جامعة الدكتور يحي فارس –المدية–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الأعراض النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى بمستشفى قصر البخاري "محمد مترياني" من خلال مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

- خليل شرفي مريم
- قيط نسرين

تحت إشراف الاستاذ:

- د. رمانة عيسى

السنة الجامعية:

2024-2023


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

عظم المراد فهان الطريق.. فجاءت لذة الوصول.. لتمحي مشقة السنين.

الحمد لله الذي وفقنا وأتم علينا فرحتنا.

والحمد لله الذي ما انتهى درب ولا ختم جهد ولا تم سعي إلا بفضله.

نتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى أستاذنا الفاضل "رمانة عيسى" الذي كان له الفضل الكبير في توجيهنا ودعمنا طوال فترة إعداد هذه المذكرة، لقد كان لاهتمامه ونصائحه السديدة الأثر الكبير في إنجاز هذا البحث وتحسينه. فلك منا أستاذنا كل الثناء والتقدير الذي يساوي حجم عطائك اللامحدود كنت وستبقى مصدر إلهام لنا ولجميع الطلبة.

كما نتقدم بالشكر إلى كل أساتذة قسم علم النفس العيادي، ولا يمكننا أن ننسى فضل كل من دعمونا من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل، خاصة أفراد أسرتنا وزملائنا وأصدقائنا الذين كانوا سندا لنا طوال هذا المشوار.

إهداء

بلغت مرادي ونلت المنى وزاد سروري وزال العناء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله الذي قدر لي كتابة هذه الكلمات.

أهدي باقة نجاحاتي لسندي ومحطة أفراحي أبي وأمي يا جنة دنياي،

هذه ثمرة تعبكما ولن أسدد دينكما مهما طالت بي الأيام.

وروح أخوتي وقوتي في الحياة،

وصديقة الدرب والمسرات مريم،

وأخوتي الذين جمعني بهم الله (لامية، لبنى، أمين، ياسين، أحمد، ويوسف)

أدام الله نجاحاتكم وضحكاتكم.

قيط نسرين



إهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك، ولا يطيب النهار إلا بطاعتك، ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك، ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك، ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك.

أهدي عملي هذا إلى:

روح جدتي الغالية التي رحلت عنا ولكن لا زالت رائحتها وصوتها وذكراها تعانق قلبي وذاكرتي، أتمنى أن أكون قد جعلتك فخورة بي.

إلى أمي وأبي اللذان رافقاني وتعبا من أجلي طوال فترة دربي وعلموني معنى الوفاء والعطاء.

إلى أخي إلياس سندي وأبي الثاني الذي يحبني بلا قصد ومصلحة فرغم بعد المسافات إلا أن روح الأخوة لازالت موجودة بيننا.

إلى أختي سارة وأخي عبد الرحمان مصدر النور والسعادة في حياتي.

إلى أعز ما وهبني الله فدوى، إكرام، وآية هم شعور أكبر من الصداقة، هم جزء من روحي.

إلى الشخص الذي علمني أن الصدفة نعمة، نسرين أختي وحبيبتي يا نعمة عظيمة أنعمني بها الله.

إلى صديقاتي وزملائي الذين جمعتني بهم الجامعة،

(لامية، إيمان، نور الهدى، يوسف، خالد، ياسين، أمين، أحمد، ويوسف سيدعلي) مفارقتكم ألم ولكن سيبقى ما يجمعنا من ذكريات، كنتم وتبقون أجمل ذكرى.

وفي الأخير إلى كل من أحبهم.

خليل شرفي مريم



ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة والموسومة بـ: " الأعراض النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى حسب مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R" إلى قياس مستوى الصحة النفسية والكشف عن أكثر الأعراض الأكثر شيوعا لدى عينة مرافقي المرضى. وللتعامل مع هذا الموضوع لجأت الطالبتان إلى المنهج الوصفي في طابعه التحليلي، ولجمع البيانات تم تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R على عينة من مرافقي المرضى بالمستشفى قوامها: (60) مرافق من بينهم: (13) ذكور، و(47) إناث.

وقد خلصت الدراسة إلى جملة النتائج التالية:

- ✓ مستوى الصحة النفسية منخفض لدى أفراد العينة من مرافقي المريض.
- ✓ العرض الأكثر ظهورا لدى مرافقي المرضى هو عرض الوسواس القهري.
- ✓ عدم وجود فروق في الأعراض النفسية تبعا لمتغير الجنس.
- ✓ عدم وجود فروق في الأعراض النفسية تبعا لمتغير نوع المرض.

Abstract:

Our study, titled “Psychological Symptoms Among a Sample of Patient Companions According to the Modified Symptom Checklist SCL-90-R” aimed to measure the level of mental health and identify the most common symptoms among a sample of patient companions. To address this topic, the students adopted a descriptive approach with an analytical nature. Data collection involved applying the Modified Symptoms Checklist CSL-90-R to a sample of patient companions at the hospital, consisting of (60) companions, including (13) males and (47) females.

The study yielded the following results:

- ✓ The level of mental health among the sample of patient companions was low.
- ✓ The most prevalent symptom among patient companions was obsessive-compulsive symptoms.
- ✓ There were no differences in psychological symptoms based on gender.
- ✓ There were no differences in psychological symptoms based on the type of illness.

فهرس المحتويات

الرقم	العنوان	الصفحة
	البسملة	
	شكر وعرفان	
	إهداء	
	ملخص الدراسة	
	فهرس المحتويات	أ
	قائمة الجداول	ج
	مقدمة	1
الجانب النظري		
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
1	الإشكالية	5
2	فرضيات الدراسة	7
3	أهمية الدراسة	7
4	أهداف الدراسة	7
5	المفاهيم الإجرائية	8
6	الدراسات السابقة	8
7	التعقيب على الدراسات السابقة	12
الفصل الثاني: الصحة النفسية		
*	تمهيد	16
1	تعريف علم الصحة النفسية	16
2	تعريف الصحة النفسية	17
3	مناهج الصحة النفسية	19
4	مؤشرات الصحة النفسية	20
5	أهمية الصحة النفسية	24
6	معايير الصحة النفسية	25
7	نسبية الصحة النفسية	26
8	النظريات المفسرة للصحة النفسية	27
*	خلاصة	30

الفصل الثالث: الأعراض النفسية		
*	تمهيد	32
1	الاضطرابات الجسمانية	32
2	الوسواس القهري	33
3	الاكتئاب	37
4	القلق	41
5	المخاوف	45
6	العدائية	49
7	البرانويا	52
8	الذهان	54
*	خلاصة	57
الجانب الميداني		
الفصل الرابع: التطبيق الميداني للدراسة		
	تمهيد	60
أولا: الدراسة الاستطلاعية		
1	معنى الدراسة الاستطلاعية	60
2	أهداف الدراسة الاستطلاعية	60
3	عينة الدراسة الاستطلاعية	61
ثانيا: الدراسة الأساسية		
1	المنهج	61
2	مجتمع الدراسة الأساسية	61
3	عينة الدراسة الأساسية	61
4	أدوات الدراسة الأساسية	61
5	الأساليب الإحصائية المستخدمة	67
*	خلاصة	68
الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الراسة		
1	عرض نتائج الفرضيات	70
1.1	التحقق من طبيعة توزيع بيانات البحث	70
2.1	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	71

3.1	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	71
4.1	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	74
5.1	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة	75
2	تفسير النتائج على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة	77
1.2	تفسير نتائج الفرضية الأولى	77
2.2	تفسير نتائج الفرضية الثانية	77
3.2	تفسير نتائج الفرضية الثالثة	78
4.2	تفسير نتائج الفرضية الرابعة	79
3	الاستنتاج العام	79
	خاتمة	82
	قائمة المراجع	84
	قائمة الملاحق	

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	قيمة معامل الثبات ألفا–كرونباخ لمقياس الصحة النفسية	66
2	ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له	67
3	تحديد اعتدالية توزيع بيانات البحث	70
4	نتائج اختبار (t) لعينة واحدة لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والنظري للصحة النفسية لدى أفراد عينة البحث	71
5	اختبار فريدمان لترتيب الأعراض النفسية لدى عينة البحث	71
6	اختبار ويلكوكسون للمقارنات الزوجية لترتيب الاعراض النفسية عند عينة البحث	73
7	نتائج اختبار(t) لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق في متوسطي درجات مجموعتي البحث على مقياس الصحة النفسية	74
8	نتائج اختبار (F) لدلالة الفرق في متوسطات درجات مجموعات البحث على مقياس الصحة النفسية	75

جدول الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	أعمدة بيانية توضح ترتيب الأعراض النفسية لدى عينة البحث	72

مقدمة

مقدمة:

لقد منَّ الله تعالى على عباده بنعم لا تعدُّ ولا تحصى ومن أعظم هذه النعم هي نعمة الصحة وهي أن يكون الإنسان سليما من الأسقام والبلايا، معافى في عقله وبدنه. فهي تعتبر من أعظم النعم بعد نعمة الإيمان كما يقول النبي صلى الله عليه وسلَّم: "**مَا أُوتِيَ أَحَدٌ بَعْدَ اليَقِينِ خَيْرًا مِنَ المُعَافَاة**" بل إنَّ النّبي عليه الصّلاة والسّلام جعلها خير من الغنى لقوله: "**لاَ بأْسَ بِالغِنَى لِمَن اتقى، وَالصِحَّة لِمَن اتقى خَيْرٌ مِنَ الغِنَى، وَطِيبِ النَّفْسِ مِنَ النَّعِيم**". وقال وهب ابن منبه رؤوس النعم ثلاثة، فأولها نعمة الإسلام التي لا تتم إلّا بها، والثانية نعمة العافية التي لا تطيب الحياة إلّا بها، والثالثة نعمة الغنى التي لا يتم العيش إلّا بها، فهي أسباب سعادة الفرد في دنياه والحرمان منها هو ابتلاء لقوله صلَى اللَّه عليه وسلَّم " **نِعْمَتَانِ مَغْبُونٌ فِيهِمَا كَثِيرٌ مِنَ النَّاس الصِحَّة وَالفَرَاغ** " أخرجه البخاري.

إلاّ أنّ مشيئة الله فوق كل شيء فإذا ما ابتلي إنسان في جسده واضطربت صحته وتسلل العجز في ثنايا حياته فلابد من توجهه نحو مؤسسات استشفائية للتحسين من علته ومجابهة مرضه والأخذ ما يجب من العلاج، ولا يمكن أن يقوم بذلك لوحده مما يستدعي مرافقا له يعينه، وهذا الأخير يكون شاهدا على المريض ومراقبا لحالته الصحية، لأن المريض يكون بحاجة لعناية إضافية نظرا لعلته، فيقوم المرافق هنا بالسهر على الحالة وضمان راحته، إضافة إلى أنه العين التي تراقب المريض في حالة حدوث أي تطور، وفي المقابل تكون الإقامة في المستشفى مرهقة، كما أن يكون قد تخلى عن نمط حياته المعتاد ومسؤولياته ليجد نفسه ملزما برعاية المريض والتعايش مع ذلك الوسط، كل هذا هو عامل مهم في ظهور بعض الأعراض النفسية المختلفة التي من شأنها أن تدني الصحة النفسية للمرافق، وهذا ما تطرقنا إليه في دراستنا وموضوعنا الذي يتمحور حول الأعراض النفسية لدى مرافق المريض.

ولتوضيح أكثر قمنا بتقسيم دراستنا إلى جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي. حيث احتوى الجانب النظري على فصلين، وهما موضحان كالآتي:

الفصل الأول: تحت عنوان الإطار العام للدراسة، ويحتوي على الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة وأهدافها، التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة، وأخيرا الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: بعنوان الصحة النفسية، وتطرقنا فيه إلى تعريف علم الصحة النفسية، تعريف الصحة النفسية، مناهج الصحة النفسية، مؤشرات الصحة النفسية، أهمية الصحة النفسية، معايير الصحة النفسية، نسبية الصحة النفسية وأخيرا النظريات المفسرة للصحة النفسية.

الفصل الثالث: بعنوان الأعراض النفسية وتم إلقاء الضوء على أهم الاضطرابات النفسية الموجودة في مقياس الصحة النفسية المعدل من خلال تعريف كل اضطراب على حدة وكذا الأعراض والأسباب والعلاج لكل منها.

الفصل الرابع: المتمثل في الجانب التطبيقي من الدراسة، بعنوان التطبيق الميداني للدراسة، حيث تناولنا فيه معنى الدراسة الاستطلاعية، أهداف الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة الاستطلاعية، ومن ثم تطرقنا إلى الدراسة الأساسية التي تحتوي على منهج الدراسة، مجتمع الدراسة الأساسية، عينة الدراسة الأساسية، أدوات الدراسة الأساسية وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس: بعنوان عرض ومناقشة وتفسير النتائج بعد اختبارها إحصائيا وفق الأساليب الإحصائية المناسبة، وتبعها تفسير هذه النتائج على ضوء الأطر النظرية والدراسات السابقة.

وفي الأخير قامت الباحثتان بتقديم استنتاج عام حول الدراسة وختامها ببعض الاقتراحات، ثم عرض للمراجع المعتمدة في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية:

يتميز العصر الحديث بشدة التعقيد والتغيرات السريعة التي طرأت عليه، حيث تعقدت أمور الحياة وكثرت مطالبها مما جعل الإنسان يسعى لكل طاقاته لتحقيق أهدافه وطموحاته، الأمر الذي أدى إلى تعرض الفرد للكثير من المواقف الضاغطة في البيت والعمل وفي البيئة المحيطة، ومواجهته للصراعات النفسية التي تؤدي إلى الضيق والتوتر الناتج عن التردد في اتخاذ القرارات، هذه الصراعات تؤدي إلى اضطرابات نفسية كالوسواس القهري، الاكتئاب، القلق.. إلى غير ذلك من الأعراض النفسية.

بحيث إن الصحة النفسية مطلب أساسي في حياة الإنسان إذ بدونها يعيش الإنسان في بؤس وشقاء لا يستطيع الاستمتاع بكل ما وهبه الله له من قدرات ذاتية، فهو غير قادر على استغلال تلك القدرات بما يعود عليه بالنفع والفائدة، كذلك لا يستطيع التمتع بالحياة الجميلة **(المطيري، 2005، ص ص 15)**.

وكل إنسان يسعى إلى الأمن والاستقرار والسكينة فهو يعمل ليل نهار ليؤمن لأسرته كل أسباب الراحة **(ملوحي، 2021، ص19)**.

وفي ظل كل هذا يمكن أن يفقد الإنسان صحته ويتراجع مردوده ويتجه نحو العلاج الذي يقتضي منه الدخول للمستشفى ولأن الإنسان بطبيعته كائن ضعيف فلن يقوى على القيام بأعماله مما يستدعي أن يكون له مرافق يعينه على قضاء حاجياته وتقديم المساعدة له في حياته، وهذا الأخير يمكن أن تتأثر حالته النفسية والتي تعرف على أنها حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نسبيا، شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه وبيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام **(زهران، 2005، ص09)**.

فالصحة النفسية مفهوم افتراضي يشير إلى قدرة الفرد على القيام بوظائفه النفسية والعضوية بطريقة فردية فريدة، ليحقق التوافق وصولا إلى تحقيق السعادة والرضا والكفاية والإيجابية في الحياة، فامتلاك الفرد لمستوى مناسب من الصحة النفسية يمكن أن يسهل وييسّر إنتاجية مقبولة

وإنجاز يرضى عنه هذا الفرد، فيؤهله للقيام بما هو أهل له فيستغل إمكانياته ويستثمرها إلى أقصى حد ما تسمح به من النمو والتطور **(السفاسفة وعربيات، 2005، ص03)**.

فهي لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد نحو تحقيق الصحة **(أبو دلو، 2009، ص09)**.

فموضوع الصحة النفسية في مراحل النمو المختلفة له أهمية كبيرة في توضيح إلى أي مدى يتمتع الإنسان بالصحة النفسية يساعده على تكوين شخصية متكاملة، ناضجة، قوية، ناجحة، قادرة على التكيف في كل موقف من مواقف الحياة في مراحل النمو المختلفة **(كلير، 2007، ص06)**.

فالصحة النفسية شأنها شأن الصحة الجسمية يجب النظر إليها على أنها منتهى ما يسعى إليه الفرد من خلال سلوكه وتفاعله مع الحياة من حوله، وهذا ما أوضحته دراسة **(كديك ورابح، 2021)** حول الصحة النفسية لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا والتي تلخصت نتائجها في أن للممرضين حالة نفسية منخفضة تجلى فيها اضطراب القلق.

وفي الشق المقابل نرى أن مرافق المريض الذي تخلى عن نمط حياته المعتاد واتجه للحياة والمسؤوليات المختلفة وأنه قد أصبح أكثر التزاما من ذي قبل، وتركيزا على حالة مريضه ويمكن أن يلزم بالانعزال عن الآخرين نظرا لنوع المرض ومناعة الحالة، وهنا يمكن أن يشعر بأنه مقيد ومكبل وغير قادر على مزاولة حياته الجديدة بحيث يشعر بالانعزال والوحدة التي تؤثر على حالته ومنه يصبح أكثر انفعالا وقلقا، وهنا تضطرب الصحة النفسية في ظل كل تلك التغيرات والظروف التي يمر بها المرافق داخل المشفى ويظهر هذا عليه في جملة أعراض نفسية مختلفة ومتنوعة كالأعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية الشخصية، إضافة إلى الاكتئاب والقلق وغيرها من الأعراض التي تؤدي إلى عرقلة سيرورة حياته ومساعدته للمريض، وتنعكس على ذاته، وحياته وشخصيته وانفعالاته وتكيفه مع بيئته وعلاقاته الاجتماعية مما يعوقه على استغلاله لقدراته وإمكانياته بالشكل المطلوب وهذا يؤثر بدوره على سعادته وحالته النفسية.

تأسيسا على ما سبق وللإلمام بحيثيات الموضوع وتحقيقا لأهدافه، يمكن حوصلة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ما مستوى الصحة النفسية لدى مرافقي المرضى؟
- ما هو العرض النفسي الغالب الدى مرافقي المرضى وفق ما يقدره مقياس الصحة النفسية؟
- هل توجد فروق في الأعراض النفسية لدى مرافقي المريض تبعا **لاختلاف** جنسهم؟
- هل توجد فروق في الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى تبعا **لاختلاف** المرض؟

2. فرضيات الدراسة:

- مستوى الصحة النفسية منخفض لدى مرافقي المرضى.
- يمثل الوسواس القهري العرض النفسي الأكثر ظهورا لدى مرافقي المرضى.
- لا توجد فروق في ظهور الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى **باختلاف** جنسهم.
- لا توجد فروق في ظهور الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى **باختلاف** المرض.

3. أهمية الدراسة:

- تستهدف فئة مرافقي المرضى، وهذا يجعلنا نلقي الضوء على شريحة هامة في المجتمع.
- التعرف على الحالة النفسية لمرافقي المرضى وعن أكثر الأعراض **انتشارا** لدى العينة.
- تفيد مرافقي المرضى على معرفة مستوى الصحة النفسية لديهم.
- التقرب من هذه الفئة ومعرفة حاجاتهم النفسية.
- التوصل إلى حلول وتوصيات تساعد على الحفاظ على الصحة النفسية لدى مرافقي المرضى.
- إثراء مجال بحثنا في موضوع الصحة النفسية.

4. أهداف الدراسة:

- الكشف عن الأعراض النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى بالمستشفى.
- الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى بالمستشفى.
- التعرف على الفروق في ظهور الأعراض النفسية وفق ما يقدره مقياس الصحة النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى تبعا لاختلاف جنسهم ونوع المرض لدى المريض.

5. المفاهيم الإجرائية:

اضطرابات الصحة النفسية:

هي جملة من التغيرات النفسية التي تطرأ على الحالة، والتي تظهر في صورة جملة من الأعراض كالقلق، اكتئاب، حساسية شخصية، وسواس قهري... وغيرها من الاضطرابات النفسية، وتتجلى بالدرجة التي يحصل عليها المجيب من مرافقي المرضى على مقياس الصحة النفسية SCL90.

الأعراض النفسية:

هي مجموعة من السمات التي تطرأ على الحالة، وتسبب عدم التكيف لها وعرقلة مسار حياة الفرد.

6. الدراسات السابقة:

1.6. دراسة كيلي وكوبر (1981):

هدفت الدراسة إلى الربط بين الصحة النفسية ومصادر الضغوط المهنية وعلاقتها بالعوامل الشخصية لدى الأطباء، وتكونت عينة الدراسة من 150 طبيبا من مختلف التخصصات، ولجمع البيانات استخدم الباحثان عددا من المقاييس الفسيولوجية، إضافة إلى المقابلة الشخصية والمسح الاستبياني.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد علاقة بين الصحة النفسية وظروف العمل.
- يعد الدعم وتحسن المهنة وضعف المهارات والخبرة بالعمل من أكثر مصادر الضغط للأطباء الأصغر سنا.
- اقتران أربع متغيرات (من العناصر الوظيفية والعوامل الشخصية) بالمؤشرات الفسيولوجية لمرضى القلب، العمر، الجوانب الإشرافية الإدارية، والتعارض بين الوظيفة والحياة الشخصية للأطباء.

2.6. دراسة لندو وآخرون (2006) Lindo & All:

هدفت الدراسة المعنونة بـ: "الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين في مستشفى كنجستون والمشفى الجامعي بمدينة كنجستون، جمايكا"، إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين العاملين بمستشفيين في مدينة كينجستون، جمايكا. ولجمع البيانات استخدم الباحثون مقياس الصحة النفسية وطريقة المجموعات البؤرية على عينة تكونت من (212) طبيبا وممرضا من العاملين.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن 27.4 % من أفراد عينة الدراسة يعانون من ضغوط نفسية.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ظهور أعراض الاضطرابات النفسية وكل من سنوات الخبرة، ضغوط العمل والضغوط الخارجية والضائقة المالية.
- مؤشرات تدل على تأثر الصحة النفسية والمتمثلة في الخوف من القدوم للعمل.

3.6. دراسة ابتسام أحمد أبو العمرين (2008):

أجريت هذه الدراسة والمعنونة بـ: "**مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم**" بهدف معرفة المستوى العام للصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين بالمستشفيات الحكومية في محافظات غزة.

كما هدفت للتعرف على التباين والاختلاف في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات تبعا لمتغير (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، عدد سنوات الخبرة، والمستوى الاقتصادي) والكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، مستخدمة استبانة الصحة النفسية على عينة قوامها (201) ممرض وممرضة (109 ذكور، 98 إناث)

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تمتع الممرضين والممرضات بمستويات عالية من الصحة النفسية حيث كانت لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات.

- ارتفاع مستوى الأداء المهني لدى الممرضين والممرضات حيث بلغت نسبته 87.63 % لدى الممرضين و88.06 % لدى الممرضات.
- عدم وجود علاقة بين الصحة النفسية والأداء المهني لدى الممرضين والممرضات.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بين الممرضين والممرضات لصالح الممرضين في كل من البعد الشخصي والبعد الاجتماعي، بينما لم توجد فروق في كل من البعد المهني والبعد الروحي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات التي تعزى للمؤهل العلمي.

4.6. دراسة رجاء مريم (2008):

بعنوان: "**مصادر الضغوط النفسية لدى العاملات في مهنة التمريض في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي بمحافظة دمشق**"، حيث هدفت الدراسة إلى قياس الضغوط النفسية المهيئة التي تواجه الممرضات العاملات في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في ضوء أربع متغيرات (الحالة الاجتماعية، العمر، عدد سنوات الخدمة، القسم أو الشعبة في العمل)، وقد تم تطوير استبانة من (55) فقرة لقياس مصادر الضغوط المهنية لدى الممرضات، وتكونت عينة الدراسة من (204) ممرضة تم اختيارهم بطريقة عشوائية عرضية.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- بينت الدراسة أن 78.9 % من الممرضات يشعرن بدرجات مرتفعة من الضغوط النفسية المهنية.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بطبيعة العمل وبعد العلاقة مع زملاء العمل وذلك لصالح الممرضات العازبات.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفقا لمتغير العمر على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بالعوامل التنظيمية في العمل وبعد المصادر المتعلقة بالعلاقة مع الإدارة وذلك لصالح الممرضات الأصغر سنا.

- وجود فوق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفقا لمتغير عدد سنوات الخدمة في المستشفى وذلك على بعد مصادر الضغوط المتعلقة بالعلاقة مع الإدارة لصالح الممرضات اللواتي لديهن سنوات خدمة أقل.
- عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفقا لمتغير القسم أو شعبة العمل في المستشفى.

5.6. دراسة قزقوز وإغمين (2021):

هدفت الدراسة والتي جاءت بعنوان: "**مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة كوفيد 19**". إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة كوفيد 19 بمستشفى الأم والطفل بقالمة في فترة انتشار جائحة كورونا، ومعرفة دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لديهم بفارق الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، ولجمع البيانات اعتمدت على مقياس الصحة النفسية المكيف على البيئة الجزائرية، وزع على عينة قوامها (30) فردا من الممرضين (13 متزوج) (17 غير متزوج).

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تمتع الممرضين بمستوى مرتفع من الصحة النفسية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين في كل من متغير الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لنوع القسم الذي يعمل فيه الممرضين والممرضات.
- عدم وجود فروق ذات دلالة تعزى لعدد سنوات الخبرة لدى الممرضين والممرضات ماعدا البعد الاجتماعي فقد وجدت فروق لصالح الممرضين الذين لديهم سنوات خبرة أكثر من 15 سنة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى المستوى الاقتصادي لصالح الممرضين ذوي الدخل المرتفع.

6.6. دراسة جعرير سليمة (2019):

بعنوان: "**مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الاستشفائية وعلاقتها بفاعلية الذات**". حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على المستوى العام للصحة النفسية وفاعلية الذات لدى الممرضين والممرضات العاملين بالمؤسسات الاستشفائية. التعرف على التباين والاختلاف في مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض تبعا لمتغير الجنس.

الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية وفاعلية الذات لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، معتمدة على مقياس الصحة النفسية ومقياس فاعلية الذات على عينة بلغت (50) ممرض وممرضة (20 ذكور، 30 إناث).

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الصحة النفسية ودرجات فاعلية الذات لدى العاملين بمهنة التمريض.
- وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.
- وجود مستوى مرتفع من فاعلية الذات لدى ممرضي المستشفيات في ضوء السمات الشخصية لديهم التي تعزى إلى الخبرة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين والممرضات في استجاباتهم على مقياس الصحة النفسية وكانت لصالح الممرضون.

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

1.7. من حيث الهدف:

انطلاقا مما سبق نلاحظ أن معظم الدراسات السابقة هدفت للتعرف على مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين والممرضات، واختلافاتها تبعا لمتغيرات مختلفة والتعرف على

العلاقة بينها وبين الأداء المهني. في حين أشارت دراسة **(كيلي وكوبر)** و **(رجاء مريم)** إلى معرفة مصادر الضغوط النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض والأطباء وربطها بالصحة النفسية والتعرف على علاقتها ببعض المتغيرات المختلفة.

إلا أن الدراسة الحالية تناولت الأعراض النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى من خلال مقياس الصحة النفسية المعدل SCL- 90R

2.7. من حيث العينة:

جل الباحثين الذين سبق ذكرهم أجروا دراساتهم على عينة من الأطباء والممرضين والممرضات، ولكن مختلفة الحجم، بينما اقتصرت دراستنا على مرافقي المرضى بالمستشفى، لأنها أول دراسة أجريت على هذه العينة ولم يسبق أن تناولت عينة مرافقي المريض في دراسات سابقة.

3.7. من حيث المنهج:

اعتمدت كل الدراسات السابقة على المنهج الوصفي، إلا دراسة **(لندو وآخرون)**، **(كيلي وكوبر)** اعتمدوا المنهج العيادي.

4.7. من حيث أدوات الدراسة:

اختلفت وتنوعت حسب الغرض المراد الوصول إليه، حيث استخدم كل من دراسة **(قزقوز وإغمين)** ، **(جعرير)** مقياس الصحة النفسية، أما **(كيلي وكوبر)** استخدموا المقاييس الفسيولوجية، المقابلة الشخصية والمسح الاستبياني. بالنسبة لدراسة **(ليندو وآخرون)** استخدموا مقاييس الصحة النفسية والمجموعات البؤرية، في حين استخدمت كل من دراسة **(أبو العمرين)** و **(مريم)** الاستبيان.

في حين أن دراستنا الحالية اعتمدت على مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90R

5.7. من حيث النتائج:

من أهم النتائج المتوصل إليها في بعض الدراسات السابقة أن درجة الضغوط المهنية مرتفعة لدى الممرضين والممرضات، وكذلك بالنسبة للدراسات الأخرى أن مستوى الصحة النفسية

مرتفع لدى العاملين بقطاع الصحة (الأطباء، الممرضين والممرضات)، في حين أظهرت دراسة (ليندو وآخرون) تأثر الصحة النفسية لديهم.

6.7. أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في هذه الدراسة:

إن الدراسات السابقة وعرضها في البحوث العلمية خصوصا الإمبريقية منها لا يكون اعتباطيا بل لجملة من الأغراض التي تؤديها، والتي سنوجزها في النقاط التالية:

- تحقيق التراكمية العلمية، فهذه الدراسة تعد تكملة لمختلف الدراسات في ذات المجال، إلا أنها قامت على عينة غير العينات أو الفئات المستهدفة من قبل.
- الاستناد إلى هذه الدراسات في صياغة وتوجيه الفرضيات في هذه الدراسة.
- الاستئناس بنتائج هذه الدراسات في تفسير ومناقشة نتائج هذه الدراسة لاحقا.

الفصل الثاني:

الصحة النفسية

تمهيد:

تعتبر الصحة النفسية من أهم المجالات والفروع في علم النفس الصحة، لما لها من أهمية في الوقاية من الاضطرابات النفسية والعقلية. فهي حالة من التكيف والتوافق مع الضغوطات والصراعات التي قد يواجهها الفرد، للوصول إلى استقرار يمكنه من القيام بوظائفه الحياتية بشكل سوي يتناسب مع إمكاناته الجسمية والعقلية.

بحيث أكدت الدراسات أن الصحة النفسية هي الركيزة الاساسية لاستقرار حياة الإنسان. وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1. تعريف علم الصحة النفسية:

عرفه **حامد زهران على أنه:** الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، ما يؤدي إليها وما يحققها، وما يعوقها، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية، ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها **(زهران، 2005، ص09)**.

كما **عرفه زيدان والحشاش (1998)** أنه العلم الذي يدرس السلوك بوجه عام من حيث الناحية العقلية شعورية كانت أو لاشعورية بقصد الوصول إلى القوانين التي نستطيع بها فهم دوافع هذا السلوك والتنبؤ به وضبطه والتحكم فيه **(أحمد، 2010، ص12)**.

وهو علم تطبيقي يستهدف مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية بمختلف أنواعها وأشكالها ودرجاتها، لا في صورها العنيفة فحسب بل في صورها الخفيفة الشائعة بين الناس، مضافا إلى ذلك ضعف العقل وذلك بوقاية الناس منها وتزويدهم بالمعلومات اللازمة للمحافظة على صحتهم النفسية **(رحماني، 2014، ص11)**.

❖ **تعقيب على التعاريف السابقة:**

علم الصحة النفسية هو ذلك العلم الذي يدرس سلوك الفرد والتنبؤ به، ويعمل على مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية وأنواعها ودرجاتها، ويساعد على تكيف الفرد مع ذاته ومحيطه، وفهم مجال الصحة النفسية والوقاية من اضطراباتها.

2. تعريف الصحة النفسية:

يمكن القول أن مفهوم الصحة النفسية قد نما وتطور مع تقدم علم الصحة النفسية، فبعد أن كانت الصحة النفسية تدل على معنى سلبي محدود وهو خلو الفرد من الاضطرابات النفسية، فقد تطورت إلى مفهوم إيجابي أكثر شمولا بحيث أصبحت ترتبط بقدرة الفرد على تحقيق التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا بدوره يؤدي إلى حياة خالية من الأزمات والمرض النفسي، ثم بدأ يتسع مفهوم الصحة النفسية ليشمل قدرة الفرد على المحافظة على قدر من استقلاليته بأن يعيش القيم والمثل العليا التي يؤمن بها، أي أن يحقق رسالته في الحياة **(المطيري، 2005، ص21)** .

تعرف الصحة النفسية حسب **فرويد** على أنها " القدرة على الحب والحياة " فالإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي تمتلك الأنا لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء " الهو " ويستطيع ممارسة تأثيره عليه، ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا والهو، إنهما ينتميان لبعضهما بعضا ولا يمكن فصلهما عمليا عن بعضهما في حالة الصحة **(أبو دلو، 2009، ص24)**.

ويعرفها **صموئيل مغاريوس Samuel Mgarrios** بأنها سلامة الفرد من المرض النفسي والعقلي في صوره المختلفة وعدم ظهور أعراض الاضطرابات السلوكية الحادة في أفعاله وتصرفاته.

أما **كيلاندر Kilander** فيعرف الصحة النفسية بأنها: تقاس بمدى قدرته على التأثير في بيئته، وقدرته على التكيف مع الحياة، بما يؤدي بصاحبه إلى قدر معقول من الإشباع الشخصي، والكفاءة والسعادة.

في حين يعرفها **بوهم Bohim** بأنها: حالة ومستوى فعالية الفرد الاجتماعية وما تؤدي إليه من إشباع لحاجياته.

بينما يشير **شوبن Shobin** إلى مفهوم الصحة النفسية من حيث ارتباطها بالتكيف المتكامل، وحدده في صفات معينة مثل القدرة على ضبط النفس، والشعور بالمسؤولية الشخصية، والشعور بالمسؤولية الاجتماعية، والاهتمام بالقيم المختلفة.

ويعرفها **حامد زهران** بأنها: حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا، وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته)، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق

ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام **(زهران، 2005، ص09)**.

أما عن **الداهري والعبيدي (1999)** فهي التوافق (Adjustment) أو التكامل (Integration) بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية **(أبو أسعد، 2015، ص34)**.

ويرى **الشرقاوي (1996)** أن الصحة النفسية هي تكيف الفرد مع نفسه ومع مجتمعه الخارجي تكيفا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد **(السفاسفة وعربيات، 2005، ص05)**.

وتحدد **منظمة الصحة العالمية** مفهوم الصحة النفسية (1964) بأنها حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبيا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة، والأمن وسلامة العقل، والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة والعافية، وفي هذه الحالة درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي والاجتماعي، مع علاقات اجتماعية طيبة **(أديب، 2009، ص31)**.

وللصحة النفسية شقان أحدهما: نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها والحيل الدفاعية والتوافق، والآخر تطبيقي عملي يتناول الوقاية من المرض النفسي والتشخيص وعلاج الأمراض النفسية **(البلاح،2016، ص22)**.

❖ **تعقيب على التعاريف السابقة:**

الصحة النفسية هي قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والأزمات ومختلف المشاكل والمواقف التي بدورها تهدد الصحة النفسية للفرد، وهذا التكيف يؤدي إلى الوصول إلى درجة مرتفعة من التوافق النفسي.

3. مناهج الصحة النفسية:

يوجد ثلاثة مناهج أساسية في الصحة النفسية:

1.3. المنهج الإنمائي Developmental:

وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال مرحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا)، ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية.

2.3. المنهج الوقائي Preventive:

ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولا بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية. وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية. ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم "**التحصين النفسي**".

3.3. المنهج العلاجي Remedial:

ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية **(زهران، 2005، ص12)**.

❖ **تعقيب على ما سبق:**

يتضح من خلال ما سبق أن المنهج الإنمائي يهتم بتحقيق أعلى مستوى من الصحة النفسية، في حين المنهج الوقائي يركز على الوقاية من الوقوع في المشكلات كما أنه يركز على الأسوياء أكثر من المرضى. في المقابل يتناول المنهج العلاجي العلاج والعودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية كما يدرس أسباب تلك الاضطرابات.

4. مؤشرات الصحة النفسية:

من المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال بصورة عامة على الصحة النفسية للفرد ما يلي:

1.4. تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته:

إحدى الوسائل للتعرف على الصحة النفسية لفرد من الأفراد نسأل إلى أي حد يدرك هذا الفرد حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس ومدى اتساع هذه الفروق، وكيف يرى هذا الفرد نفسه بالمقارنة مع الآخرين، وماهي فكرته عن مميزاته الخاصة وعن حدود قدرته وما لا يستطيعه...

وسنجد أن بعض الناس لهم بصيرة لا بأس بها بأنفسهم، ويفهمون ذواتهم فهما واقعيا أو قريبا من الواقع، وهذا يهيئ لهم تجنب الكثير من الإحباط والفشل ويساعد على الإنجاز والتوافق السليم ولكننا سنلاحظ أيضا أن كثيرين يبالغون في تصور قدراتهم ويتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعونه فعلا، كما يحاول البعض الآخر أن يهون من شأن نفسه ويركز على عيوبه ونقائصه ولا يستطيع لسبب ما يعاني منه من مشاعر النقص أن يرى كل إمكانياته وقدراته رؤية واضحة **(كامل، 2004، ص21)**.

2.4. المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة:

المرونة هنا تعني مقدرة الفرد على تحقيق التكيف عندما يحدث أي تغير في المواقف، ويمكن تحقيق التكيف عن طريق تبديل أو تعديل أو تغيير الأهداف والحاجات، حيث يعدل الفرد سلوكه استنادا إلى خبراته السابقة مع الحرص على عدم تكرار السلوكيات الفاشلة السابقة.

3.4. التوافق الذاتي:

ويتضمن الرضا عن النفس، ويقصد بالرضا عن النفس أن يقبل الفرد ذاته كما هي بكل جوانبها وأن يكون لديه مفهوم إيجابي عن ذاته، وتلعب الأسرة دورا كبيرا في تكوين هذا المفهوم الإيجابي عن الذات عند الفرد وذلك من خلال الممارسات الوالدية داخل الأسرة. فكلما كانت هذه الممارسات إيجابية سوية وهادئة أدت إلى تكوين مفهوم إيجابي عن الذات لدى الطفل.

ينعكس هذا المفهوم الإيجابي بدوره على توافق الفرد ذاتيا ولكن يبقى إدراك الفرد لهذه الممارسات ذا أهمية في تكوين هذا المفهوم، فإذا كان هذا الإدراك يتفق مع الممارسات الوالدية الإيجابية أدى إلى تكوين مفهوم إيجابي عند الفرد عن ذاته وبالتالي توافقه.

لذا إعتبر هذا المظهر من المظاهر الهامة للصحة النفسية والذي تلعب فيه الأسرة دورا كبيرا من خلال التنشئة الاجتماعية.

4.4. التوافق الاجتماعي:

إن التوافق الاجتماعي يشمل التوافق الأسري والتوافق المدرسي والتوافق المهني والتوافق الاجتماعي بمعناه الواسع.

فقدرة الفرد على التوافق الاجتماعي وقدرته في تكوين علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين هي من مظاهر الصحة النفسية حيث تعتبر العلاقات الاجتماعية بما تقدمه من دعم اجتماعي مصدر من مصادر الصحة النفسية، إذ يخفف الدعم الاجتماعي من العناء.

وذلك للأسباب التالية:

- للدعم الاجتماعي تأثر فوري على نطاق الذات بحيث يزيد من تقدير الذات والثقة بها.
- يولد التفاعل الاجتماعي الداعم درجة من المشاعر الإيجابية تخفف من أعراض الاكتئاب والقلق.
- تقلل من تأثير الأحداث الخارجية على المرء فلا يعود يشعر بجسامتها حيث يشعر بتوفر الدعم والمساعدة له، ومن ثم فإنه سيتمكن من مواجهة المشكلة.

الشعور بالسعادة:

وتنقسم إلى ما يلي:

الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق، ويأتي ذلك عن طريق الاستفادة من مسرات الحياة اليومية وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة ووجود اتجاه متسامح نحو الذات واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها ونمو مفهوم موجب للذات وتقدير الذات حق تقديرها.

الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة والصداقات الاجتماعية والانتماء لجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي والسعادة الأسرية والتعاون وتحمل المسؤولية. إضافة إلى هذا فإن صحة الفرد النفسية تبدو جلية وواضحة في مدى استمتاعه بالحياة وبعمله وأسرته وأصدقائه وشعوره بالطمأنينة والسعادة وراحة البال، ويحب الناس ويحب القيم الأخلاقية السامية ومع ذلك فكل منا يتعرض أحيانا لضيق عابر أو قلق عرضي ولكن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يستطيع أن يواجه مثل هذه الأزمات والشدائد يحاول حلها حلا سويا سليما والشعور بالسعادة لا يكتمل إلا باتباع ما أمر الله به سبحانه وتعالى واجتناب ما نهى عنه عز وجل.

تحقيق الذات واستغلال القدرات:

إن فكرة الفرد عن نفسه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته، ككل لأنها عامل أساسي في تكيفه الشخصي والاجتماعي، فالذات تتكون من مجموع إدراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها، فهي تتكون من خبرات إدراكية وانفعالية تتركز حول الفرد باعتبار أنها مصدر للخبرة وللسلوك وللوظائف.

ويتركز تقبل الذات على بعض المقومات الرئيسية وهي:

- فهم الذات وهو إدراك الذات ويتصف بالصدق والواقعية والحق والصراحة والمواجهة، وفهم الذات ليس مجرد الاعتراف بالحقائق ولكن أيضا التحقق من مغزى هذه الحقائق.
- يتوقف فهم الفرد لذاته ليس على قدراته العقلية فحسب، ولكن أيضا على فرص اكتشافه لذاته فينبغي أن تتاح له فرصة اختبار قدراته دون أن يلقى حماية زائدة من الآخرين.

- قد يأتي نقص فهم الذات من الغباء والجهل، وقد يأتي من نقص فرص اكتشاف الذات أو من نزعة الشخص أن يرى نفسه كما يود أن يكون عليه فحسب لا كما هي عليه.
- إن فهم الذات وتقبلها يرتبطان ببعضهما ارتباطا وثيقا بقدر ما يكون الشخص لذاته سليما يكون تقبله لذاته سليما أيضا والعكس صحيح، ويؤدي نقص فهم الذات إلى تباين بين مفهوم الشخص عن ذاته كما يود أن يكون عليه (مفهوم عن الذات المثالية)، والصورة التي يدركها عن نفسه من خلال تفاعله الاجتماعي مع الآخرين (مفهوم عن الذات الواقعية).

الاتزان الانفعالي:

يتمثل بقدرة الفرد على التحكم بذاته وضبط نفسه مع التعبير المناسب عن انفعالاته، ولا يتحقق الاستقرار الانفعالي الذي يعتبر أحد علامات الصحة النفسية إلا عند ثبات الاستجابة الانفعالية للفرد في المواقف المتشابهة.

القدرة على مواجهة الإحباط:

وتعني به قدرة الفرد على التعامل مع إحباطات الحياة اليومية مع بذل الجهد للتغلب على تلك الإحباطات، مع مراعاة عدم المبالغة في استخدام الحيل الدفاعية.

التكيف للمطالب أو الحاجات الداخلية والخارجية:

يجب أن تتوفر في البيئة التي يعيش فيها الإنسان الطرق المناسبة لإشباع حاجاته المتنوعة، حيث يعتبر هذا الشرط من أهم الشروط التي تحقق الصحة النفسية، لكن إذا لم يستطع الفرد إشباع حاجاته لظروف ما في بيئته فإن ذلك سيعرضه للإصابة بالإحباط والإعاقة مما يؤدي إلى اختلال توازنه النفسي، والتكيف الذي يحقق الاستقرار والاتزان النفسي للفرد لا يتحقق إلا عند إشباع حاجات الإنسان ومطالبه.

القدرة على العمل والإنتاج الملائم:

أن ينتج الفرد ويبدع في حدود ما وهبه الله من إمكانات وقدرات واستعدادات جسمية، ونستطيع أن نستدل على الصحة النفسية للفرد من خلال ما يمكن أن يقوم به من إصلاحات في مجتمعه وإحداث تغييرات في بيئته **(المطيري، 2005، ص32 ص38)**.

5. أهمية الصحة النفسية:

إن الصحة النفسية تساعد الفرد على سرعة الاختيار واتخاذ القرار، دون جهد زائد أو حيلة شديدة، وتساعده على فهم نفسه والآخرين، وجعله قادرا على التحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته، مما يساعده في تجنب السلوك الخاطئ.

وتتضح أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد والمجتمع من خلال العناصر التالية:

1.5. بالنسبة للفرد:

- الصحة النفسية تمكن الفرد من مواجهة مشكلات الحياة.
- الصحة النفسية تمكن الفرد من التعليم الجيد.
- الصحة النفسية تمكن الفرد من النمو الاجتماعي السليم.
- الصحة النفسية تساعد الفرد على النجاح المهني.
- الصحة النفسية تدعم الصحة البدنية.
- الصحة النفسية تؤدي إلى أمان وطمأنينة الفرد.
- الصحة النفسية تحقق زيادة كفاية الفرد ورفع إنتاجياته.

2.5. بالنسبة للمجتمع:

- الصحة النفسية تؤدي إلى زيادة الإنتاجية.
- الصحة النفسية تؤدي إلى تماسك المجتمع.
- الصحة النفسية تقلل من المنحرفين والخارجين عن نظام المجتمع.
- الصحة النفسية تؤدي إلى اختفاء الظواهر المرضية من المجتمع.
- الصحة النفسية تؤدي إلى زيادة التعاون بين أفراد المجتمع **(السفاسفة، عربيات، 2005، ص12 ص14)**.

6. معايير الصحة النفسية:

1.6. المعيار الذاتي:

كأن يحدد الفرد مجموعة من الأحكام أو المعايير (قيم، مبادئ، اتجاهات) على سبيل المثال تكون بمثابة إطار مرجعي يحكم من خلاله على السلوك، بما يتفق مع هذا الإطار يعد عاديا وما لا يتفق يعد شاذا وغير عادي. ومثل هذا الأسلوب يكون غير موضوعي لا يتفق عليه لأنه يتعدد بتعدد الأشخاص أولا ويختلف من شخص إلى آخر ثانيا **(التميمي، 2013، ص ص 30 – 31).**

2.6. المعيار الإحصائي:

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائيا تتوزع وفقا للتوزيع الاعتدالي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) ودرجات منخفضة (أقل من المتوسط). وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحى إلى اللاسوية، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الاعتدالي ومن المأخذ على هذا المعيار أنه قد يصلح عن الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لأن القياس النفسي يقوم على أسس معينة إن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج به رقما مضللا ولا معنى له، لأن القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلا عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء ولكنه بشكل واقعي غير ملموس، ولكن نستبدل عليه من صفات الفرد **(رابح سيدهم وكديك، 2021، ص24).**

3.6. المعيار الاجتماعي:

تتحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعيا ويعني بذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد، ويخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لا سوية

كالانتهازية تكتب مشروعيتها في إطار من الرغبة الاجتماعية فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي.

4.6. المعيار الباطني:

فوفقا للمعيار الباطني لا يمكن إن تحدد ما إذا كان الفرد أقرب إلى السوية أو اللاسوية إلا إذا تجاوزنا مستوى السلوك الظاهري إلى ما يكمن وراءه من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية، وكيف يتعامل الإنسان مع هذه المحتويات الكامنة لديه ومدى قدرته على التعبير عنها والكيفية التي يشبع بها رغباته ودوافعه.

5.6. المعيار الديني:

في مجتمعنا المسلم يعتبر المعيار الديني من أهم المعايير وأقواها أثرا للتمييز بين السلوك السوي والسلوك المنحرف عن الفطرة لدى الإنسان المكلف حيث الفطرة هي المحك **(دواجي وعجيمي، 2016، ص ص26-27)**.

7. نسبية الصحة النفسية:

إذا أخذنا الصحة النفسية واختلالها وجدنا أن الأمر فيها نسبي كما هو في الشذوذ فكما أنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود، ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة، كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة عند فرد ما أمر يكاد لا يكون له وجود، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

ومن أركان الصحة النفسية التي أثبتناها إلى جانب انعدام النزاع الداخلي نجاح التكيف مع البيئة، ونجاح التكيف هذا أمر نسبي كذلك، فليس هناك حد فاصل ندرك عنده الفرق بين حالتي تحقق التكيف مع البيئة وانعدام تحققه.

ونلاحظ أن التكيف مع البيئة نسبي من ناحية أخرى، وهي الناحية المتوقفة على النمو، فالطفل الصغير يعتبر في حالة صحية عادية، إذا رضع ثدي أمه حتى سن الثانية من ولادته، ولكنه لا يعتبر كذلك إذا استمر يرضع إلى سن السادسة، كذلك الأنانية تعتبر حالة عادية من حيث الصحة النفسية في السنوات الخمس الأولى، ولكنها لا تعتبر كذلك في دور المراهقة، كذلك الميل الجنسي الناضج يعتبر عاديا بعد المراهقة، وغير عادي إذا ظهر في الطفولة وهكذا... **(القوصي، 1952، ص ص10-11)**.

8. النظريات المفسرة للصحة النفسية:

1.8. نظرية التحليل النفسي:

تركز هذه النظرية على الخبرات في مرحلة الطفولة، في بداية التحليل النفسي كان مفهوم الصحة النفسية يعرف باعتباره نقيضا للمرض ، فكان يعني مجرد غياب الأعراض ثم أصبح يعني غياب أنواع الصرع اللاشعوري المعطلة لإمكانات الفرد في قطاعي الانجاز والحب الناضج ، بحيث يمكن تعريف الصحة النفسية بحسب فرويد بأنها القدرة على الحب والعمل ، الحب بشقيه الشهوي والحنون، والاستمتاع بالعمل الخلاق، فالصحة النفسية وفق التحليل النفسي ليس نفيا وإلغاء لما هو طفلي أو لا شعوري وليس امتثالا سلبيا لواقع جامد بل هو تفاعل دينامي خلاق بين هذه المكونات جميعها **(دواجي وعجيمي، 2016، ص ص22-23)**.

يعتقد فرويد أن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية والشخصية المتوافقة مرهونة بقوة الأنا، أن الأنا وظيفتها الدفاع عن الشخصية والعمل على توافقها مع البيئة وحل الصراع بين الفرد والواقع أو بين الحاجات المتعارضة، والعمل على إحداث التوازن بين الهو (ID) التي تتطلب الإشباع و الأنا الأعلى التي تعارض الإشباع في ظل الإطار الاجتماعي، فإذا فشلت الأنا (Ego) في هذه الوظائف خاصة في إحداث التوازن بين الهو و الأنا و الأنا الأعلى فإن الفرد يكون معرضا لسوء التوافق **(التميمي، 2013، ص86)**.

2.8. النظرية السلوكية:

يفسر السلوك وفق هذه النظرية في ضوء ما يحدث من تغيرات فسيولوجية عصبية وهو وحدات صغيرة يعبر عنها بالمثير والاستجابة وأن الارتباط بين المثير والاستجابة ارتباط فيزيوكيميائي والمحور

الرئيسي لهذه النظرية هو عملية التعلم ونمو الشخصية وتطورها يعتمد على التمرين والتعلم، والسلوك الشاذ ما هو إلا تعبير عن خطأ مزمن في عمليات الارتباط الشرطي، أما الأمراض النفسية فهي نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل بسبب الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطراب الصحة النفسية ونشوء العصاب في القشرة الدماغية وأن الأمراض النفسية ما هي إلا ردود فعل الجهاز العصبي بسبب فشله في إقامة التوازن بين التفاعلات الشرطية المختلفة قديمها وحديثها، وما يحدث من تعارض بين عوامل التعلم الشرطي من إثارة أو نهي.

ومن هنا فإن الصحة النفسية السليمة تمثل في اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده في التعاون مع الآخرين على مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات فإذا أكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه فهو في صحة نفسية سليمة والمحك المستخدم للحكم على صحة الفرد النفسية هو محك اجتماعي **(عواطف، 2013، ص84)**.

3.8. النظرية الجشطالتية:

ترى أن الصحة النفسية هي القدرة على العيش هنا والآن بشكل حقيقي، بينما يتجلى المرض في تزوير الواقع الذاتي والوجودي، والهروب في الماضي أو المستقبل، أي الهروب من متعة وقلق العيش الكثيف للتجربة الوجودية في الحاضر، ومن المعروف أن المريض النفسي يعاني فعلا من انعدام القدرة على مجابهة الذات ولذلك فهو ينكفئ في اجترار الماضي بشكل دفاعي، أو هو يهرب من غنى اللحظة في أحلام المستقبل الوهمية.

يرى بيرلز **Perls** أن الصحة النفسية تتحقق حين يتمكن الشخص من الوقوف على قدميه وتحمل مسؤولية مصيره، ويتمكن من عيش رغباته ومشاعره في حالة من اللقاء مع الذات، وانطلاق حيويته في اتجاه نمائي **(حجازي، 2004، ص42)**.

4.8. النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن التوافق يعتمد على الطريقة التي يفسر فيها الأفراد الحوادث في البيئة وكيف يقيمون هذه الحوادث وإن الذي لديه توافق هو الفرد الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من

المحافظة على صحته النفسية من خلال استخدام المهارات المناسبة في حل المشكلات، أما الفرد الذي لا يتمتع بصحة نفسية يشعر بالعجز من الاستجابة بفعالية لمطالب البيئة (الأحداث) ويستخدم إستراتيجيات غير مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية التي تواجهه.

يرى (بيك) أن الفرد يستجيب للخبرات بشكل محرف غير واقعي فإذا كانت استجاباتنا وفقا لتعريفات لا للواقع الحقيقي إذن الانفعال سيأتي تبعا للوهم والتحريف وليس تبعا للحقيقة.

ويؤكد (كيلي) على الطريقة أو الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى المواقف والأحداث، ويرى كيلي أن الإنسان عالم بالفطرة حيث يقوم بملاحظة الأحداث وصياغة الفروض حول ما يلاحظه محاولة من الوصول إلى التوافق وتحقيق الصحة النفسية، وهو قادر على التنبؤ والسيطرة على الأحداث في حياته وقادر على العمل بأسلوب عقلاني **(التميمي، 2013، ص92)**.

5.8. النظرية الإنسانية:

يمثلها كل من روجرس **Rogers** ، وماسلو **Maslw** ، ستين **Stunen**، وفروم **Fromm**، وغيرهم وينظرون إلى الإنسان على أنه متكامل، والطبيعة البشرية خيرة بالطبع أو على الأقل محايدة وأن الظاهرة السلوكية بمثابة أعراض، ويؤكدون الصحة النفسية وأن الدراسة النفسية يجب أن تتوجه إلى كائن إنساني سليم وليس الأفراد العصابيون، وتأكيد دراسة الخبرة الحاضرة كما يدركها من يمر بها وليس كما يراها الآخرون.

وأكد روجرس أن هناك اتصالا وثيقا بين مفهوم تحقيق الذات وتقديرها وبين الصحة النفسية. ورأى أن الفرد يستطيع أن يحقق ذاته ووجوده الشخصي إذا ما أتيحت له الظروف التي تمكنه من ذلك، ويكون تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيق كاملا من خلال احتضانه لمجموعة من القيم العليا والتي منها: الحق والخير والجمال والصدق مع النفس والآخرين والشجاعة والتفاني في أداء العمل، من خلال ممارسته لحريته ومقدرته على الحب والنمو وعدم اللجوء للحيل الدفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة، ويعد ذلك من أهم مظاهر الصحة النفسية **(صوشي، 2016، ص50)**.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تناولناه في هذا المحور حول أهم مقومات الصحة النفسية ومؤشراتها ومعاييرها والنظريات المفسرة لها، يتبين لنا أن للصحة النفسية تعاريف ومفاهيم شاسعة تختلف باختلاف توجهات الباحثين والعلماء في هذا المجال.

وما يمكن استخلاصه من خلال ما تطرقنا إليه أن موضوع الصحة النفسية له أهمية كبيرة سواءا على الفرد أو المجتمع في تكوين شخصية سوية ومتكاملة قادرة على التكيف مع المواقف الحياتية ومواجهة متطلباتها.

الفصل الثالث:

الأعراض النفسية

تمهيد:

الصحة النفسية ليست بحالة ثابتة بل تتعرض للتغير والتذبذب في درجاتها من فرد إلى آخر كل حسب شخصيته، فإذا تراجعت هذه الأخيرة أسفرت عن أعراض نفسية مختلفة تؤدي إلى تغير ملحوظ في نمط حياة الفرد بشكل عام واختلال صحته النفسية بشكل خاص.

فبعد أن تناولنا في الفصل الثاني الصحة النفسية، سوف نتطرق في هذا الفصل لدراسة أهم الأعراض النفسية التي قد تعترض مرافق المريض في الوسط الاستشفائي.

الإضطرابات النفسية:

1. الاضطرابات الجسمانية:

1.1. تعريف الاضطرابات الجسمانية:

تعرف على أنها التعبير على المعاناة والاضطراب النفسيين في شكل أعراض جسدية، وعليه اعتبر Kleinman أن الأعراض الجسدية هي لغة المعاناة idiom of distress وعلى أنها شائعة في جميع الثقافات **(زعطوط، 2003، ص20).**

وهي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية، مع طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، على الرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني، وإذا كانت هناك أية اضطرابات بدنية فهي لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج وانشغال المريض **(عكاشة، 2010، ص240).**

2.1. أعراض الاضطرابات الجسمانية:

واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.
أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها
كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:

1. أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.
2. استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو الأعراض.

3. الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.

على الرغم من أن عرضا جسديا واحدا لا يكون حاضرا باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (عادة أكثر من 6 أشهر) **(DSM-4, P124)**.

2. الوسواس القهري:

1.2. تعريف الوسواس القهري:

عبر سنوات عديدة تعرض مفهوم زملة أعراض الوسواس القهري إلى تغيرات مهمة، ففي البداية عرف مرضى الوسواس القهري بأنهم يشكون من وجود أفكار مقتحمة مثيرة للكدر وسلوكيات متكررة غير مرغوب فيها ولكنهم يقومون بها بصورة قهرية.

وقد تم تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول **(APA, 1952, DSMI)**، والثاني **(APA, 1968, DSM II)** بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة.

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل **(DSM III R)** الوساوس كالآتي:

أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه **(بارو، 2002، ص 472)**.

ويعرف الوسواس القهري في الطب النفسي على أنه من الأمراض العصابية الأكثر شيوعا حيث يعاني واحد من كل أربعين من البالغين، وطفل واحد من بين (200) طفل من هذا المرض في أي مرحلة من مراحل حياتهم ويتميز هذا المرض بأفكار متكررة مزعجة (وساوس) أو أفعال متكررة تأخذ شكل الطقوس ويكون الشخص مجبرا على الإتيان بها (أفعال قهرية) ويكون مدركا تماما أن هذه الأفكار والأفعال غير منطقية وغير صحيحة وتافهة ولا معنى لها، ولكنه لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم فيها مع ملاحظة أن الإنسان السليم يمكنه دفع هذه الأفكار ومنع تكرارها ووقفها **(سالم، 2007، ص16)**.

الوسواس هو الفكر المتسلط والقهر هو سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه، ولا يستطيع المريض مقاومته، والوسواس والقهر عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة **(غالي، 2013، ص38)**.

يعتبر الوسواس القهري مرض عصابي يتميز بالآتي:

- ✓ وجود وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، أو أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.
- ✓ يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس، ولا معقوليتها ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام.
- ✓ محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
- ✓ إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس، وقوتها القهرية عليه، مما ينتج عنه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة **(عكاشة، 2010، ص169)**.

2.2. أعراض اضطراب الوسواس القهري:

A_ وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما.

- ✓ أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الافراد قلقا أو احباطا ملحوظا.
- ✓ يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى.

B_ تكون الوساوس والافعال القهرية مستهلكة للوقت، أو تسبب احباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى **(DSM-4, P102)**.

3.2. أسباب اضطراب الوسواس القهري:

ظهر العديد من الآراء حول أسباب هذا المرض نذكر منها ما يلي:

العوامل الوراثية:

يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، كذلك الإخوة والأخوات، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجدت في دراسة حديثة إن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في 16 مريض من 84 حالة أي حوالي 3%.

النظريات النفسية:

كل نظرية فسرت أسباب هذا الاضطراب بحسب اتجاهات باحثيها:

نظرية التحليل النفسي:

حيث يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويحدث الصراع خلال التدريب على الحمام، بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعا لإرادته، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات.

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكرا جدا أو متأخرا جدا، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محيط جدا فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري.

النظرية السلوكية:

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوكا متعلما تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي يؤدي إليها إحدى هذه النتائج وهو خفض القلق، والخوف ومن ثم فإن اكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك.

النظرية المعرفية:

يفترض أصحاب هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سياق وأفعال معينة، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة / عدم المضاهاة، وأن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية، ولذا فإن مرضى الوسواس القهري حين يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة، وإن هذه التوقعات المرتفعة جدا لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال توقعاتهم لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال **(غانم، 2006، ص83)**.

4.2. علاج اضطراب الوسواس القهري:

العلاج النفسي:

نظرية التحليل النفسي:

تكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة وتفسير طبيعة الأعراض وعناها والمرونة واللاشعور وعلاج السمع والتغيير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية والعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من المخاوف وتجنب مثيرات الوساوس ومواقفها وخبرتها وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد.

العلاج السلوكي:

أما العلاج السلوكي لإزاحة الأعراض خاصة للتخلص من المخاوف وخاصة باستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنظرة والعلاج بالعمل والعلاج باللعب في حالة الأطفال.

العلاج بالأدوية:

فتعطى الأدوية لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوساوس والقهر مثل Librum، ويوحي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات.

وقد أثبت العديد من الدراسات أن عقار (Liberum)، له تأثير جيد وإيجابي على مرضى الوسواس القهري وغيره من العقاقير **(مصطفى، 2011، ص348)**.

3. الاكتئاب:

1.3. تعريف الاكتئاب:

يعد الاكتئاب أحد أكثر المشكلات التي واجهها المهنيون في مجال الصحة العقلية شيوعا.

حيث يأتي مصطلح الاكتئاب من كلمة (كئب)، أي بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن **(غالي، 2013، ص36)**.

وهو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه **(زهران، 2005، ص514)**.

ويرى **ركلين** أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، والشعور بالكآبة والحزن، والتشاؤم، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طبقا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة **(مصطفى، 2011، ص 356)**.

يعتبر الاكتئاب مرضا يصيب الذهن والجسد معا، لذلك تظهر أعراض نفسية وجسدية على المكتئبين، إلا أن طبيعتها الحقيقية تختلف من شخص إلى آخر. وتتنوع أعراض الاكتئاب فتظهر جلية لدى البعض مخفية لدى البعض الآخر. فبعض الأشخاص لا تبدو عليهم أي أعراض البتة، ولكن يصبح سلوكهم غريبا بعض الشيء **(مكنزي، 2014، ص05)**.

ويعرف على أنه حالة من الحزن يعيش فيها الفرد من دون أن يعرف السبب الحقيقي لاكتئابه، وهو بذلك يختلف عن الاكتئاب الطبيعي إذ يحصل نتيجة لتفاعل الفرد مع المواقف المثيرة لحالة الحزن، ويتسم

بتهدئة مشاعر القلق وإخفاء العدوان ولفت الانتباه بحيث يؤدي بالفرد إلى التشاؤم وصعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة وهذا ما يجعله يفكر بالانتحار والخوف من الإقدام عليه **(التميمي، 2013، ص106)**.

الحزن والرفض هما العرضان الأكثر بروزا في الكآبة فيشعر الشخص بأنه عاجز وغير سعيد ولديه كلمات باكية حزينة وربما يفكر بالانتحار والشعور بأن الحياة لا معنى لها ولا توجد نشاطات تجلب السعادة ولا توجد أي متعة وفقدان الاهتمامات والهوايات والنشاطات العائلية ويفقد الاهتمام بالآخرين وحبهم **(حسين، 2013، ص38)**.

وهو اضطراب مزاجي ووجداني وحالة متواصلة من الخلل الذي يحدث في المشاعر الطبيعية لأي شخص، وهو حالة من الاعتلال الجسدي الكامل يؤثر على الصحة العامة للشخص المريض والسلوك الذي يسلكه اتجاه الآخرين **(غالي، 2013، ص36 ص37)**.

2.3. أعراض الاكتئاب:

يرى علماء الصحة النفسية أن التناقض العاطفي أو التقلب المزاجي هو العرض الأساسي لدى المصابين بمرض الاكتئاب. وأن الحب والكراهية يتعايشان معا ويكونان أقرب إلى التكافؤ. وتتشابه هذه الحالة مع الشخصية الصراعية، وإن مريض الاكتئاب متناقض العاطفة نحو نفسه ونحو الأشخاص والموضوعات. وعليه فإن الفرد المكتئب في حاجة مستمرة لإشباع حاجته باحترام الذات، وتوكيد الشخصية فهو يحب إلا أنه لا يستطيع التعبير عن حبه لما تتملكه خصائص سلبية شتى، لذا فهو بحاجة إلى الشعور باحترام الناس له.

وأجمع العديد من الأطباء وعلماء النفس المرضي بأن أعراض مرض الاكتئاب تتمثل في:

- الانقباض واليأس والقنوط وهبوط الروح المعنوية، والحزن العميق والبكاء دونما سبب، مع التشاؤم والتبرم بأوضاع الحياة.
- بطء التفكير والاستجابة والحركة ثم الانطواء والوحدة والانعزال والصمت، والشرود والذهول.
- عدم الاهتمام واللامبالاة بالمحيط ومن حوله، وقصور الدوافع والميول وقد يشعر المريض بحالة من التخدير (تخدير للمشاعر) حيث أنه لا يشعر بحزن شديد ولكنه لا يشعر بسعادة أيضا.

- الشعور بعدم القيمة واحتقار الذات والشعور بالخطايا والذنوب وطلب العقاب ومحاولة الانتحار.
- الشعور بالضيق وانقباض النفس وفقدان الشهية للطعام والإمساك.
- الصداع والتعب وضعف النشاط العام.
- الأرق وقلة النوم، وإذا نام فإنه يستيقظ باكرا.
- توهم المرض والانشغال على الصحة والاعتقاد بأن مرضه عضال وميؤوس منه **(أبو دلو، 2009، ص305)**.

3.3. أسباب الاكتئاب:

من أهم **الأسباب النفسية** المسببة للاكتئاب، نذكر منها:

- ✓ التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية، والانهزام أمام هذه الشدائد.
- ✓ الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك)، وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد.
- ✓ الصراعات اللاشعورية.
- ✓ الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ✓ ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية، والشيخوخة والتقاعد.
- ✓ الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- ✓ التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال..)
- ✓ عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي و/ أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
- ✓ سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى قد يظهر في شكل محاولة الانتحار، ويكون الاكتئاب هنا بمثابة (الكفارة) **(زهران، 2005، ص515 ص516)**.

أسباب عضوية:

أهمها تغيرات في بعض كيميائيات المخ من أهمها مادة السيروتونين ومادة عضوية: ومن المعتقد أن لهما دورا هاما في حدوث الاكتئاب النفسي عند نقصهما.

العوامل البيئية:

مثل كثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي كذلك كثرة الضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة ومن أهم المؤديات للاكتئاب، ولكن يجب مراعاة أن الاكتئاب النفسي (رغم كل المسببات السابق ذكرها من الممكن حدوثه لإنسان يعيش حياة عادية قد نعتبرها نحن مثالية وخالية من المشاكل ومن الضغوط)، ولكن الأمور دائما نسبية كما يجب ألا نغفل العامل العضوي الذي لا علاقة له بالمتأثرات الخارجية **(أبو دلو، 2009، ص 304)**.

4.3. علاج الاكتئاب:

يجب أن يتضمن علاج الاكتئاب الأساليب الفعالة للوقاية وخطوات لحل المشكلة والخروج من أزمة الاكتئاب للأعداد الكبيرة الذين يعانون من بالفعل من هذا المرض.

ومن أهم معالم علاج الاكتئاب ما يلي:

العلاج النفسي:

(وخاصة العلاج التدعيمي)، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي سببت الاكتئاب، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الغط والشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية (بدلا من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصدور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية **(زهران، 2005، ص518)**.

العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى.

العلاج بالأدوية النفسية:

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته **(الشربيني، 2001، ص 239)**.

4. القلق:

1.4. تعريف القلق:

يشير القلق إلى " حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهد وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية " **(الداري، 2010، ص 326)**.

والقلق بصفته خبرة ذاتية يتميز بمشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك، والعجز والتي لا تتعلق بخطر خارجي حقيقي، بالإضافة إلى الوعي الذاتي بالعديد من التغيرات الفسيولوجية **(كلوز، 2011، ص 212)**.

ويعرف أحمد عكاشة القلق على أنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، أو ضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداع، أو كثرة الحركة، ... **(عكاشة، 2010، ص 138)**.

في حين يعرفه التميمي أنه حالة من التحسس الذاتي يدركها المرء على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح، مع توقع وشيك لحدوث الضرر أو السوء **(التميمي، 2013، ص133)**.

يعرف (DSM 5) الصادر عن الجمعية الأمريكية القلق المرضي بأنه " القلق الزائد، الذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة، يستمر لأكثر من ستة أشهر ويرى فيه الفرد أنه من الصعب السيطرة عليه، يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث في المستقبل وشعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع **(حزام، آية كاكي، 2021، ص37)**.

ويعرفه دافيد شبيهان أنه نوع من الاضطراب في كيماويات المخ يضاف إليه ما يعتري المريض من اختلال في السلوك والتعلم من تجارب الحياة، ويزيد الطين بلة ما يكون من ضغوط البيئة فترهق المريض من أمره عسرا **(الهامل، 2020، ص 12)**.

2.4. أعراض القلق:

تختلف من مرحلة إلى أخرى، في مرحلة الطفولة تظهر الأعراض على هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيدا بالمنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلي.

أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهرا آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والحرج الاجتماعي، وخصوصا عند مقابلة الجنس الآخر. والإحساس الذاتي بشكل الوجه والجسم والحركات، والتصرفات ومحاسبة النفس على كل شيء، ثم القلق على حجم العضو التناسلي مع الخجل والحياء الشديد، مع ممارسة العادة السرية، والشكوى من علل بدنية مختلفة.

ويمكن تلخيص الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي فيما يلي:

- ✓ **أعراض جسمية فيسيولوجية:** مثل برودة الأطراف، تصبب العرق، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطرابات في النوم، الصداع، فقدان الشهية، اضطرابات في التنفس، اتساع حدقة العين، الاضطراب في عملية الإخراج والتبول.
- ✓ **أعراض نفسية :** مثل الخوف الشديد، توقع الأذى والمصائب، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكتئاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، وفقدان الطمأنينة، والرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، الخوف من الإصابة بأحد الأمراض، ويجب

ملاحظة أن الخوف في حالة القلق العصابي يختلف عن الخوف في حالة الخواف المرضي، ففي الأول يخاف المريض ويكون خوفه عام غامض غير متعلق بشيء معين، أما في الثاني فعادة ما يخاف المريض من أشياء معينة (كالخوف من الحيوانات أو الأماكن المغلقة أو الأماكن المرتفعة) **(عبد الله، 2000، ص 155).**

3.4. أسباب القلق:

العوامل الوراثية:

إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة سبب القلق في التوائم المتطابقة والتوائم المتآخية ومن دراسة التوائم وهي بعيدة عن بعضهما، تبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الإثنين.

العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه يسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام والتوتر الشديد للصدمات النفسية والشعور بالعجز، الذنب والخوف من العقاب وتوقعه زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية والمهنية والعائلية وهي من مسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد أو من زوال المشبعات التي تعود إليه، كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا وروحيا.

مواقف الحياة الضاغطة:

إن تعدد الأعباء والمشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها وتعدد الجهات التي علله أن يتعامل معها القوانين التي من المفروض أن يخضع لها في العمل والشارع والحياة، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لأن كل من يقترب منها سيتعرض للعقاب وفي الحقيقة بما فيها من أعباء ومسؤوليات تحتاج من الفرد قدرة وطاقة نفسية للتكيف معها، وضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليه العبا، أو جماعية تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد

مثل الكوارث الطبيعية والحروب وبما يترتب عنها من مآسي كثيرة **(قرفي، حمودي، 2016، ص15 ص16)**.

4.4. علاج القلق:

القلق أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، ومن أهم التوصيات العلاجية ما يلي:

العلاج النفسي:

يهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن، ويفيد التحليل النفسي إظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور وحل الصراعات الأساسية، ويستخدم العلاج السلوكي خاصة وفك الشراط المرضي المتعلق بالقلق والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة له.

العلاج البيئي:

يهدف إلى تعديل العوامل البيئية مثل تغيير العمل وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر والرحلات والصداقات والتسلية والموسيقى والعلاج بالعمل.

العلاج الطبي:

للأعراض الجسمية المصاحبة وطمأنة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي واستخدام مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ، ويرجع البعض أنه في حالة القلق يزيد الأثر النفسي والتأكيد أكثر من المفعول الكيميائي للعقار، وقد وجد العلاج النفسي المختصر مع استخدام العقاقير النفسية Placebo كان فعالا قدر فعالية استخدام العلاج النفسي المختصر على استخدام العقاقير، كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي والعلاج المائي لبعض الأحيان **(جلولي، 2015، ص20)**.

5. المخاوف:

1.5. تعريف المخاوف:

فوبيا، تشتق من كلمة يونانية تعني " الخوف ' وتعبر عن مجموعة خاصة من حالات الرعب، القلق والذعر المرتبط بأشياء، أماكن، تجارب ومواقف محددة **(بيل، 2011، ص06)**.

إذا تأملنا أدركنا أن الخوف في وقت ما حالة طبيعية أو شاذة. وحيث أن الشاذ هو ما يشذ عن المألوف أو يخرج عنه، فالخوف الكثير المتكرر الوقوع لأي مناسبة يكون شاذا، وكذلك تضخم الخوف في موقف ما تضخما خارجا عن النسبة المعقولة التي يتطلبها هذا الموقف عادة يعد أمرا شاذا **(القوصي، 1952، ص336)**.

ويعرف بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لمواقف مخيفة. إذن هو خوف متسلط ملح، ومتكرر الظهور من شيء معين أو موقف معين من غير أن يكون ذلك الشيء أو الموقف المعين خطرا موضوعيا على الشخص **(الداري، 2010، ص334)**.

تعرف على انه نوع خاص الذي لا يتناسب لما يقتضيه الموقف، ولأيمكن تفسيره أو التخلص منه بالتفكير وهو خارج التحكم الإرادي كما انه يؤدي إلي تحسين الموقف المخيف **(ناصر، برجلاي، 2021، ص 20)**.

ويعرف علماء النفس المرضي الخواف بأنه تجنب الخوف بصورة تفوق الحد الطبيعي لتصل إلى درجة الخطورة الموجهة نحو شيء أو موقف معين هو بمثابة خوف غير طبيعي.

ويقول **ستراني** في تعريفه للفوبيا أنها خوف شاذ أو غير منطقي أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق ولكنه خوف مؤلم وحاد **(مهدي، زين، مقران، 2011، ص54)**.

وهناك ثلاثة أنواع من الرهاب، الرهاب الخاص، رهاب الأماكن الواسعة، والرهاب الاجتماعي وسنتطرق إليه باختصار فيما يلي:

الرهاب الخاص Specific phobia: ويتصف الرهاب الخاص بالخوف الشديد من شيء ما أو موقف ما لا يعتبر ضارا في الحالات العادية، مثل:

- ✓ الخوف من ركوب الطائرة أو سقوط الطائرة وتحطمها.
- ✓ الخوف من الكلاب حتى النوع الأليف منها.
- ✓ الخوف من العواصف أو أن يصعق الفرد بالبرق **(بطرس، 2008، ص227)**.

رهاب الأماكن الواسعة Agoraphobia: وعبارة عن الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول في الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا في بعض وسائل النقل كالقطار أو الطائرة، وهذا النوع من الخوف أشد اضطرابات الرهاب إعاقة، حيث أن بعض الأشخاص لا يغادرون منازلهم إطلاقا.

الرهاب الاجتماعي Social Phobia: هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض، والخوف من النقد **(غالي، 2013، ص 41)**.

في حين يعرف أنه خوف مفرط أو شديد من موضوع أو موقف، يعد لدى الآخرين عاديا أو طبيعيا، لا يستطيع المصاب به السيطرة عليه بالرغم من معرفته بأن خوفه هذا غير مناسب **(صالح،2015، ص 361)**.

يظهر الفرق بين الخوف والخواف فيما يلي:

يعتبر الخوف انفعال تثيره المواقف الخطرة والتي يصعب مواجهتها، وهو أحد الانفعالات البدائية كما انه يعد دليلا على الضعف وانعدام الخوف لدى شخص ما يعد أمرا غير عاديا. في حين أن الخواف "الفوبيا" هو الخوف من موقف أو شخص ما، وأنه غير منطقي وبالرغم من معرفة الفرد بذلك فإنه لا يستطيع التخلص منه، ومن ثم يتميز الخوف بالعمومية كما يقول "مونتسكيو" أن الخوف هو القانون الطبيعي الذي يسود البشر **(بن قويدر، قيدوم، 2019، ص33)**.

2.5. أعراض المخاوف:

أعراض جسدية (المظاهر الفسيولوجية): الشعور بالتعب وضعف الطاقة الحيوية، الإصابة بالصداع وصعوبة التنفس إضافة إلى اضطرابات في المعدة والنوم وعسر الهضم والغثيان، تصبب العرق البارد، الرعشة، بالإضافة إلى زيادة سرعة التنفس وفقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب وزيادة إفراز العرق.

صعوبة التواصل مع الآخرين والتعبير عن النفس: يعاني الشخص المصاب بالمخاوف من صعوبة التواصل مع الآخرين وارتباط بالتعبير عما يدور في نفسه أراء.

الخوف من المواقف الاجتماعية والدخول فيها: يحاول الفرد المصاب بالمخاوف الاجتماعية تجنب مشاركة الآخرين في المناسبات الاجتماعية وعدم الالتفات للنقاشات والأحاديث الاجتماعية التي تدور بين الأفراد.

تشتت الأفكار: يعاني الشخص بالمخاوف من تشتت أفكاره وعدم القدرة على تجميع الأفكار والآراء ووضعها في المكان المناسب في المواقف الاجتماعية بالإضافة إلى:

- عدم قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والشعور بالنقص والغيرة منهم.
- شعور الفرد بعدم الراحة في المواقف الاجتماعية وصعوبة التعبير عن الذات.
- عدم اندماج الفرد مع الآخرين في نشاطاتهم وتفاعلاتهم مما يؤدي إلى الخمول الظاهري وتجنب التواصل.

المظاهر السلوكية: تتمثل في اضطراب شخصية الفرد الذي يبدو في ظهور بعض المشكلات مثل:

- التهتهة في الحديث.
- الحركات العصبية .
- النوم المضطرب .
- الانكماش .
- الخجل وعدم الجرأة .
- توقع الشر .
- شدة الحرص.
- التهاون .
- الاستهتار.
- عدم القدرة على التفكير المستقل.
- إضاعة الوقت بسبب التردد.
- عدم الإقدام على عمل من الأعمال.

- الهروب **(طرشي ومرزوق ومطبوع، 2019، ص ص17 -18)**.

3.5. أسباب المخاوف:

- ✓ تخويف الأطفال وعقابهم، والحكايات المخيفة التي تحكى لهم والخبرات المخيفة المكبوتة.
- ✓ الظروف الأسرية المضطربة، كالشجار والانفصال والسلطة الوالدية المتزامنة والتربية الخاطئة.
- ✓ القصور الجسمي والقصور العقلي، والرعب من المرض.
- ✓ الفشل المبكر في حل المشكلات.
- ✓ من أسباب الرهاب التعلم الشرطي كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة.
- ✓ الشعور بالألم وما يرتبط به من رهاب.
- ✓ قد يكون الرهاب دفاعا لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستهجنة **(الداري، 2010، ص 336)**.

4.5. علاج المخاوف

يجب أولا إثارة رغبة العميل في العلاج، وفيما يلي أهم ملامح العلاج:

العلاج النفسي:

خاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف. ويستخدم أيضا العلاج النفسي التدعيمي، وتنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وإبراز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه واكتسابه الخبرات بنفسه، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة، ويستخدم كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة حديثة الظهور، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الإيحائي **(زهران، 2005، ص507)**.

العلاج السلوكي:

يقوم هذا العلاج على إطفاء الشعور بالخوف عن طريق الممارسة السلبية أو الإغراق أو الكف المشترك، ويمكن المعالجة بالتعريض التدريجي للموقف المثير بحيث تتكون لديه ثقة في الشيء الذي

يخاف منه. ذلك بأن يجعل المريض في حالة تقبل واسترخاء ثم يقدم الشيء المثير تدريجيا مع الإيحاء والتعزيز ومع المثابرة والتكرار يتعلم المريض الاطمئنان للشيء الذي يخاف منه.

هناك وسائل وقائية مثل منع مثيرات الخوف والحيلولة دون تكوين خوف شرطي أو استجابة شرطية ومن ذلك عدم إظهار القلق على الأولاد حين تعرضهم لموقف مثير للخوف مع العمل بكل هدوء ما أمكن ذلك لشرح طبيعة ذلك الموقف وكذلك أيضا التقليل من المبالغة في النقد والتحقير والاستهزاء، وكذلك عدم إظهار خوف الكبار أمام أطفالهم لئلا ينتقل لهم ذلك الخوف عن طريق التقمص والتقليد ومنها تعويد الطفل على النظر للجوانب الإيجابية وعدم التركيز على الأخطاء فقط، ومنها تدريب الطفل منذ الصغر على مواجهة المشكلات ومحاولة حلها ومساعدته في ذلك بالتوجيه والتسديد **(بن قويدر وقيدوم، 2019، ص51)**.

العلاج الاجتماعي:

عن طريق التشجيع الاجتماعي وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الناضج.

العلاج بالعقاقير:

تلعب دورا كبيرا في علاج المخاوف يقدمها الأخصائي النفسي للمريض، ولمن دائما ما ينتاب المريض بأن هذه الأدوية ستسبب له الإدمان مما يجعله في أي وقت يوقف الجرعات، مما يسبب له مشاكل صحية **(طرشي ومرزوق ومطبوع، 2019، ص22)**.

6. العدائية:

1.6. تعريف السلوك العدواني:

يعرف **ميشيل أراجيل** السلوك العدواني " يشير العدوان إلى السلوك الذي يصاحبه إلى إيقاع الأذى بالأشخاص الآخرين أو ممتلكاتهم، إما بدنيا أو لفظيا أو بأي طريقة كانت" **(أبو دلو، 2009، ص206)**.

في حين يعتبر السلوك العدواني سلوكا مكروها ومبغضا وغير مقبول من الناحية الاجتماعية مثله مثل الكثير من السلوكيات الأخرى غير المقبولة اجتماعيا.

أما **بارون وريتشاردسون (1994)** يعرفان العدوان بأنه أي شكل من السلوك يكون موجها نحو إلحاق الأذى والضرر بالآخرين وعلى هذا فإن العدوان سلوك وليس انفعال أو اتجاه بل سلوك مقصود يرمي إلى إلحاق الأذى والضرر بالآخرين وأن مفهوم القصد يعد هاما في التمييز بين السلوك العدواني الفعلي وبين الحوادث التي تحدث الضرر والإيذاء للآخرين أو بين الضرر والأذى العارض للآخرين فالعدوان هو شكل من السلوك يكون موجها نحو الهدف من إيذاء وضرر الآخرين.

يعرفه **كيلي Kelley** هو السلوك الذي ينشأ عن حالة عدم ملائمة الخبرات السابقة للفرد مع الخبرات والحوادث الحالية، وإذا دامت هذه الحالة فإنه يتكون لدى الفرد إحباط ينتج من جرائه سلوكيات عدوانية من شأنها أن تحدث تغيرات في الواقع حتى تصبح هذه التغيرات ملائمة للخبرات والمفاهيم التي لدى الفرد **(الفسفور، 2006، ص09)**.

أما **واطسون** فعرفه " أنه مجموعة من المشاعر والاتجاهات التي تدل على الكراهية والغضب والسخرية من الآخرين ويأخذ العدوان أشكالا متعددة قد تكون خفية في حالة توجيهها بسلطة ما أو تكون عنادا عبوسا في وجه الآخرين **(زواوي ومروش، 2021، ص32)**.

وفي تعريف آخر ل**دولار Dollard** هو سلوك غريزي داخلي ولكن لا يتحرك بواسطة الغريزة، بل بتحريض من مثيرات خارجية، أي أن حدوث السلوك العدواني دائما يفترض وجود الإحباط وأن الإحباط دائما يؤدي إلى العدوان **(بن يحيى وجهامي، 2016، ص23)**.

2.6. أنواع العدائية:

يقسم **أحمد مطران** العدوان إلى:

- ✓ **عدوان لفظي:** يقصد به كل ما يستخدمه الفرد من كلمات وتعبيرات لفظية غير مناسبة مثل السخرية، الشتم، وإثارة الشائعات.
- ✓ **عدوان بدني:** أفعال واستجابات العداء التي تستخدم فيها القوة البدنية بهدف إلحاق الأذى بالآخرين.
- ✓ **العدوان على الممتلكات:** ويقصد به إلحاق الأذى بممتلكات الآخرين بإتلاف أو الاستحواذ عليها بالقوة أو دون علم أصحابها.

- ✓ **العدوان الموجه نحو الذات:** يقصد به توجيه اللوم نحو الذات والأضرار بالمصلحة الذاتية للشخص نفسه، اعتقادا بأن في ذلك إرضاء للآخرين.

أما بالنسبة **سابين فيلد Sappenfield (1956)** يقسم السلوك العدواني إلى:

- ✓ **عدوان بدني:** مادي صريح، ويتضمن إلحاق الضرر بشخص آخر أو ممتلكاته.
- ✓ **عدوان لفظي:** صريح مثل اللعن واللوم والنقر والسخرية والتهكم والإشاعات.
- ✓ **الصورة غير المباشرة للعدوانية:** وتتمثل في إلحاق الضرر بموضوع العدوان دون أن يكون الفرد على وعي بالقصد أو النية العدوانية وراء تصرفاته **(فوادري وبولدنة، 2015، ص ص 76 – 77).**

3.6. أسباب السلوك العدواني:

يظهر السلوك العدواني بمختلف مظاهره في مرحلة الطفولة ويستمر عبر المراحل النمائية الأخرى وقد يتزايد أو ينخفض ويعود في الغالب إلى أسباب نفسية ذلك لأن السلوك الإنساني محكوم بنمطين من الدوافع والتي توجهه للتصرف على نحو محدد من أجل إشباع حاجة معينة أو لتحقيق هدف مرسوم، أولهما دوافع أولية تتعلق بالبقاء وتضم دوافع حفظ الذات وهي دوافع فسيولوجية ترتبط بالحاجات الجسمية وتتمثل في دافعي الجنس والأمومة.

وثانيهما دوافع ثانوية تكتسب أثناء مسيرة التنشئة الاجتماعية للفرد عن طريق التعلم ومن بينها دوافع التملك والتنافس والسيطرة والتجمع وترتبط هذه الدوافع بصورة عضوية وأساسية بانفعالات الغضب والخوف والكره والحسد والخجل والإعجاب بالنفس وغيرها ، تحدث في الجسم حالة من التوتر والاضطراب تتزايد حدة كلما اشتد الدافع ثم أشبع أو أعيق عن الإشباع ، فقد تكون قدرات الفرد وعاداته المألوفة غير مواتية لإشباع حاجاته وتلبية رغباته ودوافعه لأسباب ذاتية ناتجة عن عوائق شخصية كالعاهات والمشكلات النفسية التي تؤثر على قدراته ، أو خارجية ناتجة عن ظروف بيئية كالعوامل المادية والاجتماعية ، والاقتصادية **(غالي، 2013، ص46).**

وبالرغم من التضارب بين النظريات المفسرة للعدوان والتي تعتبره البعض منها سمة موروثة تنمو استجابة لتجارب الإحباط في الطفولة، وتعتبره الأخرى سلوكا مكتسبا عن التعزيز الوالدي أو الاجتماعي،

يبقى المؤكد بينهما بأن العدوانية تتباين مع العمر وتنشأ من ملاحظة النماذج العدوانية بالتقليد والتقمص **(مأمون، 2008، ص176)**.

7. البرانويا:

1.7. تعريف البرانويا:

تعرف على أنها حالة مرضية ذهانيه تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت. أي الهذيانات والمعتقدات الخاسئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء. أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به بالواقع، ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيانات.

ويعرف الهذاء أحيانا باسم **(رد فعل الهذاء)** Paranoid Reaction، وأطلق عليه البعض إسم **(جنون العظمة وجنون الاضطهاد) (زهران، 2005، ص543)**.

والبارانويا اضطراب يتميز بنظام هذائي معقد ينشأ ببطء لدى المريض ويصبح في النهاية معقدا ومتشابكا، ويصاغ بطريقة منطقية، ويكون بعيدا من مجرى الشعور السوي، فتبقى أبعاد أخرى للشخصية دون اضطراب، مما يدفع بالمصابين الاعتقاد بأنهم يمتلكون قدرات فائقة تميزهم عن غيرهم **(أديب، 2009، ص374)**.

في حين تعرف أنها حالة مزمنة من الاضطراب الذي يصيب الإدراك والتفكير، وتتميز بالأفكار الهذيانين والهلاوس الدائمة، فيظل المريض ينسج من خياله هذيانا مرتبة ينتقل فيها من هذيان لآخر، وهي هذيانا التمحور حول الذات، ثم الإيقاع بالذات، ثم الاضطهاد، وأخيرا هذيانا العظمة. **(المطيري، 2005، ص178)**.

2.7. أعراض البرانويا:

من أمثلة الأعراض الجورانية (البارانويديه) الأكثر شيوعا:

- وهام (ضلال) الاضطهاد أو الإسناد أو المولد الرفيع أو الرسالة الخاصة أو تغير في الجسم أو الغيرة.

- أصوات هلوسة تهدد المريض أو تأمره، أو هلاوس سمعية ليس لها أي شكل لفظي، على سبيل المثال: صفير أو همهمة أو ضحك.
- هلاوس شمية أو تذوقية أو إحساسات جنسية أو جسمية أخرى وقد تحدث هلاوس بصرية ولكنها نادرا ما تكون بارزة **(CIM-10, P97)**.

3.7. أسباب البرانويا:

من بين الأسباب المؤدية للإصابة بالبارا نويا، نذكرها كما يلي:

- ✓ الكبت والصراع النفسي الذي يعانيه الفرد بين رغباته وأهدافه من جهة وبين ذاته العليا من جهة أخرى.
- ✓ تعتبر حالة دفاعية يبرر بها الفرد شعوره بالنقص لأنه شديد الشك بالآخرين، وتتملكه الحساسية الزائدة (الحساسية الاجتماعية) بأنه هدف سهل لمشاعر الغير.
- ✓ العوامل التكوينية التي تجعل الفرد حساسا متمركزا حول نفسه وعنيدا، ومتقلب المزاج والانفعالات.
- ✓ الأزمات النفسية والمرضية والجسمية الشديدة (المحن المفاجئة) أنها تعمل على ظهور المرض مثل التعرض لسموم الأمراض المعدية أو الفصل من العمل أو الشعور بالخيبة.
- ✓ يرجع بعض المختصين الإصابة بالبارا نويا إلى عوامل التنشئة الأسرية ويجدون بأن الطفل الذي ينشأ في أسرة تسودها المشاحنات ويعم فيها الاضطراب بالعلاقات الانفعالية بين أفرادها أو تتسم المعاملة الوالدية بالأسلوب القهري أو على النقيض تتصف المعاملة الوالدية بالحماية الزائدة **(أديب، 2005، ص 376)**.

4.7. علاج البرانويا:

من أهم ملامح علاج الهذاء:

العلاج الطبي:

بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض أكثر طواعية خلال العلاج النفسي. والعلاج الطبي يفيد في بداية العلاج النفسي ولكنه لا يمكن أن يحل محله. ومن الأدوية المستخدمة فينوثيازينPhenothiazine، وخاصة الهذاء:Trifluoperazime ، وثورانينThorazine، وخاصة

وكبروازين Chlorpromazine، ويستخدم كذلك علاج الرجفة الكهربائية. وهذا إلى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض، والراحة إلى أقصى حد.

العلاج النفسي:

بهدف تخفيف حدة قلق المريض وتجديد قدرته على الاتصال على مستوى واقعي في العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه، ويجب عدم إضاعة الوقت أول الأمر في توضيح الهذاء للمريض لأن من خصائص الوهم عدم قابليته للتأثر بالإقناع الخارجي والمنطق. ويجب أن يحترس المعالج فلا يصدر أحكاما على أوهام المريض ومعتقداته بل يكون محايدا أمينا ويحرص دائما على إنشاء وإقامة الثقة بينه وبين المريض. ويعد توطيد العلاقة وثبات الثقة يبدأ المعالج في الاقتراحات البناءة وليس النقد الهدام مقربا المريض من الواقع. ويبذل قصارى جهده لحل مشكلات المريض وصعوباته في إدراك الآخرين. ويفيد التوجيه والتأهيل النفسي والتربوي والمهني والعلاج بالعمل. ويستخدم العلاج الاجتماعي وإعادة التطبيع الاجتماعي والعلاج البيئي **(زهران، 2005، ص547)**.

8. الذهان:

1.8. تعريف الذهان:

يتميز الذهان (أو المرض العقلي) بالاختلال الشديد في الوظائف الشخصية والاجتماعية وكذلك بالسلوك الغريب. والأمراض العقلية هي الاضطرابات التي ترتبط كثيرا بالعبارة التي تقول " إنه فقد صلته بعالم الواقع " والتي هي وصف مختزل للاختلالات التي تطرأ على عمليات التفكير عند الشخص. والوظائف المعرفية إذا اختلت عند المريض، انحط كذلك أداؤه في المدرسة والمهنة والأسرة وأصبح من الضروري إيداعه في المستشفى في كثير من الأحيان **(كاسدان، 1984، ص92)**.

ويعرف الذهان على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي.

ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة (جنون) Insanity من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه.

ويشاهد في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك **(زهران، 2005، ص527)**.

2.8. الأعراض الذهنية:

من بين أهم الأعراض الذهانية نذكرها كالآتي:

- **السلوك:** يعتريه الهياج الشديد أو الهبوط الشديد ويتضمن حركات غريبة لا معنى لها أو حركات غير طبيعية ... وقد يكون السلوك مفاجئا وسريعا أو تنعدم الاستجابة في مواقف استثارة البكاء أو الضحك في غير موضعه.
- **المظهر:** يصيب الفرد الإهمال ولا يهتم بنظافته الشخصية ويكون رث الثياب أشعث الشعر لأنه لا يبالي بتقبل الآخرين له.
- **الكلام:** قد يكون حديث المضطرب مسترسلا سريعا، ولا يمكن إيقافه بسهولة أو يكون شديد الاقتضاب أو مبتورا.. وتتصف الموضوعات التي يتطرق إليها حديث المضطرب بعدم الترابط وبالتطاير، ويكثر استعمال الألفاظ النابية والشباب في كل موقف وبغير حساب.. ويظهر الخلط فيما يختاره المضطرب من كلمات تماما كما يحدث عند اختياره للموضوع.
- **المزاج:** قد يعاني المضطرب من الاكتئاب بغير سبب أو يظهر عليه المرح الشديد بدون مناسبة.. وتظهر على استجاباته مؤشرات التبلد العاطفي والتجمد الانفعالي.
- **التفكير:** لا يستطيع المضطرب الذهاني القدرة على ترتيب أفكاره أو وصف الأشياء أفهمها.. ويستحيل عليه التفكير المجرد بل ويخلط أيضا أفكاره فتتضارب وتتقطع لينقصها التسلسل السليم.
- **الهذاءات والهلاوس:** الهذاءات اعتقادات وهمية بالاضطهاد أو التتبع أو إحساس زائف غير واقعي بالعظمة أو الشك في نوايا الناس وأفعالهم عند انعدام المجال لهذا الشك بالإضافة إلى الاعتقاد بوجود قوى خارقة تتحكم في المضطرب أو في الآخرين... أما الهلاوس فكلها اعتقادات حسية بمعنى أنها تهيؤات تتسبب في توهم المريض بأنه يسمع شيئا أو يشم شيئا أو يرى شيئا، وكلها في الواقع غير حقيقية أي أنها لم تحدث.. فالهلاوس إذن واحدة أو أكثر من التهيؤات التي تتصل بواحدة أو أكثر من أجهزة الحس.

- **الذاكرة:** قد تكون الذاكرة حادة وتفوق الطبيعة كما يحدث في حالات البرانويا الفصامية.. إلا أنها في كل أنواع الاضطرابات الأخرى تكون ضعيفة جدا ومختلطة سواء فيما يخص الأحداث القريبة أو البعيدة.
- **الانتباه والتركيز:** لا يستطيع الذهاني أن يركز على موضوع أو على تفكير لأكثر من دقائق.. وكثيرا يتصف تركيزه بالتشوش والتذبذب ويكون المؤشر الواضح للاضطرابات في نوعية وتسلسل أفكاره بسبب عدم قدرته على التركيز هو نوعية الكلام الصادر عنه أو السلوك الذي يقوم به **(المطيري، 2005، ص149)**.

3.8. أسباب الذهان:

فيما يلي أهم أسباب الذهان:

- ✓ الاستعداد الوراثي المتهيء إذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان.
- ✓ العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين.
- ✓ الصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية الشديدة، وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والتوترات.
- ✓ المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة.
- ✓ الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة... **(زهران، 2005، ص528)**.

4.8. علاج الذهان:

من أهم ملامح علاج الذهان:

العلاج الطبي:

بالعقاقير المضادة للذهان كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك. والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسي والتأهيل الطبي النفسي. وكانت الجراحة النفسية تستخدم (كحل الخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية) بشق مقدم الفص الجبهي، وذلك حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية.

العلاج النفسي:

الشامل والتدعيمي فرديا أو جماعيا، وتعديل السلوك الغريب والشاذ وتحقيق السلوك العادي بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة.

العلاج الاجتماعي:

وإعادة التطبيع والاندماج الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية، والعلاج البيئي والتدخل المباشر في تعديل البيئة، والعلاج بالعمل **(زهران، 2005، ص530)**.

خلاصة:

لقد تطرقنا في هذا المحور إلى أهم الاضطرابات النفسية التي قد تعترض فئة مرافقي المرضى داخل الوسط الاستشفائي، وذلك بتفصيل كل اضطراب على حدى من تعريف وأعراض وأسباب وكذا العلاج.

ودراستنا شملت الاضطرابات النفسية التالية:

(الاضطرابات الجسمانية، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق، المخاوف، العدائية، البرانويا، والذهان).

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

التطبيق الميداني للدراسة

تمهيد:

بعد ما تطرقنا في الفصل السابق لمختلف الجوانب النظرية التي تخدم موضوع دراستنا، يليه بعد ذلك فصل الإطار المنهجي للبحث والذي سنقدم فيه صورة أوضح عن أهم الخطوات الميدانية التي اعتمدناها في دراستنا من منهج وعينة وأدوات الدراسة.

أولا: الدراسة الاستطلاعية

قبل الشروع في أي دراسة ميدانية لابد من الاطلاع على الظروف والإجراءات التي سيتم فيها البحث الميداني، لذا من بين المراحل الأولية التي تساعد على التعمق في الدراسة والتوسع فيها خاصة عندما تكون معرفة الباحث عن الموضوع سطحية ألا وهي الدراسة الاستطلاعية، فهي تمثل نقطة انطلاق قي البحث العلمي بشقيه النظري والتطبيقي وتمثل الخطوة الأولى في الدراسة الميدانية نظرا لأهميتها، وتكون بمثابة طمأنة للباحث وبمثابة تعزيز للاستمرار في دراسته.

1. معنى الدراسة الاستطلاعية:

هي الدراسة التي تستهدف التعرف على المشكلة فقط وتقوم الحاجة إلى مثل هذا النوع من الدراسات عندما تكون المشكلة أو موضوع البحث جديدا لم يسبق اكتشافه من قبل، أو عندما تكون المعلومات أو المعارف المتحصل عليها حول المشكلة أو الموضوع قليلة.

2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ التعرف على الوسط الاستشفائي الذي يعتبر ميدان الدراسة الأساسية.
- ✓ التأكد من صلاحية وقدرة أدوات الدراسة على قياس ما أعدت لقياسه.
- ✓ التعرف على العقبات والصعوبات التي قد تواجهها الطالبتين أثناء عملية تطبيق الدراسة البحثية الأساسية.

3. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تمت عينة الدراسة الاستطلاعية ضمن الحدود المكانية بالمؤسسة الاستشفائية " محمد مترياني" بقصر البخاري –المدية–، وذلك خلال الموسم الدراسي 2024/2023 في الفترة الممتدة ما بين " أواخر شهر فيفري وبداية شهر مارس"، على عينة قوامها 30 مرافقا من مختلف الأعمار.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1. منهج الدراسة:

في كل دراسة بحثية يقوم الباحث بإتباع منهج علمي سليم يتلاءم مع طبيعة بحثه من أجل تحديد طبيعة المشكلة المدروسة، وتحديد أبعادها وخصائصها وموضوعاتها المختلفة.

والمنهج هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة.

وبما أن بحثنا يسعى لتناول " **الأعراض النفسية لدى عينة من مرافقي المرضى**" فإننا اعتمدنا على تبني المنهج الوصفي التحليلي.

2. مجتمع الدراسة الأساسية:

يمثل المجتمع الأصلي الذي استمدت منه عينة دراستنا من مرافقي المرضى المنتمين لمستشفى "محمد مترياني" بقصر البخاري – المدية – والتي تكونت من 60 مرافقا.

3. عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار مفردات العينة من خلال أسلوب الحصر الشامل، أي التعامل مع جميع مفردات المجتمع ضمن العينة والبالغ عددهم: (60) مفردة، منهم (13) ذكور و(47) إناث.

4. أدوات الدراسة:

لغرض قياس الظاهرة موضوع الدراسة الأساسية وجمع البيانات التي تخدم الموضوع، تم الاعتماد على أداة لجمع البيانات تمثلت في: **مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R**

1.4. وصف المقياس:

تعد قائمة الأعراض Symptom Checklist-90- والتي تعرف اختصارا ب (SCL-90-) من أكثر القوائم استخداما في العيادات والمشافي النفسية في أمريكا، وذلك لسهولة تطبيقها وقدرتها على إعطاء صورة سريعة عن الاضطراب الذي قد يعانيه المريض بوقت قصير، ويمكن تطبيقها من قبل الممرضة أو الطبيب النفسي.

تضمنت قائمة الأعراض المعدلة Symptom Checklist -90- Revised التي تعرف اختصارا ب (SCL-90-R) والصادرة عام (1977) مجموعة من التعديلات أهمها:

- ✓ إحلال بنود جديدة لمقياسي القلق والوسواس القهري بسبب ضعف هذين المقياسين نتيجة التحليل العاملي لهما.
- ✓ إنشاء معايير لقائمة الأعراض المعدلة، حيث لم يكن هناك معايير في قائمة الأعراض.
- ✓ وضوح التعليمات والتي شرحت بوضوح وجود الأعراض من سبعة أيام متضمنا اليوم.

وتألفت هذه القائمة من (90) بندا، يجاب عن كل منها بأحد الخيارات التالية: "أبدا، قليلا، أحيانا، كثيرا، دائما" ضمن مدى من الدرجات يتراوح بين /0-4/. وتصلح للتطبيق الفردي أو الجماعي على الأفراد الذين تجاوزوا عمر /13/ سنة، وتصحح إما يدويا أو عن طريق الحاسوب، وغالبا ما يستغرق التطبيق مدة تتراوح بين /12-15/ دقيقة. وفي حال وجود 20% من البنود غير مجاب عنها أي بحدود (18) بندا. يبقى الاختبار صادقا ويمكن تصحيحه، أما في حال وجود أكثر من هذا العدد فالاختيار غير صادق ويجب استبعاده من العينة.

يحتوي تصحيح وتفسير الدرجات ضمن تسعة مقاييس أولية للأعراض Primary Symptom Scales وثلاثة مؤشرات للمعاناة Global Indices of Distress يمكن شرحها كما يلي:

المقاييس الأولية للأعراض:

الجسدنة (SOM) Somatisation:

يتكون هذا المقياس من (12) بندا، ويعكس المعاناة الناتجة من الضعف الجسدي، تتركز الشكاوى الجسدية في الأجهزة المعوية، والقلبية، والتنفسية وأوجاع وآلام في العضلات، وقلق دائم على الصحة. ومثال لتلك البنود "آلام في الصدر أو القلب"، "آلام في أسفل الظهر".

الوسواس القهري :(O-C) Obsessive-Compulsive

يتكون هذا المقياس من (10) بنود، ويعكس التركيز على أفكار واندفاعات ومخاوف لا يستطيع الشخص التخلص منها. وأفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.

ومثال لتلك البنود "تكرار أفكار مزعجة لا يمكنك التخلص منها". "الاضطرار لأداء أعمالك ببطء شديد للتأكد من دقتها".

حساسية العلاقات بالآخرين :Interpersonal Sensitivity

يتكون هذا المقياس من (9) بنود، ويركز على الشعور بالنقص عدم الماءة مقارنة بالناس الآخرين ومن خصائص هؤلاء الأشخاص عدم الارتياح في أثناء اللقاءات الاجتماعية والشعور بالخجل والاستخفاف بالذات، إضافة إلى تفسير سلوكيات الآخرين على نحو شخصي.

ومثال لتلك البنود "الشعور بالنقد اتجاه الآخرين"، "تجرح مشاعرك بسهولة".

الاكتئاب :(DEP) Depression

يتكون هذا المقياس من (13) بندا، تعكس الاكتئاب العيادي الذي يتسم بانخفاض في المزاج والطاقة وقلة في النشاط وفقدان الأمل والإحساس بالذنب والانعزال عن أنشطة الحياة اليومية والتفكير في الانتحار. ومثال لتلك البنود "الشعور بالخمول وقلة النشاط"، لوم نفسك على الأحداث".

القلق (ANX) Anxiety:

يتكون هذا المقياس من (9) بنود، وتعكس السمات العامة للقلق كالعصبية والرجفة التي تعد محددات لنوبة الهلع والشعور بالخوف والرهاب. ومثال لتلك البنود " العصبية أو الرجفة من الداخل"، رعب مفاجئ ومن دون سبب".

العدائية (HOS) Hostility:

يتكون هذا المقياس من (6) بنود، تعكس الأفكار والمشاعر والأفعال التي تعد من مميزات الحالة السلبية للغضب، كما تعكس الامتعاض والعدوان والنزق والغضب الشديد.

قلق الرهاب :(PHOB) Phobic Anxiety

يتكون هذا المقياس من (7) بنود، ويعرف قلق الرهاب في هذه القائمة بأنه استجابة خوف مستمرة من شخص ما أو مكان ما أو شيء ما أو موقف ما وهذه الاستجابة غير منطقية وغير ملائمة للمثير، وتؤدي إلى سلوك تجنبي أو هروبي، وتركز البنود هنا على رهاب الساح أو الخلاء. ومثال لتلك البنود "الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة أو الشوارع"، الخوف من أن يغمى عليك في مكان عام".

التخيلات البارا نونية :(PAR) Paranoid Ideation

يتكون هذا المقياس من (6) بنود، تعكس السلوكيات البارا نونية كعدم القدرة على تنظيم الأفكار، وتعد العدائية والشكوك والخوف من الضياع والهلاوس والانعكاسات الأولية لهذا الاضطراب.

ومثال لتلك البنود "الشعور بأن الآخرين يلومونك على الكثير من متاعبك"، وجود أفكار أو معتقدات لديك لا تخطر على بال أحد".

الذهانية :(PSY) Psychoticism

يتكون هذا المقياس من (10) بنود، تعكس العزلة ونمط الحياة الفصامي والهلاوس التي تعد أعراضا أولية للفصام. مثال لتلك البنود "الاعتقاد بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك"، الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين".

البنود الإضافية Additional Terms:

هناك سبعة بنود من هذه القائمة لا تندرج تحت أي من المقاييس التسعة السابقة الذكر، لكنها مشبعة على المقاييس جميعها، ولها قيمتها العيادية. كمثال لتلك البنود " ضعف الشهية للطعام"، "فرط الطعام".

المؤشرات العامة :Global Indices

هناك ثلاثة مؤشرات للمعاناة صممت مع قائمة الأعراض وهي: مؤشر الشدة العامة Global Severity Index، ومؤشر معاناة الأعراض الإيجابية Positive Symptoms Distress Index (PSDI). ومجموع الأعراض الإيجابية Positive Symptoms Total (PST). وعمل كل من هذه المؤشرات هو معرفة مستوى معاناة الفرد النفسية أو عمقها بواسطة الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في واحد من هذه المؤشرات التي تعد مهمة ومفيدة في تقييم الصورة العيادية، كذا تستخدم خلاصة للقائمة.

2.4. اختبار صلاحية المقياس (الخصائص السيكومترية):

يقصد بها كفاءة أداة القياس في تحقيق ما وضعت من أجله من حيث الصدق والثبات، وقد تم التحقق الأولي من نتائج الثبات والصدق بالنسبة لمقياسي الدراسة والذي أفرز النتائج التالية:

1.2.4. ثبات مقياس الصحة النفسية:

معامل التناسق: طريقة معامل ألفا–كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا– كرونباخ (Alpha–Cronbach) لبيانات 30 فردا من مرافقي المرضى على مقياس الصحة النفسية بأبعاده، والجدول الموالي يوضح قيمة معامل الثبات:

الجدول (1): قيمة معامل الثبات ألفا–كرونباخ لمقياس الصحة النفسية بأبعاده

أبعاد المقياس	عدد البنود	عدد أفراد العينة	قيمة معامل ألفا–كرونباخ
الجسدنة	12	30	0.704
الوسواس القهري	11		0.830
الحساسية الشخصية	10		0.807
الاكتئاب	14		0.766
القلق	11		0.739
العدائية	7		0.725
الفوبيا	8		0.818
البرانويا	7		0.866
الذهان	10		0.797
المقياس ككل	90		0.939

يتضح من الجدول أعلاه أن قيم معامل التناسق (ألفا–كرونباخ) لأبعاد مقياس الصحة النفسية تراوحت بين: **(0.704 و0.866)**، وهي قيم مقبولة من التناسق، بينما قدت قيمة معامل التناسق للمقياس ككل بـ: **(0.939)** وهي قيمة عالية، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يقترب من الارتباط التام، ما يؤكد أن المقياس المتبنى في البحث الحالي على درجة عالية من الثبات يجعلنا نطمئن لنتائجه لاحقا.

2.2.4. صدق مقياس الصحة النفسية:

صدق الاتساق الداخلي: ارتباط الأبعاد أو الاختبارات الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس

تم تقدير صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية، من خلال حساب قيم ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له، وتمثلت النتائج في الجدول أدناه:

الجدول (2): ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له.

البعد	المقياس	قيم الارتباط	قيمة معامل التحديد
الجسدنة	الدرجة الكلية للمقياس	**0.844**	**0.712**
الوسواس القهري		**0.902**	**0.813**
الحساسية الشخصية		**0.823**	**0.677**
الاكتئاب		**0.860**	**0.739**
القلق		**0.898**	**0.806**
العدائية		**0.722**	**0.521**
الفوبيا		**0.885**	**0.783**
البرانويا		**0.736**	**0.541**
الذهان		**0.821**	**0.674**
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01)**			
* الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.05)**			

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن كل معاملات ارتباط الأبعاد أو الاختبارات الفرعية لمقياس الصحة النفسية مع الدرجة الكلية له جاءت مرتفعة ودالة إحصائيا إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين:**(0.722 و 0.902)** وجاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة: **(α=0.01)**، وبالرجوع لقيم معاملات التحديد التي تبين قدرة البعد على تفسير التباين في درجة المقياس ككل نجدها تراوحت بين: **(0.521 و 0.813)** أي أن كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية له القدرة على تفسير على الأقل ما نسبته **52%** من التباين في الدرجة الكلية للمقياس، وقد تصل القدرة التفسيرية لأزيد من **81%**، وعليه يمكن القول أن جميع هذه الأبعاد ذات تماسك داخلي قوي تجعل المقياس ككل يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- ✓ اختبار Kolmogorov–Smirnov، واختبار Shapiro–Wilk لتحديد اعتدالية توزيع بيانات البحث.
- ✓ اختبار T–test للمجموعة الواحدة للتحقق من صحة الفرضية الأولى.
- ✓ معامل فريدمان الرتبي للتحقق من صحة الفرضية الثانية.
- ✓ اختبار T–test لعينتين مستقلتين لاختبار صحة الفرضية الثالثة.

- ✓ اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لاختبار صحة الفرضية الرابعة.

وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية $SPSS_{23}$

خلاصة:

يعتبر فصل الإجراءات المنهجية صورة توضيحية لأهم الخطوات التي يسير وفقها الباحث لإجراء دراسته، والتي تساعده على التنبؤ بالصعوبات والمعيقات الميدانية التي من الممكن أن يقع فيها، وبالتالي العمل على تجنبها وتفاديها.

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة وتفسير النتائج

1. عرض نتائج الفرضيات:

بعد جمع بيانات البحث من خلال تطبيق الاختبارات والأدوات، ستتطرق الطالبتين إلى عرض قراءة وصفية للنتائج حسب المتغيرات المتعامل معها، يليها عرض لنتائج الفرضيات وتفسيرها انطلاقا من الأدب النظري والدراسات السابقة، لتختتم باستنتاج عام لأهم النتائج المتوصل إليها.

1.1. التحقق من طبيعة توزيع بيانات البحث:

بعد تطبيق الأدوات وجمع البيانات تمت عملية فرز المعطيات وتجميعها في جداول إحصائية، لتحليلها بالأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (**$SPSS_{23}$**)، وذلك انطلاقا من التأكد من طبيعة توزيع البيانات، لتحديد الأسلوب الإحصائي الأنسب للتعامل مع هذه البيانات في تحليل النتائج: (بارامتري/ البارامترية)، بتطبيق اختباري: **Kolmogorov-Smirnov** و **Shapiro-Wilk**، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول (3): تحديد اعتدالية توزيع بيانات البحث

المتغيرات	Kolmogorov-Smirnov	الدلالة الإحصائية	Shapiro-Wilk	الدلالة الإحصائية
الجسدنة	0.11	0.07	0.96	0.06
الوسواس القهري	0.10	0.09	0.95	0.08
الحساسية الشخصية	0.08	0.06	0.97	0.09
الاكتئاب	0.11	0.06	0.96	0.06
القلق	0.10	0.07	0.96	0.07
العدائية	0.12	0.09	0.94	0.07
المخاوف	0.16	0.06	0.92	0.09
البرانويا	0.09	0.07	0.95	0.07
الذهان	0.12	0.08	0.93	0.08
الدرجة الكلية	0.09	0.06	0.96	0.06

يتضح من خلال كل من اختباري **Kolmogorov-Smirnov** و **Shapiro-Wilk**، الخاصين باختبار اعتدالية توزيع البيانات، أن بيانات متغيرات البحث: (**أعراض الصحة النفسية**) تتوزع توزيعا طبيعيا، حيث جاءت قيم المتغير بأبعاده غير دالة إحصائيا وهو ما يسمح بتطبيق الأساليب الإحصائية البارا مترية في التعامل إحصائيا مع البيانات لاختبار الفرضيات.

2.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

والتي مفادها: **يمتلك مرافقو المرضى مستوى منخفض من الصحة النفسية.**

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائيا عن طريق اختبار (T test) لعينة واحدة لتقدير الفرق بين المتوسط الحسابي لدرجات الصحة النفسية والمتوسط النظري للمقياس، والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (4): نتائج اختبار (t) لعينة واحدة لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والنظري للصحة النفسية لدى أفراد عينة البحث

المتغير	حجم العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	قيمة الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	60	180	199.53	19.53	8.97	0.000

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة الفروق بين المتوسط الحسابي لدرجات مرافقي المرضى على مقياس أعراض الصحة النفسية المقدر بـ: **(199.53)** والمتوسط النظري له: **(180)** هو فرق جوهري، حيث قدرت قيمة اختبار **(T test)** بـ: **(8.97)** وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **(α=0.01)**، لصالح المتوسط الحسابي، أي أن مرافقو المرضى ترتفع لديهم الأعراض النفسية أعلى من المتوسط ما يعكس تدني الصحة النفسية لديهم، **وعليه نقبل الفرضية الأولى للبحث.**

3.1. عرض نتائج الفرضية الثانية للبحث:

نصت على أنه: **يمثل الوسواس القهري أكثر الأعراض النفسية ظهورا لدى مرافقي المرضى.**

وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل **فريدمان** الترتيبي بهدف ترتيب الأعراض النفسية، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول (5): اختبار فريدمان لترتيب الأعراض النفسية لدى عينة البحث.

الرقم	الاضطراب	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	الدلالة
01	الجسدنة	6.93	239.47	8	0.000
02	الوسواس القهري	7.52			
03	الحساسية الشخصية	4.23			

04	الاكتئاب	7.23			
05	القلق	6.08			
06	العدائية	2.88			
07	المخاوف	3.14			
08	البرانويا	3.60			
09	الذهان	3.39			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ وبناءا على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة للأعراض في مقياس الصحة النفسية والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

1- **(الوسواس القهري)** احتل هذا العرض المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ: **(7.52)**.

2- **(الاكتئاب)** احتل هذا العرض المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ: **(7.23)**.

3- **(الجسدنة)** احتل هذا العرض المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ: **(6.93)**.

4- **(القلق)** احتل هذا العرض المرتبة الرابعة بمتوسط رتب بلغ: **(6.08)**.

5- **(الحساسية الشخصية)** احتل هذا العرض المرتبة الخامسة بمتوسط رتب بلغ: **(4.23)**.

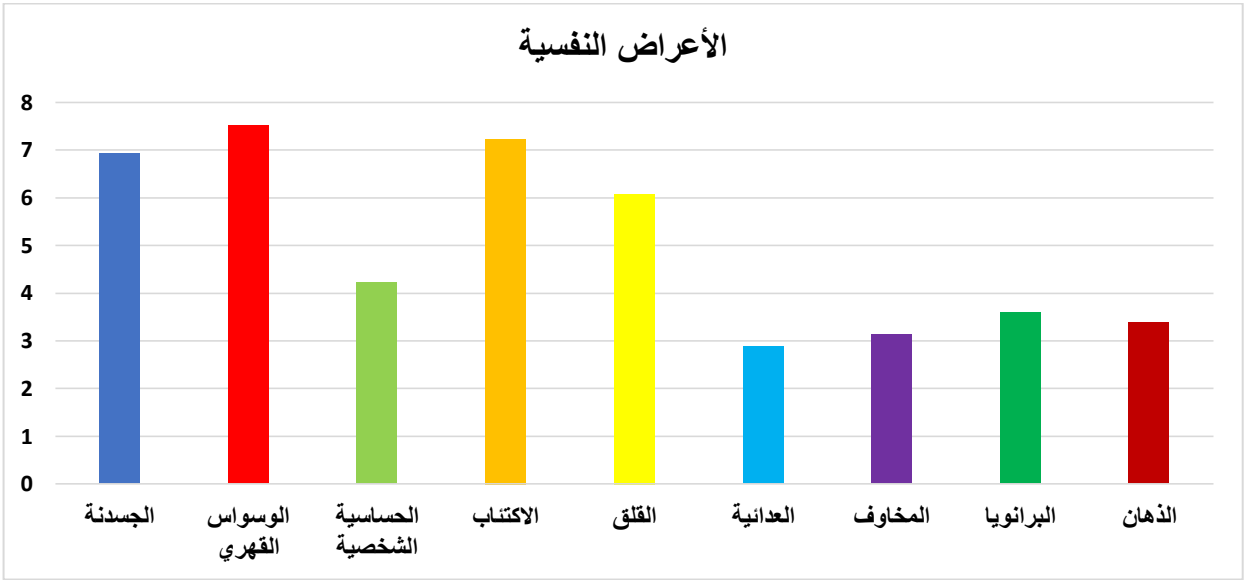
6- **(البرانويا)** احتل هذا العرض المرتبة السادسة بمتوسط رتب بلغ: **(3.60)**.

7- **(الذهان)** احتل هذا العرض المرتبة السابعة بمتوسط رتب بلغ: **(3.39)**.

8- **(المخاوف)** احتل هذا العرض المرتبة الثامنة بمتوسط رتب بلغ: **(1.14)**.

9- **(العدائية)** احتل هذا العرض المرتبة التاسعة والأخيرة بمتوسط رتب بلغ: **(2.88)**.

والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل (1): أعمدة بيانية توضح ترتيب الأعراض النفسية لدى عينة البحث

بناء على قيمة **كاث²** والتي بلغت: **(239.47)** نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا **(α=0.01)**، ودرجة حرية **(dg=08)** وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائيا في ترتيب الأعراض النفسية لدى مجموعة البحث وفق ما يقدره المقياس المعتمد، وبهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى اختبار **ويلكوكسون** وهذا ما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول (6): اختبار ويلكوكسون للمقارنات الزوجية لترتيب الأعراض النفسية عند عينة البحث

المجموعة B	المجموعة C	Z	مستوى الدلالة
الوسواس القهري	الجسدنة	3.18^b	0.03
	الحساسية الشخصية	6.14^b	0.00
	الاكتئاب	2.80^b	0.02
	القلق	3.59^b	0.00
	العدائية	6.66^b	0.00
	المخاوف	6.33^b	0.00
	البرانويا	6.65^b	0.00
	الذهان	6.43^b	0.00
الفروق دالة لصالح (c)			
الفروق دالة لصالح (b)			
الفروق غير دالة (a)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه اختبار **ويلكوكسون** نلاحظ أن الترتيب الفعلي للأعراض النفسية جاء على النحو التالي:

– المرتبة الأولى كانت لصالح **الوسواس القهري** حيث جاءت كل المقارنات مع بقية الأعراض الأخرى كانت لصالح هذا العرض، وجاءت جميع المقارنات دالة إحصائيا.

– المرتبة الثانية كانت مناصفة بين **عرضي الاكتئاب والجسدنة** حيث أن المقارنة بينهما كانت غير دالة إحصائيا، وقد كانت المقارنة مع باقي الاضطرابات الأخرى دالة إحصائيا لصالح هذين الاضطرابين، بينما المقارنة مع **الوسواس القهري** كانت لصالح هذا الأخير.

وبالرجوع إلى الشكل أعلاه يتضح هذا الترتيب أكثر من خلال الأعمدة البيانية، وعليه نقبل الفرضية.

4.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

والتي مفادها: **لا توجد فروق بين الجنسين من مرافقي المرضى في الأعراض النفسية.**

وقد تم التحقق من صدق هذه الفرضية باختبار **(T test)** لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث، وذلك على مقياس الصحة النفسية، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول (7): نتائج اختبار (t) لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق في متوسطي درجات مجموعتي البحث على مقياس الصحة النفسية

الأعراض	المجموعة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة الإحصائية
الجسدنة	إناث	47	18.70	7.08	3.394	0.002
	ذكور	13	11.61			
الوسواس القهري	إناث	47	18.25	-0.74	-0.316	0.753
	ذكور	13	19.00			
الحساسية الشخصية	إناث	47	10.38	0.07	0.038	0.970
	ذكور	13	10.30			
الاكتئاب	إناث	47	17.44	-1.63	-0.564	0.575
	ذكور	13	19.07			
القلق	إناث	47	15.08	0.85	0.360	0.720
	ذكور	13	14.23			
العدائية	إناث	47	6.93	0.78	0.510	0.612
	ذكور	13	6.15			
المخاوف	إناث	47	7.08	-0.76	-0.587	0.560
	ذكور	13	7.84			
البرانويا	إناث	47	8.38	-0.46	-0.334	0.740
	ذكور	13	8.84			
الذهان	إناث	47	8.55	0.78	0.409	0.684
	ذكور	13	7.76			

أظهر التحليل الإحصائي لهذه النتائج أن قيمة اختبار **(T test)** تراوحت بين: **(0.03 و0.58)** وهي قيم غير دالة إحصائيا، ما عدا عرض **الجسدنة** الذي قدرت فيه قيمة اختبار **(T test)** بـ: **(3.39)** وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **(α=0.01)** ودرجة حرية **(dg=58)** لصالح الإناث، أي أن عرض الجسدنة يشيع لدى الإناث بشكل ملحوظ عند الإناث مقارنة منه عند الذكور، بينما باقي الأعراض فلا فروق بين الجنسين تذكر، **وعليه نقبل الفرضية الثالثة للبحث.**

5.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي مفادها: **لا توجد فروق في الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى تبعا لنوع المرض.**

وقد تم التحقق من صدق هذه الفرضية باختبار تحليل التباين الأحادي **(ANOVA)** لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الأربع، وذلك على مقياس الصحة النفسية، والجدول الموالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول (8): نتائج اختبار (F) لدلالة الفرق في متوسطات درجات مجموعات البحث على مقياس الصحة النفسية

العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
الجسدنة	تباين بين	501.6	3	167.2	2.456	0.072
	تباين داخل	3812.7	56	68.08		
	تباين كلي	4314.3	59			
العرض	**مصدر التباين**	**متوسط الفرق**	**درجة الحرية**	**مربع الفرق**	**F**	**الدلالة الإحصائية**
الوسواس القهري	تباين بين	246.8	3	82.2	1.519	0.220
	تباين داخل	3033.6	56	54.1		
	تباين كلي	3280.5	59			
العرض	**مصدر التباين**	**متوسط الفرق**	**درجة الحرية**	**مربع الفرق**	**F**	**الدلالة الإحصائية**
الحساسية الشخصية	تباين بين	228.7	3	76.2	2.062	0.116
	تباين داخل	2071.1	56	36.9		
	تباين كلي	2299.9	59			
العرض	**مصدر التباين**	**متوسط الفرق**	**درجة الحرية**	**مربع الفرق**	**F**	**الدلالة الإحصائية**
الاكتئاب	تباين بين	417.1	3	472.5	0.683	0.566

	تباين داخل	183.4	56	575.8		
	تباين كلي	600.4	59			
العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
القلق	تباين بين	362.04	3	120.6	2.271	0.090
	تباين داخل	2975.3	56	53.1		
	تباين كلي	3337.4	59			
العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
العدائية	تباين بين	50.00	3	16.6	0.692	0.561
	تباين داخل	1348.7	56	24.08		
	تباين كلي	1398.7	59			
العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
المخاوف	تباين بين	31.3	3	10.4	0.604	0.615
	تباين داخل	967.9	56	17.2		
	تباين كلي	999.2	59			
العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
البرانويا	تباين بين	26.8	3	8.9	0.450	0.718
	تباين داخل	1112.5	56	19.8		
	تباين كلي	1138.8	59			
العرض	مصدر التباين	متوسط الفرق	درجة الحرية	مربع الفرق	F	الدلالة الإحصائية
الذهان	تباين بين	7.7	3	2.5	0.066	0.978
	تباين داخل	2170.4	56	38.7		
	تباين كلي	2178.1	59			

كشف التحليل الإحصائي أن قيم اختبار **(F)** لتقدير الفروق بين المجموعات في الأعراض النفسية تراوحت بين: قدرت بـ: **(0.06 و2.45)** وهي قيم جميعها غير دالة إحصائيا، ما يعكس عدم وجود فروق جوهرية في الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى تبعا لنوع المرض، **وعليه نقبل الفرضية الرابعة للبحث.**

2. تفسير النتائج على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة:

1.2. تفسير نتائج الفرضية الأولى:

إن البيانات المتحصل عليها من عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى والتي مفادها يمتلك مرافقو المرضى مستوى منخفض من الصحة النفسية وفق ما يقدره اختبار T–test للعينة، حيث ترتفع لديهم الأعراض النفسية دون المتوسط ما يعكس في المقابل انخفاض الصحة النفسية، وقد قدر ذلك بقيمة (12.97) وهي القيمة الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (a= 0.01) لصالح المتوسط النظري، وهو ما يحقق صحة الفرضية الأولى للبحث.

ويمكن أن نرجع ذلك إلى تأثير الوسط الطبي على سيكولوجية مرافق المريض، إضافة إلى أنه يرى مختلف الحالات الأخرى وحالات الموتى أمامه مما ينعكس سلبا عليه ويؤدي إلى ظهور الأعراض النفسية بشكل أكبر. كما يلعب الأطباء دورا مهما في ذلك من خلال عدم التصريح وتقديم المعلومات لطمأنة المرافق عن حالته، في الجهة المقابلة ومما يزيد من ظهور أعراض نفسية لدى المرافق كونه تخلى عن نمط حياته المعتاد واتجه نحو نمط مختلف تماما يسوده الانعزال والتفرد بحالته أغلب الوقت، فالتخلي عن عمله ومسؤولياته يزيد هو الآخر في ظهور هذه الأعراض، ولقد توافقت هذه النتائج إلى حد كبير مع الدراسات السابقة التي تطرقت لقياس الحالة النفسية لدى مختلف العينات التي تجمعها نفس البيئة ألا وهي المؤسسة الاستشفائية، ففي دراسة كل من **(بوشعرور وبوفارس، 2023)** توصلت إلى أن مستوى الصحة النفسية منخفض لدى الأطباء والممرضين في ظل وباء كورونا، إضافة إلى دراسة كل من **(فضلون وساحل، 2021)** حيث توصلوا إلى أن الضغوط النفسية تأتي في مقدمة الاضطرابات النفسية المهددة للصحة النفسية لدى العاملين في القطاع الصحي بمستشفى محمد بوضياف بأم البواقي، وهذا ما أكدته دراسة **(أبو لقمة، 2022)** بحيث نصت نتائجها على انخفاض الصحة النفسية لدى الأطباء بالمستشفى الجامعي وهذا ما يتفق مع دراستنا ومع نسبية انخفاض الصحة النفسية لدى المرافق، فكلما ارتفعت الأعراض النفسية للمرافق يعقبها انخفاض في درجات الصحة النفسية لديه.

2.2. تفسير نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه يمثل عرض الوسواس القهري أكثر الأعراض النفسية ظهورا لدى مرافقي المرضى، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان الترتيبي بهدف ترتيب

الأعراض النفسية، توصلنا إلى أن عرض الوسواس القهري احتل المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ (7.52)، وهو ما يحقق صحة الفرضية الثانية.

ويمكن أن نفسر هذه النتيجة بأن تواجد المرافق في الوسط الاستشفائي ورؤيته لباقي الحالات يولد له بعض الأفكار كفكرة الموت بالإضافة إلى حرصه على القيام بالأمور التي تخص المريض خوفا عليه من العدوى، فيقوم بتكرار الأفعال التي يقوم بها، وهذا ما لاحظناه وأظهرته كل الحالات التي تم تطبيق المقياس عليهم، فقد أبدوا استيائهم وقلقهم حول موضوع النظافة وذكروا أنه لهذا السبب يكررون أعمالهم. وقد أوضحت دراسة **(رحماني رفيق)** أن الوسواس القهري كعرض يؤثر في الصحة النفسية بدرجة مرتفعة، وهذا ما أسفرته دراسة كل من **(رابح وكديك، 2021)** حول الصحة النفسية للممرضين في ظل جائحة كورونا، فقد توصلوا إلى ارتفاع عرض الوسواس القهري لدى الممرضين كعرض مرتفع في الصحة النفسية.

في حين تنافت دراسة **(بوفارس وبوشعرور، 2023)** مع دراستنا حيث طغى عرض القلق والخوف من انتقال العدوى لدى الأطباء والممرضين في ظل جائحة كورونا.

3.2. تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

يتضح من خلال البيانات الواردة في عرض نتائج الفرضية الثالثة، والتي تنص على أنه لا توجد فروق بين الجنسين من مرافقي المرضى في الأعراض النفسية وبعد التحقق من صدق هذه الفرضية باختبار (T-test) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعتين الذكور والإناث، أظهر التحليل الإحصائي عدم تحقق هذه الفرضية، أي أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الأعراض النفسية.

ويعود ذلك إلى أن كليهما يعيشان نفس الضغوط في نفس المكان، بالإضافة إلى ابتعادهما عن حياتهم العادية متجهين نحو المؤسسات الاستشفائية، فتعاملاتهم وما يقومون به هناك وحالتهم متقاربة، نظرا لوجودهم لنفس الأسباب وبنفس الصفة ألا وهي "المرافق"، كما يمكن أن نرجع ظهور نفس الأعراض النفسية لديهم وعدم وجود فروق إلى أنهم تحت موقف وموضع واحد ومتشابه إلى حد ما. وهذا ما تطرقت إليه دراسة **(بوشعرور وبوفارس، 2023)** في قياس مستوى تأثير وباء كورونا على الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين فقد تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيرات

الشخصية. وتتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة **(قزقوز وأغمين، 2021)** بأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل بولاية قالمة في فترة انتشار جائحة كورونا (تبعا لمتغيري الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة). في حين اختلفت دراسة **(هاني الجندي، 2022)** حيث توصل إلى أن مستوى الأعراض النفسية أكثر وضوحا للإناث مقارنة بالذكور لدى الأطباء والممرضين والمنتسبين للقطاع الصحي بكندا.

4.2. تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الفرضية الرابعة والتي مفادها لا توجد فروق في الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى تبعا لنوع المرض. وبعد التأكد من صدق هذه الفرضية باستعمال اختبار تحليل التباين الأحادي لتقدير الفروق بين المجموعات في الأعراض النفسية أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مختلف الأعراض لدى مرافقي المرضى تبعا لنوع المرض، وعليه قبلت الفرضية.

وهذا يرجع أن المرافق وبغض النظر عن المرض الذي تعاني منه حالته إلا أنه يكون محط نفس الظروف ونفس درجة الخوف والقلق، وجميع الأعراض النفسية لأنه يرى حالة بقية المرضى مما ينعكس ذلك عليه وتستقل جملة الأعراض النفسية على كل مرافقي المرضى. كما أن المرافقين بصفة عامة يتعرضون لمواقف متشابهة ويعيشونها معا ويقومون بنفس المهام مما يؤدي إلى انتقال شرارة الأعراض النفسية بينهم، وقد تناولت دراسة **(بوشعرور وبوفارس، 2023)** حول تأثير وباء كورونا على الفئتين الوظيفيتين مساعدي التمريض والأطباء المختصين في الإنعاش والتخدير، حيث بلغ الفرق متوسطي المجموعتين (14.96) الدال إحصائيا، وعليه يمكننا القول بأن وباء كورونا أثر على الوظيفتين بنفس الدرجة بالتقريب، ومنه لا توجد فروق في تأثير الوباء على مساعدي التمريض وأطباء التخدير، وهذا ما توصلت إليه دراستنا بالنظر إلى نفس المكان الذي يجمعهم ألا وهو المؤسسة الاستشفائية.

3. الاستنتاج العام:

بعد التطرق إلى عرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشة النتائج، ونكون قد توصلنا إلى تحقيق الأهداف المرجوة من دراستنا، والتي نجملها في الآتي:

- ✓ مستوى الصحة النفسية منخفض لدى أفراد العينة من مرافقي المرضى.

- ✓ العرض الأكثر ظهورا وشيوعا لدى مرافقي المرضى هو عرض الوسواس القهري.
- ✓ عدم وجود فروق في الأعراض النفسية باختلاف الجنس.
- ✓ عدم وجود فروق في الأعراض النفسية باختلاف نوع المرض.

خاتمة

1. خاتمة الدراسة:

بعد عرض سيرورة الدراسة ومحتواها، انطلاقا بالإطار العام ومرورا للجانب الميداني الذي تضمن عينة مرافقي المرضى بمستشفى قصر البخاري "محمد مترييني" ولاية المدية، تعد هذه الدراسة من الدراسات المكملة للأبحاث والدراسات السابقة في مجال الصحة النفسية، خاصة وأنها أول دراسة تتضمن عينة مرافقي المرضى وهذا ما يجعلنا نتعرف أكثر على هذه الشريحة وعن حالتهم النفسية أثناء فترة بقائهم بالمشفى، إضافة إلى الكشف عن الأعراض النفسية لديهم والفروق لما يقدره المقياس وتبعا لاختلاف جنسهم ونوع المرض لدى المريض.

وانطلاقا من النتائج المتوصل إليها في الدراسة، والتي أوضحت أن الأعراض النفسية لدى مرافقي المرضى مرتفعة، وهذا ما يدل على انخفاض مستوى الصحة النفسية.

2. مقترحات الدراسة:

فختاما لدراستنا نقترح ما يلي:

- ✓ يجب أن تولى فئة مرافق المريض اهتماما أكبر من الناحية النفسية لأنه هو الآخر يلعب دورا مهما في تحسين حالة المريض.
- ✓ توضيح للمرافق أهمية صلابته النفسية لمواجهة الضغوطات المحتمل أن يعيشها.
- ✓ توعية مرافق المريض بدوره ومسؤوليته اتجاه ما يقوم به.
- ✓ إجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعلقة بالصحة النفسية لدى فئة مرافقي المرضى.
- ✓ اقتراح برنامج إرشادي للرفع من مستوى الصحة النفسية لدى مرافق المريض.
- ✓ العمل على بناء تدخلات حول الصحة النفسية ضمن خدمات الصحة العامة.

المراجع

المراجع:

1. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2015). **الصحة النفسية منظور جديد**. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
2. أبو دلو، جمال. (2009). **الصحة النفسية**. (ط1). عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
3. أحمد سي موسى، آمنة. (2010). **الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى النازحين**. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة الخرطوم.
4. بارلو، دايفيد. (2002). **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية**. تر: فرج، صفوت. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
5. بطرس، حافظ بطرس. (2008). **التكيف والصحة النفسية للطفل**. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. بن قويدر، فاطمة وقيدوم، جمال. (2019). **التنشئة الأسرية وعلاقتها بالمخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتأخرة**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.
7. بن يحيى، مريم وجاهمي، بسمة. (2016). **السلوك العدواني عند المراهق الذي يعاني من التفكك الأسري**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة 08 ماي 1945. قالمة.
8. بيل، أرثر. (2011). **الفوبيا**. تر: الحزامي، عبد الحكيم. (ط1). القاهرة: الدار الأكاديمية للعلوم.
9. التميمي، محمود كاظم محمود. (2013). **الصحة النفسية "مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية"**. (ط1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
10. جلولي، سعدية. (2015). **اضطراب القلق عند الشخصية الوسواسية القهرية**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة مولاي الطاهر. سعيدة.
11. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية**. (ط5). الولايات المتحدة الأمريكية: الجمعية الأمريكية للأطباء النفسانيين.
12. حجازي، مصطفى. (2004). **الصحة النفسية**. (ط2). المركز الثقافي العربي.
13. حزام، أمير عاطف وآيت كاكي، رفيق. (2021). **الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باضطراب القلق المعمم لدى أساتذة مرحلة التعليم المتوسط**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة 08 ماي 1945. ورقلة.
14. حسين، فالح حسين. (2013). **علم النفس المرضي والعلاج النفسي**. (ط1). عمان: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

15.الخالدي، أديب محمد. (2009). **الصحة النفسية " نظرية جديد"**. (ط3). عمان: دار وائل للنشر.

16.الداهري، صالح حسن أحمد. (2010). **مبادئ الصحة النفسية**. (ط2). عمان: دار وائل للنشر.

17.رابح، سيدهم ليندة وكديك، أمين. (2021). **الصحة النفسية لدى الممرضين في ظل جائحة كورونا**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة يحيى فارس. المدية.

18.رحماني، رفيق. (2014). **الصحة النفسية لدى الشخصية الوسواسية القهرية**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة مولاي الطاهر. سعيدة.

19.زعطوط، رمضان. (2002). **الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدنين**. مذكرة ليسانس (غير منشورة). جامعة ورقلة.

20.زهران، حامد عبد السلام. (2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. (ط4). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

21.زواوي، أميرة ومروش، ريم. (2021). **مستوى القلق وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المراهق المتمدرس بالطور المتوسط**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة محمد البشير الإبراهيمي. برج بوعريريج.

22.سالم، محمد شريف. (2007). **الوسواس القهري "دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء"**. (ط5). القاهرة: مكتبة دار العقيدة.

23.السفاسفة، محمد وعربيات، أحمد. (2005). **مبادئ الصحة النفسية**. الأردن: مركز يزيد للنشر.

24.شابي، حليمة ونواورية، أمال. (2017). **الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى الطالبات المقيمات**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة 08 ماي 1945. ورقلة.

25.الشربيني، لطفي. (2001). **الاكتئاب "المرض والعلاج"**. الإسكندرية: منشأة المعارف للنشر.

26.صالح، قاسم حسين. (2015). **الاضطرابات النفسية والعقلية "نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها"**. (ط1). عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.

27.صوشي، سامية. (2016). **المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

28.طرشي، سماح ومرزق، سهام ومطبوع، إكرام. (2019). **المخاوف المرضية ودورها في ظهور الإحباط لدى الطلبة في الوسط الجامعي**. مذكرة ليسانس (غير منشورة). جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

29.عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2000). **علم النفس المرضي "دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

30.عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق. (2010). **الطب النفسي المعاصر**. (ط15). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

31.عوض، البلاح خالد. (2016). **الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة**. (ط1). القاهرة: مكتبة المتنبي للنشر.

32.غالي، مريم. (2013). **الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة**. مذكرة ماجستير (غير منشورة). جامعة وهران.

33.غانم، محمد حسن. (2006). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية "الوبائيات، التعريف، محاكات التشخيص، الأسباب، العلاج، المآل والمسار"**. (ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

34.الفسفوس، عدنان أحمد. (2006). **الدليل الإرشادي لمواجهة السلوك العدواني لدى طلبة المدارس**. (ط1). المكتبة الإلكترونية أطفال الخليج.

35.قرفي، زينب وحمودي، صفية. (2016). **القلق لدى المرضى المصابين بأمراض القلب والشرايين**. مذكرة ليسانس (غير منشورة). جامعة 08 ماي 1945. قالمة.

36.قوادري، شيماء وبوخدنة، إيمان. (2015). **الحرمان العاطفي وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند المراهقين**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة 8 ماي 1945. قالمة.

37.القوصي، عبد العزيز. (1952). **أسس الصحة النفسية**. (ط4). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

38.كاشدان، شيلدون. (1984). **علم النفس الشواذ**. تر: سلامة، أحمد عبد العزيز. (ط2). عمان: دار الشروق للنشر.

39.كامل، أحمد سهيل. (2004). **الصحة النفسية والتوافق**. (ط1). القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.

40.كلير، فهيم. (2007). **الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

41.كوام، مكنزي. (2013). **الإكتئاب**. تر: منعم، زينب. (ط1). بيروت: دار المؤلف للنشر والتوزيع.

42.كوام، مكنزي. (2013). **القلق ونوبات الذعر**. تر: أمان الدين، هلا. (ط1). بيروت: دار المؤلف للنشر والتوزيع.

43.كولز، أم. (2011). **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي**. تر: الدماطي، عبد الغفار عبد الحكيم وعماد، حامد ماجدة وحسن، علي حسن. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

44.مأمون، صالح. (2008). **الشخصية**. (ط1). الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

45.مصطفى، أسامة فاروق. (2011). **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية "الأسباب، التشخيص، العلاج"**. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

46.المطيري، معصومة سهيل. (2005). **الصحة النفسية "مفهومها، اضطراباتها"**. (ط1). الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

47.ملوحي، ناصر محي الدين. (2021). **الصحة النفسية "تقنيات الحماية العقلية"**. (ط1). سوريا: دار الغسق للنشر.

48.ملوكة، عواطف. (2013). **إتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية**. مذكرة ماجستير (غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.

49.منظمة الصحة العالمية. (1992). **التصنيف الدولي للأمراض النفسية**. (ط10). الولايات المتحدة الأمريكية.

50.مهدي، خضرة وزين، شهرزاد ومقران، صبيرة. (2011). **فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الراشدين العاديين والمصابين بالقصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى**. مذكرة (شهادة ليسانس). جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

51.ميلود دواجي، نور الدين وعجيمي، كوثر. (2016). **مستوى الصحة النفسية عند المصابين بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين)**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم.

52.ناصر، الزاوية وبرجلاغي، سعاد. (2021). **الخوف المدرسي وتأثيره على عملية التكيف المدرسي لدى تلاميذ طور الابتدائي**. مذكرة ماستر (غير منشورة). جامعة أحمد دراية. أدرار.

الملاحق

ملحق 01: مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R

في إطار انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، الرجاء التكرم بالإجابة وذلك بوضع علامة (X) في خانة الإجابة المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي، حيث يوجد أمامك عدد من المشكلات التي قد تعاني منها. يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك لعلمكم أن هذه المعلومات لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

السن:

نوع المرض:

الرقم	العبارات	مطلقا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	**الصداع المستمر**					
2	**النرفزة والارتعاش**					
3	**حدوث أفكار سيئة**					
4	**الدوخان مع الاصفرار**					
5	**فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي**					
6	**الرغبة في انتقاد الآخرين**					
7	**الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكاري**					
8	**أعتقد بأن الآخرين مسؤولين عن مشاكلي**					
9	**الصعوبة في تذكر الأشياء**					
10	**الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة**					
11	**يسهل استثارتي بسهولة**					
12	**الألم في الصدر والقلب**					
13	**الخوف من الأماكن العامة والشوارع**					
14	**الشعور بالبطيء وفقدان الطاقة**					
15	**تراودني أفكار للتخلص من الحياة**					
16	**أسمع أصوات لا يسمعها الآخرون**					

17	أشعر بالارتجاف					
18	عدم الثقة بالآخرين					
19	فقدان الشهية					
20	البكاء بسهولة					
21	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين					
22	أشعر باني مقبوض أو ممسوك أو مكبل					
23	الخوف فجأة وبدون سبب محدد					
24	عدم المقدرة على التحكم في الغضب					
25	أخاف أن أخرج من البيت					
26	نقد الذات لعمل بعض الأشياء					
27	الألم في أسفل الظهر					
28	أشعر بان الأمور لا تسير على ما يرام					
29	أشعر بالوحدة					
30	أشعر بالحزن " الاكتئاب "					
31	الانزعاج على الأشياء بشكل كبير					
32	فقدان الأهمية بالأشياء					
33	الشعور بالخوف					
34	أشعر بأنه يسهل إيذائي					
35	اطلاع الآخرين على أفكاري الخاصة بسهولة					
36	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونني					
37	الشعور بأن الآخرين غير ودودين					
38	أعمل الأشياء ببطيء شديد					
39	زيادة ضربات القلب					
40	ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة					
41	مقارنة بالآخرين أشعر باني أقل قيمة منهم					
42	عضلاتي تتشنج					
43	أشعر بأني مراقب من قبل الآخرين					
44	صعوبة النوم					
45	أفحص ما أقوم به عدة مرات					

46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات					
47	الخوف من السفر					
48	صعوبة التنفس					
49	السخونة والبرودة في جسمي					
50	أتجنب أشياء معينة					
51	الشعور بعدم القدرة على التفكير					
52	الخدر والنمنمة في الجسم					
53	الشعور بانغلاق الحلق وعدم المقدرة على البلع					
54	فقدان الأمل في المستقبل					
55	صعوبة التركيز					
56	ضعف عام في أعضاء جسمي					
57	أشعر بالتوتر					
58	الشعور بالثقل باليدين والرجلين					
59	الخوف من الموت					
60	الإفراط في النوم					
61	اشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي					
62	توجد عندي أفكار غريبة					
63	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين					
64	أستيقظ من النوم مبكرا					
65	إعادة نفس الأشياء عدة مرات					
66	أعاني من النوم المتقطع والمزعج					
67	الرغبة في تكسير وتحطيم الأشياء					
68	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين					
69	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين					
70	الخوف من التواجد في التجمعات البشرية					
71	كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير					
72	أشعر بحالات من الخوف والتعب					
73	أشعر من الخوف من التواجد في الأماكن العامة					
74	كثرة الدخول في الجدل والنقاش الحاد					

75	أشعر بالنرفزة عندما أكون وحيدا					
76	الآخرون لا يقدرون أعمالي					
77	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس					
78	الشعور بالضيق وكثرة الحركة					
79	اشعر بأني غير مهم					
80	اشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي					
81	الصراخ ورمي الأشياء					
82	أخاف من أن أفقد الوعي أمام الآخرين					
83	أشعر بان الآخرين سيستغلونني					
84	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية					
85	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي					
86	توجد عندي تخيلات وأفكار غريبة					
87	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي					
88	أشعر باني غير قريب وبعيد من الآخرين					
89	الشعور بالذنب					
90	عندي مشكلة في عقلي " نفسي "					

ملحق 02: ملحق المعالجات الإحصائية لاختبار الفرضيات

اختبار اعتدالية توزيع البيانات:

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
الجسدنة	,110	60	,026	,960	60	,050
الوسواس القهري	,106	60	,033	,958	60	,037
الحساسية الشخصية	,081	60	,040	,975	60	,044
الاكتئاب	,111	60	,043	,969	60	,024
القلق	,100	60	,050	,968	60	,016
العدائية	,129	60	,014	,942	60	,007
المخاوف	,161	60	,001	,926	60	,000
البرانويا	,098	60	,020	,958	60	,036
الذهان	,125	60	,020	,930	60	,002
الدرجة الكلية	,095	60	,040	,965	60	,019

*. Il s'agit d'une borne inférieure de la signification réelle.

a. Correction de signification de Lilliefors

اختبار صحة الفرضية الأولى للبحث:

Statistiques sur échantillon unique				
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الصحة النفسية	60	199,5333	42,07518	5,43188

Test sur échantillon unique				
	Valeur du test = 180			
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
الصحة النفسية	-8,973	59	,000	19.53333

اختبار صحة الفرضية الثانية للبحث:

Rangs	
	Rang moyen
الجسدنة	6,93
الوسواس القهري	7,52
الحساسية الشخصية	4,23
الاكتئاب	7,23
القلق	6,08
العدائية	2,88
المخاوف	3,14
البرانويا	3,60
الذهان	3,39

Test[a]	
N	60
Khi-deux	239,475
ddl	8
Signification asymptotique	,000
a. Test de Friedman	

المقارنات البعدية بين الرتب:

Test[a]								
	الوسواس - الجسدنة	الوسواس - الحساسية	الوسواس - الاكتئاب	الوسواس - القلق	الوسواس - العدائية	الوسواس - المخاوف	الوسواس - البرانويا	الوسواس – الذهان
Z	-3,18[b]	-6,14[b]	-2,80[b]	-3,59[b]	-6,66[b]	-6,33[b]	-6,65[b]	-6,43[b]
Signification asymptotique (bilatérale)	,035	,000	,022	,000	,000	,000	,000	,000
a. Test de Wilcoxon								
b. Basée sur les rangs positifs.								

اختبار صحة الفرضية الثالثة للبحث:

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الجسدنة	أنثى	47	18,7021	8,55396	1,24772
	ذكر	13	11,6154	6,03515	1,67385

الوسواس القهري	أنثى	47	18,2553	7,99584	1,16631
	ذكر	13	19,0000	5,27573	1,46322
الحساسية الشخصية	أنثى	47	10,3830	6,56259	,95725
	ذكر	13	10,3077	5,15404	1,42947
الاكتئاب	أنثى	47	17,4468	9,69269	1,41382
	ذكر	13	19,0769	7,18171	1,99185
القلق	أنثى	47	15,0851	7,43911	1,08511
	ذكر	13	14,2308	8,08449	2,24223
العدائية	أنثى	47	6,9362	4,92732	,71872
	ذكر	13	6,1538	4,79316	1,32938
المخاوف	أنثى	47	7,0851	4,14849	,60512
	ذكر	13	7,8462	4,09972	1,13706
البرانويا	أنثى	47	8,3830	4,41614	,64416
	ذكر	13	8,8462	4,46927	1,23955
الذهان	أنثى	47	8,5532	6,39568	,93291
	ذكر	13	7,7692	4,91857	1,36417

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes			
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
الجسدنة	Hypothèse de variances égales	6,25	,015	2,793	58	,007	7,08674
	Hypothèse de variances inégales			3,394	26,87	,002	7,08674
الوسواس القهري	Hypothèse de variances égales	2,34	,131	-,316	58	,753	-,74468
	Hypothèse de variances inégales			-,398	29,03	,694	-,74468
الحساسية الشخصية	Hypothèse de variances égales	1,86	,178	,038	58	,970	,07529
	Hypothèse de variances inégales			,044	23,92	,965	,07529
الاكتئاب	Hypothèse de variances égales	2,28	,136	-,564	58	,575	-1,63011
	Hypothèse de variances inégales			-,667	25,45	,511	-1,63011
القلق	Hypothèse de variances égales	,01	,899	,360	58	,720	,85434
	Hypothèse de variances inégales			,343	18,02	,736	,85434
العدائية	Hypothèse de variances égales	,10	,750	,510	58	,612	,78232
	Hypothèse de variances inégales			,518	19,60	,610	,78232
المخاوف	Hypothèse de variances égales	,37	,544	-,587	58	,560	-,76105
	Hypothèse de variances inégales			-,591	19,35	,561	-,76105
البرانويا	Hypothèse de variances égales	,13	,711	-,334	58	,740	-,46318
	Hypothèse de variances inégales			-,332	18,99	,744	-,46318
الذهان	Hypothèse de variances égales	1,40	,241	,409	58	,684	,78396
	Hypothèse de variances inégales			,474	24,45	,639	,78396

اختبار صحة الفرضية الرابعة للبحث

ANOVA à 1 facteur						
		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
الجسدنة	Inter-groupes	501,605	3	167,202	2,456	,072
	Intra-groupes	3812,729	56	68,084		
	Total	4314,333	59			
الوسواس القهري	Inter-groupes	246,893	3	82,298	1,519	,220
	Intra-groupes	3033,690	56	54,173		
	Total	3280,583	59			
الحساسية الشخصية	Inter-groupes	228,755	3	76,252	2,062	,116
	Intra-groupes	2071,179	56	36,985		
	Total	2299,933	59			
الاكتئاب	Inter-groupes	175,417	3	58,472	,683	,566
	Intra-groupes	4792,183	56	85,575		
	Total	4967,600	59			
القلق	Inter-groupes	362,048	3	120,683	2,271	,090
	Intra-groupes	2975,352	56	53,131		
	Total	3337,400	59			
العدائية	Inter-groupes	50,004	3	16,668	,692	,561
	Intra-groupes	1348,730	56	24,084		
	Total	1398,733	59			
المخاوف	Inter-groupes	31,302	3	10,434	,604	,615
	Intra-groupes	967,948	56	17,285		
	Total	999,250	59			
البرانويا	Inter-groupes	26,832	3	8,944	,450	,718
	Intra-groupes	1112,152	56	19,860		
	Total	1138,983	59			
الذهان	Inter-groupes	7,716	3	2,572	,066	,978
	Intra-groupes	2170,467	56	38,758		
	Total	2178,183	59			