



كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم

مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي- كلية التربية- جامعة أسيوط

=====

الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار  
لدى عينة من مرضى الفصام

إعداد

د/ هبه محمد على حسن

أستاذ علم النفس الإكلينيكي  
كلية الآداب - جامعة الزقازيق

المجلد الثامن - العدد الثامن - يناير 2020م

<https://dapt.journals.ekb.eg>

## ملخص :

يهدف البحث الحالي إلى معرفة العلاقة بين الوصمة الذاتية وبين كل من تقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام ، وقد تكونت عينة الدراسة من (ن=91) ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (30 سنة إلى 55 سنة ) بمتوسط عمر (40.44) سنة ، وانحراف معياري (7.21) سنة وتم تصنيفهم وفقا للطبيب النفسي ومحكات DSM IV على النحو التالي ( 32 فصام غير مميز ، 25 فصام البارانويا ، 34 فصام وجداني ) . وقد طُبّق عليهم مقياس الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام [ إعداد الباحثة ] ، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات (إعداد :ممدوحة سلامة 1991 ) ، ومقياس الاستبصار لدى مرضى الفصام ، ( بيك 2009 , Beck ) ترجمة وإعداد الباحثة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الإيجابي وأبعاد الوصمة الذاتية (الشعور بالاعتراب " التتميط والتمييز " ، الشعور بالرفض والدونية، الانسحاب الاجتماعي ، السرية و إخفاء المرض" ) ، كما أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين تقدير الذات الإيجابي ومقاومة الوصمة ، كما أظهرت النتائج وجود ارتباط سالب بين الاستبصار وأبعاد الوصمة الذاتية ، عدا بعد مقاومة الوصمة الذي ارتبط إيجابيا بالاستبصار وذلك لدى عينة من مرضى الفصام.

## **Abstract :**

This study set out to investigate the relationship between self – stigma , self –esteem and insight among schizophrenic . self – stigma scale ( Heba . Aly , 2016) the Rosenberg self– esteem scale (Salama,1991) and the Beck cognitive insight Scale (Beck, et al., 2009 , translated and adapted by (Heba. Aly, 2016) were administrated to 91 schizophrenic their age ranged between (30–55) Years Mean age (40.44)years SD (7.21) Years

The results Showed negative relationship between high self –esteem and self – stigma and also showed Positive relationship between self – stigma and insight.

## مقدمة :

يُعد الفصام لب الاهتمام الإكلينيكي الذي كان محور اهتمام عديد من الدراسات ، وهو أكثر الأمراض النفسية والعقلية شيوعاً في مصر ، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج ، أى في فترة الدراسة والعمل والازدهار الفكرى وتحديد الهوية ؛ مما يجعل الفصام ليس بظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية . ويمثل مرض الفصام حوالى 60% إلى 70% من المرض نزلاء مستشفيات الصحة النفسية في مصر (أحمد عكاشة، 2010 ، 297) (\*\*).

وتتمثل مشكلة الفصام فى أنه يمثل خسارة للفرد والمجتمع ؛ فالفرد يضطرب لديه التفكير - وهو قمة الحاجات الإنسانية - كما يضطرب لديه الإدراك والوجدان والإرادة والسلوك ، أى أن الفصام يؤدي إلى مسخ الشخصية ، وفى الوقت ذاته يحرم المجتمع من جزء مهم من طاقته ، بل إن الفصام فى بعض أنواعه - البارانويا مثلاً يمثل خطراً على المجتمع لوجود معتقدات لدى المريض بأن المجتمع يهدده ، ويمثل خطراً عليه ؛ ومن ثم فقد يقدم على بعض الأفعال ، ومنها قتل الآخرين (Sadock , et al., 2015, 300-303) .

ومرض الفصام من الأمراض التى يصاحبها اضطراب فى مجالات متعددة لدى المرضى المصابين به ، وتشمل هذه الاضطرابات الوظائف المعرفية والجسمية والمزاجية، والأدوار الاجتماعية والمهنية والمادية ، مما ينعكس على جودة الحياة لدى مرضى الفصام.( Hamoud, 2006 , 89) .

ويشير سيلفانو أريتي (1991 : 17) إلى أن الاعتقاد بأن مرض الفصام غير قابل للعلاج لشدة أعراضه اعتقاداً خاطئاً تماماً ؛ إذ أشارت الدراسات إلى أن واحد من بين ثلاثة مرضى يشفى تماماً ، وأكثر من الثلث يتحسن تدريجياً بدرجة تكفى لأن يحيا حياة عادية ، ومما يجدر ذكره - وفقاً للباحث - أن التحامل على المرض العقلى آخذ فى التناقص السريع ، ولم يعد ملحوظاً كما كان من قبل ، ولكنه مازال موجوداً لدى بعض الناس فى معظم الثقافات ؛ حيث يعتبرون أن المرض العقلى وصمة Stigma أى صفة

(\*\*) ستتع الباحثة فى توثيق المراجع الطريقة الآتية : اسم الباحث ، السنة ، أرقام الصفحات .

شائنة تجلب العار والشعور بالدونية والخزى لدى المريض ولدى أسرته بل ولدى المجتمع، وتؤدى وسائل الإعلام دوراً كبيراً فى تعميق هذه الصورة السلبية عن المرض العقلى بالسخرية من المريض العقلى والمبالغة فى وصف الأعراض لإثارة الضحك والسخرية منه ؛ بل من السخرية من المعالج النفسى أو الطبيب النفسى أيضاً ؛ مما يعمق الصورة الذهنية السلبية المتداولة فى الثقافة عن المرض العقلى والمريض العقلى.

ويشير هارتمان وآخرين (Hartman et al., 2013 , 28-42) إلى أن بعض المجتمعات تميز ضد المرضى العقليين فيما يعرف باسم الوصمة العامة تجاه المرض العقلى Public stigma أن الوصمة الاجتماعية Social Stigma والتي تتسم بالتباعد عن المريض العقلى والصورة السلبية تجاهه والتي تتضمن أنه خطر على المجتمع ، وأن تصرفاته لا يمكن التنبؤ بها ، وأنه يجلب العار والخزى لأسرته ، وأن مرضه غير قابل للشفاء ، وأنه يفترق إلى الذكاء ، وأن سلوكه يتسم بالشذوذ والغرابة ، مما ينعكس على صورة المريض العقلى الذهنية لديهم ، وينعكس على تعاملاتهم معه ، ويصيب المريض بل وأسرته بالوصمة الذاتية والشعور بالخجل والخزى والعار والدونية ، وهذا قد يؤدى إلى شعور المريض بالوصمة الذاتية التي تجعله ينكر أو يتجاهل مرضه ، ولا يسعى إلى طلب العلاج ، وإذا بدأ العلاج قد لا يكمله ، وهو يشعر كذلك بالضعف والسلبية والنقص والفشل والعجز واليأس وفقد المكانة ، وهذا كله يسبب الوصمة الاجتماعية الذاتية للمرض العقلى.

ويشير كلاهير (Kalaher et al., 2010 , 381-388) إلى أن الوصمة الاجتماعية غالباً ما تبدأ من خلال ، الجيران وسريعاً ما تنتقل إلى الأفراد والزملاء ، حتى يجد المريض نفسه منعزلاً ، ويتحطم الحائط الدفاعى الذى يحمى به نفسه ، فيبدأ فى استدخال الوصمة إلى ذاته ، ويصبح معزولاً ، فلا يطلب المساعدة الطبية أو النفسية ، ويعانى من مشكلات متعددة مثل مشكلات الدراسة إذا كان طالباً ، أو الطرد من العمل إذا كان موظفاً بسبب المشاكل ، وتكرار الغياب ، وعدم التركيز ، وتدنى تقدير الذات، ونقص الكفاية الشخصية ، ومشكلات العلاقات مع الآخرين .

وأشارت منظمة الصحة العالمية (W.H.O, 2003) إلى أن الوصمة هى العائق الأساسى فى طلب المساعدة العلاجية والاشتراك فى البرنامج العلاجى والاستمرار فيه .

ويشير لانيين وآخرون (Lannin et al., 2013 , 64-93) إلى وجود علاقة بين الوصمة الذاتية وتقدير الذات ، وأن الوصمة الذاتية قد تقلل من شعور الفرد بالقيمة وتزيد من شعوره بالدونية والضعف ، إلا أنه من ناحية أخرى فإن تقدير الذات عندما يكون إيجابياً أو مرتفعاً فإنه يقلل من التأثير السلبي للوصمة الاجتماعية ، بمعنى أن تقدير الذات عامل حصانة أو وقاية يقلل من التأثيرات السلبية لنظرة المجتمع للمريض، ويجعل المريض العقلي يقاوم الضغوط والنواتج المرتبطة بالمرض خاصة الضغوط الاجتماعية .

كما يشير كل من ديفيد (David, 1990: 798-808) ، وكذلك هويدا أحمد (2016: 3) إلى أن هناك متغيرات أخرى قد تسهم في زيادة الأعراض المرضية والشعور بالوصمة مثل نقص الاستبصار ، وهو ما يؤدي بالمرضى إلى عدم الاعتراف بالمرض أو إنكاره من أجل الحفاظ على تقديرهم الذاتي ، وكذلك المحافظة على نظرة إيجابية لهم ، وربما ينكرون كونهم مرضى عقليين كوسيلة للتكيف من أجل حماية أنفسهم من وصمة العار التي سوف تلحق بهم ، وهذا الدفاع قد يمنع المريض من البدء في العلاج أو الاستمرار فيه .

أما الاستبصار بالمرض فهو يتضمن الوعي بالمرض وأعراضه ونواتجه ومتطلباته فهو يقلل من إنكار المرض العقلي ، ويقلل من الانتكاسة ، ويزيد من الاستجابة للعلاج والالتزام بتعاطى الأدوية وتحسين الأعراض وتطور مهارات العناية بالذات والمهارات اللازمة للتكيف مع الحياة ومع ضغوط المرض العقلي ومع الوصمة الاجتماعية (Baier, 2010 : 356-361).

### مشكلة الدراسة :

يُعد الفصام أكثر الأمراض النفسية والعقلية تأثيراً على الفرد والأسرة ؛ إذ يشير صادوق وآخرون (Sadock, et al., 2015 :300-301) إلى أن الفصام قد يبدأ مبكراً لدى الذكور من 10-25 سنة ، ولدى الإناث من 25-35 سنة ، أى فى فترة الشباب وتحديد الهوية والدراسة وبداية العمل ، مما يجعل الفصام لا يؤثر فقط على الناحية الاقتصادية والاجتماعية فحسب ، ولكن يؤثر أيضاً على الدراسة والعمل والأسرة ؛ إذ يؤدي إلى تفكك الأسرة والانطواء وأحياناً السلوك الإجرامى .

## كما أنه يؤدي إلى مضاعفات ، منها :

- 1- الفشل الدراسى رغم أن المريض قد يتمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط.
- 2- فشل المريض فى عمله وزيادة أخطائه وغيابه عن العمل وسوء علاقاته مع زملائه .
- 3- الإقامة بالمستشفيات لفترات طويلة .
- 4- تكلفة العلاج .
- 5- قصر حياة الفصاميين إما لكثرة الانتحار أو لسوء التغذية الذى تنشأ عنه الأمراض أو سوء الرعاية الطبية .

وتجدر الإشارة إلى أن حوالى 5% من مرضى الفصام يحاولون الانتحار ، وأن حوالى 10% منهم يهون حياتهم فعلاً . ويمثل مرضى الفصام حوالى 60 - 70% من المرضى فى مستشفيات الصحة النفسية فى الولايات المتحدة الأمريكية وفى أوروبا وفى مصر (أحمد عكاشة ، 2010).

وينتشر مرض الفصام بنسبة 0.5% من مجموع السكان منهم 50% ممن يطلبون المساعدة العلاجية ، ويعود عدم طلب المساعدة العلاجية أو التأخر فيها أو عدم الاستمرار فيها إلى عدة عوامل ؛ منها الوصمة الاجتماعية التى تسم المريض بأنه خطر وغير ذكى ويتسم بالغرابة ولا يمكن التنبؤ بأفعاله ، والوصمة الذاتية التى تتضمن الشعور بالعار والخجل والخزى والدونية والعجز واليأس والفشل نتيجة للإصابة بالمرض العقلى - لا سيما إذا ارتبطت هذه الصورة الذهنية بانخفاض تقدير الذات ونقص الكفاية الشخصية ونقص الاستبصار. (Stinar , 2013)

وقد تبين للباحثة فى أثناء تفاعلها مع الطلاب ، وكذلك اشتراكها فى الإشراف على الطلاب فى الزيارات الميدانية لمستشفيات الصحة النفسية ، انتشار المعتقدات السلبية تجاه المرض النفسى والعلاج النفسى سواء لدى بعض الطلاب أو لدى المرضى أنفسهم وأن هناك وصمة عالية ضد المرض النفسى والعقلى قوامها الشعور بالذنب والخزى والخجل نتيجة شعور المريض بأنه موصوم اجتماعياً بالمرض العقلى ، وهذه المعتقدات تعمل باعتبارها مانعاً من الإفادة من خدمات الصحة النفسية والعلاج النفسى . بل إن الباحثة وجدت فى بعض مستشفيات الصحة النفسية أن هناك بعض المرضى قد شفوا تماماً من الأعراض المرضية للفصام ، ومع ذلك أحجم ذوهم عن استلامهم ، وعند إجراء المقابلة الشخصية مع المرضى وذوهم اتضح شعور الطرفين بالعار والوصمة من المرض العقلى ، وقد أشار بعض أهالى المرضى العقلين إلى أن أهل المنطقة التى يسكنون فيها يطلعون على منزلهم منزل المجانين ، ولا يلعبون مع أطفالهم ، وأشار بعضهم إلى أن بناته لم

يتزوجن لوجود شقيق لهم مريض عقلي - يعالج في المصحة النفسية ، بل إن بعض أهالي المرضى أفادوا بأنه من الأفضل اعتبار هؤلاء المرضى قد ماتوا . وهذا الأمر يعقد الصورة الإكلينيكية أمام العاملين في علاج الأمراض العقلية والذي يتطلب معرفة طبيعة الوصم الذاتي والاجتماعي ودورها في زيادة الأعراض المرضية خاصة العقلية أو المعرفية ؛ وكذلك زيادة الضغوط المرتبطة بالمرض وأيضا التأخر في طلب المساعدة العلاجية ، ولهذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية :

1- ما مدى العلاقة بين إدراك الوصمة الذاتية وتقدير الذات لدى مرضى الفصام.

2- ما مدى العلاقة بين إدراك الوصمة الذاتية والاستبصار لدى مرضى الفصام

### أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة الوصمة الذاتية بكل من تقدير الذات والاستبصار لدى عينة من الذكور الفصامين المقيمين في القسم الداخلي بمستشفى الخانكة للصحة النفسية .

كما تهدف الدراسة أيضاً إلى تعريب وتقنين مقياس الوصمة الذاتية المرتبطة بالفصام كي تخدم العاملين في مجال علاج الأمراض العقلية ، وكذلك تعريب وتقنين مقياس الاستبصار لدى مرضى الفصام ليكون أداة للعاملين في مجال الصحة النفسية لقياس مدى الاستبصار بالمرض العقلي قبل وفي أثناء العلاج ؛ لأن الاستبصار مؤشر مهم للالتزام بالبرنامج التعريفي والشفاء من المرض العقلي (Roseman , et al., 2008 , 760-765).

### أهمية الدراسة :

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من اعتبارين أساسيين هما الشريحة التي تتناولها الدراسة والموضوع الذي تتصدى له ، وتنبولور أهمية الدراسة فيما يأتي :

### [ أ ] الأهمية النظرية :

1- يشكل مرضى الفصام أعلى نسبة من المترددين على مستشفيات الصحة النفسية وكذلك فإن المريض أحيانا قد يكون مصدر خطورة على حياته وحياة الآخرين ؛ بالإضافة إلى التدهور الشامل في الشخصية، وتدهور في الإدراك والتفكير والتذكر والإرادة والسلوك والوجدان ؛ مما يحتم طلب المساعدة العلاجية (Sadock, et al., 2015).



2- التعرف على مظاهر الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام والمتمثلة فى الشعور بالذنب والخزى والفشل وغيرها .

3- دراسة العلاقة بين الوصمة الذاتية وتقدير الذات باعتبار أن تقدير الذات من أهم متغيرات الشخصية على الإطلاق (Mack, 1983)

4- دراسة العلاقة بين الوصمة الذاتية والاستبصار باعتبار أن الاستبصار هو أهم المتغيرات التى تساعد مريض الفصام على سرعة الشفاء ، بل إن الاستبصار فى حد ذاته هو مؤشر للشفاء من الأمراض (هويدا أحمد، 2016)

[ ب ] الأهمية التطبيقية : تتمثل الأهمية التطبيقية فى :

إمكانية توظيف نتائج هذه الدراسة فى وضع برامج علاجية للتقليل من الوصمة الذاتية وزيادة الشعور بالقيمة والاستبصار لدى مرضى الفصام .

**مصطلحات الدراسة :**

1- الوصمة Stigma :

هى إدراك الفرد وشعوره بالذنب والخزى والعار والرفض من الآخرين نتيجة لمرضه العقلى ، وقد ينتج عنها عزل الفرد ، لأنه موصوم اجتماعيا ، ويتم مضايقته والتقليل من شأنه والتمييز ضده فى مجالات الحياة ( الدراسة ، العمل ، العلاقات ، السكن) (Corrigan , 2004, Byrne , 2000).

ويمكن تعريف الوصمة إجرائياً بأنه الدرجة التى يحصل عليها المستجيب فى مقياس الوصمة ( إعداد : الباحثة ) .

2- تقدير الذات Self- esteem :

يعرف تقدير الذات بأنه " تقويم الفرد لذاته فيما يتعلق بأهميتها وقيمتها ؛ ويشير التقدير الإيجابى للذات إلى مدى قبول الفرد لذاته وإعجابه بها ، وإدراكه لنفسه على أنه شخص ذو قيمة جدير باحترام وتقدير الآخرين .

أما التقدير السلبى للذات فيشير إلى عدم قبول المرء لنفسه وخيبة أمل فيها ، وتقليله من شأنها وشعوره بالنقص عند مقارنته بالآخرين ، وغالبا ما يرى نفسه فى هذه الحالة على أنه ليس له قيمة أو فائدة (ممدوحة سلامة ، 1991) .

ويمكن تعريف تقدير الذات إجرائياً بأنه الدرجة التى يحصل عليها المستجيب على المقياس المستخدم فى الدراسة الحالية ، وهو مقياس روزنبرج لتقدير الذات (ترجمة:ممدوحة سلامة ، 1991) .

الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام  
د/ هبه محمد على حسن

### 3- الاستبصار :

ويعنى وعى المريض بوجود اضطراب عقلى لديه ؛ وكذلك وعيه بنواتج وأعراض  
المرض ورغبته فى تلقى واستمرار البرنامج العلاجى ، (Kemp and David, 1996 ,  
Mintz et al., 2004)

ويمكن تعريف الاستبصار إجرائياً بأنه " الدرجة التى يحصل عليها المستجيب  
على مقياس بيك للاستبصار (ترجمة : الباحثة ).

### 4- الفصام Schizophrenia

هو مرض ذهانى يتسم بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى  
تؤدى - إن لم تعالج فى بدء الأمر - إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك،  
وأهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك.  
(أحمد عكاشة ، 2011 : 249).

#### الإطار النظرى :

#### أولاً : الوصمة : Stigma

لقد بدأ استخدام كلمة وصمة لأول مرة فى المجتمعات اليونانية والرومانية  
القديمة، وكانت الكلمة تستخدم لتصف الوشم أو الحرق أو الكى الذى يتم على المجرمين  
أو الرقيق ليصف مكانتهم الاجتماعية المتدنية أو انحرافهم وعدم طاعتهم للقانون  
(Jones, 1987)

وفى العصور الوسطى فى أوروبا استخدمت الوصمة من خلال اتخاذ بعض  
الإجراءات ضد بعض الناس ( ثقب الأذن ، قص الشعر ، كى بالنار ) لإحداث علامة  
لدى بعض الأشخاص لتحذر عامة الشعب من الاقتراب منهم ، وفى القرن الثامن عشر  
أصبحت كلمة الوصمة تطلق على الأشخاص الذين يعانون من أمراض أو عيوب جسمية،  
وفى القرن العشرين أخذت كلمة الوصمة منحاً اجتماعياً لتدل على قيام أفراد المجتمع  
بدوافع ثقافية واجتماعية بوصم أشخاص أو إطلاق ألقاب سيئة عليهم من شأنها أن تظهرهم  
بأنهم غير طبيعيين أو يشعرون بالخزى أو الخجل أو العار (Marx, 2001)

وقد بدأت الدراسة المنتظمة للوصمة فى مجال الأمراض النفسية والعقلية على يد  
جوفمان (Goffman, 1963) ؛ إذ أشار إلى وجود ثلاث تصنيفات للوصمة:

1-وصمة متعلقة بالهوية ( السلالة ، اللغة ، العرق ، اللون ، الدين ).

2-وصمة متعلقة بتشوهات الجسم ( الحرق ، العمى ، فقد الأطراف ، عيوب شكلية واضحة وأمراض جلدية ) .

3-وصمة متعلقة بشخصية الفرد (المرض العقلى ، الإدمان ، الإجرام ) .

وأوضح جوفمان أن الوصمة المتعلقة باللون مثلاً كانت لها آثار سلبية على الزوج فى الولايات المتحدة الأمريكية ؛ إذ كان يحرم عليهم دخول بعض المدارس والمطاعم والأماكن العامة ، وهذا كان واضحاً أيضاً فى جنوب أفريقيا بسبب اللون .

وأشار جونز وكوراجان ( Jones and Corrigan, 2014 : 9 ) إلى أن الوصمة فى مجال الأمراض النفسية والعقلية تتضمن التعصب والتمييز ضد المرضى العقلين من قبل أفراد المجتمع ، وبالتالي فإن المرضى العقلين لا يعانون فقط من أعراض المرض ، ولكنهم أيضاً يعانون من النفي أو الاستبعاد الاجتماعى ، وبالتالي فإن المريض عليه أن يتعامل مع أعراض المرض ومع نظرة المجتمع التى تجعل المريض يشعر بالخزى والعار وتشويه السمعة ، وتؤكد النظرة الاجتماعية والمعتقدات أن المرضى العقلين لا يمكن التنبؤ بأفعالهم ، ويمثلون خطراً على المجتمع ، ويحتاجون إلى الرعاية مثل الأطفال ويميلون إلى العزلة ويفتقرون إلى المهارات الاجتماعية ، والوصمة قد تكون شديدة فى حالة الأمراض العقلية ، وقد تكون أقل شدة أو حدة فى حالة نقص الأمراض النفسية مثل الاكتئاب .

ويرى ستينير ( Stinar , 2014 : 9-11 ) أن خبرات الوصمة الذاتية تؤدى إلى شعور الفرد بالخزى والعار من المرض العقلى ، وأما الوصمة الاجتماعية أو العامة فهى من المجتمع تجاه المريض العقلى .

وقد يكون هناك أفكار ومعتقدات وسلوكيات تميل إلى تهميش فئة معينة من المجتمع على أساس الحالة الاقتصادية (الفقر ، أو النوع ، أو السلالة ، أو التوجه الجنسى ، أو العيوب الجسمية ) ، فعلى سبيل المثال فإن النساء أكثر إدراكاً للوصمة من الذكور وأكثر تأثراً بها ، فى حين أن الأشخاص الذين يعانون من الجنسية المثلية يشعرون بالوصمة أكثر من ذوى الجنسية الغيرية .

ويشير فونج وآخرون ( Fung et al., 2008 ) أن الوصمة الذاتية تحدث عندما يستدخل الأفراد خصائص الخزى Disgraceful والعار والتأنيب واللوم تجاه أنفسهم وتجاه مرضهم العقلى ؛ ومن ثم فإن الوصمة الذاتية تسبب لدى الفرد شعوراً وإدراكاً بانخفاض تقدير الذات وانخفاض الفعالية الذاتية ، وهما الصفتان اللتان تساعدان المريض على الاستمرار فى الحياة ومواجهة ضغوطها والإقبال على البرنامج العلاجى ، وتخففان من شدة الأعراض .

وبمعنى آخر فإن الوصمة الذاتية تحدث عندما تجعل الثقافة الفرد يعزو أسباب المرض العقلي إلى ذاته وأنه في مكانة أدنى من الآخرين لأسباب تتعلق به هو شخصياً ، وتمتد هذه النظرة لتشمل الآخرين الذين قد يلومون المريض العقلي ، ويقبلون من شأنه ويحتقرونه ، ويشعرون بالتهديد والخوف منه ، وأنه ومرضه العقلي يجلبان العار والخزي .

ويشير كيندر (Kender , 2013) إلى أن المرضى العقلين لا يواجهون ويعانون فقط من أعراض المرض العقلي ولكنهم يعانون من النظرة السلبية للمجتمع تجاههم ؛ فهم يعانون من التعصب والتمييز ضدهم ، ويعانون من الاستبعاد الاجتماعي لهم ؛ إذ يتم تجنبهم وإشعارهم بالخزي والخجل والعار ، وهذا ينطبق على معظم الثقافات بما فيها الثقافة الأمريكية والثقافات الأوروبية ؛ إذ أن الصورة الذهنية الموجودة في معظم الثقافات والتي تدعمها بعض وسائل الإعلام وبعض الأفلام والمسرحيات من أن المريض العقلي لا يمكن التنبؤ بما قد يقوم به Unpredictable ، ويمثلون خطراً على الآخرين Dangerous وعلى أنفسهم، وهم غير مسئولين عن أفعالهم Irresponsible ، وهم يحتاجون إلى الرعاية والمتابعة مثلهم مثل الأطفال ، ولذلك فإنهم لا بد من عزلهم واستبعادهم من المجتمع ، كما أن بعض الناس يعاملون المرضى العقلين بطريقة أقل رحمة ، وأقل دعماً ومساندة وأقل صبراً وأكثر غضباً وانفعالاً عليهم وذلك بالمقارنة بالمرضى الجسميين ، وهم ينظرون إليهم على أنهم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية ، ومن ثم فهم يجعلونهم على مسافة اجتماعية بعيداً عنهم ، ويبدو أن الأمراض النفسية مثل الاكتئاب تكون الوصمة الذاتية والاجتماعية أقل بالمقارنة بالفصام .

وينظر ثورنكروفت وآخرون (Thorneycroft et al., 1999) إلى أن الوصمة الاجتماعية أو العامة على أنها الدرجة التي تعبر عن الاتجاهات السلبية من الجمهور أو الناس تجاه المرضى العقلين ، ويترتب على هذا الاتجاه أن يكون هناك تنميط سلبي للمرضى العقلين وتمييز في المعاملة ضدهم ، فعلى سبيل المثال فإن الناس يعتقدون أن الفصامين يمثلون خطراً وتهديداً ويجب الخوف منهم ؛ لأنهم قد يقومون بتصرفات مفاجئة. ومن ناحية أخرى فإن الوصمة الاجتماعية أو العامة قد تنعكس على الوصمة الذاتية التي يشعر بها المريض ، أو أن الوصمة الذاتية تعكس الوصمة الاجتماعية أو العامة ، فعلى سبيل المثال فإن مريض الاكتئاب لديه اعتقاد بأن المجتمع يعتقد أن مريض الاكتئاب قد اكتئب بسبب افتقاره إلى قوة العزيمة ، قد تكون انعكاساً للوصمة الاجتماعية " مرضى الاكتئاب يفتقرون إلى قوة الإرادة أو العزيمة " وتصبح بعد أن يستدخل مريض الاكتئاب هذا المعتقد " أنا أشعر بالافتقار إلى العزيمة أو الإرادة ، لأنني مكتئب " فهنا المريض استدخل الوصمة الاجتماعية لتصبح وصمة ذاتية تزيد من شدة الأعراض المرضية لديه .

وتشير بونفاين (Bonfine, 2013 : 1-3) إلى أن الوصمة هي أساساً ظاهرة اجتماعية Social Phenomenon تكمن جذورها في العلاقات الاجتماعية وتتشابك من خلال الثقافة ، وتنعكس على الأفراد المرضى (العقليين). وهي علاقة أو صفة يميز بها المجتمع بين شخص وآخر ، ويوصم الشخص الآخر (المريض العقلي) بصفات نفسية واجتماعية تقلل من شأنه ، وتجعله غير مرغوب في المجتمع ، وهذه النظرة الاجتماعية تتمثل في تعبيرات وكلمات وانفعالات واتجاهات وسلوكيات سلبية تجاه المريض العقلي؛ مما يجعله يشعر بأنه غير طبيعي وأقل من الآخرين، وهذه الوصمة أو التسمية تجعل المجتمع ينمط المريض العقلي ، ويعزله ويتباعد عنه ويفقده مكانته الاجتماعية وعلى جانب آخر فإن الوصمة تجعل المجتمع يمنع المريض العقلي من تحقيق أهدافه في الحياة مثل ( الوظيفة الثابتة ، الاستقلالية ) ، وهذا التمييز ضد المريض العقلي ووصمه بالمرض العقلي يجعله منكراً للمرض غير حريص على العلاج .

### نظريات الوصمة :

على الرغم من الاتجاهات والمعتقدات نحو الوصمة موجودة لدى كل الثقافات فإن وصمة المرض العقلي قد احتلت مساحة بحثية كبيرة منذ أن نشر جوفمان (Goffman, 1963) نظرية إطلاق المسميات أو نظرية الوصم Labeling theory ، وكان أول من حاول فهم الوصمة ، وهو يعرف الوصمة على اعتبار أنها " الانحراف عن قواعد ومعايير السلوك السوي في إطار ثقافة معينة أو مجتمع معين " ؛ فالمجتمع يدرك أن سلوك المرضى العقليين لا يمكن التنبؤ به ، وهؤلاء الأشخاص يمكن تسميتهم بأنهم مرضى عقليين ، وهم يعالجون في مصحات ، وهم يتسمون بالعنف ، ولا يمكن شفاؤهم ، ويفقدون استقلالهم وحقوقهم ، وحتى عندما يعالج الفرد ، ويتم شفاؤه شفاء كاملاً فإن الوصمة تظل لاصقة به .

ويرى رابكين (Rabkin, 1974) أن المريض العقلي السابق Ex. Mental

الذى تم علاجه وشفاؤه يكون أسوأ حالاً من المجرم السابق Ex. Criminal ( فى السكن ، العلاقات ، العمل ) وتلك الاتجاهات تعكس رفضاً من المجتمع للمريض العقلي أكثر من رفضه للمجرمين.

## (1) نظرية التحليل النفسى :

لم يتحدث فرويد بشكل مباشر عن الوصمة ، ولكن نظرية التحليل النفسى أشارت إلى أن الفرد قد يستخدم آليات دفاعية تحميه من استدخال الوصمة الاجتماعية المتعلقة بالمرض العقلى ، لأن الوصمة الاجتماعية تتضمن شعور المجتمع بالازدراء والتحقير وتشويه السمعة وتجرده من مكانته الاجتماعية ، والتميز غير العادل ضد الموصوم وتجريده من الأهلية الاجتماعية ، وهذه هى الوصمة الاجتماعية التى قد تنتقل وفقاً لنوعية التحليل النفسى من خلال ميكانزم التوحد بالمعتدى إلى وصمة ذاتية ؛ إذ تنتقل الصورة السلبية للموضوعات الخارجية المتعلقة بالوصمة الاجتماعية والتحقير من شأن المريض والشعور بالخجل والخزى من وجوده لتستقر صورة المعتدى داخل الفرد الموصوم كإحدى المنظمات النفسية ؛ إذ يكون لوم الذات ناتجاً عن لوم الآخر وتحقير الذات ناتجاً عن تحقير الآخر . ( رشا الديدى ومريم صالح ، 2015 : 3-46 )

## (2) نظرية العزو Attribution Theory

فى المدخل الاجتماعى المعرفى Social Cognitive approach المريض العقلى يدرك أنه مختلف عن الآخرين بسبب مرضه العقلى مثل ( أن يتكلم مع نفسه ، وجود أفكار بارانوية ، نقص فى مهارات رعاية الذات ) ، ويبدأ التمييز من المجتمع تجاه المرضى العقلين ، ويكون التمييز من البيئة ، والوالدين ، والإذاعة ووسائل الإعلام والموروث الثقافى [ الأفعال ، الأفكار الموروثة عن الأمراض العقلية ] ، وتظهر الصورة الثقافية المستمدة من برامج التلفزيون المريض العقلى بوصمه مصدراً للسخرية أو العنف أو التصرفات اللامعقولة والعزلة الاجتماعية ، وتتنظر بعض الثقافات إلى المرضى العقلين على اعتبار أنهم غير قادرين على رعاية أنفسهم ، ويمثلون خطراً ؛ وبالتالي يكون الاستبعاد الاجتماعى والعزل عندما يقرر الآخرون أن المريض العقلى خطر ، ويجب استبعاده وعزله فى أماكن محددة بعيداً عن التعامل مع الناس العاديين ؛ فالانسحاب الإيجابى والاستبعاد شكل من أشكال الوصمة ضد المرض العقلى (Corrigan and Kosyluk, 2014 : 35 – 56).

وفى المجتمع المصرى نجد أن بعض المرضى العقلين وأسرهم خاصة فى المناطق الريفية أو الشعبية قد يعززون المرض العقلى والوصمة المرتبطة به إلى بعض الأسباب المرتبطة بالثقافة مثل السحر والحسد والحظ والأعمال السفلية ؛ لذلك فهم قد يتجهون فى بداية مرض الفصام إلى رجال الدين وأحياناً السحرة والدجالين للعلاج وطلب المساعدة العلاجية المتخصصة ، ثم يتجهون بعد ذلك إلى المتخصصين فى العلاج النفسى.

كما أن النظرة للمريض العقلى فى المجتمعات العربية تشبه مثلتها فى البلاد الأوروبية ، حيث الشعور والخزى والخجل والعار وإحاطة الأمر بالسرية والكتمان عندما يوجد مريض عقلى أو نفسى داخل الأسرة . (عبد الستار إبراهيم ، 2008)

### (3) المنظور المعرفى :

يرى أرون بيك وآخرون (Beck et al., 2004 : 282 – 283) إلى أن ما نفعله يتوقف على ما نفكر فيه ، وأن أفكارنا ومعتقداتنا تحكم سلوكياتنا ، وأن كل فعل أو انفعال بما فيها الاتجاهات نحو الأمراض النفسية والعقلية يسبقها بنية معرفية تكون مجموعة من الآراء والأفكار والمعتقدات تجاه المرض العقلى أو النفسى ، وهذه المعتقدات تحكم وجهة نظر الثقافة ووجهة نظر المريض فى المرض العقلى ؛ إذ تنتظر معظم الثقافات إلى المريض العقلى على أنه " مجنون وخطر وعنيف ويشعر بالعجز واليأس ، وأنه لا قيمة له ، وأنه غير مرغوب فيه ، وأنه لن ينجح فى الزواج أو العمل " . وتمثل هذه المعتقدات عامل خطورة للاستبعاد الاجتماعى للمريض العقلى وعامل خطورة للمريض لشعوره بالدونية والخزى والعار ، وبالتالي إنكاره للمرض وإحجائه عن العلاج .

ويرى بيك أن هناك معتقدات تلتصق بالمريض بمجرد علمه بمرضه العقلى ، وهذه المعتقدات السلبية تشعر المريض بالوصمة والعجز مثل :

- أنا مريض بالفصام ولذلك فإننى أعتقد أننى شخص غير كفاء وليس له قيمة وفاشل .

- أعتقد أن الفصام ليس له علاج .

- أعتقد أن المرضى العقليين أقل ذكاءً وأكثر ضعفاً من العاديين .

- أعتقد أننى لن أستمر فى عملى لفترة طويلة بسبب مرضى العقلى .

- أعتقد أن أصدقائى سوف يبتعدون عنى بمجرد معرفتهم بمرضى العقلى .

- عندما يعرف الناس أننى مريض عقلى سوف يتجاهلوننى وابتعدون عنى .

- المرض العقلى يجلب العار والخزى والدونية لصاحبه .

- المرضى العقليون لن يتزوجوا ولن ينجبوا ولن يعيشوا حياة طبيعية .

ومثل هذه المعتقدات تؤدى إلى استمرار الشعور بالوصمة الذاتية لدى المريض العقلى ، بل وتزيد من شدة الأعراض المرضية لديه .

#### (4) نظرية الإطار العلاقتي للوصمة Frame Theory

وترى هذه النظرية إلى أن المعرفة واللغة ترتبطان بالأحداث المحيطة بالوصمة الاجتماعية والذاتية ؛ فالصورة المعرفية الاجتماعية السائدة عن المرض العقلي هي الأزدراء والسلبية والتحقير والصورة المعرفية الذاتية أو الوصمة الذاتية تتضمن الخجل والخزي والعار والفشل وهي إدراكات المريض العقلي التي تنعكس من إدراكات المجتمع وصورته النمطية السلبية عن المرض العقلي ، ويحاول الأشخاص الذين لديهم أفكار ومشاعر موصومة تجنب التعبير عن هذه المشاعر وإنكارها. (Hayes et al., 2009)

وهذه المشاعر والأفكار التي يتم تجنبها أو إنكارها أو قمعها تؤدي إلى مشكلات كبيرة مثل مشاعر القلق والشعور المستمر بالتهديد ومشاعر الاكتئاب والتفكير في الانتحار والشعور بالانجراف وتحقير الذات (Hayes et al., 2004)

وباختصار فإن هذا النموذج يشمل أربعة مكونات للوصمة الذاتية ، وهي "

1-الأشخاص الذين يتطابقون مع جماعة موصومة يستدخلون صورة نمطية من الأزدراء تؤدي إلى تحقير شأن الذات .

2-وهم يخافون من مواجهة الوصمة الاجتماعية السائدة .

3-ويميلون إلى التعامل مع المكونات المعرفية لهذين النمطين بطريقة مشكلة تتضمن في منطقتها التجنب.

4-ويؤدي التجنب والانجراف إلى التأثير السلبي على قدرة الأشخاص على تحقيق أهداف حياتية ذات قيمة .

(رشاد الديدي ، ومريم صالح ، 2015 : 3-46)

ويتضح مما سبق أن الوصمة الذاتية هي انعكاس للوصمة الاجتماعية أو العامة، وقد أشار عدد من الباحثين ، منهم (Bonfine , 2013 , Stinar , 2014) أن هناك بعض المتغيرات النفسية التي تتوسط بين الوصمة الاجتماعية والوصمة الذاتية ، وهذه المتغيرات إما أن تزيد من وقع الوصمة الاجتماعية ومن الأعراض المرضية فتكون الوصمة الذاتية حيث الشعور بالعار والخزي والفشل والضعف والدونية ، وإما أن تساعد المريض العقلي على مقاومة ضغوط الحياة وضغوط الوصمة الاجتماعية فيقل تأثيرها على المرضى العقلين ، ومن أهم هذه المتغيرات تقدير الذات والشعور بالكفاية الشخصية والاجتماعية والمساندة الاجتماعية والاستبصار ؛ ولذلك سوف نعرض لتقدير الذات ثم



الاستبصار كأحد أهم المتغيرات التي تقلل من أعراض الوصمة الذاتية على المريض العقلي.

### ثانياً : تقدير الذات Self-esteem :

تقدير الذات من أبعاد الشخصية المهمة ، ومن أهم العوامل التي تؤثر على سلوك الفرد وصحته النفسية طوال حياته ، ذلك أن إدراك الفرد بقيمته الذاتية هو أساس كل إنجازاته اللاحقة بل إنها أساس وجود الفرد ذاته ؛ فقيمة الفرد الذاتية والتي تتأتى من خلال علاقة تتسم بالدفء بين الفرد ووالديه تتسم بالثبات ، وتظل أساساً لنجاحه وطموحه وإنجازاته ورضاه عن علاقاته ، بل إن قيمة الذات مهمة لوجوده وبقائه ، ومن يفترق هذه القيمة لا يستطيع مواجهة أخطار وتحديات وجوده (Wills & Langner , 1980 , 159)

ويتسم تقدير الذات لدى مرضى الفصام بانخفاضه ؛ إذ يشير بيك وآخرون (Beck et al., 2009 , 134) إلى أن الكثيرين يروا مرضى الفصام بأنهم ليس لهم فائدة في الحياة ، بل هم عبء على الآخرين ولديهم بعض الأفكار السلبية مثل " أنا ضعيف سلبي ، عديم القيمة ، لا أستطيع أن أفعل أى شيء ، أنا فى شك وخائف من كل شيء ، لا أستطيع مواجهة أى مشكلة أو حلها ، أنا وحيد ولا أحد يحبنى " . والفكرتان الرئيستان لدى الفصامى هي " أنا عاجز .. أنا أشعر باليأس " ، ويزداد الشعور الوهمى بالقيمة لدى المرضى البارانونيا ليصبح " أنا أفضل من كل الناس وقيمتى تعلق على كل الناس ولذلك فهم يضطهدونى " .

ويشير كليور وساندلر (Kliwer and Sandler, 1992 , 393-419) إلى أن تقدير الذات هو مؤشر للصحة النفسية والقدرة الناجحة على مواجهة الضغوط ، فى حين أن انخفاض تقدير الذات يصبح مؤشراً وعامل خطورة للتنبؤ بالمعاناة من الأمراض النفسية والفشل فى مواجهة الضغوط ، وتقدير الذات يتحكم فى تقييم الفرد للضغوط ، كما أن التقدير الإيجابى للذات يعتبر من أهم عوامل الوقاية النفسية فى حياة الفرد ضد الضغوط، فالفرد ذو التقدير المرتفع للذات هو أكثر كفاية وقدرة على مواجهة الضغوط ؛ فى حين أن التقدير المنخفض للذات يجعل الفرد أكثر مبالغة فى إدراك الضغوط وتقديرها، كما يجعله أقل قدرة على مواجهتها .

ويؤكد كوبر سميث (Cooper Smith, 1981 : 236-248) أن تقدير الذات يؤثر فى تقدير الفرد للضغوط وقدرته على تحملها ومواجهتها والتأثر بها ، وتقدير الذات المرتفع ينشأ فى مرحلة الطفولة من إدراك الطفل للحب والقبول والاحترام والاهتمام والرعاية وإعطائه الاهتمام وحرية التعبير والمناقشة ؛ مما يجعله أكثر رضا عن ذاته وأكثر

قدرة على المواجهة والتحدى Challenge ، فى حين أن إدراك الطفل لعدم القبول والحب يجعله يشعر بنقص الفعالية ونقص الكفاية ، ويشك فى قدرته على المواجهة.

ويرى ميرك (Murk, 1999) أن تقدير الذات فى المراحل اللاحقة يرتبط ببعض المتغيرات الأخرى ؛ وفى المراهقة مثلاً فإن تقدير الذات يرتبط بالعلاقة الطيبة مع الوالدين ، ووضوح المستقبل المهنى والمستوى الاجتماعى الاقتصادى المعقول للأسرة ، وفى مرحلة الرشد ، فإن العلاقة الطيبة مع القرين ووجود عمل ودخل ثابت وشبكة علاقات جيدة ترفع من تقدير الفرد لذاته . (Murk, 1999 , 180 -179)

وإذا نظرنا إلى تقدير الذات من التوجهات النظرية المختلفة سنجد أن فرويد (Freud, 1914) أشار إلى أن اعتبار الذات Self-Regard يتوقف على شعور الفرد بأنه محبوب بالطريقة نفسها التى يحتاج بها اللبن ؛ فالدفع والطعام طبقاً لفرويد ليسا أساس تقدير الذات فقط ، ولكن أساس وجوده كله ، ويؤكد فرويد أن الأنا الأعلى عندما تنشأ تضطلع بالتنظيم الداخلى لتقدير الذات ؛ إذ لم يعد شعوره بأنه محبوب هو الشرط الضرورى والوحيد لمشاعر الارتياح ، ولكن شعور الطفل بأنه يظل الشئ الصحيح هو الشرط الضرورى ( أوتوفينخل ، ترجمة صلاح مخيمر وعبد مياخائل رزق، 1969).

وأشار أريكسون (Erikson, 1970) إلى أن تقدير الذات ينشأ من الخبرات المتعلقة بإشباع الحاجات الأساسية بين دفع وطعام وغيرها من أشكال الرعاية الوالدية التى تخلق أساساً باليقين والثقة المطلقة فى الذات والآخرين والعالم أجمع ، ويصبح هذا الإحساس قاعدة لنجاح الفرد وإنجازاته وقدرته على مواجهة التحديات ؛ أما الرفض والرعاية غير الملائمة فتجعل الطفل يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة فى ذاته أو المحيطين به أو العالم أجمع (Mack , 1983 , 18- 37).

وأشارت السلوكية إلى أن تقدير الذات يأتى من التدعيم المتكرر لإنجازات الفرد ، إلا أن التأكيد المتكرر لقيمة الفرد من مصادر خارجية غير كافية لتحقيق النجاح والإنجاز ( أنطونى ستور 1991 : 14 ) .

ويرى روزنبرج (Rosenberg , 1989 : 30) أن تقدير الذات هو أهم قيمة شخصية فى الثقافة الأمريكية وفى كل الثقافات ، وهو يعبر عن الاتجاهات الإيجابية أو السلبية نحو الذات أو نحو الأشياء ، وهو يرى أن تقدير الذات المرتفع يجعل الفرد أكثر سعادة وأكثر شعوراً بالقيمة والاحترام بل والأفضلية على الآخرين . كما أن تقدير الذات يساعد الفرد على المثابرة وعلى النمو الصحى وعلى تحسين الحياة ؛ مما يجعل الفرد يشعر بالمسئولية والقدرة على مواجهة الضغوط والعمل تحت الضغوط بل والقدرة على مواجهة التحديات Challenges ، فى حين أن تقدير الذات المنخفض يرتبط بعدم الرضا عن

الذات و عدم الرضا عن الحياة والشعور بالرفض من قبل الآخرين وعدم احترام الذات والشعور بالدونية .

ويرى استينر (17: 2014, Stiner) أن الصفات السابقة التي ذكرها روزنبرج يمكن تطبيقها على إدراك الوصمة ؛ إذ أن الأشخاص الأعلى في تقدير الذات هم أكثر رضا عن حياتهم وأكثر قدرة على مواجهة الضغوط المرتبطة بالوصمة الاجتماعية ، بل وهم أكثر طلباً للمساعدة الاجتماعية عند الحاجة ، أما انخفاض تقدير الذات فينبئ بالاكئاب ومشاعر عدم القيمة Worthlessness والشك في الذات Self-Doubt ؛ مما يجعل الفرد أكثر تأثراً بالظروف الخارجية وأكثر إدراكاً للضبط الخارجى ، ويعزو كل جوانب الفشل وعدم القيمة إلى ذاته ؛ مما يجعل الوصمة الاجتماعية تؤثر عليه ، بمعنى آخر أنه إذا كان تقدير الذات منخفضاً والشعور بالكفاية الشخصية والاجتماعية منخفضاً قبل المرض العقلي ، فإنه من الأرجح أن يكون تأثير المرض العقلي والوصمة الذاتية المرتبطة به أشد في غياب الشعور بالقيمة والشعور بالكفاية الشخصية والاجتماعية والشعور بالرفض ونقص مصادر المساندة الاجتماعية.

### ثالثاً : الاستبصار : Insight

يعتبر أوبراي لويس (Aubrey Lewis, 1934) أول من استخدم مصطلح الاستبصار وعرفه بأنه " وعى الفرد أو إدراكه أن هناك تغيراً قد حدث له " ، أما فرويد Freud, 1933 فقد عرف الاستبصار بأنه " وعى الفرد بدوافعه أو حفزاته اللاشعورية" ، فى سنة 1973 أشار هاملتون Hamilton, 1973 إلى أن المرضى النفسيين أكثر استبصاراً من المرضى العقليين ، كما استخدمت مدرسة الجشطلت الاستبصار للدلالة على إدراك الفرد للعلاقة بين أجزاء أى موقف (808 – 708 , 1990 , David )

وأشار منتز (Mintz , 2004) إلى أن الاستبصار هو وعى المريض بأن لديه مرض عقلي ووعيه بالنتائج الاجتماعية المرتبطة بالمرض وحاجته إلى العلاج ، وأشار إلى أن حوالى من 50% إلى 80% من مرض الفصام لا يعتقدون أنهم مرضى ؛ وأشار إلى أن نقص الاستبصار قد يؤدي إلى زيادة الأعراض المرضية وزيادة الاستبصار يؤدي إلى سرعة الشفاء من الفصام.

ويشير رمضان وآخرون (Ramadan, et al., 2010 : 43-47) إلى أن زيادة الاستبصار ترتبط بانخفاض الأعراض المرضية المصاحبة للفصام ، كما أن زيادة الاستبصار تؤدي إلى زيادة الالتزام بالبرنامج العلاجي وزيادة القدرة على التحكم ومواجهة الضغوط .

وعلى عكس ما سبق فإن حاسون وآخرين (Hasson et al., 2006) يشيرون إلى أن زيادة الاستبصار يؤدي إلى زيادة الاندماج فى البرنامج العلاجي وزيادة القدرة على التحكم وزيادة جودة الحياة ، وعلى الرغم من أن الاستبصار خطوة مهمة فى الشفاء Recovery والتأهيل النفسى لإعادة التكيف والاندماج مرة ثانية بعد العلاج مع

المجتمع، فإن الاستبصار فى بعض الحالات قد تكون له آثارٌ سلبيةٌ مثل زيادة الشعور بالالاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والشعور بالإحباط والعجز Helplessness واليأس . Hopelessness

ويرى باير (Baier, 2010) أن حوالى 30% إلى 50% من مرضى الفصام يفقدون إلى الاستبصار ، وأن المريض عندما يعترف بالمرض فإنه يقبل المساعدة العلاجية ، وفى حالة شعور المريض بالوصمة من المرض العقلى فإن يشعر بالخزى واليأس والخجل والعار والاكتئاب ، ولذلك فهو رغم استبصاره بالمرض فإنه قد ينكره بشكل لا شعورى .

وإذا نظرنا إلى الاستبصار فى النظريات المختلفة فإننا سوف نجد أن فرويد اعتبر أن الهدف الأساسى للعلاج بالتحليل هو وعى بحالته وجذور مشكلته ؛ فالاستبصار فى نظرية التحليل النفسى وفى العلاج بالتحليل النفسى هو مفتاح الشفاء والحفاظ على الطاقة النفسية وتقوية الصحة النفسية . وهو الهدف النهائى للشفاء والعلاج. فمعرفة الذات Self Knowledge - ومعرفة جذور المشكلة فى مرحلة الطفولة وارتباطها بالأعراض الحالية التى تتأتى من خلال الاستبصار هى خطوة مهمة فى طريق الشفاء فى التحليل النفسى ، وفى بعض الأحيان فإن الاستبصار قد يحدث بعض المشكلات للحالات من التداعى الحر بالانتباه لخبرات الطفولة التعيسة . قد يصيب بعض الحالات بالاكتئاب عند استرجاع هذه الخبرات أو الذكريات .

وأشار بعض المحللين النفسيين إلى أن بعض المرضى العقلين قد يستخدمون ميكانزم الإنكار عندما يعلمون بمرضهم العقلى وذلك للحفاظ على تقديرهم لذواتهم أمام أنفسهم وأمام الآخرين . (Jones and Corrigan, 2014 : 9-34)

أما النموذج المعرفى فإنه يربط ما بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات ، فهو يربط بين ما نعرف Knowing وما نفعل Doing ؛ إذ يتبنى ويعتقد الكثير من المرضى العقلين فى بعض المعتقدات التى تعتبر بمثابة جوانب للتشويه المعرفى Cognitive Distortion ، مثل ( المرضى العقلين خطر على الآخرين ، بمجرد أن يرانى الآخرون يعرفوا أننى مريض عقلى ، أشعر بأن الناس يحقروننى لمرضى العقلى، المرضى العقلين ليس من حقهم الحياة أو العمل مثل الآخرين ) ، ومثل هذه المعتقدات والأفكار السلبية تؤثر على علاقاتهم مع الآخرين ، وعلى اتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو الحياة والمستقبل والمواقف المختلفة ، وتجعلهم يتجنبون الآخرين ، ويشعرون بالوصمة من أعراضهم (David, 1990, 798 - 808)

وتفسر نظرية التنافر المعرفي Cognitive Dissonance جزءًا من التناقص الذى يعيشه المريض العقلي بين الاستبصار والرغبة فى الشفاء ، وبين الشعور بالوصمة من الأعراض المرضية التى يدركها المريض .

فالفصامى يريد أن يقبل التشخيص بأنه يعانى من مرض عقلي حتى يتعالج ويعود إلى حالته الطبيعية ؛ ومن ناحية أخرى تكون لديه فكرة مناقضة للفكرة السابقة ، وهى أنه لا يستطيع أن يقبل التشخيص ؛ لأن التشخيص يعنى أنه يعانى من مرض عقلي ، وهذا التشخيص يرتبط فى معظم الثقافات بالوصمة الذاتية والاجتماعية والتنميط المجتمعي للمريض العقلي فهو يرغب فى العلاج ، ولكنه يخاف من أن يعرف أحد ذلك؛ لأنه سوف يشعر بالخجل والعار والخزى ، والمجتمع سوف لا يتقبله (يطرد من العمل ، لا يقبله الجيران كساكن بجوارهم ) ، ومن ثم ففى بعض الحالات يحدث دفاع ضد الاعتراف بالمرض ، ويكون الإنكار وعدم العلاج . (Beck, et al., 2009)

وفى إطار نظرية العزو Attribution Theory فإن بعض مرضى الفصام قد يعزون أسباب المرض إلى أسباب خارجية حتى يحافظوا على تقديرهم لذواتهم ، وهذه الأسباب مثل ( الحظ- الآخرون ، الحسد - السحر ) ، وهناك أسباب خاصة بالمعالج النفسى مثل فشله ونقص مهاراته ) ؛ مما يؤخر العلاج النفسى . (Kao, et al., 2011, Kemp, & David, 1996 , Kurtz, 2011)

ويعتبر الاستبصار من أبرز مفاهيم مدرسة الجشطت التى اهتمت بالإدراك والاستبصار ، واعتبرت أن الاستبصار يحدث بصورة مفاجئة عندما يدرج الفرد العلاقات التى تكون من أجزاء الموقف ؛ والتعلم بالاستبصار يهدف إلى استعادة التوازن المعرفى وحل غموض المشكلات عن طريق دراسة تفاعل مكونات الموقف وتكاملها لتنتج شكلاً أو صيغة كلية هى فى الحقيقة أكبر من مجموع الأجزاء (أنور الشرفاوى، 2012 ، 110).

ويطبق شرابامباى (Charabami et al., 2006) مفاهيم الجشطت على الاستبصار لدى مرضى الفصام ؛ إذ أن الاستبصار يعتمد بالدرجة الأولى على إدراك ووعي المريض بمرضه العقلي وأعراضه المرضية ، ويربط بينها وبين الحاجة إلى العلاج، وكلما زاد الاستبصار والوعي والإدراك لدى المريض العقلي زادت إمكانية الشفاء من المرض والاندماج فى البرنامج العلاجى ؛ فالوعي والإدراك للإعراض وأهمية العلاج هما ما يساعدان المريض على الالتزام بالبرنامج العلاجى .

ويرى كيرتز وتولمان (Kurtz and Tolman, 2011 : 157 - 162) أن مقومات الاستبصار تتضح على النحو الآتى :

1- الإنكار التام للمرض العقلي.

- 2- وعى بسيط بأنه مريض عقلي وفي حاجة إلى المساعدة العلاجية .
- 3- الوعى بأنه مريض عقلي ، ولكن يلقى اللوم على الآخرين أو على عوامل خارجية كأسباب للمرض الذى يعانى منه .
- 4- الاستبصار ، أى الاعتراف بالمرض العقلي وحاجته للعلاج وفهم النواتج أو العواقب الاجتماعية المترتبة على ذلك ، مثل (العزلة الاجتماعية ، الغياب عن العمل ، الإقامة فى المستشفى للعلاج كل فترة للمتابعة ) ؛ مما يؤدي إلى تغييرات أساسية فى التفكير والوجدان والسلوكيات وتقبل العلاج والالتزام بالبرنامج العلاجى.

#### دراسات سابقة :

تم تناول الدراسات السابقة من خلال محورين هما :

- المحور الأول : دراسات تناولت العلاقة بين الوصمة وتقدير الذات والأعراض المرضية لدى مرضى الفصام .
  - المحور الثانى : دراسات تناولت العلاقة بين الاستبصار والفصام .
- المحور الأول : دراسات تناولت العلاقة بين الوصمة وتقدير الذات والأعراض المرضية لدى مرضى الفصام :**

دراسة رينيك وآخرين(Reinecke , et al., 2011 ) عن حماية تقدير الذات لدى المرضى العقلين من تأثير الوصمة عليه وذلك على عينة من المرضى العقلين (ن=200) طبق عليهم:

1-مقياس خبرات الوصمة , The multifaceted stigma experiences Scale , MSES, 2011

2-مقياس تقدير الذات لروزنبرج The Rosenberg Self- esteem scale

#### وأشارت نتائج الدراسة إلى أن :

- وجود بعض الخبرات المرتبطة بالوصمة التى تقلل من الشعور بتقدير الذات، كما أن روح الدعاية والبحث عن المعلومات الصحيحة وإبراز جوانب الإبداع لدى المرضى العقلين تقلل من حدة خبرات الوصمة ، أما بعض خبرات الوصمة الأخرى فتقلل من تقدير الذات ، مثل ( الانسحاب ، الشعور بالدونية عند المقارنة مع غير المرضى العقلين ، الانغلاق عن الذات ، واعتبار المرض العقلي عار .

- وجود بعض العوامل المجتمعية مثل المساندة الاجتماعية من الآخرين قد تقوى من تقدير الذات أمام الوصمة .

دراسة شين وآخرين (Chien et al., 2012) عن العلاقة بين إدراك الوصمة وأساليب مواجهة الضغوط وتقدير الذات وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام فى سنغافورة . وقد تكونت عينة الدراسة من ( ن = 80) من مرضى الفصام 52% ذكور ، 48% إناث بمتوسط عمرى 43.4 سنة ، وطبق عليهم الأدوات الآتية :

1-مقياس لإدراك الوصمة Perceived Stigma Perceived Devaluation and Discriminations Scale (PDP)

2-مقياس لأساليب مواجهة الوصمة ( إعداد الباحثين ) .

3-مقياس روزنبرج لتقدير الذات The Rosenberg self-esteem Scale

4-مقياس جودة الحياة للفصامين The Quality of Life Questionnaires in schizophrenia (S.O.O.L) وذلك لقياس (الصمود ، تقدير الذات ، العلاقات مع الآخرين ، الاستقلالية ، العلاقات مع الأسرة) .

5-مقياس بيك للاكتئاب Beck Depressions inventory .

وأشارت النتائج إلى ارتباط إدراك الوصمة بانخفاض تقدير الذات وزيادة أعراض الاكتئاب ، كما أن جودة الحياة بما فيها من مرونة تكيفية أو صمود وعلاقات مع الأسرة والآخرين واستقلالية تزيد من تقدير الذات وتقلل من أعراض الوصمة والاكتئاب ؛ فمرضى الفصام يشعرون ويفكرون بأن الآخرين أعلى قيمة منهم أو أنهم أدنى من الآخرين ، وهذا الشعور بالدونية يضر ويقلل من تقدير الذات ، ويجعل مفهوم الذات لديهم سلبياً .

دراسة هارثمان وآخرين (Hartman et al, 2013) عن الوصمة الذاتية تجاه الأمراض النفسية والعقلية وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية (ن=254)؛ إذ أشارت الدراسة إلى أن الأطفال والمراهقين يفتقرون إلى المعرفة الكافية عن الأمراض النفسية ، كما أن لديهم اتجاهات سلبية تجاه المرضى النفسيين بالإضافة إلى أنهم يتجنبون المرضى النفسيين ، وطبق عليهم المقاييس الآتية :

1- مقياس الحقائق والخرافات حول مرضى الفصام .

2-مقياس التبعاد الاجتماعى (Schulle, 2003) .

3-مقياس الشعور بالوصمة تجاه الشخص الذى يطلب المساعدة النفسية (Vogel, 2006)

4- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self-esteem Scale Rosenberg  
( 1965 )

بالإضافة إلى برنامج للتغلب على الاتجاه السلبي نحو المرضى العقلين ، ويتكون البرنامج من عرض لطبيعة الأمراض العقلية والنفسية ، وفيديو عن الآثار السلبية التي يشعر بها مريض الفصام نتيجة للتمييز ضده بسبب مرضه و محاضرات عن الأمراض النفسية والعقلية وكيفية التعامل مع المرضى ، وأشارت النتائج إلى تحسن الصورة الذهنية للمرضى الفصامين لدى الطلاب بعد البرنامج ، كما تناقصت بشكل كبير الاتجاهات السلبية تجاه المرضى العقلين ، وهذا ما يدل على أهمية الوعي لدى المرضى والأشخاص الأسوياء فى التعامل مع المرض العقلي والمريض العقلي .

دراسة كيندرا (Kendra, 2013) التي أشارت إلى أن المرضى النفسيين والعقليين لا يواجهون فقط الأعراض المرضية ، ولكن يواجهون أيضا الوصمة الذاتية والاجتماعية ؛ ولذلك فإن الدراسة استهدفت معرفة العلاقة بين الوصمة الذاتية والوصمة الاجتماعية ومن الأعراض المرضية ( القلق ، الاكتئاب ) وكذلك تقدير الذات ، وذلك على عينة مكونة من ( ن = 96 ) من مرضى الفصام طُبق عليها :

- مقياس للوصمة الذاتية والاجتماعية ( إعداد الباحثة ) .
- مقياس لتقدير الذات The State Self – esteem Scale .
- مقياس لشدة الأعراض النفسية The Psychiatric symptom Severely (Watson, 1944)

وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين الوصمة الذاتية والاجتماعية وبين أعراض القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات لدى مرضى الفصام.

وفي تركيا كانت دراسة كاهيت وآخرين (Cahit et al., 2014) عن الوصمة الذاتية وعلاقتها بكل تقدير الذات والشعور بالكفاية والشخصية وكذلك علاقتها بطلب العلاج النفسى وذلك على عينة من طلاب الجامعة ( ن = 235 ) منهم ( 93 ذكور ، 142 إناث ) تراوحت أعمارهم من ( 17 - 34 ) سنة بمتوسط عمرى 2.22 سنة وانحراف معيارى 1.88 سنة وطبق عليهم :

- مقياس الشعور بالوصمة من طلب المساعدة النفسية The Stigma of Seeking Help Scale ( Sushi : Vogel et al., 2006)



- مقياس انخفاض تقدير الذات ونقص الشعور بالكفاية عند طلب المساعدة النفسية ، مثال ( أشعر بالنقص وعدم الكفاية عندما أذهب إلى معالج نفسى أو طبيب نفسى ) ، ( تقديرى لذاتى يتزايد عندما أتحدث مع معالج نفسى متخصص ) ، ( طلبى للمساعدة النفسية معناه أننى أقل ذكاء من الآخرين ) .

### وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن :

- قوة الأنا والشعور بالقيمة وتقدير الذات هى متغيرات تساعد فى التغلب على مشكلات وضغوط الحياة دون الشعور بالوصمة .
- أهمية الأصدقاء ومصادر المساندة الاجتماعية فى التغلب على المشكلات المرتبطة بالوصمة الاجتماعية .
- الذكور أكثر شعوراً بالوصمة من الإناث ، وأن طلب المساعدة النفسية يشعر الفرد بالنقص ويقلل من شعوره بالثقة بالنفس وتقدير الذات .

دراسة ستينار (Stinar, 2014) عن الوصمة الذاتية وتقدير الذات وأساليب مواجهة الضغوط لدى مرضى الفصام ؛ وذلك على عينة من الفصاميين (ن = 76) ، أعمارهم ما بين ( 18 - 90 ) سنة بمتوسط عمرى 37.5 سنة وطُبقت عليهم الأدوات الآتية :

1-مقياس الوصمة الداخلية للأمراض النفسية The Internalized Stigma of Mental illness Inventory ( Ismiritscher et al., 2003)

2-مقياس روزنبرج لتقدير الذات ( The Rosenberg Self – Esteem , Scale RSES- Rosenberg , 1989)

3-مقياس أساليب مواجهة ضغوط الأعراض النفسية The Coping with Symptoms Checklist (CSC yonos & Knight 2003)

### وأشارت نتائج الدراسة على أن :

- ارتفاع الشعور بالقيمة وتقدير الذات يخفف من شدة أعراض الوصمة ، كما أن الوصمة ارتبطت بأساليب التجنب فى مواجهة الضغوط الخاصة بالأمراض العقلية .
- الاستنبصار بالأعراض والتحكم فى يزيد من سرعة الشفاء من المرض ويقلل من الشعور بالوصمة .

دراسة لانان وأخرين (Lannin et al., 2015) عن التنبؤ بتقدير الذات والسعى لطلب المساعدة العلاجية والنفسية عند الحاجة من إدراك الوصمة الذاتية والعامه أو الاجتماعية ، وذلك على عينة من الطلاب الدارسين لعلم النفس ( ن = 448) طبق عليهم المقاييس الآتية :

- 1- إدراك الوصمة العامة أو الاجتماعية. (Link, 1987)
- 2- إدراك الوصمة الاجتماعية الخاص بالمساعدة العلاجية النفسية The stigma scale for Receiving Psychological Help ( Komyia, 2000)
- 3- إدراك الوصمة الذاتية للمساعدة العلاجية النفسية The Self-Stigma, of seeking psychological Help ( Vogel, 2006) .
- 4- مقياس روزنبرج لتقدير الذات (Rosenberg, 1965)
- 5- مقياس للأعراض المرضية (Sinclair , et al., 2005)

أشارت النتائج إلى أن إدراك الوصمة الاجتماعية والوصمة المرتبطة بالمساعدة العلاجية قد ارتبطت بانخفاض تقدير الذات لدى الطلاب ، بمعنى أن الطلاب الذين يدركون الوصمة الذاتية أو الاجتماعية قد زاد لديهم انخفاض فى تقدير الذات ، كما أن من لديهم الوصمة الاجتماعية قد يجمعون عن الذهاب إلى المعالج النفسى أو الطبيب النفسى عند المرض ، وتزايد لديهم الأعراض المرضية والقلق والاكتئاب.

#### المحور الثانى : دراسات تناولت العلاقة بين الاستبصار والفصام :

دراسة مننز وآخرين (Mintz et al., 2004) عن الاستبصار فى الفصام الميكر ، وهى دراسة تتبعية لمدة عام على مرضى الفصام ، وذلك على عينة من المرضى الفصامين ( ن = 180 ) ( 126 نكور ، 54 إناث ) تم تتبعهم بعد إدخالهم لمستشفى العلاج للأمراض النفسية والعقلية فى كندا لمدة عام( بعد 3 شهور ، 6 شهور، 12 شهر ) . وقد طبق عليهم:

- مقياس الأعراض الموجبة والسالبة The Positive and The Negative Symptoms Scale for Schizophrenia ( PANNS , Kay et al., 1987)
- مقياس وكسلر لذكاء للراشدين Wechsler scale ، مقياس للاستبصار .

#### وأشارت نتائج الدراسة إلى :

- الاستبصار مرتبط بشدة أعراض الفصام ، بمعنى أنه كلما زادت شدة الأعراض فى مرض الفصام تناقص مستوى الاستبصار ، كما أن الاستبصار يتزايد بتطبيق البرنامج العلاجى ، بمعنى أن الاستبصار قد تزايد بعد التعرض للعلاج لمدة 3 شهور .
- تناقص القدرات المعرفية خاصة الذاكرة مع تزايد الأعراض المرضية ، كما أن القدرات المعرفية تتزايد بتزايد الاستبصار والخضوع للبرنامج العلاجى.

دراسة هاسون وآخرين (Hasson et al., 2006) عن الاستبصار وجودة الحياة لدى مرضى الفصام ، وذلك على عينة من الفصاميين (ن=131) طبق عليهم:

1- مقياس جودة الحياة والاستبصار لدى الفصاميين (إعداد الباحثة).

2- المقياس المختصر لتقدير الأعراض الطنفسية The Brief Psychiatry Rating Scale (PRRS) .

### وأشارت النتائج على أن :

- زيادة أعراض الفصام تقلل من الاستبصار وجودة الحياة لدى الفصاميين.
- ارتباط الاستبصار بجودة الحياة لدى الفصاميين وبحث الفصاميين عن العلاج والالتزام بالأنشطة الموجودة بالبرنامج العلاجي .

وفى كندا قام سعيدى وآخرون (Saeedi et al., 2007) ببحث عن العلاقة بين الاستبصار والاكنتاب والمعرفة بالأعراض الذهانية لدى مرضى الفصام ، وقد تكونت عينة الدراسة من ( ن = 278) من مرضى الفصام طبق عليهم :

- مقياس الأعراض السلبية والإيجابية للفصام The Positive and Negative Symptoms scale for Schizophrenia ( PANSS kay et al., 1987)

- مقياس جودة الحياة والاستبصار لدى الفصاميين The Quality of life scale (Qls, Heinrichs et al., 1984)

- مقياس وكسلر للذكاء .

### وأشارت نتائج الدراسة إلى أن :

- حوالى 60% من المرضى لديهم استبصار بأعراضهم المرضية بعد سنتين وزادت هذه النسبة إلى 80% بعد ثلاث سنوات .

- الأعراض المرضية تقل ويزداد الاستبصار بالالتزام بالبرنامج العلاجي ، كما أن الاستبصار قلل من التفكير الانتحارى وأعراض الاكنتاب .

دراسة توريس وآخرين (Torres et al., 2009) عن الاستبصار لدى مرضى الفصام والمتغيرات المرتبطة به ، وذلك على عينة من الفصاميين (ن=51) مريضاً متوسط أعمارهم 36.2 عاما وانحراف معيارى للعمر 10.13 سنة ، طبق عليهم :

- مقياس لشدة الأعراض الذهانية The Signs and Symptoms of Psychotic Illness .

- مقياس للاستبصار .

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أعراض القلق والاكتئاب قد ارتبطت بارتفاع الاستبصار لدى مرضى الفصام ، فى حين وجدت هذات أو ضلالات ارتبطت بنقص الاستبصار .

دراسة **نشوى إبراهيم (2010 , Ibrahim)** عن برنامج لزيادة الاستبصار لتحسين التحكم الداخلى والتقليل من أعراض الوصمة لدى عينة من المرضى الفصاميين (ن=30) منهم 15 خضعوا للبرنامج كمجموعة تجريبية ، 15 لم يخضعوا للبرنامج كمجموعة ضابطة . وقد استخدمت الباحثة مقاييس لقياس الوصمة الذاتية ، ومركز التحكم والاستبصار ؛ بالإضافة إلى البرنامج العلاجى .

### وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن :

- وجود تاريخ من العنف والعدوان لدى المريض يرتبط بنقص الاستبصار .
- التحكم الداخلى والاستبصار يرتبطان بنقص الشعور بالوصمة .
- برنامج زيادة الاستبصار أدى إلى نقص الشعور بالوصمة وزيادة التحكم الداخلى ، وزيادة الشعور بالوصمة والثقة لدى مرضى الفصام.
- المرضى الأكثر عرضة للشعور الداخلى أو الذاتى بالوصمة هم الذين يعززون أسباب مرضهم ونتائج العلاج منه إلى عوامل خارجية مثل القدر والحظ، المس من الجن ، أو حتى الفريق العلاجى ، وبمعنى آخر فإن المرضى ذوى التحكم الخارجى أكثر عرضة للشعور الذاتى بالوصمة من ذوى التحكم الداخلى .

دراسة **رمضان وعيده (2010 , Ramdan and Abdou)** عن العلاقة بين الاستبصار وجودة الحياة وعلاقتها بالوصمة والاكتئاب لدى مرضى الفصام ، وذلك على عينة مصرية من مستشفى الجامعة بطنطا (ن=60) من مرضى الفصام ، طبق عليهم المقاييس الآتية :

1-مقياس جودة الحياة للمرضى الفصاميين Schizophrenia Quality of Life scale (SQOLS)

2-مقياس الشعور الداخلى بالوصمة المرتبط بالأمراض العقلية The Internalized Stigma of Mental Illness ( ISMI) Scale

### وأشارت النتائج إلى:

- الاستبصار والمداومة على البرنامج العلاجى يخفف من الشعور بالوصمة ، ويزيد من الشعور بجودة الحياة لدى مرضى الفصام ؛ إذ أن الوصمة تؤدي إلى زيادة الشعور

باليأس والإحباط وعدم الإقبال على البرنامج العلاجى، كما أن ارتفاع الاستبصار يؤدى إلى التقليل من أعراض الوصمة وأعراض اليأس والاكتئاب.

- الوصمة الذاتية والشعور بالدونية وتمييز الآخرين على مريض الفصام يقلل من تقدير الذات والشعور بالرضا عن الحياة ، ويزيد من أعراض الاكتئاب ، كما يزيد من الإقبال على الكحوليات ، ويقلل من القدرة على التحكم ، كما أنها تزيد من شعور المريض بالضغوط المحيطة به ، ويصبح تأثير الضغوط أكثر عليه.

دراسة آيات عوكة (Oka , 2011) عن العلاقة بين الاستبصار وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفصام (ن=60) من مستشفى طنطا الجامعى ومستشفى الصحة النفسية بطنطا ؛ وقد طبقت الباحثة على أفراد العينة مقياس للمتغيرات الديموجرافية وجودة الحياة و الاستبصار لدى مرضى الفصام .

**وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن :**

- نقص الاستبصار لدى مرضى الفصام وكذلك انخفاض درجة جودة الحياة لديهم .
- ارتفاع مستوى الاستبصار يرتبط بارتفاع درجة جودة الحياة لدى مرضى الفصام .
- الاستبصار يرتبط بالوعى بالأعراض المرضية وكيفية مواجهة آثارها ، كما يرتبط بفاعلية مواجهة ضغوط المرض والالتزام بالبرنامج العلاجى لدى مرضى الفصام .

**تعلق على الدراسات السابقة :**

**أشارت نتائج المحور الأول إلى ما يأتى :**

- وجود ارتباط موجب دال بين انخفاض تقدير الذات والوصمة الاجتماعية والذاتية (Reinecke et al., 2011 , Chien et al., 2012 , Hartman et al., 2013) .

- وجود متغيرات قد تقوى تقدير الذات ، وتقلل من أعراض الفصام وأعراض الوصمة الذاتية مثل المساندة الاجتماعية (Reinecke et al., 2011) والصمود النفسى (Chien et al., 2012) والكفاية الشخصية و الاجتماعية وقوة الأنا (Cahit et al., 2014) .

- تقدير الذات يساعد المريض العقلى على مواجهة ضغوط الحياة وضغوط الوصمة الاجتماعية ، كما أن إدراك الوصمة الذاتية والاجتماعية فى غياب تقدير الذات يؤدى إلى زيادة الأعراض المرضية وتجنب المساعدة العلاجية وإنكار المرض . (Stinar, 2014)

**وأشارت نتيجة المحور الثانى إلى ما يأتى :**

- أن الاستبصار يساعد على التغلب على أعراض الوصمة الذاتية ، ويساعد على الالتزام بالبرنامج العلاجي . (Mintz , et al., 2004, Hasson et al., 2006) .

- ان الأعراض المرضية تقل بزيادة الاستبصار ، وأن الاستبصار يزيد بالبداية في البرنامج العلاجي والالتزام به ، كما أن الاستبصار يقلل من أعراض الاكتئاب والتفكير الانتحاري . (Saedi et al., 2007, Ramadan & Abdou, 2010)

وعلى عكس ما سبق أشارت بعض الدراسات ( Torres et al., 2009 ) إلى أن زيادة الاستبصار قد ارتبطت بزيادة أعراض القلق والاكتئاب

ومن خلال الإطار النظري والدراسات السابقة أمكن صياغة فروض الدراسة على

النحو التالي :

**فروض الدراسة :**

**الفرض الأول :**

يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين أبعاد الوصمة الذاتية (" الشعور بالاعتزاز ، التمييز والتميز ، الشعور بالدونية والرفض - الانسحاب الاجتماعي ، السرية وإخفاء المرض ، مقاومة الوصمة ") وبين تقدير الذات الإيجابي لدى عينة من مرضى الفصام .

**الفرض الثاني :**

يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين أبعاد الوصمة الذاتية (" الشعور بالاعتزاز ، التمييز والتميز ، الشعور بالدونية والرفض - الانسحاب الاجتماعي ، السرية وإخفاء المرض ) وبين الاستبصار ، كما يوجد ارتباط موجب بين مقاومة الوصمة والاستبصار وذلك لدى أفراد العينة من مرضى الفصام .

**منهج الدراسة :**

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة ووصفها وصفاً دقيقاً ، ويوضح خصائصها عن طريق التعرف عليها وصياغة النتائج في

ضوئها ، وفى الدراسة الحالية تم حساب معامل الارتباط بين إدراك الوصمة الذاتية وبين كل من تقدير الذات والاستبصار .

### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة فى البداية من (105) مريضاً بالفصام من الذكور من مستشفى الخانكة للصحة النفسية لم يكمل بعضهم الاستجابة على أدوات الدراسة ( ن = 14 ) فاستقر العدد النهائى لأفراد العينة الذين استكملوا الاستجابة على أدوات الدراسة (91) من مرضى الفصام ؛ وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (30 سنة إلى 55 سنة ) بمتوسط عمر (40.44) سنة وانحراف معيارى (7.21) سنة وتصنيفهم وفقاً للطبيب النفسى ومحكات DSM IV على النحو الآتى ( 32 فصام غير مميز ، 25 فصام البارانويا ، 34 فصام وجدانى ) .

وقد اختارت الباحثة فى الدراسة الحالية فئة الفصام البارانوى لعدة أسباب ؛ منها أن الفصام البارانوى له معالم تشخيصية خاصة به مثل الاحتفاظ النسبى بالوظائف المعرفية والوجدانية ، وقد تكون لديه ضلالات ولكنها عادة ما تنظم حول موضوع متماسك، ومريض فصام البارانويا لا يعانى من الهلوس أو الكلام المضطرب والسلوك المضطرب أو التخشبى أو الوجدان السطحى وغير المناسب .

كما تم اختيار فئتى الفصام غير المميز والوجدانى لأنهم أكثر فئات الفصام انتشاراً بالمستشفى . وقد تم اختيار أفراد العينة وفقاً لعدة معايير ، هى :

**1-السن :** حيث تراوحت أعمار افراد العينة ما بين ( 30 - 55 ) سنة تجنباً لعوامل التدهور فى القدرة العقلية الناتجة عن التقدم فى السن .

**2-التعليم :** تتطلب الاستجابة للاختبارات قدراً معقولاً من الفهم والوعى لذلك كان اختيار عينة الدراسة من مرضى الفصام الحاصلين على مستوى متوسط من التعليم ( دبلومات فنية وثانوية عامة ) ومستوى فوق المتوسط (معهد فنى تجارى ، معهد فنى صناعى ، معهد فنى صحى ) ثم المستوى العالى ؛ إذ بلغ عدد افراد العينة الحاصلين على شهادات متوسطة (65 مريضاً) وفوق المتوسط (19) وتعليم جامعى ( 6 ) .

**3-التعاون :** أظهر المرضى درجة معقولة من التعاون عند الاستجابة لأدوات الدراسة ، وقد رفض بعضهم من البداية الإجابة على الاختبارات ، ورفض بعضهم إكمال الإجابة

على الاختبارات ، وكان بعضهم يجيب بطريقة نمطية؛ بمعنى أن يعطى استجابة واحدة لكل العبارات ، وقد تم استبعادهم من العينة الرئيسية .

وقد تغلبت الباحثة على شعور بعض المرضى بالملل من تطبيق الاختبارات عن طريق إعطاء فترات راحة للمرضى وتوزيع حلويات عليهم فى أثناء فترة الراحة .

### إجراءات التطبيق :

تم التطبيق على المرضى فى العنابر خلال شهر مارس 2015 فى مجموعات صغيرة (10) أفراد ؛ إذ تم إلقاء التعليمات عليهم والتنبيه على الدقة فى الإجابة وفهم العبارة أولاً قبل الإجابة واختيار الإجابة التى تعبر عن وجهة نظر المريض ، وتم إحاطتهم علماً بأن البيانات التى يدلون بها هى سرية ولأغراض البحث العلمى فقط.

واستغرق التطبيق عليهم حوالى ساعة ؛ إذ تم تطبيق استمارة جمع البيانات واستبيانات الاستبصار وتقدير الذات أولاً ، ثم أخذوا فترة راحة وتم بعدها تطبيق استبيان الوصمة الذاتية .

وقد واجهت الباحثة بعض الصعوبات فى أثناء التطبيق ، مثل عدم رغبة بعض المرضى فى الإجابة على أدوات الدراسة ، وتم استبعادهم ، وكذلك ملل بعض المرضى من الإجابة على أدوات الدراسة ، وتم إعطائهم فترة راحة ، وصعوبة فهم المرضى لبعض العبارات فكانت الباحثة تعيد قراءة العبارة عليهم مرة ثانية حتى يفهموها ، وقيام بعض المرضى بالاستجابة النمطية على الاختبارات ، أى إعطاء استجابة واحدة لكل العبارات ، وقد تم استبعادهم من العينة النهائية .

### أدوات الدراسة :

1- استمارة جمع بيانات عن المريض ( إعداد : الباحثة ) ، وقد وضع فى استمارة كل مريض التشخيص الموجود فى ملفه بمساعدة الطبيب النفسى والاختصاصى النفسى المشرف على العنبر ، كما تم جمع بيانات عن السن ودرجة التعليم والوظيفة - إن وجدت- وطبيعة العلاقة مع الأسرة.

2- مقياس الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام Self-Stigma (إعداد : الباحثة ) وهو مقياس للتقرير الذاتى Self-Report يهدف إلى الحصول على تقدير كمى لما يقرره مرضى الفصام من إدراكهم للوصمة الذاتية المتعلقة بالمرض العقلى فى أبعاد :

- الشعور بالاعتزاز عن المجتمع .
- التمييز والتمييز ضد المرضى العقليين .



- الشعور بالدونية والرفض .
- الانسحاب الاجتماعى .
- مقاومة الوصمة .

ولإعداد المقياس قابلت الباحثة عددًا من مرضى الفصام بمستشفى الخانكة للصحة النفسية ، لمعرفة المواقف والخبرات التى أشعرتهم بالخجل من مرضهم العقلى فى محيط الاسرة والأصدقاء والمجتمع ووسائل الإعلام .

كما اطلعت الباحثة على بعض المقاييس الأجنبية التى تناولت موضوع الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام ؛ ومن أهمها :

1-مقياس الوصمة المرتبطة بالأمراض العقلية لكيندرا Mental Illness Stigma Scale (Kendra, 2013) ، وتمت الاستفادة من بعض عبارات المقياس .

2-مقياس الوصمة المستدخلة للأمراض العقلية The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISM.I) (Ritsher and Phelon, 2004) وتم الاستفادة من المقياس فى بناء أبعاد المقياس الحالى وكذلك الاستفادة من مقياس الوصمة المستدخلة للأمراض العقلية فى إضافة بعد مقاومة الوصمة، إذ أشار ريتشر وفيلون (Ritsher and Phelon, 2004) إلى أهمية إضافة بعض مقاومة الوصمة؛ لأنه يساعد على مقاومة الوصمة الاجتماعية ويساعد على الاستبصار والالتزام بالبرنامج العلاجى ويساعد فى الشفاء .

3-مقياس الوصمة الذاتية فى الأمراض العقلية لدينا هاكمان (2011) The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI, Dina Hickman, 2011) ، وتم الاستفادة من المقياس فى صياغة بعض العبارات.

4-مقياس الوصمة الذاتية لطلب المساعدة العلاجية لهارتمان 2013 Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH, Hartman, 2013)

وقد تم عمل ثبات المقياس وصدقه على عينة مكونة من (50) من مرضى الفصام من مستشفى الخانكة للصحة النفسية ، تراوحت أعمارهم ما بين ( 30 -55) سنة بمتوسط عمرى ( 39.2 ) سنة وانحراف معيارى (5.89) سنة .

ويتكون المقياس من (60) عبارة موزعة على ستة أبعاد كما يأتى :

**البعد الأول : الاغتراب :** ويقيس مدى شعور المريض بالعزلة والتباعد عن الآخرين فى المجتمع ومدى إدراكه أن الآخرين لا يفهمونه Ritsher and Phelon, (2004)، ويشمل (10) عبارات هى : [ 1 ، 7 ، 13 ، 19 ، 25 ، 31 ، 37 ، 43 ، 49 ، 55 ] .

ومن أمثلة عبارات هذا البعد ( أشعر أننى غريب فى هذا العالم ، الناس لا يفهمونى ، أشعر بالوحدة والانعزال لسبب مرضى ) .

**البعد الثانى : التمييز والتميز ضد المرضى العقليين ،** وهو شعور المريض بأن المجتمع يقلل من شأنه ، ولا يمنحه حقوقه ، ويتسبب المرض العقلى له فى أن يتم التمييز ضده فى العمل أو الدراسة ، أو عدم تقبل إن يسكن وسط أناس عاديين ... إلخ (Hartman, 2013). ويشتمل البعد على عدد (10) عبارات هى ( 2 ، 8 ، 14 ، 20 ، 26 ، 32 ، 38 ، 44 ، 50 ، 56 ) ، ومن أمثلة عبارات هذا البعد [ أشعر أنه يتم تمييز الآخرين عنى ، المرض العقلى يسبب لسمعة الأسرة ، يعتقد الناس أن المرضى العقليين عديمو القيمة ] .

**البعد الثالث : الشعور بالدونية والرفض ،** ويتضمن هذا البعض العبارات التى تقيس شعور المريض العقلى بالرفض من المجتمع كله وشعوره بالنقص أو أنه أدنى من الآخرين بسبب مرضه العقلى (Stinar , 2014) ، ويتكون هذا البعد من (10) عبارات وهى ( 3 ، 9 ، 15 ، 21 ، 27 ، 33 ، 39 ، 45 ، 51 ، 57 ) ، ومن أمثلة عبارات هذا البعد [الناس يعاملونى كطفل أو كأننى أقل منهم ، أشعر أننى أقل من الآخرين بسبب مرضى العقلى، يتم معاملتى باحتقار بسبب مرضى ] .

**البعد الرابع : الانسحاب الاجتماعى ،** ويقيس مدى تجنب الفرد وابتعاده عن التفاعل الاجتماعى مع الآخرين وعدم حضوره التجمعات فى المناسبات المختلفة بسبب خوفه من رد فعل الآخرين تجاه مرضه العقلى (Bonfine , 2013) ، ويتكون هذا البعد من (10) عبارات وهى ( 4 ، 10 ، 16 ، 22 ، 28 ، 34 ، 40 ، 46 ، 52 ، 58 ) ،

ومن أمثلة عبارات هذا البعد [ أتجنب الدخول فى علاقات اجتماعية خوفا من رفض الآخرين ، أنسحب من أى موقف اجتماعى حتى لا يعرف الآخرون أننى مريض ].

**البعد الخامس : مقاومة الوصمة :** ويتعلق هذا البعد بقدرة المريض العقلى على مقاومة الضغط المرتبطة بالوصمة الاجتماعية ، وعدم شعوره بالخجل أو الخزى أو العار من مرضه ويعيش حياته بطريقة طبيعية ، ويتقبل المرض ويندمج فى البرنامج العلاجى الدوائى والنفسى ( Bonfine , 2013 ) ويتكون هذا البعد من (10) عبارات وهى ( 5 ، 11 ، 17 ، 23 ، 29 ، 35 ، 41 ، 47 ، 53 ، 59 ) . ومن أمثلة عبارات هذا البعد [أحيا حياة جيدة وأحقق ما أريده رغم مرضى العقلى ، يستطيع المرضى العقليون الاهتمام بالآخرين ورعايتهم ]

**البعد السادس : السرية وإخفاء المرض :** ويتضمن هذا البعد عبارات تعبر عن حرص المريض العقلى على فرض السرية على مرضه العقلى وإخفاءه عن الآخرين وحرصه الشديد على ألا يعرف أحد طبيعته مرضه ، أو أنه يتلقى علاجاً نفسياً Ritsher and Phenol ، ويتضمن هذا البعد (10) عبارات هى ( 6،12 ، 18 ، 24 ، 30 ، 36 ، 42 ، 48 ، 54 ، 60 ) ، ومن أمثلة عبارات هذا البعد [ أخبر الناس أننى مريض جسمى وليس عقلى ، لا أبوح بمرضى النفسى للآخرين ، أحاول بكل الطرق أن أخفى عن الآخرين مرضى العقلى ]

وتكون الاستجابة على المقياس وفقا لأربع مستويات (لا أوافق مطلقا " 1" ، أوافق قليلاً "2" ، أوافق كثيرا " 3" ، أوافق تماما " 4" ) . وكذلك تتراوح الدرجة على كل بعد من الأبعاد من 10 - 40 درجة . والدرجة المرتفعة على أبعاد (الاغتراب ، التنميط والتمييز ضد المرضى العقليين ، الشعور بالدونية والرفض ، الانسحاب الاجتماعى ، السرية وإخفاء المرض ) تعنى زيادة درجات الوصمة الذاتية ، أما الدرجة المرتفعة على بعد مقاومة الوصمة تعنى قدرة الفرد الإيجابية على مواجهة الوصمة الاجتماعية وضغوطها ، ولذلك سوف يتم التعامل مع أبعاد المقياس وليس مع الدرجة الكلية للمقياس .

### ثبات وصدق المقياس

بعد تعريف المقياس وتعريف كل بعد على حدة ووضع المفردات التى تقيسه قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس بكلية الآداب جامعة الزقازيق وأساتذة الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق وبنها (ن=10)، وتم التعديل فى صياغة بعض العبارات تمهيدا لتطبيق المقياس على عينة الثبات والصدق ، ثم قامت

الباحثة بتطبيق المقياس على عدد (  $n = 50$  ) من مرضى الفصام بمستشفى الخانكة للصحة النفسية .

### (أ) صدق المقياس :

تم التحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين ، الصدق الظاهري ، الصدق التلازمي .

1- **صدق المحكمين** : حيث تم عرض المقياس على عدد (5) من أساتذة علم النفس بكلية الآداب جامعة الزقازيق ، (5) من أساتذة الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق وبنها من قسم الصحة النفسية ، وترتب على هذا النوع من الصدق أن تم تعديل في صياغة بعض العبارات وحذف بعض العبارات وإضافة عبارات أخرى ؛ وقد بلغ معامل الاتفاق بين المحكمين 91% على عبارات المقياس .

2- **الصدق الظاهري** : حيث تم التحقق من وضوح العبارات والتعليمات على عينة الثبات والصدق .

3- **الصدق التلازمي** : حيث تم التحقق من صدق المقياس من خلال تطبيقه مع مقياس الاتجاه نحو المرض العقلي (عبد اللطيف خليفة ، 1998) ، وهو مقياس يتمتع بثبات وصدق مرتفع، وحسبت معاملات الارتباط بين المقياسين فبلغت (  $r = 0.75$  ) وهو ارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 ؛ مما يدل على صدق المقياس .

(ب) **ثبات المقياس** : تم التحقق من ثبات المقياس من خلال ( إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية ، الاتساق الداخلي ، ألفا كرونباخ ) .

1- **إعادة التطبيق** : قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الثبات والصدق ؛ وبعد مضي أسبوعين تمت إعادة التطبيق مرة ثانية على العينة نفسها ؛ وبحساب معامل الارتباط بين درجات العينة في التطبيقين بلغ (  $r = 0.79$  ) وهو معامل ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (0.01) ، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

2- **طريقة التجزئة النصفية** : قامت الباحثة بحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية ، وذلك بتجزئة المقياس جزأين ( فردي ، زوجي ) ؛ وتم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين فبلغ قيمته (0.45) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى (0.01) .

3-الاتساق الداخلي : حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد الذى تنتمى إليه، كما تم حساب الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس ، كما يتضح من الجدولين الآتيين :

### جدول (1)

الارتباط بين درجات كل مفردة من المفردات ودرجة البعد فى مقياس الوصمة

الشعور بالدونية والرفض		التميط والتمييز ضد المرضى العقلين		الاغتراب	
قيمة معامل الارتباط	العبرة	قيمة معامل الارتباط	العبرة	قيمة معامل الارتباط	العبرة
**0.37	3	**0.47	2	*0.54	1
**0.56	9	**0.44	8	**0.56	7
**0.55	15	**0.45	14	**0.43	13
**0.45	21	**0.56	20	**0.45	19
**0.56	27	**0.55	26	**0.32	25
**0.54	33	**0.49	32	**0.35	31
**0.48	39	**0.54	38	**0.46	37
**0.36	45	**0.55	44	**0.47	43
**0.47	51	**0.67	50	**0.65	49
**0.52	57	**0.34	56	**0.48	55

السرية وإخفاء المرض		مقاومة الوصمة		الانسحاب الاجتماعى	
قيمة معامل الارتباط	العبرة	قيمة معامل الارتباط	العبرة	قيمة معامل الارتباط	العبرة
**0.54	6	**0.52	5	**0.51	4
**0.65	12	**0.44	11	**0.43	10
**0.51	18	**0.72	17	**0.62	16
**0.73	24	**0.64	23	**0.63	22
**0.62	30	**0.72	29	**0.71	28
**0.46	36	**0.45	35	**0.44	34
**0.45	42	**0.56	41	**0.35	40
**0.47	49	**0.54	47	**0.37	46
**0.52	54	**0.55	53	**0.71	52
**0.55	60	**0.46	59	**0.44	58

\*\* مستوى الدلالة 0.01 ، \* مستوى الدلالة 0.05

يتضح من الجدول السابق (1) وجود ارتباط كل عبارة بالبعد الذى تنتمى إليه وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 ، مما يدل على التجانس الداخلى للمقياس .

### جدول (2)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس الوصمة الذاتية والدرجة الكلية للمقياس

دلالة الارتباط	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	أبعاد مقياس الوصمة
0.01	0.76	الاغتراب
0.01	**0.75	التميط والتمييز ضد المرضى العقلين
0.01	**0.74	الشعور بالدونية والرفض
0.01	**0.56	الانسحاب الاجتماعى

الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام  
د/ هبه محمد على حسن

0.01	**0.66	مقاومة الوصمة
0.01	*0.62	السرية وإخفاء المرض

يتضح من الجدول السابق (2) ارتباط أبعاد الوصمة الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس ؛ مما يدل على التجانس الداخلي للمقياس .

#### 4- معامل ألفا كرونباخ :

تم حساب معامل ثبات المقياس أيضا باستخدام معامل ألفا كرونباخ ؛ ويشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد ؛ ويوضح جدول (3) معاملات الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية .

#### جدول (3)

معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية لمقياس الوصمة الذاتية

معامل ألفا كرونباخ	أبعاد الوصمة
0.73	الاغتراب
0.63	التمييز والتميز ضد المرضى العقليين
0.81	الشعور بالدونية والرفض
0.72	الانسحاب الاجتماعي
0.73	مقاومة الوصمة
0.65	السرية وإخفاء المرض

ويتضح من الجدول السابق أن الثبات بمعامل ألفا كرونباخ تتراوح ما بين (0.63- 0.81) ، وهي معاملات تتراوح ما بين معاملات متوسطة ومرتفعة وتعبر عن تجانس الأداء على بنود الاختبار .

#### 3- مقياس روزنبرج لتقدير الذات : Rosenberg' Self-esteem scale

وهي أداة أعدتها ممدوحة سلامة (1991) عن مقياس روزنبرج لتقدير الذات، وهي أداة سريعة وسهلة التطبيق ، والأداة تعطى تقديراً لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام، وتتكون من عشرة عبارات يحدد المستجيب مدى انطباق كل منها عليه وفقاً للأربعة مستويات ، وتتراوح الدرجة عن كل عبارة ما بين درجة وأربعة درجات ، ويتراوح المجموع الكلي للدرجات ما بين عشرة درجات وأربعين درجة . وعبارات المقياس صيغت خمسة منها بشكل إيجابي (أشعر أني إنسان له أهميته وقيمته ، أشعر أن لي عدة صفات طيبة، يمكنني أن أقوم بأشياء بنفسى بنفسي بإجادة الآخرين لها .... ) ، كما صيغت الخمس عبارات الأخرى بشكل سلبي ( عموماً أشعر بانى فاشل ، أشعر أني ليس لدى الكثير مما

يدعو للفخر ، أعتقد أنني لا يرجى منى نفعاً على الإطلاق.... (إخ) ، ويمكن تصحيح جميع عبارات المقياس في الاتجاه السلبي بحيث تعكس الدرجات تقييماً سلبياً للذات ورؤية للنقائص ونقاط الضعف والفشل ، كما يمكن أن تصحح جميع العبارات في الاتجاه الإيجابي بحيث تعكس الدرجات تقديراً إيجابياً للذات ( في الدراسة الحالية صححت العبارات في اتجاه التقدير الإيجابي للذات ). وقد تم حساب ثبات الأداء وصدقه على بيانات عينة مكونة من 97 طالباً وطالبة بكلية الآداب جامعة الزقازيق ( 50 ذكور ، 47 إناث ) تراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 25 عاماً بمتوسط عمري وانحراف معياري قدرهما 21.2 + 2.1 عاماً (على التوالي) ، وقد تم حساب معامل ألفا لبيانات العينة وبلغت قيمته 0.86 . تم أيضاً حساب الصدق التلازمي للأداة الحالية مع مقياس أخرى لتقدير الذات ، فكان معامل الارتباط بين الدرجات على الأداة الحالية والدرجات على مقياس كوبر سميث إعداد **ليلى عبد الحميد عبد الحافظ (1984)**  $r = -0.66$  ( حيث تعكس الدرجة على الأداة الحالية تقديراً سلبياً للذات ، بينما تعكس الدرجة على المحك المستخدم تقديراً إيجابياً للذات ). كما كان معامل الارتباط بين درجاتها والدرجات على مقياس تقييم الذات - وهو أحد المقاييس الفرعية في استبيان تقدير الشخصية إعداد: **ممدوحة سلامة (1989)** هو  $r = 0.72$ .

#### 4- مقياس الاستبصار لدى المرضى العقليين :

تم استخدام مقياس الاستبصار المعرفي لـ **أرون بيك** The Beck Cognitive Insight Scale **وتعريب الباحثة** ، والمقياس هو أداة للتقرير الذاتي يقيس مدى وعي المريض العقلي بالأعراض المرضية وإدراكه لطبيعة المرض وأنه بالالتزام بالبرنامج العلاجي سيصل إلى الشفاء ويتكون من (15) عبارة ، وينطوي على عبارات الاستبصار وهي (1 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 8 ، 12 ، 14 ، 15 ) وعبارات نقص الاستبصار وهي (2 ، 7 ، 9 ، 10 ، 11 ، 13) ، وقد طبق بيك وزملاؤه هذا المقياس على المرضى العقليين الذين يتم علاجهم في مركز بيك للعلاج المعرفي ، ويتم حساب درجة الاستبصار كما يأتي :

- يتم جمع درجة الاستبصار الذي يشتمل على العبارات (1، 3، 4، 5، 6، 8، 12، 14، 15) ، ثم يطرح من المجموع عبارات نقص الاستبصار وهي (2، 7، 9، 10، 11، 13) . ليكون الناتج هو درجة استبصار المريض .

ويتم الإجابة على كل مفردة من مفردات المقياس على النحو الآتي :  
(لا أوافق مطلقاً " صفر " ، أوافق قليلاً "1" ، أوافق كثيراً "2" ، أوافق تماماً "3" ) .

وقد قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس وصدقه على العينة نفسها التي تم فيها التحقق من ثبات المقياس وصدق إدراك الوصمة الذاتية المستخدم في الدراسة الحالية وذلك على عينة من مرضى الفصام من مستشفى الخانكة للصحة النفسية ( ن = 50 )

وقد قامت الباحثة بترجمة عبارات المقياس ، وللتحقق من الثبات والصدق قامت الباحثة  
بما يلي :

#### أ - صدق المقياس :

تم التحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين ، والصدق الظاهري ،  
والصدق التلازمي .

صدق المحكمين : حيث قامت الباحثة بعد ترجمة العبارات بعرض الأصل  
والترجمة على عدد (2) من أساتذة قسم اللغة الانجليزية بكلية الآداب للتحقق من مدى  
مطابقة الترجمة العربية للأصل الإنجليزي .

وقد أشار المحكمان بإجراء بعض التعديلات البسيطة على الصياغة اللغوية ،  
وبعد ذلك تم عرض المقياس على عدد (10) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية  
بكلية الآداب والتربية جامعة الزقازيق ، وترتب على صدق المحكمين أن تم تعديل صياغة  
بعض العبارات .

#### ب- الصدق الظاهري :

حيث تم التحقق من وضوح العبارات والتعليمات على عينة الثبات والصدق .

#### ج - الصدق التلازمي :

حيث تم التحقق من صدق المقياس عن طريق تطبيقه مع مقياس تقييم  
الاستبصار النسخة الموسعة إعداد كيمب وديفيد (Kemp and David , 1996) ،  
وقامت بترجمته للغة العربية د. مروة عبد الجواد موسى (Mousa, 2010) ، وهدفه تقييم  
الاستبصار لدى المرضى النفسيين . والمقياس يتمتع بثبات وصدق مرتفع وتم  
استخدامه (في دراسة هويدا احمد معوض 2016).

وقد تم حساب معامل ارتباط بين المقياس الحالي ومقياس كيمب وديفيد فبلغت  
قيمة معامل الارتباط ر 0.81 ، مما يدل على صدق المقياس الحالي .

أما ثبات المقياس فتم حسابه من خلال (إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية ،  
الاتساق الداخلي) .

#### 1- إعادة التطبيق :

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الثبات والصدق ؛ وبعد مضي أسبوعين  
أعدت التطبيق مرة ثانية على العينة نفسها ؛ وبحساب معامل الارتباط بين درجات العينة



فى التطبيقين بلغ (  $r = 0.79$  ) وهو معامل ارتباط دال إحصائيا عند مستوى (0.01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

## 2- طريقة التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية ، وذلك بتجزئة المقياس جزأين ( فردى ، زوجى ) ؛ وتم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين فبلغ قيمته (0.54) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى ( 0.01 ) .

## 3- الاتساق الداخلى :

حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد الذى تنتمى إليه، كما يتضح من الجدول الآتى :

### جدول (4)

الارتباط بين درجات كل مفردة من المفردات والدرجة الكلية فى مقياس الاستبصار

الاستبصار	
قيمة معامل الارتباط	العبرة
**0.45	1
**0.58	2
**0.63	3
**0.65	4
**0.48	5
**0.49	6
**0.55	7
**0.56	8
**0.67	9
**0.38	10
**0.45	11
**0.52	12
**0.64	13
**0.56	14
**0.46	15

\* مستوى الدلالة 0.05      \* مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول السابق ارتباط مفردات مقياس الاستبصار بالدرجة الكلية للمقياس مما يدل على التجانس الداخلى للمقياس .

## الأساليب الإحصائية

الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام  
د/ هبه محمد على حسن

تم استخدام معامل الارتباط البسيط بطريقة بيرسون للتحقق من فروض الدراسة وهي العلاقة بين الوصمة وتقدير الذات وبين الوصمة والاستبصار .

### الفرض الأول :

يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين أبعاد الوصمة الذاتية (" الشعور بالاغتراب ، التمييز والتميز ، الشعور بالدونية والرفض - الانسحاب الاجتماعي ، السرية وإخفاء المرض ، مقاومة الوصمة ") وبين تقدير الذات الإيجابي لدى عينة من مرضى الفصام .

وللتحقق من صحة الفرض الأول قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط البسيط ليبرسون بين أبعاد الوصمة الذاتية وتقدير الذات الإيجابي ، كما يتضح من الجدول الآتي:

### جدول ( 5 )

معامل الارتباط بين أبعاد الوصمة الذاتية وبين تقدير الذات الإيجابي

أبعاد الوصمة						
تقدير الذات الإيجابي	الشعور بالاغتراب	التميز والتمييز	الشعور بالرفض والدونية	الانسحاب الاجتماعي	السرية وإخفاء المرض	مقاومة الوصمة
	**0.50-	**0.51-	**0.63-	**0.58-	**0.29-	*0.25

\*\* دال عند مستوى 0.01 \* دال عند مستوى 0.05

من الجدول السابق رقم ( 5 ) يتضح وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الإيجابي وبين أبعاد الوصمة الذاتية ( الشعور بالاغتراب ، التمييز والتميز ، الشعور بالدونية والرفض ، السرية وإخفاء المرض ) . ووجود ارتباط موجب بين تقدير الذات الإيجابي ومقاومة الوصمة .

وتؤيد نتيجة الفرض الأول ما سبق أن ذهبت إليه دراسة ناتالي بونفين (Bonfine , 2-13) من أن تقدير الذات ينبع من مصدرين : المصدر الأول تقدير الفرد لذاته من إنجازاته ونجاحاته وتقدير الآخرين للفرد ، وأن قبول الفرد لذاته مرتبط إلى حد كبير بقبول الآخرين له ، ومن ثم فإن الوصمة العامة أو الاجتماعية تقلل من شعور المريض العقلي بالقيمة والتمكن والتحكم ، وتقلل من شعوره بالقيمة والثقة .

وتشير **ناتالى بونفين** أيضاً إلى مقاومة الوصمة الذاتية تعتمد على مصادر اجتماعية ونفسية مثل الرعاية الصحية ، المساندة الاجتماعية ، الدخل ، دعم منظمات المجتمع المدني ، المستوى المرتفع من التعليم ، تقدير الذات ، فهذه المتغيرات تقوى من شعور المريض بالتحكم وتقلل من ضغوط ووصمة المرض العقلي عليه .

كما تشير دراسة **ستائر (Stainer, 2014 : 10)** إلى أن تقدير الذات هو أهم متغيرات الشخصية على الإطلاق ، وهو القيمة الرئيسة في كل الثقافات ؛ فتقدير الذات المرتفع هو ما يعيننا على مواجهة الأزمات والمشكلات ، بل إن تقدير الذات أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تساعد على مواجهة ضغوط الحياة ، وهو سبب النجاح في الدراسة والعمل والعلاقات والتفاوض بشأن المستقبل .

فتقدير الذات يمنح الفرد الشعور بالقيمة والاحترام والتمكن والكفاية الشخصية والاجتماعية والاستقلالية وتحمل المسؤولية والتحدى ، ومن ثم فإن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يبدون قلقاً واكتئاباً وخجلاً ، أقل في مواجهة وصمة المرض العقلي ، بل إن تقدير الذات المرتفع هو عامل وقاية أو حصانة ضد التأثير بالضغوط المرتبطة بالوصمة الاجتماعية ، فكلما ارتفع تقدير الذات قل تأثير الوصمة الاجتماعية على الفرد المصاب بمرض عقلي أو نفسى.

وكلما انخفض تقدير الذات زاد شعور الفرد بالفشل واليأس ونقص الفعالية ؛ ومن ثم فإنه يتأثر بالمتغيرات الخارجية وينسب الفشل في مواجهة ضغوط الحياة إلى ذاته ومن ثم يتأثر بالوصمة الاجتماعية العامة .

ويشير **كوراجون (Corigan , 2004)** إلى أن تقدير الذات يعمل باعتباره متغيراً وسيطاً بين استدخال الوصمة الاجتماعية وإدراك الوصمة الذاتية ؛ فالوصمة بما تتضمنه من مشاعر الاغتراب والدونية والشعور بالذنب والخجل والخزي والعار تتوقف على مدى إدراك الفرد لمخاطر الوصمة وقدرته على استخدام متغيرات نفسية واجتماعية ، وأهمها على الإطلاق تقدير الذات والمساندة الاجتماعية ، ومن ثم فإن تقدير الذات قد يتأثر أو لا يتأثر بالوصمة الاجتماعية طبقاً لآليات المواجهة الذاتية لضغوط الوصمة .

ومن ناحية أخرى فإن تأثير الوصمة يتوقف على مدى قابلية الفرد للتأثر بآراء الآخرين وقابليته للانجراح منهم ؛ فالوصمة الاجتماعية تحرك المشاعر السلبية في البداية تجاه الآخرين، والتي تتمثل في الغضب والعداء تجاه المجتمع ، ولكنها تتسلل تدريجياً داخل الفرد لتتحول إلى الغضب والعداء تجاه الذات ، وهذا ما تمثله المشاعر الاكتئابية وانخفاض تقدير الذات . **(رشا الديدي ، ومريم صالح ، 2015)**

ويرى ستيفن (Stephen , 2011) أن الوصمة الذاتية ترتبط سلبياً بجودة الحياة والفعالية و تقدير الذات ، وترتبط إيجابيا بأعراض القلق والاكتئاب والميل للانتحار ، كما يشير ستيفن إلى أن الوصمة الذاتية والوصمة الاجتماعية هما أكبر ضغط يواجه المريض العقلي وأسرته .

ويرى بيك وآخرون (Beck , et al., 2009) أن الوصمة الذاتية يسبقها ويصاحبها مجموعة من المعتقدات التي تقلل من قيمة الذات لدى المريض العقلي مثل (المريض العقلي فاشل وميئوس منه ) ( المريض العقلي ضعيف ولا يرجى منه نفعاً ) (المريض العقلي يفتقر إلى القوة والإرادة ) ، ومثل هذه المعتقدات والأفكار السلبية تؤدي إلى الشعور بالخجل والخزي والعار وانخفاض تقدير الذات وزيادة مشاعر الاكتئاب .

ويتسائل كندرا (Kendra , 2013) عن طبيعة العلاقة بين تقدير الذات وبين الوصمة الذاتية ، فهل تقدير الذات يؤدي إلى الوصمة أم أن الوصمة تقلل من الشعور بتقدير الذات ، ويرى كندرا أن العلاقة بينهما دائرية ومتبادلة بمعنى أن الأعراض المرضية ترتبط بالوصمة التي بدورها تؤدي إلى انخفاض تقدير الذات الذي يؤدي بدوره إلى المبالغة Over perceive في إدراك الوصمة الذاتية ، كما أن هناك متغيرات نفسية قد تدعم العلاقة بين الوصمة الذاتية والتقدير السلبي للذات مثل نظرية العزو Attribution Theory ؛ إذ أن المرضى العقلانيين الذين يعززون الأحداث السلبية والأعراض المرضية إلى مصادر ذاتية مثل قدراتهم المحدودة وفشلهم المتكرر فإن أعراض الوصمة تزداد لديهم وتؤدي إلى شعورهم بالخجل والخزي ، كما يزداد لديهم الشعور بعدم القيمة لعدم قدرتهم على مواجهة ضغوط الحياة وعزو الفشل دائما لأنفسهم والتأثير بشدة لمواجهة نظرة المجتمع فيهم ؛ فتميز المجتمع ضدهم ، ونبذهم لهم والتحقير من شأنهم وعزلهم وإبعادهم وحرمانهم من معظم حقوقهم يجعلهم يستدخلون تلك الصفات فينسبون الفشل إلى ذواتهم وأنهم سبب ما يحدث لهم ، ومن ثم يزداد الشعور بالوصمة ، كما يزداد انخفاض تقدير الذات لديهم .

ويشير لانين وآخرون (Lannin et al., 2014) إلى أن الوصمة الاجتماعية الذاتية والوصمة الذاتية يقللان من الشعور بالقيمة لدى الفرد ولكن إذا كان تقدير الذات مرتفعاً فإن الفصامي قد لا يتأثر كثيراً بالوصمة الاجتماعية ، ومن ثم فإنه قد تقل لديه أعراض الوصمة الذاتية .

## الفرض الثاني :

يوجد ارتباط سالب دال إحصائيا بين أبعاد الوصمة الذاتية ( " الشعور بالاعتزاز ، التنميط والتمييز ، الشعور بالدونية والرفض - الانسحاب الاجتماعى ، السرية وإخفاء المرض ) وبين الاستبصار ، كما يوجد ارتباط موجب بين مقاومة الوصمة والاستبصار وذلك لدى أفراد العينة من مرضى الفصام .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط البسيط (بطريقة بيرسون ) لأفراد العينة (ن = 91) على مقياس الوصمة الذاتية ودرجاتهم على مقياس الاستبصار ، كما يتضح من الجدول التالى :

### جدول ( 6 )

معامل الارتباط البسيط (بطريقة بيرسون ) بين أبعاد الوصمة الذاتية والاستبصار لأفراد العينة (ن = 91)

الاستبصار		أبعاد الوصمة الذاتية
مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	
0.01	**0.69 -	الشعور بالاعتزاز
0.01	**0.43 -	التنميط والتمييز ضد المرضى العقلين
0.01	**0.59 -	الشعور بالدونية والرفض
0.01	**0.65 -	الانسحاب الاجتماعى
0.01	**0.33	مقاومة الوصمة
0.01	**0.42 -	السرية وإخفاء المرض

\*\* دال عند مستوى 0.01 \* دال عند مستوى 0.05

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط سالب بين الاستبصار وأبعاد الوصمة الذاتية (الشعور بالاعتزاز ، الشعور بالدونية والرفض ، الانسحاب ) وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين مقاومة الوصمة والاستبصار .

وتتفق هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة روسمان وآخرين (765 - 760 : Roseman et al., 2008) من أن ارتفاع الاستبصار يرتبط بالوعى بالأعراض المرضية وأهمية العلاج والالتزام بالبرنامج العلاجى الطبى والنفسى والمداومة على الأدوية وجلسات العلاج النفسى الفردى والجماعى ، والقدرة على مواجهة الضغوط المرتبطة بالأمراض العقلية مثل (نقص الدخل ، الإقامة فى المستشفى

وسخرية الآخرين بسبب طبيعة المرض ) ويرتبط الاستبصار كذلك بالقدرة على التحدى ومقاومة أعراض الوصمة وعدم التأثر كثيرا بالوصمة الاجتماعية . فى حين أن نقص الاستبصار قد ارتبط بزيادة وشدة الأعراض المرضية فى الفصام وزيادة الشعور بالوصمة الاجتماعية والذاتية .

وأشارت دراسة هويدا أحمد ( 2016 ) إلى أن الاستبصار يتزايد باستمرار التزام مريض الفصام بالعلاج النفسى والدوائى؛ إذ توصلت دراستها إلى أن جوانب الاستبصار وفقا للمقياس المستخدم فى دراستهما وهى ( الوعى بوجود المرض العقلى ، إدراك العواطف النفسية والاجتماعية للمريض العقلى ، إدراك الحاجة لتلقى العلاج والاستمرار فيه ، التعرف على الأعراض المرضية ) قد تحسنت بالاستمرار فى العلاج والالتزام به.

كما تتفق نتائج الفرض الثانى مع ما سبق أن أشار إليه بوشى وآخرون (Buchy et al., 2009) من أن الاستبصار يرتبط بتناقص الوصمة الذاتية والاجتماعية وتناقص الأعراض المرضية ، وبدون الاستبصار لن يستطيع المريض أن يدرك أعراضه المرضية أو يعيها ، ولن يستطيع التحكم فيها .

وهذا ما أشارت إليه أيضا دراسة منتز وآخرين (Mintz et al., 2004) من أن الاستبصار يتضمن وعى المريض بأن لديه مرض عقلى ووعيه كذلك بالنواتج الاجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى مثل ( سخرية الآخرين ، تناقص العلاقات وتدهورها ، الحرمان من بعض المزايا فى العمل أو السكن ... إلخ ) وكذلك إدراكه لحاجته إلى العلاج والالتزام بالبرنامج العلاجى الدوائى والنفسى ، وكل هذه الجوانب تزيد من قدرة المريض على التحكم فى الأعراض والشفاء منها .

ويشير حاسون وآخرون (Hasson et al., 2006) إلى أن الاستبصار هو خطوة مهمة للشفاء والتأهل ؛ بل هو مفتاح الشفاء والتغلب على المشاعر السلبية الاجتماعية والذاتية الناتجة عن الإصابة بالمرض العقلى ، بل ويساعد الاستبصار المريض العقلى على مقاومة ضغوط الوصمة الاجتماعية.

### تعليق على النتائج :

أشارت نتائج الدراسة إلى :

- وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات الإيجابى وبين أبعاد الوصمة الذاتية (الشعور بالاغتراب عن المجتمع ، التمييز والتميز ضد المرضى العقلين ، الشعور بالدونية والرفض ، الانسحاب الاجتماعى).

- وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين تقدير الذات الإيجابى وبين مقاومة الوصمة الذاتية ، مما يشير إلى دور تقدير الذات فى مقاومة الضغوط المرتبطة بالوصمة الذاتية وإلى دوره كأحد متغيرات الشخصية فى التقليل من الشعور بالاغتراب والدونية والرفض والتميط الناتج عن الإصابة بالفصام؛ إذ أن الشعور بالقيمة و الثقة والكفاية الشخصية والاجتماعية هى ما يعيننا عند مواجهة المشكلات ؛ فما يساعد المريض على مواجهة الضغوط المرتبطة بالوصمة الذاتية ، هو شعوره بالقيمة .
- أن أبعاد الوصمة الذاتية ترتبط سلبياً بالاستبصار ، بمعنى أن الاستبصار بالمرض العقلى وأبعاده الاجتماعية ونواتجه وإدراك أهمية البدء فى العلاج والاستمرار فى البرنامج العلاجى يساعد على سرعة الشفاء ، لا سيما إذا تزامن مع الاستبصار الشعور بالقيمة والقدرة على مقاومة الوصمة الذاتية.

### أوجه الاستفادة من الدراسة الحالية :

أشارت النتائج إلى أن أبعاد الوصمة الذاتية ترتبط بتقدير الذات المنخفض ونقص الاستبصار . وقد أشارت الدراسات فى مجال الوصمة الذاتية والاجتماعية ( Jones and Corrigan , 2014 : 9 – 34 ) إلى الدور المباشر لإدراك الوصمة الاجتماعية وتحولها إلى وصمة ذاتية تدفع المصابين بالفصام وأسرهم إلى عدم الإفصاح عن المرض خشية أن ينالهم الوصم والعار ؛ وهذا ما قد يؤدي إلى تأخر طلب العلاج وإلى زيادة الأعراض المرضية .

وعليه فإن غياب برامج متخصصة للتعامل مع حالات الوصم على المستوى المجتمعى والمؤسسات العلاجية من شأنه أن يفاقم المشكلة ولا يعمل على تيسير العملية العلاجية ، وقد يكون انخفاض مستوى الوصم عاملاً حاسماً فى التحسن العلاجى وهو ما قد يحتاج إلى توعية نفسية واجتماعية لقبول المريض العقلى مما يساعد على التعجيل بعلاجه .(رشا الديدى ومريم صالح ، 2015) .

ولذلك توصى الدراسة الحالية بما يأتى :

- 1- العمل على وضع برامج إرشادية لرفع تقدير الذات والشعور بالكفاية الذاتية والشخصية وزيادة الاستبصار للشباب والمراهقين فى مواجهة الضغوط والمرضى العقلين لمواجهة الضغوط المرتبطة بالوصمة .
- 2- إجراء اختبارات نفسية فى المرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية لاكتشاف الأطفال والمراهقين المعرضين لاحتمالية الإصابة بالفصام وعمل وقاية لهم واتخاذ ما يلزم من علاج للفرد أو علاج للأسرة أو تعديل للبيئة التى يعيش فيها الطفل والمراهق .
- 3- وجود برامج متخصصة على المستوى القومى للتعامل مع الوصم على المستوى المجتمعى والمؤسسات العلاجية .

- 4- وضع برامج إعلامية لتحسين الصورة الذهنية للمريض العقلي وعدم السخرية منه أو من الطبيب النفسى والمعالج النفسى ، وعمل برامج تستهدف تقوية الصحة النفسية وتقديم صورة حقيقية للأمراض النفسية و العقلية ؛ لأن الوصمة تؤدي إلى حرمان آلاف المرضى من تلقي العلاج مما يزيد من شدة المرض لديهم .
- 5- توجيه البحوث فى المستقبل وكذلك التدخلات العلاجية والوقائية لمساعدة الأشخاص المصابين بالفصام للتغلب على معتقداتهم السلبية وتدعيم قدرتهم على مواجهة الضغوط.
- 6- إتاحة الفرصة للتتقف النفسى لمرضى الفصام للتركيز على الاستبصار والشعور بالقيمة .
- 7- يجب أن نرفع من شأن أهمية العلاج النفسى للمرضى وذويهم حيث أنه يساعد فى تعليم المرضى وذويهم وتغيير الصورة الذهنية السلبية عن المرض العقلى والنفسى ويساعد على الاستبصار ويقلل من الأعراض المرضية.
- 8- تأهيل المجتمع والأسر لتقبل المريض النفسى وإدماجه فى المجتمع مرة ثانية للتقليل من الانتكاسة .
- 9- التدخلات لمكافحة وصمة العلاج النفسى والطب النفسى وتحسين معرفة الناس بالاضطرابات النفسية والوقاية منها ودور المعالج النفسى والطبيب النفسى فى التعامل معها .

### بحوث مقترحة :

فى ضوء الدراسة الحالية أمكن استنباط بعض البحوث المقترحة كما يأتى :

- 1- إدراك الوصمة الذاتية وعلاقتها بالميل للانتحار لدى مرضى الفصام .
- 2- برنامج معرفى سلوكى للتغلب على المعتقدات المرتبطة بالوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام .
- 3- برنامج معرفى سلوكى لرفع الاستبصار لدى مرضى الفصام .
- 4- برنامج تدريبى لرفع مستوى الصمود الأسرى للتغلب على الوصمة الذاتية والاجتماعية لدى أسر الفصامين .



## المراجع

### أولاً : المراجع العربية :

- 1- أحمد عكاشه (2010) : الطب النفسى المعاصر ، ط 5 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 2- انطونى ستور : فن العلاج النفسى ، ترجمة لطفى فطيم ( 1999 ) : القاهرة ، دار النهضة المصرية .
- 3- أنور مجد الشرقاوى ( 2012 ) : التعلم نظريات وتطبيقات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 4- أوتوفينخل : نظرية التحليل النفسى فى العصاب ، الجزء الثانى، ترجمة: صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل رزق (1969) ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
- 5- رشا الديدى ومريم صالح ( 2015 ) : العلاقة بين الوصمة الذاتية وتأخر طلب العلاج والتحسن للعلاج والمتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الذكور المتعاطين للمواد المؤثرة نفسيا والمؤسسات العلاجية ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ، العدد 72 ، ص ص 3 - 42.
- 6- سيلفانو أريتى : الفصامى كيف نفهمه ونساعده ، دليل للأسرة وللأصدقاء ، (ترجمة عاطف أحمد ) الكويت ، عالم المعرفة ، العدد 156.
- 7- عبد الستار إبراهيم (2005): الحضارة والعلاج النفسى ، الكويت ، مجلة العلوم الاجتماعية.
- 8- عبد اللطيف خليفة (1989) : المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسى وعلاقتها بمركز التحكم ، دراسات فى علم النفس الاجتماعى ، القاهرة ، دار قباء للنشر.

الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام  
د/ هبه محمد على حسن

---

- 9- علاء الدين كفاى (1998) : الثقافة والمرض النفسى ، القاهرة ، الهيئة  
المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس ، العدد (3) ص  
ص 6-38.
- 10- ممدوحة سلامة ( 1991) : المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة  
النفسية لدى طلاب الجامعة ، مجلة دراسات نفسية ، ك ج3 ،  
رابطة الاخصائيين النفسيين ، ص ص 475 - 496.
- 11- ممدوحة سلامة (1989):استبيان تقدير الشخصية للكبار ، القاهرة ، مكتبة  
الأجلو المصرية .
- 12- هويدا أحمد معوض (2016) : الاستبصار وعلاقته بجودة الحياة لدى أنواع  
مرضى الفصام فى مراحل العلاج ، رسالة ماجستير غير منشورة  
، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

1. Ahmedani B. K. ( 2010 ) . **Mental Health Stigma : Society, Individuals, and the Profession.**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC324827/>
2. Baier, M. ( 2010) : Insight in schizophrenia : AReview. **Curr Psychiatry.** 12. 356 – 361.
3. Beck, A. Rector, N. Stolar and Grant, P. ( 2009) : **Schizophrenia Cognitive Theory, Research, and Theory.** London, the Guilford Press.
4. Biffitu, B., Dachew, B. and Tiruneh, T. ( 2014) : Stigma Resistance Among People with Schizophrenic et Amoral Mental Specialized Hospitalities Above , **Psychiatry**, Vol. 14, p 3–10.
5. Bonfine, N. (2013) : **Stigma, Self – Concept and Stigma resistance among individuals with mental illness.** Dissertation submitted to Kent state university in Partial Fulfillment of the Degree Requirement for the Degree of Doctor philosophy.
6. Burris S ( 2002) Disease stigma in US public health law. **J. Law Med Ethics** 30: 179 – 190
7. Cahit, K, Timothy, T. Chan F. and Bezyak, (2014) Dimension Ality of Turkish Version of Self–Stigma of Seeking help Scale, int–**J. of Counseling** Vol10, No31.
8. Chawla. N. & Ostafin , B. D. ( 2007) : Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology : and empireical review . **Journal of Clinical Psychology**, 63, 871– 890.

9. Chien C. Boon, B. and Lee, B. (2012) : Relationship Between Perceived Stigma, Coping Orientations, Self – esteem, and Quality of life in patients , **Schizophrenia**, Vol no.1, pp 101–10.
10. Coopersmith, S.( 1981) : The antecedents of self – esteem. **California Counseling Psychologists**.
11. Corrigan . P. (2004) : How stigma Interferes with mental health care **American Psychologist** , 50 (7) , 614 – 625.
12. Corrigan PW, Kuwabars SA, O'Shaughnessy J( 2009) : **The public stigma of mental illness and drug addiction** . J Soc Work 9 : 139– 147.
13. Corrigan PW, River LP. L udin RK, Wasowski KU, Camion J. et al., (2000) Stigmatizing attributions about mental illness. **J Com Psychol** 28 : 91 – 103.
14. Corrigan PW, Waston AC ( 2002) : The paradox of self – stigma and mental illness. **Clin Psychol Sci Pract** 9 : 35 – 53.
15. Corrigan PW, Watson AC, Barr E ( 2006) : The self – stigma of mental illness : implications for self – esteem and self – efficacy . **J Soc Clin Psychol** 25 : 875 – 884.
16. Corrigan PW, Watson AC, Heyrman MI., Warpinski A, Gracia G et al. (2005) : Structural Stigma in state legislation. **Psychiatry serv** 56 : 544 – 550.
17. Corrigan, P. and Kosyluk, K. ( 2014) : Mental illness Stigma :types, Constructs, and Vehicles for change in. p. Corrigan, (E.D.) the Stigma of Disease and Disability. Understanding Courses and Overcoming in Justine, ( 35–56).. Washington , American Psychological Association .

18. Crisp AH , Gelder MG, Rix S, Meltzer HL, Rowlands OJ ( 2000) : **Stigmatization of People with Mental Illness** . Br J Psychiatry 177 : 4-7.
19. David ,H. R. ( 1990) : Beliefs feelings and insight of patients with schizophrenia about taking medication. **Journal of Advanced Nursing** . 12 , 177- 182.
20. Dobeia, A., (2005) : **Insight engancement Program ( IEP)**. 9-20. [www.agiadh hospital.com](http://www.agiadh.hospital.com).
21. Erikson, E. ( 1970) : Childhood and Society, London, Penguin Boores.
22. Goffman, E. ( 1963) **Stigma Notes on the management of Spoiled identity** . Englewood Cliffs, N\_ : Prentice- Hall.
23. Grisp , A. H., Gelder , M. G., Rix, S., Meltzer H. I., & Rowlands, O j. (2000) : Stigmatization of people with mental illnesses. The **British Journal of psychiatry** , 177, 4-7.
24. Hamoud, S. ( 2008) : **The Relation between quality of life and locus of control among schizophrenic out patients** . Un Published master thesis. University of Alexandria. Faculty of nursing.
25. Hartman, L. Michel, N. Winter, A., Young, Flett, G and Goldberg. J. (2013) : Self – Stigma of Mental Illness in Height School Youth. Conation **Journal of School Psychology**, Vel 28 , No.1, p 28-42.
26. Haslon . J. and Davies, E. ( 2006) : Prejudice and Schizophrenia : a Review of The mentions is an illness Like another approach. **Acta Psychiatry Scand** , Vol ( 1) Pp. 304 – 314.

27. Hickman, D. ( 2011 ) : Relationship Between Self–stigma and Personal Empowerment among People Who. Have Severe Mental Illness. **Dissertation Presented to the Faculty of the Hahn School of Musing and Mental Science University of son Diego in Partial Fulfillment of the requirement for Therese Doctor of Philosophy in Nursing .**
28. Hulsohoff P. Schnack, H., & Mandl. R. ( 2001 ) : Focal gray matter density changes in schizophrenia. **Archives of General Psychiatry.** 58,1118 – 1125.
29. Ibrahim, N. (2010 ) : The efficacy of : Insight enhancement Program (IEP) on imp rowing the perception of internalized stigma, and locus of control among schizophrenia patients .**Un Published master thesis. Cairo University,** Faculty of nursing, psychiatric and mental health nursing department.
30. Johnson, J.H. & Sarason, I.G., (1976) : Moderator Variables in life stress research in . I.g. Sarason & C.D. Spiel Berger (Eds) **Stress and Anxiety** .(vol. 6,pp.151–167) : Washington : D.C : Hemisphere.
31. Johnson, J.H. & Sarason, I.G., (1978) : Life stress depression and anxiety : Internal – external Control as a moderator variable. **Journal of Psychosomatic research,** Vol. 22, pp. 205 – 208.
32. Jones, C.P ( 1987 ) : Stigma : Tattooing and branding in Craeco – Roman Antiquity . **Journal of Romon Studies,** 77. 139 – 155. doi : 10, 2307/300578.

33. Jones. N. and Corrigan, P. ( 2014) : Understanding Stigma in P. W. Corrigan ( Ed) , **the Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming in Justices** ( pp 9 – 34), Washington, American Psychological Association .
34. Jung. H. Kim, S. & Hwang.S.( 2008) : The Relationship between insight, Cognitive function and quality of life in chronic schizophrenia patients. **Schizophrenia Research** , 98 , 3-199.
35. Kao, Y. Wang,, T. Wenlu. C. & Ping liu. Y (2011) : Assessing cognitive insight in no psychiatric individuals and out patients with schizophrenia in Taiwan: an investigation using the beck cognitive insight scale . **BMC Psychiatry**. 11, 170 , 2-14.
36. Kelaher M. Warr D., Feldman P. and Tacticos T. ( 2010) : Living in Birdsville " Exploring the impact of neighborhood Stigma on health . **Health & Place** 16381 – 388
37. Kemp. R. & Lambert, T. (1995) : Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology . **Schizophrenia Research** 18, 21 – 28.
38. Kemp. R. David, A. ( 1996) : Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients **The British Journal of Psychotic patients** 169 ,(4) , 444- 450.
39. Kendra, M. ( 2013) Mental illness Stigma, and the Mental Illness Symptoms. Attest of Bidirectional Influences. Dissertation Submission partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy at George Mason University.

40. Kingdom, D. and Turkington, D.C. ( 2010) : **Cognitive Therapy of Schizophrenic** .London, The Guilford Press.
41. Kliewer, W. & sandler, I.N., (1992) : Locus of control and self – esteem as moderators of stressor – symptom relations in children and adolescents. **Journal of Abnormal Child Psychology** .Vol. 20, No. 4 , pp. 393–413.
42. Kutz, M. & Tolman, A. (2011) : Neurocognition . Insight in to illness and subjective quality of life in schizophrenia : What is their relationship ? **Schizophrenia Research**. 127 . 157– 162.
43. Lannin, D., Vogel , D., Brenner, R. and Tucker, J. ( 2015) : Predicting self – esteem and intentions to seek ( Counseling the intercalated stigma model , **the Counseling psychologist**, vol 43, No.1, pp 64–93.
44. Livingston, J. (2012) : Self. Stigma Ned Quality of Life among People with Mental Illness Who Receive Ronrulsorys Community Treatment Servies, **Journal Of Community Psychology** , Bol 40 , No. 6 pp . 699 –714.
45. Luoma J. Twohig M. Waltz T., Hayes S. , Roget N., Padilla m. and Fisher G. ( 2007) : An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. **Addictive Behaviors** 32 , 1331– 1346.
46. Luoma J., Nobles R., Drake C., Hayes S., H 'Hair A., Fletcher L. and Kohlenberg B ( 2013) Self – Stigma in Substance Abuse : Development of a New Measure . **J. Psychopathic Beha Assess**. 35 : 233 – 234.



47. Mack, J.E ( 1983) : Self – esteem and its development : An over view in J.E. Mack & S.I ablon (Eds) **the development and sustenance of self – esteem in childhood** (pp. 1–42): new York : International Universities Press.
48. Mintz, A. Addington , J. & Addington D. ( 2004) : Insight in early psychosis : a l– year follow – up . **schizophrenia research** . 67, 213–217.
49. Mohamed, M. (2009) : **The Relationship between cognitive impairments and the quality of life of patients with schizophrenia**. Un Published master thesis . Alexandria university . Faculty of Nursing.
50. Mosa. M. ( 2010) : **The effect of " Drug Compliance Therapy "** On the Complimented attitude Toward Medication and Insight among hospitalized Psychiatric Patients . **UnPublished Doctor thesis. Alexandria University . Faculty of Nursing.**
51. Mosanya, T., Adelufosi, Adebwole G. and Adebayo, O. (2014) : Self– Stigma, Quality of life and schizophrenia : An Outpatient Clinic Survey in Nigeria. **International Journal of Social psychiatry**. Vol 60, No. 4, pp 377–386.
52. Murk, A. (1999) : Self– esteem, Research , theory and Practice New York , Springer Publishing Company
53. Mutsatsa. S. Joyce E. Hutton S & Barnes.T ( 2006) : Relationship between insight , cognitive function , social function and symptomatology in schizophrenia . **Eur – Arch psychiatry clin Neurosci**. 256, 356 –363.

54. Oka, A. ( 2011) : **The relation between insight and quality of life among schizophrenic patients.** Un published master thesis, Tanta university, Faculty of nursing. Psychiatric and mental health nursing department.
55. Rafael, S. Natalia, O. Arantzazu, Z. Jon, G.& Javier . P. (2010) insight in first episode psychosis. Conceptual and clinical Considerations. **Eur. J. Psychiat.** 24, 2, 78 – 86.,
56. Ramadan, E. & Abdi E;Dapd. W/) 2010) : Relation between insight and quality of life in patients with schizophrenia : Role of internalized stigma and depression . **Current Psychiatry.** 17 , 3, 43– 48.
57. Ritsher, J. B., Otilingam , P. G., & Grajales, M. ( 2003) : Internalized Stigma of mental illness : psychometric properties of a new measure , **Psychiatry research** , 121 , 31 – 49.
58. Roseman, A. Kasckow J. Fellows. I. Osatuke. K. Patterson . T. Mohamed . S. & Zisook. S. ( 2008) :Insight. Quality of life . and functional capacity in middle – aged and older adults with schizophrenia . **International Journal of Geriatric Psychiatry.** 23, 760– 765.
59. Rosenberg, M, ( 1989) **Society and the adolescent self–Image. Revised edition.** Middletown, CT : Wesleyan University Press.

60. Rosenfield, S. (1997) : Labeling Mental Illness, The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction . **American Sociological Review**, 62 , 660– 672.
61. Sacedi, H., Addington , J. & Addington , D. ( 2007) : The associations of insight with psychotic symptoms. Depression . and cognition in early psychosis A 3 – Year follow – up **Schizophrenia Research**, 89 , 123– 128.
62. Sadock , B. , Sadock , B and Ruiz, P. (2015) : Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry. **Behavioral Sciences clinical psychiatry**, London, Walters Kluwer.
63. Shrivastova, . A. (2011) : Origgin and impact of Stigma and Discrimination in Schizophrenia – Patients , Perception : Mumbai Study. **Stigma Research and Action**, Vol., No1. pp. 67–72.
64. Smart , L., & Wegner , D. M. ( 1999) : Covering up what can't be seen : Concealable stigma and mental control . **Jornal of Personality and social psychology** , 77 ( 3 ) , 474 – 486.
65. Stainar, L.( 2014) : **Effects of Facial effects Recognition, Self– Stigna and Self – esteem on Coping in Severe and Persistent** Men illness Dissertation Submitted, in partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Doctor Philosophy Seattle Pacific Universities
66. Weiler, M. , Flisher, M. and Comp hell, D. (2000) : insight and symptom Change in Schizophrenia and other Disorders **Schizophrenia Research** vol 45, pp. 29–36.

67. Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. ( 2000) : Thought suppression. **Annual Review of psychology** , 51 , 59 – 91.
68. Wills, A.T. & Langner, T.S ( 1980) : Socioeconomic status and stress in L Kutach & L.B. Schlesinger (Eds) **stress and anxiety** (pp. 159 – 188). London :**Jossey bass Publishers**.
69. World Health organization , WHO (2003) : **Investigate in mental health . WHO, Geneva, Switzerland.**