المعتقدات حول المرض النفسي (دراسة فروق بين الجنسين

د. نسرين يعقوب

بخت الجدعاني

ملخص البحث :

هدفت الدراسة الحالية (المعتقدات حول المرض النفسي دراسة فروق بين الجنسين) إلى معرفة الفروق في المعتقدات حول المرض النفسي بين الذكور و الإناث في ضوء الأبعاد التالية : طبيعة المرض النفسي – أسباب المرض النفسي – طرق العلاج من المرض النفسي – الشفاء من المرض النفسي – تأثير المرض النفسي على أسرة المريض ، و قد تكونت العينة من ٥٠ مفردة ٢٥ إناث و٢٥ ذكور تتراوح أعمارهم ما بين ٢٥و ٦٠ سنة في مدينة جدة / المملكة العربية السعودية و لقد راعت الباحثان قدر الإمكان تجانس المستوى الاجتماعي والاقتصادي ،و قد أستخدم في البحث استمارة مقياس المعتقدات حول المرض النفسي إعداد الدكتورة زينب محمد شقير الطبعة الثانية ٢٠٠٢م ، و كشفت أهم النتائج عن أن هنالك فروق في المعتقدات حول المرض النفسي بين الذكور و الإناث لصالح الإناث .

المعتقدات حول المرض النفسي (دراسة فروق بين الجنسين)

د. نسرين يعقوب
بخت الجدعاني

مقدمة :

شخصية الإنسان خليط يتكون من عده أبعاد عضوية وعقلية وانفعالية و وجدانية، وتعتبر المعتقدات واحدة من أهم الجوانب التي تؤثر في بناء الشخصية و بالتالي تأثر على سلوكيات و مشاعر الفرد ، و المعتقدات عامل خفي يغفل عن أدراك تأثيره كثير من الناس .

و على الرغم من اهتمام المربين بالمجال الانفعالي و الوجداني و العقلي إلا أن المعتقدات لم تلق الاهتمام الذي تلقته المفاهيم النفسية الأخرى وتعد دراسة المعتقدات من الدراسات ذات الأهمية في مجال علم النفس برغم من ندرة الدراسات حولها و ندرة الاهتمام بوضع مقاييس نفسية عن المعتقدات على الصعيد العربي (شقير، زينب ، ٢٠٠٢:٢) .

الأهمية:

أولاً : كون الأمراض النفسية أصبحت شائعة و منتشرة بصورة كبيرة في المجتمعات ، كما أن وجود مريض نفسي في الأسرة يؤثر على العائلة و أيضاً تؤثر العائلة على المريض النفسي بالسلب و الإيجاب لذلك تكتسب هذه الدراسة أهميتها (أحمد ،إسماعيل محمد ،٢٠٠٩).

ثانياً : و تكمن الأهمية الثانية في تغير نظرة المجتمع السلبية للمريض النفسي و وصمة العار التي تلاحقه (أبو جربوع ،علاء الدين، ٢٠٠٥) .

ثالثاً : تكمن أهمية الدراسة في استفادة المسؤلين في التعليم و الصحة لتغير اتجاهات المجتمع حول المرض النفسي من الاتجاهات السلبية للاتجاهات الإيجابية (أحمد ،إسماعيل محمد ، ٢٠٠٩).

رابعاً : تنبثق أهمية الدراسة الحالية من إثرائها للمكتبة النفسية لموضوعات في حاجة للبحث و الدراسة (أحمد، إسماعيل محمد ،٢٠٠٩).

خامساً : ندرة الدراسات المتعلقة بموضوع المعتقدات النفسية في العالم العربي (شقير، زينب، ٢٠٠٢) .

الأهداف :

يهدف هذا البحث إلي تقصي أهم المعتقدات المرتبطة بالمرض النفسي وتحديد مدي اختلافها بين الذكور والإناث واقتراح بعض التوصيات للقيام ببعض الإجراءات التي ترفع من الوعي لدى المجتمع .

العينة :

تكونت عينة الدراسة ٥٠ فردا منهم ٢٥ إناث و٢٥ ذكور تتراوح أعمارهم ما بين ٢٥و٦٠ سنة في مدينة جدة / المملكة العربية السعودية حيث تم اختيار اينة بصورة عشوائية مقسمة الى مجموعات (مجموعه طلبة الجامعه – مجموعه المترددات على الخدمات النفسية – مجموعه المهتمين بالمجال البحثى – وكذلك مجموعه من اباء وامهات الطلبة) و لقد راعت الباحثتان قدر الإمكان تجانس المستوى الاجتماعي والاقتصادي :

أدوات البحث :

استمارة مقياس المعتقدات حول المرض النفسي إعداد الدكتورة زينب محمد شقير الطبعة الثانية ٢٠٠٢م و احتوت على أسئلة معلومات عامه و ٤٠ سؤال يقيس أبعاد المعتقدات نحو المرض النفسي و التي من خلالها يمكننا إثبات صحة أو عدم صحة فرضيات البحث .

الفروض :

الفرض الرئيسي :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث في البحث الحالي في المعتقدات حول المرض النفسي .

الفروض الفرعية :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طبيعة المرض النفسي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في أسباب المرض النفسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طرق العلاج من المرض النفسي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي

في الشفاء من المرض النفسي .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في تأثير المرض النفسي على أسرة المريض .

منهج البحث :

تستخدم هذه الدراسة المنهج الوصفي المسحي ، والمنهج الوصفي هو يقتصر دور الباحث فيه على تصنيف المتغيرات و تفسير العلاقات فيما بينها و لا يتدخل في تقديم المتغيرات أو تعديلها لأنها تتعلق بخصائص الأفراد (القرشي ،عبد الفتاح ،٢٠٠١: ٢٥٣)

ويتناول المنهج الوصفي المسحي دراسة خاصية أو صفة في مجتمع محدد أو دراسة ميول و اعتقادات واتجاهات الأفراد أو دراسة ميولهم و عاداتهم وقيمهم و تقدير مدى انتشار ظاهرة معينة في المجتمع ،تان و أيضاً تستخدم في البحوث الوبائية و أهم ما يميز هذا التصميم انه يهدف إلى معرفة الظاهرة على مستوى مجتمع معين و من أكثر الأساليب المستخدمة مع هذا النوع الاستفتاء و المقابلة و كما يجب الاستعانة بالملاحظة و الاختبارات و المقاييس و السجلات ولذلك هذا المنهج يتلائم مع موضوع الدراسة الحالية .

المعاملات الإحصائية :

يتم حساب المعاملات الإحصائية و معالجتها و تحليلها و من خلال استخدام اختبار الدرجة التائية و الانحراف المعياري و المتوسط .

الإطار النظري :

قبل البدء بالدراسة من الواجب علينا تحديد المصطلحات التي هي محور البحث حتى يسهل على الآخرين فهم و معرفة المغزى و الهدف من هذه الدراسة و تحديد علاقته بباقي المصطلحات .

تعريف مصطلحات البحث

١) المعتقدات :

يعرف بأنه التصديق الجازم بشيء ما ، وفي الظن و الرأي قدر من التصديق و لكنهما معا دون الاعتقاد و اليقين ، و الإيمان من أسمى درجات الاعتقاد ، و يقومان على تصديق جازم لا يقبل الشك ،وليس بلازم في كل اعتقاد أن يكون وليد حجه منطقية ، حيث ترجع كثير من معتقداتنا إلى شيء من الثقة و التسليم بما قال الآخرون ماضيين و حاضرين. (مدكور، إبراهيم و آخرون ،

١٩٧٥ : ٩).

التعريف اللغوي للاعتقاد : في المشهور هو الحكم الجازم القابل للتشكيك بخلاف اليقين .

وقيل : هو إثبات الشيء بنفسه .

وقيل : هو التصور مع الحكم (الكفوي،١٩٩٨،١٥١) .

ثانياً التعريف الاصطلاحي :

يعرف معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية المعتقد : هو قبول أي رأي كحقيقة و هذا القبول فكري بالضرورة ولو أنه قد يتأثر بالعواطف و على أي حال فأنه يهيء حالة عقلية لدى الفرد تستخدم كأساس للعمل الاختياري و لا يعتمد صدق الاعتقاد على الحقيقة الموضوعية في حد ذاتها و المتعلقة برأي معين فهناك اعتقادات خاطئة و أخرى صادقة (بدوي، أحمد، ١٩٨٢:٣٨).

وتعرف الدكتورة زينب شقير في دراستها (٢٠٠٢:٣) المعتقد هو معلومات ومعارف ومدركات الفرد العقلية عن موضوع أو شخص أو موقف معين يساعد في الوصف المحدد لهذا الموضوع أو الشخص أو الموقف وتتحد بالدرجة المرتفعة على مقياس المعتقدات المستخدمة .

و قد أوضح عبد المنعم شحاته(١٩٨٩،١٦٤:١٦٥)بأن كل من , Fazia Zannz(1975) Fishbein Ajzen(1981) قد اعتبروا مصطلح المعتقد على أنه المكون المعرفي للاتجاه ، و نظروا إلى المعتقدات بأنها أحكام احتمال تمتع الشيء بخصائص معينة ، ولأنها احتمالية فهي تختلف في درجة التأكيد و إذا اعتبر الاتجاه جملاً تقويمية يصدرها الفرد ،، فأن المعتقدات جملاً تقريرية تصف الشيء بأنه حقيقي أو غير حقيقي جيد أو رديء ، و العلاقة بين المعتقد و الاتجاه واضحة فغالباً ما يتضمن الاتجاه معتقدات تمثل مكونه المعرفي بينما لا يكون المعتقد اتجاهاً إلا إذا ارتبطت بدلالات انفعالية و تقويمية و دافعيه معينة .

وقد أوضح ريمن و ماستيرز بأن المعتقدات تنقسم إلى فئتين رئيسيتين : الأول المعتقدات العقلانية و التي يمكن التحقق منها من خلال تقويم الحجج و البراهين ، و الثانية : المعتقدات غير العقلانية و هي التي لا يمكن التحقق منها (خليفة ،عبد اللطيف ،١٩٨٩،١٠٥:١٠٦) .

و يفسر الدكتور طارق الحبيب (٢٠٠٩) انتشار المعتقدات بناء على تأثير أوروبا في العالم فلقد انتقلت نظرت الرفض للعلاج النفسي (هذا المعتقد) إلى الشعوب التي مازالت في بداية التحضر المدني والتي رفضت بدورها العلاج النفسي بدرجة اكبر مما حدث في أوروبا وذلك لعدة أسباب منها :

الأول :أن هذه الشعوب مازال فيها سلامة فطرة إلى حد ما مما جعلها ترفض أي شيء يبدو في ظاهره وكأنه يتعارض مع الدين.

الثاني: إن كثيرا من أوائل المتخصصين في العلاج النفسي في دول العالم الثالث كانوا مجرد نسخة لعلماء الغرب ولا يختلفون عنهم.

الثالث :إن الصحوة الإسلامية التي عمت العالم الإسلامي قد دعمت هذه النظرة الرافضة دون أن توجد نماذج جيدة كافية من المعالجين النفسيين المسلمين يلقحون للناس ويبينون لهم الغث من السمين في العلاج النفسي و علومه(٣٥١).

مما سبق نوضح أن العلماء في معظمهم أجمعوا على أن المعتقدات هي أعلى من الظن و أقل من الإيمان و يمكن أن تكون معتقدات الفرد خاطئة ليس لها أساس منطقي و لا حجة و على أن بعضها قد تكون معتقدات منطقية و أن المعتقدات هي من تشكل اختيارات الفرد و تصرفاته واتجاهاته نحو الأشياء .

٢) الأمراض النفسية :

المرض النفسي : يعرف بأنه يتميز بتغير التفكير أو المزاج أو العواطف أو السلوك ، و على أن يكون هذا التغير شديداً ،و أدى إلى عدم الارتياح و المعاناة لدى الشخص أو أثر على أدائه .

(الريماوي و آخرون ، ٢٠٠٦ : ٦٢٥).

ارتباط الأمراض النفسية بالجنون والتخلف العقلي ويؤدي هذا الأمر إلى التردد في زيارة المعالج النفسي والخجل من ذالك أو ربما الامتناع عن الأقدام عليه أفضل حتى مع الحاجة الشديدة إلى ذالك ومن مضار هذا الاعتقاد أن يتأخر الناس في إحضار مريضهم حتى يستفحل المرض جداً مما قد يجعل من الصعب علاجه كما انه سيحتاج حين إذن لفترة علاج أطول ولعل عزل المرضى النفسيين في مستشفيات خاصة يعزز هذه النظرة الخاطئة وغيرها من النظرات السلبية تجاه العلاج النفسي.

اعتقاد بعض الناس بان ليس هنالك ما يسمى بالأمراض النفسية يرجع منشأ هذا الاعتقاد إلى إيمان البعض بان العلل التي تصيب الإنسان إما أن تكون أمراضا عضوية أو امرضا عقلية أو أمراض روحية تعالج بالرجوع إلى الله وإما ما سوى ذالك من المعاناة فليس بمرض وأمره يسير فهو مجرد نوع من الكآبة والحزن والخوف وهو الأمر الذي يكن أن يعالجه الإنسان بنفسه ولا يحتاج معه إلى طبيب مختص وإنما يحتاج فقط إلى شيء من الصبر وتقوية النفس ولكن المعاناة في بعض الأحيان قد

تكون شديدة مما يستلزم معها التدخل الطبي النفسي كما فالوقت نفسه لا تكون أي معاناة نفسية هي بالضرورة مرض نفسي (الحبيب ،طارق، ٢٠٠٩:٣٧٦) .

التعريف اللغوي لكلمة مرض : يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان (أبو الحسين ،١٩٩١،٣١١) .

و التعريف اللغوي لكلمة نفس : النفس الروح و منه : خرجت نفسه ، و يطلق على عين الشيء و منه : جاءني بنفسه (الفيروزآبادي ،١٩٩٩:٥٢٠) .

و عرف المرض النفسي، العصاب في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية : مرض نفسي أو مجموعه أعراض نفسية تصحبها أحياناً مظاهر جسمية شاذة ناشئة عن عوامل نفسية كالانفعالات المكبوتة و الصدمات و الصراع بين الدوافع المتناقضة (بدوي ،أحمد، ٢٨٤: ١٩٨٢).

المرض النفسي اصطلاحاً: هو اضطراب وظيفي في الشخصية أي ليس له أساس عضوي يبدوا في صورة أعراض نفسية و جسمية مختلفة منها القلق و الاكتئاب و الوسواس و الأفكار المتسلطة و المخاوف الشاذة و التردد المفرط و الشكوك التي لا أساس لها و أفعال قسرية يجد المريض نفسه مضطراً إلى أدائها بالرغم من إرادته (راجح ، أحمد ، ١٩٩٩:٥٨٣) .

و يوضح الدكتور طارق الحبيب (٢٠٠٩) أشهر هذه الاعتقادات المرتبطة بالأمراض النفسية اعتقاد بعض الناس أن الأدوية النفسية نوع من المخدرات وتؤدي للإدمان وهذا الاعتقاد جاء من عدت أمور منها :

١- كان يتم صرف الأدوية النفسية بوصفات خاصة ذات لون مختلف عن الوصفات العادية ولا يتم تسليمها إلى بعد إظهار البطاقة الشخصية وتوقيع المريض أو ولي أمره خلف الوصفة الطبية.

٢- حدوث النعاس والخمول بصفتهما اثرين جانبيين لتلك الأدوية مما يربطهما في حس كثير من الناس بآثار المخدرات.

٣- وجود بعض الأمراض النفسية التي تستدعي العلاج المستديم فيظن البعض أن عدم قدرة المريض على التكيف مع الحياة والعيش بطمأنينة بدون تلك الأدوية هو سبب إدمانه على الدواء لا بسبب طبيعة تلك الأمراض اللي تحتاج إلى علاج ربما يمتد لمدى الحياة.

٤- تعميق بعض المعالجين بالقرآن هذه النظر الخاطئة في نفوس الناس حيث يشترط الرقاة للعلاج بالقران أن يتوقف المريض أولا عن تناول الأدوية النفسية لأنه كما يزعمون أنها مخدرات تحبس الجن

فالعروق وتمنع بلوغ اثر القرآن .

٥- تعميق بعض الأطباء الغير نفسيين وكذلك الصيادلة لهذا المفهوم في أذهان الناس.

٦- توقف بعض المرضى النفسيين عن تناول الأدوية عند حدوث بعض التحسن في حالاتهم النفسية مما يؤدي إلى حدوث انتكاسة فيظنون أن تلك الانتكاسة إنما حدثت بسبب إدمانهم تلك الأدوية.

٧- انتشار الأمراض النفسية بين مدمني المخدرات والكحول(٣٥٨:٣٥٨).

وقد ذكر ليابنفيلد و جاي لين و روشيو و باري بايرستالين (٢٠١٣) أن من أشهر المعتقدات الخاطئة معتقد أن معظم المرضى العقلين يتسمون بالعنف :

ولا عجب أن الدراسات أوضحت أن الارتباط الوثيق بين المرضى النفسين و العنف في وسائل الإعلام الشعبية يتشابه في أذهان جموع الأفراد . فقد بينت إحدى الدراسات أن ما يقارب من ٨٠%من الأمريكيين يعتقدون أن الأفراد المصابين بمرض نفسي يميلون إلى العنف (جانولي،٢٠٠٠)

مع ذلك يبدو أنه حتى هذه الخطورة الزائدة تقتصر على مجموعة فرعية صغيرة نسبياً من الأفراد المصابين بهذه الأمراض . وعلى سبيل المثال توضح أغلب الدراسات أن الأفراد المصابين بالأوهام البارانويدية (مثل اعتقاد المريض الزائف بأن وكالة المخابرات المركزية تتعقبه) و أضطراب إدمان المواد المخدرة (هاريس ولورجوي ٢٠٠٧، ستيدمان و آخرون ١٩٩٨، سوانسون و آخرون ١٩٩٦) .

وليس غير هؤلاء المرضي النفسين معرضون لزيادة احتمال الميل للعنف . وفي حقيقة الأمر في بعض الدراسات الحديثة لم تظهر على المرضى النفسين من أصحاب الحالات الشديدة الخطورة ممن لا يعانون اضطرابات إدمان المواد المخدرة أي احتمال ميل إلى العنف بدرجة أكبر من غيرهم من الأفراد بالإضافة إلى ذلك ليس هناك احتمال متزايد أن يميل المرضى النفسيون الذين يتناولون أدويتهم على نحو منتظم إلى العنف عند مقارنتهم بغيرهم من الناس (ستيدمان و آخرون، ١٩٩٨) .

مع ذلك فهناك بعض الأدلة على أن المرضى الذين يعانون (هلاوس سمعية آمرة) _ أي أصوات تأمر الشخص بارتكاب فعل ما كالقتل _ تزيد احتمالات ميلهم للعنف (جانجنجر و ماكجواير ٢٠٠١، ماكنيل و آينسر ، و بيندر، ٢٠٠٠) .

مع ذلك تشير أفضل التقديرات إلى أن ٩٠% أو يزيد من الأفراد المصابين بأمراض نفسية خطيرة ، بما في ذلك الفصام ، لا يُقبلون مطلقاً على ارتكاب أفعال عنيفة (هودجينز و آخرون ،١٩٩٦) . بالإضافة إلى ذلك يحتمل أن يكون المرض النفسي الحاد سبباً فيما يقرب من ٣ إلى ٥ % من جرائم العنف جميعها (موناهان ،١٩٩٦' والش وبتشانن و فاهي ،٢٠٠١) .

وفي حقيقة الأمر الأفراد المصابون بالفصام و غيره من الاضطرابات النفسية الحادة هم ضحايا أكثر من كونهم مرتكبي أحداث عنيفة (تيبلين و ماكليلاند و آبرام و وايتر ٢٠٠٥) .

وربما يرجع ذلك إلى أن قدرتهم العقلية ضعيفة تجعلهم عرضة لهجمات الآخرين ، بالإضافة إلى ذلك ليس هناك ارتباط بين أغلب الاضطرابات النفسية الرئيسية _ التي تشمل الاكتئاب الشديد و اضطرابات القلق (مثل حالات الرهاب و اضطرابات الوسواس القهري) و الاحتمال المتزايد للعنف البدني (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣، ٣٠٤).

وكذلك تطرق ليلينفيلد و جاي لين و روشيو و باري بايرستالين (٢٠١٣) إلى العلاج بالصدمة الكهربية بأن هناك اعتقاد من قبل العامة وبعض المتخصصين بأنه علاج قاس و خطير من الناحية البدنية ، وفي حقيقة الأمر قليل من وسائل العلاج النفسي تتعرض لتكوين الأفكار المغلوطة عنها بالقدر الذي يتعرض له العلاج بالصدمة الكهربية (كراديكي و تاركيناو ،١٩٩٢) .

فالغالبية العظمى من الأفراد ترى في العلاج بالصدمة الكهربية طريقة قاسية بل وحشية للعلاج . وفي دول عديدة_ويشمل ذلك الولايات المتحدة و أستراليا و الدول الأوربية _ تنظر نسبه كبيرة من عوام الناس إلى العلاج بالصدمة الكهربية على أنه ذو خطورة بدنية وضار نفسياً (داونمان و آخرون ٢٠٠٥ ، كير وماكجراث و آخرون ١٩٨٢ ، تيه هيلمز،٢٠٠٧) .

وفي دراسة أجريت على ٢٠٠ من الأمريكيين ذكر ٥٩% منهم أن العلاج بالصدمة الكهربية مؤلم و قال ٥٣% إنه يؤدي إلى الشعور بالغثيان و الرغبة في التقيؤ فيما قال ٤٢%إنه يستخدم على نحو منتظم في معاقبة المرضى سيئي السلوك وقال ٤٢% آخرون إنه يدمر عدداً هائلاً من خلايا المخ . بالإضافة إلى ذلك ذهب ١٦% إلى الظن أن العلاج بالصدمة الكهربية يخلف في المرضى حالة دائمة مما يشبه الغيبوبة (سانتا ماريا و آخرون ، ١٩٩٨) ومع ذلك فجميع هذه الاعتقادات غير دقيقة وقد أوضحت نتائج دراسة أخرى أن ٥٧% من بين ١٧٣٧ سويسرياً يرون أن العلاج بالصدمة الكهربية يضر بصحة المرضى النفسية و فيما يرى ١% فقط أنه ذو فائدة (لوبر و آخرون ، ٢٠٠٥)

ويطرح هذا احتمال أن تثقيف الناس بشأن العلاج بالصدمة الكهربية يمكن أن يقلل الأفكار المغلوطة عنه مع ذلك يحمل أفراد كثر ممن نالوا تدريباً طبياً أفكاراً سلبية عن العلاج بالصدمة الكهربية (جازداج و آخرون ،٢٠٠٥) . وقد بينت دراسات أجريت على طلبة السنة الثانية من طلبة الطب في جامعة أركنساس أن ٥٣% من هؤلاء الطلاب رأوا أن العلاج بالصدمة الكهربية مؤلم ورأى ٣١% أنه غير آمن و يحتمل أن يؤدي إلى الموت ، فيما رأى ٢٠% أنه وحشي و رأى ٣١% أن موظفي

المستشفيات يستخدمون العلاج بالصدمة الكهربية غالباً لمعاقبة المرضى ذوي السلوك العدواني أو غير المتعاونين (كلوثير و آخرون ، ٢٠٠١) . لذلك لا يكاد يدهشنا أن يحمل العلاج بالصدمة الكهربية وصمة سلبية فترة طويلة في الولايات المتحدة و غيرها من الدول و مع هذه الاعتقادات المنتشرة في العقول ، ما الحقائق عن العلاج بالصدمة الكهربية ؟ (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣،٣٤٣).

وفي حقيقة الأمر أحدثت الأشكال الأولى من العلاج بالصدمة الكهربية غالباً تشنجات عنيفة و في بعض المرات أدت إلى كسور في العظام و تحطم في الأسنان و الموت في بعض الأحيان (تشالاينر و جريفث ٢٠٠٠) ، ولكن ذلك لا ينطبق على العقود الخمسة الأخيرة في الولايات المتحدة أو معظم الدول الغربية الأخرى التي أصبحت فيها طريقة استخدام العلاج بالصدمة الكهربية أكثر أماناً و رحمة ، كما أن الأطباء اليوم لا يستخدمون العلاج بالصدمة الكهربية لإخضاع المرضى الذين يصعب السيطرة عليهم (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣،٣٤٣).

وفي الوقت الحالي يحقن المرضى الذين يستخدم معهم العلاج بالصدمة الكهربية بمخدر عام أولاً و مرخي للعضلات و بعض الأحيان بمادة (مثل أتروبين) لمنع سيلان اللعاب (ساكيم ،١٩٨٩) بعد ذلك يضع طبيب الأقطاب الكهربية على رأس المريض إما على جانب واحد (للعلاج بالصدمة الكهربية أحادي الجانب) أو على الجانبين (للعلاج بالصدمة الكهربية ثنائي الجانب) ثم يمرر صدمة كهربية تتسبب في نوبة تشنج تستمر من ٤٥ إلى ٦٠ ثانية إلا أن المخدر و مرخي العضلات يعملان على تهدئة حركة المريض أثناء التشنج (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣،٣٤٣). ومع ذلك في بعض الدول النامية (أندريد و آخرون ٢٠٠٣ ، وينر ١٩٨٤) و أجزاء من روسيا (نيلسون ، ٢٠٠٥) و العراق (جود، ٢٠٠٨) يستخدم الأطباء أحياناً العلاج بالصدمة الكهربية دون مخدر أو مرخيات للعضلات . ففي هذه البلاد ربما تكون الشهرة السيئة التي يتمتع بها العلاج بالصدمة الكهربية مستحقة إلى حد ما إذ إن استخدام العلاج بالصدمة الكهربية دون هذه الخطوات الأولية يحتمل أن يكون خطيراً (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣،٣٤٤).

الغريب أن هناك مجموعة من الأفراد يبدو أنها تحمل أفكاراً أقل سلبية على نحو ملحوظ تجاه العلاج بالصدمة الكهربية ، إنهم المرضى الذين استخدم معهم ذلك العلاج ، ففي الواقع يقول أغلب المرضى الذين استخدم معهم العلاج بالصدمة الكهربية إنه أيسر من زيارة طبيب الأسنان (أبرامز، ١٩٩٧' بيتيناتيو آخرون ،١٩٩٤) . و في إحدى الدراسات قال ٩٨% من المرضى الذين استخدم معهم العلاج إنهم قد يلجئون إليه مره ثانية إذا ألم بهم الاكتئاب ثانية (بيتيناتي و آخرون ،١٩٩٤) وفي

دراسة أخرى قال ٩١% من المرضى اللذين استخدم معهم العلاج بالصدمة الكهربية إنهم ينظرون إليه بإيجابية (جودمان و آخرون ، ١٩٩٩) .

ومع ذلك لا شك أن قدراً كبيراً من الشهرة الرديئة للعلاج بالصدمة الكهربية ينبع من التناول غير الدقيق له في وسائل الإعلام و الترفيه ، فمنذ عام ١٩٤٨ إلى عام ٢٠٠١ تضمن ٢٢ فيلماً أمريكياً على الأقل إشارات مباشرة إلى العلاج بالصدمة الكهربية كان أغالبها شديد السلبية (ماكدونالد و والتر ، ٢٠٠١) . من تلك الأفلام فلمان حازا جائزة أوسكار أفضل فيلم و هما (أحدهم طار فوق عش الواقواق) (١٩٧٥) و (أناس عاديون) (١٩٨٠) بالإضافة إلى ذلك أوضح فيلم (عقل جميل) الحاصل على الأوسكار أن علام الرياضيات جون ناش يعاني تشنجات عنيفة عقب إخضاعه لإجراء يشبه العلاج بالصدمة الكهربية (علاج غيبوبة الأنسولين وهو شكل قديم ولم يعد مستخدماً في الوقت الحالي من أشكال العلاج بالصدمة الكهربية) الذي خلط بعض نقاد الأفلام بينه وبين العلاج بالصدمة الكهربية (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣، ٣٤٦).

صناعة علم النفس الشعبي تشكل مجمل الأفكار لخاطئة عند الأفراد بأساليب بالغة القوة و في الوقت نفسة تعطينا الأبحاث التي تجرى على آثار التدخلات التثقيفية بشأن العلاج بالصدمة الكهربية سبباً كافياً للتمسك بالأمل ، إذ إنها تذكرنا أن أفضل وسائل التغلب على المعلومات الخاطئة عن علم النفس هي تزويد الناس بمعلومات دقيقة عنة (سكوت ليلينفيلد و آخرون ، ٢٠١٣، ٣٤٧).

من أقدم التعريفات و أشهرها في المجال النفسي تعريفات المرض النفسي أو العصاب و هو أي اعتلال يصيب الفرد في نفسه أو في بدنه ليس له سبب عضوي و تختلف أسباب الأمراض النفسية على اختلاف شخصيات الأفراد واختلاف العوامل المؤثرة في حياتهم ، وبعض المعتقدات الخاطئة ساهم المجتمع و الإعلام في نشرها بين العامة و المختصين .

الدراسات السابقة :

أولاً : الدراسات العربية

دراسة عبد اللطيف محمد خليفة(١٩٨٤) والتي تهدف الى دراسة المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي ، واستكشاف المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي و المعتقدات حول طبيعة المرض النفسي و أعراضه و أسبابة و استكشاف الاتجاهات التي تدور حول المرض النفسي .

العينة : شملت (٢٠٠) فردا(١٠٠ من الذكور و ١٠٠ من الإناث) تم الحصول عليهم من المستشفيات الأمراض النفسية بالقاهرة ، و عينة غير الزوار (٢٠٠) ١٠٠ فرد من الذكور و ١٠٠

فرد من الإناث تم الحصول عليهم من الجمهور العام .

الأدوات : استبيان مقنن مكون من ١٠١ بند من إعداد الباحث .

النتائج : وجود تشابه في معتقدات من لهم علاقة بالمرضى النفسين و من ليس لهم علاقة بالوجه العام و تبين أنه مع ارتفاع المستوى التعليمي يزداد وعي الفرد بخصوص الأمراض النفسية و كذلك أوضحت النتائج أن الاتجاهات السائدة تدور حول ثلاث أبعاد الإحساس بخطورة المرض النفسي و الابتعاد عن المرضى النفسين و تحاشي مرافقتهم التسامح حيال المرضى مقابل تجنب التفاعل معهم .

ودراسة عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٨٩)، وقد هدفت إلي دراسة المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة و الطالبات استكشاف المعتقدات التي تدور حول المرض النفسي وهل تتسم هذه الاتجاهات بالإيجابية أم بالسلبية و الوقوف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات و الاتجاهات .

العينة : تكونت من ٥٥٤ طالباً و طالبة بالصف الثالث الثانوي العام .

الأدوات : استخبار المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي (خليفة ،١٩٨٤) مع التعديل على بعض بنوده .

النتائج : بينت الدراسة و جود تشابه في الاعتقادات الخاطئة بين الطلاب جميعهم وجود فروق بين الذكور و الإناث في الاتجاهات السالبة حيث أظهر الإناث اتجاهات أكثر سلبية .

اما دراسة علاء الدين أبو جربوع (٢٠٠٥) فقد ركزت على مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي .

العينة : تكونت من عشرة آباء و عشرة أمهات تراوحت أعمارهم ما بين٣٥ – ٤٥ سنة .

الأدوات : تم بناء مقياس لقياس مظاهر وصمة المرض النفسي و قد تم التحقق من صدق و ثبات المقياس .

النتائج : كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في وصمة المرض النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده و هذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي .

ولقد راى كل من زكريا بركات و كفاح خسان ٢٠٠٦ ان الاتجاه نحو المرض النفسي و العلاج النفسي لدى طلبة الجامعات في شمال فلسطين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية و التربوية : الجنس و التخصص و العمر و التحصيل و مكان السكن و دخل الأسرة قد اظهر فروقا واضحة حيث أظهر أغلبية الطلبة اتجاهاً ايجابياً نحو المرض و العلاج النفسي و وجود فروق داله إحصائياً نحو المرض و العلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر و ذلك لصالح الطلاب صغار العمر و تبعاً لمتغير التخصص لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية و هندسية و صيدلة و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية نحو المرض و العلاج النفسي تبعاً لمتغيرات الجنس و التحصيل و مكان السكن و دخل الأسرة الشهري .

اما دراسة إسماعيل محمد أحمد (٢٠٠٩) فقد ركزت على الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية و علاقته ببعض المتغيرات الأخرى مثل التدين ، العمر، الجنس، المستوى التعليمي ، مكان السكن ، دخل الأسرة. تكونت العينة من ٣٠٠ شخص من ذوي المرضى النفسيين و قد استخدم مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي و مقياس مستوى التدين قام بأعدادها الباحث .

النتائج : اوضحت أن اتجاه ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي إيجابية و بنسبة ٦٥% و أن مستوى التدين لذوي المرضى النفسيين عالي و أنه كلما زادت درجة التدين كلما زادت اتجاهاتهم الايجابية و كذلك بالمثل في متغير المستوى التعليمي و الدخل ، و أما على المستوى العمر و الجنس و مكان السكن فأثبتت الدراسة أنه لا توجد علاقة ارتباطيه داله إحصائياً بينهم .

ثانياً : الدراسات الأجنبية

وجد جوريجى و آخرون (٢٠٠٥) في دراستهم الاتجاه نحو المرض العقلي في نيجيريا و التي هدفت الكشف عن الاتجاهات نحو المرض النفسي و معرفة الأفراد للمرض النفسي في نيجيريا .

العينة : تكونت من ٢٠٤٠ فرداً تم اختيارهم بطريقة عشوائية من ثلاث ولايات في نيجيريا .

النتائج : أظهرت النتائج أن اتجاه معظم الناس كان سلبياً و لا يتقبلون المريض النفسي و يعتقدون بأنه خطير على المجتمع بسبب سلوكهم العنيف و يخاف أغلبيتهم من التحدث مع المريض النفسي .

اما سونغ و آخرون (٢٠٠٥) فقد درسوا الاتجاه نحو المرض العقلي في تايوان و هدفوا الى معرفة اتجاهات السكان نحو المرضى النفسيين في تايوان وكانت العينة عشوائية شملت جميع شرائح المجتمع و تكونت من ١٢٠٣ فرداً فقد وجدوا تسامح كبير لدى المجتمع التايواني مع ضرورة إعادة

تأهيل المرضى النفسيين و في نفس الوقت لديهم اتجاهات أقل إيجابية نحو عدم التسلط على المرضى النفسيين و المساواة معهم .

و نلاحظ أن جميع الدراسات الحديثة بحثت في جانب الاتجاهات نحو المرض النفسي و لم تبحث في جانب المعتقدات- ماعدا دراستي عبد اللطيف خليفة - كون مفهم الاتجاهات أشمل و أوسع من المعتقدات التي تتلخص فقط على الجانب المعرفي دون الجانب السلوكي و العاطفي .

و نجد أن الدراسات العربية الحديثة أتت بنتائج مبشرة بإيجابية الاتجاهات و فاعلية البرامج المستخدمة في تعزيز الاتجاهات الإيجابية نحو المرض النفسي بينما دراسة عبد اللطيف خليفة التي شملت عينتها طلاب و طالبات أوضحت دراسته تشابه معتقدات الطلاب و الطالبات و اختلافهم في الاتجاهات لصالح الطلاب، و كانت الدراسة التايوانية تبين أن المجتمع إيجابي ولكن لدية بعض التحفظات ولكننا نرى الاختلاف في الدراسة النيجيريا حيث أن اتجاهات المجتمع كانت سلبية .

نظرية التنافر المعرفي لـ ليون فستنكر (المجال الواحد) :

وقد ركزت النظرية على العمليات الإدراكية عند الشخص التي تنطوي في آنٍ واحد على أفكاره و معتقداته و قيمه المتناقضة المتعلقة بمختلف الموضوعات التي يتعامل معها (التميمي ،عبد الجليل ٢٠١٠،٣٦١) .

مفهوم التنافر المعرفي :

"معرفي أو فكري" يعني من وجهة نظر فستنكر أفكار و آراء و معتقدات و قيم الشخص . أما مصطلح " التنافر " فيعني التناقض الذي يشعر به إزاء فكرتين أو رأيين أو معتقدين أو قيمتين و في عدد لا حصر له من الوقائع المختلفة في حياة أي فرد تحدث حالات تنافر كثيرة بشأن فهمه و تفسيره و تعامله مع الأحداث (التميمي ،عبد الجليل ٢٠١٠،٣٦٢) .

و ترجع النظرية تكون المعتقدات إلى طريقة تعامل الإنسان مع هذا التنافر ،ففي موضوع المعتقدات حول المرض النفسي يقوم الفرد حينها بفعل أساليب تساعده على وقف التناشز المعرفي

فما الذي سيفعله الفرد لتقليل عدم الانسجام بين سلوكه و معرفته ؟

أولاً : أن يغير الشخص سلوكه و ربما لا يستمر عليه :

هنا تأتي أهمية الاستمرار على الترك فأن خفض التناقض مابين الاستمرار على الفعل و معرفته بأضراره أنما يعرض الفرد لتنافر لابد من خفضه باعتماد احد القرارين بجدية و حزم و هكذا تتأثر

معتقداته بترك تناول الأدوية النفسية لأنها باعتقاده تسبب الإدمان و معتقداته الدينية و الاجتماعية تنفر من هذا السلوك و من المدمنين لذلك يلجئ الفرد إلى التخلي عن السلوك لكي يحدث توازن في داخله بين معتقداته و سلوكه و ينخفض هذا التناشز الفكري .

ثانيا : أن يضيف عناصر أخرى لمدركاته تنسجم و لا تتناقض مع سلوكه :

مثال على ذلك المريض الذي يرفض الاعتراف بالمرض النفسي فيلجأ للتعمق في مواضيع الأمراض الروحية و السحر و العين و إيجاد نقاط تشابه بينها و بين مرضه النفسي و تدعيم هذا الربط بقصص واقعية و مشابه و بذلك يبرر الفرد سلوكه و يخفض من التناشز المعرفي لديه .

ثالثا : أن يقوم بتحوير و عيه :

أن يقوم الشخص بعلاج الأمراض النفسية التي يعاني منها عن طريق زيارة القبور و الأحجبة و الأدوية الشعبية و الرقية و يقوم بتعتيم و عيه عن موضوع المرض النفسي و العلاج النفسي حتى يجنب نفسه صراع التناشز بين سلوكه و معتقداته .

رابعا :أن يميل إلى إقناع نفسه أن السلوك الذي يتبناه له جوانب مفيدة :

هنا قد يلجأ الفرد إلى إقناع نفسه أن العلاج بالقرآن وسيلة نافعة و كافية و لها جوانب مفيدة و تساعد على التخلص من كل الأمراض النفسية دون الحاجة للعلاج النفسي ، وبذلك يحقق توازن بين معتقداته و سلوكه و يخفض من التناشز المعرفي لديه .

خامسا : أن يلجأإلى تشويه الواقع لدية :

قد يلجأ الفرد في هذه الحالة للإنكار بأنه يعاني من أي مرض و أنه معافى و أن من يخبره بذلك هو من يريد أذيته و هو من أعدائه و لديهم خطط و كاسب من فعل ذلك .

نستنتج مما تقدم :

١- أن جميع الطرائق المذكورة تنطوي على تبريرات يلجأ إليها الفرد لخفض توتراتهم الناشئة عن التنافرات الفكرية .

٢- أن النظرية تفسر من الناحية الواقعية حالات كثيرة في حياة مختلف الأشخاص .

٣- أن حالات التنافر الفكري لا تقتصر على السلوكيات بل لها تأثير كبير على أفكار و معتقدات و اتجاهات الأفراد و التي تشكل جميعها مكونات كبيرة و مهمة و فعالة في شخصيتهم (التميمي ،

عبد الجليل ،٢٠١٠) .

وقد وسع (فستنكر) أبحاثة و شملت أربعة متغيرات اعتقد أنها مهمة و مؤثرة في عملية التناشز الفكري و هي :

١-النتائج اللاحقة لاتخاذ القرار .

٢- اتخاذ القرار نتيجة للخضوع للقوة .

٣- الإقبال الإرادي وغير الإرادي على المعلومات المتعلقة باتخاذ القرار .

٤- الدعم الاجتماعي لمتخذي القرار .

وقد يؤثر على الفرد في اتخاذ قراره متغيرات عده من أهمها الخضوع للقوة من قبل من يرأسه أو من قبل من يكبره سناً كأن يوافق الفرد على أن العلاج بالقران كافيا لعلاج الأمراض النفسية ولا حاجة للذهاب للأطباء النفسيين بناء على كلام إمام المسجد الذي دعم أقواله بحجج وبراهين واجبر الجميع على الموافقة على هذا الرأي وبموافقة الفرد يقلل من نسبة التناشز لديه لأنه لو تم محاسبته سيرجع هذا القرار للقوة التي أجبرته على الموافقة لان الفرد كائن ينتمي للمجموعة والاتجاهات واعتقاداته هي انعكاس لتلك المجموعة .

وبما أن الفرد عضو في أسرة أو نادي أو طائفة أو جماعة فان قوة انتمائه ستؤدي إلى اتخاذ قرارات لا تتناقض مع قراراتها وفي هذه الحالة لا يحدث لديه تناشز أما إذا اتخذ قرار يتناقض مع قراراتها فان التناشز يكون حادا وشديدا وكل ما كانت درجة انتمائه قويه من ناحية ودرجة تماسك جماعته قوية من ناحية ثانيه فان اتخاذ قرار مناقض لقراراتها سيؤدي إلى حالة تناشز أقوى شدة لديه .

ألبرت آلس (العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني) :

الافتراض الرئيسي لهذه النظرية هو أن الناس أنفسهم يساهمون في خلق مشاكلهم النفسية وذلك بسبب الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف ، أي أن الناس لا تزعجهم الأحداث بل كيف ينظرون للأحداث (كوري ،قريلد ،٢٠١١) .

وخلال العملية العلاجية يتعلم العملاء مهارات تزودهم بالأدوات لتحديد ومعرفة المعتقدات الخاطئة التي يكتسبونها وأصبحت من تركيبتهم ويتعلمون كيف يستبدلون هذه الطرق الغير فعالة بالتفكير والمعتقدات الخاطئة بمعارف عقلانية فعالة (كوري ،قريلد، ٣٥٧: ٢٠١١) .

وتفسير النظرية مبني على فرضية أننا نتعلم منذ البداية معتقدات غير عقلانية من اللذين لهم أهمية في حياتنا خلال طفولتنا ثم نقوم نحن بجعل هذه المعتقدات راسخة في ذواتنا ويتحقق ذلك من خلال التعزيز النشط (كوري ،قريلد،٢٠١١) .

نموذج (A B C) :

هونموذج يعطينا صورة عن مشاعر العميل في الحدث فهي تتكون من (A)الحدث البسيط (B)المعتقدات (C)النتائج السلوكية والانفعالات فمثلا عندما يصاب بعض أحد الأشخاص بمرض نفسي فانه يرفض العلاج والذهاب للطبيب النفسي فمما يؤدي لتفاقم حالته أو ازديادها سوء فلو حللنا هذا الموقف في الإطار :

(A)الذهاب للعيادة النفسية (الحدث) .

(B) معتقدات وصمة العار للمرض النفسي (المعتقدات) .

(C) عدم الخضوع للعلاج (الانفعال) .

فـ (A) تمثل الحدث الذي هو المرض واحتياج الفرد للخضوع للعلاج النفسي فهذا الحدث نتج عنه (C) رفض الخضوع للعلاج لان (B) المعتقدات الخاطئة التي ارتبطت بالمرض النفسي ورسخت في داخلة تشعره بالضيق والألم الرفض لـ (A) التي هي العلاج النفسي لأنه يظن أنها هي مسببة لهذا الألم غير أن (B) هي المسبب الحقيقي لهذا الصراع و الألم . .

ولذلك أضاف آليس لهذا الإطار (D) (E) (F) تتمثل في :

(D) تحديد الأفكار غير منطقية ودحضها و تفنيدها (المداخلة).

(E) تغير معرفي في نظام المعتقدات (الأثر) .

(F) هو الشعور الجديد .

فيكون العلاج في (D) تطبيق المبادئ التي تعلمها العميل و التي تساعده في تفنيد الأفكار اللاعقلانية و هناك ثلاث عناصر في عملية تفنيد المعتقدات هي : التحري – المناقشة – التميز :

أولاً : يتعلمون كيف يتحرون عن معتقداتهم الغير عقلانية .

ثانياً : يقوم العملاء بمناقشة معتقداتهم الخاطئة وذلك بتعلم كيفية فحصها منطقياً و اختبارياً و الانطلاق بالسلوك عكس هذه المعتقدات .

ثالثاً : يتعلم العملاء التمييز بين المعتقدات التي تقود إلى الهزيمة النفسية و هزيمة الذات و بين تلك المعتقدات العقلانية الداعمة للذات (كوري ،قريلد،٢٠١١) .

و مما سبق نرى أن النظريات تطرقت لجانب مهم من جوانب المعتقدات ، ففي نظرية التنافر المعرفي تم التركيز على جوانب الصراع التي تنشئ نتيجة اختلاف المعتقدات ، أما في نظرية آليس فقد تم التركيز على أن نظرة الأفراد للأمور هي من تنشئ لديهم صراعات و نظرتهم للأشياء تتكون من معتقداتهم الخاطئة و قدمت هذه النظرية خطوات علاجية للمعتقدات الخاطئة .

وصف الأدوات :

يشمل مقياس المعتقدات حول المرض النفسي بصورة النهائية على (٤٠) عبارة عن المعتقدات حول المرض النفسي بجميع الأبعاد (الخمسة) وتم صياغة العبارات الخاصة بكل بعد بمراعاة أن يدل بعضها على معتقدات خاطئة و الباقي منها يعبر عن معتقدات صحيحة ، و روعي التنوع في صياغة الفقرات لتجنب الإجابات النمطية من قبل المفحوصين (شقير، زينب ،٢٠٠٢) .

النتائج:

الأساليب الإحصائية : تم حساب المتوسطات فى كل مجموعه على حده حيث اثبتت النتائج ان هناك العديد من الفروق بين المتوسطات فى المجموعتين الا ان المقارنات بين كلا المجموعتين فى كل الفروض اعطت نتيجة ان تلك الفروق ليست ذات دلالة احصائية حيث ان ال P value اقل من ٠,٠٥ وهو مالم يتحقق فى اى فرض من الفروض التالية

الفرض الرئيسي :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة الذكور و مجموعة الإناث على مقياس المعتقدات حول المرض النفسي .

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	٩٩،٦٠	١٧،٦٨٥	٠،٥٠٧-	٠،٦١٤	غير دالة
إناث	٢٥	١٠١،٦٠	٨،٧١٣			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد العينة الذكور (٩٩،٦٠) و انحرافهم المعياري (١٧،٦٨٥) ومتوسط مجموعة الإناث (١٠١،٦٠) وانحرافهم المعياري (٨،٧١٣) ولقد كانت قيمة التاء (-٠،٥٠٧) عند مستوى الدلالة (٠،٦١٤) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض ، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض

القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و عينة الإناث في البحث الحالي في المعتقدات حول المرض النفسي لصالح الإناث .

الفروض الفرعية :

البعد الأول : طبيعة المرض النفسي .

الفرض الأول : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طبيعة المرض النفسي .

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	٢٠،٠٨	٤،٥٠٩	٠،٥٤١	٠،٥٩١	غير دالة
إناث	٢٥	١٢،٤٥	٤،٣٧٢			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد مجموعة الذكور(٢٠،٠٨) و انحرافهم المعياري (٤،٥٠٩) ومتوسط مجموعة الإناث(١٢،٤٥) وانحرافهم المعياري (٤،٣٧٢) ولقد كانت قيمة التاء (٠،٥٤١)عند مستوى الدلالة (٠،٥٩١) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و عينة الإناث في البحث الحالي في طبيعة المرض النفسي لصالح الذكور .

البعد الثاني : أسباب المرض النفسي .

الفرض الثاني : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في أسباب المرض النفسي.

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	٢٨،٨٨	٤،٣٧١	-٠،٧٥٤	٠،٤٥٥	غير دالة
إناث	٢٥	٢٩،٧٦	٣،٨٦٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (٢٨،٨٨) و انحرافهم المعياري (٤،٣٧١) ومتوسط مجموعة الإناث (٢٩،٧٦) وانحرافهم المعياري (٣،٨٦٥) ولقد كانت قيمة التاء

(-٠،٧٥٤) عند مستوى الدلالة (٠،٤٥٥) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض ، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في أسباب المرض النفسي لصالح الإناث .

البعد الثالث : طرق العلاج من المرض النفسي .

الفرض الثالث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طرق العلاج من المرض النفسي .

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	١٦،٠٤	١،٦٩٥	-١،٢٠٧	-٠،٧٢٠	غير دالة
إناث	٢٥	١٦،٧٦	٢،٤٥٤			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (١٦،٠٤) و انحرافهم المعياري (١،٦٩٥) ومتوسط مجموعة الإناث (١٦،٧٦) وانحرافهم المعياري (٢،٤٥٤) ولقد كانت قيمة التاء (-١،٢٠٧) عند مستوى الدلالة (-٠،٧٢٠) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض ، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و عينة الإناث في البحث الحالي في طرق العلاج من المرض النفسي لصالح الإناث .

البعد الرابع : الشفاء من المرض النفسي .

الفرض الرابع :توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في الشفاء من المرض النفسي .

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	١٢،٣٢	٢،٦١٠	-٠،٩٤٣	٠،٣٥٠	غير دالة
إناث	٢٥	١٢،٩٦	٢،١٦٩			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (١٢،٣٢) و انحرافهم المعياري (٢،٦١٠) ومتوسط مجموعة الإناث (١٢،٩٦) وانحرافهم المعياري (٢،١٦٩) ولقد كانت قيمة التاء

(-٠،٩٤٣) عند مستوى الدلالة (٠،٣٥٠) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض ، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكورومجموعة الإناث في البحث الحالي في الشفاء من المرض النفسي لصالح الإناث .

البعد الخامس : تأثير المرض النفسي على أسرة المريض .

الفرض الخامس : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في تأثير المرض النفسي على أسرة المريض .

العينة	عددها	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة التاء	مستوى الدلالة	الدلالة
ذكور	٢٥	٢٣،٣٦	٦،٠٩٦	٠،٦٣٣	٠،٥٣٠	غير دالة
إناث	٢٥	٢٢،٢٨	٥،٩٦٩			

يتضح من الجدول السابق أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (٢٣،٣٦) و انحرافهم المعياري (٦،٠٩٦) ومتوسط مجموعة الإناث (٢٢،٢٨) وانحرافهم المعياري (٥،٩٦٩) ولقد كانت قيمة التاء (٠،٦٣٣) عند مستوى الدلالة (٠،٥٣٠) فهي غير دالة لذلك نرفض الفرض ، ولكن عند النظر للمتوسطات نجد أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في تأثير المرض النفسي على أسرة المريض لصالح الذكور .

أولاً :

نلاحظ أن الباحثتين في هذا البحث اعتمدتا في مناقشتهما النتائج على متوسطات العينة لأن قيمة التاء و مستوى الدلالة غير دال لصغر حجم العينة .

الفرض الرئيسي :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث بالبحث الحالي في اطار المعتقدات حول المرض النفسي .

مناقشة الفرض الرئيسي :

يتضح من الجدول (٨)أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (٩٩،٦٠) ومتوسط مجموعة الإناث

(١٠١،٦٠) نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في المعتقدات حول المرض النفسي لصالح الإناث ، ونجد أن دراسة بركات ،زكريا و كفاح حسان (٢٠٠٦) و دراسة أحمد ، إسماعيل (٢٠٠٩) قد ذكرت في نتائجها أن لا وجود لفروق أو علاقة داله إحصائياً من حيث متغير الجنس . أما في دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) فقد وجد أن اتجاهات الإناث أكثر سلبية من اتجاهات الذكور . و أرجع هذا الاختلاف في النتائج لاختلاف العينة و الفارق الزمني الكبير بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة مما نتج عن هذا الفارق الوعي الكبير من فئات المجتمع كافة و من الإناث خاصة بموضوع المرض النفسي .

الفروض الفرعية :

الأول : توجد فروق بين متوسطات مجموعتى الذكور والإناث الا انها ليست ذات دلالة إحصائية متعلقة بطبيعة المرض النفسي .

المناقشة :

يتضح من الجدول (٩) أن متوسط أفراد مجموعة الذكور(٢٠،٠٨) ومتوسط مجموعة الإناث(١٢،٤٥) نجد أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طبيعة المرض النفسي لصالح الذكور .و نجد أن دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) اختلفت مع هذا الفرض حيث أن نتائج دراسته أظهرت أن اعتقادات الذكور أكثر سلبية من اعتقادات الإناث .و نرجع هذا الاختلاف لاختلاف الفئة العمرية بين العينتين ففي الدراسة السابقة تكونت العينة من طلبة و طالبات في المرحلة الثانوية العامة و عينة الدراسة الحالية الذكور و الإناث من فئة الراشدين .

الثاني : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في أسباب المرض النفسي.

المناقشة :

يتضح من الجدول (١٠)أن متوسط أفراد العينة الذكور (٢٨،٨٨) ومتوسط عينة الإناث (٢٩،٧٦) نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و عينة الإناث في البحث الحالي في أسباب المرض النفسي لصالح الإناث .و نجد أن دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) قد اتفقت مع هذه النتيجة فقد وجد في

دراسته أن اعتقادات الإناث أكثر إيجابية من اعتقادات الذكور و نجد أن هذا البعد لم يتأثر باختلاف سمات العينتين المستخدمة في البحثين و لم يتأثر بالبعد الزمني بين الدراستين ، و نفسر ارتفاع معتقدات

الإناث الإيجابية نتيجة شغف و تعلق الفتيات بالمواضيع العاطفية و النفسية فأدى بهم إلى القراءة و الإطلاع الهادف .

الثالث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طرق العلاج من المرض النفسي .

المناقشة :

يتضح من الجدول (١١) أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (١٦،٠٤) ومتوسط مجموعة الإناث (١٦،٧٦) نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في طرق العلاج من المرض النفسي لصالح الإناث . ونجد دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) تختلف في نتيجتها حيث وجد في دراسته أن اعتقادات الذكور أكثر إيجابية من اعتقادات الإناث في طرق العلاج ، و نفسر ذلك الاختلاف لكثرة تعرض الذكور لخطب و محاضرات أئمة المساجد الذين يحذرون من المس و السحر و تلبس الجن و ابتعادهم عن متابعة البرامج الحوارية الأسرية التي بدورها تسلط الضوء على الأمراض النفسية مما شكل لديهم معتقدات خاطئة عن العلاج .

الرابع : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في الشفاء من المرض النفسي .

المناقشة :

يتضح من الجدول (١٢) أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (١٢،٣٢) ومتوسط مجموعة الإناث (١٢،٩٦) نجد أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و عينة الإناث في البحث الحالي في الشفاء من المرض النفسي لصالح الإناث .و نجد في دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) و نجد الاختلاف في النتائج حيث كانت نتائج الدراسة تبين أن الإناث أكثر سلبية في اعتقاداتهم من الذكور و نفسر هذا الاختلاف لطبيعة الإناث العاطفية فهم أكثر عاطفة من الرجال مما كون لديهم ميل لاختيار جانب الإيجابي .

الخامس : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في تأثير المرض النفسي على أسرة المريض .

المناقشة :

يتضح من الجدول (١٣)أن متوسط أفراد مجموعة الذكور (٢٣،٣٦) ومتوسط مجموعة الإناث (٢٢،٢٨) نجد أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث هذا ما يعني قبول الفرض القائل أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور و مجموعة الإناث في البحث الحالي في تأثير المرض النفسي على أسرة المريض لصالح الذكور . ونجد في دراسة خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩) أتفاق مع النتائج التي توصلت لها في أن الذكور أكثر إيجابية في اعتقاداتهم في هذا البعد و نجد أنه أيضاً لم يتأثر بعامل اختلاف العينة و البعد الزمني بين الدراستين ، و نفسر ذلك على أن طبيعة الرجال لا تتأثر برئي و أحكام الآخرين مثلما تفعل النساء .

المراجع :

١) المراجع العربية :

١- أبو جربوع ،علاء الدين عيسى (٢٠٠٥).مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف و صمه المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي . رسالة ماجستير ،الجامعة الإسلامية ، غزه ، فلسطين .

٢- أحمد ، إسماعيل أحمد محمد (٢٠٠٩) .الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية و علاقته ببعض المتغيرات الأخرى .رسالة ماجستير،الجامعة الإسلامية ،غزة ، فلسطين .

٣- التميمي ، عبد الجليل (٢٠١٠). شخصية الإنسان و المنظورات المفسرة لها ،صنعاء :مكتبة دار الآفاق .

٤- الحبيب ،طارق (٢٠٠٩).العلاج النفسي و العلاج بالقرآن ،الطبعة التاسعة ،الرياض : مؤسسة الجريسي للنشر و التوزيع .

٥- الريماوي ، محمد و آخرون (٢٠٠٦) . علم النفس العام ، الطبعة الثانية ، عمان : دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة .

٦- الطراونة ، حسين و آخرون (٢٠٠٠). الاتجاهات نحو المرض النفسي و علاقتها ببعض المتغيرات . دراسات ، العلوم التربوية ، المجلد (٢٨)، العدد (٢)، (ص ص٤٠٢-٤٢١) .

٧- الفيروزآبادي ،مجد الدين محمد بن يعقوب (١٩٩٩). القاموس المحيط ،بيروت : دار الفكر .

٨- القرشي ،عبد الفتاح (٢٠٠١).تصميم البحوث في العلوم السلوكية ،الكويت :دار القلم للنشر و التوزيع .

٩- الكفوي، أبو البقاء(١٩٩٨) .الكليات معجم في المصطلحات و الفروق اللغوية. ،الطبعة الثانية ، مؤسسة الرسالة .

١٠- بدوي ، أحمد (١٩٨٢). معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية انجليزي فرنسي عربي ،لبنان : مكتبة لبنان .

١١- بركات ،زكريا و كفاح حسان (٢٠٠٦). الاتجاه نحو المرض النفسي و العلاج النفسي لدى طلبة الجامعات في شمال فلسطين .الجامعة المفتوحة، تل الكرم ، فلسطين .

١٢- خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٧). المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .العدد (١) ، (ص ص٩٥-٩٦) .

١٣- خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨٩). المعتقدات و الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلبة و الطالبات . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .العدد (١١) ، (ص ص١٠٣-١١٧) .

١٤- راجح ، أحمد (١٩٩٩). أصول علم النفس ، الطبعة الحادية عشر، الإسكندرية :دار المعارف

١٥- راجح ، أحمد (لايوجد). أصول علم النفس ، الطبعة التاسعة ، الإسكندرية : الكتاب المصري الحديث .

١٦- شقير ، زينب (٢٠٠٢) . مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة العربية (مصرية – سعودية) ، الطبعة الثانية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

١٧- فارس،أبو الحسين أحمد (١٩٩١).معجم مقاييس اللغة ،الطبعة الأولى ،بيروت: دار الجيل .

١٨- كوري ،قريلد (٢٠١١).النظريات و التطبيق في العلاج الإرشادي و العلاج النفسي ،عمّان :دار الفكر .

١٩- ليلينفيلد ،سكوت (٢٠١٣) . أشهر ٥٠ خرافة في علم النفس ،الطبعة الثانية ،القاهرة : كلمات عربية للترجمة و النشر .

٢٠- ناصر،محمد جودت (٢٠٠٦).الأمراض النفسية و أثرها على السلوك الوظيفي .مجلة العلوم

الإنسانية ،العدد العاشر، سورية : جامعة دمشق .

٢١- مدكور،إبراهيم و آخرون (١٩٧٥).معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .

٢) المراجع الأجنبية :

1-Abrams, R.. J.(1997). Electroconvulsive therapy (3rd ed .) New York : Oxford University Press .

2-Andrade, C . Shah , N., & Tharyan , P ,(2003) . The dilemma of unmodified ECT. Journal of Clinical Psychiatry , 64, 1147-1152.

3- Challiner , V., & Griffiths , L . (2000). Electroconvulsive therapy :A revirw of the literature . Journal of Psychiatric Mental Health Nursing , 7, 191-198.

4- Clothier, J. L., Freeman, T ., Snow, L.(2001). Medical student attitudes and knowledge about ECT . Journal of ECT , 17 , 99- 101 .

5- Dowman, J., Patel, A., & Rajput , k. (2005). Electroconvulsive therapy :At- titudes and misconceptions . Journal of ECT ,21,84-87.

6- Ganguli, R. (2000,march 18) . Mental illness and misconceptions . .Pitttsburgh Post-Gazette.

7- Gazdag ., Kocsis-Ficzere, N., & Tolna, J. (2005) Hungarian medical students' knowledge about and attitudes towards electroconvulsive therapy. Journal of ECT , 21 , 96 – 99.

8-Goode, E. (2008, May 20). War that traumatizes Iraqis takes tpll on hospital that treats them. New York Times A6, A14

9- Goodman, J. A., Krahn L. E., Smith G. E., Rummans , T. A., & Pileggi, T. S. (1999). Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. Mayo Clinics Proceedings, 74, 967-971.

10- Gureje O. et. al. (2005) Community study of Knowledge and attitude to mental illness in Nigeria. The British Journal of Psychiatry, Vol. (186), (P P 436 – 441).

11- Harris, A., & Lurigio, A. J. (2007) Mental illness and violence: A brief re-view of research and assessment strategies. Aggression and Violent Behavior 12, 542 – 551.

12-Hodgins, S., Mednick , S., Bennan, P. A., et al. (1996) . Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Archives of General Psychiatry, 53, 489-496.

13-Junginger, J., & McGuire, L. (2001). The paradox of command hallucination . Psychintric Services, 52,385.

14-Kerr, R. A. McGrath, J. J., O'Kearney, T., & Price, J. (1982). ECT: misconceptions and attitudes. Australian and New Zealand Journal of psychiatry 16, 43-49.

15- Kradecki, D. M., & Tarkinow, M. L. (1992) Erasing the stigma of electroconvulsive therapy. Journal of Anesthesia Nursing, 7, 84-86.

.16- Lauber, C, Nordt, c, Falcato,& Rossler, W. (2005). Can a seizure help ?

'The public s attitude toward ECT. Psychiatry Research, 134, 205-209

17- McDonald, A&Walter, G. (2001). The portrayal of ECT in American

n movies. Journal of ECT 17, 264-274.

18- Mc Niel, D. E, Eisner, J. P& Binder, R. I. (2000). The relationship be tween command hallucinations and violence. Psychiatric Services, 51, 1288—1292.

19- Monahan, J. (1996). Mental illness and violent crime Washington, DC: Na- tional Institute of Justice.

20- Nelson, A. (2005). A national survey of electroconvulsive therapy use in the Russian Federation. Journal of ECT, 21, 15-157.

21- Pettinati, H. M., Tamburello, B. A., Ruetsch, C. R& Kaplan. F. N. .(1994). Patient attitudes towards electroconvulsive therapy

22- Santa Maria, M. P., Baumeister, A. Gouver, W. D. (1998). Publicknowl. stratified edge about electroconvulsive therapy: A demographically & .A investigation. International Journal of Rehabilitation and Health, 4 111-116 .

23- Sackeim, H. A. (1989). The efficacy of electroconvulsive therapy in the R. P. Greenberg(Eds.) &treatment of major depressive disorder. In S. Fisher The limits of biological treatments for psychological distress: Comparisons with therapy and placebo(pp. 275-307). Hillsdale,NJ: Lawrence Erlbaum .

24- Song , L. et. al. (2005) Community Attitudes towards the mentally ill: The Results of a National Survey of the Taiwanese Population. International

Journal of Social psychiatry, Vol. (2), No. (51), (P P 162 -176).

25- Steadman, H.J.Mulvey, E. P,Monahan,J, et al. (1998). violence by people discharged from acute psychiatric impatient facilities and by oth- ers in the neighborhoods. Archives of General Psychiatry, 55, same 393-401 .

26- Swanson, J. W., Estroff, S., Swartz, M., et al. (1996). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. Psychiatry, 60, 1-22

27- Teh, S. P. C., Helmes, E & Drake, D. G. (2007). A Western Australian survey on public attitudes toward and knowledge of electroconvulsive therapy. InternationalJournal of Social Psychiatry, 53, 247-273 .

28- Teplin, I. A. McClelland, G. M., Abram, K.& we,D.A. (2005)

Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the .National crime victimization survey. Archives of General

29- Walsh, E, Buchanan, A

Fahy, T. (2001), Violence and schizophrenia: Examining the evidence. & .British Journal of Psychiatry, 180, 490-495

30-Weiner, R. D. (1984). Does electroconvulsive therapy causebrain damage: Behavioral and Brain Sciences, 7, 1-22.