

The Islamic University–Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير صحة نفسية ومجتمعية

المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى
الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

**Family Support and it's Relation with Recovery
among sample of Schizophrenic Patients
attending to Mental Health Clinics in Gaza Strip**

إعدادُ البَاحِثِ
عمرو سامي محمد أبو عقل

إشرافُ
الأستاذ الدكتور
عاطف عثمان الاغا

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي الصِّحَّةِ النَّفْسِيَّةِ وَالمُجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

مايو / 2016م - شعبان / 1437هـ

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:


المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى
الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

Family Support and it's Relation with Recovery among sample of Schizophrenic Patients attending to Mental Health Clinics in Gaza Strip

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this. The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	عمرو سامي ابو عقل	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:	2016/05/17	التاريخ:

نتيجة الحكم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم ج س غ/35/ Ref

التاريخ 2016/08/17 Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ عمرو سامي محمد ابوعقل لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأربعاء، 14 ذو القعدة، 1437 الموافق 2016/08/17 الساعة الواحدة مساءً بمبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. عاطف عثمان الأغا	مشرفاً ورئيساً	عاطف الأغا
د. نبيل كامل دخان	مناقشاً داخلياً	نبيل كامل دخان
د. يحيى محمود النجار	مناقشاً خارجياً	يحيى محمود النجار

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبد الرؤوف علي المناعمة

ملخص الرسالة باللغة العربية

هدفت هذه الدراسة إلى: تحديد مستوى المساندة الاسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام وعلاقته ببعض المتغيرات، اضافة الى الكشف عن مستوى الاستشفاء لدى هؤلاء المرضى، وكذلك معرفة العلاقة ما بين المساندة الاسرية والاستشفاء عند مرضى الفصام.

وقد تكونت عينة الدراسة من (171) مريضاً من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة بقطاع غزة.

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقام باستخدام الادوات التالية:

*مقياس المساندة الاجتماعية: وهو من إعداد أسماء السرسى وأمانى عبد المقصود.

*مقياس الاستشفاء: حيث قامت حنان الشيخ علي بتعريب وتقنين المقياس على البيئة الفلسطينية.

وقد توصلت الدراسة الى اهم النتائج التالية:

- بلغ مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام وزن نسبي وصل الى (69.5%).
- بلغ معدل الاستشفاء لدى مرضى الفصام وزن نسبي وصل الى (71.3%).
- وجود تأثير ذو دلالة إحصائية للمساندة الاجتماعية على الاستشفاء لدى مرضى الفصام.
- عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية وفي الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمتغيرات التالية: (نوع الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، مكان السكن، الدخل الشهري، مدة المرض).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات كل من المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة لمتغير المستوى التعليمي.

كلمات مفتاحية: (المساندة الاسرية- الاستشفاء- الفصام- عيادات الصحة النفسية).

Abstract

Objective: This study aimed to explore the level of Family support and Recovery among sample of schizophrenic Patients ,To identify the relationship between Family support and Recovery among Schizophrenic Patient's.

Study Sample: (171) Schizophrenic Patient's which recurrent following attendance in governmental community mental health centers.

Method: Descriptive analytical design by using:

Social support scale: It is prepared by Asma Esrsy & Amani Abd Elmaqsoud.

Recovery Assessment Scale: Where Hanan al-Shaykh Ali has Arabization the scale and codified it on Palestinian environment .

Main Result:

- 1- There is high level of social support between patients with schizophrenia relative weight up to (69.5%).
- 2- There is high Rate of Recovery between patients with schizophrenia relative weight up to (71.3%).
- 3- There is presence of a statistically significant effect of social support and recovery between patients with schizophrenia.
- 4- There is no significant differences between the highest of the total score social support scale and Recovery assessment scale for patients with schizophrenia who are attending on mental health clinics in the Gaza Strip attributed to following variables:(Gender, age, marital status, number of family members, place of residence, monthly income, duration of the disease).
- 5- The presence of statistically significant differences in the degrees of social support and recovery for patients with schizophrenia attending on mental health clinics in Gaza due to the variable level of education.

Key words: (Family Support- Recovery- Schizophrenia- Mental Health Clinics).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ
الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ﴾

[البقرة: 32]

الإهداء

إلى صاحبة الفضل الكبير ونبع العطف والحنان إلى والدتي ..

إلى والدي العزيز ..

إلى زوجتي الغالية وأبنائي الأعزاء ..

إلى عائلتي الكريمة ..

إلى زملائي وأصدقائي الأوفياء ..

إلى كل من وقف بجاني مشاركا وموجها وناصحا ..

أهدي لكم جميعاً ثمرة هذا الجهد المتواضع

شكرٌ وتقديرٌ

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين ...وبعد فإنني وقد أنهيت هذه الدراسة أتوجه بالحمد والشكر إلى الله سبحانه وتعالى الذي وفقني وأعانني على إتمامها فله الحمد والشكر أولاً وأخيراً.

ثم إنني أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساعدني على إتمام هذا البحث وعلى رأسهم أستاذي المشرف الدكتور عاطف الأغا والذي لم ييخل عليّ بملاحظاته وتوجيهاته وتعاونيه طيلة فترة إعداد هذا البحث، إذ كان لجهوده القيمة الأثر العظيم في إنجاز هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الأفاضل في قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية بغزة، لما قدموه لنا خلال مسيرتنا العلمية في هذا القسم.

والشكر موصول لزملائي في الإدارة العامة للصحة النفسية بقطاع غزة على تشجيعهم ومؤازرتهم ومساعدتهم لي أثناء إعداد هذه الدراسة.

كما لا يفوتني ان أشكر كل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة برأي أو توجيه أو اقتراح ..

وأسأل الله العليّ القدير أن ينفعنا بما علمنا وصلى الله على نبينا محمد وعلى اله وصحبه أجمعين وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين...

الباحث/

عمرو سامي ابوعقل

فهرس المحتويات

أ	إقرار	.....
ت	ملخص الرسالة باللغة العربية	.....
ث	ملخص الرسالة باللغة الانجليزية (Abstract)	.....
ح	الإهداء	.....
خ	شكر وتقدير	.....
د	فهرس المحتويات	.....
ز	فهرس الجداول	.....
0	الفصل الأول	.....
0	خلفية الدراسة	.....
1	المقدمة :	.....
4	مشكلة الدراسة :	.....
6	أهداف الدراسة:	.....
6	أهمية الدراسة :	.....
9	مصطلحات الدراسة :	.....
11	حدود الدراسة :	.....
12	الفصل الثاني	.....
12	الاطار النظري	.....
13	المبحث الأول: المساندة الاجتماعية (social support)	.....
13	مقدمة:	.....
13	مفهوم المساندة الاجتماعية:	.....
18	وظائف المساندة الاجتماعية:	.....
24	أهمية المساندة الاجتماعية:	.....
25	المساندة الاجتماعية والصحة النفسية	.....
25	المساندة الاجتماعية والأسرة:	.....
26	المساندة الاجتماعية والمدرسة:	.....
27	المساندة الاجتماعية وقت الأزمات:	.....
28	مصادر المساندة الاجتماعية:	.....
30	أشكال المساندة الاجتماعية	.....
34	أبعاد المساندة الاجتماعية:	.....
35	المساندة الاجتماعية في الإسلام	.....
38	النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:	.....
40	النماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية:	.....
41	تعقيب الباحث	.....
42	المبحث الثاني: الاستشفاء (Recovery)	.....
45	نظرة تاريخية لعملية الاستشفاء	.....

46.....	التطور التاريخي لمفهوم الاستشفاء.....
46.....	المفاهيم المرتبطة بمصطلح الاستشفاء
47.....	اعتبارات خاصة بعملية بالاستشفاء.....
48.....	تقييم عملية للاستشفاء.....
49.....	المكونات الاساسية للاستشفاء "العناصر":.....
50.....	أبعاد عملية الاستشفاء بحسب رالف "Ralph2000":.....
51.....	مراحل عملية الاستشفاء
52.....	تعقيب الباحث:
53.....	المبحث الثالث: الفصام العقلي (Schizophrenia).....
53.....	المقدمة:
54.....	مفهوم الفصام.....
56.....	مدى انتشار مرض الفصام:.....
57.....	مدى انتشار الأمراض النفسية في قطاع غزة.....
57.....	عرض تاريخي لنشأة المرض وتسميته (Historical overview):.....
58.....	أسباب الفصام
59.....	النظريات و العوامل التي فسرت مرض الفصام:.....
62.....	العوامل النفسية في ضوء النظرية التحليلية والدينامية:.....
67.....	تفسيرات أخرى للفصام.....
68.....	أطوار ومراحل مرض الفصام.....
69.....	مآل مرض الفصام:.....
70.....	تشخيص الفصام Diagnosis of Schizophrenia
73.....	أنواع الفصام حسب الدليل الامريكي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV.....
77.....	اكتئاب ما بعد الفصام Post-schizophrenic Depression:.....
79.....	تطورات مرض الفصام
80.....	أهم العوامل التي تلعب دورا هاما في مآل المرض هي:.....
81.....	الأسرة والفصام:
82.....	الإعاقة في مرض الفصام:.....
82.....	علاج الفصام.....
85.....	تعقيب الباحث:
86.....	الفصل الثالث.....
86.....	الدراسات السابقة.....
87.....	المقدمة:
87.....	المحور الاول: دراسات تتعلق بالمساندة الاجتماعية والأسرية وعلاقتها ببعض المتغيرات:
96.....	المحور الثاني: دراسات تتعلق بالاستشفاء وعلاقتها ببعض المتغيرات.....
102.....	المحور الثالث: دراسات تتعلق بالفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات:.....
112.....	تعقيب عام على الدراسات السابقة:.....

118	..... ما تتفرد به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:
119	..... فروض الدراسة:
120	..... الفصل الرابع:
120	..... اجراءات الدراسة:
121	..... مقدمة:
121	..... منهج الدراسة :
121	..... مجتمع الدراسة :
122	..... عينة الدراسة:
124	..... الخصائص الديمغرافية والسكانية:
126	..... أدوات الدراسة:
143	..... خطوات إجراء الدراسة:
144	..... الأساليب الإحصائية:
145	..... الصعوبات التي واجهت الباحث:
146	..... الفصل الخامس:
146	..... نتائج الدراسة وتفسيراتها:
147	..... المقدمة:
147	..... أولاً: تساؤلات الدراسة:
153	..... ثانياً: فرضيات الدراسة:
200	..... تعليق عام على نتائج الدراسة:
202	..... الخاتمة:
203	..... أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:
205	..... توصيات الدراسة:
206	..... مقترحات الدراسة:
207	..... المصادر والمراجع:
208	..... قائمة المصادر:
208	..... المراجع العربية:
216	..... المراجع الأجنبية:
222	..... الملاحق:

فهرس الجداول

- جدول (1) يبين توزيع الحالات في المراكز ما بين عامي 2013 و2014 121
- جدول (2) يبين توزيع الحالات المسجلة في المراكز بين عامي 2013-2014 122
- جدول (3) يبين توزيع الحالات المسجلة في المراكز بين عامي 2013-2014 وعينة الدراسة 123
- جدول (4) يوضح الخصائص الديموغرافية والسكانية لأفراد العينة 124
- جدول (5) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس 128
- جدول (6) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" دراسة الفروق بين متوسطي مرتقي ومنخفضي الدرجات على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده 129
- جدول (7) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس 131
- جدول (8) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء) والدرجة الكلية للبعد 131
- جدول (9) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة) والدرجة الكلية للبعد 132
- جدول (10) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة) والدرجة الكلية للبعد 132
- جدول (11) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده الثلاثة 133
- جدول (12) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده الثلاثة 134
- جدول (13) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاستشفاء والدرجة الكلية للمقياس 138
- جدول (14) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الهدف والنجاح والدرجة الكلية للبعد 139
- جدول (15) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد درجة المسؤولية الذاتية والدرجة الكلية للبعد 139
- جدول (16) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الصدق والأمل والدرجة الكلية للبعد 140
- جدول (17) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الجاهزية في طلب المساعدة والدرجة الكلية للبعد 141
- جدول (18) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد المعرفة والحماية والدرجة الكلية للبعد 141
- جدول (19) معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس وأبعاده الخمسة 142
- جدول (20) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد مقياس الاستشفاء 143
- جدول (21) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى المساندة الاجتماعية وأبعادها 147
- جدول (22) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الاستشفاء وأبعادها 150
- جدول (23) ملخص نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد بالطريقة stepwise للمساندة الاجتماعية (المتغير المستقل) على الاستشفاء (المتغير التابع) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة 153
- جدول (24) مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة 156
- جدول (25) نتائج اختبار ت عينتين مستقلتين في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس 159
- جدول (26) نتائج اختبار ت عينتين مستقلتين Independent sample t test في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس 161
- جدول (27) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر 163
- جدول (28) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر 165

الفصل الأول

خلفية الدراسة

المقدمة :

تعتبر الصحة النفسية بمفهومها الشامل غاية لكل الأفراد والمجتمعات على حد سواء، ولذلك تسعى المجتمعات الراقية لتوفير كل السبل والعوامل التي تضمن صحة نفسية كاملة لأفرادها، الذي بدوره يعود على أداء الفرد ونفعه لنفسه وأسرته ومجتمعه بالخير، وتعتبر المساندة الاجتماعية والأسرية مصدراً هاماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه.

فحين يولد الإنسان فهو بحاجة إلى الرعاية لكي يكبر وينمو ويصبح قادراً على التعامل مع مقومات الحياة المادية منها وكذلك النفسية، فبدون الأسرة (الأب والأم) لن ينمو هذا الإنسان بالشكل السوي والطبيعي، حيث أنه إن استطاع أن يستكمل مسيرة حياته فلن يخلو من الاضطرابات المختلفة وخاصة النفسية منها، ومن هنا تكمن أهمية الأسرة في تربية أبنائها وتنشئتهم تنشئة سليمة، وتقديم كل سبل الدعم العاطفي والمادي، وغيره من أنواع الدعم التي تساعد الفرد لكي ينمو نمواً صحيحاً، ويكون قادراً على مواجهة متطلبات الحياة التي سوف تعترضه في المستقبل.

في حين أننا لا نغفل دور المجتمع وهو الدور المكمل لدور الأسرة في تنشئة الأفراد وغرس القيم الصحيحة ابتداءً من المدرسة والمسجد والنوادي والمؤسسات المختلفة، وتهيئتهم لاستكمال دورهم الطبيعي في بناء مجتمعهم والمشاركة في أداء دورهم المنوط بهم، لكي يكونوا أفراداً منتجين وفاعلين ومؤثرين، بالطريقة التي تُحدث فرقا واضحا في بناء المجتمع وأركانه المختلفة.

فالمساندة الاجتماعية التي تُقدم للفرد من قبل الآخرين تمنحه القدرة على مقاومة الاضطرابات النفسية والمقدرة على حل مشكلاته، كما أنها تقدم من الأفراد المحيطين بالشخص المعني، وتُقدم بطرق وأشكال مختلفة سواء كانت مادية أو معنوية.

ويعتبر الإسناد الاجتماعي مصدراً مهماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه بعد لجوئه إلى الله سبحانه وتعالى، ولقد اهتم بها الباحثون بعد ما لاحظوه من آثار مهمة لها في مواقف الشدة والإجهاد النفسي، وما تقوم به من تخفيف نتائج الضغوط والمواقف الصعبة (دسوقي، 1996م، ص44).

ويعد الاستقرار الأسري من العوامل الإيجابية التي تساعد على تهيئة الجو النفسي المريح الذي يعيش فيه أفراد الأسرة حيث تبدد الاضطرابات الأسرية طاقات الأفراد فيما لا يعود عليهم بالنفع (إبراهيم، 1994، ص22).

لهذا فغياب أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية خاصة من الأسرة وجماعة الرفاق يمكن أن يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي منها، ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة الضغوط النفسية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما قد يؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية (فايد، 1998، ص164)

فالفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية من الآخرين يصبح شخصاً واثقاً من نفسه وقادراً على تقديم المساندة الاجتماعية للآخرين، وأقل عرضة للاضطرابات النفسية وأكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الإحباطات ويكون قادراً على حل مشكلاته بطريقة إيجابية سليمة، لذلك نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل الكثير من المعاناة النفسية (الربيع، 1997، ص31).

ومن هنا تبرز أهمية عملية الاستشفاء كتوجه حديث في التعامل مع المرض النفسي والذي تُعتبر المساندة الأسرية عنصر أساسي في نجاح هذه العملية. ويعتبر الاستشفاء هدف وغاية لكل من المريض ومقدم الخدمة النفسية، لهذا فان ذلك يتم بطرق وسبل مختلفة ومنها الدعم الاجتماعي والأسري والذي لا يقل أهمية عن العلاج الكيميائي والنفسي، إن الدعم الأسري يعد من أهم حلقات العلاج النفسي والتي تساعد المرضى النفسيين ومرضى الفصام تحديداً من التغلب على أعراضهم المرضية واختفائها أو التكيف معها دون التأثير على الدور الوظيفي للمريض النفسي.

إن مصطلح الاستشفاء في المجال النفسي يعتبر من المصطلحات الجديدة حيث انه يختلف عن الشفاء، حيث يقصد بهذا المصطلح الوصول بالمريض إلى اقرب مستوى من السواء والتأهيل الكافي لكي يكون المريض قادر على ممارسة حياته ودوره الوظيفي بالشكل الذي يُمكنه من الاستمرار والتواصل الاجتماعي مع الآخرين قدر الامكان والتخفيف من الأعراض السالبة والموجبة أيضاً بأقصى درجة ممكنة، وهذا يعني ان بعض الأمراض النفسية لا يمكن الشفاء منها بشكل كامل، فبعض هذه الأمراض تخف أعراضها وتأثيراتها السلبية على المريض وحياته بطريقة لا تعيق استمرار حياته كما يجب مع بقاء بعض الأعراض في بعض الاحيان والتي لا

تؤثر بشكل سلبي على مجرى حياته ويكون المريض مستبصر بشكل كامل لمرضه وأعراضه وتأثيراتها المختلفة.

حيث انه بدأ يظهر مؤخرا وبشكل واسع فكرة واعتقاد بأن خدمات التأهيل لا بد أن تؤدي إلى الاستشفاء، حيث أن مفهوم الاستشفاء اصبح اكثر انتشاراً منذ عام 1980، عندما بدأ المرضى يحققون تقدماً نحو الاستشفاء من أمراض نفسية صعبة مثل الفصام، والعديد من الناس عندما يتعرفون على تشخيصاتهم يشعرون بأنهم يتلقون نذيراً بالموت - Deegan P. 1997:25;11 (24).

إن متلقي الخدمات النفسية يعتبرون بان الأمل يُعتبر الخطوة الأولى نحو الاستشفاء (Deegan, 1984; Lovejoy, 1996).

وبما أن مرض الفصام من أصعب الأمراض النفسية وأكثرها تأثيراً على أداء الفرد وإدراكه لمحيطه، فهو بحاجة إلى اهتمام ورعاية كبيرة نظراً لانتشاره بشكل ملحوظ في العالم بشكل عام وبين أبناء شعبنا بشكل خاص وذلك من خلال عمل الباحث في مجال الصحة النفسية لسنوات عديدة.

ويُعد الفصام العقلي أحد الاضطرابات العقلية الرئيسية، ويحدث بنسبة (0.2%) إلى (2%) لدى الناس، وأول من قام بتسميته بهذا الاسم (Schizophrenia) يوجين بلويلر في عام 1904، وتتكون الكلمة من مقطعين: المقطع الأول (Schizo) وتعني الانفصال أو الانقسام، المقطع الثاني (Phrenia) وتعني عقل، والمعنى الإجمالي هو الانقسام العقلي، ويحدث الفصام بين الخامسة عشرة والأربعين من العمر، مع زيادة معدل حدوثه في أواخر العشرينيات من العمر، وينتشر الفصام عند الذكور مثل الإناث، وينتشر بين كل الأجناس بالتساوي، ويكثر انتشاره في المدن الكبيرة المزدهمة وبين الطبقات الفقيرة (سمور، 2006، ص ص 168-185).

حيث يعيش المريض الفصامي في عالمه الخاص منفصل عن واقعه المحيط ويحدث سوء ادراك لهذا الواقع، وتضطرب حياته في شتى مجالاتها، الشخصية والنفسية والاجتماعية والروحية والترويحية والعملية والزوجية، كما يحدث تدهور في المظهر العام للمريض ويحدث اضطراب في التفكير حيث الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وتسلسل الأوهام والضلالات والشكوك إلى نفسه، ويظهر تشتت واضح في الانتباه والتركيز مما ينعكس على قدرته في الكلام والتعبير عن مشاعره وأفكاره والتواصل مع الآخرين، وقد يصل الأمر أيضاً إلى وجود لغة خاصة

بالمريض وتظهر خلالها الهلوس السمعية والبصرية، ويُلاحظ اضطراب واضح في السلوك والتصرف وفي القدرة على ادراك الفعل ونتائجه والحكم على الأمور (D.S.M – IV,1994: 147)

وعادة لا يشعر الذهاني بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يهتم بنفسه أو ببيئته فلا يستطيع أن يقوم بدوره في الحياة ومسئولياته المختلفة كما لو كان من قبل والتي من أهمها مسئولياته تجاه أسرته وعلاقاته الاجتماعية، وعمله مما يجعل أسرته تعاني من تحديات شتى داخل المجتمع، فهو غير قادر على العمل أو تنفيذ أي مهمة توكل إليه، وغير قادر على إدارة أسرته أو اتخاذ أي قرارات تخصه أو تخص أسرته، وكذلك غير قادر على تحمل أية مسؤوليات، فيمنعه مرضه من تحمل هذه المسؤوليات التي كان يقوم بها من قبل.

ويعتبر الفصام مرض لا يمكن تجاهله، ومع ذلك فقد لوحظ انه في السنوات الأخيرة استحوذت أمراض أخرى على اهتمام اكبر بكثير، وقد استأثرت على اهتمام الرأي العام، إلا أن الفصام لم يحظ بمثل ذلك الاهتمام (سيلفانو اريتي، 1991، ص 14).

مشكلة الدراسة :

وتتجلى هنا دور عملية الاستشفاء في التعامل مع بعض الأمراض النفسية مثل الفصام والذي يعتبر من أصعب الأمراض النفسية وأكثرها تعقيداً، ولكن يمكن جدا الوصول بالمريض إلى مرحلة من الاستقرار والتكيف بحيث يكون إنسان منتج وقادر على القيام بواجباته والحصول على حقوقه والقيام بدوره الطبيعي في المجتمع بعد عدة مراحل من العلاج الكيميائي والنفسي والتأهيلي للوصول بالمريض إلى حالة من الاستقرار والاستشفاء ليمارس المهام الوظيفية، ويقوم بدوره الاجتماعي الذي كان يقوم به في مرحلة ما قبل المرض .

ومن خلال عمل الباحث في العيادة النفسية الحكومية، وجد أن اختيار هذا الموضوع له علاقة بمجال عمله وخبرته الميدانية، وأيضاً دراسة الباحث لدبلوم العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في عام 2011 ساعد الباحث كثيرا في اختيار هذا الموضوع وكيفية التعاطي معه عمليا ونظريا.

وقد كان لندرة الدراسات النفسية في البيئة الفلسطينية في حدود علم الباحث بهذا المجال من أهم الأسباب التي دفعت الباحث لتناول هذا الموضوع على وجه الخصوص .

وتتمثل مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الأسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة؟

ويتفرع منه الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى المساندة الأسرية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة؟
2. ما مستوى الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، عدد أفراد الأسرة، الدخل الشهري، مدة المرض، المستوى التعليمي)؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، عدد أفراد الأسرة، المستوى الاقتصادي، مدة المرض، المستوى التعليمي)؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1. التعرف على مستوى المساندة الأسرية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة.
2. الكشف عن مستوى الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة.
3. معرفة العلاقة بين المساندة الأسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام النفسي المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.
4. التعرف على الفروق الجوهرية في المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام النفسي المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة وعدد من المتغيرات والتي تتمثل في: (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومكان السكن وعدد أفراد الأسرة والمستوى الاقتصادي ومدة المرض والمستوى التعليمي).
5. التعرف على الفروق الجوهرية في الاستشفاء لدى مرضى الفصام النفسي المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة وعدد من المتغيرات والتي تتمثل في: (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومكان السكن وعدد أفراد الأسرة والمستوى الاقتصادي ومدة المرض والمستوى التعليمي).

أهمية الدراسة :

وتأتي أهمية البحث في عملية الاستشفاء على مرضى الفصام ودور المساندة الأسرية كعامل وسيط بين هذين المتغيرين، من أن مرض الفصام يُعتبر من أكثر الأمراض النفسية تعقيدا وخطورة وتأثيرا على الفرد والأسرة والمجتمع، حيث أن هذا المرض النفسي ينتشر وبشكل ملموس في كافة أنحاء العالم، وتوسعت الدراسات المختلفة التي تتناول هذا المرض بكثير من البحث والتمحيص للكشف عن أسبابه أو العوامل التي تؤدي إلى ظهور أعراضه أو سبل الوقاية منه وعلاجه، وأيضاً هناك العديد من الدراسات والابحاث الفلسطينية والتي أيضاً تناولت البحث

في الفصام في عدة متغيرات متنوعة للمساعدة في الوصول إلى سبل النجاح في عملية الاستشفاء والتعافي لهؤلاء المرضى، ومن هذه الدراسات ما تم في قطاع غزة أيضاً وفي السنوات الاخيرة هناك بعض الدراسات التي تناولت متغيرات مهمة مثل الاستشفاء مع بعض الاضطرابات النفسية أو دور الأسرة والمجتمع في الوصول إلى استشفاء وتعافي الكثير من الأمراض النفسية، ومنها ما سيأتي ذكره من خلال الدراسات السابقة، وتظهر بعض الدراسات مدى انتشاره وهي كالتالي:

وتتمثل أهمية الدراسة بما يلي:

أ_ الأهمية النظرية:

1. إلقاء الضوء على العلاقة بين المساندة الأسرية والاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام النفسي المترددين على عيادات الصحة النفسية.
2. أهمية دور المساندة الأسرية لمرضى الفصام للوصول إلى مرحلة الاستشفاء .
3. قلة الدراسات (في حدود علم الباحث) التي اهتمت بمتغير المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى مرضى الفصام في البيئة العربية عموماً، وعلى وجه الخصوص في فلسطين مما يجعل من الأهمية بمكان ضرورة التعرف على نوعية العلاقة بين تلك المتغيرات، خاصةً وأن متغيري المساندة الأسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام النفسي تكاد تخلو الدراسات النفسية في فلسطين من الاهتمام بهما .
4. إن تناول دور المساندة الأسرية في العلاقة بين مرض الفصام النفسي ومرحلة الاستشفاء من ذلك المرض، يكشف لنا الدور الذي تقوم به المساندة الأسرية كمتغير وسيط في هذه العلاقة، والذي يرى الباحث ضرورة تسليط الضوء عليه من خلال هذه الدراسة.
5. تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة ونوعية للتنظير النفسي في فلسطين من حيث جودة وحداثة المتغيرات النفسية التي اهتمت بها .

6. التأكيد على الدور الإيجابي للمساندة الأسرية بمصادرها المتعددة في الوقاية من أو مواجهة الاضطرابات النفسية، بهدف زيادة مستوى فاعلية الفرد وصحته النفسية، ومن ثم رخائه وسعادته.

ب- الأهمية التطبيقية:

(1) مساعدة العاملين في مجال الصحة النفسية (أطباء نفسيين، أخصائيين نفسيين، ممرضين نفسيين، أخصائيين اجتماعيين)، للتركيز على المساندة الأسرية ودورها الفعال في تحقيق الاستشفاء من الاضطرابات النفسية عموماً ولدى مرضى الفصام خصوصاً.

(2) توفير قدر من البيانات والمعلومات عن طبيعة المساندة الأسرية بأبعادها المختلفة ومصادرها المتنوعة، وهي بيانات لا غنى عنها عند:

- تقديم العون والعلاج النفسي للأفراد الفصاميين بهدف تحسين وتقوية العلاقات الاجتماعية السوية التي تدفعهم إلى النهوض بذاتهم وزيادة الدافع للإنجاز لديهم وتحقيق وجودهم على المستوى النفسي والاجتماعي.

- التخطيط لبرامج إرشادية أو علاجية بهدف تقديم العون للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وخاصة الفصاميين.

(3) قد تفيد نتائج هذه الدراسة في بناء برامج لتنمية المساندة الأسرية وتدعيم شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، مما يعطي الأثر الفعال للاستشفاء من الفصام وأعراضه .

مصطلحات الدراسة :

1. المساندة الأسرية (Family Support):

تعرفها (شند، 2001، ص 208) بأنها: "إدراك الفرد لوجود أشخاص ذي أهمية في حياته يمكنه الاعتماد عليهم والثقة بهم واللجوء إليهم عند الأزمات".

▪ التعريف الاجرائي للمساندة الأسرية:

يعرفها الباحث بأنها: " تقديم الدعم المادي والمعنوي للمريض بكافة الطرق المتاحة وتوفير الجو النفسي الملائم من قبل أفراد الأسرة وبذل المستطاع لمساعدة المريض لتخطي مرحلة المرض وأعراضه والوقوف معه جنباً إلى جنب للوصول به إلى طريق التعافي والاستشفاء والدرجة التي حصل عليها مريض الفصام على مقياس المساندة الاجتماعية الذي قام الباحث بتطبيقه".

2. الاستشفاء (Recovery):

يُعرف على انه: "رحلة من التعافي والتحول التي تمكن الشخص الذي يعاني من المرض النفسي ليعيش حياة ذات معنى ويأخذ فرصته في مجتمعه بينما يناضل ليحقق أهدافه"

(U.S. department of health and human services, 2004, p1).

ويُعرف أيضاً على انه: "طريقة العيش بأمل ورضا والمساهمة في الحياة بالرغم من الحدود التي يسببها المرض النفسي" (Anthony, 1993, p p11-23).

▪ التعريف الاجرائي للاستشفاء:

ويُعرفه الباحث على انه: مقدرة المريض النفسي على التعايش مع المرض النفسي وتقليل أو القضاء على التأثير السلبي للأعراض التي يعاني منها والعودة إلى حياته الطبيعية وممارسة المهارات المهنية والاجتماعية والدور الوظيفي الذي كان يقوم به قبل المرض، والدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس الاستشفاء الذي سوف يقوم الباحث بتطبيقه.

3. الفصام العقلي (Schizophrenia):

يُعرفه (عكاشة،1998، ص249) بأنه: "مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية و العقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك وأهم هذه الأعراض اضطرابات في التفكير، الوجدان، الإدراك، الإرادة والسلوك".

ويعرفه (عبد الله،2000، ص199) بأنه: "هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح"

يعرفه (زهران،2005، ص527) "الفصام هو اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي، ويشاهد في الفصام الانفصال عن الواقع وتشويبه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.

▪ **التعريف الاجرائي للفصام العقلي:**

يعرفه الباحث بأنه: مرض نفسي يصيب الشخص بحالة من الاعتلال الواضح في الإدراك والوعي وفقدان التوجه الزمني والمكاني والعجز عن القيام بالمهام الوظيفية المعتادة وفقدان التواصل مع العالم الخارجي وهو الشخص الذي تتوفر لديه المحكات التشخيصية لمرضى الفصام الواردة في دليل التشخيص الامريكي الرابع (DSM4) وهي:

الفصام واضطرابات ذهانية اخرى:

وتتحدد باضطراب واحد أو أكثر من المجالات الخمسة التالية:

- ضلالات.
- نشاط حركي غير منتظم أو غير طبيعي بشكل اجمالي (تتضمن التخشبي).
- هلاوس.
- اضطراب التفكير (الكلام).
- الأعراض السلبية.

4. عيادات الصحة النفسية:

هي العيادات الحكومية التابعة للإدارة العامة للصحة النفسية التي تتبع وزارة الصحة، وهي 6 عيادات موزعة على محافظات قطاع غزة.

حدود الدراسة :

تحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات المستخدمة فيها، وهي المساندة الأسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام النفسي، التي تقاس بالأدوات المستخدمة فيها، كما تتحدد بالزمان والمكان اللذان تم إجراء الدراسة فيهما .

- **الحد الزمني:** أجريت هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي 2015/2014.

- **الحد المكاني:** أجريت هذه الدراسة في محافظات قطاع غزة.

- **الحد البشري:** ويتمثل بمجتمع الدراسة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية والمسجلين فيها ما بين عامي 2013-2014 والبالغ عددهم (272) مريضاً.

- **الحد المؤسسي:** ويتمثل في العيادات النفسية الحكومية الموزعة على ستة محافظات في قطاع غزة، بواقع عيادة نفسية في كل محافظة وهي كالتالي: (عيادة أبو شباك في محافظة الشمال، عيادة غرب غزة في محافظة غرب غزة، عيادة الصوراني في محافظة شرق غزة، عيادة الوسطى في محافظة الوسطى، عيادة خان يونس في محافظة خان يونس، عيادة رفح في محافظة رفح) والتابعة للإدارة العامة للصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية.

الفصل الثاني

الاطار النظري

المبحث الاول: المساندة الاجتماعية (social support)

مقدمة:

حيث أن الباحث سيتناول من خلال هذا المبحث متغير المساندة الاجتماعية بشيء من التفصيل من حيث مفهوم المساندة الاجتماعية، وظائف المساندة الاجتماعية، أهمية المساندة الاجتماعية، مصادر المساندة الاجتماعية، أبعاد المساندة الاجتماعية وأشكالها وكذلك أيضاً المساندة الاجتماعية في ضوء بعض المتغيرات الاخرى كالأسرة والمدرسة وغيرها، وسنتناول أيضاً مظاهر المساندة الاجتماعية في الاسلام.

مفهوم المساندة الاجتماعية:

دعم، مساندة: (Support)

تدل الكلمة على تقديم الدعم والمساندة، والعلاج النفسي الذي يقوم على دعم المريض ومساندته لتجاوز المحنة أو الأزمة النفسية، ويوصف هذا النوع من العلاج أيضاً بالعلاج المدرك للعلاقة (relationship-oriented therapy)، ويهدف إلى تقوية الشخص في مواجهة مشكلاته ومساعدته على قبول ذاته، ومساندته من جانب المعالج (الشرييني، 2003، ص 307).

وتعتبر المساندة الاجتماعية ظاهرة اجتماعية قديمة قدم الإنسان، وحظيت باهتمام الباحثين، وذلك يعود لدورها الكبير والمهم في خفض الاثار النفسية السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد. إلا أن الدراسات التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية تحتاج مزيداً من الاهتمام، وذلك لأنها تعتبر مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه الفرد، وتلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في إشباع حاجة الفرد للأمن النفسي والاجتماعي (الشناوي وعبدالرحمن، 1994، ص4).

وتعتبر المساندة الأسرية عامل مهم جداً لكل فرد من الأفراد سواء كانوا صغاراً أو كباراً، وتلعب دور بالغ الأهمية في استمرار حياتهم ونموهم الطبيعي في كافة المجالات المعرفية والنفسيولوجية، وفي استمرار الخبرات اللاحقة وكيفية التعاطي معها على نحو طبيعي بعيداً عن الشذوذ واللاسواء (Stice, Ragan, & Randall, 2004, p p155-159).

كما أن لصحة الجسم وقاية فإن لصحة النفس وقاية كذلك، فعلاقات الإنسان الطيبة بالناس من أهم عوامل تنمية الصحة النفسية، والوقاية من الانحرافات، وعلاج الانحرافات، فالسعداء على علاقة طيبة بالناس والتعساء على علاقة سيئة، والعلاقات الاجتماعية الطيبة مرتبطة بطول العمر وبقلة الإصابة بالأمراض وبسرعة الشفاء منها، فالعلاقات الاجتماعية الطيبة بالناس تساعد الإنسان على إشباع حاجاته الاجتماعية، وتوفر له المساندة الاجتماعية التي تخفف من توتراته وتقوي مناعته النفسية والجسمية مما يقلل من إصابته بالأمراض وبسرعة الشفاء منها. (مرسي، 1983، ص ص196-197).

ويؤكد (عبد الستار إبراهيم، 1998) حاجة الإنسان إلى المساندة الوجدانية والصلات والدعم الاجتماعي والمؤازرة حيث يرى أن الانتماء لجماعة كالأسرة أو الأصدقاء يجعل للحياة معنى مما يعين على مواجهة الضغوط، وتزى بمدوحة سلامة أن النساء أكثر حاجة للمساندة ودعم الآخرين، وأنهن يسعين للحصول عليها لتجاوز الصعاب وأن النساء أكثر حساسية وقلقاً تجاه علاقاتهن مع الآخرين، وأن علاقات المرأة بالآخرين تشكل مصدراً مهماً لتقديرها لذاتها، وتشعر بالقلق وفقدان التقدير عند انتقاد أي علاقة ذات معنى في حياتها، فالمساندة الاجتماعية مخففة من الآثار السالبة الناتجة عن التعرض للأحداث الضاغطة وتعمل على رفع تقدير الفرد لذاته، وتزيد من فاعليته فالمساندة الاجتماعية تشعر الفرد بقيمته وبقدرته على المواجهة، وانتقاد هذه المساندة حال الحاجة إليها يشعر الفرد بفقدان القيمة وعدم القدرة على المواجهة، وقد يكون بداية لظهور أعراض اكتئابيه.

وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية التي منها على سبيل المثال القلق والاكتئاب. (علي، 2000، ص14).

❖ التعريف اللغوي للمساندة:

المساندة من سَنَدَ: السَّنْدُ ما ارتَفَعَ من الأرض في قُبُلِ الجبل أو الوادي (ابن منظور، 1991، ص272).

❖ التعريف الاصطلاحي للمساندة الاجتماعية:

قدم المنظرون والباحثون تعريفات متعددة لمفهوم المساندة الاجتماعية وتباينت هذه التعريفات من حيث العمومية والنوعية، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات وكذلك المسأهات المادية. وربما ترجع جذور مفهوم المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية (مصباح، 2011، ص59).

حيث يعرف (حسين، 1996، ص16) المساندة الاجتماعية بأنها "مشاركة المشاعر، الإنصات، والاستماع، والمعونة المالية، وتقديم الاقتراحات والمساعدة في الأعمال الخفيفة".

وتعرفها (كمال، 1997، ص84) بأنها: "ما توفره الأسرة للطفل من أدوات وخامات وأساليب ووسائل لها علاقة بتربية الطفل".

أما **علي عبد السلام علي فيعرفها** بأنها (المشاركة الفعالة للأسرة والبيئة عموماً لتعزيز ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها من أجل الشعور بالقيمة واحترام الذات والتخفيف من هذه الأحداث حتى لا يقع الفرد فريسة للإصابة بالاضطرابات النفسية (علي، 1997، ص21).

ويعرفها كوهين وآخرون (Cohen et al) بأنها "تعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به سواء من أفراد أم جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها وتمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها" (عبد السلام، 1997، ص210).

ويعرف حسين علي فايد المساندة الاجتماعية بأنها "إدراك الفرد بأنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له" (فايد، 2001، ص337).

وتعرفها (شند، 2001، ص208) بأنها: "إدراك الفرد لوجود أشخاص ذي أهمية في حياته يمكنه الاعتماد عليهم والثقة بهم واللجوء إليهم عند الأزمات".

ويشير كوب (Cobb) إلى أن المساندة الاجتماعية هي "المعلومات التي تجعل الشخص يعتقد أنه محل عناية وتقدير من الآخرين، وأنه عضو في شبكة الاتصال والالتزام المتبادل" (رضوان وهريدي، 2001، ص85).

ويعرف ثويتس (Thoits) المساندة الاجتماعية بأنها "مجموعة الأشخاص الذين يمثلون جزءاً من شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، ويقدمون له الدعم الوجداني والمساعدة الأدائية" (رضوان وهريدي، 2001:86).

ويشير بريهام (Braham) على أهمية المساندة الاجتماعية لقيامها بمهمة تعميق تقدير الفرد، واحترامه لذاته، وتشجيعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في حياته اليومية" (على، 2000، ص9).

ويعرفها كابن (Caplan) بأنها "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالدعم العاطفي" (على، 2000، ص9).

وتعرفها (حنفي، 2007، ص318) على أنها "أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة، والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها الفرد، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية".

ويعرف جولي كرونستر وآخرون (Chronister et al, 2008, p16) المساندة الاجتماعية بأنها عملية شاملة وعالمية، وتمثل قوى إيجابية، والتي تعمل بطريقة كلية لتقديم المساعدة لكل شخص محتاج، وأن مفهوم المساندة الاجتماعي يعد مفهوماً شاملاً ومعقد التركيب، ويختلف

وفقاً لمن يقدم هذا الدعم هل (العائلة، والصديق، والشخص المهني) وبين ما هو مقدم (أشياء ملموسة ذات تقنية، أو أدواتية، أو عاطفية، أو معلوماتية) وكذلك الموقف الذي يتم من خلاله تقديم هذه الخدمة (فردية، جماعية، التليفون والانترنت) وكذلك الملامح والسمات النفسية للأشخاص المقدمين والمتلقين للدعم.

وتعرفها سلطان "بأنها ادراك الفرد للمساندة المترتبة على علاقته الاجتماعية ذات الأهمية وتعد تماسكا اجتماعيا نتيجة ما يتلقاه الفرد من مساعدة من الأفراد المحيطين به أو من أي فرد آخر في بيئته الاجتماعية (سلطان، 2009، ص74).

❖ التعريف الاجرائي للمساندة الاجتماعية :

يعرفها الباحث بأنها: " تقديم الدعم المادي والمعنوي للفرد بكافة الطرق المتاحة وتوفير الجو النفسي الملائم من قبل أفراد الأسرة والمجتمع وبذل المستطاع لمساعدة المريض لتخطي مرحلة المرض وأعراضه والوقوف معه جنبا إلى جنب للوصول به إلى طريق التعافي والاستشفاء".

وبناءً على ما تقدم ومن خلال استعراض الباحث لبعض مفاهيم وتعريفات المساندة الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي يود الباحث الإشارة إلى أنه ورد مصطلحين حول هذا المفهوم وللذان يتمثلان في مصطلح المساندة ومصطلح الدعم على الرغم من تناول العديد من الباحثين لهذين المفهومين أو المصطلحين.

ومن هنا يشير الباحث إلى أن مفهوم المساندة ومفهوم الدعم يحملان نفس المعنى، ويتضح من خلال ذلك أن المساندة الاجتماعية هي عملية متكاملة وشاملة، وحاجة لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام والمرضى النفسيين بشكل خاص، حيث أن المساندة الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في حياة الأفراد، حيث يستطيع من خلاله الفرد التغيير من واقع حياته إلى واقع أفضل يتصف بالإيجابية، ويقوده إلى الرضا عن الحياة، والثقة بالنفس كل ذلك يتم من خلال ما يقدمه المجتمع لأفراده بدءاً من الأسرة والأصدقاء والحيران والزملاء، وهي عملية دائمة ومستمرة ولا تقف عند حد معين.

وظائف المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث، وقد تتمثل وظيفة المساندة وأهميتها في التالي:

• حماية الذات:

ويشير برهام (Breham) إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولا شك أن هذا الدعم يؤدي دوراً مهماً في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص (Breham,1984, p p107-129).

وقد اوجز كل من (Coutrona & Russel,1990, p36) أهمية المساندة الاجتماعية التي تتمثل في أن المساندة الاجتماعية تخفف من وقع الضغوط النفسية، وتقوي تقدير الذات لدى الفرد، وتخفف من أعراض الاكتئاب والقلق، وتؤثر على الصحة النفسية والجسمية وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، وتزيد من الجوانب الايجابية مما يساهم في تحسن صحتهم النفسية، وتسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، وتساعد على حل المشكلات المرتبطة، وأخيراً تزيد من الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويرى كل من ترنر ومارينو (Turner & Marino, 1994, p203) أن المساندة الاجتماعية تؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط.

ويشير (بترس، 2005، ص ص575-633) إلى أن للمساندة الاجتماعية دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل له تأثير سلبي على التوافق لدى الفرد، وأن للمساندة الاجتماعية تأثيراً قوياً على

مواجهة الإحباط، كما أن المساندة الاجتماعية لها أهمية بالنسبة للإناث عن الذكور، كما أنها ذات أثراً كبيراً وعاملاً هاماً يمنع الوقوع في العزلة الاجتماعية.

• الوقاية من الأمراض والاضطرابات:

يري (سارسون وآخرون) "بأن المساندة الاجتماعية تؤدي دوراً وقائياً، حيث أشار الباحثون إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثراً عند تلقيه أي ضغوط أو أزمات" (Sarason et al, 1983, p127).

وللمساندة الاجتماعية أثراً عاماً على الصحة البدنية والنفسية، حيث إن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الفرد بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة (الشناوي، عبد الرحمن، 1994، ص 37).

وأظهرت بعض الدراسات أيضاً أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية يساعد على خفض الضغوط النفسية، كما أن للدعم من جانب الأسرة والأصدقاء دوراً كبيراً في توافق الفرد، حيث أن الأفراد الذين يتمتعون بقدر كبير من الدعم هم أقل عرضة للاضطرابات والضغوط والمشكلات النفسية (بطرس، 2005، ص ص 575-633).

ويشير الشناوي "إلى أن المساندة الاجتماعية لها دورين أساسيين في حياة الفرد، وهما (إنمائي ووقائي) ففي الدور الإنمائي يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها، فهم من ناحية الصحة النفسية أفضل من غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات، أما في الدور الوقائي فإن للدعم الاجتماعي أثراً مخففاً لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم المؤلمة مثل القلق والاكتئاب لتلك الأحداث تبعاً لافتقادهم لبعض العلاقات الودودة وكذلك الدعم، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كماً ونوعاً، وقد أضحى ذلك التأثير معروفاً بنموذج الأثر الملطف للمساندة الاجتماعية" (الشناوي، عبد الرحمن، 1994، ص 4).

• مواجهة ضغوط الحياة:

ويرى كلا من كوين وداوني (Coyne & Downey,1991,p402) "بأن المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة الأحداث الضاغطة، وأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يخفض أو يستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة".

ويرى عبدالرحمن "أن للمساندة الاجتماعية أثراً مخففاً لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودية والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كماً ونوعاً، من هنا نجد أن وقوف الإنسان بمفرده أمام ضغوط الحياة دون أن يكون له من يسانده ويعاضده ويهتم به ويرعاه من (الأسرة والأصدقاء والجيران) فإن ذلك يزيد من شدة تلك الضغوط، ومن ثم يشعر أنه وحيداً، مما قد يترك أثراً في نشأة واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس لديه، حيث أن إدراك الفرد بأن هناك من يدعمه عند الحاجة له تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن الدعم الاجتماعي يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها(عبدالرحمن،2000، ص320).

ويوضح كثير من الباحثين (Kennedy,et al, 1999) أن هناك علاقة وطيدة بين المعيشة في وسط جماعة داعمة ومقدار الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الفرد، فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية (عبدالعزيز، 2010، ص82).

ويشير كلا من شوماكر وبرونيل،(الهنداوي، 2011، ص19-22) إلى بعض وظائف الدعم الاجتماعي والتي تمتاز بأنها تترك أيضاً أثراً فعالاً في حياة الفرد، من ضمنها التخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، حيث تقوم هذه الوظائف بخفض الآثار النفسية التي تنتج عن أحداث الحياة الضاغطة من خلال التنمية الواقعية لدى الفرد، ومواجهتها بأساليب ايجابية تمنع الآثار السلبية من التأثير على صحته النفسية أو الجسمية.

وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- التقييم المعرفي: Cognitive Appraisal وينقسم إلى:

☒ التقييم الأولي: وفيه يقوم الفرد بتفسير عوامل أحداث الحياة الضاغطة المحتملة له، وتتدخل المساندة الاجتماعية في تعميق هذا التفسير وتحسين مهمته بصورة ايجابية لدى الفرد، حتى يستطيع أن يواجهها بتفاعلات ايجابية.

☒ التقييم الثانوي: ويشير إلى موارد المواجهة المتاحة، وتقوم المساندة بتوسيع عدد الخيارات لموارد المواجهة، وتوفير استراتيجيات مواجهة نموذجية انفعالية وسلوكية، وتقوم أيضاً بتوفير المعلومات اللازمة لهذه المواجهة وأساليب حل المشكلات التي تعترضها.

ب- النموذج النوعي للدعم: والدعم في هذا النموذج يقوم بوظيفة مباشرة بإمداد متلقي الدعم بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها أحداث الحياة الضاغطة.

ت- التكيف المعرفي: Cognitive Adaptation فعندما يواجه الفرد أي حدث ضاغط فإنه يمر بثلاث مراحل على المستوى المعرفي، وهي:

- البحث عن هوية هذا الحدث الضاغط.

- محاولة مواجهة الحدث الضاغط والسيطرة عليه.

- تقوية تقدير الذات للمحافظة على التوازن النفسي والانفعالي لدى الفرد.

المساندة الاجتماعية مقابل المواجهة Social Support Versus Coping فالمساندة والواجهة هي ظواهر مترابطة مع بعضها البعض، إلا أن المفاهيم الخاصة بهم ليست مترادفة، وأن المساندة يمكن أن توجد مستقلة عن المواجهة، وهذا ما يظهر في حالات المساندة للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية.

• مصدر للتوافق والتكيف الانفعالي:

ويذكر كلاً من (ملكوش ويحيى) "إن المساندة الاجتماعية تقوم بوظيفة ذات مغزى كبير كمصدر للتوافق والتكيف الانفعالي والصحة النفسية، فالشخص المعاق حركياً والذي ينتمي إلى شبكة اجتماعية، يشعر بأنه محبوب عند الآخرين وذو قيمة وتقدير، وأن نقص الدعم عند الحاجة يمكن أن يكون أمراً ضاعطاً خاصة للأشخاص الذين يكونون بحاجة للدعم ولكنهم يفتقدونه" (ملكوش، ويحيى، 1995).

ويشير كلا من الشناوي وعبدالرحمن " إلى أن المساندة الاجتماعية تعمل على توفير حالة ايجابية من المشاعر وإحساس بالاستقرار في مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الذات لدى الفرد" (الشناوي، عبدالرحمن، 1994، ص37).

ويضيف كلا من شوماكر وبرونل "بان وظيفة المساندة الاجتماعية تظهر في تعزيز الثقة بالنفس، وتعميق روابط المشاركة مع الآخرين، وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي والاجتماعي، والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة، وتنمية قدرة الفرد على مواجهة مطالبه الحياتية، وتعزيز الإحساس بتقدير واحترام الذات، وزيادة شعوره بالانتماء، وتعميق إحساسه بالأمن النفسي والاجتماعي" (الهنداوي، 2011: 20).

ويشير كلا من برايرا وانلي "إلى أن من وظائف المساندة الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي الايجابي: (Positive Social Interaction) ويظهر في تعزيز الرغبة في الارتباط بالآخرين، ودعم المشاركة الاجتماعية في البيئة المحيطة والمشاركة في الميول والاهتمامات الشخصية (Barrera & Ainlay, 1981, p p 69-96).

• إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي:

المساندة الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة النفسية الناتجة عن شدة هذه الأحداث الضاغطة، وتكون ذو أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية (عبدالله، 1995: 473).

ويفترض رودن (Rodin, 1985) "وظائف اخرى لأنظمة المساندة تظهر في حاجة الفرد الشديدة للمساندة، عندما تمر به بعض الظروف الصعبة التي تسبب له خبرة مؤلمة في حياته، تؤدي

إلى مشاعر الخوف والقلق وفقدان الثقة، ويزيد دعم المساندة من الآخرين حتى يشعر بالأمان والاطمئنان" (الهنداوي، 2011، ص21).

ويذكر **عبدالله** "أنه في بعض الظروف التي يشعر فيها الأفراد بالخوف والشك وفقدان الثقة، وعندما يهدد إحساسهم بالذات كنتيجة لذلك، فإن العديد منهم يمر بخبرة الحاجة الشديدة لأيضاً ما يحدث لهم، وبالتالي فهم بحاجة للحصول على دعم الآخرين كي يطمئنون ويهدؤون" (عبدالله، 1997، ص25).

ويشير كلا من **شوماكر وبرونيل** (الهنداوي، 2011، ص21) إلى ان الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف من بينها، وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية، وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية، للوصول إلى تعزيز ودعم إحساس المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته، والشعور بالسعادة، وتنقسم هذه الوظائف إلى:

- **اشباع حاجات الانتماء: (Satisfaction of Afflictive Needs)** فالمساندة الاجتماعية تنمي انماط التفاعل الاجتماعي الايجابي من الأصدقاء، ويزيل أي نوع من الخلافات ويحافظ على مقومات الصداقة والمودة من التفكك والانهييار، وينمي مشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين، وبالتالي يمكن أن يشبع حاجات الانتماء مع البيئة المحيطة بالفرد، ويخفف من الآثار النفسية السلبية التي تحيط بالفرد نتيجة العزلة أو الإحساس بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب.
- **المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها: (Self-Identity Maintenance and Enhancement)** فالمساندة تحافظ على إحساس الفرد بتأكيد ذاته، ويدفعه إلى الشعور بالهوية الذاتية في إطار دعم العلاقات الشخصية بالمحيطين به، ومن خلال تنمية مصادر التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات للوصول إلى اتفاق في الآراء ووجهات النظر.
- **تقوية مفهوم احترام الذات: (Self Esteem Enhancement)** فالمساندة الاجتماعية تمكنه من أن يعزز مفهوم احترام الذات لدى الفرد داخل الجماعة التي ينتمي إليها وينمي إحساسه بالكفاءة الشخصية.

أهمية المساعدة الاجتماعية:

إن للمساعدة الاجتماعية دوران رئيسيان في حياة الفرد، دور إنمائي ودور وقائي، ففي الدور الإنمائي: يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم أفضل من ناحية الصحة النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات، وفي الدور الوقائي: فإن المساعدة الاجتماعية تساعد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة بأساليب ايجابية وفعالة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعاً لتوفر المساعدة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية الجيدة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساعدة الاجتماعية كما ونوعاً، فحجم المساعدة ومستوى الرضا عنها له دوره المؤثر في كيفية ادراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة وأساليب مواجهته وتعامله معها (الشناوي، وعبدالرحمن، 1994: 4).

ويشير سارسون وآخرون إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسرة مترابطة تسود المودة والألفة بين أفرادها يصبحون أفراداً قادرين على تحمل المسؤولية ولديهم صفات قيادية، لذا نجد أن المساعدة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية وأن المساعدة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات (عودة، 2010، ص51).

من خلال ما تقدم تبرز أهمية المساعدة الاجتماعية بحسب (عودة، 2010، ص56) وهي كالتالي:

- ✓ تؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد.
- ✓ المساعدة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الاحباطات، وحل المشكلات بطريقة جيدة.
- ✓ المساعدة الاجتماعية تخفف وتبعد عواقب الاحداث الصادمة والضاغطة على الصحة النفسية.
- ✓ المساعدة الاجتماعية تساعد الفرد على تحمل المسؤولية، وتبرز الصفات القيادية له.
- ✓ المساعدة الاجتماعية لها قيمة شفائية من الأمراض النفسية التي تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي.
- ✓ المساعدة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته ومقاومته للأحداث الصادمة.

✓ المساعدة الاجتماعية تخفف من وقع الصدمات النفسية، وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب.

✓ المساعدة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته، وعن حياته مما يتسنى له تقدير ذاته لاحقاً.

المساندة الاجتماعية والصحة النفسية

أشار راتر إلى أن العلاقة التي يسودها الحب والدفء بالإضافة إلى أنها تمثل مصدراً للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد لذاته وفاعليته، وهما عاملان واثقان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض. إما إدراكه لعدم وجود مساندة اجتماعية فإنه يشعره بعدم القيمة والقدرة على المواجهة، وتكون هنا بداية انخفاض مستوى الصحة النفسية، حيث يفقد الفرد الشعور بالقيمة، ويفتقر السند عند المحنة (Rutter,1990, p182).

وإن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء الأسرة أو خارجها تعد عاملاً هاماً في صحته النفسية، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه (جاب الله، 1993، ص236).

المساندة الاجتماعية والأسرة:

تعتبر الأسرة هي الوحدة الأساسية في الحياة الاجتماعية، والنواة الأولى للمجتمع وهي تعمل على إقامة وإشباع العلاقات الإنسانية، وفيها يكتسب الفرد المعايير والقيم والرموز، ومن ثم لا يستطيع أن يبتعد عن أسرته التي نشأ وتربى فيها، وتلعب الخبرات الأولى التي يتلقاها الطفل في الأسرة دوراً هاماً في تشكيل شخصيته في جميع الجوانب، فهي لها آثارها على سلوكه وتعلمه، بل وفي معظم الأحيان نجد أن جرائم القتل والسطو تتوارثها الأسر الواحدة جيلاً بعد جيل. هذا وتوجد أنماط مختلفة للأبوة والأمومة تختلف من مجتمع إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى، ولهذه الأنماط الوالدية المختلفة في التفاعل مع الأطفال، تأثير على سلوك الطفل سواء في السنوات الأولى أو على المدى الطويل أيضاً، فقد تبين أن الأطفال الذين عاشوا مع والدين يتحدثان إلى الطفل بدرجة كبيرة في الشهور الأولى، كانوا أسرع في الوصول إلى مرحلة المناغاة

من الأطفال الذين عاشوا مع والدين يكثرون الحديث مع الطفل. ويكتسب الفرد عن طريق علاقاته بأبويه مشاعر الأمن والتقدير والانتماء والكفاية، تلك المشاعر التي تساعده على شق طريقه في مستقبل حياته نحو تكوين علاقات مُرضيه بغيره من الناس. وكثيرا ما يؤدي نبذ أحد الوالدين أو كليهما للطفل إلى التواء شخصيته، وإلى جعله يحاول التعويض عن هذا الحرمان وعدم التقدير وما يترتب عليهما من شعور بالنقص بإسقاطه على الآخرين (رشوان، 1992، ص108).

والأسرة تقوم بدورها في صياغة وتشكيل صفات أو خصائص شخصية الطفل، حيث أنها تضطلع بمهمة نقل القيم والمعايير السائدة في الوسط الذي يعيش فيه الطفل وينتظر منه أن يمارس دوره من خلاله. ومن ثم فإن معظم أفراد الأسرة يتقاسمون نفس السمات الخلقية الهامة، ويطلق عليها اسم الصفات الاجتماعية وما صفات الطفل الفردية إلا نتاج وتأثيرات بيئية عاشها مع والديه ومن هنا تظهر الأهمية الكبرى للأسرة وما يسودها من اتجاهات وقيم، وما يسود فيها من علاقات تستطيع أن تسهم في تشكيل شخصية الطفل وتوجيه نموه، كما أنها تنتقي من التراث الثقافي بما يحتويه من نخر هائل من العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات ما يوائم ظروفها الخاصة وتاريخها وتقاليدها ومكانتها الاجتماعية والثقافية وتحرص على تلميط سلوك أبنائها وفقا له وفي ضوءه (أبوناهاية، 1989، ص56).

المساندة الاجتماعية والمدرسة:

تتميز المدرسة كبقية التنظيمات الاجتماعية بالدينامية والتفاعل، وهي سمة من سمات التخصص والنواة التي خلقت النظام الاجتماعي التعليمي في المجتمعات الحديثة. وتعد المدرسة هي المكان الملائم والمناسب لتنشئة الإنسان الصالح واعداده للحياة (القعيد، 1990: 99).

المدرسة ضرورة اجتماعية:

إن المدرسة ليست بدعة تعليمية أو فكرة خالية طرأت لعدد من المربين، بل يمكن القول أن المدرسة تعد نتاجاً مثمراً لجهود علماء مربين شعروا بمدى الحاجة إلى إيجاد مؤسسة تعليمية متخصصة. فمن المتعارف عليه أن التربية منذ قديم الزمان هي الأداة الفعالة في ديمومتها واستمرارها ووسيلتها في ذلك الأسرة كانت تصطنع بمهمة التربية وساعدها على ذلك أنواع من الأنشطة والمعرفة والخبرات التي زادت الحياة الاجتماعية تعقيداً، مما جعل من العسير على الأسرة الإنسانية الاستمرار في أداء وظيفتها التربوية، فظهرت المؤسسة التعليمية (المدرسة) في

حياة الإنسان لكي تقوم بما عجزت الأسرة عن القيام به، وأخذت تنمو وتنتشر وتتنوع حتى أصبحت تغطي غالبية نواحي النشاط الحيوي في المجتمع الإنساني المعاصر(جوهر،1987، ص290).

المساندة الاجتماعية وقت الأزمات:

بحسب (شرف الدين)، تجتاح المجتمعات عامه مختلف الكوارث والأزمات والنكبات التي تُقَدِّم المجتمعات لفترات قد تطول أو تقصر أمنه واستقراره وسلامة أفرادها، إن مفاجأة وقوع الأزمات والأحداث الطارئة والكوارث وسرعة تأثيرها السلبي تتطلب إيجاد منظومة متكاملة، تحقق سرعة ودقة في اتخاذ القرارات من خلال كيانات ومؤسسات وأفراد متخصصة قادرة على الرصد والتنبؤ والتوقع في التوقيت المناسب ومن هذه المؤسسات الهامة التي لها دورا كبير في مواجهه هذه الأزمات والكوارث مؤسسات الخدمة الاجتماعية وأفرادها الأخصائيون الاجتماعيون وبالتعاون مع كافيات المؤسسات الموجودة في المجتمع، للحيلولة دون وقوع الأزمات والأحداث الطارئة، والاستعداد لمواجهتها واحتواءها والتقليل من أثارها من أجل تعظيم المكاسب وتقليل حجم الخسائر الناتجة ومن اجل إعادة التوازن للمجتمع ومواجهه تلك المشكلات والآثار التي أعقبت حدوث الكارثة بالطرق المناسبة للتخفيف من تلك الآثار والاستعداد لها في حال وقوعها مره أخرى (عسيري،2012، ص5).

تشكل الخدمة الاجتماعية بوتقة جامعة وهي تتعامل مع الكوارث من خلال مجموعة الخدمات التي تقدمها، بما يجعلها تعيش محنة المنكوبين بأسلوب مهني وعلمي يستند إلى المعرفة ويوفر عامل الطمأنينة للمجتمع الذي تعرض للكارثة ويؤهله من جديد نحو مسيرة التطور والبناء التنموي، فتتحول طاقته صور التغيير ويستفيد من الدرس في مواجهة الأزمات الطارئة مستقبلا(عسيري،2012، ص19).

مصادر المساندة الاجتماعية:

بعد الاطلاع على البحوث والدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة، وجد الباحث الكثير من المصادر المتعددة والمتنوعة للمساندة الاجتماعية والتي تلعب دوراً هاماً في حياة الأفراد، وتم الاعتماد على ثلاثة مصادر للمساندة الاجتماعية:

• الأسرة والاقارب:

إن الأسرة تحتل المرتبة الأولى بالنسبة لحياة الأفراد عامة وذوي الاضطرابات النفسية خاصة والتي تعتبر مصدراً هاماً من مصادر المساندة وذلك في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبناءهم، وصولاً بهم إلى الرضا بالحياة، وشعورهم بالحب والتقدير والانتماء وتعزيز الثقة بالنفس.

ويعرف كل من ايليوت وميريل (Merril & Elliot) الأسرة بأنها وحدة بيولوجية اجتماعية مكونة من زوج وزوجة وأبنائهما، ويمكن اعتبار الأسرة نظاماً اجتماعياً أو منظمة اجتماعية تقوم بسد حاجات إنسانية معينة، كما أن الأسرة تقوم بعدة وظائف اتجاهاً نفسها واتجاهاً لأبنائها، وهذه الوظائف منفصلة إلا أنها تتشابه مع بعضها البعض وتعمل كل وظيفة على مساندة الوظائف الأخرى في كل مرحلة من مراحل حياة الأسرة، ومن هذه الوظائف ووظائف بيولوجية ووظائف اقتصادية ووظائف اجتماعية، ووظائف دينية وأخلاقية (رمضان، 2002، ص25).

• الاصدقاء:

وتعتبر جماعة الأقران والأصدقاء مصدراً هاماً من مصادر المساندة الاجتماعية للأفراد، فهم يُعتبرون بالنسبة للشخص المرجعية التي يلجأ اليهم في حال تعرضه للمشكلات والعقبات، كما أنه يمكن أن يتأثر بهم ويؤثر فيهم كذلك. ويشير الباحث أيضاً بأن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده، فالمريض النفسي بحاجة إلى تكوين علاقات وأصدقاء في المجتمع، تكون هذه العلاقات قائمة على الحب والاحترام والتقدير وتقبل كل منهم للآخر.

ويعرف روبن واخرين جماعة الأصدقاء بأنهم الأفراد المتشابهون في بعض الجوانب مثل المهارة والمستوى التعليمي، والسن، والوضع الاقتصادي، ويشير أيضاً إلى أن دور الأصدقاء في الدعم يتلازم مع دور الأسرة (Rubin et al, 1995, p431).

• مؤسسات المجتمع:

يرى الباحث بأن المجتمع ومؤسساته ذات أهمية كبيرة في تقديم المساعدة الاجتماعية للأفراد بشكل عام والمرضى النفسيين بشكل خاص، وتقوم هذه المؤسسات بدور فاعل في تقديم الدعم والمساعدة بكافة الأشكال المتوفرة والمصادر المتعددة.

وحسب (La Rocco et al,1980) تتنوع المصادر المختلفة للدعم الاجتماعي في أبعادها وفي مدى فعاليتها طبقاً للظروف المتاحة لها، وهناك إجماع واتفاق بين علماء النفس والذين يشيرون إلى وجود مصدرين أساسيين للدعم الاجتماعي يتمثلان في الآتي:

☒ **المصدر الأول:** المساعدة الاجتماعية داخل العمل ويمثلها (رؤساء العمل، وزملاء العمل، والمحيطين ببيئة العمل).

☒ **المصدر الثاني:** المساعدة الاجتماعية خارج العمل ويمثلها (أفراد الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران بالإضافة إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية).

ويرى كينيث هيلر وآخرون (Kenneth Heller et al, 1986, p466) أن أسلوب التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية يتأثر بمدى التقدير الذي يجده من خلال الدعم الاجتماعي الذي يقدمه المحيطين به، وهذا يبرز مدى أهمية الكيفية التي يدرك فيها الفرد المقومات الأساسية التي تدفعه إلى هذا التفاعل الاجتماعي الايجابي، وطبيعة دور الدعم الاجتماعي في تكوينه وتقديره.

ويلخص نوربك (Norbek, 1984) مصادر الدعم الاجتماعي في ثمانية مصادر أساسية، هي على النحو التالي: "الزوج أو الزوجة، والأسرة، والأقارب، والجيران، وزملاء العمل، وزملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية، والمرشد أو المعالج النفسي، ورجال الدين".

ويتفق كل من كوهين وماكاي على أن المساعدة الاجتماعية كمصدر للتوافق النفسي، يمكن أن نطلق عليها المساعدة التي تقوم بتخفيف الآثار النفسية والسلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد، وأن الأفراد الذين يريدون الوصول إلى مصادر الأمان والاستقرار

في حياتهم، لا بد وأن يبحثوا عن الأساليب الايجابية الفعالة التي تساعدهم على مواجهة الأحداث، وأن يستمدوا مصادر المساندة الاجتماعية من المحيطين والمقربين لهم في شبكة العلاقات الاجتماعية لوقاية أنفسهم من الآثار النفسية السلبية لهذه الأحداث الضاغطة، من أجل إحداث التوازن النفسي والشعور بالقيمة الشخصية (الهنداوي، 2011، ص25).

ويشير كلا من بونك ووهورنس إلى أن مصادر المساندة الاجتماعية تتمثل في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، والتي تعمل على رفع مستوى الصحة النفسية، وذلك بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغيير السريع (الهنداوي، 2011، ص25).

ويذكر كلا من (الشناوي، وعبدالرحمن، 1994: 4) أن المساندة الاجتماعية قد تتمثل في التفاعل الاجتماعي المنظم، أو الاندماج في الأدوار الاجتماعية المختلفة داخل المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وأن زيادة حجم وكمية المساندة الاجتماعية تؤدي إلى إحساس الفرد بالرضا عن الحياة، والتوافق مع البيئة المحيطة.

أشكال المساندة الاجتماعية

ذكرت (راضي، 2008، ص96)، أن المساندة الاجتماعية تأخذ أشكالا عدة تتمثل في:

• المساندة المعنوية:

التمثلة في التقبل والاهتمام واطهار الشعور بالراحة، والمؤازرة التي يتلقاها الفرد من المحيطين، وخاصة حين مروره بأحداث ضاغطة أو مؤلمة.

• المساندة المادية:

تقديم الخدمات والمساعدات المادية (نقدية، عينية) التي يتلقاها الفرد من الآخرين، مما يعينه علي تحمل أعباء الحياة ومواجهة المواقف الصعبة والمؤلمة.

• المساعدة المعرفية:

تتمثل في التوجيه وإعطاء النصيحة وتقديم الاستشارات للفرد من قبل المحيطين فيه، مما يعينه علي اجتياز المواقف الصعبة وحل المشكلات التي تواجهه.

• المساعدة الاجتماعية:

كافة المساعدات التي يتلقاها الفرد من الآخرين من حيث وجودهم بجواره في أوقات الشدائد، والمحن، ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه .

وذكر جينكيز (Jenkes) اربع أشكال للمساعدة الاجتماعية وهي:

ا - المساعدة الوجدانية Emotional Support:

وهي مساندة نفسية يجدها الإنسان في وقوف الناس معه، ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه، وتعاطفهم معه واتجاهاتهم نحوه واهتمامهم بأمره مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس ويزداد فرحاً في السراء ويزداد صبراً وتحملاً في الضراء .

ب -المساندة المعنوية أو المساعدة الإدراكية Appraisal Support:

وهي مساندة نفسية أيضاً يجدها الإنسان في كلمات التهاني والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة في الضراء فيجدها في تهنئة الناس له والاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويجده من مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزع، والتشجيع على التفكير فيما أصابه بطريقة تفاؤلية فيها رضا بقضاء الله وقدره.

ج -المساندة التبصيرية أو المساعدة المعلوماتية Information Support:

وهي مساندة فكرية عقلية تقوم على النصح والإرشاد وتقديم المعلومات التي تساعد الإنسان على فهم الموقف بطريقة واقعية موضوعية.

وتجعله أكثر تبصراً بعوامل النجاح أو الفشل فيزداد قدرةً على مواصلة النجاح وعلى تحمل الفشل والإحباط بل قد يجد في النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح.

د -المساندة المادية أو العملية Instrumental Support:

وهي مساندة مباشرة وفاعلة في المواقف ويحصل عليها الإنسان من مساعدة الناس له بالأموال والأدوات أو مشاركته في بذل الجهد وتحمل المواقف وتقليل الخسائر(مرسي، 2000، ص197).

ويشير داك (Dack) إلى أنواع المساندة الاجتماعية في محورين :

- **المساندة المادية:** ويقصد بها المساعدة على تحمل أعباء الحياة اليومية.
- **المساندة النفسية:** وتشتمل على تصديق الآراء الشخصية وتأكيد صحتها.

وبالرغم من أهمية هذين النوعين من المساندة إلا أنهما يتفاوتان من ظرف لآخر ومن علاقة إلى أخرى (دسوقي،1996، ص64).

ويصنف كوهين ووليز (Cohen & wills, 1985) المساندة الاجتماعية الي أربع فئات وهي:

• **المساندة بالمعلومات:**

وهذا النوع من المساندة يساعد في تحديد وتفهم آلية التعامل مع الأحداث الضاغطة، ويطلق عليها أحيانا النصح ومساندة التقدير والتوجيه المعرفي.

• **مساندة التقدير:**

وهذا النوع من المساندة يكون في شكل معلومات، بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، ويتحسن تقدير الذات بان ننقل للأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم وانهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية، وهذا النوع من المساندة يشار اليه أيضاً بمسميات مختلفة مثل: المساندة النفسية، والمساندة التعبيرية، ومساندة تقدير الذات، ومساندة التنفس، والمساندة الوثيقة.

• **المساندة الإجرائية:**

وتشتمل علي تقديم العون المالي والامكانيات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد هذا النوع في تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الاجرائية، أو عن طريق إتاحة الوقت للفرد

المتلقي للخدمة أو العون للأنشطة، مثل: الاسترخاء أو الراحة، ويطلق علي المساعدة الاجرائية أحيانا مسميات، مثل العون، المساعدة المادية، المساعدة الملموسة.

• الصحة الاجتماعية:

وتشتمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترفيه، وهذه المساعدة قد تخفف الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة الي الانتماء والاتصال مع الآخرين، وكذلك المساعدة علي إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات، أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من المساعدة أحيانا بأنها مساندة الانتشار والانتماء (الشناوي، وعبدالرحمن، 1994، ص ص 40-41).

وتضيف سيدني كوب ثلاثة مكونات أساسية للمساندة الاجتماعية:

- دعم عاطفي يقود إلى الاعتراف الصريح بأنه أو أنها تهتم به أو تحبه.
- الدعم المختلط بالاحترام المتبادل الذي يقوم بشعور الفرد بأن له احتراماً وتقديراً وقيمة عند الآخرين.
- دعم متداخل بين الشخص والآخر يقود إلى الاعتراف الصريح بأن الفرد يحس بموقفه في شبكة الاتصال المشترك بالآخر أو بقرار الاعتراض من كليهما (Nansy,1994, p3331).

يود الباحث الإشارة إلى أن هناك العديد من أشكال المساعدة الاجتماعية والتي اختلف حولها بعض الباحثين، وبالتالي فإن ما تم طرحه حول أشكال المساعدة الاجتماعية يتضح جليا من خلال ذلك أنه يساعد الفرد في تخفيف أحداث الحياة والعمل على مواجهتها، والعمل على بناء شبكة من العلاقات الاجتماعية، والتي يستطيع من خلالها إشباع حاجاته والتخلص من همومه، والعمل على ازالة التوتر والقلق والانفعال والاكتئاب وصولا إلى أن يصبح الفرد راضياً عن الحياة ولو بنسبة معينة، ويتضح للباحث أيضاً أن المساعدة الاجتماعية بأشكالها المختلفة والمتعددة لها أثراً مخففاً وأثراً واقياً من ضغوط الحياة التي يعيشها الأفراد المضطربين، وكذلك التخفيف من حدة المشكلات التي يعيشونها والعقبات التي يواجهونها أثناء ممارستهم حياتهم اليومية، قد تتمثل في إمدادهم بالمعلومات والمساعدات الملموسة والتوجيهات وإبداء الآراء، من

أجل الوصول بهم إلى الاعتماد على النفس في حل مشكلاتهم، وكذلك منحهم الثقة بالنفس وإعطائهم القيمة الشخصية والمكانة الاجتماعية في المجتمع، والوصول بهم إلى حالة من الاستشفاء والتعافي التي تمكنهم من ممارسة وظائفهم المهنية والاجتماعية بالشكل المطلوب.

أبعاد المساندة الاجتماعية:

يقصد بأبعاد المساندة هي الكيفية أو الصور التي تقدم بها المساندة الاجتماعية، ومن خلال العرض الخاص بتعريف المساندة الاجتماعية فقد اختلفت تلك التعريفات في تحديد أبعادها حيث تراوحت من بُعد واحد إلى عدة أبعاد، ويعود هذا الاختلاف إلى المنطلقات النظرية التي انطلق منها أصحاب تلك التعريفات، كما أن البعض يطلق عليها أنواع المساندة الاجتماعية.

في حين قام فوكس بتصنيف المساندة الاجتماعية إلى خمسة أبعاد وهي:

المساندة العاطفية، الإرشاد المعرفي، المساعدة الملموسة، التعزيز الاجتماعي والاجتماعية المتبادلة (عبد الرازق، 1998، ص16).

أما كوب (Cobb) فقد توصل إلى أن هناك أربعة أنماط رئيسية للمساندة هي: (المساندة الانفعالية، والمساندة بالمعلومات، والمساندة الأدائية (الوسيلية- الإجرائية) ومساندة التقدير (دياب، 2006: 66).

وتشير كاترونا (رضوان وهريدي، 2001: 85) "إلى أن مراجعة الأنساق التصنيفية للمساندة تكشف عن درجة عالية من الاتفاق بين المؤلفين، على الرغم من اختلاف المصطلحات التي يستخدمونها، وتخلص إلى أن هناك خمسة أبعاد أساسية للمساندة تظهر في معظم هذه النماذج وهي:

- **المساندة الوجدانية:** وتبدو في إظهار الشعور بالراحة.
- **التكامل الاجتماعي:** ويشير إلى مساندة شبكة العلاقات الاجتماعية كالعضوية في جماعة.
- **مساندة التقدير:** من خلال دعم الشعور بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.
- **المساعدة المادية:** كما تتمثل في تقديم خدمات أو أشياء عينية.
- **المساعدة المعرفية:** مثل التوجيه وإعطاء النصيحة.

ويرى كل من (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص ص40-41) أن المساندة الاجتماعية تتكون من أربعة أبعاد رئيسة هي:

- **المساندة بالتقدير:** وتشمل بأن ننقل للآخرين أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وتسمى بالمساندة النفسية .
- **المساندة بالمعلومات:** وتشمل إعطاء الفرد معلومات تساعد في حل المشكلات وتسمى بالتوجيه المعرفي أو النصح .
- **الصحة الاجتماعية:** وتشمل قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترويح وتسمى بمساندة الانتشار والانتماء .
- **المساندة الإجرائية:** وتشمل تقديم العون المالي، والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد العون الإجرائي على تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات وتسمى بالمساندة المادية أو المساندة.

المساندة الاجتماعية في الإسلام

الإسلام هو دين الرحمة والتعاون والمودة والتكافل، ويحث على البر والتقوى وعدم التعاون على الاثم والعدوان وهذا يدخل في المساندة الاجتماعية. حيث يقول تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ [المائدة:2]

ويحث الإسلام العظيم على ضرورة أن يحب المسلم أخاه المسلم وأن يتمنى له الخير وأن يناصره ويسانده، فعن أنس رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: " لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه" [رواه البخاري ومسلم]. وعنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " أنصر أخاك ظالماً أو مظلوماً " فقال رجل: يا رسول الله أنصره إذا كان مظلوماً أ رأيت إن كان ظالماً كيف أنصره؟ قال: " تحجزه - أو تمنعه عن الظلم فإن ذلك نصره" [رواه البخاري]. وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله قال: " حق المسلم على المسلم خمس: رد السلام، وعبادة المريض، واتباع الجنائز، وإجابة الدعوة، وتشميت العاطس" (رواه البخاري ومسلم). وعن ابن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: **المسلم أخو المسلم لا يظلمه، ولا يسلمه، ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته** " [رواه البخاري].

وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: **المسلم أخو المسلم لا يخنه ولا يكذب ولا يخذله، كل المسلم على المسلم حرام، عرضه وماله ودمه التقوى هاهنا، بحسب امرئ من الشر أن يحقر أخاه المسلم** [رواه الترمذي وقال حديث حسن].

وعنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: **لا تحاسدوا ولا تناجشوا ولا تباغضوا ولا تدابروا ولا يبيع بعضكم على بيع بعض، وكونوا عباد الله إخواناً. المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يحقره ولا يخذله. التقوى هاهنا - ويشير إلى صدره ثلاث مرات - بحسب امرئ من الشر أن يحقر أخاه المسلم. كل المسلم على المسلم حرام دمه وماله وعرضه** [رواه مسلم]. ويقول الله تعالى في كتابه العزيز: ﴿إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ﴾ [الحجرات:10].

وشبه النبي صلى الله عليه وسلم المسلمين بالجسد الواحد "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" [النووي: 85].

مظاهر المساندة الاجتماعية في الإسلام:

- الحث على التعاون والبر والتقوى وعدم التعاون على الإثم والعدوان.

يقول عز وجل: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ﴾ [المائدة:2]. فالبر والتقوى كلمتان جامعتان تشتملان على كل صالح من السلوك ابتغاء وجه الله وطمعا في رحمته وخوفا من عذابه وبذلك فإن أي مساعدة يبذلها إنسان نحو إنسان آخر في إطار البر والتقوى هي بلا شك مما يدخل في هذا التعاون (راضي، 2008، ص 106-107).

• العلاقات الاجتماعية:

يحث الإسلام على العلاقات الإنسانية بشكل عام، ومع المسلمين خاصة، فهو من يمد يد المساعدة للآخرين المسلم وغير المسلم ما لم يعتدي على الدين وحرمته. وهذه العلاقات تبدأ عادة بصلة ذوي الأرحام، حيث يأتي الوالدين في البداية ويدخل في حكمهما أبأؤهما، وكذلك تكون هذه العلاقات بعلاقة الفرد بزوجه، وأبنائه، وأقربائه حسب درجة القرابة حتى تشمل كل ذي رحم، حيث يقول عز وجل: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا

رَوَّجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا ﴿النساء: 1﴾

وفي الأحاديث النبوية الكثير التي تحض علي التعاون والمودة والمساعدة والإحسان والبذل حيث أنه ذُكر عن ابن عمر رضي الله عنهما أن الرسول صلي الله عليه وسلم قال: "المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه، من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ومن فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه بها كربة من كرب يوم القيامة، ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة" (متفق عليه في البخاري ومسلم) [النووي، 1347هـ، ص 134].

وعن ابن هريرة رضي الله عنه، عن النبي صلي الله عليه وسلم قال: *لَمَنْ نَفَسَ عَنْ مُؤْمِنٍ كَرْبَةً مِنْ كَرْبِ الدُّنْيَا نَفَسَ اللَّهُ عَنْهُ كَرْبَهُ مِنْ كَرْبِ الدُّنْيَا وَمَنْ يَسِّرْ عَلَى مَعْسُرٍ يَسِّرِ اللَّهُ عَلَيْهِ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَمَنْ سَتَرَ مُسْلِمًا سَتَرَهُ اللَّهُ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَاللَّهُ فِي عَوْنِ الْعَبْدِ مَا كَانَ الْعَبْدُ فِي عَوْنِ أَخِيهِ* " (رواه مسلم) [النووي، 1347 هـ، ص 137].

• التواصي والرحمة:

لعل الرحمة والمرحمة والتراحم من أكثر الأشياء التي أوصي بها الإسلام الإنسان المسلم، كما يوصي الإسلام المسلم بالحق، والصبر، وكل مكارم الأخلاق، والتراحم بها، فتحرير الرقاب، وإطعام الطعام في وقت الشدائد لليتامى، والمساكين، والتواصي بالصبر، فهذه جميعها تدل علي الرحمة والتراحم بين المسلمين يقول الله عز وجل: ﴿لَا تَجْعَلْ لَهْ عَيْنَيْنِ * وَلِسَانًا وَشَفَتَيْنِ * وَهَدْيَانَا النَّجْدَيْنِ * فَلَا اقْتَحَمَ الْعَقَبَةَ * وَمَا أَدْرَاكَ مَا الْعَقَبَةُ * فَكُ رَقَبَةً * أَوْ إِطْعَامٌ فِي يَوْمٍ ذِي مَسْغَبَةٍ * يَتِيمًا ذَا مَقْرَبَةٍ * أَوْ مَسْكِينًا ذَا مَتْرَبَةٍ * ثُمَّ كَانَ مِنَ الَّذِينَ آمَنُوا وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ وَتَوَاصَوْا بِالْمَرْحَمَةِ ﴿البلد: 8-17﴾.

ولقد كان رسول الله صلي الله عليه وسلم يساند الصحابة ويأمر بمساندتهم ولقد روي عنه انه عندما جاء خير استشهاد جعفر بن أبي طالب رضي الله عنه انه قال: *اصنعوا لآل جعفر طعامًا، فقد جاءهم ما يشغلهم* [أخرجه أحمد 1/175]. وهذا يدل علي مساندة الرسول صلي الله عليه وسلم لأصحاب المواقف الحياتية الضاغطة، وقد أجمل معاني المساندة الاجتماعية في وصيته لأمتة بالتراحم فعن جرير بن عبد الله رضي الله عنه أن الرسول صلي الله عليه وسلم قال: *لَنْ لَا يُرْحَمَ النَّاسَ لَا يُرْحَمَ* [أخرجه مسلم في صحيحه].

وهكذا يظهر لنا الدين الإسلامي الحنيف مدى حرصه على مساندة الآخرين، فقد بينت مظاهر المساندة الاجتماعية في الإسلام عظم ما جاء به هذا الدين القيم، فقد حث الإسلام على مساندة المسلم لأخيه المسلم، وكذلك حث الإسلام على مساندة المسلم لغير المسلم، ممن لا يضر ولا يسيء للإسلام بشيء.

النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

أ- نظرية التعلق الوجداني:

فحسب (الشاعر، 2005، ص89)، فإن من أفضل المناهج والطرق لدراسة التعلق الوجداني هي نظرية بولبي حيث أوضح بولبي (Polpy) أن الأطفال يولدون وهم بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي الذي يمكن اكتسابه عن طريق التعلق والتفاعلات مع الكبار وخاصة مع الأم، فالأم تزود أطفالها بمشاعر الحنان، وتشعرهم بالمودة من خلال استجاباتها للرضيع بضمه إلى صدرها بحنان، وهذا من شأنه أن يكفل الراحة للرضيع، ومن شأن هذا الاتصال أن يقود إلى نوع من التكيف والتعديل اللاحق. ولا يقتصر سلوك التعلق على الدور الذي يلعبه نمو الروابط الوجدانية بين الوالدين والطفل فحسب، بل يعتمد ويمتد ليشمل علاقة الراشد بغيره، فسلوك التعلق ليس له نهاية محددة.

وقد افترض بولبي ان الأفراد الذين يقومون بروابط تعلق طبيعية مع الآخرين ليكونوا أكثر أمنًا واعتمادًا على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون هذه الروابط، فعند إعاقة هذه الروابط يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي إلى عزله وابتعاده عن الآخرين، حيث أوضح بولبي أن النظرية تركز على استخدام المساندة الاجتماعية المتاحة لتجنب الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الفرد، والتخفيف منها.

ب- نظرية المحنة الوجدانية:

يعتقد جولد سميث، والانسكي (Joldsmeth & Alansky) أن الفرد عرضة للألم من خلال الخوف أو الغضب أو الاحتياجات الجسمية، والذي قد يخلق أجواء غير مريحة له ولذلك يسعى الفرد إلى الالتصاق بالآخرين من إشباع انفعالاته وتوفير الاحتياجات من أجل الحصول على الراحة، وهذه المقاومة هي صفة أساسية للتعلق وهنا يجب التفريق بين السعي للبقاء بقرب

أشخاص بعينهم، والتعلق بهم، وبين الاعتماديات وجذب الاهتمام في الشكل العام، وتكون رابطة التعلق تنطوي على السعي للبقاء بالقرب من ممثل التعلق.

ت- نظرية التبادل الاجتماعي :

كان اهتمام هذه النظرية في مجال المسنين حيث لفتت النظر إلى وجود العديد من الآليات المعرفية والتي يجذب الشخص استخدامها عند تبادل المساندة مع الآخرين وهي:

- ادخار المساندة الاجتماعية:

وجوهر هذه الآلية أن الشخص لديه رصيد من المساندات كان يقدمها في الماضي للآخرين وان ما يقدمه للآخرين حالياً من مساندة تعد قليلة في نطاق المساندة التي قدمه لهم في الماضي.

- القابلية للمساواة:

وتتص هذه الآلية على حقيقة مفادها أن الشخص يدرك مقدار المساندة التي تبذل له من قبل الآخرين وبالتالي يحاول جاهداً ألا يطلب من الآخرين مساندة تفوق طاقاتهم.

- المودة أو الوحدة المترابطة.

وتعني أن أفراد المجتمع الواحد من المفترض أن يكونوا مترابطين في وحدة عضوية نفسية اجتماعية واحدة، وان المودة والحب والعطاء سلوك سائد داخل الأسرة، وبالتالي فان ذلك سينعكس عليهم.

- الانتباه الانتقائي أو الاختياري.

وتعني هذه الآلية قدرة الشخص على إدراك ما يقدمه للآخرين وما يعجز عن تقديمه " حتى وان كان على المستوى الشعوري للشخص المقدم للمساندة. "

- استمرارية الشخصية.

وجوهر هذه الآلية هو وعي الشخص أن المساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة يمكن أن تقدم في جميع مراحل الحياة المختلفة وان اختلفت الأنواع.

- المقارنة الاجتماعية.

حيث يقارن الشخص بين ما كان يحصل عليه من مساندة في الماضي، وما يحصل عليه في الوقت الراهن (الشناوي، وعبد الرحمن، 1994، ص97).

النماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية أنموذجين رئيسيين يفسران الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية حسب ما ذكر بانك وهورنز (Buunk & Hoorens, 1992, p449):

1- أنموذج الأثر الرئيس للمساندة الاجتماعية:

يصور كل من هذا الأنموذج المساندة من وجهة نظر سيكولوجية (علم الاجتماع) المساندة الاجتماعية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، بأنها قد ترفع من مستوى الصحة النفسية بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغير السريع.

2- الأنموذج الوافي المخفف:

تعتبر المساندة الاجتماعية أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية المعدلة، أو الملطفة، أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض على اعتبار أن المساندة ترتبط سلبياً بالمرض، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالمرض.

تعقيب الباحث

ويوجز الباحث القول بأن للمساندة الاجتماعية والأسرية أهمية كبيرة ومؤثرة في حياة الأفراد ولها العديد من الوظائف التي تتمثل في حماية الذات للفرد المضطرب نفسياً، ويمكن اعتبارها بمثابة دوراً وقائياً يقي الفرد من الاضطرابات والضغوط النفسية ويحميه من التغيير السلبي في حياته وتدهور حالته، كالانطواء والعزلة والاكتئاب، وتتمثل أهمية المساندة الاجتماعية أيضاً في أنها تعمل على تنشيط الذات والإحساس بفعاليتها والسيطرة على المواقف التي تعترض الفرد المضطرب أثناء ممارسته حياته اليومية، كما تعمل على إمداد الفرد المضرب نفسياً ثقته بنفسه، وتجاوز أي أزمة قد تواجهه، كل ذلك يتم من خلال ادراك الفرد بأن هناك من يقدم له هذه المساندة والدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة فيه، كما أن للمساندة الاجتماعية أيضاً أهمية تتمثل في العمل على وقاية الفرد المضطرب من الوقوع في الأمراض والاضطرابات، فالمساندة الاجتماعية كما يرى الباحث تتم من خلال المساهمة في التوافق الإيجابي للفرد، وأن الدعم المقدم من المحيطين بالفرد المضطرب له دوراً كبيراً في توافق الفرد، والعمل على الحد من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الفرد المضطرب نتيجة مجريات الحياة، وتجعلهم أقل تأثراً عند مواجهتهم لأي أزمات قد تواجههم، وللمساندة الاجتماعية أيضاً أثراً فعالاً في حياة الفرد فهي تعمل على مواجهة ضغوط الحياة، فالمريض النفسي الذي يتعرض لكثير من الضغوط في حياته نظراً لظروف الحياة القاسية والمريرة فهو بحاجة إلى المساندة عند تعرضه لهذه الضغوط وهنا تبرز أثر عملية المساندة والتي تعمل على التخفيف أو الوقاية من لآثار السلبية التي يمكن أن تتركها هذه الضغوط وتأثيرها على شخصية الفرد المصاب بالمرض النفسي، كما تساعد الفرد على مواجهتها والتعامل معها، ويرى الباحث أيضاً أن المساندة الاجتماعية تعتبر بمثابة مصدر للتوافق والتكيف، وهذا يظهر من خلال الحب والاحترام المقدم للمرضى النفسيين وشعورهم بأنهم أفراد مقبولون في المجتمع، من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمون إليها، وتتمثل أهمية المساندة الاجتماعية أيضاً في إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي، وهذا ما يستشعره المرضى النفسيين من خلال شعورهم بقرب أسرهم وأصدقائهم وأحبائهم إلى جانبهم، فمن خلال دعمهم يزداد شعورهم بالأمان والاطمئنان.

المبحث الثاني: الاستشفاء (Recovery)

المقدمة:

حيث أن الباحث سيتناول من خلال هذا المبحث متغير الاستشفاء من حيث مفهوم الاستشفاء، نظرة تاريخية للاستشفاء، والتطور التاريخي لعملية الاستشفاء، المفاهيم المرتبطة بمصطلح الاستشفاء، اعتبارات خاصة بعملية الاستشفاء، تقييم عملية الاستشفاء، المكونات الأساسية للاستشفاء، أبعاد عملية الاستشفاء، وأخيرا مراحل عملية الاستشفاء.

وحسب (Andresen et al, 2003) "فان هناك عدة معاني لمفهوم الاستشفاء والذي تطور من خلال حركة المنتفعين، هذه التعريفات من المفترض وقوعها على طول سلسلة متصلة: التعريف الطبي، التعريف التأهيلي، والتعريف التعزيزي حسب النموذج الطبي، والاضطرابات النفسية تظهر كمرض والاستشفاء يحدث بشكل فردي "شفاء" عندما يعود الشخص إلى حالته الصحية السابقة إلى فترة بداية مرضه النفسي (Hupp, 2008, p13).

وهنا تجدر الإشارة إلى ان هناك مفهومين يحملان نفس المعنى وهما مفهوم الاستشفاء ويقابله مفهوم التعافي ولا يوجد اختلافا جوهريا بين هذين المفهومين.

مفهوم الاستشفاء: (Recovery)

❖ التعريف اللغوي للاستشفاء، التعافي:

تعني حرفيا الاسترداد أو استعادة العافية، وقد يكون التعافي تلقائيا أو بواسطة التدخل العلاجي (الشرييني، 2001، ص363).

وحسب قاموس ويبستر (1984) فان التعريف الرسمي لكلمة استشفاء تعني "العودة: استرداد أو الاستعادة (الذات) إلى الحالة الطبيعية" (Onken et al, 2002, p7).

❖ التعريف الاصطلاحي للاستشفاء:

ولقد تم تعريف مفهوم الاستشفاء بطرق متعددة، بينما لا يوجد تعريف عملي متفق عليه بشكل واسع في الوقت الحالي في مجال الصحة النفسية، وقد بُذلت جهود كبيرة لتحديد العناصر

الشائعة لهذا النموذج (Ridgway, 2001; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2004; Young and Ensing, 1999).

ويعرفه (Spaniol & others, 1994) بأنه "العملية التي يقوم بها الناس الذين يعانون من الاضطراب النفسي بإعادة بناء وتطوير أكثر في المحاور الشخصية والاجتماعية والبيئية المهمة، والتواصل الروحي، ومواجهة التأثيرات المدمرة للوصمة من خلال القوة الذاتية" (بكير، 2013، ص24).

حيث يعرفه (Blanch,1993) بأنه "يتضمن الأمل، الشجاعة، التكيف، التحمل، تقدير الذات، الثقة والاحساس بالسيطرة أو الإرادة الحرة (Ralph,2000, p8).

ويعرف جونسون الاستشفاء بأنه "عملية تعديل للسلوكيات، المشاعر، التصورات، المعتقدات، الادوار واهداف الحياه. وهو عملية لاستكشاف الذات، التجديد الذاتي والتحويل (Johnson,) (2000, p6).

ويعرفه (Demasi,1996) بان "الاستشفاء يتضمن الصحة النفسية والجسدية، وأيضاً الوضع الاقتصادي والشخصي الجيد" (Ralph, 2000, p8).

ويعرفه (Chamberlin,1997) بأنه "إن احد العناصر التي تحقق الاستشفاء هو استرجاع الايمان الشخصي بذاتك" (Ralph, 2000, p7).

ويعرفه (Markowitz,2001) بأنه "عملية تتضمن التحكم بالأعراض، التعامل مع التمييز والوصمة المجتمعية، كسب احساس ايجابي عن ذاته، ويحاول ان يقود نفسه إلى الانجاز والرضا بالحياة (Hupp, 2008, p15).

ويعرفه انتوني (Anthony,1993) بأنه "الشخص الذي يعاني من مرض نفسي ويعيش الحياة برضا بالرغم من قسوة المرض، ويقول بان الاستشفاء مستمر بشكل شخصي، فهو جهد فردي يؤدي للنمو، والاستكشاف وتغيير المواقف، القيم، الاهداف وربما الادوار" (Potokar,) (2008, p27).

ويعرفه (Andresen,2003) بأنه "التعريف النهائي لهذه السلسلة هو نموذج التمكين. حسب هذا المفهوم فان الاستشفاء، يفترض بأنه لا توجد اسس بيولوجية لتطور المرض

النفسي عند الاشخاص بالأحرى فان المرض النفسي يحدث بسبب ضغط عاطفي شديد، وهو مجموعة من التدعيم أو التمكين، الفهم، والأمل الذي يقود الشخص إلى الاستشفاء (Hupp, 2008, p14).

ويعرفه (Corrigan & Phelan, 2004) بأنه "بحيث يطلقان عليه اسم الاستشفاء العيادي (الكلينيكي)، الاستشفاء التلازمي، أو الاستقرار، التركيز الرئيس يكون على اختفاء الأعراض والتغلب على حالات العجز" (Hupp, 2008, p14) .

ويمكن ان نعرفه أيضاً "على ان مفهوم قيم الاستشفاء تتضمن في الحد الاقصى :

- 1- كل حكم ذاتي للمريض مستند إلى رغبات المريض وامكانياته .
- 2- كرامة المرضى واحترام ذواتهم.
- 3- تقبل المرضى ودمجهم الكامل في الحياة الاجتماعية.
- 4- استئناف التطور الطبيعي في الحياة.

مفهوم الاستشفاء يركز على زيادة قدرة المرضى على النجاح في مواجهة تحديات الحياة، وإدارة أعراضهم بنجاح. ان تطبيق مفهوم الاستشفاء يتطلب الالتزام بمدى واسع من الخدمات الضرورية والتي يجب الا تستخدم لتبرير ردود الافعال. ان مفهوم الاستشفاء يستند على الشراكة بين الطبيب النفسي والممارسين الاخرين والمرضى في بناء اتجاه كل الخدمات التي تساعد في تحقيق الحد الاقصى من الأمل وجودة الحياة (APA, 2005, p1).

❖ التعريف الاجرائي:

ويتبنى الباحث تعريف (قسم الصحة والخدمات الإنسانية الامريكي) كتعريف اجرائي حيث يعرف الاستشفاء بأنه "رحلة من التعافي والتحول التي تمكن الشخص الذي يعاني من المرض النفسي ليعيش في مجتمعه بحياة ذات معنى باختياره بينما يكافح ليحقق اهدافه" (U.S. department of health and human services, 2004, p1).

نظرة تاريخية لعملية الاستشفاء

من الناحية التاريخية، فإن هناك افتراضاً ضمنياً يقول بأن الحل (عادةً) لمشكلة سوء استخدام المواد المخدرة، هو بأنه سوف يحدث تحسن ذاتي في الأداء في مجالات أخرى والتي تسمى مجالات مرتبطة بالادمان (جسدياً ونفسياً، الأداء الاجتماعي، التكيف مع الحياة). في الواقع، فإن الإقلاع عن الكحول والمخدرات يعتبر بدايةً للأداء الجيد في مجالات أخرى تشمل الاستشفاء (McLellan, Chalk, & Bartlett, 2007).

بينما توافق الأغلبية بأن الإقلاع على أقل تقدير له انخفاضات مهمة عن سوء استعمال المواد المخدرة، فهو شرطٌ للتحسن الثابت في مجالات الحياة الأخرى، والعلاقة بين سوء استعمال المواد والحالة الوظيفية في نواحي الحياة الأخرى تعتبر معقدة (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, & Kron, 1981; Simpson, 1981).

وفي مثل الحالات المزمنة الأخرى، الاستشفاء يتضمن العودة للمرض وأعراضه السابقة والقدرة على الوصول إلى الحياة الجيدة. نحن لا نستطيع أن نفترض بأن المريض هو بالضرورة شخص عادي، لا يرتكب جرائم، وبصحة جيدة (McLellan et al., 2007).

إن الامتناع عن الكحول نادراً ما يجلب اغاثة فورية (Vaillant, 1995). ومع مرور الوقت فإن هناك أشخاص معتمدون جداً (على المخدرات والكحول) يصلون إلى الإقلاع، حيث يأتون غالباً بعد عقدين من الادمان المتواصل (Dennis et al., 2005)، بحيث يصبح هناك تضرر كبير في الجسم والصحة النفسية ويصبحا كحالات مزمنة في مراحل متقدمة (e.g., HCV, HIV, disease of the liver, lungs)، ويحدث أيضاً تدهور كبير في المهام الخدماتية، العلاقات الأسرية والاجتماعية، التمويل والسكن أغلب الأحيان (Yeh, Che, Lee, & Horng, 2008).

ليس من الشذوذ رؤية التحسن في سوء استخدام العقار بدون تحسن متزامن وهام في نواحي الحياة الأخرى (McLellan et al., 1981; Bacchus, Strang, & Watson, 2000; Dennis et al., 2007).

التطور التاريخي لمفهوم الاستشفاء

قبل منتصف عام 1980م، وقبل اتساع حركة التخرج من المستشفيات، كان هناك حديث شائع عن مستقبل الشخص الذي يعاني من مرض نفسي حقيقي وجدي حتى ولو كان كئيباً ومحفوفاً بتدهور مستمر (Surgeon General, 1999).

إن إمكانية إعادة التأهيل أو التعافي من المرض النفسي لفترة طويلة من حياته حتى وإن كان غير مدروس؛ تقليدياً، الهدف من العلاج كان منع فشل التعويض، علاج الأعراض، الحفاظ على الاستقرار، والتحكم في الأزمات (Anthony, 2000; Ralph & Muskie, n.d.; Turner-). (Crowson & Wallcraft, 2002).

أصبحت المواقف اتجاه الأفراد المصابين بالأمراض النفسية أكثر ملاءمة خلال السنوات الخمس والعشرين الماضية. بسبب كتابات منتقعي خدمات الصحة النفسية عن خبراتهم في نظام الصحة النفسية وما نتج عنه. تميزت حركة المنتقعين في عام 1980م وعام 1990م بتحول في التركيز مع ما حدث في مهن الصحة النفسية. وبرزت رؤية جديدة لعلاج الأمراض النفسية وأصبحت تعرف باسم نموذج الاستشفاء (Anthony, 1993; Surgeon General,). (1999).

عرف انتوني (Anthony, 1993) الاستشفاء بأنه "شخصية عميقة، وعملية فريدة من التغيير في المواقف، القيم، المشاعر، الأهداف، المهارات، والأدوار. وهي طريقة العيش برضا، وامل والمساهمة في الحياة بالرغم من الحدود التي يسببها المرض النفسي. الاستشفاء يتضمن تطوير معني جديد للحياة بالرغم من التأثيرات الكارثية للمرض النفسي.

المفاهيم المرتبطة بمصطلح الاستشفاء

البعض يستخدم معاني مشابهة أو مختلفة قليلاً عن مصطلح الاستشفاء. انه لمن غير المفيد النظر إلى هذه المفاهيم بطريقة تنافسية مع بعضها البعض، ان مفهوم الاستشفاء يمكن ان يشمل جميع هذه المعاني، ولكنه لا يقتصر على أي منها:

1- إعادة التأهيل (Rehabilitation): صمم برنامج وقسم اختياري منظم لتحسين المهارات

الجسمية، العقلية، العاطفية والاجتماعية لتمكين الانتقال والعودة للمجتمع والعمل.

- 2- **الاستكشاف (Discovery):** اخذ رحلة شخصية لفهم جديد لذاته والعالم، بدلا من العودة إلى نفسه القديمة ببساطة.
- 3- **الارتداد، الرجوع (Restitution):** استرداد بعض ما فقدته أو ضاع بسبب المرض، كمثال: الوضع الاجتماعي، التواصل، وتقدير الذات.
- 4- **الرعاية الذاتية (Self-care):** الاعتناء بنفسه بشكل جيد.
- 5- **إدارة الذات (Self-management):** اتخذ احدى قراراتك الصحية الخاصة وتعلم ان تدير مشاكلك الصحية على المدى البعيد، لذا لكي تعيش بشكل جيد عليك الاعتماد بالحد الأدنى على الخدمات.
- 6- **العناية الموجهة للذات (Self-directed care):** كن مطلعاً ولديك القدرة على ممارسة الاختيار والمسؤولية للعناية المقدمة لك من قبل الآخرين.
- 7- **تقنيات التكيف واستراتيجيات التعايش (Coping strategies and strategies for living):** ايجاد ما الذي يساعد للتعامل مع المشاكل وبناء بعض الأدوات الخاصة للتعامل مع مشاكل الصحة الجسمية والنفسية.
- 8- **الشفاء والعافية (Healing and wellness):** اعادة اكتشاف القدرة الداخلية الخاصة للشفاء الذاتي، مع أو بدون مساعدة المهنيين وتحقيق حالة من الصحة، حتى لو تلبت بعض الأعراض.
- 9- **المرونة (Resilience):** الهدف العام هو ان يكون لديك القدرة على البقاء وان تتعلم من تحديات الحياة.
- 10- **التحول (Transformation):** تعبير استعمل فيما يتعلق بعملية التعافي أو نتيجة لرؤية الأفراد والخدمات التي لا تنتهي بنفسها، لكن نوعاً ما كحالة متوسطة خلال هدف تسهيل الاستشفاء في حياة الناس الواقعية (Ralph, 2000) .

اعتبارات خاصة بعملية بالاستشفاء

هناك بعض الاعتبارات "الاهتمامات" التي ظهرت لنموذج الاستشفاء، تحتوي على ان الاستشفاء هو مفهوم قديم، والذي يركز على الاستشفاء بالإضافة إلى عبء التمدد الحقيقي للمزودين، فالاستشفاء يجب ان يتضمن العلاج' والاستشفاء يحدث لعدد قليل جدا من الناس والاستشفاء يمثل بدعة غير مسؤولة، ان الاستشفاء يحدث فقط نتيجة للعلاج الفعال ويمكن تطبيق الرعاية الموجهة للاستشفاء فقط من خلال اضافة موارد جديدة، الرعاية الموجهة

للاستشفاء ليست واجبة الاسترداد ولا تستند إلى أدلة مثبتة، و الاستشفاء بالرعاية الموجهة تقلل من قيمة التدخل المهني و الاستشفاء بالرعاية الموجهة تزيد من تعرض المزودين للخطر والمسئولية.

كانت هناك تجاذبات بين نماذج الاستشفاء وخاصة نماذج "الممارسة القائمة على الأدلة" في تحول خدمات الصحة النفسية في الولايات المتحدة وترتكز على التوصيات للجنة الحريات الجديدة للصحة النفسية. لجنة الحريات الجديدة تؤكد على نموذج الاستشفاء وتم تفسيرها بواسطة بعض النقاد حيث قالوا أن كل شخص يمكن أن يتعافى تماماً من خلال قوة الإرادة، لذلك اعطاء أمل كاذب لهؤلاء يقضي على عدم القدرة على التعافي و ضمناً لوم هؤلاء الناس يقضي على القدرة على التعافي. مع ذلك، فإن النقاد يرهقوا أنفسهم بتقييد حقوق المنتفع ويفشلوا في ادراك أن هذا النموذج معد لدعم الشخص في رحلته الشخصية، بدلاً من ذلك توقع النتائج المعطاة وأنه يتعلق بالدعم الاجتماعي والسياسي و التفويض للأفراد (Wikipedia, 2015).

تقييم عملية للاستشفاء

إن نظام جمع البيانات والمصطلحات المستخدمة من قبل الخدمات والممولين تتعارض عادة مع اطر الاستشفاء، لذلك تم تطوير أساليب التكيف مع موارد تكنولوجيا المعلومات أو النماذج الورقية. كما تم الإشارة إلى أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (وإلى حد ما أي نظام للتصنيف الفئوي من الاضطرابات النفسية) يستخدم المعايير والتعاريف والمصطلحات التي لا تتفق مع طراز الاستشفاء، لذا فلا يروج لثقافة الناس الذين يتمكنوا من التحسن والتعافي.

حيث تم الاقتراح بان الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية يتطلب حساسية اكبر للقضايا الثقافية ونوع الجنس، ويجب ان ندرك الحاجة للأخريين من اجل التغيير طالما انه هو الذي يختص بتشخيص الاضطراب، وذلك بحاجة إلى اعتماد منهج بعدي للتقييم يعكس أفضل صورة فردية والذي لا يتضمن الحالة النفسية الخاطئة أو المزمدة. وقد تم تطوير عدد من الاستبيانات والتقييمات الموحدة لمحاولة تقييم رحلة الاستشفاء.

وهذه تتضمن صورة عن مقياس الاستشفاء (MOR)، مقياس استشفاء تعزيز البيئة (REE)، أداة قياس الاستشفاء (RMT)، ومقياس مؤشر النظام الموجه للاستشفاء (ROSI)، أداة قياس مراحل الاستشفاء (STORI)، والعديد من الأدوات المرتبطة (Wikipedia, 2015).

المكونات الأساسية للاستشفاء "العناصر":

- **الاتجاه الذاتي:** يمسك المنتفعون بدفة التحكم لممارسة اختياراتهم وتحديد مسار الاستشفاء الخاص بهم، وذلك عن طريق التفاوض الذاتي، الاستقلالية، والسيطرة على المصادر لتحقيق تعريف ذاتي للحياة. وبالتحديد فعلية الاستشفاء يجب ان تكون موجهة ذاتيا عن طريق الشخص، والذي يعرف اهداف حياته الخاصة ويصمم مسار فريد نحو هذه الاهداف.
- **التمركز الشخصي والفردى:** هناك العديد من السبل للوصول إلى الاستشفاء بقوة فريدة وفردية وبمرونة فكل من حاجاته، ادائه، خبراته (يتضمن صدمة سابقة)، وخلفيته الثقافية وفي جميع شكاويه المختلفة. وبشكل فردي أيضاً يعرف الاستشفاء كرحلة ونتيجة نهائية لتحقيق نموذج عام لصحة نفسية جيدة ومثالية.
- **التعزيز (التمكين):** ان المنتفعين لديهم السلطة للاختيار من سلسلة الخيارات والمشاركة في جميع القرارات. بما يتضمن تخصيص المصادر، والذي يؤثر على حياتهم، ويتعلمون ويتلقون الدعم لذلك. لديهم القدرة للانضمام إلى منتفعين آخرين للتحديث بشكل جماعي وفعال عن انفسهم واحتياجاتهم، متطلباتهم، رغباتهم، وطموحاتهم. من خلال التعزيز، والتحكم بالمكاسب الشخصية في نصيبه الخاص وتأثيرات البناء التنظيمي والاجتماعي لحياته.
- **الشمولية:** الاستشفاء يشمل جميع نواحي الحياة الشخصية، بما في ذلك العقل، الجسم، الروح، والمجتمع. الاستشفاء يشمل جميع مظاهر الحياة، السكن، الوظيفة، التعليم، الصحة النفسية، العلاج الرعاية الصحية والخدمات، والخدمات المكملة والطبيعية، علاج الادمان، والروح، الابداع، شبكة العلاقات الاجتماعية، المشاركة المجتمعية، والمساندة الأسرية والتي تحدد من قبل الشخص. العائلات، المزودون، المنظمات، الانظمة، الجماعات.
- **النسبية:** الاستشفاء ليس عملية تتم خطوة بخطوة وانما يستند على النمو المستمر، نكسات عرضية، والتعلم من الخبرات. الاستشفاء يبدأ بمراحل اولية من وعي الشخص وادراكه بان التغيرات الايجابية ممكنة. هذا الوعي يُمكن المنتفعين للتحرك نحو الاندماج الكامل في العمل على الاستشفاء.
- **قوة الاساس:** الاستشفاء يركز على التقييم والبناء للقدرات المختلفة، المرونة، المواهب، مهارات التكيف، والكفاءة الشخصية المتأصلة. عن طريق البناء في نقاط القوة هذه،

- المنتفعين يجب ان يتركوا ورائهم الحياة المحبطة ويندمجوا في ادوار جديدة للحياة.
- **دعم الاقران:** الدعم المتبادل يتضمن مشاركة المعرفة التجريبية والمهارات والتعلم الاجتماعي، ولعب دور ثمين في الاستشفاء. المنتفعين يشجعون ويدمجون منتفعين اخرين في عملية الاستشفاء ويزودون بعضهم البعض بالاحساس بالانتماء، علاقات المساندة، والدور التقييمي والمجتمعي.
- **الاحترام:** إن العمل المجتمعي، الانظمة، التقبل الاجتماعي وتقدير المنتفعين، بما يتضمن حماية حقوقهم وتجاهل التمييز ضددهم والوصمة، فذلك يعتبر امرا حاسما لتحقيق الاستشفاء. ان التقبل الذاتي واستعادة الايمان بنفسه يعتبر امرا حيويا بشكل واضح. الاحترام يكفل ويضمن المشاركة الكاملة للمنتفعين في جميع نواحي حياتهم.
- **المسؤولية:** المنتفعين لديهم مسؤولية شخصية اتجاه الرعاية الذاتية لأنفسهم ورحلة الاستشفاء لديهم. ان اخذ خطوات نحو اهدافهم ربما يتطلب شجاعة كبيرة. المنتفعين يجب ان يكافحوا لفهم واعطاء معنى لخبراتهم ويحددوا استراتيجيات التكيف لديهم وعمليات التعافي لتعزيز الوعي الذاتي لهم.
- **الأمل:** الاستشفاء يزود برسائل تحفيزية وضرورية لمستقبل افضل، والناس يستطيعون التغلب على العوائق والعقبات التي تواجههم. الأمل يعتبر ذاتيا؛ لكن يمكن ان ينشأ عن طريق الاقران، العائلات، الاصدقاء، مقدمي الخدمات، واخرين. فالأمل يعتبر المادة التحفيزية لعملية الاستشفاء (department of health and human services, 2004, p1).
(U.S

أبعاد عملية الاستشفاء بحسب رالف "Ralph2000":

- **العوامل الداخلية (Internal factors):** العوامل التي تحدث مع المنتفعين، مثل الوعي بالحصيلة النهائية للمرض، الاعتراف بالحاجة للتغيير، الاستبصار بكيفية البدء بهذا التغيير، وتحديد المدة التي نحتاجها للوصول إلى الاستشفاء.
- **الرعاية بإدارة الذات (Self-managed care):** امتدادا للعوامل الداخلية التي يصفها المنتفعين كيف يديرون صحتهم النفسية وكيف يتعاملون مع العوائق والصعوبات التي تواجههم.
- **العوامل الخارجية (External factors):** تشمل الترابط مع الاخرين، المساندة المقدمة من العائلة، الاصدقاء، والمتخصصين، وأن يكون لديه بعض الاشخاص الذين يؤمنون

بأنهم يستطيعون التعامل مع امراضهم النفسية والتعافي منها.

- التمكين (Empowerment): مزيجاً من العوامل الداخلية والخارجية ؛ بحيث يتم الجمع بين نقاط القوة الداخلية والربط بينها للحصول على المساعدة الذاتية، التأييد، والاهتمام بما يحدث لنا وللآخرين.

مراحل عملية الاستشفاء

حسب انتوني (Anthony, 2003) فقد تم تصنيف عملية الاستشفاء في خمس مراحل؛ ويمكن ان يكون من المفيد وضع عملية الاستشفاء في هذه المراحل الخمسة. يسير الناس في هذه المراحل بسرعات متفاوتة. هناك تفاوتاً في الاستشفاء من جميع الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب أو اضطراب ثنائي القطب، حتى المرض نفسه يكون متقلبا. فالأصدقاء والأسرة هما الداعمين والمعتمد عليهم لإحداث تغيير كبير في قدرة الشخص على التعامل مع كل مرحلة من هذه المراحل:

- معالجة تأثيرات المرض.
- الاحساس بالحياة ضمن حدود.
- الادراك والايمان بإمكانية التغيير.
- الالتزام بالتغيير.
- العمل من اجل التغيير.

سيعمل الباحث على أن يستزيد في الحديث عن المتغير الثاني (الاستشفاء) وذلك لقلّة المراجع في البيئة العربية وحتى الاجنبية.

فان الباحث ومع تلك النُدرة سيستزيد في الفصل الخامس عن التفسير للاستشفاء في ضوء الثقافة الحالية، وثقافة علم النفس الخاصة.

تعقيب الباحث:

ويؤكد الباحث على أن الاستشفاء يحدث كنتيجة لعملية علاجية مبنية على أساس علمي ومهني ولها العديد من الأسس النظرية والعملية، وأيضاً يمكن أن يكون الاستشفاء بحد ذاته كبرنامج علاجي فاعل وذو أهمية في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية.

والاستشفاء هو عملية مستمرة طويلة المدى من النمو والنضوج النفسي والروحي يتضمن تغييراً متزايداً في السلوك والتفكير والعلاقات أي تغيير في الإنسان ككل..

حيث أن الاستشفاء مفهوم يمكن استخدامه للإشارة إلى العلاج من الكثير من الأمراض النفسية والسلوكية.

حيث أن الاستشفاء هو تعبير يُطلق على خبرة العلاج من الأمراض المزمنة، وفي المجال النفسي والسلوكي يطلق هذا التعبير عادة على خبرة العلاج من الإدمان على الكحول وسوء استخدام المواد المخدرة.

إن أي مرض من الأمراض النفسية يتضمن تغيرات مهمة في مستوى الوظائف الشخصية، والأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة يجدون في الغالب مشاكل كبيرة لاستئناف حياتهم وانشطهم العادية. وينبغي أن يكون الهدف من الرعاية الصحية هو تعزيز المستوى الأمثل من الشفاء والتعافي التام من المرض قدر الامكان (بكير، 2013، ص24).

المبحث الثالث: الفصام العقلي (Schizophrenia)

المقدمة:

حيث أن الباحث سيتناول من خلال هذا المبحث متغير الفصام من حيث مفهوم الفصام، مدى انتشار مرض الفصام، عرض تاريخي لنشأة المرض وتسميته، أسباب الفصام، النظريات و العوامل التي فسرت مرض الفصام، أطوار ومراحل مرض الفصام، مآل مرض الفصام، الأعراض الإكلينيكية لمرض الفصام، تشخيص الفصام، أنواع الفصام، تطورات مرض الفصام، الأسرة والفصام، الإعاقة في مرض الفصام، وأخيراً علاج الفصام.

يمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. والمرض النفسي أنواع ومستويات، فقد يكون خفيفاً يضفي بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه، وقد يكون شديداً حتى يدفع بالمريض إلى القتل أو الانتحار. وتتباين أعراض المرض النفسي تبايناً كبيراً من المبالغة في الأناقة إلى الانفصال عن الواقع والعيش في عالم من الخيال. والأمراض النفسية كثيرة ومنتشرة ويزيد عددها عن عدد حالات شلل الأطفال ومرض القلب والسرطان مجتمعة. ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقاً بعد أن أخذ كل مرض طريقه نحو العلاج والشفاء" (زهران، 1997، ص 9-10).

ويعد مرض الفصام من أهم المشاكل في الأمراض النفسية، فهو من ناحية أخطر الأمراض وأكثرها تهديداً بالتفكك والتدهور، ومن ناحية أخرى أكثرها غموضاً وتداخلاً مع سائر الأمراض، ثم أنه يحوى أنواعاً متباينة حتى ليكاد بعضها يبدو وكأنه يعاكس البعض الآخر، وأخيراً فإن استجابته للعلاج تختلف من نوع إلى نوع ومن مرحلة إلى مرحلة اختلافاً يكاد يعلن أنه ليس مرضاً واحداً بل عدة أمراض مجتمعة المرشد في الطب النفسي(المرشد في الطب النفسي، 1999، ص112).

ومنذ عقود عديدة والمتخصصون يؤمنون بأن الفصام اضطراب ذهاني يجعل المريض منكب على ذاته، مشغول بعالمه الخاص بما يحمله من هلاوس وضلالات وأوهام، مارق من قيم ومعايير المجتمع التي ربما يكون قبل أن يقع فريسة للمرض من بين أكثر الناس التزاماً بها،

وأحياناً يبدو للآخرين وكأنه جاء من كوكب آخر، ولذلك فهو لا يعرف الفرق بين الحقيقة والخيال " أي انه فقد ارتباطه بالواقع " فقد يسمع صوتاً يأمره بشيء وينهض من فورهِ لتنفيذ ما يسمعه من أوامر، أو قد يعتقد أن الآخرين يدسون له السم في الطعام أو أن المحطات التلفزيونية العالمية تذيع أخباره، أو أنه مجند من قبل جهاز المخابرات للتجسس على دولة عظمى، ولم يجد مصطلح من سوء الفهم والخط والتشويش مثلما وجد مصطلح الفصام. والفصام اضطراب يتصف بأعراض ذهانية محددة الملامح وأخرى غير محددة الملامح، وعلى مدار ما يقرب من قرن من التاريخ عرف مصطلح الذهان (psychotic) تعريفات عديدة ومتباينة لم يجد أي منها قبولاً مطلقاً، أضيق هذه التعريفات تقيدته بالضلالات (الهذات) أو بالهلوس الواضحة التي تحدث في غياب الوعي بالحالة المرضية (عبدالرحمن، 2000، ص 387-389).

مفهوم الفصام

❖ تعريف الفصام في اللغة:

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

تفصم: وانفصم: انكسر من غير بينونة تصدع (المنجد، 1998، ص ص 520-586).

الفصام العقلي: الانقسام بين العقل المضطرب والانفعال الأشد إضراباً.

❖ تعريف الفصام اصطلاحاً:

حيث يعرف الفصام بأنه "مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي". ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك، والمريض يعيش في عالم خاص به بعيداً عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر (زهران، 1978، ص 45).

ويعرف الفصام أيضاً على أنه " نوع أو أنواع من الاضطرابات العقلية يتناول الشخصية بأكملها، وتبدو أعراضه على المرض بدرجات متفاوتة، ويتضمن عادة صلة المريض بالعالم

الواقعي إلى حد قليل أو كبير، قد يصل في بعض الحالات الشديدة إلى أن يعيش المريض دنياه الخاصة وكأنه في حالة من حالات أحلام المنام" (داود وآخرون، 1992، ص333).

ويعرف على انه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك (عبدالمعطي، 1998، ص 341).

ويعرف الفصام بأنه " مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية و العقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية و السلوك .. وأهم الأمراض اضطرابات التفكير، والواجب، والوجدان، والإدراك، والإرادة والسلوك" (عكاشة، 1998، ص249).

يعرف ابراهيم وعسكر الفصام على أنه "اضطراب عقلي لا يوجد له أساس معروف، ويتضمن تفككًا في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية"(إبراهيم، وعسكر، 1999، ص85).

ويعرفه عبد الله على انه " مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية و السلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح (عبدالله، مجدي، 2000، ص199).

ويعرف الفصام بأنه "حالة مرضية تتميز بتدمير بنية الشخصية أو تفككها مسئولة عن فقدان الاتصال بالواقع وعن فقدان التكيف التدريجي مع الوسط" (أسعد، 2001، ص198).

ويعرفه ستريكلاند (Strickland, 2001, p558)، بأنه "اضطراب عقلي يتميز باضطراب في التفكير، الضلالات، الهلوس، الاضطراب العاطفي، والانسحاب من الواقع والحقيقة.

ويعرفه ليفيت (Levitt,2007, p1) بأنه " يعرف الفصام كاضطراب ذهاني يسبب تشويش عقلي شديد يؤدي إلى خلل واضح في (الافكار، الكلام، والسلوك).

تعرف الجمعية الامريكية للطب النفسي الفصام على انه "الشخص الذي تتوفر لديه المحكات التشخيصية لمرضى الفصام الواردة في دليل التشخيص الامريكي الخامس (DSM 5) وهي:

الفصام واضطرابات ذهانية اخرى:

وتتحدد باضطراب واحد أو أكثر من المجالات الخمسة التالية:

- 1- ضلالات.
- 2- هلاوس.
- 3- اضطراب التفكير (الكلام).
- 4- الأعراض السلبية.
- 5- نشاط حركي غير منتظم أو غير طبيعي بشكل اجمالي (تتضمن التخشبي).

(American Psychiatric Association,2012-2013, p87)

❖ التعريف الإجرائي:

ويعرفه الباحث بأنه: مرض نفسي يصيب الشخص بحالة من الاعتلال الواضح في الإدراك والوعي وفقدان التوجه الزماني والمكاني والعجز عن القيام بالمهام الوظيفية المعتادة وفقدان التواصل مع العالم الخارجي.

مدى انتشار مرض الفصام:

يتعرض حوالي 1% من السكان لمرض الفصام خلال حياتهم، وعلى الرغم من أن هذه النسبة تبدو محدودة مقارنة بنسبة انتشار الاضطرابات المزاجية مثل اختلال الاكتئاب الأساسي مثلاً، إلا أن للفصام آثار سلبية حادة جداً على السلوك حيث تضعف لدى المصابون به الكفاءة أو الأداء الوظيفي، وغالباً لا يجد مرضى الفصام مأوى لهم سوى أسرة مستشفيات الأمراض العقلية ويمكن مقارنة نسبة انتشار الفصام وخطورته باختلال ذهاني خطير مثل الاختلال المزاجي ثنائي القطب الذي يبلغ معدل انتشاره 5% ولكن في الغالب لا يقيم هؤلاء المرضى بالمستشفيات. وإن الفصام يشيع أكثر بين المراهقين وصغار الراشدين حيث يتطور غالباً خلال الفترة العمرية من 16 - 25 سنة ولكنه أقل حدوثاً بعد الخامسة والثلاثين من العمر (عبدالرحمن، 2000، ص ص 413-414).

مدى انتشار الأمراض النفسية في قطاع غزة

لقد أجريت دراسة في قطاع غزة عام (1992) حول انتشار الأمراض النفسية في قطاع غزة على عينة مكونة من 2600 من الكبار من الجنسين تم اختيارهم بطريقة عشوائية وجد أن 12.5% من العينة يعانون من القلق و 8.38% لديهم أعراض الاكتئاب ومن يعانون من أعراض سيكوسوماتية 10.7% ومن هذات العظمة 3.2% وإذا قارنا هذه النتائج مع ما توصل إليه الباحثون على مستوى العالم فهناك زيادة في المشاكل والاضطرابات والأمراض النفسية في قطاع غزة (أبوهاين، 1992، والسراج، ص ص 1-12).

عرض تاريخي لنشأة المرض وتسميته (Historical overview):

في بدايات القرن السابع عشر بدأت في أوروبا نهضة علمية شاملة وخاصة في مجال التعاطي مع الأمراض النفسية والعقلية فقد نادى العالم الإنجليزي توماس سيدنهام Thomas Sydenham (1934-1989) إلى اتجاه التجريب في تصنيف الأمراض وخاصة مرض الفصام، مما اثر في تناول كثير من العلماء الذين أتوا من بعده في إثراء هذا الاتجاه العالم الألماني ويلهيام كريسنجر Wilhelm Griesinger الذي أصر على وجود أسباب فيسيولوجية للأمراض العقلية، وقبله أكد روبرت برتون Burton على تلك الأسباب. وكان كربلين kraepelin، والعالم السويسري يوجين بلولر Eugene Bleuler لهم تأثيرات واضحة فيما يتعلق بفهمنا لمرض الفصام، ولكن فضل التسمية والتي عرف بها المرض سابقا وهو العته ترجع إلى مورل Morel وهو طبيب نفسي وصف فيها المرض على أنه حالة من التدهور لأفراد بدأت عندهم الأعراض في مراحل المراهقة . ويرجع الفضل في فهم ومعرفة مرض الفصام العقلي لكربلين kraepelin الذي استخدم تعبير العالم Morel ليضع مجموعة من الأمراض تحت وحدة واحدة أطلق عليها اسم "مرض العته أو الخرف المبكر Dementia praecox، حيث اعتقد كربلين بأن الفصام ينشأ نتيجة اضطراب عصبي (نيورولوجي) وذلك في محاوله منه على ما يبدو للتفريق بينه وبين مظاهر الاضطرابات المزمنة الأخرى ذات الطبيعة الشاذة. وفي عام 1980م عند ظهور الإصدار الثالث من الدليل الإحصائي التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSMIII، اتضح وبقوة عودة التأثير البيولوجي والذي أدى بدوره إلى النظر لمرض الفصام العقلي والأمراض العقلية الأخرى كأمراض عقلية/ نفسية في المقام الأول. كل ذلك أدى إلى النظر بكثير من الاحترام لوجهة نظر كربلين فيما يتعلق بنشأة مرض الفصام

والأمراض النفسية الأخرى، بالإضافة إلى ذلك قام الكثيرون بتوجيه النقد لتفسيرات بلولر برغم أهمية إسهاماته والسبب في ذلك انه قلل من أهمية المحكات التشخيصية على حساب التفسير السيكولوجي وقام كذلك بالتقليل من قيمة تأثير الأعراض على المسار الذي عادة يصاحب مرض الفصام (سيد والمغيري، 2005، ص ص 111-112) .

أسباب الفصام

بالنسبة للفصام يمكننا القول: إن معظم الأطباء النفسيين يرون أن المجموعة الخاصة من العوامل أو المجموعة السببية التي تؤدي إلى ظهور المرض تتكون من ثلاث مجموعات:

١ - عوامل بيولوجية، وهي تتعلق بالتكوين العضوي للمريض، وربما تكون مورثة.

٢ - عوامل سيكولوجية، وهي الخبرات التي تكتسب في الطفولة أو بعدها والتي تتعلق بالأسرة وربما بأشخاص من غير أفراد الأسرة.

٣ - عوامل اجتماعية وهي تتعلق بالأحوال البيئية عموماً أو بالمجتمع الذي نشأ فيه المريض.

وعلى الرغم من أن تلك العوامل قد يبدأ تأثيرها على المريض في أوقات متباينة، فإنها تتشابه فيما بينها في النهاية، وقد تعمل متزامنة (سيلفانو اريني، 87، ص 1991) .

وترجع أسباب حدوث مرض الفصام إلى عوامل الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيو كيميائية، الضغوط الاجتماعية، والعلاقات العائلية، العمر، الجنس، الطبقة الاجتماعية بالإضافة إلى الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية في حدوث الفصام، فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والشباب المبكر تكون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤدي إلى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار، وبأنه عرضة للتغيرات المرضية، حيث يقوم الفرد ببناء دفاعات نفسية أي وسائل نفسية يسعى عن طريقه إلى حماية إحساسه بهويته ويتفرد ذاتيته، وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قادر على قبول نفسه على الإطلاق يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهاني، وهنا تظهر أعراض مرض الفصام وتسمح له بأن يستقر في الحياة بقدر أقل من الألم (عبد الله، 2000، ص 206).

وفي دراسة لتاريخ عائلات المرضى الفصاميين وجد أن 68,1% من الأطفال الذين انجبوا من آباء فصاميين يصبحون فصاميون. كما وجد أيضاً ارتفاع نسبة الفصاميين عند التوائم المتماثلة داخل المستشفى، فعندما يكون احدهما فصامياً فإن احتمال حدوث الفصام لدى الآخر يكون قائماً بنسبة 85% ويتبع العوامل الوراثية عوامل أخرى لها دور هام في ظهور المرض من أهمها التكوين الجسمي والتغيرات الجسمية. ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الفصام يكون أكثر انتشاراً لدى الأشخاص الذين يتميزون بالنعافة ولدى بعض المشوهين جسمياً، ويندر وجوده لدى الذين يتميزون بالبدانة. وتشمل التغيرات الجسمية حدوث تغير في الغدد، وتغيرات بيو كيميائية وتغيرات في الجهاز العصبي. كما اتجهت آراء بعض علماء النفس إلى أن البيئة المحيطة وعوامل الفشل التي تنهار أمامها الدفاعات النفسية للفرد، كالرسوب غير المتوقع في الامتحان، والفشل في العمل تعتبر أسباباً مولدة للمرض، كما أن الصدمات النفسية الحادة والحرمان في الطفولة المبكرة، والصدمات النفسية العنيفة التي تحدث أثناء الحروب والنكبات تسبب ظهور أعراض الفصام. واعتبر أصحاب هذا الاتجاه إن الاختلال عبارة عن المحصلة النهائية لتراكم الضغوط النفسية، والعادات الخاطئة على مر السنين. ولقد أوضح "سوليفان" أن الفصام له طبيعة اجتماعية، فهو يحدث نتيجة لسوء العلاقة الاجتماعية بين المريض حين كان طفلاً وبين أحد والديه أو كليهما، كما يرى أن ما يصل إلى الطفل من الوالدين من قلق وسوء تقدير وعدم موافقة وتهديد بسحب الرضا عنه قد تسبب كله التجاء الطفل إلى ما يسمى بتغيرات مشوهة للموقف الاجتماعي، ومع وجود خلل في الجهاز النفسي، يتمتع المريض عن أن يكتسب الأساليب التوافقية الآمنة ويفضل العودة إلى الخبرات المفككة التي لا تنتسب إلى الذات التي تميز الذهان (داود واخرون، 1991، ص ص 334-335).

النظريات و العوامل التي فسرت مرض الفصام:

تعددت الآراء التي تحاول تفسير مرض الفصام غير أن معظم هذه الآراء لازالت مجرد فروض لم تتحقق، وإذا صدقت على بعض الحالات فإنها لم ترق إلى مستوى التعميم وذلك لأن مرض الفصام تتعدد مظاهره وتصنيفاته، وهناك شك فيما إذا كان من الممكن التوصل إلى تفسير يصدق عليها جميعاً رغم المحاولات التي تبذل للعثور على عناصر مشتركة تجمع بينها. فهناك مثلاً نوبات فصامية مؤقتة تعترى بعض الأفراد ممن كانوا أسوياء قبل هذه النوبات، وتمر النوبة ويعودون إلى ما كانوا عليه من السواء دون عودة النوبات إليهم، وهناك الحالات المرضية التي تستمر وينتهي الفرد معها إلى الانهيار التام فالفصام ليس وحدة مرضية واحدة ولكن فئة تضم

مجموعة من الأعراض المتعددة لها مظاهر مشتركة هما غرابة الأعراض وتشوشها، وكذلك غرابة الأفكار والانفعالات وصعوبة التنبؤ بها (جلال، 1986، ص 215).

أولاً: النظريات التي فسرت أسباب مرض الفصام:

▪ نظرية التعلم الاجتماعي:

والتي أكدت أن مرضى الفصام لا يستجيبون بصورة سوية للمثيرات الاجتماعية، ووفقاً للنموذج القائم على نظرية التعلم الاجتماعي، فإن الفصام ينظر إليه مؤيدو هذا الاتجاه على أنه دور اجتماعي يحدده العاملون في مستشفيات الطب العقلي، حيث يتم تشجيع المريض على أن يسلك وفقاً لنموذج معين، ويتم تعزيز هذا النموذج، وعلى ذلك فإن السلوك الفصامي يجد تعزيزاً داخل المستشفى من قبل العاملين بها، فالعاملون في المستشفى يوجهون اهتماماً كبيراً للمريض عندما يكون سلوكه شاذاً، وحديثه شاذاً أكثر مما لو كان المريض طبيعياً، أو ممتثلاً، واستنتج هؤلاء العلماء هذا العرض من مجرد الإيحاء للمرضى وهم يجيبون على أسئلة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI بطريقة معينة لتحقيق النفع لهم، ولكن هذا لا يقوى بأن يكون سبباً في نشأة المرض أصالة وفي الدخول للمستشفى، فالمرضى يخلقون لنفسه دوراً اجتماعياً يناسبه (العيسوي، 1999، ص 218).

▪ نظرية العلاج السلوكي المعرفي:

واضع هذه النظرية دونالد هيربرت ميكينبوم، يذكر هيربرت أن بداية نظريته أو نموذجه قد بدأت أثناء تدريبه في دراسته للدكتوراه بجامعة ايلينوم، فقد اشتمل هذا التدريب على العمل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، وقد لاحظ هيربرت أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون: (تحدث حديثاً صحيحاً، كن متمسكاً وملائماً)، وبذلك كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، وقد خلص هيربرت إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الأنماط المعرفية وكذلك الخاصة بعزو السلوك ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد، وقد

استخدم هيرت طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها 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 ملاءمتها.
- 6 . عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الاستجابة (الشناوي وعبدالرحمن، 1998، ص211).

▪ نظرية لانجان وساز : Laingand & szasz

(النظرية المضادة للطب النفسي) (Antipsychiatry) يرى لانجان وساز (1962) أنه لا يمكن تفسير الفصام في إطار طبي وأن الحل الأمثل شموله تحت الإطار الاجتماعي والإنساني وتتخلص النظرية في أنه عرف الفصام بأنه نعت أو لقب يتداوله ويسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة وهو ليس مرضاً في الإطار الطبي فالفصام حقيقة اجتماعية معينة وحدث سياسي ويرجع ذلك لأن الفصام هو أحد أنواع الاغتراب والذي يرتكبه الإنسان في حق أخيه بطريقة وحشية عنيفة. وإن السلوك المخالف والذي يلعبه البعض بالفصام ما هو إلا إستراتيجية خاصة يلجأ إليها ال فرد، ليتعايش مع مواقف غير محتملة، وإنه إذا لقب أحداً بأنه فصامي فسببى هذا النعت وسيتجه العلاج نحو تعزيز هذا السلوك الذي سمي بالفصام في بدء الأمر وتطور اللعبة في حضنه مفرغة (عكاشة، 1998، ص ص257-258).

▪ النظرية السلوكية لبافلوف: Pavlove

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ. ونظراً لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي 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 الكتاتونية مثلاً تحدث في الحالات التي يكون الكف عندها في القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكتاتوني في نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متناسقة. ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ والسبب في هذا الضعف تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية أما سبب هذا التسمم فليس معروفاً حتى الآن، و قد أثبت البحث الميكروسكوبي للمخ وجود اختلالات عضوية فيه (جال، 1986، ص ص 216-218).

▪ نظرية التحليل النفسي: Freud

لقد ذهب فرويد إلى القول بأن ذهان الفصام يرجع إلى حالة من النكوص أي العودة إلى المرحلة النرجسية الأولية وهي مرحلة تحدث قبل المرحلة الفمية Oral قبل أن تتمايز الذات أو الأنا Ego في الإنسان عن الذات الدنيا أو الأنا الدنيا Id وعندما يعود المريض إلى المرحلة النرجسية الأولية أي حب الذات أو عشق الذات فإنه يفقد الاتصال بالعالم الخارجي، وذلك لأنه لا يوجد لديه ذات عقلانية مستقلة.

وفي خلال مرحلة المراهقة والرشد تزداد بواعث الذات الدنيا كثافة وهي بواعث ذات طبيعية جنسية وهذا هو السبب في حدوث النكوص والنرجسية لدى فرويد، إذ يعاني المريض من نقص في العلاقات الشخصية المتبادلة والارتباط النفسي والحيوي والجنسي، ويكون ذلك راجع إلى كون المريض يميل إلى شدة الحساسية ضد النقد، ويفسر فرويد الأعراض التي يعاني منها مريض الفصام من حيث الضلالات والهذات والهلاوس واضطراب التفكير تأتي محاولة للتكيف مع الذات الدنيا ومطالبها، وهناك دراسات ميدانية أكدت أن اضطراب وعجز الذات العاقل لدى الفصاميين ناتج عن زيادة في دوافع الذات (Shanmugam, 1981, p520).

العوامل النفسية في ضوء النظرية التحليلية والدينامية:

حيث أكد فرويد على أن الذهان فيه تثبيت في مراحل مبكرة من النمو النفسي وضعف الأنا هي سبب الفصام وعدم دمج الأنا في الفصام يرجع إلى أن الاضطراب نشأ قبل قيامها ولهذا تظهر الصراعات في ظل الأنا (Ego) غير ناضجة، وضعف في العلاقة الأمومية وهي وقود أعراض

الفصام، والفصام هو نكوص كاستجابة للصراع والإحباط في العلاقة مع العالم الخارجي، بينما العصاب هو صراع بين الأنا والهو (Id) ولكن آراء فرويد في الفصام لم تصقل بالناحية العملية في علاج الفصاميين.

وبشكل عام التحليليين أرجعوا الفصام لضعف في الأنا حيث تؤثر في تفسير الواقع وضبط الدوافع الداخلية مثل الجنس والعدوانية، والاضطراب في العلاقة يرجع إلى تشويش في العلاقة الأمومية التبادلية منذ الطفولة، ويعيش الفصامي في أحلامه اليقظة وعدم القدرة على ضبط الدوافع من الذات، ويحمل الفصام معاني رمزية للمرض.

وفي النظرية الدينامية تعتبر دينامية الصراع تتكون كاستجابة لهذا الصراع، فالكبرياء استجابة دفاعية معاكسة للإحباط وقلة قيمة الذات، اضطراب العلاقة بالآخرين التي تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى، حيث انعدام الثقة في الآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم، الأمر الذي يجعله هشاً يميل للانسحاب والذواتية كحل للمحافظة على أمانة الداخلي واعتباراته لذاته وتجنبه القلق، وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، فيزداد إحباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر (سمور، 2006، ص ص 189-190).

ثانياً: العوامل التي فسرت اسباب مرض الفصام:

○ العوامل الجينية:

أكدت العديد من الدراسات دور الجينات في الفصام وفي الثلاثينات في الدراسات الروتينية للجينات الفصامية لوحظ أن معدل الانتشار بين أفراد العائلة أكثر منه بين عامة الناس وتزداد كلما قربت صلة القرابة، ومن دراسات القوائم لوحظ أن الانتشار بين القوائم المتماثلة 47%، وبين غير المتماثلة 10-12% وكشفت دراسات على الاطفال الذين اخذوا من آبائهم الفصاميين وربوا في أسرة غير فصامية أن معدل انتشاره هو نفس المعدل كما لو ربوا مع آبائهم الأصليين كما أن متابعة القوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعضهم وتمت تربيتهم في أماكن متباعدة أعطت نفس معدل الانتشار كما لو تم تربيتهم مع آبائهم، وللعامل الجيني أهمية في حدوث مرض الفصام حيث أن البيولوجيا الجزيئية (Medullar Biology) كشفت عن الارتباط بين موضع الكروموسومات والفصام، وأن أكثر من نصف الكروموسومات، 18، 11، والتصرف

الكروموسومي 19 X, ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين التوائم المتماثلة يشير إلى أهمية العوامل غير الجينية أيضاً.

○ العوامل الوراثية:

ينتشر مرض الفصام بين أسرة الفصامي بمعدل أعلى من نظيره في المجموع العام للسكان، كما لوحظ أن انتشار المرض بين التوائم المتشابهة 60% أعلى منه بين التوائم المختلفة 11% وهذا دليل على أهمية عامل الوراثة. ولم يتفق الباحثون على طبيعة هذا العامل الوراثي : هل مورث Gene أحادي أم متعدد ؟ وتجدر الإشارة إلى أن الفصام بوصفه مرضاً ذهانياً لا يورث. بل إن ما يورث هو الاستعداد والتهيز والقابلية للإصابة بالمرض. والدليل على ذلك أن التوائم المتماثلة التي توافقت فيها الإصابة بالفصام 60% ولو كانت الوراثة العامل الأساس والوحيد لبلغت النسبة 100%./

فقد أوجدت دراسة أجريت على الإخوة التوائم بوجود جينات تمثل الاستعداد للإصابة بالمرض في توائم من التوائم العينية (Identical twins) يصبح لديه احتمال أن يصاب بذهان الفصام إذا أصيب شقيقه تعادل 42 ضعفاً بالنسبة لغير التوائم من أبناء المجتمع العام، أما التوائم الأخوي (Fraternal twin) من نفس الجنس، فله نصيب يعادل (9) أضعاف، وعلى ذلك لا يمكن إنكار العوامل الوراثية في نشأة ذهان الفصام، ومريض الفصام لا يدرك حالته ولا يعترف انه مريض، ويعفى من المسؤولية الجنائية وفقاً لقانون العقوبات المصري (فرج، 1975، ص 100).

○ العوامل البيولوجية:

العوامل الكيماوية الحيوية تمت دراسة عدد كبير من المواد الكيماوية بوصفها سبباً محتملاً للفصام منها:

- **نظرية فعل الدوبامين**، التي أشارت إلى أن الأمفيتامين الذي يحرق الدوبامين يزيد الحالة الفصامية شدة وتنشيط التوهم الزوري الذي يميل إلى الإزمان . أما المواد الكابحة للدوبامين فهي تحسن الهلوسات والتوهمات.

- **نظرية فعل الأندروفين**، وهي الأكثر حداثة، حيث يوجد ثلاثة أنماط من الأندورفينات: ألفا وبيتا وغاما . فتحدث الإضرابات الفصامية نتيجة لاختلال التوازن بين الإندورفينات الثلاثة وخصوصاً لاضطراب تفويض الإندورفين غاما . وقد تبين أن تراكم الأندورفين بيتا يؤدي إلى

الحالة الجمودية التخشبية في حين تراكم ألفا يؤدي إلى لوحة سريرية زورية هذائية وقد درست أيضاً مواد أخرى أهمها السيروتونين، والجلوتين، فضلا عن دور كل من المناعة والفيروسات (مهدي، 2007).

○ اضطراب الجهاز العصبي :

ظهر أن بعض الأمراض العضوية التي تحدث في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض الفصام، من هذه الأمراض: (زهري الجهاز العصبي، والحمى الشوكية وبعض أورام المخ) . مع وجود اضطراب في رسم المخ لدى الفصامين، فضلا عن ضمور الخلايا العصبية وبعض التغيرات في نسيج المخ . كما افترض بعض الباحثين وجود اضطراب في التمثيل الغذائي للبروتينات واضطراب المناعة الذاتية (عكاشة، 1992، عبدالله، 2008)، من أمثلة ذلك زهري الجهاز العصبي والحمى المخية وأورام الفص الجبهي والصدغي في المخ، وهبوط نسبة السكر في الدم، مما يدل على أن الاضطراب العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية، وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي، خاصة بعد الأبحاث المهمة الحديثة عن وجود علاقة وارتباط وثيق بين الفصام والصرع (عكاشة، 1998، ص 112)

○ العوامل الفسيولوجية العصبية: Neurophysiological

إصابات الدماغ البؤرية وتظهر في وجود تشويش في تخطيط الدماغ بزيادة في موجات بيتا السريعة ونقص في موجات ألفا، ولوحظ أن هذا التغيير يشبه ما يحدث للبالغين عند تعاطيهم دواء الهلوسة (LSD) مما يؤدي إلى تكوين خاطئ للشخصية في هؤلاء الأطفال المعرض لصور مرضية من الآباء والأمهات (سمور، 2006، ص ص 187-188).

○ الشخصية الفصامية (قبل المرض، أو الشبه فصامية):

لقد أكد علماء النفس على وجود شخصية فصامية تمهد للإصابة بمرض الفصام ويسمونها البعض الشخصية شبه الفصامية (Schizoid Personality) والتي تتصف بصفات غريبة وسلوك انسحابي، وانطواء وخجل وحساسية زائدة، وحب الخيال والهدوء والتبدل الانفعالي والانغلاق على الذات . فهذه الشخصية هي التربة التي تمهد لحدوث الفصام حين التعرض لأي صدمة نفسية وموقف ضاغط (عبدالله، 2008)، وتتميز الشخصية الشبه فصامية، والتي لا تزيد نسبتها في المرضى قبل إصابتهم بالمرض عن الثلث، بالانطواء والهدوء والخجل والحساسية

المفرطة، مع عزوفهم عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن انفعالاتهم لفظاً مع الجنوح الدائم للخيال، والتفكير، وتجنبهم مواجهة الواقع ؛ مما يجعلهم يميلون للأعمال التي تحتاج للعزلة والتفكير كالفلاسفة، والعلماء في معاملهم والمشرعين، والمخططين، وبعض الفنانين والكتاب (عكاشة، 1998، ص54).

○ العوامل الأسرية : كيف تسهم الأسرة في نشأة الفصام ؟

لقد وُضعت نظريات أو فروض عديدة من خلال الممارسة العيادية السريرية نعرض فيما يلي لستة فروض منها:

أ - **التعلق العاطفي : Attachment** يعكس الفصام تمزقاً في الارتباط بين الطفل والوالدين وأن بناء الثقة الأساسية يكون ممزقاً وينتج عن ذلك خوف من الفقد والانفصال والانسحاب.

ب - **الترابط المزدوج** : يمكن أن تسبب أشكال معينة من العلاقات بين الوالدين والطفل بسلوك الفصام، ويقوم الوالد بالاتصال بالطفل بطرق مختلفة تتطلب استجابات متناقضة فيقول مثلاً : "لا تكن مطيعاً تماماً " افعل ولا تفعل " ويتعامل الطفل مع هذه المتناقضات بطرق انسحابية.

ت - **الشقاق وعدم التماثل بين الزوجين** : حيث يكون الوالدين في صراع واضح ويحاول كل واحد منهما أن يجند الطفل إلى جانبه، وفي حالات أخرى يكون هناك انحراف زواجي بحيث يسيطر أحد الوالدين بشدة على الآخر.

ث - **الارتباك والحيرة : Mystification** يمكن أن يكون الفصام الملاحظ لدى بعض الأطفال وسيلة عقلية عملية للتعامل مع الوالدين اللذين يتصرفان بطرق غير ثابتة ومرتبكة.

ج - **الأم الفصامية وراثياً** : فقد تكون الأم من النوع الذي يحمي بإفراط أو تتسم بأنها كتومة رافضة ومنعزلة ومتحكمة لدرجة كبيرة بشكل يؤدي إلى إحداث سلوك فصامي عند الأطفال، فتهدى بذلك إلى خلق شخصية فصامية عند أولادها.

ح - **التعلم الاجتماعي** : قد يكون التدعيم الفارق الذي تقوم به الأسرة أساسياً في تعلم السلوك الفصامي، ويتلاشى السلوك السوي نظراً لتجاهله، ويدعم السلوك الغريب Bizarre عن طريق توجيه الانتباه إليه (ضيف الله، 2008).

تفسيرات أخرى للفصام

♣ التفسير النفسي المرضي للفصام:

تختلف عادة أعراض المرض على الرغم من أن المرض واحد وهو بعكس الأمراض الجسمية التي تتشابه فيها العلامات والأعراض ويتضح ذلك من خلال أهمية العوامل الشخصية الذاتية والصراعات النفسية المختلفة التي يمر بها المريض قبل ظهور المرض فنجد شخصاً يعتقد أن المخابرات وأخر يؤمن بأنه المهدي المنتظر وثالثاً يؤكد أن زوجته متآمرة عليه لقتله ورابعاً يرى أن أشعة الليزر مسلطة على فمه لوقف تفكيره. ويرى كريبلين أن الفصام ما هو إلا عته وتدهور تام في الملكات الفكرية والاجتماعية ينتهي بتحطيم تام في الشخصية وأن هذا العته يبدأ مبكراً في سن المراهقة ويستمر على الرغم من محاولات العلاج. ويؤمن ستانسكي Stansky أن الفصام ما هو إلا عدم توازن في النفسية الداخلية للفرد بين الانفعال والتفكير، وإن كل الأعراض ناتجة عن هذا الخلل.

وقد فسّر بلولير Bleuler الفصام بأنه اضطراب أولي وابتسام في التفكير ومن هنا جاء الاسم "الفصام" وإن كل أعراض هذا المرض ناشئة عن عدم ترابط الأفكار. أما ماير Meyer فلا يؤمن بأن الفصام مرض خاص، بل أنه وسيلة الفرد للتكيف البطيء مع الظروف الاجتماعية والبيئية التي يمر بها خلال مراحل نموه المختلفة وأنه قد اختار لنفسه هذه الوسيلة في التفكير والسلوك التأقلم البيئي ويعتبر كل الاضطرابات النفسية استجابات لعوامل بيئية (عكاشة، 1998، ص 265-266).

أطوار ومراحل مرض الفصام

طبقا لتعريف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في (DSM –IV) ، يعد الفصام اضطرابًا مزمنًا حيث ينبغي ألا تقل مدة دوام الأعراض عن ستة شهور وفي معظم المرضى تأتي الأعراض ثم تختفي، وعموما فالأفراد الذين يعانون لفترة قصيرة نسبيا من مستوى مرتفع الأعراض الإيجابية كالهلاوس والضلالات أو الذين يعانون أعراضا سلبية مثل تسطح المشاعر والانسحاب الاجتماعي كالأهمل يندرج تحت الاختلال الفصامي المزمن وتوجد للفصام ثلاث أطوار هي:

أولاً: الطور الإنذاري: Prodomal Phase :

وهي الفترة التي تسبق ظهور الأعراض بشكلها الواضح ولا يكون فيها تدهور ظاهر في مستوى أداء الفرد عموماً، حيث يميل الفرد إلى الانسحاب الاجتماعي، مع أهمل لمظهره ومسئوليته، وتكون لديه مشكلات تتعلق بالتواصل، ويبدأ افتقار إلى القدرة على المبادرة لعمل شيء ولديه بعض الأفكار الغريبة أو الشاذة. وخلال فترة الطور الإنذاري يلاحظ الوالدين والأصدقاء وزملاء عمل المريض أنه لم يعد بعد نفس الشخص الذي يعرفونه من قبل ومن الصعب تحديد مدة دوام الطور الإنذاري بدقة قاطعة ولكن إذا انسحب الشخص تدريجياً وأبدى زيادة تدريجية في السلوك الشاذ على مدار عدة سنوات قد يخلق نوعاً من الصعوبة في التشخيص.

ثانياً: الطور النشط أو الحاد: Active or acute phase :

وخلاله تظهر على الفرد الأعراض الذهانية مثل الضلالات والهلاوس وفقد الارتباط والسلوك الحركي الشاذ، وقد يرتبط بداية الطور النشط ببعض ضغوط الحياة مثل تغيير مكان العمل أو السكن، ولادة طفل جديد، فقد العمل، موت عزيز أو حتى الترقية إلى وظيفة أو درجة علمية أعلى، ويحدد التشخيص الشكلي للفصام علامات من الاختلال لمدة ستة شهور على الأقل وأن تتضمن شهر واحد من الأعراض النشطة.

ثالثاً: الطور المتبقي: residual phase :

وهو يتبع أو يلي الطور النشط، ويتشابه مع الطور الإنذاري في خصائص من قبيل الانسحاب الاجتماعي، وعدم النشاط ووجود الأفكار الشاذة، كما أن الأعراض الذهانية كالهلاوس والضلالات ربما تكون مثابرة (متواصلة التواجد) ولكنها غير مقترنة بأثر حاد، وخلال الطور

المتبقى تكون الأعراض السلبية (تسطح المشاعر، قلة الكلام واضطراب الإرادة) لها السيطرة والغلبة، بالإضافة إلى القصور في النواحي الاجتماعية والمهنية (عبد الرحمن، 2000، ص412).

مآل مرض الفصام:

قبل أن تظهر الأعراض المميزة للفصام بفترة طويلة يمكن أن يظهر طور إنذاري يستمر لأسابيع أو لأشهر، يتميز بالمزاج الاكتئابي في غالبية الأحوال. يسير المرض على دفعات، وفي أحوال معينة يمكن بعد أطوار عدة من المرض أن تبقى أعراض متبقية مزمنة، غير أن الغالب بأن يمر المريض بمرحلة خالية من الأعراض بعد طور حاد من المرض. وفي الحالات النادرة جدا تظل الأعراض الفصامية الايجابية مستمرة بصورة مزمنة تتميز بالأعراض السلبية للفصام. وفي أثناء الطور الحاد من المرض، وفي فترة الشفاء يمكن أن يمر المريض بأزمات تحمل في طياتها خطر الانتحار. وبعد دفعات حادة تحدث حالات من التحسن اللاحق، تتصف بحالات من المزاج الاكتئابي والإنهاك، غير أنها تختفي بعد بعض الوقت (رضوان، 2002، ص431).

الأعراض الإكلينيكية لمرض الفصام العقلي:

يوضح الدليل الطبي النفسي لتشخيص الأمراض النفسية و العقلية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية أن هناك أشكالاً مختلفة من الفصام وكل شكل منها يتميز بأعراض إكلينيكية مستقلة، على أن هناك مع ذلك خصائص عامة تجمع بين الاضطرابات الفصامية يفصلها الدليل الطبي فيما يأتي:

- ✓ وجود هواجس لا أساس لها من الصحة أو الواقع كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجية أو أن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء أو تنقل إلى الآخرين بطريقة ما. ومن الهواجس التي وجد أنها تتمك الفصامي اعتقاده أن أفكاره و مشاعره و الاندفاعات التي تحكمه ليست من صناعته ولكنها دخيلة علمية من خلال قوى لا يستطيع السيطرة عليها ويسمى هذا النوع من الاضطرابات الفصامي: اضطراب في محتوى التفكير.
- ✓ اضطراب في شكل التفكير و يقصد به التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة دون أن يكشف المريض عن أي وعى بوجود تماسك في الفكرة التي يتحدث عنها في مستوى تداعي الأفكار يحدث ما يسمى بالاضطراب وعندما يزداد

التفكك Looseness في عرض الفكرة، وبالتالي يصبح كلام الفصامي مستعصياً على الفهم المنطقي.

- ✓ اضطراب عمليات التفكير ويقصد بهذا العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيس وقد يأخذ اضطراب عمليات التفكير شكل البط في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات الخارجية.
- ✓ اضطراب الوجدان ويتخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصامين شكلين مستقلين هما:
 - أ- اللاكثرث أو التسطيح الانفعالي حيث يبدو المريض عاجزاً عن اختبار الانفعالات القوية أو الاستجابة الانفعالية الشديدة.
 - ب- عدم ملائمة الانفعال للحوادث الخارجية أو الأفكار الداخلية.
- ✓ الاضطرابات الحسية الحركية وتتمثل في الجمود في المشي والتصلب في الحركة من الخصائص التي تبين أنها تنتشر في بعض فئات الفصام كفصام الكاتونيا. وتعتبر بعض المظاهر السلوكية التي لا يوجد لها سبب عضوي مثل أرجحة الجسم من أحد العلامات الشديدة على وجود اضطراب فصامي.
- ✓ العجز عن اتخاذ القرارات لتنفيذ المشروعات والنشاطات المتعددة التي يقترحها الفصامي. وذلك لأن الفصامي يشعر بأنه عاجز عن ضبط سلوكه.
- ✓ وجود هلاوس أي إحساسات حسية لا أساس واقعي لها ومنها الهلاوس السمعية (سماع
- ✓ أصوات تحادثه في موضوعات بينما لا يسمعها أحد) تصدر له أوامر معينة أو تلقي عليه بتعليقات سخيفة متكررة (ابراهيم، 1983، ص 51-52).

تشخيص الفصام Diagnosis of Schizophrenia

العلامات التشخيصية للفصام بحسب الدليل الأمريكي الرابع D.S.M. IV:

1-العلامات المميزة : يجب أن يتوفر عرضان أو أكثر من الأعراض الآتية:

- أ- الضلالات.
- ب- الهلاوس .
- ت- الاضطراب في الكلام .
- ث- الاضطراب في السلوك (سلوك تخشبي أو كتاتوني).
- ج- الأعراض السلبية مثل (التبلد الانفعالي أو المزاجي، ضعف الإرادة، قلة الكلام).

2- اضطراب في العلاقات الاجتماعية والمهنية : ويظهر في مستوى متدني في العلاقات الشخصية وتدهور واضح في العلاقات المهنية والاجتماعية.

3- مدة المرض: يجب أن تستمر الأعراض المرضية لفترة ستة أشهر على الأقل (D.S.M - (IV, 1994, p p147- 148).

ويشير الدليل الإحصائي التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية (الإصدار الرابع، 1994) لمجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي تميز الفصام عن غيره من الأمراض العقلية والنفسية، ويمكن إجمال هذه الأعراض في ستة مجموعات:

المجموعة الأولى: الأعراض الكلاسيكية للفصام

1- الهلاوس Hallucinations

2- الهذات والضلالات Delusions

3- عدم الاتساق اللغوي والفكري Disorganized speech (مثل عدم الثبات على الأفكار Derailment، وعدم فهم اللغة المتحدثة Incoherence).

4- وجود أعراض تخشبية وسلوك غير منظم.

5- الأعراض السلبية Negative symptoms (كالخمول الوجداني، قلة الدافعية، وعدم الاهتمام بالمظهر الشخصي).

ومن الممكن التوصل إلى تشخيص الفصام بدون اللجوء إلى المحكمات الأخرى إذا كانت الأوهام والضلالات من الغرابة وعدم المعقولية بدرجة كبيرة، أو إذا تضمن محتوى الهلاوس (سمعية كانت أم بصرية) يشير إلى الفرد المصاب وتوجه سلوكه وتأميره بإتيان أفعال بعينها أو تكون هلاوس سمعية تشمل شخصيتين يتحدثان إلى بعضهما.

المجموعة الثانية: القصور المهني والاجتماعي Occupational/Social Dysfunction

إذا اعتري أي من النشاطات الاجتماعية (العلاقات الأسرية، الاجتماعية) أو الجانب المهني (العمل) اضطراب ظاهر للعيان منع الفرد من ممارسة حياته الاجتماعية والمهنية بشكل عادي

منذ بداية ظهور الأعراض عليه . أيضاً، إذا شمل ذلك عدم الاهتمام بالنواحي الصحية والملبس مقارنة بما كان يفعله قبل ظهور الأعراض. أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة أو الطفولة فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

المجموعة الثالثة: الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص Duration

أن تكون علامات الاضطراب موجودة لدى التشخيص لفترة لا تقل عن 6 أشهر . يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية (التي سبق طرحها في المجموعة الأولى) بدون انقطاع، وهذه تسمى "بالفترة النشطة للاضطراب"، وقد تشمل فترات من الأعراض المتبقية Residual symptoms خلال هذه الفترة قد تظهر الأعراض في شكل أعراض سلبية Negative symptoms فقط، ويظهر عرض واحد أو اثنين من الأعراض المتضمنة في المجموعة الأولى ولكن في شكل مختلف (مثل وجود أفكار قديمة أو خبرات إدراكية غير طبيعية).

يجب تذكر أن ما سبق ذكره في هذا السياق يمثل المحك التشخيصي للفصام المتبقي . Residual schizophrenia

المجموعة الرابعة: استبعاد الاضطرابات الوجدانية/الذهانية/الفصام العاطفي

Schizoaffective and Mood Disorders Exclusion

يتم الاستبعاد عندما لا يكون هناك دليل واضح على وجود اضطرابات اكتئابية، اضطرابات الهوس Mania أو ما يسمى بالاضطرابات الوجدانية المتداخلة Mixed episodes الأعراض تظهر هذه لدى الفرد في نفس وقت ظهور الفترة النشطة للمرض،،، وبمعنى آخر، الغياب التام لمثل هذه الاضطرابات أثناء الفترة النشطة للاضطرابات الذهانية لمرض الفصام . وفي حالة ظهور الاضطرابات الوجدانية أثناء الفترة النشطة للمرض، يجب أن تكون الفترة الإجمالية للأعراض أقل بكثير من الفترة الزمنية التي تصاحب الفترة النشطة أو المتبقية للمرض . Residual period

المجموعة الخامسة: استبعاد الحالة الناشئة عن تأثير المخدرات أو الأمراض العضوية

Substance-General Medical Condition Exclusion

يتم الاستبعاد إذا كان الاضطراب ناشئاً عن التأثير الفسيولوجي المباشر للأدوية أو المخدرات أو بسبب حالة طبية.

المجموعة السادسة: العلاقة باضطرابات النمو المتخللة الشائعة

Relationship to a Pervasive Developmental Disorders

إذا كان هناك تاريخاً طبياً يشير إلى الإصابة بمرض التوحد أو أي من اضطرابات النمو المتخللة الشائعة، والتي عادة ما تشخص في الطفولة، فيجب وضع ذلك في الاعتبار عند التشخيص. وإذا كان الشخص يعاني من التوحد فإن التشخيص الإضافي للفصام يمكن عمله فقط في حالة الظهور. الواضح للهلاوس والضلالات لفترة لا تقل عن شهر (سيد والمغيري، 2005، ص ص 130-132).

أنواع الفصام حسب الدليل الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

الأنماط الفرعية للفصام Schizophrenia Subtypes

توجد خمسة أنماط للفصام تتحدد بواسطة البحث في الأعراض السائدة أو المسيطرة وقت التقييم، وعلى الرغم من أن التشخيص والتضمينات العلاجية للأنماط الفرعية متغيرة إلا أن النمط البارنويدي و النمط المختل أقلهم انتشاراً وأكثرهم حدة، وتبنى الشخصيات الفرعية على الصورة الاكلنيكية التي أعطتها أكثر التقييمات حداثة ويمكن أن تتغير هذه مع الزمن وربما يتضمن وصف كل نمط أعراضاً تميز أكثر من نمط واحد ولكن وضعه تحت نمط معين يعتمد على عرض مميز جداً وهذه الأنماط الفرعية هي:

1- النمط البارنويدي (الهذائي) Paranoid Type:

نمط من الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:

أ _ الاستغراق الكامل في واحد أو أكثر من الضلالات أو الهواجس أو تكرار الهلاوس الشمية.

ب_ لا تتضح فيه أي من الصفات الآتية بجلاء :الحديث غير المنظم، سوء التنظيم أو السلوك التخشبي، شعور سطحي أو غير ملائم.

وقد يبدون درجة واضحة من الغضب والانخراط في سلوك العنف إذا كانت الهذات حادة أو يخشون من الأذى الجسدي، كما يعانون من قلق وهلع شديدين، و إذا لم يتصرفون وفق ضلالهم فإنهم يؤديون أعمالهم وأفكارهم بشكل متكامل وحسن و طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي فإن النمط البارنويدي من الفصام ربما يكون أفضل من الأنماط الأخرى.

2- النمط المختل (الخالي من التناسق و التنظيم) Disorganized Type:

وكان يعرف هذا النمط في DSM.II بالنمط الهيبفرييني أو فصام المراهقة.

في المحكات التشخيصية للنمط المختل: نمط الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:

أ- كل من الأعراض الآتية لها صفة السيادة:

- حديث غير منظم.
- شعور سطحي أو غير ملائم.
- سلوك غير منظم.

ب- المحكات لا تناظر النمط التخشبي.

جنباً إلى جنب مع الحديث والسلوك غير المنتظم وتسطح في المشاعر يوجد عدم ترابط واضح في الحديث كما أنهم لا يعانون التعرض لمجموعة من الضلالات أو الهالوس التي لا ينتظم محتواها ومضمونها حول موضوعات متناغمة أو متجاوزة كما أن هذا النمط يظهر أعراض حركية متنوعة مثل التكلف غير الطبيعي (التأنق في المظهر) وتقطيب الجبين التكشير والانسحاب الاجتماعي والقصور الاجتماعي الواضح وغالباً ما يبدأ الاضطراب مبكراً، كما أن للمصابين بهذا النمط نادراً ما يتحقق لهم التعافي والشفاء (عبد الرحمن، 2000، ص395).

3- النمط التخشبي (الكتاتوني) Catatonic:

المحكات التشخيصية للنمط التخشبي:

- نمط من الفصام تتجلى الصورة الإكلينيكية له بواسطة اثنين على الأقل من العلامات الآتية:
 - ثبات حركي من علاماته التخشبية (يكون الجسم في ليونة أو لدانة الشمع) أو الغشبية.
 - نشاط حركة زائد (غير هذه بشكل واضح ولا يتأثر بالمتغيرات الخارجية).
 - المخالفة (السلبية) الزائدة (مقاومة لا حركية لكن التعليمات أو البقاء على الوضع المتصلب ضد أي محاولات لتحريكه) أو خرس (بكم).
 - تجسيمات حركية لا إرادية كما تظهر في وضع جسمي معين (افتراض إرادي لأوضاع غير مناسبة أو خليطه، حركات نمطية، لزمات واضحة، أو تكشير واضح.
 - التردد المرضي لما يحوله الآخرون Echolalia أو التطبيق لما يسمعه Echopraxia، كما يعد رفض الحديث Mutism عرض شائع أيضاً، ونظراً لأن الأعراض الحركية صارخة الوضوح كما أن الأعراض غير عادية وظاهرة كذلك فإنه من السهل تشخيص الفصام الكتاتوني عن الأنواع الأخرى ولا يعرف بعد سبب هذا النمط من الفصام كما يحتمل أن يكون لاستخدام العلاج الطبي لمضادات الذهان Antipsychotic فعالية في الحد من الأعراض التخشبية.

4- نمط غير متميز Undifferentiated Type:

نوع من الفصام توجد فيه الأعراض العامة للفصام والاختلالات الذهانية الأخرى من هلاوس هذات و عدم اتساق ولكن محكاته لا تتطابق مع أي من النمط الهذائي أو النمط المختل أو النمط التخشبي.

5- النمط (النوع) المتبقي Residual Type:

المحكات التشخيصية للنمط المتبقي: نوع من الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:

- أ- غياب الضلالات أو الهواجس الواضحة، والهلاوس، والحديث غير المنظم وسوء التنظيم الواضح أو السلوك التخشبي.
- ب- يوجد دليل دائم على الاضطراب كما يوضحها وجود الأعراض السلبية أو اثنين أو أكثر من أعراض الفصام حيث تكون هذه الأعراض في صورة مخففة (مثل: اعتقادات شاذة، خبرات إدراكية غير عادية). كما أنهم لا يتكلمون إلا قليلا ويبدون عاطفة محدودة، ويفتقدون إلى الدافعية وتتباين أنواع الفصام فقد تكون خفيفة أو خطيرة مزمنة أو حادة، مستمرة أو متناوبة (دورية)، يغلب عليها الأعراض الايجابية أو السلبية أو كلاهما معا (عبد الرحمن، 2000، ص ص 395-398).

التمييز بين الفصام البارانويدي وبين المرادفات التي يندر استعمالها.

البارانويا: (paranoia)

وهي حالة نادرة إلى حد ما وتتميز بوجود ضلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية، وتتميز هذه الهذات بقوتها وترتيبها وتنسيقها وكثيرا ما نجد هؤلاء المرضى يؤمنون بنفس الاعتقاد الخاطيء، وعادة ما تكون شخصية مريض البارنويا قوية مسيطرة سائدة طاغية أنانية لا تحترم في داخلها عواطف الأفراد ولو أنه تمثيلها ظاهريا ويمتلك مقدرة فائقة على الإقناع.

البارافرينا: (Paraphrenia) حالة البارنويا المتأخرة

تبدأ في سن متأخرة عن البارنويا، ويعتقد البعض أنها نوع من فصام الشيخوخة إذ عادة ما تبدأ بعد سن الأربعين . وهي أكثر انتشارا بين النساء عنها بين الرجال وتتميز بالضلالات والهلاوس مع ترابط وعدم تدهور الشخصية، وكثيرا ما يصاحب البارافرينا أعراضا اكتئابية.

والكثير من المرضى يأتون وهم مقتنعون بأنهم أنبياء الله، أو المهدي المنتظر وأنهم مرسلون لهداية الناس بدين جديد.

اكتئاب ما بعد الفصام: Post-schizophrenic Depression:

عبارة عن نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرضا فصاميا، ويجب أن تكون هناك بعض الأعراض الفصامية سواء الايجابية أو السلبية ولكنها لا تهيمن على الصورة الإكلينيكية . وفي حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضا فصامية عندئذ يجب تشخيصه نوبة اكتئابيه، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعا لنوع الفصام الملائم، ومن غير المؤكد ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو لانطفاء الأعراض الفصامية وليس نتيجة لظهور مرض جديد (عكاشة، 1998، ص ص 289-293) .

التمييز بين أنواع الفصام وبين كل من:

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

2- اختلال الفصام الوجداني Schizoaffective Disorder: فترة مستمرة (غير متقطعة) يحدث خلالها نوبة اكتئاب أساسية أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة تتزامن مع الأعراض العامة للفصام والأعراض التي تناظر 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 لحالة طبية عامة.

3- اختلال ذهاني Delusional disorder: وأهم أعراضه وجود هذات غير مختلطة (مثلا: تشتمل على مواقف كالتي تحدث في الحياة العادية مثل أن يكون متبوعًا من شخص آخر أو يسم له الطعام أو معرضًا للعدوى بمرض أو محبوبًا من شخص بعيد أو مخدوعًا من زوجته أو لديه مرض ما، وتستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل، وقد توجد هلاوس لمسية وشمية، ولكن الأداء الوظيفي لا يكون قاصر ولا يكون السلوك شاذ مختلطًا وإذا حدثت نوبة مزاجية في تزامن مع الهذات 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 هذات 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 لضغوط حادة أو أحداث منفرة أو بدون سبب معروف وقد يحدث الاختلال خلال أربعة أشهر بعد الولادة للمرأة.

5- **اختلال ذهاني مشترك (جنون الاثنين) Shared Psychotic Disorder**: حيث تتطور الضلالات في فرد ما يرتبط بعلاقة وثيقة مع شخص آخر أو أشخاص لديهم ضلالات راسخة فعلا، وتتشابه هذه الضلالات في محتواها مع ما لدى الشخص الذي لديه ضلالة راسخة فعلا 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 general medical condition**: حيث توجد أدلة من التاريخ المرضي للحالة والفحص البدني أو نتائج التحليل المخبري أن الاضطراب إنما هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف طبي عام مثل الأورام أو اختلال إفرازات الغدد الصماء (كالدرقية مثلا)، أو لعته الزهايمر أو غيرها.

7- **اختلال ذهاني يحدثه تعاطي مادة أو عقار the effect of substance or Psychotic Disorder Due to medication**: ويتضمن هلاوس أو اختلالات واضحة ويوجد دليل من التاريخ المرضي للحالة ومن الفحص لعضوي 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 ضلالات وهلاوس وحديث غير منظم وسلوك غير منظم الشكل أو تخشبي لا تتوفر عنها معلومات كاملة لعمل تشخيص محدد أو توجد عنها معلومات متعارضة، أو اختلالات مع أعراض ذهانية لا تتأخر المحكات الموضحة لأي من الاختلالات الذهانية المحددة مثل ذهان ما بعد الولادة أو الأعراض الذهانية التي تدوم لأقل من شهر ولا تتأخر محكات الاختلال الذهاني الخفيف، أو وجود هلاوس سمعية مستمرة مع غياب أي

علامات أخرى أو وجود ضلالات غير شاذة ومستمرة وتتداخل مع النوبات المزاجية لمدى واضح من الزمن (عبدالرحمن، 2000، ص 398-400).

تطورات مرض الفصام

حدوث الفصام قد يكون حاد و التوقع بمستقبل أفضل بعد العلاج أكثر مما يحدث بأعراض بطيئة الشكل وفي الحدوث الحاد يكون هياج وهلاوس واعتقادات خاطئة (ضلالات) واضطراب المزاج وتوهان خلال يوم أو يومين وما يفرقه عن الذهان التفاعلي أو المزاجي استمراره لفترة أطول من ستة شهور، ولكن قد يكون هناك عامل ساعد في ترسيب الاضطراب، أما في الحدوث البطيء يكون المسار مسبق بالأعراض الممهدة، و تظهر الأعراض النشطة كإندازر بالتغيير وقد تستمر فترة قصيرة وتبقى الأعراض المتبقية وإن لم تحدث أعراض نشطة يبقي التشخيص شخصية انطوائية أو فصامية أو شكاكة أو حدية، ومدة الاضطراب لا تقل عن ستة شهور.

ومسار المرض عبارة عن فترات شدة تتبادل مع فترات من الهوادة و أحياناً يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة ويستمر التدهور وتقل شدة الأعراض النشطة وتظل الأعراض السالبة التي تجعل حياة المريض بدون هدف. وشكل الشفاء يكون بشكل الأعراض النشطة ثم الأعراض السالبة الحياة بشكل طبيعي، و الشفاء التام يتحدد بالعودة للعمل والعلاقات الاجتماعية، والمصير يكون من خلال ملاحظة المريض خلال 10 سنوات، ونسبة 75% يشفوا خلال 10-25 سنة، وتحدث نكسات في 75% خلال سنة ونصف ممن يوقفوا العلاج، 25% ممن يستمروا في العلاج في حال الضغوط النفسية أو تخفيف العلاج، وطبقاً لتصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الرابع فإن مسار الفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة و المسار قد يكون:

- مسار نوباتي مع فترات من الأعراض المتبقية تتخلل النوبات و نوعه حسن إن لم يتردد دخوله المستشفيات و المكوث فترات طويلة فيها.
- مصاحب بأعراض سلبية بارزة و يكون المستقبل ضعيف المعرفة وتغيرات في النسيج الدماغي.
- مسار مستمر من الأعراض السالبة مع نوبات من الأعراض الموجبة.
- مسار غير محدد الصورة (سمور، 2006، ص 198).

أهم العوامل التي تلعب دورا هاما في مآل المرض هي:

- **العمر عند بدء المرض:** كلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء نظرا لعدم نضوج وتكامل الشخصية في هذا السن، وذلك بعكس هؤلاء المرضى الذين يظهر المرض عليهم بعد سن الثلاثين ففرصتهم للشفاء تتزايد كلما نضجت الشخصية.
- **الذكاء:** يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض، زادت فرصته في الشفاء، أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام فتقل نسبة شفائهم بشكل واضح.
- **التكوين الجسمي:** تزيد فرصة التحسن والشفاء في هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة أو ما يسمى بالمكون الجسمي المكتنز، وتقل النسبة في الجسم الواهن الضعيف.
- **الشخصية:** يتحسن المرضى ذوي الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض، أما هؤلاء ذو الشخصية الشبه فصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فتقل نسبة تحسنهم، حيث أنهم يعودون بعد شفائهم لنفس الشخصية المرضية.
- **بدء المرض:** أن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل نسبة إلى %51 قورنت بهؤلاء الذين يزحف عليهم المرض تدريجيا حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى %21 .
- **العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض:** كثيرا ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية، وأن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل، نظرا لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض، أما في هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية وداخلية فتقل نسبة الشفاء حيث أن العامل البيولوجي والوراثي يلعب دورا هاما.
- **التاريخ العائلي:** يحسن وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني (الاكتئاب) نسبة الشفاء، أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن.
- **الأعراض الإكلينيكية :** يختلف مصير المرض تبعا لنوع الفصام ويجمع البعض أن مآل الفصام الكتاتوني البارنويدي أضل من الفصام الهيفريني ومن الأعراض الهامة

التي تزيد من نسبة الشفاء وجود أعراض وجدانية قوية سواء اكتئاب أو ابتهاج كذلك بعض تشوش الوعي، أما الأعراض التي تحمل مصيرا سيئا، فأهما تبرد أو تجمد الانفعال، واختلال الأنية والعالم الخارجي.

- **الحالة الاجتماعية والأسرية:** تدل أبحاث براون 1963 ولف 1977 على أن خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلى عائلات على درجة عالية من التورط أو الاستغراق أو التعبير الانفعالي سواء الزائد أو النفور ويحمل في حد ذاته أثرا سيئا أو يزيد من نسبة النكسات أو عودة هؤلاء المرض للمستشفى (عكاشة، 1998، ص307).

الأسرة والفصام:

تتسم حياة مريض الفصام بالفوضى وعدم القدرة على التركيز والإنجاز، وصعوبة بالغة في إقامة علاقات اجتماعية إذا لم يكن في كثير من الأحيان هناك اضطراب وتشوش في العلاقة، بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس التي ترافقه إن كانت سمعية أو بصرية أو غيرها. وعليه فإن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا تؤثر علي المريض فحسب بل على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به، وهي تؤدي إلى نفور منه لعدم فهم طبيعة الأعراض والاعتقاد أنه إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض. ومع تطور المرض واكتشاف العائلة لحقيقة المرض تبدأ رحلة الأمل وخيبة الأمل في اكتشاف المجهول شيئا فشيئا، والسؤال عن العلاج والدواء، وفي كثير من الأحيان تخطئ عائلات المرضى النفسيين في التوجه للجهات غير الصحيحة كالمشايع وزيارة الأضرحة والكنائس لتلقي العلاج، معتقدين أنهم يقدمون لابنهم أفضل ما يمكن أن يقدم آملين في شفائه بشكل سريع ونهائي. فأسرة مريض الفصام هي أسرة تعاني من سلوك المريض والذي قد يضعها في موقف محرج أمام الأصدقاء والجيران والأقارب، وقد تشعر الأسرة بالذنب، وقد توجه الأسرة اللوم لأحد أفرادها وتحمله مسئولية ظهور المرض، وقد تضطرب حياة الأسرة، وتتأثر علاقة الأبناء بأبائهم وبيعضهم البعض وكذلك علاقة الجميع بالمريض. وهذا يؤدي إلى نفور الأسرة من المريض وعدم تقبلهم له بسبب المعاناة التي يشعرون بها وعدم قدرتهم على تحمل وفهم المريض أو لنقص المعلومات حول طبيعة المرض النفسي (صادق، عادل، 2009، ص113).

الإعاقة في مرض الفصام:

وتشمل الإعاقة الاجتماعية يزداد الانطواء بعد المرض وتقل شبكة العلاقة الاجتماعية لدرجة العزلة، وانخفاض القيام بالوظائف اليومية مثل الدراسة أو العمل و العناية بالأكل أو الملابس أو الذات، وقد يلزم الإشراف على حالته الاجتماعية من مأوى يليق للبشر و الحالة الصحية بسبب أهمله لذاته و التغذية يمكن أن يأكل أي شيء و نظافته الشخصية من استحمام وملبس ونظافة شخصية، كما أنه لا يبحث عن الزواج أو يهمل زوج ته وأسرته وتضعف الرغبة والعلاقة الجنسية، وقد يصبح بلا مأوى، وقد يحتاج حماية من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور لمنع المشاكل الاجتماعية مع الآخرين في النوبات المرضية وأفعاله الناتجة عن الضلالات أو الاستجابة لهلوس وبين النوبات يتفاوت احتياجه للرعاية من إعاقة تستدعي رعاية وهم أفقر البشر و بحاجة إلى مساعدة مادية دائمة وقد يصاب بالاكنتاب أو تعاطي الكحول والمخدرات . وقصر حياة الفصاميين لسبب كثرة الدخان مما يؤدي إلى مضاعفات كثيرة و كذلك كثرة الانتحار بينهم أو سوء التغذية الذي ينشأ عنه الأمراض، أو لسوء الرعاية الطبية و تجدر الإشارة إلى أن % 50 من مرضى الفصام يحأو لون الانتحار، 10-15% منهم ينتحرون (سمور، 2006، ص198-200).

علاج الفصام

وسنعرض بعض أنواع العلاج المستخدمة مع مرضى الفصام:

أولاً: العلاج الوقائي:

ويشتمل العمل على تجنب زواج الأقارب في العائلات التي فيها سوابق عائلية (تاريخ إصابة بالمرض)، وكذلك النصح بالإقلال والحد من فرص الإنجاب عند الفصاميين، وأيضاً العناية بالأسرة والتماسك الأسري، ووضوح المعاملة، وسلامة الرعاية، ودفء العواطف، ومرونة الحوار (المرشد في الطب النفسي، 1999، ص129).

ثانياً: العلاج الدوائي والطبي:

يرتكز علاج الفصام بشكل أساسي على علاج أعراض المرض وتخفيفها، فلا يمكن الشفاء من المرض بشكل كامل. ويعتمد العلاج بشكل أساسي على صنف من الأدوية يدعى بمضادات

الذهان (antipsychotics)، والادوية توقف أعراض اضطراب الفصام مثل (الهالوس والتوهيمات) ويحدث فيها خلل في التمييز بين الخيال والواقع ووظائف التفكير الأخرى.

حيث تم اكتشاف أول دواء مضاد للذهان بشكل مفاجئ عام 1950م، عندما لوحظ التأثير المفاجئ للهستامين (chlorpromazine) عند اختباره على مرضى الفصام. و لوحظ تأثير الكلوربرومازين كوسيلة مضادة للذهان، تم اختبارها، تجريبيا ليكشف عنه النقاب كآلية عمل مضادة للذهان (Stahl,2000, p402).

ثالثا: العلاج النفسي: ومن أنواعه:

• العلاج التدعيمي:

وهو لتدعيم المريض نفسياً حيث يهدف إلى مساعدته للتعرف على الحياة الواقعية والمشاكل اليومية ليستطيع التعايش معها، والعلاج هنا قد يكون صعب بسبب عدم استبصار المريض بالمرض، وأيضاً بسبب التوقع والشك، وكون المريض حساس لتكوين علاقات اجتماعية بسبب عدوانيته.

• العلاج النفسي التحليلي:

وهو نادر في علاج حالات الفصام، ويجب على المعالج إبداء الاهتمام بالمريض والصدق والتعاطف معه في مشاكله وحياته وعلاقاته، وفهم المريض هنا يقلل قلقه ويساعده على التعامل مع الحياة اليومية، ويمكن أن يعلم المريض على المسؤولية الذاتية على العلاج والطاعة العلاجية .

• العلاج الجماعي:

يساعد المريض على تنمية المهارات والقدرات الاجتماعية، وتكوين علاقات والتفاعل العاطفي مع الآخرين، وممارسة الأنشطة الجماعية.

• المجتمع العلاجي:

مثل وضع المريض ضمن جماعات بطروف وعلاقات علاجية معدة مسبقاً بواسطة الفريق المعالج ومن خلال المشاركة المبدئية يمكن للمريض ضبط نزعاته العدوانية وتنمية قدرته على اختبار الواقع، والتقليل من القلق والإثارة البيئية، مع مساعدته على العناية والنظافة الشخصية (سمور، 2006، ص ص 202-204).

رابعاً: العلاج النفسي التعليمي لأسرة مريض الفصام:

إن التدخل الأسري من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة التعرض للانتكاسة، معرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء، وعدم النقد والمستمر، وإحساس المريض بهويته، وطريقة تشجيعه على العمل والاختلاط دون تحدٍ لقدراته، وأهمية الإنتظام على تناول العلاج الدوائي، كل ذلك له أثره الكبير على جودة حياة المريض الفصامي، وقد دلت الأبحاث الحديثة أنه بتعليم وتدخل الأسرة تتخفض النكسات بنسبة 40% (عكاشة، 1998، ص ص 377-378).

ومن العلاجات أيضاً ما يسمى بالتخليج الكهربائي ("ECT" Electroconvulsive therapy) وهي تعتمد على وضع الكترودات (أسلاك توصيل كهربائية) على رأس المريض ومن ثم تحريض صدمات كهربائية تحدث نوبات اختلاجية لدى المريض (تشبه الصرع) قادرة على إفراغ محتوى الدماغ من النواقل العصبية نتيجة فرط التثبيته المستمر، وهذه الطريقة من العلاج تستخدم في الحالات الحادة والغير مستجيبة على العلاج الدوائي. ويبقى الأهم في علاج مرضى الفصام هو مساعدة المجتمع لهم وعدم نبذهم وعتهم بصفات خاصة أو تصنيفهم تصنيف خاص، والعمل على دمجهم في المجتمع وإعادة تأهيلهم.

كما توجد طرائق أخرى للعلاج تعتمد على إعادة تأهيل المرضى وتدريبهم للتعامل مع حياتهم الاجتماعية واليومية بشكل أفضل. وأيضاً العلاج ضمن مجموعات لمرضى الفصام، والعلاج لأسر الفصامين حتى يتمكنوا من تقبل مريضهم والتعامل معه بطريقة صحيحة. ورغم أن الكثير من مرضى الفصام يتم علاجهم كمرضى خارجيين (خارج المشفى) إلا أن بعض المرضى قد تستدعي حالتهم إدخالهم إلى المشفى نظراً لخطورة حالتهم أو خطورتهم على الآخرين (الصفحة الالكترونية للباحثون السوريون، 2015).

تعقيب الباحث:

تجدر الإشارة إلى أن الفصام العقلي وبناءً على ما تقدم يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيداً، ولكن يمكن التعامل معه وعلاجه مثله مثل غيره من الأمراض النفسية الأخرى، حيث أن هناك بعض التقنيات والوسائل العلاجية وأولها الدوائية التي تلعب دوراً رئيسياً وهاماً في علاج الفصام، وتهيئة المريض للدخول في طرق علاجية أخرى وبرامج علاجية متخصصة، تصل به في نهاية المطاف إلى حالة من الاستقرار، يستطيع من خلالها المريض التجاوب والمبادرة نحو الإنجاز والعمل، وتبدأ بعض الأعراض السلبية بالتحسن ويستطيع المريض العودة تدريجياً إلى الواقع ويستشعر الحياة من حوله ويدرك ما حوله من أشخاص ومهام وتحمل بعض المسؤوليات، لكن لا بد أن يبقى تحت الاهتمام والرعاية والتقييم المستمر.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المقدمة:

يتضمن هذا الفصل الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، حيث سيقوم الباحث بعرض هذه الدراسات والتي لها علاقة بمتغيرات الدراسة: المساندة الأسرية، الاستشفاء والفصام العقلي، وذلك للاطلاع على آخر ما توصلت إليه الدراسات والأبحاث ذات الصلة بموضوع الدراسة، ومن ثم سوف يتم التعقيب عليها من حيث الهدف، ومن حيث أدوات الدراسة المستخدمة، ومن ثم من حيث العينة، والنتائج.

المحور الاول: دراسات تتعلق بالمساندة الاجتماعية والأسرية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

1. دراسة "خليفة 1998"، بعنوان: "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم".

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين كل من المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، والمقارنة بين ذوى التحكم الداخلي وذوى التحكم الخارجي في معتقداتهم واتجاهاتهم نحو المرض النفسي المرضى النفسيين.

تكونت عينة الدراسة من (274) طالبا بالصف الثالث الثانوي العام. تم اختيارهم من مدرستين من المدارس الحكومية بمنطقة القاهرة، بلغت نسبة القسم الأدبي (51.5%) والقسم العلمي (84.5%) بمتوسط أعمار الطلاب 17,5 عاما .

الأدوات:

استخدم الباحث في دراسته ثلاثة مقاييس هي:-

* مقياس التحكم الداخلي الخارجي للتدعيم من إعداد جوليا روتر " J.Rotter".

* مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي. * مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ ذوي التحكم الداخلي أكثر اعتقاداً في الشفاء من المرض النفسي من خلال العلاج بالأدوية والجلسات الكهربائية، وأقل اعتقاداً في زيارة الأضرحة وأولياء الله، وتحضير الأرواح بالمقارنة مع ذوي التحكم الخارجي، والمجموعتين لديهم اتجاهات سلبية نحو المرض النفسي.

➤ وجود علاقة بين المعتقدات حول المرض النفسي ومركز التحكم، وانتقاء هذه العلاقة بين الاتجاهات ومركز التحكم.

2. دراسة "حسين علي فايد(1998)", بعنوان (الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية).

وقد هدفت الدراسة إلى فحص التأثير السلبي للضغوط على الصحة النفسية، ومعرفة التأثير الإيجابي للمساندة في خفض كل من الضغوط والأعراض الاكتئابية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغوط . وقد طبق كل من استبيان أحداث الحياة الضاغطة، وقائمة بك للاكتئاب، واستبيان المساندة الاجتماعية على عينة قوامها (324) ذكراً من خريجي الجامعة، تراوحت أعمارهم بين 24 - 35 سنة

الأدوات:

* استبيان المساندة الاجتماعية SSQ الذي وضعه ساراسوان و آخرون و قام بتعريبه محمد الشناوي و سامي أبو بيه 1990 .

* قائمة بيك للاكتئاب (BDI) أعد هذه القائمة غريب عبد الفتاح 1985 عن الصورة المختصرة لقائمة بيك.

* استبيان أحداث الحياة الضاغطة.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- توجد فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الضغوط في المساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الضغوط.
- توجد فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الضغوط في الأعراض الاكتئابية في جانب مرتفعي الضغوط.
- توجد فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الأعراض الاكتئابية من ذوي الضغوط المرتفعة في المساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الأعراض الاكتئابية من ذوي الضغوط المرتفعة.

3. دراسة "زقوت 2001"، بعنوان: "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات".

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات المرضى النفسيين نحو المرض النفسي وعلاقة هذه الاتجاهات ببعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر والجنس والمستوى التعليمي والدخل ومحاولة الوصول إلى بعض المقترحات والتوصيات التي تساعد في الوصول لمفهوم أفضل للمرض النفسي في قطاع غزة.

تكونت عينة الدراسة والبالغ عددها (200) شخصا من البالغين ذكورا وإناثا من المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية الأربعة وكانت موزعة (100) فرد من البالغين الذكور والإناث المترددين على أربعة من المعالجين التقليديين بقطاع غزة، و (100) من البالغين من الذكور والإناث المترددين على المعالجين النفسيين ببرنامج غزة للصحة النفسية.

استخدم الباحث عدة مقاييس في دراسته لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي والعقلي مثل:

* مقياس كوهين وسترونج (1964) * مقياس أحمد عبد الخالق (1982)

* مقياس الشربيني (1981) * مقياس سمير قوته (2000)

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- وجود فروق في بعد الاتجاهات المعاصرة نحو المرض النفسي بين المترددين على المعالجين التقليديين والمعالجين النفسيين لصالح المترددين على المعالجين النفسيين.
- تبين أن المترددين على المعالجين التقليديين لديهم اتجاهات تقليدية وشعور بالوصمة أكبر من المترددين على المعالجين النفسيين.
- عدم وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عاملي التعليم والعمر الزمني لدى أفراد العينة.

4. دراسة "السري، وعبدالمقصود 2001"، بعنوان (المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية).

هدفت الدراسة إلى: دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية التي تتمثل في: (القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية، وتقدير الذات، والدافع للإنجاز)، وذلك لدى عينة من المراهقين والمراهقات. بالإضافة إلى دراسة العلاقات الارتباطية بين هذه المتغيرات بعضها وبعض.

وقد تكونت العينة من مجموعة كلية قوامها (100) مائة طالبا وطالبة من بين طلبة وطالبات الصف الأول الثانوى العام بواقع (50) لأفراد كل جنس. وقد روعى فى اختيار هؤلاء الأفراد ممن يعيشون مع أسرهم، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية من (14-15 سنة).

الأدوات:

- * مقياس القلق الظاهر.
- * مقياس الاكتئاب للصغار.
- * اختبار الدافع للإنجاز.
- * مقياس تقدير الذات.
- * مقياس المساندة الاجتماعية.
- * اختبار الشعور بالوحدة النفسية.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين المساندة الاجتماعية (الأبعاد والدرجة الكلية) والقلق، والشعور بالوحدة النفسية، والاكئاب لدى الذكور والإناث.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين المساندة الاجتماعية (الأبعاد والدرجة الكلية) وكل من الدافع للإنجاز وتقدير الذات في حالة الذكور، وعلاقة موجبة في حالة الإناث ولكنها غير دالة في حالة فقط البعد الخاص بالمساندة من قبل الأسرة في علاقته بالإنجاز. ودالة فقط في حالة البعد الخاص بالمساندة من قبل الأسرة في علاقته بتقدير الذات.
- عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات كل من الطلاب والطالبات على مقياس المساندة الاجتماعية ككل بأبعاده الثلاث.
- وجود فروق دالة بين المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة في البعد الأول من مقياس المساندة الاجتماعية الخاص "بالمساندة من قبل النظراء" والمتوسط الحسابي لدرجات نفس الأفراد في البعد الثاني من مقياس المساندة الاجتماعية الخاص "بالمساندة من قبل الأسرة"، لصالح المساندة من قبل النظراء .

5. دراسة "حسنين 2004"، بعنوان (الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل).

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل كي يتمتع بصحة نفسية جيدة كما تهدف إلى محاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل من أجل وضع برامج للأطفال والأسر .

بلغت عينة الدراسة (450) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين 10-12 عاماً تم اختيارهم عشوائياً.

واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

* اختبار الصدمة. * اختبار المساندة الأسرية.

* اختبار ضغوط ما بعد الصدمة. * اختبار العصاب.

اختبار روتر لقياس الصحة النفسية .

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

➤ أنه توجد بالفعل فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة وبين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة، وأن البنات أظهرن صحة نفسية أعلى من البنين.

➤ أنه لا توجد فروق دالة بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

6. دراسة "بركات وحسن 2006"، بعنوان: (الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين).

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية والجنس، والتخصص، والعمر، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة.

تكونت عينة الدراسة من (228) طالبا وطالبة، ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: النجاح الوطنية بنابلس، والقدس المفتوحة بطولكرم، والأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم.

استخدم في هذه الدراسة مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- عدم وجود فروق في اتجاه الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس وأن الذكور والإناث متشابهين في اتجاهاتهم الايجابية نحو المرض والعلاج النفسي.
- وجود فروق لصالح الطلاب من ذوي التخصصات الطبية والهندسية والصيدلة في اتجاههم نحو المرض والعلاج النفسي.
- عدم وجود فروق في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي والعلاج النفسي في متغيرات الجنس والتحصيل ومكان السكن ودخل الأسرة الشهري.

7. دراسة "دياب 2006"، بعنوان (دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين).

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الواقية من الأثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، وتحديد التأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين.

تكونت عينة الدراسة من (550) طالب وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية، وتراوحت أعمارهم بين (15 سنة) إلى (19 سنة) وبمتوسط عمري (16,3 سنة) وبانحراف معياري (0,60)، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (48,9%)، بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (51,1%).

كانت الأدوات المستخدمة عبارة عن إستبانة الصحة النفسية وإستبانة المساندة الاجتماعية وإستبانة الأحداث الضاغطة، حيث قام الباحث بتقنين الأدوات والتأكد من صدقها وثباتها على البيئة الفلسطينية من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية ماثلة للعينة الأصلية وعرضها على مجموعة من المحكمين.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين درجات الأحداث الضاغطة التي تعرض لها المراهقون والمساندة الاجتماعية.
- توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين ودرجات المساندة الاجتماعية.
- توجد فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية.
- المساندة الاجتماعية عامل وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية.

8. دراسة "حميد 2013"، بعنوان (الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الأسري المحررين - صفقة" وفاء الأحرار").

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية، كما هدفت إلى الكشف عما إذا كان يوجد فروق في مستوى الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية يمكن ان تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية مثل (العمر، الحالة الاجتماعية عند الاعتقال، الحالة الاجتماعية الحالية، عدد مرات الاعتقال، مكان التحرر، المستوى التعليمي، مدة الاعتقال).

منهج الدراسة : استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (42) اسيرا محررا من صفقة "وفاء الاحرار" وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، كما تكونت العينة الفعلية من (179) اسيرا فلسطينيا محررا من صفقة "وفاء الاحرار".

أدوات الدراسة:

قام الباحث بإعداد الأداتين التاليتين لتحقيق اهداف الدراسة:-

* استبانة الوحدة النفسية . * استبانة المساندة الاجتماعية.

وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- توصلت الدراسة إلى ارتفاع في مستوى المساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين في صفقة وفاء الأحرار في قطاع غزة بمعدل 80.7%.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية (العمر، الحالة الاجتماعية عند الاعتقال، الحالة الاجتماعية الحالية، عدد مرات الاسر، مكان التحرر، المستوى التعليمي، مدة الاعتقال).
- توجد علاقة إرتباطية عكسية ذات دلالة احصائية بين مستوى الوحدة النفسية ومستوى المساندة الاجتماعية لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة.

المحور الثاني: دراسات تتعلق بالاستشفاء وعلاقتها ببعض المتغيرات

1. دراسة جانيت لاندين (Janet Landeen, 2000)، بعنوان (الاستشفاء عند الفصاميين: الأمل، فعالية الذات، والأمراض المقحمة)

هدفت هذه الدراسة إلى: استكشاف أبعاد الاستشفاء في الفصام (الأمل، فعالية الذات، والأمراض المقحمة) والعوامل التي يمكن ان تؤثر على هذه الأبعاد (شدة المرض، مدة المرض، الوصمة، والدعم الاجتماعي). واستخدم التصلب المتعدد كمجموعة مقارنة لتحديد ما اذا كانت الأهمية النسبية في المجالات المقترحة للاستشفاء تعتبر فريدة من نوعها لمرض الفصام، أو شائعة لأمراض مزمنة اخرى.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ لا توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية والاقحام المرضي في أي من المجموعتين، وقياس الاقحام المرضي غير ثابت ويواجه إشكالية في مجموعة الفصام.

➤ إن كل من الاكتئاب، حجم شبكة العلاقات الاجتماعية، تلقي الوصمة، وأعراض الفصام (لاسيما المزعجة والايجابية منها) شكلت %41 من التباين في الأمل من المصابين بالفصام. ان المعاناة من الوصمة شكلت حوالي %16 من التباين في الكفاءة الذاتية لدى مجموعة الفصام. وقد كان الأفراد المصابين بالفصام اقل تقاؤلاً، وكان لديهم شعورا اقل بالكفاءة الذاتية ويعانون من الوصمة أكثر من مجموعة التصلب المتعدد (التصلب اللويحي).

2. دراسة (Leah Talbot,2008)، بعنوان "الخدمات الموجهة نحو الاستشفاء: الاستراتيجيات والعوائق"

هدفت الدراسة: إلى فهم دور الأمل للوصول إلى الاستشفاء من مرض الفصام.

المنهاج: قواعد البيانات المختلفة على الانترنت والتي تم البحث عنها باستخدام مدى معين من الكلمات والفقرات المفتاحية. ولكي تكون متضمنة فان الدراسات اشتملت على عدد من المعايير؛

تكون مصادر اساسية نوعية أو كمية أو تصميم مختلط؛ أما مفهوم الاستشفاء كعملية أو هدف، أو وصف لمكونات التي تساعد على الاستشفاء أو تطور الأمل لدى مرضى الفصام؛ والتي نشرت باللغة الانجليزية، في نظير ذلك راجع المجلة ما بين 1980-2008. أن التحليل الموضوعي أُستخدم لتركيب البيانات المستخرجة من الصحف.

النتائج: المكونات الرئيسية عرفت بأهميتها في الاستشفاء متضمنة؛ امتلاك الأمل، أن يندمج في العلاقات، أن يكون قادر على العيش باستقلالية وبشكل ملائم، تحقيق انجاز، أن يكون لديه احساس روحاني، زيادة في تقدير الذات، أن يمتلك المعرفة والتحكم، ادارة الأعراض، ويطور قصة ذات معنى. يعتبر الأمل عامل مهم في الاستشفاء، وأيضاً لديه دور في العديد من العوامل المتضمنة في الاستشفاء.

الاستنتاج: يبدو بأن الأمل عامل تحفيزي والذي يبدأ بعملية الاستشفاء، ويقوى مع العلاقات أو الاعتقادات الروحية. كما أن مع تقدم عملية الاستشفاء، فإن الأمل يُمكن متلقي الخدمات للبدء للمشاركة في عناصر أخرى لعملية الاستشفاء مثل الدمج في أنشطة ذات معنى والعيش باستقلالية. هذه الانشطة تعزز الأمل بشكل تتابعي. وهي ضرورية للعاملين في الصحة النفسية في تعزيز الأمل للمستقبل، وتحديد الطرق لنشأة الأمل مع متلقي الخدمة. (THE UNIVERSITY OF HULL).

3.دراسة جوديث هيرمان (Judith Herman's 2010)، بعنوان (الصدمة والاستشفاء دراسة لأدبيات ومنهجية البحث والعلاج)

والهدف من هذه الرسالة هو تقييم صحة نظرية هيرمان وفعالية منهجية علاجها. ولقد تم عمل تقييم واسع لعمل هيرمان، كما يقال في الحوادث، والتعافي، حيث تم عمل تقديم وتقييم لصحة بيانات هيرمان من خلال مراجعة لأدبيات التقييم 'والأطباء' وباحثون آخرون لعمل هيرمان.

وأظهرت النتائج أن نظرية هيرمان قد تم قبولها من قبل الأطباء والباحثين كأساس لتطوير علاجات معاصرة للصدمة.

4. دراسة "ابو شاويش 2012"، بعنوان (تأثير برنامج تدريبي يعتمد على خطة الدمج والاستشفاء بالنسبة لمعرفة واتجاهات الاخصائيين الاجتماعيين نحو الاستشفاء).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن اتجاهات ومعرفة الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين في الادارة العامة للصحة النفسية نحو عملية الاستشفاء واختبار فعالية برنامج تدريبي مبني على خطة الدمج والاستشفاء (WRAP).

واستخدم الباحث المنهج الكمي والنوعي في دراسته من خلال بناء اداة (استبيان لقياس المستوى المعرفي والاتجاه لدى المهنيين قبل وبعد البرنامج)، وتم عمل مجموعة بؤرية شملت المهنيين الاساسيين في المراكز، واشتملت عينة الدراسة على 47 اخصائيا نفسيا واجتماعيا وهم جميع الاخصائيين العاملين في الادارة العامة للصحة النفسية بمعدل 47.6% ذكور و 57.7% اناث، بمتوسط عمر 30.7 سنة.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الاختبار القبلي والبعدي لصالح البعدي في مستوى المعرفة وطبيعة الاتجاه نحو عملية الاستشفاء .

➤ وظهرت أيضاً نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء فيما يتعلق بالمتغيرات الديموغرافية (العمر - الجنس - مكان السكن - والمستوى التعليمي).

5. دراسة "الشيخ علي 2013"، بعنوان: (فعالية برنامج الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في قطاع غزة).

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في مدينة غزة، وتكونت العينة من (33 مريضة بالفصام) تم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (18مريضة) والأخرى مجموعة تجريبية مكونة من (15مريضة)، وقد خضعت المجموعة التجريبية للعلاج ببرنامج الدمج والاستشفاء و المكون من (12 جلسة) استمرت لمدة ثلاث شهور بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، أما المجموعة الضابطة فقد خضعت للعلاج بالطريقة

الاعتيادية وقد قامت الباحثة باستخدام (القياس القبلي - البعدي)، واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي.

استخدمت الباحثة اداة (recovery assessment scale) حيث قامت الباحثة بترجمتها وتقنينها، والأساليب الإحصائية التالية اختبار ولكوكسون، معامل الارتباط بيرسون، مان ويتني.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لمستوى التحسن للأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء.

➤ ووجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين المقياس البعدي والتتبعي بالنسبة لتحسن في مستوى الأمل وكانت النتيجة لصالح الاختبار البعدي.

6.دراسة "الخالدي2013"، بعنوان: (اثر الدعم الاسري على استشفاء مرضى الاكتئاب في محافظات غزة).

أهداف الدراسة: الهدف العام لهذه الأطروحة هو وصف معدل الدعم الاسري في عملية الاستشفاء من مرض الاكتئاب في محافظات غزة، أما الأهداف الفرعية فيهدف البحث لوصف وتقييم تأثير الدعم العاطفي والأدائي والمعلوماتي للأسرة في الاستشفاء من الاكتئاب، كما يهدف لوصف ومعرفة تأثير المجموعات ذو الاهتمام الواحدة مثل المؤسسات المجتمعية الداعمة وتأثيرها على عملية الاستشفاء من الاكتئاب، آخر هدف هو تقييم ووصف العلاقة بين العوامل الديمغرافية للأسرة ونسبة الاستشفاء من الاكتئاب.

تصميم الدراسة وأسلوبها: أجريت هذه الدراسة بالطريقة التحليلية التقاطعية على عينة مكونة من مائة واثنان وسبعون مريض اكتئاب مشخصين في العامين 2009-2010م، وهم يتابعون في عيادات الصحة النفسية المجتمعية الست المنتشرة في محافظات غزة.

بعد الموافقة بالمشاركة في الدراسة، تم تعبئة الاستبانات لكل من مرضى الاكتئاب (استبانة الاستشفاء من الاكتئاب) وأسرههم (استبانة الدعم الاسري).

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ معدل انتشار نسبة الاستشفاء من الاكتئاب الذين يتلقون الدعم الاسري كان 68.46%، ونسبة الدعم الاسري لهؤلاء هو 69.65% وهذا يعني أن هناك علاقة مهمة بين الدعم العائلي ومستوى الاستشفاء من الاكتئاب.

7. دراسة "بكير 2013"، بعنوان (أثر العلاج خارج نطاق المستشفيات " من خلال عيادات الصحة النفسية والمجتمعية" على عملية الاستشفاء لدى مرضى الاكتئاب في قطاع غزة).

الهدف العام لهذه الدراسة هو فهم تأثير العلاج خارج نطاق المستشفيات" من خلال عيادات الصحة النفسية المجتمعية "على عملية الاستشفاء لدى مرضى الاكتئاب في قطاع غزة، من أجل إيجاد أكثر طريقة فعالة لتحقيق عملية الاستشفاء لدى مرضى الاكتئاب، أجريت الدراسة على شكل دراسة وصفية علي عينة مكونة من 120 شخص بالغ لديه الاكتئاب، يتلقون العلاج في عيادات الصحة النفسية المجتمعية الحكومية ومستشفى الطب النفسي بغزة ومسجلين في سجل 2009-2010، حيث يتكون مجتمع الدراسة من (383) مريضاً لديهم اكتئاب، (245) ذكور و (138) إناث يتلقون العلاج في عيادات الصحة النفسية والمجتمعية ومستشفى الطب النفسي، وقد كانت عينة الدراسة (80) حالة من عيادات الصحة النفسية والمجتمعية و (40) حالة من مستشفى الطب النفسي بغزة، وبعد أخذ الموافقة علي المشاركة في الدراسة، حيث بلغت نسبة تجاوب المرضى مع الدراسة 86%، ولقد تمتع مقياس الدراسة بدرجة ثبات عالية بلغت 0.91 حسب مقياس (Cronbach's Alpha).

تم تعبئة الاستبانات عن طريق إجراء مقابلات وجها لوجه متضمنة البيانات الشخصية واستبانة الاستشفاء، وتم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة (14).

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- مستوى الاستشفاء للمرضى في مستشفى الطب النفسي 42.88%، بينما مستوى الاستشفاء للمرضى في عيادات الصحة النفسية والمجتمعية 73.29%، حيث تفيد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ حول مستوى الاستشفاء، والفروق لصالح مرضى الاكتئاب في عيادات الصحة النفسية والمجتمعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المرضى في الحالة الاجتماعية من المطلقين والعزاب لصالح العزاب، وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المرضى في فترة العلاج لصالح 6 شهور - سنة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بين المرضى في مكان تلقى العلاج لصالح عيادات الصحة النفسية والمجتمعية.

المحور الثالث: دراسات تتعلق بالفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات:

1. دراسة دونللي "Donnelly: 2005" ، بعنوان (معتقدات الصحة النفسية وسلوكيات البحث عن المساعدة عند الآباء الأمريكيين من أصل كوري ولديهم اطفالا فصاميين).

هدفت الدراسة إلى: فحص معتقدات الصحة النفسية عند الآباء والمربين الأمريكيين من أصل كوري لأطفال راشدين مصابين بالفصام العقلي وأثر ذلك على سلوكياتهم في البحث عن المساعدة.

عينة الدراسة: تم تجنيد الآباء الأمريكيين المهاجرين من أصل كوري من مجموعة الدعم العائلي في عيادة الصحة النفسية للأسويين . شمل المشاركون سبعة أمهات وثلاثة آباء تتراوح أعمارهم من 38 إلى 76 سنة ولديهم أطفال راشدين مصابين بالفصام العقلي يتراوح عمرهم من 20 إلى 32 سنة في جميع الحالات ما عدا واحدة لطفل في الفصام العقلي بعد هجرة العائلة إلى الولايات المتحدة الأمريكية.

أداة الدراسة: كانت عبارة عن مقابلات مسجلة وملاحظات ميدانية لتتم عملية جمع المعلومات. حيث تم مقابلة الآباء مرتين واستغرقت كل مقابلة من 1-4 ساعات وذلك لتأكيد النتائج والمصادقة عليها.

نتائج الدراسة: تم دمج خبرات الآباء والأمهات الأمريكيين من أصل كوري في التعامل مع أبنائهم المصابين بالفصام العقلي في ثلاثة جوانب:

➤ يصف الجانب الأول نقطة التحول الحرجة في سلوكيات البحث عن المساعدة في بداية تشخيص المرض كان لدى الآباء نقص في فهم المعنى العربي للفصام العقلي والفروق الثقافية في فهم هذا الاضطراب النفسي.

➤ أما الجانب الثاني يصف صراع الآباء في معالجة السلوكيات الغير عادية لأطفالهم، والتقلبات المزاجية، والأعراض الذهانية المتكررة .

➤ أما الجانب الثالث فيتحدث عن شعور العائلة بالوصمة المرتبطة بوجود طفل راشد مصاب بالفصام العقلي . فالمفهوم الكوري للمرض النفسي يحمل وصمة للعائلة، وتبذل العائلات الأسوية قصارى جهدها لإخفاء أي فرد من العائلة مصاب بمرض نفسي.

2. دراسة شانج وآخرون "Yu Chang, et, al: 2005"، بعنوان (اتجاهات المجتمع نحو الأفراد المصابين بالمرض العقلي : نتائج المسح الوطني لسكان تايوان)

هدفت الدراسة للكشف عن اتجاهات السكان عامة نحو الاشخاص المصابين بالمرض العقلي في تايوان تحديداً، ومعرفة مدى تأثر اتجاهات الأفراد بعد ضبط المتغيرات الديمغرافية.

اما عينة الدراسة فقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية وذلك بعد تنفيذ مسح وطني في شهر يناير 2003 من شرائح السكان المختلفة. تم جمع المعلومات باستخدام نظام مقابلات الهاتف والحاسوب المتفاعل.

وكشفت النتائج أن السكان عامة يحملون مستويات عالية ونسبية من الإحساس والتسامح بالنسبة للتأهيل في المجتمع وعدم وجود قيود غير اجتماعية، ولديهم اتجاهات أقل ايجابية نسبياً نحو عدم التسلط والايجابية، ويعتبر كل من الاتصال المباشر، العمر، التعليم والوظيفة من أكثر الارتباطات أهمية نحو اتجاهات المجتمع.

إن الأفكار والمعتقدات الايجابية لا تكفل بالضرورة تقبل الدمج في المجتمع أو التعامل مع المرضى عقلياً بصورة طبيعية، مع ذلك فان الأفكار المتعاطفة يمكن تحويلها إلى تعاطف وتقبل للكائن الإنساني شريطة إعطاء الناس الفرصة للتعامل المباشر مع الأشخاص المرضى عقلياً، كما أشارت النتائج إلى أن تثقيف وتوعية المجتمع يجب أن تستهدف العاملين من كل الفئات العمرية.

3. دراسة "الدليم 2005"، بعنوان: (المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين المراجعين والمنومين).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الفصاميين المراجعين و الفصاميين المنومين لمدة لا تقل عن سنتين متواصلتين.

وكانت عينة الدراسة مكونة من (201) من الفصاميين المراجعين والمنومين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف (140) ذكراً و (161) أنثى.

وقد طبق الباحث المقياس المعرب على العينة وهو عبارة عن خمسة من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد رونالد .

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ وجود فروق دالة إحصائية على بعدي الضبط الانفعالي والتعبير الاجتماعي بالإضافة إلى الدرجة الكلية لصالح الفصاميين المراجعين، كذلك أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق لصالح الذكور في مهارة التعبير الاجتماعي.

➤ كما وجدت فروق لصالح المراجعات على الدرجة الكلية وعلى بعدي التعبير الاجتماعي والمروحة، كما كشفت وجود فروق بين الفصاميين تعزى لاختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم العقلية ولكن ليس في ضوء متغير الحالة الاجتماعية.

4. دراسة "جودة 2008"، بعنوان (الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في محافظات قطاع غزة).

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الاتجاهات الوالدية بين مرضى الفصام العقلي وبين مجموعة من الأشخاص الأسوياء، كما هدفت إلى معرفة الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات كالعمر، الجنس، السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وعامل المواطنة، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى، ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم.

قد تكونت عينة الدراسة من (40) شخصاً من مرضى الفصام العقلي من المراجعين والنزلاء بالمستشفى .كما تم اختيار عينة عشوائية من الأشخاص الأسوياء تتكون من (50) شخصاً من الذكور والإناث.

وقد استخدم الباحث قائمة شيفر للمعاملة الوالدية، حيث تم استخدامه كأداة قياس رئيسية في الدراسة.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ وجود فروق جوهرية بين الأشخاص الأسوياء ومرضى الفصام العقلي في الاتجاهات الوالدية لصالح مجموعة الأسوياء .

➤ عدم وجود فروق جوهرية في الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات الأخرى كالعمر، الجنس، السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وعامل المواطنة، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى، ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم.

5. دراسة "أبو رحمة 2012"، بعنوان: (إسهام الالتزام الدوائي والدعم الاسري في منع الانتكاسة لمرضى الفصام في قطاع غزة).

هدفت الدراسة إلى تحديد اتجاه المرضى نحو العلاج، وكذلك مستوى كل من الالتزام الدوائي ودعم الأسرة والانتكاس لمرضى الفصام في قطاع غزة. وهناك أهداف أخرى تهدف إلى تحديد العلاقة بين الالتزام الدوائي والدعم الاسري في الوقاية من الانتكاس وتقييم أثر كل من الوضع الاقتصادي والجنس والعمر والحالة الاجتماعية على الانتكاس بين مرضى الفصام في قطاع غزة.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي عن طريق توزيع الاستبيانات على المرضى في عيادات الصحة النفسية المجتمعية في محافظات غزة. تم اختيار العينة بطريقة قصديه، وهم المرضى الذين شخصوا في العيادات في سنة 2010. وتكونت عينة الدراسة من (84) حالة موزعة على عيادات الصحة النفسية المجتمعية في محافظات غزة. عدد الحالات التي تمت استجابتها بالفعل (65) حالة، أي أن نسبة استجابة المرضى للدراسة كانت

77.38% وقد تم جمع المعلومات بواسطة ثلاثة أدوات تم تصميمها بواسطة الباحث عن طريق المعلومات الواردة من الدراسات السابقة، وقد تم فحص صدقها وثباتها من قبل المحكمين والعينة الاستطلاعية، الاستبيانات هي استبانة الالتزام الدوائي واستبانة الدعم الاسري تعباً بواسطة المريض واستبانة الانتكاس تعباً بواسطة الأهل بمساعدة الباحث، حيث كانت مقابلة مع المريض والأهل كل على حدا.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- كان اتجاه المرضى نحو العلاج موجبا 65.93%. وكان نسبة الالتزام الدوائي 74.79%، نسبة الدعم الاسري 84.31%، ونسبة الانتكاسة 27.8%.
- كانت هناك علاقة إحصائية دالة موجبة بين اتجاه مرضى الفصام نحو العلاج والالتزام المرضى بالعلاج الدوائي لمرضى الفصام والانتكاس عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$.
- كما أظهرت الدراسة انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدعم الاسري والالتزام الدوائي تعزو إلى العمر والجنس والحالة الاجتماعية والدخل الشهري عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$.

6. دراسة أيو أوبيمبي وآخرون، "Ayo Obembe at al: 2012"، بعنوان (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 المشخصين وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية العاشر (ICD10) ممن 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. وتوصلت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن الأسر الفقيرة هي أكثر عرضة لسوء جودة الحياة والصحة العامة وسوء الحالة الاجتماعية.

7. دراسة "شهادة 2012"، بعنوان (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 وتأثر العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس، مكان الإقامة) على التماسك العائلي لمرضى الفصام، وهدفت لوصف مستوى التماسك العائلي لدى أهالي مرضى الفصام، ومدى تأثير وجود المريض داخل الأسرة أو في المؤسسة على التماسك العائلي.

تكونت 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.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ إن البعد النفسي قد سجل أعلى تأثير (الوزن النسبي 75.52%) ويليه البعد الاقتصادي (الوزن النسبي 69.47%) ثم البعد الاجتماعي (الوزن النسبي 69.44%).

➤ وقد أظهرت الدراسة تأثر الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام بغض النظر عن اختلاف العوامل الديموغرافية لدى المرضى وأسرهم وبغض النظر عن المستوى التعليمي لمقدم الرعاية وحالته الصحية.

8. دراسة "العوضي 2012"، بعنوان (الضغوط النفسية الأسرية ومعنى الحياة لوالدي الأبناء الفصامين)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة الضغوط النفسية الأسرية والتي تتعرض لها أسرة المريض بالفصام ووصف الحياة بالنسبة لهم، وكذلك الكشف عن ديناميات الشخصية المميزة لكل من مرتفعي ومنخفضي الضغوط النفسية الأسرية ومعنى الحياة.

وأجريت الدراسة على عينة قوامها (17) أب وأم من والدي الأبناء الفصامين (9 ذكور، 8 إناث)، تراوحت أعمارهم ما بين (45-70 سنة) بمتوسط عمر زمني (55) عاماً وانحراف معياري (2.12)، وقد تم اختيار هذه العينة من آباء، وأمّهات الأبناء المصابين بمرض الفصام بمحافظة الشرقية وخاصة المرافقين لأبنائهم في قسم الطب النفسي بمستشفى صيدناوى بالزقازيق العيادات الخارجية بمستشفى الجامعة بالزقازيق ومستشفى أبو العزائم للأمراض النفسية والعصبية بالعاشر من رمضان، وعن العينة الإكلينيكية تكونت من حالتين طرفيتين وتم اختيارهما من العينة الكلية طبقاً لدرجاتهما على مقياس الضغوط النفسية الأسرية.

9. دراسة "عايش 2013"، بعنوان (جودة الحياة لدى مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة، حيث تم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية من عيادات الصحة النفسية الحكومية والبالغ عددها 6 عيادات نفسية وكان العدد الذي تنطبق عليه شروط الدراسة (160) مريض من كلا الجنسين، ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وقد اعتمدت الدراسة المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والأوزان النسبية للتحقق من صحة الفرضيات.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- أن معدل جودة الحياة طبقاً للمتغيرات (الجسمية - النفسية - والاجتماعية- والبيئية) بلغت 44% .
- ووجدت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05 بين جودة الحياة وحالة السكن لصالح المرضى غير المستأجرين.
- ووجدت فروق أيضاً بين جودة الحياة ومضاعفات المرض لصالح المرضى الذين لا يعانون من مضاعفات المرض.

10. دراسة "وسام عبيد 2013"، بعنوان (خبرة الزواج بين مرضى الفصام).

هدفت الدراسة إلى استكشاف تأثير الزواج على مرضى الفصام المتزوجين والغير متزوجين.

منهج الدراسة: تعتبر هذه الدراسة عبارة عن سرد نزعي حاولت الاجابة عن حالة المريض بالنسبة لوضعه الاجتماعي.

وتكونت عينة الدراسة من حوالي (80) من مرضى الفصام. نصفهم متزوجين على الاقل منذ ثلاث سنوات ويعاني من الفصام لفترة لا تقل عن ستة اشهر أو أكثر. وشملت النصف الاخر مرضى فصام مصاب بالمرض منذ ستة اشهر على الاقل أو أكثر من ذلك.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- إن معظم المرضى المتزوجين وغير المتزوجين شجعوا على الزواج على حد سواء.
- إن الذكور لديهم فرصة أكبر في الزواج، ويتحمل مسؤولية أكبر.
- أن المريض الكبير في السن أقل مسؤولية وبالتالي أقل توتر نفسي.
- تأثير وصمة العار حيث أنها تمنع المرضى من الحصول على العديد من حقوقهم للأسف.
- أغلب المرضى قالوا إن حياتهم أصبحت افضل بعد الزواج، وأنهم لا يمكن أن يتزوجوا دون مساعدة وموافقة أفراد عائلاتهم.

11. دراسة "بوزياني (2013)، بعنوان واقع التكفل النفسي بالمرضى الفصامي

داخل المؤسسة الاستشفائية ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان-قسم الأمراض العقلية-بولاية بسكرة

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية، والتعرف على الطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج ودمج الفصاميين اجتماعيا وإعادة تأهيلهم بعد الانتهاء من فترة العلاج، و التعرف على الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي للتكفل

النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية. وتم إجراء الدراسة بمستشفى الحكيم سعدان قسم الأمراض العقلية بولاية بسكرة، وذلك باستخدام منهج دراسة الحالة والمقابلة الإكلينيكية النصف موجهة كأداة أساسية لجمع المعلومات والملاحظة كأداة ثانوية للمساعدة على التحليل.

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

➤ يركز التكفل النفسي بالفصامي داخل مؤسسة استشفائية على العلاج الدوائي بالدرجة الأولى، أما العلاج النفسي فلم يعتمد على أساليب علاجية نفسية علمية معنية بل هي مجرد نصائح وإرشادات، مساندة نفسية، وقد يرجع هذا إلى الصعوبات التي تواجهها الأخصائية النفسية من نقص خبرتها وتكوينها السيكولوجي، وعدم تعاون أسر المرضى بالإضافة إلى نقص الإمكانيات المادية داخل المؤسسة الاستشفائية.

12. دراسة "بربخ 2014"، بعنوان (استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، وكذلك التعرف على أكثر استراتيجيات مواجهة الضغوط شيوعاً ومستوى جودة الحياة الأسرية لديهن، والتعرف أيضاً على مدى تأثير بعض المتغيرات الخاصة بالزوج والزوجة على استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لزوجات مرضى الفصام.

وقد تكونت عينة الدراسة من (154) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعين والمترددون على عيادات ومراكز الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.

تم تطبيق الأدوات التالية:

* مقياس استراتيجيات المواجهة إعداد وتقنين سمير قوته (1997) .

* مقياس جودة الحياة الأسرية وهو من إعداد أماني عبد المقصود وسميرة شند (2010).

وكانت أهم النتائج كالتالي:-

- أن زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة يستخدمن جميع الاستراتيجيات (الايجابية والسلبية) في مواجهة الضغوط وهي بالترتيب : استراتيجية الانتماء، استراتيجية التفكير بالتمني والتجنب، استراتيجية تحمل المسؤولية، استراتيجية إعادة التقييم، استراتيجية التخطيط لحل المشكلات، استراتيجية التحكم بالنفس، استراتيجية الارتباك والهروب.
- أن معدل جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة متوسط بوزن نسبي بلغ (51.8 %) حيث جاء في أعلى أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام هو بعد التفاعل الأسري حيث بلغ الوزن النسبي له (64.6%)، يليه بعد الوالدية بوزن نسبي (58.1%) ، ويأتي بعده بُعد السعادة الانفعالية بوزن نسبي (43.0%) ، ويأتي في المرتبة الأخيرة بعد المقدرة المادية بوزن نسبي (41.4%)

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

حيث تبين من خلال العرض السابق للدراسات ما يلي:

أولاً: من حيث الهدف:

- تعددت وتنوعت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت المساندة الاجتماعية أو الأسرية بتعدد وتنوع متغيراتها، فبعض الدراسات كان الهدف منها التعرف على علاقة المساندة الاجتماعية أو الأسرية ببعض المتغيرات الأخرى مثل دراسة حسين علي فايد (2001)، ودراسة دراسة اسماء السرسبي، واماني عبدالمقصود (2001)، ودراسة حسنين (2004)، ودراسة دياب (2006)، ودراسة حميد (2013)، ودراسة الخالدي (2013)، ودراسة أبو رحمة (2012)، ودراسة أيو أوبيميبي وآخرون (2012).
- أما الدراسات التي تناولت الاستشفاء فهدفت إلى التعرف على علاقة الاستشفاء ببعض المتغيرات الأخرى مثل دراسة حنان الشيخ علي (2013)، ودراسة احمد الخالدي (2013)، و دراسة باسم بكير(2013)، و دراسة محمد ابو شوايش (2012)، ودراسة (Leah Talbot,2008)، ودراسة (Inhutivenas,Landeen,2000)، ودراسة Judith (Herman's 2010).
- أما الدراسات التي تناولت الفصام فقد هدفت للتعرف على علاقة الفصام ببعض المتغيرات الأخرى مثل دراسة حسن أبو رحمة (2012)، ودراسة الدليم (2005)، ودراسة شادي بربخ (2014)، ودراسة محمد عايش (2013)، ودراسة إيناس العوضي (2012)، ودراسة مروة شحادة (2012)، ودراسة نبيل جودة (2008)، ودراسة وسام عبيد (2013)، ودراسة (Yu Chang,et,al: 2005)، ودراسة (Inhutivenas,Landeen,2000)، ودراسة (Donnelly: 2005)، ودراسة (Ayo Obembe at al: 2012).

ثانياً: من حيث أدوات الدراسة:

تعددت وتتنوع المقاييس والأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة:

- فنجد أن الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة والتي تناولت المساندة اتفقت جميعها على استخدام مقاييس لقياس مستوى المساندة.

أما عن أكثر مقاييس المساندة شيوعاً واستخداماً بين الدراسات السابقة فهي:

- استبيان المساندة الاجتماعية SSQ الذي وضعه ساراسوان و آخرون و قام بتعريبه محمد الشناوي و سامي أبو بيه 1990 ، فقد استخدمه كل من حسين علي فايد (2001) ودياب (2006) وحميد (2013)، اما اسماء السريسي واماني عبد المقصود (2001) فقد استخدمتا مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد وتقنين الباحثان)، واستبانة الدعم الاسري التي استخدمها الباحث حسن ابو رحمة في دراسته (2012) وهي من عداد الباحث، واستخدم مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد رونالدريجيو من قبل الدليم في دراسته (2005).

- ومن المقاييس التي استُخدمت في الدراسات لمتغيرات أخرى واختلفت مع بعضها باختلاف طبيعة المتغيرات قائمة بيك للاكتئاب (BDI)، واستبيان أحداث الحياة الضاغطة في دراسة حسين علي فايد (2001)، وتم استخدام كل من مقياس كوهين وسترونج (1964) ومقياس الشربيني (1981) ومقياس أحمد عبد الخالق (1982) ومقياس سمير قوته (2000) في دراسة سمير زقوت (2001)، وتم استخدام المقاييس التالية في دراسة خليفة (1998) مقياس المعتقدات نحو المرض النفسي ومقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي ومقياس التحكم الداخلي الخارجي للتدعيم من إعداد جوليا روتر "J.Rotter"، واستخدم الباحث شادي بربخ في دراسته (2014) كل من مقياس استراتيجيات المواجهة إعداد وتقنين سمير قوته (1997) ومقياس جودة الحياة الأسرية وهو من إعداد أماني عبد المقصود عبد الوهاب وسميرة محمد شند (2010)، و استخدم الباحث نبيل جودة (2008) كأداة قياس رئيسية في دراسته قائمة شيفر للمعاملة الوالدية.

- أما الدراسات التي تناولت الاستشفاء فقد استخدمت عدة مقاييس مختلفة، إلا أنها جميعاً اتفقت على استخدام مقاييس لقياس مستوى الاستشفاء باستثناء بعض الدراسات التي طبقت برامج خاصة مثل دراسة محمد ابو شوايش (2012) فقد قام ببناء اداة (استبيان

لقياس المستوى المعرفي والاتجاه لدى المهنيين قبل وبعد البرنامج، وبعض الدراسات النظرية والتي لم تستخدم مقاييس مثل دراسة (Leah Talbot,2008) ودراسة (Inhutivenas,Landeen,2000) ودراسة (Judith Herman's 2010).

ومن بعض هذه المقاييس فقد استخدمت حنان الشيخ علي في دراستها (2013) اداة (recovery assessment scale) حيث قامت الباحثة بترجمتها وتقنينها، واستخدم كل من احمد الخالدي في دراسته (2013) وباسم بكير (2013) استبانة الاستشفاء من الاكتئاب.

ثالثاً: من حيث العينة:

- اختلفت عينة الدراسات السابقة من دراسة إلى أخرى وفق ما تقتضيه كل دراسة، فنجد أن الدراسات التي تناولت المساندة استخدمت عينة من خريجي الجامعة مثل دراسة حسين علي فايد (2001)، اما دراسة زقوت (2001) فقد تناولت العينة عدد من المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية، وبعض الدراسات استخدمت عينة من الطلاب والطالبات مثل دراسة السرسري وعبد المقصود (2001)، ودراسة خليفة (1998)، ودراسة بركات وحسن (2006)، ودراسة دياب (2006)، واستخدمت عينة من الاسرى مثل دراسة حميد (2013).

- اما الدراسات التي تناولت الاستشفاء والفصام فتم استخدام عينة من مرضى الفصام مثل دراسة حنان الشيخ علي (2013)، ودراسة حسن ابو رحمة (2012)، ودراسة الدليم (2005)، ودراسة محمد عايش (2013)، ودراسة وسام عبيد (2013)، ودراسة نبيل جودة (2008)، ودراسة (Inhutivenas,Landeen,2000)، ودراسة (Ayo Obembe at al: 2012)،

واستخدمت عينة من زوجات مرضى الفصام مثل دراسة شادي بربخ (2014)، واستخدمت عينة من والدي المرضى المصابين بالفصام مثل دراسة ايناس العوضي (2012)، ودراسة (Donnelly: 2005)، واستخدمت عينة من عائلات المرضى المصابين بالفصام مثل دراسة مروة شحادة (2012)، واستخدمت عينة من مرضى الاكتئاب مثل دراسة احمد

الخالدي (2013)، ودراسة باسم بكير (2013)، واستخدمت عينة من العاملين في مجال الصحة النفسية مثل دراسة محمد ابو شاويش (2012).

رابعاً: من حيث النتائج:

تباينت نتائج الدراسات السابقة ويرجع هذا التباين إلى اختلاف متغيرات وأهداف الدراسات السابقة وطبيعة العينة المستهدفة.

• أشارت نتائج الدراسات التي تناولت المساندة:

- وجود فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الضغوط في المساندة الاجتماعية لصالح منخفضي الضغوط.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين المساندة الاجتماعية والقلق، والشعور بالوحدة النفسية، والاكتئاب لدى الذكور والإناث.
- ووجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين المساندة الاجتماعية وكل من الدافع للإنجاز وتقدير الذات في حالة الذكور، وعلاقة موجبة في حالة الإناث.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة وبين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة.
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس المساندة الاجتماعية وبُعديه لدى الأسرى المحررين في صفقة وفاء الأحرار في قطاع غزة تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية (العمر، الحالة الاجتماعية عند الاعتقال، الحالة الاجتماعية الحالية، عدد مرات الأسر، مكان التحرر، المستوى التعليمي، مدة الاعتقال).

- توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة احصائية بين مستوى الوحدة النفسية ومستوى المساعدة الاجتماعية لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة.

• في حين أشارت نتائج الدراسات التي تناولت الاستشفاء:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لمستوى التحسن للأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين المقياس البعدي والتتبعي بالنسبة لتحسن في مستوى الأمل وكانت النتيجة لصالح الاختبار البعدي.

- ان معدل انتشار نسبة الاستشفاء من الاكتئاب الذين يتلقون الدعم الاسري كان 68.46%، ونسبة الدعم الاسري لهؤلاء هو 69.65% وهذا يعني أن هناك علاقة مهمة بين الدعم العائلي ومستوى الاستشفاء من الاكتئاب.

- ان مستوى الاستشفاء للمرضى في مستشفى الطب النفسي 42.88%، بينما مستوى الاستشفاء للمرضى في عيادات الصحة النفسية والمجتمعية 73.29%، حيث تفيد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ حول مستوى الاستشفاء، والفروق لصالح مرضى الاكتئاب في عيادات الصحة النفسية والمجتمعية.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الاختبار القبلي والبعدي لصالح البعدي في مستوى المعرفة وطبيعة الاتجاه نحو عملية الاستشفاء.

- ان الأمل عامل تحفيزي والذي يبدأ بعملية الاستشفاء، ويقوى مع العلاقات أو الاعتقادات الروحية. كما ان مع تقدم عملية الاستشفاء، فان الأمل يُمكن متلقي الخدمات للبدء للمشاركة في عناصر اخرى لعملية الاستشفاء.

- ان الأفراد المصابين بالفصام اقل تفاؤلاً، وكان لديهم شعورا اقل بالكفاءة الذاتية ويعانون من الوصمة أكثر من مجموعة التصلب المتعدد.

• في حين أشارت نتائج الدراسات التي تناولت الفصام:

- أظهرت النتائج أنه كانت هناك علاقة إحصائية دالة موجبة بين اتجاه مرضى الفصام نحو العلاج والتزام المرضى بالعلاج الدوائي لمرضى الفصام والانتكاس عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.
- وجود فروق دالة إحصائية على بعدي الضبط الانفعالي والتعبير الاجتماعي بالإضافة إلى الدرجة الكلية لصالح الفصاميين المراجعين.
- أن زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة يستخدمن جميع الاستراتيجيات (الإيجابية والسلبية) في مواجهة الضغوط.
- وجود فروق بين جودة الحياة ومضاعفات المرض لصالح المرضى الذين لا يعانون من مضاعفات المرض.
- نتيجة مفادها أن الأسر الفقيرة هي أكثر عرضة لسوء جودة الحياة والصحة العامة وسوء الحالة الاجتماعية.
- 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.
- وجود فروق جوهرية بين الأشخاص الأسوياء ومرضى الفصام العقلي في الاتجاهات الوالدية لصالح مجموعة الأسوياء.
- تأثير الزواج على عملية الشفاء من المرض، فمعظم المرضى المتزوجين وغير المتزوجين شجعوا على الزواج على حد سواء، انهم يعتقدون ان الزواج له اثار ايجابية على حياتهم، وقد تناقصت الحاجة إلى المستشفى وعدد محاولات الانتحار، وجميع المرضى لديهم الرغبة في الزواج ولكن بسبب العوامل الاقتصادية لا يستطيعون.

ما تنفرد به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

- **موضوع الدراسة:** يعتبر موضوع الدراسة من الموضوعات المهمة والتي ما زالت بحاجة إلى مزيد من الدراسة والبحث، وقد تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة في المجال في حدود علم الباحث والتي تتناول المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى مرضى الفصام.
- **متغيرات الدراسة:** يعتبر الاستشفاء من المواضيع الجديدة والتي لم تدرس في البيئة الفلسطينية خصوصا والعربية عموما وهي بحاجة إلى مزيد من البحث.
- **عينة الدراسة:** حيث أن عينة الدراسة سوف تكون من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية لعامي 2013-2014، والذين لم تجر عليهم أي دراسات تتعلق بالمساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء، حيث أن مثل هذه الدراسة قد تفيد في إتباع أفضل الطرق والأساليب للتعامل مع هذه الفئة من المرضى وتقديم الخدمة النفسية والاجتماعية المناسبة لهم.

استفاد الباحث من الدراسات السابقة في عدة جوانب أهمها التعرف على بعض العلاقات التي تؤثر في متغيرات الدراسة الحالية المساندة الأسرية، الاستشفاء، والفصام، كما استفاد الباحث من بعض الاستراتيجيات التي تعزز المساندة والاستشفاء، واستفاد الباحث من بعض المقاييس المستخدمة من قبل الباحثين الآخرين في تطبيق واستخدام مقاييس الدراسة.

وتتفق الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في أنها تتعلق بمتغيرات مشابهة مثل المساندة والاستشفاء والفصام وتختلف مع دراسات أخرى من حيث الهدف حيث تحاول الدراسة الحالية الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من المساندة والاستشفاء وكيفية تأثيرها على مرضى الفصام.

كما تنفرد هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات في أنها تدرس طبيعة العلاقة بين متغيري المساندة والاستشفاء وفق منهجية علمية تستند على تطبيق مقاييس محددة على عينة تم انتقاءها بالطريقة العشوائية، وهم من المرضى المترددين على عيادات الصحة النفسية.

فروض الدراسة:

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الأسرية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة؟
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس؟
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر؟
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن؟
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة؟
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي؟
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض؟
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

الفصل الرابع

اجراءات الدراسة

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل الخطوات والإجراءات الخاصة بالدراسة من حيث منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، الخصائص الديمغرافية والسكانية لعينة الدراسة، خطوات اجراء الدراسة والأدوات المستخدمة في الدراسة وتطبيقها والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في الدراسة.

منهج الدراسة :

اتباع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ويعد هذا المنهج الأكثر استخداماً في الدراسات الإنسانية حتى الآن، فقد ارتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، وهو المنهج الذي يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها (الأغا، إحسان، 1997:43).

مجتمع الدراسة :

يتمثل في مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة والذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الفصام ما بين عامي 2013-2014 والبالغ عددهم (272) مريضاً.

جدول (1) يبين توزيع الحالات في المراكز ما بين عامي 2013 و2014

السنة	عدد الحالات المسجلة
2013	134
2014	138

وقد بلغ عدد حالات الفصام المسجلة في مراكز الصحة النفسية في عامي 2013-2014 حوالي (272) حالة موزعة على مراكز الصحة النفسية في محافظات القطاع.

جدول (2) يبين توزيع الحالات المسجلة في المراكز بين عامي 2013-2014

اسم العيادة	المحافظة	عدد حالات الفصام سنة 2013	عدد حالات الفصام سنة 2014	مجموع الحالات
عيادة أبو شباك - جباليا	شمال غزة	21	25	46
عيادة شرق غزة - الصوارني	شرق غزة	24	26	50
عيادة غرب غزة - المشتل	غرب غزة	22	23	45
عيادة الوسطى	الوسطى	25	22	47
عيادة خان يونس	خان يونس	27	26	53
عيادة رفح	رفح	15	16	31
المجموع		134	138	272

حسب الادارة العامة للصحة النفسية 2015

عينة الدراسة:

أ- العينة الاستطلاعية:

قام الباحث باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (30) من مرضى الفصام العقلي، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة المستخدمة في هذه الدراسة على أفراد هذه العينة من أجل التأكد من مدى صلاحيتها وملائمتها للتطبيق على أفراد العينة الفعلية الكلية، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية المناسبة.

ب - العينة الفعلية:

تتكون عينة الدراسة من (172) من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة أعمارهم بين (18_60) سنة، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية كما تتحدد بطبيعة المتغيرات موضع الدراسة.

وقام الباحث باختيار العينة بناءً على إحصائية عامي (2013-2014) من مجتمع الدراسة الأصلي ومن جميع مراكز الصحة النفسية الحكومية الموزعة على محافظات قطاع غزة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (3) يبين توزيع الحالات المسجلة في المراكز بين عامي 2013-2014 وعينة الدراسة

العينة	مجموع الحالات	عدد حالات الفصام سنة 2014	عدد حالات الفصام سنة 2013	المحافظة	اسم العيادة
29	46	25	21	شمال غزة	عيادة أبو شباك - جباليا
32	50	26	24	شرق غزة	عيادة شرق غزة - الصوارني
28	45	23	22	غرب غزة	عيادة غرب غزة - المشتل
29	47	22	25	الوسطى	عيادة الوسطى
33	53	26	27	خان يونس	عيادة خان يونس
20	31	16	15	رفح	عيادة رفح
171	272	138	134		المجموع

حيث استخدم الباحث معادلة ستيفن ثامبسون لإحصاء حجم العينة من المجتمع الكلي وذلك كما هو موضح في الجدول السابق.

حسب معادلة ستيفن ثامبسون.

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1 \times (d^2 \div z^2) \right] + p(1-p) \right]}$$

حيث أن:

N: حجم المجتمع

Z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة (0.95) وتساوي (1.96)

P: نسبة توفر الخاصية والمحايدة وتساوي (0.50)

الخصائص الديموغرافية والسكانية:

للتعرف على الخصائص الديموغرافية والسكانية والأسرية والتعليمية والمهنية والدينية لأفراد العينة، سوف يتم عرض النتائج المتعلقة بالخصائص الديموغرافية والسكانية من خلال التالي:

جدول (4) يوضح الخصائص الديموغرافية والسكانية لأفراد العينة

المتغيرات الديموغرافية	التصنيف	N	%
نوع الجنس	ذكر	140	82.0
	انثي	31	18.0
	المجموع	171	100.0
العمر	اقل من 20	5	2.4
	اقل من 30	31	18.3
	اقل من 40	39	23.1
	أكثر من 40	96	56.2
	المجموع	171	100.0
الحالة الاجتماعية	أعزب	50	29.3
	متزوج	109	63.4
	أرمل	1	.6
	مطلق	11	6.7
	المجموع	171	100.0
عدد الأفراد	اقل من 3	62	36.3
	اقل من 6	38	22.6
	اقل من 9	43	25.0
	أكثر من 9	28	16.1
	المجموع	171	100.0

17.2	30	شمال غزة	السكن
14.2	24	غرب غزة	
19.5	34	شرق غزة	
17.8	30	الوسطي	
18.9	32	خانيونس	
12.4	21	رفح	
100.0	171	المجموع	
91.2	156	اقل من 500	الدخل
6.4	11	اقل من 1000	
.6	1	اقل من 2000	
1.8	3	أكثر من 2000	
100.0	171	المجموع	
11.2	19	غير متعلم	المستوى التعليمي
34.1	59	ابتدائي	
22.9	39	اعدادي	
21.2	36	ثانوي	
10.6	18	جامعي	
100.0	171	المجموع	
14.3	25	اقل من سنتين	مدة المرض
14.3	24	اقل من 4 سنوات	
22.6	39	اقل من 8 سنوات	
48.8	83	أكثر من 8 سنوات	
100.0	171	المجموع	

أدوات الدراسة:

من خلال الاطلاع على دراسات مرتبطة بموضوع الدراسة الخاصة بالباحث، قرر الباحث استخدام المقاييس التالية:

☒ استبيان المساندة الاجتماعية:

استخدم الباحث مقياس المساندة الاجتماعية وهو من إعداد أسماء السرسى وأمانى عبد المقصود (السرسي وعبد المقصود، 2001).

حيث تم تقنين المقياس على البيئة الفلسطينية، وإعداد صدق وثبات الأداة المستخدمة من قبل الباحث مروان عبدالله دياب في دراسته 2006 وهي بعنوان (دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين) بالجامعة الإسلامية بغزة، ويتكون المقياس من (23) فقرة تغطي ثلاثة أبعاد، وهي:

1- المساندة من قبل الاصدقاء: ونجدها بالفقرات التالية (1، 2، 3، 4، 5، 7، 8، 9، 22).

2- المساندة من قبل الأسرة: ونجدها بالفقرات التالية (11، 12، 13، 14، 16).

3- الرضا الذاتي عن المساندة: ونجدها بالفقرات التالية (6، 10، 15، 17، 18، 19، 20، 21، 23).

وجميع الفقرات موجبة ما عدا الفقرات رقم (4، 6، 9، 17، 18، 20، 21)، وبذلك يكون التصحيح وفقاً لاستجابة المشاركين على كل بند تكون باختيار من بين ثلاثة بدائل:

نوع الفقرة	دائماً	أحيانا	نادراً
موجبة	3	2	1
سالبة	1	2	3

يعتبر الحد الأدنى الذي نحكم من خلاله على ارتفاع المساندة الاجتماعية هو: عدد الفقرات x أعلى تقدير في الاستجابة على مقياس المساندة الاجتماعية والذي يساوي (69)، أما الحد

الأدنى الذي نحكم من خلاله على انخفاض المساندة الاجتماعية هو: عدد الفقرات X ادنى تقدير في مقياس المساندة الاجتماعية والذي يساوي (23).

صدق وثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

قام الباحث (مروان عبدالله دياب، 2006) بحساب صدق وثبات مقياس (المساندة الاجتماعية) كما يلي:

اولاً: صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب بثلاث طرق وهما كالتالي:

1- صدق المحكمين:

حيث عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من الأساتذة المختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه في معاني الأبعاد الإجرائية، من حيث ملائمة الفقرات لقياس الصحة النفسية، وصياغة الفقرات بصورة سليمة وواضحة، وشطب أو تعديل أو إضافة فقرات جديدة يجدونها مناسبة. وفي ضوء آراء السادة المحكمين ملحق رقم (1) قام الباحث بتعديل وحذف بعض العبارات وفقاً لذلك وأصبحت عدد العبارات (23) فقرة ملحق رقم (9)، ويوجد أمام كل عبارة ميزان تقدير مكون من ثلاث درجات، حيث نادراً تعطي (1) وأحياناً تعطي (2) ودائماً تعطي (3) للفقرات الموجبة، أما بالنسبة للفقرات السالبة فتعطي عكس ذلك، وبذلك يكون الباحث قد تحقق من الصدق المنطقي للمقياس.

2- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية للمقياس، ولهدف التحقق من مدى صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول (21):

جدول (5) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء)	0.80	دالة احصائيا
البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة)	0.70	دالة احصائيا
البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة)	0.81	دالة احصائيا

تبين من جدول (5) أن أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.01)، وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بين (0.70-0.81) وهذا دليل كاف على أن مقياس المساندة الاجتماعية يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

وبما أن مقياس المساندة الاجتماعية لديه ثلاثة أبعاد فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لكل بعد على حده .

وتبين أن فقرات البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.38-0.69) وهذا يدل على أن البعد الأول وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

ويتبين أيضاً أن فقرات البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.59-0.68) وهذا يدل على أن البعد الثاني وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي. بينما تبين أن الفقرة رقم (20) غير دالة إحصائياً مما يستوجب حذفها من البعد.

وتبين أن فقرات البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.14-0.57) وهذا يدل على أن البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد. بينما تبين أن الفقرة رقم (25) غير دالة إحصائياً مما يستوجب حذفها من البعد.

3- صدق المقارنة الطرفية:

تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25 %) من الدرجات، حيث تم احتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.01) ، ويتضح ذلك من خلال جدول (25):

جدول (6) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار " ت " لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مرتفعي الدرجات		منخفضي الدرجات		مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده
		ع	م	ع	م	
دالة احصائيا	21.7-	1.1	24.1	1.4	16.3	البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء)
دالة احصائيا	16.5 -	0.71	16.4	1.5	10.6	البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة)
دالة احصائيا	18.5 -	1.1	25.8	1.2	19.0	البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة)
دالة احصائيا	19.4 -	2.5	69.9	2.9	48.9	الدرجة الكلية

تبين من جدول (6) وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية، وهذا يعني أن المقياس يميز بين الطلبة ذوي الدرجات العليا والطلبة ذوي الدرجات الدنيا بالنسبة لمقياس المساندة الاجتماعية وكذلك للأبعاد الثلاثة، وهذا يدل على أن المقياس بأبعاده الثلاثة يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

ثانيا: ثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

تم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على العينة الاستطلاعية من طلبة المرحلة الثانوية وعددهم (100) طالب وطالبة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ: Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية تساوي (0.73) ، وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split_half methods

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، فقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للمقياس بهذه الطريقة (0.55).

□ كذلك قام الباحث بحساب صدق وثبات مقياس المساندة الاجتماعية وذلك من أجل التأكد من مدى مناسبته لموضوع الدراسة كما يلي:

✓ صدق وثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

اولا: صدق مقياس المساندة الاجتماعية:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بعدة طرق وهي كالتالي:

1- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية للمقياس، ولهدف التحقق من مدى صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول (7):

جدول (7) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

#	الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	المساندة من قبل الاصدقاء	0.89	**0.001
2	المساندة من قبل الأسرة	0.80	**0.001
3	الرضا الذاتي عن المساندة	0.93	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول (7) أن أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.01)، وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بين (0.80-0.93) وهذا دليل كاف على أن مقياس المساندة الاجتماعية يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

وبما أن مقياس المساندة الاجتماعية لديه ثلاثة أبعاد فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لكل بعد على حده ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول (8) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء) والدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الاول	الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	عندما أحتاج إلى المساعدة أجد أصدقائي حولي.	0.78	**0.001
2	يشعرنني أصدقائي بأهميتي حتى ولو كانت تصرفاتي خاطئة	0.80	**0.001
3	أصدقائي لطفاء معي بغض النظر عما أفعله.	0.83	**0.001
4	كان لدي أصدقاء حميمين أتحدث معهم عن أسراري ولم يعد لدي أصدقاء الآن	0.49	**0.001
5	عندما أكون في مشكلة أستطيع ان اعتمد على زملائي القريبين مني لمساعدتي	0.64	**0.001
7	أشعر أنني محل اهتمام من زملائي الذين يعيشون بالقرب مني	0.76	**0.001
8	تعاملات زملائي معي تجعلني أشعر بأهميتي	0.77	**0.001
9	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقة من زملائي	0.62	**0.001
22	أشعر بالراحة عندما أُلجأ إلى رجال الدين طلباً للمساعدة	0.48	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (8) أن فقرات البعد الأول (المساندة من قبل الاصدقاء) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.48-0.83) وهذا يدل على أن البعد الأول وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (9) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة) والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	الفقرة	فقرات البعد الثاني
**0.001	0.74	عندما أكون في مشكلة يمكنني طلب المساعدة من والدي أو اقربائي	11
**0.001	0.80	تشعرتني أسرتي بالرضا والقوة	12
**0.001	0.65	منذ صغري أتلقى قدر كبير من مساندة والدي	13
**0.001	0.75	أشعر بالراحة عندما أطلب المساندة من أسرتي	14
**0.001	0.73	يساعدني إخوتي وأخواتي عندما أحتاج إلى المساعدة	16

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (9) أن فقرات البعد الثاني (المساندة من قبل الأسرة) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.65-0.80) وهذا يدل على أن البعد الثاني وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (10) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساندة) والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	الفقرة	فقرات البعد الثالث
**0.001	0.64	أشعر بالوحدة كما لو كان ليس لي أحد أعرفه	6
**0.001	0.66	المساعدة المعنوية من الأصدقاء هامة بالنسبة لي	10
**0.001	0.64	طوال حياتي أجد من يساعدني عندما أحتاج إلى المساعدة	15
**0.001	0.73	لا أعرف أحدا أتق فيه	17
**0.001	0.69	عندما أواجه متاعب لا أبوح بها لأحد	18
**0.001	0.63	يوجد أشخاص ألجأ إليهم لمساعدتي عندما أشعر بعدم السعادة أو اواجه أي متاعب	19
**0.001	0.26	أنا غير منتمي إلى أي جماعات اجتماعية	20
**0.001	0.68	أعتقد بان الناس لا يحتاجون إلى بعضهم البعض ويمكنهم الاعتماد على أنفسهم	21
**0.001	0.60	أتق في نفسي وفي قدرتي على التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة من الآخرين	23

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (10) أن فقرات البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساعدة) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.26-0.73) وهذا يدل على أن البعد الثالث (الرضا الذاتي عن المساعدة) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد.

ثانياً: ثبات مقياس المساعدة الاجتماعية:

تم تطبيق مقياس المساعدة الاجتماعية على العينة الاستطلاعية (30) من مرضى الفصام في العيادات الحكومية في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

3- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ: Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس المساعدة الاجتماعية تساوي (0.92)، وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً.

جدول (11) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس المساعدة الاجتماعية وأبعاده الثلاثة

#	الأبعاد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
1	المساعدة من قبل الأصدقاء	9	0.86
2	المساعدة من قبل الأسرة	5	0.78
3	الرضا الذاتي عن المساعدة	9	0.80
	الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية	23	0.92

4- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split_half methods

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، فقد بلغ معامل الارتباط سبيرمان المعدل للمقياس بهذه الطريقة

(0.88)، وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً، مما يمكن الباحث من استخدام المقياس في دراسته، وتتضح النتائج من خلال الجدول التالي:

جدول (12) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده الثلاثة

#	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	سبيرمان المعدل	جتمان
1	المساندة من قبل الأصدقاء	9	0.65	0.79	0.78
2	المساندة من قبل الأسرة	5	0.69	0.82	0.80
3	الرضا الذاتي عن المساندة	9	0.64	0.78	0.74
	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	23	0.79	0.88	0.88

☒ استبيان الاستشفاء:

(مقياس تقييم الاستشفاء، "Recovery Assessment Scale "RAS")

قام بتطوير هذا المقياس في الأصل جيفورت واخرون (1995)، ليضعوا مقياس لتقييم مفهوم الاستشفاء لدى متلقى الصحة النفسية. حيث قام جيفورت وزملاءه بتطوير مقياس تقييم الاستشفاء من خلال التحليل السردي لقصص الاستشفاء لدى أربعة من المنتفعين.

حيث قامت الباحثة حنان الشيخ علي بتعريب وتقنين المقياس على البيئة الفلسطينية، وإعداد صدقه وثباته واستخدامه في دراستها 2013 والتي كانت بعنوان: (فعالية برنامج في الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام في قطاع غزة).

والمقياس يتكون من (40) فقرة تحت خمسة أبعاد هي:

1- الهدف والنجاح: ويقصد به قدرة الشخص على معرفة وتحديد أولوياته والطرق التي تحقق غاياته.

2- مدى الاعتماد على الذات والآخرين: ويقصد به مستوى اعتماد الشخص على نفسه وغيره في مواجهة التحديات والعقبات التي تعترضه.

3- الصدق والأمل: وهو عبارة عن دافع داخلي يدفع الإنسان للاستمرار لكي يحقق وأهدافه وتطلعاته.

4- الجاهزية في طلب المساعدة: وهي ادراك الشخص لفائدة مساعدة الآخرين وتحديد الوقت المناسب لطلبها.

5- الحماية والمعرفة: ويقصد بها ادراك المرض وأعراضه من قبل الشخص المريض واساليب المواجهة أو التقنيات المناسبة للتعامل معها .

وجميع الفقرات موجبة ما عدا الفقرات رقم (16، 32، 35)، وبذلك يكون التصحيح وفقاً لاستجابة المشاركين على كل بند تكون باستخدام مقياس ليكرت المتدرج من خمس نقاط:

نوع الفقرة	لا أوافق بشدة	لا اوافق	غير متأكد	اوافق	أوافق بشدة
موجبة	1	2	3	4	5
سالبة	5	4	3	2	1

✓ صدق وثبات مقياس الاستشفاء:

أولاً: صدق مقياس الاستشفاء:

1- صدق المحكمين:

تم عرض الاختبار في صورته الأولية على عدد من المختصين في مجال الصحة النفسية، في ضوء وجهات نظرهم تم مراجعة الفقرات وكانت نسبة الموافقة 85% فما فوق.

2- الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الاستشفاء والدرجة الكلية للمقياس وذلك لمعرفة العلاقة بين درجة مجموع فقرات المقياس.

وكانت النتيجة هي أن أبعاد مقياس الاستشفاء لديها معامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح معامل الارتباط بين (0.73-0.94)، وهذا يدل على أن أبعاد المقياس لديها درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

حيث أن المقياس يتكون من خمسة أبعاد ذات معامل ارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الخمسة والدرجة الكلية لكل بعد على حدا.

وتبين بأن بُعد الهدف لديه معامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح ما بين (0.38-0.84)، وهذا يُظهر أن بعد الهدف لديه درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

وتبين أيضاً بأن بعد المسؤولية الذاتية يتمتع بمعامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح ما بين (0.75-0.94)، وهذا يُشير إلى أن بعد المسؤولية الذاتية لديه درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

وتبين بأن بُعد الأمل يتمتع بمعامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح ما بين (0.33-0.78)، وهذا يُشير إلى أن بعد الأمل لديه درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

وتبين بأن بُعد الجاهزية في طلب المساعدة يتمتع بمعامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح ما بين (0.72-0.91)، وهذا يُشير إلى أن بُعد الجاهزية في طلب المساعدة لديه درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

وتبين بأن بُعد المعرفة والحماية يتمتع بمعامل ارتباط قوي ودال احصائياً ويتراوح ما بين (0.39-0.87)، وهذا يُشير إلى أن بُعد المعرفة والحماية لديه درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

ثانياً: ثبات مقياس الاستشفاء:

بعد تطبيق المقياس تم فحص ثبات المقياس من خلال طريقتين وهما:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ: Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الاستشفاء تساوي (0.94) ، وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split_half methods

بعد تطبيق المقياس تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة فقرات المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وقد بلغت (0.81)، وقد بلغت درجة معامل سبيرمان (0.90).

□ كذلك قام الباحث بحساب صدق وثبات مقياس الاستشفاء وذلك من أجل التأكد من مدى مناسبه لموضوع الدراسة كما يلي:

✓ صدق وثبات مقياس الاستشفاء:

أولاً: صدق مقياس الاستشفاء:

1- صدق المحكمين:

حيث عرض المقياس في صورته الأولى على عدد من الأساتذة المختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه في معاني الأبعاد الإجرائية، من حيث ملائمة الفقرات لقياس الصحة النفسية، وصياغة الفقرات بصورة سليمة وواضحة، وشطب أو تعديل أو إضافة فقرات جديدة يجدونها مناسبة. وفي ضوء آراء السادة المحكمين ملحق رقم (1) قام الباحث بتعديل وحذف بعض العبارات وفقاً لذلك وأصبحت عدد العبارات (40) فقرة ملحق رقم (9)، ويوجد أمام كل عبارة ميزان تقدير مكون من خمس درجات، حيث لا أوافق بشدة تعطي (1) ولا أوافق تعطي (2) وغير متأكد تعطي (3)، وأوافق تعطي (4)، وأوافق بشدة تعطي (5) للفقرات

الموجبة، أما بالنسبة لل فقرات السالبة فتعطى عكس ذلك، وبذلك يكون الباحث قد تحقق من الصدق المنطقي للمقياس.

2- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الاستشفاء والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية للمقياس، ولهدف التحقق من مدى صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول (13):

جدول (13) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاستشفاء والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	0.89	**0.001
المسئولية الذاتية	0.92	**0.001
الصدق والأمل	0.91	**0.001
الجاهزية في طلب المساعدة	0.79	**0.001
الحماية والمعرفة	0.80	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

يتضح من خلال الجدول السابق بأن أبعاد مقياس الاستشفاء لديها معامل ارتباط قوي ودال احصائيا ويتراوح معامل الارتباط بين (0.79-0.92)، وهذا يدل على ان أبعاد المقياس لديها درجة عالية من الصدق والذي يجعل الباحثين يتأكدون من مصداقية تطبيق المقياس على العينة.

وبما ان المقياس يتكون من خمسة أبعاد فقد تم حساب معامل ارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الخمسة والدرجة الكلية لكل بعد على حدا، والدليل على ذلك يظهر من خلال الجدول التالي:

جدول (14) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الهدف والنجاح والدرجة الكلية للبُعد

#	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	لدي الرغبة في النجاح.	0.80	**0.001
2	أشعر أنني إنسان جيد.	0.84	**0.001
3	عملية الشفاء تعني لي أكثر مرحلة نجاح في حياتي.	0.74	**0.001
4	يمكنني المشاركة والحديث مع الآخرين.	0.81	**0.001
5	انا قادر على تحقيق هدفي الذي اسعى اليه	0.81	**0.001
6	اخرج على الاقل مرتين لمتنزه كل اسبوع	0.72	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (14) أن فقرات البعد الأول (الهدف والنجاح) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.72-0.84) وهذا يدل على أن البعد الأول (الهدف والنجاح) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد.

جدول(15) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد درجة المسؤولية الذاتية والدرجة الكلية للبُعد

#	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
7	أصبحت الأعراض لا تشكل حيز كبير من تفكيري.	0.51	**0.001
8	أصبحت الأعراض تؤثر بشكل اقل على حياتي.	0.79	**0.001
9	أشعر بأمان مع نفسي.	0.56	**0.001
10	أتناول وجبات غذائية متوازنة كل يوم.	0.44	**0.001
11	بإمكاني السيطرة على الأعراض التي أشعر بها.	0.77	**0.001
12	أشعر بالمسؤولية عن مدى تحسني.	0.78	**0.001
13	لدي المقدرة على اكتساب كل ما تعلمته للسيطرة على الأعراض المرضية.	0.80	**0.001
14	باستطاعتي التحكم بالتوتر والضغوطات.	0.71	**0.001
15	هناك أشخاص داعمين لي يساندونني عندما أكون غير قادر على العناية بنفسني	0.64	**0.001
16	أشعر ان مسار حياتي خارج عن السيطرة.	0.71	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (15) أن فقرات البعد الثاني (المسئولية الذاتية) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.44-0.79) وهذا يدل على أن البعد الثاني (المسئولية الذاتية) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد.

جدول(16) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الصدق والأمل والدرجة الكلية للبُعد

#	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
17	عملية التعافي والشفاء تحتاج إلى أمل وشجاعة.	0.59	**0.001
18	هناك بعض المصادر الخارجية تعطيني معنى لحياتي.	0.69	**0.001
19	التمسك بالدين يكسبني صلابة وقوة.	0.75	**0.001
20	كل يوم لدي فرصة أفضل للتعلم.	0.84	**0.001
21	أنا أصبحت أفضل من السابق.	0.65	**0.001
22	أتحدى بالصبر مع نفسي ومع الآخرين.	0.78	**0.001
23	أصبح لدي أمل في المستقبل.	0.82	**0.001
24	الصلاة وقراءة القرآن مصدر الهامي.	0.84	**0.001
25	تديني جزء مهم في حياتي.	0.85	**0.001
26	أحب مساعدة الناس الآخرين.	0.79	**0.001
27	يمكن للتحسن ان يحدث حتى لو بقيت الأعراض	0.74	**0.001

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من جدول رقم (16) أن فقرات البعد الثالث (الصدق والأمل) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.59-0.85) وهذا يدل على أن البعد الثالث (الصدق والأمل) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد.

جدول (17) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد الجاهزية في طلب المساعدة والدرجة الكلية للبُعد

#	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
28	أطلب المساعدة متى احتجت إليها.	0.82	**0.001
29	أنا مرتاح وسعيد بطبي للمساعدة.	0.81	**0.001
30	أسعى لطلب المساعدة عند ظهور علامات تنذر بالتهور.	0.76	**0.001
31	أعرف أشخاص قد تعافوا من المرض النفسي.	0.59	**0.001
32	يمكنني التحسن من المرض النفسي بدون مساعدة مهنية.	0.55	**0.001
33	ألقى مساعدات مالية بشكل مستمر.	0.51	**0.001
34	يمكنني الحصول على العلاج بصورة مستمرة.	0.63	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (17) من فقرات البعد الرابع (الجاهزية في طلب المساعدة) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.82-0.51) وهذا يدل على أن البعد الرابع (الجاهزية في طلب المساعدة) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد.

جدول (18) معاملات الارتباط بين فقرات بُعد المعرفة والحماية والدرجة الكلية للبُعد

#	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
35	عندما أتعرض لأمر مزعجة في الحياة تتفاقم الأعراض لدي.	0.09	0.221
36	أعرف متى أكون مقبل على تدهور عند بدء ظهور بعض الأعراض.	0.76	**0.001
37	عندي المقدرة على معرفة العوامل التي تثيرني أو تظهر لدي المشكلة	0.80	**0.001
38	ما زالت لدي بعض الأعراض أستطيع التعامل معها.	0.71	**0.001
39	أعرف ما الذي يمكنني أن أقوم به لأكون بأحسن حال.	0.85	**0.001
40	أنا قادر على مساعدة نفسي للبقاء بأفضل حال.	0.83	**0.001

** دال احصائيا عند 0.01 * دال احصائيا عند 0.05 // غير دال احصائيا

تبين من جدول رقم (18) أن فقرات البعد الخامس (المعرفة والحماية) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.85-0.71) وهذا يدل على أن البعد الخامس (المعرفة والحماية) وفقراته يتمتع بمعامل صدق جيد، ما عدا الفقرة رقم 35 فقد وجد أنها غير دالة إحصائياً ويجب حذفها من المقياس.

ثانياً: ثبات مقياس الاستشفاء :

بعد تطبيق المقياس تم فحص ثبات المقياس من خلال طريقتين وهما:

3- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ: Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الاستشفاء تساوي (0.96)، وهذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً.

جدول (19) معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس وأبعاده الخمسة

#	البُعد	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
1	الهدف والنجاح	6	0.87
2	المسئولية الذاتية	10	0.86
3	الصدق والأمل	11	0.93
4	الجاهزية في طلب المساعدة	7	0.78
5	المعرفة والحماية الذاتية	5	0.86
	الدرجة الكلية تقييم الاستشفاء	39	0.96

4- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split_half methods

بعد تطبيق المقياس تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة فقرات المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وقد بلغت (0.90)، وقد بلغت درجة معامل سبيرمان (0.95)، ويتبين أن معامل الثبات للمقياس وأبعاده عالي، مما يشير إلى صدق المقياس في قياس الأبعاد، ولذلك فإن الباحث سيختار هذا المقياس كأداة لجمع البيانات والاجابة على افتراضات وتساؤلات الدراسة.

جدول (20) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد مقياس الاستشفاء

#	البُعد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	سييرمان المعدل	جتمان
1	الهدف والنجاح	6	0.67	0.80	0.79
2	المسئولية الذاتية	10	0.71	0.83	0.83
3	الصدق والأمل	11	0.89	0.94	0.94
4	الجاهزية في طلب المساعدة	7	0.58	0.73	0.64
5	الحماية والمعرفة	5	0.66	0.79	0.78
	الدرجة الكلية تقييم الاستشفاء	39	0.90	0.95	0.94

خطوات إجراء الدراسة:

• تصميم البحث:

بعد انتهاء الباحث من الفصول الثلاثة الأولى والتي اهتمت بمقدمة الرسالة ومراجعة النظريات والأبحاث المتعلقة بالبحث والإطار المفاهيمي للدراسة، تم تحديد متغيرات الدراسة وفهم اتجاهها العلمي بشكل أكثر دقة ومن خلال ذلك تمكن الباحث من اختيار وتحديد المقاييس التي طبقها بالدراسة، وذلك وفق مجموعة من الإجراءات التي سنتناولها لاحقاً بهذا الفصل بالترتيب والمقاييس المستخدمة هي:

- مقياس المساندة الاجتماعية.
- مقياس الاستشفاء.
- ثم قام الباحث بتحديد عينة الدراسة، فقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من مرضى الفصام الذين يتلقون العلاج في عيادات الصحة النفسية الحكومية في قطاع غزة.
- ثم قام الباحث بتطبيق الأدوات على العينة الأولية الاستطلاعية وذلك بهدف حساب معاملات الصدق والثبات للأدوات الدراسة والتحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الكلية.

- وبعد التأكد من صدق وثبات الأدوات المستخدمة وإبداء قبول من المحكمين، قام الباحث بتطبيق هذه الأدوات على العينة الكلية فقد أشرف الباحث على تطبيق أدوات الدراسة في العينة التي تم اختيارهم عشوائياً؛ وقد استغرق تعبئة الاستبانة ما بين (30-45) دقيقة.
- وبعد الانتهاء من التطبيق صحح الباحث درجات المرضى على مقياس الدراسة، ورصد الدرجات عليها وفقاً لأساليب تصحيح كل مقياس على حدا.
- وتمت معالجة هذه الدرجات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة بهدف الحصول على النتائج المتعلقة بفروض هذه الدراسة.

الأساليب الإحصائية:

قام الباحث بتفريغ وتحليل المقاييس من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0)، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- 1- إحصاءات وصفية منها: النسبة المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.
- 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 فقرات الاختبار.
- 4- معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (Split half methods) يتم استخدامه للتأكد من أن الاستبانة لديها درجات ثبات مرتفعة.
- 5- معامل ارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين فقرات الاختبار والدرجة الكلية للاستبانة ولقياس درجة الارتباط. يستخدم هذا الاختبار لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

- 6- اختبار ت (T-Test): لبيان دلالة الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين: وذلك للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع (ذكر، أنثى).
- 7- تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA): لبيان دلالة الفروق بين متوسطات ثلاث عينات فأكثر، للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الديمغرافية.
- 8- اختبار شيفيه: لمعرفة اتجاه الفروق ودلالاتها بين فئات كل متغير من متغيرات العوامل الديمغرافية وتأثيرها على مجالات الاستبانة.
- 9- معادلة خط الانحدار (Regression): لبيان أثر متغير مستقل على متغير تابع.

الصعوبات التي واجهت الباحث:

وكانت من ضمن الصعوبات التي واجهت الباحث اثناء تطبيق الدراسة ما يلي:

- 1- ندرة الدراسات العربية التي تناولت متغير الاستشفاء، مما اضطر الباحث إلى البحث والاعتماد على المصادر الاجنبية والترجمة إلى العربية.
- 2- وكان من ضمن الصعوبات هو خروج الباحث من دوامه الرسمي للجامعة للالتقاء بالمشرف، أو حتى لإجراءات البحث الاخرى.
- 3- ومن الصعوبات الاخرى هي اثناء تطبيق مقاييس الدراسة على عينة الدراسة، حيث اضطر الباحث للتنقل بين المحافظات في قطاع غزة، وهذا اخذ الكثير من وقت وجهد الباحث.
- 4- أيضاً في كثير من الاحيان يذهب الباحث لتطبيق المقاييس ولم يجد احدا من العينة المراد تطبيق المقاييس عليها، مما اضطره للعودة مرة اخرى، خاصة عندما كان يخرج من الدوام الرسمي في العيادة النفسية.
- 5- بعض أفراد العينة لا يجيد القراءة والكتابة (أمي) مما حدا بالباحث لقراءة المقياس وتوضيحه لهذه الفئة من المرضى.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيراتها

المقدمة:

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 من خلال التالي:

أولاً: تساؤلات الدراسة:

بالنسبة لمقياس المساندة الاجتماعية:

التساؤل الأول: ما مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة؟

للتعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل مقياس وأبعاده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (21) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى المساندة الاجتماعية وأبعاده

#	الأبعاد	N	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
1	المساندة من قبل الأصدقاء	9	27	17.0	4.6	62.8	3
2	المساندة من قبل الأسرة	5	15	11.9	2.7	79.4	1
3	الرضا الذاتي عن المساندة	9	27	19.0	4.0	70.5	2
	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	23	69	48.0	9.9	69.5	-

- يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

- أظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة بلغ (48.0) درجة وانحراف معياري (9.9) درجة وبوزن نسبي بلغ (69.5%)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام يتلقون درجة كبيرة من المساندة الاجتماعية، وبما أن المقياس لديه ثلاثة أبعاد فقد احتل بعد المساندة من قبل الأسرة المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (79.4%)، يليه بعد الرضا الذاتي عن المساندة

بوزن نسبي (70.5%)، وجاء بالمرتبة الأخيرة بعد المساندة من قبل الأصدقاء بوزن نسبي (62.8%).

- يرى الباحث بان هذه النتيجة التي توصلت اليها الدراسة تتسم بالواقعية، حيث ان مرضى الفصام من الطبيعي ان تقدم اليهم المساندة والدعم خاصة من قبل الأسرة، فهم بحاجة إلى الدعم والمساندة لمساعدتهم على تخطي مرحلة المرض، وبما ان المجتمع الذي نعيش فيه هو مجتمع مسلم فهو يمتاز بالتعاون والترابط فيما بين أفرادهم، اذ ان الإسلام هو دين الرحمة والتعاون والمودة والتكافل، ويحث على البر والتقوى وعدم التعاون على الاثم والعدوان وهذا يدخل في المساندة الاجتماعية، حيث ان الاسلام يدعونا إلى التعاون والتراحم فيما بيننا ويجزي صانع المعروف الاجر العظيم والثواب الجزيل، وكذلك الصبر عند الجزع أو المرض، فذلك من دعائم الدين الذي يمتاز به الدين الاسلامي الحنيف، حيث ان الله عز وجل وعد اوليائه الصالحين بثواب عظيم عند الصبر حيث يوفى الصابرون اجرهم بغير حساب.

- حيث اظهرت النتائج ان بُعد المساندة من قبل الأسرة احتل المرتبة الاولى من بين الأبعاد الثلاثة لمقياس المساندة الاجتماعية بوزن نسبي بلغ (79.4%)، ويرجع السبب في ذلك من وجهة نظر الباحث إلى ان الأسرة هي النواة الاولى في رعاية الأفراد بشكل عام، والمرضى بشكل خاص ويكون الاهتمام منصبا على المريض أكثر من غيره وتحاول بعض الاسر تعويض المريض بشيء من الرعاية الزائدة والدعم والمساندة، وفي بعض الاحيان تحاول بعض الاسر تقديم الدعم والرعاية بشكل كبير، وذلك محاولة للتخفيف عن المريض ومساعدته للتخلص من الأعراض المرضية التي يعاني منها، حيث ان بعض العائلات تعاني من الوصمة والخوف من المجتمع بوجود مريض نفسي لديها مما يجعلهم أكثر اصرارا على مساعدة مريضهم لتجاوز هذه المرحلة.

- كما بينت النتائج أيضاً ان بُعد الرضا الذاتي عن المساندة جاء في المرتبة الثانية بوزن نسبي (70.5%)، والرضا الذاتي يعبر عن وجهة نظر المريض اتجاه ما يُقدم اليه من دعم ومساندة وما يتلقاه من الآخرين من أنواع المساندة وأشكالها المختلفة، فيرى الباحث ان مريض الفصام لديه رضا ذاتي جيد عن مستوى المساندة التي يتلقاها من قبل الأسرة وذلك بحسب النتائج التي توصل اليها الباحث، وهذا ما ترتب على المستوى العالي من الدعم والمساندة المقدم من الأسرة كما ذكرنا سابقاً.

- كما اظهرت النتائج أيضاً ان بُعد المساندة من قبل الاصدقاء يأتي في المرتبة الاخيرة بوزن نسبي (62.8%)، والاصدقاء هم الحلقة الثانية من حلقات الدعم والمساندة بعد الأسرة، ويرجع كون هذا البُعد جاء في المرتبة الثالثة إلى ان مريض الفصام بشكل خاص يميل إلى العزلة الاجتماعية وقطع علاقاته بالآخرين والاصدقاء، ويفسر الباحث قيام المريض بذلك نتيجة للوصمة التي قد يتعرض لها المرضى النفسيين من قبل المجتمع، وهذا ما يدفعهم إلى قطع علاقاتهم مع الآخرين وعدم الخروج إلى المجتمع، وأيضاً ميل الكثير من العائلات إلى اخفاء المريض عن العالم الخارجي وعدم اظهاره للناس الاخرين حتى في المناسبات العامة والسبب في ذلك هو خوفهم من الوصمة وما قد يترتب عليها من وجهة نظرهم من تأثير سلبي على الأسرة.

- وتتفق هذه الدراسة مع العديد من الدراسات التي اظهرت مستوى مرتفع من المساندة مثل دراسة "حسين علي فايد (2001)"، والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية وتأثيرها على انخفاض الأعراض الاكتئابية، وتتفق مع دراسة "حسنين (2004)"، والتي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من المساندة ادى إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة وبين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة، كما تتفق الدراسة مع دراسة "الخالدي(2013)"، والتي توصلت إلى ارتفاع في مستوى المساندة الاجتماعية والذي بدوره كان لديه تأثير في ارتفاع معدل انتشار نسبة الاستشفاء من الاكتئاب من المرضى الذين يتلقون الدعم الاسري، كما أنها تتفق مع دراسة "حميد(2013)"، والتي توصلت إلى ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية لدى الأسرى المحررين في صفقة وفاء الأحرار في قطاع غزة بمعدل (80.7%).

بالنسبة لمقياس الاستشفاء:

التساؤل الثاني: ما مستوى الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة؟

للتعرف على مستوى الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل مقياس وأبعاده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (22) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الاستشفاء وأبعاده

#	الأبعاد	N	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
1	الهدف والنجاح	6	30	23.0	4.6	76.6	2
2	المسئولية الذاتية	10	50	35.7	6.9	71.5	3
3	الصدق والأمل	11	55	36.4	7.9	66.1	4
4	طلب المساعدة	7	35	27.4	4.1	78.4	1
5	المعرفة والحماية	5	25	16.3	4.0	65.3	5
-	الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	39	195	139.0	24.5	71.3	-

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

- أظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة بلغ (139.0) درجة وبانحراف معياري (24.5) درجة وبوزن نسبي بلغ (71.3%)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام كانت درجة الاستشفاء لديهم كبيرة، وبما أن المقياس لديه خمسة أبعاد فقد احتل بعد الجاهزية في طلب المساعدة المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (78.4%)، يليه بعد الهدف والنجاح بوزن نسبي (76.6%)، ثم يليه بالمرتبة الثالثة بعد المسئولية الذاتية بوزن نسبي 71.5%، يليه بعد الصدق والأمل بوزن نسبي (66.1%)، وجاء بالمرتبة الأخيرة بعد المعرفة والحماية بوزن نسبي (65.3%).

- يرى الباحث بأن هذه النتيجة منطقية، ومقاربة بشكل كبير مع الواقع، حيث أن ارتفاع مستوى الاستشفاء بوزن نسبي بلغ (71.3%) يرجع إلى جودة الخدمات المقدمة للمريض من دعم نفسي واجتماعي من قبل الأسرة والمجتمع وتوفر الخدمات الطبية والدوائية المجانية والتي بدورها اثرت تأثيرا ايجابيا على مستوى الاستشفاء، وهو ما تبين من خلال النتيجة التي حصل عليها الباحث وكذلك من خلال ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية، وأيضاً من خلال خبرة الباحث في العمل مع بعض فئات هؤلاء المرضى حيث تبين له مؤشرات الاستشفاء عند بعضهم والذي يرجع السبب بذلك إلى بعض العوامل والتي منها الالتزام الدوائي وأيضاً نوعية الدعم الاسري المقدم للمريض ونوعية الخدمات العلاجية والنفسية المقدمة من قبل مزودي الخدمات في مراكز العلاج النفسي، وكذلك بعض الامكانيات والمهارات التي يتمتع بها بعض المرضى ومستوى الثقافة الذي يتمتع به هؤلاء المرضى.
- حيث أظهرت النتائج أن بُعد الجاهزية في طلب المساعدة جاء في المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (78.4%)، ويُرجع الباحث السبب في ذلك إلى أن مرضى الفصام هم أكثر قدرة على طلب المساعدة من الاخرين المحيطين بهم، ولأنهم أكثر اعتمادا على أسرهم في تلبية بعض متطلباتهم واحتياجاتهم الاساسية.
- كما بينت النتائج أن بُعد الهدف والنجاح يأتي في المرتبة الثانية بوزن نسبي (76.6%)، ويعتقد الباحث بأن هذا البعد ذو أهمية خاصة لدى مرضى الفصام من حيث سعيهم واصرارهم على التفاعل الايجابي لإنجاز بعض ما يسعون اليه وتحقيق بعض متطلباتهم وهذا يأتي بعد مرحلة متقدمة من العلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي.
- كما أظهرت النتائج بان بُعد المسؤولية الذاتية يأتي في المرتبة الثالثة بوزن نسبي (71.5%)، ويفسر الباحث هذه النتيجة بمحاولة المريض استعادة دوره الذي كان منوطا به من قبل المرض، والعودة لممارسة دوره داخل الأسرة والمجتمع، والامساك بزمام الامور ورعاية اسرته من جديد.
- كما بينت النتائج أن بُعد الصدق والأمل جاء في المرتبة الرابعة بوزن نسبي 66.1%، وهو البعد ما قبل الاخير حيث يُعزي الباحث السبب في ذلك إلى أن المريض يتعامل مع مثل هذه المعاني بشيء من الحذر والخوف، الذي يمنعه من ممارسة دوره الوظيفي والاجتماعي

والانخراط في علاقات اجتماعية جديدة خوفاً من الدخول في انتكاسة مرضية، ويقصد به دافع داخلي يدفع الإنسان للاستمرار لكي يحقق أهدافه وتطلعاته.

- كما أظهرت النتائج أيضاً بان بُعد المعرفة والحماية جاء بالمرتبة الأخيرة بوزن نسبي (65.3%)، ويقصد به إدراك المريض للمرض وأعراضه وأساليب المواجهة والتقنيات المناسبة للتعامل معها، وهذه المرحلة الأخيرة من مراحل العلاج التي يتعرض لها المريض بعد مراحل مختلفة منها المرحلة الأولى العلاج الدوائي المكثف ومن ثم التأهيل النفسي والاجتماعي وبعدها التنقيف النفسي حول المرض وأعراضه وأساليب وتقنيات مختلفة لمساعدة المريض على تخطي مرحلة المرض.

- واتفقت هذه الدراسة مع دراسة "الشيخ علي (2013)"، والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لمستوى التحسن للأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء، كما اتفقت مع دراسة دراسة "الخالدي(2013)"، التي توصلت إلى ارتفاع معدل انتشار نسبة الاستشفاء من الاكتئاب للذين يتلقون الدعم الاسري، وهذا يعني أن هناك علاقة مهمة بين المساندة الاجتماعية ومستوى الاستشفاء لدى المرضى.

ثانياً: فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية: يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للمساندة الاجتماعية (المتغير المستقل) على الاستشفاء (المتغير التابع) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

لاختبار هذه الفرضية تم إجراء تحليل الانحدار الخطي المتعدد بالطريقة stepwise للتعرف على المتغيرات التي يمكنها التنبؤ بدلالة إحصائية لمستوى الاستشفاء بدلالة الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية، وقد تم إدخال المساندة الاجتماعية لمعادلة، ولم يتم استبعاد أي متغيرات من معادلة خط الانحدار، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (23) ملخص نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد بالطريقة stepwise للمساندة الاجتماعية (المتغير المستقل) على الاستشفاء (المتغير التابع) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

Sig.	t	Standardized	Unstandardized		الاختبار	الأبعاد
		Coefficients	Coefficients			
		Beta	Std. Error	B		
**0.001	7.95		5.803	46.103	(Constant)	الدرجة الكلية الاستشفاء
**0.001	16.35	0.784	0.118	1.937	المساندة	
				267.45**	ف (1، 169)	
				20.61	معامل الارتباط المعدل	

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 || غير دالة إحصائياً

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق وجود تأثير جوهري ذو دلالة إحصائية للمتغير الكلي للمساندة الاجتماعية على الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($F=267.45, P\text{-value}<0.01$)، وقد فسر هذا البعد نسبة (61.2%) من التباين الكلي في مستوى الاستشفاء وهذه النسبة مرتفعة التأثير، أما النسبة المتبقية فترجع لعوامل أخرى نسبتها (37.8%)، فقد بلغ معامل التحديد (0.612)، ومن خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق تبين أن معاملات نموذج الانحدار دالة إحصائياً، ويمكننا صياغة

معادلة الانحدار الخطي التي تعين على التنبؤ بدرجات الاستشفاء بمعلومية درجات المساندة الاجتماعية الكلية في الصورة التالية:

$$\text{الاستشفاء} = 46.1 + 1.937 (\text{المساندة الاجتماعية})$$

من المعادلة السابقة تبين أنه كلما وجدت المساندة الاجتماعية بدرجة واحدة كلما أدى ذلك إلى زيادة في مستوى الاستشفاء ب (1.937) درجة والعكس صحيح لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

- يعتبر الباحث بان هذه النتيجة واقعية وكما هو متوقع بان يكون للمساندة الاجتماعية دور مؤثر على عملية الاستشفاء لدى مرضى الفصام، وهذا ما تبين بوجود علاقة مؤثرة ما بين المساندة والاستشفاء، ويعتقد الباحث بان لأهل مريض الفصام الدور الكبير في عملية التعافي والاستشفاء، حيث ان اهل المريض واسرته هم الحلقة الاقرب والدائرة الأكثر أهمية بالنسبة للاهتمام بالمريض ومساعدته وتوفير متطلباته واحتياجاته الحياتية والعلاجية، وان برامج العلاج والتأهيل النفسي وغيرها من برامج الدعم والعلاج تعتمد بشكل كبير على عائلات وأسر هؤلاء المرضى والذي بدوره ينعكس بشكل ايجابي على عملية التعافي عندهم، وأيضاً لا نغفل دور المجتمع الذي يشارك بالمستوى المطلوب في تقديم الدعم والرعاية والعلاج لهؤلاء المرضى وذويهم من خلال البرامج المجتمعية المختلفة التي تساهم في رعاية المرضى والوصول بهم إلى المستوى المطلوب من الاستشفاء، وأيضاً مؤسسات العمل المدني وما تقدمه من خدمات متنوعة ومساعدات عينية ونقدية تساهم في مساعدة المرضى للوصول إلى حالة التحسن والاستشفاء، ولا نغفل ان للثقافة دور أيضاً في نشر مبادئ التعاون والتآلف بين أفراد المجتمع وابدائه والوقوف بجانب الضعفاء والمُعوزين، حيث تسود في قطاع غزة الكثير من الصفات والاخلاق الجميلة والتي تقوم على المحبة والمودة والتعاون والمساعدة والتسامح وغيرها من اخلاق نبيلة وراقية، خاصة وان هذا المجتمع يستمد مبادئه من الدين الاسلامي الحنيف والذي يدعونا إلى التعاون والتآلف فيما بيننا ووعدهم بحسن العاقبة لمثل اصحاب هذه الاخلاق، فيعتبر تقديم الدعم والمساندة في كثير من الاحيان ابتغاءً لمرضات الله عز وجل وكذلك عملاً انسانياً ينبع من حب الناس وحب المساعدة والتطوع وحب الخير للآخرين.

- وتتفق هذه النتيجة مع ما قاله كلا من (Stice, Ragan, & Randall, 2004) والليدان اعتباراً ان المساندة الأسرية عامل مهم جداً لكل فرد من الأفراد سواء كانوا صغاراً أو كباراً، وتلعب دور بالغ الأهمية في استمرار حياتهم ونموهم الطبيعي في كافة المجالات المعرفية والفسولوجية، وفي استمرار الخبرات اللاحقة وكيفية التعاطي معها على نحو طبيعي بعيداً عن الشذوذ واللاسواء وفي ضوء ما تعلمه واكتسبه من أفراد عائلته مثل الوالدين والاختوة وغيرهم.
- كما يؤكد (عبد الستار إبراهيم، 1998) حاجة الإنسان إلى المساندة الوجدانية والصلات والدعم الاجتماعي والمؤازرة حيث يرى أن الانتماء لجماعة كالأسرة أو الأصدقاء يجعل للحياة معنى مما يعين على مواجهة الضغوط.
- كما تعتبر أيضاً المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية التي منها على سبيل المثال القلق والاكتئاب (علي، 2000: 14).

الفرضية الثانوية: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) بين درجات المساندة الاجتماعية وبين درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم إيجاد مصفوفة معاملات الارتباط بيرسون (Person Correlation Coefficient) " للتعرف على طبيعة العلاقة بين درجات المساندة الاجتماعية وبين درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (24) مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

الأبعاد	الاختبار	الهدف والنجاح	المسئولية الذاتية	الصدق والأمل	طلب المساعدة	المعرفة والحماية	الدرجة الكلية الاستشفاء
المساندة من قبل الأصدقاء	معامل الارتباط	0.65	0.59	0.62	0.54	0.51	0.66
	مستوى الدلالة	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001
المساندة من قبل الأسرة	معامل الارتباط	0.57	0.63	0.57	0.61	0.47	0.65
	مستوى الدلالة	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001
الرضا الذاتي عن المساندة	معامل الارتباط	0.75	0.70	0.68	0.63	0.60	0.76
	مستوى الدلالة	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001
الدرجة الكلية المساندة الاجتماعية	معامل الارتباط	0.76	0.72	0.71	0.66	0.61	0.78
	مستوى الدلالة	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001	**0.001

** دالة إحصائية عند 0.01 * دالة إحصائية عند 0.05 † غير دالة إحصائية

يتضح من خلال الجدول السابق ما يلي:

• الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:

- وجود علاقة طردية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ودرجات الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسئولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية عند مرضى الفصام كلما ارتفع مستوى

الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

- ويتبين من خلال هذه النتيجة أهمية دور الدعم الاسري والاجتماعي لدى مرضى الفصام وتأثيره على مستوى الاستشفاء لديهم.

- هذا وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة "الخالدي(2013)"، والتي توصلت إلى وجود علاقة ما بين الدعم العائلي ومستوى الاستشفاء من الاكتئاب.

- ويدعم ذلك عبد المعطي (2004) إذ يرى أن المساندة الاجتماعية تعتبر إحدى صور العلاقات الاجتماعية التي توفر للفرد المساعدة التي يطلبها ومصدر هام من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان عندما يشعر بأن هناك ما يهدده، وأنه غير قادر على مواجهة الضغوط والمتاعب التي قد تعترض حياته وتؤثر على توافقه.

أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين من خلال النتائج:

• **المساندة من قبل الأصدقاء:** لوحظ وجود علاقة طردية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين المساندة من قبل الأصدقاء ودرجات الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى المساندة من قبل الأصدقاء عند مرضى الفصام كلما ارتفع مستوى الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

- ويُفسر الباحث هذه النتيجة إلى ان الاصدقاء يُعتبروا حلقة مهمة من الحلقات التي تحيط بكل فرد من أفراد المجتمع ولهم التأثير الكبير على مصير الفرد وقراراته وأيضاً على تخطي الصعاب والمحن التي قد تعترضهم في حياتهم، وهنا راينا تأثير دور المساندة من قبل الاصدقاء على الاستشفاء لدى مرضى الفصام، حيث يرى الباحث بان مريض الفصام اذا حافظ على علاقته بأصدقائه المقربين منه فانه سيكون لهؤلاء الاصدقاء والمساندة التي يقدمونها له لها بالغ الاثر في تخطيه مرحلة المرض والتغلب على الأعراض المرضية التي

يعاني منها، والوصول إلى مرحلة من الاستقرار والتعافي الذي يمكنه من ممارسة دوره والقيام بالمهام والواجبات التي كان يقوم بها في مرحلة ما قبل المرض.

• **المساندة من قبل الأسرة:** لوحظ وجود علاقة طردية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين المساندة من قبل الأسرة ودرجات الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى المساندة من قبل الأسرة عند مرضى الفصام كلما ارتفع مستوى الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

- ويُرجع الباحث السبب في ذلك إلى أهمية دور الأسرة الكبير في مساعدة الأفراد لتخطي العقبات والصعاب ومواجهة الضغوط المختلفة وكذلك الأعراض المرضية التي قد يعانون منها، ومن أمثلتها الأعراض الفصامية التي يعاني منها مرضى الفصام، ومن الطبيعي أن يكون هناك تأثيرا واضحا وكبيرا ما بين المساندة الأسرية والاستشفاء لدى هؤلاء المرضى فزيادة مستوى المساندة ونوعيتها من قبل الأسرة يؤثر تأثيرا إيجابيا على نوعية الاستشفاء ومستواه عند هؤلاء المرضى والعكس صحيح.

- كما أظهرت الأبحاث التي أجريت على أسر مرضى الفصام أن المناخ الأسري الصحي له دور كبير في تحسين فرص استقرار المرضى ومنع انتكاس المرض، ولذلك فإن الأسرة تستطيع أن تلعب دور كبير من كل النواحي في مساعدة المريض بالفصام.

• **الرضا الذاتي عن المساندة:** لوحظ وجود علاقة طردية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين الرضا الذاتي عن المساندة ودرجات الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى الرضا الذاتي عن المساندة عند مرضى الفصام كلما ارتفع مستوى الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.

- ويرى الباحث بان هذه النتيجة تعتبر منطقية من حيث تأثير بُعد الرضا الذاتي عن المساندة على الاستشفاء لدى مرضى الفصام، فهذا يُعتبر مؤشرا طبيعيا من مؤشرات الاستشفاء لديهم، فزيادة مستوى الرضا ادى إلى زيادة مستوى الاستشفاء، وإذا كان مستوى الرضا متدنيا كان مستوى الاستشفاء قليلا، ويعتبر الباحث ان بُعد الرضا الذاتي عن المساندة ذات علاقة مباشرة بباقي الأبعاد الاخرى من حيث التأثير المباشر عليهم أيضاً.

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى).

• الفرضية 1.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينين مستقلتين (Independent sample t test) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية وأبعادها لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس (ذكر، أنثى)، والنتائج الخاصة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (25) نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام

المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لنوع الجنس

#	الأبعاد	ذكور ن = 137		اناث ن = 30		اختبار ت	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
1	المساندة من قبل الأصدقاء	16.7	4.47	18.4	5.06	-1.85	//0.066	غير دالة
2	المساندة من قبل الأسرة	11.8	2.65	12.4	2.72	-1.17	//0.245	غير دالة
3	الرضا الذاتي عن المساندة	18.9	3.92	19.4	4.39	-0.61	//0.541	غير دالة
	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	47.4	9.71	50.2	11.02	-1.37	//0.172	غير دالة

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام الذكور والاناث يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير نوع الجنس لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام الذكور والاناث يتلقون نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير نوع الجنس لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث، ويرجع أيضاً إلى ان نظرة الاسر اتجاه مرض الفصام وأعراضه والخدمة والدعم المقدم لهم متساوي بين الجنسين.
 - يُفسر الباحث هذه النتيجة بان المجتمع الذي يقدم المساندة والخدمة لمرضى الفصام، لا يميز ما بين الاناث والذكور في تقديم الدعم والمساندة وان مستوى المساندة التي يتلقاها الذكور هي نفس كمية المساندة التي تتلقاها الاناث، وفي النهاية تكون النظرة إلى هؤلاء بأنهم مرضى وبحاجة إلى الدعم والمساندة بغض النظر عن جنسهم.
 - حيث اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة "أبو رحمة (2012)"، والتي توصلت الدراسة إلى انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تعزى إلى متغير الجنس.
- الفرضية 1.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى).

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينين مستقلتين (Independent sample t test) لدراسة الفروق في متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (26) نتائج اختبار ت لعینين مستقلتين Independent sample t test في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس

اتجاه الفروق	مستوى الدلالة	t	اناث ن=30		ذكور ن=137		الأبعاد	#
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	//0.701	0.38	5.34	22.7	4.41	23.0	الهدف والنجاح	1
غير دالة	//0.417	0.81	7.20	36.7	6.77	35.6	المسئولية الذاتية	2
غير دالة	//0.088	1.72	8.10	38.6	7.83	35.9	الصدق والأمل	3
غير دالة	//0.704	0.38	3.61	27.7	4.21	27.3	طلب المساعدة	4
غير دالة	//0.937	0.08	4.34	16.3	3.97	16.3	المعرفة والحماية	5
غير دالة	//0.471	0.72	25.49	141.9	24.09	138.3	الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام الذكور والاناث لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير نوع الجنس لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسئولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر، أنثى)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام الذكور والاناث لديهم نفس مستوى أبعاد

الاستشفاء الخمسة (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية)، ومما يعني بأن متغير نوع الجنس لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء الخمسة، ويدل أيضاً على ان الخدمة العلاجية المقدمة والاستجابة لها من قبل مرضى الفصام واحدة بين الجنسين.

- ويرى الباحث ان هذه النتيجة تعود إلى ان استجابة كل من الذكور والاناث للمساندة كانت متساوية وأدت إلى مستوى واحد أو متقارب من التعافي والاستشفاء.
- اتفقت الدراسة مع دراسة "ابو شاويش (2012)"، حيث اظهرت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء فيما يتعلق بمتغير الجنس.
- اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة "وسام عبيد (2013)"، والتي توصلت إلى وجود تأثير نوع جنس المريض على عملية التعافي من المرض وعلى زواجه، يمكننا القول ان الذكور لديهم فرصة اكبر في الزواج، ويتحمل مسؤولية اكبر مما ينتج عنه زيادة في الضغط النفسي الناتج عن هذه المسؤولية.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة).

- الفرضية 2.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (27) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	86.955	3	28.985	1.35	//0.260
	داخل المجموعات	3517.324	164	21.447		
	المجموع	3604.280	167			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	41.874	3	13.958	2.01	//0.115
	داخل المجموعات	1145.746	165	6.944		
	المجموع	1187.620	168			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	104.977	3	34.992	2.26	//0.084
	داخل المجموعات	2558.026	165	15.503		
	المجموع	2663.003	168			
الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية	بين المجموعات	645.039	3	215.013	2.22	//0.088
	داخل المجموعات	15905.221	164	96.983		
	المجموع	16550.259	167			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:**

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف أعمارهم يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير الفئة العمرية لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى

مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف أعمارهم لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير الفئة العمرية لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث، وهذا يدل أيضاً على ان المريض يتلقى نفس مستوى المساندة الأسرية والاجتماعية بغض النظر عن المرحلة العمرية التي يمر بها مريض الفصام.

- يُفسر الباحث هذه النتيجة بان مرضى الفصام بشكل عام يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية بغض النظر عن العمر، ويشتركون جميعاً في نوعية الخدمة والدعم المقدم لهم من قبل المجتمع والأسرة على حد سواء.
- واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة "حميد (2013)"، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر.
- واختلفت نتائج الدراسة مع دراسة "وسام عبيد (2013)"، والتي توصلت إلى وجود تأثير لعمر المريض على عملية التعافي من المرض وعلى زواجه، حيث انه فسر ذلك بان المريض الكبير في السن أقل مسؤوليه و بالتالي أقل توتر نفسي بسبب المسؤولية على عاتقه.
- كما اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة "أبو رحمة (2012)"، حيث توصلت الدراسة إلى انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تعزى لمتغير العمر.

• الفرضية 2.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (28) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	22.950	3	7.650	0.36	//0.783
	داخل المجموعات	3516.451	165	21.312		
	المجموع	3539.401	168			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	125.706	3	41.902	0.87	//0.459
	داخل المجموعات	7968.983	165	48.297		
	المجموع	8094.689	168			
الصدق والأمل	بين المجموعات	104.463	3	34.821	0.54	//0.654
	داخل المجموعات	10592.534	165	64.197		
	المجموع	10696.996	168			
طلب المساعدة	بين المجموعات	28.458	3	9.486	0.55	//0.647
	داخل المجموعات	2832.135	165	17.164		
	المجموع	2860.593	168			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	15.805	3	5.268	0.32	//0.813
	داخل المجموعات	2736.100	165	16.582		
	المجموع	2751.905	168			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	592.959	3	197.653	0.32	//0.807
	داخل المجموعات	15905.221	164	96.983		
	المجموع	16550.259	167			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف أعمارهم لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير الفئة العمرية لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء وهذا يدل أيضاً على ان استجابة مرضى الفصام للخدمة العلاجية والمساندة الأسرية والاجتماعية متساوية بغض النظر عن المرحلة العمرية التي يمر بها مريض الفصام، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (أقل من 20 سنة، أقل من 30 سنة، أقل من 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف أعمارهم لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء الخمس (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية)، ومما يعني بأن متغير الفئة العمرية لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء الخمسة.

- يرى الباحث بان هذه النتيجة سببها إلى ان استجابة مرضى الفصام للاستشفاء كانت متساوية ولم تتأثر بنوع الفئة العمرية، حيث ان مستوى التعافي لدى جميع الفئات العمرية عند مرضى الفصام كان متساويا.

- واتفقت الدراسة مع دراسة "ابو شاويش (2012)"، حيث اظهرت أيضاً نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء فيما يتعلق بمتغير العمر.

- واختلفت نتائج الدراسة مع دراسة "وسام عبيد (2013)"، التي اظهرت تأثير عمر المريض على عملية التعافي من المرض وعلى زواجه، حيث يمكننا القول ان المريض الكبير في السن اقل مسؤولية وبالتالي اقل توتر نفسي بسبب المسؤولية على عاتقه.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق).

• الفرضية 3.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (29) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	2.393	2	1.197	0.05	//0.947
	داخل المجموعات	3492.452	159	21.965		
	المجموع	3494.846	161			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	8.563	2	4.281	0.61	//0.545
	داخل المجموعات	1125.394	160	7.034		
	المجموع	1133.957	162			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	19.751	2	9.875	0.60	//0.547
	داخل المجموعات	2612.739	160	16.330		
	المجموع	2632.489	162			
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	بين المجموعات	57.545	2	28.772	0.28	//0.755
	داخل المجموعات	16248.290	159	102.191		
	المجموع	16305.834	161			

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف حالتهم الاجتماعية يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير الحالة الاجتماعية لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف حالتهم الاجتماعية لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير الحالة الاجتماعية لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث، وان نوع المساندة المقدمة لمرضى الفصام العقلي لا تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية للمريض لان المعاناة المرضية عند هؤلاء المرضى واحدة والتي استوجبت تقديم المساندة من قبل الأسرة والمجتمع .

- يُفسر الباحث هذه النتيجة إلى ان مرضى الفصام يتلقون المساندة والدعم الاجتماعي بدرجة واحدة ولم تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية لديهم، وأن المجتمع حين يقدم الرعاية والدعم والمساندة لمرضى الفصام يقدمها بمستوى موحد ومتقارب ولا تقدم المساندة بحسب الحالة الاجتماعية لهؤلاء المرضى (متزوج، اعزب، مطلق، ارمل).

- اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة "حميد (2013) "، والتي توصلت إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات مقياس المساندة الاجتماعية وبعديه لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

- كما اتفقت الدراسة مع دراسة "أبو رحمة (2012)"، حيث توصلت الدراسة إلى انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.
- واختلفت نتائج الدراسة مع قاله (مرسي، 1983) حيث وضح بأنه ومن الناحية النفسية تبين أن المتزوجين أكثر سعادة من غير المتزوجين وكانت نسبة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية عند المتزوجين أقل منها عن غير المتزوجين، والسبب يعود إلى أن المساندة الاجتماعية بين المتزوجين تنشط المناعة النفسية والجسمية التي تجعل المتزوجين أقل عرضة للأمراض وأكثر قدرة على مقاومتها والشفاء منها، أما غير المتزوجين فيحرمون من هذه المساندة ويواجهون ضغوط الحياة بمفردهم مما يجعلهم عرضة للأمراض والانحرافات السلوكية (مرسي، 1983، ص ص 196-197).

- الفرضية 3.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (30) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	94.692	2	47.346	2.23	//0.111
	داخل المجموعات	3393.805	160	21.211		
	المجموع	3488.496	162			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	60.065	2	30.033	0.61	//0.547
	داخل المجموعات	7926.807	160	49.543		
	المجموع	7986.872	162			
الصدق والأمل	بين المجموعات	120.761	2	60.381	0.95	//0.388
	داخل المجموعات	10144.130	160	63.401		
	المجموع	10264.892	162			
طلب المساعدة	بين المجموعات	112.380	2	56.190	3.30	*0.039
	داخل المجموعات	2723.088	160	17.019		
	المجموع	2835.468	162			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	124.528	2	62.264	3.88	*0.023
	داخل المجموعات	2569.976	160	16.062		
	المجموع	2694.503	162			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	2240.572	2	1120.286	1.85	//0.161
	داخل المجموعات	96875.760	160	605.473		
	المجموع	99116.331	162			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

● **مقياس الاستشفاء:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرملة، مطلق)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف حالتهم الاجتماعية لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير الحالة الاجتماعية لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرملة، مطلق)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف حالتهم الاجتماعية لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل)، ومما يعني بأن متغير الحالة الاجتماعية لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل).

- يُرجع الباحث هذه النتيجة إلى ان استجابة مرضى الفصام للاستشفاء متساويا بغض النظر عن الحالة الاجتماعية لهؤلاء المرضى، حيث ان مستوى التعافي والاستشفاء عند مرضى الفصام كان متساويا سواء أكانوا متزوجين أو عزاب أو مطلقين أو أراملة.

- واختلفت الدراسة مع دراسة "بكير 2013"، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستشفاء تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ما بين المطلقين والعزاب لصالح العزاب، ويُرجع الباحث هذا الاختلاف إلى اختلاف العينة حيث ان العينة في دراسة بكير هم من مرضى الاكتئاب وهذا الاضطراب يختلف اختلافا كبيرا عن عينة الباحث وهم من مرضى الفصام.

- واختلفت نتائج الدراسة مع دراسة "وسام عبيد (2013)"، والتي توصلت إلى وجود تأثير وصمة العار على الزواج وعملية الشفاء لمرضى الفصام، وصمة العار تمنع المرضى من الحصول على العديد من حقوقهم للأسف، مثل الزواج والعمل.

▪ **طلب المساعدة:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات طلب المساعدة لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة (, $f=3.30$, $p\text{-value}=0.039$) تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، ولكشف الفروق بين الحالة الاجتماعية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام المتزوج مستوى الجاهزية في طلب المساعدة لديه أعلى من مستوى ذلك عند مريض الفصام الأعزب، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- يُفسر الباحث وجود هذه الفروق إلى ان مريض الفصام المتزوج لديه مصدر اضافي من مصادر الدعم والمساندة وهو الزوجة، لا يتوفر لغيره من الفئات (العزاب، المطلقين)، وهو ما اعطاه امكانية الاستفادة من هذا المصدر بحيث يعتمد مريض الفصام المتزوج في تلبية احتياجاته ومتطلباته الداخلية والخارجية بشكل كبير على زوجته، وهذا ما عايشه الباحث من خلال عمله في مراكز الصحة النفسية المختلفة، وأيضاً زيادة تحمل العبء والمسئولية كان مبررا اضافيا لهؤلاء المرض للبحث عن مساعدات مادية وعينية في ظل الظروف السيئة التي يعيشون فيها خاصة في حال وجود اسرة تتكون من عدد كبير من الابناء.

▪ **المعرفة والحماية:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعرفة والحماية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة (, $f=3.88$, $p\text{-value}=0.023$) تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، ولكشف الفروق بين الحالة الاجتماعية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام المتزوج مستوى المعرفة والحماية لديه أعلى من مستوى ذلك عند مريض الفصام (الأعزب، المطلق)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- يفسر الباحث وجود هذه الفروق إلى ان مريض الفصام المتزوج لديه مجال اكبر للمعرفة والخبرة أكثر من غير المتزوج وأيضاً يتمتع بمستوى اعلى من الحماية من حيث الاستقلالية والموارد المتوفرة وكذلك قيام الزوجة ببعض المهام الرئيسية، وهذا ما لا يتوفر لغيره من الفئات (العزاب، المطلقين)، وهو ما اعطاه امكانية الاستفادة من هذا الامكانيات المتاحة ليصل إلى مستوى افضل في بُعد المعرفة والحماية.

- وكذلك أيضاً وجود عائلة وجو من التالف والاطفال يعطي المريض نوعاً من الامان والراحة النفسية حيث ان تأثير وجود الأطفال على مرضى الفصام، أغلب المرضى قالوا إن حياتهم أصبحت أفضل بعد الزواج وأن أطفالهم السبب الأهم في سعادتهم.

جدول (31) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أبعاد الاستشفاء لدى مرضى الفصام المتردين على

عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	أعزب	متزوج	مطلق
طلب المساعدة	أعزب	48	26.4	1	*0.036	//0.547
	متزوج	104	27.9	-	1	//0.073
	مطلق	11	25.6	-	-	1
المعرفة والحماية	أعزب	48	15.4	1	*0.030	//0.412
	متزوج	104	16.9	-	1	*0.040
	مطلق	11	14.3	-	-	1

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المتردين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9).

• الفرضية 4.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المتردين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المتردين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (32) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	16.962	3	5.654	0.26	//0.853
	داخل المجموعات	3530.655	163	21.660		
	المجموع	3547.617	166			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	5.572	3	1.857	0.26	//0.854
	داخل المجموعات	1171.830	164	7.145		
	المجموع	1177.402	167			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	25.812	3	8.604	0.54	//0.655
	داخل المجموعات	2608.642	164	15.906		
	المجموع	2634.454	167			
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	بين المجموعات	40.637	3	13.546	0.14	//0.939
	داخل المجموعات	16316.825	163	100.103		
	المجموع	16357.462	166			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف عدد أفراد أسرهم يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير عدد أفراد الأسرة لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف عدد أفراد أسرهم لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير عدد أفراد الأسرة لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث.

- يُعزى الباحث هذه النتيجة إلى ان مرضى الفصام متساوون في تلقي المساندة والدعم الاجتماعي، ولم تختلف باختلاف عدد أفراد الأسرة، وان المجتمع حين يُقدم الرعاية والدعم والمساندة لمرضى الفصام فإنه يقدمها بنفس المستوى، ولا تقدم المساندة بحسب عدد أفراد الأسرة لهؤلاء المرضى.

- لم يجد الباحث ضمن الدراسات السابقة ما يتفق مع هذه النتيجة أو ما يختلف عنها، ويبقى المجال مفتوحا للباحثين للبحث فيما بعد حول هذا المتغير بما يتفق أو يختلف مع هذه النتيجة.

• **الفرضية 4.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9).**

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (33) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	77.548	3	25.849	1.26	//0.291
	داخل المجموعات	3372.742	164	20.566		
	المجموع	3450.290	167			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	50.196	3	16.732	0.35	//0.792
	داخل المجموعات	7930.049	164	48.354		
	المجموع	7980.245	167			
الصدق والأمل	بين المجموعات	177.249	3	59.083	0.93	//0.426
	داخل المجموعات	10380.389	164	63.295		
	المجموع	10557.638	167			
طلب المساعدة	بين المجموعات	175.678	3	58.559	3.69	*0.013
	داخل المجموعات	2599.481	164	15.850		
	المجموع	2775.160	167			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	97.056	3	32.352	2.01	//0.115
	داخل المجموعات	2641.100	164	16.104		
	المجموع	2738.156	167			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	1885.730	3	628.577	1.05	//0.370
	داخل المجموعات	97722.301	164	595.868		
	المجموع	99608.031	167			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **مقياس الاستشفاء:**

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف عدد أفراد أسرهم لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير

عدد أفراد الأسرة لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، الحماية والمعرفة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف عدد أفراد أسرتهم لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، الحماية والمعرفة)، ومما يعني بأن متغير عدد أفراد الأسرة لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، الحماية والمعرفة).
- يرى الباحث بأن هذه النتيجة ترجع إلى ان مرضى الفصام لديهم استجابة واحد بالنسبة للاستشفاء، ولا تتأثر استجابتهم لتغير عدد أفراد اسرهم، وانهم يتلقون نفس المستوى من الدعم والمساندة بغض النظر عن عدد أفراد الأسرة.
- ولم يجد الباحث ضمن الدراسات السابقة ما يتفق مع هذه النتيجة أو ما يختلف عنها، ويبقى المجال مفتوحاً للباحثين القادمين، للبحث فيما بعد حول هذا المتغير بما يتفق أو يختلف مع هذه النتيجة.
- **طلب المساعدة:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات طلب المساعدة لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($p < 0.013$ ، $f = 3.69$) تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (أقل من 3، أقل من 6، أقل من 9، أكثر من 9)، ولكشف الفروق بين عدد أفراد الأسرة، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مرضى الفصام الذين عدد أفراد الأسرة لديهم أقل من 3 أفراد مستوى الجاهزية في طلب المساعدة لديه أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام الذين عدد أفراد أسرهم (أقل من 9، أكثر من 9)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- ويُرجع الباحث هذه النتيجة إلى ان مريض الفصام تزداد لديه المسئولية بازدياد عدد أفراد الأسرة، حيث أنه كلما ازداد عدد أفراد الأسرة ازدادت معه متطلبات واحتياجات الحياة لهذه الأسرة، مما يدفعه لطلب المساعدة بشكل أكبر، ويلجأ إلى المؤسسات الاهلية والحكومية وغيرها للتغلب على الالتزامات المتزايدة لأفراد هذه الأسرة، وأيضاً يضيف الباحث بان للمستوى المعيشي الذي يعيشه المرضى في قطاع غزة بالغ الأثر على هذه النتيجة حيث تعاني أغلب الأسر من وضع اقتصادي سيء وخاصة أسر مرضى الفصام الذين تزداد لديهم الحاجة إلى المساعدة المادية والمعونة بسبب المتطلبات المعيشية بشكل عام والعلاجية لهؤلاء المرضى بشكل خاص.

جدول (34) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أبعاد الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على

عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة

الأبعاد	عدد أفراد الأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	اقل من 3	اقل من 6	اقل من 9	أكثر من 9
طلب المساعدة	اقل من 3	61	26.33	1	//0.161	*0.012	**0.004
	اقل من 6	38	27.48	-	1	//0.329	//0.132
	اقل من 9	42	28.36	-	-	1	//0.514
	أكثر من 9	27	29.00	-	-	-	1

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح).

- الفرضية 5.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (35) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	72.231	5	14.446	0.66	//0.651
	داخل المجموعات	3521.763	162	21.739		
	المجموع	3593.994	167			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	2.823	5	.565	0.08	//0.996
	داخل المجموعات	1197.653	163	7.348		
	المجموع	1200.476	168			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	53.524	5	10.705	0.66	//0.652
	داخل المجموعات	2629.423	163	16.131		
	المجموع	2682.947	168			
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	بين المجموعات	134.081	5	26.816	0.26	//0.932
	داخل المجموعات	16495.457	162	101.824		
	المجموع	16629.538	167			

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانينوس، رفح)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مكان السكن يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير مكان السكن لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان

السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مكان السكن لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير مكان السكن لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث.

- يُعزي الباحث هذه النتيجة إلى ان مرضى الفصام متساوون في تلقي المساندة والدعم الاجتماعي ولم تختلف باختلاف مكان سكنهم، وان المجتمع حين يُقدم الرعاية والدعم والمساندة لهؤلاء المرضى فانه يقدمها بمستوى واحد ولا تتأثر المساندة بحسب مكان السكن لهؤلاء المرضى، حيث ان قطاع غزة صغير المساحة وهو يتكون من مجتمع متقارب جدا في العادات والتقاليد والثقافة وكذلك في الدين ولا يوجد هناك اختلاف بين سكان المحافظات في القطاع ليؤثر بدوره على مستوى الدعم والمساندة لدى مرضى الفصام أو غيرهم من المرضى الاخرين.

- ولم يجد الباحث ضمن الدراسات السابقة ما يتفق مع هذه النتيجة أو ما يختلف عنها، ويبقى المجال مفتوحا للباحثين القادمين، للبحث فيما بعد حول هذا المتغير بما يتفق أو يختلف مع هذه النتيجة.

• الفرضية 5.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (36) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	124.563	5	24.913	1.18	//0.322
	داخل المجموعات	3443.438	163	21.125		
	المجموع	3568.001	168			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	229.198	5	45.840	0.96	//0.444
	داخل المجموعات	7780.058	163	47.730		
	المجموع	8009.256	168			
الصدق والأمل	بين المجموعات	222.803	5	44.561	0.69	//0.629
	داخل المجموعات	10478.194	163	64.283		
	المجموع	10700.996	168			
طلب المساعدة	بين المجموعات	91.518	5	18.304	1.06	//0.385
	داخل المجموعات	2815.253	163	17.271		
	المجموع	2906.771	168			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	240.692	5	48.138	3.13	*0.010
	داخل المجموعات	2504.160	163	15.363		
	المجموع	2744.852	168			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	2033.430	5	406.686	0.67	//0.649
	داخل المجموعات	99394.846	163	609.784		
	المجموع	101428.276	168			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانيونس، رفح)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مكان السكن لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير

مكان السكن لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانينونس، رفح)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مكان السكن لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة)، ومما يعني بأن متغير مكان السكن لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء التالية (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة).

- يُفسر الباحث هذه النتيجة إلى ان استجابة مرضى الفصام بالنسبة للاستشفاء لم تتغير بتغير مكان السكن لهؤلاء المرضى سواء أكانوا من سكان الشمال أو الوسط أو الجنوب، وكان معدل التعافي متقاربا، وكما ذكر الباحث سابقا، فان العوامل التي ساهمت في الاستشفاء والتعافي في كافة محافظات قطاع غزة متشابهة ولا تختلف من مكامل اخر.

- واتفقت الدراسة مع دراسة "ابو شاويش 2012"، التي توصلت إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء تعزى لمتغير مكان السكن.

• **المعرفة والحماية:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعرفة والحماية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($p < 0.03$, $f=3.03$, $value=0.010$) تعزى لمتغير مكان السكن (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة، الوسطى، خانينونس، رفح)، ولكشف الفروق بين مكان السكن، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مرضى الفصام الذين يسكنون في محافظتي (الوسطى، خانينونس) مستوى المعرفة والحماية لديهم أعلى من مستوى ذلك عند مرضى الفصام الذين يسكنون في (شمال غزة، غرب غزة، شرق غزة)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- يرى الباحث بان هذه النتيجة تختلف عما هو متوقع بالنسبة لهذا البعد، ويعتقد الباحث ان هذا الاختلاف يعود إلى نوعية العينة أو تأثرها بعوامل اخرى غير محددة أو ان استجابة عينة الدراسة من سكان المحافظات (الشمال، غزة) انتابها نوع من التضليل أو التغيير عن الحقيقة لدى أفراد العينة.

جدول (37) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أبعاد الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن

الأبعاد	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	شمال غزة	غرب غزة	شرق غزة	الوسطى	خانيونس	رفح
المعرفة والحماية	شمال غزة	29	15.10	1	//0.802	//0.818	**0.004	*0.017	//0.193
	غرب غزة	24	15.38		1	//0.968	*0.012	*0.043	//0.309
	شرق غزة	33	15.33			1	**0.006	*0.025	//0.259
	الوسطى	30	18.11				1	//0.561	//0.169
	خانيونس	32	17.53					1	//0.385
	رفح	21	16.57						1

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000).

• الفرضية 6.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (38) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	42.698	2	21.349	0.99	//0.374
	داخل المجموعات	3579.208	166	21.561		
	المجموع	3621.905	168			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	28.715	2	14.358	2.05	//0.132
	داخل المجموعات	1171.770	167	7.017		
	المجموع	1200.485	169			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	51.191	2	25.596	1.62	//0.200
	داخل المجموعات	2632.713	167	15.765		
	المجموع	2683.904	169			
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	بين المجموعات	250.627	2	125.314	1.26	//0.285
	داخل المجموعات	16448.091	166	99.085		
	المجموع	16698.719	168			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:**

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف دخلهم الشهري يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير الدخل الشهري لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية، أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف دخلهم الشهري لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير الدخل الشهري لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث.

- يُرجع الباحث هذه النتيجة إلى تساوي الوضع الاقتصادي لدى أفراد العينة، حيث ان ما نسبته 91.2% من أفراد العينة دخلهم الشهري اقل من 500 شيكل، و 6.4% دخلهم الشهري اقل من 1000 شيكل وهذا يدل على سوء الوضع الاقتصادي لأفراد العينة مما يستوجب تقديم المساندة الاجتماعية والاقتصادية لهم بشكل متقارب.

- واتفقت هذه الدراسة مع دراسة "أبو رحمة 2012"، حيث أظهرت الدراسة بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تعزى إلى لمتغير الدخل الشهري.

• الفرضية 6.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (39) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين

على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	115.943	2	57.971	2.80	//0.063
	داخل المجموعات	3451.842	167	20.670		
	المجموع	3567.784	169			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	277.939	2	138.969	2.95	//0.055
	داخل المجموعات	7876.186	167	47.163		
	المجموع	8154.124	169			
الصدق والأمل	بين المجموعات	357.703	2	178.851	2.89	//0.058
	داخل المجموعات	10330.074	167	61.857		
	المجموع	10687.777	169			
طلب المساعدة	بين المجموعات	87.474	2	43.737	2.58	//0.078
	داخل المجموعات	2826.838	167	16.927		
	المجموع	2914.312	169			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	49.843	2	24.922	1.55	//0.216
	داخل المجموعات	2691.767	167	16.118		
	المجموع	2741.611	169			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	3461.448	2	1730.724	2.95	//0.055
	داخل المجموعات	98061.405	167	587.194		
	المجموع	101522.853	169			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف دخلهم الشهري لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني

بأن متغير الدخل الشهري لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير الدخل الشهري (أقل من 500، أقل من 1000، أقل من 2000، أكثر من 2000)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف دخلهم الشهري لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء الخمسة (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية)، ومما يعني بأن متغير الدخل الشهري لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء الخمسة.

- ويُرجع الباحث هذه النتيجة إلى تقارب المستوى الاقتصادي للمرضى وان استجابتهم للخدمات العلاجية متساوية أو متقاربة، حيث لم تتأثر استجابتهم لهذه الخدمات بمستوى الدخل الشهري حيث اظهرت نتائج الدراسة بان أفراد العينة لديهم مستوى متقارب جدا من الدخل الشهري كما بينت النتيجة وما تم عرضه سابقا.

- واتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة "ابو شاويش 2012"، التي توصلت إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء تعزى لمتغير الدخل الشهري.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي).

• الفرضية 7.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات

الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (40) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المتكردين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساندة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	199.689	4	49.922	2.42	//0.050
	داخل المجموعات	3382.311	164	20.624		
	المجموع	3582.000	168			
المساندة من قبل الأسرة	بين المجموعات	43.115	4	10.779	1.55	//0.191
	داخل المجموعات	1150.033	165	6.970		
	المجموع	1193.148	169			
الرضا الذاتي عن المساندة	بين المجموعات	242.699	4	60.675	4.21	**0.003
	داخل المجموعات	2380.125	165	14.425		
	المجموع	2622.824	169			
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	بين المجموعات	1159.994	4	289.998	3.13	*0.016
	داخل المجموعات	15213.853	164	92.767		
	المجموع	16373.847	168			

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية:**

- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المتكردين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($f=3.13$, $p\text{-value}=0.016$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام الغير متعلم مستوى المساندة الاجتماعية لديه أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من المستويات التعليمية (ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- ويُرجع الباحث وجود فروق في مستوى المساعدة لدى مرضى الفصام لصالح المتعلمين إلى ان المرضى اصحاب المستوى التعليمي الاعلى يحظون بمستوى عالٍ من التقدير والاحترام من قبل أفراد الأسرة والمجتمع، مما يجعلهم يتلقون مستوى اعلى من الدعم والمساندة الاجتماعية، مما يضى بظلاله على البعد الاخير من أبعاد مقياس المساعدة وهو (الرضا الذاتي عن المساعدة الاجتماعية)، حيث انه من الطبيعي ان يكون لديهم مستوى مرتفع من الرضا الذاتي عن المساعدة، وكذلك يرجع الامر إلى ان بعض برامج الدعم النفسي والتأهيل المجتمعي تعتمد على اسس علمية وثقافية مثل تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي تُمارس في عيادات الصحة النفسية الحكومية، حيث ان بعض هذه التقنيات تحتاج إلى مستوى من الوعي والثقافة لكي يتم التجاوب معها بشكل فعال وتعطي نتيجة ايجابية.

- واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة "حميد 2013"، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجات مقياس المساعدة الاجتماعية وبعديه لدى الاسرى المحررين في صفقة وفاء الاحرار في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساعدة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساعدة من قبل الأسرة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مستوياتهم التعليمية لديهم نفس مستوى أبعاد المساعدة الاجتماعية التالية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساعدة من قبل الأسرة)، ومما يعني بأن متغير المستوى التعليمي لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساعدة الاجتماعية التالية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساعدة من قبل الأسرة).

■ **الرضا الذاتي عن المساعدة:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الرضا الذاتي عن المساعدة لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة (, $f=4.21$, $p\text{-value}=0.003$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام الغير متعلم مستوى الرضا الذاتي عن المساعدة لديه أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من المستويات التعليمية (ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- ويُفسر الباحث ذلك الاختلاف في بُعد الرضا الذاتي عن المساندة بين المتعلمين وغير المتعلمين من مرضى الفصام إلى ان المرضى المتعلمين من الفصاميين لديهم تقدير اعلى لمستوى المساندة وتقييمهم لأشكال المساندة تختلف بشكل كبير عن غير المتعلمين حيث ان الفصاميين الغير متعلمين يختزلون المساندة أو الدعم في كثير من الاحيان في الدعم المادي فقط، وهذا ما يختلف عن المتعلمين منهم والذين ينظرون إلى أشكال اخرى من الدعم والمساندة مثل المساندة المعنوية والوجدانية والانفعالية والمعلوماتية والادائية وغيرها من أشكال المساندة.

جدول (41) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	غير متعلم	ابتدائي	اعدادي	ثانوي	جامعي
الرضا الذاتي عن المساندة	غير متعلم	19	15.9	1	**0.003	**0.001	**0.001	**0.002
	ابتدائي	58	19.0		1	//0.252	//0.332	//0.430
	اعدادي	39	19.9			1	//0.891	//0.931
	ثانوي	36	19.8				1	//0.981
	جامعي	18	19.8					1
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	غير متعلم	19	42.0	1	*0.046	*0.013	**0.002	**0.007
	ابتدائي	58	47.1		1	//0.403	//0.076	//0.168
	اعدادي	39	48.8			1	//0.372	//0.484
	ثانوي	35	50.8				1	//0.978
	جامعي	18	50.7					1

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

- الفرضية 7.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (42) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	389.056	4	97.264	5.23	**0.001
	داخل المجموعات	3066.575	165	18.585		
	المجموع	3455.632	169			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	1031.359	4	257.840	6.03	**0.001
	داخل المجموعات	7055.094	165	42.758		
	المجموع	8086.453	169			
الصدق والأمل	بين المجموعات	1075.614	4	268.904	4.73	**0.001
	داخل المجموعات	9386.525	165	56.888		
	المجموع	10462.140	169			
طلب المساعدة	بين المجموعات	131.961	4	32.990	1.96	//0.104
	داخل المجموعات	2783.130	165	16.867		
	المجموع	2915.090	169			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	255.980	4	63.995	4.29	**0.003
	داخل المجموعات	2463.786	165	14.932		
	المجموع	2719.765	169			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	11680.048	4	2920.012	5.47	**0.001
	داخل المجموعات	88149.988	165	534.242		
	المجموع	99830.036	169			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

- **الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($f=5.47$, $p\text{-value}=0.001$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام الغير متعلم مستوى الاستشفاء لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من باقي المستويات التعليمية التالية (ابتدائي،

إعدادي، ثانوي، جامعي)، كما تبين أن مريض الفصام الجامعي مستوى الاستشفاء لديه أعلى من مستوى ذلك عند مرضى الفصام من المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، إعدادي)، كذلك تبين أن مرضى الفصام الذين مستوى التعليمي لديهم ثانوي فان مستوى الاستشفاء لديهم أعلى من مستوى ذلك عند مريض الفصام الذين مستواهم التعليمي ابتدائي، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى.

- ويُفسر الباحث هذه النتيجة بان استجابة المرضى المتعلمين للاستشفاء تكون اعلى من غيرهم من غير المتعلمين لأنهم يتمتعون بمستوى اعلى من الثقافة والوعي التي تجعلهم أكثر قدرة على التعاطي مع العلاج النفسي والتأهيلي، والذي يعتمد في كثير من الاحيان على بعض التقنيات والمهارات التي تحتاج إلى مستوى عالٍ من الوعي والتعليم مثل التنقيف النفسي والاكتشاف الموجه وغيرها من التقنيات، ويكون للمريض دورا محوريا وفعالا خلال العملية العلاجية.

- واختلفت نتائج هذه الدراسة عن دراسة "زقوت" 2001، التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى متغير المستوى التعليمي.

أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

▪ **الهدف والنجاح :** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الهدف والنجاح لدى مرضى الفصام المترددین على عیادات الصحة النفسية في قطاع غزة (, $f=5.23$, $p\text{-value}=0.001$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)، ولتكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام الغير متعلم مستوى الهدف والنجاح لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من باقي المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي)، كما تبين أن مريض الفصام الجامعي مستوى الهدف والنجاح لديهم أعلى من مستوى ذلك عند مريض الفصام من المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، إعدادي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى، ويرى الباحث بأنه من الطبيعي والمنطقي بأن يكون هناك اختلاف في هذا البعد بين ذوي المستوى التعليمي العالي والمتدني، لكثير من الاعتبارات ومنها: قدرة المرضى المتعلمين على فهم وإدراك واقعهم المرضي والعمل على الخروج منه،

وأيضاً الاصرار للوصول إلى مرحلة من الاستقرار والتعافي، وقد لاحظ الباحث ذلك من خلال عمله في العيادة النفسية وأن التعامل مع المرضى المتعلمين أكثر سهولة واقناعهم أسهل من غيرهم، من غير المتعلمين أو من اصحاب المستوى التعليمي.

▪ **المسئولية الذاتية:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائياً في درجات المسئولية الذاتية لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($f=6.03$, $p=0.001$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولتكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مرضى الفصام الغير متعلمين مستوى المسئولية الذاتية لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من باقي المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، كما تبين أن مرضى الفصام من أصحاب المرحلة الابتدائية مستوى المسئولية الذاتية لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من المستويات التعليمية التالية (ثانوي، جامعي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى، ويعود السبب في ذلك من وجهة نظر الباحث إلى أن المرضى اصحاب المستويات التعليمية العليا لديهم التزام أكثر للعلاج من غيرهم من اصحاب المستوى التعليمي المتدني، خاصة في بُعد المسئولية الذاتية حيث انهم يتمتعون بحس مسئولية عالي، وكما اسلفنا فانهم يتمتعون بصفات وقدرات تأهلهم أكثر من غيرهم للوصول إلى الاستشفاء والتعافي، ويكون بمقدورهم الامساك بزمام الامور في كثير من الاحيان عند تكليفهم من قبل المعالج النفسي بذلك.

▪ **الصدق والأمل:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائياً في درجات الصدق والأمل لدى مرضى الفصام المترددین على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($f=4.73$, $p=0.001$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولتكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مرضى الفصام الغير متعلمين مستوى الصدق والأمل لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من باقي المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، كما تبين أن مرضى الفصام الذين مستواهم التعليمي ابتدائي مستوى الصدق والأمل لديهم أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من المستويات التعليمية التالية (ثانوي، جامعي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات

الأخرى، ويرى الباحث في بعد الصدق والأمل بان ما ينطبق على بعد المسئولية الذاتية ينطبق أيضاً على هذا البعد.

■ **طلب المساعدة:** لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات طلب المساعدة لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف المستويات التعليمية لديهم نفس مستوى الجاهزية في طلب المساعدة، ومما يعني بأن متغير المستوى التعليمي لم يكن له أثر جوهري على مستوى الجاهزية في طلب المساعدة، ويرى الباحث بان ذلك يعود إلى أن مريض الفصام بحاجة إلى طلب المساعدة في كثير من الاشياء والاحتياجات بغض النظر عن مستواه التعليمي، سواء أكان مستواه التعليمي مرتفعاً أو متدنياً فهذا لا يمنعه من طلب المساعدة من غيره سواء أفراد الأسرة أو المحيطين به أو المجتمع ومؤسساته المختلفة.

■ **المعرفة والحماية:** لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعرفة والحماية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($p=0.003$ ، $f=4.23$) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (غير متعلم، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، ولكشف الفروق بين المستويات التعليمية، فقد تم ايجاد اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، فقد وجد أن مريض الفصام الغير متعلم مستوى المعرفة والحماية لديه أقل من مستوى ذلك عند مريض الفصام من باقي المستويات التعليمية التالية (ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي)، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق بين الفئات الأخرى، ويرى الباحث بان هذه النتيجة منطقية، حيث أنه من الطبيعي أن المريض المتعلم لديه مستوى أعلى من الوعي والثقافة التي تمكنه من التعلم وكسب معارف ومهارات كثيرة، وهذا يصعب على غير المتعلم وخاصة الأميين الذين لا يعرفون القراءة والكتابة مما يعيق حصولهم على معارف جديدة، وتكوين مفاهيم جديدة تساعدهم للوصول إلى مرحلة متقدمة من التعافي والاستشفاء.

- واختلفت الدراسة مع دراسة "أبو شاويش 2012"، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة والاتجاه نحو عملية الاستشفاء فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي.

جدول (43) نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية في درجات أبعاد الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على

عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	غير متعلم	ابتدائي	اعدادي	ثانوي	جامعي
الهدف والنجاح	غير متعلم	19	19.9	1	*0.017	*0.014	**0.001	**0.000
	ابتدائي	58	22.6	-	1	//0.771	//0.116	**0.005
	اعدادي	39	22.9	-	-	1	//0.236	*0.014
	ثانوي	36	24.1	-	-	-	1	//0.136
	جامعي	18	25.9	-	-	-	-	1
المسئولية الذاتية	غير متعلم	19	30.8	1	*0.042	**0.003	**0.000	**0.000
	ابتدائي	58	34.4	-	1	//0.142	**0.003	*0.015
	اعدادي	39	36.4	-	-	1	//0.145	//0.211
	ثانوي	36	38.6	-	-	-	1	//0.947
	جامعي	18	38.7	-	-	-	-	1
الصدق والأمل	غير متعلم	19	31.1	1	*0.025	*0.014	**0.000	**0.000
	ابتدائي	58	35.6	-	1	//0.632	*0.046	*0.019
	اعدادي	39	36.4	-	-	1	//0.158	//0.059
	ثانوي	36	38.8	-	-	-	1	//0.460
	جامعي	18	40.4	-	-	-	-	1
المعرفة والحماية	غير متعلم	19	13.3	1	**0.004	**0.003	**0.000	**0.000
	ابتدائي	58	16.3	-	1	//0.725	//0.282	//0.101
	اعدادي	39	16.6	-	-	1	//0.501	//0.194
	ثانوي	36	17.2	-	-	-	1	//0.456
	جامعي	18	18.0	-	-	-	-	1
الدرجة الكلية الاستشفاء	غير متعلم	19	120.8	1	**0.009	**0.006	**0.000	**0.000
	ابتدائي	58	137.0	-	1	//0.701	*0.048	*0.018
	اعدادي	39	138.9	-	-	1	//0.140	*0.049
	ثانوي	36	146.8	-	-	-	1	//0.442
	جامعي	18	151.9	-	-	-	-	1

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساعدة الاجتماعية والاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات).

• الفرضية 8.1: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساعدة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات المساعدة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (44) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس المساعدة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المساعدة من قبل الأصدقاء	بين المجموعات	120.460	3	40.153	1.92	//0.128
	داخل المجموعات	3402.091	163	20.872		
	المجموع	3522.551	166			
المساعدة من قبل الأسرة	بين المجموعات	31.541	3	10.514	1.48	//0.221
	داخل المجموعات	1163.298	164	7.093		
	المجموع	1194.839	167			
الرضا الذاتي عن المساعدة	بين المجموعات	77.290	3	25.763	1.65	//0.180
	داخل المجموعات	2562.515	164	15.625		
	المجموع	2639.805	167			
الدرجة الكلية للمساعدة الاجتماعية	بين المجموعات	606.547	3	202.182	2.10	//0.103
	داخل المجموعات	15712.710	163	96.397		
	المجموع	16319.257	166			

// غير دال احصائياً

* دال احصائياً عند 0.05

** دال احصائياً عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية:**

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف فترة علاجهم يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية، ومما يعني بأن متغير مدة المرض لم يكن له أثر جوهري على مستوى المساندة الاجتماعية،

أما بالنسبة للأبعاد الثلاثة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد المساندة الاجتماعية (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مدة مرضهم لديهم نفس مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث (المساندة من قبل الأصدقاء، المساندة من قبل الأسرة، الرضا الذاتي عن المساندة)، ومما يعني بأن متغير مدة المرض لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاث.

- يُفسر الباحث هذه النتيجة بأن مرضى الفصام يتلقون نفس مستوى المساندة الاجتماعية باختلاف مدة المرض، سواء طال أم قصرت والمجتمع ينظر إلى المرضى نظرة متساوية وهذا يبدو واضحاً من خلال الممارسة العملية للباحث في العيادة النفسية.

- ولم يجد الباحث ضمن الدراسات السابقة ما يتفق مع هذه النتيجة أو ما يختلف عنها، ويبقى المجال مفتوحاً للباحثين القادمين، للبحث فيما بعد حول هذا المتغير بما يتفق أو يختلف مع هذه النتيجة.

- الفرضية 8.2: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات).

للتحقق من صحة الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لدراسة الفروق بين متوسطات درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (45) يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في درجات مقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الهدف والنجاح	بين المجموعات	124.797	3	41.599	2.01	//0.115
	داخل المجموعات	3402.026	164	20.744		
	المجموع	3526.823	167			
المسئولية الذاتية	بين المجموعات	163.248	3	54.416	1.13	//0.341
	داخل المجموعات	7931.118	164	48.360		
	المجموع	8094.366	167			
الصدق والأمل	بين المجموعات	89.901	3	29.967	0.46	//0.709
	داخل المجموعات	10625.645	164	64.791		
	المجموع	10715.546	167			
طلب المساعدة	بين المجموعات	26.965	3	8.988	0.52	//0.669
	داخل المجموعات	2831.745	164	17.267		
	المجموع	2858.710	167			
المعرفة والحماية	بين المجموعات	53.683	3	17.894	1.09	//0.354
	داخل المجموعات	2688.092	164	16.391		
	المجموع	2741.775	167			
الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء	بين المجموعات	1709.681	3	569.894	0.94	//0.423
	داخل المجموعات	99378.492	164	605.966		
	المجموع	101088.173	167			

// غير دال احصائيا

* دال احصائيا عند 0.05

** دال احصائيا عند 0.01

تبيين من خلال النتائج في الجدول السابق ما يلي:

• **الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء:**

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء الكلية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف فترة علاجهم لديهم نفس مستوى الاستشفاء، ومما يعني بأن متغير مدة المرض لم يكن له أثر جوهري على مستوى الاستشفاء، أما بالنسبة للأبعاد الخمسة فقد تبين ما يلي:

- لوحظ عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد الاستشفاء (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية) لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من سنتين، أقل من 4 سنوات، أقل من 8 سنوات، أكثر من 8 سنوات)، وهذا يدل على أن مرضى الفصام باختلاف مدة مرضهم لديهم نفس مستوى أبعاد الاستشفاء الخمس (الهدف والنجاح، المسؤولية الذاتية، الصدق والأمل، طلب المساعدة، المعرفة والحماية)، ومما يعني بأن متغير مدة المرض لم يكن له أثر جوهري على مستوى أبعاد الاستشفاء الخمسة.

- ويرى الباحث بان هذه النتيجة منطقية إلى حد ما، حيث ان استجابة مرضى الفصام لعملية الاستشفاء متساوية ولا تختلف باختلاف مدة المرض، ويذكر الباحث نقطة مهمة في هذا الصدد، فمن خلال عمل الباحث في العيادة النفسية فقد وجد بان كثير من المرضى النفسيين واهاليهم ونتيجة للوصمة، يميلون إلى انكار وجود المرض النفسي وخاصة مرض الفصام، فيلجئون إلى العلاج التقليدي في اغلب الاحيان، وبعد مدة من الزمن، وبعد ان يصلوا إلى مرحلة الياس من العلاج التقليدي فلا يجدون مفرأ من ان يأتوا بالمريض إلى العيادة النفسية، وتكون حالة المريض في كثير من الاحيان وصلت إلى مرحلة صعبة ومتقدمة من المرض.

- واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة جانيت لاندين 2000"، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في أبعاد الاستشفاء في الفصام (الأمل، فعالية الذات، والأمراض المقحمة) ومتغير مدة المرض.

تعليق عام على نتائج الدراسة:

يفسر الباحث التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية في تعزيز الصحة النفسية للفرد كون المساندة تعتبر من أهم مصادر الصحة النفسية للفرد، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها، يمكن أن تنتشأ الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه.

كذلك فإن الارتفاع في حجم المساندة الاجتماعية كما أدركه أفراد عينة الدراسة يمكن تفسيره بأن هؤلاء المرضى يتمتعون بقدر وافي من الدعم والمساندة من قبل أفراد العائلة أو المجتمع، والذي بدوره انعكس بصورة ايجابية على تعافيتهم واستقرار حالتهم والتخفيف من الأعراض السلبية لديهم.

وكذلك فإن تلقي مرضى الفصام المساندة الاجتماعية جعلهم أكثر تأثراً وانخراطاً مع من حولهم وأكثر قدرة على ادراك الواقع والتعاطي الإيجابي معه، ووصولهم لمرحلة الاستشفاء جاء أيضاً بعد مرحلة ليست بالبسيطة من العلاج الدوائي والنفسي والتأهيلي، وبدونه فمن الصعب الوصول بهذه الفئة من المرضى إلى الاستشفاء والتعافي.

ويرى الباحث بان عدم تأثر المساندة لهؤلاء المرضى ببعض المتغيرات يرجع إلى عادات وتقاليدهم مجتمعنا الفلسطيني الذي لا يفرق عند تقديم المساندة والدعم للمرضى بأي حال من الأحوال بأي معايير أو متغيرات، بل ان هذا المجتمع الاصيل لديه من الاخلاق والعطاء الذي يجعله لا يفرق بين هؤلاء المرضى وغيرهم بغض النظر عن حالاتهم واحوالهم.

اما بالنسبة لتأثير متغير المستوى التعليمي على استشفاء مرضى الفصام فكما ذكر الباحث سابقاً، يرجع إلى ان المستوى التعليمي يلعب دوراً هاماً في فهم المريض لمرضه وكيفية التعاطي معه واستقباله للعلاج بأنواعه، وكذلك زيادة الوعي والادراك لمراحل وتقنيات العلاج المختلفة،

ويرجع أيضاً إلى مستوى المساندة والتعاطف الزائد من قبل أفراد الأسرة والمجتمع نظراً للقيمة المجتمعية التي كان يمثلها في فترة ما قبل المرض النفسي.

ويرى الباحث ان مرضى الفصام العقلي مثلهم مثل الكثيرين من فئات المرضى النفسيين الاخرين، لديهم الفرصة للاستشفاء والتعافي وبان يكونوا أفراداً فاعلين ومؤثرين في المحيط الذي يعيشون فيه وخاصة داخل اسرهم ومجتمعهم، ويتمتعون بالحقوق الطبيعية لأي فرد من أفراد المجتمع، ويقومون بالواجبات المنوطة بهم، وهنا لا بد ان نذكر بأنهم أكثر تأثراً بالعوامل البيئية السلبية والضغط الخارجية، وكذلك أكثر عُرضةً للانتكاسة والعودة إلى الأعراض السلبية السابقة التي تعيق انخراطهم وتفاعلهم مع من حولهم، وعجزهم الكامل للقيام بدورهم الطبيعي، والانفصال عن العالم الواقعي ويعيشوا في عالم اخر من نسج خيالهم.

الخاتمة

وعليه فالمساندة الاجتماعية تعتبر عنصر أساسي ومرتكز أصيل تستند عليه الكثير من الخطط والبرامج التأهيلية للمرضى النفسيين عامة والفصاميين بشكل خاص لمساعدتهم على تخطي مرحلة المرض والانخراط داخل المجتمع ومتابعة دورهم الاجتماعي والعمل بالشكل الذي يكفل لهم حياة مستقرة وكريمة.

كما أن العلاج الفعال للفصاميين يعتمد على العلاج الدوائي لتخفيف الأعراض ومنع الانتكاسات في المرحلة الاولى، وهناك وسائل علاج نفسية واجتماعية لمساعدة المرضى وأسرههم على حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط والتكيف مع المرض ومضاعفاته وأعراضه والمساعدة في منع الانتكاسات، بالإضافة إلى التأهيل النفسي والاجتماعي الذي يساعد المرضى على أن يعودوا للاندماج في المجتمع وأن يستعيدوا وظائفهم التعليمية أو العملية أو الاجتماعية.

وهذه الدراسة ما هي إلا مساهمة بسيطة للتعرف على واقع المساندة الاجتماعية وتأثيرها بالنسبة للفصاميين المترددين على العيادات النفسية الحكومية في محافظات قطاع غزة، ويبقى هذا الموضوع بحاجة إلى دراسات معمقة وفتح المجال أمام الباحثين والمختصين والأخذ بعين الاعتبار النقائص وتغطيتها لتحسين عملية المساعدة لهذه الفئة من المرضى ومساعدتهم للوصول إلى مرحلة الاستشفاء، وكذلك زيادة التنسيق ما بين المراكز الصحية الحكومية ومؤسسات العمل المجتمعي والتأهيل النفسي، للعمل سويا في اطار بناء البرامج والمشاريع التي تستهدف هذه الفئة من المرضى، ومساندتهم بشكل افضل مما هو موجود حاليا، وبناء شبكة دعم مجتمعي كاملة ومتكاملة في اطار الجهود لتذليل العقبات والصعوبات التي تحول دون تعافي هؤلاء المرضى.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

لقد أسفرت نتائج الدراسة عما ما يلي:

- إن متوسط درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة بلغ (48.0) درجة وبنحرف معياري (9.9) درجة وبوزن نسبي بلغ (69.5%)، وهذا يعني أن مرضى الفصام يتلقون درجة كبيرة من المساندة الاجتماعية.
- وأظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة بلغ (139.0) درجة وبنحرف معياري (24.5) درجة وبوزن نسبي بلغ (71.3%)، وهذا يعني مرضى الفصام كانت درجة الاستشفاء لديهم مرتفعة.
- وجود تأثير جوهري ذو دلالة إحصائية للمتغير الكلي للمساندة الاجتماعية على الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة ($F=267.45, P\text{-value}<0.01$)، وقد فسر هذا البعد نسبة (61.2%) من التباين الكلي في مستوى الاستشفاء وهذه النسبة مرتفعة التأثير.
- وجود علاقة طردية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية ودرجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة.
- عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى للمتغيرات التالية: (نوع الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، مكان السكن، الدخل الشهري، مدة المرض).
- عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة تعزى لمتغير (نوع الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، مكان السكن، الدخل الشهري، مدة المرض).

○ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الاجتماعية لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة (p- , f=3.13 value=0.016) تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

○ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاستشفاء لدى مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة (p-value=0.001 , f=5.47) تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحث يُقدم بعض التوصيات والتي من شأنها أن تعيد المرضى بشكل عام ومرضى الفصام بشكل خاص على النحو التالي:

- ✚ اعداد ندوات ولقاءات تستهدف أهالي المرضى النفسيين وخصوصاً الفصاميين منهم وتوعيتهم بطرق وأشكال الدعم والمساندة.
- ✚ توعية أهالي مرضى الفصام بجدوى تقديم الدعم والمساندة للمرضى الفصاميين وتأثيرها في عملية الاستشفاء.
- ✚ تعزيز وتدعيم قدرة أهالي المرضى على تقديم الدعم والمساندة بأنواعها وأشكالها المختلفة.
- ✚ تصميم برامج ارشادية وتوجيهية تستهدف أهالي المرضى للعمل على تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن وجود مريض فصامي في العائلة.
- ✚ العمل على دمج المرضى الفصاميين في المجتمع من خلال المؤسسات الاجتماعية والثقافية لما له من دور مؤثر وفعال في الوصول إلى مرحلة متقدمة من التعافي والاستشفاء.
- ✚ توفير الدعم الطبي والنفسي والمادي لهؤلاء المرضى وأسره من خلال المؤسسات المعنية.
- ✚ العمل على اعداد برامج إعلامية تثقيفية وتوعوية تُعنى بمشاكل وأسر المرضى النفسيين وتعمل على التخفيف من وصمة المرض النفسي في المجتمع.
- ✚ العمل من قبل الجهات المعنية على تحسين أوضاع أسر وعوائل المرضى النفسيين المعيشية وتقديم المساعدات اللازمة إليهم.
- ✚ العمل على زيادة الاهتمام بالدراسات العلمية التي تهتم بدراسة الضغوط لأسر واهالي المرضى النفسيين وعلاجها.
- ✚ تقديم مزيد من الجهود لدراسة الوسائل التي تعمل على تحسين وتفعيل دور المساندة الأسرية والاجتماعية لدى هؤلاء المرضى.

مقترحات الدراسة:

نظراً لقلّة الدراسات التي تهتم بموضوع المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى مرضى الفصام العقلي، وخاصة على الصعيد المحلي والعربي، فالباحث يقدم اقتراح لبعض الموضوعات التي يمكن دراستها في هذا المجال:

✕ دراسة مستوى الدعم الاسري والاجتماعي المقدم للمرضى النفسيين والعوامل المؤثرة فيه.

✕ دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أسر المرضى النفسيين.

✕ تصميم برامج علاجية مقترحة لتحسين جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة للمرضى.

✕ دراسة أثر المساندة الاجتماعية في التخفيف من الضغوط النفسية لدى المرضى.

✕ دراسة الضغوط النفسية وجودة المساندة الأسرية والاجتماعية لدى مرضى الاكتئاب النفسي.

✕ تصميم برامج إرشادية مقترحة للتخفيف من الضغوط النفسية لدى اهالي مرضى الفصام وإكسابهم طرق ايجابية لمواجهة الضغوط.

✕ دراسة مستوى القلق النفسي وقلق المستقبل لدى المرضى النفسيين.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر:

(1) القرآن الكريم.

(2) السنة النبوية.

المراجع العربية:

إبراهيم، فيوليت (1994): "الصحة النفسية وبعض المتغيرات الأسرية"، مجلة الإرشاد النفسي، العدد الثالث، القاهرة.

إبراهيم، عبد الستار (1998): "الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث - منهج وأساليب علاجه، العدد 23، القاهرة: عالم المعرفة.

إبراهيم، عبد الستار (1983): "العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان"، القاهرة: مكتبة مدبولي.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم (1991): "لسان العرب"، دار صادر، بيروت.

الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات (2005): "المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي، المجلد الأول، 25-27 ديسمبر، ص ص (575-633) جامعة عين شمس.

أسعد، وجيه (2001): "المعجم الموسوعي في علم النفس" الجزء الخامس، سوريا: منشورات وزارة الثقافة.

الأغا، إحسان: (1997) "البحث التربوي وعناصره ومناهجه وأدواته"، دار المقداد للطباعة، غزة، فلسطين.

بريخ، شادي (2014): "استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الاقصى، غزة، فلسطين.

بركات، زياد وحسن، كفاح (2006): "الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه: لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين"، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (9).

بطرس، حافظ بطرس (2005): "المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقلياً ذوي صعوبات القراءة"، المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات، المجلد الأول، 25-27 ديسمبر، ص ص (575-633) جامعة عين شمس.

بكير، باسم (2013): " أثر العلاج خارج نطاق المستشفيات " من خلال عيادات الصحة النفسية والمجتمعية" على عملية الاستشفاء لدى مرضى الاكتئاب في قطاع غزة" رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التمريض بالتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

بوزياني، وئام (2013): "واقع التكفل النفسي بالمرضى الفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية"، دراسة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر "بسكرة"، الجزائر.

جاب الله، شعبان (1993): "علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية"، دار غريب للنشر، القاهرة.

جلال، سعد (1986): "في الصحة العقلية" الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية"، القاهرة: دار الفكر العربي.

جودة، نبيل (2008): "الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

جوهر، صلاح الدين (1987): "مقدمة في إدارة وتنظيم التعليم، مكتبة عين شمس، القاهرة، مصر.

حسنيين، عائدة (2004): "الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

حسين، راوية محمود (1996) "النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات"، مجلة علم النفس، العدد التاسع والثلاثون، الهيئة المصرية العامة للكتاب (ص ص 44-58).

حميد، خالد دياب (2013): "الوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الأسري المحررين -صفة" وفاء الأحرار"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

حنفي، هويدة (2007): "المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون المبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (55)، المجلد السابع عشر، ابريل.

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

داود، عزيز حنا و آخرون (1992): "الشخصية بين السواء والمرض"، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

دسوقي، راوية محمود (1996): "النموذج السلبي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية"، مجلة علم النفس، العدد التاسع والثلاثون، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، ص ص 44-60.

الدليم، فهد بن عبدالله بن علي (2006): "المهارات الاجتماعية لدى الفصامين المراجعين والمنومين"، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد الرابع - العدد الاول، كلية التربية - جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

دياب، مروان عبد الله (2006): "دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

راضي، زينب (2008): "الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات"، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

الربيعة، فهد بن عبد الله (1997): "الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة : دراسة ميدانية، مجلة علم النفس، العدد (43)، سبتمبر، الهيئة العامة للكتاب.

أبو رحمة، حسن (2012): "إسهام الالتزام الدوائي والدعم الاسري في منع الانتكاسة لمرضى الفصام في قطاع غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

رشوان، حسين عبدالحميد (1992): "الطفل: دراسة في علم النفس الاجتماعي"، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ص 108.

رمضان، السيد (2002): "إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

زقوت، سمير (2001): "الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالجين النفسيين والتقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

زهران، حامد عبد السلام (1978): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، ط2، مصر، القاهرة: مكتبة عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام (1997): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الثالثة، القاهرة: مكتبة عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام (2005): "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة.

سامر جميل رضوان (2002): "الصحة النفسية"، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

السرسى، أسماء، وعبد المقصور، أماني (2001): "المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

سلطان، إبتسام (2009): "المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة"، ط1، عمان، دار الصفاء للنشر والتوزيع.

سمور، عايش (2006): "الاضطرابات النفسية والذهانية (التشخيص والعلاج)"، دار المقداد للطباعة، غزة، فلسطين.

سيد، محمد عبد العظيم و المغيري، فدوى بشير (2005): "علم النفس المرضي"، القاهرة، مصر.

سيلفانو اريتي، ترجمة عاطف أحمد (1991): "الفصامي كيف نفهمه ونساعده"، مجلة عالم المعرفة، ص14.

الشاعر، درداح (2005): "اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقيمة الحياة لديهم"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس بمصر بالتعاون مع جامعة الأقصى بغزة.

شحادة، مروة (2012): "درجة الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام في قطاع غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التمريض بالتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

الشرييني، لطفي (2001): "الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج"، ط1، دار النهضة العربية، بيروت.

الشرييني، لطفي "معجم مصطلحات الطب النفسي"، (ب ط)، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

شعبان، رضوان وهريدي، عادل محمد (2001): "العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة"، مجلة علم النفس، العدد الثامن والخمسون القاهرة، ص 72-109.

الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد (1998): "العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته"، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

الشناوي، محمد محروس، ومحمد السيد عبد الرحمن (1994): "المساندة الاجتماعية والصحة النفسية"، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

شند، سميرة (2001): "تقدير الذات والمساندة الأسرية للمرأة"، مجلة كلية التربية، العدد الخامس و العشرون زهاء الشرق -القاهرة.

صادق، عادل: (2009) "في بيتنا مريض نفسي"، دار الصحوة للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر.

الصفحة الالكترونية للباحثون السوريون (2015): "علوم عصبية وطب نفسي"، تاريخ الدخول: <http://www.syr-باحا> 2015/06/18 الساعة 11 ص
(res.com/article/1768.html).

طه، فرج عبدالقادر واخرون (1975): "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، دار سعاد الصباح، الكويت (ب، ث).

عايش، محمد (2013): "جودة الحياة لدى مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التمريض بالتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

عبد الحميد مرسي، سيد (1983) : "النفس مطمئنة"، الطبعة الأولى، دار التوفيق النموذجية.

عبد الرازق، عماد علي (1998): "المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية"، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثامن، العدد الثالث عشر، ص ص 16.

عبد الرحمن، محمد السيد (2000): "علم الأمراض النفسية العقلية"، موسوعة الصحة النفسية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج، دار قباء، القاهرة.

عبد السلام علي، علي (1997): "المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات"، مجلة دراسات نفسية، المجلد السابع، العدد الثاني، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (ص ص 203-232).

عبد السلام علي، علي (2000): "المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية"، مجلة علم النفس، العدد الثالث والخمسون، القاهرة، ص 6-19.

عبد العزيز، مفتاح محمد (2010): "مقدمة في علم نفس الصحة: مفاهيم - نماذج - نظريات- دراسات" ط1 ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

عبد الله، مجدي أحمد محمد (2000) : "علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"، جمهورية مصر العربية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الله، معتز سيد (1997): "الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للجماعة"، بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد الثالث، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ص ص 15-97.

عبد المعطي، حسن مصطفى (1998): "موسوعة علم النفس العيادي (1)" ، علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عسيري، بدور احمد ناصر(2012):"دور الخدمة الاجتماعية مع الأزمات والكوارث"، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية السعودية.

عكاشة، أحمد(1998): "الطب النفسي المعاصر"، طبعة منقحة، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.

عودة، محمد (2010): "الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية برنامج غزة للصحة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة" ، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية التربية.

العوضي، إيناس حافظ علي (2012): "الضغوط النفسية الأسرية ومعنى الحياة لوالدي الأبناء الفصامين"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية.

العيسوي، عبد الرحمن (1999): "دراسات في علم النفس الاجتماعي"، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

فايد، حسين (1998م): "الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية" في (8) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص 153_192.

فايد، حسين (2001): "دراسات في الصحة النفسية"، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث.

القعيد، سعد مسعر (1990): "الخدمة الاجتماعية المدرسية"، الرياض دار المريخ.

كمال، جوزال (1997): " القراءة وعلاقتها بالتدعيم الأسري، دراسات نفسية، المجلد السابع، المجلد الأول، العدد الأول، القاهرة.

مرسي، كمال (2000): "السعادة وتنمية الصحة النفسية _ مسئولية الفرد في الإسلام وعلم النفس"، الجزء الأول، دار النشر للجامعات، القاهرة.

المرشد في الطب النفسي (1999): "الكتاب الطبي الجامعي"، منظمة الصحة العالمية.

مصباح، مصطفى عطية، (2011): "القدرة على اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في محافظات غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.

ملكوش، رياض، و خولة، يحيى (1995): "الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمّهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان"، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني والعشرون، العدد الخامس.

المنجد في اللغة والإعلام" (1998):، بيروت، لبنان، منشورات دار المشرق.

مهدي، ضيف الله (2007): "شبكة الحصن النفسي"، تاريخ الدخول: 2015/05/17، الساعة 9 صباحاً (<http://bafree.net/alhishn/archive/index.php/t-66272.html>).

أبو ناهية، صلاح الدين (1989): "الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح الأكاديمي لدى الأبناء في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة"، مجلة دراسات تربوية، المجلد (4)، العدد (19)، ص ص 56-82.

هشام ابراهيم عبدالله، (1995): "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكنتاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين، المؤتمر الدولي للإرشاد النفسي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، القاهرة، 473-513.

الهنداوي، محمد حامد (2011): "الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.

أبو هين، فضل وسراج، إباد (1992): "دراسة مسحية للأمراض النفسية في قطاع غزة"، دراسة غير منشورة، مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية، فلسطين، ص ص 1-12.

المراجع الأجنبية:

- Abu-shauish, Mohammed (2012): "The impact of a training program depends on the consolidation and recovery plan for the knowledge and attitudes of social workers towards hospitalization **Master Theses that is not published**, Islamic University, Gaza.
- Al Sheakh Ali, Hanan M. (2013): "Effectiveness of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) on Schizophrenic patients in Gaza strip", **Master Theses that is not published**, Islamic University, Gaza.
- American Psychiatric Association (1994): "**Diagnostic and Statistical manual of mental Disorder, Fourth edition (D.S.M-IV)**", Washington APA.
- American Psychiatric Association (2013): "**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**", Fifth Edition (D.S.M-5), Washington APA.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 16(4),11-23.
- Anthony, W. A. (2003). Expanding the Evidence Base in an Era of Recovery. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 27(1), 1-2
- 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
- Bakeer, Bassim M. (2013): "The Impact of Deinstitutionalization of Mental Health Services on Recovery Process among Depressive Patients in

Gaza Strip", **Master Theses that is not published**, Islamic University, Gaza.

Barrera, M. (1981): social support in the adjustment of pregnant adolescents. assessment Issues, in B.H gottliab (EDS) **social networks and social support** ,Beverly,(A:sage,pp.69–96).

Breham, S.(1984): **social support processes**, boundry, areasing social and developmental psychology. new York: academic press, 107–129.

Buunk, B.P., Hoorens, V., 1992. Social support and stress: **the role of social comparison and social exchange processes**. Br. J. Clin. Psychol. 31 (4), 445 – 457.

Cohen S & Wills T A. **Stress, social support, and the buffering hypothesis**. **Psychol. Bull.** 98:310–57, 1985.

Coyne, J. & Downey, G. (1991) Social factors and **Psychopathology: stress, social support and coping processes**. Annual Review of Psychology, vol.42, 401–429.

Cutrona, C.; Russell, D., (1990). Social support and adaptation to stress by the elderly. **Journal of Psychology and Aging**, Vol. 1, No. 1, 47–54.

Deegan P. **Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities**. Social Work in Health Care 1997; 25:11–24.

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, 19 (3), 91–97.

Elkhaldi, Ahmed (2013): "The Impact of Family Support on Recovery of Depressed Patients in Gaza Governorates", **Master Theses that is not published**, Islamic University, Gaza.

- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C. & Gervain, M. (1995) **Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery**. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.
- Heller, Kenneth; Swindle, Ralph W.; Dusenbury, **Linda Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 54(4), Aug 1986, 466–470.
- Heller. K. et al. (1986): components of Social Support processes. comments and Integration. **Journal of consulting and psychology**. vol.(54). No. (4). p.p. 466.
- Hupp, D., (2008): "**The Role of the Wellness Management and Recovery Program in Promoting Social Support**"*, the University of Toledo, 1–93.
- Johnson, E., (2000): **Recovery Principles**, an Alternative in Maricopa County For Individuals Who Experience Psychiatric Symptoms, META Services, 1–15.
- Julie, chronister, Chih.C, Michael. f, Elizabeth. C. (2008): the relationship between social support and rehabilitation related outcomes: A meta-analysis. **Journal of rehabilitation** ,vol. (74).issue(2)p.16+.
- Kennedy, S., Kiecolt. Glaser, J. K, &Glaser, R. (1990): **social support, stress, and immune system**, in B. R. sarson, I.G. sarson & G.R. pierce (EDS), social support: an Interactional view. New York: john Wiley.
- La Rocco, J., House, J. S, & French, J. R. Social Suport, Occupation stress, and health. *Journal of health and Social Behavior*, 1980, 21, 202–218.

- Levitt P. (2007): psychological disorder schizophrenia. Chelsea House books, New York.
- Lewis. (1993): "**Decision-Making and marital satisfaction in African and American families**, Michigan state university. vol. (15), NO. (2) p.p. 110–119.
- Lovejoy, M. (1984). **Recovery from schizophrenia: A personal odyssey**. Hospital and Community Psychiatry, 35(8), 809–812.
- McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Luborsky, L., Woody, G.E., Kron, R. (1981). Are the addiction-related problems of substance abusers really related? **Journal of Nervous and Mental Disorders**, 169(4), 232–239.
- McLellan, A.T., Chalk, M., & Bartlett, J. (2007). Outcomes, Performance, And Quality – What's the deference? **Journal of substance Abuse Treatment**, 32, 331–340.
- Nansy, M. (1994): **The decision-Making process leading to marriage dissertation abstracts International** .vol.(55), No. (10a) p.p.3331–3341.
- Norbeck. J. (1984): **Social Support Questionnaire (Nssq)** university of California sanfrancisco.
- Obaied, Wissam (2013): "Marriage Experience among schizophrenia Clients: Qualitative Narrative Study", **Master Theses that is not published**, Al-Najah National University, Palestine.
- Onken, S., Dumount, J., Ridgway, P., Doman, D., and Ralph, R., (2002): **Mental health recovery**, by National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, New York, USA, 1–108.

Potokar, D.(2008): "living with serious mental illness, the role of personal loss in recovery and quality of life", all rights reserved by Daniel Nicole potokar, 1–209.

Rathee v. Shanmugam [1981], **Marriage between Ceylon Tamil Hindus**, 1 M.L.J. 263; Tan Siew Hong v. Chai Tze Yuk [1987] 1 M.L.J. 520.

Roberts, G., Wolfson, P. (2004): The rediscovery of recovery, **advances psychiatric treatment journal**, published by the royal college of psychiatrist, vol., 10 , 37–49.

Rodin, J. (1985): **the application of social psychology** In G. lindzey & E; Arson (EDS) the hand book of social psychology. Random house publisher, new York.

Rubin KH, Chen X, McDougall P, Bowker A, McKinnon J. The Waterloo Longitudinal Project: **predicting adolescent internalizing and externalizing problems from early and mid–childhood**. Dev Psychopathol. 1995;7:751–64.

Ruth O. Ralph (2000): "**A synthesis of a sample of recovery literature 2000**, Review of recovery literature, Edmund S. Muskie school of public service, university of Southern Maine, 2000.

Rutter, M., (1990): "**Psychological Resilience and Protective Mechanisms**" in Rolf, J. et al " Risk and protective factors in the development pf psycho–pathology" Cambridge University Press Publisher, 181–214.

Sarason, I.G., Levine, H. M. Bashman, R. B. & Sarason B. R. (1983). Assessing social support. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 44, (1), 127–139.

- Stahl, G. (2000) Collaborative information environments to support knowledge construction **by communities, AI & Society**, 14.
- Stice, Eric; Ragan, Jennifer & Randall, Paatrick.(2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for parent and peer support?. **Journal of Abnormal Psychology**,113(1),155–159.
- Strickland B R, (2001): **Gale Encyclopedia of Psychology**, second edition. Gale Group 27500 Drake Rd, USA.
- Surgeon General's Report on Mental Health, (1999), USA.
- Turner, R. & Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. **Journal of Health & social behavior**, Vol. 35, 193–212.
- US department of health and human services (2004): **National consensus conference statement on mental health recovery**, by US department of health and human services substance abuse and mental health administration, 1–2.
- Wikipedia (2015): "<https://en.wikipedia.org/wiki/Healing>". (Date of access, 2015/6/18, 10:00 Am).
- Yeh, M. Y., Che, H. L., Lee, L. W., & Horng, F. F. (2008). An empowerment process: Successful recovery from alcohol dependence. **Journal of Clinical Nursing**, 17, 921–929.

الملاحق

ملحق (1)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم:/35/ع/تن

التاريخ: 2015/11/25

الأخوة الأفاضل/ الإدارة العامة للصحة النفسية

حفظهم الله،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكريم بتسهيل مهمة الطالب/ عمرو سامي محمد أبو عقل، برقم جامعي 120130478 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعده في إعدادها والتي بعنوان:

المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية في قطاع غزة

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف على المناعمة

صورة إلى:-

♦ الملف.



ملحق (2)

الاستبانة الاولى (مقياس المساندة الاجتماعية)

تعليمات للمفحوص/

أخي الفاضل/ أختي الفاضلة يُستخدم هذا المقياس في تقدير درجة المساندة الاجتماعية التي يدركها الشخص من الآخرين المحيطين به، اقرأ كل عبارة ثم قرر:

1. إذا كانت العبارة تنطبق عليك كثيراً ضع علامة (✓) في خانة دائماً.
2. إذا كانت العبارة تنطبق عليك بعض الشيء ضع علامة (✓) في خانة أحياناً.
3. إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك كثيراً ضع علامة (✓) في خانة نادراً.

علماً بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وأي إجابة تعتبر صحيحة عندما تعبر عن شعورك بصدق.

م	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
1.	عندما أحتاج إلى المساعدة أجد أصدقائي من حولي.			
2.	يشعروني أصدقائي بأهميتي حتى ولو كانت تصرفاتي خاطئة.			
3.	أصدقائي لطفاء معي بغض النظر عما افعله.			
4.	كان لدي أصدقاء حميمين أتحدث معهم عن أسراري ولم يعد لدي أصدقاء الآن.			
5.	عندما أكون في مشكلة أستطيع أن أعتمد على زملائي القريبين مني لمساعدتي			
6.	أشعر بالوحدة كما لو كان ليس لي أحد أعرفه.			
7.	أشعر أنني محل اهتمام من زملائي الذين يعيشون بالقرب مني.			
8.	تعاملات زملائي معي تجعلني أشعر بأهميتي.			
9.	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من زملائي			
10.	المساعدة المعنوية من الأصدقاء هامة بالنسبة لي.			
11.	عندما أكون في مشكلة يمكنني طلب المساعدة من والداي أو أقربائي.			
12.	تشعروني أسرتي بالرضا والقوة.			
13.	منذ صغري أتلقى قدر كبير من مساندة والداي.			
14.	أشعر بالراحة عندما اطلب المساندة من أسرتي.			

			15. طوال حياتي أجد من يساعدني عندما أحتاج إلى المساعدة.
			16. يساعدني إخوتي وأخواتي عندما أحتاج إلى المساعدة.
			17. لا أعرف أحداً أثق فيه.
			18. عندما أواجه متاعب لا أبوح بها لأحد.
			19. يوجد أشخاص ألجأ إليهم لمساعدتي عندما أشعر بعدم السعادة أو أواجه أي متاعب أو مشاكل.
			20. أنا غير منتمي إلى أي جماعات اجتماعية.
			21. أعتقد بأن الناس لا يحتاجون إلى بعضهم البعض ويمكنهم الاعتماد على أنفسهم.
			22. أشعر بالراحة عندما ألجأ إلى رجال الدين طلباً للمساعدة.
			23. أثق في نفسي وفي قدرتي على التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة من الآخرين.

ملحق (3)

الاستبانة الثانية (مقياس تقييم الاستشفاء)

تعليمات للمفحوص/

أخي الفاضل/ اختي الفاضلة بين يديك مجموعة من العبارات والمطلوب منك الاستجابة للعبارة التي تصف حالتك أو وضعك وذلك بالتأشير على واحدة فقط من هذه الكلمات التالية:

(وافق بشدة، اوافق، غير متأكد/ة، لا اوافق، لا اوافق بشدة)

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	غير متأكد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1.	لدي الرغبة في النجاح.					
2.	أشعر أنني إنسان جيد.					
3.	عملية الشفاء تعني لي أكثر مرحلة نجاح في حياتي.					
4.	يمكنني المشاركة والحديث مع الآخرين.					
5.	انا قادر على تحقيق هدفي الذي أسعى اليه.					
6.	اخرج على الاقل مرتين لمتنزه كل اسبوع.					
7.	أصبحت الأعراض لا تشكل حيز كبير من تفكيري.					
8.	أصبحت الأعراض تؤثر بشكل اقل على حياتي.					
9.	أشعر بأمان مع نفسي.					
10.	أتناول وجبات غذائية متوازنة كل يوم.					
11.	بإمكاني السيطرة على الأعراض التي أشعر بها.					
12.	أشعر بالمسئولية عن مدى تحسني.					
13.	لدي المقدرة على اكتساب كل ما تعلمته للسيطرة على الأعراض المرضية.					
14.	باستطاعتي التحكم بالتوتر والضغوطات.					
15.	هناك أشخاص داعمين لي يساندونني عندما أكون غير قادر على العناية بنفسي.					
16.	أشعر ان مسار حياتي خارج عن السيطرة.					

					17. عملية التعافي والشفاء تحتاج إلى أمل و شجاعة.
					18. هناك بعض المصادر الخارجية تعطيني معنى لحياتي.
					19. التمسك بالدين يكسبني صلابة وقوة.
					20. كل يوم لدي فرصة أفضل للتعلم.
					21. أنا أصبحت أفضل من السابق.
					22. أتحدى بالصبر مع نفسي ومع الآخرين.
					23. أصبح لدي أمل في المستقبل.
					24. الصلاة وقراءة القرآن مصدر الهامي.
					25. تديني جزء مهم في حياتي.
					26. أحب مساعدة الناس الآخرين.
					27. يمكن للتحسن ان يحدث حتى لو بقيت الأعراض.
					28. أطلب المساعدة متى احتجت اليها.
					29. أنا مرتاح وسعيد بطلبي للمساعدة.
					30. أسعى لطلب المساعدة عند ظهور علامات تنذر بالتدهور.
					31. أعرف أشخاص قد تعافوا من المرض النفسي.
					32. يمكنني التحسن من المرض النفسي بدون مساعدة مهنية.
					33. أتلقى مساعدات مالية بشكل مستمر.
					34. يمكنني الحصول على العلاج بصورة مستمرة.
					35. عندما أتعرض لأمر مزعجة في الحياة تتفاقم الأعراض لدي.
					36. أعرف متى أكون مقبل على تدهور عند بدء ظهور بعض الأعراض.
					37. عندي المقدرة على معرفة العوامل التي تثيرني أو تظهر لدي المشكلة.
					38. ما زالت لدي بعض الأعراض أستطيع التعامل معها.
					39. أعرف ما الذي يمكنني أن أقوم به لأكون بأحسن حال.
					40. أنا قادر على مساعدة نفسي للبقاء بأفضل حال.

نشكر لكم حسن تعاونكم...