

الوصمة الذاتية وعلاقتها بطلب العلاج النفسي لدى الراشدين

م.د.علي عيسى ادهيم/ كلية الإمام الكاظم (عليه السلام)

قسم رياض الاطفال

Ali.issa11@alkadhum-col.edu.iq

الكلمات المفتاحية: (الوصمة الذاتية ، طلب العلاج النفسي، الراشدين)

المستخلص:

يستهدف البحث الحالي التعرف على:

- ١- الوصمة الذاتية لدى الراشدين تبعاً لمتغيري: أ- الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة. ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث). ٢- طلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري: أ- الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث). ٣- دلالة الفروق في الوصمة الذاتية لدى الراشدين تبعاً لمتغيري: أ- الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة. ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث). ٤- دلالة الفروق في طلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري: أ- الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة. ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث). ٥- طبيعة العلاقة الارتباطية بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري: أ. الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة. ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث). ولتحقيق أهداف البحث الحالي تبنى الباحثون مقياسي الوصمة الذاتية لـ ليساكر وآخرون (Lysaker,et al,2007) والذي يتكون من (٢٩) فقرة موزعة على (٥) مجالات. ومقياس طلب العلاج النفسي الذي أعده فوكيل وآخرون (Vogel,et al,2006) بصورته المختصرة، والذي يتكون من (١٠) فقرات، وتم التحقق من صدق ترجمة المقياسيين وخصائصهما القياسية، بعد تطبيقهما على عينة البحث البالغة (١١١) مستجيباً من الراشدين في مرحلة الرشد المتوسط، وتم معالجة البيانات المستحصلة من العينة إحصائياً، والتوصل إلى النتائج الآتية: ١. يعاني الراشدون المضطربون نفسياً في الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة من الوصمة الذاتية. ٢. إن الوصمة الذاتية تعد أحد العوامل التي تدفع المريض النفسي للبحث عن العلاج. ٣. تتخذ العلاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي مساراً تطورياً مستمراً، وليس مرحلياً عبر التقدم بالعمر. ٤. لا يتأثر المسار التطوري للوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي بالعمر وبنوع الفرد الاجتماعي.

Self_Stigma and its relation to Psychotherapy seeking in Adults

**Instructor Dr. Ali Essa Adham/Imam AL-Kadhum
College/Kindergart and special Education**

Ali.issa11@alkadhum-col.edu.iq

**Keywords: Self-stigma. Seeking psychotherapy.
Adulthood**

Abstract

This search aims to identify:

This search aims to identify self-stigma among adults according to two variables: A- Age groups ((30-35) (36-40) (41-45) years). B- Gender (males / females) 2. Seeking psychological treatment in adults according to the variables: A- Age groups ((30-35) (36-40) (41-45)) B- Gender (males / females) 3. Significance of differences in self-stigma in adults according to two variables: (a) Age groups ((30-35) (36-40) (41-45)) years. B- Gender (male / female). 4 - Significance of differences in the application of psychological treatment in adults according to the variables: A - age groups ((30-35) (36-40) (41-45)) years. B- Gender (male / female). 5 - The nature of the relationship between stigma and the request for psychological treatment in adults according to the variables: Age groups ((30-35) (36-40) (41-45)) years. B- Gender (male / female). To achieve the objectives of the research, the researchers adopted the self-stigma scales of Lysaker et al. (Lysaker, et al, 2007). The Vogel et al. (2006) psychiatric application scale was abbreviated. This consisted of (10) paragraphs, and verified the validity of the translation of the two standards and their standard characteristics, after applying them to the research sample of (111) respondents of adults in the middle adulthood. The data obtained from the sample were statistically processed and the following results were reached: Psychologically disturbed adults in the age groups ((30-35) (36-40) (41-45)) suffer from stigma. 2. Self-stigma is one of the factors that drive the psychological patient to seek treatment. 3. The relationship between self-stigma and the demand for psychotherapy takes a continuous evolutionary path, not a phased progress through age. 4. The evolutionary course of self-stigma and psychotherapy is not affected by age and individual social type.

الفصل الاول: التعريف بالبحث

مشكلة البحث:

لقد رأى الباحثون في محيط مجتمعهم الذي يعيشون فيه، وبحكم اختصاصهم (علوم نفسية) إن من المشكلات التي تواجه العلاج النفسي في المجتمع العراقي حالياً هو انتشار المفاهيم الخاطئة عن العلاج وعن طبيعة الأمراض النفسية والعقلية، وأهم هذه المفاهيم الخاطئة هي تلك التي تتعلق بتلقي العلاج النفسي؛ إذ إن هناك العديد من الأفراد الذين يعانون بشكل واضح من بعض الأمراض النفسية، وقد انكفأوا حول أنفسهم حتى لا يخرجوا للناس ولا يواجهوا المجتمع، وعندما يطلب منهم التوجه إلى معالج نفسي يرفضون الفكرة من أساسها، وإذا أرادوا العلاج اتخذوا بدائل كالذهاب إلى (جهات أخرى لا علاقة لها بالموضوع) من أجل العلاج، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي (٤٥٠) مليون شخصاً من مختلف دول العالم يعانون من أنواع متعددة من الأمراض النفسية (Muhammad, et al,2016:126)، وذكر نصار (١٩٩٨) إن عدم الإقبال على الطبيب النفسي والعلاج النفسي، يرتبط بعدة عوامل متعلقة بالمرضى أنفسهم كالخوف من وصمة الإصابة بالمرض النفسي، والجهل بمقومات العلاج النفسي ومضامينه، فضلاً عن المخاوف التي تصاحب الأفراد من مراجعة العيادات، وعدم الثقة بقدرة المختصين النفسيين على حل مشكلاتهم (شاكر، ٢٠٠٥: ١٠٦٢).

لقد تباينت الرؤى النظرية ونتائج الدراسات التي بحثت في طلب العلاج النفسي، فهناك تأييد مدعم بالدراسات بأن الأفراد المصابين بأحد الأمراض النفسية يتعرفون على المرض النفسي بوصفه مشكله، والمعوقات المتعلقة بتجنب اللقب (مريض أو مضطرب نفسياً)، والاعتقاد بالمسؤولية، وعدم القابلية على التغيير، كل هذا يتداخل مع طلب العلاج النفسي، وقد يقرر الفرد تجنب العلاج كي لا يحصل على لقب يمكن أن يحفز الوصمة الذاتية والتمييز لديه، ويرى كوريغان (Corrigan,2004) إن تقليل رغبة الفرد في تجنب اللقب ترتبط مع الوصمة، ويختار الافراد الذين يعانون من المرض النفسي في الغالب الاختباء خلف أعضاء جماعتهم لتجنب إطلاق اللقب (مريض نفسي) عليهم، وهذا التجنب متعلق باللقب، وهي الطريقة الأكثر تأثيراً في تقليل الحصول على الرعاية الصحية بسبب الخوف من الوصمة (Corrigan,2004: 59)، ويرى انجيرمل (Angermle,2009) إن أحد التأثيرات المؤلمة لوصمة المرض النفسي هي تداخلها مع سلوكيات طلب العلاج، إذ إن كل من الوعي بالوصمة العامة نحو المرض النفسي والخبرة الذاتية يمكن أن تعيق تقديم الخدمات الصحية لهؤلاء المرضى (Angermel, 2009).

في حين يرى آخرون إن الأفراد يبدؤن البحث عن العلاج كي لا يمروا بالوصمة الذاتية، إذ إن الأفراد الذين خبروا أعراض المرض النفسي، وتم التعرف على هذه الأعراض بوصفها انحراف عن الطبيعي، فمن الممكن أن يدرك هؤلاء الأفراد أنّ لقب (مريض نفسي) سوف ينطبق عليهم، ومن دون هذا الإدراك لا يمكن أن تبدأ عملية البحث عن المساعدة أو العلاج، إذ إن التعرف على المشكلة النفسية والاعتقاد بأن الآخرين يركزون عليها تجعله ينكب على نفسه ومن المحتمل أنها تشجعه في البحث عن العلاج، وفي هذا الصدد أشار جورم (Jorm,2012) إلى تجنب اللقب، إذ يفترض أنّ بعض الأفراد يبحثون عن طلب العلاج، لكي يتجنبوا الارتباط مع القب (مريض نفسي)، وبينت دراسة؛ فوكل وآخرون (Vogel,et al,2007:54). إن خبرة الوصمة الذاتية تتوسط العلاقة الارتباطية بين إدراك الوصمة العامة والرغبة في طلب العلاج.

وتأسيساً على ما تقدم يتجلى للباحثين تساؤلات على قدر من الأهمية بحاجة إلى أجوبة، وهي: هل يعاني الراشدون المصابون بالأمراض النفسية في الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة من الوصمة الذاتية، ويطلبون العلاج النفسي؟، وهل توجد علاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي؟ وهل لمتغيري العمر والنوع الاجتماعي تأثيراً في اكتساب الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي؟ هذه جملة من التساؤلات التي يحاول البحث الحالي الإجابة عنها، فضلاً عن المتابعة لمضمون الدراسات المتعلقة بالوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي لم تتناول الربط بين هذين المتغيرين في دراسة واحدة والخروج بنتائج تفيد في الإجابة عمّا طرح من تساؤلات في أعلاه.

أهمية البحث:

يعد البحث في مجال الصحة النفسية واتجاهات السعي إلى المساعدة النفسية من الموضوعات الجاذبة التي استقطبت اهتمام المختصين والممارسين والباحثين في مهن الصحة النفسية لمدة طويلة، وعلى سبيل المثال، نشر ليونغ وزيجر (Leong&Zachar,1999) ما يزيد عن (٤٣٧) دراسة تناولت العوامل المرتبطة بالصحة النفسية والبحث عن العلاج النفسي (123: Leong&Zachar,1999).

وذكرت دراسة جورم (Jorm,2006) إن زيادة وعي المجتمع بالمرض النفسي سوف تزيد من تعرفهم بالخبرات الصحية النفسية، وتقلل من الوصمة وتزيد من الرغبة في طلب العلاج (Jorm,2006:40).

وما يزال موضوع السعي للحصول على مساعدة نفسية، أو كيف يصل الأشخاص إلى التماس المساعدة النفسية لدى معاناتهم من وطأة الاضطرابات النفسية، يحتل الصدارة في العديد

من أسئلة وافتراضات الدراسات والتحليلات المتعلقة بمهن الصحة النفسية لعدة عقود. ويعد كلاً من كوشنر وشير (Kushner&Sher,1989) أول من وضحا أن معاناة الفرد من المحن النفسية والرغبة في التخفيف من الوضع السيء له تزيد من احتمالية لجوء الشخص للخدمات الإرشادية، وفي المقابل، فإن عوامل الإحجام تتمثل في إدراك المخاطر المحيطة بعملية المساعدة النفسية التي تؤدي إلى خفض وتقليل فرص استعانة الشخص بالخدمات النفسية المتخصصة، والتي تتجم بشكل أساسي عن إدراك الفرد بأنه مضطرب نفسياً أو عقلياً (Kushner&Sher,1989:251).

وتلعب الوصمة أثراً مهماً في حياة الأفراد ذوي الأمراض النفسية في مجالات متعددة، فالأفراد الذين يعانون من الأمراض النفسية يمكن أن يحرموا من الفرص التي تكون ضرورية لتحقيق أهدافهم في الحياة، إذ يتضمن ذلك صعوبات في إيجاد منزل ملائم فضلاً عن وظيفة جيدة، علاوة على ذلك يمكن أن تؤثر الوصمة على نظام العدالة والعقوبات في كيفية استجابة موظفي الدوائر مع المصابين بالأزمات السايكزية (الاضطرابات النفسية) (Corrigan,2004:59).

ويستمد البحث الحالي أهميته مما يضيفه في الجوانب الآتية:

١- إن دراسة الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي لدى الراشدين قد تفيد في التعرف عن وجود مسارات تطويرية لهذين المتغيرين للفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤١-٤٥)) سنة، فضلاً عن الكشف عن طبيعة هذه المسارات.

٢ الكشف عن معلومات عديدة وطيف واسع من العلاقات على وفق الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٥-٣٦) (٤٠-٤١) (٤١-٤٥)) سنة، والنوع (ذكور/ إناث)، بوجود (٦) علاقات مما يعطي رؤية جديدة عن هذه العلاقات.

٣- إن نتائج الدراسة الحالية قد تساعد المسؤولين (من أطباء نفسانيين وكوادر إرشاديه) في مستشفى ابن رشد للطب النفسي في توجيه المصابين بالأمراض النفسية وزيادة وعيهم اتجاه المرض النفسي لتلقي العلاج.

٤- قد يفتح هذا البحث المجال لأبحاث مستقبلية، تتبنى الاتجاه الحديث في ترويج ثقافة الوعي في المجتمع اتجاه العيادات النفسية والعلاج النفسي، وذلك في ضوء تحسين نظرة الآخرين اتجاه الأفراد المصابين بأحد الأمراض النفسية.

٥- يعد البحث الحالي أول بحث على مستوى العراق والوطن العربي (على وفق علم الباحثين) في الكشف عن العلاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي.

أهداف البحث:

يستهدف البحث الحالي التعرف على:

١- الوصمة الذاتية لدى الراشدين تبعاً لمتغيري:

أ- الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

٢. طلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري:

أ- الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

٣- دلالة الفروق في الوصمة الذاتية لدى الراشدين تبعاً لمتغيري:

أ- الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

٤. دلالة الفروق في طلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري:

أ- الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

٥- طبيعة العلاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي لدى الراشدين تبعاً لمتغيري:

أ- الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بالراشدين في الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة،

والمصابين بأحد الأمراض النفسية (اضطرابات وجدانية، اكتئاب، قلق حاد الخ)

والمتواجدين والمراجعين لمستشفى ابن رشد للطب النفسي الذي يقع في محافظة بغداد للعام

٢٠١٩.

تحديد المصطلحات:

أولاً. الوصمة الذاتية (Self-Stigma):

التعريف اللغوي:

الوصمة: وصم، عيب وعار وصمة عار - إنه يرى وصمة غيره ولا يرى وصمته: وما يعيب وينال من الشرف. والتوصيم: الكسل، والفترة، كالوصمة. وكأمير: ما بين الخنصر والبنصر (الفيروزي، ب.ت).

التعريف الاصطلاحي:

تعريف ليساكر وآخرون (Lysaker, et al, 2007). بأنها: الأفكار، والمعتقدات، والعواطف، والسلوك الموجه إلى مجموعة من الأفراد من أفراد المجتمع، وإن الوصمة الذاتية: هي الشعور الذي يلزم المريض تجاه المرض، وتجعل المريض يعتزل الناس، ويصاب بالخجل، والإحباط، والحزن، ولوم الذات، وتدني النظرة للذات، وتنشأ الوصمة في ضوء الأفراد الذين لديهم مرض نفسي يتفقوا إلى حد ما مع التوجه العام للمجتمع حول المرض النفسي، وبعد ذلك سيطورون إلى الاتفاق الذاتي، ومن ثم التصديق بمثل هذه الأشياء السلبية على أنها حقيقة حول أنفسهم ويكون الناتج تأثيراً سلبياً على الفرد، ومن ثم تنشأ الوصمة الذاتية (Lysaker, et al, 2007: 33)، تبنى الباحثون تعريف ليساكر كتعريف نظري لتبنيهم مقياسه، وتعرف الوصمة الذاتية إجرائياً بأنها: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الوصمة الذاتية في البحث الحالي.

ثانياً. طلب العلاج النفسي (Seeking psychotherapy)

تعريف فوكيل وآخرون (Vogel, et al, 2006):

ويقصد به المواقف العامة للفرد من السعي للمساعدة النفسية في حالة تعرضه للمشاكل النفسية، وتتمثل بالعلاقة بين الخاصية والتنميط التي يمكن أن تظهر عندما يكتشف الأشخاص أحياناً بأنهم يواجهون مشاكل نفسية تتطلب بحثاً عن المساعدة، وهذا يمكن أن يجلب ردود أفعال حول ما يتطلبه سلوك المساعدة النفسية لهم (Vogel, et al, 2006: 325). ويعرف إجرائياً بأنه: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس طلب العلاج النفسي في البحث الحالي.

ثالثاً. مرحلة الرشد (Adulthood)

تعريف "ستار وجولدشتين" (Starr&Goldstein,2003) لمرحلة الرشد بأنها: الطور الذي يكتمل فيه النضج الجسمي، والنفسي، وتنقسم على ثلاث مراحل عمرية، هي: الرشد المبكر، وتمتد من (١٨-٣٠) سنة، والرشد المتوسط (٣٠-٦٥) سنة، والرشد المتأخر (٦٥- فأكثر) (Starr&Goldstein,2003:69-70). وإنَّ عينة البحث تتكون من الراشدين في مرحلة الرشد المتوسط فقط، ومن الأفراد المشخصين مسبقاً من طبيب نفسي بإصابتهم بأحد الأمراض النفسية (القلق الحاد، والاكتئاب، والاضطرابات الوجدانية...الخ).

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسات السابقة

المحور الأول: الإطار النظري:

فيما يأتي عرضٌ لأهم النظريات التي تناولت الوصمة الذاتية لطلب العلاج النفسي:

- نظرية كوفمان (coffoman):

ترجع بداية التعريف الكلاسيكي للوصمة فيما يخص المرضى النفسانيين إلى كوفمان (١٩٥٨) والتي عدّها خاصية مخزية إلى حد كبير، وهذه الخاصية تقضي إلى أن الشخص الموصوم ينظر إليه على أنه عديم القيمة من الجميع، وهذا التعريف عرض الوصمة بوصفها علاقة بين الخاصية والتنميط ضمن مصطلح كوفمان.

ويمكن تصنيف الخصائص إلى ثلاث مجاميع رئيسة هي: (١) عيوب جسمية: مثلاً عجز جسدي أو عيوب واضحة، (٢) تشوهات في خصائص الفرد: مثلاً مرض نفسي أو ارتكابه جريمة، (٣) الوصمات القبليّة: مثلاً العرق والجنس. وكانت دراسة جونز وزملائه Jones & (et al) مؤسسة على هذه التصنيفات، إذ ركزت دراستهم على العلاقات الاجتماعية، وفي تعريفهم للوصمة، يرون أن الوصمة تحدث عندما ترتبط هذه الخصائص مع شخص معين، من خلال نسب خصائص إليه تشعره بالخزي. وقد افترضوا ستة أبعاد للوصمة، وهي:

- ١- قابلية الاختفاء: وتعني مدى وضوح الخاصية للآخرين.
- ٢- سيرة الحياة: وتعني ما إذا كانت الخاصية طويلة أو متغيرة عبر الزمن.
- ٣- التمزق: تأثير الخاصية على العلاقات الشخصية والاجتماعية.
- ٤- الجمالية: إذا كانت الخاصية تثير ردود فعل اشمئزازية أو تدرك بوصفها غير جذابة.

5- الأصل: أسباب الخاصية، على وجه الخصوص، فيما إذا كان الفرد يدرك انه المسؤول عن هذه الخاصية.

٦- الخطر: الدرجة التي تثير فيها الخاصية مشاعر الخطر أو التهديد لدى الآخرين. ولقد أكد أليوت وزملاؤه (Elliot, et al) على التفاعل الاجتماعي في الوصمة، من خلال تعريفهم للوصمة بأنها شكل من أشكال الانحراف التي تفقد الآخرين إلى الحكم على الفرد بوصفه شاذاً (أو غير شرعي) للمشاركة في التفاعلات الاجتماعية، ويحدث ذلك بسبب إدراكهم بأنه يعوزه المهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي، وتأثرهم بالأحكام حول الخطورة وعدم القدرة بالتنبؤ في سلوكيات الشخص الموصوم (Link & phelan,1999:89).

نظرية العزو :

لقد طور هايدر (Heider,1958) وزملاؤه محاولة تفسير كيف يفهم الأفراد خصائص وأفعال الآخرين نظريتهم في العزو؟ والتي تشير الى أن الأفراد يستدلون على خصائص جوهرية عن الأشخاص الآخرين استناداً إلى تفسيراتهم (عزوهم) لسلوكيات هؤلاء الأشخاص، وهذا العزو السببي يؤثر في الاستجابات الانفعالية لهؤلاء الأفراد، وفي توقعاتهم لسلوكياتهم المستقبلية، وسلوكياتهم اتجاه هؤلاء الأشخاص، ويرجح أن يحدث العزو السببي إذا كان السلوك أو العزو غير متوقع أو شاذ في حالة المرض النفسي، وإنّ العزو السببي الذي جذب انتباه معظم الباحثين يتضمن تقييمات تتعلق بقابلية السيطرة والاستقرار لسلوكيات الأفراد أو خصائصهم، ولقد أظهرت دراسة وينر وآخرين (Weiner et al,1988) إن المشاكل الجسدية، ينظر إليها على أنها خارجة عن السيطرة سببياً، بينما ينظر إلى المشاكل السلوكية- العقلية على أنها أسباب يمكن السيطرة عليها. إن عزو المشكلة بكونها غير قابلة للسيطرة عليها تثير الشفقة والحب وسلوكيات المساعدة (Weiner,et al,1988:738) .

ولقد أجرى كوريمان وآخرين (2003) دراسة تجريبية للتعرف فيما إذا كان المرض النفسي يدرك بوصفه غير قابل للسيطرة أم لا. بينت الدراسة أنّ الأفراد يميلون إلى رد فعل يعوزه سلوك المساعدة لمرضى الشيزوفيرينا، عندما نقدم إليهم قصصاً. فضلاً عن ذلك فإن قلة السيطرة والمسؤولية المرتبطة بالاكْتئاب، بينت أنها تفقد إلى زيادة في الشفقة والتعاطف (Dolphin&Hennessy,2014:295).

واتساقاً مع نظرية العزو، أبدت الأبحاث العلاقة بين التفسيرات البيولوجية للمرض النفسي وانخفاض الاعتقاد بأن المرضى يستطيعون السيطرة على أمراضهم، وأظهرت النتائج إن

تفسيرات المرض البيولوجي تقلل من الاعتقاد بأن هؤلاء الأشخاص مسيطرين على مرضهم النفسي (Farina, et al, 1978:272)

وعلى النقيض من ذلك، أوجد العديد من الباحثين إن تصور المرض النفسي (يكون ناتج عن مرض بيولوجي) يقلل من الرغبة في الابتعاد الاجتماعي وإن تقديم المرض العقلي على أنه مرض بيولوجي يرتبط مع الاعتقاد بأن العلاج سيكون غير فعال أو يتخذ وقتاً طويلاً (Pruess & Angermeyer, 2014:168).

وفيما يتعلق بالوصمة الذاتية للأفراد ذوي المرض النفسي، يزيد النموذج البيولوجي من مشاعر الخوف والشعور بالذنب، ونذير بالشؤم، ويبدو أن التفسير البيولوجي يكون مختلفاً بالاستناد إلى نوع الاضطراب النفسي المفسر، وفي هذا الصدد بينت دراسة ديردش وآخرين (Dietrich, et al, 2004) إن الرغبة في المسافة الاجتماعية تزداد أكثر فيما يخص الشيزوفرينيا مقارنة بالاكنتاب، على وفق النموذج البيولوجي، وأظهرت دراسة جولد شستين وروسيلي، إن النموذج البيولوجي يفضي إلى معتقدات أكبر بأن الأشخاص ذوي الاكنتاب يكونون عطوفين ومحبين للرعاية والاهتمام وسهلي الكلام، بينما فيما يخص الشيزوفرينيا، فإن التفسيرات البيولوجية تفضي إلى زيادة في المسافة الاجتماعية وتقليل سلوك المساعدة، إذ ينظر للشيزوفرينيا بأنها أكثر خطراً من الاكنتاب، بينما لم تظهر دراسات أخرى وجود فروق بين الشيزوفرينيا والاكنتاب، وبدلاً من ذلك وجدت إن التفسير البيولوجي يفضي إلى انفعالات سلبية والرغبة في وجود مسافة اجتماعية، بصورة متساوية عند استعمال تفسير كل اضطراب (Goldstein & Rosselli, 2003:551).

- النظرية الجوهرية:

تحاول نظرية الجوهر أن تفسر كيف يصنف الفرد الأشخاص الآخرين، وكيف يكون معنى للجماعات وأعضاء الجماعة. لقد تضمنت هذه النظرية شكلاً من أشكال التفكير الذي يتصف برؤية تصنيفات الأشخاص بكونها عميقة ومخفية ومستقرة (مثلاً جوهرية)، التي تجعل الأشخاص أعضاء التصنيف يكونون على ما هم عليه، وإن مجموعة العناصر تتصف بمعتقدات جوهرية، وهذه المعتقدات الجوهرية تحمل تصنيفاً لأعضاء المجموعة بوصفها مسيطرة (Haslam et al, 2000).

ولقد حاول كلاً من برنتس وميلر (Prentice & Miller, 2007) البرهنة على أن التفكير الجوهرية هو أحد النتائج الاجتماعية المهمة. إذ يمكن أن يقود التفكير الجوهرية إلى تعزيز إدراك الفروق أو الاختلافات بين مجموعات الأشخاص، والتشابهات داخل أعضاء المجموعة

الواحدة، على وفق للاعتقاد بأن الجوهر المشترك يشكل أساس أعضاء المجموعة الواحدة، علاوة على ذلك، فإنّ المعتقد الجوهري يرى أعضاء التصنيف ثابتين وغير متغيرين، ويمكن أن يؤدي إلى زيادة الدافعية نحو التغيير لدى أعضاء الجماعة مثلاً (الأفراد ذوي المرض النفسي، يمكن أن يكونوا أقل واقعية أو مساعدة؛ لأن حالتهم غير قابلة للتحسن). وأخيراً اقترح كلاً من (برنتس وميلر) إن التعصب نحو وصمة الجماعة يمكن أن يزداد، عندما تكون خاصية الجماعة مثل (أعراض المرض النفسي)، هي خاصية جوهريّة تدل على أعضاء الجماعة (Prentice & Miller, 2007:202)

وفي دراسات أخرى عن الكيفية التي ينظر بها الناس إلى المريض نفسياً والقائمين على تقديم الرعاية الصحية، أشار العديد من الباحثين إلى أن المعتقدات الجوهريّة تستعمل في الغالب عند محاولتنا فهم المريض نفسياً، ولقد بين كل من ادريان وبلوك (Adriaens & Block, 2013) إن أحد أسباب هذه الظاهرة يمكن أن ينشأ في تفسيرات بيولوجية للمريض نفسياً، إذ أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين معتقدات الأفراد في الأسباب البيولوجية للسمات الإنسانية والمعتقدات الجوهريّة العنقودية. تتألف هذه المجاميع العنقودية من المعتقدات التي تمثلها السمات الإنسانية بشكل ثنائي، وبمجاميع متماثلة تمتلك معياراً جوهرياً، وتكون شكلية، وإن أعضاء الجماعة الذين يمتلكون هذه السمات المشتركة يمتلكون عناصر جوهريّة مشتركة (Adriaens & Block, 2013:107)، وبينت دراسات أخرى العلاقة الارتباطية العامة بين التفكير الجوهري ووصمة المرض النفسي، فلقد بينت دراسة (Lebowitz, et al, 2013) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المعتقدات الجوهريّة والعديد من أنواع وصمة المرض العقلي، التي تتضمن آراء سلبية حول الأشخاص ذوي المرض العقلي واتجاهات سلبية نحو المجتمع الذي يضم مرضى عقليين (Lebowitz, et al, 2013:518).

- نظرية الطب النفسي الشعبي:

تم تطوير هذه النظرية لمحاولة فهم كيف يفسر الأشخاص السلوكيات غير السوية، وتعد معتقدات واتجاهات الأشخاص الذين يتعرضون لسلوكيات الآخرين هو مركز اهتمام هذه النظرية. تنبأت هذه النظرية بأن هذه المعتقدات لها تأثير على الكيفية التي يبحث بها الأشخاص (ذوي المرض النفسي) عن المساعدة أو كيفية تجنبها، وكيفية فهم خبراتهم وإعراضهم، وكيف ينظر الناس إليهم، وتضع هذه النظرية أولوية للحياة الحقيقة (الواقعية) على النتائج المختبرية، وفقاً لـ هسلم وآخين (Haslam et al, 2007) لكي يفسر الشخص سلوكاً معيناً ضمن إطار نظرية الطب النفسي الشعبي، ينبغي أن ينظر إلى السلوك من وجهة نظر مرضية، ووجهة النظر

هذه تتضمن الحكم بأن السلوك شاذ عند مقارنته بالمعايير الاجتماعية، والحكم على السلوك بوصفه شاذاً يزيد من فرص كونه مرضياً. وعندما ينظر إلى السلوك بوصفه مرضياً تبرز لدينا فجوة تفسيره ، إذ إن الملاحظ ليس لديه فهماً واضحاً عن الدافع لهذا السلوك، إذ زودت نظرية الطب النفسي الشعبي أربعة مفاهيم تفسيرية هي: (صيغ تفسيرية، وعناوين أخلاقية، وصيغ طبية، ومفاهيم نفسية)، يستعملها الأشخاص لفهم معنى السلوك المرضي.

- تتضمن الصيغ الأخلاقية التفسيرية على أحكام بأن الأفراد مسؤولون عن سلوكياتهم الشاذة، وينظر التفسير الأخلاقي للسلوك الشاذ بأنه حرمان أخلاقي أو خطيئة (إثم)، ويمكن أن يستشير الاعتقاد بأن الفرد متورط بسلوكيات مرضية تستوجب التصحيح والإجبار والعقاب أو طرق أخلاقية.

- ويتضمن التفسير الطبي أحكاماً بأن السلوك المرضي يرجع إلى سبب بيولوجي فعندما ينظر إلى السلوك الشاذ بوصفه بيولوجي المنشأ، يمكن أن ينشط التفكير الجوهري، مثلاً رؤية السلوك على أنه علاقة لعضو جماعة متفرد وافتراض أن الشخص ينبغي أن يمتلك خصائص معينة بسبب هذا الإدراك لعضو الجماعة، ومن المرجح إن ينشط ذلك وصمة مرتبطة بعضوية الجماعة للمرض النفسي، مثلاً رغبة متزايدة للابتعاد الاجتماعي وزيادة في إدراك الخوف والخطر ومعتقدات أكبر وشك في السلوكيات المنحرفة.

- ويتضمن التفسير النفسي الحكم على السلوك الشاذ بأنه يمثل اضطراباً في الوظيفة النفسية فعندما ينهمك الأشخاص سيكولوجياً فإنهم ينظرون ويفسرون في سياق اجتماعي ، بيولوجي وعقلي.

وتقترح هذه النظرية أن الصيغ التفسيرية المتنوعة سوف تفضي إلى ردود أفعال انفعالية وسلوكية مختلفة عند استعمالها في تفسير المرض النفسي، وأن التفسير الأخلاقي يمكن أن يفضي إلى الغضب واللوم، في حين يمكن أن يفضي التفسير الطبي إلى الشفقة والتجنب، والتنبؤ بأن التفسير النفسي يمكن أن يفضي إلى تقليل اللوم (Haslam et al,2007:129).

- نظرية معوقات البحث عن العلاج (TSBM):

يدمج هذا النموذج عناصر من النظريات الثلاث السابقة، ويحاول تقديم رؤيا واضحة للوصمة الناشئة عن المرض النفسي والبحث عن العلاج، يقترح هذا النموذج أن هناك العديد من العوامل التي ترتبط بالوصمة العامة مع البحث عن العلاج فيما يخص المرضى النفسانيين، تم

الاصطلاح على الوصمة بأنها ظاهرة ثقافية متعلمة ويتم استدماجها مبكراً في الحياة، وهذا يفضي إلى كل من الوعي بوصمة بالمرض النفسي في العالم، والمعتقدات حول كيفية التعامل مع المرض النفسي، يتضمن الوعي بالوصمة معرفة إن تسمية المرض النفسي لديه ارتباطات سلبية عديدة ضمن المجتمع، وإن معتقدات المرض النفسي الشخصي أكثر معرفية في طبيعتها، وتتضمن معتقدات فيما يخص السؤال كم من السيطرة واللوم تكون متضمنة في المرض النفسي (معتقدات المسؤولية)، ومدى تغير المرض النفسي (معتقدات ثابتة)، وتكتسب وصمة المرض النفسي عن طريق التنقيف في أثناء عملية التنشئة الاجتماعية، وكلما كان الوعي عن الوصمة، تعلم الأفراد إن تسمية المرض النفسي لها العديد من الاقتباسات السلبية، ويسطرون معتقدات معينة حول خصائص المرض النفسي، وإذا خبر الفرد وتعرف على أعراض المرض النفسي، يتم تنشيط المعتقدات الشخصية حول المرض النفسي. لقد تم التنبؤ بأن معتقدات المسؤولية والمعتقدات الثابتة تؤثر في البحث عن العلاج، ولذلك فإن البحث عن العلاج يمكن أن يتغير إذا تغير جزء من معتقدات المرض النفسي (Henry, 2009:15).

تشكيل الوصمة وتأييد التنميط:

غالباً ما يتم عرض المرض النفسي خلال وسائل الإعلام بوصفه سلبياً. على سبيل المثال، وجد أن الأطفال الذي يتابعون وسائل الإعلام، يستعملون مصادر سلبية للمرض النفسي، والتي غالباً ما تتضمن العنف وعدم الجاذبية وصفات إجرامية لهؤلاء الأشخاص ذوي المرض النفسي (Wahl, 2003:249)، وفي دراسة تحليلية لـ ويلسون وآخرين (Wilson, et al, 1999) أوجدت الدراسة إن (٧٥%) من المرضى النفسيين في التلفزيون تم وصفهم بأنهم عنيفون، وهذه الشخصيات ترتبط غالباً مع تنميطات سلبية مثل كونهم غير موثوقين اجتماعياً (Wilson, et al, 1999:232)، كما وجد كوريغان وآخرين (Carigan et al, 2005) إن (٣٥%) من القصص المنشورة في الصحف حول المرضى النفسيين تركز على العنف والخطورة، بينما ركزت (٢٠%) منها على الجفاء عنهم و (٤%) غطت مواضيع حول الشقاء من المرض النفسي. ولذلك يوجد اعتقاد جماهيري قوي في ارتباط المرض العقلي مع العنف (Martinez et al., 2011) على الرغم من وجود علاقة ضعيفة في الاتجاهات، إن وصف المرض العقلي بأنه عنيف وسلبى امرأ شائعاً في الإعلام، وإن التعرض لهذه التنميطات يبدأ بعمر صغير من خلال البرامج التلفزيونية للأطفال، لذا فإن من الصعوبة الاعتقاد بأن هذه التصورات لا تؤدي أثراً كبيراً في الشخصيات الجماهيرية حول المرض العقلي. إن التصوير السلبي للمرض العقلي في وسائل الإعلام هو مثال عن تركيب الوصمة (Corrigan et al.

(2004)., ولقد عرف كوريغان وآخرين (2005) الصدمة البائية بأنها نوع من أنواع الوصمة تتشكل بفعل قوى اجتماعية سياسية وتمثل سياسات المؤسسات الحكومية التي تقيد الفرص (Corrigan & Watson, 2005:551).

المحور الثاني: دراسات سابقة:

يتناول هذا المصدر استعراضاً لدراسات سابقة استطاع الباحثين الاطلاع عليها، وهي ذات صلة بموضوع البحث، وسيتم عرض هذه الدراسات على وفق التتابع الزمني لها، وفيما يأتي استعراضاً لهذه الدراسات:

- دراسة ديل وآخرون (Del,atel,2013):

(الوعي والتثقيف بالاضطرابات النفسية لدى المراهقين لتقليل الوصمة فيما يخص المرضى العقليين):
(Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study)

إن تزويد المعلومات حول المرضى، يمكن أن تساعد في تخطي الوصمة الاجتماعية ضد الأشخاص ذوي المشاكل الصحية النفسية، تم إجراء الدراسة على المراهقين في المدرسة الإعدادية في روما في إيطاليا، لزيادة معلوماتهم الصحية النفسية، وتحدي التمييزات السلبية المرتبطة بالمرض النفسي. الطريقة: تطوع مجموعة من طلبة المدرسة الإعدادية بأعمار (16 18 -) سنة للتدريب على أربعة دروس تفاعلية مع مواد إعلامية متعددة، أكمل المشتركون استبيان الوصمة قبل البدء بالدروس وبعدها.

النتائج: أظهر المشتركون انخفاضاً ملحوظاً بخاصية الوصمة المنسوبة للمرض النفسي لدى الأشخاص الذي يعانون من المرض النفسي في المجتمع ، بعد اكتسابهم معلومات جديدة عن المرض العقلي .

الاستنتاجات: تعد الحاجة إلى معلومات عن الصحة النفسية والشدة النفسية مفتاحاً أساسياً في تحديد ظاهرة الوصمة الاجتماعية، وإن البرنامج التربوي أحدث تغييراً إيجابياً نحو نظرة الطلبة اتجاه المرضى النفسيين.

- دراسة جيرما وآخرون (Girma,etal,2013):

(مساعدة المرضى العقليين: تسهيل الوصمة الذاتية لدى المرضى العقليين):

Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental
:(illness)

الهدف من الدراسة الحالة هو قياس مستوى الوصمة الذاتية وعلاقتها لدى المرضى العقليين في مستشفى جامعة جيمما التخصصية الطريقة: تم إجراء الدراسة على (422) شخصاً يعانون من المرض العقلي، باستعمال المقابلة، ومقياس استدماج الوصمة للمرضى العقليين، وتم استعمال تحليل الانحدار الخطي لتحديد الارتباطات مع الوصمة الذاتية. النتائج: بلغ متوسط الوصمة الذاتية (2.32) بانحراف معياري (0.30)، في حين بلغ متوسط الإناث في الوصمة الذاتية أعلى من الذكور ($B=0.11$, $P<0.005$). المرضى ذوي تاريخ علاجي تقليدي، لديهم أعلى مستوى من الوصمة الذاتية ($B=0.11$, $P<0.005$) اشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى التعليم والوصمة الذاتية ($B=-0.17$, $P<0.005$) وادراك العلاقات ($B=0.13$, $P<0.005$)، والأسباب فوق الطبيعية للمرضى العقلي ($B=0.16$, $P<0.01$) ، مرتبطة ايجابياً مع الوصمة الذاتية وارتبط العدد العالي من التأثيرات الجانبية للعقاقير ايجابياً مع الوصمة الذاتية ($B=0.15$, $P<0.005$) بينما ارتبط التقدير الذاتي سلبياً مع الوصمة الذاتية ($B=-0.14$, $P<0.01$) .

الاستنتاجات: كانت مشاعر النقص العالية موجودة لدى المرضى العقليين. وأظهرت الإناث مستوى عالٍ من الوصمة الذاتية مقارنة بالذكور، كان التاريخ العلاجي التقليدي والادراك العالي للتفسير فوق الطبيعي للمرضى الفعلي مرتبطاً مع مستوى عالٍ للوصمة الذاتية والتأثيرات الجانبية للعقاقير وادراك الاشارات مرتبطة مع زيادة الوصمة الذاتية بينما كان المستوى التعليمي وتقدير الذات مرتبطاً سلبياً مع الوصمة الذاتية. وان التدخل النفسي والإستراتيجيات يمكن من مشاعر المرضى على تقليل التأثيرات الجانبية للعقاقير وتخفيف الوصمة الذاتية لديهم.

- دراسة ماري وآخرون (Marie,etal,2015):

(العلاقة الارتباطية بين الشخصية والوصمة الذاتية لدى المضطربين المصابين والذين لديهم اعراض الاكتئاب):

(Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders)

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الملامح النفسية التي ترتبط بدلالة مع الوصمة الذاتية الحالية. الطريقة: اشترك في هذه الدراسة (76) مريضاً عصبياً أمضوا (6) أسابيع في العيادات الاكلينيكية في المستشفى، وأكملوا المقاييس الآتية: قائمة المزاج والشخصية المنقح (TCI - R) ، ومقياس الأمل للراشدين (ADHS)، ومقياس بيك للاكتئاب (BDI) ، والانطباع الاكلينيكي

الشامل الذاتي والموضوعي (CEI)، تم معالجة البيانات احصائياً باستعمال اختبار (t.tes) ، والارتباطات، والانحدار الخطي.

النتائج: كان مستوى الوصمة الذاتية لدى المرضى العصبيين مرتبطاً مع العديد من المظاهر النفسية، وارتبطت الوصمة الذاتية ايجابياً مع سمة تجنب الأذى وأعراض الانشطار، والقلق، والاكتئاب، وتم قياس مستوى الاضطراب النفسي العام وكان مرتبطاً سلبياً مع المثابرة وسمات التوجيه الذاتي والأمل. وبعد تطبيق الانحدار، تنبأت ثلاثة عوامل فقط بمستوى الوصمة الذاتية: التوجيه الذاتي والأمل والتقييم الذاتي للحالة العقلية. **الاستنتاج:** أظهر المرضى العقليين ذوي مستوى عالي بالاضطراب، ميولاً اكبر نحو وصم أنفسهم، وكذلك فان المستوى الواطئ من التوجيه الذاتي والأمل كانت تخطية فيما يخص الأفراد ذوي مستوى عالٍ في الوصمة الذاتية، هذه الخصائص النفسية متأثرة بالوصمة الذاتية، وتلعب دوراً رئيساً في فاعلية العلاج الدوائي والنفسى، لذا تتطلب الوصمة الذاتية، بذل انتباه أكبر وحاجة ملحة في العلاج.

- دراسة محمد وآخرون (Muhammed,etal ,2016):

(تأثير الوصمة الذاتية في نوعية حياة الأشخاص ذوي المرض النفسي في مستشفى جامعة ديلا ، جنوب اثيوبيا):

(Impact of Self Stigma on Quality of Life of People with Mental Illness at Dilla University Referral Hospital, South Ethiopia)

استهدفت هذه الدراسة تقييم تأثير الوصمة الذاتية على نوعية حياة الأشخاص ذوي المرض العقلي في المستشفى التعليمي بجامعة ديلا في جنوب اثيوبيا، تم إجراء الدراسة على (317) مريضاً عقلياً، راجعوا العيادة الاكلينيكية خدمات الصحة العقلية عام 2016، جمعت البيانات باستعمال طريقة المقابلة. وتم قياس الوصمة الذاتية بمقياس الوصمة المستدمجة من المرض العقلي (ISMI) الذي تم استخراج هدفه، واستعمل في العديد من الدراسات وتم قياس نوعية الحياة باستعمال تقييم نوعية الحياة النسخة المصغرة (SF-36)

كانت نسبة انتشار الوصمة الذاتية في هذه الدراسة (32.1 %) وفيما يتعلق بنوعية الحياة ، كانت نسبة الذين خبروا مستوى واطئ (54.6 %) فكلما زادت الوصمة الذاتية وحدة واحدة لدى المشتركين بالدراسة، تقل نوعية الحياة بنسبة (4.1 %)، وبعبارة أخرى، كانت الوصمة الذاتية تجعل نوعية الحياة مرتبطة سلبياً ($r=-0.076$) التي تشير إلى أن الوصمة الذاتية تجعل نوعية الحياة أسوأ للأشخاص ذوي المرضى العقلي، أظهرت نتائج الدراسة أن الوصمة الذاتية منتشرة بشكل كبير لدى أفراد العينة ذوي المرض العقلي ونوعية الحياة لأوطاً مستوى، لتحسين نوعية

الحياة لدى الاشخاص ذوي المرض العقلي، ينبغي معالجة الوصمة عن طريق القائمين على الصحة النفسية والمجتمع والباحثين والسياسيين.

- دراسة جولجا وجيرما (Golja & Girma, 2017):

(تقييم العلاقة الارتباطية بين الوصمة الذاتية ومستوى الالتزام الطبي لدى المرضى ذوي المرض النفسي الذين تم التعامل معهم إكلينيكيًا في جنوب إثيوبيا):

(Assessment of self stigma and medication adherence among patients with mental illness who had been treated at Jimma University Specialized Hospital, South west Ethiopia: community based cross sectional study)

استعملت الدراسة الطريقة التتبعية لتحديد المرضى في المجتمع الإثيوبي، الذين لديهم تاريخ علاجي في العيادات الإكلينيكية، في مستشفى جامعة جيمما التعليمي وتم استقبال المقابلة المعتمدة على الاستبيان للحصول على المعلومات من المشتركين، تم فحص العلاقة الارتباطية باستعمال تحليل الانحدار الخطي، النتائج : كان عدد الذكور (185) نسبة (61.7 %)، وعدد الإناث (115) نسبة (38.3 %)، بمتوسط عمر (34.99) وانحراف معياري (SD = 11.15) من أصل (300) كان أكثر من نصفهم (182) (60.7 %) ملتزمين بالعلاج الطبي من كل المستجيبين الذين لديهم كل أنواع الوصمة كان (63.2%) متوسطي في الوصمة و (22.4 %) منهم ذوي مستوى عالي في الوصمة الذاتية .

الاستنتاجات: تم التعرف على وجود وصمة ذاتية عالية مرتبطة بغير الملتزمين بالعلاج لذلك ، فإنه على أطباء الصحة النفسية والرعاية الصحية العمل على زيادة جرعات الأدوية النفسية لتقليل الوصمة الذاتية المرتبطة بالمرض النفسي.

الفصل الثالث: منهجية البحث وإجراءاته:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للمنهجية المستعملة في البحث الحالي، والإجراءات التي اتبعت لتحقيق أهدافه والمتضمنة تحديد مجتمع البحث، واختيار العينة، وإجراءات إعداد أداتي البحث لقياس كلاً من الوصمة الذاتية، وطلب العلاج النفسي لدى الراشدين، وكيفية استخراج مؤشرات صدقهما وثباتهما، والتطبيق النهائي لهما، فضلاً عن تحديد الوسائل الإحصائية التي استعملت في تحليل البيانات، وعلى النحو الآتي:

أولاً: منهجية البحث:

اعتمد عدد من الباحثين الدراسات المستعرضة التي تتدرج تحت منهج الدراسات التطورية من المنهج الوصفي.

ثانياً: إجراءات البحث:

١. مجتمع البحث وعينته:

يتكون مجتمع البحث من الراشدين في مرحلة الرشد المتوسط (ذكور وإناث) المتواجدين والمراجعين في مستشفى ابن رشد للطب النفسي ممن هم بأعمار (من ٣٠ إلى ٤٥) سنة في مدينة بغداد للعام (٢٠١٩)، وتكونت عينة البحث من المراجعين لمستشفى ابن رشد والمصابين بأحد الأمراض النفسية، إذ بلغ عدد العينة (١١١) راشداً لتمثيل متغيري العمر والنوع الاجتماعي ونوع المرض وبواقع (٣٢) مفحوصاً في الفئة العمرية (٣٠-٣٥) سنة، (٤٥) مفحوصاً في الفئة العمرية (٣٦-٤٠) سنة، و (٣٤) مفحوصاً في الفئة العمرية (٤١-٤٥) سنة، والجدول (١) يوضح ذلك.

الجدول (١)
عينة البحث موزعة على وفق نوع المرض والعمر والنوع الاجتماعي

العمر	عدد الأفراد	النوع الاجتماعي	نوع المرض		المجموع
			اضطرابات مزاجية	اكتئاب	
(٣٥-٣٠) سنة	٣٢	ذكور	١٣	٥	١٨
		إناث	٤	١٠	١٤
(٤٠ -٣٦) سنة	٤٥	ذكور	٢٣	٩	٣٢
		إناث	٧	٦	١٣
(٤٥-٤١) سنة	٣٤	ذكور	٩	١١	٢٠
		إناث	١٠	٤	١٤
المجموع			٦٦	٤٥	١١١

ثالثاً: أدوات البحث:

أولاً: مقياس الوصمة الذاتية:

لتحقيق هدف البحث الحالي المتعلق بقياس الوصمة الذاتية للراشدين في مرحلة الرشد المتوسط، وبعد الاطلاع على الأدبيات المتعلقة بموضوع البحث، حصل الباحثين على مقياس الوصمة الذاتية للأمراض النفسية الذي أعده ليساكر وآخرون (Lysaker, et al., 2007)،

تُرجم المقياس إلى اللغة العربية، واستخرج له صدق الترجمة^(١)، يتكون المقياس من (٢٩) فقرة، مقسمة على (٥) مجالات هي: مجال العزلة والاعتراب (٦) فقرات، ومجال التنميط (٧) فقرات، ومجال التمييز (٥) فقرات، ومجال الانسحاب الاجتماعي (٦) فقرات، ومجال مقاومة الوصمة (٥) فقرات، وإمام كل فقرة (٤) بدائل متدرجة من (لا وافق بشدة، لا أوافق، موافق، موافق بشدة) وأوزانها (١، ٢، ٣، ٤) على التوالي. ملحق (١)، والجدول (٢) يوضح ذلك:

الجدول (٢)

المجالات المكونة لمقياس الوصمة الذاتية والفقرات الممثلة لها

ت	المجال	عدد الفقرات
١	العزلة والاعتراب	٦
٢	التنميط	٧
٣	التمييز	٥
٤	الانسحاب الاجتماعي	٦
٥	مقاومة الوصمة	٥
	المجموع	٢٩

ثانياً التحليل المنطقي لفقرات المقياس:

عرض المقياس بصورته الأولية (الملحق ٢) على مجموعة من المحكمين من المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية بلغ عددهم (١٠) محكماً (الملحق ٣)، وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول مدى صلاحية كل فقرة في مقياس الوصمة الذاتية، ومقترحاتهم في تعديل الفقرات التي يرون أنها بحاجة إلى تعديل، أو حذفها، وفي ضوء آراء المحكمين والمناقشات التي أجراها الباحثون معهم، حذفت فقرتين من المقياس إذ حذفت فقرة من مجال التنميط وفقرة من مجال الانسحاب الاجتماعي إذ لم تحصل على نسبة الاتفاق (٨٠%)، واقترح المحكمون تحويل بدائل الاستجابة إلى ثلاث بدائل، وذلك مراعاة للحالة المرضية للمستجيب.

(١) وهو إجراء يكون الهدف منه لمعرفة مدى دقة الترجمة من خلال ترجمة الأداة من قبل ثلاث مختصين في الترجمة باللغة الانكليزية ومن ثم توحيد النسخ المترجمة الثلاث إلى اللغة العربية في نسخة واحدة، ومن ثم تعرض على متخصص بمصطلحات علم النفس باللغتين الانكليزية والعربية لإعادة ترجمتها إلى اللغة الانكليزية، مراعيًا في ذلك عدم اطلاق المترجم على النسخة الأصلية المكتوبة باللغة الانكليزية.

ثالثاً التحليل الإحصائي لل فقرات:

لجأ الباحثون إلى أسلوب المجموعتين المتطرفتين، وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية، وعلاقة الفقرة بالمجال المنتمية إليه في عملية تحليل الفقرات، إذ طبق المقياس على عينة بلغت (١١١) مستجيباً. وفيما يأتي توضيحاً للخصائص الإحصائية للفقرات:

أ- استخراج القوة التمييزية للفقرات:

حسبت القوة التمييزية في ضوء أسلوب المجموعتين المتطرفتين (contrasted groups)، وتم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (t-test)، وعدت القيمة المستخرجة مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية، وكانت جميع فقرات المقياس البالغ عددها (٢٧) فقرة مميزة، لأن قيمتها التائية المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية البالغة (٢.٠٠٠) عند درجة حرية (٥٨)، ومستوى دلالة (٠,٠٥)، وعليه فقد أبقي الباحثون على فقرات المقياس جميعها من دون تغيير، والجدول (٣) يوضح ذلك:

الجدول (٣)

القوة التمييزية لفقرات مقياس الوصمة الذاتية

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القوة التمييزية
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
١.	٢.٧٣٣٣٣٣	٠.٤٤٩٧٧٦	٢.١٣٣٣٣٣	٠.٦٨١٤٤٥	٤.٠٢٤٩٢٢
٢.	٢.٧٣٣٣٣٣	٠.٤٤٩٧٧٦	٢.٢٣٣٣٣٣	٠.٥٠٤٠٠٧	٤.٠٥٤١٠٥
٣.	٢.٥٣٣٣٣٣	٠.٥٧١٣٤٦	٢	٠.٧٨٧٨٣٩	٣.٠٠١٦١٨
٤.	٢.٦٣٣٣٣٣	٠.٤٩٠١٣٣	٢.٢٦٦٦٦٧	٠.٧٣٩٦٨	٢.٢٦٣٣٣٢
٥.	٢.٣٦٦٦٦٧	٠.٧١٨٣٩٥	١.٨٣٣٣٣٣	٠.٦٩٨٩٣٢	٢.٩١٤٤٩٥
٦.	٢.٤٣٣٣٣٣	٠.٦٢٦٠٦٢	٢	٠.٧٤٢٧٨١	٢.٤٤٣٢٦٦
٧.	٢.٥٣٣٣٣٣	٠.٦٢٨٨١	١.٩٣٣٣٣٣	٠.٧٣٩٦٨	٣.٣٨٥٠٤٦
٨.	٢.٦٣٣٣٣٣	٠.٥٥٦٠٥٣	٢	٠.٦٤٣٢٦٨	٤.٠٧٩٦٩١
٩.	٢.٢٣٣٣٣٣	٠.٧٧٣٨٥٤	١.٨	٠.٦٦٤٣٦٤	٢.٣٢٧١١٦
١٠.	٢.٦	٠.٤٩٨٢٧٣	٢.٠٣٣٣٣٣	٠.٧٦٤٨٩	٣.٤
١١.	٢.٦	٠.٦٢١٤٥٥	٢.١٣٣٣٣٣	٠.٨١٩٣٠٧	٢.٤٨٥٦١١
١٢.	٢.٤٣٣٣٣٣	٠.٦٧٨٩١١	١.٩٦٦٦٦٧	٠.٨٥٠٢٨٧	٢.٣٤٩١٣٧

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القوة التمييزية
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
١٣.	٢.٦٣٣٣٣٣	٠.٦١٤٩٤٨	١.٨٣٣٣٣٣	٠.٦٩٨٩٣٢	٤.٧٠٦٧٨٧
١٤.	٢.٧	٠.٥٣٤٩٨٣	٢.٠٣٣٣٣٣	٠.٨٥٠٢٨٧	٣.٦٣٤٨١
١٥.	٢.٨	٠.٤٨٤٢٣٤	٢.٠٣٣٣٣٣	٠.٨٠٨٧١٧	٤.٤٥٤٨٩١
١٦.	٢.٦٦٦٦٦٧	٠.٤٧٩٤٦٣	١.٧٦٦٦٦٧	٠.٦٢٦٠٦٢	٦.٢٥١٢١١
١٧.	٢.٥	٠.٥٧٢٣٥١	١.٩	٠.٤٨٠٦٦	٤.٣٩٦٩٦٩
١٨.	٢.٨٦٦٦٦٧	٠.٣٤٥٧٤٦	١.٥	٠.٥٧٢٣٥١	١١.١٩٤٥٩
١٩.	٢.٥٣٣٣٣٣	٠.٥٧١٣٤٦	١.٦	٠.٦٧٤٦٦٥	٥.٧٨٢٣٢٦
٢٠.	٢.٧	٠.٥٣٤٩٨٣	٢.٠٦٦٦٦٧	٠.٨٢٧٦٨٢	٣.٥١٩٨٥١
٢١.	٢.٧٦٦٦٦٧	٠.٥٠٤٠٠٧	٢.١٣٣٣٣٣	٠.٧٣٠٢٩٧	٣.٩٠٩٣٧٥
٢٢.	٢.٥٣٣٣٣٣	٠.٥٧١٣٤٦	١.٨٣٣٣٣٣	٠.٦٤٧٧١٩	٤.٤٣٩١١
٢٣.	٢.٤	٠.٧٢٣٩٧٤	١.٧	٠.٧٠٢٢١٣	٣.٨٠١٤٢٧
٢٤.	٢.٣٣٣٣٣٣	٠.٧٥٨٠٩٨	١.٨	٠.٦١٠٢٥٧	٣.٠٠١٦١٨
٢٥.	٢.٤٦٦٦٦٧	٠.٦٨١٤٤٥	١.٩	٠.٦٦١٧٦٤	٣.٢٦٧٤٨١
٢٦.	٢.٦	٠.٥٦٣٢٤٢	١.٧٣٣٣٣٣	٠.٦٣٩٦٨٤	٥.٥٦٩٤٦٩
٢٧.	٢.٤٣٣٣٣٣	٠.٧٢٧٩٣٢	١.٨٦٦٦٦٧	٠.٧٧٦٠٧٩	٢.٩١٦٩٥٦

ب. صدق الفقرات:

تحقق الباحثون من صدق الفقرات على وفق الإجراءات الآتية:

أ. استخراج علاقة درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس:

حسبت معاملات صدق الفقرات لمقياس "الوصمة الذاتية" باستعمال الدرجة الكلية للمقياس بوصفها محكاً داخلياً. واستعمل معامل ارتباط بيرسون لاستخراج علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وأظهر إن معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائياً عند مقارنة القيم المستخرجة بالقيمة الجدولية لمعامل ارتباط بيرسون البالغة (٠.١٦٥) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (١٠٩)، والجدول (٤) يوضح ذلك:

الجدول (٤)

قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

ت	قيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	الدلالة	ت	قيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	الدلالة
١.	٠,٣١٢	دالة	١٥	٠,٤٢٣	دالة
٢.	٠,٣٨٩		١٦	٠,٥٣٤	
٣.	٠,٢٦٣		١٧	٠,٤١١	
٤.	٠,٢١٩		١٨	٠,٤٠٢	
٥.	٠,٢٥٦		١٩	٠,٤٥٢	
٦.	٠,٢٩٢		٢٠	٠,٢٢٢	
٧.	٠,٣٠٧		٢١	٠,٢٦٥	
٨.	٠,٤١٥		٢٢	٠,٤٧٠	
٩.	٠,٢٧٣		٢٣	٠,٣٢٦	
١٠.	٠,٣٥٥		٢٤	٠,٣٩٩	
١١.	٠,٣٥٩		٢٥	٠,٢٩٥	
١٢.	٠,٢٥١		٢٦	٠,٤٩٣	
١٣.	٠,٤١٨		٢٧	٠,٣٧٨	
١٤.	٠,٢٠٩				

ب. استخراج علاقة درجة الفقرة بدرجة المكون الذي تنتمي إليه:

استخرجت الدرجة الكلية لكل مكون من المكونات الخمس لمقياس الوصمة الذاتية، ومن ثم حُسب معامل الارتباط بين درجة الفقرة ودرجة المكون الذي تنتمي إليه باستعمال معامل ارتباط بيرسون. ودلت المعالجة الإحصائية على أن معاملات الارتباط جميعها ذات دلالة إحصائية، إذ بلغت القيمة الحرجة لمعامل الارتباط (٠.١٦٥) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (١٠٩)، والجدول (٥) يوضح ذلك:

الجدول (٥)

قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بدرجة المكون الذي تنتمي إليه

المكون	الفقرات	قيمة معامل الارتباط	المكون	رقم الفقرة	قيمة معامل الارتباط	المكون	رقم الفقرة	قيمة معامل الارتباط	المكون	رقم الفقرة	قيمة معامل الارتباط
العزلة والانغراب	١	٠.٣٤٤	التميز	١	٠.٥١١	مقاومة الوصمة	١	٠.٣٥٥	الانسحاب الاجتماعي	١	٠.٤٩٦
	٢	٠.٤٤٦		٢	٠.٥٤٤		٢	٠.٤٤٩		٢	٠.٥٢٥
	٣	٠.٢٩٥		٣	٠.٣٩١		٣	٠.٥٦٤		٣	٠.٥٣٠
	٤	٠.٣٤٤		٤	٠.٥٠٧		٤	٠.٤٧٤		٤	٠.٥٠٢
	٥	٠.٤١٧		٥	٠.٥٦٨		٥	٠.٤٤١		٥	٠.٤٨٤
	٦	٠.٤٦٣		٦	٠.٤١٨						

الخصائص السايكومترية للمقياس:

١. مؤشرات صدق المقياس:

أ- الصدق الظاهري (Face Validity):

تم التحقق من هذا النوع من أنواع الصدق من خلال عرض فقرات المقياس على مجموعة من المحكمين في العلوم التربوية والنفسية (الملحق ٣) والأخذ بأرائهم حول صلاحية فقرات مقياس الوصمة الذاتية ومدى ملاءمتها لعينة البحث.

ب- الصدق البنائي (Construct validity):

وقد تحقق الباحثين من هذا النوع من الصدق من خلال إجراءات تمييز الفقرات، وعلاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وعلاقة الفقرة بدرجة المكون المنتميه إليه المذكورة في صلاحية الفقرات.

٢. مؤشر الثبات بواسطة معامل الاتساق الداخلي باستعمال معادلة (الف - كرونباخ):

وتقيس هذه الطريقة الاتساق في استجابة الفرد على كل فقرة من فقرات المقياس، وتعتمد على تباين الفقرة وعلاقتها بتباين المقياس كله، وللتحقيق من ثبات المقياس بهذه المؤشر طبقت معادلة (الف - كرونباخ) على درجات أفراد العينة، والذي أظهرت نتائجها إن معامل الثبات هو (٠.٧٤)، وتعد قيم معاملات الثبات هذه جيدة وفقاً لأدبيات القياس.

وصف المقياس بصيغته النهائية:

تكون المقياس بصورته النهائية من (٢٧) فقرة، موزعة على (٥) مجالات هي: مجال العزلة والاعترا ب (٦) فقرات، والتنميط (٦) فقرات، والتمييز (٥) فقرات، والانسحاب الاجتماعي (٥) فقرات، ومقاومة الوصمة (٥) فقرات، وأمام كل فقرة (٣) بدائل متدرجة من (غالباً، أحياناً، نادراً) وأوزانها (٣، ٢، ١) على التوالي أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (٨١) درجة، وأقل درجة (٢٧)، والمتوسط الفرضي (٥٤) درجة.

ثانياً: مقياس طلب العلاج النفسي:

لتحقيق هدف البحث الحالي المتعلق بقياس طلب العلاج النفسي لدى الراشدين، اعتمد الباحثون مقياس طلب العلاج النفسي الذي أعده فوكيل وآخرون (Vogel, et al, 2006) بصورته المختصرة. يتألف المقياس من (١٠) فقرات، مع عبارات تحدد كيفية شعور المشتركين افتراضياً حول طلب المساعدة العلاجية، وأمام كل فقرة (٥) بدائل تدرجت من (لا وأفق بشدة، لا وأفق، موافق أحياناً، موافق، موافق بشدة) وأوزانها (١، ٢، ٣، ٤، ٥) على التوالي، ملحق (٥).

١. التحليل المنطقي لفقرات المقياس:

عرض المقياس بصورته الأولية (الملحق ٦) على مجموعة من المحكمين من المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية بلغ عددهم (١٠) محكمين (الملحق ٣)، وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم

وآرائهم حول مدى صلاحية كل فقرة في قياس طلب العلاج النفسي، ومقترحاتهم في تعديل الفقرات التي يرون أنها بحاجة إلى تعديل، أو حذفها، فضلاً عن عدد بدائل الاستجابة المناسبة وأوزانها، وفي ضوء آراء المحكمين والمناقشات التي أجراها الباحثون معهم، أقيمت الفقرات كما هي من دون حذف باستثناء بعض التعديلات البسيطة، واقترح الخبراء تعديل بدائل الاستجابة لتصبح ثلاثة وبالشكل الآتي: (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة) وأوزانها (٣ ، ٢ ، ١) على التوالي.

٣. التحليل الإحصائي للفقرات:

لجأ الباحثون إلى أسلوب المجموعتين المتطرفتين وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وفيما يأتي توضيحاً للخصائص الإحصائية للفقرات:

أ. استخراج القوة التمييزية للفقرات:

لاستخراج التمييز بأسلوب المجموعتين المتطرفتين اتبع الباحثون الخطوات نفسها التي اتبعها في استخراج تمييز مقياس (الوصمة الذاتية)، واستخرجت مؤشراً لتمييز كل فقرة من خلال مقارنتها بالقيمة الجدولية، والجدول (٦) يوضح ذلك:

الجدول (٦)

القوة التمييزية لفقرات مقياس طلب العلاج النفسي

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القوة التمييزية
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
١.	٢.٧٣٣٣٣٣	٠.٤٤٩٧٧٦	٢.٢٣٣٣٣٣	٠.٨١٧٢	٢.٩٣٥٩٠٧
٢.	٢.١	٠.٨٠٣٠١٢	١.٥٦٦٦٦٧	٠.٦٧٨٩١١	٢.٧٧٧٩٩٥
٣.	٢	٠.٩٠٩٧١٨	١.٤٦٦٦٦٧	٠.٧٣٠٢٩٧	٢.٥٠٤٠٥١
٤.	٢.٣	٠.٧٩٤٣٧٧	١.٥	٠.٦٨٢٢٨٨	٤.١٨٤٤٢٨
٥.	٢.٥	٠.٨٦١٠٣٤	١.٤	٠.٧٢٣٩٧٤	٥.٣٥٥٧٣٧
٦.	٢.١٣٣٣٣٣	٠.٨٩٩٥٥٣	١.٤	٠.٦٧٤٦٦٥	٣.٥٧٢١١٤
٧.	٢.١٦٦٦٦٧	٠.٨٣٣٩٠٨	١.٥٦٦٦٦٧	٠.٧٢٧٩٣٢	٢.٩٦٨٨٨٢
٨.	٢.٣	٠.٩١٥٣٨٦	١.٢٦٦٦٦٧	٠.٥٢٠٨٣	٥.٣٧٣٩٩٢
٩.	٢.٥٦٦٦٦٧	٠.٦٧٨٩١١	١.٤٦٦٦٦٧	٠.٦٢٨٨١	٦.٥١٠٨٠٧
١٠.	٢.٥	٠.٧٣١٠٨٣	١.٥	٠.٧٣١٠٨٣	٥.٢٩٧٥٩٥

القيمة الناتجة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وبدرجة حرية (٥٨) = (٢.٠٠٠).

ب- **صدق الفقرات:** تحقق الباحثون من صدق الفقرات ، وذلك باستخراج علاقة درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وحسبت معاملات صدق الفقرات لمقياس "طلب العلاج النفسي"

باستعمال الدرجة الكلية بوصفها محكاً داخلياً، واستعمل معامل ارتباط بيرسون لاستخراج علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٧) يوضح ذلك:

الجدول (٧)

قيم معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

ت	قيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	الدلالة
١	٠,٣٩٢	دال
٢	٠,٦٥٠	
٣	٠,٥٨٦	
٤	٠,٤٩٩	
٥	٠,٥٣٢	
٦	٠,٦٠٧	
٧	٠,٥٢١	
٨	٠,٦٠٦	
٩	٠,٥٥٥	
١٠	٠,٥٤٣	

ويلاحظ من الجدول (٧) أن قيم معاملات الارتباط جميعها كانت ذات دلالة إحصائية، إذ بلغت القيمة الحرجة لمعامل الارتباط (٠.١٦٥) بدرجة حرية (١٠٩) عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

الخصائص السيكمترية للمقياس:

١. مؤشرات صدق المقياس:

اعتمد الباحثون على توافر نوعين من مؤشرات الصدق في هذا المقياس لاستعماله في تحقيق أهداف بحثهم الحالي، وعلى النحو الآتي:

أ - مؤشر الصدق الظاهري:

تحقق الباحثون من الصدق الظاهري لفقرات المقياس عندما عرض فقرات المقياس على مجموعة من المحكمين في العلوم التربوية والنفسية (الملحق ٣) الذين قدروا صلاحيتها منطقياً في قياس ما أعدت لقياسه.

ب - مؤشر الصدق البنائي:

قد تحقق الباحثين من هذا النوع من الصدق من خلال إجرائي تمييز الفقرات وعلاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس المشار إليها في صلاحية الفقرات.

٣. مؤشر الثبات بواسطة معامل الاتساق الداخلي باستعمال معادلة (الفـا - كرونباخ):

للتحقق من ثبات المقياس بهذا المؤشر طبقت معادلة (الفـا-كرونباخ) على درجات أفراد العينة، والذي أظهرت نتائجها إن معامل الثبات هو (٠.٧٨)، وتعد قيم معاملات الثبات هذه جيدة على وفق اشارت اليه أدبيات القياس.

وصف المقياس بصيغته النهائية:

يتكون المقياس من (١٠) فقرات، وأمام كل فقرة ثلاثة بدائل هي (تنطبق عليّ بدرجة كبيرة، تنطبق عليّ بدرجة متوسطة، تنطبق عليّ بدرجة قليلة) وأوزانها (٣، ٢، ١) على التوالي، وأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب (٣٠) وأقل درجة (١٠) والمتوسط الفرضي (٢٠).

الوسائل الإحصائية :

استعان الباحثون بالحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعالجة بيانات بحثهم، وعلى النحو الآتي:

١- الاختبار التائي (t - test) لعينتين مستقلتين لحساب القوة التمييزية لفقرات مقياسي الوصمة الذاتية، وطلب العلاج النفسي.

٢- معامل ارتباط "بيرسون" لاستخراج علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (لكلا المقياسين)، فضلاً عن استخراج العلاقة الارتباطية بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي.

٣- الاختبار التائي لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط النظري والمتوسط المحسوب لكلا المقياسين

٤- تحليل التباين الثنائي لمعرفة الفرق في الوصمة الذاتية على وفق متغيري العمر والنوع الاجتماعي. وكذلك لمعرفة الفرق في طلب العلاج النفسي على وفق متغيري العمر والنوع الاجتماعي.

الفصل الرابع: عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق أهدافه المرسومة وتفسيرها، ومن ثم الخروج ببعض الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات، وعلى النحو الآتي:

أولاً. الوصمة الذاتية في مرحلة الرشد المتوسط تبعاً لمتغيري:

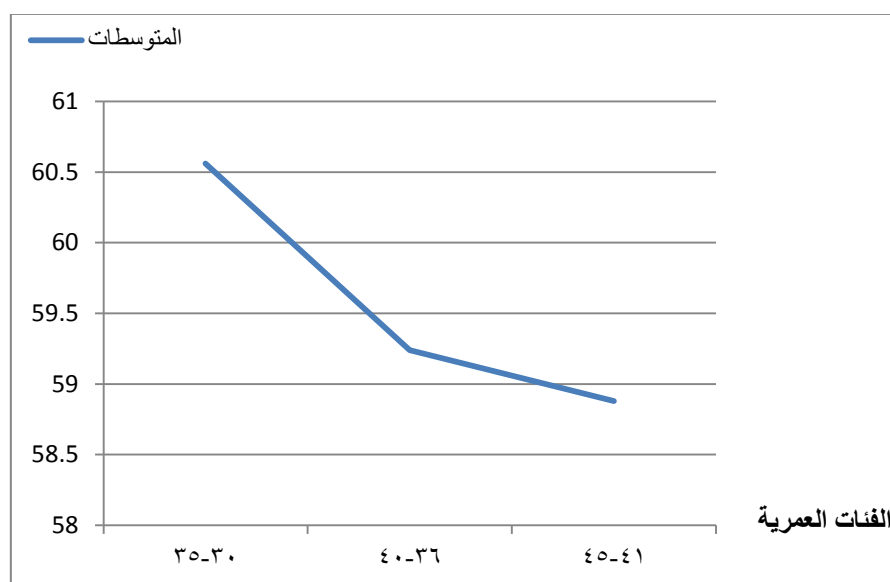
أ- العمر ((٣٠-٣٥)، (٣٦-٤٠)، (٤١-٤٥)) سنة:

أظهر استخدام الاختبار التائي لعينة واحدة أن الفروق بين المتوسطات المحسوبة والمتوسط النظري لدى الراشدين في جميع الفئات العمرية المحددة دال إحصائياً، إذ كانت القيم التائية المحسوبة أكبر من القيمة التائية الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، والجدول (٨)، والشكل البياني (١) يوضحان ذلك:

الجدول (٨)

متوسطات درجات الراشدين على الوصمة الذاتية وانحرافاتها المعيارية والقيم التائية تبعاً لمتغير العمر

الدلالة	درجة الحرية	القيمة التائية		الوسط النظري	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	الفئات العمرية
		الجدولية	المحسوبة					
دال	٣١	١,٦٩	٥,٠٤٩	٥٤	٧,٣٥٢٥٨	٦٠,٥٦٢٥	٣٢	سنة (٣٥-٣٠)
دال	٤٤	١,٦٨	٥,٣٧٩		٦,٥٤٠٦٣	٥٩,٢٤٤٤	٤٥	سنة (٤٠-٣٦)
دال	٣٣	١,٦٩	٥,٦٧٨		٥,٠١٣٧١	٥٨,٨٨٢٤	٣٤	سنة (٤٥-٤١)



الشكل (١)

متوسطات درجات الوصمة الذاتية تبعاً لمتغير العمر

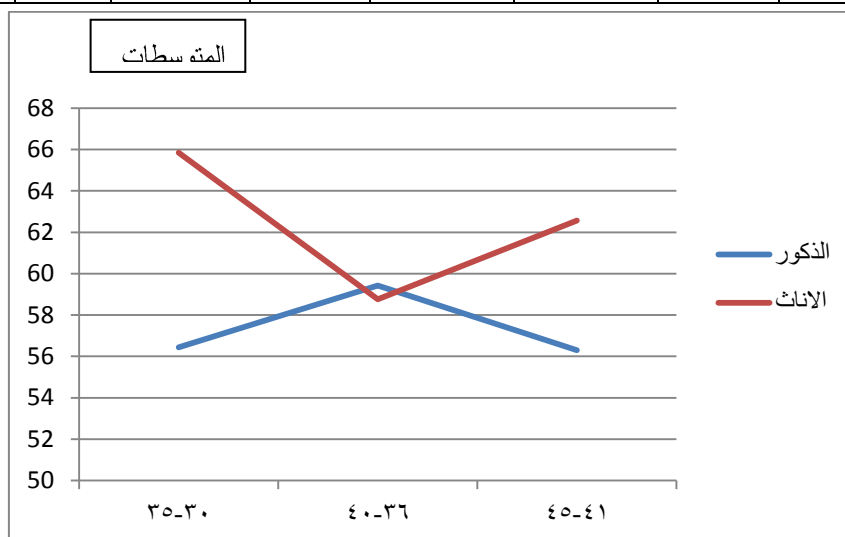
ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث):

أظهر استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة أن الفروق بين المتوسطات المحسوبة والمتوسط النظري لدرجات الذكور والإناث جميعهم دالة إحصائياً، إذ كانت القيم التائية المحسوبة أكبر من القيمة التائية الجدولية عند مستوى (٠,٠٥)، والجدول (٩)، والشكل البياني (٢) يوضحان ذلك:

الجدول (٩)

متوسطات درجات الراشدين على مقياس الوصمة الذاتية وانحرافات المعيارية والقيم التائية تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

الصفات العمرية	النوع الاجتماعي	عدد أفراد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط النظري	القيمة التائية		درجة الحرية	الدلالة
						المحسوبة	الجدولية		
سنة (٣٥-٣٠)	ذ	١٨	٥٦,٤٤٤٤	٢,٨١٢٢٠	٥٤	٣,٦٨٨	١,٧٤	١٧	دال
	أ	١٤	٦٥,٨٥٧١	٨,٠٥٦١٢		٥,٥٠٧	١,٧٧	١٣	دال
سنة (٤٠-٣٦)	ذ	٣٢	٥٩,٤٣٧٥	٦,٦٣٢٩٥		٤,٦٣٧	١,٦٩	٣١	دال
	أ	١٣	٥٨,٧٦٩٢	٦,٥٤٦٦٨		٢,٦٢٧	١,٧٨	١٢	دال
سنة (٤٥-٤١)	ذ	٢٠	٥٦,٣٠٠٠	٤,٣٠٥٤٤		٢,٣٨٩	١,٧٢	١٩	دال
	أ	١٤	٦٢,٥٧١٤	٣,٤٣٥٤٣		٩,٣٣٥	١,٧٧	١٣	دال



الشكل (٢)

متوسطات درجات الوصمة الذاتية في مرحلة الرشد تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

ثانياً - طلب العلاج النفسي في مرحلة الشباب المتوسط تبعاً لمتغيري:

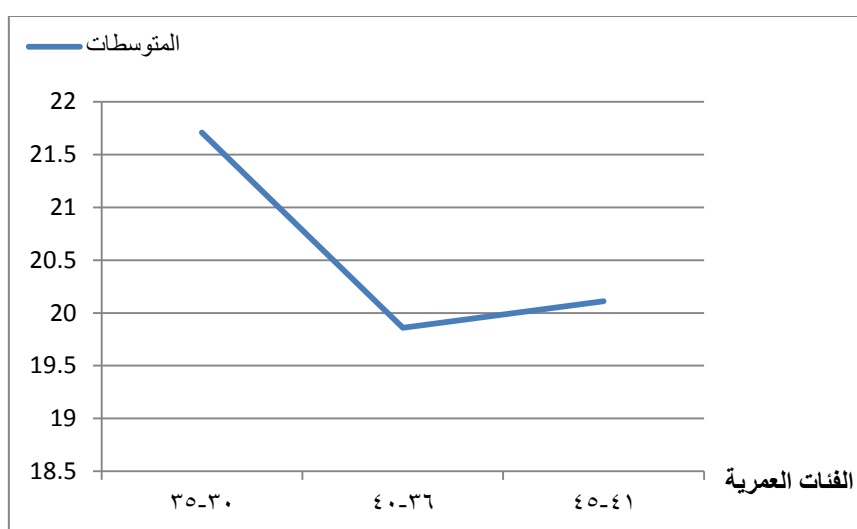
أ- العمر ((٣٥-٣٠)، (٤٠-٣٦)، (٤٥-٤١)) سنة:

أظهر استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة أن الفروق بين المتوسطات المحسوبة والمتوسط النظري لدى الراشدين في الفئة العمرية (٣٥-٣٠) دال إحصائياً، إذ كانت القيم التائية المحسوبة أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، إما في الفئتين العمريتين ((٤٠-٣٦) (٤٥-٤١) غير دال إحصائياً، والجدول (١٠)، والشكل البياني (٣) يوضحان ذلك:

الجدول (١٠)

متوسطات درجات الراشدين على مقياس طلب العلاج النفسي وانحرافات المعيارية والقيم التائية تبعاً لمتغير العمر

الدلالة	درجة الحرية	القيمة التائية		الوسط النظري	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	الفئات العمرية
		الجدولية	المحسوبة					
دال	٣١	١.٦٩	٤,٧٣٩	٢٠	٢,٠٥١٥٠	٢١,٧١٨٨	٣٢	سنة (٣٥-٣٠)
غير دال	٤٤	١,٦٨	٠,١٩٩		٤,٤٨٥٣٣	١٩,٨٦٦٧	٤٥	سنة (٤٠-٣٦)
غير دال	٣٣	١,٦٩	٠.١٤٠		٤,٨٨٥١٣	٢٠,١١٧٦	٣٤	سنة (٤٥-٤١)



الشكل (٣)

متوسطات درجات طلب العلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر

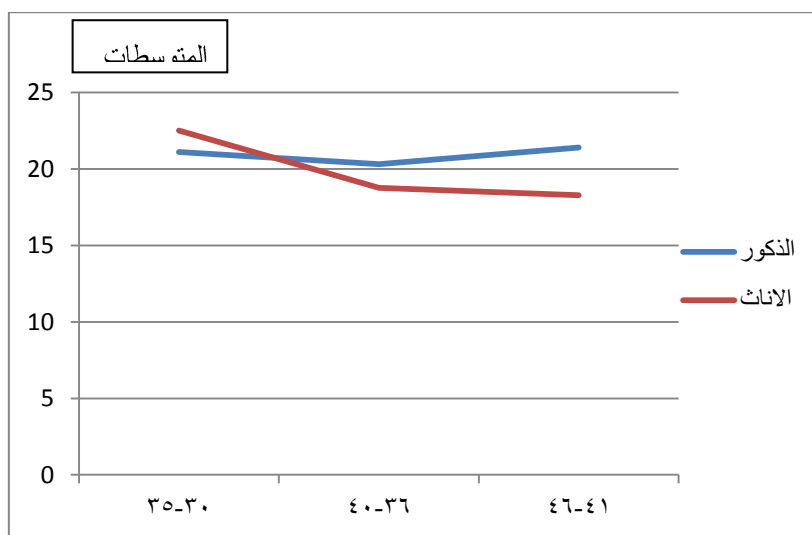
ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث):

أظهر استعمال الاختبار التائي لعينة واحدة أن الفروق بين المتوسطات المحسوبة والمتوسط النظري لدرجات الذكور والإناث في الفئة العمرية (٣٥-٣٠) دالة إحصائياً، إذ كانت القيم التائية المحسوبة أكبر من القيمة التائية الجدولية عند مستوى (٠.٠٥)، أمّا في الفئتين العمريتين ((٣٦-٤٠)، (٤٥-٤١) فيما يخص الذكور والإناث فقد كانتا غير دالتين إحصائياً، والجدول (١١)، والشكل البياني (٤) يوضحان ذلك:

الجدول (١١)

متوسطات درجات الراشدين على مقياس طلب العلاج النفسي وانحرافاتها المعيارية والقيم التائية تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

الفئات العمرية	النوع الاجتماعي	عدد أفراد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط النظري	القيمة التائية		درجة الحرية	الدلالة
						المحسوبة	الجدولية		
(٣٥-٣٠) سنة	ذ	١٨	٢١,١١١	١,٦٠٤٧٣	٢٠	٢,٩٣٨	١,٧٤	١٧	دال
	أ	١٤	٢٢,٥٠٠	٢,٣٤٥٢١		٣,٩٨٩	١,٧٧	١٣	دال
(٤٠-٣٦) سنة	ذ	٣٢	٢٠,٣١٢٥	٤,٣٢٨٧٣		٠,٤٠٨	١,٦٩	٣١	غير دال
	أ	١٣	١٨,٧٦٩٢	٤,٨٥٠٣٢		٠,٩١٥	١,٧٨	١٢	غير دال
(٤٥-٤١) سنة	ذ	٢٠	١٧,٤٠٠	٢,٣٧٠٨٨		٠,٦٤١	١,٧٢	١٩	غير دال
	أ	١٤	١٨,٢٨٥٧	٦,٧٩٨٥٤		٠,٩٤٣	١,٧٧	١٣	غير دال



الشكل (٤)

متوسطات درجات طلب العلاج النفسي في مرحلة الشباب تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

ثالثاً: دلالة الفروق في الوصمة الذاتية في مرحلة الرشد المتوسط تبعاً لمتغيري العمر والنوع الاجتماعي والتفاعل بينهما:

أظهر استعمال تحليل التباين الثنائي بالتفاعل لاستخراج دلالة الفروق في الوصمة الذاتية أنه ليس هناك فروق دالة فيها تبعاً لمتغيري العمر والجنس فضلاً عن إنه ليس هناك تفاعل بين هذين المتغيرين (العمر والنوع الاجتماعي)، إذ كانت القيم الفائية المحسوبة أكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (١٨.٥١) عند مستوى (٠,٠٥) بدرجة حرية (٢ ، ١)، والجدول (١٢) يوضح ذلك:

الجدول (١٢)

نتائج تحليل التباين الثنائي للوصمة الذاتية لمتغيري العمر والنوع الاجتماعي والتفاعل بينهما

الدالة	النسبة الفائية	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	٠.٤٣٥	١٤,٥٥٧	٢	٢٩,١١٤	العمر
غير دال	١٦,٨٦٦	٥٦٤,٤٣٦	١	٥٦٤,٤٣٦	النوع الاجتماعي
غير دال	٤,٧٢٧	١٥٨,٢٠٥	٢	٣١٦,٤١١	العمر × النوع
		٣٣,٤٦٦	١٠٥	٣٥١٣,٨٨٠	الخطأ
			١١١	٣٩٧٥٨٦,٠٠٠	الكلية

رابعاً - دلالة الفروق في طلب العلاج النفسي في مرحلة الرشد المتوسط تبعاً لمتغيري العمر والنوع

الاجتماعي والتفاعل بينهما:

أظهر استعمال تحليل التباين الثنائي بالتفاعل لاستخراج دلالة الفروق في طلب العلاج النفسي إنه ليس هناك فروق دالة فيها تبعاً لمتغيري العمر والنوع الاجتماعي، فضلاً عن إنه ليس هناك تفاعل بين هذين المتغيرين، إذ كانت القيم الفائية المحسوبة أقل من القيمة الفائية الجدولية البالغة (١٨.٥١) عند مستوى (٠,٠٥) بدرجة حرية (٢ ، ١)، والجدول (١٣) يوضح ذلك:

الجدول (١٣)

نتائج تحليل التباين الثنائي لطلب العلاج النفسي لمتغيري العمر والنوع الاجتماعي والتفاعل بينهما

الدالة	النسبة الفائية	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	٢,٧٩١	٦٤,٨٧٠	٢	١٢٩,٧٣٩	العمر
غير دال	٤,١٤٣	٤٣,٧٠٠	١	٤٣,٧٠٠	النوع الاجتماعي
غير دال	٣,١٨١	٤٩,٨١١	٢	٩٩,٦٢٣	العمر × النوع الاجتماعي
		١٥,٦٥٩	١٠٥	١٦٤٤,٢٤٧	الخطأ
			١١١	٤٨٤١٩,٠٠٠	الكلية

خامساً. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي في مرحلة الرشد المتوسط تبعاً لمتغير:

أ- العمر ((٣٥-٣٠)، (٣٦-٤٠)، (٤١-٤٥)) سنة:

لتحقيق هذا الهدف استخرج الباحثون معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات الكلية لأفراد عينة البحث على مقياسي الوصمة الذاتية، وطلب العلاج النفسي لكل عمر من الأعمار المشمولة بالبحث، والجدول (١٤) يوضح ذلك:

الجدول (١٤)

معاملات ارتباط درجات الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر

الفئات العمرية	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي	الدلالة
سنة (٣٥-٣٠)	٣٢	٠,٣٩٠	دال
سنة (٣٦-٤٠)	٤٥	٠,٦٣٩	دال
سنة (٤١-٤٥)	٣٤	٠,٣٣١	دال

ومن ملاحظة الارتباطات الدالة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي نجد إن الارتباطات جميعها كانت دالة إحصائياً عند جميع الفئات العمرية، إذ كانت قيم معامل ارتباط بيرسون اكبر من القيمة الحرجة المعامل الارتباط إذ بلغت (٠.٢٦٤) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بدرجات حرية (٣٠، ٤٣، ٣٢).

ب- النوع الاجتماعي (ذكور/إناث).

لتحقيق هذا الهدف في التعرف على العلاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس، استخرج الباحثون معامل الارتباط بين متوسطات درجات الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي ولكلا الجنسين (ذكور - إناث) كلاً على أفراد، وكانت جميعها دالة إحصائياً، باستثناء الإناث في الفئتين العمريتين (٣٥-٣٠) و (٤١-٤٥) إذ كانت غير دالة إحصائياً إذ بلغت القيمة الجدولية (٠.٣٨٩) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، والجدول (١٥) يوضح ذلك:

الجدول (١٥)

معاملات ارتباط درجات الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي

الفئات العمرية	النوع الاجتماعي	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي	الدلالة
(٣٥-٣٠) سنة	ذ	١٨	٠.٨١٠	دال
	أ	١٤	٠.١٣٢	غير دال
(٤٠-٣٦) سنة	ذ	٣٢	٠.١٥٩	غير دال
	أ	١٣	٠.٤٩٢	دال
(٤٥-٤١) سنة	ذ	٢٠	٠.٤٦٠	دال
	أ	١٤	٠.٢٢٧	غير دال

تفسير النتائج ومناقشتها:

سيناقش الباحثون النتائج التي توصل إليها البحث الحالي وتفسيرها في ضوء مؤشراتها على وفق أهدافه المرسومة.

أظهرت النتائج أنّ الراشدين في الفئات العمرية ((٣٥-٣٠) (٤٠-٣٦) (٤٥-٤١)) سنة يعانون من الوصمة الذاتية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جيرما وآخرون ٢٠١٣، ودراسة ديل وآخرون ٢٠١٣، ودراسة ماري وآخرون، ويرى الباحثون أنّ الثقافة تلعب أثراً حاسماً في التأثير على تشكيل الوصمة الذاتية اتجاه المرض النفسي، إذ إن المجتمع العراقي لم يصل إلى مستوى من النظرة الواعية للفرد المصاب بالمرض النفسي والذي بدوره تتشكل الوصمة العامة ومن ثم تنعكس على الفرد بتشكيل الوصمة الذاتية له، وبالتالي تنعكس سلباً في حثهم عن العلاج النفسي، ويأتي هذا انسجاماً مع الإطار النظري نماذج السعي للمساعدة النفسية التي أجمع أصحابها على أنها تأتي نتاج العوامل البيئية والشخصية المتباينة. إذ تم الإصطلاح على الوصمة بأنها ظاهرة ثقافية متعلمة ويتم استدامها مبكراً في الحياة، وهذا يفضي إلى ان الوعي بوصمة المرض النفسي في العالم، والمعتقدات حول كيفية التعامل مع المرض النفسي. يتضمن الوعي بالوصمة معرفة إن تسمية المرض النفسي لديه ارتباطات سلبية عديدة ضمن المجتمع، وإن معتقدات المرض النفسي الشخصي أكثر معرفية كما لا يخفى فأن الإرشاد والعلاج النفسي أصلاً هما نتاج الثقافات الغربية، وأن الخدمات النفسية متوفرة ومنتشرة بشكل واسع ومقبولة بدرجة أكبر في الثقافة الأمريكية والأوروبية على سبيل المثال، في حين أن خدمات الإرشاد والعلاج النفسي أقل توفرًا وأكثر كلفة للأشخاص في المجتمع العراقي والعربي ولم يتم تقبلها بشكل تام للآن، وما زال الأشخاص في المجتمعات العربية يعتمدون أكثر على الطرق التقليدية

(رجل الدين والأسرة والأصدقاء) للمساعدة في حل المشكلات النفسية، وغالبًا ما ينظر للمشاكل النفسية على أنها مؤشرات على عيوب ونواقص في الشخصية وبالتالي فالسعي لطلب المساعدة النفسية يلحق (الوصمة الذاتية بصاحبه).

كذلك أظهرت النتائج إنَّ هناك علاقة ارتباطية بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي إذ: إن الوصمة تعني علامة خزي أو عار أو رفض والتي تلتصق بالأفراد وهي تسبب الإحجاف والتمييز والمضايقة لأفراد الأسرة عندما يستمعون لأحاديث الناس من تصرفات المرضى النفسيين لاسيما إذا ظهرُوا في الشارع، وقد ينتج عنها قيام الفرد أو الأسرة في البحث عن العلاج تلافياً لما قد يخبروه أو يمرون به. وهذا ما لمسهُ الباحثون عند تطبيق الاستبانة في مستشفى ابن رشد للطب النفسي من كثرة المراجعين للمستشفى من أجل تلقي العلاج، لذا يجب على الأسرة أن تعرف مريضها جيداً وأن تتجنب الشعور بوصمة المرض النفسي حتى يتمكنوا جميعاً من معالجة مريضهم. ويرى الباحثون أن على المجتمع ككل أن يفهم أن الاضطرابات النفسية ليست نتيجة لفشل أخلاقي أو قوة محدودة ولكنها أمراض حقيقية تستجيب لعلاجات فاعلة، وأن ذوي المرضى النفسيين في حاجة ماسة للدعم وللوقوف بجانبهم؛ لأنهم حقيقة يعيشون حياة لا تطاق.

الاستنتاجات:

- في ضوء نتائج البحث يمكن استنتاج ما يأتي:
١. يعاني الراشدون المضطربون نفسياً في الفئات العمرية ((٣٠-٣٥) (٣٦-٤٠) (٤١-٤٥)) سنة من الوصمة الذاتية.
 ٢. إنَّ الوصمة الذاتية التي لحقت بالراشدين في مرحلة الرشد المتوسط تدفعهم لطلب العلاج النفسي.
 ٣. تتخذ العلاقة بين الوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي مساراً تطورياً مستمراً وليس مرحلياً عبر التقدم بالعمر.
 ٤. لا يتأثر المسار التطوري للوصمة الذاتية وطلب العلاج النفسي بالعمر وبنوع الفرد الاجتماعي.

التوصيات:

- في ضوء نتائج البحث يوصي الباحثون بما يأتي:
١. تقع على عاتق اعلام وزارة الصحة توعية أفراد المجتمع حول الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية من أجل فهم أبعاد هذه الاضطرابات بشكل علمي وموضوعي بعيداً عن الأخطاء والمبالغات أو المخاوف، وهذا ما يترك أثره الإيجابي على التخفيف من الوصمة الذاتية للمريض نفسياً.
 ٢. عقد لقاءات، ومحاضرات، وندوات وزيارات علمية للمراكز الصحية (المستشفيات، والعيادات النفسية) لتوعية الأفراد حول خطر الوصمة الذاتية للمريض، وذلك من باب الوقاية والعلاج.
 ٣. على وسائل الإعلام المختلفة ومواقع التواصل الاجتماعي إلقاء الضوء على الأمراض النفسية بصورة علمية وبحثية منطقية وليس للإثارة والتشويه.

المقترحات :

- يقترح الباحثون إجراء دراسات لاحقة لتقصي:
١. إجراء دراسة استقصائية لمعرفة العوامل التي تكمن وراء تعزيز الوصمة الذاتية لدى الراشدين المصابين بأحد الأمراض النفسية.
 ٢. دراسة دور المؤسسات الحكومية والأهلية ودورها في التخفيف من الوصمة العامة التي تنعكس على الوصمة الذاتية.
 ٣. إجراء دراسة عن طبيعة التفاعل والتعامل مع المريض نفساً في مستشفى ابن رشد للطب النفسي.

المصادر:

شاكر، رقية رافد . (٢٠٠٥): الشعور بالوصمة اتجاه المرض النفسي والمرض النفسانيين بين أساتذة الجامعة، مجلة البحوث النفسية العدد (٢٨ الجزء الثاني).

- Adriaens, P. R., & De-Block, A. (2013). Why we essentialize mental disorders. *Journal of Medicine and Philosophy*.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*.
- Del Casale^{1,2}, G. Manfredi^{1,2}, G.D. Kotzalidis^{1,2}, D. Serata^{1,3}, C. Rapinesi^{1,3}, F. Caccia¹, V. Caccia¹, C. Brugnoli¹ (2013): Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study. Department of Psychiatry, UCL Medical School, London.
- Dolphin, L., & Hennessy, E. (2014). Adolescents' perceptions of peers with depression: An attributional analysis. *Psychiatry Research*.
- Eshetu Girma, Markos Tesfaye, Guenter Froeschl², Anne Maria Möller-Leimkühler, Sandra Dehning and Norbert Müller⁵ (2013): Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach *International Journal of Mental Health Systems*.
- Farina, A., Fisher, J. D., Getter, H., & Fischer, E. H. (1978). Some consequences of changing people's views regarding the nature of mental illness. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Goldstein, B., & Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health*.
- Golja, Eba. Girma, Shimelis. (2017): Assessment of self stigma and medication adherence among patients with mental illness who had been treated at Jimma University Specialized Hospital, South west Ethiopia: community based cross sectional study It is made available under a CC-BY 4.0 International license.
- Haslam, N., Rothschild, L., & Ernst, D. (2000). Essentialist beliefs about social categories. *British Journal of Social Psychology*. Haslam, N., Ban, L., & Kaufmann, L. (2007). Lay conceptions of mental disorder: The folk psychiatry model. *Australian Psychologist*.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*.

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relationship to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*.
- Lebowitz, M. S., Ahn, W., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Fixable or fate? Perceptions of the biology of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Leong, F.T., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counseling*.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*.
<http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl016>.
- Marie Ociskova 1,2, Jan Prasko 2, Dana Kamaradova.(2015): Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders – cross sectional study. *Department of Psychiatry, University Hospital Olomouc, Czech Republic*.
- Muhammed Seid Muhammed, Alem Eskeziya Ayenalem1, *, Tenaw Yimer Tiruye. (2016): Impact of Self Stigma on Quality of Life of People with Mental Illness at Dilla University Referral Hospital, South Ethiopia *American Journal of Health Research*.
- Prentice, D. A., & Miller, D. T. (2007). Psychological essentialism of human categories. *Current Directions in Psychological Science*.
- Speerforck, S., Schomerus, G., Pruess, S., & Angermeyer, M. C. (2014). Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia, and alcohol dependence: Is the concept of a chemical imbalance beneficial? *Journal of Affective Disorders*.
- Starr, Bernad D. & Goldstein, Harris S. (2003). *Human development and behaviour psychology in nursing*. (red. ed.), Springer publishing company, New York.
- Wahl, O. F. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media. *Journal of Mental Health*.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (1999). Mental illness depictions in prime-time drama: Identifying the discursive resources. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

(مقياس الوصمة الذاتية بصيغته النهائية)

عزيزتي المستجيبة..... عزيزي المستجيب

يستهدف الباحثون إجراء دراسة علمية، ويضع بين يديك مجموعة من الفقرات، وقد وضع أمام كل فقرة (٤) بدائل، المطلوب منك أن تقرأ كل فقرة بعناية والإجابة عنها بدقة، وأن تضع علامة (√) تحت البديل الذي يناسبك، علماً أن إجابتك هذه لأغراض البحث العلمي ولا يطلع عليها سوى الباحث، فلا حاجة لكتابة الاسم. راجين عدم ترك أية فقرة من دون إجابة.

مثال يوضح كيفية الإجابة:

يرجى تفضلك بوضع علامة (√) في المربع المقابل للبديل الذي يمثل اختيارك، فمثلاً إذا كانت الفقرة تنطبق عليك (دائماً) كما في المثال الآتي، وهكذا مع بقية البدائل.

ت	الفقرة	غالباً	أحياناً	نادراً
١		√		

الجنس : ذكر () أنثى ()

تأريخ تولدك بالسنة: / /

نوع الاضطراب النفسي الذي تعاني منه: (.....)

الباحثون

أ.م.د. فؤاد علي فرحان / علم نفس النمو

م.د. علي عيسى أدهم / علم نفس النمو

د. إيمان قنبر عباس / توجيه وإرشاد نفسي

ت	الفقرة	غالباً	أحياناً	نادراً
١	اشعر بانني بعيد عن العالم والناس بسبب حالتي النفسية.			
٢	مؤشرات الاضطراب النفسي تنطبق عليّ.			
٣	الناس يتعاملون عليّ بسبب حالتي النفسية.			
٤	أتحاشى التقرب من الناس لأتجنب زجرهم لي.			

٥	من الممكن أن يقدم الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية انجازات مهمة للمجتمع.		
٦	أشعر بالحجل والإحراج من الحالة النفسية التي أعاني منها.		
٧	يميل الشخص الذي يعاني من حالة نفسية إلى العنف.		
٨	الناس يراقبونني ويعاملونني كالطفل بسبب حالتي النفسية.		
٩	لا اختلط بالمجتمع كثيراً بسبب حالتي النفسية التي تجعلني غريباً عنهم.		
١٠	لا أبالي إذا شاهدني الناس مع شخص آخر مضطرباً نفسياً.		
١١	أشعر بأنني أدنى من الآخرين الذين ليس لديهم اضطراباً نفسياً.		
١٢	لا أستطيع أن أقدم أي شيء للمجتمع لأنني أعاني من حالة نفسية.		
١٣	الناس يهملونني ولا يعيرون لي اعتباراً بسبب حالتي النفسية.		
١٤	المؤشرات السلبية عن الاضطراب النفسي جعلتني منعزلاً عن المجتمع.		
١٥	أن الحياة مع الاضطراب النفسي جعلتني شخصاً صلباً (قوياً).		
١٦	أشعر بالخيبة (اليأس) لأنني أعاني من اضطراباً نفسياً.		
١٧	لا يرغب أي شخص إن يقترب مني بسبب حالتي النفسية.		
١٨	وجودي بين الناس الذين لا يعانون اضطراباً نفسياً يجعلني أشعر بالانقص وكأنني خارج المكان.		
١٩	بشكل عام أستطيع إن أعيش حياتي بالطريقة التي أرغبها.		
٢٠	وجود الحالة النفسية لدي قد دمر حياتي.		
٢١	المضطربون نفسياً لا يستطيعون أن يعيشوا حياة طبيعية.		
٢٢	الآخرون يعتقدون أنني لا أستطيع أن أحقق الكثير من الأهداف في الحياة بسبب حالتي النفسية.		
٢٣	أبتعد عن المواقف الاجتماعية لأحمي عائلتي من الحرج.		
٢٤	الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراباً نفسياً لا يفهموني بسهولة.		
٢٥	يشخصني الآخرون بأنني مضطرباً نفسياً لمجرد النظر لي.		
٢٦	أستطيع إن أحظى بحياة طبيعية رغم حالتي النفسية.		
٢٧	أحتاج الآخرين في اتخاذ قراراتي بسبب حالتي النفسية.		

(مقياس العلاج النفسي بصيغته النهائية)

كلية التربية/الجامعة العراقية

قسم العلوم التربوية والنفسية

عزيزتي المستجيبة..... عزيزي المستجيب

يستهدف الباحث إجراء دراسة علمية ، وقد أعدت أسئلة تستهدف تعرف موقفك منها عن طريق إجابتك الصريحة والدقيقة التي نلتمسها فيك، وقد وضع أمام كل عبارة (أربعة بدائل) ، وأنت حر في اختيار البديل الذي يناسبك . علماً أن إجابتك هذه لأغراض البحث العلمي ولا يطلع عليها سوى الباحث، راجين عدم ترك أي سؤال من دون إجابة، ولا حاجة لذكر الاسم.

ت	الفقرة	تتطبق عليّ بدرجة كبيرة	تتطبق عليّ بدرجة متوسطة	تتطبق عليّ بدرجة قليلة
١	اشعر بعدم الكفاية إذا ذهبت إلى معالج نفسي طلباً للمساعدة.			
٢	ثقتي بذاتي لن تتزعزع إذا طلبت مساعدة أخصائي نفسي.			
٣	البحث عن مساعدة نفسية يجعلني اشعر باتي أقل ذكاءً.			
٤	يزداد تقديري لذاتي إذا تحدثت مع معالج نفسي.			
٥	وجهة نظري عن نفسي لن تتغير بمجرد اخذ رؤية معالج نفسي.			
٦	طلب المساعدة من معالج نفسي يشعروني بالنقص.			
٧	اشعر إنني على مايرام إذا قررت طلب مساعدة أخصائي نفسي.			
٨	إذا ذهبت إلى معالج نفسي فاني أكون أقل رضا عن نفسي.			
٩	تبقى ثقتي كما هي إذا طلبت مساعدة أخصائي نفسي في مشكلة لا استطيع حلها.			
١٠	اشعر بالسوء حيال نفسي إذا لم استطيع حل مشاكلي الاجتماعية.			