

# فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوصمة الذاتية لدى عينة من مرضى الفصام

بحث مقدم من الباحث / علاء مصطفى

2021م - 1442هـ

## المخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى تقدير فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوصمة الذاتية لدى عينة من مرضى الفصام وأجريت الدراسة الحالية علي عينة قوامها (12) مريضاً بالفصام تتراوح أعمارهم ما بين ( 18 : 40 ) عاماً، بمتوسط حسابي (31) سنة وانحراف معياري (7) سنة. وقد تم تشخيصهم وفقاً للطبيب النفسي ومحكات التشخيص DSM-5 وأستخدم الباحث مقياس الوصمة الذاتية لمرضى الفصام لتقييم فعالية البرنامج الإرشادي خلال مراحل القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة. وقد انتهت الدراسة إلى قبول أغلب فروض الدراسة ، فقد تبين وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات عينة مرضى الفصام في القياس القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية وابعاده الفرعية والفروق إلى جانب التطبيق البعدي ، وعدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي . كما ظهرت آراء إيجابية في البرنامج العلاجي بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة.

**"Effectiveness Of Selective Counseling Programme to Reduce Self Stigma In Sample Of Schizophrenic Patient "**

**Abstract**

This study aimed at assessing the Effectiveness Of Selective Counseling Programme to Reduce Self Stigma In Sample Of Schizophrenic Patient . The 18sample consists of 12 schizophrenic patients, The age range was between . years with a mean age of 31 years and a standard deviation of 7 years40and Self-Stigma Scale for schizophrenic patients to evaluate the efficacy Used We through pre, post and follow up assessments. The study of the training program most of the study hypotheses. There are statistically ended with acceptance of significant differences at level (0.01) between the average grade scores for schizophrenic patients Sample in pre and post measurement on a scale of Self and There are no Stigma and sub-dimensions favor of the post measurement statistically significant differences between the post-application and those of the follow-up measurement application (after a month and half) on the self-stigma scale and sub-dimensions. The Patients also evaluated the training positively in post and follow up tests.

## مدخل إلى مشكلة البحث :

يُعد مرض الفصام من الأمراض التي يُصاحبها اضطراب في 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<sup>(1)</sup>.  
(Hamoud, S. 2008, 89).

ويشير سيلفانو أريتي إلى أن الاعتقاد بأن مرض الفصام غير قابل للعلاج لشدة أعراضه اعتقاد خاطئ تماماً، إذ أشارت الدراسات إلى أن واحد من بين ثلاثة مرضى يشفى تماماً، وأكثر من الثلث يتحسن تدريجياً بدرجة تكفي لأن يحيا حياة عادية، ومما يجدر ذكره - وفقاً للباحث - أن التحامل على المرض العقلي أخذ في التناقص السريع، ولم يعد ملحوظاً كما كان من قبل ولكنه مازال موجوداً لدى بعض الناس في معظم الثقافات، حيث يعتبرون إن المرض العقلي وصمة Stigma أي صفة شائنة تجلب العار والشعور بالدونية والخزي لدى المريض ولدى أسرته بل ولدى المجتمع، وتؤدي وسائل الإعلام دوراً كبيراً في تعميق هذه الصورة السلبية عن المرض العقلي بالسخرية من المريض العقلي والمبالغة في وصف الأعراض لإثارة الضحك والسخرية منه ، بل من السخرية من المعالج أو الطبيب النفسي أيضاً ، مما يعمق الصورة الذهنية السلبية المتداولة في الثقافة عن المرض والمريض العقلي (سيلفانو أريتي ، 1991 ، 17).

إن وصم الناس بالمرض النفسي قد تواصل عبر التاريخ وقد تجلى ذلك من خلال التمييز، عدم الثقة وتقديم نماذج الخوف، الخجل، الغضب والعزلة، وقادت الوصمة الكثير من الناس لعدم العيش أو العمل وعدم تأجير منازلهم لذوي المرض النفسي خاصة أولئك المصابين بمرض الفصام . فالوصمة تقلل من فرص المريض للموارد (مثل السكن أو الوظائف) وتجعله يشعر بالنقص، العزلة، اليأس وهي تمنع الجمهور من البحث والرغبة في تقديم العناية، والوصمة وبشكل واضح نتجت عن التمييز الخاطيء وهي تحرم الناس من توافقيهم وتمنعهم من القيام بأدوارهم الإرشادية في مجتمعهم ( Weiss, 1999 , 51 ).

<sup>1</sup> - سيتبع الباحث توثيق المراجع كالأتي : اسم الباحث ، السنة ، رقم الصفحة

وحيث أن الإنسان بطبعه اجتماعي، فلا يمكن أن يختار حياة لا تعير المجتمع اهتماماً، فلا كيان للفرد دون التفاعل بالجماعة، ومن هنا فالأسرة التي تنشأ الأجيال يتوجب عليها ان تتسجم في سلوكها مع طباع المجتمع بعيداً عن الانعزال الذي يعتبر عامل أساسي في نمو الأمراض النفسية. وبعض الأسر التي لديها مريض فصامي تهتم به وتخاف عليه بمزيد من القلق والشعور بالآسي والضغط النفسي وينتابها الصدمة عليهم وآخرون يحبسون أبناءهم المرضى في البيت وتمنعهم من الخروج خوفاً عليهم وآخرون ينتابهم الشعور بالحرج والضيق على مصير أبنائهم.

### تساؤلات الدراسة :

- 1- هل تنخفض مستويات الوصمة الذاتية لدى مرض الفصام نتيجة التدخل الإرشادي
- 2- هل أستمر فعالية البرنامج الإرشادي بعد انتهاء التدخل الارشادي .

### أهمية الدراسة:

- 3- إلقاء الضوء على مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الوصمة الذاتية لمرضى الفصام
- 4- يمكن الاستفادة من نتائج هذا البحث في خفض مستوى الوصمة الذاتية مما يساهم في الاستبصار بالأعراض والانتظام على الدواء وقلة الانتكاسات.

### المفاهيم والإطار النظري:

#### الفصام Schizophrenia

تعرف الجمعية المصرية للطب النفسي الفصام على أنه "زملة مرض نفسي تتميز بعدد من الأعراض مع انزواء متزايد عن البيئة، وميل في النهاية إلى تدهور شامل للشخصية، ويظهر هذا الاضطراب نفسه في مجال العاطفة في صورة تناقض الوجدان، وسرعة تراوح الانفعالات، والانفعالات اللاملائمة، وفي النهاية التبدل العاطفي، وفي مجال النزوع والإرادة والسلوك الحركي

تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي مفرط شاذ، وقد يصل أحياناً إلى درجة السبات، أما في مجال التفكير والإدراك فإن الاضطرابات التي نلقاها تتضمن سوء تأويل الإدراك، والعجز عن التجريد، والتفكير اللامتماسك، وفرط الإدماج، وعندما توجد ضلالات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة (الجمعية المصرية للطب النفسي، 1979، 47، 48).

ويعرف أحمد عكاشة الفصام على أنه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور يتمثل في الشخصية والسلوك، ومن أهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك (أحمد عكاشة، 2011، 249).

#### الوصمة الذاتية : Self-Stigma

هي إدراك الفرد وشعوره بالذنب والخزي والعار والرفض من الآخرين نتيجة لمرضه العقلي ، وقد ينتج عنها عزل الفرد ، لأنه موصوم اجتماعياً ، ويتم مضايقته والتقليل من شأنه والتمييز ضده في مجالات الحياة (الدراسة ، العمل ، العلاقات) (هبه محمد على ، 2020 ، 9).

#### الإطار النظري :

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن الوصمة هي العائق الأساسي في طلب المساعدة العلاجية والاشتراك في البرنامج العلاجي والاستمرار فيه . ولمواجهة هذه الوصمة الاجتماعية في عام 1996 ، أطلقت الجمعية العالمية للطب النفسي برنامجاً لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام. و قد صممت الجمعية هذا البرنامج العالمي للقضاء على الخرافات و سوء الفهم الذي احيط بمرض الفصام أو المرض العقلي. حيث تخلق الوصمة بسبب مرض الفصام و المرض العقلي دائرة مغلقة من العزلة والتمييز مما تؤدي بالمرضى الى العزلة النفسية، عدم المقدرة على العمل، استعمال المخدرات والمسكرات، التشرذم، أو الإقامة لمدة طويلة داخل

مؤسسات مما يقلص فرصه للشفاء. ويحارب البرنامج التحيز في كل مسارات الحياة لأن هذا التحيز يقلل من كفاءة حياة المرضى بالفصام وعائلاتهم كما يحرمهم من الحياة معنا. وقد صُمم برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي للأغراض التالية:

- زيادة الوعي و المعرفة بطبيعة مرض الفصام و كافة أنواع العلاج المتاحة.
- تحسين مواقف العامة من المصابين أو الذين أصيبوا من قبل و عائلاتهم.
- اتخاذ إجراءات لمنع التمييز و التحيز ضد هؤلاء المرضى. (أحمد عكاشة ، 2011 ، 256).

تتكشف مظاهر الوصمة الذاتية في الشعور بالذنب والخزي نتيجة شعور الفرد بأنه موصوم اجتماعيا ويتوقف حدوث الوصمة الذاتية على مدى إدراك الفرد لمخاطر هذه الوصمة وقدرته على استخدام آليات دفاعية تحميه من أستدخال الوصمة الاجتماعية فقط يتأثر تقدير الذات أو لا يتأثر بالوصمة الاجتماعية طبقا لآليات المواجهة الذاتية لإتجاهات الوصم (Lefley . (560-556, 1989).

والوصمة الذاتية هي حالات الشعور بالنقص الذاتي ، وأستبطن حالات الشعور بالنقص العامة ، ويعرف كورجان Corrigan حالة الشعور بالنقص الذاتي بأنها تلك الحالة التي تقود إلى أفكار ذاتية وردود فعل انفعالية سلبية من بينها الشعور بالخجل أو العار ، وتدني احترام الذات ، وهكذا يدرك ويظن الأفراد المصابون بتلك الحالة أنهم أقل احتراما وقيمة حسب المرض الذين يعانون منه ، وهذا يؤدي إلى ضعف الروح المعنوية ، وضعف تقدير الذات ، وكفاءة الذات ، وهذه الحالة تقود الشخص إلى تكوين أفكار سلبية حول تفاعله مع الآخرين ، ولذلك تقود إلى تعرف الفرد بطريقة الشعور بالنقص ، ووقاية النفس ، والعزلة عن الآخرين ( Pinfeld et al., 2003, 337-344).

وقد ارتبطت الوصمة الذاتية بمجموعة متنوعة من النتائج السلبية ، حيث وجد أن الوصمة الذاتية المرتبطة بالنساء كانت مرتبطة بتدني احترام الذات ، واليأس ، وانخفاض الفعالية

الذاتية وعدم التمكين. علاوة على ذلك ، يمكن أن يؤدي ذلك أيضًا إلى تفاقم مشاكل الصحة العقلية الحالية وزيادة التجنب الاجتماعي وتأخير عملية التعافي. (Corrigan, 2004, 614-625).

وقد وجد أن الذين يعانون من تشخيص طيف الفصام يعانون من مستويات أعلى من الوصمة الذاتية من أولئك الذين يعانون من تشخيص الأمراض العقلية الشديدة . وهذا يرجع في المقام الأول إلى الاعتراف بأن المصابين بمرض الفصام ينظرون إليه بشكل سلبي أكثر من قبل الجمهور. ( Segalovich, et. al., 2013, 231-234 ). ويعانون من أكبر قدر من التمييز ويواجهون الرفض. (Yanos et al., 2008, 1437-1442). ويدعم هذا البحث الذي توصل إلى أن ما يقرب من نصف (47.1 %) من المشاركين في عينة أوروبية كبيرة مع تشخيص طيف الفصام ذكرت أنهم يعانون من الوصمة الذاتية (Gerlinger, et. al., 2013, 155-164).

كما كان هناك عدد من الأبحاث حول فاعلية التدخلات النفسية إلى حد ما مع بعض الدراسات التي وجدت أن هذه التدخلات كان لها تأثير إيجابي على نتائج مثل اليأس ، ونوعية الحياة ، واحترام الذات والتعافي الشخصي ، بينما وجد آخرون أن التدخلات لها تأثير قليل في النتائج الأولية للوصمة الذاتية أو النتائج الثانوية . وتعد الأبحاث المتاحة التي تركز على التدخلات النفسية في الوصمة الذاتية على وجه التحديد أكثر محدودة ، حيث تظل النتائج متشككة في نجاح التدخلات مع هذا النوع من الوصمة. (Thornicroft et al., 2010, 53-59)

### الآثار المترتبة على الوصمة

هناك العديد من الآثار النفسية والاجتماعية ، منها ما يتعلق بالمرضى ، ومنها ما يتعلق بالأسرة والمحيطين بالمرضى ، ومنها ما يؤثر على العملية العلاجية ومنها :

1- انخفاض تقدير الذات والذي يعكس الصورة النمطية السلبية المستدخلة والأحكام

الداخلية

2- الخوف من أن يكون هدفا للوصمة الشرعية على سبيل المثال الخوف من رفض تأجير مسكن له ، أو الرفض من القبول به للزواج .

3- التجنب والانعزال

4- قد تؤدي الوصمة إلى وجود عديد من المشكلات السلوكية مثل تعاطى المواد المؤثرة نفسيا ، والاكتئاب ، والقلق ، والاحترق (رشا الديدي ، 2015 ، 46).

5- تؤثر الوصمة الداخلية بشكل عام على الرفاهية و يتوسطها تقدير الذات ، ومستوى كفاءة الذات المدرك للمريض ، كما أن الممارسة العيادية تستطيع أن تخفض الوصمة الداخلية عن طريق المساعدة في رفع التقدير الذاتي الإيجابي لدى مرضى الفصام وهو ما توصلت إليه دراسة . ( Morgades-Bamba, et. al., 2019, 621-627 )

6- وجود علاقة سلبية وصمة الذات والوظائف الاجتماعية والأكاديمية خلال أواخر المراهقة ، ولم يظهر وجود ارتباط بين التطور المرضى ومقاومة الوصمة ، بينما أتضح أن هناك سالبية بين الأعراض الإكتئابية ومقاومة الوصمة، وهذا ما توصلت إليه الدراسة التي قام بها. (Hofer, et al ., 2019, 396-401).

7- الوصمة تقلل من قدرة الفرد المدركة على التعافي ، وتضعف إدراك الفرد لتقدمه في التعافي ، وتؤثر سلبًا على أعراض الذهان. كما تم تحديد ثلاثة مواضيع رئيسية تأثرت سلبا بالوصمة ، وهم ردود الفعل والاستجابات ، والعلاقات ، والتعافي ، كما توصلت الدراسة إلى أن الوصمة تشكل مصدر قلق لمن تم تشخيصهم بالفصام ، والاضطراب ثنائي القطب ، كما أثرت الوصمة أيضا على الأمل في المستقبل لدى عينة الدراسة ، كما توصلت الدراسة إلى الوصمة الداخلية أثرت على صورة الذات المدركة ، وبالتالي خفض تقدير الذات ، وهذا ما توصلت إليه دراسة (Vass, 2016, 8-42).



8- انخفاض تقدير الذات ، واليأس ، الاكتئاب ، وضعف الثقة بالنفس ، وسوء نوعية الحياة ، وعدم وجود حافز لتحقيق أهداف العلاج )، كما أسفرت نتائج الدراسة أن مرضى الفصام ذوى وصمة داخلية مرتفعة ويميلون إلى الانطواء والعزلة الاجتماعية ، وجدت الدراسة أن الأشخاص ذوى المستوى المرتفع من الوصمة الداخلية ، والمستوى المنخفض من القدرة على مقاومة الوصمة أن لديهم ضعف في القدرة على التواصل ، والقدرة على بناء شبكة علاقات اجتماعية ، كما اكتشفت الدراسة أن هناك علاقة بين المستوى المنخفض من مقاومة الصدمة والقدرة على تكوين علاقة اجتماعية ، والمهارات الاجتماعية بشكل عام خلال التفاعل الاجتماعي وهذا ما توصلت إليه دراسة بارك ( Park,S. ، 2014,314-328).

9- جودة الحياة مرتبطة بالوصمة ، ويمكن التنبؤ بجودة الحياة عن طريق الوصمة ، كذلك يمكن التنبؤ بشدة الأعراض الإيجابية عن طريق الوصمة ، بينما لم توجد علاقة بين الأعراض السالبة للفصام والوصمة ، وهناك علاقة بين الوصمة والشعور بعدم الراحة فى العلاقات الاجتماعية وهو ما توصلت إليه دراسة Lysaker, et. al .,2007, (89-95) .

10- نتيجة للأفكار والمعتقدات السلبية حول المرض العقلي في بعض المجتمعات أثرت بدرجة كبيرة على هؤلاء المرضى فأصبحوا مرفوضين اجتماعياً ويتعرضون للإيذاء النفسي والبدني ، بالإضافة إلى حرمانهم من تقديم الخدمات الصحية لهم ، مما أدى إلى زيادة المعاناة لهؤلاء المرضى ، وهو ما توصلت إليه دراسة محمد ارسياى وآخرون فى المجتمع الإندونيسي ( Arsyad , M., Holmes,D.,et.al. 2017 , 2321-3639) .

## الدراسات السابقة :

قام دانوس (Dinos, 2004, 176-181) بدراسة تحت عنوان الوصمة : مشاعر وخبرات ، وتكونت العينة من 46 مريضا نفسيا ، حيث هدفت الدراسة إلى وصف علاقة الوصمة بالمرض النفسي والتشخيص والعلاج النفسي مع توابع الوصمة لدى الفرد ، حيث تكونت عينة الدراسة من (46) مريض نفسي تم اختيارهم من مراكز خدمات الصحة النفسية المجتمعية والنهارية في شمال لندن ، وأسفرت نتائج الدراسة أن المرضى الذهانيين والمدمنين كانوا أكثر قابلية لتسجيل مشاعر وخبرات الوصمة وكانوا أكثر تأثرا بها، مما يدل على أن الوصمة ربما تؤثر على كيفية تقبل التشخيص النفسي ، ومكان تلقي العلاج ، وكيفية تعامل المرضى النفسيين مع العالم .

وجاء في نفس السياق أيضا دراسة لورانسو (Lourenco , 2007,128) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الوصمة على التقدير الذاتي وجودة الحياة لدى مرضى الفصام ، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جودة الحياة ، ومقياس تقدير الذات ، واستبيان يتضمن عوامل ديموغرافية ، وتكونت عينة الدراسة من (70) مشترك ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة بين جودة الحياة والدرجة الكلية للوصمة ، كما أسفرت نتائج الدراسة عن علاقات هامة بين تقييمات جودة الحياة للمرضى حيث أظهرها المرضى مستوى معتدل من الرضا عن الحياة ووصمة الذات ، كما أظهرت الدراسة وجود تفاعلات اجتماعية سلبية في العلاقة بين الوصمة وجودة الحياة لدى مرضى الفصام .

وهناك أيضا دراسة ( Corrigan , et.,al.2010, 259-275 ) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير وصمة الذات على جودة الحياة لدى الاشخاص ذوى الأمراض العقلية والذين خرجوا مؤخرا من المستشفيات ، حيث تكونت عينة الدراسة من (85) شخصا مصاب بمرض عقلي شديد ، ويقصد بالمرض العقلي الشديد هنا هم الاشخاص الذين لم يستطيعون الحفاظ على العمل او العيش بشكل مستقل بسبب اضطراب نفسى ، وكان عمر المجموعة 44.8 وكان اكثر من ثلثي المجموعة من الرجال ، وقد التحق ثلثي المجموعة بالكلية وكان

دخلهم أقل من 2000 دولار ، وتم جمع المعلومات من خلال التاريخ المرضي وكان أكثر من نصف العينة لديهم تاريخ مدى الحياة للذهان حيث تم تقييم ذلك من خلال مقابلة مصغره ، واستخدمت الدراسة مقاييس ( الوصمة، جودة الحياة ) واستخدمت الدراسة التحليل العاملي للكشف عن فوائد الخروج من المصحات واثره على تقليل الوصمة الذاتية وبالتالي تحسين جودة الحياه ، وأسفرت نتائج الدراسة أن الوصمة تؤثر بشكل سلبي على جودة الحياة لدى الاشخاص ذوى المرض العقلي والتي تؤثر على العمل والحياه .

وفى نفس السياق قام بارك ( Park,S. ، 2014,314-328). بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الوصمة الداخلية والاعراض النفسية والسلوكيات الاجتماعية والاستجابة الانفعالية لدى مرضى الفصام ، حيث تكونت عينة الدراسة من (50) مريضاً يعاني من مرض الفصام ، والفصام الوجداني تراوحت أعمارهم من 18 إلى 60 سنة ، تكونت العينة من 32 ذكر ، و 18 أنثى من مرضى العيادات الخارجية ميرلاند بالتيمور، واستخدمت المقابلة المقننة وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية I-SCID ، ومقياس الوصمة الداخلية للمرض النفسي (ISMI) Internalized Stigma Of Mental Illness ، والمقابلة التشخيصية للأعراض السلبية للفصام (The CAINS (Blanchard et al.)) ، والمقياس المختصر للاضطرابات النفسية (Overall & Gorham, 1962 The BPRS) ، ومقياس كالجورى للاكتئاب لدى مرضى الفصام (The CDSS (Addington et al., 1990) ، ومقياس القدرة على التفاعل (The WILL (Coyne, 1976) ، كما تم تقييم المهارات الاجتماعية خلال المقابلة ، وتقييم المزاج الحالي عن طريق التقرير الذاتي ، وأسفرت نتائج الدراسة أن الوصمة الداخلية مرتبطة بمجموعة من العوامل النفسية السلبية والمتمثلة في ( انخفاض تقدير الذات ، واليأس ، الاكتئاب ، وضعف الثقة بالنفس ، وسوء نوعية الحياة ، وعدم وجود حافز لتحقيق أهداف العلاج )، كما أسفرت نتائج الدراسة أن مرضى الفصام ذوى وصمة داخلية مرتفعة ويميلون إلى الانطواء والعزلة الاجتماعية ، أما بالنسبة للاستجابة الانفعالية أثناء التدخلات لم يتم الوصول إلى نتائج واضحة ، ايضاً أسفرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الوصمة الداخلية والأعراض النفسية

لدى عينة الدراسة بما فيها الاكتئاب ، كما وجدت الدراسة أن الأشخاص ذوي المستوى المرتفع من الوصمة الداخلية ، والمستوى المنخفض من القدرة على مقاومة الوصمة أن لديهم ضعف في القدرة على التواصل ، والقدرة على بناء شبكة علاقات اجتماعية ، كما اكتشفت الدراسة أن هناك علاقة بين المستوى المنخفض من مقاومة الصدمة والقدرة على تكوين علاقة اجتماعية ، والمهارات الاجتماعية بشكل عام خلال التفاعل الاجتماعي ، بينما لم يظهر أي تأثير للوصمة على الرغبة في التفاعل أو ردود الأفعال مع شريك الحياة .

وعن الوصمة أيضا قامت فاس (Vass, 2016,8-42) بدراسة بعنوان دور الوصمة والوصمة الذاتية في التعافي من الذهان وهدفت الدراسة إلى معرفة كيف تؤثر الوصمة على الأعراض الموجودة وعلى التقييم الذاتي للتعافي من الذهان ، سواء بشكل متزامن أو طولي. كما هدفت أيضا إلى التحقق مما إذا كان تقدير الذات واليأس يتوسط في العلاقات الملاحظة بين الوصمة ونتائج التعافي ، كما هدفت الدراسة أيضا إلى معرفة كيف تعامل عينة الدراسة مع تلقيهم تشخيص بالفصام أو بالاضطراب الثنائي القطب وكيف أثرت الوصمة الداخلية على الإدراك الذاتي والمشاعر حول التعافي ، وتكونت عينة الدراسة من (19) شخصا تلقوا تشخيصا إما بالفصام أو الاضطراب ثنائي القطب. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الوصمة تقلل من قدرة الفرد المدركة على التعافي ، وتضعف إدراك الفرد لتقدمه في التعافي ، وتؤثر سلبا على أعراض الذهان. كما تم تحديد ثلاثة مواضيع رئيسية تأثرت سلبا بالوصمة ، وهم ردود الفعل والاستجابات ، والعلاقات ، والتعافي ، كما توصلت الدراسة إلى أن الوصمة تشكل مصدر قلق لمن تم تشخيصهم بالفصام ، والاضطراب ثنائي القطب ، كما أثرت الوصمة أيضا على الأمل في المستقبل لدى عينة الدراسة ، كما توصلت الدراسة إلى الوصمة الداخلية أثرت على صورة الذات المدركة ، وبالتالي خفض تقدير الذات ، وتشابهت النتائج لدى مرضى الفصام ، والاضطراب ثنائي القطب ، لكن الفصام كان مصطلح سلبى أثر على الإدراك الذاتي للتعافي ، حتى حينما تم السيطرة على الأعراض .

قام مورجيدس بامبا وآخرون (Morgade- Bamba et.al., 2019, 621-627) بدراسة بعنوان تأثير الوصمة الداخلية على الرفاهية لدى الأشخاص الذين تم تشخيصهم بالفصام ، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الوصمة الداخلية وأثرها على الشعور بالرفاهية لدى مرضى الفصام ، وتأثير ذلك على مفهوم الذات ، وتكونت عينة الدراسة من (155) ذكر ، و (61) أنثى من عمر 23 سنة حتى عمر 70 سنة ، بمتوسط أعمار 43.93 سنة، والمشاركون في الدراسة تم تشخيصهم من قبل طبيب نفسى بالفصام وفقا لمعايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 ، وكانوا من المرضى الذين يتم رعايتهم من قبل الجمعية الاسبانية للرعاية ، وتم استخدام مقياس الوصمة الداخلية للمرض النفسي Internalized Stigma Of Mental Illness (ISMI) لقياس الشعور بالغرابة ، والتصديق على الصورة النمطية ، كما تم استخدام مقياس تقدير الذات (Self -Esteem) لروزنبرج ، كما تم استخدام مقياس الوجدان السلبي والإيجابي (PANAS) Positive and Negative Affect Shedule لقياس الرفاهية والتأثر السلبي والإيجابي على الرفاهية ، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في متغيرات العمر ، والنوع ، أو المدة المنقضية منذ تشخيص المرض ، كما لم يوجد أى تأثير للتصديق على الصورة النمطية على الكفاءة الذاتية للعينة المشاركة في البحث ، كما بينت الدراسة أن تأثير الشعور بالغرابة قد يؤثر بشكل شديد على الرفاهية ، وأن تأثير الوصمة الداخلية بشكل عام على الرفاهية يتوسطها تقدير الذات ، ومستوى كفاءة الذات المدرك للمريض ، وخلصت الدراسة إلى أن الممارسة العيادية تستطيع أن تخفض الوصمة الداخلية عن طريق المساعدة في رفع التقدير الذاتي الإيجابي لدى مرضى الفصام خاصة احترام الذات ومنع وصمة العار الداخلية خاصة الاغتراب .

وفى دراسة قامت بها (هبة محمد على ، 2020 ، 2-48) بعنوان الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام بهدف 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 وفقاً للطبيب النفسي ومحكات DSM IV على النحو التالي ( 32 فصام غير مميز ، 25 فصام البارانويا ، 34 فصام وجداني ) . وقد طُبق 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 بالاغتراب " التمييز والتميز " ، 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.

### تعقيب عام على الدراسات السابقة :

1- خلصت الدراسات التي تناولت الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام والتي استخدمت مناهج مختلفة وعينات مختلفة أيضاً إلى زيادة معدلات الوصمة الذاتية لدى الأشخاص المصابين بمرض الفصام .

2- أثبتت بعض الدراسات تأثير وصمة الذات على نوعية الحياة لدى مرضى الفصام

3- خلصت بعض الدراسات إلى تأثير الوصمة على الأداء الاجتماعي ومهارات التواصل

لدى مرضى الفصام

4- كما أظهرت دراسات أخرى أن الوصمة الذاتية تؤثر على عملية التعافي لدى مرضى

الفصام

5- كذلك خلصت بعض الدراسات إلى القدرة المنخفضة في مقاومة الوصمة الداخلية التي

ترتبط بسلوكيات العزلة ، كما ترتبط بضعف القدرة على تكوين شبكة علاقات اجتماعية

### فروض الدراسة :

- 1- هناك فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات عينة مرضى الفصام في القياس القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية وابعاده الفرعية والفروق إلى جانب التطبيق البعدي.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات عينة مرضى الفصام في القياس البعدي والتتبعي على مقياس الوصمة الذاتية وابعاده الفرعية .

### منهج الدراسة :

تتبع الدراسة الراهنة المنهج التجريبي ذو التصميم الواحد نظراً لاتساق هذا المنهج مع متطلبات الدراسة من حيث طبيعتها وأهدافها واجراءاتها والقياس القبلي والبعدي والمتابعة لنفس المجموعة .

### عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة في البداية من (16) مريضاً بالفصام من الذكور من المرضى المودعين بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية ، لم يكمل بعضهم الاستمرار في البرنامج ( ن = 4 ) فاستقر العدد النهائي لأفراد العينة الذين استكملوا البرنامج الإرشادي (12) من مرضى الفصام ؛ وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ( 18 : 40 ) عاماً، بمتوسط عمر (31) سنة وانحراف معياري (7) سنة. وقد تم تشخيصهم وفقاً للطبيب النفسي ومحكات التشخيص -DSM 5 وتم تثبت بعض المتغيرات الداخلية التي قد تؤثر في نتائج الدراسة مثل (تكافؤ المستوى الاجتماعي والاقتصادي، مستوى التعليم، مدة الإقامة بالمستشفى، مرات العلاج السابقة).

### شروط اختيار العينة:

هناك بعض المحددات الأساسية التي يجب توافرها في أفراد العينة وهي:

1. عينة الدراسة من الذكور حيث لوحظ ارتفاع عدد مرضى الفصام من الذكور على الإناث في

المستشفى.

2. حرص الباحث على أن يتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة ما بين التعليم المتوسط والتعليم الجامعي، بهدف الاطمئنان إلى توافر حد أدنى من الفهم والاستيعاب وكذلك ألا يقل مستوى ذكاء الفرد من أفراد العينة عن المتوسط (90 – 110 درجة) على مقياس وكسلر لذكاء الراشدين وذلك اكلينيكيًا.
3. عدم وجود أية إصابات عضوية في المخ لدى أى فرد من أفراد العينة المشاركة وذلك بعد الفحص الطبى الشامل .
4. تشخيص جميع المرضى بالفصام طبقا للدليل التشخيصى الأمريكى الخامس التابع لجمعية الطب النفسى (D.S.M-5).
5. تتراوح أعمار أفراد العينة ما بين ( 18 – 40 ) عاماً.
6. تحرى ضبط تأثير متغير العلاج بالعقاقير النفسية والجلسات الكهربائية بالتعاون مع فريق الأطباء المعالجين والأخصائيين النفسيين عن طريق تثبيت هذا المتغير، حيث أن جميع الحالات المشاركة خاضعة للعلاج وتناول العقاقير نفسها (مضادات الذهان التقليدية) من حيث الأنواع أو الجرعات حيث تشير إحدى الدراسات إلى أنه يمكن قبول متغير العلاج مادام أن معظم المرضى يتناولون العقاقير بشكل منتظم، خاصة وأنه من الناحية الإخلاقية المهنية يتعذر وقف العلاج.
7. تم استبعاد من يعانون من اضطرابات ذهانية حادة قد تؤثر على سير الجلسات.
8. تم استبعاد من له تاريخ سابق أو حالى لاستخدام المواد المخدرة باستثناء النيكوتين أو من يعانون من حالة عصبية من المرضى.
9. تم أخذ موافقة صريحة من المرضى على الاشتراك فى البرنامج التجريبي
10. عينة الدراسة من المرضى الفصاميين المهياؤن للخروج من المستشفى، الذين استقرت أعراضهم الذهانية .

### إجراءات التطبيق

تم اختيار العينة من القسم النفسى بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية، وقد روعى أن يتم التطبيق فى مستشفى واحد لضمان خضوع جميع المرضى من أفراد العينة لمحكات الرعاية والعلاج نفسها. وروعى اختيار المكان البعيد عن الضوضاء والمشتتات. وتتمثل الفترة الزمنية



اللازمة لعملية التطبيق أربعة أسابيع بواقع ثلاثة جلسات اسبوعياً (السبت - الإثنين - الأربعاء) وذلك لقصر فترات الاقامة. وتم ادراج أنشطة استجمامية وترفيهية إلى جانب تقديم خدمات تناول وجبات طعام خفيفة ومشروبات وقهوة في نهاية كل جلسة كحافز مستمر يساعد على تقدمهم باستمرار. حيث أن الباحث سيركز على مجموعة من المرضى ممن حالتهم مستقرة من حيث الأعراض المرضية فيصبح الزمن الأمثل للجلسة يتراوح من 60 : 90 دقيقة. وتم تطبيق مقياس الوصمة الذاتية على عدد (24) من مرضى الفصام وكان التطبيق فردي وتم تصحيح الاستبيان واختيار الافراد الذين حصلوا على درجة مرتفعة التي تتراوح درجتها من ( 180 إلى 320 ) لتصبح العينة التي تم تطبيق البرنامج عليها (16) ولم يكمل بعضهم الاستمرار في البرنامج ( ن = 4 ) فاستقر العدد النهائي لأفراد العينة الذين استكملوا البرنامج الإرشادي (12) من مرضى الفصام .

وتم إعداد البرنامج الإرشادي وفقاً للمراحل السابق عرضها ، وتم تحكيم البرنامج الإرشادي من قبل أساتذة متخصصين في مجال علم النفس والعلاج النفسي قبل البدء في تنفيذه على المرضى . وبعد أخذ الموافقة من مدير المستشفى بالتطبيق بعد شرح الباحث للمدير أهمية الدراسة وإجراءات التطبيق ، وبعد اختيار المريض الذي تتوافر فيه محكات اختيار العينة السابق ذكرها في الشرح التفصيلي للبرنامج ، تم الإتفاق معه على موعد الجلسات المحدده . وتم تنفيذ البرنامج في الفترة من منتصف شهر سبتمبر 2020 م وحتى منتصف شهر أكتوبر 2020 م على مجموعة الدراسة . وفي نهاية البرنامج وأثناء جلسة المتابعة تم تطبيق مقياس الوصمة الذاتية مره أخرى لتقييم فعالية البرنامج

### أدوات الدراسة :

أ - مقياس الوصمة الذاتية لمرضى الفصام من إعداد / أ. د : هبة محمد علي مقياس الوصمة الذاتية لدى مرضى الفصام Self-Stigma وهو مقياس للتقرير الذاتي Self-Report يهدف إلى الحصول على تقدير كمي لما يقرره مرضى الفصام من إدراكهم للوصمة الذاتية المتعلقة بالمرض العقلي ويتكون المقياس من (60) عبارة موزعة على ستة أبعاد هي : الشعور

بالاغتراب عن المجتمع ، التنميط والتمييز ضد المرضى العقليين ، الشعور بالدونية والرفض ، الانسحاب الاجتماعي ، مقاومة الوصمة ، السرية وإخفاء المرض .

### صدق وثبات المقياس

**صدق المقياس** : قامت مُعدة المقياس بالتحقق من صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين ، الصدق الظاهري ، الصدق التلازمي .

- 1- صدق المحكمين : بلغ معامل الاتفاق بين المحكمين 91% على عبارات المقياس .
- 2- الصدق الظاهري : حيث تم التحقق من وضوح العبارات والتعليمات على عينة الثبات
- 3- الصدق التلازمي : كما قامت مُعدة المقياس بالتحقق 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 .

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

- 1- إعادة التطبيق : قامت مُعدة المقياس 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 مُعدة الاختبار بحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية، وذلك بتجزئة المقياس جزأين (فردى ، 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 .
- 4- معامل ألفا كرو نباخ : قامت مُعدة المقياس بحساب معامل ثبات المقياس أيضاً باستخدام معامل ألفا كرو نباخ ؛ ويشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد . حيث أن الثبات بمعامل ألفا كرونباخ تراوح ما بين (0.63 - 0.81) ، وهى معاملات تتراوح ما بين معاملات متوسطة ومرتفعة وتعبر عن تجانس الأداء على بنود الاختبار .

ب- البرنامج الإرشادي – الانتقائي لتخفيف الوصمة الذاتية لدى عينة من مرضى الفصام

يضم الإرشاد الانتقائي مكونات أو فنيات هي : التنقيف النفسي **Psycho education** ، وإعادة البناء المعرفي ، والتحكم في معدل التنفس ، والتدريب على أسلوب التعرض التخيلي والتسكين المنظم ، والأسلوب المنطقي الانفعالي ، والتدريب على توكيد الذات ، والأسلوب العقلاني الانفعالي ، ويتم تقديم هذه المكونات في ترتيب مسلسل بحيث يتم التركيز خلال الجلسات الأولى من الإرشاد على أساليب المواجهة ، والتي يقوم المريض بتطبيقها خلال الجلسات التالية ، وذلك عندما تواجهه المواقف ، والتي يتم من خلالها أيضاً الرجوع إلى تلك المهارات التي تعلمها في الجلسات الأولى ، وما يكون قد اكتسبه من معلومات خلالها (سعاد البشر ، صفوت فرج ، 2002 ، 207-227) .

ويتم من خلال التنقيف النفسي تقديم معلومات كافية عن منطلق الإرشاد وشرحه للمريض واقناعه بضرورة الالتزام في الجلسات الإرشادية ، وقيامه بالدور المنوط به ، وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية من ناحية ، وبين ما يُعاني المريض وأسرته منه سواء الشعور بوصمة الذات أو الوصمة الاجتماعية ، أيضاً توضيح مفهوم مرض الفصام ، وطبيعته ، وكيفية المواجهة ، والتصدي ، ويمكن في هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة ، كالكتيبات مثلاً ، تتضمن شرحاً لهذا الموضوع .

أما إعادة البناء المعرفي فتتم من خلال التعرف على تلك المعارف المختلفة ، وطبيعتها بما فيها من أفكار سلبية تجاه المرض ، واعتقادات ، وافتراسات ، والعمل على تعديلها ، وإعادة تشكيلها ، وذلك من خلال استعراض التطور الذي يتبعه مستوى الوصمة الذاتية والاجتماعية لدى المرضى وأسره .

هذا التطور يُعد بمثابة أفكار أو حوار داخلي يحدث أثناء التعرض للموقف ، وإلى جانب ذلك يجب التركيز أثناء جلسات الإرشاد على تحقيق الراحة للمريض ، وجعل المريض

متقبل للوضع الحالي حتى تتيسر عملية الإرشاد ، وتتم كتابة تلك الأفكار أو تسجيلها حتى يتعود عليها ، وعلى ذلك التطور ، ويُدرك الدور الذى تؤديه المعارف في ذلك ، ومن ثم يقوم بإعادة تقييم تلك المعارف ، ومواجهتها ، وبالتالي تصحيحها ، واستبدالها باستجابات عقلانية ، وتتمثل الخطوة الأخيرة لإعادة البناء المعرفي في جعل المرض غير مأساوي بالنسبة للمريض ، وتعريفه أن مثل هذا الأمراض يمكن أن يتعرض له كثيرون غيره ، ولكنهم لا يفعلون مثله مما يقلل من شعور المريض وأسرته بالوصمة الذاتية والاجتماعية ، ويمكن تلخيص الكيفية التي يتم بها إعادة البناء المعرفي كالتالي :

- 1- توضيح الكيفية التي يمكن بها لمعارف معينة أن تعوق تحدى
  - 2- فحص الأفكار ، والاعتقادات ، والافتراضات المشوهة للمريض وأسرته .
  - 3- مساعدة المريض وأسرته على إدراك أن مثل هذه الأفكار غير واقعية ، وليست مأساوية (جوديث بيك ، 2007 ، ص 214) .
- هذا ، ويمكن أن نعرض تلخيصاً للأساليب الإرشادية المتعددة التي يمكن استخدامها في هذا الإطار على النحو التالي :

- استراتيجيات معرفية تتضح في (التثقيف النفسي ، إعادة البناء المعرفي ، المنطق العقلاني الانفعالي ، الحوار الذاتي، توجيه الأسئلة).
- استراتيجيات وجدانية وانفعالية تتضح في (التعرض التخيلي ، إظهار المشاعر والاحاسيس، الإفصاح عن الذات).
- استراتيجيات إرشادية سلوكية تتضح في (التدريب على الاسترخاء التنفسي لتقليل حدة القلق المصاحب للشعور بالوصمة ، التحكم في معدل التنفس ، أسلوب حل المشكلات وطرح البدائل ، أسلوب توكيد الذات ، الحوار والمناقشة ، الحث، والتشجيع الاستماع الجيد، التوجيه اللفظي ، درجة علو الصوت، التبصير، القبول، وتقديم المساعدة).
- استراتيجيات يتم تجنبها تتضح في (النقد، المديح الزائد، الوعظ، التقليل من مشكلة الضغط على أحد الأفراد للمشاركة).

### تحكيم البرنامج

قام الباحث بعرض البرنامج على خمسة من المحكمين الذين يعملون في مجال علاج الأمراض النفسية والعقلية ولديهم خبرة طويلة في العمل مع المرضى الذهانيين ( تراوحت سنوات

الخبرة من عشر سنوات إلى 20 سنة )، الى جانب خمسة آخرين من اساتذة الجامعة والذين لديهم خبرة في إعداد البرامج، وقد طلب من كل محكم أن يقوم بتعديل الخطوات التي يرى تعديلها ومبرر ذلك التعديل ورأيه في البرنامج وموافقته على كل جلسة في البرنامج.

### مراحل تطبيق البرنامج الإرشادي

بادئ ذي بدء لابد أن نذكر أن مراحل تطبيق التجربة الإرشادية لأي برنامج تكون كالآتي:

أولاً: المرحلة الأولى: المرحلة التمهيدية والمرحلة قبل الإرشادية " مرحلة تحديد خط الأساس " من حيث مستوى الوصمة الذاتية للمرض النفسي وحدة المشكلات بكافة أنواعها ( معرفية ، ومزاجية ، وسلوكية ، واجتماعية ) . وهي في هذا البرنامج تُمثل " ثلاث جلسات " ، والهدف منها :

- 1- تقييم مشكلات مرضى الفصام من قبل التدخل الإرشادي .
- 2- تأكيد أهمية العلاقة التعاونية بين المرشد والمريض ، وأهمية الواجب المنزلي ( أو المهام المنزلية ) ، وبيان مدى تأثيرها على سرعة الإرشاد وكفاءته .
- 3- تعريف المريض بصورة مختصرة ، وبمبسطة بطبيعة الإرشاد وكيفية تطبيقه .
- 4- التدريب المبدئي على المهام التي سوف يقوم بإنجازها المريض خلال وبين الجلسات الإرشادية عن طريق تقديم نماذج من هذه المهام .
- 5- إقامة التحالف الإرشادي والاتفاق على الاستمرار، وتحديد مدى دافعية المريض للمضي في الإرشاد

ثانياً: المرحلة الثانية: "مرحلة التدخلات الإرشادية الفعلية بعد تحديد كل المشكلات المعرفية والاجتماعية ، والفسولوجية الجسمية ، والانفعالية ، والسلوكية" وفي هذا البرنامج تُمثل " سبعة جلسات" كل جلسة لها أهداف محددة ، ويتم الوصول إلى هذه الأهداف من خلال عدد من الإجراءات التنفيذية .

ثالثاً: المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء الإرشاد " جلستين " وهي المرحلة الأخيرة من البرنامج وتتلخص أهدافها فيما يلي :

- 1- إجراء التقييم النهائي للمريض وأسرته لكل ما تم إنجازه في الجلسات الإرشادية .
- 2- تحديد مواعيد المتابعة .
- 3- التقييم النهائي للبرنامج والتدخلات الإرشادية ومدى استفادة المريض وأسرته ( تقرير ذاتي)

أما عن البنية العلمية لكل جلسة فتمثل في الآتي :

- أ- الأهداف الإرشادية للجلسة : أي بعض مشكلات المريض التي يُعاني منها ، ويضع المرشد النفسي أمام كل مشكلة الأساليب الإرشادية المعرفية ، أو السلوكية المناسبة .
- ب- جدول الأعمال : وهو عبارة عن مجموعة من البنود يقوم المرشد والمريض بالتعاون معاً في إنجازها ، والتدريب عليها أثناء الجلسة ( وهذه الجداول توضع بشكل تفصيلي .
- ج- إجراءات الجلسة : وهى عبارة عن أساليب التدخل التي تسبب التغيير الإيجابي التي سيعتمد عليها المرشد النفسي في تعليم المريض كيفية إنجاز كل هدف من أهداف الجلسة ، وتعليمه كل أسلوب من أساليب الإرشاد مع الاستعانة بأساليب أخرى من قبيل الاستمارات ، وجداول المراقبة وغيرها.

### بيان بالجلسات الإرشادية لبرنامج الدراسة

المرحلة	رقم	عنوان الجلسة	الفنيات المستخدمة	اهداف الجلسة	الزمن
المرحلة التمهيدية أو قبل الإرشادية	الأولى	بناء العلاقة الإرشادية	التقبل غير المشروط الحوار والمناقشة	- معرفة مشكلات المريض بشكل مبدئي - إقامة العلاقات الإرشادية وتحديد جدول المواعيد الثابتة للجلسات القادمة - التقدير المبدئي لمستوى الوصمة الذاتية والاجتماعية	ساعة
	الثانية	مفهوم الوصمة وصياغة مشكلة المريض	التثقيف النفسى - الحوار والمناقشة الواجب المنزلى	- الصياغة المبدئية للمشكلة وحدة الأعراض . - إجابة المريض على مقاييس تحديد مستوى الوصمة الذاتية والاجتماعية لدى مرضى الفصام وأسره . - بداية الجلسات بالتثقيف النفسى عن الفصام والوصمة للمرض النفسى والفصام على وجه الخصوص	ساعة إلى ساعة ونصف
	الثالثة	التعرف على الافكار المشوهة عن الوصمة وأثرها فى الانفعالات	التثقيف النفسى - الحوار والمناقشة- الواجب المنزلى	- تعليم المريض دور الأفكار المشوهة فيما يتعلق بمرضه - تحديد الأفكار الآلية السلبية عن الفصام - تدريب المريض على الربط بين المعتقدات، والأفكار الآلية المثيرة لوصمة المرض النفسى الذاتية والاجتماعية، والربط بين هذه الأفكار، والمعتقدات السلبية، والعواقب المرضية الانفعالية، والجسمية، والاجتماعية، والسلوكية المترتبة عليها، وما ينتج عنها من إعاقة، وتعطيل للحالة وذلك من خلال تعليم المريض النموذج المعرفى - السلوكى	ساعة إلى ساعة ونصف

		مرحلة التدخلات الإرشادية : أ التدخل لخفض الوصمة الذاتية لدى المرضى		
ساعة إلى ساعة ونصف	<p>تدريب المريض على التحكم في عملية التنفس والاسترخاء</p> <p>تدريب المريض على أسلوب الحوار الذاتي الإيجابي .</p> <p>تدريب المريض على ملئ جداول المراقبة الذاتية والأفكار الآلية والمشاعر السلبية وبدأ الواجب المنزلي وتفنيدها.</p>	<p>الاسترخاء -الحوار</p> <p>الذاتي الإيجابي -</p> <p>جداول المراقبة</p> <p>الذاتية للأفكار الآلية</p>	<p>التعرف على أهمية الاسترخاء والتدريب عليه</p>	الرابعة
	<p>تدريب المريض على أسلوب أداء الأدوار حيث يعد من أكثر فنيات التدريب التوكيدي شيوعاً، وأستخدام التسميع السلوكي عن طريق مساعدة المريض داخل الجلسة على تخيل نفسه في مواقف إجتماعية تعرض فيها لمضايقات فيما يتعلق بمرضه، أو تعرضه للسخرية من الآخرين، أو التعرض لهجوم، أو مواقف يصعب على المريض مواجهتها نتيجة المرض النفسي الذي يعاني منه المريض، والذي كان يواجهها بالتجنب أو العنف</p>	<p>أسلوب لعب الادوار</p> <p>-التسميع السلوكي</p> <p>-النمذجة - اساليب المواجهه الفعاله</p>	<p>التعرف على أهمية الذات والتدريب عليه</p>	الخامسة
	<p>- زيادة دافعية المريض، وإعادة تحفيز طاقته للإستمرار في الإرشاد .</p> <p>-التقويم التبادلي بين المرشد والمريض فيما يتعلق بالجلسات السابقة وطريقة الإرشاد ومؤشرات التحسّن .</p> <p>-إعادة بناء الثقة في المرشد وطريقة الإرشاد، وفي قدرات المريض على الشفاء والتحسّن، وقدرته على التغيّر والنمو في قدراته .</p> <p>-شرح أساليب المواجهة للضغوط الناشئة عن الوصمة الإجتماعية بشكل مبسط</p>	<p>التدريب على أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الشعور بالوصمة - تعديل البنية المعرفية النمذجة والتعديل السلوكي</p>	<p>جلسة حره /زيادة دافعية المريض لاستكمال الإرشاد</p>	السادسة
	<p>-مراجعة الواجبات المنزلية ( جداول المراقبة الذاتية، أسلوب تأكيد الذات) .</p> <p>-شرح المقصود بتقبل الذات .</p> <p>-تنمية بُعد تقبل الذات من خلال الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل أخطاء التفكير التي تسبب عدم تقبل المريض لذاته .</p> <p>-الوقاية ومنع الإنتكاسة .</p>	<p>الحوار والمناقشة -</p> <p>الحوار الذاتي -</p> <p>التعزيز -الاسترخاء</p>	<p>تقبل الذات</p>	السابعة
	<p>-تعديل الأفكار المشوهة حول المرض النفسي بشكل عام، والفصام بشكل خاص.</p> <p>- تفنيد الأفكار الكامنة خلف هذه التصورات</p> <p>-تقديم معلومات تثقيفية حول الفصام، والعلاج</p> <p>-مناقشة التفاعلات الأسرية الحالية مع مريض الفصام .</p>	<p>التثقيف النفسي -</p> <p>تعديل البنية المعرفية - الحوار والمناقشة</p>	<p>التعرف على الافكار المشوهه حول الفصام وتفنيدها</p>	الثامنة



		- التدريب على أسلوب حل المشكلات . -وضع جدول الأعمال .	أسلوب حل المشكلات وطرح البدائل	التدريب على أسلوب حل المشكلات	التاسعة
		-إنهاء المناقشة والتدريب على تعديل الاتجاهات السلبية المشوهة نحو الإدراكات والإحساسات بالوصمة الذاتية من قبل المريض . -تأكيد أهمية ممارسة ما تم التدريب عليه أثناء فترة الإرشاد فيما بعد إنتهاء الجلسات للمريض وأسرته .	التثقيف النفسى	جلسة حرة	العاشرة
		-التقييم الذاتى من المريض لمدى استفادته من الإرشاد وخطئه المستقبلية فى الجزء الأول من الجلسة على حدا . -إنهاء العملية الإرشادية فى الجزء الثانى من الجلسة على حدا .	تأكيد الذات - تصحيح الأخطاء المعرفية	التقييم	الحادية عشر
		-إعادة تقييم مستوى الوصمة الذاتية للمريض، وقدرته على تأكيد ذاته، ومدى نجاحه فى التفكير السليم بدون تشويش وبشكل صحيح فيما يتعلق بالوصمة . -تقدير كفاءة البرنامج عن طريق أخذ تقرير ذاتى، وتطبيق مقياس الوصمة لدى المريض نفسه، وتقييم كيف يرى نويه وأقاربه وأصدقائه عن مدى تحسنه، وثباته، أو التذبذب الحادث له إن وجد . -معرفة طرق مواجهة المريض للمواقف المثيرة للشعور بالوصمة التى يتعرض لها، والتى كانت سابقاً من المواقف المهددة له . -تقييم مستوى تحسن تقدير الذات لدى المريض -تقييم مدى تحسن المريض فى المهارات الإجتماعية للتعامل مع المواقف المرتبطة بالوصمة . -تقييم المستوى الحالى للحديث الذاتى الناقد لدى المريض .	تأكيد الذات - المراقبة الذاتية	إعادة التقييم للوصمة الذاتية	الثانية عشر

مرحلة الأتهاء

## نتائج الدراسة :

1- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات عينه المرضى فى القياس القبلى والقياس البعدي على مقياس الوصمة الذاتية وأبعاده لصالح التطبيق البعدي

للتحقق من صحة الفرض الأول تم الاستعانة فى معالجة البيانات احصائياً باختبار ويلكوسون بدلالة قيمة (Z) للمقارنة بين رتب درجات عينه المرضى قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس الوصمة الذاتية وكذلك معادلة معامل مربع إيتا ( $\eta^2$ )، قيمة

حساب حجم التأثير (d) .



## جدول (1)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى عينة

المرضى

في الأبعاد والدرجة الكلية على مقياس الوصمة الذاتية قيد الدراسة

المتغيرات	نوع القياس	المتوسط الحسابي	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
الاغتراب	قبلي	21.333	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.071	0.01
	بعدي	15.917	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		
التمييز بين المرضى العقلين	قبلي	20.750	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.068	0.01
	بعدي	13.167	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		
الشعور بالدونية أو الرفض	قبلي	23.000	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.066	0.01
	بعدي	14.750	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		
الانسحاب	قبلي	23.333	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.070	0.01
	بعدي	16.000	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		
مقاومة الوصمة	قبلي	24.250	رتب سالبة	صفر	0.00	0.00	**3.074	0.01
	بعدي	30.167	رتب موجبة	12	6.50	78.00		
السرية وإخفاء المرض	قبلي	25.833	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.077	0.01
	بعدي	20.917	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		
الدرجة الكلية	قبلي	138.500	رتب سالبة	12	6.50	78.00	**3.061	0.01
	بعدي	110.917	رتب موجبة	صفر	0.00	0.00		

يتضح من جدول (1) وما يحققه شكل (1) أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى

(0.01) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس

الوصمة الذاتية لدى المرضى عينة الدراسة لصالح متوسط رتب درجات القياس البعدي ، وهو ما

يحقق صحة الفرض الأول لهذه الدراسة

## جدول (2)

حساب معامل إيتا ( $\eta^2$ ) وحجم التأثير (d) للمتغير التجريبي على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية لدى المرضى عينة الدراسة  
ن = 12

الأبعاد	قيمة "ت"	درجة الحرية	قيمة $\eta^2$	قيمة d	حجم التأثير
الاغتراب	7.496	11	0.836	4.52	كبير
التمييز بين المرضى العقليين	9.808	11	0.897	5.91	كبير
الشعور بالدونية أو الرفض	9.196	11	0.885	5.54	كبير
الانسحاب	10.477	11	0.909	6.31	كبير
مقاومة الوصمة	9.345	11	0.888	5.63	كبير
السرية وإخفاء المرض	6.441	11	0.790	3.88	كبير
الدرجة الكلية	9.666	11	0.895	5.82	كبير

يتضح من جدول (2) أن قيمة معامل إيتا للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية لدى المرضى عينة الدراسة تتراوح ما بين (0.790 - 0.909) ، كما تشير نتائج الجدول إلى أن قيمة حجم التأثير المصاحبة (d) لقيم معامل إيتا في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية لدى المرضى تتراوح ما بين (3.88 - 6.31) وهي تمثل قيم مرتفعة جداً ، وهو ما يدل على فعالية المتغير التجريبي المستخدم قيد الدراسة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية لدى المرضى عينة الدراسة .

## مناقشة وتفسير النتائج للفرض الأول

لقد كشف نتائج الفرض الأول عن فعالية البرنامج في خفض الوصمة الذاتية لدى عينة المرضى ، وتحقق صدق الفرض كما يتضح في وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات عينة المرضى في القياس القبلي والقياس البعدي على " الدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية وإبعاده الفرعية المتمثلة في أبعاد (الاغتراب ، التمييز بين المرضى العقليين ، الشعور

بالدونية ، الرفض ، الانسحاب ، مقاومة الوصمة السرية وإخفاء المرض " لصالح التطبيق البعدي .

يرى الباحث أن التنفيس الانفعالي والتعبير عن المكبوتات كان له دوراً كبيراً في تبصير المجموعة الإرشادية بجوانب القوة والضعف لديهم وتزويدهم بمعلومات عن طبيعة المرض والتي أدت إلى خفض المعاناة الناتجة عن الاحداث الضاغطة وكان لها الأثر الكبير في الشعور بالخجل والضيق ، وبعد ذلك ساعد على أداء الواجبات العلاجية بصورة فعالة وتعديل المفاهيم المغلوطة عن الذات وعن مرض الفصام، وارتباطه بالتقدير الإيجابي لذاتهم من أكثر المدعمات التي ساعدت على نجاح البرنامج فقد أظهر المرضى المشاركون قدرة على بدء التحدث بتلقائية ودون خوف مع أسرهم والتعبير عما يجول بداخلهم من مشاعر سواء مشاعر ايجابية أو مشاعر سلبية .

وهناك العديد من الدراسات العربية والاجنبية التي تناولت الوصمة الذاتية لمرضى الفصام إلا أن الباحث وجد الباحث صعوبة في إيجاد دراسات عربية سابقة كافية تقوم على إعداد برامج لتخفيف الوصمة الذاتية لمرضى الفصام باستثناء دراسة وردة الشحات (2011) والتي كانت بعنوان تأثير العلاج المعرفي السلوكي على تقدير الذات المنخفض لدى مرضى الفصام ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في رفع تقدير الذات لدى مرضى الفصام . ودراسة رانيا ربيع ( 2011) بعنوان تأثير العلاج المعرفي السلوكي على القلق الاجتماعي لدى مرضى الفصام ، وأسفرت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي على نقص القلق الاجتماعي بين مرضى الفصام . ومن الدراسات الاجنبية التي أثبتت فاعليتها وتتفق مع نتائج هذه الدراسة من حيث فاعلية الارشاد في تخفيف الوصمة الداخلية ،نذكر منها الدراسة التي قام بها دراسة جرافيس وآخرون (2014 ، Griffiths et. ، .) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على تقليل الوصمة المرتبطة بالاضطرابات العقلية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج المعرفي السلوكي فعالاً في التقليل من الوصمة الشخصية المدركة ، والوصمة الداخلية لأنواع مختلفة من الاضطرابات

العقلية منها الذهان، والشخصية الفصامية. أيضا دراسة يورب وآخرون (Purb. et. al., 2012) بعنوان الوصمة كمؤشر بالاستبصار فى الفصام ، للتعرف على دور الوصمة في نقص الاستبصار أو زيادته لدى مرضى الفصام وأظهرت الدراسة أن الاستبصار بالأعراض المرضية ترتبط بالمحددات التحفيزية ، والتي تتأثر سلبا بالوصمة ، مما يجعل الوصمة تكون أحد المتغيرات الهامة للتنبؤ بالاستبصار .

2- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد عينه المرضى في القياس البعدي والقياس التبعي على مقياس الوصمة الذاتية وأبعاده .

للتحقق من صحة الفرض الثاني قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات افراد المجموعة الإرشادية (ن=12) على أدائهم على مقياس الوصمة الذاتية بين التطبيقين البعدي والتبعي ( بعد مرور شهر ونصف من تاريخ التطبيق البعدي وذلك على الأبعاد الفرعية الستة للمقياس والدرجة الكلية للمقياس "وتم الاستعانة في معالجة البيانات احصائياً باختبار ويلكوكسون بدلالة قيمة (Z) للمقارنة بين رتب درجات عينة المرضى في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الوصمة الذاتية .

### جدول (3)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدي والتبعي

لدى عينة مرضى الفصام

فى الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية قيد الدراسة

المتغيرات	نوع القياس	المتوسط الحسابي	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
الاغتراب	بعدي	15.917	رتب سالبة	8	6.25	50.00	1.531	غير دال
	تبعي	14.667	رتب موجبة	3	5.33	16.00		
			رتب متعادلة	1				
التمييز بين المرضى العقليين	بعدي	13.167	رتب سالبة	5	6.60	33.00	0.575	غير دال
	تبعي	12.917	رتب موجبة	5	4.40	22.00		
			رتب متعادلة	2				
الشعور بالدونية	بعدي	14.750	رتب سالبة	7	7.07	49.50	1.489	غير دال

		16.50	4.13	4	رتب موجبة	13.750	تتبعي	او الرفض
				1	رتب متعادلة			
غير دال	0.543	18.00	6.00	3	رتب سالبة	16.000	بعدي	الانسحاب
		27.00	4.50	6	رتب موجبة	17.417	تتبعي	
				3	رتب متعادلة			
غير دال	0.542	27.00	5.40	5	رتب سالبة	30.167	بعدي	مقاومة الوصمة
		39.00	6.50	6	رتب موجبة	30.417	تتبعي	
				1	رتب متعادلة			
غير دال	1.283	47.00	5.88	8	رتب سالبة	20.917	بعدي	السرية وإخفاء المرض
		19.00	6.33	3	رتب موجبة	20.750	تتبعي	
				1	رتب متعادلة			
غير دال	1.061	52.50	7.50	7	رتب سالبة	110.917	بعدي	الدرجة الكلية
		25.50	5.10	5	رتب موجبة	108.583	تتبعي	
				صفر	رتب متعادلة			

يتضح من جدول (3) وما يحققه شكل (2) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الوصمة الذاتية لدى المرضى عينة الدراسة ، وهو ما يحقق صحة الفرض الثاني لهذه الدراسة .

#### مناقشة وتفسير النتائج للفرض الثاني

إن ما تضمنه البرنامج من أساليب وفنيات نفذت من خلال البرنامج كان لها الأثر الواضح في استمرار فعالية البرنامج من خلال تعليم المريض دور الأفكار المشوهة فيما يتعلق بمرضه وتحديد الأفكار الآلية السلبية عن الفصام وتدريبه على الربط بين المعتقدات ، والأفكار الآلية المثيرة لوصمة المرض النفسي الذاتية والاجتماعية ، والربط بين هذه الأفكار ، والمعتقدات السلبية ، والعواقب المرضية الانفعالية ، والجسمية ، والاجتماعية ، والسلوكية المترتبة عليها ، وما ينتج عنها من إعاقة ، وتعطيل للحالة وذلك من خلال تعليم المريض النموذج المعرفي - السلوكي ، ظل ذلك كان له دور واضح في استمرار فعالية البرنامج.

توصيات الدراسة:-

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومن خلال التعامل والمعاشية لهذه الفئة قبل إجراء الدراسة الحالية لسنوات وأثناء تطبيق الدراسة الحالية ومن خلال الاطلاع على نوعية البرامج المقدمة لهذه الفئة وايضاً ملاحظة العاملين مع هؤلاء المرضى وأسلوب تعاملهم معهم خرج الباحث بمجموعة من التوصيات ألا وهي:-

1. وضع برامج إرشادية مخصصة للوالدين والأسرة بصفة عامة تساعد على فهم المرض النفسي وكيفية التعامل مع المواقف الضاغطة .
2. وضع برامج إرشادية لتعديل اتجاهات الجمهور نحو المرض النفسي .
3. تفعيل دور وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون في إحداث تغيير إيجابي في فهم الناس لطبيعة المرض النفسي وطبيعة المرضى النفسيين .
4. تفعيل دور العبادة للحديث عن أهمية المساندة الاجتماعية للمرضى النفسيين .
5. عقد ندوات وورش عمل لوضع أسس للبدء في حملة للقضاء على الوصمة ولتساعد ذوي المرضى النفسيين ليتحدثوا عن ضغوطاتهم وانفعالاتهم ومشاكلهم النفسية.

#### البحوث والدراسات المقترحة :

في ضوء النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته ، فإنه يرى ضرورة القيام بدراسات أخرى في مجال الإرشاد النفسي الأسري وخاصة مجال البرامج الإرشادية والذي بحاجة إلى المزيد من إقدام الباحثين عليه ، ومن الموضوعات التي يقترحها الباحث ما يلي:

1. القيام بدراسة حول إعداد برامج إرشادية أخرى لأسر مرضى الفصام في أساليب التواصل والتفاعل معهم واثر وجود شخص مساند لهم في تماثلهم للشفاء .
2. دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية السلبية وزيادة الخجل والقصور في النواحي الاجتماعية

دراسة بحثية عن تأثير الوصمة والالتزام بالدواء واثر ذلك على مآل المرض والانتكاسة .

المراجع :

- أحمد عكاشة (2011). الطب النفسي المعاصر . مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة، الطبعة السادسة عشر .
- الجمعية المصرية للطب النفسي (1979) . دليل تشخيص الأمراض النفسية – الجمعية المصرية للطب النفسي. القاهرة.
- جوديث بيك (2007) . العلاج المعرفي . تقديم آرون بيك ، ترجمة طلعت مطر ، ايهاب الخراط ، المركز القومي للترجمة .
- سعاد البشر ، صفوت فرج (2002)المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري . دراسات نفسية ، 12 ، 2 ، 207-227 .
- سيلفانو اريتي (1991). الفصامي، كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء. ترجمة: عاطف أحمد ، المجلس الوطني للثقافة والآداب ،عالم المعرفة، العدد 156، الكويت.
- رشا عبد الفتاح الديدي ( 2015 ) . العلاقة بين الوصمة الذاتية وتأخر طلب العلاج والتحسن العلاجي والمتغيرات الديموغرافية لدى عينة من الذكور المتعاطين للمواد المؤثرة نفسيا بالمؤسسات العلاجية . مجلة كلية الآداب ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق . مجلد 72 ، 1-46.
- هبة محمد على (2020). الوصمة وعلاقتها بتقدير الذات والاستبصار لدى عينة من مرضى الفصام. مجلة دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي .العدد الثامن ، مركز الارشاد النفسي والتربوي ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .
- هبة محمد على (2020).مقياس الوصمة الذاتية لمرضى الفصام ، مكتبة الانجلو المصرية ، تحت النشر .
- Angermeyer, M.C., Holzinger ,A. Matschinger, H.( 2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. **Eur Psychiatry**.24:225-32
- Corrigan, P.W.(2004). How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**. 50(7):614–625.

- Corrigan , P. W., Morris, S., Larson , J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., & Rusch,N..(2010).Self-Stigma and Coming out about One's Mental illness , **Journal Of Community Psychology**, Vol. 38, No. 3, 259–275.
- Dinos,S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S, & King, M. (2004).Stigma:The feelings and experiences of 46people with mental illness . **The British Journal of Psychiatry** (184),P P 176-181 .
- Gerlinger, G. Hauser, M. De Hert. M. Lacluyse, K. Wampers, M. Correll, C.U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact, and interventions. **World Psychiatry**. 12(2):155–164.
- Hamoud, S. ( 2008) : The Relation between quality of life and locus of control among schizophrenic out patients . **master thesis**. University of Alexandria. Faculty of nursing.
- Hofer .A., Post.F., Pardeller.S., Frajo-Apor.B., Hoertnagl.C., Kemmler.G., Fleischhacker.W.(2019). Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms . **Psychiatry Research** .271 . 396–401.
- Lefley, H.P.(1989). Family burden and family stigma in major mental illness. **American Psychologist**. 44(3):556–560.
- Major, B., & Obrien , L.T. (2005). The social psychology of stigma. **Annu. Rev.psychol.**,56, 393-421.
- Lourenco, C. A.,(2007). **examining the relationship between stigma and subjective quality of life in persons with schizophrenia** , University of Hartford Psy.proQuest Dissertation and Theses .
- Lysaker P., Davis ,L., Warman,D., Strasburger,A., Beattie,N.(2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and



schizoaffective disorder: Associations across 6 months . **Psychiatry Research**.149 , 89–95.

- Morgades-Bamba .C., Ruizdeapodaca.M., Molero.F.(2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia . **Psychiatry Research** 271 . 621–627.
- Park, S. G.(2014). The Relationship Of Internalized Stigma with Symptoms, Social behavior, and Emotional Responding in Schizophrenia , Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, the degree of Doctor of Philosophy( **Doctoral dissertation**).
- Pinfold, V. Huxley, P. Thornicroft, G. Farmer, P. Toulmin, H. Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the policy force in England. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 38:337–344.
- Segalovich, J. Doron, A. Behrbalk, P. Kurs, R. Romem, P.(2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. **Arch Psychiatr Nurs**. 27(5):231–234.
- Subu , M., A., Holmes , D., Elliot, J., & Jacob , J., D., (2017). **Persistent Taboo Understanding Mental Illness and Stigma among Indonesian Adults Through Grounded Theory** , Faculty of Health Sciences School , the degree of Doctor( Doctoral dissertation, university of Ottawa) .
- Thornicroft , G. Rose, D.,& Mehta, N.(2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? **Advances in Psychiatric Treatment** .16:53-9.
- Vass ,V. A. I.(2016). The role of stigma and self-stigma in recovery from psychosis ( Doctoral dissertation ,University of Liverpool). <http://livrepository.liverpool.ac.uk/3006731>.

- Weiss,g.(Ed).(1999).**Multiagent system : a modern approach to distributed artificial intelligence** .MIT press .
- Yanos, P.T. Roe , D. Markus, K. Lysaker, P.H (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. **Psychiatr Serv.** 59(12):1437–1442.