

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



الجامعة الإسلامية – غزة  
شئون البحث العلمي والدراسات العليا  
كلية التربية  
ماجستير الصحة النفسية والمجتمعية

المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات  
مرضى الفصام العقلي  
Family Climate and Relation to Assertiveness  
Among the Wives of Schizophrenic Patients

إعدادُ الباحثة  
ريهام حسين يوسف أبو فايد

إشرافُ  
الأستاذة الدكتورة  
سناء إبراهيم أبودقة

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ اسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ  
فِي قِسمِ الصِّحَّةِ النَفْسِيَّةِ وَالمِجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

جمادى الأولى / 1438هـ - فبراير/ 2016م

## إقرار

أنا الموقعة أدناه مقدّمة الرسالة التي تحمل العنوان:

**المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات**

**مرضى الفصام العقلي**

## **Family Climate And Assertiveness Among Wives Schizophrenic Patients In Gaza Strip**

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

### **Declaration**

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	ريهام حسين يوسف أبو فايد	اسم الطالبة:
Signature:	ريهام حسين يوسف أبو فايد	التوقيع:
Date:	2017/01/06م	التاريخ:



## نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ ريهام حسين يوسف أبوفايذ لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

### المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم السبت 27 جمادي الثانية 1438هـ، الموافق 2017/03/25م الساعة الثانية عشر والنصف صباحاً في قاعة الاجتماعات بمبنى طيبة، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

أ.د. سناء ابراهيم أبو دقة	مشرفاً و رئيساً	.....
د. نبيل كامل دخان	مناقشاً داخلياً	.....
أ.د. عايذة شعبان صالح	مناقشاً خارجياً	.....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية. واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها. والله ولي التوفيق،،،



نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف علي المناعمة

## ملخص الدراسة

**هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المناخ الأسري وتوكيد الذات، والتعرف على العلاقة بين المناخ الأسري وبعض المتغيرات ( مدة مرض الزوج، عمر الزوجة، الوضع الإقتصادي، عدد الأبناء) لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، والتعرف على العلاقة بين توكيد الذات وبعض المتغيرات ( مدة مرض الزوج، عمر الزوجة، الوضع الإقتصادي، عدد الأبناء) لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

**منهج الدراسة:** استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في دراستها.

**عينة الدراسة:** تم اختيار عينة عشوائية قصدية قوامها (24) من مجتمع الدراسة الأصلي، تم اختيار عينة عشوائية من مجتمع الدراسة الأصلي، وقد بلغ عدد أفراد العينة (117) زوجة، وقد راعت الباحثة عند اختيار العينة التمثيل الأنسب للمجتمع.

**أداتا الدراسة:** استخدمت الباحثة أداتين وهما مقياس المناخ الأسري ومقياس توكيد الذات وكلاهما من إعداد الباحثة، حيث تم عمل صدق وثبات لهما.

**نتائج الدراسة:** وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن مستوى المناخ الأسري من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام (64.3%)، حيث يأتي بعد العلاقات الأسرية ودرجة التماسك في أعلى مراتب المناخ الأسري بوزن نسبي (70.9%) يليه بعد مدى إشباع الأسرة للحاجات بوزن نسبي (66.5%) ثم جاء النمو الشخصي بوزن نسبي (66.2%) في المرتبة الثالثة ويليه الانضباط والتنظيم داخل الأسرة بوزن نسبي (62.3%) وأخيرا جاء الجو الأسري العام بوزن نسبي (58.3%) في المرتبة الخامسة. وأن مستوى توكيد الذات من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي (65.3%).

- كما وأظهرت الدراسة وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، بين مقياس توكيد الذات ومقياس المناخ الأسري بجميع أبعاده ودرجته الكلية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي أي أن وجود مناخ أسري جيد يؤدي إلى زيادة توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

**الكلمات المفتاحية:** المناخ الأسري، توكيد الذات، الفصام العقلي، زوجات مرضى الفصام

## Abstract

### Study Aims:

The study aimed to investigate the family climate and self-assertiveness, and their relationship with some demographic variables. It also aimed at investigating the family climate dimensions and self-assertiveness among the wives of schizophrenics.

### Study Methodology:

The researcher used the analytical-descriptive approach in her study.

### Study sample:

A random pilot sample consisting of (24) wives of the original study population was selected. A random sample consisting of (117) wives of the original study population was also selected. While choosing the sample, the researcher took into consideration the most appropriate representativeness of the population.

### Study Tools:

The researcher used two tools: family climate scale and self-affirmation scale, both of which were designed by the researcher. Both scales were tested for validity and reliability.

### Study Results:

After the statistical analysis, the study concluded with the following results:

- The level of family climate from the viewpoint of the wives of schizophrenics was (64.3%), which was ranked second after the family relationships and the degree of family cohesion which came at the top of family climate ranks with a percentage weight of (70.9%), followed by the dimensions of family's satisfaction of the needs with a percentage weight of (66.5%). Personal growth was ranked third with a percentage weight of (66.2%), followed by discipline and organization within the family, with a percentage weight of (62.3%), and the family climate which was ranked last with a percentage weight of (58.3%). The level of self-affirmation from the viewpoint of the wives of schizophrenics was (65.3%).
- The study also showed that there was a statistically significant direct positive correlation at the level of ( $\alpha = 0.01$ ) between self-assertiveness scale and domestic climate scale in all of their dimensions and the total degree.
- The study revealed that there was a direct correlation between the domestic climate and assertiveness among the wives of schizophrenics, which means that having a good family climate leads to increased self-assertiveness among the wives of schizophrenics.

**Key words:** family climate, self-assertiveness, schizophrenia.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا  
لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ  
لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ﴾

[الروم: 21]

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

## الإهداء

◀ إلى والداي اللذين كان لهما الفضل بعد الله في وصولي إلى ما أنا عليه أرجو أن أكون مصدر لفخركما

◀ وإلى والدي زوجي اللذان لم يبخلا علي بالدعاء

◀ وإلى زوجي الذي رافقني في مسيرتي وسانديني وتحملني حتى أحقق حلم عمري

◀ إلى أبنائي " ليان وعبدالله ومصطفى " الذين تحملوا فترة إنشغالي عنهم.

◀ وإلى أختي "آلاء " وأخوتي " يوسف وأحمد " الذين كانوا وما زالوا مساندين لي

◀ إلى زميلاتي في العمل د. ريم البواب - مريم صالح - سالي المصري - نصره أبو شعيرة - خديجة الحاج علي وكل زملائي الأفاضل.

◀ إلى أسرانا البواسل الصامدين في سجون الإحتلال.

◀ إلى روح شهداء هذا الوطن الحبيب.

◀ إلى كل من تمنى لي الخير والحصول على أرقى الدرجات العلمية.

**إليكم جميعاً أهدي بحثي المتواضع جعله الله في ميزان حسنات كل من أهداني  
دعوة وتمنى لي النجاح وساعد في إتمامه.**

## شكر وتقدير

الحمد والثناء لله سبحانه وتعالى كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وبفضله تتحقق الأمنيات وما توفيقى إلا بالله وحده، الذي وفقني لإنجاز هذا العمل وأدعو الله عز وجل أن ينفع به ويكون خالصاً لوجهه الكريم وإنطلاقاً من هدي النبي ﷺ " من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

ولو أنني أوتيت كل بلاغة وأفنيت بحر النطق في النظم والنثر

لما كنت بعد القول إلا مقصراً ومعتزلاً بالعجز عن واجب الشكر.

بدايةً أتقدم بالشكر الجزيل للجامعة الإسلامية التي إحتضنتني داخل أسوارها في مرحلة دراستي لبيكالوريوس الارشاد النفسي والدبلوم العالي في العلاج السلوكي المعرفي والماجستير، والتي ما زالت تقدم لنا الكثير والكثير من العطاء، فهي منارة العلم والعلماء.

كما أتوجه بتقديم خالص الشكر ووافر الإمتنان لأستاذتي القديرة الأستاذة الدكتورة/ سناء إبراهيم أبودقة على ما بذلته من جهد متواصل ودعوب، وما قدمته من توجيهات وإرشادات سخية وما أبدته من صبر وتفهم كبير في سبيل تحقيق الهدف من هذا العمل، فلها مني عظيم الشكر والتقدير والإمتنان.

كما وأتقدم بوافر الشكر والعرفان للأستاذين الكريمين، عضوي لجنة المناقشة كل من:

الدكتور/ نبيل كامل دخان حفظه الله،

والدكتورة/ عايدة شعبان صالح حفظها الله

لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الدراسة والحكم عليهما، ووضع الملاحظات القيمة، فبارك الله جهديهما وجعل ذلك في ميزان حسناتهما.

وأوجه شكري إلى أساتذتي أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الصحة النفسية في الجامعة الإسلامية على الجهود الكبيرة التي كان لها عظيم الأثر في إخراج هذه الرسالة بصورتها الصحيحة وأخص بالذكر الدكتور الفاضل عاطف الآغا، والأستاذ الدكتور سمير قوته فجزاهم الله خير الجزاء.

أتقدم بالشكر والتقدير لكل من مد يد العون والمساعدة لي من أجل إنجاز عملي هذا وأخص بالذكر والديّ لما قدماه لي من مساعدة ودعاء. كما لا يفوتني توجيه الشكر لمن أعتبتهم معي كثيراً، الذين بذلوا لأجلي العالي والنفيس من جهد وصبر ورعاية وصبروا على تقصيري في وقت إنشغالي عنهم. سائلة المولى عز وجل أن يجزي الجميع على خير الجزاء.

الباحثة/ ريهام أبو فايد



## قائمة المحتويات

أ.....	إقرار
ب.....	نتيجة حكم على أطروحة ماجستير .....
ت.....	ملخص الدراسة .....
ج.....	اقتباس .....
ح.....	الإهداء .....
خ.....	شكر وتقدير .....
د.....	قائمة المحتويات .....
ز.....	قائمة الجداول .....
ش.....	قائمة الملاحق .....
2.....	<b>الفصل الأول الإطار العام للدراسة</b> .....
2.....	المقدمة: .....
5.....	أولاً- مشكلة الدراسة: .....
6.....	ثانياً- أهداف الدراسة: .....
7.....	ثالثاً- أهمية الدراسة: .....
7.....	رابعاً- مصطلحات الدراسة: .....
9.....	خامساً- حدود البحث: .....
10.....	<b>الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة</b> .....
11.....	مقدمة: .....
11.....	المبحث الأول: المناخ الأسري .....
11.....	مقدمه: .....
12.....	أولاً- خصائص الأسرة: .....
13.....	ثانياً- أنواع الأسر: .....

14	..... ثالثاً- مفهوم المناخ الأسري: .
16	..... رابعاً- أنماط المناخ الأسري: .
30	..... المبحث الثاني: توكيد الذات .
30	..... مقدمة: .
30	..... أولاً- تعريف الذات: .
32	..... ثانياً- تشكل مفهوم الذات: .
33	..... ثالثاً- العوامل المؤثرة في تكوين مفهوم الذات: .
34	..... رابعاً - أبعاد مفهوم الذات .
35	..... خامساً- تعريف توكيد الذات: .
37	..... سادساً- خصائص السلوك التوكيدي: .
40	..... سابعاً- النظريات التي قدمت تفسيرات لتوكيد الذات: .
46	..... المبحث الثالث: الفصام العقلي .
47	..... أولاً- تعريف الفصام العقلي: .
50	..... ثانياً- أسباب مرض الفصام العقلي: .
51	..... ثالثاً- النظريات المفسرة لمرض الفصام: .
52	..... رابعاً- أنواع مرض الفصام: .
54	..... خامساً- أعراض مرض الفصام: .
55	..... سادساً- تشخيص مرض الفصام العقلي: .
57	..... سابعاً- علاج مرض الفصام العقلي: .
59	..... ثامناً- الأسرة والفصام: .
62	..... الفصل الثالث الدراسات السابقة .
63	..... المقدمة: .
63	..... دراسات تناولت زوجات مرضى الفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات: .
75	..... التعليق علي الدراسات السابقة: .

81	الفصل الرابع إجراءات الدراسة
81	أولاً: منهج الدراسة:
81	ثانياً: مجتمع الدراسة:
81	ثالثاً: عينة الدراسة:
83	رابعاً: أدوات الدراسة:
90	خامساً: الخطوات الإجرائية:
93	الفصل الخامس عرض وتفسير ومناقشة النتائج
93	أولاً: نتائج تساؤلات الدراسة:
118	ثانياً- توصيات الدراسة:
119	ثالثاً- مقترحات الدراسة:
121	المصادر والمراجع
121	أولاً : المراجع العربية :
134	ثانياً: المراجع الأجنبية:
137	الملاحق

## قائمة الجداول

- جدول (4.1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات التصنيفية ..... 82
- جدول (4.2): توزيع الفقرات على أبعاد مقياس المناخ الأسري ..... 83
- جدول (4.3): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه .... 84
- جدول (4.4): معامل ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري ..... 86
- جدول (4.5): قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس المناخ الأسري ..... 87
- جدول (4.6): معاملات الثبات لأبعاد مقياس المناخ الأسري باستخدام معامل ألفا ..... 87
- جدول (4.7): توزيع الفقرات على أبعاد مقياس توكيد الذات ..... 88
- جدول (4.8): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ..... 89
- جدول (5.1): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة على مقياس المناخ الأسري ..... 93
- جدول (5.2): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة على مقياس توكيد الذات ..... 95
- جدول (5.3): معامل الارتباط بين المناخ الأسري وتوكيد الذات من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي ..... 96
- جدول (5.4): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لعمر الزوجة ..... 98
- جدول (5.5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً لعمر الزوجة ..... 99
- جدول (5.6): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعمر الزوجة ..... 100
- جدول (5.7): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لمدة مرض الزوج ..... 102
- جدول (5.8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً لمدة مرض الزوج ..... 103
- جدول (5.9): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لمدة مرض الزوج ..... 104
- جدول (5.10): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى للحالة الاقتصادية ..... 106

- جدول (5.11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً للحالة الاقتصادية ..... 107
- جدول (5.12): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً للحالة الاقتصادية ..... 107
- جدول (5.13): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لعدد الأبناء ..... 108
- جدول (5.14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً لعدد الأبناء ..... 109
- جدول (5.15): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعدد الأبناء ..... 110
- جدول (5.16): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لعمر الزوجة ..... 112
- جدول (5.17): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لمدة مرض الزوج ..... 113
- جدول (5.18): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى للحالة الاقتصادية ..... 114
- جدول (5.19): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تبعاً للحالة الاقتصادية ..... 114
- جدول (5.20): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً للحالة الاقتصادية ..... 115
- جدول (5.21): يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لعدد الأبناء ..... 116
- جدول (5.22): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تبعاً لعدد الأبناء ..... 116
- جدول (5.23): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لعدد الأبناء ..... 117

## قائمة الملاحق

- ملحق (1): قائمة المحكمين لأدوات الدراسة ..... 138
- ملحق (2): الاستبان في صورتها الأولية ..... 139
- ملحق (3): الاستبانة في صورتها النهائية ..... 144

الفصل الأول  
الإطار العام للدراسة

## الفصل الأول الإطار العام للدراسة

### المقدمة:

تعد الأسرة أقدم مؤسسة إجتماعية للتربية عرفها الإنسان، فهي المحضن الأول الذي يتولى رعاية وتهذيب وتعليم الأبناء، وتزويدهم بالخبرات والمعارف والمهارات الحياتية، كما تبذل جهوداً متواصلة لتنمية شخصية أبنائها وتحديد معالمها الرئيسية ومساعدتهم لتحقيق ذواتهم، فهي أولى الجماعات التي يتفاعل معها الطفل ويمارس فيها ألوان الأخذ والتأثر الشديد بالكبار وهي المصدر الأساسي لنهضة المجتمع وتقدمه، فهي التي يقع على عاتقها مسئولية البناء والتغيير في المجتمع، فهي اللبنة الأولى التي من خلالها يتم صقل شخصية الأفراد وتكوين المفاهيم الأساسية لهم، وكان للإسلام أثر كبير في تنشئة الأسرة ووضع ضوابط ومعايير لبناء الأسرة الكريمة، من خلال الحديث الشريف فعن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما أنه سمع رسول الله ﷺ يقول: " كلكم راع ومسؤول عن رعيته فالإمام راع وهو مسؤول عن رعيته والرجل في أهله راع وهو مسؤول عن رعيته والمرأة في بيت زوجها راعية وهي مسؤولة عن رعيته والخادم في مال سيده راع وهو مسؤول عن رعيته " (صحيح البخاري، 9 / 254 : 5188).

وتعتبر الأسرة من أهم النظم الإجتماعية في جميع المجتمعات الإنسانية بل إنها النواة الأساسية لتكوين أي مجتمع إنساني وتقوم الأسرة بالعديد من الوظائف المهمة المتفاعلة في البناء الإجتماعي غير أنه وفي بعض الحالات تصيبها حالة من الخلل الوظيفي نتيجة لخلافات أو تخلي أحد الوالدين عن الأدوار الأساسية المنوطة به مما يؤدي الى خلل وظيفي عام لعمل الأسرة ككل (أبو سيف، 2009م، ص 576).

ويلعب المناخ الأسري دوراً مهماً في تنمية قدرات الفرد حيث يحقق المناخ الملائم أهم مطالب النمو النفسي والاجتماعي لأن الفرد في ظل هذا المناخ يتعلم التفاعل الاجتماعي ويتعلم المشاركة في الحياة اليومية كذلك يتعلم الاستقلال الشخصي والفرد في كل ذلك يتأثر بالأسرة (العزام، 2010م، ص 10).

وتؤكد دراسة (Tseng, 2004) أن المناخ الأسري السوي السائد في المنزل يجعل أبنائها تترعرع في جو أقرب ما يكون إلى التلقائية والتفتح، وسبر أغوار النفس وفهم مكنونات الشخصية، بحيث يتبدى ما بها من إستعدادات كانت ستظل في طي الكمون لولا توافر المناخ



الأسري المناسب الذي يدعم الأبناء في توجهاتهم، فسلوكيات الوالدين واتجاهاتهم تؤثر في نفسية الأبناء حاضراً ومستقبلاً.

وترى الباحثة أن هذا يحدث في الوضع الطبيعي الذي تتكون فيه الأسرة من مكوناتها الأساسية حيث يتحمل كل فرد فيها مسؤولياته الواجب عليه القيام بها، ولكن في بعض الأحيان وبظروف إستثنائية قد تتدخل عوامل أخرى تعيق هذا الوضع، مثل فقدان أحد الوالدين أو غيابه عن الأسرة، أو تعرض أحدهما لحدث معين أو مرض يعيق أداءه الطبيعي مثل المرض النفسي وخصوصاً مرض الفصام العقلي الذي يمنع صاحبه من أداء أدواره ومسؤولياته تجاه أسرته، حيث يكون الذهاني غير شاعر وغير مدرك لطبيعة مرضه وغير معترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يهتم بنفسه أو بيئته فلا يستطيع أن يقوم بدوره في الحياة ومسؤولياته المختلفة كما لو كان من قبل والتي من أهمها مسؤوليته تجاه أسرته وعلاقاته الإجتماعية، ودوره كأب عليه واجبات ومسؤوليات تجاه أسرته، مما يجعل أسرته تعاني من تحديات شتى داخل المجتمع، فهو غير قادر على العمل أو تنفيذ المهام الموكلة إليه، وغير قادر على إدارة أسرته، أو إتخاذ أي قرارات تخصه أو تخص أسرته بالإضافة إلى عدم تحمله أي مسؤوليات.

إن الأزواج والزوجات الذين قُدر لهم العيش مع شخص لديه إضطراب ذهاني يعانون من الكثير من المشاكل والتي تتضمن القدرة على التكيف مع السلوكيات المضطربة والأفكار الغريبة أثناء فترة الإضطراب الذهاني الحاد، كما أن هؤلاء المتزوجين تتسم علاقاتهم الزوجية بانخفاض الرضا الزواجي (مؤمن، 2006م، ص50).

من هنا تتلقى زوجة المريض الفصامي هذا العبء بالإضافة الى مهماتها الأساسية كأم وزوجة وربة بيت والتي بدورها تواجه هذه التحديات المختلفة وأحداث الحياة الضاغطة ومسئولية مواجهة المجتمع الخارجي وتلبية جميع متطلبات الأسرة المادية والإجتماعية، مع تزامن هذا الوضع مع ظروف إقتصادية صعبة نظرا لعدم قدرة الزوج على القيام بأي عمل يدر على الأسرة مالا لسداد إحتياجاتها المادية وكذلك الظروف الصعبة التي يمر بها شعبنا الفلسطيني في قطاع غزة والتي بدورها تؤثر على حياة أسرة المريض الفصامي وخاصة زوجته، حيث تعيش هذه الفئة من النساء في ضغوط نفسية وظروف اقتصادية واجتماعية صعبة كنتيجة للتعامل مع المريض بالفصام فقد شرح موسر وجنجرتش الضغوطات التي يتعرض لها أفراد عائلة مرضى الفصام في التعامل مع مرضاهم، فذكروا أن الفصام يمكن أن يكون مرضاً عقلياً محيراً وصعباً، وأعراضه مثل الضلالات والهلاوس يمكن أن تؤدي إلى السلوك التدميري، وحرمان أسرهم من الرفقة الكاملة لمن يحبون، كما أن أعراض الفصام والتحديات المرتبطة به يمكن أن تضع عبئاً على

الزواج ، والناس المصابين بمرض الفصام يجدون صعوبة بالمشاركة في الأعمال المنزلية،  
وتربية الأطفال، وتلبية توقعات نموذجية أخرى من شراكة حميمة

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

إن مفهوم توكيد الذات من المفاهيم التي حظيت باهتمام كبير من قبل علماء النفس والصحة  
النفسية في العصر الحديث، إذ أصبح توكيد الذات من وجهة نظر الباحثة بمثابة تعبير عن  
عصر لا يوجد فيه مكان للأشخاص غير التوكيديين، فقد شهد الإنسان ليكون مسير لهذا  
العصر أن يكون إيجابياً ومؤكداً لذاته، ونستطيع القول بأن مفتاح التفاعل مع هذه المتغيرات هو  
بالإيجابية وتوكيد الذات، ومن هنا فإن خطورة ضعف توكيد الذات تكمن بالنسبة للمرأة في  
عجزها بالتعبير عن مشاعرها وفي الدفاع عن حقوقه ومع مرور الوقت وإستجابتها بهذه الطريقة  
السلبية سوف تؤدي بها إلى نتائج سلبية نفسياً تتمثل في القلق والإكتئاب والشعور بالنقص،  
ونتيجة لذلك فإن علاقاتها الإجتماعية سوف تتأثر بحيث تصبح غير قادرة على التواصل مع  
الآخرين.

فالإنسان منذ القدم يسعى للوصول إلى المعرفة العلمية وفهما بشكل واضح فهو يريد أن  
يعرف بالضبط من هو، وكيف وصل إلى ما وصل إليه، ومن هذا المنطق فإن مفهوم الذات  
ليس مجرد انعكاس لما هو يراه الفرد عن نفسه وعيون الآخرين وآرائهم بل مصطلح سيكولوجي  
معقد يؤثر في سلوك الإنسان ويواجهه بشكل شعوري ويؤثر بعلاقته مع الآخرين بدءاً بالأسرة  
وامتدادها إلى الجماعات والمؤسسات الاجتماعية (بدر، 2006م، ص13).

ومن الأمور المسلم بها أن الإنسان يعيش في صراع مع الحياة في كل جوانبها فهو  
يعيش صراعاً بين الخير والشر صراعاً بين الحب والكراهية هذا الصراع إما أن تتحملة الذات  
أو لا تتحملة، وهنا يدخل الإنسان في دوامة الاضطرابات النفسية، منها القلق والاكنتاب فإذا  
كان هناك صراع بين الحب والكراهية ونتج عنه ضعف الأنا (حسب المفهوم الفرويدي) أو  
الذات بأبعادها فقد يجعل الفرد يفقد ثقته في نفسه وتهتز في عينيه صورة ذاته، ومن ثم يتأثر  
تقديره لها وعندئذ قد يكون الفرد أكثر تعرضاً للإصابة بالعديد من المشكلات النفسية والانفعالية  
ومفهوم الذات ليس بعداً شخصياً محدداً، وإنما هو بناء نفسي متنوع ومتغير، وذلك لأن بناءه  
يتضمن كما هائلاً من المعتقدات عن الذات والتي تنتظم في عدد كبير من مخطوطات الذات،  
التي تراكمت خلال خبرات الفرد في مواقف حياته المختلفة. وهذا كما تتسم الذات بالواعية  
والتنوع أي أنه ما يعرف بمعرفة الذات.(Self-knowledge) يتغير في المواقف المختلفة، وأنه  
يحتوي على اعتقادات ومعلومات متناقضة (العنزي، 2011م، ص ص 164 - 165).

ولكي يحدث الإدراك السليم للذات يجب ألا تكون هناك هوة بين إمكانيات الفرد الفعلية، وفكرة الإنسان عن ذاته، كما ينبغي أن يحدث الاتساق بين إدراك الفرد لذاته وإدراك الآخرين له أو لذاته. وإذا لم يتم هذا الاتساق ولم يتمكن الفرد الخضوع لخصائص النمو وقوانين المجتمع العامه والتي تسير إلى الأمام متجهة نحو تحقيق غير ضمني هو النضج، ومع استمرارية العملية النمائية وتعقدتها والتي تشتمل على الجوانب كافة التي تشكل بنية الإنسان سواء كانت جسمية أم عقلية أم انفعالية أم وجدانية أم اجتماعية، يبدأ الفرد في تكوين نظرة نحوذاته تتضمن أفكاراً واتجاهات ومدرجات ما حوله، إذا حدث خلل في هذه العملية يدخل الفرد في دوامة الأمراض النفسية (موسى، 2006 م، ص ص 13-15).

حيث سيتم تطبيق هذه الدراسة على عينة من زوجات مرضى الفصام العقلي المترددات على مراكز الصحة النفسية والمجتمعية في قطاع غزة لطلب الاستشارات النفسية بخصوص مرض الزوج والمشاكل التي يواجهها بالحياة نتيجة لذلك.

#### أولاً- مشكلة الدراسة:

مما لا شك فيه أن أسرة المريض النفسي تواجه مشاكل معقدة وحساسة في مختلف المجتمعات وتواجه زوجات مرضى الفصام العقلي مشاكل نفسية أيضا تؤثر على دورها وذاتها وفهمها للأمور كما وتترك آثارا بالغة المدى كقدرتها على توكيد ذاتها وتقديرها لذاتها وهذا ما أرادت الباحثة الكشف عنه من خلال المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة كما ويأتي اهتمام الباحثة بهذه الدراسة لما لها من أثر على توضيح العالم الخاص الذي تعيشه زوجة المريض الفصامي وما تعانيه هذه الفئة من مشاكل من خلال التعرف على المناخ الأسري الخاص بهذه الزوجة ومدى تأثيره على توكيد الذات لها كما ترى الباحثة أن هذه الدراسة من الدراسات التي يفتقر لها المجتمع الغزي حيث أن زوجات الفصاميين لم تحظ باهتمام الدارسين بالبحث للتعرف على احتياجات هذه الفئة والاضطرابات التي تعاني منها.

ونظرا لاحتكاك الباحثة بهذه الفئة، وخصوصا بزوجات مرضى الفصام العقلي حيث أن الباحثة تعمل في مركز يقدم خدمات الصحة النفسية والمجتمعية لفئات المجتمع المحلي، ويتردد على هذا المركز العديد من زوجات مرضى الفصام العقلي لأخذ الاستشارات النفسية بخصوص مرض الزوج، وكيفية التعامل معه، وبعد عقد ورشات عمل مع زوجات مرضى الفصام العقلي تبين للباحثة ضرورة الإهتمام بهذه الفئة من النساء وعمل أبحاث ودراسات علمية تتعلق بدراسة

زوجات مرضى الفصام العقلي، حيث أن معظم التركيز كان على دراسة مرضى الفصام العقلي ولم يتم التطرق لدراسات تتعلق بزوجة مريض الفصام العقلي، وهذا على حد علم الباحثة.

تهدف هذه الدراسة بشكل محدد الى الاجابة على السؤالات التالية:

- 1- ما مستوى درجة المناخ الأسري عند زوجات مرضى الفصام العقلي ؟
- 2- ما مستوى توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي ؟
- 3- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المناخ الأسري وتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي ؟
- 4- هل يوجد فرق ذو دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المناخ الأسري تعزى الى (مدة مرض الزوج، عمر الزوجة، مكان السكن، الوضع الاقتصادي، عدد الأبناء) ؟
- 5- هل يوجد فرق ذو دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس توكيد الذات تعزى الى (مدة مرض الزوج، عمر الزوجة، مكان السكن، الوضع الاقتصادي، عدد الأبناء) ؟

#### ثانياً- أهداف الدراسة:

الاجابة على تساؤلات الدراسة وذلك للتعرف على المناخ الأسري لدى زوجات مرضى الفصام العقلي وقدرتها على توكيد ذاتها بشكل صحيح وذلك من خلال:

- 1- التعرف على مستوى المناخ الأسري لدى أسر زوجات مرض الفصام.
- 2- التعرف على مستوى توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام.
- 3- الكشف عن طبيعة العلاقة بين المناخ الأسري وتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام.
- 4- الكشف عن الفروق بين أفراد العينة في المتغيرات (مدة مرض الزوج، عدد الأبناء، مكان السكن، عمر الزوجة، الوضع الاقتصادي) على المناخ الأسري وكذلك على توكيد الذات لزوجات مرضى الفصام.

### ثالثاً- أهمية الدراسة:

#### ◀ الأهمية النظرية:

- 1- تمثل الدراسة اسهاماً لسد النقص في المكتبة الفلسطينية وذلك لعدم وجود دراسات تناولت متغيرات الدراسة على حد علم الباحثة.
- 2- قد تفيد الدراسة الكثير من الباحثين في المجال النفسي في التعرف على طبيعة العينة - زوجات مرضى الفصام - وما تواجهه من مشاكل في توكيد ذاتها بسبب المناخ الأسري الذي تعيشه.

#### ◀ الأهمية التطبيقية:

- 1- قد تفيد الدراسة العاملين في مجال الصحة النفسية في تقديم أفضل الخدمات المناسبة للمرضى النفسيين وذويهم من خلال تنظيم عمل دورات تثقيفية بطرق التعامل مع المرض بالأسرة واكسابهم المعرفة بالأساليب الايجابية لتوكيد الذات.
- 2- المساعدة في وضع خطط ارشادية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لزوجات مرضى الفصام.
- 3- قد تفيد المهتمين من المؤسسات الأهلية والحكومية لتقديم الخدمات المناسبة لزوجات مرضى الفصام.
- 4- النظر إلى إمكانات وقدرات بعض أفراد أسر مرضى الفصام وإستثمارها للانتاج في المجتمع.
- 5- قد تفيد الدراسة في اتباع أفضل الطرق والأساليب للتعامل مع هذه الفئة من زوجات المرضى وتقديم الخدمة النفسية والاجتماعية المناسبة لهم.

### رابعاً- مصطلحات الدراسة:

#### ◀ المناخ الأسري:

ويُعرفه (خليل 2000م، ص129): "بأنه الطابع العام للحياة الأسرية من حيث توافر الأمان والتضحية والتعاون ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات وأشكال الضبط ونظام الحياة وكذلك أسلوب اشباع الحاجات الانسانية وطبيعة العلاقات الأسرية ونمط الحياة الروحية والخلقية التي تسود الأسرة مما يعطي شخصية أسرية عامة".

وتعرف الباحثة المناخ الأسري إجرائياً بأنه مجموعة التفاعلات القائمة بين افراد الأسرة، والتي تتمثل في طبيعة العلاقات السائدة ودرجة التماسك بين أفراد الأسرة ، والأسلوب الذي يتم اتباعه لإشباع الحاجات الأساسية، والنمو الشخصي للأفراد والجو الأسري العام الذي يسود هذه الأسرة ويقاس بالدرجة الكلية التي تحصل عليها زوجة المريض الفصامي على الأداة المعدة لذلك.

#### ◀ توكيد الذات:

" يرى عبد الستار أن مفهوم تأكيد الذات يشير إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانه في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين وهذا يخفض القلق والإكتئاب ويساعد على إقامة علاقات ناجحة وذكر أنها تميز الأشخاص الناجحين من وجهة نظر الصحة النفسية وأنها من المفاهيم المستقرة التي أثبتت فائدتها في العلاج النفسي والسلوكي". (الطهراوي، 2007م، ص33)

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه قدرة الفرد على المبادرة للتعبير عن أفكاره ومشاعره وآرائه ويظهر ذلك من خلال محاورته للآخرين وتوجيه النقد لهم وتقبله منهم والمطالبة بحقه والقيام بواجباته بموضوعية وإستقلال وهذا ما تقيسه الأداة التي أعدت لذلك.

#### ◀ الفصام العقلي:

هو "مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الإضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه بشكل واضح" (عبد الله، 2000م، ص 199).

#### تعريف الباحثة لمرض الفصام العقلي:

إضطراب عقلي يؤدي إلى خلل واضح في التفكير والسلوك والشخصية والعلاقات الاجتماعية وإهمال للذات وأحيانا يكون مصحوب بالعنف تجاه أفراد الأسرة.

#### تعريف الباحثة لزوجات مرضى الفصام العقلي إجرائياً:

هن نساء تزوجن برجال يعانون أو أصبحوا يعانون من مرض الفصام العقلي ويترددون الى مراكز الصحة النفسية في قطاع غزة لتلقي العلاج الدوائي لأزواجهن المسجلين لدى مراكز الصحة النفسية.

## خامساً - حدود البحث:

- الحد الموضوعي: تتناول الدراسة الحالية المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.
- الحد المكاني: عيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة في محافظات قطاع غزة.
- الحد الزمني: الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي 2015م - 2016م.
- الحد البشري: زوجات مرضى الفصام العقلي في محافظات قطاع غزة.

# الفصل الثاني

## الإطار النظري للدراسة



## الفصل الثاني

### الإطار النظري

#### مقدمة:

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

#### المبحث الأول:

#### المناخ الأسري

#### مقدمه:

تعتبر الأسرة هي الوحدة الأساسية والأولى في الحياة الإجتماعية، والنواة الأولى للمجتمع وهي القائمة على إشباع العلاقات الإنسانية، ومنها يكتسب الفرد المعايير الإجتماعية والقيم والثقافة، ومن ثم لا يستطيع أن يبتعد عن أسرته التي نشأ وترى فيها، وبالتالي تلعب الخبرات الأولى التي يتلقاها الطفل في الأسرة دوراً هاماً في تشكيل شخصيته في جميع المجالات الحياتية، فهي تؤثر على سلوكياته وتعليمه، بل وفي معظم الأحيان نجد أن جرائم القتل والسطو تتوارثها الأسر الواحدة جيلاً بعد جيل. ويكتسب الفرد عن طريق علاقاته بأبويه مشاعر الأمن والتقدير والحب والانتماء، هذه المشاعر التي تساعده على تكوين علاقات مع الأشخاص المحيطين به. كما أن أي خلل وأي نقص من العاطفة أو أن يتلقى الطفل معاملة سيئة أو غير طبيعية من قبل الوالدين هذا كله يؤدي إلى خلل واضح في شخصية الطفل فيما بعد، وإلى جعله يحاول التعويض عن هذا الحرمان وعدم التقدير وما يترتب عليهما من شعور بالنقص بإسقاطه على الآخرين. وتختلف كل أسرة عن الأخرى، فالأسرة التي تتميز بالاستقرار العائلي والثبات في معاملتها لأطفالها وإشباع الحاجات البيولوجية والنفسية لهم، أسرة تعمل على بناء شخصية أطفالها البناء المناسب القادر على إحداث التغيير الإيجابي في حياته، وتشبع في نفوسهم السعادة والحب والسواء، في حين أن الأسرة المضطربة يعاني أطفالها من الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والحرمان العاطفي (الزيود، 2006م، ص52).

وتمثل الأسرة الوسيط الذي ينقل كافة المعارف والمهارات والإتجاهات والقيم الدينية والأخلاقية التي تسود المجتمع، بعد ان تترجمها الى اساليب عملية في تنشئة الابناء، متمثلة في توفير المجال الكافي لهم لمتابعة ميولهم وهواياتهم داخل المنزل وخارجه، ومناقشتهم في

الموضوعات التي تهمهم وتشجعهم على الاطلاع لذا تعد البيئة الاسرية عاملاً مهماً في تكيف الفرد حيث يتأثر تكيف الفرد مع متطلبات الحياة وباحتاجاته الشخصية والاجتماعية وبخبرات طفولته وقدراته العقلية وظروفه الجسمية والصحية، كما يتأثر بظروف الاسرة التي ينتمي اليها، ومستواها الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، وطبيعة العلاقات السائدة فيها (خليل، 2000م، ص 52).

وتعد الأسرة العمود الفقري في تشكيل الملامح الرئيسية والأساسية للفرد، وما سيكون عليه مستقبلاً؛ فلكي يكون هؤلاء الأفراد مبتكرين يجب أن تتفهم أسرهم حاجاتهم وتقدم لهم غيرهم، وأن تكون لهم علاقات جيدة معهم؛ ، وتشجع اهتماماتهم، وتمنحهم حرية التعبير، وتتشكل شخصية أفرادها من خلال أساليب التنشئة واتجاهات الوالدين التي يتابعونها مع أولادهم؛ لذلك قد يكون المناخ الأسري محبطاً لتنمية قدرات واستعدادات الطفل أو مشجعاً ومعززاً لها (الظاهر، 2005م، ص 52).

وترى الباحثة أنه للأسرة تأثير عميق في سلوك الأبناء واتجاهاتهم ونضج إنفعالاتهم فخصيات الأبناء تتكون من خلال الخبرات التي يعيشونها مع آبائهم ومن خلال المناخ الأسري الذي ينشأ من العلاقات الأسرية التفاعلية التي تتم بينهم، إذ يعتمد المناخ الأسري على شبكة معقدة من السلوكيات والاتجاهات بين الوالدين والطفل، فالجو الأسري العام المشحون بالخلافات والتوتر يؤثر سلباً في شخصيات أفراده.

### أولاً- خصائص الأسرة:

تتميز الأسرة العربية بعدة خصائص منها: أن الأسرة جماعة إجتماعية دائمة تتكون من أشخاص لهم رابطة تاريخية وتربطهم ببعض صلة الزواج، الدم ،و التبني، ويقومون في مسكن واحد، والأسرة هي المؤسسة الأولى التي تقوم بوظيفة التنشئة الإجتماعية لهم، كما أن الأسرة تعتبر هي الخلية الأولى في بناء المجتمع واستقرارها الذي يستند عليه الكيان الإجتماعي، كما أن الأسرة هي وحدة للتفاعل الإجتماعي المتبادل بين أفراد الأسرة الذين يقومون بتأدية الأدوار والواجبات المتبادلة بين عناصر الأسرة، بهدف إشباع الحاجات الإجتماعية والنفسية والإقتصادية لأفرادها، كما أنه يتم وصف الأسرة بأنها نظاماً للتفاعل الاجتماعي تؤثر وتتأثر بالمعايير والقيم والعادات الإجتماعية والثقافية داخل المجتمع، وبالتالي يشترك أعضاء العائلة في ثقافة واحدة (الكندري، 1992م، ص 25).

## ثانياً - أنواع الأسر:

وتتعد أنواع الأسر من حيث القيمة والسلوك على النحو التالي:

- **الأسرة المثالية:** فيها يكون هناك تناسب وتوافق بين الأب والأم، فهما يتشاركان بالمسؤولية الوالدية والحب والعطف والحنان تجاه أبنائهما، وكذلك يستطيعان أن يتخذا الأهداف العقلانية والقيم المناسبة، وهما يجاهدان للحفاظ على القيم ويتعاونان في حل جميع المشاكل التي تواجههم من أجل توفير الجو الأسري السليم لأبنائهما.

- **الأسرة غير الناضجة:** نموذج هذه الأسرة هو الذي ينبثق فقط من سد الحاجات فكل فرد بحاجة للآخر، وهذه الصلات تبقى غير ناضجة وبحاجة إلى حماية، إن أطفال هذا النوع يصابون بإعاقة في السلوك فيظهر منهم السارق والكاذب والمنحرف إجتماعياً وهو بذلك يفتقر إلى الصحة النفسية المطلوبة لسعادته.

- **الأسرة المتنافسة:** وهي أسرة قائمة على والدين متنافسين، يغار أحدهما من الآخر، فالأب يحاول أن يكون قوياً ولكنه يفشل لأنه لا يريد فقط أن يكون رجلاً ولكنه يريد أن يكون الأفضل، والأم كذلك تحاول أن تكون عندها سيطرة أيضاً، ومن هنا يبدأ صراع السيطرة فتبدأ العلاقة بينهما بالانطفاء ثم تموت.

- **الأسرة العصابية:** ويكون فيها الوالدان مصابين بالعصاب، وهنا تنشأ الشجارات بينهما ويثوران لأنفه الأسباب ومن هنا يتعلم الأطفال سلوك والديهم بناء على علم نفس التعلم وسيصابون بضرر نفسي (الفرخ، تيم، 1999م، ص 193).

حيث يؤكد (زهران، 2000م، ص 345) أن الطفل يتأثر بصورة كبيرة بالمناخ الأسري العام والعلاقات الإجتماعية سواء كان داخل إطار الأسرة أو خارجها ويبدأ هذا التأثير من مرحلة الرضاعة، ويتوقف نوع العلاقات الإجتماعية بين الرضيع وأمه على عدة عوامل منها: طبيعة شخصية الأم وسلوكها وشخصية الطفل وسلوكه والنمو العقلي والحركي للطفل، ويحتاج الطفل إلى النمو الإجتماعي في مناخ أسري دافئ هادئ مستقر في إطار الأسرة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة.

وترى الباحثة أن عملية التنشئة الإجتماعية التي يقع العبء الأكبر والمسئولية فيها على الأسرة فهي التي تُكسب الفرد معظم مهاراته التي تساعد على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، وحتى يعيش الإنسان في حالة من التكيف لا بد من أن تتم عملية التنشئة لديه في أسرة سوية يسود فيها جو الحوار والنقاش بطريقة منطقية يسودها الحب والحنان والتماسك،

وتكون بعيدة عن الصراع والتوتر، حيث يلعب المناخ الأسري الدور الأول والمهم في تنمية قدرات الفرد، إذ أن تحقيق المناخ الأسري السليم هو من أهم مطالب النمو النفسي والاجتماعي السليم للفرد ، لأن الفرد في ظل هذا المناخ يتعلم التفاعل الاجتماعي والمشاركة في الحياة اليومية ويكتسب عدة مهارات وسلوكيات جيدة وبذلك يكون الفرد قد تعلم الإستقلال الشخصي، والفرد في كل ذلك يتأثر بالأسرة. (Lerner,2002, p. 60)

### ثالثاً- مفهوم المناخ الأسري:

#### تعريف المناخ:

"لقد إستخدم ليكترت Likert كلمة المناخ ليشير إلى مجموعة من الخصائص تصف طبيعة التعليم" (الخطيب، 2015م، ص12).

"وقد وصف كاهن وكاتش (Kahnt& Katz,2000) المناخات على أنها نماذج متميزة المعتقدات التي يتم توصيلها لأفراد المجموعة من خلال عملية التنشئة، ويتم تطويرها من خلال التفاعل بين الأفراد مع البيئات الاجتماعية والفيزيائية كما أن المناخ ينبثق ويظهر من طبيعة الأفراد وطرق الاتصال والقيم والمعايير المشتركة بينهم، وعلى الرغم من وجود آراء بديلة إلا أن معظم الباحثين يتبعون تعريف كاهن وكاتش للمناخ بأنه معتقدات إجتماعية تكمن ضمن أعضاء المنظمة ، كما أن تباين مدركات الأفراد للمناخ يشير إلى الإجماع على المناخ" (Brandet& Lindl،2000، 112-331).

#### تعريف المناخ الأسري:

تتعدد التعريفات التي تناولت مفهوم المناخ الاسري نذكر منها :

عرّف كفاي المناخ الأسري "بأنه جملة من التفاعلات الأسرية السوية واللا سوية وما يمكن أن ينتج عنها من سواء أو عدم سواء الأبناء حسب مستويات هذا التفاعل من حيث درجة الإقتراب أو الإبتعاد عن السواء" (كفاي، 1999م، ص16).

وعرّفته محمود "بأنه تلك الخصائص البيئية الأسرية التي تعمل كقوة هامة في التأثير على سلوك الأفراد من خلال العلاقات السائدة بين أعضاء الأسرة"(محمود، 1999م، ص16).

كما يعرفه خليل "بأنه ذلك الطابع العام للحياة الأسرية، من حيث توفر الأمان والتضحية والتعاون ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات وأشكال الضبط ونظام الحياة، كذلك

أسلوب إشباع الحاجات الإنسانية وطبيعة العلاقات الأسرية ونمط الحياة الروحية والخلفية التي تسود الأسرة، مما يعطي شخصية أسرية عامة". (خليل، 2000م، ص22).

أما حافظ فيعرّفه بأنه "الجو الذي ينمو فيه الطفل، وتتشكل من خلاله الملامح الأولى للشخصية وهو مصدر الإشباع لحاجاته وإستثمار طاقاته وتنميتها، وفي سياقها يتعرض الطفل لعملية التنشئة الإجتماعية وفقاً لأساليب معينة، ويشعر بردود الأفعال المباشرة تجاه محاولاته الأولى للتجريب وتكوين شخصية مستقلة لها طابعها وأهدافها الخاصة". (حافظ، 2000م، ص23).

وتعرّفه ميرة (2012م، ص254) بأنه هو "مجموعة التفاعلات القائمة بين أفراد الأسرة والتي تتمثل في طبيعة العلاقات السائدة وأسلوب إشباع الحاجات الأساسية، وكيفية حل النزاعات التي تحدث بينهم، وتؤثر بذلك في سلوك كل منهم وفي تكيفه وصحته النفسية.

ويرى شعبان (1989م، ص42) أن المناخ الأسري "هو مجموعة من التقييمات أو وجهات نظر عضو في أسرة ما عن إدراكه بصورة كلية لطبيعة علاقته الأسرية ومدى النمو الشخصي المتاح له في أسرته ولدرجة الضبط الذي يمارس من قبل أعضاء أسرته تجاه كل عضو في الأسرة".

ويعرّف الأسطل (2013م، ص21) المناخ الأسري "بأنه الجو السائد في محيط الأسرة، ويعتبر المناخ الأسري من المحصلة الكلية المميزة لخصائص الأسرة كبيئة تربية من حيث أساليب التنشئة الإجتماعية السائدة فيها والكيفية التي تدار بها كجماعة أولية وطبيعة شبكة العلاقات والتفاعلات، وأنماط الإتصال بين أعضائها وتوزيع الأدوار والمهام التي توكل إلى كل منهم".

ويرى القريطي (1998م، ص452) أن "المناخ الأسري هو عبارة عن الجو العام السائد في محيط الأسرة، ويُعبر هذا المناخ عن المحصلة الكلية المميزة لخصائص الأسرة كبيئة تربية من حيث أساليب التنشئة الإجتماعية السائدة فيها، والكيفية التي تدار بها كجماعة أولية، وطبيعة شبكة العلاقات والتفاعلات وأنماط الاتصال بين أعضائها وتوزيع الأدوار والمهام التي توكل إلى كلٍ منهم". ويشكل المناخ الأسري الإطار الذي ينمو فيه الطفل وتتشكل فيه شخصيته ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين، كما يكتسب منه خبراته وأنماط سلوكه وينهل معارفه ويتشرب قيمه وإتجاهاته لذا فإنه يؤثر تأثيراً لا يمكن تجاهله أو إغفاله على شخصية الطفل".

ويعرّف المناخ الأسري بأنه مجموعة خصائص بيئة الأسرة التي يدركها أفرادها المنتمون إليها وتعمل كقوة رئيسية في التأثير على سلوكهم. ومن المؤشرات الهامة على صحة المناخ الأسري كما يراها (حافظ، وسليمان، وشند 1997م، ص241):

- مدى إشباع الأسرة لحاجات أعضائها.
- العلاقات الأسرية ودرجة التماسك الأسري.
- درجة الانضباط والتنظيم داخل الأسرة.
- النمو الشخصي الذي يتيح جو الأسرة لأفرادها.
- الجو الأسري العام.

وتؤكد دراسة Tseng (2004) أن وجود المناخ الأسري السوي في المنزل يجعل أبنائها وبناتها ينمون في جو أقرب ما يكون الى التلقائية والتفتح، وسبر أغوار النفس وتفتيت مكنونات الشخصية، بحيث يظهر ما بها من إستعدادات كانت ستنظف في كرامة وغير ظاهرة لولا توافر المناخ الأسري المناسب الذي يدعم الأبناء في توجهاتهم، فسلوكيات الوالدين وإتجاهاتهم تؤثر في نفسية الأبناء تأثيراً كبيراً سواء كان في الحاضر أو في المستقبل.

يتضح مما سبق أن مستوى الصحة النفسية للفرد يرتبط بدرجة كبيرة، بإتجاه الوالدين والمناخ النفسي والإجتماعي السائد في المنزل، وهو مناخ يختلف بإختلاف البيئات. فبينما يسود الود والمحبة والتفاهم بعض البيوت يسود العنف والصراعات والكراهية بيوتاً أخرى، لذا فإن فهم طبيعة المنزل الذي ينشأ فيه الفرد والدور الذي يؤديه في تشكيل نمطه السلوكي يعد الخطوة الأولى نحو فهم الفرد وتوجيهه توجيهاً يحقق له التكيف السليم مع المجتمع الذي يعيش فيه.

#### رابعاً- أنماط المناخ الأسري:

ويشمل نمطين هما:

- 1- أسر ذات مناخ أسري سوي.
- 2- أسر ذات مناخ أسري غير سوي.

## الأسر ذات المناخ الأسري السوي:

ترى متولي أن "المناخ الأسري السوي يجب أن يوفر في الأسرة الأمن والثقة والحب والإحترام والتسامح والدفء العاطفي والإستقرار وعدم التعصب للأفكار والسعادة الزوجية" (متولي، 1998م، ص30).

### خصائص المناخ الأسري السوي كما ذكرها (الهابط، 1983 م، ص 169) وهي:

- أن أسلوب الإتصال المستخدم في الأسرة يمتاز بالوضوح وأمانة التعبير.
- أن الجو الذي يسود علاقات الأسرة يمتاز بالحب والتعاطف الإيجابي والديمقراطية.
- أن قوة التوجيه والقيادة في الأسرة تكون من مسئولية الوالدين، وتكون بعيدة عن التسلط.
- فيه يشعر كل فرد في الأسرة بأنه مستقل سواء على صعيد شخصيته أو كيانه داخل نظام الأسرة.
- خلو الأسرة من الصراعات والمناكفات .
- تكون قواعد الأسرة العامة واضحة ومفهومة بالنسبة لأعضائها، ويتوجهون على إطارها.
- إتفاق الآباء والأمهات على أسلوب واحد ومعين في تربية الأبناء في ظل جو يسوده المحبة والفهم.

### الأسر ذات المناخ الأسري غير السوي:

وهو المناخ الأسري الذي تسوده التفرقة والتباعد بين أفراد الأسرة لوجود خلل في أداء الأسرة لوظائفها ويترتب على هذا عدم تمتع الأفراد بدوافع كافية للإنجاز والتفوق، ولا بحرية في التعبير عن الآراء، ولا بالاهتمام بالنواحي الثقافية والعلمية والترفيهية والدينية (غريب، 1993م، ص15).

### خصائص المناخ الأسري غير السوي:

إن المناخ الأسري المضطرب يؤدي إلى تنشأة أفراد مضطربين، حيث تتسم تلك الأسر بعدم الفاعلية وعدم المرونة في قواعدها وتعاملها مع أفرادها، وعادةً ما تنشأ فيها أحزاب ضد أحد الوالدين ويتسم المناخ العام لتلك الأسرة بالألم والإحباط والركود، واضطرابات في عمليات التواصل، وفجاجة الوالدين، والمناخ الوجداني غير السوي، والشخصية المنحرفة والمريضة (الجزائري، 2004م، ص ص 60 - 62).

كما أن المشكلات الأسرية لها تأثير واضح في تشكيل المناخ الأسري غير السوي حيث أنها تحدث خللاً داخل الأسرة يخرجها عن طبيعتها الإجتماعية السوية مثل النزاعات المستمرة بين الزوجين سواء بسبب الحالة الإقتصادية أو بسبب أزمة تتعرض لها الأسرة ولا تستطيع التغلب عليها (محمد، 2009م، ص122).

وبالتالي يتضح لنا أن المناخ الأسري غير السوي هو نتيجة علاقات أسرية خاطئة، ينتج عنها عدم قدرة الأسرة على مواجهة المشكلات التي تعترضها سواء داخل الأسرة أو مع البيئة الخارجية، مما يجعل الأفراد الذين يعيشون في ظل هذا المناخ الأسري الغير سوي عرضة للإضطرابات النفسية التي تحد من فاعليتهم.

وترى الباحثة انه لتحقيق التكيف والتوافق الاجتماعي والوجداني والنفسي بين أفراد الأسرة يجب أن يتوفر في الأسرة المستوى المعيشي المناسب والاستقرار العائلي، وذلك من حيث المأوى، وموارد الدخل، ونظام الأمن العام واكتمال هيئة الأسرة، من حيث وجود الأب والأم والأولاد، حيث أن إنعدام أي عنصر من هذه العناصر يضر بوحدة الأسرة، ويقضي على الوظائف الطبيعية والإجتماعية التي كانت تؤديها، كما أن تكامل الأسرة من حيث توحيد الإتجاهات والمواقف بين عناصرها، ومن حيث التماسك والتضامن في الوظائف والعمل المشترك، والاتجاه نحو غايات وأهداف واحدة، وإتاحة الفرصة لكل فرد كي يقوم بأداء دوره الأسري بصورة إيجابية تصب في مصلحة النسيج والخلية الأسرية كوحدة واحدة ذلك ما يجعل الأسرة قادرة على إبعاد أي خطر يهدد كيان الأسرة أو ينال من عناصرها، وأحياناً قد تعاني الأسرة من الأزمات والصراعات والتوترات والمشكلات والأمراض الجسمية والنفسية والعقلية خاصةً في ظل الأعباء الملقاة على عاتق الأسرة وعجزها عن الوفاء بمطالب المعيشة الكريمة لأفرادها في ظل الغلاء الفاحش وارتفاع مستويات طموح أفرادها، يضاف إلى ذلك زيادة معدلات الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية، في الوقت الراهن بسبب تعقد الحياة واتسام الحضارة الحديثة بحدة المنافسة والصراع وانتشار الحروب، والإنسان المعاصر تقع عليه كثير من الضغوط والأعباء تجعله يسقط صريع الأمراض العقلية والنفسية، ولذلك تزداد الحاجة إلى تماسك كل أعضاء الأسرة لتحقيق المناخ الأسري السليم.

فالمناخ الأسري يتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في الإستقرار والتماسك الأسري وتحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما، وبينهما وبين الأبناء بعضهم والبعض الآخر، حيث تسود المحبة والثقة والإحترام المتبادل ويمتد ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية (شريت، وعلي، 2004م، ص130).



وتشير دراسة كل من (Moor, 2003) و (Ulysse, 2001) إلى أن "المناخ الأسري المتماسك والذي تسوده علاقات أسرية حميمة وتشيع فيها مشاعر الطمأنينة والتسامح واستعمال المديح وتعزيز الثقة بالنفس لأبنائه، كل هذا يزيد من تغلبه على العقبات التي تواجهه. حيث أن المناخ الأسري هو البيئة التي ينشأ فيها الفرد وتؤثر في سلوكه وتكيفه وتمتعه بصحة نفسية سوية، من خلال طبيعة العلاقات الأسرية السائدة وأسلوب إشباع الحاجات الإنسانية، وطريقة التعامل مع المشكلات التي تنشأ بين أفرادها، والتي من شأنها أن تجعل الأسرة سوية. فالأسرة من خلال تربية أبنائها على الاستقلالية وعدم الإتكال على الأسرة في قضاء حاجاتهم وإعتمادهم على أنفسهم في إدارة شؤونهم الخاصة واتخاذ قراراتهم بأنفسهم إنما تعدهم لمواجهة الحياة بمواقفها المختلفة، والتصدي لها بنجاح أو محاولة التغلب عليها".

كما ذكر (عبد الحميد، 1998م، ص61) عدداً من العلاقات الداخلية أو الأفعال الإجتماعية التي تدور داخل الأسرة ، وهي:

- التعاون: وهو العملية التي تربط أعضاء الجماعة الاجتماعية لتحقيق الهدف أو الأهداف المشتركة لها، والتعاون تبعاً لذلك يكون هو السمة المميزة للأسرة أياً كان نوعها أو نمطها.
- التنافس: وهو العملية الإجتماعية التي يستخدمها بعض أعضاء الجماعة الإجتماعية للحصول على مكانة معينة، أو التميز في معاملة من المعاملات، وقد يؤدي بعض أنواع التنافس إلى الإنحراف والتفكك.
- الصراع: وهو العملية الاجتماعية التي تختلف عن عملية التنافس في أن التنافس يأخذ عادة مظهراً سليماً، حتى إذا ما تغير الوضع وأخذ مظهراً عدائياً يحل الصراع محل التنافس.

#### التفسيرات النظرية المختلفة للمناخ الأسري:

##### أولاً- الأسرة من وجهة نظر الإسلام:

عني الإسلام بالأسرة عناية كبيرة وجعل لها مكانة عظيمة فوجود الانسان واستمرارية نسله قائمة على وجود أبوين بدءاً من وجود البشرية الى أن يرث الله الأرض ومن عليها (عبد الله، 2007م، ص20).

والأسرة في الإسلام تتميز بعدة خصائص توضح الدور المنوط بها ومن هذه الخصائص ما يلي:



فشجع على الزواج وجعل لكل فرد من أفراد الأسرة دوراً مهماً فالآباء والأمهات لهم دور الرعاية والتربية الإسلامية وللأبناء دور السمع والطاعة وحفظ حقوق الآباء والأمهات على أساس المحبة والتعظيم ، وأكبر شاهد على هذا التماسك الأسري الذي يشهده الناس عموماً، حتى من ينتقد الإسلام.(دسوم، 2010م، ص5-6)

### ثانياً- التوجه الدينامي (نظرية التحليل النفسي) فرويد :

لقد كان فرويد هو أول صاحب نظرية سيكولوجية يؤكد على الدور الحاسم والمهم لسنوات الطفولة المبكرة والمتأخرة في تشكيل وبناء الخصائص الأساسية للشخصية الإنسانية، كذلك يرى فرويد أنه في نهاية السنة الخامسة من العمر يتم اكتمال الجزء الأكبر من سيكولوجية الفرد، وأن ما يلي ذلك من نمو يقوم في معظمه على صياغة البناء الأساسي (هول ولينديزي، 1978م ، ص 69).

"كما وأشار فرويد في تركيزه على أهمية علاقات الطفولة مع الآباء الأساسيين في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ، وتشكيل السلوك الإنساني"(pal, 2006, p.16)

ويعطي فرويد أهمية كبيرة للسنوات الأولى من حياة الطفل ، حيث يرى أن الخبرات التي تحدث في هذه السنوات تؤثر تأثيراً كبيراً على الشخصية ومن خلال هذه السنوات تستمد الشخصية سماتها التي تتميز بها فيما بعد وذكر فرويد أن الشخصية تمر بمراحل هامة للنمو ومن أهم هذه المراحل ، المرحلة الفمية وهي مرحلة الاستقبال حيث يشكل الفم مدخل للاستقبال وذلك من أجل المحافظة على النوع كما يعتبر الباب الرئيسي لاكتساب الخبرة من المجتمع المحيط به (الريماوي ، 2003م، ص44).

فنظرية التحليل النفسي تعطي دوراً كبيراً للمجتمع في توجيه السلوك وتفسيره ، فهناك مراحل معينة للنمو يتصل الطفل من خلالها مع المجتمع، ويتعامل معه بوسائله الخاصة ، حيث يعمل التكوين النفسي العاقل أي (الأنا ) على التوفيق بين الحاجات والغرائز النفسية (الهو) وبين متطلبات المجتمع ونواحيه المتمثلة بتكوين الأنا، وتكمن أهمية هذه النظرية في الكيد على مدى أهمية الخبرات الاجتماعية التي يتلقاها الفرد في حياته المبكرة والتي بدورها تؤثر على تشكيل سلوك الفرد (الترتوري، 2007م، ص7).

ويمكن جوهر نظرية التحليل النفسي التي أسسها فرويد في ثلاث مسلمات أساسية للطبيعة الإنسانية:

**أولها:** أن الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد هي من أهم سنوات حياته وأشدّها تأثيراً في سلوكه في سنوات عمره التالية سواء في حالة السواء أو عدمه.

**ثانيها:** أن الدفاعات الغريزية الجنسية للفرد هي التي يتحدد في ضوءها سلوكه العام، وتعرف هذه الدفاعات الغريزية الجنسية بأنه تعنى حاجة كل فرد إلى إشباع مطالبه الجسدية.

**ثالثها:** أن الجانب الأكبر من سلوك الفرد تحكمه محددات لاشعورية (الخطيب، 1998م، ص201).

#### • ثالثاً- المنظور البيولوجي:

"إن الأسلوب البيولوجي الحقيقي يتطلب تركيز الاهتمام على الخصال البيولوجية المبدئية للأفراد كعوامل ذات دلالة في تحديد نمو الفردية السيكولوجية والأساليب التي يستخدمها القائمون بالتنشئة يكون لها نتائج سلوكية مختلفة حسب طبيعة الطفل البيولوجية والأساس البيولوجي أو الوراثي للطفل وطابعه النموي في فترة الحمل وبعد الولادة يزوده بالقدرات الأساسية التي تنشئ لديه نوعاً خاصاً من البيئة أو تجعله يدرك البيئة ويستجيب لها بطريقة خاصة وإذا كانت آثار البيئة تعد ضئيلة على بعض الخصال البيولوجية، مثل نوع هيئة الجسم وملامح الوجه، فإن الثقافة الاجتماعية قد تعطي تقديراً كبيراً للاتصاف ببعض الصفات الجسمية وأنماط الدعم الاجتماعي قد لا تحدد فقط بنموذج السمات الجسمية التي يتسم بها الشخص، بل قد تتحدد بتوقيت التغيرات التي تحدث له في علاقتها بأعمار أقرانه، لأنها تصدر من النماذج المثالية لثقافتهم فالفتيات اللاتي ينضجن مبكراً والفتيان الذين ينضجون متأخرين في مدارس أمريكا الشمالية يحصلون على تقدير أقل من زملائهم" (السيد، 1980م، ص27).

#### • رابعاً- التوجه السلوكي :

يتضمن الإتجاه السلوكي شأنه شأن الإتجاه التحليلي تيارات واتجاهات متعددة وأنظمة فرعية داخل النظام السلوكي الأكبر ابتداءً من كتابات الرواد بافلوف، وواطسون، سكرنر، دولارد، وميلر، بانادورا، إلا أن هذه الأنظمة الفرعية تشترك في عناصر عامة هي التي تعطي للنظام السلوكي طابعه المميز بعبارة أخرى يمكننا القول باننا لا نجد في السلوكية نظرية موحدة ولكننا نجد نفس المسلمات الأساسية التي تقوم عليها النظرية السلوكية عند واطسون وسكرنر والسلوكيين الجدد (أبو نجيلة، 2010م، 898).

وأول هذه المسلمات التي قامت عليها النظرية السلوكية أن السلوكية في أساسها مدرسة تعلم قامت على أساس علاقة المثير بالإستجابة ، ويرى أصحاب هذا التوجه باختلاف تنوعهم

واختلافهم في بعض التفاصيل أن السلوك المتعلم، وقواعد التعلم وقوانينه هي التي تفسر السلوك السوي وغير السوي (مليكة، 1990م، ص85).

ويرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك الإنساني ما هو إلا عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل النمو المختلفة والمتواترة، كما أنها تركز في نظرتها للسلوك الإنساني على الحوادث البيئية والتفاعل معها ومع الإنسان ، ويدور محور هذه النظرية على محور عملية التعلم الجديد أو في اطفاء هذا التعلم أو في إعادته ، ولذا ترى هذه النظرية أن أغلب السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم وأن الفرد قابل للتعديل أو التغيير وهذا هو أهم مبدأ من مبادئ النظرية السلوكية(أبو سعد وعريبات، 2012م، ص115).

ويؤكد كلاً من (القاسم وآخرون، 2000م، ص92) على " أن علماء التوجه السلوكي قد توصلوا إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات قد تعلمها الإنسان من أجل خفض التوتر لديه والتقليل من شدة الدافعية عنده، وبالتالي تكونت لديه عدة ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي كما يرى أصحاب هذا التوجه أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئية وليست للعمليات النفسية الداخلية كما في الاتجاه التحليلي لذلك فالإتجاه السلوكي يهتم بالأعراض السلوكية ولا يهتم بالعمليات النفسية الداخلية كما في الإتجاه التحليلي".

ولم يهتم السلوكيون بتحديد أو تعيين عادات يكتسبها الفرد قبل غيرها أو يكون لها أهمية خاصة، أو حتى العادات التي تميز الشخصية السوية مقابل العادات التي تميز الشخصية غير السوية، لأن ذلك مرتبط بظروف موقف معين، وبذلك يكون السلوكيون قد وجهوا اهتمامهم إلى دراسة الأسس والقواعد التي على أساسها تتكون العادات ثم تقوى وتستمر أو تضعف وتتلاشى، وبالتالي من مجمع هذه العادات تتكون الشخصية، فالشخصية بذلك تكون كلها مكتسبة ومتعلمة تحت شروط التدعيم ، فالشخص الذي تعلم أساليب سوية يكون قد كون لديه عادات سليمة وبالتالي حصل على شخصية سوية، ومن تعلم أساليب سلوكية خاطئة تنمو لديه شخصية غير سوية أو شخصية منحرفة (أبو نجيلة، 2010م، ص833).

#### • خامساً- منظور نظرية القوة في التأثير الاجتماعي:

"امتدت هذه النظرية إلى مجال التنشئة الاجتماعية على يد علماء النفس الاجتماعيين من أصحاب نظرية الدور الاجتماعي الذين يرون أن التوحد مع أحد الوالدين إنما يمثل عملية تعلم لعب دور الآخر ذي القوة الاجتماعية، أي دور الشخص الذي يملك الجزاءات المادية

والاجتماعية والذي يملك قدرة التأثير في سلوك الآخرين من خلال التحكم في أساليب الدعم الإيجابي والسلبي ومعايير وما استقر عليه من قواعد". (السيد، 1980م، ص ص 27-42).

#### • سادساً- النظرية الإنسانية:

يؤكد روجرز على مدى أهمية معاملة الوالدين، وتأثيرها في تكيف الطفل وتكوين مفهوم ايجابي عن ذاته ويرى أن الذات شيء مكتسب يكتسبه الطفل من خلال تفاعله مع بيئته وما يرافقه من مؤثرات وهناك ثلاث مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه قيم الآباء وأهدافهم والتصورات التي يوجهها الفرد للمجتمع المحيط و خبرات الفرد المباشرة والتصورات التي تكون الصورة المثالية التي يرغب أن يكون عليها، حيث يقوم مفهوم الذات لدى الفرد بوظائف مختلفة:

1. وظيفة دفاعية وهي التي تحفز الفرد على السلوك لتحقيق الأهداف.
2. وظيفة تكاملية: وهي التي تؤدي الى تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه (الداهري، 2008م، ص355).

من خلال ما سبق من عرض التفسيرات المختلفة للمناخ الأسري لمست الباحثة مدى أهمية ومكانة الأسرة العظيمة في الإسلام من خلال تلبية الحاجات النفسية والفطرية وتأكيدا على مدى أهمية تقوية الروابط الأسرية من حب وتعاون ومودة ورحمة من أجل النمو بالأسرة والفرد معاً، كما أن النظريات الإنسانية تؤكد على أهمية الأسرة ودورها الكبير في تشكيل شخصية الفرد من خلال الخبرات التي سوف يكتسبها من طفولته، والعادات السلوكية المكتسبة والمتعلمة من خلال الإحتكاك بالوالدين والتي سوف ينشأ عليها الطفل، ومد أهمية المعاملة الوالدية التي سوف يتلقاها هذا الفرد، والتأكيد على دور الأسرة وظيفياً، وأن كل جزء بالأسرة سواء مادي أو معنوي يؤثر على المناخ العام للأسرة.

#### أبعاد المناخ الأسري:

##### البعد الأول: المناخ الأسري العام:

ويقصد بالمناخ الأسري العام هو " الطابع العام للحياة الأسرية من حيث توفر الإستقرار والأمان والتضحية والتعاون ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات، وأشكال الضبط، والتعاون ووضوح الأدوار وتحديد المسؤوليات، وأشكال الضبط، ونظام الحياة، وكذلك أسلوب إشباع الحاجات الإنسانية، ونمط الحياة الروحية والخلقية التي تسود مما يعطي شخصية أسرية عامة، بحيث يمكننا القول بأن الأسرة سعيدة، قلقة، مترابطة، متصدعة" ( خليل، 2001م، ص16).

ويحدد كفاقي (1999) المناخ الأسري بالعلاقات والممارسات التي يتبعها الأفراد داخل الأسرة وما تنتم به هذه العلاقات من أساليب سوية في التعامل مع الشخص لتحقيق الأهداف وليس كفاية في حد ذاته إلا أن هذه العلاقات الأسرية إما أن تنتم بحب حقيقي يعبر عن مشاعر ناضجة أو تنتم بعلاقات يسودها حب كاذب يعبر عن حاجات نفسية غير مكتملة وغير ناضجة (الخطيب، 2015م، ص14).

#### البعد الثاني: بعد إشباع الحاجات الأساسية:

الإنسان يولد ولديه حاجات ورغبات تحتاج إلى الإشباع وأن إشباع هذه الحاجات يحدث توازن لدى الفرد من الناحية الفسيولوجية، والنفسية والاجتماعية، وهذه تقود الفرد للتوافق مع نفسه ومع البيئة الاجتماعية من حوله (مخير، 2013م، ص7).

"وتعرف الحاجة بأنها كل حالة من النقص والإفتقار والإضطراب الجسمي والنفسي والتي لم تلق إشباعها أثارت لدى المرء نوعاً من التوتر والقلق والضيق الذي لا يلبث أن يزول متى تم قضاء تلك الحاجة" (الطلحي، 2012م، ص7).

ولقد وجد علماء النفس أن ظهور مشاكل عدم التكيف، إنما هو نتيجة لعدم إشباع الحاجات، بمعنى أن الشخصية الإنسانية لا تتحقق لها الصحة النفسية السليمة ولا يتم التوافق للفرد مع البيئة المحيطة به إلا إذا تم إشباع هذه الحاجات (زيدان، 1994م، ص37).

"مما لا شك في أن البيئة التي يعيش فيها الفرد وما تشمله من ثقافة وظروف إجتماعية وإقتصادية لها دور هام وكبير في تعدد وتنوع الحاجات ، والحاجة لا تبقى على حالة من الجمود ، إنما تتطور وتنمو بحسب ما يتعرض له الإنسان نفسه من تغيرات نفسية وجسمية، في مراحل نموه المختلفة، وبحسب ما يكتسبه الفرد من تعلم وخبرات تكسبه حاجات جديدة ومتنوعة، وأيضاً كل ما يطرأ على بيئته المحيطة من تطور وتغير له دور هام في ذلك، والحاجات النفسية تختلف من مجتمع لآخر" (القطناني، 2011م، ص21).

وتقوم الأسرة بدور أساسي وهام في عملية تنشئة الطفل ، والعمل على إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية والقيمية بما يؤدي إلى تشكيل وتحديد ملامحها في حياته المستقبلية، حيث

أن الطفل في بداية حياته يتلقى الرعاية من والديه ويقومان على تلبية احتياجاته الأساسية ورغباته وإكسابه عادة الإعتماد على نفسه والعمل على إكسابه خبرات متنوعة الأمر الذي يساهم في تنمية شخصيته وتشكيل سلوكه الإجتماعي فيما بعد (الديب، 1998م، ص 9).

"وهذا ما أكدته دراسة موسن (Mussen) على أن الأبناء الذين لم يحصلوا على عطف أبوي كفاية كانوا عرضة لقلّة الثقة في علاقاتهم الإجتماعية مع الآخرين ، وأن المناخ الأسري الصحي يعمل على إشباع حاجات الأبناء بطريقة سوية دون إفراط أو تقريط بشكل متوازن حسب أولوية الحاجات وأهميتها وتناسبها مع كل مرحلة نمائية" (ملحة، 2010م، ص6).

### البعد الثالث: العلاقات الأسرية ودرجة التماسك:

التماسك هو عملية إجتماعية تؤدي إلى تدعيم البناء الإجتماعي وترابط أجزائه، وتعمل على توحيد الجماعات المختلفة عن طريق عدة روابط وعلاقات إجتماعية مثل : التوافق، والتضامن والتعاون والتآلف كما أنه يمكن تعريف التماسك بأنه حالة الارتباط التي تسود العلاقات الزوجية والأسرية والتي تشمل جميع جوانبها نظراً لأهميته الكبيرة في بناء المجتمعات وتشكيل السلوك الإنساني ( عيشور ، عوارم، 2013م، ص2).

وحتى ينشأ الطفل نشأة إجتماعية سوية فإنه يحتاج إلى أسرة الجو السائد فيها وجود علاقات الود والمحبة والتعاطف والتماسك والدفء في العلاقات بين الزوجين فيما بينهما وبينهم والأطفال إلى جانب علاقات التقبل والمحبة والتعاون والصدقة وتعد العلاقات السائدة بين الوالدين والروابط الأسرية التي تجمع بينهما ذات أهمية في توفير كل ما يلزم لنمو الأطفال نمواً سليماً (حلاوة، 2011م، ص 84).

ويؤكد خليل (2000) أن الكيان الأسري السوي يمثل الوحدة الإجتماعية الأساسية في المجتمع، وكلما كانت العلاقات الأسرية والتماسك الأسري بين أعضاء الأسرة قوياً وسوياً كلما كانت الأسرة سليمة وكان الجو الأسري ملائماً للتكيف لدى الأطفال وسلامة نموهم العاطفي والنفسي، وأي صدام يقع بين الأبوين يشعر به الطفل حتى ولو لم يحدث أمامهم مما يفقده الشعور بالإتزان الإنفعالي، وبذلك يصبح الطفل متقلب في إنفعالاته (خليل، 2000م، ص28).



## البعد الرابع: الإنضاط والتنظيم داخل الأسرة:

يُشير التنظيم إلى مدى أهمية التنظيم الواضح والبناء في تخطيط النشاطات العائلية والمسئوليات، في حين يشير الإنضباط إلى مدى استخدام القواعد والالتزام بها من قبل أفراد الأسرة وذلك من أجل إدارة الحياة الأسرية (العزام، 2010م، ص19).

والضبط هو نظام كوني تنتظم به العلاقات وتتعدد في ضوءه الأدوار وبه كانت بداية خلق الكون والضبط نظام يشمل كافة المخلوقات ابتداءً بالإنسان وانتهاءً بالجمادات والنباتات

تعتبر الأسرة هي أهم عوامل التنشئة الاجتماعية فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل وهي العامل الأول في صبغ سلوكه بصبغة اجتماعية فهي المسؤولة عن تنشئة الطفل اجتماعياً ففيها يتفاعل الطفل مع أعضائها وجهاً لوجه ويعتبر سلوكهم سلوكاً نموذجياً يحتذي به وتستخدم الأسرة أساليب عديدة أثناء التنشئة الاجتماعية للطفل مثل الثواب والعقاب والمشاركة في الخبرات والمواقف بقصد تعليم السلوك والاستجابات والتوجيه المباشر والتعليم (زهرا، 2003م، ص13).

وتمتاز الأسرة كمنظمة اجتماعية بأنها تمارس نفوذاً كبيراً على أفرادها على اعتبار أنها المنظمة الأولى التي تتلقى الفرد وفي داخل هذه المنظمة ينتشرب الفرد قواعدها التنظيمية ويخضع لسننها الاجتماعية وعاداتها وأعرافها وتقاليدها ويتعامل ويتفاعل مع بقية أفرادها وهذه الميزة أعطت الأسرة أحقية ولاء الأفراد لها والتعاطف مع أفرادها وضرورة التمسك بها كنظام اجتماعي لا غنى للفرد عنه (العزي، د ط ، ص30).

ومما لا شك فيه أن التوافق الأسري بين الوالدين وإتفاقهما على الأساليب التربوية في التعامل مع الأبناء يهيء المناخ الأسري المطلوب لنجاح عملية التربية الاجتماعية وذلك لأن نوع العلاقات السائدة في الأسرة بين الأبوين من جهة والأطفال من جهة أخرى يحدد إلى أي مدى تصل شخصية الطفل (حلاوة، 2011م، ص84).

## البعد الخامس: النمو الشخصي:

يرى الدسوقي أن أول شيء يحتاجه الإنسان من الناحية النفسية هو الشعور بأنه محبوب كفرد ومرغوب فيه لذاته وأنه موضع حب وإعتراف حيث تظهر هذه الحاجة متكررة في نشأتها وأن الوالدان هما خير من يقوم على إشباعها خير قيام (الدسوقي ، 1979م، ص137).

ويرتبط الشعور بالأمن والطمأنينة لدى الطفل بإرتباطه بوالديه لأنهما يمثلان بالنسبة له السند المادي والعاطفي فإذا كانت العلاقة بينهما يسودها الحب والتوافق والفهم المتبادل ترك هذا أثراً طيباً على نمو شخصية الأبناء وأما إذا كانت هذه العلاقة يسودها الكراهية والخلاف وسوء التفاهم وكان مناخها الأسري مضطرب فإن ذلك يؤدي إلى شعور الأبناء بالقلق وعدم الشعور بالأمن مما يكون له أثر سيء على سلوكهم (الهابط ، ب ت، ص167).

فالأسرة تعتبر هي الحصن الإجتماعي الذي تنمو فيه بذور الشخصية الإنسانية وتوضع فيه أصول التطبيع الإجتماعي بل تنمو فيه بحق الطبيعة الإنسانية للإنسان ومن القواعد الأساسية المنطق عليها بأن المناخ الأسري السليم هو الذي يوفر النمو الشخصي للإنسان وبالتالي تمتعه بالصحة النفسية الجيدة (أحمد، 1992م، ص35). وهناك العديد من الدراسات التي تناولت دراسة المناخ الأسري وأكدت على مدى أهميته كدراسة العبيدي (2013) ودراسة ميرة (2012م) ودراسة العزام (2010م) ودراسة سالم (2009م) ودراسة ( Lebell B,et, ) (1993).

### وهناك عدة عوامل تؤثر في المناخ الأسري بالنسبة لأسرة المريض الفصامي:

حيث يرى (بريخ، 2014م، ص81) أنه توجد العديد من العوامل والمشكلات التي قد تؤثر على الأسرة بكاملها وتسبب لها العديد من الأزمات الأسرية والمشكلات المتعددة وتؤثر بشكل مباشر على المناخ الأسري لدى زوجات مرضى الفصام العقلي ومنها:

- **مرض الزوج:** حيث يؤدي المرض إلى عجز رب الأسرة عن العمل وإعالة أسرته، مما يؤدي إلى حدوث اضطراب وخلل في البنية الأسرية مما يؤثر سلباً على جودة الحياة الأسرية، فهذا يدفع الزوجة للخروج للعمل وتحمل مسؤوليات الزوج مما قد يؤدي إلى إضعاف العناية والرعاية بالأسرة والأطفال.

- **المشكلات النفسية:** تعاني أسرة مريض الفصام العقلي وخصوصاً الزوجة من القلق، والتوتر، والضغوط النفسية المختلفة، والخوف من المستقبل المجهول، وضعف الثقة بالنفس، والشعور بالعجز واليأس.
  - **المشكلات الاجتماعية:** من أشد المشكلات الاجتماعية والتي تعانيها أسر المرضى النفسيين بشكل عام وخصوصاً في مجتمعاتنا هي وصمة المرض النفسي: وهي الشعور بالخزي والعار من وجود مريض نفسي بالأسرة، وما ينتج عنها من مشكلات اجتماعية أخرى مثل الانطواء، والعزلة الاجتماعية، وتفكك العلاقات الاجتماعية مع الأسر الأخرى داخل المجتمع، وعدم الرغبة في نسب ومصاهرة عائلة المريض.
  - **المشكلات الاقتصادية:** تعاني أسرة المريض النفسي وخصوصاً أسر مرضى الفصام العقلي من سوء الأوضاع الاقتصادية والمعيشية الناتجة عن العجز الذي أصاب معيل ورب الأسرة حيث يمنعه مرضه من العمل والإيفاء بمتطلبات أسرته المعيشية.
- ومن خلال التراث السيكولوجي وما تناولته الكتب والأبحاث عن المناخ الأسري والأسرة وعن فئة زوجات مرضى الفصام العقلي ومن خلال الاحتكاك مع هذه الفئة من قبل الباحثة فقد تبين أن أبعاد المناخ الأسري وهي المناخ الأسري العام، وبعد إشباع الحاجات ، وبعد العلاقات ودرجة التماسك، وبعد النضباط والتنظيم داخل الأسرة، وبعد النمو الشخصي جميعها تقيس مدى رضا زوجة المريض الفصامي عن كل بعد من أبعاد المناخ الأسري.

## المبحث الثاني:

### توكيد الذات

مقدمة:

يتضمن توكيد الذات الكثير من التلقائية ، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية معاً، فتوكيد الذات يساعدنا على تحقيق أكبر قدر من الفاعلية والنجاح عندما ندخل في علاقات إجتماعية مع الآخرين نكون فيها فاعلين ولدينا القدرة على الحوار وتبادل الآراء بحيث لا نكون ضحايا لمواقف خاطئة من صنع الآخرين، حيث جسد لنا رسولنا الكريم لنا كمسلمين قوة اليقين في شخصه، والثبات على المبدأ وعدم الخوف من الباطل.

"إن الذات تبدأ بالتكون لدى الفرد منذ اللحظة الأولى التي يستكشف الطفل فيها أجزاء جسمه ويرى إريكسون أن هناك الكثير من العقبات التي يواجهها الفرد في طريقه لتوكيد ذاته فمثلا قد يتولد لدى الفرد في مرحلة طفولته شعور بالثقة أو بعدمها تجاه الآخرين ويرجع ذلك لطبيعة إشباع حاجاته هل كانت بشكل صحيح أو غير صحيح فقد يكون لطبيعة تعامل أولياء الأمور دور في نجاحه أو فشله بالإعتماد على نفسه والإستقلال عن الآخرين ولطبيعة تعامل الأهل مع الطفل في سن اللعب والدراسة أثر كبير في تطوير الذات لديه وتستمر الذات لدى الفرد بالتطور والنمو خلال مراحل نموه المختلفة مثل مرحلة المراهقة والتي تعتبر مرحلة أزمة الهوية والتي في نهايتها يحدث تعديل فيها للذات وصورتها نتيجة النضج العقلي الذي يساعده على الموازنة بين إستعداداته وقدراته وإمكانياته وكذلك في مرحلة الشباب وما يمر به الفرد من صراعات لتحقيق الذات أو عدمه وما ينتج عن ذلك من آثار وكذلك في سن الرشد وطبيعة علاقة الفرد مع مجتمعه فإما أن يكون شخصاً منتجاً ومستقلاً وعلاقته جيدة بالآخرين أو العكس وبذلك قد يستطيع الفرد تنمية ثقته بنفسه أو يركن للإنهماك واليأس والفشل" (عبد العلي، 2003م، ص32).

### أولاً- تعريف الذات:

يشكل مصطلح الذات مركز الإهتمام في مجمل نظريات الشخصية، وإن الإهتمام بدراسته له تاريخ طويل، وقد تطور معنى الذات عبر رحلة طويلة تعود جذورها إلى الفلسفة أي قبل إنفصال علم النفس عنها، وكانت الذات في بعض الأحيان يشار إليها بمعنى الروح (Soual) وأحيانا أخرى بمعنى الذات (Self)، وكذلك تحول من مفهوم ديني إلى فلسفي وإلى مفهوم نفسي في الوقت الحالي (جبر، وكاظم، 2013م، ص55).

لقد تعددت التعريفات والمصطلحات التي تتحدث عن مفهوم الذات كتكوين نفسي للإنسان، وقد حاول العديد من علماء النفس وضع التعريفات المناسبة للذات، إنطلاقاً من الدراسات العديدة التي قاموا بها.

"فقد عرّف روجرز الذات بأنها المجال التصوري والمنظم والمتألف من المدركات الخاصة بالفرد وعلاقتها بالآخرين ومظاهر الحياة المختلفة المرتبطة بهذه المدركات" (Rogers, 1979, p. 297)

أما ( زهران، 1986م، ص 257) فقد عرّف الذات على أنها "تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات والذي يقوم الفرد ببلورته وإعتباره تعريفاً نفسياً لذاته".

في حين يعرفها دسوقي ( دسوقي، 1979م، ص76) بأنها "هي الشخص على النحو الذي يحس ويدرك ويفكر بنفسه".

ويعرّف مفهوم الذات "بأنه مجموعة من الأبعاد والتصورات التي يراها الفرد في نفسه من خلال مجموعة من الصفات أو السمات أو الخصال الشخصية والإنفعالية والدينية والاجتماعية والتحصيلية وسمات المشاركة الاجتماعية والأسرية" ( السعيد، 1998م، ص11).

"وكان (وليم جيمس) من أوائل علماء النفس الذين أولوا موضوع مفهوم الذات الصدارة في أبحاثهم. حيث رأى أن الذات في المجموع الكلي لكل ما يمكن أن يرى الفرد أنه له، وأشار إلى ثلاثة أنواع من الذات:

1. الذات المادية: وهي ذات ممتدة تحتوي بالإضافة إلى جسم الفرد على أسرته وممتلكاته.

2. الذات الاجتماعية: وتتضمن وجهة نظر الآخرين نحو الفرد.

3. الذات الروحية: وتتضمن إنفعالات الفرد ورغباته" (موسى، 2006م، ص417).

تحتل الذات أهمية في حياة الفرد فعلى أساسها تفسر الخبرات التي نمر بها وتحدد توقعاتنا من أنفسنا ومن الآخرين ، بالإضافة إلى ذلك فإن الذات تعمل على الإتساق المتواصل بين سلوكنا ونظرتنا إلى أنفسنا سواء كانت هذه النظرة سلبية أو إيجابية (شتا، 2013م، ص 17).

## ثانياً - تشكل مفهوم الذات:

إن تشكل مفهوم الذات لا يعتبر أمراً يتم توارثه لدى الإنسان، إنما يمر ويتطور عبر مراحل متعددة إبتداءً من طفولته. وإن تشكل هذا المفهوم يتم عن طريق التواصل والتفاعل مع البيئة المحيطة به، وإن هذا التشكل ينمو ويتطور مع نمو الإنسان كما أن نمو الذات ينمو من الخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد في أثناء محاولاته للتكيف مع البيئة المحيطة به ومثل هذه الخبرات هي التي يترتب عليها نمو التنظيمات السلوكية المختلفة بناءً على عملية التعلم ولكن أثر هذه المواقف يتعدى ذلك فيشمل الفرد كله عن طريق تعميم الخبرات الإنفعالية الإدراكية على الفرد بإعتباره جزءاً من المجال الكلي الذي يتفاعل معه بما يؤدي في النهاية إلى نمو مفهوم الذات ككل (أبوزيد، 1987م، ص104).

وترى الباحثة أن التنشئة الإجتماعية التي ينمو فيها الطفل، لها تأثير كبير في تكوين الأفكار والمشاعر والإتجاهات. حيث يتأثر مفهوم الذات بشكل كبير بالعلاقات الأسرية بين الطفل وأبويه، فلأبوين دور كبير في تشكيل مفهوم الذات لدى الطفل، فمن خلال عمليتي الثواب والعقاب يتشكل لدى الفرد ذاته المدركة، كما أن الأبوين يلعبان الدور البارز في تشكيل الذات المثالية للطفل من خلال القيم والمعايير الأخلاقية التي يطلب منه القيام بها ، وبذلك يتضح أن مفهوم الذات يتكون لدى الفرد في مراحل حياته المختلفة حيث يبدأ في تجميع المعلومات عن نفسه وعن الآخرين المحيطين به في البيئة وعن البيئة التي يعيش فيها، ويمكن أن تتغير كلما تكونت خبرات وأفكار لدى الفرد.

حيث يقسم (Lecuyer) تطور مفهوم الذات عند الشخص إلى 5 مراحل حسب المراحل العمرية وهي كالتالي:

1. مرحلة إنبثاق الذات وبروزها من الميلاد حتى سنتين وفيها يزداد تمايز الطفل لذاته من خلال الاتصالات الحسية فيتعرف تدريجياً على الحدود الخارجية لجسمه.
2. مرحلة تأكيد الذات من سنتين إلى خمس سنوات وفيها يكون إثبات الذات عن طريق التحدي ومعارضة الآخرين مما يجعله يحس بقيمته الذاتية.
3. مرحلة توسيع وتشعب الذات من (6-12 سنة) وفيها يتعرض الطفل للعديد من التجارب المتنوعة فتتشكل صورة الذات الأولى التي تدعم ثقة الطفل بنفسه هذه الثقة لتي تسمح له بالاندماج في مجتمعات أخرى غير عائلته.

4. مرحلة تمييز الذات من (12-18 سنة) وفيها يتم تمييز الذات وتكوين مفهوم شخصي ومحدد للذات .

5. مرحلة الرشد والنضج (20-60 سنة) وفيها لا يحدث تطور في مفهوم الذات وإنما يمكن أن يتغير نتيجة لعدة متغيرات وأحداث في حياة الشخص وفيها يكون التركيز على الجانب الاجتماعي (تونس، 2012م، ص ص 70-73).

### ثالثاً- العوامل المؤثرة في تكوين مفهوم الذات:

وعلى ذلك يمكن تحديد بعض العوامل المؤثرة في تكوين مفهوم الذات:

#### 1. عوامل ذاتية: وتتمثل في الخصائص الجسمية، والقدرة العقلية.

**الخصائص الجسمية:** ويقصد بها صورة الجسم التي يتم تكوينها ذهنياً عن جسم الفرد وما تتضمنه من خصائص من حيث الطول والوزن والحجم والشكل العام والخلو من الملامح المعينة في نظر الفرد من خلال قياسها على المعايير الثقافية السائدة، حيث أن الخصائص المعينة للجسم والغير مقبولة بالنسبة للفرد يمكن أن تخفض من تقدير الفرد لذاته.

**القدرة العقلية:** حيث يؤثر الذكاء على إدراك الفرد لذاته وإدراكه لإتجاهات الآخرين نحوه والفرص المتاحة أمامه أو العوائق التي تواجهه فالفرد الذي يتمتع بقدرات عقلية عالية يكون إدراكه لذاته مرتفع ويكون متوازن على عكس الفرد الذي يتمتع بقدرات عقلية أقل. (زهران، 1977م، ص 260)

وترى الباحثة: أن مفهوم الفرد عن ذاته يتأثر بنظرته الخاصة تجاه نفسه وما كونه من قناعة ورأي سلبي أو إيجابي تجاه ذاته الجسمية والتي تعكس كيانه المدرك للآخرين، أيضا تتأثر نظرة الفرد لذاته بما كونه من مفهوم لذاته الأكاديمية وبمدى ما حققه من نجاح أو فشل ومن إنطباعات وتفاعلات وردود أفعال تجاه الحياة المدرسية مما يؤثر في مستوى طموحه وتطلعاته ومستقبله الدراسي ككل.

#### 2- العوامل الاجتماعية:

"يقصد بها تلك المؤثرات والإتجاهات التي يتأثر بها الفرد بالوسط الذي يعيش فيه لذلك تؤكد (بهادر، 1983م، ص 53) على أن مفهوم الفرد عن ذاته يتأثر بنظرته الآخرين إليه، وبما تحمله هذه النظرة من تقدير وإحترام أو العكس برفض وإهمال وعدم تقبل، ويترك ذلك أثرا كبيرا

على دور الفرد في المجتمع ومكانته الإجتماعية ووضعه الإجتماعي الذي يترتب عليه مواجهة الفرد بالعديد من المشكلات النفسية أو التوافق مع نفسه ومع الآخرين".

ومن العوامل الإجتماعية التي لها أثر كبير وفعال على مفهوم الذات الأسرة ولكون الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى التي تتلقى الطفل وبالتالي هي من تقوم على تزويده بالقيم والمعايير الأخلاقية والدينية والإجتماعية التي تبقى ملازمة له طيلة حياته والتي فيها تبدأ عملية التكوين الإجتماعي والتي بواسطة هذا التكوين يؤثر ويتأثر، ويتفاعل مع الآخرين وبالتالي يتكيف مع مجتمعه تكيفاً سليماً (المطيري، 2009م، ص 13).

#### رابعاً - أبعاد مفهوم الذات

"إن مفهوم الذات يشمل كل ما يدركه الفرد بصوره المركبة والمؤلفة من تفكيره عن نفسه وتحصيله وخصائصه الجسمية والعقلية والإنفعالية ورؤية الآخرين له، كذلك رؤيته بما يتمنى أن يكون عليه. وهناك آراء متعددة ذكرت أبعاد مفهوم الذات، ويعتبر وليم جيمس أول من ذكر أبعاده وهي: الذات المثالية: وهي ما يتمنى الفرد أن يكون عليه، والذات المدركة: كما يعتقد الفرد بوجودها، والذات الإجتماعية: وهي الذات كما يراها الآخرون، وقد أضاف جيمس بعداً آخر أسماه بالذات الممتدة وهي تمثل كل ما يمتلكه الفرد بالشراكة أيضاً مع الآخرين مثل العائلة والوطن" (الظاهر، 2004م، ص 54).

وقد كان مفهوم التوكيدية في الماضي كما ذكرت الباحثة مقصوراً على الإشارة إلى قدرة الفرد على التعبير عن المعارضة بالغضب والإستياء والإمتغاص تجاه شخص آخر أو موقف من المواقف الإجتماعية، فقد ذهبت بيمر (Beemer, 1972, p.5031) أبعد من ذلك فقالت أن توكيد الذات يؤثر في تنظيم الإدراك، وإستيعاب الخبرات وتحديد السلوك، ويمكن القول أن توكيد الذات هو العامل الجوهرية في التحكم بالسلوك البشري، فهو قوة دافعة لتنظيم وضبط وتوجيه السلوك إذ يحدد الاستجابات الذاتية في مواقف الحياة المختلفة، كما أنه يعطي التفسيرات لاستجابات الآخرين، والذي بدوره يحدد أسلوب تعامل الفرد مع الآخرين من جهة، ومن جهة أخرى فهو يؤثر بشكل أو بآخر في تحديد أسلوب تعامل الآخرين معه.

وفي الوقت الحاضر اتسع مفهوم توكيد الذات ليشمل كل التعبيرات المقبولة إجتماعياً للتعبير عن الحقوق والمشاعر الشخصية، وذلك من أجل إشباع الحاجات الخاصة، دون إلحاق الضرر بالآخرين حيث كثيراً من الناس يعتقدون أن توكيد الذات والمطالبة بحقوقهم مرفوضاً من



العرف والتقاليد وأن ذلك هو تعدي على حقوق الآخرين وتجاوز الحدود وهذا يرجع إلى اللبس في المفاهيم المتداولة بين الناس (صافي، 2009م، ص41).

ونتيجة لذلك يتضح أن السلوك التوكيدي يمكن تحديده في النقاط التالية:

1- السلوك التوكيدي هو سلوك يظهر في المواقف الإجتماعية ويتضمن التعبير المباشر والصريح والصادق عن الأفكار والمشاعر المختلفة لدى الفرد أيا كان نوعها سلبية أم إيجابية.

2- السلوك التوكيدي يكون ملائماً إجتماعياً بمعنى أن يتسق مع المعايير الإجتماعية السائدة في البيئة، إذ أن ثقافة المجتمع وإتجاهاته الإجتماعية هي التي تحدد المسالك المقبولة وغير المقبولة لدى الأفراد.

3- عندما يسلك الفرد بطريقة توكيدية يضع في الإعتبار مشاعر ورفاهية الآخرين.(رقة، 2013م، ص24).

"ويرى (غريب، 1998م) أن "توكيد الذات" هو تعبير الفرد عن المعارضة بالغضب والإستياء تجاه شخص آخر أو موقف ما من مواقف العلاقات الإجتماعية أي يعبر الفرد عن مشاعره دون المساس بحقوق الآخرين أما "تأكيد الذات" هو تعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية، لكن قد لا يراعى الفرد حقوق الآخرين، فتأكيد الذات قد يتضمنه قليل من العدوان، بمعنى أن الفرد في سبيل التعبير عن إنفعالاته والحصول على حقوقه قد يستخدم مثيرات قد تكون مؤذية للغير في سبيل الحفاظ على حقوقه، في حين أن "التوكيدية" كما عرضها جلاس وجالاس 1978 فهي: "التعبير المباشر والمناسب من قبل الفرد عن حاجاته ورغباته وآرائه دون معاقبة الآخرين أو تهديدهم أو الحط من قدرهم، وأن يقوم بذلك دون أن يشعر بالخوف" وأما "السلوك التوكيدي" فهو وصف لمظاهر التوكيدية، وعلى الرغم من ذلك فقد إستخدم العديد من الباحثين التوكيدية، وتوكيد الذات، وتأكيد الذات بنفس المعنى" (الأغا، 1996م، ص 41).

#### خامساً- تعريف توكيد الذات:

**التوكيد لغة:** "التوكيد في اللغة: التوكيد من فعل وكد، توكد وتأكد: توثق واشتد، التوكيد والأكيد الشديد، التواكيد والتأكيد السيور التي يشد بها القربوس، المتوكد القائم المستعد للأمر" (المنجد، 1988م، ص915).

**الذات لغة:** "ذات الشيء عينه وجوهره فهذه الكلمة لغوياً مرادفة لكلمة النفس والشيء، ويعتبر الذات اعم من النفس لأن الذات تطلق على الجسم وغيره والشخص لا يطلق الا على الجسم فقط"(المنجد، 1988م، ص 13).

**توكيد الذات اصطلاحاً:** "إن التوكيد عبارة عن تصريح ذهني أو عملي لنفسك وللعالم من حولك عن كيف تريد لحياتك أن تكون، فالكلمات والأفكار أشياء فعالة، إن حياتك كما هي في الوقت الحالي، عبارة عن شكل ومظهر مادي لكل أفكارك السلبي منها والإيجابي، ويعد التوكيد أداة فعالة في تخلص حياتنا وعقولنا من السلبية، وفي شحذ جهودنا لكي تشكل حياتنا بالطريقة التي نريدها لها"(جيمس، 2001م، ص 67).

وتعرّف عطية (2004م، ص 18) توكيد الذات "بأنه قدرة الفرد على السلوك الإيجابي بصوره المختلفة سواء في المشاعر أو في الأفكار أو في التصرفات والذي يستطيع الفرد من خلاله الحصول على حقوقه وتحقيق أهدافه".

"يعرّف خليل (2006م، ص 39) توكيد الذات أنه أسلوب ينتهجه ويتضمن قدرته على التعبير عن انفعالاته وآرائه ووجهة نظره حول ما يتعلق بذاته أو بالآخرين وذلك بصورة سوية وإيجابية تكون مقبولة من المجتمع. وهو قدرة الفرد على التعبير الملائم "لفظاً وسلوكاً" عن مشاعره وأفكاره وآرائه تجاه الأشخاص والمواقف من حوله والمطالبة بحقوقه التي يستحقها دون ظلم أو عدوان".

"وتعرّف القطان(1989م، ص 71) التوكيدية بأنها تعبير الفرد عن تلقائياته في العلاقات العامة مع الآخرين أقوالاً في أسئلة وإجابات، وفي حركات تعبيرية وإيماءات وفي أفعال وتصرفات وفي غير تعارض مع القيم والمعايير والاتجاهات السائدة وبدون إضرار غير مشروع بالآخرين ولا بالذات .

كما يعرفها (الظاهر، 2004م، ص 7) بأنها قدرة الفرد على تنمية قدراته على التعبير عن مشاعر الحب أو الإعجاب أو التقدير، وأيضاً عن مشاعر الرفض أو الغضب أو الكراهية، تعبيراً لفظياً واضحاً ومباشراً، أو هي قدرة الشخص على التعبير الملائم "لفظاً وسلوكاً" عن مشاعره وأفكاره وآرائه ومواقفه تجاه الأشخاص والأحداث، والمطالبة بحقوقه دون ظلم أو عدوان.

ويؤكد (الشناوي، 1988م، ص 43) أن الباحثين يختلفون في تعريف السلوك التوكيدي لكنهم يتفقون إلى حد كبير على مجموعة من الخصائص وهي: أن السلوك التوكيد هو سلوك يرتبط بالعلاقات الشخصية، كما أنه يتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر

الشخصية ، وأن السلوك التوكيدي يكون ملائم من الناحية الإجتماعية، وأنه عندما يسلك الفرد بطريقة توكيدية فإنه يأخذ بعين الإعتبار مشاعر وحقوق الآخرين.

ويعتبر Wolpe هو أول من اقترح مفهوم التوكيد بدلاً من مفهوم الإستئارة ، وأوضح وولب أن سبب تفضيله مفهوم التوكيد هو أنه يعتبر أكثر تحديداً للمعنى ، وذلك لأن الإستئارة غاباً ما تكون متضمنة للعنف والقلق ويعرف والبي السلوك التوكيد بأنه التعبير الملائم لأي انفعال ما عدا القلق اتجاه شخص آخر ( غريب، 1995م، ص54)

وترى الباحثة أن توكيد الذات من أهم المحددات الأساسية للشخصية؛ لما لها من دور في تكوين المعتقدات التي يحملها الشخص حول ذاته، والقيمة التي يعطيها لتلك المعتقدات، وهي نتائج معتقداته الذاتية، والبيئة المحيطة به، وطريقة التنشئة التي تلقاها الفرد والتي بدورها تحدد مدى قدرته على المطالبة بحقوقه والتعبير عن مشاعره.

**ويضيف (الطهراوي، 2007م، ص30) في تفسيره لمعاني توكيد الذات:**

- مهارة الفرد في كيفية معالجته للصراعات الإجتماعية والحياتية وما تتطلبه هذه المهارة من القدرة على تقديمه للشكوى أو القدرة على الإستماع والتفاوض والإقناع والإستجابة للإقناع والوصول الى حل.
- والتوكيدية تتضمن قدراً عالياً من الشجاعة وعدم الخوف من التعبير عن الشعور الحقيقي وكذلك قدرته على أن يرفض الطلبات غير المعقولة والضارة وقدرته على قول لا .

**سادساً- خصائص السلوك التوكيدي:**

**1- نوعي:** يتضمن عدد من المهارات النوعية وهي:

- قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر التي يشعر بها سواء الإيجابية أو السلبية، والآراء المتفقة مع الآخرين، أو المخالفة لهم، وكذلك قدرته على الدفاع عن الحقوق الخاصة والإصرار على ممارستها، والدفاع عن الحقوق الخاصة به، والقدرة على المبادأة بالتفاعل الإجتماعي، ورفض المطالب الغير معقولة بقول لا، جدير بالذكر أن الفرد قد يجد صعوبة في ممارسة فئة ، ويسراً في ممارسة فئة أخرى ، فالمهارات التوكيدية مكاملة لبعضها البعض، فالإمتعاض من سلوك شخص ما يجب أن يتلوه مطالبته بتغيير محدد في سلوكه، والدفاع عن حق يصاحبه التعبير عن مشاعر سلبية (فرج، 1998م، ص56).

## 2- لا ينطوي على إنتهاك حقوق الغير:

"حرص الباحثون على وضع البعد الإجتماعي في الحسبان عند تحديد طبيعة السلوك التوكيدي سعياً إلى تقديم تعريف أكثر واقعية لهذا السلوك، فعلى سبيل المثال، تعرف التوكيد بأنها الدفاع عن الحقوق الخاصة، والتعبير عن الأفكار والمشاعر والمعتقدات على نحو صريح ومباشر، وبطرق مناسبة ليس من شأنها إنتهاك حقوق الآخرين" (الطهراوي، 2007م، ص34).

## 3- فعاليتها نسبية:

فمن المعروف أن السلوك التوكيدي وعواقبه يمكن تقييمها على نحو منفصل ، فهذا يعني أنه ليس بالضرورة أن يكون السلوك التوكيدي المرتفع فعالاً دائماً حيث انه من الممكن أن تكون له عواقب سلبية، حيث يتوقف مدى فاعليتها على العديد من المتغيرات مثل المعيار المستخدم في تحديد مدى فاعليتها هل هي الأهداف الموضوعية للسلوك أم الشخص نفسه أم الآخرون وما مدى إدراك الثقافة التي يعيش فيها الفرد للمغزى الحقيقي للسلوك وما هي طبيعة الجزاء الذي تقدمه هذه الثقافة في حال صدور هذا السلوك (فرج، 1998م، ص57).

حيث يرى الفقي (2000م، ص71) أنه يمكن للفرد أن يسامح ولكن في نفس الوقت عليه أن يتعلم من تجاربه السابقة في الحياة، حيث أن الذات السلبية هي التي تعبر عن الغضب وهي التي تأخذ بالتأثر وتعاقب ، بينما الطبيعة الحقيقية للإنسان هي النقاء والسماحة والتسامح مع الآخرين.

## 4- موقفي:

"تتنوع التوكيدية بدرجة ما كنتيجة للتأثر بموقف بدرجات مختلفة، فمثلا تتأثر بخصائص الطرف الآخر في موقف التفاعل، وخصائص الموقف بما يحتويه من أشخاص آخرين وكذلك الخصائص الفيزيقية، وخصائص السياق الثقافي المحيط، ومدى حثها أو كفها للتوكيدية" (الطهراوي، 2007م، ص34).

## 5- يتضمن عناصر لفظية وغير لفظية:

قد يصدر التوكيد بوصفه وسيلة للتعبير عن مشاعر الفرد وآرائه في صورة إستجابة لفظية مثل: أنا لا أوافق على ما تقوله، أو غير لفظية عن طريق الإشارة أو تعبيرات الوجه، والسلوك المؤكد يعد حصيلة لكل من المكونات اللفظية وغير اللفظية. (فرج، 1998م، ص55).

## 6- قابلية للتعلم:

فالسوك التوكيدي مكتسب وهو قابل للتعلم، سواء بطريقة نظامية، أو بطريقة ذاتية من الشخص نفسه حيث يكتسب من خلال الخبرات الإجتماعية التي يكتسبها الفرد عبر حياته، بالإضافة إلى محاولة الفرد للتعرض للخبرات التي تساعده على تحسين مستوى توكيده (الطهراوي، 2007م، ص34).

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن السلوك التوكيدي ملائم من الناحية الاجتماعية مع الحفاظ على مشاعر وحقوق الآخرين، ومن خلاله يعرف الفرد قدر نفسه، ويعترض على التحيز ضده، ويعبر عن غضبه واستيائه، ويشكر بطريقة ملائمة، ويتمسك برأيه الصحيح ويرفض ما لا يفتن به، ويستطيع التعبير عن الاختلاف مع الآخرين.

وقد نشأت الحاجة إلى تفسير السلوك المؤكد للذات من خلال طريقة استجابة الفرد وتعامله مع المواقف التي تقابله بدءاً من المحادثة وطريقة الرد على الآخرين، ومقارنتها بالسلوك العدوانى والسلوك غير المؤكد للذات، ذلك أن أنماط السلوك الثلاثة تشكل خطأ متصلاً وقد فرق العديد من العلماء بين ثلاثة أنماط من الاستجابات السلوكية على النحو الآتي:

1- سلوك مؤكد: ويتسم بالتعبير عن الذات، واحترام حقوق الآخرين في التعبير عن ذواتهم، بالإضافة إلى تعبير الفرد عن رأيه.

2- سلوك غير مؤكد (سلبى): يظهر عندما يترك الفرد المجال للآخرين ليعتدوا على حقوقه، وغالبا ما يقلل من أهمية نفسه بالتفكير بأن ما يجب أن يقوله ليس صحيحا.

3- سلوك عدوانى: وهو السلوك الذي يقوم به الفرد للتعدي والهجوم على الآخرين، والتجاوز على حقوقهم وسلبها منهم بغير وجه حق. (مرسي، 2002م، ص110)

ولقد تزايد الإهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة السلوك التوكيدي والتدريب على مهارات إكساب الفرد له وذلك من أجل تنميته لدى الفرد ولمدى أهميته وتأثيره على الحياة النفسية للفرد، حيث كان في السابق الإهتمام منصب على دراسة مفهوم التوكيد وأبعاده، حيث تبين مدى تأثير السلوك التوكيدي في تدعيم مفهوم الذات، وتحديد الأساليب السلوكية غير السوية في التعامل مع الآخرين، ومدى أهميته في الحفاظ على حقوق الفرد واحترامه لذاته وشعوره بالرضا والثقة بالنفس (محمد، 2003م، ص155).

وللسوك غير المؤكد للذات آثار على شخصية الفرد منها: صراعات في العلاقات الشخصية، والإكتئاب، وشعور بالعجز، وإيذاء للذات، وتضييع الفرص، والشعور بالضغط

والتوتر، وعدم القدرة على ضبط الذات، وكره النفس والآخرين، والإدمان على عادات سيئة، والشعور بالوحدة والغضب، أما السلوك المؤكد للذات فإن آثاره على شخصية الفرد تتمثل في: القدرة على حل المشاكل، والشعور الإيجابي تجاه الآخرين وتجاه الذات، والشعور بالرضى والإكتفاء، وخلق وإيجاد الفرص العديدة، والشعور بالإسترخاء والقدرة على ضبط الذات، وحب الذات والآخرين، وأن الأفراد الذين يكبحون مشاعرهم على درجة عالية من القلق والإضطراب النفسي، ذلك لأنهم يفتقرون إلى توكيد ذاتهم، ويتجنبون أي نقاش خوفاً من أن يكشفوا عن إضطرابهم، وعلى العكس من ذلك فالأشخاص الذين لديهم توكيد لذاتهم لا يتجنبون الإتصال المباشر مع الآخرين، بل يسعون إلى العلاقات والمشاركات مع الآخرين، إضافة إلى أن آراءهم وتصرفاتهم تتصف بالإعتدال (حسين، 2006م، ص115).

### سابعاً- النظريات التي قدمت تفسيرات لتوكيد الذات:

#### 1- النظرية التحليلية:

تميل معظم نظريات علم النفس إلى الإتفاق بشكلٍ عام على أن توكيد الذات سمة لا تظهر فجأة بل إنه يتشكل لدى الفرد عبر الخبرات المبكرة التي يتعرض لها فهذه الخبرات إما أن تقود إلى تأكيد الذات وإما إلى عدم تأكيد الذات وعلى ذلك لا يتم النظر إلى توكيد الذات على إعتبار أنه سمة تظهر فجأة فسمه توكيد الذات تتطور عند الفرد تدريجياً كنجبة لتفاعلاته مع المجتمع المحيط به (Kelle, 1979, p. 15)

"وقد أعطى فرويد للأنا مكانة بارزة في نظريته لبناء الشخصية ويرى فرويد أن الأنا تقوم بدور وظيفي وتنفيذي تجاه الشخصية إضافة على أنها تقوم بالإحتفاظ بالدوافع النفسية بين متطلبات الصراع الأخلاقي للشخصية وبين الدوافع الطبيعية وتقوم الأنا بدور فعال حتى أنها تمتلك الإحتفاظ بين الدوافع والضمير" (زبيدة، 2007م، ص22).

كما أكد يونج أن الذات ليست مركز الدائرة فحسب، بل هي أيضاً محيطها الذي يضم الشعور واللاشعور، فالذات تتألف من الوعي بطبيعتها الفريدة من ناحية، ومن ناحية أخرى الوعي بعلاقتنا الوثيقة بالحياة كلها، والذات تقع في وضع الوسط بين الشعور واللاشعور وبذلك تكون قادرة على إعطاء التوازن للشخصية كلها وإن أعلى مستوى للتفاعل داخل النفس هو الذات ويحقق الوعي بالذات الوحدة للنفس ويساعد على تكامل كل من الشعور واللاشعور (غنيم، 1975م، ص532).

## 2-نظرية الذات عند روجرز:

"يرى روجرز أن الإنسان لديه نزعة فطرية لتحقيق وتوكيد الذات ، وأن الأحداث تكتسب معناها من خلال ما يدركه ويفهمه الفرد من تلك الأحداث من معنى وأن تعامل الفرد مع واقعه يكون من خلال كيفية إدراكه وفهمه لهذا الواقع ، حيث يقوم الفرد بعمل تقييم لخبراته هل هي ذات قيمة إيجابية أو لا؟ فالفرد يدرك الخبرة التي تتماشى وتنسجم مع نزعته لتحقيق الذات بإعتبارها خبرات ذات قيمة إيجابية والعكس صحيح ، وبذلك يتكون عند الفرد حاجة إلى التقدير الموجب للذات"(كفافي، 1999م، ص409).

"ويرى كارل روجرز أن مفهوم الذات ثابت إلى حد كبير ولكن يمكن تغييره وتعديله حيث يرجع سلوك الفرد إلى محاولة توكيد الذات ، مما قد يؤدي به إلى تعديل سلوكه بما يتناسب مع ما يحيط به ، فإذا كانت البيئة غير داعمة فإن مشكلات هذا الفرد ستزيد وكعلاج لهذه المشكلات يجب أن يتم تزويد الفرد بجو إجتماعي يمكنه من التعبير عن مشاعره ، ثم قبول تلك المشاعر وإتخاذ القرار المناسب لها وبالتالي سيؤدي ذلك إلى مزيد من الصحة والقوة"(الزعبي وآخرون، 2008م ، ص1044).

ويعتبر روجرز سوء التكيف حالة من التناقض بين الذات الواقعية والذات المثالية، ويحدث هذا عندما يجد الفرد صعوبة في إظهار الحب والإحترام للآخرين، لذلك يجد نفسه محبباً، فالفرد يسير في حياته بناءً على إدراكه في تمييز طبيعته، والإدراك يتحدد بالطريقة التي يعكس الفرد بها نظرتة إلى نفسه وما يحيط به، ويشير روجرز إلى أن تقدير الذات العالي ومفهوم الذات الإيجابي يتأنيان من خلال قبول الوالدين للأبناء وتقديرهم تقديراً إيجابياً غير مشروط ويعني التقدير الإيجابي غير المشروط قبول الطفل واحترامه كما هو دون شروط، كما أن التقدير الإيجابي يؤدي إلى نمو وارتفاع تقدير الذات للأبناء، ليس معني التقدير الإيجابي غير المشروط هو غياب الضوابط المفروضة على الطفل ولكن هذا يعني أن الأب والأم يهيآن الجو النفسي للطفل الذي يتم من خلاله قبول الطفل وتقديره كما هو دون شروط مما يتيح له تقديره لذاته وتحقيقه لها ( العامرية،2014م، ص18).

### ثامناً- أنماط التوكيدية:

تتفاوت أنماط التوكيدية في مدى فاعليتها، تبعاً للمدى الذي يمزج الفرد فيه توكيده باستجابات أخرى، ذات طابع اعتدائي أو تبريري أو تفسيري لكي تخفف من حدته، وتجعله أكثر قبولا، وتتمثل أبرز تلك الأنماط فيما يلي كما يوضحها (العجلة، 2012م، ص62) :

## أ- التوكيدية الأولية:

وفيها يعبر الفرد عن مشاعره وآرائه بشكل مباشر ويقوم بالدفاع عن حقوقه على النحو الذي لا يتضمن استخدام مهارات إجتماعية أخرى مصاحبة للتوكيد والقدرة على الإقناع.

## ب- التوكيدية المتعاطفة:

ويظهر هذا النوع من التوكيدية عندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد حساساً حيثاً يسبق العبارة التوكيدية التي يقولها الفرد عبارات منخفضة، تعبر عن تقدير وجهة نظر الآخر التي لا يتفق معها، وإظهار الإمتنان له حتى يتضاءل ويقلل من رد فعله السلبي، حيال ما سيقوله الفرد من عبارات توكيدية.

## ج- التوكيدية التصاعدية:

وهذا النمط من التوكيدية قائم على مبدأ إقتصاد الجهد، فما يمكن مواجهته بمستوى توكيدي أقل لا داعي لأن نستخدم فيه قدرًا أكبر من التوكيدية وهذا يعتمد على طبيعة الموقف والشخص الذي يتم الحوار معه.

## د- التوكيدية التصادمية:

وهذا النمط من التوكيدية يظهر عندما تتعارض

كلمات الطرف الآخر مع أفعاله أو مع حاجات الفرد، حتى يشعر بأنه تصرف بطريقة غير مناسبة.

## تاسعاً- ملامح الشخصية المؤكدة في ثقافة المجتمع الفلسطيني المسلم:

"من المعروف أن ثقافة المجتمع الفلسطيني، تضرب بجذورها في أعماق الحضارة الإسلامية، والتي تعد الحضارة مؤكدة لذاتها، وتمسكة بهويتها في مواجهة الهويات المتعددة المتعارضة المحيطة بها في فلسطين خاصة وفي العالم العربي عامة، وبالنسبة للغرب فقد شاعت التوكيدية والتدريب التوكيدي، في ظل فلسفة متحررة خارجة عن نظام الدين، ورفض القيم الأخلاقية الثابتة والمعايير المطلقة، ولكن المتأمل للفكر الإسلامي يرى أنه يحصن الفرد على أن يكون مؤكداً لذاته، فهذا يساعده على إعلان معتقداته التي قد تكون مختلفة عن حوله، وعدم الخجل من تبني موقف مختلف، والإستقلال بالتفكير، ورفض التبعية العمياء، وفي هذا يأمرنا الرسول ﷺ بذلك يقول: (لا يكون أحدكم إمعة يقول أنا مع الناس إن أحسنوا أحسنت، وإن أساءوا أسأت)" (سنن الترمذي 4/454: 207).



ومن أبرز سمات الشخصية المؤكدة لذاتها في الثقافة الإسلامية ما يلي:

### 1. الجهر بالحق والقدرة على إظهار الاختلاف:

فقد حث الإسلام الفرد على أن يجهر ويعبر عن اختلافه مع الأشخاص المحيطين به سواء كانوا من الأشخاص العاديين أو ممن يمثل السلطة، فقد قال رسول الله ﷺ: (أفضل الجهاد كلمة حق عند سلطان جائر) (الطهراوي، 2007م، ص37).

### 2. القدرة على طلب تفسيرات من الآخر حول سلوكه:

وليس أدل على ذلك من أن الرسول ﷺ كان دائم الطلب من أصحابه أن يسألوه توضيح أو تفسير أشياء عديدة كان يفعلها أمامهم، وهو ما ينمي لديهم تلك المهارة التوكيدية الهامة- طلب تفسيرات من الآخر حول سلوكه، ولا إختلاف في ذلك فمن لا يستفسر لن تصل إليه المعرفة، والمعرفة قوة، ومما يروى في هذا المجال أن الخليفة عمر بن الخطاب كتب إلى حذيفة بن اليمان بعد ما ولاه المدائن قائلاً: " إنه بلغني أنك تزوجت امرأة من أهل المدائن (فارس) من أهل الكتاب فطلقها ". فكتب إليه: لا أفعل ذلك حتى تخبرني: أحلال أم حرام ؟ وماذا أردت بذلك ؟ (وهو يكشف عن قدرة مرتفعة على أن يطلب من الآخر تفسير سلوكه مع أنه رئيسه الأعلى). فقال عمر: بل حلال..(صفوت، 1962م، ص272).

### 3. مراجعة الذات والاعتذار العلني:

"يحث الإسلام الإنسان على عدم التماذي في الخطأ، ويرسخ القاعدة التي تقر بأن مراجعة الحق خير، ويرسخ القاعدة التي تقر بأن مراجعة الحق خير من التماذي بالباطل، وهناك متسع لمراجعة الذات ما دام ذلك يخدم الصالح العام أو الخاص. كما أنه يمكننا القول بوجود مجموعة من المبادئ التي تحكم سلوك المسلمين في الدولة الإسلامية، ومنها ذلك الذي أعلنه الخليفة الراشد عمر بن الخطاب مخاطباً أبا موسى الأشعري حين ولاه القضاء، قائلاً له "إن الحق قديم ومراجعة الحق خير من التماذي في الباطل" (زقوت، 2011م، ص63).

### 4. عدم الإذعان للمطالب غير المقبولة أو المعقولة:

الإسلام يحض الفرد على أن يعلن رفضه لما يطلب منه إذا رأى أن ذلك غير مشروع أو مقبول، وهذا يمثل مدى أهمية قاعدة قول لا في المواقف التي لا يتماشى معها الفرد ومما يدل على ذلك تلك القاعدة الإسلامية الشهيرة" لا طاعة لمخلوق في معصية الخالق" (الطهراوي، 2007، ص38).

## 5. الاعتداد بالذات:

إن أهم محرك لتوكيد الذات لدى الفرد أن يكون لديه شعور، وهذا عنصر مطلوب في شخصية الفرد المسلم يقول الرسول ﷺ: "إطلبوا الحوائج بعزة نفس، فإن الأمور تجري بمقادير" ويروى أن معاوية بن أبي سفيان قال لجارية: ما كان أهونك على أهلك إذ سموك جارية، فرد عليه جارية قائلاً: وما كان أهونك على أهلك إذ سموك معاوية (وهي الأنثى من الكلاب).

ومما يروى عن عمر بن عبد العزيز أنه دخل عليه في أول خلافته وفود المهنيين من كل جهة، فتقدم وفداً من الحجازيين للكلام غلام صغير لم يبلغ سنه إحدى عشرة سنة. فقال له عمر: إرجع أنت وليقدم من هو أسن منك، فقال له الغلام: أيد الله أمير المؤمنين، المرء بأصغريه قلبه ولسانه، فإذا منح الله العبد لساناً لافظاً وقلباً حافظاً، فقد إستحق الكلام، ولو أن الأمر - يا أمير المؤمنين - بالسن لكان في الأمة من هو أحق منك بمجلسك هذا (الجاحظ، 1985م، ص85) وهذه الرواية تحتوى على دروساً توكيدية متعددة منها:

**أولها:** تلك القدرة الفائقة على التوكيد لدى غلام صغير في موقف عسير فهو في مقتبل العمر، وهو ما يعني انه كان معتاداً على مواجهة المواقف في سياقات سابقة. اي انه قد تعرض لعملية تنشئة للتدريب على التوكيد مع رموز السلطة.

**وثانيها:** تلك المهارة التي امتلكها الصبي في مزج رسالته التوكيدية بعبارات ملطفة بما يخفف من تأثيرها، ويزيد من احتمال قبولها من الطرف الآخر في لم تمثل للطرف الآخر أي هجوم.

**وثالثها:** وهو ذو أهمية خاصة في واقعنا المعاصر، أن الخليفة كان يتمتع بوح توكيدية عالية حيث تقبل هذه الرسالة التوكيدية الصارمة، من الفتى دون تملل، وهو ما يعد بمثابة نموذج (قدوة) لمن هم أدنى منه في مدرج الرئاسة يحثهم على أن يكونوا كذلك مع رعيتهم مما يشيع روح التوكيد في الثقافة بوجه عام (فرج، 1998م، ص385).

## 6. عدم الحياء في الحق:

قد يستغل البعض نقص الشجاعة الأدبية للآخر، للحصول على المزيد من المزايا أو على حسابه، وقد يصعب على الفرد التراجع عن رأي تبين خطأه، لأنه لا يملك القدر الكافي من الشجاعة الأدبية للتصريح، ومن هنا كان السكوت، ومن هنا كان الساكت عن الحق في الإسلام شيطان أخرس، وقد خاطب الرسول ﷺ أصحابه قائلاً: (لا يحقر أحدكم نفسه، قالوا:

كيف يحقر أحدنا نفسه؟ قال: يرى أمر الله عليه مقال، فلا يقول فيه، فيقول الله عز وجل له يوم القيامة: ما منعك أن تقول في كذا وكذا؟ فيقول: خشية الناس، فيقول الله: فإياي كنت أحق أن تخشى) (الطهراوي، 2007م، ص40).

ومن هنا ترى الباحثة بأن الحضارة الإسلامية حاولت بطرق متعددة تنمية روح عدم الحياء من الحق، حتى لا يؤتى الفرد من هذا الباب فيوافق حرجاً، على ما لا يقبله، أو يستسلم لأوضاع لا يرتضيها، ولكي يكون قادراً على الاعلان عن أوجه اعتراضه على ما يتعرض له من أحداث، وكذلك الاعتراف بأخطائه.

#### 7. التعبير عن المودة والمساندة والثناء على الفعل الجيد:

لا تتمثل التوكيدية فقط في دفاع الفرد عن حقوقه، وحماية خصوصيته، بل إنها تساعد أيضاً على بدء علاقة مع الآخر، وتوطيدها من خلال تعبيره عن مشاعر الودية نحوها، ومساندته وقت الشدة، ويحثنا الإسلام على إرساء دعائم مجتمع والتراحم بين أتباعه، فيذوبون رقة فيما بينهم وتعاطفا ومودة، ولكنهم صناديد في مواجهة الباطل، قال تعالى: ﴿مُحَمَّدٌ رَسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءُ بَيْنَهُمْ﴾ [الفتح: 29]، ويقول رسول الله ﷺ: (إذا أحب أحدكم أخاه فليعلمه أنه يحبه) وفي هذا تشجيع على التعبير عن مشاعر المودة والحب نحو الآخرين، بل والشكر لهم، فكما قال رسول الله ﷺ: (لا يشكر الله من لا يشكر الناس) إن في ذلك غمطا للحق وجحودا للآخرين، فالمسلم المؤكد يجب ألا يقتصر سلوكه على النقد، وإن كان بناء، ولكن عليه أن يثني على العمل الجيد (القيرواني، 1972م، ص 389).

وترى الباحثة أن التوكيد وسيلة للتعبير الشخصي والاجتماعي، حيث إن الإسلام حث الفرد على أسلوب التوكيدية وشجع عليه، إذ يوصى الفرد بأن يجهر بالحق، ولا يخاف أحد، وأن يبدي وجهة نظره، وألا يقبل الخطأ وأن يبين وجهة نظره، مهما كانت سلطة من أمامه، وألا يصر على خطأ، وأن تكون لديه الجرأة لأن يعترف بخطئه، ويراجع نفسه، وعلى الإنسان أن يكون معترز بنفسه، ولا يذل نفسه لأحد، وألا يستحي من قول الحق، والتوكيدية لا تعني أن يدافع الفرد نفسه وعن حقوقه فقط ولكن ان يدافع عن حقوق الآخرين أيضا.

## المبحث الثالث:

### الفصام العقلي

لقد أخذ الإغريق طرقهم في العناية بالمرض العقلي من القدماء المصريين وطبقوا هذه الطرق وبدأوا في العلاج لمرضاهم، ثم أضافوا عليها بعد ذلك من جهدهم الخاص، وربما كانت أول إشارة إلى ذلك هي ما جاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون إذ نصح بالألا يظهر أي مصاب بالمرض العقلي في طرقات المدينة. وفي مستهل العصر المسيحي، دعا أحد العلماء الإغريق إلى استخدام طريقتين متباينتين لعلاج مرضى العقل، ففي حين أنه كان من ناحية يجد نفعاً في استعمال التجويع والتقيد بالأغلال والجلد بالسياط، على زعم أن هذه الوسائل تجعل المريض الممتنع عن الطعام يعود لتناوله، وفي القرون الوسطى ترك علاج المرض العقلي في أوروبا في أيدي رجال الدين، فشاعت المعتقدات الخرافية عن فاعلية السحر، وغيره ثم أنشئت أماكن لحجز المصابين بالمرض، لم تكن في غالبيتها تستوفي الشروط الصحية بل كان المصابون بالمرض يتعرضون للمعالجة السيئة، وأخفها التقيد بالأغلال المثبتة بالحوائط لفترات قد تصل إلى عشرات السنين (عكاشة، 2003م، ص25).

### الذهان (Psychosis):

ويقصد بالذهان أو المرض العقلي حدوث تصدع لشخصه بشكل ملحوظ ويحدث تفكك فيها حيث تضطرب صلة المريض بالواقع ويحدث سوء إدراك لهذا الواقع، كما يحدث تدهور في المظهر العام للمريض، وقد يظهر بعض التصرفات الطفيلية كالتبول على الملابس أو السير في الشارع في حالة التعري التام أو الجزئي ويحدث اضطراب في التفكير وتشتت واضح مما ينعكس على الكلام والقدرة على التعبير وقد يصل الأمر إلى وجود لغة خاصة بالمريض وتظهر هلوسات سمعية وبصرية ويحدث اضطراب شديد في المزاج، كما يظهر محتوى اللاشعور بصورة فجأة وصريحة في سلوك المريض، ويظهر ذلك في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية وفي أشكال السلوك النرجسية- التمرکز حول الذات- والسلوك الجنسي- العدوانية. وعادة لا يشعر الذهاني بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يهتم بنفسه أو ببيئته ويمكن أن يرجع الذهان إلى أسباب وعوامل عضوية، حيث يرتبط بتلف في الجهاز العصبي مثل ذهان الشيوخة والذهان الناجم عن اضطراب الغدد الصماء. ويمكن أن يكون الذهان وظيفياً أي نفسي المنشأ وهو الذي لا يرجع إلى أسباب عضوية، ومن أهم صورته الوظيفية الفصام وجنون العظمة والاضطهاد والهوس (الداهري، 2008، ص217).

"والفصام العقلي اضطراب ذهاني يجعل المريض منكب على ذاته، مشغول بعالمه الخاص بما يحمله من هلاوس وضلالات وأوهام، غير مهتم لقيم ومعايير المجتمع التي ربما يكون قيل أن يقع فريسة للمرض من بين أكثر الناس التزاماً بها، وأحياناً يبدو للآخرين وكأنه جاء من كوكب آخر، ولذلك فهو لا يعرف الفرق بين الحقيقة والخيال "أي انه فقد ارتباطه بالواقع" فقد يسمع صوتاً يأمره بشئ وينهض من فوره لتنفيذ ما يسمعه من أوامر، أو قد يعتقد أن الآخرين يدسون له السم في الطعام أو أن المحطات التلفزيونية العالمية تنذع أخباره، أو أنه مجند من قبل جهاز المخابرات للتجسس على دولة عظمى، ولم يجد مصطلح من سوء الفهم والخلط والتشويش مثلما وجد مصطلح الفصام. والفصام اضطراب أو مجموعة اضطرابات يتصف بأعراض ذهانية محددة الملامح وأخرى غير محددة الملامح، وعلى مدار ما يقرب من قرن من التاريخ عرف مصطلح ذهاني تعريفات عديدة ومتباينة لم يجد أي منها قبولاً مطلقاً، أضيق هذه التعريفات تقيده بالضلالات (الهذات) أو بالهلاوس الواضحة التي تحدث في غياب الوعي بالحالة المرضية" (عبد الرحمن، 2000، 387).

## أولاً- تعريف الفصام العقلي:

### 1- تعريف الفصام العقلي في اللغة

فصم: فصما، الدمج ونحوه: كسره من غير أن تنفرق كسره

تفصم: وانفصم: انكسر من غير بينونة تصدع

عقل: عقلا البعير: ثنى وظيفة من ذراعه فشدهما معا بحل هو العقل.

عقل الدواء بطنه: أمسكه

عقل: أدرك

عقل: عرف الخطأ، والعقل: جمعه عقول.

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

### 2- تعريف الفصام العقلي اصطلاحاً

"هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه

المختلفة، أي أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح " (عبد الله، 2000م، ص 199).

"وهو عبارة عن اضطراب في العلاقة المتصلة بالحقيقة حيث يصبح إدراك الشخص متأثراً بشعوره ووجدانه. والفصام يشير إلى ابتعاد المريض عن الحقيقة وباضطرابات حادة في الحياة الانفعالية حيث يكون الشخص الفصامي مضطرب التفكير والوجدان والإدراك والسلوك ويغوص في عالم الخيال" (الحياني، 2011م، ص 192).

في عقل الفصامي تتوقف الإنفعالات والمشاعر والأفكار والإدراكات عن العمل ككل متكامل وفي موقف معين قد تسود مجموعة أفكار سلوك الشخص، في حين يبدو أن أفكار أخرى مساوية لها في الأهمية بالنسبة للأداء الوظيفي التكيفي تكون في هذا الموقف بالذات ليست بذات أهمية علاوة على ذلك فإن المشاعر والإنفعالات قد تتفصل عن الإدراك ، وبالتالي تبدو غير ملائمة تماماً لموقف معين (Jungbauer, 2014, p.26).

الفصام هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذه الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح، وتتميز حالة الفصام العقلي بالبلادة والإنسحاب عن المجتمع ومن الحياة الإجتماعية العادية (McDonell, 2003, p.17).

ويعرّف الفصام بأنه حالة مرضية تتميز بتدمير بنية الشخصية أو تفككها مسؤولة عن فقدان الإتصال بالواقع وعن فقدان التكيف التدريجي مع الوسط (أسعد، 2001م، ص 1985).

ويعرّف سترانج Strang الفصام بأنه " اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفية أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في مخه، ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط، ومن أعراضه الإنسحاب من المجتمع والبلادة الإنفعالية ".

أما ستانفورد Stanfford فيعرّفه بأنه أحد الأمراض العقلية، وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلاوس والأفكار الزائفة أو الهريان والإنسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الإنفعالية عند المريض.

أما جيمس دريفر Games Driver فيشير إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية، كما أن الحياة الانفعالية نفسها يغيرها التفكك والانحلال وعدم التماسك والتناسق أو التنظيم (العيسوي، 2000م، ص185).

ويعرف قاموس الطب النفسي Psychiatric Dictionary الفصام بأنه اضطراب عقلي مرتبط ببعض النقص التكويني أو الجبلي ذي الطابع الفسيولوجي وأهم أعراضه عامة هي: الإنسحاب من الواقع، والأوهام، والهالوس والهذات الإضطهادية وغيرها، كما توجد لدى المريض اضطرابات في الإدراك.

هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم إتجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب لا تتناسب مع الواقع (غانم، 2006م، ص 136).

ويضيف " زهران " (2005) الفصام مرض ذهاني يؤدي إلى عدم إنتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي، ومن خصائصه الإنفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وإنفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك، ويعيش المريض في عالم خاص بعيد عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر، ويعني انفصام الشخصية تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها، فقد يصبح التفكير والإنفعال كل في واد والفصام يعني أيضا تفكك الذات.

ويعرفه عبد الفتاح (2010) بأنه تسميه معطاة لمجموعة من الأمراض الذهانية التي يتميز فيها تدهور الأداء بتشويه وتحريف حاد للتفكير والإدراك والمزاج، وبالسلوك الشاذ الغريب الأطوار وبالإنسحاب الإجتماعي.

يتضح من التعريفات السابقة أن الفصام يعبر عن الإنقسام أو التنافر بين الوظائف المختلفة داخل شخصية الفرد، فلا تتكامل وظائف الإنفعالات والمشاعر والأفكار والإدراكات، وتصبح غير ملائمة مع المواقف المختلفة التي يمر بها المريض الفصامي، كما أن المريض الفصامي ينسحب من الإتصالات الإجتماعية لفترات طويلة، وتتخذ إنفعالاته في الغالب صورة الوجدان المتبلد الذي يتميز بالإنحرافات الغريبة في التفكير والإدراك الحسي.

وتستنتج الباحثة من التعريفات السابقة للفصام تصويرها له على أنه مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعاً في سن الرشد، ويتميز باضطراب الوجدان وظهور أعراض الإنسحاب إلى عالم الخيال واضطراب التحكم واللغة، وعدم تماسك الشخصية وتفككها وتدهورها التدريجي ووجود الهالوس والهذات لدى مريض الفصام حيث يعيش المريض في عالم خاص

من صنعه، كما أن السلوك العدوانى ليس سمة شائعة في الفصام وقد يرجع عدوان الفصاميين إلى الطريقة الذهانية التي يدركون بها البيئة المحيطة من خلال هلاوسهم وهذياناتهم، وغالباً ما يكون المريض الفصامي متبلد ومنطوي ويشعر بالتهديد، ولا يستطيع المريض التمييز بدقة وثبات بين الواقع الداخلى والخارجى مع فشلة في المحافظة على إتصاله بالعالم الخارجى فيتدهور أداءه وينحرف تفكيره وإدراكه ومزاجه.

وتتفق الباحثة مع تعريف عبدالله حيث يعرف الفصام على أنه " مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأمراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة، أي أن هذا الإضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح "

### ثانياً- أسباب مرض الفصام العقلي:

"ترجع أسباب حدوث مرض الفصام إلى عوامل الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، والعلاقات العائلية، العمر، الجنس، الطبقة الاجتماعية بالإضافة إلى الأحداث السيكولوجية في حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية في حدوث الفصام، فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والشباب المبكر تكون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤدي إلى أسلوب في الحياة يتميز بعدم الاستقرار، وبأنه عرضة للتغيرات المرضية، حيث يقوم الفرد ببناء دفاعات نفسية أي وسائل نفسية يسعى عن طريقها إلى حماية إحساسه بهويته وبتفرد ذاتيته، وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قادر على قبول نفسه على الإطلاق يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهاني، وهنا تظهر أعراض مرض الفصام وتسمح له بأن يستقر في الحياة بقدر أقل من الألم"(عبد الله، 2000م، ص206).

"كما أكدت العديد من الدراسات دور الجينات في الفصام وفي الدراسات الروتينية للجينات الفصامية لوحظ أن معدل الإنتشار بين أفراد العائلة أكثر منه بين عامة الناس وتزداد كلما قربت صلة القرابة، ومن دراسات القوائم لوحظ أن الإنتشار بين القوائم المتماثلة 47% وبين غير المتماثلة من 10- 12 % وكشفت دراسات عن الأطفال الذين أخذوا من آبائهم الفصاميين وربوا في أسرة غير فصامية أن معدل انتشاره هو نفس المعدل كما لو ربوا مع آبائهم الأصليين كما أن متابعة القوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعضهم وتمت تربيتهم في أماكن متباعدة أعطت نفس معدل الإنتشار كما لو تم تربيتهم مع آبائهم" (سمور، 2006م، ص187).



### ثالثاً- النظريات المفسرة لمرض الفصام:

لقد تعددت النظريات المفسرة لمرض الفصام نذكر منها النظريات التالية:

#### 1- النظرية التحليلية والدينامية:

ذكر عبدالرحمن (1994م، ص285) ورائدة حامد زهران (2005م، ص536) أن المدرسة التحليلية ترى أن أسباب مرض الفصام العقلي ترجع إلى الصراع المستمر بين الانا الأعلى وهو ما يضعف سيطرة الأنا الأعلى على الشخصية ويضعف الأنا ويخلق صراعاً مستمراً بينه وبين العالم الخارجي مما يؤدي إلى إنفصاله عن الواقع وبالتالي يؤدي ذلك إلى إمتصاص الطاقة الليبيدية للداخل بدلاً من توجيهها للخارج وينكس للمراحل الجنسية الأولى للفرد وينكس لأنماط التفكير الطفولي وينسحب إلى داخل نفسه إلى المستوى النرجسي ويتمركز حول ذاته ويتجنب العلاقات الإجتماعية ويصبح إنطوائياً ويفشل في التوافق مع البيئة الإجتماعية.

وبالمقارنة مع سوليفان Sullivan الذي كان له الاندماج في علاج لهذه المجموعة أرجعها إلى اضطراب وصعوبة العلاقة الأولية والتي ترجع للأم القلقة، وقد قسم تطور الأمراض العقلية إلى أربعة مراحل:

1- الطفولة المبكرة: تسبب عدم الثقة التي يغرسها الآباء في الطفل إلى جعله يرفضهم وخاصة الأم وبالتالي لا ينمي الطفل الثقة بالنفس.

2- الطفولة المتأخرة: تبدأ المرحلة الكلامية (الشفهية) فينسحب المريض الفصامي من التجارب المحزنة مع الأم، وتطرد الشخصية المخاوف والتوترات غير المحتملة تجاه الأم وتشعر بقصورها.

3- البلوغ: تنمو العمليات الكافية والاحتياجات الجنسية، ولا يستطيع مريض الفصام مواجهة العالم لدفاعات غير كافية من المراحل الأولى، ويحدث الألم الذهني.

4- المرض العقلي: المهرب الوحيد يتم من خلال تغيير في مراحل التفكير العودة إلى المرحلة المبكرة والتي كانت الأعراض تتحول فيها إلى شكل خيالي، ويظهر مريض الفصام مخاوفه الداخلية(جودة، 2008م، ص38).

واعتبرت ميلان كلين Melanie Klein أن الفصام يحمل دوافع الغيرة والسادية مما يجعل المريض قابل للقلق البارانويدي، ويؤدي إلى الإنسحاب والتداخل في الدفاعات والإسقاط

التمييزي وينمو الطفل بوضع إكتئابي بدون مناقشة ويثبت على الموقف، البارانويدي الفصامي (بريخ، 2014م، ص 77).

## 2- النظرية السلوكية:

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود بشكل كبير إلى انتشار نوع من الكف الوقائي في المخ، ونظراً لضعف خلايا المخ عند الفصامي تصبح المنبهات العادية حادة وتؤدي بالتالي إلى تكوين الكف الوقائي، ويتكون الكف الوقائي عادة في القشرة ولكنه يصل إلى جذع المخ. وتتوقف الصورة الإكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف، ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ، والسبب في هذا الضعف يعود إلى تسمم الكائن الحي كله بما في ذلك المخ، واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية، أم سبب هذا التسمم فما زال غير معروفاً حتى الآن (جودة، 2008م، ص 39).

والطفل الذي سيكون فصامي في المستقبل يتعلم ردود الفعل غير المناسبة، وطرق التفكير بتقليد الوالدين الذين يعانون من مشاكل عاطفية، وينشأ ضعف في العلاقة الإجتماعية ويكون مثال لضعف التعلم في الطفولة. ولا زال السبب الحقيقي للفصام غير معروف، والأكثر اعتقاداً أنه بسبب عوامل مختلطة نفسية وبيولوجية وتربوية وإجتماعية، وتشير الدراسات إلى وجود ثلاثة أنواع من العلاقات بين الفصام والأحداث المثيرة للضغط (سمور، 2006م، ص 187).

## رابعاً- أنواع مرض الفصام:

يصنف الفصام إلى عدة أنواع، وفقاً لنوع الأعراض السائدة في كل منها، إلا أنه في حالات عديدة تختلط الأعراض بحيث يصعب إدراجها تحت أي نوع منها.

### 1- الفصام البسيط:

تظهر على المصاب عدد من الأعراض المتباعدة، ويكون أوضحها أولاً بعض الأفعال الغريبة المتناثرة، ويتصف المريض بالسلبية الفصامية، مع تغير بطئ في السلوك، يفقد أثناءه إهتماماته شيئاً فشيئاً، ويبتعد عن القيام بأي عمل أو أي نشاط ويصبح منعزلاً إجتماعياً، وفي هذا النوع نقل فيه الهلوس والهذات، ويظهر فيه الخمول والبلادة، وعدم الإهتمام أو النشاط أو المبادرة مع ضعف الصلات الإجتماعية، وبرود الإستجابات الإنفعالية، وتدهور تدريجي مطرد في القوى العقلية (بريخ، 2014م، ص 79).

## 2- الفصام التخشبي (الكتاتوني):

"يشير إصطلاح الفصام التخشبي إلى صعوبة حركة العضلات، وإلى جمودها وفقدان القدرة على القيام بالنشاط الحركي ويبدو المريض في حالة جمود وخمول كما لو كان تمثالاً من الشمع، والفصام التجمدي أقل أنواع الفصام خطورة".

### المحكات التشخيصية للنمط التخشبي:

- نمط من الفصام تتجلى الصورة الإكلينيكية له بواسطة إثنين على الأقل من العلامات الآتية: ثبات حركي من علاماته التخشبية (يكون الجسم في ليونة أو لدانة الشمع) أو الغشبية.
- نشاط حركة زائد ولا يتأثر بالمثيرات الخارجية. المخالفة (السلبية) الزائدة (مقاومة لا حركية لكن التعليمات أو البقاء على الوضع المتصلب ضد أي محاولات لتحريكه) أو خرس (بكم).
- تجسيمات حركية لا إرادية كما تظهر في وضع جسمي معين (افتراض إرادي لأوضاع غير مناسبة أو خليطه)، حركات نمطية، لزمات واضحة، أو تكشير واضح.
- التردد المرضي لما يحوله الآخرون أو التطبيق لما يسمعه كما يعد رفض الحديث عرض شائع أيضاً، ونظراً لأن الأعراض الحركية صارخة الوضوح كما أن الأعراض غير عادية وظاهرة كذلك فإنه من السهل تشخيص الفصام الكتاتوني عن الأنواع الأخرى ولا يعرف بعد سبب هذا النمط من الفصام كما يحتمل أن يكون لاستخدام العلاج الطبي لمضادات الذهان فعالية في الحد من الأعراض التخشبية (جوده، 2008م، ص46).

## 3- الفصام الوجداني:

يحدث خلالها نوبة اكتئاب أساسية أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة تتزامن مع الأعراض العامة ويرى ستيفن وريس أن الفصام الوجداني هو عبارة عن تصرفات فصامية يصاحبها اضطراب شديد في الطبع، ويظهر ذلك إما من خلال الشعور بالمرح الزائد أو الاكتئاب، وغالبا ما تقل اضطرابات الطبع بعد شهور قليلة بالرغم من أن هناك فترات من الحياة صعبة أو عصبية في هذا النوع من الفصام يبكي المريض بحرقة، ويكون مكتئبا ويشكو من الخوف "إلى جانب الأعراض الفصامية نجد تغيرات واضحة في الحالة الوجدانية أو المزاجية، وهي تغيرات قد تسم نوع آخر من الأمراض الذهانية هو (ذهان الهوس - الاكتئاب) حيث نجد أن المريض يمر بفترات من الاكتئاب وبفترات من الفرح قد يصل إلى حد النشوة (غراب، 2015م، ص97).

#### 4- الفصام الهذائي (البارانويا):

يعتبر هذا النوع من أكثر أنواع الفصام شيوعاً في كل أنحاء العالم، وتتلخص أعراضه في هذات التتبع أو الاضطهاد، أو هذات التميز والنسب الراقى، أو هذات الانتماء إلى رسالة خاصة مبهرة، أو الإحساس بتغيرات جسمية لا وجود لها، ويمر أيضاً بهلاوس صوتية، إما من النوع المهدد له، أو من هلاوس لا تنتمي إلى لغة واضحة مثل أصوات الضحك أو الهمس المبهم، وقد يبدون درجة واضحة من الغضب والانخراط في سلوك العنف إذا كانت الهذات حادة أو يخشون من الأذى الجسدي، كما يعانون من قلق وهلع شديدين، وإذا لم يتصرفوا وفق ضلالهم فإنهم يؤديون أعمالهم وأفكارهم بشكل متكامل وحسن وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي فإن النمط البارانويدي من الفصام ربما يكون أفضل من الأنماط الأخرى (عبد الرحمن، 2000م، ص 393).

#### 5- الفصام المتبقي:

حيث يشفى المريض بالفصام، ولكن يتخلف لديه بواقي أفكار أو انفعالات أو سلوك فصامي وبقايا هلوسات وهذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الاجتماعي وتفاعله في المجتمع، مع ظهور الأعراض والعلامات السلبية مثل التبدل العاطفي والانعزال وضعف الإرادة (بربخ، 2004م، ص 79).

#### 6- الفصام الكامن:

حيث يميل السلوك نحو الفصام لكنه مازال خارج نطاق الشخصية الفصامية، ويكون المريض على حدود الذهان، ولديه بعض أعراض الفصام، ولكن الحالة لا تكون متقدمة وليست كمثال الفصام الحاد أو المزمن ويحقق الفرد نوعاً من التوافق الحدى ولكن سلوكه عامة يكون شاذاً وغامضاً وغريباً. " (عبد الرحمن، 2000م، ص 395).

#### خامساً- أعراض مرض الفصام:

قبل أن تظهر الأعراض المميزة للفصام بفترة طويلة يمكن أن يظهر طور إنذاري يستمر لأسابيع أو أشهر، يتميز بالمزاج الاكتئابي في غالبية الأحوال. يسير المرض على دفعات، وفي أحوال معينة يمكن بعد أطوار عدة من المرض أن تبقى أعراض متبقية مزمنة، غير أن الغالب أن يمر المريض بمرحلة خالية من الأعراض بعد طور حاد من المرض. وفي الحالات النادرة جداً تظل الأعراض الفصامية الايجابية مستمرة بصورة مزمنة تتميز بالأعراض السلبية للفصام. وفي أثناء الطور الحاد من المرض، وفي فترة الشفاء يمكن أن يمر المريض بأزمات

تحمل في طياتها خطر الانتحار. وبعد دفعات حادة تحدث حالات من التحسن اللاحق، تتصف بحالات من المزاج الاكتئابي والإنهاك، غير أنها تختفي بعد بعض الوقت (رضوان، 2002م، ص431).

أهم الأعراض التي يتميز بها مرض الفصام العقلي حسب ما ورد في (الختاتة، 2012م، ص286):

1- **البعد عن الواقع:** يمتاز الفصام بفقدان المريض القدرة على الاتصال بالواقع، فيعجز عن التكيف اجتماعياً وينسحب تدريجياً من جميع العلاقات الإنسانية، واستجاباته للمواقف الاجتماعية تصبح غير ملائمة، ونجد أن المريض هنا يفسر الحقيقة ويشوهها حتى تخدم حاجاته الداخلية والذاتية، وبمرور الوقت لا يستطيع التمييز بين عالمه الخيالي الوهمي وبين العالم الخارجي.

2- **فقدان القدرة على التحكم في الدوافع والانفعالات:** يفقد المريض القدرة على التحكم في الدوافع، ويصبح فجأة مزعجا وعاصفا ويميل إلى الإفراط في الحركة والنشاط، وهذا النشاط يمتاز بالعنف، وبعض المرضى يصبحون عدوانيين، وهذه النوبات تقود إلى الهلوسة والهذيان أي الأفكار الزائفة.

3- **اضطراب التفكير وظهور الهلوس والهذيان:** تظهر عند مريض الفصام الهلوس، وهذه الهلوس قد تكون سمعية وبصرية، وهناك أيضا الهلوس الشمية والذوقية واللمسية، كذلك يبدو على المريض الهذات، وتعمل على تعزيز وتأييد الهلوس، وقد يظهر الهذيان بمفرده، أيضا نجد المريض يعاني من عجز كبير في الاتصال بالناس ويرفض الكلام، أما إذا تكلم فيلاحظ على كلامه التفكك وعدم الربط وعدم ملائمة الكلام للموقف.

4- **المعتقدات الخاطئة:** وهي اضطرابات في محتوى التفكير، وتعرف بأنها معتقدات خاطئة يعتنقها الشخص بقوة رغم نقص الأدلة التي تبررها واستجابة لضلالاته، قد يشترك الفصاميون في سلوك غريب الأطوار بل وحتى عدواني، ويتميز الفصام بظاهرة الأفكار الشاذة والمعتقدات غير المعقولة التي تثبت في عقل المريض

#### سادساً- تشخيص مرض الفصام العقلي:

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

## المجموعة الأولى: الأعراض الكلاسيكية للفصام

وهي تشمل الهلوس والهذات والضلالات وعدم الإتساق اللغوي والفكري ووجود أعراض تخشبية وسلوك غير منظم والأعراض السلبية كالخمول الوجداني وقلة الدافعية وعدم الإهتمام بالمظهر الشخصي.

## المجموعة الثانية: القصور المهني والاجتماعي Occupational/Social Dysfunction

إذا اعترى أي من النشاطات الاجتماعية (العلاقات الأسرية، الاجتماعية) أو الجانب المهني (العمل) اضطراب ظاهر للعيان منع الفرد من ممارسة حياته الاجتماعية والمهنية بشكل عادي منذ بداية ظهور الأعراض عليه، أيضا إذا شمل ذلك عدم الاهتمام بالنواحي الصحية والملبس مقارنة بما كان يفعله قبل ظهور الأعراض، أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة، أو الطفولة فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

## المجموعة الثالثة: الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص Duration

أن تكون علامات الاضطراب موجودة لدى التشخيص لفترة لا تقل عن 6 أشهر، يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية (التي سبق طرحها في المجموعة الأولى) بدون انقطاع.

## المجموعة الرابعة: استبعاد الاضطرابات الوجدانية/الذهانية/والفصام العاطفي

### Schizoaffective and Mood Disorders Exclusion

يتم الاستبعاد عندما لا يكون هناك دليل واضح على وجود اضطرابات اكتئابية، اضطرابات الهوس، أو ما يسمى بالاضطرابات الوجدانية المتداخلة، تظهر هذه الأعراض لدى الفرد في نفس وقت ظهور الفترة الناشطة للمرض.

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

### Substance-General Medical Condition Exclusion

## المجموعة السادسة: العلاقة باضطرابات النمو المتخللة الشائعة

إذا كان هناك تاريخا طبيا يشير إلى الإصابة بمرض التوحد، أو أي من اضطرابات النمو المتخللة الشائعة، والتي عادة ما تشخص في الطفولة، فيجب وضع ذلك في الاعتبار عند التشخيص (سيد والمغيري، 2005م، ص130).

## سابعاً- علاج مرض الفصام العقلي:

إن أعراض الفصام المعقدة تتطلب علاجاً متعدد الأوجه ومن أجل هذه الغاية استخدمت عدة استراتيجيات تشمل العلاج بالعقاقير، والعلاج النفسي، والعلاج السلوكي، والعلاج الأسري، والعلاجات الاجتماعية والبيئية، والتأهيل الوظيفي، والمهني والتعليمي والمعرفي، حيث أن الإعاقة شاملة لهذه التغيرات.

### 1- العلاج الكيميائي (بالعقاقير):

وهو علاج الفصام بالعقاقير المضادة للذهان التي تتحكم في أعراض الفصام بتقليل نشاط الدوبامين بالمخ، وهي فعالة ضد الأعراض الايجابية أكثر من فاعليتها ضد الأعراض السلبية وتعمل هذه العقاقير أحياناً على تحسين الانتباه والتفكير المجرد وقدرات معالجة المعلومات، ولهذه العقاقير تأثير ومفعول جيد ضد الضلالات والهالوس والهياج، وبقيّة الأعراض الحادة أو النشطة، وقد يعالج المريض بالأدوية التي تكبح وتقمع الضلالات والهالوس، ولكنه يتحول إلى إنسان شبه عاجز قليل الدافعية والارادة، عديم النشاط بطئ الحركة حامل الاحساس والوجدان، مما يتطلب ضرورة العلاج النفسي، والعلاج الاجتماعي، والتأهيلي (الصيخان، 2010م، ص128)

### 2- العلاج النفسي:

يبدأ العلاج النفسي لمريض الفصام من خلال التعرف على الحياة الواقعية والمشاكل اليومية، التي يعاني منها المريض، ويجب على المعالج أن يحافظ على الخصوصية وبما أن العلاج النفسي لمريض الفصام يتسم بالصعوبة لعدم الاستبصار، يجب أن يكون العلاج ضمن خطه علاجيه للتعامل مع ظروف المريض، وأن تكون العلاقة العلاجية ايجابية ومكثفه، ويجب أن يكون بأسلوب علمي للتعامل مع الضغوطات، وفهم الأعراض المرضية، ويجب على المعالج أن يكون قادراً على حل المشاكل اليومية والتعامل مع الأزمات الضاغطة، وتجنب الادمان والعنف والسيطرة والتعامل مع حل مشكلة العزلة والاعتمادية لدى المريض الفصامي. والهدف من العلاج النفسي لمريض الفصام هو تخفيف حدة الكرب، والمشاعر السلبية، والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية، وتخفيف حدة الاضطرابات الانفعالية المصاحبة، وتدعيم المساهمة الفعالة للفرد في الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الاجتماعي، ويقال من احتمالية حدوث انتكاسة (محمد، 2000م، ص405).

### 3- العلاج الاجتماعي التأهيلي:

يشمل العلاج الاجتماعي التأهيلي كيفية التعامل مع المريض، والاشراف على مرضه ومساعدة الأسرة في تقبل المريض وفهم مضاعفات المرض، ويكون هناك تشجيع للأسرة، وعدم الانتقاد ويجب أن يكون هناك برنامج تدريب، وعلاج على مزاوله الكفاءة في العلاقات الاجتماعية والتدريب على نظافة البيت، وتجهيز الطعام، والاعتماد على الذات في تناول العلاج وإدارة المصادر المالية، ويجب تأهيل المريض داخل المؤسسات العلاجية، ومراكز التأهيل. (سمور، 2006م، ص204).

وترى الباحثة ان مريض الفصام العقلي يتميز ببعده عن الواقع وانعزاله عن المجتمع، وفي كثير من الأحيان إلى عدم قدرته على أداء الوظائف الاعتيادية، بالإضافة إلى المعاناة من الأعراض المرضية التي تواكب مرضه، والتي تؤدي إلى إرهاق المريض بشكل دائم والمعاناة بدون إدراك لتأثير الأعراض عليه في أغلب الأحيان، وذلك نتيجة عدم وجود علاج وأطر مناسبة لدعم المريض للتعافي، كما وتتسم حياة مريض الفصام بالفوضى وعدم القدرة على التركيز والانجاز، وصعوبة بالغة في إقامة علاقات اجتماعية إذا لم يكن في كثير من الأحيان هنالك اضطراب وتشوش في العلاقة، بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس التي ترافقه سواء كانت على مستوى السمعية، البصرية أو غيرها من الحواس، فإن الأعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا تؤثر على المريض فحسب بل على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به، وهي تؤدي إلى نفور منه لعدم فهم طبيعية الأعراض والاعتقاد أنه إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض، ولا شك أن مرض الفصام يختلف عن بقية الأمراض النفسية والعقلية في آلية وسرعة علاجه ولكن لا يعني بأي حال من الأحوال استحالة تعافيه، وذلك من خلال:

- سرعة اكتشاف المرض واللجوء إلى الجهات المختصة بالسرعة الممكنة وعدم تأجيل اللجوء إلى العلاج.
- الالتزام بنظام العلاج الدوائي.
- التعاون وتطوير خطة نفسية اجتماعية مع العاملين الاجتماعيين والنفسيين في مراكز الصحة النفسية المجتمعية لمساعدة المريض في الاندماج المجتمعي وتطوير مهاراته المختلفة.
- استمرار المريض بالقيام بمهام حياته الاعتيادية كأى شخص آخر مثل الاستمرار بالعمل أو الدراسة وفي حال عدم قدرة المريض على العمل ضرورة الالتحاق ببرنامج تأهيلي لتطوير مهارات تساعده على ذلك.



وترى الباحثة أيضاً أن الأسرة تلعب الدور المركزي والأهم في تحقيق كافة العناصر السابقة وفي تحقيق عملية التعافي للمريض، فالأسرة هي الإطار الأهم لإفرادها، ويزداد دور الأسرة أهمية وحساسية في حال وجود فرد يواجه صعوبات خاصة، ويكون للأسرة الدور الأهم في دعم الفرد الذي يواجه صعوبات أو إعاقات معينة، ولعل هذا الدور يتجلى أهميته في دور الزوجة مع مريض الفصام، فرغم قيام البعض بمتابعة العلاج الدوائي مع المريض معتقدين أنه العلاج الكافي إلا أنهم يتفاجؤوا بالعديد من الأحيان بتراجع وضع المريض وهنا يضطرب وضع الأسرة بأكملها.

كما وترى الباحثة من خلال ما سبق مدى المعاناة التي يعاني منها مريض الفصام العقلي وكذلك أسرة المريض، كما وتبين كيفية حدوث المرض وكيفية التشخيص والعوامل والأسباب التي قد تكون سببا في نشوء المرض سواء كانت عوامل وراثية أو بيئية أو غيرها، من الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية والعلاقات العائلية، بالإضافة إلى الأحداث السيكولوجية في حياة المريض، يتضح مدى أهمية الوقوف دائما إلى جانب المريض من أجل استقرار المريض والسيطرة على الأعراض المرضية وإدراك كيفية التعامل مع المريض الفصامي، حيث يحتاج إلى خبرة وصبر من الفريق الطبي المعالج ومن المريض وأسرته وذلك لأنه يتطلب وقتاً طويلاً ويشمل جميع أوجه الحياة من النواحي الطبية والانسانية والاجتماعية والتأهيلية.

### ثامناً - الأسرة والفصام:

وترى الباحثة أنه نتيجة لوجود الأعراض السلبية المصاحبة للمرض لدى مريض الفصام فإنها حتماً ستؤدي إلى اتسام حياة المريض بالفصام بالفوضى وعدم القدرة على ربط الأفكار، وصعوبة في إقامة العلاقات الاجتماعية وبناءً على ذلك فإن الأعراض المصاحبة لمرض الفصام لا تؤثر عليه فحسب بل تمتد لتؤثر على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به، فتسوء علاقته بزوجه وعلاقته بأبنائه وبالمجتمع المحيط به ونظراً لندرة الدراسات والأدبيات التي تناولت تأثير مرض الزوج على عائلته فإنها سوف تتطرق للحديث من وجهة نظرها ومن خلال احتكاكها المباشر ببعض أفراد أسرة المريض بالفصام داخل العيادة النفسية.

إذ ترى الباحثة أيضاً أن أسرة المريض بالفصام العقلي تتحمل الكثير من الأعباء النفسية والاجتماعية وبالأخص الزوجة إذ يتعين عليها أن تقوم بمسئولية الأم والأب في آن واحد وتتحمل الكثير من الضغوط والمشاكل وبالتالي تجد الزوجة نفسها في أغلب الأحيان في وضع الحزن واليأس نتيجة لمتطلبات الأسرة التي تقوم هي لوحدها بتلبيتها.

وترى (غراب، 2015م، ص 100) أنه نتيجة للأعراض المصاحبة لمرض الفصام العقلي فإن تأثيرها لا يقف على المريض فحسب، بل يمتد ليؤثر على زوجته وعلى أبنائه وعلى الأسرة بشكل عام ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي:

### 1- تأثير مرض الزوج الفصامي على الزوجة:

نتيجة لمرض الزوج بالفصام يحدث تغير للأدوار داخل الأسرة فتقوم الأم بدور الأب والأم معاً، مما يترتب على هذا التغيير في الأدوار أن تصبح الزوجة هي العائل الوحيد وتضاعف جهودها حتى تستطيع توفير سبل المعيشة والراحة لأبنائها بالإضافة إلى المسؤوليات التعليمية والصحية وسبل الرعاية المختلفة للأبناء مما يؤدي إلى مضاعفة الجهد داخل البيت وخارجه وبالتالي يعتبر مرض الزوج حدث ضاغط بالنسبة للزوجة يتطلب منها أن تسعى جاهدة لمواجهة هذا المجتمع والسعي للحصول على بعض متطلبات الحياة الأساسية لأبنائها مما يضطرها في بعض الأحيان إلى طرق باب الجمعيات الخيرية لتقديم المساعدة لهم، أو أن يترك بعض أبنائها الدراسة لكي يساعد في توفير بعض المال للأسرة وكل هذه الأمور تمثل ضغط نفسي تعاني منه هذه الزوجة

كما أن زوجة المريض الفصامي تعاني من مشكلة الحرمان العاطفي كنتيجة لتبادل مشاعر الزوج وعدم إحساسه بها وعنفه الموجه ضدها وفي بعض الأحيان الشك فيها مما يعرض هذه الزوجة لأمراض نفسية مثل الأعراض الإكتئابية والقلق والإنشغال المستمر بالتفكير في أمور الحياة والأطفال ومرض الزوج ومآله، وقد تعاني بعض الزوجات من مشاكل إجتماعية كالعزلة والخجل من مخالطة الآخرين بسبب مرض الزوج، أو قد تسقط هذه الزوجة كبتها ومشاكلها على أطفالها من ناحية العطف عليهم لأنها محرومة من العطف والحنان ولأنها مشغولة دائماً بالتفكير في أمور الحياة فقد يغلب على تعاملها مع أطفالها السلبيية والجفاف وعدم الدفء بعكس الأمهات اللاتي لا يعانين من مشاكل مع أزواجهن.

### 2- تأثير مرض الزوج على الأبناء:

الأسرة هي المصدر الأساسي لنمو الأبناء وهي المسؤولة عن إشباع الحاجات العاطفية للأبناء كالعطف والشفقة والحب والعدل بين الأبناء والبنات، وتحريرهم من المخاوف والقلق وكل ما من شأنه أن يهدد أمنهم النفسي، فيشعر الأبناء أنهم محبوبون ومرغوب بهم، وأنهم موضع إعزاز للأسرة، ولن يتحقق ذلك إلا إذا كان المناخ الأسري يسوده الإستقرار والتماسك فالأسرة هي القادرة على تنمية هذا الشعور بالعطف والتضحية والمحبة وهي التي تتولاه بالنماء مما يسهم في إستقرار الحياة النفسية والإجتماعية للأبناء، ويتعذر إشباع هذه الحاجات في المناخ

الأسري المضطرب المشحون بالقلق والخوف نتيجة لوجود الأب المريض بالفصام العقلي، لذا فإن مرض الزوج بالفصام أصاب هذه الأسرة بالخلل مما إنعكس سلباً على هؤلاء الأبناء فمرض الأب كان بمثابة أزمة نفسية للأبناء حيث اضطرب الجو العام للأسرة، اضطرب الجو الاجتماعي لهؤلاء الأبناء حيث أصبحوا يشعرون بالقلق وعدم الأمان وعدم الإستقرار حيث أصبحوا يفقدون الثقة بأنفسهم وبالعالم المحيط بهم فوصمة المرض تلاحقهم في حياتهم مما يؤدي إلى شعورهم بالخجل والإنسحاب من المواقف الإجتماعية والمشاركة الفعالة، يحرّمهم أيضاً من الحياة الكريمة والحياة الإجتماعية الهادئة المستقرة.

### مآل مرض الفصام العقلي:

يرى أحمد عكاشة 1998: وبناء على العديد من الدراسات والإحصاءات أن حوالي 25% من مرضى الفصام يشفون بعد النوبة الأولى، ولا يصابون بالمرض طوال حياتهم، وأن 50% معرضين لبعض النكسات، وأن 25% لا يستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية، ولكن مع العلاج الحديث يمكن إستيعابهم في المجتمع.

### ومن أهم العوامل التي تلعب دوراً مهماً في مآل المرض:

1. **العمر عند بدء المرض:** فكلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة، قلت نسبة الشفاء نظراً لعدم نضوج وتكامل الشخصية في هذا السن.
2. **الذكاء:** يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض، زادت فرصته في الشفاء.
3. **التكوين الجسمي:** تزيد فرصة التحسن والشفاء في هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة، وتقل النسبة في الجسم الواهن الضعيف.
4. **الشخصية:** يتحسن المرضى ذوي الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض.
5. **بدء المرض:** إن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل إلى 51%، حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى 21% لدى الذين جاءهم المرض بالتدريج.
6. **التاريخ العائلي:** إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام فهنا تنخفض فرصة المريض بالتحسن (عكاشة، 1998م، ص307).

# الفصل الثالث

## الدراسات السابقة

## المقدمة:

يتضمن هذا الفصل الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، حيث ستقوم الباحثة بعرض هذه الدراسات والتي لها علاقة بمتغيرات الدراسة حول المناخ الأسري وموضوع الفصام وقد قامت الباحثة بتقسيمه إلى محور واحد وهو الدراسات السابقة التي تناولت أزواج مرضى الفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات، وذلك للاطلاع على آخر ما توصلت إليه الدراسات والأبحاث ذات الصلة بموضوع الدراسة، ومن ثم سوف يتم التعقيب عليها من حيث الهدف، ومن حيث أدوات الدراسة، ومن حيث العينة، والنتائج.

### دراسات تناولت زوجات مرضى الفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات:

#### 1. دراسة أسماء غراب (2015م):

وهي بعنوان " فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي " حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، كما هدفت الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية وأنماط حل المشكلات قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق، وقد تكونت عينة الدراسة من (12) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي وقد استخدمت الباحثة نوعين من المناهج وهما: المنهج شبه التجريبي والمنهج النوعي الذي يتضمن جمع المعلومات بالملاحظة الميدانية والمقابلات دون اللجوء إلى استخدام الاجراءات الاحصائية وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات وهي مقياس الضغوط النفسية من اعداد الباحثة، ومقياس أنماط حل المشكلات المقتن، كما قامت الباحثة باعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى عينة البحث، كما استخدمت المقابلات الفردية الإكلينيكية مع مجموعة من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الاكلينيكي، ومجموعة أخرى من زوجات مرضى الفصام اللاتي اشتركن بالبرنامج وكلاهما من اعداد الباحثة، وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة احصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في الضغوط النفسية الكلية وأنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي والفروق كانت لصالح القياس البعدي، وقد توصلت الدراسة أيضاً الى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في درجات الضغوط النفسية الكلية ودرجات أنماط حل المشكلات لزوجات مرضى الفصام العقلي.

## 2. دراسة (Kageyama, et al 2015) :

وهي بعنوان: "معدل العنف الأسري بين المرضى الذين يعانون من الفصام في اليابان". العنف الأسري هو مصدر قلق خطير في العمل خارج نطاق المؤسسات في اليابان. الدراسة تهدف إلى توضيح معدل العنف الأسري بين المرضى الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية اتجاه أفراد عائلاتهم، والاختلاف حسب الجنس والعلاقة مع المريض. طلبنا الأسر الانتماء إلى جمعية الأسرة لإكمال المسح الإلكتروني ذاتيا. وكانت 350 أسرة التي استجابت للمسح، وقد تم تحليل بيانات عن 302 مشارك. وبلغت نسبة العنف تجاه أي فرد من أفراد الأسرة 60.9% على مدى العمر و 27.2% في العام الماضي. أظهرت النتائج التالية من الأعلى إلى الأدنى كان ترتيب معدلات العنف لأفراد الأسرة 51.0% للأمهات، 47.0% للأبء، 30.7% للأخوات الأصغر سنا، 23.8% للزوجات، 19.5% للأخوة الأصغر سنا، 18.2% للأخوات الأكبر سنا، ولا شيء للأطفال.

## 3. دراسة ( Jungbauer.al. 2014 ) :

وهي بعنوان: تجاهل مقدمي الرعاية: العبء الذاتي لأزواج مرضى الفصام. حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الضغوطات التي يشعر بها أزواج مرضى الفصام نتيجة لتقديم الرعاية لهم، وتكونت عينة الدراسة من (52) من أزواج مرضى الفصام، وقد تم تجميعهم من أقسام الدخول والرعاية النهارية والعيادات الخارجية النفسية بمدينة ليزيق بألمانيا. وإتبعنا الدراسة المنهج الوصفي حيث تم جمع البيانات بواسطة أخصائيين نفسيين وذلك من خلال إستخدام أسلوب المقابلة السرديّة. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن معظم المشاركين يرى أن حدوث الفصام شكل في الحقيقة عبئا شديدا وكارثة لهم، وأن الأعراض الذهانية عندما حدثت أول مرة كانت مخيفة بالنسبة للأزواج حيث يغمرهم في العادة شعور دائم بالخوف والعجز واليأس، وأنه في بداية حدوث المرض كانت الأعراض غير مفهومة وغير مبررة لديهم، وينقصهم المعلومات عن الدعم المتوفر لهم. وأنه عندما دخل المريض المستشفى أول مرة شعروا بالذنب والعار والفشل والصدمة، كما أنهم كانوا يشعروا بأعباء شديدة مع كل إنتكاسة جديدة للمريض، حيث أن تجاربهم السابقة علمتهم أن إمكانياتهم لتقديم المساعدة تكون محدودة في هذه الحالة، وعندما تنتهي النوبة الذهانية الحادة تكون الأعباء أقل ولكن الآثار السلبية على جودة الحياة تبقى مستمرة.

#### 4. دراسة شادي بربخ (2014م):

وهي بعنوان "استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي" حيث هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، وكذلك التعرف على أكثر استراتيجيات مواجهة الضغوط شيوعاً ومستوى جودة الحياة الأسرية لديهن، والتعرف أيضاً على مدى تأثير بعض لالمتغيرات الخاصة بالزوج والزوجة على استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لزوجات مرضى الفصام العقلي وقد تكونت عينة الدراسة من (154) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المتابعين والمترددن على عيادات ومراكز الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي حيث تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة من اعداد وتقنين د. سمير قوته (1997)، ومقياس جودة الحياة الأسرية من اعداد د. أماني عبدالوهاب، ود. سميرة شند (2010) وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أن زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة يستخدم جميع الاستراتيجيات (الاجابية والسلبية) في مواجهة الضغوط وهي بالترتيب: استراتيجية الانتماء، استراتيجية التفكير بالتمني والتجنب، استراتيجية تحمل المسؤولية، استراتيجية التخطيط لحل المشكلات، استراتيجية التحكم بالنفس، استراتيجية الارتباك والهروب.

وتوصلت أيضاً إلى أن معدل جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة متوسط بوزن نسبي بلغ (51.8%) حيث جاء في أعلى أبعاد المقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي هو بعد التفاعل الاسري حيث بلغ الوزن النسبي له (64.6%) يليه بعد الوالدية بوزن نسبي (58.1%) ويأتي بعده بعد السعادة الانفعالية بوزن نسبي (43.0%) ويأتي في المرتبة الأخيرة بعد المقدره المادية بوزن نسبي (41.4%) وتوصلت الدراسة أيضاً الى وجود علاقة طردية ما بين الاستراتيجيات الاجابية (التخطيط لحل المشكلات - اعادة التقييم - التحكم بالنفس) باستثناء بعد الانتماء وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

وتوصلت أيضاً الى وجود علاقة عكسية ما بين الاستراتيجيات السلبية (التفكير بالتمني والتجنب - تحمل المسؤولية) وبعدي (السعادة الانفعالية - المقدره المادية السلامة الصحية) من مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

## 5. دراسة نصره أبو شعيرة (2013م):

هدفت الدراسة والتي هي بعنوان " العبء الأسري والمسئوليات الملقاة على عاتق مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي في قطاع غزة " إلى الكشف عن مستوى العبء لدى مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي في قطاع غزة، والتعرف على الفروق في مستوى العبء الناتجة عن المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية لكل من مريض الفصام ومقدم الرعاية من عائلته. وقد تكونت عينة الدراسة من 120 شخص من مقدمي الرعاية من عائلات مرضى الفصام العقلي المتابعين والمترددن على مراكز الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة في قطاع غزة وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية المنتظمة. ولتحقيق الهدف استخدمت الباحثة استبيان تم تصميمه من قبل الباحثة لقياس العبء والمنهج المتبع في الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي. وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية: أظهرت النتائج أن مستوى العبء كان مرتفعاً لدى مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي حيث بلغ الوزن النسبي 74.5% ومتوسط حسابي 87%. العبء الجسدي احتل المرتبة الأولى حيث بلغ الوزن النسبي 81% ويليه العبء الاقتصادي بوزن نسبي 79.3% ومن ثم العبء النفسي ووزنه النسبي 72.4% وأخيراً العبء الاجتماعي حيث وصل وزنه النسبي 68.3%.

ولوحظت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العبء ناتجة عن المتغيرات التالية (مستوى التعليم، الوظيفة، و الدخل الشهري) حيث كانت الفروق لصالح مقدمي الرعاية ومرضى الفصام ذوي مستوى التعليم المنخفض والدخل الشهري المتدني وغير العاملين منهم. في حين لم تسجل فروق في مستوى العبء ناتجة عن متغير (العمر، الجنس، مدة المرض، مدة تقديم الرعاية للمريض وكذلك علاقة القرابة بينهما).

## 6. دراسة محمد عايش (2013م):

وهي بعنوان " جودة الحياة لدى مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة " حيث هدفت هذه الدراسة الى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة حيث تم اختيار العينة بالطريقة الطبقيّة العشوائية من عيادات الصحة النفسية الحكومية والبالغ عددها 6 عيادات نفسية وكان العدد الذي تنطبق عليه شروط الدراسة 160 مريضاً من كلا الجنسين ولقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وقد اعتمدت الدراسة المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والأوزان النسبية للتحقق من صحة الفرضيات. وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية أن معدل جودة الحياة طبقاً للمتغيرات (الجسمية - النفسية - الاجتماعية - البيئية) بلغت 44% ووجدت



الدراسة فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى أقل من 0.05 بين جودة الحياة وحالة السكن لصالح المرضى غير المستأجرين ووجدت فروقا أيضا بين جودة الحياة ومضاعفات المرض لصالح المرضى الذين لا يعانون من مضاعفات المرض.

#### 7. دراسة حنان الشيخ علي (2013م):

وهي بعنوان " فعالية برنامج في الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة " حيث هدفت هذه الدراسة الى معرفة مدى فعالية برنامج الدمج والاستشفاء لدى مرضى الفصام العقلي في مدينة غزة وتكونت عينة الدراسة من (33 مريضة بالفصام تم تقسيمها الى مجموعتين احدهما ضابطة (18) مريضة والأخرى تجريبية مكونة من (15) مريضة وقد خضعت المجموعة التجريبية للعلاج ببرنامج الدمج والاستشفاء والمكون من 12 جلسة استمرت لمدة 3 شهور بمعدل جلسة أسبوعيا، أما المجموعة الضابطة فقد خضعت للعلاج بالطريقة الاعتيادية وقد قامت الباحثة باستخدام (القياس القبلي والبعدي) واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي واستخدمت الباحثة أداة: ( recovery assessment scale ) حيث قامت الباحثة بترجمتها وتقنينها، والأساليب الاحصائية المستخدمة هي اختبار ولكوكسون، معامل الارتباط بيرسون، مان ويتي:وتوصلت الدراسة الى: وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لمستوى التحسن للأبعاد الخمسة في مقياس الدمج والاستشفاء ووجود فروق ذات دلالة احصائية لدى المجموعة التجريبية بين المقياس البعدي والتبعي للتحسن في مستوى الأمل وكانت النتيجة لصالح الاختبار البعدي.

#### 8. دراسة ( Lukmanul Hakeem, M.N, 2013 ):

بعنوان: دراسة المشكلات النفسية الإجتماعية التي يقابلها أزواج مرضى الفصام. حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات النفسية والإجتماعية لدى مرضى الفصام العقلي، حيث تكونت عينة هذه الدراسة من (60) فرد تم إختيارهم بطريقة قصدية من مجتمع الدراسة من مستشفى ستالاكسي من كومباتري، وقد تمت عملية جمع البيانات من خلال المقابلة الشخصية وذلك بإستخدام إستبيان منظم يحتوي على أسئلة متعلقة بالعمر، المؤهل العلمي، الجنس، وأسئلة أخرى تتعلق بالمشكلات النفسية والإجتماعية لدى مرضى الفصام. وقد إستخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى أن معظم الأزواج قد واجهوا إضطرابات نفسية نتيجة لرعاية أزواجهم من مرضى الفصام العقلي أكثر من الآخرين في المجتمع وهذا كان له تأثير

سلبى على جودة الحياة ومستوى الرعاية لهم، فقد تبين أن: (52 %) منهم مدمنون على المخدرات، و(60 %) ليس لديهم تركيز على العمل، (58 %) فقدوا الإهتمام بالنشاطات اليومية، (55 %) يشعرون بالوحدة والإنطواء الإجتماعي، (47 %) لديهم إنخفاض في تقدير الذات، (87 %) لديهم إضطرابات في النوم وإضطرابات جسدية، وأن أكثر من (50 %) يشعرون أن مرض أزواجهم قد أثر على الدخل للعائلة، وقد أوصت الدراسة بضرورة علاج المعاناة النفسية لمقدمي الرعاية للمرضى النفسيين، وتوفير الدعم الكافي لهم.

#### 9. دراسة (Kaushik,P., & Bahatia, M.S, 2013):

وهي بعنوان: العبء وجودة الحياة لدى أزواج مرضى الفصام وإضطراب ثنائي القطب. حيث هدفت هذه الدراسة لإختبار أثر المتغيرات الإجتماعية الديموغرافية على العبء على أزواج مرضى الفصام وإضطراب ثنائي القطب وجودة الحياة لديهم، وقد تكونت عينة هذه الدراسة من (9) لمرضى الفصام، (5) ذكور، و(4) إناث، و(10) أزواج لمرضى إضطراب ثنائي القطب، (5) ذكور و(5) إناث، حيث تم تشخيصهم من العيادة الخارجية لمستشفى دلهي بالهند الذين تنطبق عليهم الأعراض التشخيصية حسب التصنيف العالمي للأمراض النفسية - النسخة العاشرة (ICD - 10). وقد تم تطبيق مقياس تقييم الأعباء، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية على أزواج المرضى. وقد توصلت الدراسة إلى دور متغير الجنس على عبء العائلة لصالح الزوجات الإناث حيث أن مرض أزواجهن زاد العبء المالي والإجتماعي عليهن بالإضافة إلى الأعباء المتعلقة بالرعاية والعلاج. كما وأظهرت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة لنوع العائلة مع ضعف جودة الحياة وذلك لصالح عائلات مرضى الفصام العقلي، حيث أظهر الأزواج والزوجات معدلا أقل من المتوسط في جودة الحياة اليومية أثرت على الرفاهية، الشعور بالأمن والإنتماء، وتغير في الأدوار وشعور بالأسى والحزن والخوف من مآل المرض النفسي.

#### 10. دراسة حسن أبورحمة (2012م):

وهي بعنوان " الالتزام الدوائي والدعم الأسري يسهم في منع الانتكاسة لمرضى الفصام في قطاع غزة " حيث تهدف الدراسة الى تحديد اتجاه المرضى نحو العلاج، وكذلك مستوى كل من الالتزام الدوائي ودعم الاسرة والانتكاس لمرضى الفصام في قطاع غزة، وتهدف أيضا الى تحديد العلاقة بين الالتزام الدوائي والدعم الأسري في الوقاية من الانتكاس بين مرضى الفصام في قطاع غزة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث تكونت عينة الدراسة من (84)

حالة موزعة على جميع مراكز الصحة النفسية المجتمعية في قطاع غزة وأظهرت الدراسة أن اتجاه المرضى نحو العلاج كان ايجابيا (65.93%) ونسبة الالتزام الدوائي (74.79%) ونسبة الدعم الاسري كانت (84.31%) ونسبة الانتكاسة هي (27.8%) وتوصلت أيضا الى وجود علاقة عكسية بين الالتزام الدوائي لمرضى الفصام والانتكاسة وكذلك علاقة عكسية أيضا بين الدعم الأسري لمرضى الفصام والانتكاسة، كما وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق في الدعم الأسري والالتزام الدوائي تعزى لمتغيرات العمر والجنس والحالة الاجتماعية والدخل الشهري.

#### 11. دراسة مروة شحادة (2012م):

وهي بعنوان " درجة الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة " حيث هدفت هذه الدراسة الى وصف مستوى الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي من خلال أبعاد مختلفة: نفسية، اجتماعية، اقتصادية وتأثير العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس، مكان الإقامة) على التماسك العائلي لمرضى الفصام، وأيضاً هدفت الدراسة لوصف مستوى التماسك العائلي لدى أهالي مرضى الفصام، ومدى تأثير وجود المريض داخل الأسرة أو في المؤسسة على التماسك العائلي، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وتكونت عينة الدراسة من (140) من مقدمي الرعاية للمريض الفصامي من أفراد العائلة تم اختيارهم بصورة عشوائية بسيطة، وقد عكست الدراسة مدى التأثير الكبير للمريض النفسي على الاستقرار العائلي، وقد توصلت الدراسة الى أن البعد النفسي قد سجل أعلى تأثير بوزن نسبي (75.52%) ويليه البعد الاقتصادي بوزن نسبي (69.47%) ثم البعد الاجتماعي بوزن نسبي (69.44%) وقد أظهرت الدراسة تأثير الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام بغض النظر عن اختلاف العوامل الديموغرافية لدى المرضى وأسرههم وبغض النظر عن المستوى التعليمي لمقدم الرعاية وحالته الصحية.

#### 12. دراسة Miklowitz, David J.: وآخرون 2011

وهي بعنوان "التواصل والتفاعل بين مرضى الفصام ومرضى ثنائي القطب وعائلاتهم " وقد هدفت الدراسة الى تقييم ودراسة التواصل والتفاعل لدى مرضى الفصام وعائلاتهم ولتحقيق الهدف تمت الدراسة عن طريق مقارنة الاقارب وعلى الاغلب كانوا الاباء لمرضى الفصام وآخرون من مرضى ثنائي القطب وتكونت عينة الدراسة من 42 عائلة من عائلات مرضى الفصام العقلي و22 عائلة من مرضى ثنائي القطب حيث تم مقارنة العائلات والمرضى من ناحية طرق التكيف والتأقلم وانماط التواصل والتفاعل وكانت ادوات الدراسة هي المقابلة الشخصية القصيره ومقياس انماط التكيف مقياس التصرفات العقلانية والانفعالية والعاطفية نحو

عائلاتهم وتوصلت الدراسة الى أن اقارب مرضى الفصام اظهروا مواقف اق دعما لمرضاهم مقارنة بأقارب مرضى ثنائي القطب، وأن اهالي مرضى الفصام اظهروا مواقف اساءه لنفس من ناحية الانماط العاطفيه.

### 13. دراسة Friendmann and Goldstein (2009م):

وهي بعنوان "ادراك الاقارب لتصرفاتهم وتفاعلهم مع مرضى الفصام لدى أفراد العائله " وقد هدفت الدراسة الى تقييم تصرفات وتصورات وتفاعل افراد العائله مع ذويهم من مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من 77 فرد من العائلات ذوي مرضى الفصام، ولتحقيق الهدف استخدم الباحث قائمة فحص الصفات الشخصية للمرضى، ومقياس الفحص العاطفي للاقارب، ومقياس نمط التأقلم للمرضى واتبعت الدراسة المنهج المقارن حيث تم تطبيق المقاييس من خلال الزيارات المنزليه للعائلات وعمل تفاعلي معهم وتم خلال هذه المقابله قياس تفاعل المرضى مع ذويهم والعكس ، وتوصلت الدراسة الى أن هناك بعض التحفظات لدى أقرباء المرضى تجاه مرضاهم، وأن هناك توازن للسلوك العاطفي لدى الاقارب تجاه مرضاهم وتم تقييمه حسب مقيمون من خارج العائله بعض العائلات أظهرت التفاعل مع مرضاها ومحاولتهم في التخفيض من معاناة مرضاهم بعض الاقارب أظهروا التعبير عن مشاعرهم تجاه مرضاهم سواء بالسلب أو الايجاب.

### 14. دراسة نبيل جودة (2008):

وهي بعنوان " الاتجاهات الوالديه لدى مرضى الفصام العقلي في محافظات قطاع غزة"، حيث هدفت الدراسة الى الكشف عن الفروق في الاتجاهات الوالديه بين مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات كالعمر، الجنس، السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وعامل المواطنة، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى، ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم، وقد تكونت عينة الدراسة من من (40) شخصا من مرضى الفصام العقلي من المراجعين والنزلاء بالمستشفى. كما تم اختيار (50) شخص من الذكور والانات، وقد استخدم الباحث قائمة شيفر للمعاملة الوالديه، حيث تم استخدامه كأداة رئيسية في الدراسة، وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق جوهرية بين الأشخاص الأسوياء ومرضى الفصام العقلي في الاتجاهات الوالديه لصالح مجموعة الأسوياء، كما لوحظ عدم وجود فروق جوهرية في الاتجاهات الوالديه لدى مرضى الفصام العقلي في ضوء بعض المتغيرات الأخرى كالعمر، الجنس، السكن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وعامل المواطنة، وهل المريض مراجع بالعيادة الخارجية أم نزيل مستشفى، ووجهة نظر الأبناء في معاملة آبائهم وأمهاتهم لهم.

## 15. دراسة H.T. Koivumaa- Honkanenl (2007)

وهي بعنوان "تقارير النجاح في الحياة وعوامل العلاج لدى مرضى الفصام، القلق والاكتئاب" حيث هدف الدراسة الى دراسة الترابط بين النجاح في الحياه وعوامل العلاج وكيفية تأثيرها على الارتباط و الاكتئاب لدى مرضى الفصام العقلي والاكتئاب الاكبر القلق العام وقد تكونت عينة الدراسة من 349 من مرضى الاكتئاب 139 من مرضى القلق العام وقد اتبعت الدراسة المنهج التحليلي الوصفي ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس هاملتون للقلق العام مقياس هاملتون للاكتئاب كأدوات للدراسة وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية: أن النجاح في الخضوع للعلاج واكماله كان بنسبه عاليه لدى افراد العينه، وأن النجاح في الحياه كان منخفض جدا بغض النظر عن التشخيصات بين افراد العينه، وأن مرضى الفصام العقلي ابدوا بعض الارتفاع في النجاح بالنسبه للتشخيصات الاخرى، وأنه لا يوجد علاقه ارتباطيه بين النجاح في الحياه وعوامل او عناصر العلاج، وأن عدم قدره على حل المشاكل وعدم تعلم الاسلوب الاكلينيكي في حلها واكمال العلاج لا يعتمد على النجاح في الحياه بين مختلف التشخيصات لدى افراد العينه، وأن الاكتئاب قلل هذا النجاح بشكل واضح بين افراد الفصام، وقد خلصت الدراسة الى أن النجاح في الحياه والنجاح في الخضوع للعلاج عاملان منفصلان لا يوجد بينهم ارتباط في المحصله النهائيه للخطه العلاجيه.

## 16. دراسة Bradshaw, William; B rekke, John S (2007م).

وهي بعنوان " الخبرات الشخصيه لدى مرضى الفصام: العوامل المؤثره في تحقيق الذات والنجاح في تحقيق الذات وعوامل التوتر" حيث هدف الدراسة:الى دراسة تحقيق النجاح في الحياه وتحقيق الذات في الازمات وعوامل ارتباطها بصفات الشخص وحة المرض والتفاعل النفسي والاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من 103 من الافراد ذوي الفصام العقلي واضطراب الفصام الوجداني الذين يخضعون للعلاج من قبل ستة اشهر ضمن المجتمع من ذوي الحده المنخفضه او العاليه ولتحقيق الهدف استخدمت الدراسة مقياس التفاعل المرضي ومقياس تحقيق الذات وقد توصلت الدراسة للنتائج التاليه:

- أن التفاعل النفسي والاجتماعي يؤثر على الخبرات الشخصيه للافراد.
- أن عوامل البيئه المحيطه وسعت المفاهيم لتجربه الشخصيه وادت الى اقتراح بعض المفاهيم التي تؤثر على التجربه الشخصيه.
- أن مجموعه العوامل الظاهره أو البارزه والخبرات الشخصيه تؤثر على حده أعراض المرض.
- أن التنبؤات الفرديه للاشخاص تؤثر على أبعاد الخبرات الشخصيه المنفرده.

## 17. دراسة (Sass LA1, Parnas J 2003م):

وهي بعنوان "الفصام العقلي والوعي بالذات" وقد هدفت الدراسة الى توحيد وتأكيد مجموعة الاختلافات بالوعي بالذات والتي تسرع تباين واختلاف مجموعة اعراض الفصام العقلي ولتحقيق الهدف استخدم الباحث استبيان أعرض الفصام العقلي واستبيان الوعي بالذات، وتكونت عينة الدراسة من 40 مريض من ذوي الفصام العقلي حيث تم الرجوع الى عائلته لتقييم الوعي بالذات وتوصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ضعف الوعي بالذات والتعرض للفصام العقلي، وأن الاعراض السلبية والايجابية للفصام على سواء تؤدي إلى سلبية الوعي بالذات.

## 18. دراسة وفاء مسعود الحديني (2002م):

وهي بعنوان "نموذج مقترح للبروفيل الرضا الزوجي لدى الفصاميين"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بروفيل أبعاد الرضا الزوجي لدى مرضى الفصام، حيث تكونت عينة الدراسة من (27) زوجة و(19) زوج من المرضى الفصاميين. واستخدمت الباحثة الأدوات الدراسية التالية: إختبار الشخصية متعدد الواجه (M.M.P.I)، ومقياس الرضا الزوجي، ومقياس التفاعلات الأسرية، حيث أسفرت اجابات العينة عن وجود ارتباط دال بين الدرجة على الفصام والدرجات على أبعاد الرضا، وذلك بإستثناء البعد الثامن (توجهات الأدوار) والعاشر (عدم الرضا عن العلاقة بين الوالدين والطفل) والحادي عشر (الصراعات المتعلقة بأساليب تنشئة الطفل) مما استلزم إستبعاد هذه الأبعاد من بروفيل الرضا الزوجي والاكتفاء ببقية الأبعاد فقط وذلك لعم ارتباطهم بالفصام، وكذلك وجدت الدراسة فروق دالة بين مجموعات الفصام على أبعاد الرضا بإستثناء بعد الرضا الجنسي، كما وارتفعت درجة عدم الرضا على بعد الخلافات المالية وبعد التواصل الوجداني. وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث وذلك بإستثناء بعدي عدم الرضا الجنسي والاتصال الموجه لحل المشكلات لصالح الذكور وبعد التواصل الوجداني لدى الإناث، وكذلك أشارت نتائج مقياس التفاعلات الأسرية إلى أن الخلافات المالية والرضا الجنسي كانوا من أهم مصادر الضيق الزوجي، وكذلك وجود مشاعر وتفاعلات مختلفة بين مجموعة الراضين وغير الراضين زوجياً.

## 19. دراسة Switch (2002م):

وهي بعنوان "الآثار الجانبية لمضادات الذهان وتأثيرها على تحقيق الذات والنجاح في الحياة لدى مرضى الفصام" وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة تأثير مضادات الذهان والعلاج النفسي الإكلينيكي، النفسي الاجتماعي على النجاح في الحياة وتحقيق الذات وتكونت عينة

الدراسة من 161 مريض من مرضى الفصام الذين يخضعون للعلاج التقليدي للذهان الإكلينيكيه النفسيه والاجتماعية والتوعوية، وقد تمت الدراسة عن طريق مقارنه حيث تم مقابله المرضى الذين تنطبق عليهم آليه الدليل الطبي الرابع للتشخيصات والذين يخضعون للعلاج بمضادات الذهان التقليديه ومقارنتهم بالمرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي والاجتماعي، ولتحقيق الهدف استخدم الباحث المقابله الشخصيه الإكلينيكيه ومقياس جودة الحياه لمرضى الفصام العقلي quality of life of schizophrenic patients وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى الذين يتعالجون بمضادات الذهان التقليديه أظهروا بعض التراجع في المنحدر الاحصائي بالنسبه لجوده الحياه وهي كتالي

- العوامل النفسية الاجتماعيه 29.9%

- الأعراض النفسيه والضغطات 10%

كما وأظهرت الدراسة أن المرضى الذين تعرضوا للآثار الجانبية للعلاج أظهروا بعض الضعف في النجاح في الحياه مقارنةً بذوي الآثار الجانبية الأقل.

20. دراسة David, A (2002م):

وهي بعنوان " صحة ومصداقية مقياس مفهوم التعبير عن المشاعر بين افراد العائله لدى مرضى الفصام" حيث هدفت الدراسة إلى فحص صحة ومصداقية ثلاث مقاييس في التعبير عن المشاعر لدى مرضى الفصام عينه استطلاعيه ميدانيه لفحص صحة ومصداقية هذه المقاييس وامكانية العمل بها كمقاييس ثابتة في المستقبل ثم مقارنة مقاييس التعبير عن المشاعر بعد المقابله ولتحقيق الهدف استخدم الباحث مقياس التوجهات العائليه نحو المرضى The Adjective Check List Family Attitude Scale (FAS)، ومقياس التعبير عن المشاعر بعد المقابله القصيره، وتكونت عينة الدراسة من 21 من مرضى الفصام، و21 فرد من مرضى الرعايه الأوليه، وكانت طريقة الدراسة عن طريق المقابله الشخصيه والتي تحتوي على الأبعاد التاليه: الانتقاد، العدوانيه، الغمر في المشاعر، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائيه ترجع لتوجهات العائليه نحو المرضى، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمقياس التعبير عن المشاعر، مع وجود ارتباط دال احصائيا بين مقياس التوجهات العائليه والمقابله الشخصية القصيره، وبالنسبة للفحص الشخصي أظهرت النتائج أنه يوجد ترابط واستمتاع بين إقارب المرضى والمرضات والعكس. وأوصت الدراسة بضرورة التعليم العائلي كخطه استراتيجيه في المستقبل.

## 21. دراسة ألبرتوا وآخرون ( 2002م):

وهي بعنوان " التكيف الوالدي لدى مرضى الفصام " وقد هدفت الدراسة إلى التعرف وتقييم التكيف الوالدي لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من عينتين، الأولى: التجريبيه العائلات (140 زوج وزوجه) و76 من الأبناء الذين يعانون من الفصام العقلي، والثانيه: تألفت من عينتين ضابطين 41 زوج وزوجه والذين يتمتعون بصحة جيدة ويقابلهم 32 من الأزواج المشخصين بالفصام العقلي.

وقد استخدم الباحث مقياس التكيف الوالدي، مقياس بيك للإكتئاب، مقياس القلق الشخصي، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه عند مقارنة عينة مرضى الفصام بالعيته الضابطه الغير مشخصه بالفصام العقلي دل فشل الأولى وسوء التكيف الوالدي لدى أفراد العينه وإلى ضعف التوافق والتماسك لدى زوجات مرضى الفصام وإلى إرتفاع في نسبة القلق والإكتئاب بين أفراد العينه التجريبيه مقارنة بالعيته الضابطه، وأن ضعف التكيف الوالدي يؤثر بالسلب على الأبناء، وقد أوصت الدراسة أن علاج مرضى الفصام العقلي يجب أن يكون مدعم بخطه تشمل الولدين وتهدف إلى تطوير ودعم التكيف الوالدي وتخفيف القلق والإكتئاب لدى الأمهات.

## 22. دراسة Thara R, Srinivasan T (1997م):

وهي بعنوان: "نتائج الزواج لمريض الفصام". حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر الزواج علي الحالة المرضية لمرضى الفصام. استخدم الباحث منهج الدراسة المطولة لمدة 10 سنوات لمعرفة مستقبل الحياة الزوجية لمرضى الفصام. عدد العينة 76 مريض فصام سيتم متابعتهم لمدة عشر سنوات. كانت النتائج 70% من المرضى قد تزوجوا أظهرت النتائج بأن 6% من المرضى الذين تزوجوا لديهم نتائج جيدة بالنسبة للمرض و40% لهم نتائج غير مرضية بالنسبة للمرض. عندهم حالات الإنتكاسة مثل عدم الإعتناء بالذات، الهلاوس كانت بنسبة كبيرة للمرضى الذين لم يتزوجوا.



## التعليق علي الدراسات السابقة:

هناك الكثير من الأبحاث التي تناولت مرضى الفصام من حيث العلاج والدعم الأسري والإجتماعي والعبء الأسري. ولكن الأبحاث التي تحدثت عن المناخ الأسري وتوكيد الذات لزوجات مرضى الفصام قليلة جداً تكاد أن تكون معدومة. وتعتبر هذه الدراسة الأولى من نوعها في فلسطين على حد علم الباحثة.

وبما أن أقرب شخص لمرضى الفصام هي الزوجة التي تتحمل هذا العبء الكبير في المحاولة لتحسين ومتابعة حالة المريض وتحافظ علي إستقراره، أي أن هناك دور كبير لزوجات المرضى في المحافظة علي العملية العلاجية للمريض لأن الدعم الأسري داخل الأسرة له دور كبير في منع الإبتكاسة لمرضى الفصام، وهذه الزوجة تحتاج إلي الصبر الكبير في تحمل هذا العبء لأن المريض يحتاج إلي الرعاية والعناية المستمرة.

### من حيث هدف الدراسات السابقة:

- تناولت الدراسات السابقة العديد من الأهداف المتعلقة بمرض الفصام وعلاقتها بالعديد من المتغيرات. من هذه الأهداف الضغوطات التي تتعرض لها زوجات المرضى بالفصام كما في دراسة (jungbauer J, et al,2014) وكذلك دراسة (بربخ)2014). دراسة ( Lukmanul Hakeem, M.N, 2013) حيث تناولت المشكلات الإجتماعية وما ينتج عنها من ضغوط نفسية. دراسة غراب (2015) تناولت الضغوطات لزوجات المرضى بالفصام وأسلوب حل المشكلات لهذه الضغوط.

- أما الدراسات التي تناولت المعاناة التي تتعرض لها زوجات المرضى النفسي والأسرة كما في دراسة (jungbauer J, et al,2014) التي تناولت العبء الذاتي لأزواج مرضى الفصام. دراسة أبو شعيرة (2013) تناولت العبء الأسري على مقدمي الرعاية من عائلات مرضى الفصام العقلي المتابعين والمتربدين على مراكز الصحة النفسية. دراسة شحادة (2012) تناولت وصف مستوى الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي من خلال أبعاد مختلفة: نفسية، إجتماعية، لما تسببه من تماسك الأسرة والمجتمع وتقليل العبء عليهما. دراسة ( Kaushik,P., & Bahatia, M.S, 2013) أشارت هذه الدراسة إلي العبء على أزواج مرضى الفصام

- لا توجد دراسات تتحدث عن المناخ الأسري لدى زوجات مرضى الفصام بشكل مفصل وكامل. دراسة (Lebell B, et al, 1993) أشارت إلي أثر المناخ العاطفي الأسري علي مريض الفصام.

- الدراسات التي تناولت توكيد الذات لمرضى الفصام قليلة جدا نذكر منها دراسة (2007) .Sass LA1, Parnas J (2003) ودراسة (Bradshaw, William; B rekke, John S هدفت دراسة) (2002 Switch,F) وقد هدف الدراسة إلى مقارنة تأثير مضادات الذهان والعلاج النفسي الإكلينيكي، النفسي الاجتماعي على النجاح في الحياة وتحقيق الذات.
- الدراسات التي تناولت إتجاه الوالدين نحو مريض الفصام مثل دراسة جودة (2008)، ودراسة البروتو وآخرون (2002) حيث تناولت تكيف الوالدين لمرض الفصام.
- أما الدراسات التي تناولت جودة الحياة لمرضى الفصام بشكل مفصل وكامل كانت دراسة عايش (2013). أما دراسة (Kaushik,P., & Bahatia, M.S, 2013) تناولت جودة الحياة مع أزواج من مرضى الفصام.
- الدراسات التي تناولت خبرة الزواج ونتائجه وأثره علي الحالة المرضية لمريض الفصام ومن هذه الدراسات وسام عبيد،(2013) و(Thara R, Srinivasan T, 1997). ومن الدراسات التي تناولت الدعم الأسري لمرضى الفصام بشكل مفصل وأثرها في منع الانتكاسة والالتزام بالعلاج الدوائي دراسة أبو رحمة (2012). كما هدفت دراسة (2002 Switch,F) إلى مقارنة تأثير مضادات الذهان والعلاج النفسي الإكلينيكي ، النفسي الاجتماعي على النجاح في الحياة وتحقيق الذات.

#### من حيث منهج وأداة الدراسات السابقة:

- معظم الأبحاث أُستخدم فيها المنهج الوصفي التحليلي عن طريق توزيع الإستبيانات والمقابلة الشخصية سواء مع زوجة المريض أو المريض، وهذا المنهج مناسب لدراسة الظواهر الإجتماعية حيث يتم وصف وتحليل تلك الظواهر. يعتبر المنهج الوصفي مظلة واسعة ومرنة تتضمن عدداً من المناهج والأساليب الفرعية المساعدة مثل المسوح الإجتماعية أو الدراسات الميدانية أو دراسة الحالة وغيرها.
- هناك من إستخدم المنهج شبه التجريبي والمنهج النوعي الذي يتضمن جمع المعلومات بالملاحظة الميدانية والمقابلات دون اللجوء إلى استخدام الإجراءات الإحصائية مثال على ذلك دراسة أسماء غراب (2015م).
- في دراسة (Thara R, Srinivasan T, 1997) إستخدم المنهج المستقبلي المطول لمدة 10 سنوات.

- هناك من إستخدم برنامج تطبيقي مثل دراسة حنان الشيخ علي (2013م) وتكونت عينة الدراسة من (33 مريضة بالفصام تم تقسيمها إلى مجموعتين أحدهما ضابطة (18) مريضة والأخرى تجريبية مكونة من (15) مريضة (القياس القبلي والبعدي). وكذلك دراسة ألبرتوا وآخرون (2002م) إستخدم فيها المنهج التجريبي.
- ترى الباحثة بأن المنهج الوصفي مهم جداً في المواضيع التي تخص الإنسان حيث يتم وصف وتحليل ووصف الظاهرة بدون إعطاء المريض أي من الأشياء التي ممكن تسبب له الضرر فهو منهاج آمن.
- الأدوات المستخدمة في البحث الإستبيانات ومثال علي ذلك دراسة أبو شعيرة(2013م)، حيث قامت الباحثة بعمل إستبياناً لقياس العبء الأسرى لمرض الفصام وتم توزيعه علي مقامي الرعاية من عائلة مريض الفصام. وفي دراسة شادي بريح (2014م) حيث إستخدم الباحث مقياس إستراتيجيات المواجهة من إعداد وتقنين د. سمير قوته (1997)، ومقياس جودة الحياة الأسرية من إعداد د. أماني عبد الوهاب، ود. سميرة شند (2010م). وإستخدم الباحث في دراسة 2007 H.T. Koivumaa-Honkanen1 مقياس هاملتون للقلق العام مقياس هاملتون للإكتئاب. دراسة(2003) Sass LA1, Parnas J. إستخدم الباحث إستبيان أعرض الفصام العقلي وإستبيان الوعي بالذات. وإستخدم الباحث في دراسة (Kaushik,P., & Bahatia, M.S, 2013) مقياس تقييم الأعباء، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية على أزواج المرضى.
- وهناك من إستخدم المقابلة مع المشاركين في الدراسة كما في دراسة ( Jungbauer, j.et.al. ) (2014) إستخدم الباحث المقابلة السردية مع أزواج من مرضى الفصام. كما في دراسة أسماء غراب (2015م) إستخدمت المقابلات الفردية الإكلينيكية مع مجموعة من ذوي الإختصاص في المجال النفسي الإكلينيكي، ومجموعة أخرى من زوجات مرضى الفصام اللاتي إشتراكن بالبرنامج. وفي دراسة(2002 Switch) إستخدم الباحث المقابلة الشخصية الإكلينيكية ومقياس جودة الحياة لمرضى الفصام العقلي ويرى الباحث أن المقابلة ضرورية جداً عند العمل معهم لأن هناك عوامل تؤثر علي صحة الإستبيانات مثل عدم التركيز والتشتت. دراسة ( Lukmanul Hakeem, ) (M.N, 2013) إستخدم الباحث المقابلة الشخصية لأزواج الفصام.
- هناك العديد من الدراسات إستخدم فيها المقابلة وتوزيع الإستبيانات معاً مثل (دراسة Switch 2002م) إستخدم الباحث المقابلة الشخصية الإكلينيكية ومقياس جودة الحياة لمرضى الفصام

العقلي، وكذلك دراسة أبو رحمة (2012م) تم استخدام المقابلة مع المريض وتوزيع الإستبيانات علي نويهم من زوجات أو أخوة أو أبناء.

- وترى الباحثة أن استخدام المقابلة مع توزيع الإستبيانات تكون النتائج أكثر مصداقية وواضحة خصوصاً عند التعامل مع حالات لديها اضطراب عقلي أو سلوكي مثل الفصام.

#### من حيث العينة المستخدمة في الدراسات السابقة

- العديد من الدراسات استخدمت العينة العشوائية كما في دراسة أبو شعيرة (2013م)، تم إختيار العينة عن طريق العينة العشوائية المنتظمة من 120 شخص من مقدمي الرعاية من عائلات مرضى الفصام العقلي. دراسة شادي بريخ (2014م) وقد تكونت عينة الدراسة من (154) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي. دراسة محمد عايش (2013م) تم إختيار العينة عشوائياً 160 مريضاً من كلا الجنسين. دراسة شحادة (2012م) استخدم الباحث العينة العشوائية البسيطة من عائلات مرضى الفصام.

- بعض الدراسات استخدمت العينة القصدية مثل دراسة أسماء غراب (2015) حيث تم إختيار (12) زوجة من زوجات مرضى الفصام. ودراسة (Lukmanul Hakeem, M.N, 2013)

- تعتقد الباحثة أن إختيار العينة القصدية يتطلب عدة عوامل منها أن يكون حجم العينة قليل أو أن العينة غير متوفرة دوماً أو صعوبة الحصول علي العينة بعدد كبير. كما أن نوع الدراسة أحياناً يحتم علينا إختيار العينة بشكل قصدي كما في دراسة أسماء غراب (2015م) حيث استخدمت الباحثة المنهج التجريبي لعدد محدود من المتابعين في عيادة الصحة النفسية.

- حسب الدراسات السابقة أنه لا يوجد من الرسائل التي تتعامل مع المناخ الأسري وتؤكد الذات لزوجات مرضى الفصام العقلي ولكن هناك بعض الدراسات أخذت بعض الجوانب المتعلقة بالمناخ الأسري حيث أظهرت النتائج بأن زوجات مرضى الفصام يتحملن عبئاً كبيراً في التعامل مع أزواجهن ولكن هذا العبء ممكن أن يقل عن طريق المتابعة المستمرة وإشراك ودمج المريض بالعائلة وذلك ما تؤكد دراسة (Thara R, Srinivasan T, 1997) ودراسة (Lebell, 1993) (B, et al) وأوضحت النتائج أن هذه الفئة تحتاج إلي الرعاية والتعليمات لمواجهة الضغوط الناتجة عن عبء المرض النفسي مثل دراسة شادي بريخ (2014م).

- وترى الباحثة مدى أهمية هذه الدراسة وتميزها عن باقي الدراسات السابقة التي تم ذكرها في الفصل الثالث حيث أنها وفي أثناء بحثها عن الدراسات السابقة لم تجد أي دراسة تناولت متغير توكيد الذات لدى أفراد العينة التي تناولتها أو نوي المرضى بشكل عام حيث أن معظم الدراسات السابقة تناولت فئة الأطفال أو طلاب الجامعة ولم تتناول فئة المرضى وذويهم.

- أما بالنسبة لمتغير المناخ الأسري فوجدت الباحثة أن معظم الدراسات السابقة تناولت دراسة متغير المناخ الأسري على عينة الأطفال أيضاً.
- ومن هذا المنطلق وجدت الباحثة مدى أهمية دراسة المناخ الأسري لدى أسر المرضى النفسيين فقامت الباحثة بدراسة هذا المتغير على عينة زوجات مرضى الفصام العقلي وهذا ما يميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات السابقة.

## الفصل الرابع الطريقة والإجراءات

## الفصل الرابع إجراءات الدراسة

تعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني في هذه الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الباحثة بدراستها، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لإختبار صدق وثبات الأدوات

### أولاً: منهج الدراسة:

إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يبحث عن الحاضر، ويهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة عن تساؤلات محددة تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث، وذلك باستخدام أدوات مناسبة (الأغا، 2002م، ص43)، إذ تحدد الدراسة الوصفية الوضع الحالي للظاهرة المراد دراستها وهو منهج يستخدم الاستبيانات في جمع البيانات على أن تكون على درجة من الموضوعية والثبات (أبو علام، 2011م، ص50).

### ثانياً: مجتمع الدراسة:

- بلغ حجم المجتمع الأصلي للدراسة ( 500 ) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المسجلين بالمؤسسات الرسمية وذلك حسب الإحصائيات الواردة في (دائرة التدريب والتطوير بالإدارة العامة للصحة النفسية عام 2016) .

### ثالثاً: عينة الدراسة:

#### أ. العينة الاستطلاعية:

تم إختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (24) من مجتمع الدراسة الأصلي، وتم تطبيق الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة على هذه العينة بهدف التحقق من صلاحية الأدوات للتطبيق على أفراد العينة الكلية، وذلك من خلال حساب صدقها وثباتها بالطرق الإحصائية الملائمة.

#### ب. العينة الميدانية:

تم إختيار عينة عشوائية من مجتمع الدراسة الأصلي، وقد بلغ عدد أفراد العينة (117) زوجة، وقد راعت الباحثة عند إختيار العينة التمثيل الأنسب للمجتمع.

والجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة تبعاً لعدد من المتغيرات المستقلة التصنيفية، وذلك كما يلي:

جدول (4.1): توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات التصنيفية

البيان	المتغير	العدد	%
العمر	25 وأقل	13	11.1
	35-26	33	28.2
	45-36	42	35.9
	أكثر من 45	29	24.8
مدة مرض الزوج	أقل من 5 سنوات	16	13.7
	5-10 سنوات	43	36.8
	11-15 سنة	13	11.1
	أكثر من 15 سنة	45	38.5
عدد سنوات الزواج	1-10 سنوات	25	21.4
	11-20 سنة	47	40.2
	أكثر من 20 سنة	45	38.5
معرفة الزوجة بمرض الزوج	قبل الزواج	21	17.9
	بعد الزواج	96	82.1
الحالة الاقتصادية	أقل من 1000 شيكل	69	59.0
	1001 - 2000	20	17.1
	2001-3000	16	13.7
	أكثر من 3000 شيكل	12	10.3
عدد الأبناء	2 وأقل	17	14.5
	3-5	64	54.7
	6-8	20	17.1
	أكثر من 8	16	13.7



## رابعاً: أدوات الدراسة:

### 1. مقياس المناخ الأسري:

بعد الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة ومنها دراسة بربخ (2014م)، ودراسة أبوشعيرة (2013)، ودراسة أبورحمة (2012م)، ودراسة غراب (2015م)، ودراسة جودة (2008م)، ودراسة الكشكي (2009م)، فقد قامت الباحثة بتصميم مقياس المناخ الأسري، ويتكون المقياس من (62) فقرة موزعة على خمسة أبعاد، وتتم الإستجابة على المقياس وفقاً لتدرج خماسي على طريقة ليكرت (أوافق بشدة - أوافق - أحياناً - لا أوافق - لا أوافق بشدة) وتصحح على التوالي بالدرجات (5-4-3-2-1)، والجدول التالي يبين توزيع فقرات المقياس على الأبعاد والفقرات السلبية عكسية التصحيح:

جدول (4.2): توزيع الفقرات على أبعاد مقياس المناخ الأسري

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	الفقرات	الفقرات العكسية
مدى اشباع الأسرة للحاجات	11	11-1	10، 9، 3، 2
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	10	21-12	16، 13
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	11	32-22	33، 29، 28، 27، 25، 24
النمو الشخصي	14	46-33	43، 42، 40، 37
الجو الأسري العام	16	62-47	62 - 47
الدرجة الكلية للمقياس	62	62-1	

ويتم إحتساب درجة المفحوص على المقياس بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على جميع الأبعاد لحساب الدرجة الكلية للمناخ التنظيمي، وتتراوح الدرجة على الدرجة الكلية للمقياس بين (62 - 310 درجة)، وتعتبر الدرجة المنخفضة عن سلبية مستوى المناخ الأسري فيما تعبر الدرجة المرتفعة عن إيجابية مستوى المناخ الأسري.

### صدق وثبات مقياس المناخ الأسري:

#### الصدق:

#### أ. صدق المحكمين:

للتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال صدق المحكمين، قامت الباحثة بعرض الصورة الأولية للمقياس على عدد من المحكمين من الأساتذة المختصين (ملحق رقم 1)، وذلك بهدف

معرفة آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم حول أبعاد المقياس وفقراته ومدى وضوحها، وترابطها، ومدى تحقيقها لأهداف الدراسة، وتم تفريغ الملاحظات التي أبدتها المحكمون وفي ضوءها قامت الباحثة بإعادة صياغة بعض الفقرات وحذف وإضافة بعض الفقرات، وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (62) فقرة.

#### ب. صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق مقياس المناخ الأسري قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، والجداول التالية تبين ذلك:

جدول (4.3): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

البعد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1-مدى اشباع الأسرة للحاجات	1	0.613	دالة عند 0.01	4-النمو الشخصي	33	0.873	دالة عند 0.01
	2	0.567	دالة عند 0.01		34	0.708	دالة عند 0.01
	3	0.510	دالة عند 0.05		35	0.635	دالة عند 0.01
	4	0.728	دالة عند 0.01		36	0.736	دالة عند 0.01
	5	0.762	دالة عند 0.01		37	0.535	دالة عند 0.01
	6	0.766	دالة عند 0.01		38	0.823	دالة عند 0.01
	7	0.744	دالة عند 0.01		39	0.824	دالة عند 0.01
	8	0.480	دالة عند 0.05		40	0.828	دالة عند 0.01
	9	0.771	دالة عند 0.01		41	0.944	دالة عند 0.01
	10	0.769	دالة عند 0.01		42	0.709	دالة عند 0.01
	11	0.722	دالة عند 0.01		43	0.856	دالة عند 0.01

البعد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2-العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	12	0.765	دالة عند 0.01	5-المساندة بالإمداد الاجتماعي	44	0.743	دالة عند 0.01
	13	0.728	دالة عند 0.01		45	0.640	دالة عند 0.01
	14	0.839	دالة عند 0.01		46	0.679	دالة عند 0.01
	15	0.859	دالة عند 0.01		47	0.902	دالة عند 0.01
	16	0.821	دالة عند 0.01		48	0.816	دالة عند 0.01
	17	0.909	دالة عند 0.01		49	0.800	دالة عند 0.01
	18	0.742	دالة عند 0.01		50	0.787	دالة عند 0.01
	19	0.876	دالة عند 0.01		51	0.826	دالة عند 0.01
	20	0.741	دالة عند 0.01		52	0.796	دالة عند 0.01
	21	0.673	دالة عند 0.01		53	0.640	دالة عند 0.01
3-الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	22	0.883	دالة عند 0.01	54	0.610	دالة عند 0.01	
	23	0.688	دالة عند 0.01	55	0.880	دالة عند 0.01	
	24	0.823	دالة عند 0.01	56	0.786	دالة عند 0.01	
	25	0.796	دالة عند 0.01	57	0.706	دالة عند 0.01	
	26	0.696	دالة عند 0.01	58	0.579	دالة عند 0.01	
	27	0.650	دالة عند 0.01	59	0.701	دالة عند 0.01	
	28	0.261	غير دالة إحصائياً	60	0.426	دالة عند 0.05	
	29	0.742	دالة عند 0.01	61	0.732	دالة عند 0.01	
	30	0.717	دالة عند 0.01	62	0.769	دالة عند 0.01	
	31	0.555	دالة عند 0.01				
32	0.571	دالة عند 0.01					

قيمة ر الجدولية (د.ح = 22) عند مستوى 0.05 = 0.404، وعند مستوى 0.01 = 0.515

يتضح من الجدول السابق أن معظم فقرات مقياس المناخ الأسري حققت إرتباطات دالة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه عند مستوى دلالة أقل من 0.05 بإستثناء الفقرة رقم

(28) مما يشير إلى أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الإتساق الداخلي وأنه يصلح لتقدير المناخ الأسري لدى أفراد العينة.

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس في صورته النهائية بين (61 - 305 درجة)، حيث أن معظم الفقرات حققت إرتباطات دالة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

2. قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:

والجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري موضوع الدراسة:

جدول (4.4): معامل ارتباط درجة كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري

المتغير	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
مدى اشباع الأسرة للحاجات	0.859	دالة عند 0.01
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	0.878	دالة عند 0.01
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	0.861	دالة عند 0.01
النمو الشخصي	0.940	دالة عند 0.01
الجو الأسري العام	0.918	دالة عند 0.01

قيمة ر الجدولية (د.ح = 22) عند مستوى 0.05 = 0.404، وعند مستوى 0.01 = 0.515

يتبين من الجدول السابق أنه توجد ارتباطات دالة إحصائياً بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المناخ الأسري، فقد تراوحت قيم الارتباط بين (0.859 - 0.940)، وجميعها قيم دالة عند مستوى 0.01.

مما يدل أيضاً على أن المقياس في صورته النهائية يتسم بدرجة جيدة من صدق الإتساق الداخلي. كما يشير ذلك إلى أن جميع فقرات وأبعاد المقياس تشترك في قياس خصائص المناخ الأسري لدى أفراد العينة.

ثبات مقياس المناخ الأسري:

أ- طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين مجموع درجات الفقرات الفردية ومجموع درجات الفقرات الزوجية لكل بعد، ثم استخدمت معادلة سييرمان-براون لتعديل طول البعد،

للأبعاد زوجية عدد الفقرات (النصفين متساويين) ومعادلة جتمان للأبعاد فردية الفقرات (النصفين غير متساويين)، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (4.5): قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية لمقياس المناخ الأسري

الرقم	أبعاد المقياس	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الثبات	مستوى الدلالة
1	مدى اشباع الأسرة للحاجات	11	0.828	0.906	دالة عند 0.01
2	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	10	0.761	0.864	دالة عند 0.01
3	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	10	0.853	0.921	دالة عند 0.01
4	النمو الشخصي	14	0.822	0.902	دالة عند 0.01
5	الجو الأسري العام	16	0.905	0.950	دالة عند 0.01
	الدرجة الكلية للمقياس	61	0.776	0.874	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الثبات تراوحت بين (0.864 – 0.950)، وهي دالة عند مستوى 0.01، مما يشير إلى أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات.

#### ب. ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

تم تقدير ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس بأبعاده ودرجته الكلية، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (4.6): معاملات الثبات لأبعاد مقياس المناخ الأسري باستخدام معامل ألفا

قيمة ألفا	عدد الفقرات	أبعاد المقياس
0.893	11	مدى اشباع الأسرة للحاجات
0.931	10	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك
0.895	10	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة
0.939	14	النمو الشخصي
0.943	16	الجو الأسري العام
0.979	61	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول السابق أن قيم ألفا مرتفعة وتدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات تطبيق المقياس على أفراد العينة.

كما سبق يتضح للباحثة أن مقياس المناخ الأسري موضوع الدراسة يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات؛ تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

## 2. مقياس توكيد الذات:

بعد الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة، فقد قامت الباحثة بإعداد مقياس توكيد الذات، ويتكون المقياس من (25) فقرة، وتتم الإستجابة على المقياس وفقاً لتدرج خماسي على طريقة ليكرت (كثيراً جداً - كثيراً - أحياناً نادراً - نادراً جداً) وتصحح على التوالي بالدرجات (5-4-3-2-1)، والجدول التالي يبين الفقرات السلبية عكسية التصحيح:

جدول (4.7): توزيع الفقرات على أبعاد مقياس توكيد الذات

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	الفقرات	الفقرات العكسية
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	25	25-1	2، 3، 7، 9، 11، 12، 13، 14، 15، 20، 22

ويتم إحتساب درجة المفحوص على المقياس بجمع درجاته على كل بعد وجمع درجاته على جميع الأبعاد لحساب الدرجة الكلية لتوكيد الذات، وتتراوح الدرجة على الدرجة الكلية للمقياس بين (25 - 125 درجة)، وتعتبر الدرجة المنخفضة عن تديني مستوى توكيد الذات فيما تعبر الدرجة المرتفعة عن إرتفاع مستوى توكيد الذات.

## صدق وثبات مقياس توكيد الذات:

### الصدق:

#### أ. صدق المحكمين:

للتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال صدق المحكمين، قامت الباحثة بعرض الصورة الأولية للمقياس على عدد من المحكمين من الأساتذة المختصين (ملحق رقم 1)، وذلك بهدف معرفة آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم حول أبعاد المقياس و فقراته ومدى وضوحها، وترابطها، ومدى تحقيقها لأهداف الدراسة، وتم تفريغ الملاحظات التي أبداه المحكمون وفي ضوءها قامت الباحثة بإعادة صياغة بعض الفقرات وحذف وإضافة بعض الفقرات، وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (25) فقرة.

ب. صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق مقياس توكيد الذات قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، والجداول التالية تبين ذلك:

جدول (4.8): ارتباط درجة كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.453	دالة عند 0.05	14	0.605	دالة عند 0.01
2	0.683	دالة عند 0.01	15	0.661	دالة عند 0.01
3	0.505	دالة عند 0.05	16	0.589	دالة عند 0.01
4	0.637	دالة عند 0.01	17	0.409	دالة عند 0.01
5	0.502	دالة عند 0.05	18	0.615	دالة عند 0.01
6	0.013	غير دالة إحصائياً	19	0.623	دالة عند 0.01
7	0.466	دالة عند 0.05	20	0.717	دالة عند 0.01
8	0.449	دالة عند 0.05	21	0.461	دالة عند 0.05
9	0.669	دالة عند 0.01	22	0.662	دالة عند 0.01
10	0.660	دالة عند 0.01	23	0.534	دالة عند 0.01
11	0.590	دالة عند 0.01	24	0.753	دالة عند 0.01
12	0.545	دالة عند 0.01	25	0.649	دالة عند 0.01
13	0.694	دالة عند 0.01			

قيمة ر الجدولية (د.ح = 22) عند مستوى 0.05 = 0.404، وعند مستوى 0.01 = 0.515

يتضح من الجدول السابق أن معظم فقرات المقياس حققت ارتباطات دالة مع البعد الذي تنتمي إليه باستثناء الفقرة رقم (6) التي لم تحقق ارتباط دال مع البعد الذي تنتمي إليه، وبذلك يصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (24) فقرة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس في صورته النهائية بين (24 - 120 درجة)، حيث أن معظم الفقرات حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

ثبات مقياس توكيد الذات:

أ- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على الفقرات الفردية للمقياس (12 فقرة)، ودرجاتهم على الفقرات الزوجية (12 فقرة) وكانت قيمة الارتباط (0.879)، ثم استخدمت معادلة سبيرمان براون لتعديل طول المقياس (النصفين متساويين)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.935) وهي قيمة مقبولة علمياً، الأمر الذي يدل على درجة جيدة من الثبات.

ب. ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

كما تم تقدير ثبات المقياس بحساب معامل كرونباخ ألفا لفقرات المقياس (عدد الفقرات = 24 فقرة)، وقد بلغت قيمة ألفا (0.925)، وهي قيمة تدل على مستوى جيد من الثبات، وهي دالة عند مستوى دلالة أقل 0.01، ونفي بمتطلبات تطبيق المقياس على أفراد العينة.

مما سبق يتضح للباحثة أن مقياس توكيد الذات موضوع الدراسة يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات؛ تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

**خامساً: الخطوات الإجرائية:**

1. جمع الأدبيات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة من إطار نظري ودراسات سابقة وتصنيفها في الدراسة مع التعليق عليها.
2. إعداد أدوات الدراسة والتأكد من مناسبتها لعينة الدراسة، وذلك من خلال التأكد من صدقها وثباتها لعينة الدراسة.
3. تطبيق مقياس المناخ الأسري ومقياس توكيد الذات على عينة إستطلاعية وعددها (24) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي المترددات على مركز أبوشباك للصحة النفسية.
4. تطبيق مقياس المناخ الأسري ومقياس توكيد الذات على العينة الفعلية للدراسة.
5. جمع وتبويب بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للإجابة على تساؤلات الدراسة والخروج بالنتائج النهائية للدراسة والتحقق من فروضها.
6. مناقشة النتائج وتفسيرها وتقديم التوصيات والبحوث المقترحة والتي ترتبط بنتائج الدراسة.



## سادساً: الأساليب الإحصائية:

تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS لتفريغ البيانات وتصفيتها وتصحيحها ومعالجتها كما يلي:

### أ- الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من صدق وثبات الأدوات:

- معامل ارتباط بيرسون: للتحقق من صدق الإتساق الداخلي للإستبيان، ولثبات التجزئة النصفية.
- معادلة سبيرمان براون، ومعادلة جتمان: لتعديل طول الإستبيان في ثبات التجزئة النصفية.
- معادلة ألفا كرونباخ: لحساب الثبات.

### ب- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من فروضها:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي.
- معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين المتغيرات.
- إختبار "ت" T-Test للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات أكثر من عينتين مستقلتين.
- إختبار شيفيه للكشف عن إتجاه الفروق الناتجة عن تحليل التباين الأحادي.

**الفصل الخامس**  
**عرض وتفسير ومناقشة النتائج**

## الفصل الخامس

### عرض وتفسير ومناقشة النتائج

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة، ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

#### أولاً: نتائج تساؤلات الدراسة.

##### التساؤل الأول:

نتائج السؤال الأول الذي ينص على: ما مستوى المناخ الأسري عند زوجات مرضى الفصام العقلي؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لإستجابات أفراد العينة على مقياس المناخ الأسري بأبعاده ودرجته الكلية، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.1): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة على مقياس المناخ الأسري

أبعاد الاستبيان	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	الترتيب
مدى اشباع الأسرة للحاجات	11	36.58	5.79	66.5	2
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	10	35.44	7.29	70.9	1
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	10	31.17	7.15	62.3	4
النمو الشخصي	14	46.35	11.09	66.2	3
الجو الأسري العام	16	46.68	12.98	58.3	5
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	61	196.22	39.84	64.3	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى المناخ الأسري من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي يقع عند وزن نسبي (64.3%)، وترتبت أبعاد مقياس المناخ الأسري كما يلي:

- حيث جاء بعد العلاقات الأسرية ودرجة التماسك في أعلى مراتب المناخ الأسري بوزن نسبي (70.9%).
- ثم مدى إشباع الأسرة للحاجات بوزن نسبي (66.5%).
- يليها في المرتبة الثالثة النمو الشخصي بوزن نسبي (66.2%).
- ثم الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة بوزن نسبي (62.3%).
- وأخيراً جاء الجو الأسري العام بوزن نسبي (58.3%).

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى المناخ الأسري من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي يقع عند وزن نسبي (64.3%) حيث يأتي بعد العلاقات الأسرية ودرجة التماسك في أعلى مراتب المناخ الأسري بوزن نسبي (70.9%) وترجع الباحثة ذلك إلى أن زوجات مرضى الفصام لديهن رغبة في المحافظة على هذه الأسرة من الإنهيار فتحاول أن تعوض النقص في دور الأب وتتواله هي بزرع روح التعاون والتماسك بين أبنائها حتى يعوضوها في المستقبل المعاناة والتعب الذي تواجهه في الحياة في الوقت الحاضر فتبذل زوجة المريض الفصامي أقصى جهودها للمحافظة على الأسرة، وكذلك يرجع أيضاً إلى طبيعة المجتمع المسلم الذي تعيش فيه ومدى رضاها بالقضاء والقدر وكذلك وجود المجتمع المسلم الداعم لها ولأسرتها من حيث توفر مؤسسات الدعم النفسي والاجتماعي يليه بعد مدى إشباع الأسرة للحاجات بوزن نسبي (66.5%) ثم جاء النمو الشخصي بوزن نسبي (66.2%) في المرتبة الثالثة ويليه الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة بوزن نسبي (62.3%) وأخيراً جاء الجو الأسري العام بوزن نسبي (58.3%) في المرتبة الخامسة وذلك يرجع لأن طبيعة الجو الأسري العام لهذه الأسرة يوجد فيها خلل بسبب مرض الزوج وصعوبة القيام بدوره الايجابي كأب بسبب مرضه بالفصام العقلي فتقع على عاتق الزوجة كل الأمور والمسئوليات. هذه النتيجة تتفق مع دراسة بريخ 2014 التي بينت أن معدل جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة متوسط بوزن نسبي بلغ (51.8%) حيث جاء في أعلى أبعاد المقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي هو بعد التفاعل الأسري حيث بلغ الوزن النسبي له (64.6%).

وترى الباحثة أيضاً أن المرأة الفلسطينية تتسم بقوة الشخصية والصلابة النفسية والإستعدادية للتكيف مع مختلف الظروف والباحث بريخ (2014م) قد خرج بنتيجة تدعم نتيجة هذا السؤال حيث أظهرت دراسته أيضاً أن زوجات مرضى الفصام في قطاع غزة يستخدمن جميع الإستراتيجيات في مواجهة الضغوط ومنها: إستراتيجية الإنتماء، إستراتيجية تحمل

المسئولية، إستراتيجية التخطيط لحل المشكلات، إستراتيجية التحكم بالنفس، وترى الباحثة أن هذه النتيجة تشير إلى وجود دعم أسري لمريض الفصام العقلي حيث ينشأ هذا الدعم نتيجة وجود زوجة داعمة قادرة على حل المشكلات وتحمل المسئولية وهذا يتفق مع ما توصل اليه الباحث أبو رحمة (2013م) أن نسبة الدعم الأسري لمرضى الفصام العقلي كانت (84.31) وذلك يرجع إلى وجود دعم من قبل المجتمعات العربية والإسلامية لهذه الفئة ولأن الدين الإسلامي اهتم بالأسرة وكيوناتها وتوفير كل مقومات الدعم والمساندة لها.

## 2. نتائج السؤال الثاني الذي ينص على: ما مستوى توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي ؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات أفراد العينة على مقياس توكيد الذات، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.2): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لاستجابات

أفراد العينة على مقياس توكيد الذات

الاستبيان	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي%
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	24	78.42	9.88	65.3

يتضح من الجدول السابق أن مستوى توكيد الذات من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي بوزن نسبي (65.3%)، وانحراف معياري (9.88).

أظهرت الدراسة أن مستوى توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي بوزن نسبي (65.3%). وهذا يعني أن زوجة مريض الفصام لديها القدرة على قول لا وطلب الخدمة والمساعدة من الآخرين والقدرة على التعبير عن المشاعر والإنفعالات، هذه النتيجة لا تتفق مع نتيجة دراسة أخرى أعدت بواسطة Jungbauer.et.al (2014) حيث أظهرت أن زوجات مرضى الفصام لديهن شعور دائم بالخوف والعجز واليأس وعدم القدرة على طلب المساعدة. وفي دراسة أخرى أجريت بواسطة Miklowitz, David J. وآخرون (2011) حيث أظهرت أن أهالي مرضى الفصام قد أظهروا مواقف إساءة للنفس من ناحية الأنماط العاطفية، وأيضاً يوجد دراسة أخرى أعدت بواسطة Sass LA1, Parnas J (2003) لا تدعم نتيجة الدراسة الحالية قد وجدت أن الأعراض السلبية والإيجابية للفصام على سواء تؤدي الى سلبية الوعي بالذات

لدى ذوي مرضى الفصام. هذه النتيجة كذلك تختلف مع دراسة أخرى أعدت بواسطة Lukmanul Hakeem, M.N (2013) وجدت أن (47 %) من أزواج مرضى الفصام لديهم إنخفاض في تقدير الذات.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن زوجة المريض بالفصام العقلي تتحمل العبء الأكبر والمسئولية تجاه أفراد أسرتها وتتلقى دور ومهام الأب فتبني لها شخصيتها الخاصة بها والتي تتطلب منها القيام بمسئوليات كبيرة والخروج من المنزل وحتى تقوم بهذا العبء الملقى على عاتقها لا بد أن تكون متمتعة بمستوى كبير من توكيد الذات حتى تستطيع أن تعيش وتواجه هذا المجتمع وتحمي أسرتها وكذلك تعزو الباحثة ارتفاع مستوى توكيد الذات لدى أفراد العينة إلى وجود شبكات الدعم النفسي والاجتماعي والمساندة الإجتماعية التي تتلقاها زوجة المريض بالفصام العقلي من المجتمع الخارجي.

3. نتائج السؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى المناخ الأسري ومستوى توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل من توكيد الذات بأبعاده، والمناخ الأسري بأبعاده ودرجته الكلية، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5.3): معامل الارتباط بين المناخ الأسري وتوكيد الذات من وجهة نظر زوجات مرضى الفصام العقلي

الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	المناخ الأسري
**0.779	مدى اشباع الأسرة للحاجات
**0.757	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك
**0.718	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة
**0.601	النمو الشخصي
**0.842	الجو الأسري العام
**0.507	الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري

0.01 ≥ \*\*      0.05 ≥ \*

قيمة (ر) الجدولية عند (د.ج=115) عند مستوى دلالة 0.05 = 0.174، وعند مستوى دلالة 0.01 = 0.228

يبين الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، بين مقياس توكيد الذات ومقياس المناخ الأسري بجميع أبعاده ودرجته الكلية.

أظهرت الدراسة وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، بين مقياس توكيد الذات ومقياس المناخ الأسري بجميع أبعاده ودرجته الكلية، وقد أظهرت الدراسة وجود علاقة إرتباطية طردية بين المناخ الأسري وتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي أي أن وجود مناخ أسري جيد يؤدي إلى زيادة توكيد الذات لدى زوجات الفصام العقلي، تتفق هذه الدراسة مع ما توصل اليه (برخ 2014) حيث توصلت دراسته إلى وجود علاقة طردية ما بين الإستراتيجيات الإيجابية (التخطيط لحل المشكلات - إعادة التقييم - التحكم بالنفس) لدى زوجات مرضى الفصام العقلي. وترى الباحثة أن توكيد الذات والتوافق الأسري يعتبران من الإستراتيجيات الإيجابية وأن توكيد الذات لزوجات مريض الفصام يتم تعزيزه في ظل وجود مناخ أسري مناسب وهذا المناخ والتوافق يتحقق بعوامل كثيرة منها الدعم الأسري والإجتماعي لمريض الفصام العقلي، وكذلك يرجع الى إضطراب زوجة المريض بالفصام العقلي الى أن تتكيف مع المشاكل التي تواجهها نتيجة مرض الزوج فتخرج للمجتمع الخارجي لتعوض النقص الذي تشعر به نتيجة لمرض الزوج فهي تتحمل مسئولية الأب والأم معاً وتحاول أن تخلق جو أسري ومناخ أسري فعال للأبناء فتقوى العلاقة بينها وبين أبنائها، وللمحافظة على هؤلاء الأبناء وحتى لا يشعروا بالنقص نتيجة لمرض والدهم تقوم الزوجة بالخروج لمواجهة هذا المجتمع ساعية للعمل أو القيام بالمهام الخارجية وبالتالي يجب أن تتمتع بقدرة عالية من مهارة توكيد الذات حتى تواجه هذا المجتمع.

4. نتائج السؤال الرابع الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في مستوى المناخ الأسري تعزى لمتغيرات الدراسة: (عمر الزوجة، مدة مرض الزوج، الوضع الاقتصادي، عدد الأبناء)؟ ويتفرع منه الأسئلة الفرعية التالية:

1.4 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى المناخ الأسري تعزى لعمر الزوجة (25 وأقل، 26-35، 36-45، أكثر من 45 سنة) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر العمر (25 وأقل، 26-35، 36-45، أكثر من 45 سنة) على المناخ الأسري لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة إختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.4): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لعمر الزوجة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مدى اشباع الأسرة للحاجات	بين المجموعات	597.84	3	199.28	6.831	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	3296.64	113	29.17		
	المجموع	3894.48	116			
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	بين المجموعات	611.49	3	203.83	4.142	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	5561.40	113	49.22		
	المجموع	6172.89	116			
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	بين المجموعات	789.23	3	263.08	5.782	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	5141.35	113	45.50		
	المجموع	5930.58	116			
النمو الشخصي	بين المجموعات	1998.08	3	666.03	6.136	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	12264.55	113	108.54		
	المجموع	14262.63	116			
الجو الأسري العام	بين المجموعات	2848.84	3	949.61	6.422	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	16708.82	113	147.87		
	المجموع	19557.66	116			
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	بين المجموعات	21625.17	3	7208.39	5.012	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	162529.05	113	1438.31		
	المجموع	184154.22	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3،113) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.76، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري تبعاً لمتغير عمر الزوجة لأفراد العينة.

والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد ذات الدلالة

من مقياس المناخ الأسري:



جدول (5.5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام

العقلي للمناخ الأسري تبعاً لعمر الزوجة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
2.40	31.46	13	25 وأقل	مدى اشباع الأسرة للحاجات
4.90	38.85	33	35-26	
5.62	35.55	42	45-36	
6.44	37.79	29	أكثر من 45 سنة	
5.60	30.15	13	25 وأقل	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك
6.79	35.94	33	35-26	
7.31	34.79	42	45-36	
7.36	38.21	29	أكثر من 45 سنة	
2.45	27.00	13	25 وأقل	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة
6.29	32.30	33	35-26	
7.38	29.17	42	45-36	
7.48	34.66	29	أكثر من 45 سنة	
6.55	43.62	13	25 وأقل	النمو الشخصي
11.18	45.03	33	35-26	
11.12	43.33	42	45-36	
9.78	53.45	29	أكثر من 45 سنة	
9.04	48.46	13	25 وأقل	الجو الأسري العام
12.58	42.15	33	35-26	
12.40	44.14	42	45-36	
12.48	54.69	29	أكثر من 45 سنة	
24.58	180.69	13	25 وأقل	الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري
34.90	194.27	33	35-26	
40.70	186.98	42	45-36	
41.57	218.79	29	أكثر من 45 سنة	

والجدول التالي يبين نتائج إختبار شيفيه للكشف عن إتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لأبعاد مقياس المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعمر الزوجة:

جدول (5.6): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعمر الزوجة

المتغير	البيان	25 وأقل	35-26	45-36
مدى إشباع الأسرة للحاجات	35-26	*7.387		
	45-36	4.086	3.301	
	أكثر من 45 سنة	*6.332	1.055	2.245
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	35-26	5.786		
	45-36	4.632	1.154	
	أكثر من 45 سنة	*8.053	2.268	3.421
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	35-26	5.303		
	45-36	2.167	3.136	
	أكثر من 45 سنة	*7.655	2.352	*5.489
النمو الشخصي	35-26	1.415		
	45-36	0.282	1.697	
	أكثر من 45 سنة	9.833	*8.418	*10.115
الجو الأسري العام	35-26	6.310		
	45-36	4.319	1.991	
	أكثر من 45 سنة	6.228	*12.538	*10.547
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	35-26	13.580		
	45-36	6.284	7.297	
	أكثر من 45 سنة	*38.101	24.520	*31.817

يتبين من الجدولين السابقين أنه:

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عمر الزوجة 25 وأقل ومجموعة 35-26 في بعد مدى إشباع الأسرة للحاجات، وكانت لصالح مجموعة عمر الزوجة 35-26.

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عمر الزوجة أكثر من 45 سنة من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة عمر الزوجة أكثر من 45 سنة.

أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري تبعاً لمتغير عمر الزوجة لأفراد العينة. توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عمر الزوجة 25 وأقل ومجموعة 26-35 في بعد مدى إشباع الأسرة للحاجات، وكانت لصالح مجموعة عمر الزوجة 26-35.

وأظهرت أيضاً وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة عمر الزوجة أكثر من 45 سنة من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة عمر الزوجة أكثر من 45 سنة. وترى الباحثة أن عمر الزوجة يلعب دوراً هاماً في التأثير على المناخ الأسري وأنه كلما تقدم عمر الزوجة أصبحت أكثر عقلانية وفهماً لمتطلبات الأسرة وأكثر نضوجاً واستقراراً ولديها الخبرة الكافية في الحياة مما يمكنها من إعادة التقييم للمواقف أكثر من الزوجة الصغيرة، هذه النتيجة لا تدعم دراسة أعدت بواسطة (شحادة، 2012) حيث توصلت إلى أن الإستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام يتأثر بغض النظر عن إختلاف العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس، مكان الإقامة).

**2.4 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى المناخ الأسري تعزى لمدة مرض الزوج (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) لدى أفراد العينة؟**

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مدة مرض الزوج (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) على المناخ الأسري لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.7): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لمدة مرض الزوج

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مدى اشباع الأسرة للحاجات	بين المجموعات	642.67	3	214.22	7.444	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	3251.80	113	28.78		
	المجموع	3894.48	116			
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	بين المجموعات	1932.19	3	644.06	17.162	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	4240.70	113	37.53		
	المجموع	6172.89	116			
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	بين المجموعات	2021.62	3	673.87	19.480	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	3908.96	113	34.59		
	المجموع	5930.58	116			
النمو الشخصي	بين المجموعات	3435.20	3	1145.07	11.950	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	10827.43	113	95.82		
	المجموع	14262.63	116			
الجو الأسري العام	بين المجموعات	3772.88	3	1257.63	9.003	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	15784.78	113	139.69		
	المجموع	19557.66	116			
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	بين المجموعات	53019.65	3	17673.22	15.229	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	131134.57	113	1160.48		
	المجموع	184154.22	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.76، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري تبعاً لمتغير مدة مرض الزوج.

والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد ذات الدلالة

من مقياس المناخ الأسري:

جدول (5.8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام

العقلي للمناخ الأسري تبعاً لمدة مرض الزوج

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
6.24	36.00	16	5 وأقل	مدى اشباع الأسرة للحاجات
4.37	35.44	43	10-6	
5.57	32.00	13	15-11	
5.83	39.20	45	أكثر من 16 سنة	
5.19	30.50	16	5 وأقل	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك
6.06	35.02	43	10-6	
4.80	28.08	13	15-11	
6.77	39.73	45	أكثر من 16 سنة	
4.29	26.50	16	5 وأقل	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة
5.83	31.09	43	10-6	
6.05	22.85	13	15-11	
6.34	35.31	45	أكثر من 16 سنة	
7.64	41.25	16	5 وأقل	النمو الشخصي
9.31	45.42	43	10-6	
12.62	35.69	13	15-11	
10.00	52.13	45	أكثر من 16 سنة	
7.64	45.25	16	5 وأقل	الجو الأسري العام
13.70	44.47	43	10-6	
10.66	34.69	13	15-11	
11.34	52.76	45	أكثر من 16 سنة	
25.35	179.50	16	5 وأقل	الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري
33.69	191.44	43	10-6	
39.33	153.31	13	15-11	
35.44	219.13	45	أكثر من 16 سنة	

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لأبعاد مقياس المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لمدة مرض الزوج:

جدول (5.9): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لمدة مرض الزوج

المتغير	البيان	5 وأقل	10-6	15-11
مدى اشباع الأسرة للحاجات	10-6	0.558		
	15-11	4.000	3.442	
	أكثر من 16 سنة	3.200	*3.758	*7.200
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	10-6	4.523		
	15-11	2.423	*6.946	
	أكثر من 16 سنة	9.233	*4.710	*11.656
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	10-6	4.593		
	15-11	3.654	*8.247	
	أكثر من 16 سنة	*8.811	*4.218	*12.465
النمو الشخصي	10-6	4.169		
	15-11	5.558	*9.726	
	أكثر من 16 سنة	*10.883	*6.715	*16.441
الجو الأسري العام	10-6	0.785		
	15-11	10.558	9.773	
	أكثر من 16 سنة	7.506	*8.290	*18.063
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	10-6	11.942		
	15-11	26.192	*38.134	
	أكثر من 16 سنة	*39.633	*27.691	*65.826

يتبين من الجدولين السابقين أنه:

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة مدة مرض الزوج 6-10 ومجموعة 11-15 في أبعاد العلاقات الأسرية ودرجة التماسك، والانضباط والتنظيم داخل الأسرة، والنمو الشخصي، والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة مدة مرض الزوج 6-10 سنة.

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة مدة مرض الزوج أكثر من 16 سنة من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة مدة مرض الزوج أكثر من 16 سنة.

وترى الباحثة أن متغير مدة مرض الزواج يلعب دوراً هاماً في التأثير على المناخ الأسري وعند الحديث عن مدة المرض 5 وأقل فإننا نتحدث عن فترة قصيرة مقارنة بسمات مرض الفصام المزمن في هذه الفترة يكون إكتشاف المرض حديثاً وتتسأ الخلافات مع الزوجة والعائلة نظراً لقصور فهمهم ووعيهم لطبيعة المرض وهذه المشاكل وعدم التقبل للمرض تؤثر سلبياً على المناخ الأسري العام، أما فترة 6-10 سنوات فهي فترة كافية لفهم طبيعة المرض والتعايش الأمر الذي يؤدي الى خلق مناخ أسري مستقر نسبياً حسبما أثبتت الدراسة الحالية. أما أهم الفترات التي أثرت على المناخ الأسري في هذه الدراسة كانت الفترة أكثر من 16 سنة وهنا تشير الباحثة أن بعد 16 عاماً من مرض الزوج تكون الزوجة قد حسمت خيارها بالبقاء والإستقرار والمحافظة على تماسك الأسرة وتربية الأبناء وتأمين مستقبل جميل لهم ويكون الزوج قد إستبصر بطبيعة مرضه وإلتزم بالعلاج الدوائي خصوصاً مع إكتشاف أدوية مضادة للذهان حديثة غير تقليدية (Atypical antipsychotic) أقل في التأثيرات الجانبية وأفضل في النتيجة ومما يدعم صحة هذا الكلام دراسة أعدت بواسطة (Switch, 2002) حيث أظهرت أن المرضى الذين يتعالجون بمضادات الذهان التقليديه أظهروا بعض التراجع في المنحدر الإحصائي بالنسبة لجودة الحياه كما وأظهرت الدراسة أن المرضى الذين تعرضوا للآثار الجانبية للعلاج أظهروا بعض الضعف في النجاح في الحياه مقارنة ذوي الآثار الجانبية الأقل.

3.4 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى المناخ الأسري تعزى للحالة الاقتصادية (أقل من 1000 شيقل، 1001-2000، 2001-3000، أكثر من 3000 شيقل) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الحالة الاقتصادية (أقل من 1000 شيقل، 1001-2000، 2001-3000، أكثر من 3000 شيقل) على المناخ الأسري لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة إختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.10): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى للحالة الاقتصادية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مدى اشباع الأسرة للحاجات	بين المجموعات	236.14	3	78.71	2.431	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	3658.34	113	32.37		
	المجموع	3894.48	116			
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	بين المجموعات	412.00	3	137.33	2.094	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5760.89	113	50.98		
	المجموع	6172.89	116			
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	بين المجموعات	382.09	3	127.36	2.594	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	5548.49	113	49.10		
	المجموع	5930.58	116			
النمو الشخصي	بين المجموعات	977.99	3	326.00	2.773	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	13284.64	113	117.56		
	المجموع	14262.63	116			
الجو الأسري العام	بين المجموعات	1460.25	3	486.75	3982.	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	18097.41	113	160.15		
	المجموع	19557.66	116			
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	بين المجموعات	11818.89	3	3939.63	2.583	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	172335.33	113	1525.09		
	المجموع	184154.22	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.76، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98



يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على بعد الجو الأسري العام تبعاً لمتغير للحالة الاقتصادية.

والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعدها الجو الأسري العام:

**جدول (5.11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى**

الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً للحالة الاقتصادية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
11.82	44.64	69	أقل من 1000 شيقل	الجو الأسري العام
15.05	47.60	20	2000-1001	
8.62	55.13	16	3000-2001	
17.01	45.58	12	أكثر من 3000 شيقل	

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لأبعاد مقياس المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً للحالة الاقتصادية:

**جدول (5.12): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على**

أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً للحالة الاقتصادية

3000-2001	2000-1001	أقل من 1000 شيقل	البيان	المتغير
		2.962	2000-1001	الجو الأسري العام
	7.525	*10.487	3000-2001	
9.542	2.017	0.946	أكثر من 3000 شيقل	

يتبين من الجدولين السابقين أنه توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة للحالة الاقتصادية أقل من 1000 شيقل ومجموعة 3000-2001 في بعد الجو الأسري العام، وكانت لصالح مجموعة الحالة الاقتصادية 3000-2001 شيقل.

ترى الباحثة أن هذه النتيجة متوقعة حيث أنه توجد علاقة إرتباطية طردية بين تحسن الوضع الإقتصادي وتحسن المناخ الأسري فالمجموعة 3000-2001 شيقل لديها مناخ أسري أفضل من المجموعة أقل من 1000 شيقل ومن المعروف أن تردي الوضع الإقتصادي

وضعف الدخل الشهري يؤثر سلبياً على التوافق الأسري ومن شأنه خلق مزيد من المشاكل والصراعات داخل الأسرة الواحدة خصوصاً في ظل وجود مريض فصام عقلي وهو الزوج المعيل للأسرة وهو بحاجة إلى تكاليف مادية للعلاج والمتابعة. وفي دراسة أعدت بواسطة (Hakeem, 2013) وجدت أن أكثر من (50%) من أزواج مرضى الفصام يشعرون أن مرض أزواجهم قد أثر على الدخل للعائلة، نتيجة الدراسة الحالية تتفق أيضاً مع دراسة أخرى أجريت بواسطة (Kaushik, P., & Bahatia, M.S., 2013) حيث أظهرت أن مرض الأزواج زاد العبء المالي والاجتماعي على الزوجات بالإضافة إلى الأعباء المتعلقة بالرعاية والعلاج. وقد وجدت الباحثة (2013) شحادة أن البعد الاقتصادي يؤثر على الإستقرار العائلي بوزن نسبي (69.47%).

#### 4.4 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى المناخ الأسري تعزى لعدد الأبناء (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر عدد الأبناء (2 وأقل، 3-5، 6-8، أكثر من 8) على المناخ الأسري لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة إختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.13): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تعزى لعدد الأبناء

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
مدى اشباع الأسرة للحاجات	بين المجموعات	686.22	3	228.74	8.057	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	3208.25	113	28.39		
	المجموع	3894.48	116			
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	بين المجموعات	1292.71	3	430.90	9.978	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	4880.18	113	43.19		
	المجموع	6172.89	116			
الانضباط والتنظيم داخل الأسرة	بين المجموعات	1344.02	3	448.01	11.038	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	4586.56	113	40.59		
	المجموع	5930.58	116			

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
النمو الشخصي	بين المجموعات	2327.20	3	775.73	7.344	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	11935.44	113	105.62		
	المجموع	14262.63	116			
الجو الأسري العام	بين المجموعات	1408.36	3	469.45	2.223	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	18149.30	113	160.61		
	المجموع	19557.66	116			
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	بين المجموعات	30282.17	3	10094.06	7.413	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	153872.05	113	1361.70		
	المجموع	184154.22	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.76، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98 يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على معظم الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري تبعاً لمتغير عدد الأبناء ما عدا بعد الجو الأسري العام. والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد ذات الدلالة من مقياس المناخ الأسري:

**جدول (5.14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي للمناخ الأسري تبعاً لعدد الأبناء**

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مدى اشباع الأسرة للحاجات	2 وأقل	17	34.18	4.22
	3-5	64	35.48	5.61
	6-8	20	41.60	2.95
	أكثر من 8	16	37.25	7.21
العلاقات الأسرية ودرجة التماسك	2 وأقل	17	34.59	7.03
	3-5	64	33.05	5.99
	6-8	20	41.80	4.74
	أكثر من 8	16	38.00	9.66
الانضباط والتنظيم	2 وأقل	17	28.88	3.84

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	البيان	المتغير
6.65	29.00	64	5-3	داخل الأسرة
2.11	37.40	20	8-6	
9.95	34.50	16	أكثر من 8	
6.71	47.47	17	2 وأقل	النمو الشخصي
10.80	43.00	64	5-3	
2.93	55.20	20	8-6	
15.71	47.50	16	أكثر من 8	
27.81	196.06	17	2 وأقل	الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري
38.82	184.33	64	5-3	
8.94	228.00	20	8-6	
54.78	204.25	16	أكثر من 8	

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لأبعاد مقياس المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعدد الأبناء:

جدول (5.15): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على أبعاد المناخ الأسري ذات الدلالة تبعاً لعدد الأبناء

8-6	5-3	2 وأقل	البيان	المتغير
		1.308	5-3	مدى اشباع الأسرة للحاجات
	*6.116	*7.424	8-6	
4.350	1.766	3.074	أكثر من 8	
		1.541	5-3	العلاقات الأسرية ودرجة التماسك
	*8.753	*7.212	8-6	
3.800	4.953	3.412	أكثر من 8	
		0.118	5-3	الانضباط والتنظيم داخل الأسرة
	*8.400	*8.518	8-6	
2.900	*5.500	5.618	أكثر من 8	

المتغير	البيان	2 وأقل	3-5	6-8
النمو الشخصي	3-5	4.471		
	6-8	7.729	*12.200	
	أكثر من 8	0.029	4.500	7.700
الدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري	3-5	11.731		
	6-8	31.941	*43.672	
	أكثر من 8	8.191	19.922	23.750

يتبين من الجدولين السابقين أنه:

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء 3-5 ومجموعة أكثر من 8 في بعد الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء أكثر من 8.
- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء أكثر من 6-8 من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 6-8.
- أظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على معظم الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري تبعاً لمتغير عدد الأبناء حيث تبين أنه توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء 3-5 ومجموعة أكثر من 8 في بعد الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء أكثر من 8 وكذلك توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء أكثر من 6-8 من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس المناخ الأسري، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 6-8. وتعتقد الباحثة أنه عندما يصل عدد الأبناء 6-8 أو أكثر من 8 أفراد فإن هذه المرحلة تتميز بالاستقرار والإنضباط نظراً لثبات عدد الأبناء وتوقف الإنجاب ومن ناحية أخرى لنسوج الأبناء وزيادة وعيهم وفهمهم لمرض أبيهم وتقاسمهم العبء والمسئولية مع والدتهم. وتشير دراسة كلمن (2003 moor) وulyssse (2001) إلى أن المناخ الأسري المتماسك والذي تسوده علاقات أسرية حميمة وتشيع فيها مشاعر الطمأنينة والتسامح وإستعمال المديح وتعزيز الثقة بالنفس لأبنائه، كل هذا يزيد من تغلبه على العقبات التي تواجهه. وقد ذكر عبدالله (2006) أن مشاركة الأبناء للأسرة في إدراك إحتياجاتها، والعمل على مقابلتها يعتبر من العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى التوافق الأسري.

نتائج السؤال الخامس الذي ينص على:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في مستوى توكيد الذات تعزى لمتغيرات الدراسة: (عمر الزوجة، مدة مرض الزوج، الوضع الاقتصادي، عدد الأبناء)؟ ويتفرع منه الأسئلة الفرعية التالية:

1.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى توكيد الذات تعزى لعمر الزوجة (25 وأقل، 26-35، 36-45، أكثر من 45 سنة) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر العمر (25 وأقل، 26-35، 36-45، أكثر من 45 سنة) على توكيد الذات لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.16): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لعمر الزوجة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	بين المجموعات	92.79	3	30.93	0.311	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	11237.68	113	99.45		
	المجموع	11330.48	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة  $0.05 = 2.76$ ، وعند مستوى دلالة  $0.01 = 4.98$

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير عمر الزوجة لأفراد العينة.

أظهرت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير عمر الزوجة لأفراد العينة، ومن وجهة نظر الباحثة أن توكيد الذات ممكن أن تتصف به زوجة مريض الفصام بغض النظر عن الفئة العمرية ومن الممكن أن تكون قادرة على التعبير الملائم عن مشاعرها وأفكارها وآرائها ومواقفها، والمطالبة بحقوقها ومن خلال تنفيذ هذه الدراسة وجدت الباحثة أن معظم المشتركات في الدراسة لديهن الرغبة والقدرة في التعبير عن الإنفعالات والمشاعر والمطالبة بالحقوق وهذه القدرة غير مرتبطة بعمر معين.

2.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى توكيد الذات تعزى لمدة مرض الزوج (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مدة مرض الزوج (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) على توكيد الذات لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.17): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لمدة مرض الزوج

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	بين المجموعات	531.75	3	177.25	1.855	غير دالة إحصائياً
	داخل المجموعات	10798.73	113	95.56		
	المجموع	11330.48	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة  $0.05 = 2.76$ ، وعند مستوى دلالة  $0.01 = 4.98$

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير مدة مرض الزوج.

كما وأظهرت الدراسة أيضاً أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير مدة مرض الزوج، هذه النتيجة لا تتفق مع دراسة أعدت بواسطة بريخ (2014) حيث وجدت أن مرض الزوج يعتبر مشكلة كبيرة وفاجعة للأسرة بكاملها تجعل من الزوجة تتبنى لها شخصية دفاعية واثقة من نفسها قادرة على مواجهة المجتمع الخارجي فتقوى لديها القدرة على مواجهة المجتمع الخارجي والتعامل مع الضغوط النفسية مثل القلق، والتوتر، والخوف من المستقبل المجهول، ضعف الثقة بالنفس، الشعور بالعجز واليأس. في المقابل تعتقد الباحثة أن مرض الزوج يعتبر دافعاً قوياً للزوجة للتعبير عن مشاعرها ومشاكلها وإنفعالاتها والمطالبة بحقوقها وتحمل مسؤولياتها والعبء الأسري الملقى على عاتقها وبالتالي زيادة ثقته بنفسها وتوكيدها لذاتها.

3.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى توكيد الذات تعزى للحالة الاقتصادية (أقل من 1000 شيقل، 1001-2000، 2001-3000، أكثر من 3000 شيقل) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الحالة الاقتصادية (أقل من 1000 شيقل، 1001-2000، 2001-3000، أكثر من 3000 شيقل) على توكيد الذات لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.18): نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى للحالة الاقتصادية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	بين المجموعات	1330.48	3	443.49	5.011	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	10000.00	113	88.50		
	المجموع	11330.48	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة  $0.05 = 2.76$ ، وعند مستوى دلالة  $0.01 = 4.98$

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير للحالة الاقتصادية.

والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعدها الجوى الأسري العام:

جدول (5.19): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تبعاً للحالة الاقتصادية

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	أقل من 1000 شيقل	69	78.25	9.21
	1001-2000	20	74.00	12.46
	2001-3000	16	85.94	6.32
	أكثر من 3000 شيقل	12	76.75	7.90



والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لأبعاد مقياس توكيد الذات ذات الدلالة تبعاً للحالة الاقتصادية:

جدول (5.20): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً للحالة الاقتصادية

المتغير	البيان	أقل من 1000 شيقل	2000-1001	3000-2001
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	2000-1001	4.246		
	3000-2001	*7.691	*11.938	
	أكثر من 3000 شيقل	1.496	2.750	9.188

يتبين من الجدولين السابقين أنه توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة للحالة الاقتصادية 3000-2001 من ناحية ومجموعتي أقل من 1000 شيقل و 2000-1001 في على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة الحالة الاقتصادية 3000-2001 شيقل.

بالنسبة لمتغير الوضع الاقتصادي فقد وجدت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير للحالة الاقتصادية، حيث تبين انه توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة للحالة الاقتصادية 3000-2001 من ناحية ومجموعتي أقل من 1000 شيقل و 2000-1001 في على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة الحالة الاقتصادية 3000-2001 شيقل، وبحسب هذه النتيجة فان تحسن العامل الاقتصادي للأسرة مريض الفصام يلعب دورين أساسيين في متغيرات الدراسة الحالية، الاول تحسين المناخ الأسري والثاني تحسين توكيد الذات لزوجات مريض الفصام، وهذا يتفق مع ما ذهبت اليه الباحثة أبو شعيرة (2013) حيث وجدت ان العبء الاقتصادي يحتل المرتبة الثالثة من مجمل الابعاء الملقيه على عاتق مقدمي عاتق مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي في قطاع غزة. وفي المقابل تختلف نتيجة هذه الدراسة ايضا مع دراسة اخرى أعدت بواسطة أبو رحمة (2012) عدم وجود فروق في الدعم الأسري والالتزام الدوائي بسبب الدخل الشهري.

4.5 هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمستوى توكيد الذات تعزى لعدد الأبناء (5 وأقل، 6-10، 11-15، أكثر من 16 سنة) لدى أفراد العينة؟

تم إجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر عدد الأبناء (2 وأقل، 3-5، 6-8، أكثر من 8) على توكيد الذات لدى أفراد العينة، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين المتوسطات:

جدول (5.21): يبين نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لتوكيد الذات تعزى لعدد الأبناء

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	بين المجموعات	1174.41	3	391.47	4.356	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	10156.07	113	89.88		
	المجموع	11330.48	116			

قيمة (ف) الجدولية عند (د.ح=3، 113) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.76، وعند مستوى دلالة 0.01 = 4.98

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات تبعاً لمتغير عدد الأبناء.

والجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات:

جدول (5.22): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي توكيد الذات تبعاً لعدد الأبناء

المتغير	البيان	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية لمقياس توكيد الذات	2 وأقل	17	84.35	6.51
	3-5	64	76.02	9.16
	6-8	20	78.20	5.52
	أكثر من 8	16	82.00	15.53

والجدول التالي يبين نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات تقديرات زوجات مرضى الفصام العقلي لمقياس تأكيد الذات تبعاً لعدد الأبناء:

جدول (5.23): نتائج اختبار شيفيه للكشف عن اتجاه الفروق بين متوسطات أفراد العينة على الدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات تبعاً لعدد الأبناء

المتغير	البيان	2 وأقل	3-5	6-8
الدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات	5-3	*8.337		
	8-6	6.153	2.184	
	أكثر من 8	2.353	5.984	3.800

يتبين من الجدولين السابقين أنه توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء 2 وأقل ومجموعة 3-5 على الدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 2 وأقل.

- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء أكثر من 6-8 من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 6-8.

- كما وأظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات تبعاً لمتغير عدد الأبناء، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء 2 وأقل ومجموعة 3-5 على الدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 2 وأقل، وكذلك وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة عدد الأبناء أكثر من 6-8 من ناحية وباقي المجموعات من ناحية أخرى (حيث ظهرت \*) في جميع الأبعاد ذات الدلالة والدرجة الكلية لمقياس تأكيد الذات، وكانت لصالح مجموعة عدد الأبناء 6-8 وترى الباحثة أن عدد الأبناء كان عامل إيجابي لزيادة مستوى تأكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي لأن الأبناء يكونون قد نضجوا وكانوا بمثابة مدافع ومواجه للأزمات والضغوطات التي تتعرض لها الأسرة وقد تحملوا العبء عن والدتهم وتعتقد الباحثة أيضاً أن عدد الأبناء يحسن من التفاعل النفسي والاجتماعي والعلاقات داخل الأسرة وفي ظل مرض الزوج تكون الزوجة هي التي توزع المهام وتربي الأبناء وتخطط لمستقبلهم وهذا كله يصب نحو زيادة تأكيد الذات للزوجة وفي دراسة أعدت بواسطة Bradshaw, William; B rekke, John S (2007) وجدت أن التفاعل النفسي والاجتماعي يؤثر على الخبرات الشخصية ويعتبر من العوامل المؤثرة في تحقيق الذات.

## ثانياً- توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثة تقدم بعض التوصيات والتي من شأنها أن تفيد زوجات المرضى بشكل عام وزوجات مرضى الفصام العقلي شكل خاص على النحو التالي:

1. عمل ورشات داخل العيادات لأهالي المرضى النفسيين وخصوصاً الزوجات وتوعيتهن بطرق وآليات التعامل مع أزواجهن المرضى.
2. توعية زوجات المرضى بضرورة تبني الأساليب واستراتيجيات توكيد الذات وذلك من أجل مواصلة حياتهن بشكل أفضل.
3. ضرورة أن يتم عمل برامج إرشادية وتوعوية من أجل تدعيم وتقوية أسلوب توكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.
4. تصميم برامج إرشادية لزوجات مرضى الفصام العقلي للعمل على تقوية الروابط الأسرية بين الزوجة والأبناء.
5. ضرورة أن يتم عمل جلسات تثقيفية وزيارات ميدانية لأسر مرضى الفصام وبشكل دوري من قبل المؤسسات المعنية.
6. انشاء مؤسسة شاملة لرعاية زوجات ذوي الأمراض المزمنة بصفة عامة، ومرضى الفصام بصفة خاصة تتعاون وتتفاعل مع المؤسسات الحكومية والأهلية لتقديم الدعم النفسي والعلاجي من جهة والترفيهي من جهة أخرى لأنهم بحاجة لمن يستمع لمعاناتهم ومعرفة احتياجاتهم النفسية للعمل بناء عليها بالبرامج التثقيفية والعلاجية لهم ولذويهم ومن جهة أخرى للاهتمام بذوي المرضى العقليين لأنهم فئة مهمشة معرضة لانتقادات المجتمع بالإضافة الى غياب الأب وأخذ الزوجة لدور الأب والأم معا فبذلك يقع عبء وضغط قوي على الأم فهي بحاجة إلى من يحتضنها ويقوي من شخصيتها وثقتها بنفسها.
7. ضرورة عمل برامج تأهيلية للمرضى الفصاميين داخل المؤسسات الحكومية والأهلية بما يتناسب مع قدراته وميوله ومن ثم توفير فرص عمل لمن تأهلوا من خلال العلاج بالعمل ليصبحوا قادرين على العمل والرجوع للحياة.

8. ضرورة قيام المؤسسات الحكومية والأهلية برعاية ومساعدة زوجات مرضى الفصام إقتصادياً من خلال توفير المشاريع المناسبة لإمكانياتهن وقدراتهن لإعالة أسرهن.
9. أهمية إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول المناخ الأسري الذي يعيش فيه ذوي المرضى النفسيين وخاصة زوجاتهم.

### ثالثاً- مقترحات الدراسة:

نظراً لقلّة الأبحاث والدراسات في موضوع المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي تقترح الباحثة ما يلي:

1. دراسة المناخ الأسري لدى زوجات مرضى اضطراب ثنائي القطب.
2. دراسة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى أسر مرضى الفصام العقلي.
3. تصميم برامج إرشادية مقترحة للتخفيف من المشاكل النفسية التي تواجهها زوجات مرضى الفصام العقلي.
4. تصميم برامج العلاج السلوكي في التخفيف من تدني توكيد الذات لدى زوجات المرضى النفسيين.
5. دراسة مستوى توكيد الذات وعلاقته بجودة الحياة الأسرية لدى النساء المعنفات في قطاع غزة.
6. دراسة أثر المساندة الاجتماعية في التخفيف من مستوى الحزن لدى زوجات مرضى النفسيين.
7. دراسة مستوى القلق النفسي وقلق المستقبل لدى زوجات المرضى النفسيين.
8. دراسة مستوى جودة الحياة لدى المرضى النفسيين.
9. دراسة مدى الرضا عن الخدمات المقدمة لزوجات المرضى النفسيين داخل مراكز الصحة النفسية.
10. دراسة مستوى توكيد وتقدير الذات وعلاقته بالحزن النفسي لدى أمهات مرضى الشلل الدماغي.

## المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع

### ➤ القرآن الكريم

#### أولاً : المراجع العربية :

أحمد، ممدوح. (2012م). أشكال العنف الأسري وعلاقته ببعض مهارات توكيد الذات في العلاقات الزوجية، *المجلة الدولية للتربية المتخصصة*، 1(8) 433-458.

أحمد، سهيل كامل. (1992م). الإغتراب السياسي بين الشباب في المجتمع المصري دراسة ميدانية مقارنة (رسالة دكتوراة غير منشورة). كلية الآداب، جامعة المنيا، مصر.

أسعد، وجيه. (2001م). المعجم الموسوعي في علم النفس. سوريا: منشورات وزارة الثقافة.

الأغا، إحسان. (2002م). البحث التربوي وعناصره، مناهجه وأدواته. ط4، غزة: الجامعة الإسلامية.

الآغا، عاطف. (1996م). البنية العاملية لبعض المتغيرات الدافعية لعينة مصرية و أخرى فلسطينية من طلاب الجامعات الإسلامية (رسالة دكتوراة غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

الأسطل، عزمي محمود حسين. (2012). المناخ الأسري وعلاقته بالضغط النفسية لدى طالبات جامعة الأقصى (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.

بدر، فائقة. (2006م). وجهة الضبط وتوكيد الذات دراسة مقارنة بين طلاب الجامعة المقيمين في المملكة العربية السعودية وخارجها. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*. 5(1) 11-43.

بريخ، شادي. (2014م). استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى، غزة.

بهادر، سعدية. (1983م). من أنا. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

الترتوري، محمد. (2007). الكفاءة الإجتماعية. ط1. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

تونسية، يونسى. (2012م). تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين دراسة ميدانية بولائيتي تيزي وزو والجزائر العاصمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة مولود معمري، الجزائر.

الجاحظ، أبو عثمان (1985م). البيان والتبيين. عبد السلام محمد هارون، الخانجي، القاهرة.

جبر، حسين و كاظم، بشرى. (2013م). السلوك الإجتماعي وعلاقته بمفهوم الذات لدى طلبة كلية الفنون الجميلة في جامعة بابل، مجلة مركز بابل للدراسات الإنسانية، 4(2) 102-43.

الجزائري، خلود. (2004م). المناخ الأسري وعلاقته بالقلق في مرحلة الطفولة (رسالة ماجستير غير منشورة). القاهرة: جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية.

جودة، نبيل. (2008م). الاتجاهات الوالدية لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

جيمس، ألين سانت. (2001م). بساطة النفس مائة طريقة لتغذية الروح واستعادة السلام مع النفس. ط 1. السعودية: مكتبة جرير.

حافظ، نبيل عبد الفتاح. (2000م). علم النفس الاجتماعي. ط 1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

حافظ، نبيل، وسليمان، عبد الرحمن وشند، سميرة. (1997م). مقدمة في علم النفس الاجتماعي. ط 1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

الديب، محمد نجيب. (1998م). الخدمة الإجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الحديني، وفاء. (21-23 ديسمبر 2002م). نموذج مقترح لبروفيل الرضا الزوجي لدى الفصاميين، ورقة مقدمة إلى المؤتمر السنوي التاسع ( الإرشاد النفسي قوة للتنمية والتقدم). مصر.

حسن، محمود شمال. (2001م). سيكولوجية الفرد في المجتمع. ط 1. القاهرة: دار الافاق العربية.



حسين، طه عبدالعظيم. (2006م). مهارات توكيد الذات. مصر: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

حلاوة، باسمة. (2011م). دور الوالدين في تكوين الشخصية الإجتماعية عند الأبناء دراسة ميدانية في مدينة دمشق، مجلة جامعة دمشق، 43(27)، 71-109.

الحياني، صبرني. (2011م). الصحة النفسية والعلاج النفسي الاسلامي. (د.ط)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الختاتنة، سامي. (2012م). مقدمة في الصحة النفسية. ط1. عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.

الخطيب، محمد جواد. (1998م). التوجيه والارشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. ط1. غزة: مطابع المنصور.

الخطيب، رابعة. (2015م). المناخ الأسري في الطفولة وعلاقته بضغوط الحياة وإستراتيجيات مواجهتها لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة (رسالة ماجستير ير منشورة). جامعة الأزهر، غزة.

الخطيب، هشام والزبادي، أحمد. (2001م). الصحة النفسية للطفل. ط1. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر.

خليفة، عبد اللطيف. (2002م). علاقة الإغتراب بالتوافق وتوكيد الذات ومركز التحكم والقلق والإكتئاب. دراسات في سيكولوجية الاغتراب. (د.ط)، القاهرة: دار غريب للنشر والطباعة.

خليل، جواد محمد سعدي الشيخ. (2006م). السلوك العدواني وعلاقته بتقدير الذات وتوكيد الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة (رسالة دكتوراه غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

خليل، محمد. (2000م). المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية للأبناء المراهقين. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأزهر، غزة.

خليل، محمد بيومي.(2000م). *سيكولوجية العلاقات العائلية*. ط1. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

الخولي، سناء. (2008م). *الأسرة والحياة العائلية*. ط2. مصر: دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع.

الداهري، صالح حسن أحمد. (2008م). *أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية*. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الداهري، صالح. (2008م). *علم النفس*. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الدسوقي، كمال. (1979م). *النمو التربوي للطفل والمراهق*. القاهرة: دار النهضة العربية.

دسوقي، كمال. (1974م). *علم النفس ودراسة التوافق*. بيروت: دار النهضة العربية.

دسوم، ليلى.(2010م).مقارنة الأسرة بين الإسلام والغرب (المحور السادس حفظ النسل والنسب في الأسرة). مؤتمر العام الثاني والعشرين للمجلس الأعلى للشئون الإسلامية: القاهرة.

أبو دف، محمود، والآغا، عاطف. (2013م). مدى ممارسة الأستاذ الجامعي في الجامعة الإسلامية بغزة لأساليب توكيد الذات المستتبطة من السنة النبوية المطهرة لدى طلابه. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21(2) 1-39.

الديب، محمد نجيب. (1998م). *الخدمة الإجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين*. ط2. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أبو رحمة، حسن. (2012م). *الإلتزام الدوائي والدعم الأسري يسهم في منع الإنتكاسة لمرضى الفصام في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

رضوان، سامر جميل. (2002م). *الصحة النفسية*. ط2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

رقة، سمر. (2013م). *مهارات توكيد الذات وعلاقتها بالتنشئة الإجتماعية الوالدية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

- الريماوي، محمد . (2003م). علم نفس الطفل . عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- زبيدة، أمزيان . (2007م). علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الحاج الخضر، الجزائر.
- الزعيبي، زهير، وحاتمة، محمود، وأبوطبنجة، عبد المنعم. (2008م). مفهوم الذات لدى لاعبي ولاعبات المنتخبات الوطنية من ذوي التحديات الحركية في الأردن . مجلة النجاح للأبحاث للعلوم الإنسانية، 22(4)، 1039-1062.
- زقوت، ماجدة.(2012م). هوية الذات وعلاقتها بالتوكيدية والوحدة النفسية لدى مجهولي النسب (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- زريفة، رشا.(2010م). عوامل إستقرار الأسرة في الإسلام (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- زهران، حامد. (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام .(2000م). علم النفس الاجتماعي. ط6. القاهرة: مكتبة عالم الكتب.
- زهران، حامد. (2005م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. عمان: عالم الكتب.
- زهران، حامد. (1986م). مفهوم الذات والسلوك التربوي للمعلمين بين الواقع والمثالية. مجلة كلية التربية، ع(2)، 155-194.
- زيدان، محمد.(1994م). الدوافع والإنفعالات . جدة: شركة مكاتب عكاظ للنشر والتوزيع.
- أبوزيد، إبراهيم. (1987م). سيكولوجية الذات والتوافق. ط1. الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
- أبو زيد، نبيلة. (2011م). علم النفس الأسري. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- الزيود، ماجد. (2006م). الشباب والقيم في عالم متغير. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

سالم، عاشور. (2009م). المناخ الأسري وعلاقته بالسلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان، مصر.

سمور، عايش. (2006م). الاضطرابات النفسية والذهانية التشخيص والعلاج. (د.ط)، فلسطين: دار المقداد للنشر.

سيد ، محمد عبد العظيم والمغربي، فدوى بشير. (2005م). علم النفس المرضي. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أبو سيف، حسام. (2009م). المناخ الأسري وعلاقته بإدمان الأبناء دراسة مقارنة بين المدمنين والأسوياء. مجلة دراسات نفسية، 19 (3) 575-623.

شنا ، علاء الدين. (2013م). العلاقة بين مفهوم الذات ومستوى الطموح لدى اللاعبين المحترفين لكرة القدم في فلسطين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح، فلسطين.

شحادة، مروة. (2012م). درجة الإستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

شريت، اشرف محمد وعلي، صبره محمد. (2004م). الصحة النفسية والتوافق النفسي. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

شعبان، رجب علي. (1989م). المناخ الأسري وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى الأبناء والمراهقين (رسالة دكتوراة غير منشورة). معهد الدراسات العليا والبحوث التربوية، القاهرة.

أبو شعيرة، نصره. (2013م). العبء الأسري والمسئوليات الملقاة على عاتق مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

شقيير، زينب. (2003م). مقياس التوافق النفسي. ط1. القاهرة: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.

- الشناوي، محمد محروس وعبدالرحمن، محمد السيد. (1994م). *المساندة الإجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشيخ علي، حنان. (2013م). *فعالية برنامج في الدمج والإستشفاء لدى مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- صافي، تحرير أحمد خليل. (2009م). *سمة الحياء وعلاقتها بالتوكيدية وبعض المتغيرات لدى طالبات الثانوية العامة*، (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- صفوت، أحمد زكي. (1962م). *جمهرة خطب العرب في العصور العربية الزاهرة*. ط1، القاهرة: مطبعة مصطفى البابي الحلبي.
- الصيخان، إبراهيم. (2010م). *الاضطرابات النفسية والعقلية*. ط2. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الطلحي، مساعد بن مساعد. (2012م). *الحاجة إلى الإرشاد النفسي ودرجة ممارسته في المرحلة الابتدائية بمحافظة الطائف كما يدركه المرشد والمعلم*، (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- الطهراوي، جميل. (2007م). *التوكيدية. ثقافتنا التربوية*. (1)، 32-41.
- الظاهر، قحطان أحمد. (2005م). *تعديل السلوك*. ط1. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان. (2004م). *مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق*. ط2. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- العامرية، منى. (2014م). *أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نزوي، سلطنة عمان.
- عايش، محمد. (2013م). *جودة الحياة لدى مرضى الفصام العقلي في محافظات قطاع غزة* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

عبد الجبار، عادل بن صلاح عمر. (2002م). العلاقة بين التوكيدية وتحقيق الذات لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات طفولة جامعة عين شمس، 15 (15) 35-15.

عبد الحميد، جابر. (1990م). العلاقة بين تقبل الذات والتوافق النفسي. القاهرة: مطبعة دار نشر الثقافة.

عبد الحميد، إبراهيم. (2003م). الدافعية للإنجاز وعلاقتها بكل من توكيد الذات وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة من شاغلي الوظائف المكتبية. المجلة العربية للإدارة. 23 (1) 41-1.

عبد الحميد، أحمد يحيى. (1998م). الأسرة والبيئة. (د.ط). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

عبدالرحمن، سعد. (1994م). المرجع في علم النفس. القاهرة: دار المعارف.

عبد الرحمن، محمد السيد. (2000م). علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض-التشخيص-العلاج). ط1. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الفتاح، محمود. (2010م). استخدام التعبير في العمل مع جماعات مرضى الفصام لتنمية مهاراتهم في التفاعل الاجتماعي، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، 5 (1) 26-20.

عبد العلي، مهند. (2003م). مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته بظاهرة الإحترق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية الحكومية في محافظتي جنين و نابلس (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.

عبد الله، محمد. (2007م). الأسرة المسلمة والتحديات الغربية المعاصرة. ط1. مصر: مؤسسة الريان.

عبد الله، مجدي أحمد محمد. (2000م). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. ط1. مصر: دار المعرفة الجامعية.

- عبد الله، سها أحمد. (2006م). الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقتها بالتوافق الأسري (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الزقازيق، مصر.
- عبد المعطي، حسن. (2004م). الأسرة ومشكلات الأبناء. ط1. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
- العبيدي، عفراء. (2013م). التلوث الثقافي وعلاقته بالمناخ الأسري لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة علوم الإنسان جامعة بغداد. (7) 75-101.
- عشور، كنزة، عوارم، مهدي. (2013م). التماسك الأسري وعوامل تحقيقه. الجزائر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، الملتقى الوطني الثاني .
- العجله، محمد. (2012م). المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بالصراع النفسي وتوكيد الذات لدى أرامل شهداء حرب الفرقان في محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- العزام، عبدالناصر. (2010م). المناخ الأسري وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى الطلبة غير الأردنيين في جامعة اليرموك. مجلة الطفولة العربية، 15 (57) 9-41.
- العزبي، زينب. (د ط) . علم الإجتماع العائلي . جامعة بنها.
- عطية ، ثريا السيد. (2004م). عقوق الوالدين وعلاقته بالقيم الخلقية وتأكيد الذات لدى الأبناء. مجلة كلية التربية وعلم النفس الجامعة الإسلامية. 1 (28) 9-41
- عطية، نوال. (2001م). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي. ط1. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.
- عكاشة، أحمد. (2003م). الطب النفسي المعاصر. ط2. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، محمود وزكي، محمد شفيق. (2002م). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي. ط1. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- أبو علام، رجاء محمود. (2011م). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. ط6. القاهرة: دار النشر للجامعات.

علام، صلاح الدين محمود (2005م). الأساليب الإحصائية الاستدلالية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية "البارامترية واللابارامترية". ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.

العيسوي، عبد الرحمن. (1995م). علم النفس الاكلينيكي. ط1. مصر: منشأة المعارف.

غانم، محمد. (2006م). الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. ط1. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

غراب، أسماء. (2015م). فعالية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

غريب، زينب. (1993م). شبكة الاتصال بين أفراد الأسرة المصرية وعلاقتها بالجو الأسري العام، (رسالة ماجستير غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس.

غنيم، سيد. (1975م). سيكولوجية الشخصية محددات قياسها ونظرياتها. القاهرة: دار النهضة العربية.

فرج، طريف. (1998م). توكيد الذات مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

الفرخ، كاملة وتيم، عبد الجابر. (1999م). الصحة النفسية للطفل. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الفتحي، إبراهيم. (2000م). قوة التحكم في الذات. دمشق: دار المنارة للنشر والتوزيع.

القاسم، جمال. (2000م). الإضطرابات السلوكية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

القريطي، عبد المطلب. (1998م). في الصحة النفسية. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.

القطان، سامية. (1989م). دراسة مقارنة للإلتزان الانفعالي ومستوى التوكيدية لدى طلبة وطالبات المرحلة الثانوية والجامعية. مجلة كلية التربية. (10) 70-100.



القطناني، علاء . (2011م). الحاجات النفسية ومفهوم الذات وعلاقتها بمستوى الطموح لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في ضوء نظرية محددات الذات، (رسالة ماجستير غير منشورة)، غزة: جامعة الأزهر.

القيرواني، أبوإسحق إبراهيم بن علي الحصري.(1972م). زهر الآداب وثمر الألباب. ط4. بيروت: دار الجيل.

الكشكي، ماجدة. (2009م). الإساءة إلى الزوجة كأحد العوامل المنبئة بالقلق والإكتئاب وتوكيد الذات. مجلة شئون وبحوث الشرق الأوسط، العدد الخامس والعشرون (ج2) 909-942.

كفافي، علاء الدين. (1997م). الصحة النفسية. ط1. القاهرة: حجر للطباعة والتوزيع.

كفافي، علاء الدين. (1999م). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الإتصالي. القاهرة: دار الفكر العربي.

الكندري، أحمد. (1992م). علم النفس الأسري. ط2. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

متولي، زينب. (1998م). دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالأمن النفسي لدى أطفال ما قبل المدرسة، (رسالة ماجستير غير منشورة). مصر: جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.

محمد، رجب على شعبان. (2003م). التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي. (17) 155-215.

محمد، شحاتة. (2009م). التنشئة الإجتماعية للأطفال نظريات وتطبيقات. حائل: دار الأندلس للنشر والتوزيع.

محمد، عادل عبد الله. (2000م). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقاته. (د.ط). القاهرة: دار الرشاد.

محمود، جيهان. (2009م). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طالبات الجامعة. مجلة جامعة طيبة. المدينة المنورة، العدد 28.

مخيم، سمير كامل. (2013). الحاجات النفسية والاجتماعية والتربوية للطلبة الموهوبين من وجهة نظرهم ومن وجهة نظر معلمهم من طلبة كلية التربية بجامعة دمشق. مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، (17)، ص 1-48.

مرسي، أبوبكر مرسي محمد. (2002). أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي. ط1. مصر: مكتبة النهضة المصرية.

مطر، سفيان إسماعيل. (2009). الصحة النفسية. ط2. غزة: الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية.

المطيري، فواز. (2009م). توكيد الذات وعلاقته بالتوافق في البيئة العسكرية، (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

ملحة، عليوات. (2010م). المناخ الأسري وعلاقته بالتفوق الدراسي لدى المراهق المتمدرس دراسة ميدانية بثانويات ولايتي البويرة وتيزي وزو (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية، الجزائر.

مليكة، لويس. (1990م). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. ط1. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

المنجد في اللغة والإعلام. (1998م). ص32-46، بيروت: منشورات دار المشرق.

منصور، سامي. (2006م). التوافق النفسي والاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية القاطنين في المناطق الساخنة بمحافظة رفح وعلاقته بسمات الشخصية. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

منصور، عبد المجيد سيد أحمد. (21 أكتوبر 2000م). الرعاية الأسرية والاتجاهات الوالدية بين القبول والرفض والإنكار لذوي الحاجات الخاصة، ورقة مقدمة إلى المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة والتأهيل. ص 126-167.

موسى، ماجدة. (2006م). مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الكفيف، مجلة جامعة دمشق، 26، 409-451.

- مؤمن، داليا. (2004م). *الأسرة والعلاج الأسري*. ط1. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
- ميرة، أمل. (2012م). *المناخ الأسري وعلاقته بالتكيف الأكاديمي عند طلبة الجامعة*. مجلة *البحوث التربوية والنفسية*، جامعة بغداد، (33)، 272-249.
- أبو نجيلة، سفيان. (2010م). *خبرات الطفولة وعلاقتها بالضغوط الناجمة عن الخبرات الاحتلالية الصادمة لدى الشباب والراشدين في محافظات غزة*. مجلة *الآداب والعلوم الإنسانية- كلية الآداب بجامعة المنيا*، 3(71)، 1078-861.
- نيرة، السعيد. (1998م). *مفهوم الذات لدى الأطفال المرضى بالقلب الناتج عن الحمى الروماتزمية في المرحلة العمرية من 11-15 عام من الجنسين* (رسالة ماجستير غير منشورة). معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس: القاهرة.
- الهابط، محمد. (1983م). *التكيف والصحة النفسية (الأمراض النفسية. الأمراض العقلية. مشكلات الأطفال وعلاجها)*. ط2. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- الهابط، محمد. (ب ت). *التكيف والصحة النفسية*. ط2. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- الهاشمي، السيد أحمد. (1948م). *جواهر الأدب في أدبيات وإنشاء لغة العرب*. ط16. القاهرة: مطبعة حجازي.
- هول، كاليفين ولينديزي، جاردن. (1978م). *نظريات الشخصية*، (ترجمة: فرج أحمد فرج وآخرون)، مراجعة لويس كامل مليكة. ط2. القاهرة: دار الشايح للنشر.

## ثانياً: المراجع الأجنبية.

- Allport, c.(1957). *Becoming basic consideration for psychology of personality*. New haven; yale university press.
- Beemer, L.c.(1972). Developmental change in the self concept of children and adolescents. *Dissertation abstracts international*, 32, 5031-5032.
- Bradshaw, W; John S. (2007). Subjective experience in schizophrenia: Factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(2), 254-260.
- Pal. D. (2006). Childrens Development of Social Competence Across Family T types –Framework. *Child Development*, 70(2), 432-442.
- David .J; Michael .J; Keith. H .(2011). Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(2). 268-276.
- David, A. (2002). The validity and reliability of the measurement of the concept ‘expressed emotion’ in the family members and nurses of Hong Kong patients with schizophrenia . *International Journal of Mental Health Nursing*, 11 (3), 12-22 .
- Honkanen, R, Antikainen, J. (2007). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder .*Acta Psychiatrica Scandinavica* , 99(2) 377-384.
- Jungbauer, J , Wittmund, B , Dietrich, S & Angermeyer, M , C (2014). The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 665- 675.
- Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Solomon, P. (2015). Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific journal of public health*, 27(6), 652-660.
- Kaushik, P & Bahatia, M. S. (2013). Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Delhi Psychiatric Journal*, 16(1), 83-89.

- Kelley Colleen (1979). Assertion Training). *A Facilitator's Guide International Author*, California: University Associates, 13-24.
- . Koivumaa-Honkanen,R. Honkanen2, R. Antikainen, J. Hintikka1 and H(2007). Viinamäki,Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *ActaPsychiatricaScandinavica*, 99(5),377-384.
- Lebell, M. B., Marder, S. R., Mintz, J., Mintz, L. I., Tompson, M. A. R. T. H. A., Wirshing, W., & McKenzie, J. (1993). Patients' perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 162(6), 751-754.
- Lerner, R. (2002). *Adolescence. Development, diversity, context, and application*. New Jersey: Prentice, hall
- Lukmanul, M. N. (2013). A Study on the Psycho-Social Problems Faced by the Spouses of Patients with Schizophrenia. *Indian Journal of Applied Research*, 3(2), 356-358.
- Mcdonell, M , G , Short, R , A , BERRY, C , M & DYCK, D , G (2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, 42(1), 92-103.
- Michael. S; Friedmann. M,A; Michael. J. (2004). *Relatives' Perceptions of Their Interactional Behavior with a Schizophrenic Family*. GOLDSTEIN.
- Miklowitz, David J (2011). Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. *Journal of Abnormal Psychology*,104(2),65-70.
- Moore, N. D. (2003). *The Relationship of Family Environment and Academic Performance to College Adjustment of First-generation, Low-income College Students After a Summer Program and Fall Semester Transition* (Un published P.H.D Thesis). Retrieved from ProQuest.(UMI Number: 3075767).
- Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. Schizophr Bull. 2006 Oct;32 Suppl 1:S32-43.

- Peraica, T., Vidović, A., Petrović, Z. K., & Kozarić-Kovačić, D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1.
- Rogers, Carl . (1976) . *Theory of Therapy personality and in the personal Relationships as Developed in the Client centered Framework*. New York : mc Grow Hill.
- Sass, L. A, Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*, 29(3), 427-444.
- Switch,F.(2002). The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *American Journal of Orthopsychiatry*,12(1),31-38.
- Thara R, Srinivasan T. (1997). Outcome marriage in schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(7), 416-20
- Tseng, V. (2004). Family interdependence and Academic adjustment incollege youth from immigrant and us-born families. *Child development*. 75(3), 966-983.
- witch ,F. (2002). The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12(1), 31–38.

الملاحق

**ملحق (1):**  
**قائمة المحكمين لأدوات الدراسة**  
**(استبانة المناخ الأسري، واستبانة توكيد الذات)**

م	الإسم	مكان العمل
1	أ.د. سمير قوته	قسم علم النفس - الجامعة الإسلامية
2	د. عبد الفتاح الهمص	قسم علم النفس - الجامعة الإسلامية
3	د. توفيق شبير	قسم علم النفس - الجامعة الإسلامية
4	د. عاطف الآغا	قسم علم النفس - الجامعة الإسلامية
5	د. يحيى النجار	قسم علم النفس - جامعة الأقصى
6	د. باسم كويك	قسم علم النفس - جامعة الأزهر
7	د. ريم البواب	مركز أبوشباك للصحة النفسية
8	أ. نائل أبوردة	مستشفى الطب النفسي
9	أ. أسامة عماد	مستشفى الطب النفسي



ملحق (2):  
الاستبان في صورتها الأولية

بسم الله الرحمن الرحيم

الدكتور /..... المحترم،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع: تحكيم استبانة

تقوم الباحثة بإجراء دراستها الموسومة ب: " المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي"، وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير في التربية تخصص صحة نفسية مجتمعية، ولهذا الغرض أعدت الباحثة استبانتين:

الاستبانة الأولى: المناخ الأسري ويشمل (62) فقرة موزعة على (4) أبعاد هي: (مدى إشباع الأسرة لحاجات أعضائها، العلاقات الأسرية والتماسك الأسري، والإنضباط والتنظيم، والنمو الشخصي).  
الاستبانة الثانية: توكيد الذات ويشمل (25) فقرة.

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في مجال عملكم واختصاصكم، تضع الباحثة بين أيديكم هذه الفقرات راجية قراءتها، وبيان رأيكم في صلاحيتها أو عدمه، واقتراح ما ترونه ملائماً من التعديل أو التغيير أو الحذف أو إضافة فقرات.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة

ريهام حسين أبوفايد

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
<b>أولا / مدى إشباع الأسرة للحاجات:</b>						
1	يحتفظ كل فرد من أفراد أسرتي بمشاعره لنفسه					
2	تحرص أسرتي على قضاء معظم العطلات الأسبوعية داخل المنزل					
3	كثيرا ما نشعر بالملل داخل المنزل					
4	كل فرد في أسرتي لديه الفرصة ليقول كل ما يريد قوله					
5	تحرص أسرتي على تقديم التشجيع القوي لأفرادها لكي يكونوا مستقلين					
6	تحقيق التقدم والرقي من الأشياء الهامة لأسرتي					
7	في بيتنا يحترم الصغير الكبير ويعطف على الصغير					
8	تحرص أسرتي على توفير الحياة الكريمة لأفرادها					
9	لا تهتم أسرتي بأفكار أفرادها					
10	ترفض أسرتي مشاركة أحد أفرادها في الأمور الترفيحية					
11	العلاقة في أسرتي تسودها المودة والحب					
<b>ثانيا/ العلاقات الأسرية ودرجة التماسك:</b>						
12	أفراد أسرتي يساعد بعضهم البعض في كثير من الأحيان					
13	لا تسود روح الجماعة بين أفراد أسرتي					
14	نحن متفاهمون فيما بيننا					

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحياناً	لا أوافق	لا أوافق بشدة
15	يسود التماسك والألفة بين أفراد أسرتي					
16	نرفض أداء الأعمال المنزلية في أسرتي					
17	نحرص على مناقشة المسائل التي تخص أفراد أسرتي.					
18	يحرص أفراد أسرتي على معرفة أحوال بعضهم البعض					
19	يتعاون أفراد أسرتي في حل مشكلات بعضهم البعض					
20	يتعاون أفراد أسرتي في الأعمال المنزلية					
21	ترفض أسرتي وجود الغيرة بين أفرادها					
<b>ثالثاً/ الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة:</b>						
22	كل فرد في أسرتي له دور هام فيها					
23	أشعر بأني أمارس دوري بشكل كامل في الأسرة					
24	يتهرب أفراد أسرتي من تحمل المسؤولية					
25	واجبات كل فرد ومسئوليته غير محددة بوضوح في محيط أسرتي					
26	يحرص كل فرد في أسرتي على ترتيب أدواته وتنظيمها					
27	لا تقابل أسرتي ما يعترضها من مشكلات بروح الفريق					
28	يوجد في أسرتي فرد يتخذ معظم القرارات					
29	لا يوجد قواعد أساسية تلتزم بها أسرتي					
30	الإلتزام بالوقت شئ مهم في أسرتي					

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
31	لكل شخص رأي يساوي رأي غيره في القرارات الأسرية					
32	القواعد في أسرتي غير مرنة					
<b>رابعا / النمو الشخصي:</b>						
33	أشعر بالأمان داخل أسرتي					
34	علاقتي بأفراد أسرتي يسودها الثقة والتفاهم					
35	تتمتع أسرتي بعلاقات جيدة فيما بينها					
36	أشعر بأن أسرتي يهتما أن أكون بينهم					
37	أفكر في الابتعاد عن أسرتي					
38	أنا وأسرتي سعداء في حياتنا الأسرية					
39	عندما تقابلني مشكلة أشعر بدعم أسرتي لي					
40	أعاني من المشاكل في محيط أسرتي					
41	توفر أسرتي المعاملة الجيدة والحب لأفرادها					
42	كثيرا ما يحدث خلافات بيني وبين أفراد أسرتي					
43	أحيانا أتمنى أن تكون لى أسرة غير أسرتي					
44	تحرص أسرتي على مواكبة التطور التكنولوجي					
45	تحرص أسرتي على زرع روح التعاون بين أفرادها					
46	تحرص أسرتي على تنمية الثقة بالنفس بين أفرادها					
<b>خامسا / الجو الأسري العام</b>						
47	الحوار داخل أسرتي معدوم					
48	يسيطر الصراع في العلاقات الأسرية داخل أسرتي					

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
49	النقاش داخل أسرتي ينتهي بتبادل الشتائم والإهانات					
50	يعنف بعضنا البعض داخل أسرتي					
51	أسرتي أكثر عدائية من الأسر الأخرى					
52	هناك عراك شديد بين أولادي داخل أسرتي					
53	زوجي داخل أسرتي عصبي ومتعكر المزاج داخل المنزل					
54	زوجي مستفز دائما ويجرني لعمل المشاكل					
55	حياتي داخل أسرتي مليئة بالتوتر والصراع والعنف					
56	لا يوجد موضوعات مشتركة داخل أسرتي لنتحدث عنها					
57	لا يوجد تفاعل وتواصل بيني وبين زوجي داخل أسرتي					
58	تظل الخلافات متوترة بيني وبين زوجي حتى بعد إنتهاء خلافنا					
59	يختلف معي زوجي في كل صغيرة وكبيرة					
60	يلجأ زوجي للعنف عند وجود أي خلاف بيني وبينه حتى لو كان صغيرا					
61	زوجي شديد التحكم والسيطرة في تصرفاتي					
62	يعاملني زوجي وكأنني خادمة في المنزل.					

### ملحق (3):

#### الاستبانة في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم  
(استبيان)

أختي الكريمة حفظك الله،،  
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

تقوم الباحثة بإجراء دراستها بعنوان: " المناخ الأسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي"، وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير في التربية تخصص صحة نفسية مجتمعية، ولهذا الغرض أعدت الباحثة استبانة تكونت من محورين.  
مثال توضيحي:

فيما يلي مجموعة من العبارات للمناخ الأسري وتوكيد الذات، والمطلوب منك وضع علامة (√) امام التقدير المناسب من وجهة نظرك، فالتقدير الأول يمثل أعلى درجة من حيث الأهمية يليه الثاني ثم الثالث ثم الرابع ثم الخامس كما هو موضح أمامك في المثال التالي:

لا أوافق بشدة 1	لا أوافق 2	محايد 3	أوافق 4	أوافق بشدة 5	بعد / مدى إشباع الأسرة للحاجات:
			√		يساعد أفراد أسرتي بعضهم البعض

حيث إن إجابتك عن هذه الاستبانة بدقة وعناية سيكون له الأثر الأكبر في تجويد هذه الدراسة، مع العلم أنه لا يوجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة في الاستبانة، وإجابتك ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط،

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة

ريهام حسين أبوقايد

أولاً: البيانات الشخصية	
العمر	<input type="checkbox"/> من 25 سنة فأقل <input type="checkbox"/> من 36 إلى 45 سنة <input type="checkbox"/> من 26 إلى 35 سنة <input type="checkbox"/> من 46 سنة فأكثر
مكان السكن	<input type="checkbox"/> شمال غزة <input type="checkbox"/> الوسطى <input type="checkbox"/> غزة <input type="checkbox"/> خانينونس <input type="checkbox"/> رفح
مدة مرض الزوج	<input type="checkbox"/> أقل من 5 سنوات <input type="checkbox"/> من 11 إلى 15 سنة <input type="checkbox"/> من 6 إلى 10 سنوات <input type="checkbox"/> من 16 سنة فأكثر
عدد سنوات الزواج	<input type="checkbox"/> من 1-10 سنة <input type="checkbox"/> من 20 سنة فأكثر <input type="checkbox"/> من 11 إلى 20 سنة
معرفة الزوجة بمرض الزوج	<input type="checkbox"/> قبل الزواج <input type="checkbox"/> بعد الزواج
الحالة الاقتصادية	<input type="checkbox"/> أقل من 1000 شيكل <input type="checkbox"/> من 2001 إلى أقل من 3000 <input type="checkbox"/> من 1001 إلى أقل من 2000 <input type="checkbox"/> أكثر من 3000 شيكل
عدد الأبناء	<input type="checkbox"/> من 2 فأقل <input type="checkbox"/> من 6 إلى 8 <input type="checkbox"/> من 3 إلى 5 <input type="checkbox"/> 8 فأكثر

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
<b>أولا / مدى إشباع الأسرة للحاجات:</b>						
1	يحتفظ كل فرد من أفراد أسرتي بمشاعره لنفسه					
2	تحرص أسرتي على قضاء معظم العطلات الأسبوعية داخل المنزل					
3	كثيرا ما نشعر بالملل داخل المنزل					
4	كل فرد في أسرتي لديه الفرصة ليقول كل ما يريد قوله					
5	تحرص أسرتي على تقديم التشجيع القوي لأفرادها لكي يكونوا مستقلين					
6	تحقيق التقدم والرقي من الأشياء الهامة لأسرتي					
7	في بيتنا يحترم الصغير الكبير ويعطف على الصغير					
8	تحرص أسرتي على توفير الحياة الكريمة لأفرادها					
9	لا تهتم أسرتي بأفكار أفرادها					
10	ترفض أسرتي مشاركة أحد أفرادها في الأمور الترفيهية					
11	العلاقة في أسرتي تسودها المودة والحب					
<b>ثانيا/ العلاقات الأسرية ودرجة التماسك:</b>						
12	أفراد أسرتي يساعد بعضهم البعض في كثير من الأحيان					
13	لا تسود روح الجماعة بين أفراد أسرتي					



م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحياناً	لا أوافق	لا أوافق بشدة
14	نحن متفاهمون فيما بيننا					
15	يسود التماسك والألفة بين أفراد أسرتي					
16	نرفض أداء الأعمال المنزلية في أسرتي					
17	نحرص على مناقشة المسائل التي تخص أفراد أسرتي.					
18	يحرص أفراد أسرتي على معرفة أحوال بعضهم البعض					
19	يتعاون أفراد أسرتي في حل مشكلات بعضهم البعض					
20	يتعاون أفراد أسرتي في الأعمال المنزلية					
21	ترفض أسرتي وجود الغيرة بين أفرادها					
<b>ثالثاً/ الإنضباط والتنظيم داخل الأسرة:</b>						
22	كل فرد في أسرتي له دور هام فيها					
23	أشعر بأني أمارس دوري بشكل كامل في الأسرة					
24	يتهرب أفراد أسرتي من تحمل المسؤولية					
25	واجبات كل فرد ومسئوليته غير محددة بوضوح في محيط أسرتي					
26	يحرص كل فرد في أسرتي على ترتيب أدواته وتنظيمها					
27	لا تقابل أسرتي ما يعترضها من مشكلات بروح الفريق					
28	لا يوجد قواعد أساسية تلتزم بها أسرتي					
29	الإلتزام بالوقت شئ مهم في أسرتي					

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
30	لكل شخص رأي يساوي رأي غيره في القرارات الأسرية					
31	القواعد في أسرتي غير مرنة					
<b>رابعاً / النمو الشخصي:</b>						
32	أشعر بالأمان داخل أسرتي					
33	علاقتي بأفراد أسرتي يسودها الثقة والتفاهم					
34	تتمتع أسرتي بعلاقات جيدة فيما بينها					
35	أشعر بأن أسرتي يهتما أن أكون بينهم					
36	أفكر في الابتعاد عن أسرتي					
37	أنا وأسرتي سعداء في حياتنا الأسرية					
38	عندما تقابلني مشكلة أشعر بدعم أسرتي لي					
39	أعاني من المشاكل في محيط أسرتي					
40	توفر أسرتي المعاملة الجيدة والحب لأفرادها					
41	كثيراً ما يحدث خلافات بيني وبين أفراد أسرتي					
42	أحيانا أتمنى أن تكون لي أسرة غير أسرتي					
43	تحرص أسرتي على مواكبة التطور التكنولوجي					
44	تحرص أسرتي على زرع روح التعاون بين أفرادها					
45	تحرص أسرتي على تنمية الثقة بالنفس بين أفرادها					
<b>خامساً / الجو الأسري العام</b>						
46	الحوار داخل أسرتي معدوم					
47	يسيطر الصراع في العلاقات الأسرية داخل					

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
	أسرتي					
48	النقاش داخل أسرتي ينتهي بتبادل الشتائم والإهانات					
49	يعنف بعضنا البعض داخل أسرتي					
50	أسرتي أكثر عدائية من الأسر الأخرى					
51	هناك عراك شديد بين أولادي داخل أسرتي					
52	زوجي داخل أسرتي عصبي ومتعكر المزاج داخل المنزل					
53	زوجي مستفز دائما ويجرني لعمل المشاكل					
54	حياتي داخل أسرتي مليئة بالتوتر والصراع والعنف					
55	لا يوجد موضوعات مشتركة داخل أسرتي لنتحدث عنها					
56	لا يوجد تفاعل وتواصل بيني وبين زوجي داخل أسرتي					
57	تظل الخلافات متوترة بيني وبين زوجي حتى بعد إنتهاء خلافنا					
58	يختلف معي زوجي في كل صغيرة وكبيرة					
59	يلجأ زوجي للعنف عند وجود أي خلاف بيني وبينه حتى لو كان صغيرا					
60	زوجي شديد التحكم والسيطرة في تصرفاتي					
61	يعاملني زوجي وكأنني خادمة في المنزل.					

الإستبانة الثانية: توكيد الذات

الرجاء قراءة كل عبارة من العبارات الآتية، ثم ضع علامة (√) امام التقدير المناسب من وجهة نظرك

م	العبارة	كثيرا جدا	كثيرا	أحيانا	نادرا	نادرا جدا
1	إذا تعداني شخص في طابور فأني أعبر عن موقفي منه.					
2	من الصعب علي أن أعترض على مرؤوس لي.					
3	أتجنب الشكوى عن الخدمة السيئة المقدمة لي من أي مكان مطعم، مدرسة.....					
4	أنا دائمة الاعتذار من الآخرين.					
5	إذا إنقضتني صديقة لي بدون مبرر أعبر لها عن ضيقي في الحال.					
6	إذا وصلت متأخرة عن إجتماع في أحد الجمعيات الخيرية أفضل أن أقف على أن أذهب إلى مقعد أمامي حيث يراني الحاضرين.					
7	أستطيع أن أختلف مع شخص يرى نفسه دائما على حق.					
8	أجد صعوبة في قول لا لبائع عند عرضه سلعة أرى أنني لست بحاجة لها.					
9	أعبر دائما عما أشعر به.					
10	أتردد في مواجهة الناس عندما يتحدثون عني بأمر كاذب.					
11	أجد صعوبة في جمع تبرعات لجمعية خيرية.					
12	أحتفظ بأرائي لنفسي					
13	أجد صعوبة في بدء حوار مع شخص غريب.					

م	العبارة	كثيرا جدا	كثيرا	أحيانا	نادرا	نادرا جدا
14	لا أستطيع أن أعبر لشخص ما عن حبي له.					
15	إذا حضرت ندوة أو محاضرة وصدرت من المتحدث كلمة خاطئة فإني أخبره بخطئه.					
16	إذا صدر عن شخص كبير في السن ومحترم عبارة أو معلومة أعترض عليها بشدة فإني أعبر له عنها.					
17	أرفض تلبية طلب صديق عندما يتجاوز المنطق.					
18	لو لاحظت بعد مغادرتي محل أني قد أعطيت باقي نقودي بالخطأ، فإني أرجع له وأخبره.					
19	إذا ضايقتني شخص محترم وقريب مني فإني أفضل إخفاء مشاعري عن أن أعبر عنها.					
20	من السهل علي أن أعبر عن غضبي تجاه أفراد من الجنس الآخر.					
21	أجد صعوبة في قول أشياء حسنة للآخرين.					
22	لدي صديقة مقربة يمكنني مناقشة كل شيء تقريبا معها.					
23	يعجبني الشخص الذي حينما يفشل يحاول عدة مرات ؟					
24	أحتفظ بالأمور المزعجة لنفسه ولا أتحدث مع أحد بها.					