضة بأنواعها أقل عرضة للكثير من الأمراض المتعلقة بالضغط مثل الأزمات والسكتة القلبية، فالنشاط الريادي يظهر تحسناً ملمساً في كفاءة الأوعية الدموية، ومن يحافظ على مستوى سكر الدم، كما يشعر الفرد بالراحة بعد أداء التمارين ، لأنها تحرر العضلات من التوتر (القانوون، 2011: 66).

4- النظام الغذائي:

ويقصد بذلك أنواع وكميات الغذاء التي تدخل على الجسم، فالغذاء المتكامل ضروري لوظائف أعضاء الجسم، وإعطاء الطاقة والحيوية اللازمة لأداء العمل، والنظام الغذائي السليم يتضمن بعض الجوانب التالية:

- أ- كمية الطعام لاهي كبيرة ولاهي صغيرة في أي وجبة.
- ب- نوع الطعام يتضمن تغطية كاملة لكل المكونات الغذائية من بروتين، ونشويات، وفيتامينات، وأملاح، ومعادن، وغيرها من المكونات اللازمة للفرد.
- ت- عادات حسنة عند الأكل، مثل الأكل ببطء ومضغ الطعام جيداً.

ثـ-وعندما يتفاعل نظام الغذاء الجيد مع التمرينات الرياضية تكون لكل منها آثار حسنة على الآخر، والنتيجة في النهاية في صالح الفرد في مقاومته للآثار السيئة للضغط النفسي فمثلاً الغذاء الجيد يمكن من أداء التمرينات الرياضية بكفاءة، كما أن التمرينات الرياضية يمكنها أن تحرق السعرات الحرارية الزائدة في الجسم، وتزيد من قدرة الجسم في التمثيل الغذائي، وتزيد من قدرة الجسم على أداء أنشطته الحيوية البنائية، والغذاء والتمرينات الرياضية معاً يؤثران على رفع كفاءة الفرد في الاسترخاء والتركيز (مسلم، 2007: 29).

ثانياً- الفنون السلوكية في إدارة الضغوط النفسية:

1- التدريب على الاسترخاء الهدف العام من تمرين الاسترخاء هو تقليل مستوى توتر الأفراد ، وخلق حالة من الهدوء والسكينة من الناحية النفسية و الجسدية، فمن الناحية النفسية تمرين الاسترخاء يدرب الأفراد على السيطرة على مشاعرهم وتقليل التوتر ، ومن الناحية الجسدية يقلل ضغط الدم وأمراض القلب. ويمكن ممارسة تمرين الاسترخاء عشرين دقيقة يومياً عن طريق تمرين التنفس، التدليل وإستراتيجيات الاسترخاء الذهني (عمر، 2006: 61).

2- **الدعاية والمرح:** قد يحفظ الضحك حياتك، وروح المرح لديها طاقة كامنة تطلق مستويات عالية من الأندروفين والكورتيزول يجعلنا نشعر بالتحسن والشفاء ، ويمكن أن توفر الضحك فرصة الهروب من الضغوط ومنع حدوث نوبات قلبية والانهيار العصبي والميل للانتحار (شبير، 2009: 81).

3-تعديل أسلوب الحياة: ويمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيقها، أسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد، وأسلوب حياة الفرد ليست ثابتة تماماً فيمكن تعديله تبعاً لمتطلبات البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وعلى هذا فإن ما يقوم به من استجابات ذكية إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته.

4- التدريب على السلوك التوكيدية: يعتبر التدريب على الأسلوب التوكيدية أحد الفنيات الرئيسية لإدارة الضغوط و التوكيدية تعني القدرة على رفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسلبية، وتتضمن القدرة على التعبير عن الأفكار والآراء وعدم الموافقة على أراء الآخرين التي تتعارض مع الآراء الشخصية

للفرد، والقدرة على بدء واستمرار وإنها المحادثات والتفاعلات الاجتماعية، والقدرة على اتخاذ القرارات في مواقف الصراع.

والشخص غير التوكيدية وهو الذي لا يعبر عن آرائه ومشاعره ويترك حقوقه ويسعى إلى إرضاء الآخرين على حساب ذاته ، ولا يستطيع رد الانتقادات والإهانات التي توجه له من الآخرين، والشخص التوكيدية له القدرة على التفاعلات في مواقف الصراع.

5- التدريب على إدارة الوقت: يهدف ذلك إلى زيادة كفاءة الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه واستثماره في كل ما هو مفيد . ويتفاوت الأفراد في قدرتهم على التعامل مع الوقت، وذلك نظراً لاختلاف السمة والعمر والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي، ويقسم الوقت إلى عدة أنواع وقت النوم ووقت الاستخدام الفعال ووقت العمل أو الفراغ، والاستخدام الصحيح للوقت عامل من النجاح في الحياة وتحسين أداء الفرد.

ولقد حدد ميشيل (199، Michelle) عدة مبادئ أو إستراتيجيات فعالة في إدارة الوقت هي:

الوعي بالذات، واستخدام الوقت بشكل مناسب، وتحديد الهدف، وزيادة الكفاءة الشخصية ، وجدولة أوقات النشاط، وجدولة أوقات الاسترخاء، والأفراد الذين يصبحون أكثر فاعلية في استخدام أوقاتهم عندما يعرفون بشكل واضح ما يردون القيام به من مهام وأنشطة وما يحتاجون أن يفعلوه إلى سوء استخدام الوقت وضياعه وزيادة الضغوط (المنكوش، 2011: 24-34).

ثالثاً- الفنون المعرفية في إدارة الضغوط النفسية:

1- إيقاف الأفكار: هي من فنون التدخل المعرفي السلوكي ، وتستخدم في التخلص من المعتقدات السلبية ووقف الأفكار ، والاعتقادات السلبية لدى الفرد ، ولابد من وقف الأفكار الاعقلانية واستبعادها على أن يحل محلها أفكار أكثر عقلانية حتى يستطيع الفرد أن سلك بطريقة ملائمة.

2- إعادة الصياغة: وتعني التركيز على التفكير الإيجابي، و ليس والتفكير السلبي ، والتفكير في ضوء الرغبات والأفضل أن يكون تفكير الفرد مرتبطاً بأهدافه ، والتفكير الإيجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل معه، بينما التفكير السلبي للحدث يسبب العديد من الأعراض الانفعالية المزعجة للفرد ومن ثم يضطرب سلوكه.

3- التخيل أو التصور البصري: يتم تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط ، غالباً ما يكون التخيل مقترباً بالاسترخاء ، فمن خلال التخيل البصري يستطيع الفرد التدريب علىحدث الضاغط الذي يتوقع حدوثه.

4- إدارة الذات: هو أسلوب معرفي سلوكي يستخدم في خفض استجابات القلق الناتجة عن الموقف الضاغط وهي ذات فائدة كبيرة في مساعدة الأفراد على إحداث تغيير في سلوكهم حيث يتم تعليمهم ملاحظة سلوكهم وصياغة الأهداف بوضوح وتقديم ما يتم من تقدم وإثابة للسلوك الموجه نحو الهدف (عبيد، 2008: 349 - 305).

5- أحاديث الذات: هذه الفنية تقوم على فرصة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشكلات والصعوبات التي تواجهه في الحياة ، اذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه إزاء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة، فهذه الأحاديث السلبية يكون لها أثر فوي على الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط حيث إنها تشجع الفرد على الاستسلام وعدم مواجهة المواقف الضاغطة وبالتالي ، فلا بد للفرد من تحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة ، بينما الأحاديث الذاتية الإيجابية تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس ومواجهة الضواغط ، فعلى سبيل المثال يستطيع الفرد أن يقول لنفسه أنا أستطيع مواجهة هذا الموقف الضاغط بنجاح بدلاً من أن يقول لنفسه أنا فاشل ولن أستطيع مواجهة هذه المواقف ، ويطلق بعضهم على هذه الفنية تسمية الحوار الدياليوجي الداخلي مع الذات، وتتوقف فاعلية هذه الفنية على اقتناع الشخص بأن ما يردد من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدت القلق والخوف لديه وهزيمة الذات، ومن ثم يتبعين عليه العمل على إيقاف هذه الأحاديث السلبية عن الذات واستبدالها بأحاديث إيجابية عن الذات (السهلي، 2010: 46).

5- حل المشكلات: يتتألف الأسلوب العلمي لحل المشكلات من مجموعة من العمليات الضمنية أو الصريحة التي تؤدي بالفرد إلى التفكير بالاحتمالات المتعددة التي تصلح كحلول لموقف مشكل محدد، ثم اختيار أكثر هذه الأبدال فاعلية والعمل على وضع الحل الذي يتوصل إليه موضع التنفيذ وتمر عملية حل المشكلات بالمراحل التالية.

أ- الوعي بوجود المشكلة .

ب- تحديد المشكلة وتعريفها وجمع البيانات والمعلومات .

ت- توليد الابدال المحتملة كحلول للمشكلة .

ث- اتخاذ القرار حول البديل أو مجموعات الأبدال المناسبة ، وذلك من خلال موازنة الأبدال المختلفة .

ج- اتخاذ قرار حول كيفية تنفيذ البديل أو الأبدال التي اختيرت .

ح- اتخاذ الإجراءات التنفيذية .

خ- تقييم فاعلية الحل ، وتطبيق العملية من جديد على أي مشكلات متبقية (العارضة، 1998: 18).

6- التركيز: إن قيام الفرد بالتركيز في أداء نشاط ذي معنى وأهميته ولمدة معينة يساعد في تخفيف الضغوط النفسية للعمل ، وتعتمد طريقة التركيز من حيث المبدأ على الفكرة نفسها تقريباً التي تعتمد عليها طرائق التأمل والاسترخاء والتركيز يصرف الفرد عن التفكير في مصادر الضغوط ، ويعودي به إلى قيامه بعمل خلاق وإنجاز يساعد على الشعور بالتقدير والاحترام وتحقيق الذات (بنات، 2009: 24).

رابعا- الفنون الوجدية والروحانية في إدارة الضغوط النفسية:

1- الإيمان بالله: القضية المحورية في الرؤية الإسلامية للتعامل مع ضغوط الحياة

2- الإيمان بقضاء الله وقدره: كفيل بتشكيل أكبر مضادات للضغط النفسي، فإن لم يحول دون حدوثها، فهو يخفف منها أثناء حدوثها.

3- أهمية الجماعة في مساعدة الفرد على مواجهة الضغوط النفسية: فالإسلام يهتم بالأسرة ووجود الفرد في جماعة، ويتمثل ذلك في كثير من الأمور، كفضل صلاة الجماعة على الصلاة الفردية، ودعوة المسلم لمساندة ورحمة وإقالة العثرات لأخيه المسلم، وهذا بعد مهم في التغلب على ضغوط الحياة ، ويجدر بالمرشد النفسي الانتباه له.

4- أهمية سلاح الدعاء في مقاومة وإزالة الضغوط النفسية عند الفرد: فالدعاء في الإسلام مخ العبادة، { وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَحِبْ لَكُمْ } [غافر: 60] ، { وَإِذَا سَأَلَكَ عَبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُحِبُّ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلَيْسَتْ حِبْبِيَّاً لِي وَلَيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ } [البقرة: 186] (عماشة، 2013: 197).

5- التفاؤل: تساعد النظرة التفاؤلية في الحياة على تحديد الأهداف وتحقيق الذات والرضا عن الحياة، ويبعد الرضا عن الحياة في تقبل الفرد لذاته ولآخرين من حوله والتفاؤل

بالمستقبل، أما النظرة التشاورية فهي تعمل على تكوين اتجاهات سلبية نحو الحياة وتدفع الأفراد إلى الهروب من المواقف والمشكلات وعدم مواجهتها بأساليب ملائمة (حسين، 2006: 153-172).

6- الفزع إلى الله: لقد اهتم الإسلام بالجوانب الصحية للفرد من خلال معالجة الجانب الروحي للفرد المسلم بالإضافة إلى الطلب من المسلم الاهتمام في جسمه وعقله ولهذا كان الإيمان بالله والفزع إليه جزءاً مهماً من العلاج الطبي وال النفسي في مواجهة الهموم والضغوط ، فقد تبين لكثير من الأطباء أن أهم عامل في الشفاء من المرض ليس هو العقاقير لكنه الأمل في الله الذي لا يخيب رجاء من ارتياه. وقد أثبتت نتائج التجارب الميدانية التي أجريت على متطوعين من غير مسلمين ومن غير الناطقين بالعربية خلال 42 جلسة علاجية تضمنت كل جلسة خمس تجارب وبذلك كان المجموع الكلي للتجارب 210 ، وفي مرة أخرى ثلثة عليهم قراءات عربية مطابقة لقراءات القرآن من حيث الصوت والللغة والواقع فاتضح وجود أثر مهدي للقرآن في " 97 % " من التجارب التي أجريت ، وذلك في شكل تغيرات فسيولوجية تدل على تخفيف درجة توتر الجهاز العصبي التلقائي الذي بدوره يؤثر على أعضاء الجسم الأخرى ووظائفها ، ولذلك فإنه توجد احتمالات لانهائية لها للتأثيرات الفسيولوجية التي يمكن أن يحدثها القرآن ، فمن المنطق افتراض أن أثر القرآن المهدى للتوتر يمكن أن يؤدي إلى تنشيط وظائف المناعة في الجسم، والتي بدورها ستحسن من قابلية الجسم على مقاومة الأمراض أو الشفاء ؛ منها وهذا ينطبق على الأمراض المعدية والأورام والسرطانية وغيرها ، كما أن نتائج هذه التجارب المقارنة تشير إلى أن كلمات القرآن بذاتها وبغض النظر عن مفهوم معناها ، لها أثر فسيولوجي مهدي للتوتر في الجسم البشري. على أن الفزع إلى الله يكون بتنقى الله عز وجل ، والتعرف إليه في الرخاء ، الدعاء مع الاضطرار والإكثار من الاستغفار والصلوة على النبي والتوكيل على الله وحسن الظن به عز وجل (أبو العلا ، 2009: 24).

تاسعاً- نظريات الضغوط النفسية:

من خلال اطلاع الباحثة على نظريات الضغوط النفسية وما تتضمنه من تفسيرات لظاهرة الضغط النفسي، لوحظ أن هناك اختلافاً في وجهات نظر العلماء في ماهية الضغوط النفسية، وما تتضمنه من تفسيرات باختلاف الأطر النظرية التي تتبناها، وانطلاقت منها هذه النظريات ومن هنا لابد من عرض أهم النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الضغوط النفسية.

أولاً- النظرية الفسيولوجية: نظرية هانز سيلي "Hans Selye"

كان هانز سيلي - بحكم تخصصه كطبيب - متأثراً بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً. وتنطلق نظريته من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة ، وأن هناك استجابة أو أنماطاً معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر "سيلي" أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة.

لقد حدد "سيلي" ثلاًث مراحل للدفاع ضد الضغط النفسي ، ويرى أن هذه المراحل تمثل مراحل التكيف العام وهي:

1- مرحلة الإنذار أو التبيه **Alarm Phase**: وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه كازدياد التنفس، وازدياد السكر والدهون في الدورة الدموية، وتشد العضلات ليتهيأ الجسم لعملية المواجهة، وتعرف هذه التغيرات بالاستثارة العامة (الطهراوي، 2008: 7).

2- مرحلة المقاومة: تعتبر مرحلة قتال للحفاظ على التوازن الحيوي لأنسجة الجسم عندما تتعرض للتحطيم أو التدمير، إلا أنه تعرض الفرد لضغط طويل المدة فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار وتصبح طاقة على التكيف منهك ومجده، وبذلك يدخل الفرد في مرحلة الأعياء أو الإنهاك (عثمان، 2001: 101).

3- مرحلة الإجهاد: وهي مرحلة تعقب المرحلة الثانية ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت ، وأنه إذا كانت الاستجابات الدافعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة، فإنه قد ينبع أمراض التكيف التي تحدث عندما يتعدى مصادر الجهاز الفسيولوجي (العنزي، 2004: 23).

ثانياً- النظرية النفسية: التحليل النفسي: يرى "فرويد" أن ديناميات الشخصية على التفاعلات المتبادلة وعلى الصدام بين هذه المكونات "فالهو" الذي يمثل الجانب البيولوجي للشخصية يحاول دائماً السعي نحو إشباع الدوافع الغريزية ، لكن الأنماط لا يسمح لهذه الرغبات الغريزية بالإشباع مادام هذا الأخير لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع ، ويتم ذلك عندما تكون الأنماط قوية ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، ومن ثم

لا يستطيع "الأنما" القيام بوظائفه، ولا يحقق بذلك التوازن بين مطالب "الهو" وعلى هذا الأساس ينتج الضغط النفسي.

كما يؤكد أصحاب هذا المنحى النظري إن التعبير عن الأعراض المرضية الحالية ما هو إلا امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة، لذلك فالمشقة والضغط النفسي الذي يعيشه الفرد حالياً عبارة عن امتداد للصعوبات والخبرات الماضية التي حاولت التعامل مع هذه الخبرات من خلال استخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة وهي ميكانيزمات غير تافقية وغير ملائمة اصطناعياً للمواقف والخبرات المؤلمة الحالية (مليكة، 2011: 44).

ثالثاً - نظرية السلوكية: ركز السلوكيون على الطرق التي بواسطتها يتعلم الأفراد كيف يتأقلمون مع ردود فعل الضغوط، في مواقف معيشية ، وربما الناس يكون لديهم ردود فعل تجاه مواقف محددة بالخوف والقلق، لأن هذه المواقف تسبب لديهم أو كانت مؤدية للضغط في الماضي، وبعض المخاوف غير المبررة، وتطورات خلال هذه الظروف أو كلاسيكية، وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي كادت أن تزلق سيارته بالقرب حافة جبل ، وربما يتذكر ذلك القلق كل وقت يكون فيه في مكان مرتفع، أو الطالب الذي رسب في امتحانه لأحد الصفوف ربما يشعر بالقلق العام حينما يدخل الغرفة نفسها لأخذ امتحان آخر، وأحياناً فإن المخاوف تكون صعبة لأطفاله أو تكون ردة فعلك الأولى هي أن تتجنبها أو الهروب منها، فان القلق ينبع عن مواقف لن تكون قادرًا أنت على أن تقرر متى سيكون هذا الموقف لم يعد خطيراً، لذا فإن الناس سيستمرون يتذمرون من المخاوف من مواقف محددة، لأنهم عضويًا يتحسّنون هذه المواقف ، وهكذا لن يتحدوا مخاوفهم (التوم، 2011: 21).

ويرى السلوكيون أن النقاولات المتبادلة لدى الإنسان هي، وواقعي مع واسطة الفيزيائي والاجتماعي، وهو ممارسة التنبؤ ، والتوقع لمعرفة السلوك، ورأوا أن تكيف كل سلوك حسب متطلبات الموقف المحدد، وبصورة ذات معنى، وبشكل مغذي وأن جسم الإنسان ليس سلبياً بل فعال يسعى لأن يتكيف ولا يفسر بفعل الوسط، فالوسط والجسم يفسران سوياً مع بعضهما البعض (قدح ، 2001 : 57-58).

رابعاً - النظرية العقلانية الانفعالية: صاحب هذه النظرية البرتليس Albert Ellis وهو أبرز من يمثل العلاج السلوكي الانفعالي، وتقوم نظرية (الليس) على افتراض أن الناس يولدون ولديهم نزعة فطرية على أن يكونوا غير عقلانيين، وأن الناس عرضة للمشاكل السلبية، وأن ما يسبب معاناتهم ليست أحداث الحياة الضاغطة، بل كيفية تعاملهم مع تلك الأحداث،

ومن هنا تنشأ الأمراض النفسية، ويكمّن العلاج من خلال هذه النظرية عن طريق تغيير الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد عن طريق الإقناع العقلي وذلك من خلال: تشجيع الفرد على عدم الهروب من مشكلاته بل عليه مواجهتها بصرامة، وعلى مراعاة التقليل من أخطارها وعدم إعطائها أكثر من حجمها. تشجيع الفرد على الانهماك في العمل حتى ينسى همومه تعليم المسترشد كيف يحترم الآخرين ويثق بنفسه وبقدراته (حمدان، 2010: 20).

خامساً- النظرية المعرفية. لازاروس: انصب اهتمام لازاروس على التقييم ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع كانون على أن الضغط نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة ، وأكد - بصورة خاصة - على التقييم الذهني من جانب الفرد، ومن ثم الحكم على الموقف الموجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط، كما حرص على التأكيد في كتاباته وتقييمه للدراسات ذات العلاقة على أن الضغوط الناتجة من الجوانب النفسية لا يمكن قياسها بصورة مباشرة ، وإنما نستدل عليها من ردود الفعل، أو من معرفتنا للموقف التي يمر به الفرد، ونشأ هذا الاتجاه نتيجة الاهتمام بعملية الإدراك والعلاج الحسي، الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم اساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إن تقدير حجم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكن رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف ، وتحدد نظرية التقدير المعرفي عندما يوجد تناقض الشخصية للفرد (الدعدي، 2009: 25).

وقد صنف لازاروس الاستجابات للضغط أربع مجموعات وهي:

أ- ردود فعل انفعالية مضطربة وتتضمن الخوف، والغضب، والقلق، والشعور بالذنب، والاكتئاب.

ب- ردود فعل سلوكية مثل الارتجاف، زيادة التقلصات العضلية، اللعثمة في الكلام، وتغيرات في تعبيرات الوجه.

ت- التغيرات في الوظائف المعرفية: وقد أوضحت الدراسات أن الضغوط يمكن أن تصنف أو تسهل القدرة على أداء المهارات الأدائية الذهنية، حيث أكدت هذه الدراسات أن هناك تأثيراً للضغط على الإدراك الحسي، والتفكير، وحل المشكلات.

ث- التغيرات الفسيولوجية: وتتضمن تفاعلات اللايرادي والغدة الكظرية التي تفرز مجموعة من الهرمونات نتيجة للضغط (جودة، 2003: 34-35)

سادساً- نظرية النسق الفكري (ال حاجات والضغوط) هنري موراي: ينظر موراي لكل من مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط على أنهما مفهومان أساسيان يمثلان مفهوم الحاجة المحددة الجوهرية لسلوك داخل الشخص، أما مفهوم الضغط فيمثل المحددات المؤثرة أو الجوهرية.

ويرى موراي أن الضغط في أبسط معانيه هو عبارة عن صفة أو خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسّر أو تعرّق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين.

وترتبط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجته (ثابت، 2003: 32).

ويميز موراي بين نوعين من الضغوط هما:

1- ضغوط بيتا beta- stress ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

2- ضغط الفا alpha- stress ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلائلها كما هي، ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بال النوع الأول، ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى وسيط موضوعات معينة لحاجة بعينها، ويطلق على مفهوم تكامل الحاجة أما عندما يحدث تفاعل بين الموقف الحاضر والضغط وال الحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم الفا (الأسطل، 2010: 62).

يرى هول وليندزي بأن موراي قد قدم قائمة للضغط وهي كما يلي:

- ضغط نقص التأييد الأسري: وفيه التناقر الحضاري والتناقر الأسري التأديب المتقلب، انفصال الوالدين، غياب أحد الوالدين، مرض أحد الوالدين، وفاة أحد الوالدين، تباين الوالدين، الفقر، عدم الاستقرار المنزلي.
- ضغط الأخطار والكوارث ومنها: الطبيعة، المرتفعات، المياه، الوحدة والظلم، الجو القاسي، البرق، الحرائق، الحوادث، الحيوانات.
- ضغط النقص والضياع: في التغذية، الممتلكات، الصحبة، التنوع، ضغط الاحتقار، الموضوعات الكابحة، النبذ والاحتقار، الخصوم والأقران، المتنافسين، ولادة أشقاء.
- ضغط العداون ويتضمن: سوء معاملة من جانب الذكر الأكبر، أو الأنثى الكبيرة، سوء المعاملة من جانب الأقران المشاغبين.
- ضغط السيطرة والمنع: التأديب، التدريب الديني.
- ضغط العطف على الآخر، التسامح.

- ضغط العطف من الآخر، طلب الرفق.
- ضغط الانقياد، المدح والتقدير.
- ضغط الانتماء، الصداقات.
- ضغط الجنس: العرض، الإغراء، الجنس المثلثي، الجنس الغيري، الاتصال الجنسي بين الوالدين.
- ضغط المخالفة، او الخداع.
- ضغط الدونية: مدنية، اجتماعياً وفكرياً (دحلان، 2005: 15-16).

سابعاً- **النظرية الإدراكية**. سبيليرجر: تميز هذه النظرية بين الأحداث البيئية الخطرة ، وبين التغيرات الانفعالية والفيسيولوجية والسلوكية التي تنتج رد فعل للموقف الضاغط ؛ وتسمى ردود فعل الضغوط ، ولقد ميز سبيليرجر بين مفهوم الضغط والتهديد ليشير إلى أن مفهوم الضغط يعني به خصائص المثيرات في المواقف التي تتميز بدرجة ما من الخطر الجسمي أو النفسي ، أما التهديد فيشير إلى إدراك الفرد لموقف معين خطير لدرجة ما مهدد لشخصه يعتبر سبيليرجر من أوائل الباحثين في مجال العجز المكتسب على الإنسان (أبو مشايخ، 2007: 30).

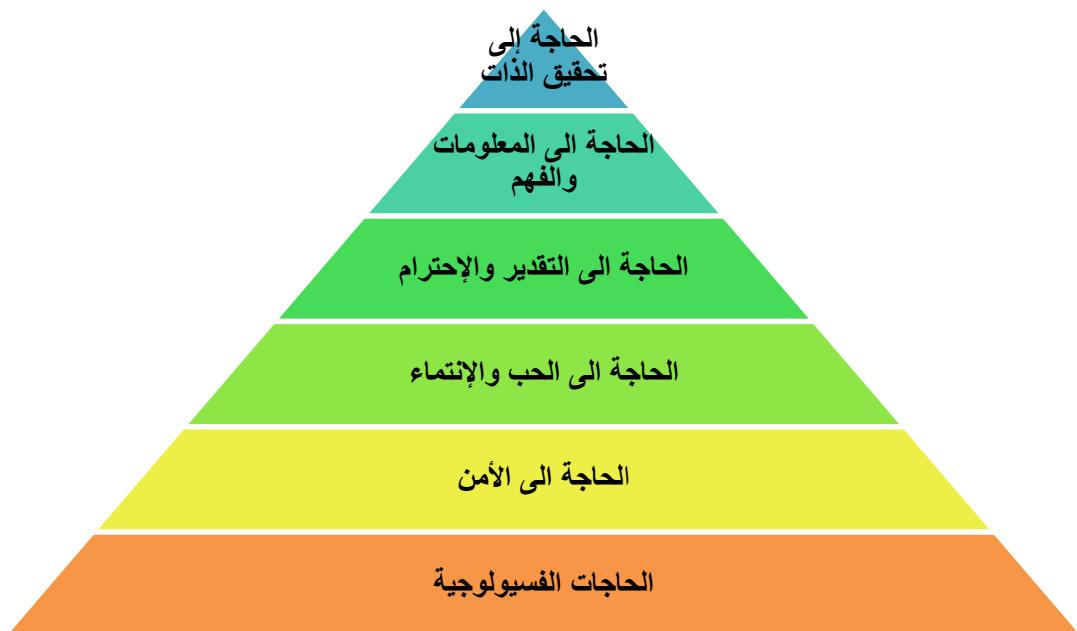
كذلك يهتم سبيليرجر في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويعزز بين حالات القلق الناتجة عنها ، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. فالفرد يقدر الظروف الضاغطة التي أشارت إليها حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيض الضغط (كبت، إنكار، إسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من المواقف الضاغطة (البد، 2013: 24).

ثامناً- **نظريّة فعالية الذات لباندورا**: أشار باندورا Bandura 1977، إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فاعلية الذات (Self-Efficacy) لديه، وأن فاعلية الذات لدى الفرد تنمو من خلال إدراك الفرد لقدراته و إمكانياته الشخصية ، ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات في مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه، ويؤكد باندورا أيضاً أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات، وهما:

أولاً- توقع النتيجة، ويشير ذلك إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة،

ثانياً- توقع الفاعلية ويشير ذلك إلى اعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح، وعلى ضوء ذلك صاغ باندورا نظريته عن فاعلية الذات، وأن توقعات الفاعلية لدى الفرد عندما تكون في تزايد تكون مصادر الفرد كافية لمواجهة الموقف، وبالتالي يصبح الموقف أقل تهديداً للفرد (حمد، 2012: 45).

تاسعاً- نظرية ماسلو: اعتبر ماسلو أن الإنسان قادر على تنفيذ قرارات داخلية واعية وهادفة توجه سلوكه نحو تحقيق الأهداف باعتبارها دوافع أولية مخالفأ نظرية المثير والاستجابة السلوكية في سلوك الإنسان مدفوع برغبته في إزالة التوتر والتخلص من حالة التوازن التي يشعر بها. وقام ماسلو بترتيب الحاجات الإنسانية المعروفة باسم هرم ماسلو فوضحه في الشكل التالي:



شكل (1): هرم ماسلو

ويعتبر ماسلو أن الأفراد الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة هم القادرون على الانتقال صعوداً في السلم الهرمي انطلاقاً من تحقيق الحاجات الفيزيولوجية إلى تحقيق الذات مروراً بتحقيق الحاجات الأمنية والاجتماعية كالاحترام والتقدير ثم الحاجة إلى المعلومات والفهم (الشاعر، 2003: 15).

عاشرأ- نظرية الفيزيولوجية: يعتبر العالم الفيزيولوجي " كانون من أوائل الذين استخدمو عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري ، ففي بحوثه عن الحيوانات أستخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل الفيزيولوجي.

و قد بينت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالية كالألم والخوف والغضب تسبب تغيراً في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي ترجع إلى التغيرات في إفرازات الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهه المواقف الضاغطة.

و قد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانيزم وآلية في جسم الإنسان تساعد على الاحتفاظ بحالة من الاتزان الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه و الرجوع إلى حالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف و المواقف المسببة لهذه التغيرات. و من ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يخل التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه و هذا ما اعتبره كانون ضغطاً يواجه الفرد و يؤدي ربما إلى مشكلات عضوية إذا أخل بدرجات عالية بالتوازن الطبيعي للجسم (سميرة و نوره، 2013: 37).

الحادي عشر - النظرية الايكولوجية: هولمز و راي: يشير هذان العالمان إلى أن مصطلح الضغوط يعني درجة التغير التي يضطر الكائن الحي القيام بها لأحداث التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، حيث إن أي محاولة لتغيير نظام حياتنا حتى إلى ما هو مقبول أو سار قد يؤدي إلى شعورنا بالضغط، وكلما كان هذا التغيير ضرورياً في حياة الفرد كلما شعر الفرد بالضغط، فعلى سبيل المثال لو تعرض الفرد لفقدان شريك الحياة يتربت على ذلك حدوث اختلال في حياة الفرد يؤدي به إلى الشعور بالضغط، وحتى الأحداث الجيدة في حياة الفرد التي تؤدي إلى احداث تغيير في سوء في الحالة المالية أو الاجتماعية بنسبة لفرد كالزواج أو التخرج من الجامعة تؤدي أيضاً إلى احتمال شعور الفرد بالضغط، وذلك لاضطرار الفرد للتواافق مع هذه المواقف الجديدة، ولقد قام هذان العالمان بتصميم مقياس يسمى مقياس التوافق الاجتماعي واختبار لمعرفة الضغوط والتغيرات التي يعيشها الشخص أو التي يتوقع حدوثها والتي تؤثر على صحته النفسية والجسمية (الصايغ و الريدي، 2010: 303-304).

الثاني عشر - نظرية العوامل الاجتماعية: تفسر نظرية العوامل الاجتماعية الضغط من خلال علاقه الفرد مع بيئته الاجتماعية التي قد تشعره بالاغتراب، وهذا يؤدي بدوره إلى شعوره وبالخسارة وعدم الوضوح واللامعنى والعزلة، وهذه الأمور كلها تشكل جوانب من الضغط النفسي عليه.

وتتبع مشكلات الفرد في أغلبها من عوامل بيئية اجتماعية، وهكذا البيئة تؤثر مباشرة في الخبرة الشخصية وينتج عن هذا التفاعل بين الفرد وبيئته عوامل ومتغيرات يمكن أن تكون سبباً في الضغط النفسي.

يرى كوبر أن التنظيم الاجتماعي، والسياسي، والاقتصادي لمجتمع معين قد يكون منتجًا للمرض، وإنه مجتمع مضطرب يحمل درجة عالية من التوتر والاستناب، إلا إنه ينكر مرضيته ويحاول التخلص منها بدلاً من معالجتها، وذلك بتحميلها لعدد من أفرادها الضحايا بدفعهم للمرض حتى ينفع لهم عزلهم عن المجتمع (لافي، 2005: 19).

التعقيب على النظريات:

تلخص الباحثة نظرياتها من خلال العرض السابق للنظريات حيث يتضح أن جميع النظريات تشتراك بأن الضغوط التي تقع على الفرد هي محور اهتمام النظريات، وكذلك متطلبات البيئة والمحيط عامل آخر للضغط، إن التفاعل فيما بينهما يعزى بشكل أو باخر للضغط، ولكن نجد تبايناً كبيراً بين هذه التفسيرات للضغط، فكل نظرية نظرت للضغط من وجهة نظر خاصة ، ولم تشمل جميع جوانب التفسير في نظرياتها، فمثلاً أرجعت نظرية التحليل النفسي الضغوط إلى حوادث الحياة كأسباب للضغط، أما العالم هانز سيلي فنظر للضغط نظرة مغايرة للتحليل النفسي و فرأى بأن الضغوط استجابات يغلب عليه الطابع الفسيولوجي، والضغط متغير مستقل ويكون استجابة لعامل ضاغط ويحدث تغيرات فسيولوجية أي أن "الضغط تظهر لدى الفرد في حالات الفشل الذي يقابلها وخاصة عندما تكون هناك مطالب يعتبرها الشخص ذات أهمية له، ولم يستطع تحقيقها فضلاً عن تأكيده على أن الضغوط النفسية ما هي إلا مواقف محبطه تواجه الفرد، وحدد الضغوط بثلاث مراحل وهي الفزع، المقاومة، الإجهاد.

وهذا يعكس ما نظر إليه سيليرجر، فقد اتخد من قلق الحالة وهو عامل نفسي أساسى للتعرف إلى وجود الضغط، ويشير إلى أن قلق الحالة قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة.

في حين يرى موراي أن الضغط خاصية أو صفة لموضوع بيئي وهو يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة.

في حين يتفق كل من لازاروس و كانون بأن الضغط النفسي نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة. أما السلوكيون فيرون أن الضغوط تتمثل في الاعتماد على التعلم من خلال تعرض الفرد للمواقف الخطرة والمثيرة للضغط، وهذه المثيرات مرتبطة شرطياً مع الحيادية أثناء الأزمة والارتباط ما هو إلا ارتباط عقلي حدث بفعل خبرة سابقة، وأنه في حالة تعرض الفرد لمثيرات تؤدي إلى إحباطه، بينما يرى موراي أن الضغط موضوع بيئي ويمثل المحددات

المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، أما الاجتماعية فترى أن العوامل البيئية والاجتماعية تدفع باتجاه عدم التكيف، وبالتالي تطور ضغوطاً نفسياً تتميز بالقلق والتوتر والإحباط.

قد تتفق الباحثة مع نظرية العوامل الاجتماعية التي ترى أن الضغوط على زوجات مرضى الفصام العقلي تكون نتيجة تفاعل الزوجة مع البيئة المحيطة بها التي تشمل الضغوط الاقتصادية والأسرية والصحية بالإضافة إلى الضغوط الاجتماعية المؤثرة على تلك الزوجة.

المبحث الثالث

الضغوطات النفسية لزوجات مرضى الفصام العقلي

مقدمة:

ارتأت الباحثة أنه من المهم في مثل هذه الدراسات تدعيم نتائج الدراسة السيكومترية بدراسة نوعية يتم من خلالها إجراء مقابلات إكلينيكية للوقوف على معلومات لا يتم جمعها بأدوات جمع البيانات السيكومترية ؛ وإنما عن طريق مقابلات شخصية، لذلك قامت الباحثة بإجراء مقابلات لعدد (4) من طبق عليهم البرنامج من زوجات مرضى الفصام العقلي ضمن مجموعة من الأسئلة المفتوحة والمحددة مسبقاً والتي تخدم موضوع الدراسة؛ كما وأجرت لقاءات مع عدد (3) من ذوي الاختصاص النفسي الإكلينيكي الميداني في مجال التعامل مع حالات الفصام وذوى الخبرة في هذا المجال ؛ ومن ثم قامت الباحثة بتحليل مضمون هذه مقابلات والوقوف على نتائجها وربطها بالنتائج السيكومترية، وقد كانت نتائج التحليل كما يلي:

أولاً- مقابلات مع ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي الميداني ، حيث كانت تدور حول الآراء والتوجهات لهؤلاء الاختصاصيين بما اتفقا عليه بشكل أكبر وبما اختلفوا :

ومن هنا نعرض ما اتفق واختلف عليه الاختصاصيون النفسيون في المجال الإكلينيكي من وجهة نظرهم الخاصة خلال عملهم بشكل مباشر مع الفصاميين وذويهم، لمعرفة إن كانت جميع زوجات مرضى الفصام يتعرضن لضغوطات نفسية، والتعرف إلى أشكال تلك الضغوطات في حال وجودها. وبعد الاطلاع على آرائهم، من الملاحظ بأن هناك اتفاقاً عاماً بالرأي بينهم جميعاً مع بعض الاختلافات البسيطة في أن جميع زوجات الفصاميين يعانيون من ضغوطات نفسية، حتى اللواتي حالة أزواجهن مستقرة، ولكن تتفاوت المعاناة بدرجة ونوعية الفصام، وما إذا كان بمرحلة الاستقرار أو التهيج، وما إذا كان المرض مستحدثاً أو مزمناً، كما أن أصعب الحالات تلك التي يعاني بها الزوجات من أزواجهن المصابين بالبرانويذ الشكي والذي يمكن أن يشك بأنها على علاقة برجل آخر ويعتدي عليها، بينما كان هناك بعض الاختلافات في الآراء التي انفرد فيها كل منهم برأيه، فمنهم من يرى بأن درجة المعاناة من الضغوط النفسية تختلف باختلاف شخصية الزوجة، والدعم النفسي والاقتصادي والاجتماعي التي تلاقيه هذه الزوجة من أسرة المريض والمجتمع المحيط، بينما الاختصاصي

الآخر يرى بأنه يجب أن نحدد أولاً نقطة الإصابة بمرض الفصام قبل ألم بعد الزواج ، مع التركيز على الفصام المزمن والمسار الطبيعي للمرض، أما الاختصاصي الثالث فيرى إن الضغوطات التي تتعرض لها زوجة المريض بالفصام لها أشكال مختلفة، وأن من أشكال هذه الضغوطات:

أولاً- الضغوطات النفسية الناتجة عن مرض الزوج والمعاناة والآلام لعدم فهم طبيعة المرض وما له وتوقعات المرض وامكانية علاجه ومدى خطورته والمخاوف الناتجة بسببه كإمكانية تعرض الأبناء للأذى.

ثانياً- الضغوطات الناتجة عن سلوك المريض وكيفية التعامل معه ومدى طبيعية السلوكيات أو التصرفات التي تصدر عن المريض.

من ناحية أخرى، يبرز التساؤل عن كيفية التعامل مع المريض فيصبح هناك حيرة، خاصة عندما تصدر من المريض شكوك في بعض الأشياء ويعبر عنها بل ويستجيب لها، فتحتار الزوجة في سلوك أحد طريقين، إما أن تطمئنه وتستجيب له ، أو أن لا تلقي بالاً لذاته الشكوك، وفي حالة دخول المريض في نوبات المرض ، وأصبح عنيفاً، هل تواجهه أم تقرر أنه بحاجة للعلاج.

أما بالنسبة لثقافة المرأة وشخصيتها، إن كانت من العوامل المحددة، لمدى إمكانية التعايش مع الزوج المريض بالفصام فقد اختلف ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي في الرأي حول الشخصية والثقافة التي تحظى بها المرأة، حيث يرى أحدهم أن الشخصية تتحدد بقوتها وشخصيتها وقدراتها النفسية والاجتماعية والعلمية والمادية، وبقدرتها على التحمل، على ألا يكون مستوى الضغط فوق المتوسط أو العالى، بينما يخالفه الآخر في الرأى، في أن من الصعب أن تتزوج المرأة من إنسان فصامي، فمعظمهن يتزوجن تقليدياً و إجبارياً، أو اضطرارياً لضعف فرصة الزواج أو العنوسة، لذلك تكون شخصيتها متأثرة بثقافة المجتمع المحيط بها. وإن معظم اللاتي يتزوجن من فصاميين تكون شخصياتهن ضعيفة ومظلومة في المجتمع، بينما يرى الاختصاصي الآخر أن الشخصية تتحدد ب الإمكانيات والقدرات الشخصية من ناحية والقدرة على اتخاذ القرارات والتفكير وحل المشكلات من ناحية أخرى، فهذا يساعدها على التعامل مع الزوج المريض وإفهام الأولاد كيفية التعامل معه إلى جانب تلبية حاجات البيت وادارة شؤونه.

أما بالنسبة لثقافة الزوجة فقد اتفق اثنان منهم في الرأي في أن ثقافة الزوجة خاصة المتعلمة من الممكن أن يساعدها في التأقلم والتعايش مع الزوج المريض، ومن الممكن أن يساعد ذلك أيضاً على تحسين قدرتها في التعامل مع زوجها، وتقديم التوجيه والإرشاد لأولادها في كيفية التعامل مع أبيهم المريض على عكس غير المتعلمة.

بينما يخالفهم الاختصاصي الثالث بالرأي بأن معظم المتعلمات المثقفات اللاتي تزوجن من فضاميين واكتشفن بمرض أزواجهن بالفصام فغالباً ما ينتهي الأمر بالطلاق، لصعوبة التعايش معه وصعوبة تقبل العيش مع مريض عقلي. فهو لم ير خلال مسيرته المهنية، زوجة مريض فضامي مثقفة و المتعلمة، فمعظم المرضى الذين يتزوجون على العيادات زوجاتهم ذوات مستوى تعليمي متدين ، أما إن كان الزواج محصوراً ما بين العائلات الغنية، ف تكون الفتاة مجبرة على الزواج منه، وفي المقابل تلقى الدعم الاقتصادي المرتفع من عائلة الزوج. ومن الممكن أن كل هذه العوامل تساعد الزوجة على التحمل وترتيب أمورها والاهتمام بزوجها المريض.

اما بالنسبة لأثر الضغوطات النفسية الناتجة عن مرض الزوج المريض بالفصام على الحالة النفسية للزوجة، فقد اتفق جميعهم في الرأي على أن زوجة المريض الفضامي تصاب بالحزن والقلق واليأس والقنوط، وببعضهن تصل إلى حالة من الاكتئاب، وبالتالي يصبحن عنيفات على أولادهن وأزواجهن. وأحياناً يتولد العنف من كلا الجانبين، إما عنفاً خارجياً على الأبناء والزوج، أو عنفاً داخلياً على الذات، ومن الممكن أن يحاول بعضهن الانتحار. كما أنهن أجمعوا على أن الزوجة يمكن أن تصبح مثله وتتوحد مع شخصيته وتشاركه بعض الهذاءات. وهذا نوع من التكيف السلبي ، ويرجع ذلك إلى الثقافة والشخصية.

أما بالنسبة لإمكانية تعافي مريض الفصام، بمعنى أن يصبح قادراً على إعاقة نفسه وأسرته مع ذكر الاختصاصيين لنماذج حية من خلال الحالات وذويهم التي يقابلونها بشكل مباشر خلال عملهم. فقد اتفق اثنان في الرأي على إمكانية تعافي مريض الفصام و نسبة المتعافين فوق 30% مع اختلاف البسيط في النسبة لدى الاختصاصي الثالث الذي رأى نسبة التعافي قد تصل إلى 25% إذا لاقى المريض انتباها واهتمامًا من قبل العائلة، وإذا انتظم المريض بالعلاج. حتى أن هناك احتمالية للشفاء من الأعراض السالبة في فترة بداية المرض. وهناك جزء آخر يمكن أن يشفى إذا كان تحت السيطرة وتلقى العلاج بانتظام، و كانت الأسرة داعمة له وترعااه. وبالتالي من الممكن أن يعيش حياة شبه طبيعية، وأن يصبح قادراً على إعاقة نفسه وأسرته .

أما بالنسبة للنماذج الحية التي قابلوها بشكل مباشر خلال عملهم فأحدهم يقول: واجهتني بعض الحالات التي عانت من المرض، لمدة ستة أشهر، بينما الآن هم أساتذة بالجامعة، ولم يعودوا للمرض مرة أخرى. فعدد منهم دخل المستشفى وتلقى العلاج، وشفّيت حالاتهم، وحتى الآن لم يتعرضوا لانتكasa بالمرض. وهذا يفسر أن العوامل الجينية غير متأصلة، فالمرض يصيب المريض لفترة ثم يزول.

بينما اختصاصي آخر يرى من خلال تجاربه العملية مع المرضى، أن بعض الحالات من المرضى تعيش حياة شبه طبيعية. حيث يقول: على سبيل المثال، في متابعتي لشاب يعمل مهندساً، كان من أوائل قطاع غزة في الثانوية العامة، أصيب بالفصام في السنة الأخيرة من كلية الهندسة، ولاحقاً تزوج وأنجب أولاًاداً، ويعيش حياة شبه طبيعية، ومستنصر بأنه مريض ويتناول الأدوية بانتظام بل ويعيل نفسه وأسرته. بينما يرى الاختصاصي الثالث أن من الممكن أن يقرّ المريض بمرضه، وأنه يسمع أصواتاً ولكنه تدارك نفسه وتلقى العلاج المناسب، وبعد تناوله العلاج، يصبح لدى المريض نوع من الاستبصار، ويصبح على دراية بالمرض وكيفية التمييز بين الهالوس والإدراكات الواقعية، ومعرفة الحالات التي يغير فيها من الجرعة، وكيفية المتابعة، ولكن كل هذه الأمور، يتوصل لها المريض بعد مرحلة علاجية ممتدّة.

أما بالنسبة لوجهة نظرهم بالتوصيات التي يمكن أن تقدم المساعدة لتلك الفئة من زوجات مرضى الفصام فقد اتفق اثنان من الاختصاصيين في الرأي على أنه يجب إعداد برنامج تنقيف نفسي للمريض وأهله، لأن الكثير من المعلومات الشائعة حول مرض الفصام غير صحيحة ومنها موروثة. لذلك فهن بحاجة للتنقيف عن طبيعة المرض من ناحية الجينات والوراثة، عن إمكانية توريث المرض للأبناء، نسبة نجاح العلاج، الأعراض الجانبية للأدوية، كيفية التعامل معها، التأهيل، كيفية التعامل والاتصال مع المريض نفسه كزوج، كيفية شرح المرض للأطفال وأي مرحلة بالتحديد هي التوقيت الأنسب لكي يحموا أنفسهم من مسبباته، كالعنف أو وجود شكوك معينة... إلخ.

كما اتفق أيضا اثنان من الاختصاصيين في الرأي على ضرورة إيجاد فرص عمل لبعض المرضى الذين يتم تأهليهم، عن طريق العلاج بالعمل، بحيث يتم مساعدة المتأهلين بالعودة للعمل وممارسة الحياة بشكل طبيعي، لأن مرض الفصام يصيب دائرة واحدة من دوائر العقل وليس العقل بأكمله، بينما انفرد كلّ منهم برأي خاص، حيث يقول أحدهم: أنا مع فكرة تأسيس مؤسسة أصدقاء المرضى العقليين، والتي ينبغي أن تهدف إلى الترويج والتوفيق عن

هؤلاء المرضى، وذلك عن طريق تأسيس نوادي تجمعهم مع بعضهم البعض لسماع معاناة المرضى وذويهم والعمل على ذلك الأساس.

بينما يرى الآخر بوجوب تنقيف المجتمع بالنسبة لمفهوم وصمة المرض النفسي، وتصحیحه والتوضیح بأن هذا المرض مثل باقي الأمراض الجسدية، وأن له علاجاً ونسبة الشفاء كبيرة. مما سیتيح للمريض أن يتخلص نهائیاً من المرض ويعود ليمارس حياته وعمله بشكل طبيعي. فمن حقه أن يعيش وأن يحترمه المجتمع.

أما الثالث فيؤمن بضرورة توفير برنامج العلاج الشامل عن طريق تفعيل الفريق العلاجي الشامل، في التعامل مع مريض الفصام، وتقديم الدعم والمساندة لزوجات مرضى الفصام. لأننا بحاجة لمراجعة مواصفات ومعايير الجودة للفريق العلاجي ومكوناته في قطاع غزة، بالإضافة لضرورة مشاركة مؤسسات القطاع الخاص والقطاع العام والعيادات الخاصة والعيادات الحكومية، من أجل مساعدة مرضى الفصام وزوجاتهم من الناحية الطبية، وتقديم العلاج بالإرشاد والدعم النفسي.

ثانياً- مقابلات مع زوجات مرضى الفصام العقلي حيث كانت تدور حول الآراء والتوجهات لهؤلاء الزوجات بما اتفقا عليه بشكل أكبر وبما اختلفوا:

في مجموعة مكونة من أربع زوجات، نرى أن اثنين منها أصيب أزواجاًهما بالمرض قبل الارتباط بالزوج المريض، أما الاثنتان الآخريان فأصيب أزواجاًهما بالمرض بعد الارتباط بهما.

أما بالنسبة للزوجات اللواتي أصيب أزواجاًهما بالمرض قبل الزواج، فقد اتفقنا برأيهما على أنهما كانتا على علم بأن أزواجاًهما مرضى نفسيون ، ولكن ليس لديهما درية بطبيعة المرض وصعوبته وعجزهن في التعامل مع مثل حالته وأنهما تقاجأنا بعد الزواج بسلوكيات وتصرفات غريبة وغير محتملة، ويعتبران أنفسهما قد خدعا من قبل أهل الزوج في عدم مصارحتهما بطبيعة المرض واحتلتفتا برأيهما في سبب قبولهما بالارتباط بأزواجاًهما المرضى حيث إن إدعاهم أجبرت من قبل الجد الذي بدوره أجبر أبهاً كونه ابن عمها والذي أقنعها بالزواج منه واصفاً حالته بالبساطة وبأنه مهوس بالزواج، وأن الزواج سيجعل حالته مستقرة ، أما الزوجة الأخرى فقد كانت مطلقة قبل الارتباط بالزوج المريض وكانت أسيرة لعادات وتقالييد المجتمع ورجعية الأهل التي تنبذ المرأة المطلقة، فاضطررت بالموافقة على الزواج منه، اعتقاداً منها بأنه يعاني من حالة نفسية بسيطة حسب قول أهل الزوج، مبررين حالته بأنه يعاني من عدم ثقته

بنفسه، وأنه بحاجة لمن يساعدته لإرجاع ثقته بنفسه وأن الأمر سيزول بعد فتره بسيطة، أما بالنسبة للزوجات اللاتي أصيب أزواجهن بالمرض بعد الزواج فقد اختلفتا في مدة إصابة أزواجهما بالمرض بعد الزواج فإذا هما أصيب زوجها بالمرض بعد ست وعشرين سنة من الزواج والآخر أصيب زوجها بالمرض بعد أربع سنوات من الزواج الا انهم اتفقنا في رأيهما بان ظهور مرض أزواجهما ارتبط بأحداث صادمة تعرض لها الزوج.

أما بالنسبة للآثار التي تركها مرض الزوج بالفصام على حياتهن الزوجية والأسرية فجميعهن اتفقن على وجود أثار لمعاناتهن ولكنهن اختلفن في طبيعة المعاناة، أما بالنسبة للزوجات اللاتي أصيب أزواجهن بالمرض قبل الزواج فإذا هما تصف معاناتها بأنها تقاسي ولا تشعر بأنها اخذت حقها في هذه الدنيا وكانت تتمنى بأن يكون زوجها طبيعياً كباقي الأزواج حيث تتمكن من الحديث والخروج معه، فكلامه غير مفهوم وغير مترابط ، لذلك تجد صعوبة في التفاهم معه بالإضافة إلى افتقادها للحب والحنان، أما الزوجة الأخرى فتصف معاناتها في بداية زواجها بأنه كان يفاجئها بالضرب بأدوات حادة كدرج السرير أو الكومودينة او التعرض لها بالسكين أثناء نومها، وبرغم علم الأهل لمعاناتها إلا أنهم رفضوا مطلباتها بالانفصال عن زوجها لرفضهم فكرة الطلاق غير الموجودة في عادات وتقالييد ثقافتهم.

أما بالنسبة للزوجات اللاتي أصيب أزواجهن بالمرض بعد الزواج فقد اتفقن في رأيهن في افتقادهن لحياة الاستقرار المليئة بالحب والحنان والاحترام بعد إصابة أزواجهن بالمرض. فقد طرأ الاختلاف على سلوكياتهم وتصرفاتهم الناتجة عن المرض، فقد وصفت إداهن بأن زوجها أصبح مكتئباً حزيناً منعزلاً، يثير الكثير من المشكلات و دائم العصبية الأمر الذي أدى لانقطاع العلاقات العاطفية الحميمة معه، أما الأخرى فوصفت زوجها بالعصبية الشديدة والتكسير والضرب ، فأصبحت لا تطيقه وغير متحملة لسلوكه وتخاف الاقتراب منه، ونتيجة للبعد بينهم أصبح لديهم فقدان الرغبة والاهتمام للعلاقات الحميمة ، كما اتفقن جميعهن برأيهن على أن لدى أزواجهن ضلالات الشك بأنهن على علاقة غير شرعية ب الرجل آخر الا واحدة لم تذكر بان لدى زوجها هذا النوع من ضلالات الشك.

أما على الصعيد الأسري فقد اختلفت الزوجات اللاتي أصاب أزواجهن المرض قبل الزواج في آرائهم، فإذا هما تصف الزوج بالسلبية واللامبالاة وعدم تحمله أي مسؤولية خاصة بالأولاد أو البيت، فالأولاد لا يشعرون بأبويته ولا يتقون بقدرته على تقديم أي شيء لهم، لأن تصرفاته غير عقلانية، أما الزوجة الأخرى فتقول بأن زوجها عندما تكون حالته مستقرة مع

الأدوية يلاعب أطفاله بحب وحنان، إلا أنه عندما تنتكس حالته ويعاني من النوبة المرضية يصبح شديد الغصب وبضررهم ضرباً مبرحاً.

أما بالنسبة للزوجات اللاتي أصاب أزواجهن المرض بعد الزواج، فقد اتفقن برأيهن بتغيير الحياة الأسرية بعد مرض الزوج، فلم يعد ذلك الأب الحنون الذي يهتم بهم وبمتطلباتهم، وأصبحت الأسرة يسودها الحزن والكآبة بعدها كان يسودها الحب والأمن والأمان.

أما عن أشكال الضغوط التي تتعرض لها زوجات مرضى الفصام فكانت كالتالي:

أولاً- الضغوط النفسية: فأغلب الزوجات اتفقن بأنهن يعاني من الحزن والكآبة والبكاء والندب على الحظ السيء، الوحدة الشديدة والحرمان العاطفي والعصبية الشديدة والاندفاعية والهجومية تجاه الزوج والأولاد والآخرين، اضطرابات النوم، الشعور بأن الزوجات الآخريات أفضل منها حظاً، الشعور بالعجز وضعف الشخصية، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بعدم الأمان وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

ثانياً- الضغوط الأسرية: جميعهن اتفقن برأيهن على أنهن متحملات لمسؤولية الأسرة بكافة أعبائها داخل البيت وخارجها، حتى مسؤولية الزوج وعلاجه كأنه واحد من الأولاد ، وليس رب الأسرة والمسؤول عنها، كما أنهن اتفقن على تدخل أهل الزوج بالأمور الخاصة بهن وبفرضهم قيوداً على الخروج والنزول من البيت وباختلاف إدراهن في الرأي في محاولة استغلال آخر الزوج لمرض أخيه في محاولاته المستمرة لإقامة علاقة غير شرعية ومضايقته المستمرة لها.

ثالثاً- الضغوط الاجتماعية: بالنسبة للزوجات اللاتي أصيبن أزواجهن بالمرض بعد الزواج فقد اتفقن بالرأي على شعورهن بتغيير نظرة الناس وتعاملهم معهن بعد إصابة الأزواج بالمرض مما سبق واختلفن في إحساسهن في طريقة التغير حيث تصف إدراهن معاناتها بقولها: بعد مرض زوجي أصبحت الناس تهمل دعوتي في المناسبات الاجتماعية وعدم الاهتمام بنا أو زيارتنا في المواقف الاجتماعية المختلفة، وكذلك أثر مرض زوجي على أولادي فعندما كانوا صغراً كان زملاؤهم يستهذئون بهم ويرفضون اللعب معهم وينعتونهم "بأولاد المجنون "، فكان هذا الأمر يبكيهم ويحزنهم، ولكن الآن والحمد لله بعدماكبر أولادي وتعلموا وأصبحوا موظفين، أصبح الناس يحترمونهم ولكن الأمر لا يخلو من بعض المضايقات والمواقف الصعبة.

أما الأخرى فتصف معاناتها بقولها: بعد إصابة زوجي بالمرض أصبحت أشك بأن الناس يشieren إليّ ويتكلمون بأن زوجي مريض عقلي، أشعر بالخوف من نظرة الناس لنا، وبالخوف على مستقبل أولادي.

أما الزوجات اللاتي أصيب أزواجهن بالمرض قبل الزواج فقد اختلفن بالرأي حيث تصف إحداهن معاناتها بقولها: أتخوف من تأثير مرض زوجي على أولادي، فكثيراً ما يواجهون الانتقادات وخاصة أن مدرسة أبنائي بجوار البيت، وعند خروجهم من المدرسة يأخذ زملاؤهم بالاستهزاء بهم والضحك عليهم، وانتقاد تصرفات أبيهم (لماذا والدكم يتحدث إلى نفسه و ملابسة مهلهلة، لماذا يسير حافي القدمين). وهذا ما أثر على أحد أبنائي وجعله يبكي وامتنع عن الذهاب للمدرسة، مما اضطرني لنقله إلى مدرسة أخرى.

أما الزوجة الأخرى فخالفتها الرأي بقولها: أقطن بمنطقة جميعها من نفس العائلة وأهل زوجي أقوياء، فاحتراماً لأهله وخوفاً منهم لسيطرتهم في المنطقة. فلا أحد يتجرأ بأن يسخر من ابنهم، وبالرغم من ذلك، إلا أنني أشعر بنظرة الشفقة من حولي، كوني زوجة مريض عقلي وهذا ما كان يزعجني.

رابعاً- الضغوط الاقتصادية: اتفقت جميع الزوجات برأيهن على أنهن ليس لديهن دخل سوى الشؤون الاجتماعية التي لا تسد حاجة البيت ومستلزماته وبعضهن يتلقين بعض المساعدات من أهل الخير أو من أهلهن وجميعهن اتفقن على عدم مساعدة أهل الزوج لهن.

أما بالنسبة لتأثير هذه الضغوط على الحالة الصحية لزوجة المريض الفصامي فأغلبهن اتفقن في شكاوين على وجود آلام بالمعدة وصداع مستمر، والشعور بالتعب في كل أجزاء الجسم، إلا أنهن اختلفن في شكاوين الخاصة تبعاً لحالة كل زوجة، حيث تشكو إحداهن بآلام شديدة في الصدر ومن شدة هذه الآلام تشك بأن لديها مرضًا خطيراً بالإضافة إلى ألم شديد بالقدمين والظهر، بينما أخرى تشكو في ارتفاع ضغط الدم والسكر وسوء التغذية وهشاشة العظام ، وأخرى تشكو في ضغط الدم المنخفض، وقلق النوم، والآلام في الرقبة كلما واجهتها مشكلة، وأخرى تشكو من رعشة في اليدين القدمين.

أما بالنسبة لسبب استمرار الزوجة في علاقتها الزوجية ب رغم كل المشكلات والضغوطات التي تواجهها فجميعهن اتفقن بالرأي على عدم المقدرة على ترك الزوج لوجود الأبناء، لكن هناك اختلاف بالرأي لدى الزوجات التي أصيب أزواجهن بالمرض بعد الزواج بسبب السنين الطويلة التي عاشوها بكنف أزواجهن بحب وحنان واستقرار قبل المرض ولحماية الأسرة من التفكك.

أما بالنسبة لاستمرار الزوجات التي أصيب أزواجهن بالمرض قبل الزواج في علاقتهن الزوجية رغم كل المشكلات والضغوطات فقد اختلفن في رأيهن فإذاً ترى بأنها لو تسنح لها

الفرصة على تركه، لتركته في حالة عدم وجود أبناء وأهل غير ظالمين وبهذه العقلية المتحجرة والمتردمة للمرأة المطلقة حسب عاداتهم وتقاليدهم، ولكن الواقع مرير، وهذا مستحبيل أن يحدث بوجود الأبناء والأهل غير المتقهمين.

بينما الأخرى كانت في بداية الزواج راغبة بترك زوجها إلا أن الأهل رفضوا مطلبها بالطلاق لأن ثقافه الأهل والمجتمع ترفض فكرة السيدة المطلقة، إلا أنه بعد إنجاب الأطفال واستقرار حالته الصحية فإنه لا يهون عليها تركه لوجود الأطفال والعشرة.

أما بالنسبة للإمكانيات والمهارات التي اكتسبتها الزوجات خلال مشاركتها بالبرنامج ومدى مساعدة البرنامج لها في التعايش مع الوضع الصحي النفسي، فجميعهن اتفقن برأيهن أن البرنامج قوى من ثقنهن بأنفسهن، وتعلمن كيف يمكن حل المشكلات بأساليب منطقية وعقلانية وتطبيقها على أرض الواقع، والتوجه بشكل إيجابي نحو المشكلة بعدها كن يتعاملن باندفاعية وعصبية ومجارة المشكلات حتى تكبر، وهذه الأساليب لا تأتي بنتيجة إيجابية بل تسهم في تضخيم المشكلة مع الزوج والآخرين، أما بالنسبة للبرنامج في مساعدته في تحسين الوضع النفسي والصحي للزوج فالآراء كانت متشابهة نوعاً ما في منح الزوج الثقة بنفسه واحترامه وإشعاره بالمسؤولية ، وهذا التصرف أتى بنتيجة وساعد في تناول الدواء دون معاناة ، الأمر الذي حسن من وضعة النفسي والصحي.

أما بالنسبة لمطالبهن كزوجات مرضى فصام ؛ فجميعهن اتفقن في مطالبهن في بعض الأمور كالتالي:

- 1- توفير العلاج مجاناً لأزواجهن في العيادات الحكومية وخاصة حقنة الموديكيت وهو مطلب مهم ، لأنه يريح أزواجهن ويريحهن.
- 2- الاهتمام بالمريض النفسي من خلال تأهيله وتوفير فرص عمل بما يتناسب مع قدراته.
- 3- الاهتمام بأولاد المريض خاصة أنهم يفتقدون الأب والثقة بالنفس ، وهم بحاجة إلى مساعدة ودعم نفسي ، حتى يكون لديهم جرأة في مواجهة المجتمع.
- 4- الاهتمام بزوجات المرضى، حتى يشعرن بأنهن جزء من المجتمع، لأنهن فئة مهمشة معروفة في المجتمع

بينما أختلف بعضهن في مطالبهن حيث إن إداهن تطالب بوجود مؤسسة لمرضى الفصام وأهاليهم تكون شاملة لجميع النواحي، تقدم برامج وخدمات ترفيهية ونفسية وصحية واقتصادية. كما ومساعدة زوجة المريض، بمشاريع اقتصادية يتناسب مع قدراتها لتحسين من

مستواها الاقتصادي. بينما أخرى ترى بضرورة وجود متابعة دورية عن طريق الزيارات المنزلية ليتم تقييم حالة المريض بشكل مستمر، والتعامل مع المريض ب الإنسانية و تنقيف المجتمع في خطوة تهدف إلى تغيير النظرة الخاطئة للمرضى المتمثلة بكلمة "مجنون" واحترام زوجة المريض وأولاده وعدم إهمالهم. ومناشدة أهل وأقارب المريض أن يقفوا إلى جانب المريض وإلى جانب أولاده وزوجته بشكل انساني وليس العمل على ابتزاز واستغلال وضع المريض باستغلال زوجته وأولاده بطريقة لا أخلاقية.

ثالثاً: التفسير والتعليق و الرابط للباحثة حول البرنامج:

يتضح لنا من خلال آراء مجموعتي ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي وزوجات مرضى الفصام العقلي في المقابلات الفردية بأن المعاناة المعاشرة من قبل تلك الزوجات تعكس بالضرورة خلفية الثقافة المجتمعية ؛ ونظرة المجتمع للمريض النفسي وعائلته والمعنکسة من تلك الثقافة. وجدير بالذكر، أن السمة الغالبة على المجتمع في منطقة الشجاعية - التي تقطن بها زوجة مريض الفصام العقلي، الأسر الممتدة والمتدخلة والتي تعيش كأسرة واحدة، حيث تخضع الأسرة بأكملها تحت سيطرة شخص واحد وغالباً ما يكون الجد، الذي له كلمته المسموعة في العائلة، والحماية لها السيطرة على زوجة الابن ، كما أن هناك بعض التدخلات غير المباشرة أو المباشرة من قبل أخي وأخوات الزوج، ف تكون الزوجة عرضة لقيود، حيث لا مكان للمراعاة أو الألفة حيث تطال الانتقادات والتدخلات في جميع خصوصياتها، فإن ثقافة المجتمع وخاصة تلك المنطقة تحكمها العادات والتقاليد، وثقافة المكان التي تشجع على تقييد حرية زوجة المريض والتدخل بشؤونها الخاصة من حيث الاهتمام بالنفس والملابس والمأكل والخروج من البيت.

ومن هنا تلاحظ الباحثة من خلال آراء مجموعتي ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي بأن أغلب آرائهم اتفقت مع الواقع المعاشر لدى الزوجات على أن جميع زوجات الفصاميين يعاني من ضغوطات نفسية مختلفة، حتى اللواتي حالة أزواجهن مستقرة، ولكن تتفاوت المعاناة بدرجة ونوعية الفصام، حيث أرجع ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي المعاناة من الضغوط النفسية لدى الزوجات إلى تفسير نفسي إكلينيكي متمثل بالأعراض بمعنى أن الزوجة تعاني من ضغوطات نفسية ناتجة عن أعراض مرض الزوج بالفصام ، بينما زوجات مرضى الفصام أرجعوا معاناتهم من الضغوطات النفسية بتنقيمهها إلى أنواع وأشكال مختلفة من واقع حياتهم المعاشرة رغم إنها ناتجة عن مرض الزوج ، إلا أن هناك اتفاقاً في الرأي ما بين ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي والزوجات في أن

أصعب الحالات التي تعاني منها الزوجات من أزواجهن هو البرانويد الشكي، كما وافق رأي أحد الاختصاصين من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي مع واقع الزوجات المعاشر خاصة الزوجات التي تزوجن وهن على علم بمرض أزواجهن قبل الزواج على أن من الصعب أن تتزوج المرأة من إنسان فصامي، فمعظمهن يتزوجن تلقدياً و إجبارياً، أو اضطرارياً لضعف فرصة الزواج أو العنوسة، لذلك تكون شخصياتها متأثرة بثقافة المجتمع المحيط بها. وإن معظم اللاتي يتزوجن من فصاميين تكون شخصياتهن ضعيفة ومظلومة في المجتمع، وهذا يتافق مع واقع ومعاناة تلك الزوجات حيث تصف إحداهن معاناتها بأنها أجبرت من قبل الجد الذي بدوره أجبر الأب على قبول زواج ابنته من ابن عمها المريض ، أما الأخرى فكانت أسييرة لعادات وتقاليد أهلها قبل الزواج الأول في حرمانها بحقها في التعليم لثقافتهم التي تمنع خروج الفتاة من البيت حتى وصلت الواحد والعشرين من العمر، حينها أجبرت على الزواج من ابن العum المتزوج لأنها من وجهة نظر الأهل وثقافة المنطقة التي تقطن بها قد وصلت إلى سن العنوسة التي ما لبثت أن طلقت منه بعد فترة لشدة ظلمه واضطرارها الزواج مرة أخرى من زوج مريض رغمًّا عنها لأن ثقافة أسرتها ومجتمعها ترفض فكرة المرأة المطلقة، كما اتفق رأي هذا الاختصاصي مع واقع عينة الزوجات بأن أغلب زوجات مرضى الفصام ذوات مستوى تعليمي متدين، لأن المرأة المتعلمة التي حظيت بمستوى عالٍ أو كافٍ من التعليم ترفض أن تتزوج من مريض فصامي، وهذا يتافق مع عينة الدراسة الفعلية والاستطلاعية حيث وجدت الباحثة صعوبة في إيجاد عينة ذات مستوى تعليمي كافٍ يتاسب مع تطبيق العلاج بأسلوب حل المشكلات، حيث أن أغلبهن ذوات مستوى تعليمي متدين .

وترى الباحثة من وجهة نظرها بأن جميع زوجات مرضى الفصام يعانيين من ضغوط نفسية سواء اللاتي تزوجن من مريض منذ البداية أو اللاتي أصاب أزواجهن المرض بعد فترة من الزواج، فكلاهما يصطدم بواقع مريض بطبيعة المرض وتداعياته، فالزوجات اللاتي أصابن أزواجهن المرض بعد فترة من الزواج يفتقدن لحياة الأمن والأمان التي عشنها في كف أزواجهن قبل إصابة الزوج بالمرض. فمرض أزواجهن فجأة أفقدهن الاستقرار النفسي والأسري، أما اللاتي تزوجن منذ البداية من زوج مريض فيندبن حظهن، إذ وصفت إحداهن معاناتها بقولها: أنا أعيش أسييرة للحزن وكأن الحزن خلق لي وحدي بهذه الدنيا.

أما بالنسبة لأدوات الدراسة: فتؤكد الباحثة على أن عبارات مقياس الضغوط النفسية كانت تحاكي واقع ومعاناة الزوجات، حيث قامت الباحثة قبل إعدادها للمقياس بجمع معلومات عن الضغوطات النفسية والمعاناة التي تعيشها زوجات مرضى الفصام، وذلك من خلال عملها

بشكل مباشر مع هذه الفئة، ومن خلالأخذ آراء الزملاء في المجال النفسي الإكلينيكي، وكذلك من خلال رجوعها للدراسات والأبحاث السابقة المتعلقة بالموضوع.

أما بالنسبة لمقياس أنماط حل المشكلات: رغم أنه مقتن و لم يطبق قبل ذلك على البيئة الفلسطينية إلا أنه حق الهدف المرجو منه، وذلك لأن جميع محاوره جاءت منسجمة مع واقع الزوجات بطرقهم وكيفية حل مشكلاتهم. حيث إن مقياس أنماط حل المشكلات يقيس التوجهات نحو المشكلة سواء أكانت سلبية أم إيجابية حيث كانت التوجهات لدى الزوجات قبل تطبيق البرنامج سلبية، أما بعد التطبيق فقد أصبحت إيجابية، كما أن المقياس يقيس أنماط حل المشكلات من حيث النمط العقلاني والاندفاعي والتجمني حيث وجد قبل تطبيق البرنامج بأن لديهن اندفاعية وتجنبًا في طريقة حلهم للمشكلات، أما بعد تطبيق البرنامج فقد تغيرت طريقة نمط حلهم للمشكلة بنمط عقلاني.

أما بالنسبة للبرنامج: فقد حق البرنامج الأهداف المرجوة منه من خلال تحقيقه للنجاح في التخفيف من الضغوط النفسية المختلفة لدى زوجات مرضى الفصام الناتجة عن مرض أزواجهن، وإكسابهن طرائق عملية ومنطقية في التعامل مع مشكلاتهم اليومية وذلك من خلال اتباع الباحثة لطرائق وأساليب سلسة وسهلة تناسب المستوى التعليمي والعقلي لزوجات مرضى الفصام العقلي متمثلة في المادة العلمية وخطوات أسلوب حل المشكلات وبعض المهارات الخاصة التي يحتاجها البرنامج.

المبحث الرابع

الفصام العقلي

مقدمة:

الذهان: (Psychosis) يتساوى عند الكثير لفظ الجنون مع الأمراض العقلية، وهذا خطأ واضح، لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي والعقلي يسمى بالجنون، والجنون كلمة عامة لا تعني سوى اضطراب في السلوك والتفكير بعيداً عن مألوف تقاليد المجتمع ، ويعتبر البعض الجنون قريباً من العبرية تطلقه بعض المجتمعات على الشواد منهم حيث يختلف كل مجتمع في نظرته للجنون، فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد وتعتبرهم ذوى لمسة مقدسة تستحق الاحترام ، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من أتباع الشياطين وتحوم حولهم الأرواح الشريرة، وفي المجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في سجون، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات، ولذا يجب علينا التخلص من هذه الكلمة عند المناقشة العلمية للأمراض الذهانية (عكاشه، 1998: 247).

ويقصد بالذهان أي المرض العقلي، هو اضطراب عقلي شديد وتفكك شامل في الشخصية، حيث ينفصل المريض عن الواقع وويصعب عليه إقامة حوار مع الآخرين ويميل إلى إقامة حوار مع نفسه وتضطرب إدراكات المريض للواقع وتظهر على السلوك تصرفات بدائية (كالتبول على الملابس أو مص الأصبع) كما يضطرب التفكير بشكل واضح كما تظهر الهلوسات والهذيانات بأنواعها ويظهر التفكك والضخامة والتشتت (الطيب، 1994: 457).

فالذهان هو اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً يعوق نشاطه الاجتماعي.

يطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة "جنون" Insanity من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه.

ويشاهد في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويفه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.

يصنف الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين هما:

- **الذهان العضوي:** organic psychosis أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية ، ويرتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة

والذهان الناجم عن عدوى أو اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن اضطراب التغذية أو الأيض أو عن اضطراب الدورة الدموية... الخ.

- **الذهان الوظيفي Functional psychosis** أي نفسي المنشأ ، وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي ، وأهم الأشكال الإكلينيكية للذهان الوظيفي هي الفصام (زهان، 2005: 527-528).

فالفصام **Schizophrenia**: مفهوم لم يكن معروفا لدى الأطباء النفسيين إلا عندما اقترح بلويلر الطبيب النفسي السويسري هذا الاسم كبديل لمصطلح آخر ابتكره من قبله كرييلين 1913 وهو العته المبكر لوصف مجموعة الأعراض الذهانية التي يتميز صاحبها بتدور في وظائف التفكير، والإدراك والمزاج والتي كان يرى أنها تظهر مبكرا في فترة الشباب، واعترض بلويلر على هذا المصطلح لسبعين: الأول ان ما اعتقده كرييلين من أن هذا المرض لا يظهر إلا في فترة الشباب غير دقيق ، لأنه يمكن أن يظهر في أي فترة زمنية من العمر، ولم يوافق بلويلر كرييلين على فكرته بأن العته المبكر هو ذهان الشباب يقابل ذهان الشيخوخة بين المسنين، وأن صورته الإكلينيكية لهذا السبب تتفق للصورة الإكلينيكية لذهان الشيخوخة، واقتصر لهذا استخدام مفهوم الفصام لوصف هذه المجموعة من الأعراض التي تتميز بانقسام وظائف الشخصية والتي تعتبر القاسم المشترك في كل الاضطرابات الشخصية (ابراهيم، وعسکر، 1999: 84-85).

يقدر كرييلين أن الفصام يصيب 75% من أعمارهم تتراوح ما بين 15-35، بينما يقدر بلويلر هذه النسبة بمقدار 60% فقط، ونظرًا لما تتخذه الشيزوفرينيا من مظاهر خلال دورتها المرضية، نجد أن ذلك حمل كثيراً من المختصين في الطب النفسي، على اعتباره مرضًا تجتمع عناصره من مجموعة من الأمراض وليس من مرض واحد بمفرده (الجسماني، 1998: 126).

الفصام مرض لا يمكن تجاهله في أيامنا الحالية و إن كانت وسائل الإعلام والرأي العام لا تبدي اهتماماً تجاهه هذا المرض، كما هو الحال بالنسبة لأمراض أخرى استحوذت على اهتمام أكبر بكثير مما حظى به الفصام.

ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التي تتحملها الأسرة والدولة (أبو الخير، 2001: 114).

وترى الباحثة بأن الأسرة وبالأخص زوجة المريض تتحمل الكثير من الأعباء الاقتصادية والاجتماعية والنفسية نتيجة لمرض الزوج بالفصام؛ حيث يؤدي به المرض إلى عدم القدرة على الثبات في العمل، وعدم القدرة على الإحساس بالمسؤولية بالإضافة إلى اللامبالاة نتيجة لتبدل المشاعر؛ وبالتالي تتحمل الزوجة بالدرجة الأولى كافة المسؤوليات والأعباء الأسرية بالإضافة إلى تحملها مرض الزوج.

ولأهمية موضوع الفصام وتأثيره على المريض وأسرته والمجتمع تعددت تعاريفات الفصام من قبل العلماء النفسيين، فيمكن تعريفه على أنه مجموعة من التفاعلات الذهانية تميزت باضطرابات أساسية في العلاقة بالواقع، وتكوين المفاهيم، واضطرابات في السلوك والوجودان والفعل، مع حدوث ارتفاع في التدهور والسلوك العدواني.

ويمكن تعريفة أيضاً على أنه نوع (أو أنواع) من الاضطراب العقلي، يتناول الشخصية بأكملها، وتبدو أعراضه على المرضى بدرجات متفاوتة، ويتضمن عادة صله المريض بالعالم الواقعي إلى حد قليل أو كبير، قد يصل في بعض الحالات الشديدة إلى أن يعيش المريض دنياه الخاصة؛ كأنه في حالة من حالات أحلام المنام (الطيب، 1994: 458).

التعريفات التي تناولت الفصام العقلي:

أولاً- تعريف الفصام العقلي لغةً:

فصم: فصما الدمج ونحوه: كسره من غير أن تتفرق كسره.

تقسم: وانفصم: انكسر من غير ببنونه تتصدع.

عقل: عقلًا البعير: ثني وظيفة من ذراعه فشدهما معاً بحل هو العقال.

عقل الدواء بطنه: أمسكه.

عقل: أدرك.

عقل: عرف الخطأ.

العقل: جمعه: عقول: نور روحاني به تدرك النفس ما لا تدركه بالحواس، وقد سمي العقل عقلًا لأنه يعقل صاحبه عن التورط في المهالك، أي يحبسه (المنجد، 1998: 520 - 586).

ثانياً- تعريفات الفصام العقلي اصطلاحاً:

تعددت تعريفات الفصام، فيمكن تعريفه على أنه مجموعة من التفاعلات الذهانية تميزت باضطرابات أساسية فالعلاقة بالواقع، وتكوين مفاهيم، واضطرابات في السلوك والوجдан والفعل مع حدوث ارتقى في التدهور والسلوك العدواني، ويمكن تعريفه أيضاً على أنه نوع من أو أنواع من الاضطراب العقلي، يتناول الشخصية بأكملها، وفيما يلي مجموعة من التعريفات التي تناولت هذه المفاهيم في تعريفها للفصام العقلي.

أ. تعريف الفصام حسب الدليل التشخيصي والاحصائي والمنظمات والجمعيات العالمية.

وتعريف الدليل التشخيص للأمراض النفسية في مصر على أنه مرض نفسي يتميز بالعديد من الأعراض مع انزواهه بعيداً عن البيئة ، وميل في النهاية إلى تدهور شامل للشخصية ويظهر هذا الاضطراب نفسه في مجال العاطفة، تناقض الوجдан وسرعة تذبذب العواطف والانفعالات غير المناسبة وفي النهاية بالتبلاع العاطفي ويظهر الانحراف في صورة نشاط حركي شاذ أو خلافه يصل أحياناً لدرجة السبات، أما في مجال التفكير والإدراك فإن الاضطرابات التي نلقاها تتضمن تأويل الإدراك والعجز عن التجديد أو التفكير إلا متراوطة فرط الإدماج، وعندما توجد ضلالات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة.

وتعريفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس بأنه مجموعة من الاستجابات الذهانية، وتصف باضطراب أساس في العلاقات الواقعية وتكوين المفهوم واضطرابات وجدانية سلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة ؛ كما تتصف بميل قوى للبعد عن الواقع وعدم التماقظ الانفعالي والاضطرابات في مجرى التفكير والسلوك الارتدادي ، وميل إلى التدهور في بعض الحالات (عبد الفتاح، 2010: 2581).

كما عرف في موسوعة علم النفس للتحليل النفسي بأن الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ، ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشاراً. وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع ، فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوازن بين جوانبه الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية ، لأن كل جانب منها أصبح في وادٍ منفصل، ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى.

كما عرفة الطب النفسي بأنه: هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييرًا عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب لا تناسب مع الواقع (غانم، 2006: 136).

عرف الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي الفصام على أساس الأعراض والتمييز بينهما؛ فهو خليط من الأعراض الإيجابية والسلبية التي تشكل اضطرابات لا يمكن تفسيرها وفقاً لاضطرابات الوجاندية، ولا ترجع لحالة طيبة عامة أو تأثيرات فسيولوجية مباشرة، مع وجود بعض العلامات الدالة على استمرار الاضطراب لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وترتبط تلك الأعراض باضطرابات في الوظيفة الاجتماعية والمهنية بشكل ملحوظ، كذلك تتضمن الأعراض المميزة للفصام وجود خلل وظيفي في المجال المعرفي والانفعالي؛ مما يؤدي إلى اضطراب الإدراك والتفكير الاستدلالي والتواصل اللغوي وضبط السلوك وتوجيهه، والطاقة والإنتاجية والإرادة والدافعية والانتباه ولا يوجد عرض واحد يميز الفصام إنما يتطلب التشخيص وجود زمرة من الأعراض.

(DSM-IV, 1994: 274)

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه عبارة عن مرض نفسي يترافق باضطرابات عميقة في الشخصية واضطرابات مميزة في التفكير وشعور بالوقوع تحت سيطرة قوة خارجية وأفكار توهيمية واضطرابات في الإدراك واضطرابات وجاندية لا تتناسب مع الحوادث الواقعية المحيطية بالمرض بالإضافة إلى الانطواء على الذات (خير، 1995: 105).

ب. تعريفات علماء النفس والطب النفسي للفصام العقلي:

عرفه عاكاشة، الفصام بأنه مرض ذهاني، يتسم بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بادئ الأمر إلى اضطراب وتدور في الشخصية والسلوك وأهم هذه الأعراض اضطراب التفكير والوجان والإدراك، والإرادة والسلوك (عباس، 2012: 254).

وعرفه (سرحان، 2000: 14) بأنه: أحد الأمراض الذهانية، وبيني هذا التعريف على الوصف الكامل لمظاهر المرض والاضطرابات السلوكية، والفكريّة، واضطرابات الإدراك والإرادة، بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس.

ويعرفه (زهان، 1987) بأنه: مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدورها التدريجي، ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي وانفصام الوصلات النفسية العادلة في السلوك والمريض يعيش في عالم خاص بعيداً عن الواقع وكأنه في حلم مستمر (العناني، 1998: 147).

و يعرفه سنفورد بأنه أحد الأمراض العقلية، وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلاوس والأفكار الزائفة أو الهذيان والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض (عيسوي، 1994: 94).

ويعرفه كريلاين بأعراضه المميزة وهي الهلاوس خاصة هلاوس السمع واللمس والنقص في الانتباه إلى العالم الخارجي، والنقص في حب الاستطلاع واضطراب الفكر مع وجود ارتباطات فكرية تعصي على الفهم، وتغير في الكلام بحيث يصبح غير مفهوم، ونقص في الحكم والبصيرة، والأوهام، والعاطفة المثلومة، والسلبية، والسلوك النمطي. وهذه الأعراض توجد في المريض مع صفاء وعيه وصحة إدراكه وذكريه (كمال، 1987: 22).

تشخيص الفصام العقلي

ترى الباحثة بأن تشخيص الفصام أو أي مرض سواء أكان ذهانياً أم عصبياً يتم من خلال مجموعة من الإجراءات كال مقابلة الأولية وأخذ التاريخ المرضي وفحص الحالة العقلية، والجسمية وتطبيق الاختبارات المناسبة حسب الحالة المرضية التي تناسب كل اضطراب على حدا سواء أكان ذهانياً أم عصبياً.

وفيما يلي عرض المعايير التشخيصية التي ذكرت في الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع:

المحكات التشخيصية للفصام وفقاً للتشخيص الأمريكي الرابع : DSM IV

أ- الاعراض المميزة: يجب توافر اثنين أو أكثر من الاضطرابات التالية ، وذلك من خلال شهر واحد أو أقل في حالة نجاح العلاج.

1- هذاءات .Delusions

2- هلاوس .Hallucination

3- حديث غير منظم Disorganized speech (كتكرار نفس الجمل او الحديث غير المترابط).

4- السلوك الكتاتوني، أو السلوك الحركي المتخشب.

5- الأعراض السلبية (الاتباد الانفعالي، الكلام والإرادة) (العرادي، 2002: 490).

ملحوظة: يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار (أ) إذا كانت الأوهام غريبة ، أو إذا كانت الأهلاسات من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر تتحادث مع بعضها البعض.

ب- خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني: خلال فترة مهمة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقات بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي صورة جلية دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الالتفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات بين الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون الهجمة في الطفولة أو المراهقة).

ت- المدة: تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل، حيث ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهراً من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) التي تتحقق المعيار (أ) أي أعراض الطور الإيجابي ، وقد تتضمن فترات من الأعراض البداربة أو المتبقية قد يبتدئ الاضطراب أثناء هذه الفترات البداربة أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (أ) التي تكون موجودة بشكل مخفف مثل، اعتقادات مستغربة، خبرات إدراكية غير مألوفة)

ث- استبعاد اضطرابات الفصام الوجداني واضطرابات المزاج: استبعد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية ، أما (1) ، لأنه لم تحدث نوبة اكتئاب جسمية أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة في وقت واحد مع أعراض الطور الإيجابي أو (2) إذا ما حدثت نوبات المزاج أثناء اعراض الطور الإيجابي، فان مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية والمتبقية.

ج- استبعاد تأثير مادة / حالة طبية عامة: لم ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل، إساءة استخدام عقار ، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

ح- العلاقة مع اضطراب نمائي شامل إذا كان ثمة قصة لاضطراب توحدي أو اضطراب نمائي، فإن تشخيصاً إضافياً للفصام يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الأهلاسات بارزة أيضاً لفترة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح) (حسون، 2004: 76-77).

وتصنف المسار الطويل إذا استمرت لمدة سنة على الأقل من بدء الأعراض النشطة
- نوباتي مع أعراض متبقية (النوبات تعرف ببروز الأعراض الذهانية).

- نوباتي مع بروز الأعراض السالبة.
- نوباتي مع عدم تخلله بأعراض سالبة.
- مستمر الأعراض الذهانية (هل مصاحبة بأعراض سالبة ام لا).
- نوبة واحدة في تهدئة كاملة.
- أخرى أو غير محددة النظام.

ملاحظات:-

- 1- لا يوجد عرض مرضي واحد (أو علامة مرضية واحدة) يشخص به الفصام، وكل أعراض الفصام يمكن رؤية بعضها في عدد من الاضطرابات العصبية والنفسية.
- 2- تتغير أعراض المرض من وقت لآخر.
- 3- لابد أن نأخذ في الاعتبار مستوى المريض التعليمي وذكائه وثقافته البيئية ، فمثلا عدم قدرة المريض على التجريد قد يعكس تعليمة وذكاءه، كما أن بعض المعتقدات الغريبة تعكس صورة من الثقافة البيئية والدينية.
- 4- نقص الأداء الوظيفي عن ذي قبل: حيث يتدهور إنجاز الشخص في مستوى العمل والعلاقات و الاهتمام بالنفس، وإذا بدأ الاضطراب في الطفولة أو المراهقة يحدث فشل في النمو الاجتماعي المتوقع.

أعراض الفصام العقلي:

تري الباحثة من خلال مراجعها للأدبات والمراجع بأن أعراض الفصام قد جاءت معتمدة في المحكّات التشخيصية للمرض ، لذلك فانه من المنطق عرضها تفصيلا بمجموعتين حسب التصنيف الأمريكي الرابع إلى أعراض إيجابية وأعراض سلبية ، ولا نقصد هنا بالأعراض الإيجابية بأنها أعراض جيدة أو مرغوبة ، بل المقصود بها أنها أعراض لم تكن ظاهرة في شخصية المريض كالهلاوس والصلالات والحديث المشوش ، كما لا يقصد بالأعراض السلبية أنها سيئة بل تعني ظهور سلوكيات ومشاعر لم تكن موجودة من قبل على المريض مثل التبلد الانفعالي والعزلة الاجتماعية، وقد المتعة وغيرها.

أولاً- **الأعراض الإيجابية**: وهي تعكس إفراط للوظائف العادلة، ومبالغات في تقييم التفكير الأستدلالي، كالهذاءات، وكذلك تقييم مبالغ في الإدراك كالهلاوس، واضطراب الحركة والسلوك الكاتاتوني، وهذه الأعراض غالباً ما تستجيب للعلاج ؛ وقد تظهر في جميع أنواع الفصام (النزاوي، 2004: 4).

ويمكن تقسيم الأعراض الإيجابية حسب مجالاتها العامة إلى:

1- **الهذيان أو الضلالات**: تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها معتقدات زائفة غير حقيقة، ولا يمكن رحالتها من فكر المريض أو إقناعه بعدم صحتها باستعمال كافة وسائل الإقناع و الحجة والمنطق، فهي بالنسبة له معتقدات حتمية لا تقبل النقد أو المناقشة بعدم صحتها (شرف، 1990: 72).

ويعرفها **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع** الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSMIV بأنها معتقدات خاطئة تتضمن عادة تفسيرات خاطئة للمدركات أو للخبرات ، وقد يتضمن محتواها موضوعات متعددة وأن التمييز بين الهذاءات والأفكار الناقصية التي يعتقد بها الفرد بقوة تتبدى في أنه يصعب أحياناً أن نعتمد على درجة أي من تلك المعتقدات صحيح بالرغم من وجود دليل واضح ينافيها (DSM-IV, 1994: 75).

قد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الأنواع الآتية كمظهر للهذاء:

أ- **هذاءات الاضطهاد**: ويمكن أن تأخذ أشكالاً متعددة فيتجه الاضطهاد إلى شخص في البيئة، أو جماعة معينة أو مذهب معين تبعاً لثقافة المريض.

ب- **هذاءات العظمة**: يعتقد المريض اعتقاداً حازماً بأنه شخصية عظيمة ومرموقة في المجتمع وأنه أذكي وأقوى البشر وأنه منوط به أنفاذ البشر (الطيب، 1994: 426).

ت-**الهذاءات الجنسية (العاطفية)**: يشعر المريض بأن أحد الأشخاص عادة ما يكونون في مكانة اجتماعية أكبر في علاقة حب معه ويرسل له رسائل سرية وخطابات غرامية.

ث- **هذاءات الغيرة**: يعتقد المريض فيها أنه مخدوع من قبل زوجته أو من يحبونه (الختاته، 2012: 284-285).

ج- هباء التحكم: ويحدث حين يعتقد الفرد أن أفكاره وتصرفاته محكمة بعوامل خارجية مثل قوة مسيطرة من الناس أو من كواكب أخرى: إنه يقول: يوجد جهاز فاكس في رأسي يتلقى تعليمات أو رسائل كل ساعة، تتحكم بي بطريقة تفكيري وتبث أفكارها إلى عقلي.

ح- هباءات جسمية: حيث يكون لديه هباءات مفادها أن لديه بعض العجز الجسمي أو قصور وظيفي في أجزاء من الجسم أو هباء التعرض لعدوى مرضية أو الجسم قد تبدل أو تأثر نتيجة قوى خارجية ؛ أو أن جسمه واقع تحت تأثير الآخرين أو أن بعضا من الجسم لم يعد من صميم ذاته.

خ- الهباء المختلط: حيث توجد هباءات مميزة لأكثر من نوع واحد من بين الأنواع السابقة دون سيطرة أو سيادة لأي منها.

د- توجد أنماط أخرى من الهباءات مثل العدمية: حيث يعتقد أن ما حوله من بيئة قد ذهب أدراج الرياح، وأن ذاته قد آلت إلى عدم ، والزمن قد آل إلى زوال، الهباءات الفلسفية وغيرها ، وتكثر الهباءات الجنسية عن الرجال، كما تكثر هباءات المبالغة في الشعور بالعظمة بين ذوى المستويات الاقتصادية الاجتماعية المرتفعة، وتتبادر الهباءات في شدتها وليس في شكلها فقط، ولا ينفرد مرضى الفصام بهذه الهباءات ولكن مرضى الاختلالات المزاجية قد يصابون بهذه العظمة ولكن كلما كانت الأفكار و الضلالات أكثر غرابة وشذوذًا كلما دل على وجود الفصام (عبد الرحمن، 2000: 404-405).

2- الأهلاس: المقصود هنا إدراكات حسية، يتم تصديقها واعتبارها أحاسيس حقيقة، على الرغم من عدم وجود المثير الحقيقي في الواقع، ويمكن للخداع الحسي هذا أن يتمركز حول الأعضاء، حيث يلاحظ أن الهلوسات السمعية هي من أكثر الأهلاس ملاحظة في الفصام ؛ وأغلب ما يسمعه الفصاميون هو الأوامر وأصوات غريبة تتحدث عنه.

وفي الواقع وعلى الرغم من توهם الفصامي أنه يسمع الأصوات غير أن مصدر هذه الأصوات ليس من الخارج وإنما من الداخل ، ويفسر علماء الدماغ اليوم سماع الأصوات على أنها "حديث" داخلي حيث يكون مركز الكلام نشطا وليس مركز السمع ، و الأسباب ما زالت غير معروفة ويبدو بأن الدماغ نفسه يكون عاجزاً عن التعرف على أن هذا "الحديث" إن صح

التعبير، من إنتاج الدماغ نفسه ويقوم المريض بعزو هذا الحديث إلى العالم الخارجي (رضوان، 2002: 391-392).

وأهم أنواع الهلاوس ما يلي:

1- الهلاوس السمعية: وهي أكثرها انتشاراً في مرضي الفصام، وتأخذ طابعاً خاصاً، بالتعليق على حركات المريض، أو تكرار ما يقرأه و أحياناً ما تكلمه أصوات في هيئة شخص ثالث، أو مباشرة، أو تعطيه أوامر لتنفيذها و كثيراً ما تلعنه أو تسبه أو تهاجمه أو تتهمه اتهامات شاذة، و نادراً ما تمدحه و تشجعه ، وعادةً ما يؤول المريض هذه الأصوات، على أنها صادرة من الناس في الشارع أو الجيران أو من حوله، أو أنها من الراديو أو التلفزيون، و كثيراً ما يتشارج المريض مع هذه الأصوات بصوت عالٍ، فنجد فجأة يقول: "اسكت بقه، بلاش الكلام ده"، "هو إنت"، و ذلك دون أن يكلمه أحد، ولا يصح اعتبار المريض متوهماً في هذه الأصوات، فهو حقاً يسمعها ولا يستطيع أحد غيره سمعها، فيجب تصديقه عندما يشكو من هذه الأصوات، و لكن بالطبع لا يجب تصديق تأويله أنها من الجيران أو الأصدقاء أو الراديو، بل يجب محاولة إقناعه بأن ذلك عرض مرضي يجب علاجه، وعادة ما تأخذ هذه الأصوات طابعاً جنسياً أو دينياً، و أحياناً أوامر بالقتل أو الانتحار.

2- الهلاوس البصرية: وهي أكثر انتشاراً في الذهان العضوي، و نادراً ما نصادفها في مرض الفصام إلا في الحالات الحادة عندما يكون التفكير مشوشًا، ودرجة الوعي مختلطة، وهنا يرى المريض أصواتاً باهرة، وأوجهًا مخيفة، وحيوانات ترتفع تجاهه، وتنثير الهلاوس البصرية الذعر والخوف في المريض أكثر من السمعية (عكاشه، 1984: 175-176).

3- الهلاوس الحسية: و فيها يشعر المريض أن شيئاً ما يمسك به، أو يتحرك على جسمه، وقد يشعر أن هناك حشرات تحت جلده، ومن الممكن أن يشعر بأن الأعضاء التتاسلية متأثرة بأجسام غريبة، و حتى درجة الشعور بالجماع الكامل أحياناً.

4- الهلاوس الشمية: يشم المريض روائح رغيبة أو كريهة غير موجودة حقيقة، و قد يصر على أن هناك رائحة بخور، أو رائحة موتى أو سموماً و غيرها من

الروائح، وهذه الهملاوس ليست شائعة بالفصام، بل أكثر شيوعاً في الصرع الصدغي و بعض الأورام.

5- **الهملاوس التذوقية:** الإحساس بطعم معين للماء و الطعام و الإصرار على أنه طعم الزرنيخ أو أوساخ أو سحر وضع في الطعام، مما يجعل بعض المرضى يمتنعون عن الأكل والشرب (سرحان، 2000: 20).

ثانياً- **الأعراض السلبية:** تُدعى الأعراض طويلة الأمد في الأشخاص المصابين بالفصام بالأعراض السلبية ، لأنها تؤدي بنقص الفعالية مثل: نقص الانفعال، نقص الحافز ، نقص الاهتمام عامة، مقاومة الكلام فعالية عقلية منخفضة، وهي الأكثر صعوبة في الاستجابة للمعالجة والأكثر تعطيلاً لمرض الفصام (الخليل، 2001: 68).

وتتمثل الأعراض السلبية في الآتي:

1- **تبلا العواطف:** تبدو عواطف المصابين بالفصام مسطحة كما لا يستجيبون لما يحدث حولهم، قد لا يستطيعون إظهار عواطفهم كما تبدو مختلفة في تعبيرات الوجه والإيماءات، أو في نبرة الصوت، وقد لا يظهر المصاب أي استجابة للأحداث السارة أو الحزينة، أو يستجيب بطريقة غير مناسبة ، وفي بعض أنواع الفصام وبخاصة المفلاك أو الهيبوفيريني تبدو عواطف وأفعال المريض غير مناسبة ومتناقضه بشدة كما يبدو المصاب بلا وجهة أو هدف ومقتحم بشكل عبثي ومندفع، وتبدو شخصية مريض الفصام مختلفة كلياً عن نمطها السابق.

2- **اضطراب الإرادة (فقد الدافع)** يقلل مرض الفصام من دافع المريض بحيث يصبح أقل قدرة على العمل والمشاركة في النشاطات الترفيهية، وكذلك يبدو على المريض عدم الاهتمام بالنشاطات اليومية مثل الاستحمام والطبخ، وفي الحالات الشديدة يعجزون عن العناية بنظافتهم الشخصية أو إطعام أنفسهم، وقد يصاحب عدم القدرة على اتخاذ القرارات الإيجابية والسلبية اندفاعاً مفاجئاً، وفي الحالات الشديدة يصبح المصاب منعزلاً ومتهيجاً أو مصاباً بالتصلب الحركي أو في غيبوبة دون سبب واضح.

3- **العزلة الاجتماعية:** قد يكون من الصعب على المريض بالفصام تكوين أصدقاء أو معارف والحافظ عليها، وقد تكون لديهم القليل من العلاقات الحميمة إن وجدت، وتنقسم

علاقاتهم بالآخرين بالقصر والسطحية، وفي الحالات الشديدة يعتمد المريض تجنب كل التفاعلات الاجتماعية.

4- فقر التفكير: يظهر بعض مرضى الفصام فقرًا في كم ومحتوى تفكيرهم ، ومن النادر فقط أن يتكلموا بتفايثية ، ويمكنهم أن يردوا على الأسئلة بردود مقتضبة لا تحتوي على أي تفاصيل، وفي الحالات الشديدة يقتصر الحديث إلى مقاطع قصيرة مثل نعم أو لا أو لا أعلم ، وقد يتحدث بعض مرضى الفصام بحرية ولكن الحديث الذي يبدو مفهوما لا ينقل أي محتوى.

ويمكنهم الإجابة عن الأسئلة بطريقة ملتوية لا تؤدي الغرض ، و قد يعكس حديثهم تداعيات بين أفكار مفكرة لا رابط بينهما ، وتحدث وفات وفات وفاتات غير مفهومة.

وعادة ما يساء فهم الأعراض السالبة للفصام من الآخرين على أنها تدل على الكسل أو التصرف السيء المقصود به مضائق الآخرين بدلاً من النظر إليها على أنها تشكل جزءاً من أعراض المرض، ويساهم سوء التأويل هذا بدرجة كبيرة في الصورة السلبية والوصمة التي تصاحب مرض الفصام، لتفكييم الأعراض السالبة التي لا تكون مصحوبة بأعراض موجبة لذا يجب على الطبيب تقييم ما تغير على سلوك المريض بما سبق (الختاتنة، 2012: 287-288).

أهم العوامل المسببة للفصام العقلي:

لقد نشط البحث عن أسباب الفصام أكثر من غيره من الاضطرابات العقلية نظرًا لخطورته دون أن يصل إلى سبب واضح له، فضلا عن أنه اتجه اتجاهات مختلفة ، فمن الأبحاث ما يركز على أهمية العوامل الوراثية ، ومنها ما يركز على العوامل العضوية والفيزيولوجية، ومنها ما يؤكد دور العوامل النفسية والاجتماعية. وقد وجد لكل اتجاه من يؤيده، الأمر الذي دعا البعض إلى الاعتقاد بأن الفصام قد يكون ناتجا عن هذه العوامل جميعا لا ناتجا عن واحد منها وحسب، بل لعل المؤكد لأن عدم وجود سبب واحد تعزى إليه مختلف أنواع الفصام (الوقفي، 2003: 639-640).

بناءً على ما ذكر آنفًا، تطرق الباحثة إلى ذكر أهم العوامل المسببة للفصام العقلي حسب ما تم تداوله في الأدب والدراسات النفسية.

1- العوامل الوراثية: أظهرت دراسات أجربت على أقارب المصابين بالفصامات وجود دلائل على أن الفصامات تورث ، وأن احتمال الإصابة بالفصام يرتفع كلما ازداد

درجة القرابة، فإذا كان كلا الوالدين مصابان بالفصام ، فإن نسبة إصابة الطفل بالفصام تبلغ 40% وفي التوائم غير الشقيقة (غير السيامية) فإن نسبة إصابة كلا الشقيقين بالفصام تبلغ نسبة 50% ، أما في التوائم الشقيقة السيامية فتساوي النسبة بين الشقيقين (50%) حيث تظهر هذه النسب أن العامل الوراثي ليس هو العامل الوحيد على الرغم من ارتفاع النسبة ويمكن اعتبارها على أنها استعداد وراثي يمكن أن يقود إلى المرض إذا توفرت عوامل أخرى، ومن العوامل الأخرى يمكن الإشارة إلى مجموعة من العوامل التي تسهل الأرضية الوراثية على نحو المتضررات التي تصيب الطفل أثناء فترة الحمل وأحداث الحياة الحرجية (رضوان، 2002: 389).

2- العوامل النفسية: تؤثر في التكوين الانفعالي للفرد كما تؤثر في تكوينه العقلي ، فهي تؤدي إلى اختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية، وضعف الذات، واضطرابات شخصية الفرد وفي علاقاته في الآخرين، فضلا عن الضغوط، ومشاعر القلق، والمشقة والكرب، وأيضا حالات الإحباط المتكررة، والفشل في التكيف الحياتي، فتؤثر على الاستعداد الوراثي لدى الفرد، بحيث تؤدي في النهاية إلى الفصام إذا لم تتدخل عوامل تعويضية في الوقت المناسب (الخالدي، 2000: 327).

3- العوامل الاجتماعية: إن عوامل الفقر، والحرمان و الضغوط الاجتماعية، والهجرة والانتماء لأقبية اجتماعية، من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث المرض، وقد دلت دراسات أخرى أجريت للكشف عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية في درجة حدوث الفصام، بأن العوامل الاجتماعية تقلل من تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل ذلك حدوث المرض النفسي، وقد عزز تلك النتائج التي أشارت بأن المراكز الحضارية، وخاصة المراكز الصناعية، وأي موقع أو محيط من شأنه أن يزيد المعاناة الإنسانية ويقلل من تقدير الذات، وصعوبة الشعور بالتفاؤل وضمان الأمل، تزيد فيه معدلات الإصابة بالفصام.

وهكذا يتضح أن من شأن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الإحساس بالمعاناة أن تكون أسباباً غير مباشرة بحدوث الفصام ذلك من خلال الوسيط للعوامل النفسية (الخالدي، 2000: 331).

4- العوامل البيئية والنفسية: وجد أن بعض العوامل البيئية تساعد على نشوء الفصام مثل الإصابة بالتهابات الفيروسية في الصغر، أو إصابة والدة المريض بالتهابات فيروسية (الأإنفلونزا) أثناء الحمل أو أي مضاعفات أثناء ولادة المريض، أو تعرض المريض

لضعف نفسي أو تربية المريض في بيت يسوده رأي أحد الوالدين دون اعتبار لآخرين وغير ذلك، ولكن يبدو أن هذه العوامل بذاتها لا تسبب الفصام ، إنما هي عوامل خطورة لمن هم أصلاً مهيئون للإصابة بالمرض (الصيغان، 2010: 127).

5- العوامل الأسرية: قدمت فروض عديدة في هذا الصدد منها: تضارب أوامر الوالدين ونواهيهما (افعل ولا تفعل) فيتعلم الطفل السلبية، الطلاق العاطفي بين الوالدين، سيطرة أحد الوالدين وضعف الآخر وانزعاله، التفكير المختل في عائلات الفصاميين، التعرض لانعصاب أو مشقة وكرب، شيوع نمط شاذ في التفكير ، والاتصال في عائلات مرضى الفصام، وجود أنماط معينة في المعاملة الوالدية مثل الحماية الزائدة والإهمال، الفصام نوع من الاغتراب.

6- دور الشخصية قبل المرض: افترض بعض العلماء وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد للإصابة بمرض الفصام، وأهمها الشخصية الشبيه بالفصامية والمضطربة التي تتسم بسلوك مغرب، والانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبلد ونقص المبادأة (عبد الخالق، 2001: 362).

7- العوامل الفسيولوجية: وتشمل هذه العوامل التغيرات على جسم الفرد وما يصاحبها من فلق وتوتر وعدم قدرة المريض على مجابهة التغيرات.

8- العوامل الكيميائية: وهو الذي يبدو على الفرد عند تناول بعض المواد الكيميائية ، وقد تكون على شكل عقاقير كما هو في عقار الهلوسة التي تكون أعراضه مشابهة لأعراض الفصام (الحياني، 2011: 193).

9- العوامل الغذائية والهرمونية: وهذه العوامل تدرس نسبة النيتروجين في الجسم، وهرمون الكورتيزون، كما ظهر أن معدلات الفصام تزداد بزيادة اضطراب الهرمونات ، كما في حالات، البلوغ وسن اليأس وبعد الولادة.

10- اضطرابات الجهاز العصبي: ظهر أن بعض الأمراض العضوية التي تحدث في الجهاز العصبي التي تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض مرض الفصام (كزهري الجهاز العصبي والحمى الشوكية وبعض أورام المخ)، ومع وجود اضطراب في رسم المخ لدى الفصاميين، فضلاً عن ضمور في الخلايا العصبية، وبعض التغيرات في نسيج المخ لدى بعض المرضى ، كما افترض بعض الباحثين وجود اضطراب في التمثيل الغذائي للبروتينات أو اضطراب المناعة الذاتية (العيدي، 2009: 436).

وترى الباحثة حسب ما ذكرت الأدبيات والدراسات، بأن البعض اتجه للقول بأن لا يوجد هناك عامل محدد بعينه يستحوذ على التسبب في الفصام، بينما يتوجه البعض الآخر إلى الاعتقاد بأن مجموعة من العوامل تتضاد متوالية لتشكل توليفة متجانسة من العوامل التي تسبب الفصام مجتمعة ، إلا أن الباحثة ترى - من وجهة نظرها الخاصة - بأنه لا بد من إفراد أدوار رئيسة لبعض العوامل كونها العوامل الأهم في الدرجة الأولى ، وهي ثلاثة عوامل تساهم في تشكيل قاعدة صلبة لظهور المرض، تم التطرق إلى كلٍ منها على حدة ، فالعامل الأول والأهم هو العامل الوراثي، كونه ينبعاً ويهدد و يقدم نظام إنذار مبكر لاحتمالية ظهور المرض. أما في المرتبة الثانية في الأهمية، فيأتي العامل البيئي، وما يتتصف حامله بالمعاناة من ضغوطات وإحباطات وصراعات، سواء أكان ذلك محصوراً داخل الأسرة التي ينتمي إليها، أم كان ذلك متعلقاً بالمحيط الخارجي وبما يدور حوله، والذي يمكن أن نعتبره أرضية خصبة لظهور المرض، وخصوصاً عندما يتفاعل العامل البيئي مع العامل الوراثي. أما العامل الثالث، فهو طبيعة شخصية وسمات الفرد، حيث يعتبر هذا العامل، عاملاً وسيطاً ما بين العاملين السابقين؛ البيئي والوراثي. ونفترض ذلك، أنه إذا تأثرت شخصية المريض بالعوامل البيئية وما يحيط به من مؤثرات سلبية، فإن ذلك يشكل طريقاً ممهداً لظهور العامل الوراثي، وهذا يتوقف على قدرة الفرد على التحمل وطبيعة شخصيته فيما إذا كانت هشة أو قابلة للانكسار والتهديد، أو إذا ما كانت انطوانية، فمن السهولة أن يكون الفرد في هذه الحالة فريسة سهلة للمرض. لكن كثيراً من الناس من يتعرضون لأزمات و ضغوطات في حياتهم، يكون لديهم القدرة على التحمل و المواصلة و التكيف مع الظروف الصعبة بل و أحياناً تجعلهم أكثر قوة وصلابة، وهذا ما يشكل الفرق الأساسي ما بين الشخصيات المتباعدة من الناس ؛ فبعكس النوع الأخير ذي الشخصية الصلبة تجاه رياح المؤثرات الخارجية، هناك من ينهزمون و ينسحبون في حال تعرضوا للأزمات و الإحباطات و يدخلون فوراً في طور المرض ، لأنهم يفتقدون إلى القدرة على التحمل و المواجهة، كما أن سمات الشخصية لديهم تكون قابلة للمرض.

أنواع الفصام العقلي:

تري الباحثة حسب التصانيف المتعارف عليها من خلال اطلاعها على الأدبيات والمراجع بأن هناك عدة أشكال أو أنماط للفصام تتراوح بين أربعة أنماط وتصل أحياناً في بعض التصانيف إلى أكثر من ثلاثة نمطاً ولا يمكن الحديث عن جميعها ، فكل متنبي تصنيف أو مرجع من الكتاب والعلماء النفسيين صنفها حسب ما تتوفر لديه من معارف وحسب ما يراه مناسباً وتوافقاً مع رؤيته الشخصية، وأعتمد معظم الباحثين والمؤلفين المحدثين بدراساتهم

للفصام للمعايير العريضة والمعايير التقريبية مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، و من أشهر المعايير والعناصر الحديثة معايير منظمة الصحة العالمية الواردة في الطبعة التاسعة من التصنيف العالمي والتي سيتم ذكر أنواعها ومعايير رابطة العلماء النفسيين الأمريكية- DSM- IV والتي سوف أنطرب بالحديث عنها بشكل موسع للاعتماد عليها في البيئة الفلسطينية.

أولاً- أنواع الفصام العقلي حسب منظمة الصحة العالمية:

منظمة الصحة العالمية من خلال المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية (ICD-10) عام 1992م صنفت الفصام إلى تسعه أشكال (عكاشة، 1998: 286).

Simple	1- الفصام البسيط
Hebephrenic	2- لفصام الهيفريري (البلوغ - المراهقة)
Cataton	3- الفصام الكاتاتوني (الجمودي - التخسي)
Paranoid	4- الفصام الباراني (الزوراني - الضلالي)
Acute Undifferentiated	5- الفصام غير المميز
Post – Schizophrenic Depressio	6- الاكتئاب ما بعد الفصام
Residual	7- الفصام المتبقى
Schizo- Affective	8- الفصام الوجданى
Unclassified	9- أنواع أخرى غير محددة

ثانياً- أنواع الفصام العقلي حسب التصنيف الأمريكية DSM-IV

حدد الدليل التخسيسي والإحصائي الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) خمسة أنواع فرعية للفصام مع تحديد معايير محددة لكل نمط فرعي، والهدف الرئيس من تحديد هذه الأنماط هو تحسين صدق التبيؤ ومساعدة الإكلينيكي على اختيار العلاج وتوقع المآل ومساعدة الباحث على توضيح ووصف الأشكال الفرعية المتباينة، ولسوء الحظ فإن صك الأنماط الفرعية للفصام لم يتضح تماماً.

وتستخدم المعايير والخصائص المميزة للأنمط الفرعية لتشير إلى خصائص أعراض الفصام، ويمكن تطبيقها وتشخيصها بعد انقضاء عام واحد على الأقل منذ بدء ظهور الأعراض الايجابية (الزاوي، 2004: 41).

الأنواع الفرعية للفصام:

تحدد الأنواع الفرعية للفصام عن طريق الأعراض السائدة وقت التقييم:

1- فصام الضلالات (الشك، الزوراني) Paranoid Type ويتميز بالأعراض الآتية:

- أ. الانشغال بوحد أو أكثر من الضلالات أو الملاوس السمعية الواضحة.
- ب. عدم ظهور الاضطراب في الكلام أو السلوك المختل أو السلوك (الكتاتوني) أو التبلد أو عدم تناسب المزاج مع الضلالات.

2- فصام المراهقة (المشوش) Disorganized Type ويتميز بالآتي:

- أ. تظهر فيه الأعراض الآتية:
 - 1- الاضطراب في الكلام.
 - 2- اضطراب وتحيير جزئي في السلوك .
 - 3- تبلد المزاج أو عدم تناسقه .
- ب. مواصفاته لا تتفق مع النوع الكتاتوني .

3- الفصام التخسيبي (جامودي) Catatonic Type يبرز فيه على الأقل اثنان مما يلي:

- 1- الاضطراب الحركة في صورة التجدد (catalepsy) أو المرونة الشمعية أو الذهول.
- 2- زيادة النشاط الحركي الذي يبدو غير هادف ، ولا يتأثر بالمثيرات الخارجية.
- 3-السلبية بصورة المعاكسة لكل التعليمات negativism أو المحافظة على وضع ثابت متصلب ضد محاولات تحريكه أو البكم.
- 4-غرابة الحركات اللاإرادية من خلال الوضع الذي يتخذه، أو أسلوبية الحركات أو بروز حركات الوجه التكثيرية.
- 5- التقليد ومحاكاة الكلام أو الحركة.

4- الفصام غير المميز: Undifferentiated Type

علامات الفصام التشخيصية في (أ) موجودة ولكن لا تتفق مع مواصفات أي من الأنواع السابقة، الشراك التخسيبي والمشوش (سمور ، 2006: 192-193).

5- الفصام المتبقى: Residual Type

أ- وتكون فيه أعراض الفصام غير موجودة مثل (الضلالات أو الهلاوس أو الاضطراب في الكلام أو السلوك الشاذ النشط) أي الأنواع السابقة غير موجودة.

ب- ظهور الأعراض والعلامات السلبية مثل (التبليد العاطفي ، والانعزال وضعف الإرادة) أو اثنين أو أكثر من الأعراض الإيجابية غير النشطة (بريخ ، 2004: 79).

يجب أن نميز بين الفصام بأنواعه الفرعية السابقة من جهة و بين كل من:

1- اختلال ذو شكل فصامي Schizophreniform Disorder ويكون على شكل نوبة تتضمن الأطوار: الإنذاري والنشط والمتبقى وتستمر لمدة شهر واحد على الأقل يلاحظ خلالها تشوش أو حيرة في قمة النوبة الذهانية مع أداء وظيفي واجتماعي جيد قبل المرض، واحتفاء العواطف المتبدلة أو السطحية.

2- اختلال الفصام الوجданاني Schizoaffective Disorder: فترة مستمرة (غير متقطعة) يحدث خلالها نوبة اكتئاب أساسية أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة تترافق مع الأعراض العامة والأعراض التي تناولت محكات النوبة المزاجية تكون موجودة في جزء أساسي من الدوام الكلي في الفترات النشطة والمتبقية ؛ ولا ترجع إلى الإثارة المباشرة لتعاطي مادة أو عقار أو حالة طبية عامة.

3- اختلال ذهاني Delusional disorder: وأهم أعراضه وجود هذهاءات غير مختلطة مثلا: تشتمل على مواقف كالتي تحدث في الحياة العادية مثل أن يكون متبعاً من شخص آخر أو يسمم له الطعام أو معرضًا للعدوى بمرض أو محبوباً من شخص بعيد أو مخدوعاً من زوجته أو لديه مرض ما، وتستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل، وقد توجد هلاوس لمسية وشممية، ولكن الأداء الوظيفي لا يكون قاصراً ولا يكون السلوك شاذًا مختلطاً وإذا حدثت نوبة مزاجية في تزامن مع هذهاء فإن مدة دوامها الكلية تكون قصيرة مقارنة بمدة دوام ، ومن أنماطه النمط الجنسي، ونمط الشعور بالعظمة، والشعور بالاضطهاد، الغيرة، النمط الجسمي والمختلط، وغير المحدد.

4- الاختلال الذهاني الخفيف Brief Psychotic disorder: ويتضمن هذاءات وهلاوس وحديث غير منظم وسلوك غير منظم ولا يقل دوام النوبة عن يوم واحد ولا يتجاوز الشهر مع العودة الكاملة للمستوى الوظيفي قبل المرض، وقد تظهر هذه الأعراض بعد فترة قصيرة من التعرض لضغط حادة أو أحداث منفرة أو بدون سبب معروف ؛ وقد يحدث الاختلال خلال أربعة أشهر بعد الولادة للمرأة(عبد الرحمن، 2000: 398-399).

5- اختلال ذهاني مشترك (جنون الاثنين) Shared Psychotic Disorder: حيث تتطور الصلالات في فرد ما يرتبط بعلاقة وثيقة مع شخص آخر أو أشخاص لديهم صلالات راسخة فعلاً، وتشابه هذه الصلالات في محتواها مع ما لدى الشخص الذي لديه ضلالة راسخة فعلاً ، ولا ترجع هذه الأعراض للفصام أو اختلالات مزاجية أو التأثير الفسيولوجي لمادة أو لحالة طبية عامة.

6- اختلالات ذهانية ترجع لحالة طبية عامة Psychotic Disorder Due to medical condition general، حيث توجد أدلة من التاريخ المرضي للحالة والفحص البدني أو نتائج التحليل المختبري أن الاضطراب إنما هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف طبي عام مثل الأورام أو اختلال إفرازات الغدد الصماء (كالدרכية مثلاً)، أو لعنة الزهايمر أو غيرها.

7- اختلال ذهاني يحدثه تعاطي مادة أو عقار: Psychotic Disorder Due to the effect of substance or medication واضحة ، ويوجد دليل من التاريخ المرضي للحالة ومن الفحص العضوي أو نتائج التحليل أن هذه الأعراض تظهر خلال شهر من التسمم بالمادة أو انسحابها كالكحول والأمفيتامينات والقنب والكوكايين، أو المسكنات والمنومات ومضادات القلق وغيرها. وألا تكون هذه الأعراض سابقة لاستخدام المادة ولا تحدث أثناء وجود هذيان.

8- اختلال ذهاني غير مصنف: Psychotic Disorder non otherwise specified تتضمن صلالات وهلاوس وحديث غير منظم وسلوك غير منظم الشكل أو تخسيبي لا تتوفر عنها معلومات كاملة لعمل تشخيص محدد أو توجد عنها معلومات متعارضة، أو اختلالات مع أعراض ذهانية لا تناظر المحکات الموضحة لأي من الاختلالات الذهانية المحددة مثل ذهان ما بعد الولادة أو الأعراض الذهانية التي تدوم لأقل من شهر، ولا تناظر محکات الاختلال الذهاني الخفيف، أو وجود

هلاوس سمعية مستمرة مع غياب أي علامات أخرى ، أو وجود ضلالات غير شاذة ومستمرة وتتدخل مع النوبات المزاجية لمدى واضح من الزمن (جودة، 2008: 50-49).

ما سبق ترى الباحثة من خلال مراجعتها للأدبيات والمراجع بأن هناك فرقاً بين تصنيف منظمة الصحة العالمية وبين الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-IV فقد صنفت منظمة الصحة العالمية الفصام من حيث العدد إلى تسعه أنواع، ورغم أن منظمة الصحة العالمية ذكرت الفصام البسيط إلا أنها رأت عدم وضوحيه وفقر هذا النوع بالأعراض المميزة ونصحت بقدر الإمكان بالحد من تشخيصه ، واعتبرت الأنواع آنفة الذكر أهم أشكال الفصام السريرية وأعطتها أرقام تصنيفية مرافقة، ويعتبر حالياً هذا التصنيف من أكثر الأنواع انتشاراً في العالم، بينما DSM-IV صنفت الفصام العقلي إلى خمسة أنواع مع غياب الفصام البسيط نظراً لاعتماده الأكثر في البيئة الفلسطينية لذا تطرقت الباحثة بالحديث عنه بشكل أوسع بدراستها.

تأثيرات مرض الزوج بالفصام وانعكاساتها السلبية على أفراد الأسرة:

ترى الباحثة من وجهه نظرها الخاصة في هذا الموضوع: ندرة الدراسات والأدبيات التي تطرقت إلى الحديث عن عينة زوجات مرضى الفصام مما جعلها تتطرق للحديث من وجهة نظرها وخبرتها العملية من خلال التعامل مع هذه الفئة داخل العيادات النفسية.

إذ ترى بأن أسرة المريض الفصامي بصفة عامة وزوجته بصفة خاصة يتحملون الكثير من الأعباء القاسية ، وتجد الزوجة نفسها في كثير من الأحيان في وضع يأس يتسنم بعدم الاستقرار حيث يتعين عليها أن ترعى أفراد أسرتها وأن تقوم بدور الأب والأم في آن واحد.

فإن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا تؤثر على المريض فحسب بل على زوجته وعلى أبنائه وعلى أسرته ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي :

أولاً- تأثير مرض الزوج على حياته الشخصية: فقد تتسم حياة مريض الفصام بعدم القدرة على التركيز والإنجاز وصعوبة بالغة في إقامه علاقات اجتماعية إذا لم يكن في كثير من الأحيان هناك اضطراب وتشوش في العلاقة، بالإضافة إلى الأوهام و الهلاوس التي ترافقه إن كانت على مستوى السمعية، البصرية أو غيرها من الحواس، وهي تؤدي إلى النفور منه لعدم فهم طبيعة الأعراض اعتقداً بأنها إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض.

ثانياً- تأثير مرض الزوج الفصامي على الزوجة: تزيد الضغوط التي تتعرض لها زوجة المريض الفصامي لما تتحمله من مسؤوليات إضافية وما تقوم به من أدوار (دور الأب ودور الأم معا) في هيكل بناء الأسرة ، وفي شبكة العلاقات والتفاعلات الأسرية والاجتماعية.

ويترتب على هذا التغيير في الأدوار أن تصبح زوجة المريض الفصامي هي العائل الوحيدة خالصة إذا كان في بداية المرض الحادة، وكى تنجح في النجاة بأفراد أسرتها والمحافظة عليها يجب عليها أن تقوم بمضاعفة جهدها داخل البيت وخارجها حيث يضاف على أعبائها كرية منزل أعباء أخرى تتمثل في توفير سبل المعيشة الضرورية، بالإضافة إلى المسؤوليات التعليمية والصحية وسبل الرعاية المختلفة للأبناء ، الأمر الذي يجعلها تسعى بكل ما تملك من جهد وقدرات ، كي تلبي احتياجات أسرتها.

فيعتبر مرض الزوج من الأحداث الحياء الضاغطة والتي ينتج عنها ضغوطات نفسية واقتصادية واجتماعية يضطرها ، في بعض الأحيان لأن يترك بعض أبنائها الدراسة والخروج إلى سوق العمل في سن مبكر، لضاللة ما تحصل عليه من معاش أو مساعدات وعدم وجود الدخل.

تعاني زوجة مريض الفصامي من مشكلات نفسية أبرزها الحرمان العاطفي ، نتيجة تبلد مشاعر الزوج المرضية وعدم الإحساس بها وتحملها المسؤولية الكاملة ومتختلف الضغوطات مما يعرضها لأمراض نفسية مثل الاكتئاب ومشكلات اجتماعية أبرزها الشعور بالوحدة وعدم الاندماج مع الغير، ومن الممكن أن يؤثر سلبا و عاطفيا على أبنائها ، لأن فقد الشيء لا يعطيه مثل حرمان الطفل من العلاقات الدافئة والطف والمودة ، وقد يغلب على تصرفاتها في التعامل مع أبنائها السلبية والجفاف وعدم الدفء بعكس الأمهات اللاتي لا يعاننن من ضغوطات أو مشكلات مع أزواجهن والتي يغلب عليها الانفعالات المرضية.

ثالثاً- تأثير مرض الزوج على الأبناء: في الوقت الذي يحتاج فيه الأبناء إلى النمو في كنف أسرة مستقرة، وإلى أب وأم يكمل أحدهما الآخر في تكامل يسهم في تكوين شخصية سوية للأبناء تؤهلهما لأن يكونوا أفراداً نافعين ومواطنين صالحين، لذا فإن مرض الأب بالفصام يمثل كارثة اجتماعية لهم حيث يضطرب الجو الأسري ويحاط الأبناء بجو اجتماعي يشعرون به بالقلق وعدم الاستقرار ، إذ يفقدون الثقة بأنفسهم والمحيطين بهم، فوصمة المرض التي يصف بها المجتمع المريض النفسي بالفصام يحرم أفراد الأسرة سبل العيش الكريم والحياة الاجتماعية الهادئة المستقرة.

رابعاً- تأثير مرض الزوج على أسرته: قد يتعرض أفراد أسرة المريض العقلي بالفصام إلى مضاعفات اجتماعية وأزمات اقتصادية بعد مرض عائلهم بالفصام مثل إحجام أفراد المجتمع عن الزواج ببناته وأبنائه ، بدعوى أن والدهم مريض عقلي ومن المترددون على مشافي الأمراض العقلية، بحيث ينعته المجتمع بكلمة مجنون، فتنكسر كرامة العائلة بإصابة رب الأسرة بمرض عقلي ، وأغلب الأحيان قد يتعرضون للنقد والتجريح والسخرية والتهكم في البيئات المجتمعية المختلفة مثل المدرسة، الجامعة، ومع الجيران، وقد تشكل هذه المضاعفات نوعا من الضغوط قد تؤدي في النهاية إلى تغير في الأدوار وانتكاسات قد تؤول به إلى اضطرابات نفسية.

مال المرض:

يمثل القدرة على التنبؤ بمصير ومال مرض الفصام أهمية قصوى للأسباب الآتية:

1- اختلاف الباحثين في تقديم نتائجهم بالنسبة للشفاء ؟ هل هو شفاء من الأعراض الإكلينيكية ؟ أم هو شفاء اجتماعي ؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء اجتماعي معا ؟

2- الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دورية وأحياناً يصبح مزمنا ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد (4) سنوات فقد يتحمل حدوث النكسة بعد (10) سنوات.

3- يختلف المرض في استجابته للعلاج تبعاً لنمط الفصام ونوعه.

4- تظل نسبة كبيرة من المرضى تعتمد لفترات طويلة على العلاج والعقاقير ولكن إذا توقفوا عن تناول العقاقير، فقد تحدث لهم انتكاسة، ولذا من الصعب تقييم مثل هذه الفئة.

5- يخلف مرض الفصام بعض الآثار بعد كل نوبة، وبالتالي إذا نظرنا إلى مال المريض بعد (5) أو (6) نكسات ، فهو يختلف تماماً على الفصامي الذي عانى من نوبة واحدة ، ويستخدم بعض الباحثين ما يسمى (قاعدة الأثاث) في وصف مال الفصام كالتالي:

- حوالي ثلث المرضى يتمكنون من الحياة بصورة شبه طبيعية.

- حوالي الثلث يعانون من أعراض مهمة مع استمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم في المجتمع.

- الثالث الأخير يعني من خلل شديد في وظائفه ، مما يتطلب دخوله المستشفى بصورة متكررة.

- هناك نسبة (من كل ما سبق) تبلغ حوالي 10% تحتاج إلى البقاء في دور العلاج طوال حياتهم (غانم، 2006: 153)

جدول (1)

مؤشرات المآل الحسن والسيء لمرض الفصام العقلي (العقابوي وأخرون، 1999: 128):

مآل سيء	مآل حسن
1- البداية في سن مبكر (أوائل المراهقة)	1- البداية في سن متأخرة.
2- البداية المتدرجة.	2- البداية الحادة.
3- المسار المتغير والمستمر.	3- المسار الدوريز.
4- الشخصية قبل المرض هشة ومنعزلة وحساسة ومنعزلة.	4- الشخصية قبل المرض ناجحة ودافئة عاطفياً واجتماعياً.
5- انخفاض نسبة الذكاء أو توجيهه إلى التحوصل على الذات بمكافأة ذاتية مطلقة، تساعد على إلغاء الآخر.	5- ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية.
6- وجود سوابق (تاريخ عائلي) حافل وخاصة بحالات فصام، تدهورات أو اضطرابات شخصية لها مضاعفات جسيمة.	6- وجود سوابق (تاريخ عائلي) سليم أو فيه اضطرابات عاطفية (دورية).
7- عدم وجود عامل مرسب (precipitating) للمرض ظهر هكذا فقط.	7- وجود عامل مرسب واضح هو الذي أظهر المرض.
8- وجود علامات وأعراض سلبية مثل ضحالة الوجдан وفقد الإرادة.	8- وجود علامات وأعراض إيجابية مثل الوهams (الضلالات) الزورية.
9- نمذجية الأعراض.	9- عدم نمذجية أعراض الفصام تماماً.
10- فقد المشاعر وانخفاض التعاطف الوجданى.	10- الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجданى (العاطفي).
11- الافتقار إلى جو أسري (اجتماعي) خازم ومسامح ومحتمل معاً.	11- وجود دعم أسري محسن وموفر للحنان في نفس الوقت.
12- التأخر في بداية العلاج.	12- العلاج مبكر.
13- العلاج أحادي الشكل مثل الاقتصر على العلاج بالحقن طولية المدى دون تأهيل، أو مثل الاكتفاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة.	13- العلاج التأهيلي المتكامل والمركز على استعادة العلاقة بالواقع وليس مجرد انخفاض الأعراض.

أهم العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في مصير الشيزوفرينيا:

- 1- **عمر الفرد عند بدء المرض:** كلما ظهر المرض في سن مبكرة قلت نسبة الشفاء، ومن أهم أسباب ذلك وهو عدم نضج الجهاز العصبي المؤثر في السلوك.
- 2- **مستوى القدرة العقلية:** ونقصد بذلك أن ذكاء الفرد له دور كبير في الشفاء.
- 3- **التكوين الجسمي:** نسبة الشفاء تزداد عند الأشخاص الذين يميلون إلى البدانة ، وتضعف نسبة الشفاء عند الأشخاص أصحاب الأجسام النحيفة، وهذا ما نلاحظه عند الشخص البدين إذ يتميز بالعظمة والنحيف يتميز بالاضطهاد.
- 4- **الشخصية:** يشفى المريض أحياناً كلما كانت شخصيته سوية عكس الشخصية الانطوائية.
- 5- **الحالة الاجتماعية الأسرية:** في حالة المشكلات المستمرة والعنيفة داخل الأسرة تؤثر تأثيراً كبيراً على المريض.
- 6- **العلاج المبكر:** إذا تم العلاج مبكراً ، فإن نسبة الشفاء تزداد أكثر و أفضل من الشخص الذي يعني من المرض مدة طويلة دون علاج (زغير، 2010: 268 - 269).
- 7- **التاريخ العائلي:** تتحفظ نسبة المريض في التحسن والشفاء إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام .
- 8- **العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض:** كثيراً ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية، وأن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل، نظراً لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض، أما في هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية وداخلية فتقل نسبة الشفاء ، حيث إن العامل البيولوجي و الوراثي يلعب دوراً مهماً .
- 6- **الأعراض الإكلينيكية:** يختلف مصير المرض تبعاً لنوع الفصام ، ويجمع البعض أن مآل الفصام الكاتاتوني البارنويدي أضل من الفصام الهيبيفريني ، ومن الأعراض المهمة التي تزيد من نسبة الشفاء ، وتشير إلى التحسن وجود أعراض وجданية قوية سواء أكانت اكتئاباً أم ابتهاجاً كذلك بعض تشوش الوعي، أما الأعراض التي تحمل مصيرًا سيئاً، فأهمها تبلد أو تجمد الانفعال، واحتلال الآنية والعالم الخارجي (بريج ، 2014: 81).

علاج الفصاميين:

يحتاج علاج الفصام إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة ، نظراً لأنَّه يتطلَّب مدة طويلة ويشمل جميع أوجه الحياة من ناحية طبية وإنسانية و اجتماعية واقتصادية.... الخ.

وأهم ما يواجه الطبيب بعد تشخيصه لمرض الفصام هو هل سيقبل المريض العلاج ؟ وهل يجب إدخاله إلى المستشفيات ؟ ينزعج الناس عند سماعهم أنَّ فلاناً دخل إحدى مستشفيات الأمراض النفسية وتتكسر كرامة العائلة عند دخول ابنته المستشفى، بل ويبدو في الظن أنها لن تتزوج مادام لها هذا التاريخ ، وإذا نظرنا للأمر بطريقة علمية لوجدنا على الفور أنَّ الفصام مرض يوازي أي مرض جسمى وله أسبابه الوراثية، والفيسيولوجية ومؤثراته الاجتماعية وليس للمريض أو العائلة ذنب كبير ، ولذا يجب تغيير مفهومنا عن المرض وعن كل الأمراض الذهانية حتى لا يشعر المريض أنه عالة وعبء على المجتمع ، وأن عليه الانزواء من المجتمع ، حتى لا يتهم أنه خريج مستشفيات الأمراض العقلية.

يتقبل معظم الفصاميين العلاج بصدر رحب بل ويطلب البعض مساعدته من اضطراب التفكير والسلوك والوجдан ، ويعتمد قبول المريض للعلاج على درجة استبصاره بمرضه، أما إذا فقد تبصره فسيرفض العلاج بشدة بل يهاجم من يتهمه بالمرض ، وهنا يجب إدخاله المستشفى للعلاج قبل استفحال المرض ، ويعالج الغالبية في العيادات الخارجية وفي وسط عائلاتهم ولا يدخل المستشفيات إلا الفتاة القليلة ذات الأعراض الحادة أو المزمنة وأهم الأسباب التي تجبر الطبيب على إدخال مريض الفصام المستشفى الآتي:

- 1- عدم استبصار المريض بأعراضه، ورفضه العلاج بشدة.
- 2- الفصام الحاد الكتاتوني.
- 3- محاولات الانتحار المتعددة.
- 4- العداون المستمر على الغير وتحطيم الأثاث.... الخ.
- 5- القيام بسلوك فاضح يهدد استقرار المجتمع أو العائلة.
- 6- رفض الطعام والشراب والخطورة على حالته الجسمية.
- 7- الحالة الاجتماعية للمريض ؛ كأن يكون وحيداً لا يمكن التأكد من انتظامه في العلاج أو لا تستطيع العائلة تحمله في المنزل..... الخ.
- 8- حالات الهياج الشديد أو الغيبوبة والانعزال المفرط (عكاشه، 1998: 312-313).

ونستطيع أن نقسم علاج الفصام إلى التالي:

أولاً - العلاج الوقائي:

تعتبر الوقاية من الفصام أهم الأمور بالنسبة للمعنيين بهذا المرض، فيما يلي ثلاثة أنواع من الوقاية، وهي:

1- **الوقاية الأساسية:** وهي تهدف لإزالة الأسباب المهيأة التي تؤدي إلى إمكان حدوث الفصام أو تزيد الاستعداد للإصابة به، سواء أكانت تلك الأسباب وراثية أم مهيأة.

2- **الوقاية ذات البعد الطولي:** وهي تهدف إلى مساعدة الفرد طوال حياته، وبخاصة في المرحلة المبكرة منها لتجنب الظروف، والأحداث، والأوضاع المستديمة التي من شأنها أن تعجل بمخاطر تحول ما قد كان إمكاناً أو تهيئاً للمرض إلى مرض عقلي.

3- **الوقاية وقت الأزمات:** وهي التي تحاول مساعدة الشخص ذي الاستعداد للفصام على تجنب أحداث ضاغطة من نوع خاص بمقدورها أن تسبب المرض (أحمد، 1991: 226).

ثانياً - التخطيط العلاجي:

لا يوجد في الطب النفسي عامة، وللفصام بدرجة خاصة أية أدوية سحرية يمكن أن تصحح الاضطراب الكيميائي المحدد الذي يمكن أن يعتبر مسؤولاً عن ظهور المرض.

لذلك فإن معالجة أي مريض فصامي هو تخطيط شامل وعلاجات متداخلة متكاملة في حدود فرص الواقع المتاحة.

و فيما يلي بعض معالم الخطة العلاجية:

1- الهدف من المعالجة هو ضبط النوبة الحادة بأسرع ما يمكن.

2- الحد من التعود على المرض وظهور المضاعفات.

3- التغلب على الإعاقة، وإزالة الأعراض وخاصة تلك التي تمثل خطراً على المريض أو المجتمع ، وإعادة تأهيل المريض الفصامي.

4- الحد من النكسات سواء بتقليل فرص حدوثها أم بتحويل نوعها أم بتقليل مدتها.

5- التأهيل لتعليم طريقة أخرى للتواجد في الحياة كما هي، مع الآخرين كما هم.

وتشمل الخطة العلاجية استعمال مختلف الوسائل العلاجية من فهم وتعاطف وتمريض وأدوية وجلسات وتنظيم إيقاع المخ، وكل ذلك بجرعات مناسبة وتوقيت دقيق (العقابوي وأخرون، 1999: 129).

ثالثاً - العلاج الدوائي: إن الأدوية المستخدمة في علاج الفصام (والتي لا يجب أن لا تستخدم إلا تحت اشراف طبيب متخصص) تقسم إلى عدة مجموعات من أكثرها استخداماً:

-**مجموعة المطمئنات الكبرى Major Tranquilizers** أو مضادات الذهان Antipsychotics ولهذه العقاقير تأثير ومفعول جيد ضد الضلالات والهلاوس والهياج وبقية الأعراض الحادة أو النشطة، ولكن تأثيرها على الأعراض السلبية والانسحابية قليل، لذلك قد يعالج المريض بالأدوية التي تكبح وتقمع الضلالات والهلاوس، ولكنه يتحول إلى إنسان شبه عاجز قليل الدافعية والإرادة عديم النشاط بطيء الحركة خامل الإحساس والوجودان، مما يتطلب ضرورة العلاج النفسي والاجتماعي والتأهيلي.

- دواء لتخفيض الضلالات والهلاوس خاصة في حالة الفصام البارانويا، ولكن تأثيره المهدئ محدود فقط يضاف إليه عقار آخر.

- كثير من المرضى يتم تحويلهم إلى دواء معين ويستمرون عليه سنوات ، ويتحقق معهم نتائج طيبة في أغلب الحالات (الصيخان، 2010: 128 - 129).

رابعاً - العلاج ألكهيريائي: ويستخدم هذا العلاج في بداية الفصام أو في الحالات الحادة المصحوبة بأعراض تخسيبه، أو مع حالات المرضى الذين يتسمون بالخمول والتبدد، أو حالات الفصام المصحوبة بأعراض الاضطراب الوجوداني، ولا تصلح في الحالات المزمنة، ويستخدم هذا العلاج بهدف تقليل جرعة مضادات الذهان (علي، 2010: 276).

خامساً - العلاج الجماعي: هذا النوع من العلاج يضم مجموعة من المرضى الفصاميين وفي وجود المعالج وتعتبر هذه المجموعة كأسرة أو نموذج صغير من المجتمع، وفي وجود المعالج وبإدارته يتم الحوار والمناقشة بين المرضى ، وت تكون لديهم علاقات اجتماعية ، مما يهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة عن العالم الخارجي، وباستمرار العلاج يتم عودة المرضى إلى الاتصال بالعالم الخارجي، مع تجنب التعرض في الحديث إلى اجترار الماضي وما فيه من مساوى، ولكن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى المعالج الماهر.

سادساً - العلاج بالعمل: ويهدف هذا النوع من العلاج أيضا إلى القضاء على عزلة المريض، وعدم تركه خالماً أو متمركزاً حول ذاته غارقاً في أوهامه وأحلام يقظته، وذلك بالحالة بالعمل

الذي يتناسب مع قدراته وإمكاناته الإنجاز فيه حتى نعيده إليه ثقته بنفسه، ويشعر بأنه شخص له مكانته في المجتمع، بالإضافة إلى اشغاله في العمل المنتج يبعده عن الفكير في أوهامه ويخلصه من التمرّكز حول الذات ويعيده إليه صلته بالعالم الخارجي ، وكلها أعراض موجودة لدى بعض الفصاميين (جبل، 2000: 218-219).

سابعاً - العلاج الاجتماعي: يدخل تحت العلاج الاجتماعي ما يسمى العلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي وعلاج الدفعة الكلية، والعلاج الاجتماعي عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المريض إما مؤقناً أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي إلى بيئة اجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسي السوي المنشود.

وهكذا نجد أن هدف العلاج هو تغيير وضبط البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي وجعلها بيئة اجتماعية علاجية سواء أكان ذلك في الأسرة أم المدرسة أم في المستشفى أم في العيادة النفسية أم في مؤسسة الإيداع أم في المجتمع بصفة عامة (علي، 2010: 283).

ثامناً - العلاج الأسري: وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج بإجراء مقابلات شخصية مع أفراد أسرة المريض، ويقوم بدراسة تطور الحالة من خلال أفراد الأسرة، ويمكن لأفراد الأسرة زيارة المستشفى لاستكمال المعلومات عن المريض.

تاسعاً - العلاج السلوكي: ويقوم هذا العلاج على تعديل السلوك، وقد أشار أصحاب هذا الاتجاه إلى أن مصطلح تعديل السلوك، يشير إلى عدد من الفنون التي تتميز بالتطبيق الصريح لمبادئ التشريط.

ويقوم العلاج السلوكي على استخدام عملية التشريط بكافة صورها في التعديل المباشر للسلوك غير المرغوب، وذلك لإقامة سلوك تواقي جديد من خلال مواقف التأثير الاجتماعي أثناء الجلسة العلاجية، وبدون التعامل مع الأسباب الكامنة وراء العرض المرضي.

ويمكن تطبيق المبدأ السلوكي في العلاج، حيث يتقبل المعالج سلوكاً معيناً بشكل تلقائي وبكافئ المريض عليه بالحب والفهم والانتباه، ويرفض سلوكاً مرضياً، ويحتفظ إزاءه، ويبعد عنه الطريق مباشراً أو غير مباشراً، ثم يتكرر ذلك فيعزز السلوك الإيجابي ، ويكف السلوك المرضي (الطيب، 1994: 467-468).

عاشرًا- العلاج المعرفي السلوكي:

هناك ثلاثة أهداف رئيسة لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الاضطرابات الذهانية يمكن عرضها كالتالي:

- تخفيف حدة الكرب والمشاعر السلبية والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية.
- تخفيف حدة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة .
- تدعيم المساهمة الفعالة للفرد في الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الاجتماعي ويقلل من احتمالية حدوث انتكasaة (محمد، 2000: 405).

حادي عشر - التأهيل:

التأهيل النفسي لمريض الفصام هو عملية إعادة المريض لممارسة حياته بأقرب صورة للوضع الطبيعي، وهذا يتم في برنامج خاص لكل مريض وحسب إمكانياته وثقافته ودراسته وعمله وشخصيته وعمره ومتطلبات حياته المستقبلية، والتأهيل لا يتم بمعزل عن المعالجة الدوائية والنفسية والاجتماعية بل مجموع هذه المعالجات مضافا إليها: -

- 1- اختيار نقاط القوة والضعف في شخصية وقدرات المريض.
- 2- التركيز على نقاط القوة وتعزيزها ونقط اهتمام المريض.
- 3- وضع برنامج يومي يشمل الرياضة، القراءة و الصلاة والاعتناء بالحاجات الخاصة والاهتمام بالنظافة الشخصية، والهندام والحمام، ومشاهدة التلفزيون والقيام بأعمال التسلية.
- 4- التركيز على تطوير مهنة للمريض مثل التعليم على النجارة أو الحدادة، أو تطوير المعرفة بالكمبيوتر والالتحاق بدورات مهنية أو علمية أو دراسة اللغات أو العمل على تشغيله في الزراعة والصناعة.
- 5- التركيز على الاجتماعات والنشاطات الجماعية للمرضى ؛ ومناقشة مشكلاتهم وطموحاتهم معاً ومع كادر المستشفى، وإعطاء المريض الحق في تقرير ما يرغب فعله ؛ واستغلال المناسبات كالأعياد أو أعياد الميلاد والأفراح لتعزيز الترابط الاجتماعي.
- 6- لا بد وأن يشمل التأهيل جلسات علاج عائلية، يتم فيها تعديل سلوكيات ومواقف العائلة من المريض ، وتحفيض النقد والعدوانية والتدخل الزائد، ومساعدة العائلة فيأخذ المواقف

المناسبة، ومعرفة متى يكون الحزم ومتى تطلب الشدة ومتى يمكن التساهل ؟ وهذا يتطلب عدة جلسات عائلية مع الطبيب المعالج أو أحد أطراف الفريق الطبي النفسي.

7- أحد وسائل التأهيل هو أسلوب يسمى (اقتصاد النقاط) وفيه يكون هناك نظام تشجيعي، يعمل الفريق الطبي في المستشفيات على أساسه وهو مبني على نظريات التعلم، فكل عمل إيجابي يقوم به المريض يحصل على نقاط توضع على لوحة، ويعطى قطعة معدنية لتنبيه المكتسبات، ويكون هناك تسعيرة واضحة لكل عمل يقوم به مثل نقطة لترتيب الفراش واثنتين لمساعدة مريض آخر، وثلاث للالتزام بالبرنامج اليومي، وأربع للمبادرات المهمة مثل احتفال بعيد ميلاد زوجته، وتوضع هذه كرصيد يستعمله في شراء ما يرغب مثل الخروج في إجازة الأسبوع مقابل خصم عشر نقاط ، وقد أثبتت هذا الأسلوب فاعليته في بعض المراكز ، خصوصا تلك التي ترعى مرضى مزمنين أقاموا في المستشفيات عشرات السنين ، وأصبحت السلبية واللامبالاة هي المشكلة المحورية عندهم (سرحان، 2000: 57-58).

النظريات المفسرة لمرض الفصام العقلي:

1- نظرية العلاج المعرفي السلوكي:

واضع هذه النظرية دونالد هريت ميكينبوم، يذكر هريت أن بداية نظريته أو نموذجه قد بدأت أثناء تدريبه في دراسته للدكتوراه بجامعة إيلينوم، فقد اشتمل هذا التدريب على العمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك باستخدام أساليب الاشتراط الإجرائي، وقد لاحظ هريت أن بعض المرضى كانوا يرددون العبارات نفسها أثناء المقابلات التبعية لتقدير فاعلية الطريقة حيث كانوا يقلون (تحدى حديثا صحيحا، كن متمسكا و ملائما)، وبذلك كانوا منخرطين في نوع الأحاديث الذاتية التلقائية، وقد خلص هريت إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغير الأنماط المعرفية ، وكذلك الخاصة بغزو السلوك ولكنه حذر في الوقت نفسه من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد، وقد استخدم هريت طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقلونها لأنفسهم على:

1. إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
2. تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء ، وأن يفكر قبل التصرف.
3. أسلوب معرفي باستخدام التخيل في البحث عن حل.

4. عبارات تقدير للذات.
5. مثال لاستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملامعتها.
6. عبارات تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الاستجابة (الدخول، 2010: 29).

وترى الباحثة: في تفسير نظرية العلاج المعرفي السلوكي حسب ميكينبوم، فقد استخدم أسلوب الاشتراط الإجرائي لتدريب وتنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك من خلال ترديد الأحاديث الذاتية التلقائية المدعمة والإيجابية للنفس وذلك لتغيير وتعديل الأنماط المعرفية والسلوكية ، ولكنها لم يتأكد من فاعلية هذه الطريقة بعد.

3- النظرية السلوكية لبافلوف:

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظرًا لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادبة حادة ، وتوؤدي وبالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ. وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف، فنوبات الهياج في الكتالونية مثلا تحدث في الحالات التي يكون الكف عندها في القشرة فقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة ، لذلك تكون حركات الكتالوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة. ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساسية فيها هو ضعف خلايا المخ ، والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ، واحتلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية ، أما سبب هذا التسمم فليس معروفا حتى الآن، وقد أثبتت البحث الميكروسكوبية للمخ وجود اختلالات عضوية فيه (جودة، 2008: 39).

وترى الباحثة: بأن النظرية السلوكية لبافلوف فسرت الفصام من خلال ضعف خلايا المخ عند الفصامي والتي تجعل المنبهات العادبة حادة ، مما يؤدي إلى تكوين وانتشار الكف الوقائي في المخ، حيث تتوقف الصورة الإكلينيكية على مدى وقوف عملية الكف.

4- نظرية التحليل النفسي:

تفسر ظهور مرض الفصام بأنه نتاج الصراع الشديد بين القيم والمثل في الأنماط الأعلى ودوافع الهو القيمية التي تناقض معايير المجتمع، ومما يضعف (الأنماط) وسيطرتها على الشخصية ويختلف صراعا مستمراً بينه وبين العالم الخارجي، مما يؤدي إلى انفصام الفرد عن الواقع الذي يعيش فيه، ومما يؤدي إلى انسحاب الطاقة الليبية من العالم الخارجي إلى

الداخل ويتمركز حول ذاته ويتجنب العلاقات الشخصية ويصبح انطوائياً، ويفشل في التوافق مع البيئة الاجتماعية وبذلك يصاب بمرض الفصام (جبل، 2000: 212).

وتري الباحثة: بأن فرويد فسر الفصام بالصراع المستمر بين دوافع الهو والأنا الأعلى مما يؤدي إلى ضعف الأنما وتنافضها ، مما يجعلها في صراع مستمر مع العالم الخارجي ، وهذا يؤدي إلى انفصال الفرد عن الواقع الذي يعيش فيه وتمرزه حول نفسه.

5- النظريات الاجتماعية:

هناك كثافة عالية من الفصاميين في الأحياء والتجمعات الفقيرة من المدن، وفي المناطق الأخرى ربيئة الخدمات، وقد قاد ذلك إلى نظريتين متضاربتين: تقول الأولى التي تدعى بنظرية (الانحراف للأسف) أن الفصاميين ينحدرون إلى هذه المناطق ، لأنهم غير أكفاء اجتماعياً واقتصادياً. أما الثانية فتفادها أن هذه المناطق (تفريخ) الفصاميين، لأن سكانها محملون بمشكلات اجتماعية واقتصادية شديدة. وبكلمة أخرى، لم يحقق الفصامي النجاح مطلقاً. لكنني أعتقد أنه يبدو أكثر ترجيحاً لو قلنا إن الذين يصابون بالفصام يميلون للانتقال إلى المناطق التي تؤمن العزلة والتجهيزات غير الملائمة.

وتؤكد بعض الدراسات على ترافق الفصام مع المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، إن القيود الاجتماعية والاقتصادية تمنع تحقيق الإشباع الأساسي، فالفقر والازدحام قد يكونان إذن من العوامل التي تسبب كرياً أكبر ونقص مرونة في اختيار الشخص لكرب وبشكل عام يعتقد الباحثون أن هناك حدوثاً أكبر لتفكك العائلات لمناطق المنخفضة اقتصادياً واجتماعياً (إبراهيم، 2011: 103).

وتري الباحثة: بأنه النظريات الاجتماعية فسرت الفصام إلى نظريتين متضاربتين الأولى سميت بالانحراف للأسف: والتي أرجعت الفصامي إلى أنه ينحدر إلى مناطق فقيرة من المدن ومناطق ربيئة الخدمات، لأنهم غير أكفاء اقتصادياً واجتماعياً، والنظرية الثانية أرجعت الفصام إلى أن مناطق الفقر الخدمات الربيئة مناطق تفريخ للفصام، لأن سكانها ملئون بمشكلات اقتصادية واجتماعية والفصامي لا يحقق النجاح مطلقاً في حياته.

6- نظرية واين وسنجر1965:

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط لتفكير و الاتصال بين عائلات الفصاميين شبيهة لما يحدث في المرضى لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض إذا درست العائلة بأكملها، وتفسر هذه النظرية نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة مع اكتساب

اضطرابات التفكير من العائلة مما يعجز بدورها الاستعداد الوراثي، وبهذا يكون الطفل المهيأ للفصام سبئ الحظ لسبعين أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبي ومورثات لها الاستعداد للفصام وثانيها أنه ينشأ في بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام (عكاشه، 1998: 257).

وتري الباحثة: بأن واين وسنجر فسرا الفصام على احتمالية وجود سببين للمرض أولهما بأن الطفل قد يكون مهيأً وراثياً لوجود المرض والثاني ينشأ من خلل البيئة التي تكسب أعراض الفصام.

7- التفسير المضاد للطب النفسي للفصام عند لانج وساز:

الفصام هو أحد أنواع الاغتراب الذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه الإنسان بطريقة وحشية عنيفة، فالفصام لقب يسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة.

الإنذار: لا يوجد شفاء من الفصام، ولكن يمكن السيطرة على المرض بالعقاقير المضادة للنفاس، معالجة المريض المبكرة والمستمرة هي المفتاح لتبييض الأعراض المزعجة وإنقاص الخلل الاجتماعي، ويحدث المرض لدى المريض آثار مستمرة لفترة طويلة منها: المأساة الشخصية التي تحدث بسبب مهاجمة الفصام للصفات المميزة للإنسان، انخفاض القدرة على اختبار المشاعر، فقد المهارات الاجتماعية أو مدارسهم أو أعمالهم، انخفاض القدرة على التواصل مع الناس، انخفاض رغباتهم الجنسية والملذات بشكل عام.

يتضمن الفصام الحاد خلل عدة سنوات انتكاسات وانقباضات في حدة المرض أو يتحول إلى مرض مزمن 25% تقريباً من مرضى الفصام يحاولون الانتحار في بعض مراحل حياتهم وحوالي واحدة من كل عشر محاولات تنجح، يشكل هذا المرض 50% من حالات الدخول إلى المستشفى باضطرابات صحية حادة و 60% منهم يبقون في المستشفى لمدة ستة أشهر بعد ذلك أن 25% من الذين يحضرون بالهجمة الأولى سوف يشفون بشكل كامل خلال أشهر قليلة، و 50% يشفون ولكن تتكرر الهجمات بشكل دوري خلال حياتهم، و 25% سوف يبقون بشكل دائم معاقين ويحتاجون إلى معالجة شديدة ثابتة برفاق الفصام بوصمة عار كبيرة، والأعراض الإيجابية للمرض ميالة تكون غريبة وصعبة الفهم، ويدفع المرضى وعائلاتهم ثمناً مثيراً للشفقة والعاطفة بسبب الفهم السيئ لهذا المرض (الخليل، 2001: 71).

وتري الباحثة: بأن لانج وساز في تفسيرهما للفصام رأوا بأنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي ، وإن الحل الأمثل شمولية تحت إطار اجتماعي وإنساني، وتتلخص هذه النظرية بأن الفصام هو أحد أنواع الاغتراب الذي يسقطه البعض على الآخر تحت ظروف

اجتماعية معينة و لا يمكن شفاء الفحص و السيطرة على المرض إلا بالعقاقير ، والتدخل المبكر للمرض يؤدي إلى تخفيف الأعراض المزعجة، وإنفاس الخلل الاجتماعي، ويعكس المرض آثاراً مستمرة لفترات طويلة مثل تبدل المشاعر ونقص المهارات الاجتماعية أو مدارسهم وأعمالهم، وإنخفاض في التواصل الاجتماعي والرغبات الجنسية والملذات بشكل عام.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات التي لها علاقة بموضوع الدراسة العربية والأجنبية.
- التعليق العام على الدراسات السابقة.
- أوجه التميز للدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الدراسة، وستقوم الباحثة بعرض الدراسات التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة التي اشتملت على، العلاج بحل المشكلات، الضغوط النفسية، الفضام العقلي، وذلك للاطلاع على آخر ما توصلت إليه الدراسات السابقة والأبحاث ذات الصلة بموضوع الدراسة، كما يتناول هذا الفصل تعليق الباحثة على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، وأوجه التميز عن الدراسات السابقة.

أولاً- الدراسات السابقة التي تناولت العلاج بأسلوب حل المشكلات:

1- دراسة (Mikami, K. ; et. Al, 2014)

عنوان: الوقاية من اضطراب القلق العام بعد الجلطة الدماغية باستخدام علاج إسيتالوبرايم أو العلاج بحل المشكلات.

هدفت هذه الدراسة إلى إختبار فاعلية العلاج المضاد للاكتئاب لمنع حدوث اضطراب القلق العام بين المرضى المصابين بجلطة دماغية حديثة ، وقد تكونت عينة الدراسة من (149) مريضاً تم وضعهم عشوائياً في المجموعة العلاجية تتراوح أعمارهم ما بين 50 - 90 سنة، ولا يوجد لديهم اضطراب القلق العام أو الاكتئاب في الزيارة الأولى، ولا يوجد لديهم عجز في التعبير اللغوي. وقد تم استخدام المنهج التجريبي- دراسة المقارنة، حيث تم تعيين أفراد العينة عشوائياً بدون معرفة الباحثين على مجموعة العلاج بعقار إسيتالوبرايم والذي تم اختياره ، لأنه يوصف لحالات القلق والاكتئاب على حد سواء (عدد=47)، ومجموعة العقار الوهمي (عدد=49) لمدة 12 شهراً، والمجموعة الأخيرة بمعرفة الباحثين على العلاج بحل المشكلات على مدار 12 جلسة (عدد=53). وقد تم استخدام الدليل التشخيصيالأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الرابعة (DSM-IV) لتشخيص اضطراب القلق العام. وقد دلت النتائج على أن نسبة اضطراب القلق العام في مجموعة العقار الوهمي كانت 18.4% بواقع 9 حالات، وفي مجموعة العلاج بعقار إسيتالوبرايم 4.3% بواقع حالتين، ومجموعة العلاج بحل المشكلات 5.7% بواقع 3 حالات. وقد تم الاستنتاج أنه خلال السنة الأولى بعد الجلطة الدماغية الحادة تم الوقاية من اضطراب القلق العام بفاعلية بواسطة عقار إسيتالوبرايم أو العلاج بحل المشكلات.

-(Garand, L. , et. Al, 2014) دراسة 2

عنوان: فعالية العلاج بحل المشكلات على نتائج الصحة النفسية لمقدمي الرعاية من عائلة المرضى المشخصين حديثاً بالخلل المعرفي الخفيف أو الخرف المبكر.

هدفت هذه الدراسة لتقدير تأثيرات العلاج بحل المشكلات على الصحة النفسية، والذي صمم لمقدمي الرعاية للمرضى المشخصين حديثاً بالخلل المعرفي الخفيف أو الخرف المبكر. وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة وسبعين من مقدمي الرعاية للمرضى (43 مريضاً بالخلل المعرفي الخفيف، و 30 مريضاً بالخرف المبكر)، وقد تم استخدام المنهج التجريبي - دراسة المقارنة، حيث تم تعين مقدمي الرعاية في مجموعة تلقت العلاج بحل المشكلات ومجموعة المقارنة التي تلقت تقييفاً غذائياً، وقد تم تقييم مستوى الاكتئاب والقلق والتوجه نحو حل المشكلات لديهم بعد شهر، 3 أشهر، 6 أشهر، و12 شهراً من التدخل. وقد أظهرت النتائج عموماً أن العلاج بحل المشكلات كان تدخلاً سهلاً، وفي متناول مقدمي الرعاية لكتاب السن الذين لديهم خلل معرفي حديث، وبالمقارنة لمجموعة التقييف الغذائي فإن العلاج بحل المشكلات أدى إلى انخفاض أعراض الاكتئاب بصورة دالة، وتحديداً بين مقدمي الرعاية لمرضى الخرف المبكر. كما أن العلاج بحل المشكلات أدى إلى انخفاض مستويات القلق أيضاً، وأدى إلى تقليل التوجه السلبي نحو المشكلات. وقد خلصت الدراسة إلى أن تعزيز مهارات حل المشكلات المتعلمة مبكراً بعد مرض شخص عزيز باختلال معرفي (خصوصاً خرف الشيوخة)، يؤدي إلى نتائج إيجابية على الصحة النفسية لمقدم الرعاية الجديد من العائلة.

: (McMurran, M. , et al,2011) دراسة -3

عنوان: التثقيف النفسي مع العلاج بحل المشكلات للراشدين المصابين باضطراب الشخصية.

هدفت هذه الدراسة إلى تقويم الفعالية الاكلينيكية والمادية للتنقيف النفسي والعلاج بحل المشكلات على عينة مجتمعية من الراشدين المصابين باضطراب الشخصية، وفي نهاية الفترة العلاجية يتم مقارنتهم بمجموعة ضابطة، وقد تكونت العينة من (340) رجلاً وامرأة، وقد كان مجتمع الدراسة المستهدف من الراشدين القاطنين في المجتمع والذين لديهم اضطراب واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية وفقاً لاختبار اضطراب الشخصية العالمي (IPDE)، والذين يزيد أعمارهم عن (18) سنة، وينكلمون الإنجليزية بطلاقة، ويستطيعون تقديم موافقة مكتوبة

على المشاركة في الدراسة، وقد تم استبعاد الذين لديهم اضطرابات ذهانية تؤثر على الأداء الوظيفي، والذين لا يجيدون الكتابة، والمتربدين في المشاركة في البرنامج العلاجي، والمشاركين في برنامج علاجي أو دراسة أخرى أثناء فترة التجربة. وقد تم استخدام المنهج التجريبي - دراسة المقارنة حيث تم توزيع أفراد العينة عشوائياً على المجموعة العلاجية والمجموعة الضابطة بالعلاج المعتاد، وقد تم استخدام مقاييس الأداء الاجتماعي في التقويم. وقد أظهرت النتائج تحسناً في جانبين أو أكثر من الأداء الاجتماعي في المتابعة بعد (72) أسبوعاً، وكان هذا التغير ذات دلالة إكلينيكية. وقد أثبتت النتائج أن العلاج بحل المشكلات هو تدخل فعال واقتصادي وسهل الوصول إليه للناس الذين يعانون من اضطراب الشخصية.

4- دراسة (Rodewald, K., et.al., 2011):

عنوان: **الخطيط والتدريب على حل المشكلات لمرضى الفصام.**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ما إذا كان التخطيط والتدريب على حل المشكلات هو أكثر فعالية في تحسين القدرات الوظيفية لمرضى الفصام من برنامج تدريبي لمعالجة الوظائف المعرفية الأساسية. وقد تكونت عينة الدراسة من تسعه وثمانين من مرضى الفصام تم توزيعهم بشكل عشوائي إلى مجموعة التدريب على التخطيط وحل المشكلات بمساعدة الحاسوب أو التدريب على الوظائف المعرفية الأساسية. وقد تم استخدام المنهج التجريبي - دراسة المقارنة وشملت دراسة نتائج ثلاثة مقاييس لمتغيرات التخطيط والقدرة على حل المشكلات وكذلك القدرات الوظيفية، والتي يمثلها أداة قياس شاملة للنتائج الوظيفية. وقد أظهرت النتائج تحسن مجموعة التخطيط والتدريب وحل المشكلات بقوة على مقاييس واحد للتخطيط وحل المشكلات أكثر من مجموعة التدريب على الوظائف المعرفية الأساسية، في حين أن المقياسين الآخرين من التخطيط لم يظهرا تأثيراً فارقاً. وقد تحسن المشاركون في كلتا المجموعتين بمرور الوقت في القدرات الوظيفية. ولم يكن هناك أي تأثير فارق للتدخلات على القدرة الوظيفية. واستنتجت الدراسة بأنه لا يمكن تأكيد وجود تأثير فارق في استهداف الوظائف المعرفية المحددة على القدرة الوظيفية، بينما تشير الفروقات البسيطة على نتائج المتغيرات المعرفية إلى وجود إمكانية للآثار الفارقة. وهذا لا بد من معالجته في إجراء مزيد من البحث بما في ذلك برامج أطول للعلاج في مواقع أخرى.

5- دراسة (Hopko, D. R., et. Al., 2011) :

عنوان: **التنشيط السلوكي الموجز والعلاج بحل المشكلات لمريضات سرطان الثدي المصابات بالاكتئاب: تجربة عشوائية.**

هدفت هذه الدراسة لاختبار الفوائد المتوقعة من العلاج التنشيطي السلوكي لدى المرضى المصابين بالاكتئاب من خلال تجربتين صغيرتين. وقد تكونت عينة الدراسة من (80) سيدة قوقازية مصابة، بسرطان الثدي ذات مستوى تعليمي جيد ، وقد تم استخدام المنهج التجريبي في الدراسة حيث تم تطبيق اختبار التجربة الإكلينيكية عشوائياً لمعرفة مدى فاعلية (8) جلسات من العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب مقارنةً بالعلاج بحل المشكلات، وقد تم تقييم النتائج الأولية بواسطة مقاييس الاكتئاب، والتعزيز البيئي الإيجابي ، والقلق ، وجودة الحياة، والدعم الاجتماعي، والنتائج الطبية. نتائج كلتا الطريقتين أظهرتا السلامة العالية للعلاج، ورضا المريض الممتاز للبروتوكول العلاجي، وانخفاض معدل التناقض في عينة الدراسة (19.%) ، وقد بين التحليل الإحصائي أن كلا العلاجين كان فعالاً، مع وجود مكاسب علاجية واضحة في الاختبارات القبلية والبعديّة على كل المقاييس، وكانت المكاسب لكل من العلاجين ذات حجم تأثير قوي بناءً على معايير الاستجابة والشفاء، حيث أظهر $\frac{4}{3}$ المرضى تحسناً إكلينيكياً واضحاً، ولم توجد فروق ذات دلالة بين المجموعتين في المكاسب التي تم الحصول عليها بعد العلاج خلال فترة 12 شهراً من المتابعة، مع بعض الدعم للثبات العالي في المكاسب لدى مجموعة العلاج التنشيطي السلوكي. وقد استنتجت الدراسة أن العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب و العلاج بحل المشكلات تمثل التدخلات العملية التي قد تحسن النتائج النفسية وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي المصابين بالاكتئاب.

6- دراسة (Areán, P. A. , et. al. 2010) :

عنوان العلاج بحل المشكلات و العلاج التدعيي لكتار السن المصابين بالاكتئاب و وضعف الأداء التنفيذي .

هدفت هذه الدراسة لتحديد مدى فاعلية العلاج بحل المشكلات لكتار السن المصابين بالاكتئاب وضعف الأداء التنفيذي، وكان مجتمع الدراسة من (653) فرداً فوق (60) سنة من المرضى غير المستجيبين للأدوية المضادة للاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (221) ممن وافقوا معايير الاختيار للدراسة وتم تشخيصهم بالاكتئاب وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الرابعة (DSM-IV). وتم استخدام المنهج التجريبي - دراسة

المقارنة، حيث تم تعديل العلاج بحل المشكلات لتكون في متناول هذه الفئة، وقد تم توزيع أفراد العينة عشوائياً على مجموعة العلاج بحل المشكلات ومجموعة العلاج التدعيمي على مدار (12) جلسة أسبوعية، وتم تقييمهم في الأسابيع الثالث، وال السادس، والتاسع، والثاني عشر. وقد أظهرت النتائج انخفاضاً في مستوى الاكتئاب عند الأسابيع الستة الأولى عند مجموعة العلاج التدعيمي، ولكن عند الأسبوع التاسع حتى الأسبوع الثاني عشر أظهرت مجموعة العلاج بحل المشكلات انخفاضاً أكبر في شدة الأعراض، ومعدلات شفاء أعلى من مجموعة العلاج التدعيمي، حيث كانت نسبة الشفاء عند الأسبوع التاسع 37.9% لمجموعة العلاج بحل المشكلات، و 21.7% لمجموعة العلاج التدعيمي، أما في الأسبوع الثاني عشر فقد كانت نسبة الشفاء 45.6% لمجموعة العلاج بحل المشكلات، و 27.8% لمجموعة العلاج التدعيمي. وقد أسفر العلاج بحل المشكلات عن استجابة واحدة إضافية أو تحسن على العلاج الداعم بنسبة 4.6-5.4. من المرضى بحلول نهاية التجربة. و تشير هذه النتائج إلى أن العلاج بحل المشكلة فعال في الحد من أعراض الاكتئاب و يؤدي إلى الاستجابة للعلاج والتحسين في عدد كبير من المرضى من كبار السن الذين يعانون من الاكتئاب وضعف الأداء التنفيذي. والقيمة الإكلينيكية لهذه النتائج أن العلاج بحل المشكلات قد يكون بديلاً علاجياً لمجتمع المرضى من كبار السن من المحتمل أن لا يستجيبوا للعلاج الدوائي.

7- دراسة (Huband, N. , et al, 2007)

عنوان: العلاج بحل المشكلات يحسن الأداء الاجتماعي للناس المصابين باضطراب الشخصية.

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر العلاج بحل المشكلات في تحسين الأداء الاجتماعي للمصابين باضطراب الشخصية. وقد تكونت عينة الدراسة من (176) البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18-65 عاماً من شرق المملكة المتحدة المصابين باضطراب في الشخصية وفقاً للدليل التشخيصيالأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الرابعة (DSM-IV). وقد تم استخدام المنهج التجاري- دراسة المقارنة، حيث تم إشراكهم في جلسات العلاج بحل المشكلات الجماعية بمعدل جلسة لمدة ساعتين أسبوعياً لغاية 16 جلسة، بالإضافة إلى 3 جلسات تقييف نفسي كل جلسة لمدة ساعة، أو وضعهم في المجموعة الضابطة. وقد تلقى المرضى في المجموعتين علاجهم المعتاد. وقد تم تطبيق قائمة حل المشكلات الاجتماعية المنقحة، واستبيان الأداء الاجتماعي في نهاية فترة العلاج على أفراد المجموعتين. وقد أظهرت

النتائج أن العلاج بحل المشكلات والتنقيف النفسي قد حسّن القدرة على حل المشكلات، والأداء الاجتماعي مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد نهاية العلاج.

8- دراسة (Chen, S. U. , et. , al., 2006)

عنوان: **تأثير العلاج المعرفي السلوكي على الاكتئاب: دور تقييم حل المشكلات.**

هدفت دراسة تشن وأخرين لاستكشاف آليات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب من خلال تقييم قدرة الأفراد على حل المشكلات، وقد تكونت عينة الدراسة من (30) فرداً يعانون من الاكتئاب من خلال مشاركتهم في برنامج علاجي مكثف في العيادة الخارجية لمستشفى الأمراض النفسية في مدينة مزد بولاية تكساس الأمريكية. وقد تم استخدام المنهج شبه التجريبي في الدراسة بتطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على أفراد العينة واستخدام الاختبار القبلي والبعدي. حيث تم استخدام مقياس القلق والاكتئاب للو فيند ولو فيند (Lovibond & Lovibond, 1995) ، وكذلك تم استخدام مقياس قائمة حل المشكلات لهبرنر وبيرسون (Heppner & Petersen, 1982) ، وتم تطبيق الاختبار القبلي قبل الشروع في برنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي استغرق ساعتين يومياً لمدة خمسة أيام متتالية، وتم تطبيق الاستبيانات ذاتها بعد انتهاء البرنامج. وقد أكدت النتائج فرضية البحث أنه كلما حسن الأفراد من قدرتهم على تقييم حل المشكلات كلما قل مستوى الاكتئاب لديهم. بالإضافة لذلك تم اكتشاف أن الناس الذين لديهم قدرات أضعف في تقييم حل المشكلات قبل برنامج العلاج المعرفي السلوكي، قد أظهروا تحسناً أكبر بالنسبة لحالة الاكتئاب، وقدرات أكبر في تقييم حل المشكلات بعد برنامج العلاج المعرفي السلوكي. ونستنتج إجمالاً أن تقييم حل المشكلات لعب دوراً مهماً في العلاج المعرفي السلوكي لتقليل الاكتئاب، إضافة لذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير كبير في تحسين تقييم الفرد لحل المشكلة.

9- دراسة (Eskin, M. , Akoglu, A. & Uygur, B , 2006)

عنوان: **أحداث الحياة الصادمة ومهارات حل المشكلات لدى مرضى العيادات الخارجية النفسية: وعلاقتها بالسلوك الانتحاري.**

هدفت هذه الدراسة لفحص انتشار حوادث الحياة الصادمة، ومستوى مهارات حل المشكلات، وعلاقتها بالسلوك الانتحاري لدى مجموعة من مرضى العيادات الخارجية النفسية. وقد تكونت عينة الدراسة من (121) مريضاً (57% إناثاً و 43% ذكوراً). وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، وقد تم تحليل النتائج باستخدام اختبار t -t، واختبارات

كابين التربيعية، وتحليل المتغير أحادي الاتجاه، والتحليل الارتدادي المنطقي المتعدد. وقد أظهرت النتائج أن 43.2% من المرضى و 47.8% من المريضات سجلوا بأن لديهم أفكاراً انتحارية، بينما سجل 28.7% من المرضى 29.7% من المريضات بأنهم حاولوا الانتحار، بينما تعرض 75.4% من أفراد العينة لحدث حياتي ضاغط واحد على الأقل، وفي المتوسط تعرض أفراد العينة لحوادث صادميين (الانحراف المعياري = 1.7)، وأظهر تحليلان ارتداديان بأن ضعف حل المشكلات شكل عاملًا تنبؤياً مستقلاً لكلٍ من الأفكار والمحاولات الانتحارية، حيث وجدت كلٌ من الأفكار والمحاولات الانتحارية بصورة أكثر تكراراً بين الأشخاص الذين لديهم ضعف في حل المشكلات، والذين تعرضوا لحوادث الحياة الصادمة أيضًا. وقد استنتجت الدراسة أن السلوك الانتحاري وحوادث الحياة الصادمة شائعة بين مرضى العيادات الخارجية النفسية.

10- دراسة (McDonagh, A. ;et. al., 2005)

عنوان: **تجربة عشوائية في العلاج المعرفي السلوكي بحل المشكلات لاضطراب كرب ما بعد الصدمة المزمن للسيدات الناجيات من الاعتداء الجنسي في الطفولة.**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي المتمثل بالعلاج بحل المشكلات مقارنةً بالعلاج المتركز حول الواقع الحالي في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة للناجيات من الاعتداء الجنسي في الطفولة. وقد تكونت عينة الدراسة من (74) سيدة تعرضت للاعتداء الجنسي في الطفولة في سن (5-16) سنة، وقد تم استبعاد السيدات اللاتي يتعاطين أي علاج يؤثر على الجهاز العصبي، والحوامل، ومربيات القلب وضغط الدم، ومربيات الهوس والفصام وغيرها من المراض النفسي، والمدمنات، واللاتي حاولن الانتحار، واللاتي على علاقة حالية مع المعتدي جنسياً. وقد تم استخدام المنهج التجريبي- دراسة المقارنة، حيث تم تعين أفراد العينة على ثلاث مجموعات، مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بحل المشكلات ومجموعة العلاج المتركز حول الواقع الحالي ، أما المجموعة الثالثة الضابطة (مجموعة قائمة الانتظار) فقد تم تخميرهم بين العلاجيين بعد انتهاء فترة تقييم مدتها (14) أسبوعاً. وقد تم استخدام مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لويذرز وكين دافيدسون وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركين في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بحل المشكلات كانوا أكثر قابلية من مجموعة العلاج المتركز حول الواقع الحالي في التعافي من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بينما كانت كلتا المجموعتين العلاجيتين أعلى من مجموعة قائمة الانتظار في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

11- دراسة (Hegel, M. , T. , et. , al, 2004):

عنوان: تدريب مرضى الاكتئاب على العلاج بحل المشكلات.

الهدف من الدراسة فحص إمكانية تعليم مرضى الاكتئاب في برنامج طب العائلة على العلاج بحل المشكلات في الرعاية الأولية، وقد تم استخدام المنهج الشبه التجريبي في الدراسة، وذلك بتطبيق برنامج تدريسي موجز للعلاج بحل المشكلات في الرعاية الأولية على (11) مريضاً لمدة 3 سنوات متتالية، وقد تم دمج مهارات حل المشكلات في ممارساتهم اليومية بعد فترة المعايشة. . وقد تم تقييم المشاركين على المهارات المكتسبة باستخدام مقاييس مهارات علاج وحل المشكلات المعد ذاتياً من قبل الباحثين، و كذلك قياس التغيرات في الفاعلية الذاتية باستخدام مقاييس الفاعلية الذاتية في تشخيص وعلاج الاكتئاب لجيري وأخرين (Gerry, M. et. al. 2001) ، وقياس الرغبة في تحسين الرعاية التي يتلقونها للاكتئاب باستخدام مقاييس الرغبة في تغيير رعاية مريض الاكتئاب لجيري وأخرين (Gerry, M. ,S. , et. al. 2001). وأظهرت النتائج أن المتدربين قد وافوا معايير الكفاءة في حل المشكلات، وتحسنت مستويات الفاعلية الذاتية لديهم في معالجة الاكتئاب إلى مستويات متوسطة إلى عالية، ويشمل ذلك مهارات الإرشاد والرغبة في علاج الاكتئاب. وقد أوصوا بتدريب مرضى آخرين على نفس البرنامج.

12- دراسة (McAuliffe, C. , et. al., 2003):

عنوان: خطر الأفكار الانتحارية المصحوبة بالقدرة على حل المشكلات: التوجه نحو السلوك الانتحاري عند طلبة الجامعات.

هدفت دراسة مكولفي وأخرين لفحص خطر الأفكار الانتحارية طوال الحياة المصحوبة بالقدرة على حل المشكلات، والتوجه نحو السلوك الانتحاري عند عينة من (328) طالباً وطالبة جامعية (41% ذكور و 59% إناث). وكان معدل الاستجابة 77% بناءً على العدد الإجمالي للطلبة المسجلين في المساقات ذات العلاقة. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي حيث تم توجيهه سلسلة من الأسئلة إليهم حول الأفكار الانتحارية طوال الحياة، بينما تم قياس حل المشكلات والتوجه نحو الانتحار باستخدام مقاييس حل المشكلات ذاتي التعبئة لمكليفي (McLeavey, 1986) وأربعة مقاييس فرعية لاستبيان الآراء حول الانتحار لدومينو وآخرين (Domino et al. , 1989) وقد كان لدى ثلث الطلاب الذين تم إجراء المسح عليهم أفكار انتحارية في حياتهم، وقد كان كلا الجنسين متشابهين في تاريخهم من حيث وجود

الأفكار الانتحارية، باستثناء حل المشكلات والتوجه نحو السلوك الانتحاري ، حيث إن الطلاب الذكور كان لهم توافق أكبر مع التوجه بأن السلوك الانتحاري ينقصه الإرادة الحقيقة. وقد تم مقارنة 2% من الطلاب الذين لديهم أفكار انتحارية بالطلاب الذين ليس لديهم أفكار انتحارية، و قد قرر ربع من لديهم خطط انتحارية أنه من المحتمل أنهم سوف يحاولون الانتحار في وقتٍ ما من حياتهم، وكانت الموافقة الأكبر بأن السلوك الانتحاري طبيعي مرتبطةً بالزيادة الدالة بخطر حمل الأفكار الانتحارية، بينما كان ضعف القدرة على حل المشكلات مرتبطةً بتدني الموافقة على التوجه بأن السلوك الانتحاري يرتبط بالمرض النفسي.

13- دراسة (Alexopoulos, G. S. , et. al., 2003)

عنوان: العلاج بحل المشكلات مقابل العلاج التدعيي لاكتئاب المسنين المصابين بعجز في الوظائف التنفيذية.

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية العلاج بحل المشكلات والعلاج التدعيي في عينة من المسنين الذين لديهم عجز في الوظائف التنفيذية، وقد تم استهداف هذه المجموعة لأنها أظهرت استجابة ضعيفة للعلاج الدوائي. وقد بلغ عدد أفراد العينة (25) من المسنين من مرضى الاكتئاب الكبار في السن، الذين لديهم درجات ضعيفة في البدء والاستمرارية في أداء المهام. وقد تم استخدام المنهج التجريبي في الدراسة، حيث تم توزيعهم بطريقة عشوائية للتلقي جلسات أسبوعية في العلاج بحل المشكلات والعلاج التدعيي لمدة (12) أسبوعاً، وقد تم تقويم أفراد العينة بواسطة مقومين لا يعرفون فرضيات الدراسة. وقد أظهرت النتائج أن العلاج بحل المشكلات كان أكثر فاعلية في تحسن الاكتئاب و تقليل أعراض الاكتئاب والإعاقة من العلاج التدعيي. ولقد اتضح جزء أساسي من التغيير في مستوى الاكتئاب والإعاقة من خلال تحسن أفراد العينة في مهارات خلق البديلات واتخاذ القرار. ولقد استنتجت الدراسة أن العلاج بحل المشكلات فعال في تخفيف أعراض الاكتئاب والعجز في الوظائف التنفيذية. وفي حالة التأكيد من النتائج، يصبح العلاج بحل المشكلات بديلاً علاجياً مهماً للمرضى الذين لا يزالون يعانون من أعراض الاكتئاب والإعاقة.

14- دراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G, 2002)

عنوان: استخدام التدخل بحل المشكلات الجماعي المحكم مع الشباب الجانحين المعرضين للسجن.

الهدف من هذه الدراسة تقييم فعالية العلاج بحل المشكلات على مجموعة محدودة من الجناة الشباب بفترة زمنية محددة، وقد تكونت عينة الدراسة من (46) مشاركاً، تتراوح أعمارهم من (16-21) سنة، وقد تم استخدام المنهج التجريبي - دراسة المقارنة، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعة العلاج بحل المشكلات أو المجموعة الضابطة. وتم اختيار الجناة على أساس خطر الانتحار، و العجز الملحوظ في المهارات، كما يتضح ذلك من زيادة حوادث البلطجة والعنف مع سجناء آخرين. وتم تقييم القدرة على حل المشكلات مع قائمة الحل الاجتماعي للمشكلات المنقحة (دوزيرلا ونيزو وميديو-أوليفرس، 1996)؛ وقياس الاكتئاب واليأس، بواسطة مقياس الفلق والاكتئاب في المستشفى (زيموند وسنيث، 1983) و مقياس اليأس لييك (بيك، ويسمان، ليستر، وتريلكسلر، 1974) ، وقد أشارت البيانات بعد المعالجة إلى أن الشباب أظهروا انخفاضاً كبيراً في أعراض الاكتئاب و الفلق، فضلاً عن انخفاض في اليأس. إضافة إلى ذلك ، فإن القدرة على حل المشكلات قد تحسنت، وقد تم الحفاظ على النتائج لجميع الجوانب في ثلاثة أشهر المتابعة.

15- دراسة (Liberman, R. ,P. , Et. Al., 2001)

عنوان: التدريب على حل المشكلات الاجتماعية لأشخاص المصابين بالفصام.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير تعليم مهارات حل المشكلات بين الأشخاص ومدى استخدامها بواسطة مرضى الفصام خارج المستشفى، وقد تكونت عينة الدراسة من (75) فرداً تم تشخيصهم بالفصام وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الثالثة المنقحة (DSM-III-R)، وقد تم استخدام المنهج التجريبي ودراسة المقارنة في البحث، وتمثل التدخل في تقديم دليل يعلمهم كيفية النجاح في مواجهة مشكلات الحياة اليومية، وشريط فيديو يعرض كل خطوة في حل المشكلات الاجتماعية، والظروف الصحيحة والخاطئة، ثم تم استخدام تمارين لعب الأدوار معهم مع التدريب على الأدوار الصحيحة. وفي المقابل شارك أفراد العينة الضابطة في نقاش مفتوح حول المشكلات التي تواجههم في حياتهم، وذلك دون الخضوع لأي تدريب أو تدخل. وتم استخدام مقياس مهارات حل المشكلات بين شخصين والذي يمثل 13 مشهد فيديو لمشكلات بين شخصين. وقد أظهرت النتائج أن (53) من أفراد

العينة التجريبية قد أكملوا على الأقل مشهدين من الاختبار بنجاح مقابل 9 من العينة الضابطة.

16- دراسة (Medalia, A. , Revheim, N. & Casey M, 2001

عنوان: إصلاح مهارات حل المشكلات في الفصام.

هدفت هذه الدراسة لبحث جدوى استخدام أساليب التدريب على حل المشكلات لإصلاح العجز في حل مشكلات المرضى المنومين الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام. وقد تكونت عينة الدراسة من (54) مريضاً تم اختيارها بطريقة قصدية من مركز برونكس للمرضى النفسيين بنيويورك، وقد شملت شروط العينة: أن يكونوا من المرضى المنومين المشخصين بالفصام أو أحد أنواعه الفرعية وفقاً للدليل التشخيصيالأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الرابعة (DSM-IV)، ويتراوح عمرهم ما بين 18-55 سنة. وقد تم استبعاد غير الناطقين بالإنجليزية، ومن لديهم أمراض عضوية عصبية، أو تخلف عقلي، أو اضطرابات سلوكية تجبرهم على المكوث في القسم. والذين أظهروا عجزاً في حل المشكلات والذاكرة في الاختبار النفسي القبلي باستخدام اختبار تصنيف البطاقات (Heaton 1981) لقياس العجز في تكوين المفاهيم، وقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler 1981) لتقييم القدرة على حل المشكلات. وقد تم استخدام المنهج التجاري- دراسة المقارنة حيث تم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعة حل المشكلات، ومجموعة التدريب على الذاكرة، أو المجموعة الضابطة. وقد أظهر المرضى الذين تلقوا عشر جلسات لإصلاح حل مشكلات تحسناً أكثر بكثير على نتيجة قياس تقييم مهارات حل المشكلات الازمة للمعيشة المستقلة. أما المرضى الذين تلقوا عشر دورات لتدريب الذاكرة فلم يحدث لهم تحسن على قياس حل المشكلات. هذه النتائج تشير إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام لديهم استجابة لتقنيات التدريب على حل المشكلات التي تعزز الدافع الذاتية والمشاركة المهمة.

17- دراسة (Heppner, P. P. ; et. al., 2001

عنوان: العلاج النفسي الموجز متعدد الأبعاد بحل المشكلات: مقياس النتائج.

تهدف دراسة هيبنر وآخرين إلى تقديم اختبار لتطبيق نموذج المواجهة التكيفي لزيمنر وساكلوفسكي (Zeidner,M. &. Saklofske, D. 1996) في الإرشاد من خلال تطوير مقياس موجز متعدد الأبعاد للعلاج النفسي الذي يختبر حل المنتفعين لمشكلاتهم المعروضة.

وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، وقد اشتملت الدراسة على ثلاثة عينات، العينة الأولى تكونت من (239) من المتنفعين في مركز إرشادي جامعي كبير وسط غرب كولومبيا معظمهم من الإناث (74%) ومعدل أعمارهم 23 سنة ، وقدم أفراد العينة الأولى اختباراً قبلياً تضمن قائمة حل المشكلات، وعاد (151) منهم فقط لمركز الإرشاد وحضروا جلسة إرشادية على الأقل ثم شاركوا في اختبار بعدى عبر البريد بعد أن أكملوا برنامج الارشاد، وقد أكمل 100 فقط منهم الاختبار البعدى والذي تضمن معلومات ديمografية وقائمة حل المشكلات أيضاً. وتكونت العينة الثانية من (93) من المتنفعين المنضمين إلى مراكز إرشاد في 3 جامعات كبيرة معظمهم من الإناث (66%) ومعدل أعمارهم (24) سنة وقدم أفراد العينة الثانية اختبار قبلياً وبعدياً تضمن معلومات ديمografية، واختبار مسح نتائج حل المشكلات. أما العينة الثالثة فقد تكونت من (73) من المرشدين من مركز الإرشاد الذي تم أخذ العينة الأولى منه (37) مرشدة و (36) مرشدًا متوسط أعمارهم 33 سنة، وقد شارك 41% فقط منهم في الدراسة وطلب منهم إرسال الاختبار البعدى لمن أكمل آخر جلسة إرشادية، وتبين استبيانة مسح نتائج حل المشكلات وتحديد إحساسهم بنتائج الإرشاد للمرشدين بعد انتهاء البرنامج الإرشادي. وقد أظهر التحليل العاملى الاستكشافى والتأكيدى أربعة عوامل رئيسية تعكس جميعها مكونات حل المشكلة للمنتفع وهي: إستراتيجيات حل المشكلة، الفاعلية الذاتية لحل المشكلة، وتأثير المشكلة على الأداء الوظيفي اليومي، والرضا العام بالعلاج. وقد اقترحت النتائج الاحصائية الوصفية أن استبيانة مسح نتائج حل المشكلات يعتبر مقياساً فعالاً لقياس نتائج العلاج النفسي، وتدعم النتائج تطبيق نموذج المواجهة التكيفي لزيدين وساكلوفسكي في العملية العلاجية، فضلاً عن فائدة مكونات حل المشكلة في بحث نتائج العلاج النفسي .

18- دراسة (Bellack, A. S. , et. al., 1996 :

عنوان : قدرة تقويم حل المشكلات الاجتماعي في الفضام.

هدفت هذه الدراسة لاختبار حل المشكلات الاجتماعي في الفضام. وقد تكونت عينة الدراسة من (27) مريضاً بالفضام في مستشفى الأمراض النفسية الحادة، كما تم اختبار (19) مريضاً يعانون من الاضطراب ثنائي القطبية، كما تم اختبار (17) شخصاً من غير المرضى المطابقين لأفراد العينة في البيانات الديموغرافية ليكونوا في المجموعة الضابطة. وقد تم استخدام المنهج التجريبي - دراسة المقارنة، حيث تم اختبارهم على بطاقة حل المشكلات التي تم تطويرها تجريبياً لتقدير القدرة على توليد حلول للمشكلات، والقدرة على تقييم فعالية الحلول،

والقدرة على تنفيذ الحلول على شكل لعب الأدوار. وقد أظهرت نتائج الدراسة عجز مرضى الفصام على جميع محاور حل المشكلات الثلاثة مقارنة مع المجموعة الضابطة من غير المرضى. ولكن كانت مجموعة مرضى الاضطراب ثنائي القطبية تعاني من نفس العجز على حد سواء. وقد تم الأخذ بالاعتبار عدة تفسيرات بديلة لهذه النتائج. وكانت الفرضية الأكثر إلحاها هي أن العجز نتج عن عوامل مختلفة: الضعف المعرفي لمرضى الفصام ومرض الاضطراب ثنائي القطبية الحاد. ومع ذلك، هناك حاجة لدراسات طولية لتحديد ما إذا كان العجز في حل المشكلات لدى مرضى الفصام استمرت خلال فترات الشفاء، ومناقشة الآثار المترتبة على استراتيجيات إعادة التأهيل.

ثانياً- الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية:

1- دراسة (فؤاد وآخرون، 2013):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المسنين

تهدف الدراسة إلى محاولة الكشف عن أوجه الضغوط النفسية التي تتعرض لها عينة من المسنين، وإعداد وتطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المسنين وبيان مدى فاعليته، وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من (40) مسنة كمجموعة تجريبية واحدة ممن تميزن بمستويات مرتفعة من حيث الضغوط النفسية وتراوح أعمارهن ما بين (65-70) سنة، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي ، واستخدم الباحث المقاييس التالية، مقياس الضغوط النفسية لمسنين من اعداد الباحثة، واستخبار الضغوط إعداد حمدي ياسين (1992)، وأسفرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في الفياس البعدى والتبعي على مقياس الضغوط النفسية للمسنين، وأظهرت مدى نجاح البرنامج المستخدم في فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي لخفض الضغوط لدى المسنين.

2- دراسة (قاسم وآخرون، 2013):

عنوان: برنامج إرشادي بالمعنى مقترن لتخفيض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات أمور ذوي الإعاقة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مدى فاعلية برنامج علاجي يستند على الأسس النظرية والفنين التطبيقية للعلاج بالمعنى ، والتعرف على مدى فاعليته في تخفيف الضغوط

لأمهات أمهات الطلاب ذوي الإعاقة ،اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي ، وتكونت عينة الدراسة من (30) أماً، مقسمة على (15) مجموعة ضابطة وعدد (15) مجموعة تجريبية، تكونت أدوات الدراسة من استماره بيانات ومقاييس الضغوط النفسية ، اعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998)، والمقياس مكون من (80) فقرة، وكشفت النتائج عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تخفيف الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات الطلاب ذوي الإعاقة العقلية ، الأمر الذي أدى إلى تحسن التوافق لدى أطفالهن.

3- دراسة (نصر، 2012):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي جمعي قائم على البرمجة اللغوية العصبية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي القائم على استخدام مبادئ وتقنيات البرمجة اللغوية العصبية (NLP) في خفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد اتبعت الدراسة المنهج التجريبي ، وتكونت عينة الدراسة من (20) أماً لأطفال ذوي اضطراب التوحد، قسمت إلى مجموعتين متساويتين: المجموعة الضابطة لم تتلق أي تدريب، وطبق على العينة التجريبية مقياس الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من إعداد الباحثة، وبرنامج إرشادي جمعي قائم على البرمجة اللغوية العصبية من اعداد الباحثة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0,01) بين متوسطات رتب درجات القياس القبلي و البعدي لقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد (المجموعة التجريبية) لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0,01) بين متوسطات رتب درجات الأمهات بالمجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لقياس الضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي و التبعي، في مقياس الضغوط النفسية لأمهات ذوي اضطراب التوحد.

4- دراسة (عبد القوي، 2012):

عنوان: **فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في مواجهه الضغوط النفسية لدى المرأة السعودية العاملة.**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج سلوكي معرفي في مواجهه الضغوط النفسية للمرأة السعودية العاملة لدى عينة من الموظفات جامعه تبوك بالمملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (30) موظفة تتراوح أعمارهم من (25-35) عاما، ممن حصلن على أعلى الدرجات في مقياس الضغوط النفسية للمرأة السعودية العاملة، وتم تقسيمهن عشوائيا إلى مجموعتين إرشادية وضابطة، عدد كل مجموعة (15) موظفة، وقد خضعت موظفات المجموعة الإرشادية إلى برنامج إرشادي سلوكي معرفي، واعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي، واستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية للمرأة العاملة من إعداد (الصبان، 2003) بالإضافة إلى برنامج إرشادي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات البعدى على مقياس الضغوط النفسية للمرأة السعودية العاملة لصالح موظفات المجموعة الإرشادية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسيين القبلي و البعدى لدى موظفات المجموعة الإرشادية لصالح القياس البعدى، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياسيين البعدى و التبعي لدى موظفات المجموعة الإرشادية.

5- دراسة (الخياط و السليحات، 2012):

عنوان: **فاعلية برنامج تدريبي سلوكي - معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية.**

هدفت هذه الدراسة إلى التأكيد من فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض الضغوط النفسية؛ وتحسين التحصيل الدراسي لدى عينة من طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية، جامعه البلقاء التطبيقية، وقد تكونت عينة الدراسة من (40) طالباً، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين تجريبية و ضابطة، بمعدل (20) طالباً لكل مجموعة، وتم استخدام وتطبيق مقياس الضغط النفسي الذي قدمه بيتش 1982 للأعراض المرتبطة بالضغط النفسي و الذي طور من قبل زواوي (1992)، و برنامج تدريبي معرفي ، وقد أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فيما يتعلق بمتغير الضغط النفسي، بينما لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بمتغير التحصيل الدراسي.

6- دراسة (على، 2011):

عنوان: فعالية برنامج إرشادي نفسي مبني على سورة يوسف وأثره في الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصربيا.

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف إلى مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي مبني على سورة يوسف وأثره في الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصربيا. وبلغ حجم العينة (20) عشرين معلماً (10) مجموعة تجريبية (10) مجموعة ضابطة من المعلمين المعاقين بصربيا والملتحقين بالدبلوم العامة بكلية التربية بجامعةبني سويف، وتتراوح أعمارهم ما بين (28-48) عاماً. وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط النفسية و مقياس التوافق النفسي، استنارة جمع البيانات عن المعلم المعاق بصربيا وبرنامج إرشادي نفسي مبني على سورة يوسف من إعداد الباحث، وتمت المعالجات الإحصائية من خلال البرنامج الإحصائي spss، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى للضغط النفسي والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصربيا لصالح المجموعة التجريبية، كما وجدت فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدى للضغط النفسي والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاقين بصربيا لصالح القياس البعدى

7- دراسة (غيث وآخرون، 2011):

عنوان: فاعلية برنامج تدريبي معرفي - سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية.

هدفت الدراسة الحالية إلى التتحقق من فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية ، تم اختيارهن بشكل قصدي من جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية. وقد تكونت عينة الدراسة من أمهات المصابين بالقيلة السحائية ، وتم توزيع المشاركات في الدراسة عشوائياً على مجموعتي الدراسة مجموعة تجريبية اشتملت على (15) مشاركة تعرض للبرنامج التدريبي ومجموعة ضابطة اشتملت على (15) مشاركة لم يتعرضن للبرنامج. تم استخدام وتطبيق مقياس الضغوط النفسية الذي قام بإعداده معالي (2003)، على مجموعتي الدراسة قبل التعرض للبرنامج وبعده ، ومتابعته بعد شهر من انتهاء البرنامج. وللإجابة عن الفرضيتين الصفتين في هذه الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المصاحب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة لصالح المجموعة التجريبية في القياسيين البعدى والمتابعة بعد شهر، مما يشير إلى فاعلية البرنامج التربىي المطبق في خفض الضغوط النفسية واستمرار آثاره بعد شهر من انتهاء الدراسة. كما كشف تحليل التباين المتعدد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة على القياسيين البعدى والمتابعة على بعض أبعاد مقياس الضغوط النفسية.

8- دراسة (شريط، 2011):

عنوان: برنامج إرشادى قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادى القائم على استخدام أسلوب العلاج بالواقع لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وتكونت عينة الدراسة من (20) أمّاً من الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقون، واتبعت المنهج شبه التجربى، وطبق عليهن مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين من إعداد الباحث، وبرنامج ارشادى قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين من إعداد الباحث، و أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً عن مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات القياسيين: القبلي و البعدى في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين و الراجعة إلى الأم، لصالح القياس البعدى، و عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القياسيين: القبلي و البعدى في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين و الراجعة إلى الزوج لصالح القياس البعدى، و عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات القياسيين: البعدى و التبعي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

9- دراسة (السوالمة، 2011):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج الواقعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من النساء الحوامل.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من النساء الحوامل، واختيار فاعلية برنامج إرشادي جمعي مستند إلى النظرية الواقعية، في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لديهن، وتكونت عينة الدراسة من (32) امرأة حاملا، بحيث تراوحت مدة الحمل لديهن من شهرين إلى سبعة أشهر، تم توزيعهن إلى مجموعتين متساويتين، التجريبية وعددها (16) امرأة حاملا، خضعن للبرنامج الإرشادي المستند إلى العلاج الواقعي، والمجموعة الضابطة وعددها (16) امرأة حاملا لم يخضعن لأي برنامج، وتضمن البرنامج الإرشادي (17) جلسة إرشادية، تم تطبيقها لمدة شهرين بواقع جلستين أسبوعيا، وطبقت القياسات القبلية والبعدية باستخدام مقياس الضغوط النفسية وقلق الحالة، اللذين تم إعدادهما لأغراض الدراسة ، وتم استخراج دلالات الصدق والثبات لهما، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النساء الحوامل يعاني من الضغوط النفسية بدرجة مرتفعة، و كذلك فيما يتعلق بقلق الحالة فقد أشارت النتائج إلى وجود قلق الحالة بدرجة مرتفعة، مما استوجب تطبيق البرنامج الإرشادي المستند إلى نظرية العلاج الواقعي ، و قد أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي، المستند إلى نظرية العلاج الواقعي في تخفيف الضغوط النفسية و قلق الحالة لدى النساء الحوامل.

10- دراسة (الدباس، 2011):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغط النفسي لدى طالبات جامعة البلقاء التطبيقية بالمملكة الأردنية الهاشمية.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى الاتجاه العقلي الانفعالي السلوكي في خفض الضغط النفسي لدى طالبات بكلالوريوس تربية الطفل بكلية السلط للعلوم الإنسانية بجامعة البلقاء التطبيقية ، وقد تكونت عينة الدراسة من (24) طالبة من مستوى البكالوريوس حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغط النفسي ، وقد تم توزيع أفراد عينة الدراسة بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين متساويتين من حيث العدد، مجموعة تجريبية (12) طالبة، تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي، ومجموعة ضابطة (12) طالبة لم يتلق أفرادها أي نوع من المعالجة ، وتم تطبيق البرنامج على المجموعة

التجريبية في أربع عشرة جلسة مدة كل جلسة ساعة بواقع جلستين أسبوعياً، وبعد انتهاء فترة التطبيق تمأخذ القياس البعدي للمجموعتين وبعد مرور فترة شهر من انتهاء التطبيقأخذ القياس المتابعة، وطبقت القياسات على المجموعة باستخدام مقياس الضغط النفسي الذي طوره زواوي 1991، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الضغط النفسي للقياس البعدي وقياس المتابعة، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي.

11- دراسة (أبو الديار، 2010) :

عنوان: **فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني - الانفعالي في تنمية التفاؤل لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أسر الأطفال المعوقين سمعياً.**

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية التفاؤل في خفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أسر الأطفال المعوقين سمعياً، وقد تكونت عينة الدراسة من (60) من أسر الأطفال المعوقين سمعياً (الصم)، بواقع (30) مجموعة تجريبية متمثلة في (10) أسر من الآباء و (10 من الأمهات) و (10 من الإخوة أو الأخوات الأكبر سناً)، ومتلها في المجموعة الضابطة، وبلغ متوسط أعمار الآباء والأمهات (43، 45) سنة، في حين بلغ متوسط أعمار الإخوة أو الأخوات الأكبر سناً (22، 21، 35) سنة، وطبق مقياس وكسلر لذكاء المراهقين الذي قام بتعريبه وتقنيته لويس مليكة وعماد الدين إسماعيل و مقياس التفاؤل - التشاؤم من إعداد أحمد محمد عبد الخالق و مقياس الضغوط النفسية من اعداد حسن مصطفى عبد المعطي، وبرنامج إرشادي، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة في متوسط درجات التفاؤل بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المقياس البعدي (متوسط التجريبية أعلى)، وعدم وجود فروق دالة في متوسط درجات التفاؤل بين القياس البعدي والتبعي، كما وجدت فروق دالة بين آباء الأطفال المعوقين سمعياً وأمهاتهم وأخواتهم، في التفاؤل (متوسط الأمهات أعلى)، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة في درجة الضغوط النفسية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في اتجاه المجموعة الضابطة، ولم تظهر فروق دالة في درجة الضغوط النفسية بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية، كما وجدت فروق دالة بين آباء الأطفال المعوقين سمعياً وأمهاتهم وإخواتهم في أبعاد الضغوط النفسية، حيث كان متوسط الأخ الأكبر أعلى.

12- دراسة (الدهمات، 2009):

العنوان: فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعوقين سمعياً في مدينة عمان.

هدفت الدراسة إلى قياس الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعوقين سمعاً وعلاقتها ببعض المتغيرات وتقييم فاعلية برنامج إرشادي لخضها من خلال إكسابهم المهارات والاتجاهات المناسبة لتكيف مع الضغوط النفسية مع إعاقة طفلهم من تراوح أعمارهم ما بين (4-16)، وتكونت عينة الدراسة من (36) أباً و أما وقد تم توزيعهم على مجموعتين متكافئتين مجموعة تجريبية عدد أفرادها (18) ، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها (18) فرداً، واستخدم الباحث المنهج التجريبي، كما قام بتطبيق مقياس الضغوط النفسية من إعداد (السرطاوي والشخص، 1998)، لقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستويات الضغوط النفسية بشكل عام لدى أباء وأمهات الأطفال المعوقين سمعياً ذات درجات متوسطة، وكذلك بينت النتائج أن مستويات الضغوط النفسية للأبعاد تراوحت ما بين المتوسطة، والمنخفضة، حيث جاء في المرتبة الأولى بعد القلق على مستقبل الطفل من حيث الضغط النفسي، يليه بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، ويلي ذلك بعد الأعراض النفسية والعضوية، وتلي الأبعاد الثلاثة من حيث الترتيب الأبعاد مشاعر اليأس والإحباط وبعد المشكلات الأسرية والاجتماعية، وبعد المشكلات النفسية والمعرفية.

13- دراسة (قبلان وآخرون، 2009):

العنوان: أثر برنامج إرشادي معرفي على خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في محافظة جرش.

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء أثر برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في محافظة جرش، وتكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية من أباء وأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بواقع (62) أباً وأماً، وتم تقسيمهم بالقرعة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحث ، ومقاييس الاحتراق النفسي للمعلمين الذي ورد في أبو زينة (1998). وقد أسفرت النتائج إلى وجود أثر إيجابي للبرنامج الإرشادي الجماعي الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية مما يؤكد أهمية البرامج الإرشادية وفاعليتها في خفض مستوى الضغوط النفسية لأولياء الأمور الذين لديهم طفل مصاب بالشلل الدماغي.

14- دراسة (راضي، 2008):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي في خفض الشعور بالضغط النفسي وتحسين الكفاءة الوالدية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط.

هدفت هذه الدراسة إلى التتحقق من فاعلية برنامج في خفض الشعور بالضغط النفسي وتحسين الكفاءة الوالدية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط، و تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من (64) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط بمدارس المرحلة الابتدائية بمدينة المنصورة تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين 26-41 سنة ، بينما تراوحت أعمار أطفالهن 6-12 سنة ملتحقين بمدارس خالد بن الوليد وعمر بن الخطاب ، واستخدم الباحث المنهج التجريبي ، واستخدم مقياس فاندريلت من إعداده في صورته العربية ، ويكون من (47) فقرة. وأسفرت النتائج عن فاعلية البرامج الإرشادي المستخدم في خفض الشعور بالضغط النفسي وتحسين الكفاءة الوالدية لدى أمهات ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط ، إن إرشاد الوالدين في قصور الانتباه وفرط النشاط يعد مدخلاً لخفض الشعور بالضغط النفسي وتحسين الكفاءة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الوالدية لصالح المجموعة التجريبية.

15- دراسة (عزم، 2008):

عنوان: فاعلية نموذج الحياة في تخفيف حدة الضغوط التي تعاني منها زوجات المسجونين.

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج التدخل المهني في إطار نموذج الحياة في خدمة الفرد في التخفيف من حدة الضغوط التي تعاني منها زوجات المسجونين والوقوف على أنساب الأساليب العلاجية التي يمكن أن تساعد في تخفيف حدة الضغوط لدى زوجات المسجونين، و تكونت عينة الدراسة من (20) زوجة تم اختيارهن بطريقة عشوائية وتقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما تجريبية و الأخرى ضابطة بواقع (10) حالات في كل مجموعة، واعتمد الباحث على المنهج التجريبي مستخدماً القياس القبلي و البعدي باستخدام مجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتم تطبيق مقياس الضغوط الذي كان من إعداد الباحث على المجموعة التجريبية والضابطة، وإجراء التدخل المهني مع المجموعة التجريبية دون الضابطة لمدة أربعة أشهر، واستخدم برنامج التحليل الاحصائي SPSS لإجراء المقارنة اللازمة بين القياسات القبلية و البعدية، واعتمد الباحث في أدوات الدراسة على المقابلات

المهنية (الفردية والمشتركة)، والزيارات المنزلية، وسجلات وملفات الحالات بالمؤسسة والبرنامج الإحصائي spss، وقياس الضغوط التي تعاني منها زوجات المسجونين، وأشارت النتائج إلى فعالية نموذج الحياة في التخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى زوجات المسجونين ، وقد يرجع ذلك إلى أن نموذج الحياة يهتم بدعم الشخصية وقويتها وتدعم الكفاءة وتقدير الذات والتوجيه الذاتي بما يساعد على تحسين علاقة الفرد بالبيئة التي يعيش فيها ، وينعكس على حالته النفسية بشكل إيجابي.

16- دراسة (رضوان، 2008):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظات غزة.

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى السكري بمحافظات غزة، وتعديل سلوكهم بعد التعرف إلى مصادر الضغوط ومواجهتها والتغلب عليها وتبصيرهم بالحلول البديلة التي تساعدهم على مواجهة مشكلاتهم و إيجاد الحلول المناسبة لها ؛ وتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لديهم، واستخدم الباحث المنهج التجريبي حيث يتم من خلاله التعرف إلى أثر العلاج العقلااني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الضغوط النفسية و تحسين التوافق النفسي لدى عينة الدراسة ، وتكونت عينة الدراسة من (24) مريضا ومربيه من مرضى السكر، منهم (12) يمثلون العينة الضابطة، و (12) يمثلون العينة التجريبية ، و استخدم الباحث أربع أدوات في هذه الدراسة من إعداده، مقياس الضغوط النفسية، وقياس التوافق النفسي، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلااني الانفعال، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية و التوافق النفسي لدى مرضى السكر بمحافظات غزة، و عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل إجراء البرنامج وبعد إجراء البرنامج وذلك من حيث الضغوط النفسية، وعدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل إجراء البرنامج وبعد إجراء البرنامج وذلك من حيث التوافق النفسي.

17- دراسة (عربات و الزيودي، 2008):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع و أثره في تكيف أطفالهم.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم ، وتكونت عينة الدراسة من (10) أسر، و (10) أطفال من ضعاف السمع في مدينة السلط ، وطبق في هذه الدراسة المنهج التجريبي ، و لتحقيق هدف الدراسة قام الباحثان باستخدام أداتين هما مقياس للضغط النفسي لكل من عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998) وقائمة التوافق للأطفال من إعداد كامل (1988)، وكذلك استخدم الباحثان برنامجاً لخفض الضغوط لمعرفة مدى فاعليته على أسر الأطفال ضعاف السمع و أثره في تكيف أطفالهم ”

وحللت النتائج باستخدام اختبار لوكوكسن، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر ضعاف السمع، كما وأشارت النتائج إلى تحسن في تكيف الأطفال ضعاف السمع.

18- دراسة (ابو غزالة، 2004):

عنوان: فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين.

تهدف الدراسة الحالية إلى تزويد أمهات التوحديين ب استراتيجيات في إدارة الحياة، وتقليل الضغوط النفسية لديهن والتعرف إلى مدى فاعلية برنامج ارشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين. لقد أجريت عينة الدراسة على عينة قوامها (60) أما، منها (30) أما لأطفال عاديين، و(30) أما لأطفال توحديين، تم تقسيم الأطفال أمهات التوحديين عشوائيا إلى مجموعتين: إداتها تجريبية (15) أماً تعرضن لخبرات البرنامج الإرشادي، والمجموعة الأخرى ضابطة (15) أماً لم يتعرضن لخبرات البرنامج الإرشادي، واستخدم الباحث استمار جمع البيانات واستبانة للضغط النفسي من إعداده، وأسفرت النتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده في الضغوط النفسية لصالح التطبيق البعدى ، وهذا يدل على انخفاض درجة الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية وتدل على فاعلية البرنامج.

19- دراسة (الخولي، 2004):

عنوان: فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة.

تهدف هذه الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي، والتعرف إلى أثره في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى عينة من معلمي التربية الخاصة، وتكونت عينة الدراسة من (24) معلماً ومعلمة اختيروا بطريقة عشوائية مقسمين على (12 معلماً، 12 معلمة). وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي، وقد طبق على أفراد البرنامج مقياس الضغوط النفسية لمعلمي التربية الخاصة من إعداد الباحث، وإعداد استماره مفتوحة لاستطلاع معلمي التربية الخاصة عن العوامل والظروف الضاغطة التي يرون أن المعلم يتعرض لها في مجال العمل، وأسفرت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة وهو العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة وهي عينة من معلمي التربية الخاصة ذكوراً إناثاً بعد البرنامج العلاجي مباشرة، واستمرار فعاليته إلى ما بعد انتهاء فترة المتابعة.

ثالثاً- الدراسات السابقة التي تناولت الفصام العقلي:

1- دراسة (Jungbauer, J. et. al. 2014):

عنوان: تجاهل مقدمي الرعاية: العبء الذاتي لأزواج مرضى الفصام.

كان الهدف من هذه الدراسة تحديد الضغوطات التي يشعر بها أزواج مرضى الفصام نتيجة لتقديم الرعاية لهم، وتكونت عينة الدراسة من (52) من أزواج مرضى الفصام، وقد تم تجميعهم من أقسام الدخول والرعاية النهارية والعيادات الخارجية النفسية بمدينة ليزيق بألمانيا. وقد تم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة، وتم جمع البيانات بواسطة أخصائيين نفسيين مؤهلين باستخدام أسلوب المقابلة السردية، حيث تم سؤال الأزواج في المقابلة الأولى عن التغييرات التي طرأت عليهم منذ مرض أزواجهم أو زوجاتهم، بينما تم سؤالهم في مقابلات المتابعة عن الذي حصل بعد المقابلة الأخيرة. وقد أظهرت النتائج أن معظم المشاركين يرى أن حدوث الفصام شكل في الحقيقة عبئاً شديداً وكارثة لهم، وأن الأعراض الذهانية عندما حدثت أول مرة كانت مخيفة للأزواج، وأنهم عادةً يغمرهم الشعور بالعجز والخوف واليأس. وأنه في بداية حدوث المرض كانت الأعراض غير مفهومة وغير مبررة لديهم، كما كان ينقصهم المعلومات عن الدعم المتوفر. وعندما دخل المريض المستشفى أول مرة شعروا بالذنب والعار

والفشل والصدمة، وأنهم كانوا يشعرون بأعباء شديدة مع كل انتكasaة جديدة للمريض، حيث إن تجاربهم السابقة علمتهم أن إمكانياتهم لتقديم المساعدة تكون محدودة في هذه الحالة، وعندما تنتهي النوبة الذهانية الحادة تكون الأعباء أقل، ولكن الآثار السلبية على جودة الحياة تبقى مستمرة.

2- دراسة (Lukmanul Hakeem, M. N, 2013)

عنوان: دراسة المشكلات النفسية الاجتماعية التي يقابلها أزواج مرضى الفصام.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من (60) شخصاً تم اختيارهم من مجتمع الدراسة من مستشفى ستالاكسي في كومباتري بالهند بطريقة قصدية، وقد تم جمع البيانات من خلال المقابلة الشخصية باستخدام استبيان منظم يحتوي على أسئلة تتعلق بالعمر، والجنس، والمؤهلات العلمية، وأسئلة أخرى تتعلق بالمشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفصام. وقد تم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة، وأظهرت النتائج أن معظم الأزواج قد واجهوا اضطرابات نفسية كنتيجة مباشرة لرعاية أزواجهم من مرضى الفصام أكثر من الآخرين في مجتمعهم، وأن ذلك كان له تأثيرات سلبية على جودة الحياة ومستوى الرعاية لديهم. فقد تبين أن (52%) منهم مدمنون على المخدرات، و(60%) ليس لديهم تركيز في العمل، و(58%) فقدوا الاهتمام بالنشاطات اليومية، (55%) يشعرون بالوحدة والانطواء الاجتماعي، (17%) لديهم أفكار انتحارية، و(47%) لديهم انخفاض في تقدير الذات، و(87%) لديهم اضطرابات في النوم، و(62%) لديهم اضطرابات في حياتهم الزوجية، و(64%) لديهم صداع ومشكلات جسدية، وأن أكثر من (50%) يشعرون أن مرض أزواجهم قد أثر على دخل العائلة. وقد أوصت الدراسة بعلاج المعاناة النفسية لمقدمي الرعاية للمرضى النفسيين، وتوفير الدعم الكافي لهم.

3- دراسة (Kaushik, P. , & Bahatia, M. S, 2013)

عنوان: العباء وجودة الحياة لدى أزواج مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطبية.

هدفت هذه الدراسة لاختبار أثر المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية على العباء على أزواج مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطبية وجودة الحياة لديهم. وقد تكونت عينة الدراسة من (9) أزواج لمرضى الفصام، (5) ذكور و(4) إناث، و (10) أزواج لمرضى الاضطراب ثنائي القطبية، 5 ذكور و 5 إناث، وقد تم تجنيدهم من العيادة الخارجية لمستشفى دلهي بالهند، ومن وافقوا الصيغة التشخيصية للتصنيف العالمي للأمراض - النسخة العاشرة ICD-10. وقد

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي - الدراسة المقطعة العرضية، وقد تم تطبيق مقياس تقييم الأعباء، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية على أزواج المرضى. وقد أظهرت الدراسة نتائج ذات دلالة لمتغير الجنس على عبء العائلة لصالح الأزواج الإناث، حيث إنهم تلقوا دعماً أقل من أزواجهم إلى جانب الأعباء العائلية، فإن مرض أزواجهم وضع عليهم أعباء إضافية مالية واجتماعية، وأعباءً متعلقة بالرعاية والعلاج. كما أظهرت نتائج الدراسة علاقة ذات دلالة لمتغير نوع العائلة مع ضعف جودة الحياة لصالح عائلات مرضى الفصام، حيث أظهر الأزواج والزوجات معدلاً أقل من المتوسط في جودة الحياة وأعباء الحياة اليومية أثرت على الرفاهية، والشعور بالأمن والانتماء، وتغير في الأدوار، وشعور بالأسى والحزن والخوف من مآل المرض النفسي.

4- دراسة (الشيخ علي، 2013):

عنوان: فعالية برنامج الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في مدينة غزة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في مدينة غزة ، ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة التي تكونت من (33) مريضة تم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (18) مريضة ، وأخرى وتجريبية (15) مريضة ، وقد أخضعت المجموعة التجريبية للعلاج ببرنامج الدمج والاستشفاء والمكون من (8-12) جلسة استمرت لمدة ثلاثة شهور بمعدل جلسة أسبوعيا ، أما المجموعة الضابطة فقد خضعت للعلاج بالطريقة الاعتيادية ، وقد قامت الباحثة باستخدام (القياس أقليبي البعد) الشبه التجاري ولتحقيق الهدف تم تصميم أداتين إحداهما assessment scale (recovery) وهي استبانة عالمية قامت الباحثة بترجمة و اضافة بعض التعديلات لبعض الفقرات لملاءمة البيئة والثقافة العربية ، وأيضا تم استخدام المجموعة البؤرية لأخذ آراء بعض المشاركين بالنسبة للبرنامج وذلك بعد الانتهاء من جلسات البرنامج للتقدير. توصلت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار القبلي بالنسبة لمستوى التحسن في الأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء، ويوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدى لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لمستوى التحسن للأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء ، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين المقياس البعدى

والتبني بالنسبة لتحسين في مستوى الأمل ، وكانت النتيجة لصالح الاختبار البعدي ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في المقياس البعدي والتبني .

5- دراسة (Ayo Obembe at al., 2012)

عنوان: الدعم الأسري وجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون الفصام.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الدعم الأسري وعلاقته بجودة حياة المرضى الذين يعانون الفصام، وتكونت عينة الدراسة من (137) من مرضى الفصام المخصوصين وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية العاشر -LCD10- - من يتلقون العلاج منذ سنتين على الأقل، وتم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي مقياس العائلة المدركة، للوصول لدرجة الدعم الأسري، واعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية 1996، وتمثلت الأساليب الإحصائية للدراسة وبالتالي: المتosteatas الحسابية والانحراف المعياري ومعامل ألفا كرونباخ، وتوصلت الدراسة إلى أن الأسر الفقيرة هي أكثر عرضة لسوء جودة الحياة والصحة العامة ، وسوء الحالة الاجتماعية.

6- دراسة (شحادة، 2012)

عنوان: درجة الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام في قطاع غزة.

هدفت هذه الدراسة إلى وصف مستوى الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام من خلال أبعاد مختلفة: نفسية، اجتماعية واقتصادية وتأثير العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس، مكان الإقامة) على التماسك العائلي لمريض الفصام، وأيضاً هدفت الدراسة إلى وصف مستوى التماسك العائلي لدى أهالي مرضى الفصام، ومدى تأثير وجود المريض داخل الأسرة أو في المؤسسة على التماسك العائلي، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (140) من مقدمي الرعاية للمريض الفصامي من أفراد العائلة تم اختيارهم بصورة عشوائية بسيطة، وقد عكست الدراسة مدى التأثير الكبير للمريض النفسي على الاستقرار العائلي، وقد توصلت الدراسة إلى أن البعد النفسي قد سجل أعلى تأثيراً (الوزن النسبي 75.52 %) ويليه البعد الاقتصادي (الوزن النسبي 69.44 %) ثم البعد الاجتماعي (الوزن النسبي 69.44 %). وقد أظهرت الدراسة تأثير الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام بغض النظر عن اختلاف العوامل الديموغرافية لدى المرضى وأسرهم وبغض النظر عن المستوى التعليمي لمقدم الرعاية وحالته الصحية.

7- دراسة (أبو رحمة، 2012):

عنوان: **الالتزام الدوائي والدعم الأسري يسهم في منع الانتكasaة لمرضى الفصام في قطاع غزة.**

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد اتجاه المرضى نحو العلاج ، وكذلك مستوى كل من الالتزام الدوائي ودعم الأسرة والانتكasaة لمرضى الفصام في قطاع غزة ، وتهدف أيضا إلى تحديد العلاقة بين الالتزام الدوائي والدعم الأسري في الوقاية من الانتكasaة ، وتقدير أثر كل من الوضع الاقتصادي والجنس والعمر والحالة الاجتماعية على الانتكasaة بين مرضى الفصام في قطاع غزة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث تكونت عينة الدراسة من (84) حالة موزعة على جميع مراكز الصحة النفسية المجتمعية في محافظات قطاع غزة، وأظهرت الدراسة أن اتجاه المرضى نحو العلاج كان إيجابياً (65.93 %)، ونسبة الالتزام الدوائي هي (74.79 %)، ونسبة الدعم الأسري كانت (31.84 %)، نسبة الانتكasaة هي (27.08) وتوصلت أيضاً إلى وجود علاقة عكسية بين الالتزام الدوائي لمرضى الفصام والانتكasaة وكذلك علاقة عكسية أيضاً بين الدعم الأسري لمرضى الفصام والانتكasaة، كما وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق في الدعم الأسري والالتزام الدوائي تعزى لمتغيرات العمر والجنس والحالة الاجتماعية والدخل الشهري.

8- دراسة (الدجاني، 2010):

عنوان: **أثر برنامج مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن.**

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى مرضى الفصام في الأردن، وقد تكون مجتمع الدراسة من جميع عائلات مرضى الفصام العقلي في الأردن، ولغايات الدراسة تم اختيار عينة قصدية مكونة من (20) أسرة لدى كل منها مريض مشخص بالفصام، وقد تم اختيار فرد من كل أسرة هو الأكثر اهتماماً بالمريض الفصامي للمشاركة في الدراسة، وتم توزيع هؤلاء الأفراد بشكل عشوائي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد استخدم مقياس مهارات التواصل الأسري والذي يحتوي على أربعة مجالات ، كما استخدم مقياس التكيف الأسري والذي يتكون من خمسة مجالات ، وقد تم تطبيق المقياس على عينة ومقدارها ثلاثة فرداً من خارج عينة الدراسة ثم إعادة التطبيق بعد أسبوعين وتم استخراج معامل الثبات باستخدام معامل بيرسون حيث بلغ معامل الثبات 0,86

وهو مناسب لأغراض هذه الدراسة، وتم تطبيق البرنامج الإرشادي لتحسين التواصل والتكيف على المجموعة التجريبية، وقد أظهرت النتائج بعدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التواصل في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين، ووجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التواصل في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التكيف في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين.

9- دراسة (عبد الفتاح، 2010):

عنوان: استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اختبار صحة أو خطأ الفرض الرئيس ، وما انبثق عنه من فرض فرعية ، ووضع تصور مقترن لتنمية مهارات مرضى الفصام في التفاعل الاجتماعي ، وذلك من خلال استخدام وسائل التعبير في البرنامج، واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي في دراسته معتمدا على التصميمات التجريبية وهو التصميم القبلي – البعدى لجماعتين تتمثل في ثلاثة فصامياً إداهما تجريبية وعددها (15) والأخرى ضابطة وعددها (15)، واستخدم الباحث من أدوات الدراسة ثلاثة مقاييس مقياس مهارات التفاعل الاجتماعي لمرضى الفصام واستماراة ملاحظة المظاهر السلوكية للفصاميين ومقاييس مهارات التفاعل الاجتماعي وهي من إعداد الباحث ، وأسفرت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في القياس القبلي بين الجماعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لمؤشر الأول من المقياس، مما يؤكد أن نقطة البداية للجماعتين واحدة بدرجة ثقة 95% ، و توجد فروق إحصائية في بين سلوك أعضاء الجماعة التجريبية بعد إجراء التجربة ، وذلك لصالح الجماعة التجريبية بدرجة ثقة 95%.

10- دراسة (عبد الخالق، 2010):

عنوان: الفروق في القابلية للإيحاء بين الأسواء ومرضى القلق و الفصاميين.

هدفت هذه الدراسة إلى بيان الفروق في القابلية للإيحاء بين الأسواء ومرضى القلق والفصاميين، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات متساوية الأحجام من الأسواء والعصابيين و الفصاميين الذهانيين (n=120)، وبلغ حجم كل منهم(40) مبحوثاً، تم التكافؤ بينهم جميعاً ككل في المتغيرات الأئية: الجنس (كلهم من الذكور)، والعمر (من 20-40)،

المهنة (طلبة، موظفون) والتعليم (مؤهلات متوسطة و عليا) والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (متوسط)، وتم التطبيق على كل فرد منهم في جلسة فردية اختبار تقدير الأطوال مع الإيحاء بأن كل عصا أطول من سابقتها، ويشمل هذا الاختبار على خمس عصى لها أطوال متزايدة فعلاً ثم يلي ذلك تقديم عشرة منبهات – عصا واحدة في كل مرة – لها الطول نفسه للعصا الخامسة، ويطلب من المبحوث تقدير طول كل منها، وكان الاختبار تقدير الأوزان (بالجرائم) يقدم بالطريقة نفسها مع الإيحاء بأن كل منبه أثقل من سابقه، وبينت النتائج أن 99، 97 و 94 % من المبحوثين في الاختبارين قد تأثروا بإيحاء المجرب واستجابوا له، ونظراً لعدم تحقق شرط اعدالية توزيع الدرجات؛ فقد استخدم اختبار "ويلكوكسون" وتحليل كروسكال ولاس ومتباينة بونفيروني "اللابارامتي"، وظهر أن الفضاميين أكثر قابلية للإيحاء بمستوى دال من الأسواء والعصابيين، وقد استنتج إمكانية استخدام هذين الاختبارين للإسهام في التمييز بين الفضاميين وغيرهم.

11- دراسة (جودة، 2008):

عنوان: الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفضام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفضام العقلي وبين مجموعة من الأشخاص الأسواء، كما هدفت إلى معرفة الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفضام العقلي في ضوء بعض المتغيرات كالعمر، الجنس، السكن المستوى التعليمي الحالة والاجتماعية وعامل المواطن، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم، وتكونت عينة الدراسة من (40) شخصاً من مرضى الفضام العقلي من المراجعين والمنومين في مستشفى الطب النفسي بمدينة غزة – النصر من الذكور والإإناث تمثل 20 % من المجتمع الأصلي في مستشفى الطب النفسي بمدينة غزة؛ كما تم اختيار عينة عشوائية من الأشخاص الأسواء تتكون من (50) شخصاً من الذكور و الإناث، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي ولجمع المعلومات تم استخدام قائمة شيفر للمعاملة الوالدية، حيث تم استخدامه كأداة قياس رئيسة في الدراسة الحالية، وقد تمأخذ بعض الأبعاد وهي التقبل، الرفض، عدم الاتساق، التساهل الشديد، تلقين القلق الدائم وانسحاب العلاقة، وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية بين الأشخاص الأسواء ومرضى الفضام العقلي في الاتجاهات الوالدية لصالح مجموعة الأسواء؛ كما لوحظ عدم وجود فروق جوهرية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفضام العقلي في ضوء بعض

المتغيرات الأخرى كالعمر، الجنس السكن المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وعامل المواطن، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم.

12- دراسة (الصبوة و عبد الرحمن، 2008):

عنوان: **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات المحادثة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن.**

هدفت هذه الدراسة إلى فحص برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات المحادثة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن المقيمين بمستشفى الطب النفسي بدولة الكويت ، و تكونت عينة الدراسة من (16) مريضا فصاميا تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، بالإضافة إلى مجموعة من الأسواء بلغ عددهم (9) أفراد ، وقد تم استخدام أدوات الدراسة في تطبيق اختبار مهارات المحادثة على المجموعات الثلاث لتحديد خط الأساس، تم بعد انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي مباشرة، ثم إجراء قياس بعدي أول بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج، وقياس بعدي ثانى بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج التدريبي، وأظهرت النتائج أن تطبيق البرنامج المعرفي -السلوكي للتدريب على مهارات المحادثة، قد أدى إلى تحسين هذه المهارات لدى مرضى الفصام المزمن، وأيضا وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الأسواء ومجموعتي مرضى الفصام المزمن (التجريبية والضابطة) في الأداء على اختبار مهارات المحادثة محل الدراسة الراهنة، وكانت الفروق في اتجاه ارتفاع الدرجة لدى مجموعة الأسواء وذلك في القياس البعدي والمتابعة الأولى والمتابعة الثانية ، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة مرضى الفصام المزمن (المجموعة التجريبية) ومجموعة مرضى الفصام المزمن (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي والمتابعة الأولى والثانية في الأداء على استئناف مهارات المحادثة.

13- دراسة (رضوان، 2006):

عنوان: **دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجيه الاجتماعي لدى الفصاميين والاكتئابين.**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالإفصاح عن الذات والتوجيه الاجتماعي لدى بعض فئات من المرضى النفسيين مقارنة بالآسواء، و تكونت عينة الدراسة من أربع عينات: الأولى من الفصاميين غير البارنيودين، و تكونت من (30)

مريضاً ، والثانية من الفضاميين البارنويدين ، وتكونت من (21) مريضاً ، والثالثة من الأكتئابيين وتكونت من (20) مريضاً ، أما العينة الرابعة فكانت من الأسواء و تكونت من (30) مبحوثاً ، وجميع المبحوثين من الذكور ، واعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي المقارن ، واستخدم ثلاثة مقاييس (أ) مقياس المساندة الاجتماعية من تصميم شعبان جاب الله رضوان وعادل محمد هريدي ، (ب) ومقاييس الإفصاح عن الذات الذي صممها الباحث الباحث في إطار الدراسة الراهنة ، (ج) ومقاييس التوجه الاجتماعي وهذا المقياس من اعداد الباحث وتم إجراء التحليلات الإحصائية التالية للإحصاءات الوصفية ، وحساب معاملات الارتباط ، وتحليل التغير (ANCOVA) ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية وكل من الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفضاميين والأكتئابيين والأسواء نجد أن النتائج المتصلة به تشير إلى تتحقق بدرجة كبيرة لدى الأسواء وجزئياً لدى المرضى وخاصة الأكتئابيين ، حيث تتجه النتائج إلى عدم تتحقق لدى الفضاميين بشكل عام.

14- دراسة (الدليم، 2005):

عنوان: **المهارات الاجتماعية لدى الفضاميين المراجعين والمنومين.**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الفضاميين المراجعين والمنومين لمدة لا تقل عن سنتين متواصلتين ، وتكونت العينة من (201) من الفضاميين المراجعين والمنومين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف (140 ذكراً - 61 أنثى) ، واستخدم الباحث المنهج الوصفي المناسب لدراسته ، وقد تم تطبيق أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد رونالد ريجيو. وقد قام الباحث باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية للتحقق من صحة فروض الدراسة الستة ، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق لصالح الذكور في مهارة التعبير الاجتماعي ، كما وجدت فروق لصالح المراجعات على الدرجة الكلية وعلى بعدي التعبير الاجتماعي والمنوحة ، كذلك وجود فروق بين الفضاميين تعزى لاختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم التعليمية ، ولكن ليس في ضوء متغير الحالة الاجتماعية.

15- دراسة (Mcdonell, M. , G. ,et. , al., 2003)

عنوان: **أعباء مقدمي الرعاية لمرضى الفصام: أثر التثقيف النفسي والوعي بالأفكار الانتحارية.**

هدفت هذه الدراسة إلى ثلاثة أهداف، حيث تمثل الهدف الأول في فحص العلاقة بين أعباء مقدمي الرعاية لمرضى الفصام والمتغيرات المرتبطة بالمرض مثل الإدمان، والاكتئاب، والأفكار الانتحارية. بينما كان الهدف الثاني هو صياغة وتقويم نموذج تنبؤي بالعبء الأسري، وكان الهدف الثالث اختبار تأثير العلاج الجماعي الأسري المتعدد على تقليل العباءة الأسرية. وقد تكونت عينة الدراسة من (90) من مرضى الفصام خارج المستشفى ومقدمي الرعاية لهم، وقد تم استخدام كلًّ من المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التجريبي في هذه الدراسة. حيث تم تقسيم المرضى بناءً على مرات دخولهم للمستشفى، فضمت المجموعة الأولى من لم يسبق لهم الدخول في المستشفى، أو دخلوا لمرة واحدة، بينما ضمت المجموعة الثانية من دخلوا المستشفى لمرات متعددة. وتم تطبيق مقياس الأعراض النفسية المختصر ل (Coverall & Graham, 1992) لتحديد الأعراض الإيجابية والسلبية للفصام والأفكار الانتحارية، بينما تم تقييم استراتيجيات المواجهة الإيجابية والسلبية لدى مقدمي الرعاية بواسطة قائمة طرائق المواجهة (Valentino, Russo & Car, 1985)، كما تم استخدام جدول المقابلة لقياس الأعباء (Tesseler, Fissher & Gamche, 1992) لقياس وعي مقدمي الرعاية بالأفكار الانتحارية والأعباء الملقاة عليهم. وقد أظهرت النتائج أن قصر فترة المرض، وقلة مصادر مقدمي الرعاية كانت مرتبطة ارتباطاً ذات دلالة إحصائية مع زيادة أعباء مقدمي الرعاية. وأنه من بين المتغيرات المرتبطة بالمرض (الإدمان، والاكتئاب، والأفكار الانتحارية، ووعي مقدمي الرعاية بالأفكار الانتحارية)، فإن وعي مقدمي الرعاية بالأفكار الانتحارية فقط إشارة إلى زيادة العباءة الأسرية. كما أظهرت النتائج أن العلاج الجماعي الأسري المتعدد ورفع وعي مقدمي الرعاية من أفراد العائلة بالأفكار الانتحارية لدى مرضاهem زاد من أعبائهم، لأن هذا العلاج يركز على تخفيف أعراض المريض من خلال العائلة ولا يركز على أفراد العائلة. لذلك فإن العلاج الجماعي الأسري المتعدد يحتاج إلى تعديل لتخصيص جلسات أكبر للحديث عن العباءة الأسرية، وتعليم مقدمي الرعاية إستراتيجيات يمكن أن يستخدموها للتعامل مع الأعباء بطريقة أكثر فاعلية .

16- دراسة (الحديني، 2003):

عنوان: نموذج مقترن لبروفيل الرضا الزواجي لدى الفصاميين.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى بروفيل أبعاد - الرضا الزواجي لدى الفصاميين ، وتكونت العينة من (27) زوجة و (19) زوج من المرضى الفصاميين ، وانقسمت عينة الدراسة إلى ثالث فئات فصامية وهي ملحوظ وتشغل مدى الدرجة من (90 - 70) ومتعدل وتشغل (69 - 60) وعادي وتشمل (59 - 45) ، واستخدمت الباحثة عدة من الأدوات للدراسة وهي مقياس الفصام التابع لاختبار الشخصية متعدد الأوجه 1 (M. M. P.)) ، ومقاييس الرضا الزواجي ، ومقاييس التفاعلات الأسرية ، وأسفرت النتائج على وجود ارتباط دال بين الدرجة على الفصام والدرجات على أبعاد الرضا ، عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث وذلك باستثناء بعدي عدم الرضا الجنسي والاتصال الموجه لحل المشكلات لصالح الذكور وبعد التواصل الوجداني لدى الإناث ، عدم وجود فروق دالة بين المرضى ذوات الأعراض الإيجابية والسلبية وأن نتائج مقياس التفاعلات الأسرية أشار بأن الخلافات المالية والرضا الجنسي من أهم مصادر الضيق الزواجي.

والتي تم فيها اختبار ثلاثة اختبارات من بطارية جيلفورد لقياس القدرات الإبداعية، يقيس كل منها قدرة مختلفة، (3) مقياس الاتزان الوجداني، بالإضافة إلى مقياس الذهانية لأيزنك كمقياس مواز لمقياس النمط الفصامي، كما أنه استخدم بعض الأساليب الإحصائية مثل المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم الالتواء لكل متغير، كما أنه يوضح قيم (ت) للفرق بين المتوسطات، معامل الارتباط (بيرسون)، وأسفرت نتائج الدراسة على أن هناك فروقاً جوهريّة بين الذكور والإناث على اختبارين من اختبارات التفكير الإبداعي حيث بلغت قيمة ت للفرق 2، 93 (جوهرية فيما وراء 0، 05) لصالح الإناث في الأصلية، كذلك هناك فروق بين الجنسين على اختبارات العصبية (ت= 3، 50 جوهريّة فيما وراء 0,003)، والتوافق العام (ت= 2، 21 جوهريّة فيما وراء 0,003).

17- دراسة (Glynn, S. M. , et. Al., 2002):

عنوان: دليل الدعم الاجتماعي المكمل لجلسات التدريب على المهارات: تأثيراته على التوافق الاجتماعي لمرضى الفصام.

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد ما إذا كان تعميم دليل تكميلي يركز في جوهره على التدريب على المهارات في المجتمع، من شأنه أن يحسن التكيف الاجتماعي ونوعية

الحياة بعد التدريب المعياري الإكلينيكي على المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام الذين استقرروا دوائياً. وقد تم استخدام المنهج التجاري - دراسة المقارنة، وقد تكونت عينة الدراسة من (63) فرداً تم تشخيصهم بالفصام وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي للأمراض النفسية- النسخة الرابعة (DSM-IV)، وقد تم وضعهم بشكل عشوائي إما في مجموعة التدريب على المهارات الإكلينيكية، أو مجموعة التدريب على المهارات الإكلينيكية مع الدليل التكميلي الذي يركز في جوهره على التدريب على المهارات في المجتمع. كما تم تعيين المشاركين في الدراسة عشوائياً لتلقي علاج دوائي إما ريسبيريدون أو هالوبيريدول. وأجري التدريب الإكلينيكي لجميع المشاركين مرتين في الأسبوع لمدة (90) دقيقة في الأسابيع الأربع والعشرين الأولى، ثم مرة واحدة في الأسبوع لمدة (90) دقيقة في الأسابيع الـ (12) المقبلة، ومن ثم مرة واحدة في الأسبوع لمدة (90) دقيقة لمدة (24) أسبوعاً أخرى. وبالنسبة لأولئك المشاركين في مجموعة الدليل التكميلي، فقد تلقو جلسات إضافية خلال الفترة الزمنية نفسها، جلسات أسبوعية (75) دقيقة لمدة (52) أسبوعاً الأولى، ثم نقل كثيراً في الثمانية أسابيع المتبقية. وتم استخدام تحليل التباين (ANOVA) مع المقاييس المذكورة لتحليل بيانات التقييم لقياس جودة الحياة وقياس التكيف الاجتماعي. وقد كشفت نماذج النتائج على مقياس جودة الحياة أن المشاركين في مجموعة الدليل التكميلي تحسنت بشكل أسرع، وأحياناً إلى درجة أعلى من مجموعة التدريب القائم على المهارات الإكلينيكية فقط، وذلك بالنسبة لمهارات التعامل مع الآخرين، وشغل دوراً أساسياً، وحيازة أشياء شائعة، والمشاركة في الأنشطة المشتركة.

تبين من خلال العرض السابق للدراسات ما يلي:

أولاً- من حيث الأهداف:

- فقد تتنوعت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت حل المشكلات بتنوع متغيراتها حسب الأهداف المرجوة من كل دراسة فبعض الدراسات كان الهدف منها التعرف إلى حل المشكلات مع الاكتئاب مثل دراسة (Hopko, D. R. , et. al. 2011) ودراسة (Chen, S. U. , 2006) (Areán, P. A. , et. al. 2010) ودراسة (Hegel, M. , T. , et. , al2004) (et. , al .) ودراسة (Alexopoulos, G. S. , et. al. 2003) (Eskin, M. , Akoglu, 2006) ، وهناك دراسات هدفت إلى دراسة حل المشكلات وعلاقتها بالسلوك الانتحاري مثل دراسة (McAuliffe, C. , et. al. 2003) ، وبعض الدراسات هدفت لمعرفة أثر حل المشكلات مع مرضى الفصام العقلي مثل دراسة

Liberman, R. ,P. , Et. (Rodewald, K. ,. . . et. al. 2011) (Medalia, A. , Revheim, N. & Casey2001)، ودراسة (al. 2001) دراسة (Bellack, A. S. , et. al. 1996)، و هناك بعض الدراسات التي هدفت لمعرفة أثر حل المشكلات مع اضطرابات الشخصية مثل دراسة (McMurran, M.) (Huband, N. , et al 2007)، ودراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G2002) التي هدفت إلى تقييم فاعلية حل العلاج بحل المشكلات مع الشباب الجانحين المعرضين للسجن، وهناك بعض الدراسات التي تناولت في أهدافها دراسة واحدة في العلاج بحل المشكلات مع كل من المتغيرات التالية: القلق العام مثل دراسة (Mikami, K. ; et. al. 2014) التي هدفت إلى فاعلية العلاج بحل المشكلات مع اضطرابات القلق العام ودراسة (McDonagh, A. ;et. al. 2005) لمعرفة فاعلية العلاج بحل المشكلات في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة ، ودراسة (Garand, L. , et. al. 2014) لتقدير تأثيرات العلاج بحل المشكلات على الصحة النفسية، والذي صمم لمقدمي الرعاية للمرضى المرضى حديثاً بالخلل المعرفي الخفيف أو الخرف المبكر ، ودراسة (Heppner, P. P. ; et. al. 2001) لتقدير نموذج حل المشكلات في الإرشاد.

- أما الدراسات التي تناولت الضغوط النفسية فقد كان معظمها برامج لخفض الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل دراسة (فؤاد وآخرون، 2013) ودراسة (قاسم وأخرون، 2013) ودراسة (نصر، 2012) ودراسة (عبد القوي، 2012) ودراسة (الخياط، والسلحات، 2012) ، و دراسة (غيث وآخرون، 2011) ودراسة (شريت، 2011) ودراسة (السوالمه، 2011) ودراسة (الدبابس، 2011) ودراسة (أبو الديار ، 2010) ودراسة (الدهمات ، 2009) ودراسة (قبلان وآخرون، 2009) ودراسة (راضي، 2008) ودراسة (عزم، 2008) ودراسة (رضوان، 2008) ودراسة (عربات والزيودي، 2008) ودراسة (أبو غزالة، 2004) ودراسة (الخولي، 2004) ، وهناك دراسة واحدة تناولت برنامج في مواجهة الضغوط النفسية مثل دراسة (عبد القوي، 2012) ودراسة أخرى تناولت برنامج وأثره في الضغوط النفسية مثل دراسة (علي، 2011).

- أما الدراسات التي تناولت الفضام فقد تتنوعت في متغيراتها أيضاً حسب الأهداف المرجوة، فهناك دراسات هدفت إلى تناول أزواج مرضى الفضام وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل دراسة (جنقبر، 2014) ، ودراسة (للمان الحكيم، 2013) ودراسة (كوشيك وباهاتيا، 2013) ودراسة (الحديني، 2003). وهناك دراسات هدفت إلى تناول البرامج لمرضى الفضام وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل دراسة (الشيخ علي، 2013) ودراسة (الدجاني، 2010) ودراسة (الصبوه وعبد الرحمن ،2008). وهناك دراسات تناولت في هدفها الدعم سواء الاجتماعي أما الأسري مثل دراسة (جيليان وآخرون، 2002) ودراسة (مكدونل وآخرون، 2004) ودراسة (رضوان، 2006) ودراسة (أوبيمي وآخرون، 2012) ودراسة (أبو رحمة، 2012). وهناك دراسات تناولت في هدفها الفضام مع بعض المتغيرات مثل دراسة (شحادة، 2012) ودراسة (عبد الفتاح، 2010) ودراسة (عبد الخالق، 2010) ودراسة (جودة، 2008) ودراسة (الدليم، 2005) .

ثانياً- من حيث أدوات الدراسة:

لقد تتنوعت أساليب وأدوات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة فمنها من كان من إعداد الباحث، ومنهم من اعتمد على مقاييس معدّه من قبل غيره، ومن منهم من دمج في استخدامه لمقاييس من إعداده وإعداد غيره.

- فالدراسات التي تناولت حل المشكلات نجد أنها اتفقت في استخدام مقاييس حل المشكلات ولكنها اختلفت في إعداده فمنهم قام بإعداد المقاييس كما في دراسة Hegel, 2004 (Eskin, M. , Akoglu, A. & Uygur, B. 2006) دراسة (McAuliffe, C. , et. al. 2003) (M. , T. , et. , al دراسة (Bellack, A. S. , et. al. (Liberman, R. ,P. , Et. al 2001) دراسة (Heppner, P. P. ; et. al. 2001) (1996 مقاييس ليس من إعداده كما في دراسة (Chen, S. U. , et. , al 2006) دراسة (.Biggam, F. H. , & Power, K. G2002) .

- أما الدراسات التي تناولت الضغوط النفسية فقد تتنوعت في إعداد أدوات دراستها ، فمنهم قام بإعداد المقاييس كما في دراسة (نصر 2012) ، ودراسة (على 2011)، ودراسة (شريت 2011)، ودراسة (السوالمه 2011) ، ودراسة (راضي 2008)، ودراسة (عزم 2008) ، ودراسة (رضوان 2008) ، ودراسة (أبو غزالة 2004) ، ودراسة (الخولي 2004)، ومنهم من اعتمد على مقاييس ليس من إعداده كما في دراسة

(قاسم وآخرون 2013) و دراسة (عبد القوي 2012) ، ودراسة (عبد القوي 2012 ، ودراسة (الخياط و السليحات 2012)، ودراسة (غيث وآخرون 2011) ، ودراسة (الدباس 2011) ، ودراسة (الدهمات 2009)، ودراسة (عربيات و الزيودي 2008) ، ودراسة (أبو الديار 2010) ومنهم من اعتمد في استخدامه للمقاييس في دمجه لمقاييس من إعداده وأخرى من إعداد غيره كما في دراسة (فؤاد وآخرون 2013) ، ودراسة ((قبلان وآخرون 2009).

- أما الدراسات التي تناولت الفصام فقد توالت أيضا في إعداد أدوات دراستها ولكن أغلبها كانت من إعداد الباحث ماعدا دراسة الشيخ (علي 2013) ، ودراسة 2012(Ayo Obembe at a I ودراسة (جودة 2008) ، ودراسة (الدليم 2005)، ودراسة (Mcdonell, M. , G. ,et. , al 2004) ، ودراسة (الحديني 2003) ، وأما دراسة (رضوان 2006) فقد دمج في دراسته مقاييس من إعداده وأخرى من إعداد غيره.

ثالثاً- من حيث العينة:

اختلفت عينة الدراسات السابقة من دراسة إلى أخرى وفق ما تقتضيه كل دراسة ،في اختيار الفئه المستهدفة.

- فالدراسات التي تناولت أسلوب حل المشكلات طبقت على عينات مختلفة من الاضطرابات النفسية المختلفة ، فهناك دراسات تناولت عينة مرضى الاكتئاب مثل Areán, P. A. , et. al. (Hopko, D. R. , et. al. 2011) ، ودراسة (Hegel, 2004) ودراسة (Chen, S. U. , et. , al 2006) ، ودراسة (Alexopoulos, G. S. , et. al. 2003) ، ودراسة (M. , T. , et. , al (Eskin, M. , Akoglu, 2006) ، ودراسة (McAuliffe, C. , et. al. 2003) ، و دراسة (A. & Uygur, B. 2006) وهناك دراسات تناولت عينة السلوك الانتحاري مثل دراسة (Rodewald, K. . . . et. 2011) ، ودراسة (Liberman,R. ,P. Et. al. 2001) ، و دراسة (Bellack, A. S. (Medalia, A. , Revheim, N. & Casey2001) ، ودراسة (Huband, N. , et al 2007) ، ودراسة (McMurran, M. , et al 2011) ، ودراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G2002) ، وهناك دراسات تناولت عينة اضطرابات الشخصية مثل (et. al. 1996)

الشباب الجانحين، وهناك دراسة (Mikami, K. ; et. al. 2014) ، التي تناولت عينة اضطراب القلق العام، ودراسة (McDonagh, A. ;et. al. 2005) والتي تناولت عينة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ودراسة (Garand, L. , et. al. 2014) التي تختلف نوعاً ما عن الدراسات السابقة في أنها تناولت برنامج تنفيسي لعينة مقدمي الرعاية لاضطراب الحرف المبكر.

- أما بالنسبة للدراسات التي تناولت الضغوط النفسية فكانت معظمها عينات أمهات الأطفال المضطربين مثل دراسة (قاسم وآخرون 2013)، ودراسة (شريت 2011) والتي تناولت عينة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة، ودراسة (نصر 2012)، ودراسة (أبو غزالة 2004) والتي تناولت عينة أمهات أطفال التوحد، ودراسة (راضي 2008) والتي تناولت عينة أمهات ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط، ، ودراسة (غيث وآخرون 2011) والتي تناولت عينة أمهات الأطفال المصابين بالقلة السحائية ، وهناك دراسات تناولت عينة أسر الأطفال المعوقين سمعياً مثل دراسة (أبو الديار 2010)، ودراسة (الدهمات 2009)، و دراسة (عربات والزيودي 2008)، ودراسة (قبلان وآخرون 2009) والتي تناولت عينة أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وهناك دراسات تناولت عينة طلبة الجامعات مثل دراسة (الخياط والسلیحات 2012)، و(الدبابس 2011)، وهناك دراسات تناولت عينة المعلمين مثل دراسة (علي 2011)، ودراسة (الخولي 2004)، كما أن هناك دراسات تناولت عينات مختلفة مثل دراسة (فؤاد وآخرون 2013) التي تناولت عينة المسنين، ودراسة (عبد القوي 2012) والتي تناولت عينة المرأة العاملة، ودراسة (عزم 2008) والتي تناولت عينة زوجات المسجونين، ودراسة (رضوان 2008) والتي تناولت عينة مرضى السكر في محافظات غزة.

- أما بالنسبة للدراسات التي تناولت مرضى الفصام فكانت أغلبها على عينة مرضى الفصام العقلي مثل دراسة (دراسة الشيخ علي 2013) ودراسة (دراسة أيو أوبيمبي 2012) ودراسة (دراسة حسن أبو رحمة 2012) ودراسة (عبد الفتاح 2010) ودراسة (جودة 2008) و دراسة (الصبوة و عبد الرحمن 2008) ودراسة (رضوان 2006) ودراسة (الدليم 2005) ودراسة (جليان وآخرين 2002) ودراسة (رضوان و أبو عبة 2002)، وهناك دراسات تناولت عينة أزواج مرضى الفصام مثل دراسة (جنقبور وآخرين 2012) ودراسة (لقمان الحكيم 2013) ودراسة (كوشيك وباهاتيا

(2013) ودراسة (الحديني 2003)، وهناك دراسات تناولت عينة أهالي وأسر مرضى الفصام مثل دراسة (شحادة 2012) ودراسة (الدجاني 2010)، وهناك دراسات تناولت عينة مرضى الفصام ومقدم الرعاية لهم مثل دراسة (مكدونل وآخرين 2004).

رابعاً - من حيث منهج الدراسة:

هناك دراسات استخدمت المنهج التجاري ذا التصميمين الذي يتضمن تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وهناك دراسات استخدمت المنهج شبه التجاري ذا التصميم الواحد والذي يتضمن مجموعة تجريبية واحدة فقط وهناك دراسات استخدم المنهج الوصفي.

- فالدراسات التي تناولت أسلوب حل المشكلات أغلبها استخدمت المنهج التجاري ذا التصميمين الذي يتضمن تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية مثل دراسة (Garand, L. , et. al. 2014)، ودراسة (Mikami, K. ; et. al. 2014) ودراسة (Rodewald, K. ,. . . et.) (McMurran, M. , et al 2011) ، ودراسة (Areán, al. 2011) ، ودراسة (Hopko, D. R. . , et. al. 2011) ، ودراسة (Huband, N. , et al2007) ، ودراسة (P. A. , et. al. 2010 Alexopoulos, G. S. , et. al.) (McDonagh, A. ;et. al. 2005) ، ودراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G2002) (2003) ، ودراسة (Medalia, A. , Revheim, N.) ، ودراسة (Liberman,R. ,P. Et. al2001) (Bellack, A. S. , et. al. 1996) ، ودراسة (& Casey2001) أما الدراسات التي استخدمت المنهج شبه التجاري ذي التصميم الواحد والذي يتضمن مجموعة تجريبية واحدة فقط مثل دراسة (Chen, S. U. , et. , al 2006) ، ودراسة (Hegel, M. , T. , et. , al2004) ، أما الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي التحليل كدراسة (Eskin, M. , Akoglu, A. & Uygur, B2006) ، ودراسة (Heppner, P. P. ; et.) (McAuliffe, C. , et. al. 2003) ، ودراسة (al. 2001).

- أما الدراسات التي تناولت الضغط النفسي، فأغلبها استخدمت المنهج التجاري ذا التصميمين الذي يتضمن تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية كدراسة (قاسم وآخرون2013)، ودراسة (نصر 2012) ، ودراسة (عبد القوي 2012) ، ودراسة (الخياط و السليحات 2012)، ودراسة (على 2011)، ودراسة (غيث وآخرون2011) ، ودراسة (السؤالمه 2011)، ودراسة، ودراسة (الدباس 2011) ، ودراسة (أبو

الديار 2010) ، ودراسة (الدهمات 2009)، ودراسة (قبلان وآخرون 2009)، ودراسة (راضي 2008) ، ودراسة (عزم 2008) ، ودراسة (رضوان 2008)، ودراسة (عربيات والزيودي 2008)، ودراسة (أبو غزالة 2004)، ودراسة (الخولي 2004)، أما الدراسات التي استخدمت المنهج شبه التجريبي ذي التصميم الواحد والذي يتضمن مجموعة تجريبية واحدة فقط كدراسة (فؤاد وآخرون 2013)، ودراسة (شريت 2011)، ودراسة (الخولي 2004) .

- أما الدراسات التي تناولت الفصام العقلي فقد تنوّعت في المنهج منهم من استخدم المنهج التجريبي ذا التصميمين الذي يتضمن تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية كدراسة (الشيخ على 2013)، ودراسة (الجاني 2010)، ودراسة (عبد الفتاح 2010)، ودراسة (الصبوة وعبد الرحمن 2008) ودراسة (Glynn, S. M , et. 2002) ، أما الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي التحليل كدراسة . J (Jungbauer, Lukmanul Hakeem, M. N. 2013 et. al 2014) ، Lukmanul Hakeem, M. N. 2013 et. al 2014) ودراسة (Ayo Obembe)، ودراسة (Kaushik, P. , & Bahatia, M. S. 2013) ودراسة (Ayo Obembe)، ودراسة (Kaushik, P. , & Bahatia, M. S. 2013) ودراسة (Shahade 2012)، ودراسة (أبو رحمة 2012)، ودراسة (عبد الخالق 2010)، ودراسة (جودة 2008)، ودراسة (رضوان 2006)، ودراسة (الدليم 2005)، ودراسة (Mcdonell, M. , G. , et. , al 2004) ، ودراسة (الحديني 2003) .

رابعاً- التعليق العام على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح لنا قلة الدراسات التي اهتمت بدراسة العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات مع زوجات أو مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي، ولم تجد الباحثة - حسب علمها- دراسات عربية قامت بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات مع الزوجات أو مقدمي الرعاية لمرضى الفصام، على الرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي مع الاضطرابات النفسية والعقلية، كما لاحظت الباحثة ندرة الدراسات التي تناولت ضغوطات زوجات مرضى الفصام أو ضغوطات زوجات مرضى باضطرابات مختلفة بشكل عام سواء في المجتمعات العربية أم المجتمعات الغربية، الأمر الذي يستدعي الحاجة إلى المزيد من الدراسات حول هذه الجوانب، وكذلك وجدت الباحثة بعضاً من الدراسات العربية التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي مع الضغوط النفسية ولكنها لم تجد - حسب علمها- دراسات استخدمت العلاج المعرفي السلوكي

بأسلوب حل المشكلات مع الاضطرابات النفسية أو العقلية ، أما بالنسبة الدراسات الأجنبية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات، فإنها تناولته كأسلوب علاجي مع مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية كما تناولته كأسلوب وقائي في مجال الإرشاد مع شرائح مختلفة من الناس كالشباب وكبار السن والسيدات.

و بناءً على الدراسات السابقة يمكن القول بأن التدخلات العلاجية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات أثبتت فاعليته مع غالبية الاضطرابات المختلفة، كما أن هذا النوع من العلاج أظهر قبولاً واستحساناً من قبل المرضى، كما أنه تدخل فعال واقتصادي وسهل الوصول إليه فيبدو أكثر توفيراً من ناحية التكلفة ويساعد على زيادة الإنتاجية وتقليل التبعات الناتجة عن المرض.

ومن خلال هذه الدراسة والدراسات السابقة يمكن القول بأن العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات إشارة مهمة لعامل الصمود النفسي في وجه العديد من مشكلات الصحة النفسية ، وترقيته لبعض الخصائص النفسية مثل مهارة حل المشكلات ، تقدير الذات، العلاقات البيني شخصية ، الشعور بالكفاءة الذاتية ، الوقاية من المواقف النفسية المختلفة ، وهذا مالا تتوفره العلاجات التقليدية ، كما أنها تتناسب الاحتياجات التطورية للأفراد وتلبى الاحتياجات العلاجية والتأهيلية لمرضى بالاضطرابات النفسية المختلفة ومع شرائح مختلفة.

ونظراً لشيوخ الاضطرابات النفسية وتبنيها بالمعاناة للمرضى إضافة لقلة الإنتاجية في العمل وزيادة أعباء أجهزة الرعاية الصحية فإن الحاجة ملحة لإيجاد طرائق علاجية لها كالعلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات، الأمر الذي يستدعي بأن يكون على رأس القائمة.

ما تتميز به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- **موضوع الدراسة:** إنها استخدمت برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكيًّا بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي والتي تعتبر من الدراسات التي لم تجرِ عليها أي دراسة على مستوى البيئة الفلسطينية والوطن العربي على حسب علم الباحثة ، والتي ما زالت بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسات العلمية.

- **متغيرات الدراسة:** تعتبر متغيرات هذه الدراسة جديدة ونادرة في استخدام العلاج بحل المشكلات مع الاضطرابات النفسية في البيئة الفلسطينية ، وهي بحاجة إلى المزيد من الدراسة والبحث العلمي.
- **عينة الدراسة:** حسب علم الباحثة بأن عينة زوجات مرضى الفصام العقلي على مستوى البيئة الفلسطينية والوطن العربي لم تجرى عليهم أي دراسة وخاصة في معاناتهم من الضغوط النفسية الناتجة عن مرض الزوج بالفصام.
- **منهج الدراسة:** استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي الذي يعتبر دراسة كمية (سيكومترية) بالإضافة إلى استخدامها المنهج النوعي (الكيفي) عن طريق المقابلات الفردية لمجموعة من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي ومجموعة أخرى من زوجات مرضى الفصام العقلي لأخذ آرائهم حول موضوع الدراسة.

فروض الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المتردد़ين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المتردد़ين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المتردد़ين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المتردد़ين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- مقياس الضغوط النفسية.
- مقياس أنماط حل المشكلات.
- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات.
- المقابلات الإكلينيكية الفردية.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
- خطوات إجراء الدراسة.
- الصعوبات.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني في هذه الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الباحثة بدراستها، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وضمن الخطوات الاستدلالية التي زودنا بها من برنامج الدراسات العليا وحسب آليات وخطوات البحث العلمي الصحيح والمتافق عليه، للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن لنا أن نقدمها إلى الآخرين مبسطة وذات بناء علمي، وعليه اتبعنا الخطوات التالية:

❖ أولاً- منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في دراستها على نوعين من المناهج وهما:

- **المنهج الشبه تجربى (الكمي)** : وهو منهج ذات التصميم الواحد لمجموعة واحدة حيث القياس القبلي والبعدي والتباعي، كونه يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، وبهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً (عيادات آخرون، 2004: 191).
- **المنهج النوعي (الكيفي)** : يمكن تعريفه بأنه ذلك النوع من البحوث الذي يقوم على جمع وتحليل وتفسير البيانات بشكل سردي ومنطقي لأجل فهم ظاهرة اجتماعية محددة.

كما عرفه الدرة 2010 بأنه ذلك النوع من البحوث الذي يعطي نتائج لم يتم التوصل إليها بواسطة الإجراءات الإحصائية أو بأي وسيلة أخرى من الوسائل الكمية ، ويكون دور الباحث فيه إيجابياً وفعالاً عن طريق المشاركة الفاعلة من أجل جمع المعلومات ، وذلك مباشرة من المبحوثين إما باللماحة الميدانية أو بالمقابلات دون اللجوء - ما أمكن - إلى استخدام الإجراءات الإحصائية (مطر آخرون، 2011: 6).

❖ ثانياً- مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع زوجات مرضى الفصام العقلي المتردّدات والمتابعات بعيادات الصوراني لصحة النفسية الحكومية بمحافظة غزة، حيث يبلغ عدد مرضى الفصام وفقاً لآخر إحصائية داخل عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية حتى عام 2014 ما يقارب (270) مريضاً، وذلك حسب إحصائية وزارة الصحة الفلسطينية.

❖ ثالثاً- عينة الدراسة:

ت تكون عينة الدراسة من عينتين وهمما العينة الاستطلاعية التي تم استخدامها لقياس الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة للتحقق من الصدق والثبات، أما العينة الفعلية التي يتم استخدامها للإجابة عن تساؤلات وفرضيات الدراسة، فيتم عرضها من خلال التالي:

• العينة الاستطلاعية:

تكونت من (31) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتردّدات على عيادتي الصوراني، و الزوايدة للصحة النفسية التابعتين لوزارة الصحة الحكومية بمحافظة غزة، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية، وذلك للتأكد من صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة.

• العينة الفعلية:

قامت الباحثة باختيار عينة قصدية من زوجات مرضى الفصام العقلي المتردّدات على عيادة الصوراني الحكومية بمنطقة الشجاعية والحاصلات على أعلى الدرجات على مقياس الضغوط النفسية والبالغ عددها (15) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي، وقد تم الاعتماد على هذه النسبة لصعوبة الوصول للعينة، وقد تم اختيارهن حسولاً على فرصة التعليم بما تتطلبه تقنية العلاج بأسلوب حل المشكلات على نسبة معقولة من التعليم، وطبق البرنامج في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية بمنطقة الشجاعية بغزة، وخلال تطبيق البرنامج حدث الحرب الأخيرة على غزة ؛ الأمر الذي أوقف سير البرنامج طوال فترة الحرب وبعد انتهاء الحرب بفترة تم استئناف البرنامج إلى مساره، مع انقطاع ثلاث حالات من العينة لاستشهاد الأزواج والتهجير من أماكن سكناهم إلى أماكن أخرى، الأمر الذي قلل من عدد العينة إلى (12) زوجة.

والجدول التالي يوضح عينة الدراسة حسب نوع الجنس، الفئات العمرية، المرحلة التعليمية، الجهة الحاضنة، ومكان السكن.

جدول (2)

يوضح خصائص أفراد العينة

المتغير	الفئة	عدد	%
العمر	أقل من 25	2	16.7
	40-25	5	41.7
	أكثر من 40	5	41.7
عدد الأبناء	أقل من 3	2	16.7
	6-3	7	58.3
	من 7 فأكثر	3	25.0
الوضع الاقتصادي	متدني	9	75.0
	متوسط	3	25.0
عدد سنوات مرض الزوج	10-5	4	33.3
	أكثر من 10	8	66.7
	10-5	2	16.7
عدد سنوات الزواج	أكثر من 10	10	83.3
	إعدادي	2	16.7
المؤهل العلمي للزوجة	ثانوي	10	83.3

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق مايلي:

- **الفئات العمرية:** أظهرت النتائج إلى أن 16.7% من زوجات مرضى الفصام أعمارهن أقل من 25 سنة، بينما 41.7% أعمارهن تتراوح ما بين 25 - 40 سنة، في حين أن 41.7% أعمارهن أكثر من 40 سنة.
- **عدد الأبناء:** أظهرت النتائج أن 16.7% من زوجات مرضى الفصام لديهن أبناء أقل من 3 أبناء، بينما 58.3% لديهن أبناء بعدد (3-6) أبناء، و 25% لديهن أبناء 7 فأكثر.

- **الوضع الاقتصادي:** أظهرت النتائج أن 75% من زوجات مرضى الفصام وضعهن الاقتصادي متدين، بينما 25% وضعهن الاقتصادي متواسط.
- **عدد سنوات مرض الزوج:** أظهرت النتائج أن 33.3% من زوجات مرضى الفصام يرددن بأن مرض ازواجهن يتراوح ما بين (5-10) سنوات، بينما 66.7% مرض ازواجهن لديهم أكثر من 10 سنوات.
- **عدد سنوات الزواج:** أظهرت النتائج أن 16.7% من زوجات مرضى الفصام تراوحت سنوات زواجهن ما بين (5-10) سنوات، بينما 83.3% كانت سنوات زواجهن أكثر من 10 سنوات.
- **المؤهل العلمي للزوجة:** أظهرت النتائج أن 16.7% من زوجات مرضى الفصام حاصلات على الشهادة الإعدادية، بينما 83.3% حاصلات على شهادة الثانوية العامة.

❖ رابعاً - أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات والتي من خلالها يتم جمع البيانات للإجابة عن تساؤلات الدراسة والأدوات هي كما يلي:

- 1- مقياس الضغوط النفسية. (من إعداد الباحثة).
- 2- مقياس أنماط حل المشكلات. تعریب د. مصطفی المصري (2013).
- 3- البرنامج العلاجي (إعداد الباحثة).
- 4- المقابلات الإكلینيكية الفردية (إعداد الباحثة).

▪ **أولاً- مقياس الضغوط النفسية (إعداد الباحثة):**

وصف مقياس الضغوط النفسية :

هدف المقياس التعرف إلى مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعتات لأزواجهن بعيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية لجلب العلاج لأزواجهم المرضى بمحافظة غزة، وحيث تضمن المقياس في صورته الأولية على (72) فقرة ، انظر ملحق رقم (2)، وبعد تعديها من قبل المحكمين والإحصائي أصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (55) فقرة، وتركز على أبعاد الضغوط النفسية الأربع وهي: (الضغط النفسية، الضغوط الاجتماعية، الضغوط الأسرية، الضغوط الاقتصادية)، انظر ملحق رقم (3). وكل عبارة في المقياس ترتبط بالمعاناة من الضغوط النفسية، وأمام كل فقرة تلقت إجابات تبدأ بالإجابة الأولى (دائماً) والثانية (أحياناً) والثالثة (مطلقاً)، ويوضع المبحوث إشارة (X) أمام العبارة التي تتفق وتعبر عن مشاعرها، والعبارات كلها صحيحة، وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر، ويتم الإجابة عن واحدة من الخيارات التي أمام الفقرة.

تصحيح مقياس الضغوط النفسية :

تتراوح درجات هذا المقياس من درجة واحدة وحتى 177 درجة، وتقع الإجابة عن المقياس في ثلاثة مستويات (دائماً، أحياناً، مطلقاً) وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (ثلاث درجات حتى صفر درجة)، بمعنى اذا كانت الإجابة (3 دائمـاً - 2 أحياناً - مطلقاً 1)، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة المعاناة من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة.

الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية :

للتعرف إلى الخصائص السيكومترية للمقياس، قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس، وستقوم الباحثة بعرض النتائج بالتفصيل من خلال التالي:

معاملات الصدق لمقياس الضغوط النفسية:

للحصول على معاملات الصدق للمقياس، قامت الباحثة بحساب الصدق بطرقين وهما، صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

صدق المحكمين لمقياس الضغوط النفسية:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية والبحث العلمي في علم النفس والتربية، لإبداء آرائهم تجاه كل فقرة من حيث الصياغة والدقة اللغوية ومدى صدق الفقرات ومدى قياس ما وضعت لأجله، وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين، انظر إلى الملحق رقم (4) وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقتراحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، في صورته قبل النهائية.

صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، كما تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حدة، وكذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس. ويوضح الجدول التالي، مدى ارتباط أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس:

جدول (3)

يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس (الضغط النفسي) والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	المجالات	الرقم
0. 001	**0. 634	الضغط النفسية	1
0. 001	**0. 807	الضغط الاجتماعية	2
0. 001	**0. 750	الضغط الأسرية	3
0. 001	*0. 362	الضغط الاقتصادية	4

** دالة احصائية عند 0.01 // غير دالة احصائية عند 0.05

يتبيّن من الجدول السابق بأنّ أبعاد مقياس الضغوط النفسية تتمتّع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.36 – 0.80)، وهذا يدل على أنّ أبعاد مقياس الضغوط النفسية تتمتّع بدرجة عالية جيدة من الصدق، بحيث تجعل الباحثة مطمئنة إلى صلاحية تطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة. وبما أنّ مقياس

الضغوط النفسية لديه أربعة أبعاد، فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، ويتبين ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية

لكل بعد على حدة

معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة
البعد الرابع: الضغط الاقتصادية		البعد الثالث: الضغط الاسرية		البعد الثاني: الضغط الاجتماعية		البعد الأول: الضغوط النفسية	
**0. 536	50	**0. 456	36	//0. 244	19	// -0. 069	1
**0. 687	51	**0. 559	37	**0. 706	20	**0. 529	2
**0. 766	52	**0. 568	38	**0. 496	21	**0. 559	3
**0. 507	53	*0. 368	39	**0. 465	22	*0. 376	4
**0. 563	54	**0. 635	40	**0. 567	23	*0. 452	5
**0. 805	55	**0. 585	41	**0. 592	24	*0. 434	6
*0. 367	56	*0. 365	42	**0. 508	25	*0. 377	7
**0. 624	57	*0. 434	43	0. 342	26	**0. 456	8
**0. 501	58	**0. 596	44	*0. 377	27	**0. 704	9
**0. 528	59	*0. 401	45	**0. 659	28	**0. 550	10
		**0. 538	46	**0. 610	29	//0. 281	11
		**0. 670	47	//0. 171	30	**0. 456	12
		**0. 670	48	**0. 552	31	*0. 385	13
		**0. 493	49	**0. 487	32	*0. 437	14
				**0. 701	33	**0. 519	15
				*0. 371	34	*0. 406	16
				**0. 571	35	**0. 473	17
						**0. 493	18

** دالة احصائية عند 0.01 * دالة احصائية عند 0.05 // غير دالة احصائية

تبين من خلال الجدول السابق أن الفقرات (1 : أشعر بالحزن لمرض زوجي بالفصام ، 11: أشعر بالذنب لشعوري بقلة الحيلة تجاه مرض زوجي ، 19: أشعر بالمرارة عندما يقدم لي الآخرين مساعدة ، 30: تزعجني نظرة الشفقة في عيون الناس على حالتي) فقرات معاملات

ارتباطها بالدرجة الكلية للبعد ضعيفة ، وهي أقل من 0.3 حسب محك كايزر ، لذا فإن الباحثة ستحذفها من الأداة ، أما باقي الفقرات فهي دالة دلالة إحصائية وعليه فإن الباحثة ستطمئن لتطبيق فقرات الأداة مع عينة الدراسة الحالية .

معاملات الثبات:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قامت الباحثة بحساب الثبات بطرفيتين وهما، طريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية على عينة استطلاعية قوامها (31) من زوجات مرضى الفصام العقلي بعيادتي الصوراني والزوايدة للصحة النفسية الحكومية، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.87 وهذا دليل كافٍ على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع. وبما أن الاستيانة لديها أربعة أبعاد، فقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للأبعاد ما بين الأربعة (0.77 - 0.82)، وهذا دليل كافٍ على أن المقياس وأبعاده لديها معاملات ثبات مرتفعة.

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية على عينة استطلاعية قوامها (31) من زوجات مرضى الفصام العقلي بعيادتي الصوراني والزوايدة للصحة النفسية الحكومية، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حدة، فقد بلغ معامل ارتباط بيرسون للمقياس الكلي 0.76، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.86)، حيث تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين (0.77 - 0.87)، مما سبق يتبيّن أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ جداً، كما في الجدول التالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة عن فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (5)

يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقاييس
الضغط النفسي وأبعاده

الرقم	البعد	عدد الفقرات	معامل الفا كرونباخ	طريقة التجزئة النصفية
1	البعد الأول: الضغوط النفسية	16	0.775	معامل سبيرمان براون
2	البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية	15	0.828	معامل بيرسون
3	البعد الثالث: الضغوط الاسرية	14	0.787	
4	البعد الرابع: الضغوط الاقتصادية	10	0.777	
		55	0.870	المقياس الكلي
			0.763	
			0.866	

• ثانياً- مقياس أنماط حل المشكلات (تعريب د. مصطفى المصري):

لقد وقع اختيار الباحثة على مقياس أنماط حل المشكلات من إعداد

D'Zurilla T, Nezu A, Maydeu-Olivares A, 2002) حيث قام بتعريبيه الدكتور مصطفى المصري (2013)، حيث إن المقياس يتضمن أبعاد جوهرية تهدف إلى أنماط حل المشكلات وهي (التوجه نحو المشكلات ، أنماط حل المشكلات)، حيث إن التوجه نحو المشكلات له توجهان وهما (توجه إيجابي، توجه سلبي)، أما بالنسبة لأنماط حل المشكلات فله ثلاثة مجالات وهي (نط عقلاني، نط اندفاعي، نط تجني)، أنظر ملحق رقم (4).

وصف المقياس:

يهدف المقياس إلى التعرف إلى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعتات بعيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية لجلب العلاج لأزواجهن المرضى، ويتضمن المقياس من (25) فقرة، وتم حذف الفقرة رقم واحد ليصبح (24) فقرة انظر ملحق (4) حيث إن المقياس يحتوي على بعدين رئيسيين، وكل بعد له أبعاد فرعية، وهي البعد الرئيسي الأول هو (التوجه نحو المشكلات، أنماط حل المشكلات)، حيث إن البعد الرئيسي الأول التوجه نحو المشكلات له بعدين فرعيان وهما (توجه إيجابي، توجه سلبي)، أما بالنسبة لأنماط حل المشكلات له ثلاثة أبعاد فرعية وهي (نط عقلاني، نط اندفاعي، نط تجني).

تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من درجة واحدة وحتى 125 درجة، وتقع الإجابة عن المقياس في خمسة مستويات (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، لا)، وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (خمس درجات حتى درجة واحدة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (5 دائماً - 4 غالباً - 3 أحياناً - 2 نادراً، 1 لا)، ولا توجد في المقياس فقرات سلبية وفقرات إيجابية، حيث إن المقياس لديه أبعاد سلبية وأبعاد إيجابية.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتعرف إلى الخصائص السيكومترية للمقياس، قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس، وستقوم الباحثة بعرض النتائج بالتفصيل من خلال التالي:

معاملات الصدق لمقياس أنماط حل المشكلات:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس، قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقتين وهما، صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

صدق المحكمين:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية والبحث العلمي في علم النفس والتربية، لإبداء آرائهم تجاه كل فقرة من حيث الصياغة والدقة اللغوية ومدى صدق الفقرات ومدى قياس ما وضعت لأجله، وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين، انظر الملحق رقم (1)، وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقتراحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، في صورته قبل النهائية.

صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حدة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حدة، ويوضح الجدول التالي، مدى ارتباط أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس:

جدول (6)

يوضح معاملات الارتباط بين فقرات أبعاد مقاييس أنماط حل المشكلات والدرجة الكلية لكل بعد على

حدة

معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة
البعد الخامس: نمط تجنبى	البعد الرابع: نمط اندفاعى	البعد الثالث: نمط عقلانى	البعد الثاني: توجه سلبي	البعد الأول: توجه ايجابى					
**0. 639	6	**0. 763	4	**0. 684	2	// 0. 189	1	**0. 788	5
*0. 370	10	**0. 611	13	**0. 619	9	**0. 599	3	**0. 699	8
**0. 548	14	*0. 432	20	**0. 774	12	**0. 637	7	*0. 399	15
**0. 570	19	*0. 359	22	**0. 784	17	**0. 497	11	**0. 802	23
**0. 771	21	**0. 460	24	**0. 846	18	**0. 678	16	**0. 516	25

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 // غير دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق أن فقرات أبعاد مقاييس أنماط حل المشكلات تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، وهذا يدل على أن مقاييس أنماط حل المشكلات وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ ومرتفع، ما عدا الفقرة رقم (1): أشعر بالخوف عندما تواجهني مشكلة مهمة يلزمها حل () فهي غير دالة إحصائية، فلذلك يجب حذفها من المقاييس.

معاملات الثبات:

للتتحقق من معاملات الثبات للمقاييس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين وهما، طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق مقاييس أنماط حل المشكلات على عينة استطلاعية قوامها (31) من زوجات مرضى الفصام في عيادتي الصوراني للصحة النفسية والزوايدة للصحة النفسية بغزة، وبعد تطبيق المقاييس تم احتساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث تراوحت معاملات الثبات لأبعاد المقاييس ما بين (0.42 - 0.83)، وهذا دليل كافٍ على أن المقاييس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع. وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقاييس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على وتساؤلات الدراسة واختبار صحة الفروض.

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق مقياس أنماط حل المشكلات على عينة استطلاعية قوامها (31) من زوجات مرضى الفصام في عيادتي الصوراني للصحة النفسية والزوايدة للصحة النفسية بغزة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود كل بعد إلى قسمين، إذ تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني لكل بعد على حدة، فقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين (0.40 - 0.87)، مما سبق يتبيّن أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ جداً، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة عن فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (7)**يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس أنماط حل المشكلات وأبعاده**

طريقة التجزئة النصفية		معامل الفا كرونباخ	عدد الفقرات	البعد	الرقم
معامل سبيرمان براؤن	معامل بيرسون				
0.507	0.344	0.612	5	البعد الأول: توجه إيجابي	1
0.406	0.205	0.508	4	البعد الثاني: توجه سلبي	2
0.871	0.831	0.831	5	البعد الثالث: نمط عقلاني	3
0.430	0.269	0.422	5	البعد الرابع: نمط اندفاعي	4
0.501	0.328	0.550	5	البعد الخامس: نمط تجنبى	5

ثالثاً - برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات:**المقدمة:**

يعد برنامج العلاج بحل المشكلات المستخدم في الدراسة من أشكال العلاج المعرفي السلوكي، وهو من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة ، وهو برنامج علاجي يتبنى نهج المهارات لمساعدة الأفراد على مواجهة مشكلات الحياة الصغيرة منها والكبيرة بفاعلية، فهو أسلوب إيجابي لتدخل إكلينيكي يركز على التدريب لبناء توجهات ومهارات فعالة لحل المشكلة.

وبما أن زوجات مرضى الفصام العقلي يواجهن العديد من المشكلات المتنوعة لصعوبة تداعيات مرض الزوج وصعوبة التعامل معه، الأمر الذي أدى إلى ضغوطات نفسية متعددة أثرت على جميع مجالات الحياة والذي حملها مسؤوليات متعددة تفوق قدرتها على التحمل وبالتالي أصبحن بحاجة إلى وسائل مساعدة للتخفيف من هذه الضغوطات، وهذا ما دفع الباحثة لإعداد برنامج للتخفيف من حدة الضغوطات التي تتعرض لها زوجات مرضى الفصام باستخدام برنامج العلاج بأسلوب حل المشكلات المبني على أسس العلاج المعرفي السلوكي.

الملامح الرئيسية للبرنامج:

بعد الاطلاع على العديد من البرامج والدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة، قامت الباحثة بتصميم برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات بصورةه الأولية ومن ثم عرضه على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في علم النفس وال التربية، والأطباء النفسيين والإكلينيكيين لإبداء آرائهم، وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين وقامت بإجراء ما يلزم من تعديلات، ومن ثم قامت الباحثة بتطبيقه بعيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية بمنطقة الشجاعية، بتاريخ 24/6/2014 على عينة مكونة من (15) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي على أن يشمل على (13) جلسة بمعدل جلستين أسبوعياً، وتتراوح زمن الجلسة من (60-90) دقيقة، وقد استمر البرنامج بشكل طبيعي حتى الجلسة الخامسة، إلى أن قامت الحرب الأخيرة على غزة بتاريخ 8/7/2014، الأمر الذي أوقف سير البرنامج وأدى إلى نقلص أفراد العينة إلى (12) زوجة بسبب الاستشهاد والتهجير من مناطق سكناهم إلى مناطق أخرى وخصوصاً أن أفراد العينة جميعهم من منطقة الشجاعية والتي كانت أشد المناطق مواجهة للحرب وقد تعرضت للتدمير ولاستشهاد عدد كبير من الناس. وبعد الحرب بفترة وجيزة تم استئناف البرنامج واستعادة مساره بتاريخ 9/9/2014 حيث تم إعادة الجلسات التي تم إنجازها قبل نشوب الحرب (بواقع 5 جلسات: 4 جلسات علمية تمت إعادة إعادتها بشكل كامل، وجلسة التمهيد والإعداد تم إعادتها بشكل عابر) بالإضافة لجلستي تفريغ نفسي انفعالي لتأهيل وتهيئة الزوجات نفسياً للعودة للبرنامج والتكيف مع الوضع الراهن وللقدرة على التواصل والاستمرار بالبرنامج، وقد لوقى ذلك بتفاعل من قبل الزوجات، وطرأ تحسن ملحوظ على حالتهن النفسية والأسرية، وقد تم تصوير الجلسات فوتوفوغرافياً بالإضافة إلى تسجيل فيديو، والذي يظهر نجاح البرنامج من خلال حديث الزوجات عن نجاحهن في استخدام خطوات العلاج بحل المشكلات مع مشكلات حياتهن، الأمر الذي خف من ضغوطهن التي

كن يعاني منها والذي سيعرض أمام لجنة المناقشة، وذلك بعد الموافقة بشكل رسمي من قبل الزوجات على تصوير الجلسات وعرضها لأغراض البحث العلمي.

الملخص العام للبرنامج:

جدول (8)

يوضح الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات

علاج معرفي سلوكي بأسلوب حل المشكلات	نوع البرنامج
<p>التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجه زوجات مرضى الفصام العقلي والتخفيف من آثارها من خلال تدريبهم على مهارة أسلوب حل المشكلات التي تعد إحدى فنيات العلاج المعرفي السلوكي.</p>	<p>الهدف العام:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية البرنامج سيكون أفراد المجموعة قادرين على تعلم المهارات الآتية بطريقة محددة ومنظمة: <ul style="list-style-type: none"> 1- المقدرة على معرفة وفهم المشكلات ووضع الحلول المناسبة لها. 2- قدرة أفراد المجموعةربط بين الأعراض الحالية والمشكلات الحياتية المختلفة المسببة لتلك الأعراض. 3- تحسين جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية والشعور بالرضا في الحياة. 4- منح أفراد المجموعة الخبرات الإيجابية ليتمكنوا من حل المشكلات وتطبيقها في حياتهم اليومية الذي بدوره يساعد على زيادة الثقة بالنفس في حل المشكلات والسيطرة عليها. 5- زيادة القدرة على التعامل مع الضغوطات النفسية التي يواجهونها ومحاولة التخفيف من حدتها. 6- إكسابهم مهارات وأساليب عملية بأسلوب حل المشكلات للتخفيف من حدة الضغوط النفسية. 	<p>الأهداف الخاصة:</p>

نوع البرنامج	علاجى معرفي سلوكي بأسلوب حل المشكلات
عينة البرنامج:	مجموعة من زوجات مرضى الفصام العقلي المترددات على عيادة الصوراني للصحة النفسية والبالغ عددهم (12) زوجة.
منفذة البرنامج:	الباحثة نفسها
مكان تنفيذ جلسات البرنامج:	عيادة الصوراني للصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة
عدد الجلسات :	13 جلسة علاجية (بالإضافة إلى جلستين تفريغ نفسي انفعالي وجلستين مراجعة لما سبق قبل الحرب للتنكير) .
مدة الجلسة:	من 60-90 دقيقة
مدة البرنامج:	سبعة أسابيع
الفنين والأنشطة المستخدمة:	بعض فنون وأنشطة العلاج المعرفي السلوكي الذي يتمثل في خطوات مهارة العلاج بأسلوب حل المشكلات، وبعض أساليب الاسترخاء(التنفس العميق، الاسترخاء العضلي والتأمل) والتفصيف النفسي، وأسلوب الحوار الجماعي، المحاضرة، الواجب المنزلي، «المناقشة والأنشطة التفاعلية، التغذية الراجعة، طرح الأسئلة، تصحيح الأفكار تفسير والتحليل واستنتاج.
الأدوات:	لاب توب. عرض بوربوينت عن طريق جهاز البرجوكتور، لوحة الورق القلب، ورق بوستر ، أقلام فلوماستر ، نشرات ، مادة علمية، أقلام جافة، بطاقات ورق A4.
أساليب التقويم:	تطبيق مقياس الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلات فبلي وبعدى وتنبئي".

ملخص الجلسات العلاجية:

يحتوي هذا البرنامج على 13 جلسة علاجية موضحة فيه الجدول التالية الذي يوضح توزيع الجلسات العلاجية وأهدافها والفنين المستخدمة في كل جلسة على حدة.

جدول (9)

يوضح ملخص الجلسات العلاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات.

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنين المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> -لوحة الورق القلاب -ورق بوستر - أقلام فلوماستر -أقلام جافة 	<ul style="list-style-type: none"> -النقاش -الحوار الجماعي - التفسير -الإيضاح 	<ul style="list-style-type: none"> -التعارف وكسر الحاجز بين الباحثة وبين أفراد المجموعة وإيجاد الألفة. - التعريف بالبرنامج. وبالفائدة المرجوة منه. - وضع قوانين عامة لسير الجلسات. - التعريف بنظام سير الجلسات وأالية التعامل في كل جلسة. -أخذ توقعات المجموعة من البرنامج. -تطبيق مقاييس البرنامج القبلية. 	<ul style="list-style-type: none"> التمهيد والإعداد للبرنامج 	<ul style="list-style-type: none"> الجلسة الأولى
<ul style="list-style-type: none"> -المناقشة التفاعلية -عرض بوربوينت عن طريق جهاز البرجوكتور - لاب توب - الحوار -تقسيم المجموعات 	<ul style="list-style-type: none"> -التجذية الراجعة الأنشطة التفاعلية طرح الأسئلة -الإيضاح 	<ul style="list-style-type: none"> -التعرف بمرض الفصام أسبابه وأعراضه وأثاره ومدى شدته ومضاعفاته. - عرض نماذج حية من تجارب المشاركات. 	<ul style="list-style-type: none"> مادة تطبيقية حول الفصام 	<ul style="list-style-type: none"> الجلسة الثانية

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
-ورق بورستر -أقلام فلو ماستر -مادة علمية -كتيب	-التعاطف و والإصغاء -المندجة -التخيس			

الواجب: مراجعة المادة العلمية بقراءتها في البيت للتعرف إلى ما تمت الاستفادة منه خلال الجلسة لمراجعته في الجلسة التالية.

الجلسة	آلية تعامل الأهل مع المريض الفصامي	الاهل مع المريض	الاهل مع المريض	الاهل مع المريض
الثالثة	- مراجعة الواجب المنزلي - التعرف إلى آليات التعامل الصحيحة للأهالي مع المريض - كيفية التعامل مع أعراض الظاهرة عنده وتقبله في العائلة. - كيفية دمج الأهل في العملية العلاجية. - إبراز أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل الأهل. - عرض نماذج ناجح عن كيفية طرائق التعامل مع مريض الفصام.	- مراجعة الواجب المنزلي - التعرف إلى آليات التعامل الصحيحة للأهالي مع المريض - كيفية التعامل مع أعراض الظاهرة عنده وتقبله في العائلة. - كيفية دمج الأهل في العملية العلاجية. - إبراز أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل الأهل. - عرض نماذج ناجح عن كيفية طرائق التعامل مع مريض الفصام.	- مراجعة الواجب المنزلي - التعرف إلى آليات التعامل الصحيحة للأهالي مع المريض - كيفية التعامل مع أعراض الظاهرة عنده وتقبله في العائلة. - كيفية دمج الأهل في العملية العلاجية. - إبراز أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل الأهل. - عرض نماذج ناجح عن كيفية طرائق التعامل مع مريض الفصام.	- مراجعة الواجب المنزلي - التعرف إلى آليات التعامل الصحيحة للأهالي مع المريض - كيفية التعامل مع أعراض الظاهرة عنده وتقبله في العائلة. - كيفية دمج الأهل في العملية العلاجية. - إبراز أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل الأهل. - عرض نماذج ناجح عن كيفية طرائق التعامل مع مريض الفصام.

الواجب: مراجعة ما تم الاستفادة منه خلال الجلسة من آليات التعامل الإيجابية وكيفية تطبيقها مع أزواجهم في الحياة اليومية لمتابعتها وتطبيقها على المواقف الحياتية.

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
المناقشة التفاعلية عرض بوربوينت عن طرق جهاز البرجوكتور لاب توب ، تقسيم المجموعات ورق بوستر وأقلام فلوما ستير - مادة علمية كتيب - الورق القلاب	- التغذية - الراجعة - الأنشطة - التفاعلية - طرح - الاستئلة - النمذجة - عكس - المشاعر - التأثير	- مراجعة الواجب المنزلي - التعرف إلى الضغوط النفسية مصادرها وأسبابها وأثارها - عرض نماذج حية من تجارب أفراد المجموعة في الضغوط التي يعانون منها خلال الحياة اليومية .	مادة تتفقية عن الضغوط النفسية	الجلسة الرابعة

الواجب المنزلي: تسجيل بعض المواقف التي تثير الضغوط لدى المشاركات خلال الأسبوع (أشخاص ، أحداث ، أماكن) .

-المناقشة التفاعلية - تقسيم المجموعات -ورق بوستر وأقلام فلو ماستر - عرض بوربوينت عن طرق جهاز البرجوكتور لاب توب كتيب - التعزيز - التطبيقات العملية - العصف الذهني	-الأنشطة - التفاعلية -الممارسة -التدريبية -التغذية -الراجعة -المناقشة -الحوار -التوضيح - تصحيح - الأفكار - التأثير	- مراجعة الواجب المنزلي . - التعرف إلى أساليب التعامل مع الضغوط لدى المشاركات لتعديلها . - التدريب على أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط والتي منها: 1- التعامل مع الآثار ويشمل : أ- أساليب الاسترخاء (التنفسى ، العضلى ، التأملى) ، مع التطبيق التنفسى والعضلى في هذه الجلسة ، والتأملى الذى	طرق واليات التعامل مع الضغط النفسية	الجلسة الخامسة
--	---	--	---	----------------

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
		<p>سيتم تطبيقه لاحقاً .</p> <p>ب- بعض الإرشادات الخاصة بكيفية التعامل مع الضغوط.</p> <p>2- التعامل مع المصدر</p> <p>ويشمل العلاج بأسلوب حل المشكلات التي سيتم التركيز عليه بشكل مفصل خلال الجلسات القادمة.</p>		
الواجب المنزلي: تطبيق ما تم تعلمه من مهارات للتعامل مع الضغوط في الحياة اليومية وتطبيق ما تم تعلمه من أساليب الاسترخاء وتدوين ما يشعرون به من تحسن بعد تطبيق هذه الاساليب.				
<p>-عرض بوربوينت عن طريق جهاز البرجوكتور</p> <p>-لاب توب</p> <p>-المناقشة وال الحوار</p> <p>-تقسيم المجموعات</p> <p>-كتيب</p> <p>-مادة علمية</p>	<p>- التغذية</p> <p>الراجعة</p> <p>-الأنشطة</p> <p>التفاعلية</p> <p>- طرح</p> <p>الأسئلة</p> <p>-الإيضاح</p> <p>-التلخيص</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>- ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.</p> <p>- التعرف إلى مفهوم المشكلات وأنواعها.</p> <p>- التعرف إلى مفهوم العلاج بحل المشكلة وأهدافه وفوائده.</p> <p>- التعرف إلى طرق وخطوات العلاج بحل المشكلة التي سيتم شرحها بشكل مفصل في الجلسات القادمة.</p>	<p>مادة تنفيذية عن العلاج بأسلوب حل المشكلات</p>	<p>الجلسة السادسة</p>
الواجب المنزلي: تسجيل لأهم المشكلات التي تواجههم خلال الأسبوع، مع ذكر أسبابها، وكيفية تعاملهم معها الجلسة مع وتطبيق مهارة التنفس العميق وقت الحاجة.				
<p>-المناقشة التفاعلية وال الحوار</p>	<p>- التغذية</p> <p>الراجعة</p>	<p>- مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>- ممارسة التنفس العميق في</p>	<p>الخطوة الأولى</p>	<p>الجلسة السابعة</p>

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنىات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> - التطبيقات العملية - أقلام جاف - العصف الذهني ورق بوستر - أقلام فلو ماستر - اللوحة القلابة 	<ul style="list-style-type: none"> - بطاقات حل المشكلة - التوضيح - التقسيير - نماذج - واقعية - تصحيح الأفكار - التأكيد 	<p>بداية الجلسة.</p> <p>التعرف إلى أنماط التوجه نحو المشكلة لدى أفراد المجموعة مع التفريق بين الأنماط السلبية والإيجابية.</p> <p>التعرف إلى درجة التوجه نحو المشكلة على مقياس من (0-10).</p> <p>إعداد قائمة المشكلات التي تواجههم حالياً من خلال نموذج فارغ يقومون بتعبيته (نموذج قائمة المشكلات الحياتية).</p> <p>التعرف إلى كيف أثرت المشكلات على الحالة النفسية، والجسمية من خلال تتبع جذور المشكلة من خلال مناقشة عوامل القدر التي ساهمت في ظهور الأعراض المتمثلة في (الأفكار والمشاعر والسلوك والأعراض الجسمية).</p> <p>التعرف إلى كيف أثرت المشكلات على الوظائف الحياتية من ناحية (رعاية الذات، العلاقات الاجتماعية، المهنية، الترويحية والثقافية والدينية).</p>	<p>والثانية لأسلوب حل المشكلات وهي التوجه نحو المشكلة وأنماط حل المشكلات - التعرف إلى المشكلة وتحديدها</p>	

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
الواجب المنزلي: الطلب من الزوجات اختيار مشكلة من قائمة المشكلات التي سردها الزوجات على أن تكون سهلة، حتى تشعر بالإنجاز ومن ثم تعريفها لينتم العمل عليها.				
-لمناقشة التفاعلية -الحوار -التطبيقات العملية -أقلام جاف -لوحة بيضاء -ورق بوست -أقلام فلوماستر	-التغذية -الراجعة -طرح -الأسئلة -الإيضاح -التخيص -بطاقة -اختيار -المشكلة	-ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة. -مراجعة الواجب المنزلي. -التعرف، والتدريب إلى كيفية اختيار مشكلة من قائمة المشكلات التي تم سردها سابقاً -والبدء بالمشكلة الأسهل حتى يشعروا بالإنجاز. - التعرف إلى كيفية تعريف المشكلة عن طريق جمع الحقائق المتوفرة حول المشكلة باستخدام مجموعة من الأسئلة -الخروج بصياغة واضحة وبعبارة مفهومة ومحددة للمشكلة.	- الخطوة الثالثة: اختيار المشكلة وتعريفها	- الجلسة الثامنة
الواجب المنزلي: متابعة الإجابة عن تساؤلات المشكلة وتحديد المواقف التي تظهر فيها لتكلمة وتصحيح ما تم بدؤه في الجلسة للوصول إلى صياغة واضحة ومحددة للمشكلة التي تم اختيارها.				

الرقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	المستخدمة المهارات	الاساليب والأدوات المستخدمة
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الرابعة: العصف	ممارسة تمرين التأمل لمراقبة الأفكار.	الراجعة الأنشطة	المناقشة التفاعلية وال الحوار
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الخامسة: تقييم	التدريب على طريقة العصف الذهني والتي تعني: اتوليد أكبر عدد من الحلول المتنوعة لتشجيع الإبداع وعدم الحكم عليها أو تقييمها الأن.	الراجعة الأنشطة	التطبيقات العملية - أقلام جاف - لوحه قلابة، - ورق بورستر - أقلام فلو ماستر
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الحلول	2- التدريب على كيفية تقييم الحلول الموجودة و اختيار الحل الأمثل وذلك عن طريق: استبطاط الحل المختار - واستثناء الحلول متشابهة. - و اختيار الحل الأمثل .	الراجعة الأنشطة	الراجعة الأنشطة
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الحل		الراجعة الأنشطة	الراجعة الأنشطة
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الحل الأمثل.		الراجعة الأنشطة	الراجعة الأنشطة

الواجب المنزلي: الطلب من أفراد المجموعة مراجعة البديل المقترحة التي تم اختيارها سابقاً لتوليد أكبر عدد من الأفكار، ل توفير فرصة أكبر للوصول إلى حل فعال.

الرقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	المستخدمة المهارات	الاساليب والأدوات المستخدمة
الجلسة الحادية عشر	الخطوة ال السادسة: تطبيق	ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.	الراجعة الأنشطة	أقلام جاف - التطبيقات العملية
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الحل	مراجعة الواجب المنزلي.	الراجعة الأنشطة	المناقشة التفاعلية
الجلسة الحادية عشر	الخطوة الوضع	التدريب على كيفية وضع خطة العمل لتنفيذ الحل المختار.	الراجعة الأنشطة	ورق قلاب بورستر
الجلسة الحادية عشر	الخطوة العمل	التدريب على كيفية تحويل	الراجعة الأنشطة	أقلام فلوماستر

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
	والتحليل واستنتاج -التلخيص	الحل المختار إلى خطوات واقعية صغيرة؛ يمكن تنفيذها وفق جدول زمني محدد.		
الواجب المنزلي: تنفيذ الخطة خلال المدة الزمنية المحدد لها و كتابة اذا ما وجهتا صعوبات او عوائق و كيف يمكن التغلب عليها.				
-حوار و مناقشة تفاعلية -ورق بوستر -أقلام فلو ماستر -اللوحة القلابة	تغذية راجعة تقييم الحل طرح الأسئلة إسقاء بطاقة تقييم حل المشكلات تلخيص	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعة الواجب المنزلي. - ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة. - تقييم الحل المختار ومدى نجاحه. - فحص مدى التقدم في الخطة والتعرف إلى المصاعب والعوائق التي واجهتهم وكيف يمكن أن يستمرموا. - التدرب على كيف يمكن مواجهة بعض العوائق غير المتوقعة خلال تطبيق الحل الأمثل والتي تحتاج إلى تخطيط للتغلب عليها. 	تقييم الحل (مراجعة التقدم في الخطة)	الجلسة الحادي عشر
-ورق بوستر -أقلام فلوماستر -أقلام رصاص A4 -ورق A4 -الحوار والمناقشة	-التغذية الراجعة -السكر -والتقدير لتعاونهم والتزامهم في البرنامج	<ul style="list-style-type: none"> -تلخيص ما دار في جميع الجلسات مع تقييم مدى الاستفادة من جلسات البرنامج العلاجي من خلال الطلب من كل متدربة الحديث عن قصة نجاحها من البرنامج العلاجي. -مكافأة أنفسهن على تحقيق نجاحهن في الخطة العلاجية كتدعيم داخلي وتعزيز ذاتي 	تلخيص وتقدير وإنهاء جلسات البرنامج	الجلسة الثانية عشر

الاساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
		<p>على نجاحهن بالخطة العلاجية بأسلوب حل المشكلات .</p> <p>- إنتهاء البرنامج العلاجي</p> <p>- التوصيات</p> <p>- تطبيق مقاييس البرنامج البعدي .</p> <p>- عقد رحلة ترفيهية كمكافأة على نجاحهن في الخطة العلاجية لأسلوب حل المشكلات و على التزامهن بالحضور بجلسات البرنامج العلاجي من قبل الباحثة .</p>		
<p>- الألعاب التنشيطية</p> <p>- التعزيز (المادي و المعنوي)</p> <p>- الحوار وإبداء الآراء .</p> <p>- التعاون والمشاركة</p>	<p>- أنشطة ترفيهية</p> <p>- مسابقة</p> <p>- الدمج في مجموعات</p>	<p>- الترفيه .</p> <p>- تنمية روح المحبة والولاء بين أفراد المجموعة .</p> <p>- الاستجمام والترويح عن النفس لأنهن بحاجة ماسة لذلك، وذلك بزيارة المناطق الطبيعية وإدراج المسابقات .</p> <p>- الشعور بتحقيق الذات وقيمة الإنجاز عن طريق منحهن بهذه المكافأة مقابل اشتراكهن بالبرنامج ونجاحهن في الخطة العلاجية لحل المشكلات .</p>	<p>رحلة ترفيهية</p>	<p>الجلسة الثالثة عشر</p>

جلسات ما بعد الحرب :

ملاحظة: قبل استئناف البرنامج بعد الحرب، قامت الباحثة بإجراء جلستي تفريغ انفعالي لأفراد المجموعة لتهيئة أفراد المجموعة نفسياً بعد الحرب، وبعد ذلك استأنفت سير البرنامج بإعادة جلستين بالمادة العلمية من ضمن جلسات البرنامج -والذي توقف نتيجة حرب 2014 على قطاع غزة حيث حدث خلال تطبيق البرنامج والتي أدت إلى انقطاع البرنامج فترة الحرب، للتنكير واسترجاع المعلومات التي تم عرضها في الجلسات السابقة للحرب.

وقد تم تفصيل ما دار خلال الجلسات في الجدول التالي:

جدول رقم (10)

يوضح ملخص الجلسات العلاجية بعد الحرب

الأساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
-اتباع التعليمات	- الاسترخاء من خلال تمرين التنفس	- الحديث عما حدث لهم خلال الحرب، وذلك من خلال ترك العنوان لهم بوصف الأحداث الصادمة التي تركت آثاراً ومشاعر سلبية عليهم.	تفريغ انفعالي	الجلسات الأولى
-الاصغاء	تمرين التنفس العميق	- التدريب على تمرين ردات الفعل عن طريق بطاقات تكتب عليها ردات الفعل الجسدية والعاطفية والفكرية والسلوكية وقت الحرب.	ونفسي	والثانية
-تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين	تمرين التماسك القلبي.	- التحدث عن المواقف السيئة أو المواقف التي انتي فخوره بها في مساعدتك لأفراد أسرتك أو مع الآخرين.		
-أقلام جاف	- بطاقات ردات الفعل.	- التدريب على آليات التعامل مع المواقف الصعبة من خلال بعض الإرشادات على ضبط العاطفة		

الأساليب والأدوات المستخدمة	الفنيات المستخدمة	هدف الجلسة	عنوان الجلسة	رقم الجلسة
		والانفعال وبعض تمارين الاسترخاء.		
-ورق بوستر	-الحوار والمناقشة	- استرجاع موضوع الضغوط وكيفية التعامل معها بشكل عام.	-مراجعة للضغط وآلية	الجلسات الثالثة
-أقلام فلوماستر	-التخخيص الايضاح	-التحدث عن الضغوطات والمواقف المختلفة أثناء الحرب وطرق التعامل معها.	-التعامل معها.	والرابعة وهما عبارة عن
-لوحة القلابة	-العصف الذهني عن طريق الاسترجاع	- استرجاع موضوع الفصام وآليات تعامل الأهل مع المريض. -التحدث عن الأعراض والمواقف التي ظهرت على الزوج وطرق التعامل معها في ذلك الوقت الصعب للحرب.	-مراجعة للفصام وآلية التعامل معه.	مراجعة واسترجاع أربع جلسات من جلسات البرنامج في جلستين

تعريف البرنامج:

هو عبارة عن أسلوب علاجي مخطط ومنظم مبني على خطوات وأسس علمية وعملية منظمة شاملة يتم فيها تحديد مجموعة من الأنشطة والمهارات والخبرات، من أجل مساعدة زوجات مرضى الفصام لحل المشكلات التي تواجههم لتخفييف من الضغوطات النفسية في جميع مجالات الحياة بتطبيق أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي باستخدام أسلوب حل المشكلات وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي المساعدة لجلسات البرنامج.

مبررات استخدام البرنامج :

قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي للتدريب على أسلوب حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام بهدف التخفيف من الضغوط النفسية انطلاقاً مما لاحظته الباحثة من خلال عملها مع فئة زوجات مرضى الفصام بأنهم يعانون من ضغوطات مختلفة أدت إلى العديد من المشكلات في مختلف مناحي الحياة لديهم.

أهمية البرنامج :

تكمن أهمية العلاج بأسلوب حل المشكلات في:

- 1- التخفيف من الضغوطات التي يتعرض لها زوجات مرضى الفصام العقلي.
- 2- إكساب زوجات مرضى الفصام مهارات التعامل مع المشكلات المتنوعة التي تعرضهم.
- 3- تسهم في تكوين توجهات إيجابية نحو حل المشكلات من خلال الطرائق المنطقية والعقلانية.
- 4- التعامل مع البرامج يفيد المعالجين والأخصائيين النفسيين في الاهتمام بالفئات المهمشة مثل زوجات مرضى الفصام لفت انتباه المسؤولين من خلال هذه البرامج.
- 5- عامل وقائي وعلاجي: يفيد زوجات مرضى الفصام في اتجاهين الوقائي والعلاجي في حل مشكلاتهم.

أهداف البرنامج :

الهدف العام :

التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجه زوجات مرضى الفصام العقلي والتخفيف من آثارها من خلال تدريبهم على مهارة أسلوب حل المشكلات التي تعد إحدى فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الأهداف الخاصة :

- في نهاية البرنامج سيكون أفراد المجموعة قادرين على تعلم المهارات الآتية بطريقة محددة ومنظمة:

- 1- المقدرة على معرفة وفهم المشكلات ووضع الحلول المناسبة لها.

2- قدرة أفراد المجموعة على الربط بين الأعراض الحالية والمشكلات الحياتية المختلفة المسببة لتلك الأعراض.

3- تحسين جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية والشعور بالرضا في الحياة.

4- منح أفراد المجموعة الخبرات الإيجابية ليتمكنوا من حل المشكلات وتطبيقها في حياتهم اليومية الذي يساعد على زيادة الثقة بالنفس في حل المشكلات والسيطرة عليها.

5- زيادة القدرة على التعامل مع الضغوطات النفسية التي يواجهونها ومحاولة التخفيف من حدتها.

6- إكسابهم مهارات وأساليب عملية ومنظمة بأسلوب حل المشكلات للتخفيف من حدة الضغوط النفسية.

7- الحد من المرض النفسي، وتعزيز الأداء النفسي والسلوكي لمنع الانتكاسة، ومنع المشكلات الإكلينيكية الجديدة.

الأسس النظرية للبرنامج:

اعتمدت الباحثة في برنامجها بصفتها متخصصة في العلاج المعرفي السلوكي على:

أ- أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي يبني عليها البرنامج وهي :

1- معرفة المكون السلوكي للعلاج المعرفي السلوكي – الطرائق السلوكية التي يستجيب الناس بها للضغوطات وكيف تساهم هذه الاستجابات السلوكية في استمرار وزيادة المشكلة (مثال: سلوك التجنب أو تقليل النشاط).

2- معرفة المكون المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي – الطريقة التي يفكر فيها الناس والمعاني التي يعطونها للأحداث، وكيف يسهم ذلك في تكوين الأفكار عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم الذي يعيشون فيه.

3- استخدام المبادئ الأساسية ومنطق العلاج المعرفي السلوكي من خلال:

أ. العلاقة التفاعلية بين الأفكار والصور والمشاعر والسلوك .

ب. الهدف من مساعدة المريض على الوعي بعملية التفكير والتحليل لديه ، واستنباط أفكار وآراء بديلة عنها ، واختبار صحة هذه البدائل بتجارب سلوكية .

ت. هدف مساعدة المريض على الشعور بالأمان ليتمكن من اختبار الفرضيات والمخاوف وتغيير سلوكه.

4- الاستفادة من المعرفة بأهمية العمل التعاوني مع المريض.

أ. الالتزام النظري والعملي بمفهوم التعاون بين المعالج والمريض .

ب. الوعي بأن الهدف من العلاج هو مساعدة المريض على التعامل مع مشكلاته اعتمادا على موارده الخاصة .

5- استخدام المعرفة والوعي بأهمية أن ينقل المريض الخبرات العلاجية إلى حياته اليومية بين الجلسات عن طريق مهام عملية أو " واجب منزلي " (المصري ، 2011: 10).

المستفيدون من البرنامج:

أعدت الباحثة هذا البرنامج لزوجات مرضى الفصام العقلي، المتربّدات على عيادة الصوراني للصحة النفسية لجلب العلاج لأزواجهم المرضى بالفصام العقلي والذين يعانون من ضغوط نفسية متعددة نتيجة مرض الزوج بالفصام وجهلهم بطبيعة المرض والتعامل معه.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم هذا البرنامج عند تطبيقه وبعد تطبيقه خدمات علاجية وخدمات وقائية:

1 - **الخدمات العلاجية:** وتمثل هذه الخدمات في مساعدة عينة الدراسة على خفض الضغوط النفسي، وذلك من خلال تعليمهم مهارة العلاج بأسلوب حل المشكلات التي تساعدهن في علاج المشكلات النفسية الناجمة من التعرض للمواقف المسببة للمشكلة.

2 - **الخدمات الوقائية:** يقدم هذا البرنامج العلاجي خدمات وقائية لأفراد عينة الدراسة، من خلال تعليم عينة الدراسة كيفية التعامل بشكل فعال مع المشكلات اليومية. وذلك قبل أن تتسرب تلك المشكلات أي صعوبات عاطفية، وبهذه الطريقة يهدف العلاج بحل المشكلات إلى زيادة مرونة الشخص بشكل رئيس.

3 - **خدمات المتابعة:** تقوم الباحثة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي بدراسة تتبعية لزوجات مرضى الفصام العقلي حتى يمكن التعرف إلى مدى الاستفادة من العلاج بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية في حياتهم اليومية وعدم حدوث انتكاسة.

مصادر إعداد البرنامج:

لبناء البرنامج قامت الباحثة بالرجوع إلى:

- 1- الأدبيات الخاصة بموضع التقييف النفسي للأهل المريض الفصامي وكيفية التعامل معه.
- 2- الأدبيات والتراث السيكولوجي في التعامل مع الضغوط.
- 3- الأدبيات والتراث السيكولوجي في مهارة وخطوات العلاج بحل المشكلة.
- 4- الأسس النظرية والمفاهيم العلمية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
- 5- البرامج العلاجية ذات العلاقة بموضوع البرنامج الحالي.

حدود البرنامج: -

- 1- زمنيا / يستغرق تنفيذ البرنامج سبعة أسابيع بواقع (13) جلسة، بمعدل جلستين في الأسبوع الواحد، وتتراوح مدة كل جلسة ما بين (60-90) دقيقة.
- 2- مكانيا / سيتم تنفيذ البرنامج في عيادة الصوراني للصحة النفسية والتابعة لوزارة الصحة الحكومية بمنطقة الشجاعية بغزة.

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج العلاجي بأسلوب حل المشكلات بأربع مراحل، تم اختيارها على أساس مراحل العلاج المعرفي السلوكي وهي:

مرحلة البدء (مرحلة التحضير):

وهي المرحلة التي يتم من خلالها التعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة ، وشرح أهداف البرنامج في إطار العلاقة أثناء جلسات البرنامج ، ويتم ذلك من خلال الجلسة التمهيدية الأولى وفي هذه المرحلة تم إجراء القياسات القبلية للضغط النفسي وأنماط أسلوب حل المشكلات.

مرحلة الانتقال:

ويتم خلالها الحديث عن مشكلة الدراسة الأساسية، وهي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى

الفقام العقلي من خلال تعليمهم مهارة حل المشكلات وإكسابهم طرائق و أساليب منطقية وعقلانية واستخدامها في حل مشكلاتهم المختلفة.

مرحلة العمل البناء:

يتم في هذه المرحلة تدريب أفراد المجموعة التجريبية على كيفية استخدام خطوات العلاج بأسلوب حل المشكلات بأساليب وطرائق منطقية وعقلانية لتطبيقها في حياتهم اليومية، لتساعدهم في خفض الضغوط النفسية المختلفة التي يتعرضون لها.

مرحلة الإنتهاء:

وهي المرحلة التي تهدف إلى الوقف على الأهداف التي حققها البرنامج وتهيئة أفراد المجموعة التجريبية لإنها البرنامج وإجراء القياس البعدى والتباعى لكل من مقياس الضغوط النفسية و مقياس أنماط حل المشكلات.

■ رابعاً- المقابلات الإكلينيكية الفردية:

استخدمت الباحثة المقابلات الفردية مع مجموعة من ذوي الاختصاص من الأطباء المستشارين والإكلينيكيين في المجال النفسي و مع مجموعة أخرى من زوجات مرضى الفقام العقلي اللاتي اشتركن بالبرنامج، وقد قامت الباحثة بالإجراءات الآتية مع كل مجموعة:

1- مجموعة ذوي الاختصاص من الأطباء المستشارين والإكلينيكيين في المجال النفسي:

قد قامت الباحثة بتطوير مجموعة من الأسئلة تتناسب الأهداف المرجوة بموضوع ضغوطات زوجات مرضى الفقام العقلي لأخذ آراء ذوي الاختصاص المشار اليهم من وجهة نظرهم الخاصة، وذلك من خلال عملهم بالميدان مع هذه الفئة بشكل مباشر، و ذلك للتعرف إلى مدى الضغوط النفسية التي تعاني منها زوجات مرض الفقام العقلي وتأثيراتها المختلفة عليهن وعلى أسرهن والخروج بتصويتات لمساعدة هذه الفئة من المجتمع.

وللابلاغ على أسئلة المقابلة. انظر ملحق رقم (5)

2- مجموعة زوجات مرضى الفقام العقلي:

قامت الباحثة بتطوير مجموعة الأسئلة خاصة بزوجات مرضى الفقام العقلي تتناسب الأهداف المرجوة بموضوع ضغوطاتهن النفسية الناتجة عن معانٍهن لمرض أزواجهن المرضى

بالفصام العقلي، وإجراء مقابلة معهن بعد مدة شهر من انتهاء البرنامج لأخذ آرائهم للتعرف إلى الفروق بوضعهن النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج لمعرفة مدى التحسن والاستفادة من جلسات البرنامج، والتعرف إلى مطالبهن كزوجات مرضى فصام عقلي.

للاطلاع على أسلمة المقابلة. انظر ملحق رقم (5).

وقد اتبعت الباحثة الإجراءات الآتية في المقابلة لكل من مجموعة ذوي الاختصاص من الأطباء المستشارين والإكلينيكيين في المجال النفسي و مجموعة الزوجات:

• **بالنسبة لمجموعة ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي:**

- 1- الاستئذان من مجموعة الأطباء المستشارين والإكلينيكيين في المجال النفسي، من خلال الاتصال بهم هاتفياً ، أو عن طريق مقابلتهم في أماكن عملهم للطلب من كل واحد منهم المشاركة في المقابلة لأجل البحث ، وقد تمأخذ الموافقة من جميعهم ، على إجراء المقابلة معه وذلك بعد التعريف بمنفي والهدف من المقابلة والحديث بشكل موجز عن الموضوع.
- 2- تحديد مواعيد لمقابلتهم بما يناسبهم.
- 3- مدة المقابلة تتراوح بين 45 دقيقة إلى ساعة.
- 4- أخذ الموافقة لتسجيل المقابلة صوتيًا عن طريق شريط تسجيل.

• **بالنسبة لمجموعة زوجات مرضى الفصام:**

- 1- الاستئذان من مجموعة زوجات مرضى الفصام العقلي، من خلال إعطائهن حرية المشاركة في المقابلة الفردية لأغراض البحث العلمي، بعد الحديث عن هدف المقابلة تم أخذ الموافقة من كل زوجة تمت مقابلتها.
- 2- تحديد مواعيد لمقابلتهن بما يناسبهن.
- 3- في بداية المقابلة تم التأكيد على مبدأ السرية والخصوصية لهن، وأن النتائج لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
- 4- كانت مدة المقابلة تتراوح بين 45 دقيقة إلى ساعة.
- 5- أخذ الموافقة لتسجيل المقابلة صوتيًا عن طريق شريط تسجيل.

❖ خامساً-الأساليب الإحصائية:

قامت الباحثة بتقييم وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical (SPSS Package for the Social Sciences) ، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية

التالية:

- 1- إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي
- 2- المتوسط الحسابي النسبي (الوزن النسبي): ويفيد في معرفة مقدار النسبة المئوية لكل مجال من المجالات.
- 3- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha): لمعرفة ثبات مقاييس الدراسة.
- 4- معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods): ويستعمل للتأكد من أن الاستبانة لديها درجات ثبات مرتفعة.
- 5- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة.
- 6- اختبار ويلوكسون Wilcox on Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- 7- قيمة آيتا (Eta) لمعرفة حجم التأثير للبرنامج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات.

❖ سادساً- خطوات إجراء الدراسة:

- جمع الأدبيات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة من إطار نظري ودراسات سابقة وتصنيفها في الدراسة مع التعليق عليها.
- إعداد أدوات الدراسة والتأكد من مناسبتها لعينة الدراسة؛ وذلك من خلال التأكيد من صدقها وثباتها لعينة الدراسة.
- استخراج قرار تسهيل مهمة باحث من الدراسات العليا بالجامعة؛ وتوقيعها من وحدة الطب النفسي بوزارة الصحة.
- تطبيق مقاييس الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلة على العينة الاستطلاعية وعددها (31) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتردّدات على عيادتي الصوراني، والزوايدة للصحة النفسية التابعتين لوزارة الصحة.

- تطبيق مقاييس الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلة في التطبيق القبلي على عينة الدراسة للتعرف إلى مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات قبل البدء في تطبيق البرنامج ، لاستخراج النتائج لمعرفة الحد الأدنى والأعلى لمستوى الضغوط النفسية، وكذلك لأنماط حل المشكلات لدى عينة الدراسة.
- تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات والتي بلغت (12) جلسة على عينة الدراسة بعيادة الصوراني للصحة النفسية مدة سبعة أسابيع بحدود جلستين بكل أسبوع.
- تطبيق مقاييس الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلة في التطبيق البعدي على عينة الدراسة للتعرف إلى مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.
- ثم متابعة الحالات عينة الدراسة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج لمعرفة مدى استمرار الأثر التبعي للبرنامج، وذلك بتطبيق مقاييس الضغوط النفسية وأنماط أسلوب حل المشكلات على العينة للمرة الثالثة للتعرف إلى مدى استمرار التحسن لدى أفراد العينة.
- جمع وتبسيب بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للإجابة عن تساؤلات الدراسة والخروج بالنتائج النهائية للدراسة والتحقق من فرضيتها.
- مناقشة النتائج وتفسيرها وتقديم التوصيات والبحوث المقترنة والتي ترتبط بنتائج الدراسة.

❖ سابعاً- الصعوبات التي واجهت الباحثة خلال إجراء الدراسة:

- 1- صعوبة انتقاء فئة متعلمة من زوجات مرضى الفصام، إذ أن أغلب زوجات مرضى الفصام العقلي ذوات مستوى تعليمي متدين لا يكفي لمهارات تعلم أسلوب حل المشكلات، حيث إنها تتطلب نسبة معقولة من التعليم ليتم تعلم وتطبيق خطوات حل المشكلات من قبل المتعلم.
- 2- حرب 2014 التي أدت إلى انقطاع جلسات البرنامج خلال الحرب، حيث أثرت على العينة إذ إن العينة المشتركة في البرنامج من منطقة الشجاعية التي تعرضت بشكل مباشر للقصف والتهجير والاستشهاد والدمار، الأمر الذي أدى بثلاث زوجات إلى التخلص عن الاستمرار بالبرنامج بسبب الاستشهاد والتهجير إلى أماكن أخرى غير منطقة سكناهم.
- 3- إعادة مراجعة المادة العلمية التي تم الانتهاء منها في جلسات برنامج ما قبل حرب 2014 بعدد 5 جلسات، بالإضافة إلى عقد جلستين تفريغ وتأهيل نفسي للعودة لمجرى جلسات البرنامج.
- 4- ندرة المراجع العربية والمحلية المتعلقة في موضوع العلاج بحل المشكلات لحداثته وجديّة الموضوع ، الأمر الذي جعل الباحثة تعتمد في دراستها على المراجع والدراسات الأجنبية بعد أن قامت بالباحثة بترجمتها للغة العربية.
- 5- ارتفاع تكاليف واحتياجات البرنامج التي كلفت الباحثة تكاليف مادية باهظة، بالإضافة لتكاليف الأخرى الخاصة باحتياجات المادية للرسالة.
- 6- انقطاع التيار الكهربائي لفترات طويلة وبشكل مستمر كما هو معهود بقطاع غزة.

الفصل الخامس

النتائج وتفسيراتها

الفصل الخامس

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة؛ ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

أولاً- تساؤلات الدراسة:

التساؤل الأول ما مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج؟

للتعرف إلى مستوى المعاناة من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده الأربع، ويتبين ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (11)

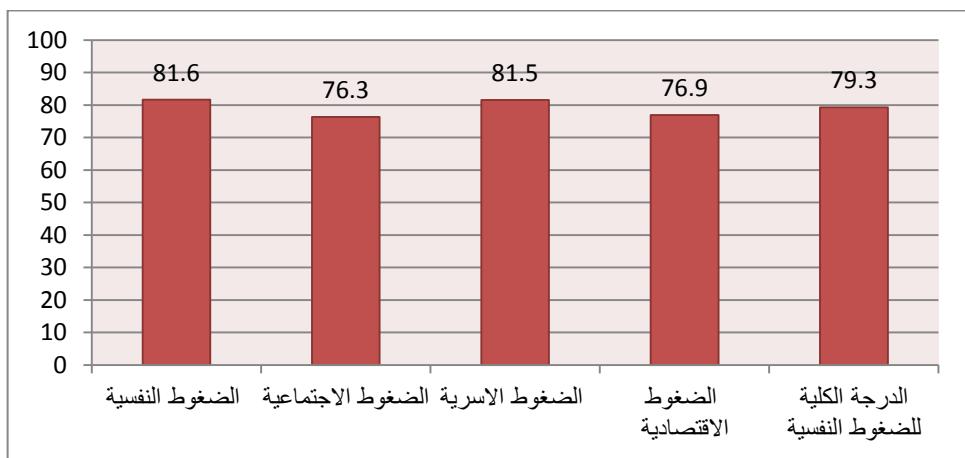
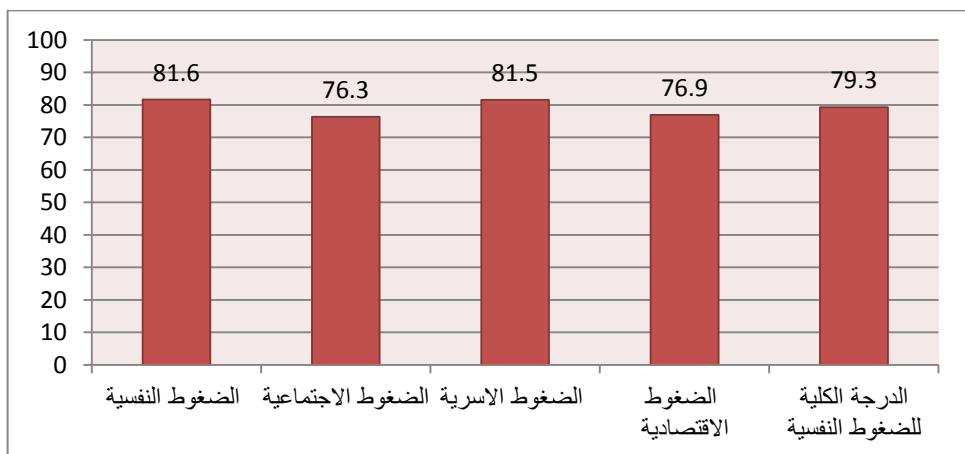
يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج

الترتيب	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	مقياس الضغوط النفسية وأبعاده
1	81.6	2.4	39.2	48	16	البعد الأول: الضغوط النفسية
4	76.3	4.8	34.3	45	15	البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية
2	81.5	3.1	34.3	42	14	البعد الثالث: الضغوط الاسرية
3	76.9	4.1	23.1	30	10	البعد الرابع: الضغوط الاقتصادية
	79.3	9.3	130.8	165	55	الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجات الضغوط النفسية الكلية لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني الحكومية بلغ 130.8 درجة وانحراف 9.34، ووزن نسبي (79.3%)، وهذا يدل على أن زوجات مرضى الفصام يعاني من الضغوط

النفسية بدرجة مرتفعة، أما بالنسبة لأبعاد الضغوط النفسية، فقد احتل بعد الضغوط النفسية المرتبة الأولى من حيث درجة المعاناة ويزن نسبي بلغ 81.6%， ويليه في المرتبة الثانية الضغوط الأسرية 81.5%， ويليه في المرتبة الثالثة الضغوط الاقتصادية 76.9%， في حين جاء في المرتبة الرابعة والأخيرة الضغوط الاجتماعية ويزن نسبي 76.3%. وما سبق نستنتج بأن زوجات مرضى الفصام يعانين بدرجة مرتفعة من الضغوط النفسية وأبعادها؛ ولهذا يجب التدخل النفسي لخضن حدة المعاناة من الضغوط النفسية والضغط الأسرية والضغط الاقتصادية والضغط الاجتماعية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المتربدين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.



شكل (2)

يوضح الوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت البرنامج المعرفي السلوكي في ارتفاع مستوى الضغوط النفسية المختلفة مع الفئات المختلفة في القياس البعدي قبل تطبيق البرنامج ، مع دراسة كل من ، دراسة عبد القوي(2012)، ودراسة الخياط والسلحات (2012)، ودراسة غيث وأخرون (2011) ، ودراسة الخولي (2004).

وتفسر الباحثة: ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام الى احتلال الضغوط النفسية المرتبة الأولى في مستوى الضغوط النفسية يرجع إلى المعاناة النفسية الناتجة عن الضغوط، لأن من طبيعة مرض الفصام اللامبالاة والتبلد العاطفي غير من طبيعة الحياة الزوجية ، لذلك فإن الزوجات يصطدمن بواقع مريض ، لأن ليس لديهن المعرفة بطبيعة المرض وتداعياته ومآلاته ، خاصة أن سلوك المريض يصبح غريباً نتيجة لاستجابته للضلالات والهلاوس، وخاصة أن أغلبهم لديه ضلالات الشك تجاه الزوجة بأنها على علاقة برجل آخر، أو تضع السم له في الطعام، وهذا يجعله عدوانياً ويبثir الكثير من المشكلات، مما يجعل الزوجة ليس لديها القدرة على التكيف مع مرض الزوج أو أنها تتكيف ولكن بشكل سلبي ، فهذا يدخلها في حالة من البكاء المستمر، أو الهروب من الواقع بالنوم المستمر، أو التعامل بعصبية شديدة مع الزوج والأولاد والآخرين فتصبح الزوجة أسيمة لحزن مستمر وشعور دائم بالوحدة والحرمان العاطفي والشعور بعدم الأمان والأمان.

وتفسر الباحثة: احتلال البعد الأسري المرتبة الثانية في مستوى الضغوط النفسية يرجع إلى طبيعة المرض باللامبالاة التي تجعله غير مبالٍ ومهمتم بالمسؤولية والرعاية تجاه الأسرة، بالإضافة إلى سلبية أهل الزوج، فتصبح الأعباء ملقة على كاهل زوجة مريض الفصام بالإضافة إلى الضغوطات الناتجة عن أسرة الزوج التي تحكمها العادات والتقاليد وثقافة المكان الذي تعيش فيه الزوجة التي تشجع على تقييد حرية زوجة المريض والتدخل بشؤونها الخاصة من حيث الاهتمام بالنفس والملابس والمأكل والخروج من البيت، وكذلك طبيعة البيئة التي تعيش فيها زوجة مريض الفصام الأسر فيها ممتدة متداخلة وتعيش كأسرة واحدة. والجد في العائلة له كلمته المسموعة ، والحماية لها السيطرة على زوجة الابن ، كما أن هناك بعض التدخلات غير المباشرة أو المباشرة من قبل أخي الزوج أو أخوات الزوج.

وتفسر الباحثة: احتلال البعد الاقتصادي المرتبة الثالثة في مستوى الضغوط النفسية يرجع إلى طبيعة المرض بالفصام التي تجعله غير قادر على مواصلة العمل نتيجة لسلوكياته الغريبة الناتجة عن الهلاوس والضلالات، فمنهم من كان يعمل وترك العمل بعد إصابته بالمرض ومنهم من لا يعمل من البداية لأنه أصبح بالمرض قبل الزواج، وكذلك سلبية أهل

الزوج وعدم دعمهم لأسرة المريض اقتصادياً، مما أثر على الوضع الاقتصادي للأسرة بشكل كبير، فهم لا يتلقون مساعدات أسرية سوى من الشؤون الاجتماعية التي تكون في فترات متباعدة والتي لا تكفي لاحتياجات الأسرة، أو بعض المساعدات من أهل الخير.

وتفسر الباحثة: احتلال البعد الاجتماعي المرتبة الرابعة في مستوى الضغوط النفسية يرجع إلى طبيعة المنطقة الجغرافية التي تعيش فيها زوجة مريض الفصام حيث إن منطقة الشجاعية كل عائلة تقطن في منطقة جغرافية محددة على أرض تمتلكها ، فالعائلات التي لديها مريض نفسي تحضن مريضها ولا تسمح لأحد بالاستهزاء منه خاصة إذا كانت العائلة ذات نفوذ وقوة وسمعة طيبة، وكذلك إذا كان المريض متعلماً فاحتراماً وهبها لعائلة هذا المريض فإن وصمة المرض النفسي في تجريح المريض وأسرته تحف والعكس ، إذا كانت العائلة فقيرة ليس لديها قوة ونفوذ، والمريض ليس متعلماً فإن وصمة المرض تظهر لدى زوجة المريض وأسرته بشكل واضح.

وهذا يتفق مع ما ذكره (عزم، 2008) في دراسته: بأن الزوجات يعاني من الضغوط الاقتصادية والنفسية والاجتماعية، وترتبط الضغوط الاجتماعية بضعف الروابط الاجتماعية وانهيار العلاقات الأسرية تجنب التعامل مع الزوجة ، وترتبط الضغوط النفسية بالشعور بعدم التوافق النفسي وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالخزي والقلق والاكتئاب، وترتبط الضغوط الاقتصادية بضعف الدخل واللجوء للاقتراض من الآخرين ، وترتبط الأسرية بالشعور بالنذ من الأسرية.

التساؤل الثاني ما مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج؟

للتعرف إلى مستوى المعاناة من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقاييس الضغوط النفسية وأبعاده الأربع، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (12)

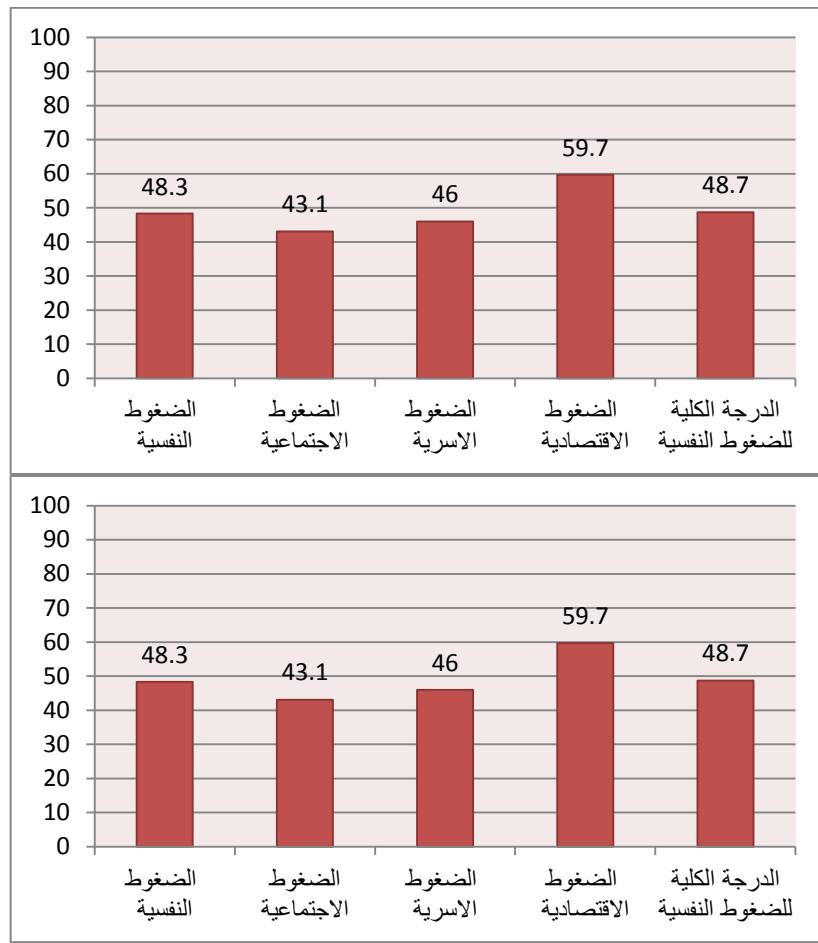
يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقاييس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج

الترتيب	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	مقاييس الضغوط النفسية وأبعاده
2	48.3	5.8	23.2	48	16	البعد الأول: الضغوط النفسية
4	43.1	5.6	19.4	45	15	البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية
3	46.0	4.2	19.3	42	14	البعد الثالث: الضغوط الاسرية
1	59.7	3.2	17.9	30	10	البعد الرابع: الضغوط الاقتصادية
	48.7	17.2	80.3	165	55	الدرجة الكلية لمقاييس الضغوط النفسية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجات الضغوط النفسية الكلية بعد تطبيق البرنامج لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني الحكومية بلغ 80.3 درجة وبانحراف معياري 17.2، وبوزن نسبي (48.7%)، وهذا يدل على أن زوجات مرضى الفصام أصبحن يعانيين من الضغوط النفسية الكلية بدرجة متوسطة، أما بالنسبة لأبعاد مقاييس الضغوط النفسية، فقد احتل بعد الضغوط الاقتصادية المرتبة الأولى من حيث المعاناة وبدرجة متوسطة وبوزن نسبي بلغ 59.7%， ويليه في المرتبة الثانية الضغوط النفسية (48.3%)، ويليه في المرتبة الثالثة الضغوط الأسرية (46.0%)، في حين جاء في المرتبة الرابعة والأخيرة الضغوط الاجتماعية وبوزن نسبي (43.1%)، وما سبق نستنتج بأن زوجات مرضى الفصام أصبحن يعانيين بدرجة متوسطة وأقل من متوسطة من الضغوط النفسية وأبعادها، وهذا يعطي مؤشراً قوياً على أن برنامج التدخل العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات عمل على خفض حدة الضغوط النفسية الكلية عند زوجات مرضى الفصام العقلي، كما عمل برنامج

التدخل النفسي في خفض حدة المعاناة من الضغوط النفسية والضغوط الأسرية والضغوط الاقتصادية والضغوط الاجتماعية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.



شكل (3)

يوضح الوزن النسبي لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج

وتفقنت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط المختلفة مع الفئات المختلفة في القياس البعدى، مع دراسة كل من ، دراسة عبد القوى(2012)، ودراسة الخياط والسلیحات (2012)، ودراسة غيث وأخرون (2011)، ودراسة الخولي (2004).

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة في أنها لم تتناول فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بل تناولت فعالية البرامج الإرشادية المختلفة مع الفئات المختلفة رغم الاتفاق في خفض الضغوط لدى عيناتها ، كما في دراسة فؤاد وآخرون (2013) ، ودراسة قاسم وآخرون (2013) ، ودراسة نصر (2012) ، ودراسة علي (2011) ، ودراسة الدباس (2011).

وتفسر الباحثة: انخفاض مستوى الضغوط إلى نجاح وفاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من أبعاد الضغوط النفسية في أبعاد كل من الاجتماعية والأسرية والنفسية والاقتصادية وذلك لحرص الباحثة على تهيئة وتشجيع الزوجات نفسياً من خلال تعريفهم بأهمية البرنامج ودوره في التخفيف من الضغوطات النفسية المختلفة التي أنتجها مرض أزواجهم بمرض الفصام ، الأمر الذي شجع الزوجات على الالتزام بجلسات البرنامج خاصة أنهن بحاجة ماسة إلى من يشعر بمعاناتهن النفسية ويساعدهن على تخطيها ، كذلك تهيئة المكان والزمان والمادة العلمية التي نظمت بشكل جيد والتي تناسب مستواهم العقلي والتعليمي ، بالإضافة لاستخدام أساليب ومهارات نفسية علاجية إرشادية في كيفية تعامل الزوجات مع أزواجهم المرضى حيث إنهن كانوا يتعاملون بأساليب غير مجدية وغير تقنية تعتمد في مجملها على الأسلوب التقليدي في التعامل مع مرض الفصام ، كذلك تم استخدام أساليب علاجية وإرشادية في كيفية التعامل مع الضغوط منها:

أولاً- التعامل مع الآثار وتشمل أساليب الاسترخاء النفسي والعضلي والتأملي بالإضافة إلى الإرشادات الخاصة في التعامل مع الضغوط.

ثانياً- التعامل مع المصدر في الضغوط النفسية والذي يشمل العلاج بأسلوب حل المشكلات والتي كانوا يجهلواها وبحاجة ماسة إلى تعليمها والاستفادة منها في الحياة العامة.

التساؤل الثالث ما مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج؟"

للتعرف إلى مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة قبل تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات وأبعاده الأربع، ويتبين ذلك من خلال الجدول التالي:

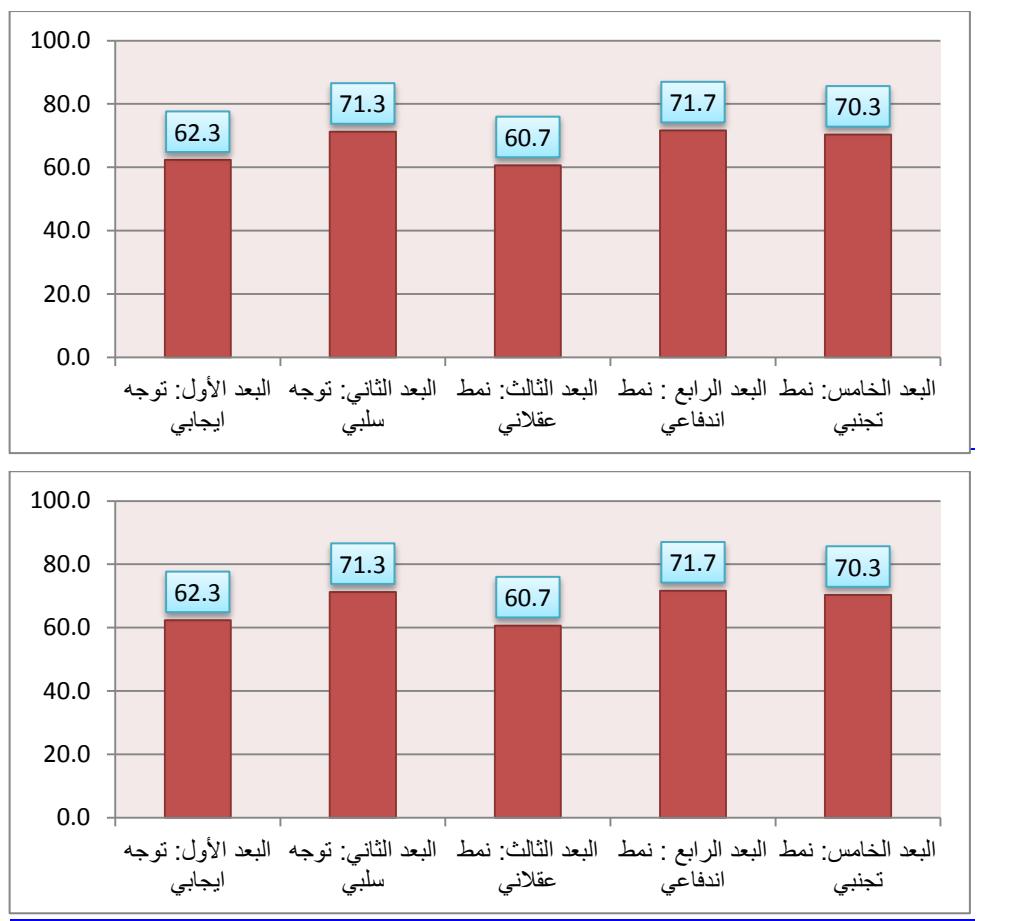
جدول (13)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج

مقياس أنماط حل المشكلات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
البعد الأول: توجه إيجابي	5	25	15.58	2.78	62.33
البعد الثاني: توجه سلبي	4	20	14.25	2.45	71.25
البعد الثالث: نمط عقلاني	5	25	15.17	3.83	60.67
البعد الرابع: نمط اندفاعي	5	25	17.92	5.38	71.67
البعد الخامس: نمط تجنبى	5	25	17.58	3.20	70.33

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأن متوسط درجات بعد التوجه الإيجابي لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني الحكومية قبل تطبيق البرنامج العلاجي بلغ (15.58) درجة وبانحراف معياري (2.78)، وبوزن نسبي (62.33%)، وهذا يدل على أن زوجات مرضى الفصام لديهن توجه إيجابي بدرجة متوسطة، في حين بلغ الوزن النسبي للدرجات بعد التوجه السلبي (71.25%)، وهذا يدل على أن زوجات مرضى الفصام العقلي لديهن توجه سلبي بدرجة كبيرة، كما لوحظ بأن الوزن النسبي للنمط العقلاني لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام كانت بدرجة متوسطة وبوزن نسبي (60.67%)، في حين ظهر بأن زوجات مرضى الفصام لديهن نمط اندفاعي لحل المشكلات بدرجة مرتفعة وبوزن نسبي (71.67%)، في حين ظهر بأن زوجات مرضى الفصام لديهن نمط تجنبى لحل المشكلات بدرجة مرتفعة وبنسبة (70.3%).



شكل (4)

يوضح الوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج

وأتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة بأن معظم الفئات كان لديهن صعوبة في القدرة على حل المشكلات ، وبأنها تعاني من أحد الاضطرابات النفسية. واستخدمت برامج علاجية في حل المشكلات ، ما عدا دراسة (Eskin, M. , Akoglu, A. & Heppner, C. , et. al. 2003) ، ودراسة (McAuliffe, C. , et. al. 2006 Uygur, B. 2006) ، كما تتفق الدراسة في ارتفاع التوجيه السلبي نحو المشكلة قبل تطبيق البرنامج مع دراسة (Garand, L. , et. al. 2014).

وتفسر الباحثة: بأن التوسط في درجات التوجيه الإيجابي لزوجات مرضى الفصام العقلي يرجع إلى أن أغلب زوجات مرضى الفصام تضطر أن تتكيف نوعاً ما مع المشكلات الناتجة عن مرض الزوج بالفصام التي تحاول حلها ، رغم الضغوط التي تعانيها والمتمثلة بالمسؤولية كأب وأم في آن واحد كعضو مهم بالأسرة، وتحمل كل مشكلات أسرتها

من مسؤوليات متعددة ، فإذا ما واجهتها أي مشكلة تخص الأبناء أو علاج الزوج ، أو مطالب البيت فإنها لا تقف مكتوفة الأيدي بل تحاول جاهدة لحل هذه المشكلات نوعاً ما حتى تتفق أسرتها من الضياع .

وتفسر الباحثة ذلك: بأن ارتفاع التوجه السلبي لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بدرجة كبيرة، يرجع إلى أن أغلب الزوجات يتکيفن مع المشكلات التي تعرّضهن بشكل سلبي ، فقد تعيش الزوجة مع المشكلة لكن ليس لديها القدرة على حلها، لأنها تتفقّد الطرائق والأساليب الصحيحة لحل المشكلات ، فتفقد كل رصيدها في التحمل، فتنهار أمام المشكلات وبالتالي تتعرض للضغوطات النفسية المختلفة ونتيجة لشدة الضغوط وتتنوعها فإن ذلك يفقدها القدرة على حل المشكلات فإذا عجزت في حل مشكلة، فإنها تشعر بالتهديد والقلق، وترجع ذلك إلى شعورها بالنقص والشك في قدراتها في حل المشكلات فتجه الزوجة في هذه الحالة إلى التوجه السلبي باستخدام أنماط غير عقلانية و غير فعالة وغير منطقية كالاندفاع والتجنب.

وهذا يتفق مع ما ذكره (فайд، 1999) بأن التوجه نحو المشكلة من حيث الإيجاب والسلب – بأن الانفعالات السلبية مرتبطة بالتوجه السلبي ، فالنوجه السلبي نحو المشكلة يؤدي إلى مواجهة غير فعالة للمشكلات، وظهور عواقب سيئة تدعم التوجه السلبي نحو المشكلات.

وتفسر الباحثة: بأن التوسط في درجات بعد النمط العقلي لزوجات مرضى الفصام العقلي يرجع إلى التوجه الإيجابي نحو المشكلة بشكل متوسط، وهذا يدل على أن زوجات مرضى الفصام يستخدمن طرقةً منطقية وعقلانية نوعاً ما ، لأن الزوجة تضطر أن تتكيف أمام المشكلات المتعددة الناتجة عن مرض الزوج، فتحاول الزوجة جاهدة على التفكير المنطقي العقلي في بعض الأمو، ولكن كثرة الضغوط الناتجة عن المشكلات الحياتية الناتجة عن مرض الزوج تجعلها في بعض الأحيان تتصرف بشكل غير منطقي عقلي ، الأمر الذي يجعلها تجد صعوبة في بعض الأحيان في حل جميع المشكلات التي تعرّضها.

وتفسر الباحثة: بأن ارتفاع النمط الاندفاعي لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بدرجة كبيرة، يرجع إلى التوجه السلبي نحو المشكلات الناتجة عن الضغوطات الكثيرة التي تتعرض لها زوجة مريض الفصام، الأمر الذي يجعلها تتعامل وتتّذكر بشكل اندفاعي متّهور تجاه المشكلات التي تعرّضها في حياتها مع زوجها وأسرتها وأسرة زوجها والآخرين.

وتفسر الباحثة: بأن ارتفاع النمط التجنّبي لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بدرجة كبيرة، يرجع إلى التوجه السلبي نحو المشكلات المختلفة الناتجة عن كثرة الضغوط النفسية

الخاصة بمرض الزوج، الأمر الذي يجعلها غير قادرة على حل المشكلات، فعندما تعترضها المشكلات، فإنها تفقد ثقتها في نفسها في إيجاد حل لها وتتمنى أن أحداً يحل لها هذه المشكلات، أو تترك المشكلة عسى الزمان يحلها.

التساؤل الرابع ما مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج؟

للتعرف إلى مستوى أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة بعد تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات وأبعاده الأربع، ويتبين ذلك من خلال الجدول التالي:

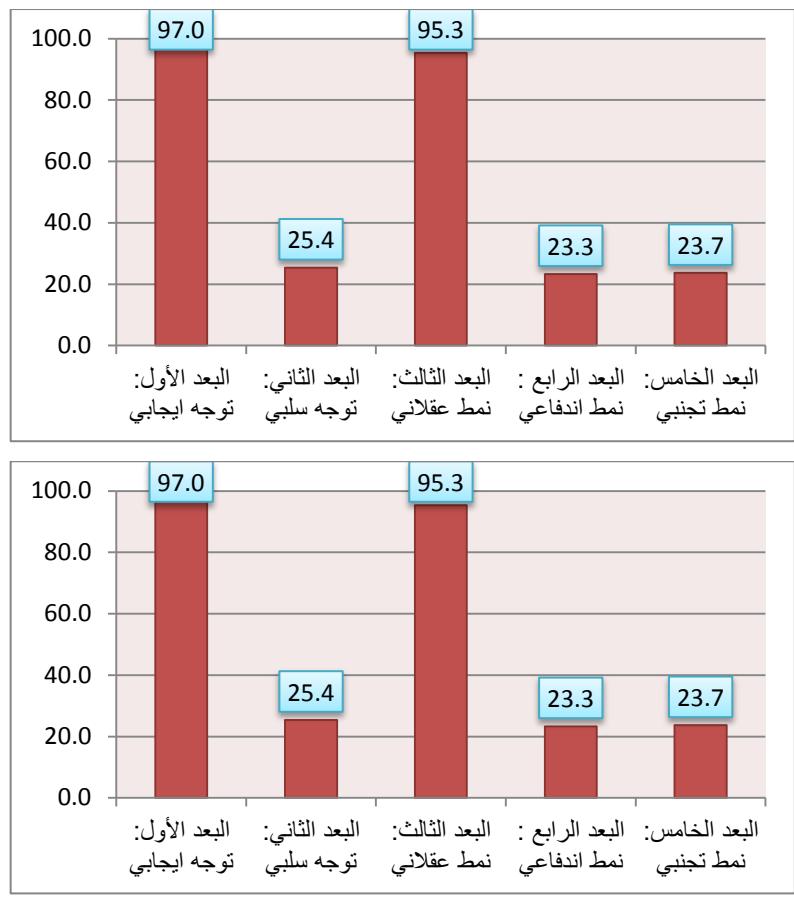
جدول (14)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج

مقياس أنماط حل المشكلات	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
البعد الأول: توجه إيجابي	5	25	24.25	1.29	97.00
البعد الثاني: توجه سلبي	4	20	5.08	1.38	25.42
البعد الثالث: نمط عقلاني	5	25	23.83	2.55	95.33
البعد الرابع: نمط اندفاعي	5	25	5.83	1.19	23.33
البعد الخامس: نمط تجنبى	5	25	5.92	2.07	23.67

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال الجدول السابق بأنه بعد تطبيق البرنامج العلاجي بلغ متوسط درجات بعد التوجه الإيجابي لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني الحكومية (24.25) درجة وبانحراف معياري (1.29)، وبوزن نسبي (97.0%)، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي عمل على زيادة التوجه الإيجابي لحل المشكلات بدرجة كبيرة، في حين لوحظ بأن الوزن النسبي للتوجه السلبي لحل المشكلات بلغ (25.4%)، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي عمل على خفض التوجه السلبي لحل المشكلات بدرجة كبيرة، كما ظهر بأن الوزن النسبي للنمط العقلاني لحل المشكلات بلغ (95.3%)، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي عمل على تحسين النمط العقلاني لحل المشكلات بدرجة كبيرة لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، أما بالنسبة للنمط الارتداعي، فقد أصبح الوزن النسبي (23.3%) بعد تطبيق البرنامج، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي عمل على خفض الأنماط الارتداعية لحل المشكلات بدرجة كبيرة، أما بالنسبة للنمط التجنبى، فقد أصبح الوزن النسبي (23.6%)، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي عمل على خفض الأنماط التجنبية لحل المشكلات بدرجة كبيرة.



شكل (5)

يوضح الوزن النسبي لمقياس أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد تطبيق البرنامج

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة مع دراسة جرند وآخرين (Garand, L. , et. al. 2014) والتي توصلت إلى ارتفاع التوجه الإيجابي وانخفاض في التوجه السلبي.

واختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عدم تناولها للتوجهات نحو حل المشكلات في الدراسات التي تناولت العلاج بحل المشكلات.

وتفسر الباحثة: النجاح في زيادة التوجه الإيجابي لحل المشكلات بدرجة كبيرة لدى زوجات مرضى الفصام يرجع إلى قيام الباحثة بالإيعاز إلى زوجات مرضى الفصام العقلي بعد جدوى الطرق التقليدية غير العقلانية في التوجهات التي يستخدمونها مع أزواجهن وعلاقتهم المختلفة في حياتهم اليومية، من خلال إعطاء الباحثة الفرصة للزوجات للتعبير عن مشكلاتهم وكيفية تعاملهن معها وذلك لتعديلها وتصحيحها بطرائق إيجابية منطقية، وتعليمهن،

وتدرّبهم عليها وتطبّيقها على المشكلات التي يواجهها، ليصبح نموذجاً معتمداً في حياتهم اليومية، وبالتالي زادت ثقتهن بأنفسهن في القدرة على حل المشكلات بعد نجاحهن في تطبيقها على المشكلات التي يعانين منها، الأمر الذي زاد في التوجّه الإيجابي بدرجة كبيرة وخفض من التوجّه السلبي بدرجة كبيرة بعد التفريّق بينه وبين التوجّه الإيجابي وأصبح لديهن دراية بنتائج كل توجّه والأخذ بالتوجّه الإيجابي الذي يعمل على زيادة النمط العقلاني بدرجة كبيرة، وبالتالي انخفض كل من المطين الاندفاعي والتجمّبي بدرجة كبيرة نتيجة انخفاض التوجّه السلبي بدرجة كبيرة.

كما تفسّر الباحثة: زيادة التوجّه الإيجابي لحل المشكلات بدرجة كبيرة لدى زوجات مرضى الفصام وانخفاض التوجّه السلبي بدرجّه كبيرة لتهيئة الظروف في كل جلسة من خلال الإلقاء والتبسيط في نموذج حل المشكلات بما يتناسب مع القدرات العقلية والتعلّيمية للزوجات وعدم الانتقال من خطوة إلى أخرى من خطوات حل المشكلات قبل أن تتأكد من مدى استيعاب الزوجات لكل خطوة ، وقامت أيضاً بعمل جلسات فردية لكل مشاركة حدث لديها التباس في تفاصيل خطوات حل المشكلات.

وهذا يتفق مع دراسة (عزام ، 2008) بأن إيجاد بعض الأساليب الجديدة في حل المشكلات للتعامل مع الضغوط الحياتية يعمل على زيادة التوجّه الإيجابي نحو التعامل مع الضغوط والحد من التوجّه السلبي وتنمية التوجّه العقلاني للتعامل مع الضغوط للحد من الاندفاع في مواجهتها أو إهمالها أو تجاهلها، ومساعدة الزوجات على الاندماج في علاقات جديدة، وخلق مصادر للإشباع للتخفيف من حدة ما يتعرضون له من ضغوطات.

كما ذكر (فайд، 1999) بأن التوجّه الإيجابي نحو المشكلة يساعد على تجنب الانفعالات السلبية (مثـل القلق والاكتئاب) التي يمكن أن تعيق حل المشكلات، وزيادة الانفعالات الإيجابية والكافية التي تساعد على الحل الفعال للمشكلات، وقمع ميل الاستجابة الاندفاعية للمشكلات، ودفع الشخص نحو حل المشكلات.

ثانياً - فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة".

للحصول على صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "وليكوكسون" لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، وبين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى بالنسبة لدرجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلى المترددين على عيادة الصورانى الحكومية في محافظة غزة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (15)

يبين نتائج اختبار "وليكوكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى على درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلى في عيادة الصورانى للصحة النفسية الحكومية

نسبة التحسن %	حجم التأثير	d قيمة	قيمة ايتا ²	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	ابعاد مقياس الضغوط النفسية
8.40	كبير جداً	5.33	0.9	**-3.065	78.0	6.5	2.4	39.2	12	الرتب السالبة	البعد الأول: الضغوط النفسية
					0.0	0.0	5.8	23.2	0	الرتب الموجبة	
									0	التعادل	
									12	المجموع	
4.43	كبير جداً	6.50	0.9	-3.066**	78.0	6.5	4.8	34.3	12	الرتب السالبة	البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية
					0.0	0.0	5.6	19.4	0	الرتب الموجبة	
									0	التعادل	
									12	المجموع	
7.43	كبير جداً	6.42	0.9	-3.602**	78.0	6.5	3.1	34.3	12	الرتب السالبة	البعد الثالث: الضغوط الأسرية
					0.0	0.0	4.2	19.3	0	الرتب الموجبة	
									0	التعادل	
									12	المجموع	
5.22	كبير جداً	2.82	0.7	-2.938**	66.0	6.0	4.1	23.1	11	الرتب السالبة	البعد الرابع: الضغوط الاقتصادية
					0.0	0.0	3.2	17.9	0	الرتب الموجبة	
									1	التعادل	
									12	المجموع	
6.38	كبير جداً	6.69	0.9	-3.063**	78.0	6.5	9.3	130.8	12	الرتب السالبة	الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية
					0.0	0.0	17.2	80.3	0	الرتب الموجبة	
									0	التعادل	
									12	المجموع	

//: Not Significant * P-value < 0.05 ** P-value < 0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط النفسية الكلية لزوجات مرضى الفصام العقلى $z-test=-3.063$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط النفسية الكلية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية الكلية، فقد بلغت نسبة التحسن 38.6% عند زوجات مرضى الفصام العقلى.

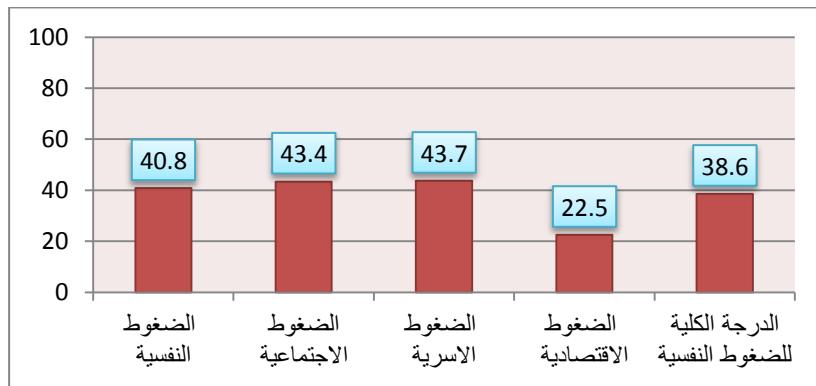
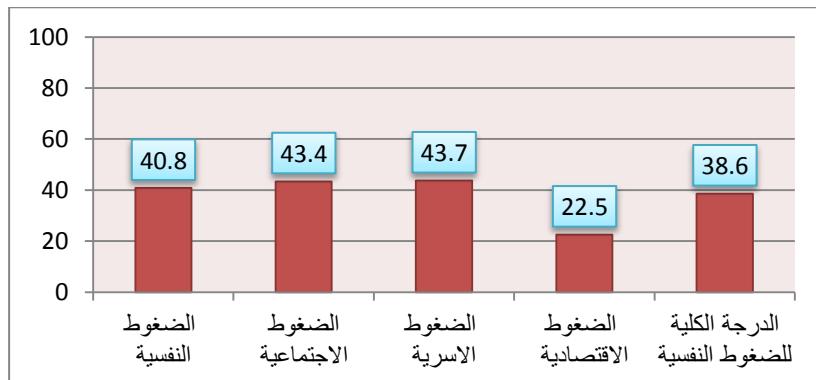
- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط النفسية لزوجات مرضى الفصام العقلى $z-test=-3.65$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية، فقد بلغت نسبة التحسن 40.8% عند زوجات مرضى الفصام العقلى.

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط الاجتماعية لزوجات مرضى الفصام العقلى $z-test=-3.066$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الاجتماعية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبير جداً لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط الاجتماعية، فقد بلغت نسبة التحسن 43.4% عند زوجات مرضى الفصام العقلى.

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط الأسرية لزوجات مرضى الفصام العقلى $z-test=-3.602$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني

أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط الأسرية، فقد بلغت نسبة التحسن 43.7% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الضغوط الاقتصادية لزوجات مرضى الفصام العقلي $z-test=-2.938$ ($P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الاقتصادية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8 ، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض مستوى الضغوط الاقتصادية، فقد بلغت نسبة التحسن 22.5% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.



شكل (6)

يوضح نسبة التحسن لمقياس الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية .

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لصالح القياس البعدي ، مع دراسة كل من دراسة (نصر، 2012) ، ودراسة (عبد القوي، 2012) ، ودراسة (الخياط والسلیحات،

(2012)، ودراسة (علي، 2011)، ودراسة (غيث وآخرون، 2011)، ودراسة (شريت، 2011)، ودراسة (الدباس، 2011)، ودراسة (أبو الديار، 2010) ، ودراسة (عزم، 2010) ، ودراسة (أبو غزالة، 2004).

واختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي مع دراسة (رضوان ، 2008) التي أكدت على عدم وجود فروق في متوسطات القياس القبلي والبعدي.

وتفسر الباحثة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الضغوط النفسية الكلية لصالح القياس البعدي ترجع إلى أن زوجات مرضى الفصام كنَّ غير مدركات لهذا الاضطراب وكيفية التعامل معه، ومالَ هذا الاضطراب فوجدن أنفسهن بحاجة ماسة لهذا البرنامج حيث أنه يقدم إرشادات وتقنيات وطرائق في كيفية التعامل والتغلب على الضغوطات النفسية الناتجة عن إصابة أزواجهن بهذا الاضطراب فكان لديهن رغبة شديدة في تطبيق التقنيات والعمل بها حيث إن هذه الضغوطات ليست عابرة، وهي مستمرة ما استمر الاضطراب ، لذلك كان لديهن رغبة شديدة في تعلم وتطبيق كل ما هو جديد وحديث من تقنيات وأساليب تخص اضطراب ازواجهن والتعامل معه، الأمر الذي حسن من صحتهن النفسية ورفع من جودة الحياة الأسرية.

وتفسر الباحثة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي ، وأن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي يرجع ذلك إلى: أن البرنامج العلاجي زاد ثقتهن بأنفسهن، فأصبحن يتهددين الواقع والظروف الحياة الصعبة ، فالبرنامج العلاجي قوى من العزيمة والإرادة بعد اتباعهن التقنيات وأساليب الحديثة في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية في حياتهن والمؤثرة على أنفسهن المتمثلة بالوحدة النفسية والعزلة والحزن واليأس والبكاء بدون سبب، والعجز والحرمان العاطفي والخجل من مرض الزوج فأصبحن يقْنن بأنفسهن و بأزواجهن وكيف يمكن التعامل مع الزوج بهدوء وحكمة، وتحمل أمور الحياة الصعبة والزوج وبدون عصبية نتيجة لخفض التوتر واليأس.

وتفسر الباحثة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الضغوط الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وأن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الاجتماعية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج عمل على تحسين الشعور الداخلي والإحساس بالنبذ والعزلة من المجتمع

لمرض أزواجهن إلى الجرأة في المعاملة مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة وإقامة علاقات طيبة معهم ومشاركتهم في المناسبات الاجتماعية، فاصبح لديهن القدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة والتعامل معها بحكمة ومنطقية.

وتفسر الباحثة: وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط الأسرية لصالح القياس البعدى، وأن البرنامج العلاجى له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج أكسبها القدرة على التعامل مع الأمور الأسرية بحكمة ومنطقية ، فاصبح لديها القدرة إلى إقناع الزوج بأخذ الدواء وتحميله بعض المسؤوليات الخفيفة بالتدريج وتقسم المسؤوليات على أفراد أسرتها، الأمر الذي خفف العبء الأسرى الذي كان على كاهلها، والتعامل مع أولادها بكل هدوء وحكمة، كما أنها غيرت في تعاملها السلبي مع أهل الزوج إلى التعامل معهم بكل إيجابية واحترام، الأمر الذي خفف من حجم المشكلات الأسرية بشكل عام.

وتفسر الباحثة: وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في الضغوط الاقتصادية لصالح القياس البعدى، وأن البرنامج العلاجى له أثر فعال في خفض مستوى الضغوط الاقتصادية لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، يرجع ذلك إلى التوجه الإيجابي نحو تحسين المستوى الاقتصادية من خلال ما تعلموه من البرنامج بكيفية رفع المستوى المعيشي لأفراد أسرتهن بالخطيط والتبير وتشجيع الزوج على العمل في أعمال بسيطة ، وبعضهن قاموا بعمل مشاريع صغيرة لبيع أدوات وملابس ومأكولات ، والخطيط لمشاريع أكبر بمساعدة الشؤون الاجتماعية أو جهات خيرية أخرى.

الفرضية الثانية: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " ولوكسون " لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، وبين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي بالنسبة لدرجات مقياس الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (16)

يبين نتائج اختبار " ولوكسون " للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي على درجات الضغوط النفسية وأبعاده لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	ابعاد مقياس الضغوط النفسية
198.0 غير دالة	// -1.286	55.00	5.50	5.8	23.2	10	الرتب السالبة	البعد الأول: الضغوط النفسية
		00.	00.	4.9	22.3	0	الرتب الموجبة	
						2	التعادل	
						12	المجموع	
538.0 غير دالة	// -616.0	21.50	7.17	5.6	19.4	3	الرتب السالبة	البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية
		33.50	4.79	4.7	20.0	7	الرتب الموجبة	
						2	التعادل	
						12	المجموع	
171.0 غير دالة	// -1.370	11.00	3.67	4.2	19.3	3	الرتب السالبة	البعد الثالث: الضغوط الأسرية
		34.00	5.67	4.3	20.8	6	الرتب الموجبة	
						3	التعادل	
						12	المجموع	
438.0 غير دالة	// -776.0	12.50	3.13	3.2	17.9	4	الرتب السالبة	البعد الرابع: الضغوط الاقتصادية
		23.50	5.88	2.4	18.3	4	الرتب الموجبة	
						4	التعادل	
						12	المجموع	
581.0 غير دالة	// -552.0	32.00	8.00	17.2	80.3	4	الرتب السالبة	الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية
		46.00	5.75	15.5	81.0	8	الرتب الموجبة	
						0	التعادل	
						12	المجموع	

//: Not Signfinent * P-value<0.05 ** P-vlaue <0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات الضغوط النفسية الكلية والأبعاد التالية: (الضغط النفسي، الضغوط الاجتماعية، الضغوط الأسرية، الضغوط الاقتصادية) لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة، ونستنتج أن القياس التبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى زوجات مرضى الفصام العقلي لم يكن مؤقتاً، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات كانت له فاعلية تتسم بالاستمرارية.

وقد انفقت نتائج الدراسة الحالية في عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي، مع دراسة (فؤاد وآخرون، 2013)، ودراسة (نصر، 2012)، ودراسة (عبد القوي، 2012)، ودراسة (شريط، 2011)، ودراسة (أبو الديار، 2010)، ودراسة (الخولي، 2004).

واختلفت نتائج الدراسة الحالية في عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي، مع دراسة (غيث وآخرون، 2011)، ودراسة (الدبابس، 2011) الذين أكدوا على وجود فروق في القياسين البعدي والتبعي.

وتفسر الباحثة: فاعلية واستمرارية القياس التبعي في درجات أبعاد الضغوط النفسية وهذا مؤشر على آثاره الباقية عند زوجات مرضى الفصام العقلي رغم اختلاف المدة الزمنية إلا أن أثره يطول، وذلك لتغييره الفعلي والجذري في العقلية والتفكير والاتجاهات الذي عمل بدوره على تغيير جذري في التركيبة الشخصية ، فلم يكن التغيير سطحياً، بل له تأثير عميق في البناء النفسي من خلال طريقة الإلقاء والإقناع وتبسيط المادة العلمية بما يتاسب بالفئة العمرية والمستوى التعليمي والعقلي.

الفرضية الثالثة: وتنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة.

للحصول على صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "وليكوكسون" لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، وبين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لدرجات مقياس أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (17)

يبين نتائج اختبار "وليكوكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية

نسبة التحسن %	حجم التأثير	d	قيمة t^2	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	ابعاد مقياس أنماط حل المشكلات
1 . 55	كبير جداً	50 . 8	95 . 0	**-3. 070	00 .	00 .	2. 8	15. 6	0	الرتب السالبة	بعد الأول: توجه ايجابي
					78. 00	6. 50	1. 3	24. 2	12	الرتب الموجبة	
								0		التعادل	
								12		المجموع	
3 . 64	كبير جداً	22 . 8	94 . 0	-3. 070**	78. 00	6. 50	2. 5	14. 3	12	الرتب السالبة	بعد الثاني: توجه سلبي
					00 .	00 .	1. 4	5. 1	0	الرتب الموجبة	
								0		التعادل	
								12		المجموع	
1 . 57	كبير جداً	10 . 5	87 . 0	**-3. 065	00 .	00 .	3. 8	15. 2	0	الرتب السالبة	بعد الثالث: نمط عقلاني
					78. 00	6. 50	2. 6	23. 8	12	الرتب الموجبة	
								0		التعادل	
								12		المجموع	
4 . 67	كبير جداً	64 . 1	40 . 0	**-3. 072	78. 00	6. 50	15. 4	17. 9	12	الرتب السالبة	بعد الرابع: نمط اندفاعي
					00 .	00 .	1. 2	5. 8	0	الرتب الموجبة	
								0		التعادل	
								12		المجموع	
9 . 65	كبير جداً	99 . 7	94 . 0	**-3. 071	78. 00	6. 50	3. 2	17. 6	12	الرتب السالبة	بعد الخامس: نمط تجني
					00 .	00 .	2. 0	6. 0	0	الرتب الموجبة	
								0		التعادل	
								12		المجموع	

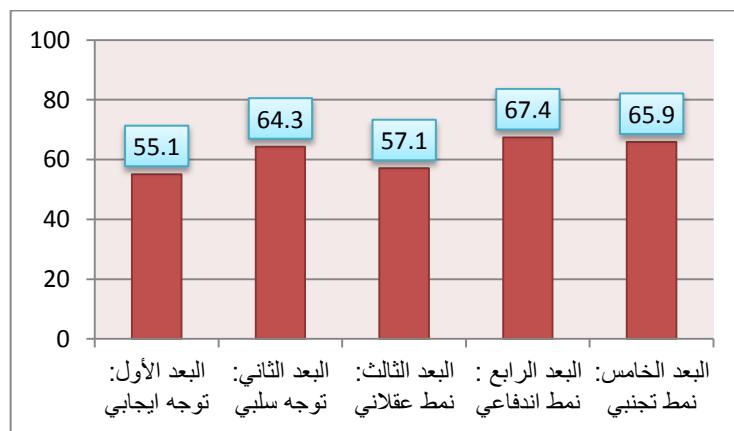
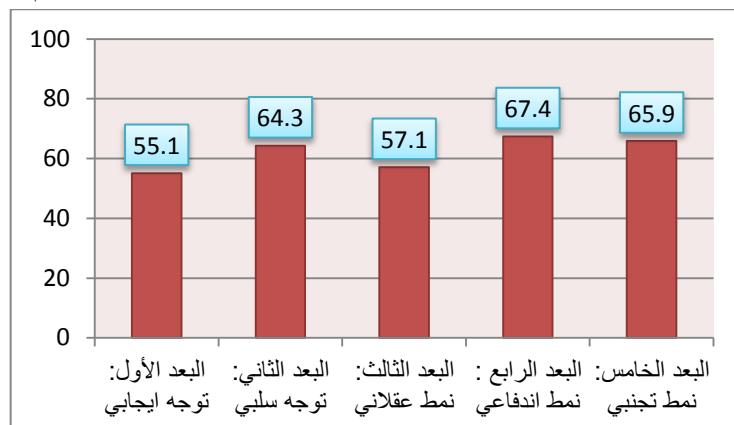
//: Not Significant * P-value<0.05 ** P-value<0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في نمط التوجه الإيجابي لزوجات مرضى الفصام العقلي $z-test=-3.070$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات له أثر فعال في تحسين الأنماط الإيجابية حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في تحسين الأنماط الإيجابية لحل المشكلات، فقد بلغت نسبة التحسن 55.1% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.
- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في نمط التوجه السلبي لزوجات مرضى الفصام العقلي $z-test=-3.070$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض الأنماط السلبية حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض الأنماط السلبية لحل المشكلات، فقد بلغت نسبة التحسن 64.3% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.
- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في النمط العقلاني لزوجات مرضى الفصام العقلي $z-test=-3.065$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في تحسين الأنماط العقلانية عند زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في تحسين الأنماط العقلانية لدى زوجات مرضى الفصام، فقد بلغت نسبة التحسن 57.1% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.
- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في نمط التوجه الاندفاعي لزوجات مرضى الفصام العقلي $z-test=-3.072$, $P-value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض أنماط التوجه الاندفاعي حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض الأنماط التوجه

الاندفاعي لحل المشكلات، فقد بلغت نسبة التحسن 67.4% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.

- وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في النمط التوجّه التجنيي لزوجات مرضى الفصام العقلي- $z-test=-3.071, P=0.000$ ($value<0.01$). والفرق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي له أثر فعال في خفض الانمط التجنبية لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، فقد تبيّن أن حجم التأثير كان كبيراً جداً، لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني أن البرنامج العلاجي له تأثير إيجابي في خفض الانمط التجنبية لحل المشكلات، فقد بلغت نسبة التحسن 65.9% عند زوجات مرضى الفصام العقلي.



شكل (7)

يوضح نسبة التحسن لمقياس أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لصالح القياس البعدي وذلك في دراسة

(Huband, N. , et al, 2007) ، ودراسة (Rodewald, K. .. ,. et. al. 2011) ودراسة (McDonagh, A. ;et. al.) ، ودراسة (Chen, S. U. , et. , al 2006) ودراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G, 2002) ودراسة (Medalia, A. , Revheim, N. & (Liberman, R. ,P. , Et. Al, 2001) ودراسة (Heppner, P. P. ; et. al. 2001) ، ودراسة (Casey2001).

وتفسر الباحثة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في نمط التوجه الإيجابي لصالح القياس البعدى، وأن برنامج العلاج المعرفي السلوكى بأسلوب حل المشكلات له أثر فعال في تحسين الأنماط الإيجابية لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلى، ويرجع ذلك إلى تغيير زوجات مرضى الفصام الطرائق غير المجدية وغير الفعالة بالطرائق المجدية والفعالة في التوجه نحو المشكلات والذي يعتمد على النمط العقلاني والمنطقى في حل المشكلات، كما أن البرنامج أعطاهن الثقة بأنفسهن وبقدراتهن في التغلب على المشكلات التي تعرضهن من خلال إكسابهن الخبرة في تعلم وتطبيق طرائق وأساليب حل المشكلات في حياتهم المستقبلية.

وتفسر الباحثة: وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في نمط التوجه السلبى لصالح القياس البعدى، وأن برنامج العلاج المعرفي السلوكى له أثر فعال في خفض الأنماط السلبية لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلى يرجع إلى إنهن أدركن من خلال الجلسات بأن التوجهات السلبية غير فعالة في التعاطي مع المشكلات وأنها سبب رئيس في الضغوط النفسية المختلفة، وبالتالي زاد لديهن التوجه الإيجابي بدرجة كبيرة بعد تعليمهن هذه التقنية في حل المشكلات وفي المقابل انخفض لديهن بدرجة كبيرة الاتجاه السلبى.

وتفسر الباحثة: وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في النمط العقلاني لصالح القياس البعدى، وأن البرنامج العلاجى له أثر فعال في تحسين الأنماط العقلانية عند زوجات مرضى الفصام العقلى، والذي يرجع إلى، استخدامهن للتوجه الإيجابي الذي زاد من النمط العقلاني نحو المشكلات فوجدن أنفسهن باتباع النمط العقلاني قادرات على التغلب على المشكلات الحياتية والضغط النفسية التي تواجههم في حياتهم.

وتفسر الباحثة: وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في نمط التوجه الاندفاعي لصالح القياس البعدى، وأن البرنامج العلاجى له أثر فعال في خفض أنماط التوجه الاندفاعي لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلى

ويرجع ذلك إلى تغيير طرائق التعامل مع المشكلة بالاندفاعية، والتهور، وعدم التخطيط، إلى التعامل مع المشكلة بالخطيط، والنظام ووضع حلول بديلة، و اختيار الحل الأمثل من بين البديل، وبالتالي التخفيف من المشكلات والضغط النفسي الناتجة عن الاندفاعة في التعامل مع الآخرين.

وتفسر الباحثة: وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدى في النمط التوجه التجنبي لصالح القياس البعدى، وأن البرنامج العلاجى له أثر فعال في خفض الأنماط التجنبية لحل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، ويرجع إلى اكتسابهن القدرات والخبرات التي تمكنهن من النظر إلى المشكلة كتحديات وفرص للتغيير والاعتقاد بأن لكل مشكلة حل وأنهن قادرات على حلها ولكنها تتطلب وقتاً وجهداً وثقة بأنفسهن بأن لديهن القدرة على حلها، وأنها أمر طبيعي في الحياة.

الفرضية الرابعة- تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة".

للحتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ويلككسون" لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، وبين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي بالنسبة لدرجات مقياس أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (18)

يبين نتائج اختبار "ويلككسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي على درجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي في عيادة الصوراني للصحة النفسية الحكومية

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمليات الإحصائية	بعد مقياس أنماط حل المشكلات
غير دلالة 0.16	-1.406	22.00	4.40	1.3	24.2	5	الرتب السالبة	بعد الأول: توجه ايجابي
		6.00	3.00	1.4	23.8	2	الرتب الموجبة	
						5	التعادل	
						12	المجموع	
غير دلالة 0.10	-1.667	3.00	3.00	1.4	5.1	1	الرتب السالبة	بعد الثاني: توجه سلبي
		18.00	3.60	2.8	5.8	5	الرتب الموجبة	
						6	التعادل	
						12	المجموع	
غير دلالة 0.52	-.638	13.50	3.38	2.6	23.8	4	الرتب السالبة	بعد الثالث: نمط عقلاني
		7.50	3.75	2.2	23.6	2	الرتب الموجبة	
						6	التعادل	
						12	المجموع	
غير دلالة 0.61	-.513	21.50	4.30	1.2	5.8	5	الرتب السالبة	بعد الرابع: نمط اندفاعي
		14.50	4.83	1.0	5.7	3	الرتب الموجبة	
						4	التعادل	
						12	المجموع	
غير دلالة 0.06	-1.897	3.50	3.50	2.0	6.0	1	الرتب السالبة	بعد الخامس: نمط تجنبى
		24.50	4.08	1.9	6.6	6	الرتب الموجبة	
						5	التعادل	
						12	المجموع	

//: Not Signfinent * P-value<0.05 ** P-vlaue <0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي في درجات أنماط حل المشكلات التالية (التوجه الإيجابي، التوجه السلبي، النمط العقلاني، النمط الاندفاعي، النمط التجنبي) لزوجات مرضى الفصام العقلي المترددين على عيادة الصوراني الحكومية في محافظة غزة، ونستنتج أن القياس التبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى زوجات مرضى الفصام العقلي لم يكن مؤقتاً، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات كانت له فاعلية تتسم بالاستمرارية.

وأتفقـت الـدراسـة الـحالـية مع الـدراسـات الـسابـقة في عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التبعي كما في دراسة (McMurran, M. , et Heppner, P. (2002 ، دراسة (Biggam, F. H. , & Power, K. G2002 ، دراسة (al2011 .(Hopko, D. R. ; et. al. 2001 ، دراسة (P. ، دراسة (P. ; et. al. 2011

وتفسـر البـاحـثـة: فـاعـلـية وـاسـتـمـرـارـيـة الـقيـاسـ التـبعـيـ فيـ درـجـاتـ آـنـمـاطـ حلـ مشـكـلـاتـ يـرـجـعـ ذـلـكـ إـلـىـ اـسـتـخـادـ الأـسـالـيـبـ الـخـاصـةـ بـخـطـوـاتـ حلـ مشـكـلـاتـ الـذـيـ رـسـخـ فـيـ عـقـولـ وـنـفـوسـ زـوـجـاتـ مـرـضـيـ الـفـصـامـ الـعـقـليـ، وـذـلـكـ مـنـ خـلـالـ إـلـقاءـ الـجـيدـ وـالـطـرـيـقـةـ الـمـبـسـطـةـ لـعـرـضـ الـمـادـةـ الـعـلـمـيـةـ فـيـ جـلـسـاتـ الـبـرـنـامـجـ، وـالـإـلـحـاسـ بـمـشـاعـرـهـنـ وـمـشـكـلـاتـهـنـ وـكـيـفـيـةـ الـتـعـاـلـمـ مـعـهـاـ بـشـكـلـ عـقـلـانـيـ مـنـطـقـيـ، مـنـ خـلـالـ تـقـيـيمـ مـسـتـوـيـ الـمـشـارـكـاتـ فـيـ الـدـرـاسـةـ ، قـامـتـ الـبـاحـثـةـ بـجـلـسـاتـ فـرـديـةـ لـكـلـ مـشـارـكـةـ حدـثـ لـدـيـهـاـ التـبـاسـ فـيـ فـهـمـ بـعـضـ تـقـاصـيـلـ حلـ مشـكـلـاتـ، الـأـمـرـ الـذـيـ جـعـلـ لـلـبـرـنـامـجـ اـسـتـمـرـارـيـةـ عـلـىـ مـدـىـ حـيـاةـ زـوـجـاتـ مـرـضـيـ الـفـصـامـ الـعـقـليـ فـيـ حلـ مشـكـلـاتـ الـتـيـ تـوـاجـهـهـمـ فـيـ حـيـاتـهـمـ الـمـسـتـقـبـلـيـةـ.

• تعـقـيـبـ عـامـ عـلـىـ نـتـائـجـ الـدـرـاسـةـ:

في الـدرـاسـةـ الـحالـيةـ تمـ بـحـثـ فـاعـلـيةـ الـعـلـاجـ المـعـرـفـيـ السـلـوـكـيـ بـأـسـلـوـبـ حلـ مشـكـلـاتـ فـيـ التـخـفـيفـ مـنـ الضـغـطـ الـنـفـسـيـ لـدـىـ زـوـجـاتـ مـرـضـيـ الـفـصـامـ الـعـقـليـ، وـالـمـتـرـدـدـاتـ عـلـىـ عـيـادـةـ الـصـورـانـيـ لـلـصـحةـ الـنـفـسـيـةـ التـابـعـةـ لـوـزـارـةـ الـصـحـةـ لـجـلـبـ الـعـلـاجـ لـأـزـوـاجـهـنـ الـمـرـضـيـ بـالـفـصـامـ الـعـقـليـ.

وـقـدـ اـتـضـحـ فـيـ ضـوـءـ النـتـائـجـ الـتـيـ تـوـصـلـتـ إـلـيـهـاـ الـدـرـاسـةـ الـحالـيةـ فـاعـلـيةـ الـعـلـاجـ المـعـرـفـيـ السـلـوـكـيـ بـأـسـلـوـبـ حلـ مشـكـلـاتـ فـيـ التـخـفـيفـ مـنـ الضـغـطـ الـنـفـسـيـ لـدـىـ زـوـجـاتـ مـرـضـيـ الـفـصـامـ الـعـقـليـ، وـتـرـىـ الـبـاحـثـةـ أـنـ التـحـسـنـ الـذـيـ طـرـأـ عـلـىـ أـفـرـادـ الـعـيـنـةـ يـرـجـعـ إـلـىـ جـدـوـيـ وـفـاعـلـيـةـ الـبـرـنـامـجـ الـمـعـرـفـيـ السـلـوـكـيـ بـأـسـلـوـبـ حلـ مشـكـلـاتـ الـمـسـتـخـدـمـ فـيـ الـدـرـاسـةـ لـاـحـتوـائـهـ عـلـىـ فـنـيـاتـ

مختلفة والطرائق الإيجابية في خطوات أسلوب حل المشكلات التي ساعدت الزوجات في استخدام طرائق عملية في التعامل في التوجه نحو المشكلة بشكل إيجابي، والأخذ بالنمط العقلاني، والمتمثلة في خطوات حل المشكلات، فوجدوا أنفسهم باتباع هذا النمط أن باستطاعتهم التغلب على الضغوط النفسية الناجمة عن المشكلات الحياتية التي تواجههن في حياتهن، وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متسقة مع ما جاء في الدراسات السابقة، فقد اتضح أن غالبية الدراسات السابقة اتفقت على فاعلية العلاج بأسلوب حل المشكلات في التعامل مع جميع الاضطرابات النفسية، لذا تؤكد الباحثة على أهمية التدخل العلاجي بأسلوب حل المشكلات لما له من دور كبير في تصحيح وتعديل التوجهات والأنماط السلبية التي تعيق حل المشكلات، التي تنشأ لدى الشخص نتيجة لاستخدام التوجهات السلبية والأنماط غير العقلانية والمنطقية المتمثلة في الانماط التجنبية والاندفاعية التي ينعكس سلبا في قدرته وأسلوبه في حل المشكلات، والعلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات بخطواته المنظمة يساعد المرضى باتجاهين، تجاه علاجي متمثل في علاج المشكلات النفسية الناجمة عن التعرض للمواقف المسببة للمشكلة، وتجاه وقائي متمثل في أنه يمكن من خلاله تعليم الأفراد كيفية التعامل بشكل فعال مع المشكلات اليومية قبل أن تنتج تلك المشكلات أي صعوبات عاطفية، لمنع تطور الأمراض النفسية، والحد من المرض النفسي، وبذلك يزيد قدرة الفرد على المواجهة الفعالة مع مجموعة واسعة من مشكلات الحياة اليومية.

• توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الباحثة في نتائج دراستها الحالية توصي بما يلى:

- 1- تدريب الأخصائيين والأطباء النفسيين العاملين في المؤسسات الحكومية والأهلية على ممارسة العلاج بحل المشكلات لما أثبتته هذه الدراسة وجميع الدراسات الأخرى بفاعليته مع جميع الاضطرابات النفسية والذي يعود بالنفع على المرضى وذويهم.
- 2- إنشاء مؤسسة شاملة لرعاية مرضى الفصام وزوجاتهم تتعاون وتقابل مع المؤسسات الحكومية والأهلية لتقديم الدعم النفسي والعلاجي من جهة والترفيهي من جهة أخرى عن طريق النوادي التي تجمعهم مع بعضهم لتفاهم لتفاهم من معاناتهم، لأنهم بحاجة لمن يستمع لمعاناتهم لمعرفة احتياجاتهم النفسية للعمل على أساسها برامج تطبيقية علاجية لهم ولذويهم، ومن جهة أخرى الاهتمام بأولاد المرضى العقلين، لأنهم فئة مهمشة معرضة لانتقادات المجتمع بالإضافة لغياب دور الأب في الأسرة فهم بحاجة إلى من يحتضنهم ويقوى من شخصيتهم وثقتهم بأنفسهم.

3- إعادة تقييم النظام العلاجي من خلال الفريق العلاجي في الاهتمام والمتابعة للمريض بشكل دوري ليتم تعديل نظام العلاج أو الجرعة الدوائية بما يتناسب مع حالة المريض، وعمل فحوصات دورية لمعرفة ما يطرأ على حالة المريض، وعقد زيارات منزلية لبعض الحالات التي لا تتمكن من الوصول للعيادات النفسية.

4- تأهيل مريض الفصام داخل المؤسسات الحكومية والأهلية بما يتناسب مع ميله وقدراته ومن ثم توفير فرص العمل لمن تأهلوا من خلال العلاج بالعمل ليصبحوا قادرين على العمل والرجوع إلى الحياة.

5- ضرورة قيام المؤسسات الحكومية والأهلية برعاية ومساعدة زوجات مرضى الفصام اقتصادياً من خلال توفير المشاريع المناسبة لإمكانياتهن وقدراتهن لإعالة أسرهن.

6- ضرورة وضع خطة إعلامية تستهدف إلقاء الضوء على المشكلات المختلفة التي تعاني منها زوجات وأبناء مرضى الفصام العقلي في المجتمع الفلسطيني وكذلك على وصمة المرض النفسي الذي يعاني منه المرضى وذويهم من خلال تقييف المجتمع وتصحيح النظرة السلبية والتوضيح بأنه مثله مثل أي مرض جسدي.

7- أهمية إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات والضغط النفسي التي تعاني منها زوجات مرضى الفصام.

• المقترنات:

نظرأً لقلة الدراسات في موضوع فعالية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي على الصعيد المحلي ، تقترح الباحثة ما يلي :

- 1- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغوط النفسية لدى النساء المعنفات المقيمات في بيت الأمان بغزة.
- 2- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في إصلاح مهارات حل المشكلات لدى السجينات بسجن غزة.
- 3- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لدى الأشخاص المصابين باضطرابات الشخصية.
- 4- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بحل المشكلات في تحسين الأداء الأسري لدى مرضى الفصام العقلي.

- 5- أحداث الحياة الضاغطة ومهارات حل المشكلات لدى زوجات المرضى النفسيين بقطاع غزة.
- 6- السلوك الانتحاري وعلاقته بمهارة حل المشكلات لدى مرضى الاكتئاب .
- 7- مستوى القدرة على حل المشكلات لدى السجينات بسجن غزة.
- 8- مستوى القدرة على حل المشكلات لدى الشباب الجانحين.
- 9- القدرة الذاتية المدركة لحل المشكلات وعلاقتها بالضغط النفسي لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.
- 10- درجة الاستقرار الزواجي لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة.
- 11- درجة الاستقرار النفسي و الأسري لدى زوجات الأسرى داخل السجون الإسرائيلية.
- 12- المشكلات النفسية والاجتماعية التي تقابلها زوجات المساجين بالعملة بسجن غزة.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

1. إبراهيم، سليمان (2010). "علم النفس العصبي المعرفي". دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة : مصر.
2. إبراهيم، عبد الرحمن (2011). "إضاءات حول الفصام والاكتاب" ، شعاع للنشر والتوزيع، حلب: سوريا.
3. إبراهيم، عبد الستار و عسکر، عبد الله (1999). "علم النفس الإكلينيكي". مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.
4. ابن منظور (1988) . "لسان العرب". دار أحياء للتراجم، الجزء الثاني، القاهرة: مصر.
5. أبو الخير، عبد الكريم (2001). اساسيات التمريض في الامراض النفسية والعقلية". دار وائل للنشر ، عمان: الاردن.
6. أبو الديار، مسعد (2010). فاعلية برنامج للإرشاد العقلي - الانفعالي في تنمية التفاؤل لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أسر الأطفال المعوقين سمعياً. مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد (38)، العدد (3).
7. أبو العلا، محمد(2009) . " ضغوط العمل واثرها على الولاء التنظيمي دراسة تطبيقية على المدراء العاملين في وزارة الداخلية في قطاع غزة " . رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، غزة، فلسطين.
8. أبو حبيب، نبيلة (2010). "الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى ابناء الشهداء في محافظات غزة " . رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، كلية التربية، غزة، فلسطين.
9. أبو حطب، صالح (2003). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة الفلسطينية العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة، البرنامج المشترك جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
10. أبو رحمة، حسن (2012). الالتزام الدوائي والدعم الأسري يسهم في منع الانتكاسة لمرضى الفصام في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
11. أبو غالى، عاطف (2011). فاعلية برنامج ارشادى سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الثانوية العامة بمحافظة رفح، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 12، العدد(3)، ص ص50-78.

12. أبو غزالة، سميرة (2004). فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحيديين. *مجلة العلوم التربوية*، العدد الثالث.
13. ابو مشايخ، محسن (2007). "اساليب مواجهه ضغوط البيئة المدرسية لدى طلاب المرحلة الاعدادية". رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
14. أحمد ، عاطف (1991). *الفصامي كيف نفهمه ونساعده-دليل للأسرة وللأصدقاء* . المجلس الوطني للثقافة والفنون والآدب : الكويت .
15. الاسطل، مصطفى (2010). "الذكاء العاطفي وعلاقته بمهارات مواجهه الضغوط لدى طلبة كليات التربية بمحافظات غزة". رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.
16. الباوي، علي (2009). مصادر الضغط النفسي لدى الأطفال كما يدركها الأطفال وكما يدركها المعلمون. *مجلة علوم انسانية*، العدد 42.
17. بدوي، ولاء (2013) . قلق المستقبل وعلاقته بالضغط النفسي لدى طالبات الدراسات المسائية في الجامعة. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، العدد (42)، الجزء الثاني.
18. بريخ، شادي (2014) . استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي . رسالة ماجستير ، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
19. بقيون، سمير (2007). "الطب النفسي ". دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.
20. بنات، يوسف (2009). " ضغوط العمل وأثرها على أداء الموظفين في شركة الاتصالات الفلسطينية في منطقة قطاع غزة ". رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، كلية التربية، غزة، فلسطين.
21. البيسي، داليا (2010). فاعلية برنامج ارشادي لتنمية القدرة على حل المشكلات لدى تلاميذ المؤسسات الايوائية. *مجلة رعاية وتنمية الطفولة*، جامعة المنصورة، العدد 8.
22. التوم، إبراهيم (2011). *الضغط النفسية وعلاقتها بالأداء المهني لدى الاطباء العاملين في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظات غزة*. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
23. ثابت، نضال (2003). ضغوط العمل وعلاقتها بالاتجاه نحو مهنة التدريس لدى المعلمين بمحافظات غزة. رسالة ماجستير ، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

24. جاد الله، السيد (2010). العلاقة بين التدخل المهني ببرنامج للممارسات العامة للخدمة الاجتماعية وحجم الضغوط النفسية والاجتماعية التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحيديين. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*. العدد 29، الجزء الثالث، ص 1011.

25. جبل، فوزية (2000). "الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية". مكتبة الجامعية الازاربطة الاسكندرية: مصر.

26. الجسماني، عبد العلي (1998). "الأمراض النفسية". الدار العربية للعلوم، بيروت: لبنان

27. جودة، نبيل (2008). الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

28. جودة، يحيى (2003). مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

29. الحديني، وفاء (2003). نموذج مقترن لبروفيل الرضا الزواجي لدى الفصاميين. *مجلة الارشاد النفسي* - مصر، العدد (16)، ص ص 250.

30. حسانين، محمد (2010). استخدام أسلوب حل المشكلات مع ذوي الإعاقة العقلية "، *مجلة كلية التربية* - جامعة عين شمس، العدد (34)، ج (1)، ص ص 549-577.

31. حسن، أحمد (2012). فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المراهقين ". *مجلة الطفولة وال التربية*، العدد العاشر، الجزء الثاني، السنة الرابعة، ص 68.

32. حسن، محمود(1999). "أثر استخدام برنامج للتدريب على سلوك حل المشكلة في بعض مكونات الدافعية الذاتية". رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية بقنا، مصر.

33. حسون، تيسير (2004). "المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطراب النفسي "، دمشق: سوريا.

34. حماد، منيا (2012). "القلق وضغط الحياة لدى الزوجات ذوات الاجهاد المتكرر"، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

35. حمام، راوية (2013). فاعلية برنامج الوسائط الطلابية من القدرة على حل المشكلات والتحكم بالغضب لدى الوسائط في المرحلة الأساسية العليا، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

36. حمدان، مفيد (2010). الضغوط النفسية من حيث علاقتها بالروح المعنوية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلبة الجامعة في قطاع غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، عين شمس: القاهرة، مصر.

37. حميد الدين، رضية (2011). مصادر الضغط النفسي لدى الاطباء وعلاقتها بالصحة النفسية لهم. مجلة مستقبل التربية العربية ، المجلد الثامن عشر، العدد السبعون.

38. الحياني، صبرني (2011). "الصحة النفسية والعلاج النفسي الإسلامي ". دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.

39. الخاتنة، سامي (2012). " مقدمة في الصحة النفسية". دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.

40. الخزاعلة، احمد و سالم، الغريبة (2006). الضغوط النفسية التي تواجه الطلبة في جامعة القصيم. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد 141.

41. خلفة، دعاء (2011). فاعلية برنامج للتدخل المهني في خدمة الفرد لتنمية مهارة حل المشكلة لدى المرأة المعيلة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، عدد (31)، مجلد (12)، ص ص 5755 – 5842.

42. الخليل، مازن (2001). " دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية". منظمة الصحة العالمية، سوريا: دمشق.

43. الخولي، هشام (2004). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة "، مجلة الارشاد النفسي، العدد (18)، ص ص 135-83.

44. الخياط، ماجد والسلحات، ملوح (2012) . فاعلية برنامج تدريبي معرفي – سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد (20)، العدد الثاني، ص 1 – ص 22 يونيو 2012.

45. خير، أوسيمة (1995). دراسة لأعراض ض النفس المرضية الاكثر مشاهدة بالنفاس الفصامي المشخص حسب ICD9 عند 175 مريضا فصاميا في اللاذقية. مجلة جامعة تشرين، مجلد السابع عشر، العدد الثالث.

46. الدباس، خولة (2011). فعالية برنامج ارشادي جمعي في خفض الضغط النفسي لدى طالبات جامعة البلقاء التطبيقية بالمملكة الأردنية الهاشمية. *مجلة كلية التربية*، العدد (146)، الجزء الثاني.

47. الدجاني، محمد (2010). برنامج إرشادي مبني على المنحنى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

48. الدحادحة، باسم (2010). "الدليل العلمي في الارشاد والعلاج النفسي". مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الفاہرة: مصر.

49. دحلان، فاطمة (2005). "ضغطوط الطلاق والتواافق النفسي عند المطلقات في قطاع غزة". رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.

50. الدخيل، عبد الرحمن (2010). اثر الاضطرابات العقلية في تخفيف العقوبة الجزائية من وجهه نظر القضاة بمدينة الرياض. رسالة ماجستير، جامعة نايف للعلوم الامنية.

51. الدعدي، غزلان (2009). الضغوط النفسية والتواافق الاسري والزواجي لدى عينة من اباء وامهات الاطفال المعاقين نبعا لنوع ودرجة الاعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية. رسالة ماجستير، جامعة ام القرى، كلية التربية، جدة.

52. الدليم، فهد (2005). المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين. *دراسات عربية في علم النفس*، مجلد (4)، عدد: 1، ص 11-50.

53. الدهمات، يحيى (2009). فاعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعوقين سمعيا في مدينة عمان، *مجلة كلية التربية -جامعة عين شمس*، العدد (33)، الجزء الرابع.

54. راضي، فوقيه (2008). فعالية برنامج إرشادي في خفض الشعور النفسي وتحسين الكفاءة الوالدية لدى عينة من أمهات الاطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط. *مجلة كلية التربية- جامعة المنصورة*، العدد (68)، الجزء الأول.

55. رضوان، سامر (2002). *الصحة النفسية*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان: الأردن.

56. رضوان، شعبان (2006). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصاميين و الاكتئابين. *مجلة دراسات نفسية*، المجلد (16)، العدد: 2، ص ص 171-221.

57. رضوان، عبد الكريم (2008). *فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظات غزة*. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

58. زغير، رشيد (2010). "الصحة النفسية والمرض العقلي". دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.

59. زهار، حامد (2005). "الصحة النفسية والعلاج النفسي". عالم الكتب، القاهرة: مصر.

60. الزيتاني، اعتماد (2003). "انماط الشخصية وعلاقتها بالضغط النفسي لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة". رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

61. سرحان، وليد (2000). "الفصام". دار مجذاوي للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.

62. السرطاوي، زيدان والشخص، عبد العزيز (1998). "الضغط النفسي واساليب المواجهه والاحتياجات لا ولیاء امور المعوقی". دار الكتاب الجامعي: الامارات.

63. السقا، ميسون (2009). "اثر ضغوط العمل على عملية اتخاذ القرارات دراسة ميدانية على المصادر العاملة في قطاع غزة". رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

64. السكني، منال (2013). "ضغط العمل واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى العاملين وقت الازمات في محافظتي غزة والشمال". رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.

65. سمور، عايش (2006). "الامراض النفسية اسباب وتشخيص وعلاج" دار المقادد للطباعة، غزة: فلسطين.

66. سميرة، دعو و نورة، شنوفي (2013). "الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي دراسة عياديه لخمس حالات". رسالة ماجستير، جامعة اكلي البويرة، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، الجزائر.

67. السهلي، عبد الله (2010). "أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المتردد़ين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى". رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية، المملكة العربية السعودية.

68. السوالمة، عائشة (2011). "فاعلية برنامج إرشاد جمعي مستند إلى العلاج الواقعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى عينة من الحوامل". أطروحة دكتوراه، كلية التربية، قسم علم النفس الإرشادي، جامعة اليرموك، الأردن.

69. السيد، عبد الحليم وآخرون (2009). "الأسس النفسية لتنمية الشخصية الإيجابية للمسلم المعاصر" ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.

70. الشاعر، حاسم (2003). "ضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة الفلسطينية في محافظة قلقيلية نتيجة للعدوان الإسرائيلي أثناء انتفاضة الأقصى"، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة النجاح، فلسطين.

71. الشاعر، منار (2011). **الضغوط النفسية والمسؤولية الاجتماعية لدى ضباط حرب غزة في ضوء بعض المتغيرات**. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

72. شبير، محمد (2009). "ضغوط العمل لدى مديري المدارس الحكومية بمحافظات غزة، وسبل التغلب عليها". رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، غزة، فلسطين.

73. شحادة، مروة (2012). درجة الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

74. شرف، سعيد (1990). "دليل الأمراض النفسية والعقلية". الطبعة الأولى، مؤسسة عزالدين للطباعة والنشر، بيروت: لبنان.

75. شربت، أشرف (2011) برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاعاقة. **المجلة التربوية**، العدد (99)، الجزء الثاني.

76. شقير، سمير و عكة، محمد (2011). أنماط الرضاعة وعلاقتها بالضغط النفسي والاجتماعي لدى عينة من الأمهات بالقدس الشريف. **مجلة كلية التربية**، جامعة عين شمس، العدد (35)، الجزء الثالث .

77. الشيخ علي، حنان (2013). فعالية برنامج في الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

78. شيخاني، سمير (2003). **الضغط النفسي**. الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت: لبنان.

79. الصايغ، إمال و الريدي، هويدة (2010). الضغوط النفسية والآفكار اللاعقلانية لدى الآباء وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى الابناء من العاديين والمعاقين سمعيا. **مجله العلوم التربوية**، العدد الرابع، الجزء الثاني.

80. صبان، انتصار (2010). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم على مهارة حل المشكلات في التخفيف من درجة العنف الوقفي لدى طالبات الجامعة، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس 29/11-12/12/2010، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، ص 257-280.

81. الصبوة، محمد و عبد الرحمن، عاشر (2008). فعالية برنامج معرفي-سلوكي في تنمية مهارات المحادثة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن الكويتيين. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، المجلد(7)، العدد: 4، ص ص685-730.

82. الصيغان، ابراهيم (2010). "الاضطرابات النفسية والعقلية" ، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان: الاردن.

83. الطريبي، عبد الرحمن (1994). *الضغط النفسي مفهومه وتشخيصه وطرق علاجه* . دار غريب للنشر والتوزيع، الرياض: السعودية.

84. الطهراوي، جميل (2008). الضغوط النفسية وطرق التعامل معها في القرآن الكريم، بحث مقدم إلى المؤتمر الدولي الأول القرآن الكريم ودوره في معالجة قضايا الأمة، المنعقد بتاريخ 12/2008 غزه، فلسطين.

85. الطيب، محمد (1994). "مبادئ الصحة النفسية" . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: مصر.

86. عابدين، ابراهيم (2010). "علاقة الضغوط الوظيفية بالآثار النفسية و الجسدية لدى العاملين في شركة توزيع الكهرباء - محافظات غزة" . رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

87. العارضة، معاذ (1998). "استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس" . رسالة ماجستير، جامعة النجاح ، فلسطين.

88. عباس، زينب (2012). كفاءة مكونات الذاكرة العاملة والتفكير الاجتماعي المجرد لدى مرضى الفصام والأسوياء. *مجلة العلوم الاجتماعية*، ج (40)، ع 1.

89. عبد الخالق، أحمد (2001). "أصول الصحة النفسية" دار المعارف الجامعية، الإسكندرية: مصر.

90. عبد الخالق، أحمد (2010). الفروق في القابلية للإيحاء بين الأسواء ومرضى الفلق والفصاميين. *مجلة العلوم الاجتماعية*، المجلد(38)، العدد: 4.

91. عبد الرحمن، محمد (2000). "علم الأمراض النفسية والعقلية" ، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.

92. عبد الفتاح، محمود (2010). استخدام وسائل التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*- مصر، مجلد(5)، العدد: 29، ص ص2577-2620.

93. عبد القوي، رانيا (2012) فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في مواجهة الضغوط النفسية لدى المرأة السعودية العاملة. *مجلة الثقافة والتنمية*، العدد الثاني والخمسون.

94. العبدلي، خالد (2012). *الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسياً والعاديين بمدينة مكة المكرمة*. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية.

95. عبيد، ماجدة (2008). *الضغط النفسي مشكلاته وأثره على الصحة النفسية*. . دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.

96. عبيات، ذوقان وآخرون (2004). *البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه*. دار الفكر التربوي، ط1، عمان:الأردن.

97. العبيدي، محمد (2009). "علم النفس الإكلينيكي" دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.

98. العتوم، عدنان يوسف(2004). علم النفس المعرفي ط 1". دار المسيرة للنشر والتوزيع وطباعة، عمان:الأردن.

99. عثمان، اكرم (2002). "الخطوات المثيرة لادارة الضغوط النفسية". دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت: لبنان.

100. عثمان، فاروق (2001). "القلق وإدارة الضغوط النفسية". دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.

101. العدل، عادل (1995). اثر الضغوط النفسية والقلق والذكاء ونوع الطالب على القدرة على حل المشكلات. *مجلة دراسات تربوية*، المجلد العاشر، جزء 30.

102. العدل، عادل (2001). تحليل المسار للعلاقة بين مكونات القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وكل من فعالية الذات والاتجاه نحو المخاطرة. *مجلة كلية التربية*، العدد (25)، ج (1)، ص ص 121-.

103. العradi، وفاء (2002). فاعلية استخدام العملات الرمزية في تنمية مهارات الفصامية الاجتماعية. *مجلة دراسات نفسية*، العدد (4)، مجلد : 12 ، ص ص 489-514.

104. عربيات، أحمد و الزبيدي، محمد (2008) . فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع و أثره في تكيف أطفالهم. *مجلة جامعة دمشق*، المجلد (24)، العدد الأول.

105. عزام، شعبان (2008). فعالية نموذج الحياة في تخفيف حدة الضغوط التي تعاني منها زوجات المسجنين. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية* - مصر، عدد (25)، مجلد: 2، ص ص 593 - 640.

106. العقاوبي، أحمد و آخرون (1999). *المرشد في الطب النفسي*. منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.

107. عكاشة، أحمد (1998). "الطب النفسي المعاصر" مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.

108. على، طلعت (2008). فعالية برنامج إرشادي مبني على الكفاءة الذاتية وأثره في الطلاب. *مجله كلية التربية بأسيوط* ، مصر، ج 24، ع 2، ص 50 - 102.

109. علي، السيد فهمي (2010). "العلاج النفسي". دار الجامعة الجديدة، القاهرة: مصر.

110. علي، سهام (2009). المساندة الاجتماعية والضغط النفسية لدى الاطفال مرضى القلب. *مجلة كلية التربية بالزقازيق*، العدد 22، ص 122.

111. علي، طلعت (2011). فعالية برنامج إرشادي نفسي مبني على سورة يوسف وأثره في الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى المعلمين المعاينين بصربيا. *المجلة العلمية لكلية التربية - جامعة اسيوط*، المجلد(27)، العدد الثاني، الجزء الأول.

112. عمار، تغريد (2006). "أثر بعض التغيرات الداخلية على ضغط العمل لدى الهيئة الإدارية والأكاديمية في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة". رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

113. عماشة، سناء (2012). العفو وعلاقته بالضغط النفسي لدى طالبات جامعة الطائف. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، العدد 22، الجزء 2.

114. عماشة، سناء (2013). التسامح والغضب في علاقتهما باستراتيجيات مواجهة ضغوط العمل لدى عضوات هيئة التدريس السعوديات وغير السعوديات بجامعة الطائف. *مجلة دراسات عربية في التربية و قسم علم النفس*، كلية التربية، جامعة الطائف، العدد(2)، الجزء الأول، ص ص 177-235.

115. العناني، حنان (1998). "الصحة النفسية للطفل"، دار الفكر للطباعة للنشر والتوزيع، عمان:الأردن.

116. العنزي، عياش (2004). *علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض*. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

117. عوض، رئفة (2001). *ضغط المراهقين ومهارات المواجهة*. مكتبة النهضة المصرية، الإسكندرية: مصر.

118. عيسوي، عبد الرحمن (1994). *الأمراض النفسية والعقلية*. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: مصر.

119. عيسى، مراد (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر- الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية*. دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.

120. غانم، محمد (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة: مصر.

121. الغيرير، أحمد و أبو أسعد، أحمد (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. دار الشروق للنشر والتوزيع، رام الله: فلسطين.

122. غيث، سعاد و المصري، أناس و ميزاغوابيان، آني (2011) فاعلية برنامج تدريبي معرفي - سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيقة السحائية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، المجلد: 7، العدد (4).

123. فايد، جسن علي(1999). العلاقة بين تقدير حل المشكلات الشخصية وبعض الاضطرابات الانفعالية. *مجلة الإرشاد النفسي*، قسم عين شمس، كلية الآداب، جامعة حلوان، العدد (10).

124. فضل، شعبان (2008). *العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات* " الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة: ليبيا.

125. فؤاد، فيوليت و شند، سميرة و فام، جورجيت (2013) فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المسنين. *مجلة الإرشاد النفسي - مركز الإرشاد النفسي*، مجلد (1)، العدد (35) .

126. قاسم، نادر و عبدالحليم، أشرف والحربي، رشاد (2013). برنامج إرشادي بالمعنى مقترن لتخفيف حدة الضغوط لدى أمهات أمور الطلاب ذوي الإعاقة. *مجلة الإرشاد النفسي-مركز الإرشاد النفسي*، مجلد (1)، العدد: 35 .

127. القانوو، أشرف (2011). **الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط عند المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية**. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

128. قيلان، صبجي و آخرون (2009) اثر برنامج إرشادي معرفي على خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في محافظة جرش. مجلة بحوث التربية الرياضية، المجلد (43)، العدد: 80.

129. قديح، كمال (2001). "الضغط النفسي لدى آباء المعاقين حركيا وعلاقتها بالتوافق الاسري لديهم". رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.

130. كامل، أميمة (2013). الضغوط النفسية لدى معلمات المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالاعراض السيكوسوماتية. مجلة كلية التربية، العدد 91، الجزء 3، ص 67.

131. الكبير، احمد و كواسة، عزت(2003). فعالية برنامج للتدريب على أسلوب حل المشكلة في تنمية فعالية الذات وتخفيض حدة القلق لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

132. كمال، علي (1987). " فضام العقل او الشيزوفرينيا" ، دار واسط للدراسات والنشر، لندن: بريطانيا

133. لافي، باسم (2005). الضغوط النفسية لدى زوجات الاسرى الفلسطينيين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

134. لبد، معتز (2013). " اساليب مواجهه ضغوط الحياة وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة كليات المجتمع المتوسطة بمحافظات غزة ". رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة، فلسطين.

135. محمد، عادل عبد الله (2000). **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات (ط)**. دار الرشاد، القاهرة: مصر.

136. مخلوف، سعاد (2006). الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمرافق الصحية". رسالة ماجستير، جامعة الأخوة، الجزائر.

137. مسلم، عبد القادر(2007). "مصادر الضغوط المهنية وآثارها في الكليات التقنية في محافظات غزة". رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

138. مطر، محمد وآخرون (2011). آلية ضمان وضبط جودة الرسائل الجامعية "حالة تطبيقية على جامعة الشرق الأوسط ". بحث مقدم ضمن فعاليات المؤتمر العربي

الدولي لضمان جودة التعليم العالي ينظم بالتعاون بين اتحاد الجامعات العربية وجامعة الزرقاء الخاصة، خلال الفترة 5-10/5/2011.

139. مليكة، شارف (2011). "مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين دراسة مقارنة في المراحل التعليمية". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجزائر.

140. المنجد في اللغة والإعلام (1998). منشورات دار المشرق، بيروت: لبنان.

141. منصور، طلعت والبلاوي، فيولا (1989). "كتيب تعليمات قائمة الضغوط النفسية للمعلمين دليل التعرف على الصحة النفسية" ، مكتبة الانجلو المصرية القاهرة: مصر.

142. النزاوي، فاطمة (2004). محتوى الهداءات لدى مرضى الفصام في ضوء بعض المتغيرات . رسالة ماجستير ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية .

143. نصر، سهى (2012). فعالية برنامج ارشادي جمعي قائم على البرمجة اللغوية العصبية في خفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مجلة الطفولة وال التربية، العدد الثاني عشر، الجزء الثالث.

144. النعاس، عمر (2008). "الضغط المهني وعلاقتها بالصحة النفسية" . الادارة العامة للمطبوعات دار المطبوعات، القاهرة: مصر.

145. وردة، بحسيني (2011). "أثر برنامج معرفي - سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة". رسالة دكتوراه في علم النفس المدرسي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي، الجزائر.

146. ياعي، شاهر (2006) " الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية". رساله ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

References:

1. Alexopoulos, G. S. , Raue, P. , & Arean, P. (2003). **Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction.** American Journal of Geriatric Psychiatry. ;11(1): 46-52 .
2. Allen, S. M. , Shah, A. C. , Nezu, A. M. , et al. (2002). **A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: A randomized controlled trial.** Cancer, 94,pp. 3089 - 3100 .

3. Areán, P. A. , Raue, P. , Mackin, R. S. et. Al. (2010). **Problem-Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults With Major Depression and Executive Dysfunction.** American Journal of Psychiatry; 167: 1391–1398 .
4. Arora, P. (2012). **Problem solving interventions, Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy:** Doctor of philosophy thesis, University of Texas, Austin, U. S. A. , PP. 64-70.
5. Ayo Obembe, Adebayo, S, A, and Francis, C, N (2012): **Family Support and Quality of Life among Patients with Schizophrenia,** *International Journal of Social Science Tomorrow Vol. 1 No. 6* .
6. Barbato, A. (1997). **Consequences of schizophrenia.** Schizophrenia and public health, World Health Organization, Geneva, pp. 12-15 .
7. Bell, A. ,C. & D'Zurilla, T. J. (2009) **Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis.** Clinical Psychology Review, Vol. 29, pp. 348–353
8. Bellack, A. S. ; Sayers, M. ; Mueser, K. T. & Bennett, M. (1996). **Evaluation of social problem solving in schizophrenia.** *Journal of Abnormal Psychol.* ;103(2): 371-8 .
9. Biggam, F. H. , & Power, K. G. (2002). **A controlled, problem-solving, group-based intervention with vulnerable incarcerated young offenders.** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 46, 678–698 .
10. Bucher, J. A. (1999). **Relevance of problem solving therapy to psychosocial oncology.** The application of problem solving therapy to psychosocial oncology care, Hawarth press Inc. , Binghamton, U. S. A. , Vol. 16, No. 3, P. 5 .
11. Chan, S. , w. (2011). **Global perspective of burden of family care givers for persons with schizophrenia.** Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 25, No. 5: pp 339–349
12. Chen, S. U. , Jordan, C. & Thompson, S. (2006). **The effect of cognitive behavioral therapy on depression: The role of problem solving appraisal.** Research on social work practice, Sage publication, 16, pp. 500-510 .
13. Chibanda1, D. , Mesu, P. , Kajawu, L. , Cowan, F. , Araya, R. & Abas, M. , (2011)

- 14.Cully, J. ,A. & Teten, A. L. (2008). **Problem solving.** Therapist's Guide to brief cognitive behavioral therapy, Published by the department of Veterans Affairs, Houston, U. S. A. , pp. 66- 73
- 15.D'Zuilla,T.J.& Nezu, A.M. (2007).**problem-solving therapy** : A positive approach to clinical intervention. 3rd. ed. New York : Springer .
- 16.D'Zurilla, T. J. , Nezu, A. M. , & Maydeu-Olivares, A. (2004). **Social problem solving: Theory and assessment.** In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), Socialproblem solving: Theory, research, and training. Washington, DC: American Psychological Association. (pp. 3-27) .
- 17.Davidson,J. ,E. & Strenberg R. ,J. (2003). **Recognizing, defining and representing a problem.** The Psychology of problem solving, Cambridge University Press, U. K. ,pp. 3-31.
- 18.**Dioanostic And Statistical Manual Of Mental Disorder** (1994): American Psychiatric Association. Washington,DC.
- 19.Ditomasso, R. A. & Gosch E. A. (2002). **Problem solving therapy**, Comparative treatment for anxiety. Springer publishing company, Inc. , New York, U. S. A. , pp. 73-109 .
- 20.Dobson, K. , S. (2010). **Problem solving therapy.** Handbook of cognitive behavioral therapy, Guilford publication Inc. , New York, U. S. A. , pp. 4,197- 255 .
- 21.Dugas, M. J. , Ladouceur, R. , Léger, E. , Freeston, M. H. , Langlois, F. , Provencher, M. D. , et al. (2003). **Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 821–825 .
- 22.Dumont, M., & Provost, M. (1999). **Resilience in adolescents: Protective role of social support coping strategies, self-esteem and social activities on experience of stress and depression.** Journal of Youth and Adolescence, 28, 343-363.
- 23.Elliott, T. R. , & Shewchuk, R. M. (2003). **Social problem solving abilities and distress among family members assuming a caregiving role.** British Journal of Health Psychology, 8, 149-163
- 24.Eskin, M. , Akoglu, A. & Uygur, B. (2006) **Traumatic Life Events and Problem Solving Skills in Psychiatric Outpatients:**

Their Relationships with Suicidal Behavior. ; Turkish Journal of Psychiatry, 17(4), 1-10

25.Eskin,M. (2013). **Problem Solving Therapy in the Clinical Practice** DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398455-5.00001-2>. Elsevier Inc. Turkey pp. (1- 139) .

26.Garand, L. , Rinaldo, D. E. , Alberth, M. M. , et. Al. (2014). **Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial.** American Journal of Geriatric Psychiatry, 22(8): 771-81

27.Gath, D., & Mynors-Wallis, L. (2000). **Problem-solving treatment in primary care.** In D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, pp. 415-431 .

28.Glynn, S. M. , Marder, S. R. , Liberman, R. P. , Blair, K. , Wirshing, W. C. , Wirshing, D. A. , et al. (2002). **Supplementing clinic-based skills training with manualbased community support sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia.** American Journal of Psychiatry, 159, 829–837 .

29.Grover, E., G., Green, K. ,L. , Pettit, J. ,W. , Monteith, L. ,L. Garza, M. , J. & Venta A. (2009). **Problem solving moderates the effects of life events stress on suicidal behaviors in adolescents.** Journal of clinical psychology, Vol. 65(12). 1281-1290.

30.Gurtman, M., B. (1996). **Interpersonal Problems and the Psychotherapy Context**, Psychological Assessment , Vol. 8. No. 3, 241- 255 .

31.Hassink – Franke, L. ,J. , Weel – Baumgarten, E. , M. , Werda, E. , et. , al. . (2011). **Effectiveness of problem solving treatment by general practice registers for patients with emotional symptoms.** Journal of public health, Vol. 3. No. 3, 181- 189 .

32.Hegel, M. , T. ; Dietrich, A. , J. ;. Seville, J. , L. & Jordan, C. , B. (2004). **Training Residents in Problem-solving Treatment of Depression.** Family Medicine; 36(3): 204-8

33.Heppner, P. P. ; Cooper, C. ; Mulholland, A. & Wei, M. (2001). **A brief, multidimensional, problem-solving psychotherapy**

outcome measure. Journal of Counseling Psychology, Vol. 48(3),330–343 .

34.Hirai1, K. , Motooka, H. , Ito, N. et. al. (2012). **Problem-Solving Therapy for Psychological Distress in Japanese Early-stage Breast Cancer Patients.** Japanese Journal of Clinical Oncology;42(12)1168–1174

35.Hopko, D. R. , Armento, M. E. , Robertson S. M. , et. al. (2011). **Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial,** Journal Consulting and Clinical Psychology. 79(6): 834-49 .

36.Huband, N. , McMurran, M. , Evans, C. , et al. (2007). **Problem-solving therapy improves social functioning in people with personality disorder.** Evidence Based Mental Health. Vol. 10, No. 4, p. 121- 136

37.Jonossen, D. , H. (2004). **Learning to Solve Problems,** Pefieffer, An Imprint Wiley, San Francisco, pp. (1-18) .

38.Jungbauer, J. , Wittmund, B. , Dietrich, S. & Angermeyer, M. , C. (2014). **The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients.** Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, pp. 665- 675 .

39.Kant,J. ,L. & D'Zurilla, T. J. (1997). **Social problem solving as a mediator of stress related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents.** Cognitive therapy and research, Vol. 21, No. 1, pp. 73-96 .

40.Kaushik, P. , & Bahatia, M. S. (2013). **Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder.** Delhi Psychiatric Journal, Vol. 16, No. 1, pp. 83-89 .

41.Kazantzis, N. , Reinecke, M. , A. & Freeman, A. (2010). **Problem solving therapy,** Cognitive and behavioral theories in clinical practice. (1st. Ed.). Guilford publication Inc. , New York, U. S. A. , pp. 74- 114 .

42.Liberman, R. ,P. , Eckman, T. ,A. & Marders, S. , R. (2001). **Training in social problem solving among persons with schizophrenia,** Psychiatric services, Vol. 52, No. 1, pp. 31- 33 .

43.Londahl, E. A. , Tverskoy, A. , & D'Zurilla, T. J. (2005). **The relations of internalizing symptoms to conflict and**

interpersonal problem solving in close relationships. Cognitive Therapy and Research, 29, 445–462 .

44.Lukmanul Hakeem, M. N. (2013). **A Study on the Psycho-Social Problems Faced by the Spouses of Patients with Schizophrenia.** Indian Journal of Applied Research, Vol. 3, No. 2, pp. 356- 358 .

45.Malouff, J. ,M. , Thorsteinsson, E. ,B. & Schutte, N. ,S. (2007). **The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis.** Clinical Psychology Review;27(1): 46-57 .

46.McAuliffe, C. , Corcoran, P. , Keeley, H. S. , & Perry I. J. (2003). **Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes Toward Suicidal Behavior in University Students.** Crisis; Vol. 24(4): 160–167 .

47. McDonagh, A. ; Friedman, M. ; McHugo, G. ; et. al. (2005). **Randomized Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adult Female Survivor of Child Sexual Abuse.** Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 73, No. 3, 515- 524.

48.Mcdonell, M. , G. , Short, R. , A. , BERRY, C. , M. & DYCK, D. , G. (2003). **Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality.** Family Process, Vol. 42, No. 1, pp. 92-103 .

49.McMurran, M. , Crawford, M. J. , Reilly, J. G. et. al. (2011). **Psycho-education with problem solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder.** Trials Journal, 12: 198

50.Medalia, A. , Revheim, N. & Casey M. (2001). **The remediation of problem-solving skills in schizophrenia.** Schizophrenia Bulletin; 27(2): 259-67 .

51. Mikami, K. ; Jorge, R. E. ; Moser, D. J. ; et. al. (2014). **Prevention of Post-Stroke Generalized Anxiety Disorder, Using Escitalopram or Problem-Solving Therapy.** The Journal of Neuropsychiatry, Vol. 26, No. 4 , pp. 323-328 .

52.Minors- Wallis,L. (2001). **Problem Solving Learning in General Psychiatric practice,** Advances in psychiatric treatment, vol. 7, pp. 417- 445 .

53.Mueser, K. ,T. , & Gingerich, S. (2006). **Community Resources: The Complete Family Guide to Schizophrenia**, The Guilford Press , New York, U. S. A. , pp. 48-59 .

54.Nezu, A. M. (2004). **Problem solving and behavior therapy revisited**. Behavior Therapy, 35, 1–33 .

55.Nezu, A. M. , & Nezu, M. N. (2001). **Problem-solving therapy**. Journal of Psychotherapy Integration, 11,pp. 187-205 .

56.Nezu, A. M. , Nezu, C. M. , & Lombardo, E. (2004). **Applying The Problem Solving model**. Cognitive – behavioral case formulation and treatment design: A problem solving approach, Springer publishing company, Inc. , New York, U. S. A. , p. 47 .

57.Nezu, C. M. , Fiore A. A. , & Nezu, A. M. (2006). **Problem Solving Treatment for Intellectually Disabled Sex Offenders**. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy Volume 2, No. 2, , pp. 266-276 .

58.Pierce,D. & Gunn,J. (2007). **Using problem solving therapy in general,practice**Reprinted from Australian Family Physician Vol. 36, No. 3,pp. 230-233 .

59.**Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe**. Public Health, Vol. 11: pp. 828-838 .

60.Rath, J. , F. , Simon, D. , Langenbahn, D. , M. , Sherr, R. , L. , & Diller L. (2003) **Group treatment of problem-solving deficits in outpatients with traumatic brain injury: A randomised outcome study**. Neuropsychological Rehabilitation, 13 (4), 461–488 .

61.Ricard, N. (2011). **A career devoted to caregivers and to people suffering from mental disorders**. MAMMOTH MAGAZINE, Vol. 10, p. 5-6.

62.Robichaud, M. , & Dugas, M. J. (2005). **Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry**. Behavior Research and Therapy, 43, pp. 403-412 .

63.Rodewald, K. , Rentrop, M. , Holt, D. V. , et. al (2011). **Planning and Problem-solving Training for Patients with Schizophrenia**, BioMed Central Psychiatry 2011, 11: 73-84 .

64.Strecher, V. (2007). **Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions**. Annual Review of Psychology, 3, 5376 .

65.Ström, L. , Pettersson, R. , & Andersson, G. (2000). **A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the internet.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 722–727 .

66.Wang , X. (2007). **A model of the relationship of sex-role orientation to social problem-solving.** *Technical report No. 168.* National Institute of statistical Sciences. North Carolina, U. S. A. pp 4-5

67.XIA,j. & li,c. (2012). **Problem solving skills for schizophrenia.** The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. University of Nottingham, UK. Jun. Xia@nottingham.ac.uk., P. 2

الملاحق

ملحق رقم (1)

قائمة المحكمين لجميع أدوات الدراسة

(استبانة الضغوط النفسية ، استبانة أنماط حل المشكلات ، البرنامج العلاجي)

م	الاسم	مكان العمل
1	د. مصطفى المصري.	استشاري الطب النفسي بمنظمة الصحة العالمية.
2	د. أحمد الشرقاوي	استشاري الطب النفسي بوزارة الصحة.
3	د. سمير رزقوت	برنامج غزة للصحة النفسية
4	د. تيسير دياب	برنامج غزة للصحة النفسية
5	د. أنور العباسة	الجامعة الإسلامية.
6	د. جميل الطهراوي	الجامعة الإسلامية.
7	د. محمد الحلو	الجامعة الإسلامية.
8	د. عبد الفتاح الهمص	الجامعة الإسلامية.
9	د. فضل أبو هين	جامعة الأقصى.
10	د. درداح الشاعر	جامعة الأقصى
11	د. آمنة رزقوت	جامعة الأقصى
12	د. أسامة حمدونة	جامعة الأزهر
13	د. باسم أبو كويك	جامعة الأزهر
14	د. صفوت دياب	جامعة القدس المفتوحة
15	أ. إسماعيل أبو ركاب	مستشفى الطب النفسي

ملحق رقم (2)

الاستبانة في صورتها قبل النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

رسالة المحكمين

الدكتور الفاضل: حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نرجو من سعادتكم التكرم بالموافقة على تحكيم مقاييس الدراسة بعنوان: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام" بإشراف الدكتور الفاضل: نبيل دخان

وقد قامت الباحثة بالاطلاع على أدبيات البحث والمقاييس والدراسات السابقة، وقامت بتصميم مقاييس الدراسة بصورة المبدئية متمثلة في مقاييس الضغوط النفسية وستقوم بتطبيقها على عينة من الزوجات مرضى الفصام العقلي والمتواجدة في عيادة الصوراني للصحة النفسية بغزة.

وتم تحديد أبعاد الضغوط النفسية إلى خمسة أبعاد وهي: البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد الأسري، البعد الاقتصادي.

وكلني أمل فيكم أن تقدموا لي خبرتكم العلمية والأدبية، للوصول إلى الصيغة النهائية لمقاييس وذلك من خلال دراستكم العميقه للأداة، وتعديلكم الوافر لتناسب مع الدراسة، ولنتمكن من إجرائها بشكلها العلمي.

وومنه خيراً للعلم والأهل

الباحثة

أسماء عبد القادر غراب

تعريف الضغوط النفسية اجرائيا: هي الدرجة التي تحصل عليها زوجات مرضى الفصام العقلي على مقياس الضغوط النفسية.

مقياس الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام في صورته الأولية

الرقم	العبارة	دائمًا	احيانا	ابدا
المجال النفسي				
-1	حاولت أن أكون بوضع أحسن بواسطة الأكل أو التدخين أو استخدام الأدوية			
-2	أشعر بالحزن لمرض زوجي بالفصام			
-3	لقد نمت ساعات طويلة أكثر من المعتاد			
-4	مرض زوجي جعلني أعاني من الأرق وصعوبة النوم			
-5	أجد صعوبات في التكيف مع ظروف في الحالية			
-6	أعاني من العزلة و الوحدة النفسية بعد مرض زوجي			
-7	تؤلمني نظرة الحسراة التي أجدها في عيون ابني لمرض ابיהם بمرض عقلي			
-8	أشعر بالعجز أمام مشكلات أبنائي			
-9	تميل تصرفاتي للعصبية الشديدة بعد مرض زوجي			
-10	أشعر ان أبنائي يرون أن أباهم المريض عقلياً سبباً في تحطيم أحالمهم			
-11	أقيت اللوم على الآخرين			
-12	أشعر باليأس من إمكانية تشفافي زوجي			
-13	تتتبني نوبات كثيرة من البكاء التلقائي			
-14	أشعر بالحرمان من حنان واهتمام زوجي نتيجة مرضه			
-15	أشعر بأنني أقل حظاً من الآخرين			
-16	لديه زيادة أو نقصان في الشهية للطعام			
-17	أشعر بعدم الامان وبمستقبل مظلم في ظل مرض زوجي بالمرض العقلي			
-18	أشعر بالخجل العميق عندما أسير مع زوجي المريض عقلياً بالشارع			

الرقم	العبارة	دائما	احيانا	ابدا
المجال الاجتماعي				
-1	أشعر وكأني متسولة عندما تقدم لي مساعدة من الآخرين			
-2	يعاملنى أبنائي معاملة سيئة بعد مرض زوجي			
-3	أجد صعوبة في إنشاء علاقات مع الآخرين بعد مرض زوجي			
-4	يصعب على أبنائي التكيف مع أقرانهم بعد مرض أبيهم			
-5	أشعر بالندى من الآخرين لوجود زوجي في مستشفى الأمراض العقلية			
-6	لا أجد من يشار肯ى في حل المشكلات التي تواجهنى			
-7	أرافق تصرفاتي تجنبًا لكلام الناس عنى			
-8	يضايقنى عدم تقدير الناس لمعاناتى			
-9	أرغب في الانتقال مع أولادي إلى مسكن خاص			
-10	أعاني من عدم امتلاكي دوراً مقبولاً			
-11	أرفض مشاركة الآخرين في المناسبات			
-12	أعتقد أن الآخرين ينتقدوننى دائمًا			
-13	علاقاتي الاجتماعية متواترة في كثير من الأوقات مما يؤثر على			
-14	لا اثق في تعاملاتي مع أي شخص			
-15	أحزن عند مقارن حالي بحالة زميلاتي المتزوجات			
-16	أنظر إلى الجوانب السلبية في علاقاتي بالآخرين			
المجال الاسري				
-1	أشعر بالقلق تجاه مستقبل اسرتي			
-2	يؤلمنى عدم توافر الدعم المناسب لأسرتى			
-3	يؤلمى تحمل مسؤولية اسرتي كاملة وعدم مبالغة زوجي نتيجة مرضه			
-4	زاد تدخل الأقارب في شؤوننا الأسرية بعد مرض زوجي			
-5	أعاني من سوء معاملة أفراد الأسرة التي أعيش معها			
-6	يفرض على الأهل قيوداً عند الخروج			
-7	تحدثى نفسى بالانفصال عن زوجي			
-8	أشعر بعدم الراحة كلما فكرت بالجنس			

الرقم	العبارة	دائمًا	احياناً	ابداً
-9	المساندة الأسرية غير كافية			
-10	أعتقد أن المريض نفسياً يسيء لسمعة أسرته عند زواج أبنائه			
-11	أشعر أن أبنائي داخل الأسرة يتجلبون التعامل مع أبיהם المريض نفسياً			
-12	يقوس زوجي على بالألفاظ الحارحة أو الضرب نتيجة المرض			
-13	أشعر بالفتور في العلاقات العاطفية بعد مرض زوجي			
14	يصعب على اتخاذ بعض القرارات المرتبطة بحياتي الأسرية			
المجال الاقتصادي				
-1	ترهقني مصاريف الأبناء الدراسية			
-2	قلة الدخل اضطررت لحرمان بعض أبنائي من التعليم			
-3	يصعب على أداء الكثير من الواجبات الاجتماعية بسبب قلة الدخل			
-4	الدخل لا يكفي لمتطلبات الحياة الأسرية			
-5	أجأ للاقتراض من الآخرين لتلبية احتياجات أسرتي			
-6	يعاني أبنائي من سوء التغذية بسبب قلة الدخل			
-7	لا أعرف بالمصادر التي يمكن أن تساعدني مادياً			
-8	لا أستطيع دفع الفواتير الرسمية لقلة الدخل			
-9	لا أستطيع شراء المواد الأساسية			
-10	أعتمد على المؤسسات كمصدر للدخل			
-11	لا يساعدني أحد في الإنفاق على أولادي			
-12	لا أجد عملاً لتغطية نفقاتي			
-13	ما نحصل عليه من مساعدات لا يسد حاجاتنا			
-14	أجبر بعض أبنائي لترك المدرسة واللجوء للعمل المساعدة في نفقات الأسرة			

ملحق رقم (3)

الاستبانة في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

(استبيان)

عزيزتي المستجيبة / رعاك الله

نقوم **الباحثة** بدراسة علمية حول الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، استكمالاً لدرجة الماجستير في الصحة النفسية بالجامعة الإسلامية بغزة؛ ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت **الباحثة** هذه الأدوات؛ لذا نرجو التكرم بقراءة العبارات بدقة ثم التعبير عن رأيك فيها حسب ما هو مطلوب علمًا بأن الإجابات ستعامل بسرية وستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم في خدمة البحث العلمي
مع فائق التحية وموفور الاحترام

الباحثة / أسماء عبد القادر غراب

أولاً- البيانات الشخصية

العمر :	<input type="checkbox"/> أكثر من 40	<input type="checkbox"/> 40 - 25	<input type="checkbox"/> أقل من 25
عدد الابناء	<input type="checkbox"/> فأكثر	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> من 3
الوضع الاقتصادي	<input type="checkbox"/> عالي	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> متدني
عدد سنوات مرض الزوج	<input type="checkbox"/> أكثر من 10	<input type="checkbox"/> 10- 5	<input type="checkbox"/> أقل من 5
عدد سنوات الزواج	<input type="checkbox"/> أكثر من 10	<input type="checkbox"/> 10 - 5	<input type="checkbox"/> أقل من 5
المؤهل العلمي للزوجة	<input type="checkbox"/> دبلوم	<input type="checkbox"/> ثانوي	<input type="checkbox"/> أعدادي
	<input type="checkbox"/> جامعي فيما فوق		

ارجو قراءة العبارات التالية ووضع علامة (X) حسب ما تشعرين به:

الرقم	العبارة	الرقم	العبارة
الرقم	العبارة	الرقم	العبارة
-1	أنام أكثر من المعتاد هروبا من الواقع	-2	مرض زوجي يجعلني أعاني من الأرق وصعوبة النوم
-3	أجد صعوبة في التكيف مع ظروف الحالية الخاصة بمرض زوجي	-4	أعاني من الوحدة بعد مرض زوجي
-5	تؤلمني نظرة الحسراة التي أجدها في عيون ابني لمرض أبيهم	-6	أشعر بالعجز امام مشكلات أبني
-7	تميل تصرفاتي للعصبية الشديدة	-8	أشعر بالأسى لاعتقادي بأن أحلام أبني تحطم بسبب مرض أبيهم
-9	أشعر باليأس من امكانية شفاء زوجي	-10	تتنابني نوبات كثيرة من البكاء بلا سبب واضح
-11	أشعر بالحرمان من حنان واهتمام زوجي نتيجة مرضه	-12	أشعر بأنني أقل حظا من الآخريات من النساء
-13	أشعر بعدم الامان في ظل مرض زوجي	-14	أحزن عند مقارنة حالي بالزوجات الآخريات
-15	أشعر بالخبط عند اتخاذ القرارات	-16	أشعر بالخجل العميق بسبب زوجي المريض نفسيا
-17	تعاملني صديقاني معاملة مختلفة بعد مرض زوجي مما يشعرني بالإهانة	-18	أجد صعوبة في إقامة علاقات جديدة مع الآخرين
-19	يحزنني تجاهل الجيران لنا	-20	أشعر بالندم من الآخرين لتردد زوجي على مستشفى الأمراض النفسية
-21	أشعر بالأسى لأنني لا أجد من يعينني في حل المشكلات الاجتماعية التي تواجهني	-22	أخشى كلام الناس عند قيامي بأي تصرف
-23	يضايقني عدم تقدير الناس لمعاناتي	-24	أرغب في الانتقال مع أولادي لمكان آخر بعيدا عن الناس
-25	أعاني من عدم إحساس بمكانتي الاجتماعية بين الناس	-26	يتجاهل الآخرون دعوتي في مناسباتهم الاجتماعية
-27	علاقاتي الاجتماعية متوتة في أغلب الأحيان		

الرقم	العبارة	الدائم	احيانا	ابدا
-28	أفقد التقة في التعامل مع الآخرين			
-29	أشعر بعدم الاهتمام بي في المواقف الاجتماعية			
-30	تولمني نظرة المجتمع السلبية لنا			
-31	يؤلمني تجنب الآخرين الاحتكاك بنا والتعامل معنا			
-32	يقلقني عدم مبالغة الأسرة للوضع الذي نعيشه			
-33	يؤلمني عدم تفهم أفراد الأسرة لحالتنا المادية السيئة			
-34	يؤلمني تحمل مسؤولية أسرتي كاملة وعدم مبالغة زوجي نتيجة مرضه			
-35	يضايقني زيادة تدخل الأقارب في شؤوننا الأسرية بعد مرض زوجي			
-36	أعاني من سوء معاملة أفراد الأسرة لي			
-37	أشعر بالقهر من القيود التي يفرضها الأهل على تحركاتي			
-38	يؤلمني عدم تقدير الزوج لتضحياتي حفاظا على مستقبل أبنائي			
-39	علاقاتي الخاصة مع زوجي غير مرضية			
-40	أعاني من ضعف المساندة التي تقدمها أسرتي لي			
-41	أخشى أن يؤثر مرض زوجي على زواج أبنائي وبناتي مستقبلا			
-42	نفافي سوء معاملة أبنائي لأبيهم المريض			
-43	يؤلمني التفكك الذي أصاب أسرتي بسبب مرض أبيهم			
-44	يزعجي شعوري بعدم تحمل كل فرد في الأسرة لمسؤولياته			
-45	أشعر بعدم الدفء العائلي نتيجة الجو الأسري غير الصحي			
-46	ترهقني مصاريف أبنائي الدراسية			
-47	يؤلمني حرمان بعض أبنائي من التعليم لقلة الدخل			
-48	يصعب على أداء الكثير من التزاماتي المادية			
-49	أشعر بقلل المسؤولية للعبء المادي			
-50	يؤلمني لجوئي للاقتراض من الآخرين لتلبية احتياجاتنا المعيشية			
-51	يؤلمني معاناة أبنائي من سوء التغذية لعدم قدرتي على الوفاء باحتياجاتهم الغذائية			
-52	أشعر بالإحباط لعجزي عن توفير المال الكافي لمتطلباتنا الأساسية			
-53	أشعر بالأسى عند اجبار أبنائي على ترك المدرسة لمساعدتنا في نفقات الأسرة			
-54	يؤلمني عدم تمكنني من الوفاء بالحد الأدنى من مقومات الحياة			
-55	تزيد معاناتي بزيادة متطلبات الحياة			

ملحق رقم (4)

استبانة أنماط حل المشكلات Problem solving style questionnaire

اقرأِي العبارات التالية وضع دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك حسب المقياس التالي:

5	4	3	2	1
صحيح دائمًا	صحيح غالباً	صحيح أحياناً	صحيح نادراً	غير صحيح

5	4	3	2	1	عندم اخذ قرار ما فإنني افكر بعمق في الخيارات المتاحة	1
5	4	3	2	1	أعصب وأشدك في نفسي عندما يجب على أن أقرر في شيء مهم	2
5	4	3	2	1	عندما يفشل الحل الأول للمشكلة فإنني استسلم لأن ايجاد حل سيكون صعباً	3
5	4	3	2	1	حتى المشكلات الصعبة يكون لها أحياناً أثر إيجابي في حياتي	4
5	4	3	2	1	إذا تجنبت المشكلات فإنها ستحل نفسها بنفسها	5
5	4	3	2	1	أشعر بالإحباط عندما لا أنجح في حل مشكلة	6
5	4	3	2	1	بالاجتهاد يمكنني أن اتعلم حل المشكلات الصعبة بنجاح	7
5	4	3	2	1	عندما تواجهني مشكلة و قبل أن أقرر ، فإنني أحاول فهم الأسباب و تحليل المشكلة و تفصيلها وتعريفها	8
5	4	3	2	1	أحاول أن أفعل أي شيء لتجنب حدوث المشكلات في حياتي	9
5	4	3	2	1	المشكلات الصعبة تجعلني أتأثر عاطفياً	10
5	4	3	2	1	عندما أتخاذ قراراً، وقبل أن أتصرف، أتأثر في دراسة إيجابيات و سلبيات الحلول المختلفة	11
5	4	3	2	1	عندما أحاول حل مشكلة، فإنني اعتمد على البديهة و أخذ الحل الأول الذي يبدو لي	12
5	4	3	2	1	عندما أكون منزعجاً، كل ما أريد هو أن أهرب و يتزكوني لوحدي	13
5	4	3	2	1	استطيع اتخاذ القرارات الهمامة بنفسى	14
5	4	3	2	1	كثيراً ما ابدأ بالتصرف قبل أن تتضح كل الحقائق أمامي	15
5	4	3	2	1	بعد أن تتضح لي فكرة حل المشكلة أضع خطة لتنفيذها بنجاح	16
5	4	3	2	1	أتمتع بالإبداع في طرح الأفكار لحل المشكلات	17
5	4	3	2	1	أقضى وقتاً أكبر في الانشغال بالمشكلات مما أقضيه في حلها فعلياً	18
5	4	3	2	1	هدفى من حل المشكلات هو التخلص من المشاعر السلبية بأسرع ما يمكن	19
5	4	3	2	1	أحاول تجنب الاحتكاك بالآخرين لأقل من المشكلات قدر الامكان	20
5	4	3	2	1	أتفاعل دائمًا بنفس الطريقة إن أزعجني أحد أو جرح مشاعري	21
5	4	3	2	1	عندم أحاول فهم مشكلة ما فإنني التزم بوقائع الموقف فقط	22
5	4	3	2	1	في رأيي أن مواجهة المشكلات بالتحفيظ والنظام يعتبر برودة و تبلد	23
5	4	3	2	1	أفهم أن العواطف حتى السلبية منها يمكن فعلاً أن تساعد مجهداتي	24

المحصلة:	اجمع البنود		التوجه نحو المشكلات
	= + + + +	$5 + 8 + 15 + 23 + 25$	توجه إيجابي
	= + + + +	$1+3+7+11+16$	توجه سلبي
			أنماط حل المشكلات
	= + + + +	$2+9+12+17+18$	نمط عقلاني
	= + + + +	$4+13+20+22+24$	نمط اندفاعي
	= + + + +	$6+10+14+19+21$	نمط تجنبي

ملحق رقم (5)

أسئلة المقابلة الإكلينيكية الفردية

أولاً- مجموعة الأسئلة المقترحة والمحددة مسبقاً والتي تخدم موضوع الدراسة من خلال طرحها في المقابلة الفردية على ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي.

1- من وجهة نظرك الخاصة، ومن خلال عملك بشكل مباشر مع الفضاميين وذويهم، هل جميع زوجات مرضى الفضام يتعرضن لضغوطات نفسية؟ في حالة الإجابة بنعم؟ فما هي أشكال أو أنواع تلك الضغوطات في حال وجودها؟

2- هل ثقافة المرأة وشخصيتها، يعتبران من العوامل المحددة، لمدى إمكانية التعايش مع الزوج المريض بالفضام؟

3- ما أثر الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج المريض بالفضام على الحالة النفسية للزوجة؟

4- هل هناك إمكانية لتعافي مريض الفضام، بمعنى أن يصبح قادراً على إعالة نفسه وأسرته؟ في حالة الإجابة بـ"نعم"، يرجى ذكر بعض النماذج الحية من خلال الحالات وذويهم التي تقابلها بشكل مباشر في عملك؟

5- من وجهة نظرك، ما التوصيات التي يمكن أن تقدم لمساعدة تلك الفئة من زوجات مرضى الفضام العقلية؟

ثانياً- مجموعة الأسئلة المقترحة والمحددة مسبقاً والتي تخدم موضوع الدراسة من خلال طرحها في المقابلة الفردية على زوجات مرضى الفضام العقلية.

1- هل كان زوجك مريضاً قبل الزواج أم بعده؟

أ- إذا كان قبل الزواج، هل كنت تعلمين بمرضه؟ إذا كنت على علم بمرضه قبل الارتباط به، ما الذي جعلك تقبلين الارتباط به؟

ب- إذا كان بعد الزواج، كم سنة مرت قبل أن يصاب بالمرض؟ وهل كانت هناك أية ظروف أو أحداث ضاغطة أو صادمة ارتبطت بظهور المرض؟ وضحى ذلك؟

2- ما الآثار التي تركها مرض زوجك بالفضام على حياتك الزوجية والأسرية؟

- 3- ما أشكال الضغوط التي كنتِ تتعرضين لها الناتجة من مرض زوجك بالفاصام؟
- 4- ما تأثير هذه الضغوط على حالتك الصحية؟
- 5- بالرغم من كل الضغوطات والمشكلات التي تواجهينها خلال نمط حياتك اليومي، ما الذي دفعك للاستمرار في علاقتك الزوجية؟
- 6- ما هي الإمكانيات والمهارات التي قمت باكتسابها خلال فترة مشاركتك بالبرنامج؟ وإلى أي مدى ساعدتك في التعايش مع الوضع النفسي والصحي لزوجك؟
- 7- كزوجة مريض فاصام، ما هي مطالبك؟

ملحق رقم (6)

المقابلات الإكلينيكية الفردية

مجموعة مقابلات الفردية مع ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي ومجموعة مقابلات الفردية مع زوجات مرضى الفصام العقلي.

أولاً - قامت الباحثة بمقابلة مجموعة من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي وعددهم (3) لإخذ آرائهم من خلال عدد من الأسئلة المقترحة التي تخدم موضوع الدراسة ملحق رقم (5).

جدول (19)

يبين البيانات الأساسية لذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي الذين تمت مقابلتهم:

الرقم	البيانات الأساسية	الاختصاصي الإكلينيكي (1)	الاختصاصي الإكلينيكي (2)	الاختصاصي الإكلينيكي (3)
1	الاسم	مصطفى المصري	أحمد الشرقاوي	سمير زقوت
2	المسمي الوظيفي	استاذ دكتور	استاذ دكتور	دكتوراه بعلم النفس
3	مكان العمل	مستشار الطب النفسي بمنظمة الصحة العالمية.	- مستشار الطب النفسي بوزارة الصحة . - استاذ الطب النفسي بجامعة الازهر بغزة .	مدير التدريب والبحث العلمي ببرنامج غزة لصحة النفسية .

❖ وهذه كانت مجموعة الإجابات التي تم الحصول عليها من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي.

• **الاختصاصي الإكلينيكي رقم (1) :**

من وجهه نظري فجميع زوجات مرضى العقل، يتعرضن للضغوطات ولكن بأشكال مختلفة. ومن أشكال هذه الضغوطات، أولاً- الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج والمعاناة والآلم لعدم فهم طبيعة المرض وماله وتوقعات المرض وإمكانية علاجه ومدى خطورته والمخاوف الناتجة بسببه كإمكانية تعرض الأبناء للأذى. ثانياً- الضغوطات الناتجة عن سلوك المريض وكيفية التعامل معه ومدى طبيعية السلوكيات أو التصرفات التي تصدر عن المريض من ناحية أخرى، يبرز التساؤل عن كيفية التعامل مع المريض فيصبح هناك حيرة، خاصة عندما تصدر من المريض شكوك في بعض الأشياء ويعبر عنها بل ويستجيب لها، فتحتار الزوجة في سلوك إحدى طريقين، إما أن تطمئن و تستجيب له، أو أن لا تلقي بالاً لتلك الشكوك، وفي حالة دخول المريض في نوبات المرض وأصبح عنيقاً، هل تواجهه أم تقرر أنه بحاجة للعلاج.

أما بالنسبة لثقافة المرأة والشخصية في تحديد مدى التعايش مع الزوج المريض، فأنا أرى أن الثقافة شيء، والشخصية شيء آخر، فالثقافة تعني، أين وكيف تلتقت التربية، وبصفة عامة الثقافة في بلدنا متشابهة وليس هناك تباين كبير من مكان لآخر، ومن أبرز علامات هذه الثقافة بالنسبة للمرض النفسي والعقلاني في المجتمع هو مفهوم الوصمة، لذلك المستوى التعليمي يؤثر على كيفية التعامل والتعايش مع مفهوم الوصمة، وبمعنى آخر، في حال كانت الزوجة متعلمة سيساعدها ذلك في تقبل الأمر والتعامل والتأقلم معه، على عكس الأمر، في حال كانت غير متعلمة ، أما بالنسبة للشخصية، فما يحددها، هي الإمكانيات والقدرات الشخصية من ناحية والقدرة على اتخاذ القرارات والتفكير وحل المشكلات من ناحية أخرى فهذا يساعدها على التعامل مع الزوج المريض وفهم الأولاد كيفية التعامل معه بجانب تلبية حاجات البيت وادارة شؤونه.

بشكل عام، غالباً ما تتقبل المرأة العيش مع الزوج المريض إلا في بعض الحالات، التي تترك فيها الزوجة الزوج المريض، لأن الاستمرار في العيش معه، يسبب خطراً يهدد حياتها؛ فالاستمرار في العيش مع المريض، يعتمد على طبيعة المرأة من ناحية وكذلك على طبيعة الثقافة التي تشجع

الاستمرار في الحياة مع الزوج والتأقلم معه، حرصا على الترابط الأسري خاصة في حالة وجود أطفال.

أما بالنسبة لأثر الضغوطات النفسية الناجمة عن مرض الزوج على حالتها النفسية من الممكن أن تصاب الزوجة بالقلق والاكتئاب، وفي الغالب تصاب الزوجات بالاكتئاب، وذلك بعد أن ت Mukth الزوجة فترة طويلة مع مرض الزوج، دون تحسن أو تغير في حالته.

أما بالنسبة لإمكانية تعافي مريض الفصام بمعنى أن يصبح قادرًا على إعاقة نفسه وأسرته، فمن الممكن أن يتتعافى ونسبة النجاح في العلاج كبيرة، عادة، الحالات التي نراها، هي التي تبقى في المرض ولا تستجيب للعلاج، فالفصام يتباين بين عدة أنواع ودرجات، ولكن هناك نسبة كبيرة - تبلغ 25% - تستجيب للعلاج والشفاء التام ، وغالبًا ما تكون إمكانية العلاج أعلى ، في مرحلة المبكرة خلال مرحلة العلاج، تتباين الاستجابة له، بين حالات تتحسن، وحالات تتدثر مهما بلغ الجهد المبذول في محاولة علاجها، وهذه الحالات بحاجة لرعاية خاصة ومستمرة، لأنها تصبح معاقة. فأهم شيء هو العلاج؛ لأن معظم الأهل يلجؤون للعيادات والمشافي الحكومية حيث يُصرف لهم العقار ذاته لسنوات طويلة بدون تغذية راجعة أو إعادة تقييم دورية لاستجابة المريض للعلاج، أو ملاحظة الأعراض الجانبية، بل إن بعض الحالات ينتهي بها الحال للوفاة بسبب هذا الأسلوب المهمل الذي لا يتضمن أي متابعة للحالة، لذلك يجب على الوسط الطبي النفسي، إعادة تقييم النظام العلاجي، وعمل برنامج علاجي يهتم بالمريض بشكل دوري ليس فقط بواسطة الأدوية بل يجب أن يشمل المساعدة من قبل كل من الطبيب والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والممرض، لتقييم الحالة بشكل صحيح ومدروس وفعال ودوري لتعديل نظام العلاج، الجرعة أو نوع الدواء بما يتاسب مع حالة المريض الخاصة.

أما بالنسبة لبعض النماذج التي قابلتها خلال عملي ، فهناك العديد من الحالات التي شفيت تماماً لكن ذلك يكون بعد المتابعة في العيادات الخاصة وليس العيادات أو المشافي الحكومية للأسباب الموضحة آنفًا في السؤال السابق؛ كذلك للأسرة دور فعال في المساعدة على شفاء المريض. حيث تزداد فرصة العلاج، كلما كانت الأسرة متماسكة وتعمل على احتضان المريض ورعايته ومتابعته في البيت ومتابعة الحالة مع الطبيب. ومن الممكن ألا يعود المريض لعمله الأول ولكنه يستبدل بعمل آخر مناسب أكثر له وليس شرطًا أن يكون المريض متعلمًا ولكن إذا كان متعلمًا فسيساعد أكثر في العلاج.

بينما في العيادات الحكومية، المريض لا يتلقى أي نوع من العلاج المناسب، وبالتالي لا تحسن حالته هذه هي الصورة التي نراها في العيادات الحكومية ويجب أن لا يكون الشفاء التام هو الهدف الأساسي، ولكن الهدف المرجو أن نعرف ما يعانيه المريض، والأعراض التي يظهرها وأسلوب العلاج وكذلك متابعة المريض لحياته.

وعلى سبيل المثال، من الممكن أن يقر المريض بمرضه، وبأنه يسمع أصواتاً ولكنه تدارك نفسه وتلقى العلاج المناسب، وبعد تناوله العلاج، يصبح لدى المريض نوع من الاستبصار، ويصبح على دراية بالمرض، وكيفية التمييز بين الملاوس والإدراكات الواقعية، ومعرفة الحالات التي يغير فيها من الجرعة، وكيفية المتابعة، ولكن كل هذه الأمور، يتوصل لها المريض بعد مرحلة علاجية ممتدة.

أما بالنسبة للتوصيات التي يمكن أن تقدم لمساعدة تلك الفئة من زوجات مرضى الفصام، أرى أنه لابد من التالي:

- توفير الاحتياجات الازمة لتلك السيدات، لمساعدتهن في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج، لأنها تشكل عبئاً على الأسرة بصفة عامة وعلى الزوجة بصفة خاصة، وهذا يلزمها مساندة متنوعة فمثلاً، المساندة الاجتماعية بجانب المساندة النفسية فتلك السيدات لها حقوق، ويحتاجن لمن يقف بجانبهن حتى يستطيعن نيل حقوقهن بالإضافة للضمان الاجتماعي والحق بالعمل، كل هذه الاحتياجات هي نوع من الاهتمام الرسمي والمؤسسي.

- التثقيف لأن الكثير من المعلومات الشائعة حول مرض الفصام غير صحيحة ومنها موروثة، لذلك فهن بحاجة للتثقيف عن طبيعة المرض من ناحية الجينات والوراثة، و عن إمكانية توريث المرض للأبناء، نسبة نجاح العلاج ، الأعراض الجانبية للأدوية، كيفية التعامل معها، والتأهيل، كيفية التعامل والاتصال مع المريض نفسه كزوج، كيفية شرح المرض للأطفال و أي مرحلة هي التوقيت الأنسب لذلك، لكي يحموا أنفسهم من مسبباته، كالعنف أو وجود شكوك معينة. . الخ.

- المساندة النفسية في كيفية التعامل مع الضغوط وكيفية التعامل مع المشكلات الحياتية بصفة عامة بالإضافة إلى المساندة الاقتصادية في حالة كن بحاجة إلى ذلك النوع من المساندة.

كذلك يجب أن يتم تثقيف المجتمع بالنسبة لمفهوم وصمة المرض النفسي، وتصحيحه. والتوضيح بأن هذا المرض مثل باقي الأمراض الجسدية، وأن له علاجاً ونسبة الشفاء كبيرة مما سيتيح

للمريض أن يتخلص نهائياً من المرض ويعود ليمارس حياته وعمله بشكل طبيعي. فمن حقه أن يعيش وأن يحترمه المجتمع.

• الاختصاصي الإكلينيكي رقم (2) :

حتى نحدد إن كانت جميع زوجات مرضى الفصام العقلي يعاني من ضغوطات نفسية أم لا، فأنا أرى أنه يجب أولاً، أن نحدد نقطة الإصابة بمرض الفصام قبل أم بعد الزواج، أما ثانياً، أن نأخذ بعين الاعتبار نوع الفصام ودرجته وبداية المرض. فيجب أن نركز على الفصام المزمن، والمسار الطبيعي للمرض.

أنا لا أتمنى أن تكون أي سيدة زوجة مريض فصامي، لأن مرض الفصام غير بسيط، فقد يصل إلى إعاقة عقلية، بل إزعاج مستمر. وخاصة عندما تكون الأعراض نشطة، فتبرز لدى المريض هذهاءات الشك، مما يجعله يتهم زوجته بسلوكيات بذئنة وغير أخلاقية، كاشتباوه على علاقة زوجته برجل آخر.

وبذلك، فإن زوجات مرضى الفصام يعاني من ضغوطات نفسية واجتماعية وجنسية وعاطفية واقتصادية. وذلك حسب نوع الفصام ودرجته: (خفيف أم شديد)، (مزم من أم مستمر)، (في مرحلة النشاط أم في مرحلة الكمون).

وبالنسبة للثقافة المرأة وشخصيتها في تحديد مدى التعايش مع الزوج المريض، فأنا أرى أنها من العوامل المحددة. فقوة شخصيتها وقدراتها النفسية والاجتماعية والعلمية والمادية، تحدد قدرتها على التحمل، على ألا يكون مستوى الضغط فوق المتوسط أو العالي.

أما بالنسبة للثقافة كعامل محدد، فلها دور أيضاً، فإذا كانت الزوجة متعلمة ومتقدمة، من الممكن أن يساعدها ذلك على تحسين قدرتها في التعامل مع زوجها، وتقديم التوجيه والإرشاد لأولادها في كيفية التعامل مع أبيهم المريض.

أما تأثير الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج المريض بالفصام، على الحالة النفسية للزوجة فالشائع أن تبرز لدى الزوجة مشكلات في التكيف، والتي يُصطلح عليها، باضطرابات التكيف. وأحياناً أخرى، تبرز اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو أعراض جسدية، وأحياناً تصل إلى درجة العدوى، بأن تصبح مثلاً لو كان لدى الزوج فكرة هذهاعية، بأن بعض الناس يكرهون عائلته ويتآمرون عليها، من الممكن تتوحد الزوجة مع شخصية زوجها المريض،

وتشاركه هذهاته، وهذا نوع من التكيف السلبي، ويرجع ذلك إلى الثقافة والشخصية، أو كما أسميه أنا: القدرات والإمكانيات الدافعية. فإذا كانت دافعية زوجة المريض صلبة، فذلك يغذي رصيدها في مقاومة التكيف السلبي وبالتالي تتفادى انهيار حالتها النفسية والجسدية.

أما عن إمكانية تعافي مريض الفصام، بمعنى جعله قادرًا على إعالة نفسه وأسرته، ذلك أمر مؤكد في جود العلاج الشامل يجعل نسبة المتعافين فوق 30%. أما عن النماذج الحية التي قابلتها بشكل مباشر خلال عملي، فأنا أعرف بعض الحالات التي عانت من المرض، لمدة ستة أشهر، بينما الآن هم أستاذة بالجامعة، ولم يُعد المرض لهم مرة أخرى. فعدد منهم دخل المستشفى وتلقى العلاج، وشفيت حالاتهم وحتى الآن لم يتعرضوا لانتكاسة بالمرض. وهذا يفسر أن العوامل الجينية غير متأصلة، فالمرض يصيب المريض لفترة ثم يزول.

أما بالنسبة لوجهة نظري بالوصيات التي يمكن أن تقدم لمساعدة تلك الفئة من زوجات مرضى الفصام فأنا أرى الآتي:

- ضرورة مشاركة مؤسسات القطاع الخاص و القطاع العام والعيادات الخاصة والعيادات الحكومية، من أجل مساعدة مرضى الفصام وزوجاتهم من الناحية الطبية، وتقديم العلاج بالإرشاد والدعم النفسي.
- ضرورة توفير فرص عمل لمرضى الفصام، لأن مرض الفصام يصيب دائرة واحدة من دوائر العقل وليس العقل بأكمله.
- ضرورة توفير برنامج العلاج الشامل عن طريق تفعيل الفريق العلاجي الشامل، في التعامل مع مريض الفصام، وتقديم الدعم والمساندة لزوجات مرضى الفصام. لأننا بحاجة لمراجعة مواصفات ومعايير الجودة للفريق العلاجي ومكوناته في قطاع غزة.

• الاختصاصي الإكلينيكي رقم (3):

من وجه نظري وحسب ما لاحظته خلال عملي، فإن جزءاً كبيراً من الفصاميين لا يتزوج، ولكن المرأة التي تتزوج من مريض فصامي سوف تعيش مع إنسان منفصل عن الواقع والحياة. فهو يعاني هذهات وهلوسات، خاصة أصعب الحالات تلك التي يعاني فيها الزوجات من أزواجهن

المصابين بالبرانويد الشكي، والذي ممكِن أن يشك بأنها على علاقة ب الرجل آخر ويعدى عليها وبالتالي، الزوجة في هذه الحالة، تعيش ضغوطات، على المستوى الاقتصادي والاجتماعي بما يعرف بوصمة المرض النفسي كونه مرضًا عقليًا، خاصة إذا أُنجبت أطفالًا يمكن أن يصابوا بالمرض. وبالتالي تصبح المعاناة مزدوجة على مستوى التربية والعلاقة مع الناس ومع المجتمع. وخاصة أن المجتمع لا يرحم، ويمكن أن ترتاح أسرة هذا الفصامي منه، وتتركه لزوجته لتقوم بكل الأعباء، مما يؤدي بها إلى العديد من ضغوطات.

ومن وجهة نظري فإن كل زوجات الفصاميين يعاني، حتى اللواتي تكن حالة أزواجهن مستقرة، ولكن تتفاوت المعاناة بدرجة ونوعية الفصام، وما إذا كان بمرحلة الاستقرار أو التهيج، وما إذا كان المرض مستحدثًا أو مزمنًا، وحسب التزام المريض بالجرعات الدوائية. فدرجة المعاناة تختلف باختلاف شخصية الزوجة، والدعم النفسي والاقتصادي والاجتماعي التي تلقيه هذه الزوجة من أسرة المريض والمجتمع المحيط.

أما بالنسبة لثقافة المرأة وشخصيتها فإن كانت تحدد إمكانية التعايش مع الزوج المريض بالفصام ، فمن وجهه نظري من الصعب أن تتزوج المرأة من إنسان فصامي، فمعظمهن يتزوجن تقليديًا و إجباريًا، أو اضطرارياً لضعف فرصة الزواج أو العنوسة، لذلك تكون شخصيتها متأثرة بثقافة المجتمع المحيط بها. إن معظم اللاتي يتزوجن من فصاميين تكون شخصياتهن ضعيفة ومظلومة في المجتمع، بينما معظم المتعلمات المثقفات اللاتي تتزوجن من فصاميين واكتشفوا بمرض زوجهم بالفصام فغالبًا ما ينتهي الأمر بالطلاق، لصعوبة التعايش معه وصعوبة تقبل العيش مع مريض عقلي. فأنا لم أر خال مسيرتي المهنية، زوجة مريض فصامي مثقفة و المتعلمة، فمعظم المرضى الذين يتزدرون على العيادات زوجاتهم غير متعلمات، أما إن كان الزواج محصورًا ما بين العائلات الغنية، ف تكون الفتاة مجبرة على الزواج منه، وفي المقابل تلقى الدعم الاقتصادي المرتفع من عائلة الزوج. ومن الممكِن أن كل هذه العوامل تساعد الزوجة على التحمل وترتيب أمورها والاهتمام بزوجها المريض.

أما تأثير الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج المريض بالفصام على الحالة النفسية للزوجة فمعظمهم يدخل في حالة من الحزن والكآبة، لأن الزواج يعني للأنثى، الاستقرار والأمان وإنجاب الأطفال وتربيتهم. فعندما تتزوج، تتقاً بزواجهما من إنسان يعاني من تبلد عاطفي، بالإضافة إلى العته والضعف الجنسي، وهي أعراض ناتجة عن الأدوية. كما تصاب كثير من زوجات الفصاميين

حالات من اليأس والقنوط، وببعضهن تصل إلى حالة من الاكتئاب، وبالتالي يصبح عنيفات على أولادهن وأزواجهن. وأحياناً يتولد العنف من كلا الجانبين، إما خارجياً على الأبناء والزوج، أو داخلياً على الذات. ومن الممكن أن يحاول بعضهن الانتحار. لذلك من الناحية النفسية هناك معاناه شديدة على المستوى العاطفي والنفسى، لأن الزواج من فحاصى ليس بالأمر الهين على المستوى النفسي، بل إنه في بعض الحالات، من الممكن أن تشارك الزوجة زوجها في الهداوات ولكن تلك الحالات نادرة.

أما عن إمكانية تعافي مريض الفصام، بمعنى أن يصبح قادراً على إعالة نفسه وأسرته فذلك نعم و ممكن، فنسبة 30% من المرضى يمكن أن تشفى إذا لاقوا انتباها واهتمامًا من قبل العائلة، وإذا انتظم المريض بالعلاج. حتى أن هناك احتمالية للشفاء من الأعراض السالبة في فترة بداية المرض. وهناك جزء آخر يمكن أن يشفى وأن يكون تحت السيطرة إذا تلقى العلاج بانتظام، وإذا كانت الأسرة داعمة له وترعااه. وبالتالي من الممكن أن يعيش حياة شبه طبيعية وأن يصبح قادراً على إعالة نفسه وأسرته.

من خلال تجاري العملية مع المرضى، وجدت بعض الحالات من المرضى تعيش حياة شبه طبيعية. على سبيل المثال، في متابعتي لشاب يعمل مهندساً، كان من أوائل قطاع غزة في الثانوية العامة، أُصيب بالفصام في السنة الأخيرة من كلية الهندسة، ولاحقاً تزوج وأنجب أولاداً، ويعيش حياة شبه طبيعية، ويعرف أنه مريض، ويتناول الأدوية بانتظام بل ويعيل نفسه وأسرته. أما عن وجهة نظري، بالوصيات التي يمكن أن تقدم لمساعدة تلك الفئة من زوجات مرضى الفصام فهي كالتالي:

- 1- فأنا مع فكرة تأسيس مؤسسة أصدقاء المرضى العقليين، والتي ينبغي أن تهدف إلى الترويج والترفيه عن هؤلاء المرضى، وذلك عن طريق تأسيس نوادي تجمعهم مع بعضهم البعض لسماع معاناة المرضى وذويهم والعمل على ذلك الأساس.
- 2- إعداد برنامج تنقيف نفسي للمريض وأهله، يتراوح (من ثمانى جلسات إلى اثنتى عشرة جلسة) تتبناه الحكومة أو بعض المؤسسات الأهلية.
- 3- إيجاد فرص عمل لبعض المرضى الذين يتم تأهيلهم، عن طريق العلاج بالعمل، بحيث يتم مساعدة المتأهلين بالعودة للعمل وممارسة الحياة بشكل طبيعي.

إذا استطعنا تحقيق هذه الأمور الثلاثة، وهي التنقيف النفسي والنادي لخاصة بالمرضى وذويهم والعلاج عن طريق العمل، فإن ذلك سيساعد بشكل كبير جداً على مساعدة هؤلاء المرضى وأسرهم.

ثانياً- قامت الباحثة بمقابلة فردية لمجموعة من زوجات مرضى الفصام العقلي وعددهم (4) لأخذ آرائهم من خلال عدد من الأسئلة المقترحة التي تخدم موضوع الدراسة؛ ملحق رقم (5).

جدول (20)

يبين البيانات الأساسية لزوجات مرضى الفصام العقلي اللاتي تمت مقابلتهم:

الرقم	البيانات الأساسية	الزوجة رقم (1)	الزوجة رقم (2)	الزوجة رقم (3)	الزوجة رقم (4)
1	عمر الزوجة عند الزواج	17 سنة	23 سنة	16 سنة	17 سنة
2	المستوى التعليمي للزوجة	ثالث اعدادي	ثانوية عامة	أول ثانوي	ثانوية عامة اكملته بعد الزواج
3	عمر الزوج عند الزواج	18 سنة	30 سنة	23 سنة	22 سنة
4	المستوى التعليمي للزوج	ثالث اعدادي	ثانوية عامة	رابع ابتدائي	سادس ابتدائي
5	عدد سنوات الزواج	15 سنة	14 سنة	33 سنة	30 سنة
6	وقت إصابة الزوج بالمرض	قبل الزواج	قبل الزواج	بعد الزواج ب 25 سنة	بعد الزواج ب 6 سنوات
7	عمل الزوج	لا يعمل منذ البداية حتى الوقت الحالي	لا يعمل منذ البداية حتى الوقت الحالي	كان يعمل عامل وترك العمل بعد المرض حتى الوقت الحالي	كان يعمل عامل بلاط وترك العمل بعد المرض حتى الوقت الحالي

❖ وهذه كانت مجموعة الإجابات التي تم الحصول عليها من زوجات مرضى الفصام العقلي المشاركات بالبرنامج:

• الزوجة رقم (1):

زوجي مصاب بالمرض قبل زواجي منه، و كنت على علم بأنه مريض، ولكن لم أكن أتخيل أن مرضه سيكون صعباً بهذا الشكل، أنا لم أقبل بالزواج منه، لكن لأنه ابن عمي فقد أجبرني جدي وأجبر أبي على القبول بالزواج منه، وأقنعني جدي بأن حالته بسيطة ولن تستمر بعد الزواج منه، مبرراً حالته بأنه مهوس بالزواج، والزواج سيجعل حالته مستقرة.

أما عن الآثار التي تركها مرض زوجي على حياتي الزوجية والأسرية فهي بداية زواجي منه تفاجأت بسلوكيات صعبة جداً لم أقدر على التكيف معها، فكان يفاجئني بالضرب بينما أكون نائمة، بأدوات حادة كدرج السرير أو الكومودينه، أو يحمل سكيناً بيده. فذلك أثر على حياتي وجعلها صعبة، وخاصة أنه كان لديه شكوك بأنني على علاقة ب الرجل آخر، فيعني من الخروج خوفاً من مقابلته، في البداية لم تكن لدي أسرة، لأنني كنت أهرب إلى بيت أهلي كثيراً، وكانت قد أجهضت أكثر من مرة نتيجة الضرب. ورغم كل ذلك فأهلي رفضوا مطلبني بالانفصال عنه، لأنهم يرفضون فكرة الطلاق، ولكن عندما انفصلت عن بيت العائلة إلى بيت مستقل، اصطحبته إلى المشفى للعلاج، حيث وصف له حقة المودكيت، مع بعض الأدوية، مما ساعد في استقرار حالته، فبدأت التكيف مع وضعه، ولم أعد أخاف منه مثل الأول. وأصبحت أنا المسيطرة في العائلة وبعدها أنجبنا أطفالاً، كان يلاعبهم ويعاملهم بحب. ولكن عندما تتنكس حالته ويعاني من التهوية يصبح شديد الغصب ويقوم بضررهم ضريراً مبرحاً.

أما عن أشكال الضغوط التي كنت أتعرض لها والناتجة من مرض زوجي فكانت كما يلي:

1- الضغوط النفسية: كنت أبكي وأندب حظي نتيجة المعاملة السيئة والضرب المبرح، كنت لا أنام طوال الليل متخوفة وحذرة من ضربني بأدوات حادة بأي لحظة، والشتم المستمر بالكلام البذيء، وكانت في البداية أشعر معه بالوحدة الشديدة وبالحرمان العاطفي؛ وهذا جعلني أشعر بأنني الزوجة الوحيدة التي تقع أسيرة للحزن في هذه الدنيا، فكل السيدات أحسن مني، لأن أزواجهن يعاملهن

معاملة حسنة ومرحية، أما أنا فكنت كثيرة الهموم ، مما جعلني عصبية ومندفعة وهجومية وأسابر المشكلات مع أهل زوجي والآخرين.

2- ضغوط أسرية: كنت مسؤولة عن مسؤوليات البيت ومتطلبات الأسرة والتزاماتها، حتى أتنى مسؤولة عن زوجي وعلاجه كأنه واحد من الأولاد بل أكثر. في بداية زواجي كان أهل زوجي يتدخلون في أمري الخاصة ويفرضون علي قيوداً في خروجي ونزولي من البيت، وكثيراً ما كانوا، حماتي وسلفي يتدخلون في حياتي الخاصة، ويثيرون لي الكثير من المشكلات ويتكلمون معي بألفاظ بذئبة.

3- ضغوط اجتماعية: المنطقة التي أسكن بها كلها من نفس العائلة وأهل الزوج أقوباء، لا يسمحون لأحد بأن يسخر من ابنهم، احتراماً لأهله وخوفاً منهم لسيطرتهم في المنطقة. ورغم ذلك، إلا أنني كنت أشعر بنظرة الشفقة من حولي، كوني زوجة مريض عقلي وهذا ما كان يزعجني.

4- ضغوط اقتصادية: وضع الاقتصادي متدهور للغاية، فكل اعتمادنا على مساعدات الشؤون الاجتماعية، بواقع (1000) شيك كل ثلاثة شهور، وهذا المبلغ لا يكفي لسد التزامات الأسرة، وهذا يجعلنا نعيش بصعوبة، حيث أعتمد على كساء أولادي من الملابس المستعملة التي يتبع بها أهل الخير، وعندما يشتري أولادي بعض الأطعمة، أنتظر موعد صرف مساعدات الشؤون الاجتماعية كي أوفرها لهم. وعندما ينقصني شيء، فأهلي يساعدونني ولكن أهل زوجي لا يساعدونني، وفي شهر رمضان، نتلقى بعض المساعدات كذلك.

أما بالنسبة لتأثير هذه الضغوط على حالي الصحية أصبحت أعاني بشكل كبير من ألم في المعدة وصداع مستمر وضغط دم منخفض وقلق أثناء النوم وألم في الرقبة، كلما توترت وواجهتني مشكلة ما.

أما بالنسبة عن استمراري في علاقتي الزواجية برغم كل الضغوطات والمشكلات التي تواجهني في البداية كنت راغبة بتركه قبل إنجاب الأولاد، إلا أن أبي رفض وقال لي "ما عندنا بنات تطلق" ، أما الآن وبعد السنين التي أمضيتها معه وإنجاب الأطفال واستقرار حالته الصحية، فلا يهون على تركه. وأنذكر أنه يكون طيباً عندما تستقر حالته الصحية.

أما عن الإمكانيات والمهارات التي اكتسبتها خلال فترة مشاركتي بالبرنامج وعن المدى الذي ساعدني به البرنامج في التعامل مع الوضع النفسي والصحي لزوجي، فإن البرنامج قوى من شخصيتي وجعلني أتخلص من خوفي من كلام أهل زوجي، وأن أترك التصرف باندفاعية، علمي

الصبر والتحمل والتصرف بهدوء وعقلانية، وطرق المنطقية في كيفية التعامل مع المشكلة والتوجه بشكل إيجابي، وأصبحت على دراية بكيفية حل المشكلة. فكنت في البداية أتعامل مع المشكلة الصغيرة باندفاعية وعصبية وأجاريها حتى تكبر، أما الآن فأحل مشكلاتي بهدوء وصبر، وعرفت أن العصبية لا تأتي بأي نتيجة إيجابية بل تساهم في تضخيم المشكلة ، وتعلمت معاملة زوجي باحترام وإعطائه الثقة بنفسه، وهذا التعامل هدأ من تصرفات زوجي وأتى بنتيجة، لأن ذلك يُفرحه ويُساعدُه في تناول الدواء بدون معاناة. وأحياناً أستخدم معه الحيلة لتناول الدواء. وكذلك تحسنت صحته الجسدية بعدها كان شديد النحافة، وتحسنَت معنوياته النفسية. وهذا ما أشعره بقيمة ذاته، فأصبح أكثر هدوءاً وليناً في التعامل.

أما عن مطالبِي كزوجة مريض فأنا أطالب بال التالي:

- 1- المساعدة المادية بزيادة مبلغ الشؤون الاجتماعية، لأن 1000 شيك كل ثلاثة شهور، لا تفي باحتياجات الأسرة.
- 2- تأهيل أزواجنا ومن ثم توفير فرص عمل مما يتناسب مع قدراتها.
- 3- توفير الأدوية في المؤسسات الحكومية مجاناً وخاصة حقنة المودكين، وهذا أهم مطلب وأكثرها ضرورية، لأنه يُريح أزواجنا ويريحنا.
- 4- توفير دورات توعية ودعم نفسي للمريض وزوجته وأولاده.

• الزوجة رقم (2):

زوجي مصاب بالمرض قبل زواجي منه، وكنت على علم بأنه مريض، ولكن لم أكن أعلم ماهي طبيعة مرضه، وأعتقد أنني قد خُدعت من قبل أهل زوجي، لأنهم لم يصارحوني بالحقيقة، وكل ما أخبروني به بأنه يعاني من عقد نفسية وعدم ثقته بنفسه وأنه بحاجة لمن يُساعدُه لإرجاع ثقته بنفسه وكنت أعتقد أن الأمر سيزول بعد فترة قصيرة، ولكنني فوجئت بعد الزواج، بتصرفات وسلوكيات غريبة. كانت حالته صعبة ومعقدة، ولم تكن لدي القدرة على التعامل مع حالته، فكان الأمر صعباً بالنسبة لي.

أما عن الآثار التي تركها مرض زوجي على حياتي الزوجية والأسرية، فأنا شخصياً أعاني وأقاسي ولا أشعر بأنني أخذت حقي في هذه الدنيا، كنت أتمنى أن يكون زوجي طبيعياً كباقي الأزواج وأنتمكن من الحديث والخروج معه. فكلامه غير مفهوم، وغير مترابط؛ لذلك أجد صعوبة في التفاهم معه، وأفقد الحب والحنان، وأشعر بالوحدة، و كثير من الأحيان أصاب بالألق وعدم القدرة على النوم، وأتمنى لو أن زوجي كان إنساناً طبيعياً ليؤنس وحدتي. هذا بالإضافة لتصرفاته غير المحمولة، فهو دائم الشكوك بأنني على علاقة ب الرجل آخر، ولا يتحكم بعراشه أمام الأولاد، الأمر الذي يحرجني.

أما بالنسبة لزوجي فهو سلبي في كل أمورنا الحياتية، وغير مبالٍ ولا دور له في الأسرة، فهو لا يتحمل أي مسؤولية خاصة بالبيت والأولاد، حتى أن الأولاد لا يشعرون بوجوده في البيت أو بأبويته، ولا يتقدون بقدراته على تقديم أي شيء لهم، لأنه بتصرفه غير عقلانية، فيرجعون إليّ في كل أمور حياتهم، وفي حالة حدوث أي مشكلة معهم داخل البيت أو خارجه يعتمدون عليّ في حلها. وأبسط مثال على ذلك أنه في إحدى المرات حدثت مشكلة مع أبني الصغير مع أطفال في سنه، فما كان منه إلا و أن خرج لهم بالسكين.

أما عن أشكال الضغوط التي كنت أتعرض لها والناتجة من مرض زوجي فهي كالتالي:

1- الضغوط النفسية: أشعر بأنني غير مرتاحه نهائياً، فدائماً ينتابني الشعور بالوحدة والحرمان منذ بداية زواجي منه، كنت دائمة البكاء على حظي السيء وأتساءل مع نفسي عن سوء حظي، فقد تزوجت في المرة الأولى وكان ظالماً، وعندما أتزوج في المرة الثانية أفاجأ بأنه مريض عقلي. وكانت تنتابني عصبية شديدة عندما يعاني من النوبة. وأشعر بأن كل النساء المتزوجات أحسن مني حظاً حتى السيئة منهن. وأستمر بالتفكير في وضعي السيء فيصيبني أرق شديد وعدم القدرة على النوم، فأنا أشعر بالظلم منذ بداية حياتي، لأن أهلي ذوو عقلية ظالمة ورجعية، لا تشجع خروج الفتاة من البيت، فقد رفضوا التحاقني بالجامعة بعد الثانوية العامة، وزوجوني من ابن عمي المترюج دون رضا مني، مبررين ذلك بأنني بلغت سن العنوسة مع أن عمري كان حينها 21 سنة. ومن شدة ظلمه طلقت منه. ومن شدة ظلم المجتمع والأهل اضطررت إلى الزواج من زوجي الثاني الذي فاجاني بأنه مريض عقلي.

2- ضغوط أسرية: اعتدت أن أتحمل كل مسؤوليات الأسرة داخل البيت وخارجها، فالمسؤوليات المتعددة متراكمة فوق كاهلي، سواء احتياجات البيت أم الأولاد أم الزوج. حتى عندما تشتت حالته

وتأتي النوبة فأنا من تقوم باصطحابه للطبيب وجلب العلاج له. فأهله لا يكترون لأجله، حتى عندما أطلب المساعدة من أهلي، يرفضون مساعدتي مبررين ذلك، بأنني لي زوج، مع علمهم بأن زوجي لا يتحمل أي مسؤولية. هذا بالإضافة لتدخل أهل زوجي في شؤوني الخاصة ومضايقتي عند خروجي من المنزل.

3- ضغوط اجتماعية. أتخوّف من تأثير مرض زوجي على أولادي، فكثيراً ما يواجهون الانتقادات وخاصة أن مدرسة أبنائي بجوار البيت، وعند خروجهم من المدرسة يأخذ زملاؤهم بالاستهزاء بهم والضحك عليهم وانتقاد تصرفات أبيهم (لماذا والدكم يتحدث إلى نفسه وملابساته مهلهلة ، لماذا يسير حافي القدمين). وهذا ما أثر على ابني وجعله يبكي وامتنع عن الذهاب للمدرسة، مما اضطربني لنقله إلى مدرسة أخرى، وقد شعر ابني أيضاً بالحرج الشديد عندما حضر والده للسؤال عنه في المدرسة.

4- ضغوط اقتصادية: نعتمد في معيشتنا بشكل أساسى على مساعدات الشؤون الاجتماعية التي لا ترقى بمتطلباتنا، فكثيراً ما يطالب أولادي باحتياجات لا أستطيع توفيرها لهم، وعندما يشتهرن شيئاً من الطعام أو جل ذلك حتى يأتي موعد صرف المساعدات لأبى لهم القليل مما يطلبون، كما أنني لا أستطيع كسوتهم من الملابس سوى الملابس المستعملة التي يقدمها لنا أهل الخير.

أما بالنسبة لتأثير هذه الضغوط على حالي الصحية فأنا أعاني من تعب في كل أجزاء جسمى وصداع مستمر وألم شديد في الصدر ومن شدة هذا الألم، أشك بأن لدى مرضًا خطيرًا. كما أنني أعاني من الألم الشديد بأقدامى عند المشي، و من آلام الظهر وإصابتي بمرض الغضروف.

أما بالنسبة عن استمراري في علاقتي الزوجية برغم كل الضغوطات والمشكلات التي تواجهني لوجود أبنائي ، فأبنائي هم الذين كسروا قلبي ولكن لو تسنح لي الفرصة على تركه، لتركته في حالة عدم وجود أبناء وأهل غير ظالمين وبهذه العقلية المتحجرة والمتردمة المرأة المطلقة حسب عاداتهم وتقاليدهم، ولكن الواقع مرير، وهذا مستحيل أن يحدث بوجود الأبناء والأهل غير المتقهمين.

أما عن الإمكانيات والمهارات التي اكتسبتها خلال فترة مشاركتي بالبرنامج وعن مدى مساعدة البرنامج لي في التعامل مع الوضع النفسي والصحي لزوجي، فإني أعتبر بأن أكثر شيء اكتسبته هو أنني تعلمت كيف أستعيد ثقتي بنفسي ، واكتسبت القدرة على حل المشكلات وكذلك القدرة على ضبط انفعالاتي. عندما تواجهني أي مشكلة أتعامل بها بشكل منطقي بدون غضب أو انفعال ، فكنت

قبل البرنامج عندما أرى زوجي وقد أصابته النوبة، أتوتر وأغضب وأقوم بضرب أولادي، ولكن الآن بعد حضور البرنامج تعلمت أن الحل يأتي بالهدوء والتخطيط والتفكير بشكل منطقي، وكيف أبحث عن حلول وأختار الحل المناسب وأطبقه. فبعدما كان توجهي سلبياً باندفاعية وعصبية، وأقضى الوقت في مجازة المشكلات بدلاً من حلها؛ الأمر الذي كان يزيد من المشكلات، أصبح توجهي إيجابياً وعقلانياً مما خفف حجم المشكلات.

أما بالنسبة لزوجي، فأصبح يتناول العلاج ويستجيب له، وذلك لأنني غيرت من أسلوبي الأول في التعامل معه، فأصبحت أعامله بكل هدوء، وأستخدم أساليب الإقناع والتحايل معه ليتناول الدواء، وأمنحه الثقة بنفسه وأحترمه. وهذا ما خفف من عصبيته وجعله أكثر قابلية للعلاج، وأدى إلى استقرار وضعه النفسي.

أما عن مطالبتي كزوجة مريض فصامي فأنا أطالب بالتالي:

- أتمنى أن يكون هناك من يكمل ما بدأت به ويهتم بنا ويدعمنا، فنحن بحاجة إلى جلسات دعم نفسي لنا ولأولادنا وخاصة أنهم يفتقدون الأب ويفتقدون الثقة بأنفسهم، وهم بحاجة لمساعدة ودعم نفسي حتى يكون لديهم الجرأة في مواجهة المجتمع. فنحن بحاجة لذلك في مجتمعنا.

- نحن بحاجة للاهتمام بالمريض النفسي، لأن مجتمعنا يهمل المريض النفسي، ولا أحد يهتم به، وعلاجه غير متوفر في العيادات الحكومية، وغالبي الثمن، وليس لدينا قدرة على شرائه لأن الزوج لا يعمل.

- نطالب بدعم زوجة المريض النفسي اقتصادياً، وذلك بتوفير مشاريع تساعدها على العمل حسب الإمكانيات المتوفرة لها.

- مساعدة المريض بتوفير فرص عمل عن طريق التأهيل بما يتاسب مع حالته المرضية.

• الزوجة رقم (3):

أصبح زوجي مريضاً بعد (26) سنه من زواجنا، أي قبل (7) سنوات. نعم كانت هناك ظروف صادمة ارتبطت بظهور المرض نتيجة اتهام صاحب العمل لزوجي بالسرقة وطرده بعد (25) عاماً من العمل، وعندما أراد زوجي أتعابه طوال مدة العمل، علم صاحب العمل بالشكوى المقدمة ضده،

وأن قانون العمل يقضي لصالح زوجي، فقام صاحب العمل بتقديم تهمه السرقة ضد زوجي وسجنه لإرغامه على التنازل عن حقه القانوني، مقابل إطلاق سراحه من السجن وتقاضي مبلغ بسيط؛ بدلاً من تقاضي المبلغ الذي يستحقه وخاصةً أن زوجي ضعيف الشخصية ومن النوع الذي يخاف. ومنذ ذلك اليوم تغير حاله؛ وظهرت عليه أعراض سلوكية عدوانية من تحطيم الأشياء والضرب والكلام غير المفهوم.

أما عن الآثار التي تركها مرض زوجي على حياته الزوجية والأسرية فقد تغيرت كثيراً بعد تعرضه لصدمة النفسية وبالخصوص في بداية المرض، فصار يشك بأنني على علاقة غير شرعية مع شخص آخر كلما خرجت من البيت، وبأنني أضع له السم في الطعام، وأصبح عصبياً جداً يكسر ويضرب فأصبحت لا أطيقه وغير قادرة على تحمل سلوكه، وأخاف الأقتراب منه والتعامل معه، ونتيجةً للبعد المستمر أصبح لدينا فتور في العلاقات الحميمة.

أما بالنسبة لأفراد أسرتي، فتغير زوجي في معاملته لأولادي بدرجة كبيرة، فلم يعد ذلك الأب الحنون الذي يهتم بهم ويلبي طلباتهم، هذا أدى بالأسرة إلى عدم الإحساس بالأمان والاستقرار والافتقار إلى الحب، فأصبحت الأسرة يسودها الحزن والكآبة بعدما كان يسودها الحب والأمن والأمان.

أما عن أشكال الضغوط التي كنت أتعرض لها والناتجة من مرض زوجي، فكانت كما يلي:

1- الضغوط النفسية: أصبحت شديدة العصبية ودائمة التوتر، وغير قادرة على النوم لشدة التفكير بحالنا الذي تغير، غالباً أهرب بانعزالي بعمرتي وأستمر بالبكاء وأخاف من كل شيء، وأعمل لكل شيء حساباً، وأشعر بأنني أقل مستوى من الناس، وأقل حظاً من النساء الآخريات وخاصةً سلفاتي وأخواتي، لأن زوجي أصبح مريضاً عقلياً. تصوري نفسك عندما تكونين سعيدة وتتقلب حياتك فجأة لتعاسة شديدة. وأصبحت شخصيتي ضعيفة جداً.

2- ضغوط أسرية: أصبحت كل مسؤوليات البيت على كاهلي، وهو غير مسؤول عن أي شيء، بل إنه مسؤول مني مثل أي أحد من أولاده، بل أكثر. المهم أن أدبر له الدخان والأكل، وليس لديه أي مسؤولية تجاه أي شيء.

3- ضغوط اجتماعية: بعد مرض زوجي تغيرت نظرة الناس لنا، فأصبحت أشك في أن الناس يشرون إليّ ويتكلمون بأن زوجي مريض عقلي، أشعر بالخوف من نظرة الناس لنا، وبالخوف على مستقبل أولادي، وعدم مساندة الأهل وإحساسهم بمعاناتنا.

4- ضغوط اقتصادية: نعتمد على الشؤون الاجتماعية التي لا تسد حاجة البيت ومستلزماته لأننا نعيش في بيت بالإيجار، لدى أبناء في المدارس، وزوجي ليس لديه القدرة على توفير ما يطلبه الأبناء من احتياجات أخرى.

أما بالنسبة لتأثير هذه الضغوط على حالي الصحية لقد تدهورت كثيراً لكثره المشكلات، فأصبحت أعاني من ارتفاع في ضغط الدم والسكر وضعف النظر من كثرة البكاء، وسوء التغذية وهشاشة في العظام.

أما بالنسبة عن استمراري في علاقتي الزوجية برغم كل الضغوطات والمشكلات التي تواجهني بالطبع لوجود الأولاد، فكرت مرازا في تركه تهديداً حتى يهدأ، وللسنين الطوال والتي عشتها بكنفه بمحبة وهناء واحترام قبل اصابته بالمرض.

أما عن الإمكانيات والمهارات التي اكتسبتها خلال فترة مشاركتي بالبرنامج وعن مدى مساعدة البرنامج لي في التعايش مع الوضع النفسي والصحي لزوجي، فقد تعلمت كيف أستعيد ثقتي بنفسي ، وأن أقول لا في الوقت الذي يجب أن أقول فيه لا، وتعلمت كيف يمكن أن نحل مشكلاتنا بأساليب منطقية وعقلانية ونطبقها على أرض الواقع، تعلمت كيفية التعامل مع الضغوط وبالنالي تخلصت من الضغوطات النفسية والأمراض الجسمية المصاحبة لها. بالنسبة لزوجي ساعدني البرنامج في كيفية التعامل مع زوجي الذي كنت مهملة له مثل ما أهملت نفسي، فأصبحت أهتم بزوجي ويعلاجه وأبتعد عن الأشياء التي تزعجه وأمنحه الثقة بنفسه وأحترمه، وأشعره بالمسؤولية وهذا ما جعله يشعر بالمسؤولية، مما حسن من وضعه النفسي والصحي .

أما عن مطالبتي كزوجة مريض فأنا أطالب بال التالي:

طالب بوجود مؤسسة لمرضى الفصام وذويهم، وتكون شاملة لجميع النواحي، ليهتموا أولاً بأزواجنا المرضى، ثانياً بأولادنا، وثالثاً بزوجات المرضى، حتى نشعر بأننا جزء من المجتمع، لأننا نشعر بأننا فئة مهمنة معروفة في المجتمع. وطالب كذلك، بمشاريع اقتصادية تحسن من مستوانا الاقتصادي، إلى جانب برامج ترفيهية ونفسية وصحية.

• الزوجة رقم (4):

نعم، أُصيب بالمرض بعد أربع سنوات من الزواج، تزامن ذلك مع وقوع حادث مؤلم في ذلك الوقت عندما كان زوجي ذاهباً لعمله، وفي هذه الأثناء كان هناك ستة سجناء هاربين من السجن ومخبيئين مقابل بيتنا، وكان الجيش الإسرائيلي يلاحقهم وفي تلك اللحظة، عثر الجيش على السجناء، وأطلق عليهم الرصاص واستشهدوا جميعاً، على مرأى من زوجي، فبمجرد وجوهه في مكان الحادث ألقى الجيش الإسرائيلي القبض عليه لمدة أربعة أيام، تعرض خلالها لضرب شديد على الرأس وتعذيب. وبعد تلك الحادثة، تغير حاله وأصبح يتصرف تصرفات غير طبيعية بعصبية شديدة، ويقول كلاماً غير مفهوم: "بدي أقتل و أذبح و أعمل بركرة دم، بدي أذبح خروف و أقتل أولادي". وأصبح يهددنا بالسكين ويقول كلام غير مفهوم: أن الناس في التلفاز يريدون قتلي وسحب دمي وأن تلك المذيعة تحاول سحب أفكاي ونشرها في الإذاعة.

أما عن الآثار التي تركها مرض زوجي على حياتي الزوجية والأسرية فقد تغير كثيراً بعد إصابته بالمرض ، فزوجي قبل المرض كان إنسانياً ويمارس حياته بشكل طبيعي ويرعاني أنا وأولادي ويهتم بنا ويعاملنا بحنان وحب ويقوم بكل مستلزمات البيت. ولكنه بعد المرض أصبح إنساناً مختلف تماماً، أصبح مهملاً لي، أنا وأولادي ولم يعد يهتم بنا أو بأمور البيت وأصبح منعزلاً ولا يتحدث لأحد ودائماً ما يبدو حزيناً ومكتيناً، ويثير الكثير من المشكلات بدون سبب و دائم العصبية. كما انقطعت علاقتي العاطفية معه لمدة أربع سنوات إلى أن أخذه أبي للعلاج حتى استقرت حالته بعض الشيء بعد انتظامه للعلاج و تعاطيه حقنة -المودكين- التي أصبحت تُصرف له باستمرار حتى الوقت الحالي.

أما عن أشكال الضغوط التي كنت أتعرض لها والناتجة من مرض زوجي فكانت كالتالي:

1- الضغوط النفسية: أهملت نفسي وأولادي وأصبحت أعاني من العصبية الشديدة، وأنام أكثر من المعتاد هروباً من واقعي المريض ، وأشعر بضيق شديد عندما أرى أولادي مازالوا أطفال وتنابني نوبات من البكاء بدون سبب، وأشعر بأن لدي رغبة بالخروج ولكنني لا أستطيع، فلم تنتعش عن الخروج من البيت، وأصبحت أفضل الجلوس لوحدي وعدم رؤية أحد، وأصبحت أشعر بالوحدة وأفقد الحب والحنان والرعاية التي كنت أتلقاها من زوجي قبل مرضه، وأشعر بالخوف الشديد وعدم الأمان على نفسي وأولادي من سلوكيات زوجي غير الطبيعية والمهددة لحياتنا، بالإضافة لانقطاع العلاقة الخاصة

والحميمة بزوجي، كما أصبحت شخصيتي ضعيفة جداً، وأصبحت عاجزة عن اتخاذ القرارات بنفسي، وأتخيط عندما تواجهني أي مشكلة، فقدت الثقة بنفسي وبقدراتي وعندما يهاجمني أحد، فليس لدي قدرة الدفاع عن نفسي.

2- ضغوط أسرية: كل أعباء البيت ومسؤولياته أصبحت على كاهلي في كافة الأمور؛ من مطالب البيت من مأكل وملبس ومسؤولية الأولاد والزوج ومرضه الذي أصبح مسؤولاً مني مثل واحد من الأولاد ومصاريف علاجه التي زادت فوق طاقتني، بالإضافة لأم زوجي المريضة والتي بحاجة لرعاية مستمرة وإلى جانب كل ذلك تدخل أهل زوجي في شؤوني الخاصة وفي كل أمور حياتي ومراقبة تصرفاتي وكلامي وملبسي وخروجي من البيت، وأنه لا يصح لي وأنا زوجة مريض أن أخرج من البيت أو أن أرفة عن نفسي، ولا يصح لي أن أشارك في المناسبات والأفراح، بالإضافة لاستغلال أخي زوجي لمرض أخيه في محاولاته المستمرة لإقامة علاقة غير شرعية معه ومضايقته المستمرة لي وإرسال رسائل بذئنة ومخلة للأدب وتهديده المستمر لي للتجاوب معه، ومع أنني أخبرت أهله بمضايقاته الأخلاقية لي وعلمهم بذلك، إلا أنهم كانوا يردون باللوم عليه مبررين ذلك بأن لا يجب أن أهتم بنفسي وأنا زوجي مريض.

3- ضغوط اجتماعية: بعد إصابة زوجي بالمرض تغيرت نظرة وتعامل الناس لنا مما سبق، فأصبحوا يهملون دعوتي في المناسبات الاجتماعية وعدم الاهتمام بنا في المواقف الاجتماعية المختلفة أو زيارتنا ، وكذلك أثر مرض زوجي على أولادي فعندما كانوا صغاراً فكان زملاؤهم يستهزئون بهم ويرفضون اللعب معهم وينعتوهم "بأولاد المجنون "، فكان هذا الأمر يبكيهم ويعزز لهم ولكن الآن والحمد لله بعدما كبر أولادي وتعلموا وأصبحوا موظفين، أصبح الناس يحترمونهم ولكن الأمر لا يخلو من بعض المضايقات و المواقف الصعبة.

4- ضغوط اقتصادية: لم أتلق أي مساعدة من أهل زوجي، ولكن كان اعتمادنا على الشؤون الاجتماعية والتي لا تكفي لسد احتياجاتنا المادية مما يضطرني للاستدانة في كثير من الأحيان أو تلقي بعض المساعدة من أهل الخير أو بعض المساعدات من أخي.

أما بالنسبة لتأثير هذه الضغوط على حالي الصحية فأصبحت أشعر بالتعب الشديد والصداع المستمر من كثرة البكاء، والرعشة بالقدمين واليدين وألم مستمر بالمعدة.

أما بالنسبة لاستمراري في علاقتي الزواجية برغم كل الضغوطات والمشكلات التي تواجهني لأنني لا أستطيع التخلص منه في مثل هذه الظروف الصعبة، لأنه كان ودوداً لي وكان يلبي كافة متطلباتي قبل أن يصاب بالمرض. وقبل ذلك كله، بدافع الحفاظ على تمسك الأسرة وحمايتها من التفكك ولأجل الأولاد.

أما عن الإمكانيات والمهارات التي اكتسبتها خلال فترة مشاركتي بالبرنامج وعن مدى مساعدة البرنامج لي في التعامل مع الوضع النفسي والصحي لزوجي، فالبرنامج علمني كيف أثق بنفسي وبنزوجي، كيف أحل مشكلاتي، كيف أفكر بتعقل ومنطقية وإبداع، كيف أتعامل مع زوجي في أمور الحياة، وطريقة نقلية العلاج. وأصبح لدي حلم، بإمكانية أفضل لدى زوجي بالتعافي. أيضاً، تعلمت كيف أتعامل مع الناس، والا أتصرف باندفاعية، وكيف أتعامل مع التوتر، مما أدى ذلك كله إلى الراحة النفسية. أصبحت أمتلك أسلوباً أفضل للتعامل مع زوجي باحترام والتفاهم معه، بعيداً عن التوتر والمشادات المناكفات التي كانت بلا طائل، وكذلك أصبح يتناول العلاج بلا معاناة، كما في السابق. ونتيجة لذلك، تحسنت حالة زوجي النفسية كثيراً، وأصبح يشاركنا مشاهدة التلفاز، وحتى أنه طلب أن يعود للعمل.

أما عن مطالبتي لزوجة مريض فصامي، فهي كالتالي:

فأولاً- أطالب وزارة الصحة بتوفير العلاج الذي يحتاجه زوجي في العيادات الحكومية، حتى تتحسن حالة زوجي أو على الأقل تظل مستقرة، خاصة أن حقنة - الموديكيت - غير متوفرة دائماً. ثانياً- نريد أن يكون هناك متابعة دورية عن طريق الزيارات المنزلية ليتم تقييم حالة المريض بشكل مستمر، والتعامل مع المريض ب الإنسانية. ثالثاً- أطالب المسؤولين بإنشاء برنامج خاص لتقديم الإرشادات المناسبة والتنقيف النفسي في كيفية التعامل مع المريض وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهم. رابعاً- تنقيف المجتمع في خطوة تهدف إلى تغيير النظرة الخاطئة للمرضى المتمثلة بكلمة مجنون واحترام زوجة المريض وأولاده ولا يهملوهم.

خامساً- الاهتمام بأولاد المريض عن طريق برامج الدعم النفسي، لأنهم يتأثرون بالوضع الخاص للأب. سادساً- مناشدة أهل وأقارب المريض أن يقفوا إلى جانب المريض وإلى جانب أولاده وزوجته بشكل إنساني وليس العمل على ابتزاز واستغلال وضع المريض باستغلال زوجته وأولاده بطريقة لا أخلاقية.



ملحق رقم (7)

نموذج بطاقات العلاج بحل المشكلات

الخطوة الأولى: التوجه نحو المشكلة وأنماط حل المشكلة:

مقياس التوجه نحو المشكلات الآن :

- إيجابي: المشكلات جزء أساسي من الحياة؟ المشكلات قابلة للحل؟ أستطيع بالجهد والوقت المطلوب أن أصل لحل ولو جزئياً؟

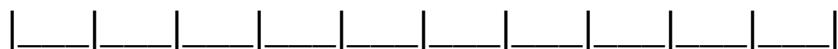
- سلبي: المشكلات غير قابلة للحل؟ لا أستطيع حلها؟ حاولت وفشل في السابق؟ أتمنى لو لم يكن في حياتي مشكلات بالمرة؟

• التوجه نحو المشكلات الآن؟

10

5

0



• أفضل درجة في التوجه نحو المشكلات في الماضي؟

10

5

0



متى؟

أنماط حل المشكلات :

- عقلانية:

- تجنب:

- اندفاعية:

مثال :

العلاج بأسلوب حل المشكلات

قائمة بالمشكلات المحتملة :

مشكلات في العلاقة مع الزوج	1
مشكلات في العلاقة مع افراد العائلة خصوصاً المراهقين	2
الطلاق / إنتهاء العلاقة	3
الفقدان أو الحزن	4
العزلة أو الوحدة	5
مشكلات دراسية أو مهنية	6
البطالة - عدم القدرة على العمل	7
مشكلات اقتصادية	8
مشكلات قانونية	9
مشكلات بالمصاريف اليومية	10
تحرش جنسي ، سوء استغلال	11
مشكلات إدمان على الكحول	12
مشكلات إدمان مخدرات أو أدوية	13
مشكلات صحية	14
مشكلات جنسية	15
مشكلات نفسية	16
مشكلات في الحصول على علاج للمشكلات النفسية	17
انعدام الثقة بالنفس وتقدير الذات	18

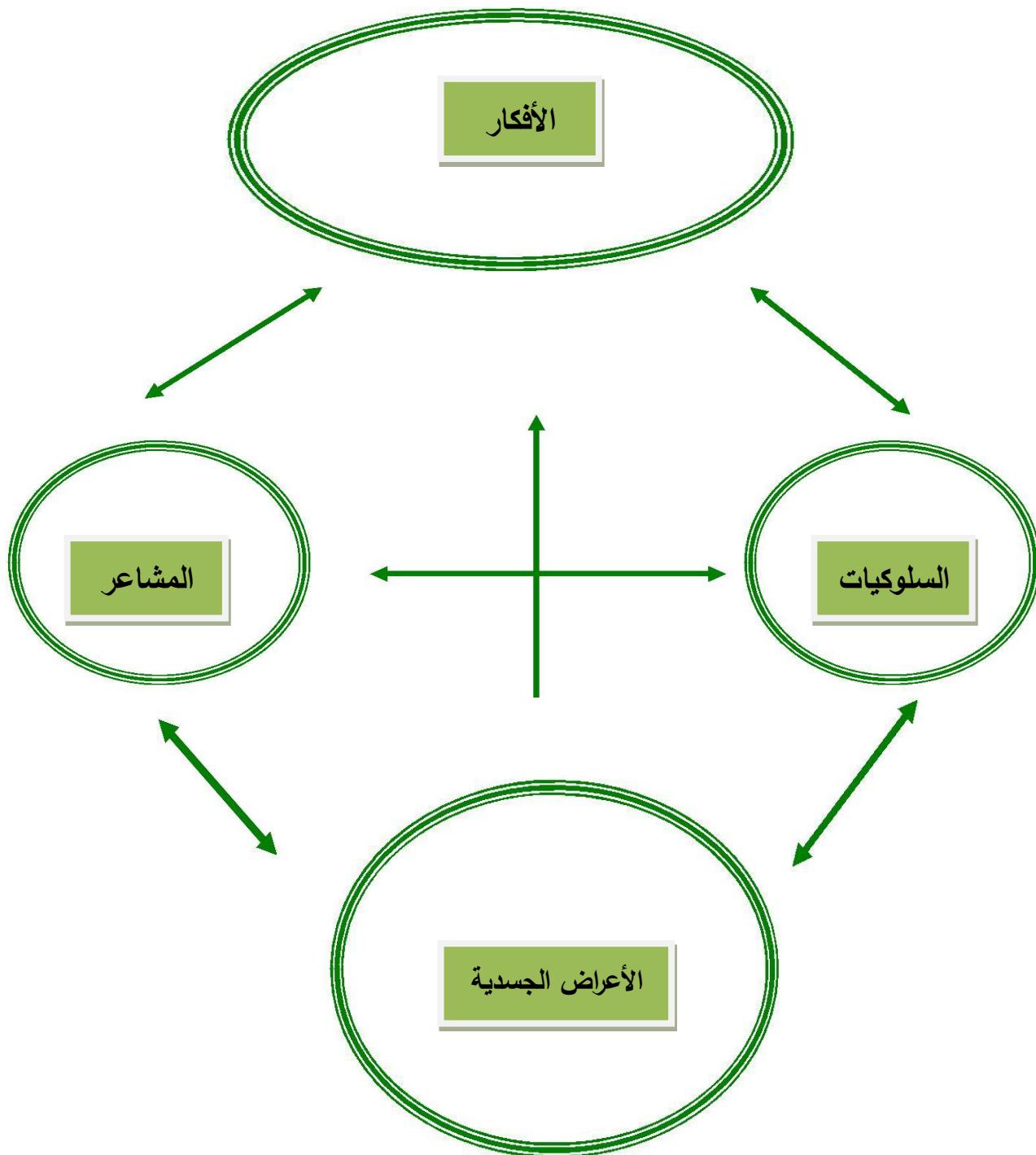
العلاج بأسلوب حل المشكلات:

الخطوة الثانية (التعرف إلى المشكلة وتحديدها)

هذه الورقة مخصصة لتعدي قائمة المشكلات التي تواجهها حاليا ، مع انتهاء الجلسة الأولى سوف تكونين قادرة على إعداد هذه القائمة بمساعدة المعالج (عدي قائمة بالمشكلات الخاصة بك)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

العلاج بأسلوب حل المشكلات:
تابع خطوة ثانية / هذه صفحة بيضاء لكي تسجلي عليها (عوامل القدح) الإشارات والمثيرات التي
ساهمت في ظهور أعراض المشكلة:



قائمة بتأثير المشكلات على الوظائف الحياتية:

ترويجية ثقافية دينية	مهنية - أعمال منزلية	اجتماعية - علائقية	رعاية الذات

العلاج بأسلوب حل المشكلات:

الخطوة الثالثة : اختيار وتعريف المشكلة (حاولي أن تعرفي المشكلة بشكل واضح)

المشكلة التي تريدين أن تعملي عليها الآن:

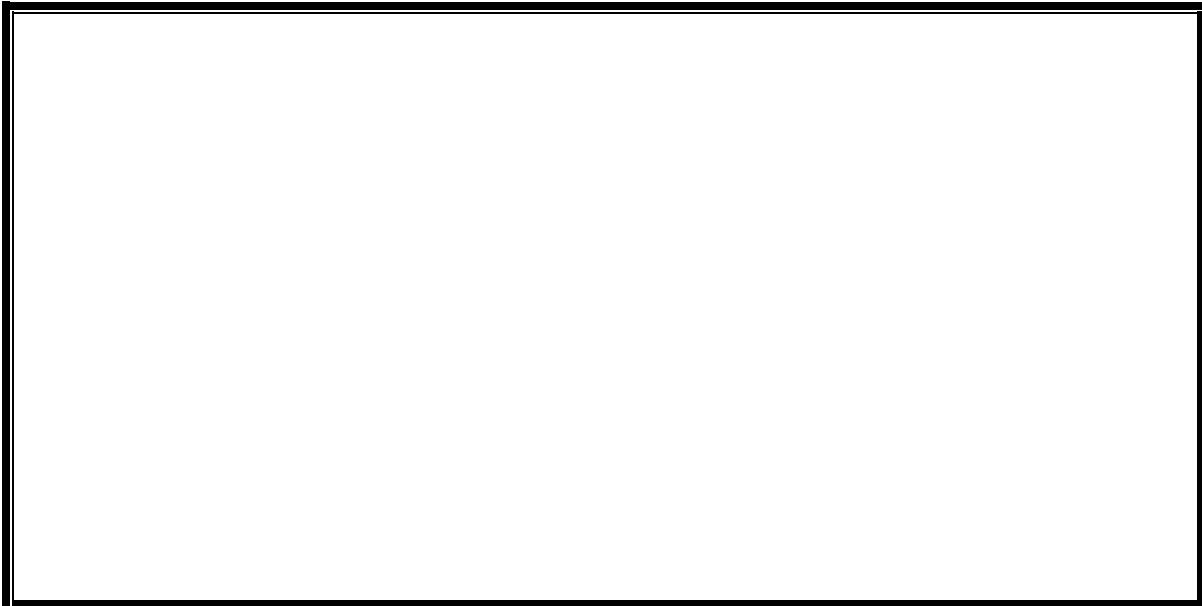
جمع الحقائق المتوفرة حول المشكلة

	من المقصود بالمشكلة؟
	متى تحدث هذه المشكلة؟
	أين تحدث هذه المشكلة؟
	من يشاركك في هذه المشكلة؟
	كيف تحدث هذه المشكلة غالباً؟
	ما هي طريقة تعاملك مع المشكلة حتى الآن؟
	نتيجة تعاملك مع المشكلة حتى الآن؟

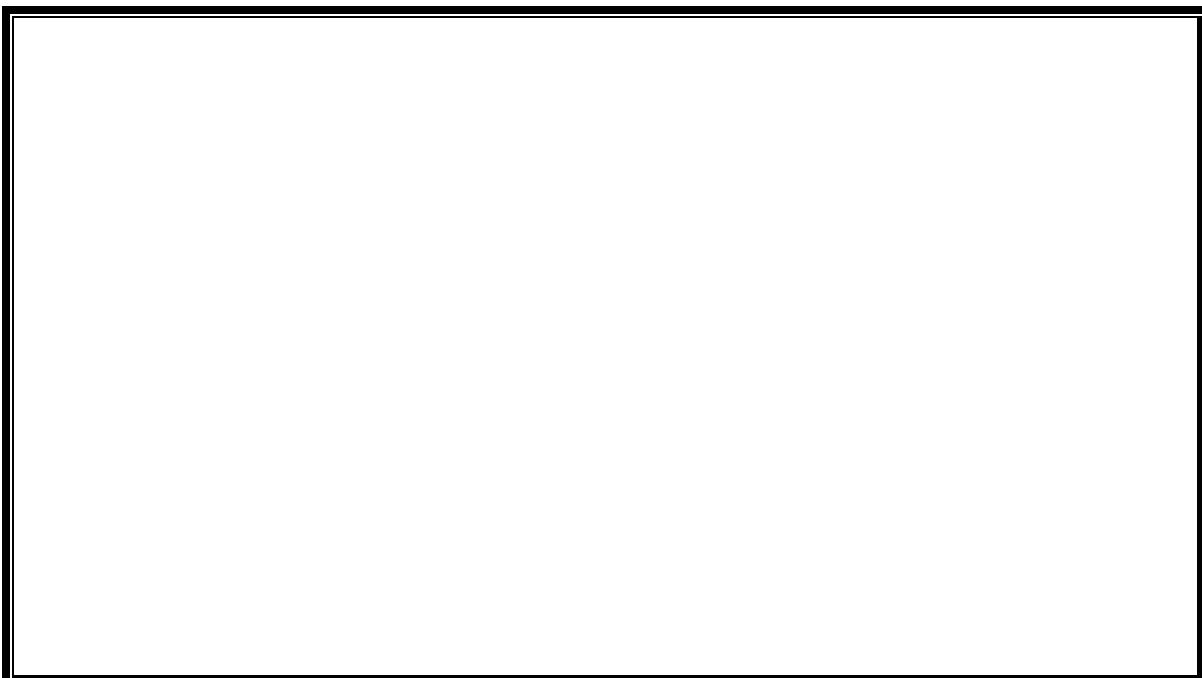
الملاعق

إذا واجهتك مشكلة

لماذا هذه المشكلة مشكلة؟



صيغة المشكلة بشكل وعبارة واضحة .





العلاج بأسلوب حل المشكلات:

الخطوة الرابعة: توليد الحلول (العصف الذهني واستنباط حلول متعددة)

ورقة العصف الذهني 1

استخدمي ورقة العمل التالية لكتابية مشكلتك والحلول المحتملة إذا كنت تفضلين نظام قائمة. لا تشعري أن عليك أن تتوقفي عند نهاية الجدول، اقلبي الورقة واستخدمي الجزء الخلفي من الصفحة إذا كان لديك أكثر.

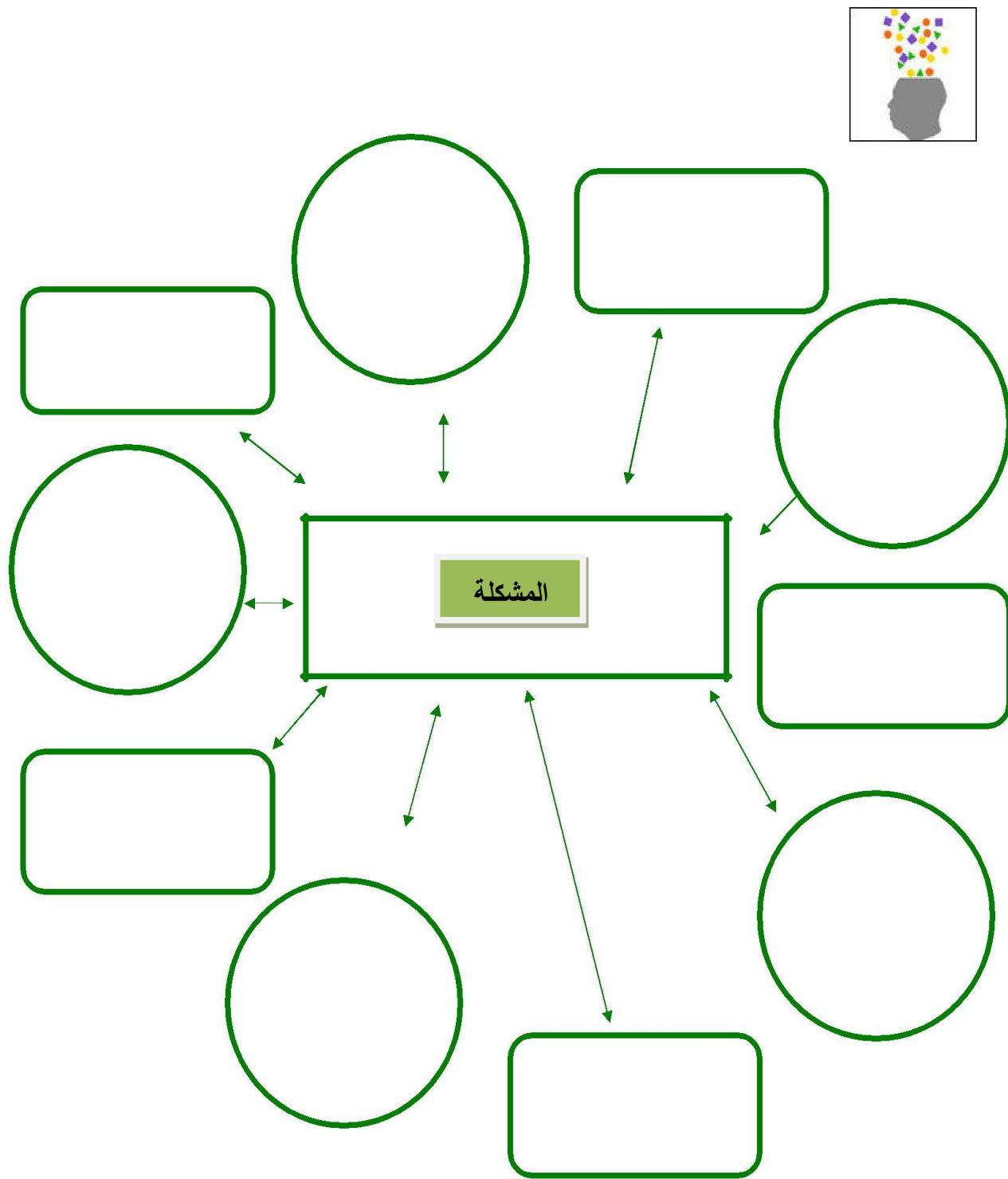
المشكلة :

الحلول المحتملة:

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10
	11
	12

العلاج بأسلوب حل المشكلات:

الخطوة الرابعة: توليد الحلول (ورقة العصف الذهني 2)



العلاج بأسلوب حل المشكلات:

الخطوة الخامسة : اتخاذ القرار و تقييم الحلول و اختيار الحل الأمثل (بطاقة تسجيل مزايا وعيوب الحل)

المشكلة:

الحل المحتمل (1)

مزاي (إيجابي)	عيوب (سلبي)	محايد

أسئلة تساعدك في التفكير عند تقييم مزايا وعيوب الحل .

- كيف سوف يؤثر هذا الحل على سلامتي الخاصة؟ من الناحية (الجسدية والعاطفية والنفسية)
- كم من الوقت والجهد سوف يحتاج؟
- هل هناك أي تكاليف أو فوائد مالية؟

- كيف يتلاءم هذا الحل مع أهدافي وغيرها من الالتزامات؟
- كيف سيؤثر ذلك على رفاهية الناس الذين هم بالقرب مني؟
- هل الحل ممكن؟

الحل المحتمل (2)

--

مزايا (إيجابي)	عيوب (سلبي)	محايد

أسئلة تساعدك في التفكير عند تقييم مزايا الحل وعيوبه.

- كيف سوف يؤثر هذا الحل على سلامتي الخاصة؟ من الناحية (الجسدية والعاطفية والنفسية).
- كم من الوقت والجهد سوف يحتاج ؟
- هل هناك أي تكاليف أو فوائد مالية؟
- كيف يتلاءم هذا الحل مع أهدافي وغيرها من الالتزامات؟
- كيف سيؤثر ذلك على رفاهية الناس الذين هم بالقرب مني؟
- هل الحل ممكن؟

S	محددة
M	قابل للقياس
A	قابل للتحقيق
R	ذو صلة (يناسب المشكلة)
T	له وقت محدد

العلاج بأسلوب حل المشكلات:
الخطوة السادسة: وضع وتنفيذ خطة العمل (SMART)

خطة العمل الخاصة بي

المشكلة:

الحل:

	ماذا ستفعلين
	متى
	هل يلزمك (أحد معك أو أشياء أو مواد)
	بماذا
	توقعاتك (نتائج - عقبات)

خطة العمل:

- الخطة الزمنية لتنفيذ الخطة من : _____ الى _____ .
- موعد مراجعة الخطة: _____ .



الخطوة الأولى: التعرف إلى المشكلة، الملخص

- خذ لحظة لتنوقي وترجعي توجهاتك
- أعود عقلي على خصائص التوجه الإيجابي للتفكير بالمشكلة ، إذا لزم الأمر، لوضع نفسك في الاتجاه الصحيح لحل المشكلات بشكل فعال.



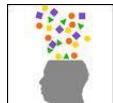
الخطوة الثانية: تحديد وتعريف المشكلة

- اختار مشكلة من قائمة مشكلاتك لاستخدامها في هذه الورقة
- إذا كنت تريدين التعلم على مشكلة جديدة، استخدمي الخطوات السابقة في الكتاب الخاص بك لتساعدك في التعرف إليها .

الخطوة الثالثة: اختيار وتعريف المشكلة

- تذكر أن تعرفي مشكلتك بشكل واضح- قدر الإمكان - هذا يساهم بشكل كبير في إيجاد حلول مناسبة
- استخدمي الأسئلة في الكتاب السابق لمساعدتك

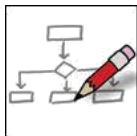
مشكلتي هي:



الخطوة الرابعة: توليد الحلول

- استخدمي هذا الفراغ للعصف الذهني فكلما واجهتني أفكار أكثر كلما ساهم في حل المشكلة

الحلول المحتملة هي :



الخطوة الخامسة:

- انظري إلى قائمة الأفكار التي تولدت لديك، هل هناك أي أفكار يمكنك البدء بالعمل عليها فورا؟
- هل يمكنني تصنيف الأفكار الأخرى في مجموعات؟
- اختر أي فكرتين يمكنها حل مشكلتك وعدي مزايا وعيوب كل فكرة ومن ثم أعطي لكل فكرة درجة؟

Solution 1:

متعادل	مزايا	عيوب

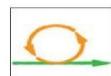
Solution 2:

متعادل	مزايا	عيوب



الخطوة السادسة : إيجاد وتطبيق خطة العمل

- استخدمي الفراغ في الأسفل لإيجاد خطة عمل لتطبيق الحل التي اخترته (SMART)
- لا تنسى أن تتأكدي أن تكون الخطة معدة بطريقة جيدة



الخطوة السابعة : تقييم الحل (مراجعة التقدم في الخطة)

- هل مازالت هناك مشكلة في التطبيق؟ إذا كان الجواب نعم حددي المعيقات وحدثي خطة العمل خاصتك؟
- إذا كان الجواب لا، هل تم حل المشكلة؟ ابدئي بالعمل على مشكلة جديدة إذا كنت جاهزة.

ملحق رقم (8)
تنفيذ الجلسات

❖ **الجلسة الأولى:**

- **عنوان الجلسة الأولى:** التمهيد والإعداد للبرنامج.
- **أهداف الجلسة الأولى:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الأولى قادرين على:

- التعارف وكسر الحاجز بين الباحثة وبين أفراد المجموعة وإيجاد الألفة.
- التعريف بالبرنامج وبالفائدة المرجوة منه.
- وضع قوانين عامة لسير الجلسات.
- التعريف على نظام سير الجلسات والآلية التعامل في كل جلسة
- أخذ توقعات المجموعة من البرنامج
- تطبيق مقاييس البرنامج القبلية.

► **الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:**

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة وشكرهم على حضورهم.
- قامت الباحثة بعقد اتفاق مع أفراد المجموعة على مبادئ الالتزام بالجلسات مع الاتفاق على وقت وزمن الجلسات على أن يستغرق تنفيذ البرنامج 12 جلسة، وزمن كل جلسة ما بين 60-90 جلسة، بمعدل جلستين أسبوعيا.
- النقاش حول محتويات البرنامج والآلية بنائه وتنفيذها، وحول توقعاتهم من البرنامج ووجهة نظرهم.

• **الانهاء:** تلخيص لما دار خلال الجلسة الأولى، وأخذ تعذية راجعة حول ما دار من نقاش، وتنذيرهم بموعد الجلسة التالية ومع التأكيد على أهمية الالتزام بالموعد المحدد.

- **المخرج:** في نهاية الجلسة الأولى أصبح لدى أفراد المجموعة معرفة وفهم بالقوانين والمبادئ التي يجب عليهم الالتزام بها خلال تطبيق البرنامج ودرأة بآليات ومحفوبيات البرنامج بالإضافة لانسجام والتعارف فيما بينهم.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الأولى:** أبدوا اهتمامهم ووعيهم بالقوانين والمبادئ وعزموا على الالتزام بها والحماس والرغبة في المشاركة بالبرنامج.
- **رأي المجموعة في الجلسة الأولى:** شعر أفراد المجموعة بالراحة تجاه البرنامج ووعدوا بأداء المهام التي تطلب منهم، والالتزام بالحضور لجلسات البرنامج حسب الموعد المحدد.

❖ الجلسة الثانية:

- **عنوان الجلسة الثانية :** مادة تطبيقية حول الفصام
- **أهداف الجلسة الثانية:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الثانية قادرين على:

- 1- التعرف بمرض الفصام أسبابه وأعراضه وأثاره ومدى شدته ومضاعفاته.
- 2- عرض نماذج حية من تجارب المشاركات.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم عرضه في الجلسة الحالية.
- قامت الباحثة بتوزيع كتيب يحتوي على المادة التطبيقية الخاصة باضطراب الفصام.
- ثم قامت بعرض مادة تطبيقية (باوربوبينت) عن مرض الفصام ، أسبابه وأعراضه وآلية التعامل معه.
- قامت الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة إلى مجموعات والطلب من كل مجموعة التحدث عن موضوع يخص معرفتهم عن الفصام ، والمشكلات التي يعانون منها والناتجة عن المرض.
- المناقشة في الموضوعات التي طرحت ثم التصحيح والتعديل في الأفكار والسلوكيات الخاطئة من قبل الباحثة.

- طلبت الباحثة من الزوجات عرض نماذج حية من تجاربهن مع المعاناة الناتجة من مرض الأزواج.

- **الواجب المنزلي** مراجعة المادة العلمية بقراءتها في البيت للتعرف إلى ما تمت الاستفادة منه خلال الجلسة لمراجعته في الجلسة التالية.
- **الإنتهاء**: تلخيص ما دار خلال الجلسة الثانية، وأخذ تغذية راجعة حول ما دار من نقاش، وتنذيرهم بموعد الجلسة التالية، ومع التأكيد على أهمية الالتزام بالموعد المحدد.
- **المخرجات**: في نهاية الجلسة الثانية أصبح أفراد المجموعة قادرين على فهم المادة التنقify الخاصة بمرض الأزواج.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثانية**: أظهر زوجات مرضى الفصام مدى المعاناة والألم الذي يعيشونه مع أزواجهن المرضى.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة الثانية**: عبرت زوجات مرضى الفصام عن حصولهم على معلومات لم يكن لديهم دراية بها من قبل بشكل واضح.

❖ الجلسة الثالثة:

- **عنوان الثالثة**: آلية تعامل الأهل مع المريض الفصام.
- **أهداف الجلسة الثالثة**:

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الثالثة قادرين على:

مراجعة الواجب المنزلي

- التعرف إلى آليات التعامل الصحيحة للأهالي مع المريض
- كيفية التعامل مع أعراض الظاهرة عنده وتقبليه في العائلة.
- كيفية دمج الأهل في العملية العلاجية.
- إبراز أهمية الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من قبل الأهل.
- عرض نماذج نجاح عن كيفية طرائق التعامل مع مريض الفصام.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم عرضه في الجلسة الحالية.
- عرضت الباحثة مادة تنفيذية (باوريونت) عن آلية التعامل مع مريض الفصام.
- ثم قسمت أفراد المجموعة إلى مجموعات والطلب من كل مجموعة التحدث عن آليات التعامل الصحيحة مع مريض الفصام.
- المناقشة التفاعلية في الموضوعات التي طرحت ثم التعديل في الأفكار والسلوكيات الخاطئة وتصحيحها من قبل الباحثة.
- ومن ثم قامت الباحثة بعرض نماذج حية إيجابية في تعامل الأهل مع المريض الفصامي.
- **الواجب المنزلي:** مراجعة ما تم الاستفادة منه خلال الجلسة من آليات التعامل الإيجابية وكيفية تطبيقها مع أزواجهم في الحياة اليومية لمتابعة وتطبيقها على المواقف الحياتية.
- **الإنهاء** تلخيص لما دار خلال الجلسة الثالثة، وأخذ تعذية راجعة حول ما دار من نقاش، وذكرهم بموعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالموعد المحدد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة الثالثة أصبحت المجموعة قادرة على فهم آليات التعامل الإيجابية مع أزواجهم المرضى الفصاميين.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثالثة:** الرغبة في التعرف إلى آليات التعامل الإيجابية في التعامل مع مريض الفصام لجهلهم في الطريق الصحيح في التعامل مع المريض.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة الثالثة:** اكتساب معلومات حول آليات التعامل الإيجابية في التعامل مع مريض الفصام لم يكن لديهن علم بها.

❖ الجلسة الرابعة

- عنوان الجلسة الرابعة: مادة تتفقية عن الضغوط النفسية.
- أهداف الجلسة الرابعة:

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الرابعة قادرين على:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- التعرف إلى الضغوط النفسية مصادرها وأسبابها وأثارها.
- عرض نماذج حية من تجارب أفراد المجموعة في الضغوط التي يعانون منها خلال الحياة اليومية.

➢ الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم عرضه في الجلسة الحالية.
- وزعت الباحثة كتيباً يحتوي على المادة التتفقية الخاصة بالضغط النفسي.
- ثم عرضت الباحثة مادة تتفقية باوربوبينت عن الضغوط النفسية ومصادرها وأسبابها وأثارها.
- ومن ثم قامت الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة إلى مجموعات، والطلب من كل مجموعة التحدث عن موضوع من موضوعات الضغوطات الخاصة بالمصادر والأسباب والآثار.
- المشاركة والمناقشة في الموضوعات التي طرحت.
- ثم طلبت الباحثة من أفراد المجموعة عرض لنماذج حية من خلال تجاربهم مع الضغوط الحياتية.
- الواجب المنزلي: تسجيل بعض المواقف التي تثير الضغوط لدى المشاركين خلال الأسبوع (أشخاص، أحداث ، أماكن) .
- الإنتهاء: تلخيص ما دار خلال الجلسة الرابعة، و تحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بمواعيد.
- المخرجات: في نهاية الجلسة الرابعة أصبحت المجموعة قادرة على فهم المادة التتفقية الخاصة بالضغط النفسي.

- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الرابعة:** لاحظت الباحثة أن جميع زوجات مرضي الفصام يعانين من جميع أنواع الضغوطات نتيجة مرض أزواجهن بالفصام العقلي.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة الرابعة:** الاستفادة من معلومات لم تكن لديهم درية بها من قبل.

❖ الجلسة الخامسة:

- **عنوان الخامسة:** طرق وأدوات التعامل مع الضغوط النفسية
- **أهداف الجلسة الخامسة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الخامسة قادرين على:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- التعرف إلى أساليب التعامل مع الضغوط لدى المشاركات لتعديلها.
- التدريب على أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط والتي منها:
 - 1- التعامل مع الآثار ويشمل:
 - أ- أساليب الاسترخاء (التنفسي ، العضلي ، التأمل) ، مع التطبيق التنفسي والعضلي في هذه الجلسة ، والتأمل الذي سيتم تطبيقه لاحقا .
 - ب- بعض الإرشادات الخاصة بكيفية التعامل مع الضغوط.
 - 2- التعامل مع المصدر ويشمل أسلوب حل المشكلات الذي سيتم التركيز عليه بشكل مفصل خلال الجلسات القادمة

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم عرضه في الجلسة الحالية.
- ثم وزعت كتيباً يحتوي على المادة التتفقية الخاصة بكيفية التعامل مع الضغوط.
- ثم قامت الباحثة بعرض (باوربوينت) بأساليب مواجهة الضغوط النفسية.

- قامت الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة إلى مجموعات والطلب من كل مجموعة التحدث عن أساليب المواجهة التي يستخدمونها في التعامل مع الضغوط.
- قامت الباحثة بمناقشة تفاعلية مع أفراد المجموعة في الموضوعات التي طرحت، ومن ثم تصحيح والتعديل في الأفكار والسلوكيات الخاطئة وتصحيحها.
- تعليم الباحثة أفراد المجموعة طرائق جديدة في التعامل مع مواجهه الضغوط من خلال طرائق الاسترخاء وتطبيق الاسترخاء النفسي والعضلي في هذه الجلسة والتعرف إلى طريقة حل المشكلات التي سيتم التركيز عليه بشكل مفصل خلال الجلسات القادمة.

- **الواجب المنزلي:** تطبيق ما تم تعلمه من مهارات للتعامل مع الضغوط في الحياة اليومية وتطبيق ما تم تعلمه من أساليب الاسترخاء وتدوين ما يشعرون به من تحسن بعد تطبيق هذه الأساليب.
- **الإنهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة الخامسة وتحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة الخامسة أصبحت المجموعة قادرة على فهم آلية التعامل مع الضغوط كما اكتسبت مهارات عملية مثل أساليب الاسترخاء.
- **رأى الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الخامسة:** لاحظت الباحثة، استخدام الزوجات آليات خاطئة واتجاهات وأفكار سلبية تجاه المواقف الضاغطة و أن زوجات المرضى أظهرن قبول ورغبة في معرفة آليات التعامل مع الضغوط، ولديهن قبول شديد لتعلم مهارات الاسترخاء.
- **رأى أفراد المجموعة في الجلسة الخامسة:** عبرت زوجات مرضى الفصام عن ارتياحهم لمهارة تعلم الاسترخاء بعد تطبيقها ، والاستفادة من معلومات لم تكن لديهم دراية بها من قبل.

❖ الجلسة السادسة:

- **عنوان الجلسة السادسة:** مادة تثقيفية عن العلاج بأسلوب حل المشكلات
- **أهداف الجلسة السادسة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة السادسة قادرين على:

- مراجعة الواجب المنزلي.

- ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.
- التعرف على مفهوم المشكلات وأنواعها.
- التعرف إلى مفهوم العلاج بحل المشكلة وأهدافه وفوائده.
- التعرف إلى طريقة وخطوات العلاج بحل المشكلة التي سيتم شرحها بشكل مفصل في الجلسات القادمة.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة؛ وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.
- قامت الباحثة بتوزيع مادة تنفيذية عن العلاج بأسلوب حل المشكلات.
- ثم قامت بعرض (باوربوينت) بالمادة التنفيذية .
- وقسمت الباحثة افراد المجموعة إلى مجموعات صغيرة والطلب من كل مجموعة التحدث عما هو مفهوم المشكلة بالنسبة لهم، وما هي أنواع المشكلات و طرائق وأليات التعامل معها.
- ثم قامت الباحثة بتفعيل المشاركة والمناقشة في الموضوعات التي طرحت، ومن ثم تصحيح والتعديل في الافكار والسلوكيات الخاطئة بحل المشكلات وتصحيحها من قبل الباحثة.

- **الواجب المنزلي:** تسجيل لأهم المشكلات التي تواجههم خلال الأسبوع ، مع ذكر أسبابها ، وكيفية تعاملهم معها الجلسة مع وتطبيق مهارة التنفس العميق وقت الحاجة.
- **الإنتهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة السادسة وتحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بمواعيده.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة السادسة أصبحت المجموعة قادرة على فهم المادة التنفيذية الخاصة بالعلاج بأسلوب حل المشكلات وتطبيق ما تم تعلمه في الحياة اليومية .
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة السادسة:** لاحظت الباحثة على أفراد المجموعة الانتباه والتفاعل والتجاوب والمشاركة الفعالة في الموضوعات التي طرحت.

- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة السادسة:** التعرف إلى معلومات جديدة لم يكونوا على دراية أو علم بها وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة بالموضوعات التي طرحت بالجلسة.

❖ الجلسة السابعة:

- **عنوان الجلسة السابعة:** الخطوة الأولى والثانية لأسلوب حل المشكلات وهي (التوجه نحو المشكلة وأنماط حل المشكلات، و التعرف إلى المشكلة وتحديدها).

- **أهداف الجلسة السابعة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة السابعة قادرين على:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.
- التعرف إلى أنماط التوجه نحو المشكلة لدى أفراد المجموعة مع التفريق بين الأنماط السلبية والإيجابية.
- التعرف إلى درجة التوجه نحو المشكلة على مقياس من (0-10).
- إعداد قائمة بالمشكلات التي تواجههم حالياً من خلال نموذج فارغ يقومون بتعبيته (نموذج قائمة المشكلات الحياتية).
- التعرف إلى كيف أثرت المشكلات على الحالة النفسية والجسمية، وذلك من خلال تتبع جذور المشكلة من خلال مناقشة عوامل القدح التي ساهمت في ظهور الأعراض المتمثلة في (الأفكار والمشاعر والسلوك والأعراض الجسمية).
- التعرف إلى كيف أثرت المشكلات على الوظائف الحياتية من ناحية (رعاية الذات، العلاقات الاجتماعية، المهنية، الترويحية والثقافية والدينية).

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة، وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.

- في هذه الجلسة قامت الباحثة بتوضيح أنه سيتم في هذه الجلسة شرح الخطوة الأولى والثانية لأسلوب حل المشكلات ، ففي الخطوة الأولى يتم توزيع (بطاقات التوجه نحو

المشكلة وأنماط حل المشكلات) الخاصة بكل متدرية، ومن ثم تعريفهن بأن هناك نوعين من التوجه إما إيجابي أو سلبي، ولكل منها عدد من الأفكار المصاحبة وللمعرفة طريقتهم في التوجه نحو المشكلة الآن ثم يتم الطلب من كل متدرية وضع درجة على مقياس من صفر إلى 10 على أن التوجه السلبي نشير له بالصفر والتوجه الإيجابي يقع على النقطة عشر، وأن هناك طرائق عملية للتعامل مع التوجه للمشكلة على أن يعمل على التوجه الإيجابي الذي يعمل على الأخذ بالأنماط العقلانية لحل المشكلة وذلك بإعطائهم مثلاً عملياً ، من واقع الحياة.

- أما في الخطوة الثانية فقد قامت الباحثة بتوزيع (بطاقات التعرف على المشكلة وتحديدها) الخاصة بكل متدرية والطلب منها طرح كل المشكلات وكتابتها في قائمة والتي ستكون أساس عملنا، والغرض من هذه الخطوة: التعرف إلى المشكلات وتحديدها وذلك بعرض نموذج فارغ تقوم كل متدرية بتبنته عن نفسها من أفراد المجموعة وترتيب المشكلات للبدء بالمشكلة الأسهل.

- ثم قامت الباحثة بمناقشة الأعراض والأسباب وهل الأعراض ناتجة عن المشكلة وإذا حلت المشكلة ممكناً أن تتحسن الأعراض، وذلك بتوزيع نموذج فارغ يقومون بتبنته عن أعراض المشكلة المتمثلة في (الأفكار والمشاعر والسلوكيات والجسمية).

- ثم قامت الباحثة بمناقشة المتدريات على كيف أثرت المشكلة على الوظائف الحياتية وذلك بتوزيع نموذج فارغ تقوم كل متدرية بتبنته عن نفسها، في كيف أثرت المشكلات عليها في هذه التوأقي (رعاية الذات ، العلاقات الاجتماعية، المهنية، الترويحية والثقافية والدينية).

- **الواجب المنزلي:** الطلب من الزوجات اختيار مشكلة من قائمة المشكلات التي سردتها الزوجات على أن تكون سهلة، حتى تشعر بالإنجاز ومن ثم تعريفها ليتم العمل عليها.
- **الإنتهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة السابعة وتحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بمواعيده.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة السابعة أصبحت المجموعة قادرة على معرفة وفهم الخطوة الأولى والثانية لحل المشكلات والتي تتمثل في التوجه الإيجابي والسلبي نحو المشكلة والفرق بينهما و التعرف إلى حل المشكلات، وتحديدها.

- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة السابعة:** إن الزوجات يفقدن للتوجه الصحيح لأسلوب حل المشكلات، ويفتقدن الطرائق والخطوات المنطقية لحل المشكلات، لأنه ليس لديهن المعرفة أو الدرأية بالطرائق الصحيحة.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة السابعة:** أصبح لديهن معرفة بأنواع التوجهات وكيف يمكن التفريق ما بين التوجه الإيجابي والسلبي، وكيف يمكن الأخذ بالتوجه الإيجابي الذي يعتمد على الأنماط العقلانية نحو المشكلات، وكيف يمكن الاستفادة منه وتطبيقه على المشكلات المختلفة التي يوجهنها والقدرة على كيفية تحديد مشكلاتهم.

❖ الجلسة الثامنة:

- **عنوان الجلسة الثامنة:** الخطوة الثالثة: اختيار المشكلة وتعريفها
- **أهداف الجلسة الثامنة:**
 - أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الثامنة قادرين على:
 - ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.
 - مراجعة الواجب المنزلي.
 - التعرف، والتدريب إلى كيفية اختيار مشكلة من قائمة المشكلات التي تم سردها سابقاً والبدء بالمشكلة الأسهل حتى يشعروا بالإنجاز.
 - التعرف إلى كيفية تعريف المشكلة عن طريق جمع الحقائق المتوفرة حول المشكلة باستخدام مجموعة من الأسئلة.
 - الخروج بصياغة واضحة وبعبارة مفهومة ومحددة للمشكلة.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة، وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.
- قامت الباحثة بإعطاء المدربات تعليمات بكيفية اختيار المشكلة ليتم العمل عليها.

- من ثم قامت الباحثة بتوزيع (بطاقات اختيار المشكلة وتعريفها) الخاصة بكل متدرية ومن ثم الطلب منهن النظر إلى قائمة المشكلات التي كتبواها عن أنفسهم واختيار مشكلة ليتم البدء بها.

- الطلب منهن اختيار مشكله تبدو سهلة بالنسبة لهم حتى يشعروا بالإنجاز وفي الوقت نفسه تكون ملحة.

- الشرح لهم كيف يمكن أن نعرف المشكلة بوضوح، وذلك بتبسيطها للتناسب قدراتهن من خلال الاستعانة بالتوضيح على اللوحة البيضاء، وأفلام فلوماستر، وتدريبهن كيف يمكن جمع الحقائق المتوفرة عن المشكلة؛ وذلك بطرح عدد من الأسئلة:

- من المقصود بالمشكلة؟
- متى تحدث هذه المشكلة؟
- أين تحدث هذه المشكلة؟
- من يشارك في هذه المشكلة؟
- كيف تحدث هذه المشكلة غالباً؟
- ماهي طريقة تعاملك مع المشكلة حتى الآن؟
- نتيجة تعاملك مع المشكلة حتى الآن؟
- صيغي المشكلة بشكل عبارة واضحة عن المشكلة؟
- **الواجب المنزلي:** متابعة الإجابة عن تساؤلات المشكلة وتحديد المواقف التي تظهر فيها لتكاملة وتصحيح ما تم بدوه في الجلسة للوصول إلى صياغة واضحة ومحددة لل المشكلة التي تم اختيارها.
- **الإنتهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة السابعة، وتحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة الثامنة أصبح أفراد المجموعة قادرة على كيفية اختيار مشكلة وتعريفها عن طريق جمع الحقائق المتوفرة حولها باستخدام عدد من الأسئلة والخروج بصياغة واضحة وبعبارة مفهومة ومحددة لل المشكلة.
- **رأى الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثامنة:** أن المتدريات ليس لديهن معرفة بكيفية اختيار المشكلة بطريقة إيجابية
- **رأى أفراد المجموعة في الجلسة الثامنة:** إنهن ليس لديهن درية سابقة ومعرفة بالمعلومات التي تلقوها، وكذلك الاستفادة من المعلومات خلال الجلسة.

❖ الجلسة التاسعة:

- **عنوان الجلسة التاسعة:** الخطوة الرابعة والخامسة لحل المشكلات المتمثلة في (استبطاط حلول متعددة من خلال العصف الذهني و تقييم ومقارنة الحلول و اختيار الحل الأمثل).

- **أهداف الجلسة التاسعة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة التاسعة قادرين على:

- ممارسة تمرين التأمل لمراقبة الأفكار.
- مراجعة الواجب المنزلي.
- 1- التدريب على طريقة العصف الذهني والتي تعني: استوليد أكبر عدد من الحلول المتنوعة لتشييط الإبداع وعدم الحكم عليها أو تقييمها الآن.
- 2- التدريب على كيفية تقييم الحلول الموجودة و اختيار الحل الأمثل وذلك عن طريق: استبطاط الحل المختار واستثناء الحلول متشابهة و اختيار الحل الأمثل.

► الاجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة، وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.
- في هذه الجلسة قامت الباحثة بالتوسيع بأننا سنتناول الخطوة الرابعة والخامسة في هذه الجلسة، ولكننا في البداية سوف نقوم بتطبيق ممارسة أحد أساليب الاسترخاء المتمثل في تمرين التأمل وذلك لمراقبة الأفكار ولصفاء الذهن والمساعدة في توليد أكبر عدد من الأفكار دون الحكم عليها، ومن ثم قامت الباحثة بتوضيح الخطوة الرابعة والتي تعني توليد الحلول لحل المشكلة التي اخترناها، وأن الطريقة التي سنستخدمها تسمى (العصف الذهني) وهي طريقة لإيجاد أكبر عدد من الحلول.
- ثم قامت الباحثة بتوزيع (بطاقات العصف الذهني) الخاصة بكل متدربة بأسلوب حل المشكلة لاختيار مشكلة والطلب منها اختيار مشكلة واحدة من قائمة المشكلات الخاصة بكل متدربة و من ثم الطلب منها اختيار أكبر عدد من الحلول لهذه المشكلة والتوضيح لهم بأن الهدف من الحلول الكثيرة أنها تعطينا فرصة لاكتشاف الحل الأمثل.

- ثم قامت الباحثة للانتقال للخطوة الخامسة والتي تتمثل باختيار المشاركات للحل الأمثل للبدائل المقترحة ، وذلك بتوزيع (بطاقات الحل الأمثل) الخاصة بكل متدرية ليتم تعبئتها من قبلهن بعد أن قامت الباحثة بتقديم الإرشادات الخاصة بكيفية اختيار الحل الأمثل من خلال شروط معينة يجب اتباعها ، وذلك عن طريق اختيار الحل الذي يحتوي على أكثر إيجابيات ومكاسب وأقل سلبيات ومخسر والأكثر سهولة والأقل اتخاذ مجهود.

- **الواجب المنزلي:** الطلب من أفراد المجموعة مراجعة البدائل المقترحة للمشكلة التي تم اختيارها سابقاً لتوليد أكبر عدد من الأفكار ، لتوفير فرصة أكبر للوصول إلى حل فعال.
- **الإنتهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة التاسعة و تحديد موعد لجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة التاسعة أصبحت المجموعة قادرة على معرفة كيفية وضع أكبر عدد من الحلول المقترحة للمشكلة التي اختاروها ، و كيفية تقييم الخيارات الموجودة لاختيار الحل الأمثل الأكثر إيجابية والأقل سلبية.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة التاسعة:** لاحظت الباحثة بأن أغلب الزوجات أصبح لديهن معرفة بكيفية وضع حلول للمشكلة المختارة والمعرفة بكيفية اختيار الحل الأمثل.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة التاسعة:** عبرت أفراد المجموعة عن اكتساب خطوات منطقية ومنظمة ، بكيفية اختيار الحلول المناسب لمشكلاتهم.

❖ الجلسة العاشرة

- **عنوان الجلسة العاشرة:** تطبيق الحل ووضع خطة العمل.
- **أهداف الجلسة العاشرة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة العاشرة قادرين على:

- ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.
- مراجعة الواجب المنزلي.
- التدرب على كيفية وضع خطة العمل لتنفيذ الحل المختار.

- التدرب على كيفية تحويل الحل المختار إلى خطوات واقعية صغيرة، يمكن تنفيذها وفق جدول زمني محدد.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بالمتدربيات ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة، وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.
- تقوم الباحثة في هذه الجلسة بتوضيح، بأنهن وصلنا للخطوة العاشرة من خطوات العلاج بأسلوب حل المشكلات، وهذه الخطوة تمثل تحويل الحل المختار إلى واقع.
- ومن ثم التوضيح لهن أنه من الممكن أثناء التنفيذ تعترضهم بعض العوائق غير المتوقعة التي تحتاج إلى تخطيط للتغلب عليها.
- ومن ثم تقوم الباحثة بتوزيع (بطاقات خطة العمل) الخاصة بكل متدرية لتحديد ماذا ستفعل لتطبيق الخطة عن طريق عدد من الأسئلة منها: ماذا ستتعلمن ، ومتى ، هل يلزمك (أحد معك ، أشياء أو مواد توقعات- نتائج عقبات) والمدة الزمنية للتنفيذ ؟
- **الواجب المنزلي:** تنفيذ الخطة خلال المدة الزمنية المحدد لها، و كتابة إذا ما واجهتها صعوبات أو عوائق و كيف يمكن التغلب عليها.
- **الانهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة العاشرة و تحديد موعد للجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بمواعيد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة العاشرة أصبحت المجموعة قادرة على كيفية تطبيق الحل وتحويل الحل المختار على أرض الواقع.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة العاشرة:** لاحظت الباحثة بأن أغلب الزوجات أصبح لديهن معرفة بطرق إيجابية لحل المشكلات، واستبصار أكثر من الجلسات السابقة في فهم التعليمات وتطبيقها.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة العاشرة:** عبرت أفراد المجموعة إكسابهم واستفادتهم لطرق مفيدة لحل مشكلاتهم.

❖ الجلسة الحادية عشرة:

- **عنوان الجلسة الحادية عشرة:** تقييم الحل (مراجعة التقدم في الخطة).

• أهداف الجلسة الحادية عشرة:

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الحادية عشرة قادرين على:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- ممارسة التنفس العميق في بداية الجلسة.
- تقييم الحل المختار ومدى نجاحه.
- فحص مدى التقدم في الخطة والتعرف إلى المصاعب والعوائق التي واجهتهم وكيف يمكن أن يستمرؤا.
- التدرب على كيف يمكن مواجهة بعض العوائق غير المتوقعة خلال تطبيق الحل الأمثل والتي تحتاج إلى تخطيط للغلب عليها.

► الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:

- رحبت الباحثة بالمتدريات ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية ومراجعة الواجب.
- قامت الباحثة بتذكير المتدريات بأننا وصلنا للخطوة الأخيرة من خطوات حل المشكلة وهي تقييم الحل واتفقنا أن نلتقي في هذا اليوم المحدد مسبقاً في خطة العمل لتقييم الحل، ومن ثم شكرتهن على مجهوداتهن على تنفيذ الخطة، وأن هذه الجلسة فرصة لمناقشة مدى نجاح الخطة ومعرفة العوائق التي اعترضتهن خلال تنفيذ الخطة والتي لم تؤخذ بعين الاعتبار.
- وضحت الباحثة لهن أنه في حالة عدم نجاح الخطة لا يعني فشل الخطة وإن الأمور أحياناً لا تجري كما نريد أو حتى لا ننجح في حل المشكلة ، فتقييم الحل يعني فحص أن كنت تقدمت في الخطة، وهل اعترضك أي مصاعب ؟ وكيف تستمر ؟ وأن الهدف الأساسي من الخطوات تعلم كيف يمكن أن تفك إيجابياً، وهذا توجه إيجابي نحو المشكلة وبأن يأتوا بأفكار جديدة ، وأن يتعلموا كيفية مواجهة المشكلة عند حدوثها و عدم الاستسلام لها.

- الإنتهاء : تم تلخيص ما تم عمله خلال الجلسة وتم تحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد.

- **المخرجات:** في نهاية الجلسة الحادية عشر أصبحت المجموعة قادرة على ممارسة وتطبيق مهارة حل المشكلة التي تعلموها على المواقف الجديدة التي يتعرضون لها.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الحادية عشرة :** لاحظت الباحثة بأن أفراد المجموعة لديهم حماس وإرادة بتنفيذ الخطة رغم الصعوبات التي واجهتهم.
- **رأي أفراد المجموعة في الجلسة الحادية عشرة:** عبرت أفراد المجموعة عن استفادتهم خلال الجلسات من خطوات حل المشكلة، وأنهم تعلموا كيف يمكن أن يواجه المشكلة عند حدوثها و عدم الاستسلام لها.

❖ الجلسة الثانية عشرة:

- **عنوان الجلسة الثانية عشرة:** تلخيص وتقدير وإنهاء جلسات البرنامج.
- **أهداف الجلسة الثانية عشرة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الثانية عشرة قادرين على:

- تلخيص ما دار في جميع الجلسات مع تقييم مدى الاستفادة من جلسات البرنامج العلاجي من خلال الطلب من كل متدرية الحديث قصة ناجها من البرنامج العلاجي .
- مكافأة أنفسهن على تحقيق نجاحهن في الخطة العلاجية كتدعم داخلي وتعزيز ذاتي على نجاحهن بالخطة العلاجية بأسلوب حل المشكلات .

-إنهاء البرنامج العلاجي

-الوصيات

-تطبيق مقاييس البرنامج البعدى .

- عقد رحلة ترفيهية كمكافأة على نجاحهن في الخطة العلاجية لأسلوب حل المشكلات وعلى التزامهن بالحضور بجلسات البرنامج العلاجي من قبل الباحثة.

➢ **الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة:**

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة؛ وشرح ما سوف يتم شرحه في الجلسة الحالية.
- وضحت الباحثة للمشتراكين بأن هذه الجلسة الختامية لإنها الجلسات، ومن ثم قامت بتلخيص موجز على تعلمها خلال فترة البرنامج.

- طلبت الباحثة من المشاركات تقييم جلسات البرنامج العلاجي ومدى الاستفادة من خلال حديث كل مشاركة عن قصة نجاحها في تطبيق ما تعلمته واكتسبته من طرائق إيجابية في حل المشكلات الحياتية المختلفة، وكيف حسن ذلك من وضعها النفسي والأسري والاجتماعي والاقتصادي، الأمر الذي خفف من حجم الضغوط المختلفة التي كانت تعاني منها المشاركات قبل تطبيق البرنامج.

- ثم قامت الباحثة بتوضيح و وجوب و أثر مكافأة أنفسهن على نجاحهن في الخطة العلاجية لأسلوب حل المشكلات كنوع من التدعيم والتعزيز الداخلي لرفع مستوى ثقتهن بأنفسهن وقدرتهم في التعامل مع مشكلاتهن المستقبلية و مواجهة صعوبات الحياة اليومية في حال حدوثها.

- ثم قامت الباحثة بسؤال كل واحدة منهن، بماذا سوف تكافئ نفسها وتشجيعهن ودعمهن على تقديم المكافأة لا أنفسهن .

- ومن ثم الطلب منهن الحديث عن التوصيات والمطالب التي هم بحاجة لها كزوجات مرضى فصام.

- و ثم قامت الباحثة بشكر وتقدير المتدربات لتعاونهم والتزامهم في البرنامج والطلب منهن تطبيق مقاييس البرنامج البعدي.

- ومن ثم قامت الباحثة بالاتفاق على موعد ومكان الانطلاق للرحلة وكيفية الترتيب لها والتوضيح لهن بأنها نوع من المكافأة على نجاحهن بالخطة العلاجية لأسلوب حل المشكلات وعلى التزامهن بالبرنامج العلاجي طوال فترة البرنامج كتدعم مستمر لجهودهم مع شكرهم على ما يذلوه من إنجازات .

- **الإنتهاء:** تم تلخيص ما تم القيام به خلال الجلسة مع شكر المجموعة على حسن تعاونهم في تطبيق الاختبارات القبلية ، وتم تحديد موعد ومكان الانطلاق للرحلة .
- **المخرجات** في نهاية الجلسة أصبحت المجموعة قادرة على حل استخدام وتطبيق مهارة حل المشكلات على المشكلات التي تعرضهن في حياتهن اليومية.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثانية عشرة:** لاحظت الباحثة على المجموعة بأن هناك تغييراً واضحاً وملموساً على المجموعة بالنسبة للأداء البعدي عن القبلي ، وإن المجموعة طبقت المقاييس البعدية بشكل مريح وهادئ وقل لديهم التوتر لخبرتهم السابقة في

تطبيق المقياس القبلي، كما شعرت بأن افراد المجموعة استفادوا من جميع جلسات البرنامج.

• **رأي المجموعة في الجلسة الثانية عشرة:** أن نظرتهم للمشكلات والضغوطات قد تغيرت واصبحت أكثر إيجابية، وكذلك عبرن عن رضاهن عن جميع جلسات البرنامج وشعرن بالاستفادة من جميع المعلومات الملقاة في جميع جلسات، البرنامج وأبدت شكرها لما بذلت الباحثة معهم من مجهود خلال فترة البرنامج .

❖ **الجلسة الثالثة عشرة:**

• **عنوان الجلسة الثالثة عشرة:** رحلة ترفيهية

• **أهدف الجلسة الثالثة عشرة :**

أن يصبح افراد المجموعة في نهاية الجلسة الثالثة عشرة قادرين على:

- الترفيه.
- تنمية روح المحبة والولاء بين افراد المجموعة.
- الاستجمام والترويح عن النفس لأنهن بحاجة ماسة لذلك، وذلك بزيارة المناطق الطبيعية الجميلة وادراج المسابقات.
- الشعور بتحقيق الذات وقيمة الإنجاز عن طريق منهن بهذه المكافأة مقابل اشتراكهن بالبرنامج ونجاحهن في الخطة العلاجية لحل المشكلات.

► **الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة :**

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة وشرحـت ما سوف يتم تنفيذه خلال اليوم الترفيهي للرحلة.
- قامت الباحثة بإعطائهم التعليمات والأخلاقيات التي يجب أتباعها أثناء الرحلة
- ثم قامت الباحثة بالتحضير للأنشطة الترويحية والترفيهية والطلب من المشاركات تطبيقها.
- ومن ثم قامت الباحثة بتقسيمـهن إلى مجموعات والطلب منهن طرح موضوعات وأنشطة يرغـبن بالحديث عنها وممارستها.
- ثم بعد ذلك قامت الباحثة بتعزيـز روح المشاركة مادياً ومعنوياً من خلال الجوائز العينية من خلال تنفيذ الأنشطة والمسابقات .

- **الانهاء** : تلخيص ما دار في الرحلة من أنشطة وفعاليات وترويج عن النفس.
- **المخرجات** : في نهاية الرحلة أصبح أفراد المجموعة قادرين على الاستمتاع والترفيه وتنمية العلاقات فيما بينهم .
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثالثة عشرة** : التزام أفراد المجموعة بالتعليمات والأخلاقيات التي تم الاتفاق عليها، وملحوظة حب وتعاون ومرح فيما بينهم والشعور بالرحة النفسية والاستجمام .
- **رأي المجموعة في الجلسة الثالثة عشرة** : عبرت أفراد المجموعة عن سعادتهم وترفيههن في معظم الفعاليات والأماكن التي زاروها .

جلسات ما بعد الحرب

❖ الجلسة الأولى والثانية:

- **عنوان الجلسة الأولى و الثانية:** تفريغ انفعالي ونفسي.
- **أهداف الجلسة الأولى والثانية:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الأولى والثانية قادرين على:

- الحديث عما حدث لهم خلال الحرب وذلك، من خلال ترك العنان لهم بوصف الأحداث الصادمة التي تركت آثار ومشاعر سلبية عليهم.
- التدريب على تمريرن ردات الفعل عن طريق بطاقات تكتب عليها ردات الفعل الجسدية والعاطفية والفكرية والسلوكية وقت الحرب.
- التحدث عن المواقف السيئة أو المواقف التي أنت فخوره بها في مساعدتك لأفراد أسرتك أو مع الآخرين.
- التدريب على آليات التعامل مع المواقف الصعبة من خلال بعض الإرشادات على ضبط العاطفة والانفعال وبعض تمارين الاسترخاء.

➢ الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة الأولى والثانية:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة بعد غياب فترة بسبب الحرب وتوضيح ما سوف يتم خلال الجلسة والجلسات التالية لاستكمال البرنامج.
- وضحت الباحثة للمشتركات بأن هذه الجلسة الأولى بعد الحرب وهي عبارة عن تفريغ انفعالي على أن يتم تقسيم المشتركات إلى مجموعتين، على أن يكون هذا اليوم الأول لجلسة التفريغ الانفعالي، ثم عمل أجنده لاستكمال سير البرنامج.
- طلبت الباحثة من المشاركات تقسيم انفسهن إلى مجموعتين متساويتين على البدء بالمجموعة الأولى لجلسة التفريغ عن طريق ترك العنان لهم للحديث عن المواقف والصعبة الصادمة أثناء الحرب.

- ومن ثم قامت الباحثة بتوزيع بطاقات ردات الفعل، والطلب منها كتابة ردات الفعل عليها الجسدية والعاطفية والفكرية والسلوكية وقت الحرب، للتعرف إلى تأثير الحدث الصادم عليهم.

-الطلب من كل واحدة منهن الحديث عن مواقف إيجابية قدم فيها المساعدة للأسرة وللغير، وكيف كافأت نفسها على هذا العمل الإيجابي.

- ومن ثم تدربن على آليات التعامل مع المواقف الصعبة من خلال بعض الإرشادات على ضبط العاطفة والانفعال وبعض التمارين الاسترخاء ، كتنفس العميق ، وتمرين التماسك القلبي.

- **الإنهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة الأولى ما بعد الحرب و تحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد.
- **المخرجات** في نهاية الجلسة أصبحت المجموعة قادرة على التقييم الانفعالي وتطبيق مهارة التعامل مع المواقف الصعبة من خلال الإرشادات الخاصة القائمة على ضبط العاطفة وتمارين الاسترخاء.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الأولى و الثانية:** لاحظت الباحثة أن أفراد المجموعة كانوا متأثرين كثيراً لتجربتهم بشكل مباشر لمواصفات صادمة فرضت عليهم وعلى غيرهم، وكان التأثير ملحوظاً أثناء التعبير والتقييم النفسي لهم من خلال البكاء وملامح الحزن والصدمة والألم الذي ظهر على سلوكياتهم ووجوههم وحديثهم.
- **رأي المجموعة في الجلسة الأولى والثانية:** عبر أفراد المجموعة عن ارتياحهم لما تم من تقييم لمشاعرهم السلبية خلال الجلسة، ومن خلال تطبيق تقنيات الاسترخاء.

❖ الجلسة الثالثة والرابعة:

- **عنوان الجلسة الثالثة الرابعة:** مراجعة للضغوط وآلية التعامل معها، مراجعة للفصام وآلية التعامل معه.
- **أهداف الجلسة الثالثة الرابعة:**

أن يصبح أفراد المجموعة في نهاية الجلسة الثالثة والرابعة قادرين على:

- استرجاع موضوع الضغوط وكيفية التعامل معها بشكل عام.
- التحدث عن الضغوطات والمواصفات المختلفة أثناء الحرب وطرائق التعامل معها.

- استرجاع موضوع الفصام وآليات التعامل الأهل مع المريض.
- التحدث عن الأعراض والمواقف التي ظهرت على الزوج وطرائق التعامل معها في ذلك الوقت الصعب من الحرب.

► الاجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة الثالثة والرابعة:

- رحبت الباحثة بأفراد المجموعة ومراجعة ما تم القيام به في الجلسة السابقة وشرح ما سوف يتم عرضه في الجلسة الحالية.
- قامت الباحثة في الجلسة الثالثة بتلخيص المادة العلمية الخاصة بالضغوط النفسية وآلية التعامل معها، ومن ثم طلبت من أفراد المجموعة التحدث من خلال العصف الذهني لاسترجاع المواقف الضاغطة وكيفية التعامل معها أثناء الحرب.
- قامت الباحثة في الجلسة الرابعة بتلخيص المادة العلمية الخاصة بمرض الفصام وآليات تعامل الأهل مع المريض، ومن ثم طلبت من أفراد المجموعة التحدث من خلال العصف الذهني استرجاع الأعراض، والمواقف التي ظهرت على الزوج وطرائق التعامل معها في ذلك الوقت الصعب من الحرب من خلال المشاركة والمناقشة في الموضوعات التي طرحت.

- **الإنتهاء:** تلخيص ما دار خلال الجلسة الرابعة، وتحديد موعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بمواعيد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة الثالثة، والرابعة أصبحت المجموعة قادرة على استرجاع المادة العلمية الخاصة بالضغوط النفسية والفصام وآلية التعامل معهم.
- **رأي الباحثة في المجموعة خلال الجلسة الثالثة و الرابعة:** شعرت الباحثة بأن أفراد المجموعة لديهم تذكر للمادة العلمية بمجرد استرجاعها معهم
- **رأي افراد المجموعة في الجلسة الثالثة و الرابعة:** من خلال المناقشة والمشاركة الفعالة استرجعوا المعلومات التي أخذت في المادة العلمية، كما عبروا عن تطبيقهم لكل ما تم تعلمه في المواقف أثناء الحرب

ملحق رقم (9)

تقويم مصداقية العلاج بحل المشكلات وتشمل عدد من الأسئلة وهي :

هل العلاج المعرفي السلوكي مناسب لهذا المريض؟

هل تغاضيت عن أي من المشكلات ذات العلاقة؟

هل المريض متحفز للتغيير؟

هل تغاضيت عن أي من العوائق السلبية؟

هل العلاج فعال لهذه المشكلة بصفة عامة؟

هل تطبق الاجراء بصورة صحيحة؟

هل يفهم المريض هذا العلاج؟

هل هذا العلاج مكلف للغاية؟

هل هذا العلاج طويل الأمد؟

هل يوجد دعم اجتماعي كافي لهذا المريض؟

هل كان صياغة الحالة دقيقاً؟

هل جلب العلاج آثار سلبية أنت غير منتبه لها؟

هل يتعارض العلاج مع قيم المريض؟

هل لدى المريض أهدافاً وتوقعات غير واقعية متعلقة بهذا العلاج؟

هل يكمل المريض الواجبات المنزلية؟

هل يمارس المريض تقنيات العلاج على الوجه الأمثل "مثل تمرين الاسترخاء"؟

هل يوجد أحد من أفراد العائلة يخرب هذا الأسلوب العلاجي؟

هل يجب أن أستخدم أسلوب علاجي آخر؟

هل أنا حساس لمشاعر المريض؟

هل أنا استخدام هذا العلاج سابق لأوانه؟

هل ينظر لي المريض كأنني أستثمر في علاجه؟

- هل يثق المريض بي كمعالج له؟
- هل حددت اكثر المعززات وضوحاً لهذا المريض؟
- هل توجد متغيرات متقاضة تساعد على بقاء مشكلات المريض وتمنع النتيجة الناجحة؟
- هل يجب علي وقف العلاج؟
- هل علي أخذت آراء مهنيين آخرين؟

وترى الباحثة أن مراحل العلاج بحل المشكلات منظمة ومتسلسلة، ويعتمد النجاح في كل مرحلة على اتمام المرحلة التي سبقتها بنجاح، فإذا ما واجه المعالج صعوبة في احدى المراحل فعليه أن يعود للمرحلة السابقة ويبحث عن التغيرات فيها، كما يتضح أن مراحل حل المشكلة يعتمد على المشاركة الايجابية الفعالة من المتنفع في كل خطوة، خاصة توضيح المشكلة الأكثر الحاحاً وأهميتها بالنسبة له من قائمة المشكلات، و اختيار الحل المناسب له والذي يستطيع تطبيقه بنجاح، والقيام بالواجبات المنزلية التي يطلبها منه المعالج ومناقشتها معه في الجلسة التالية.

ملحق رقم (10)

صور جلسات العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات















ملحق رقم (11)
تسهيل مهمة باحثة

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

الرقم...../35/ج.س.ج/.....
Date 2014/06/03 التاريخ

الدكتورة الفاضلة/ خضراء العمصي
حفظها الله،،،
مديرة وحدة الطب النفسي بوزارة الصحة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

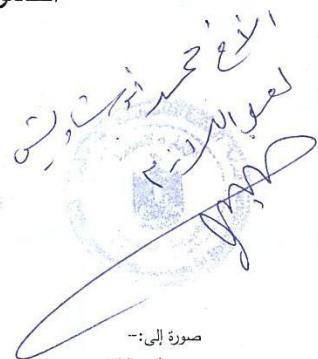
تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أطعراً بحياتها، وترجو من سعادتكم بمساعدة
الطالبة/ أسماء عبد القادر إبراهيم غراب، برقم جامعي 20120594 المسجلة في برنامج
الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها
(البرنامج والاستبيانات) والحصول على المعلومات التي تساعدها في إعدادها والتي بعنوان:

فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من
الضغط النفسي لدى زوجات مرضى الفصام العقلي"

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

د. فؤاد علي العاجز
أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى:-
* الملف.

ABSTRACT

The Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy with Problem solving technique in the alleviation of psychological stress among wives of schizophrenic patients

Aim of the study is identification the effectiveness of cognitive behavioral therapy with Problems solving technique in the alleviation of psychological stressors among schizophrenic patients' wives , also it aimed to identify the level of psychological stressors and with Problem solving styles before and after the application of the program, and study sample consisted of (12) Wives of schizophrenic patients who follow up at Surani governmental mental health Clinic of the Palestinian Ministry of Health in the Gaza Strip, and who suffer from psychological stress as a result of their spouse's schizophrenia. They were selected with purposive method, The researcher has used two types of research design, the quasi-experimental (with a one-design), which includes one experimental sample and the application of the program without resorting to a control group, and the qualitative approach, which includes collecting information from respondents either by field observation or by interviews without using of statistical procedures. One of the study instruments used by the researcher psychological stress scale, which was developed tools by the researcher herself, and standardized problem solving styles scale prepared by D'Zurilla T, Nezu A, Maydeu (2002), and it was translated into Arabic by Dr. Mustafa el Masry. As the researcher prepare a Cognitive Behavioral Therapy program with Problem solving technique in the alleviation of psychological stress in a sample of wives of schizophrenic patients, also she used individual clinical interviews with a group of specialists in the field of clinical psychology, and another group of wives of schizophrenic patients who have attended the program and both of the researcher preparation.

After statistical analysis, the study found the following results:

- The presence of substantial statistically significant differences between pretest and posttest scores for the overall psychological stress scale and problem-solving styles scale to the wives of patients with schizophrenia, and the differences were

in favor of the posttest measurement.

-There were no substantial statistically significant differences between the posttest scores and follow up scores of the psychological stress scale and problem-solving styles scale of the wives of patients with schizophrenia.

That means the capability of therapeutic program and its effectiveness and continued impact in alleviating the psychological pressure and increase the ability to solve problems among respondents of the study sample, **the study came up with a number of recommendations**, the most important recommendation was training of the psychologists and psychiatrists who work in the governmental and non-governmental institutions to practice problem solving therapy, based on the results of this study and others studies who confirm its effectiveness of problem solving for treatment of different mental disorders, that is beneficial for the patients and their families.

Islamic University of Gaza.
Dean of Higher Studies.
Faculty of Education.
Psychology Department.



**The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Problem solving technique in the
alleviation of psychological stress among wife's of schizophrenic patients**

Prepared by :

Asma' Abdul-Kader Ghourab

Supervision by:

DR. Nabil Kamel Dukhan

**This thesis was applied to complete the requirement for achieving master
degree in community mental health in the Islamic university- Gaza**

٢٠١٥ - ١٤٣٦