

# الاتجاهات نحو الدمج الأسري والاجتماعي لدى عينة من المرضى العقليين بالأردن ومعوقات دمجهم من وجهة نظر الفريق الطبي

## إعداد

د/ مفيد نجيب حواشين

أستاذ مشارك - جامعة عمان الأهلية - قسم علم النفس - الأردن

أ.د/ فيصل محمد خير الزراد

أستاذ دكتور - جامعة عمان الأهلية - قسم علم النفس - الأردن

د/ حسين مد الله الطراونه

أستاذ مساعد - قسم علم النفس - جامعة عمان الأهلية - الأردن

الاتجاهات نحو الدمج الأسري والاجتماعي لدى عينة من المرضى العقلين بالأردن ومعوقات دمجهم من وجهة نظر الفريق الطبي  
الملخص:

هدفت الدراسة الكشف عن الاتجاهات للمرضى العقلين للدمج مع أسرهم، وتم بناء استبيان لهذا الغرض، واختيار عينة من (٢٠) مريضاً عقلياً في مستشفى الرشيد للطب النفسي وعلاج الإدمان (عنبري النرجس والريحان)، وتبين من النتائج ان نسبة (٤٠%) من المرضى تتوفر لديهم اتجاهات إيجابية للدمج الأسري والاجتماعي، وبلغ متوسط النسب المئوية للمرضى أصحاب الاتجاه المؤيد لدمج المريض العقلي بأسرته ومجتمعه (٧٠,٦٨%) مقابل متوسط النسب المئوية للتكرارات لدى أصحاب الاتجاه غير المؤيد الذين يعارضون دمج المريض العقلي مع أسرته ومجتمعه (٢٩,٣٢%)، وتم تطبيق اختبار ( $X^2$ ) لمعرفة دلالة الفروق بين الجانبين المؤيد والمعارض لعملية الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى، وتبين أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، كمال تبيين وجود بعض المعوقات الخاصة بالدمج الأسري ومنها عدم وجود تشخيص قبلي دقيق وشامل لحالة المريض بحيث يساعد ذلك على فرز حالة المريض من حيث القدرة على الدمج الاجتماعي والأسري وتم تحليل النتائج ووضع توصيات للدراسة.  
الكلمات المفتاحية: الدمج الأسري والاجتماعي، مريض العقل المزمّن، عقبات الدمج.

#### Abstract:

This study aimed at finding scientific criteria to know those chronic patients in psychiatric hospitals in Jordan who can integrate with their families, communities instead of being in the hospitals.

The sample of research consisted of (20) mental patients at Al-Rasheed hospital for psychiatric disorder and addiction (in the wards Nerges and Al-Rihan).

The results showed that (40%) of the patients in the sample can integrate in their families, environments taking into consideration keeping the cooperation with the medical team at the hospital. The percentage of the redundancies according to the questionnaire items for the positive attitude which is in favor of the family and social integration regarding the mental patients

was (70.68%). In contrast, the percentage of the redundancies according to the questionnaire items for the negative approach which is against the family and social integration regarding the mental patients was (29.31%). So the differences were statistically significant on the pint (0.01). So those differences were not coincidence but core factors lead to this contrast. The consequences which hinder the family, social integration for the patients have been summarized and theoretical, practical recommendations have been reached to be adopted by the concerned health organizations in Jordan.

**Key word :**Family integration, Chronic mental patients ,Obstacles.

المقدمة:

إن الدراسات الطبية بشكل عام، والطب النفسي بشكل خاص تؤكد على أن إيداع المريض العقلي داخل المستشفيات ولفترة طويلة من الزمن له نتائج سيئة تنعكس على المريض وعلى أسرته والمجتمع، وهذا ينطبق على مرضى الأمراض العقلية المزمنين الذين يمكثون ولفترة طويلة من الزمن في عنابر مستشفيات الطب النفسي أو داخل مؤسسات الصحة النفسية (Casino, et al ١٩٨٢). وحيث يتعرض المريض إلى ما يسمى بعصاب المؤسسات (Institutional Neurosis)، أو بملازمة المصحات (Hospitalization Syndrome) وهذا العصاب ينشأ بسبب الإقامة الطويلة والحياة النمطية أو الآلية والرتيبة داخل المستشفيات، ومن أبرز أعراضه حرمان المريض من أي محاولة للمبادرة (Initiative) أو بذل الجهد، مع التعرض إلى عزلة اجتماعية، والانفصال عن البيئة والمجتمع (Social Breakdown Syndrome)، وعن الأسرة، ومكان العمل. والاعتماد على العقاقير أو الأدوية التي يتناولها المريض.

وتمتد عملية الحرمان بالنسبة للمريض العقلي لتشمل الممتلكات الخاصة بالمريض مثل الملابس والنقود، والمجوهرات. ومن الطبيعي أن إقامة المريض لفترة طويلة في المستشفى يتطلب نفقات باهظة وجهود كبيرة، وكوادر طبية وفنية. وهذا يزيد من الأعباء على المريض وأسرته وعلى الفريق الطبي، وعلى المجتمع أو الدولة بشكل عام حيث يزداد الإنفاق والتكلفة والجهد وتصبح حالة المريض أكثر سوءاً وخاصة إذا أصيب المريض ببعض الأمراض العضوية إلى جانب المرض العقلي مثل (أمراض الشيخوخة) ومع الأخذ بعين الاعتبار ما يصحب ذلك من وصمة اجتماعية (Social Stigma) لدى

المريض وأسرته والمجتمع تنعكس بشكل او بآخر على عدم تقبله أو الابتعاد عنه. ( عبد الحميد، ٢٠١١).

وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة إلى مرضى الأمراض العقلية المزمنين **Chronic** فليس معنى ذلك أن يتم دفع كل مريض وبشكل اعتباطي إلى أسرته أو مجتمعه بعيداً عن المستشفى، فمما لا شك فيه أن العديد من مشاكل المرضى قد ترجع إلى صراعات اسرية ومشاكل نفسية متراكمة، وقد تكون هذه المشاكل أو الصراعات ما زالت قائمة في أسرة المريض أو في محيطه. وهنا يصبح القرار للفريق الطبي وذلك في وضع المريض بعيداً عن أسرته، حيث أن المريض النفسي لا يمكن وضعه مع أسرته أو دمجها مع مجتمعه إلا إذا تقبلته أسرته أو إذا تغيرت نظرة أسرته نحوه، ونظرته نحو أسرته وكان المناخ العام مناسباً. وأحياناً يرغب المريض العيش مع أسرته ولكن الفريق الطبي ولمصلحة المريض يرفض ذلك. ولأن مهمة الأسرة ليس الإيواء وتقديم الطعام والشراب بقدر ما هي مساعدة المريض، وتقبله، والإشراف عليه، والتعاون مع الفريق الطبي لمصلحة المريض (إبراهيم، ٢٠٠٠).

وفي ضوء ذلك وضعت منظمة الصحة العالمية (WHO) بعض المعايير من اجل دمج المريض العقلي مع أسرته ومجتمعه، وكان أهم هذه المعايير هو أن المريض العقلي الذي لا يؤدي نفسه ولا يؤدي الآخرين يصلح لدمجه في المجتمع ومع الأسرة، ( Mario Maj, 2010) وتم فيما بعد إضافة معايير أخرى صدرت عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) مثل قدرة المريض على التواصل اللغوي، وتناول الدواء والطعام، والقدرة على الإخراج، والالتزام بتعليمات المستشفى النهاري ونجاحه في أداء المهام الموكلة للمريض العقلي في المستشفى النهاري. وكانت هناك مشكلات تواجه مشكلة الدمج كان أبرزها تقبل أسر المرضى لعملية الدمج، ووجود أمراض عضوية ونقص الإمكانيات المتاحة.

وتهتم الدراسة الحالية بالكشف عن المرضى العقلين المزمنين في مستشفيات الأردن في مدينة عمان، مثل المركز الوطني للصحة النفسية، (وهو مركز حكومي)، وكذلك مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، (وهو مستشفى خاص). والذين يمكن دمجهم مع أسرهم ومجتمعهم وذلك في ضوء معايير علمية طبية - نفسية محددة. لقد لوحظ من خلال الزيارات العلمية لهذه المستشفيات أن هناك زيادة في أعداد المرضى الذين يقيمون لفترات طويلة داخل المستشفى ومنهم من تجاوزت الإقامة لديه الثلاثين عاماً. وهناك من أقاموا أكثر أو أقل من ذلك بعيدين عن أسرهم وأقربانهم ومجتمعهم. مما انعكس سلبياً على حياتهم وقدراتهم وصحتهم.

### مشكلة الدراسة:

إن إقامة المرضى العقلين داخل المستشفى ولفترات طويلة ينتج عنه أعراض سلبية تؤثر على المريض، كما ان ذلك يزيد من الجهد والوقت والتكلفة وغير ذلك من أعباء، وخاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار تزايد أعداد المرضى المقيمين لسنوات طويلة داخل مستشفيات الطب النفسي، ويمكننا أن نلخص مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما اتجاهات مرضى الأمراض العقلية المزمنين نحو الدمج الأسري والاجتماعي؟
- ما المعوقات التي تعوق عملية الدمج الأسري والاجتماعي لهؤلاء المرضى من وجهة نظر الفريق الطبي؟

### أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:
- تعرف اتجاهات مرضى الأمراض العقلية نحو الدمج الأسري والاجتماعي.
- تعرف معوقات التي تعوق عملية الدمج الأسري والاجتماعي لمرضى العقل من وجهة نظر الفريق الطبي.

### أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة من خلال الموضوع الذي تطرحه وهو الاهتمام بمرضى العقل المزمنين. وهذا الموضوع لم ينل في مستشفيات الطب النفسي في الوطن العربي الاهتمام الكافي، وفي حدود علم الباحثين إن هذه الدراسة تعد من الدراسات الرائدة على مستوى المملكة الأردنية الهاشمية، و في مجال التوعية الصحية والنفسية.

### محددات الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من مرضى الأمراض العقلية في مستشفى الرشيد للطب النفسي وعلاج الإدمان، في مدينة إدمان/ عمان/ الأردن، وتم الاستعانة ببعض الممرضين والأطباء النفسيين الذين يشرفون على المرضى، والذين ساهموا في تحكيم أداة الدراسة، وأجريت الدراسة بين عامي ٢٠١٥-٢٠١٦، واستهدفت الكشف عن قدرات المرضى للدمج الأسري والاجتماعي في بيئتهم الطبيعية.

## الإطار النظري والدراسات السابقة:

### المريض العقلي المزمن:

هو المريض الذي يعاني من مرض طويل الأمد، أو المتكرر، ومصطلح مزمن يشير إلى مسار المرض وهو فقدان التدرجي في وظائف المريض الجسمية والعقلية والحياتية وذلك على مدى شهور أو سنوات، مع تدهور الأعراض، وهذا يختلف عن موضوع المرض الحاد (Acute Or Server) (Frank, J.et al ,1995).

وفي الموسوعة الحرة (Wikipedia) يعرف المرض المزمن بأنه المرض الذي يزداد سوءاً مع عدم فاعلية الدواء، والمريض المزمن هو الذي تطول أعراضه، ويمكن داخل المؤسسات الصحية أو مستشفيات الطب النفسي لسنوات طويلة قد تستمر مدى حياة المريض ويحتاج المريض إلى رعاية وإشراف مستمرين خشية أن يؤدي نفسه أو يؤدي الآخرين، أما في المعجم الطبي الموحد (U.M.D) (٢٠٠٦) يشير رونالد كسلر (R.Kesler) من كلية طب جامعة هارفرد إلى أن الأعراض المرضية النفسية غالباً ما تبدأ وبشكل طفيف في مرحلة الطفولة والشباب، وإذا تم تجاهل هذه الأعراض فإنها تتفاقم لتتحول إلى حالات خطيرة من المرض العقلي. وإن عدداً كبيراً من هذه الحالات التي لم تعالج في أول مراحلها تتحول لاحقاً إلى مرض خطير أو مزمن، ويؤكد توماس أنسل (مدير المعهد الوطني للصحة العقلية في أمريكا) أن المريض العقلي المزمن هو الذي لا يستجيب إلى العلاج الدوائي وكما هو متوقع من العلاج، كما لا تتراجع لديه بعض الأعراض مع التقدم في العلاج، أو بلوغ سن النضج وخصوصاً بعد عمر (٤٤) سنة، مما يتطلب الإقامة في المستشفى لفترات طويلة قد تمتد إلى نهاية حياة المريض. ويمكن التأهيل النفسي للمريض للتكيف مع ظروف مرضه ومحيطه. والتعريف الإجرائي للمريض النفسي المزمن هو المريض الذي يوجد في غير المرضى المزمنين في مستشفى الرشيد للطب النفسي (عنبري النرجس والريحان) منذ أكثر من سنة واحدة. حيث يبقى لدى المريض القدرة على الدمج الأسري والاجتماعي (بالمقارنة بالمريض الذي أمضى سنوات طويلة في المستشفى ودون تواصل ملموس مع أسرته أو مجتمعه).

### الدمج الأسري والاجتماعي للمريض العقلي:

إن معظم الدراسات الطبية- النفسية ترى بأنه إذا كان هناك فئة من المرضى العقلين لا بد من دخولها وإقامتها داخل المستشفى لفترات طويلة نظراً لظروفها الصحية والاجتماعية، فهذه الطريقة لا بد أن تكون الملاذ الأخير لهؤلاء المرضى، (عبد الحميد وآخرون، ٢٠١١) بأن الأسرة والمجتمع الذي عاش فيه المريض هو المكان الأنسب لإقامة المريض، ودعت هذه الدراسات إلى تظافر الجهود الأسرية والاجتماعية (الرسمية والتطوعية) لإبقاء هؤلاء المرضى أكبر فترة ممكنة في منازلهم ومع أسرهم وذويهم وداخل

مجتمعهم، وذلك لأن عملية الدمج الأسري والاجتماعي تساهم وبقدر كبير في تلبية احتياجات المريض المادية والمعنوية بما في ذلك حاجات الانتماء والإحساس بالأمن والطمأنينة وبالمحبة، والتقبل، والتعاون، والاحترام. ودون أن يشعر المريض بالعزلة، أو الاضطهاد، أو الحرمان. وبقاء المريض داخل أسرته وبيئته يجعله يندمج مع الواقع ويتكيف مع محيطه، وبالتالي يحفظ ما تبقى لديه من قدرات عقلية وحسية وحركية، ويجعله دائماً في حالة تفاعل ونشاط بعيداً عن الاتكالية والتقاعد، وهذا يساهم في علاج حالته ويؤخر التدهور المحتمل في قدراته، كما يخفف من أعراض الإقامة الطويلة داخل المستشفيات، ويجعله يحافظ على نمط صحي من الحياة، وعلى عادات النوم والطعام والمشى، والذهاب إلى الحمام، والمحافظة على النظافة وغيرها من عادات. ومما لا شك فيه أن المرضى العقلين يعانون من الاضطرابات التي تسبب لهم أو لغيرهم المشاكل التي تبعدهم عن أسرهم وذويهم وأصدقائهم... وتدفع بهم إلى العزلة والانطواء على الذات. وتشير بعض الدراسات حول اتجاهات الأسرة نحو المرضى العقلين إلى أن نسبة (١٥- ٢٥%) من أسر مرضى العقل يعانون من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة مادية بسبب أن مرضاهم لا يستطيعون تحمل أعباء مرضهم وبقون معتمدين على أسرهم ولمدة طويلة أو لمدى الحياة (آل رحمة، ٢٠٠٣).

وتشير الدراسات التي أجريت على مرضى الفصام (إبراهيم، ٢٠٠٣) إلى أن هؤلاء المرضى بعد استقرار حالتهم قادرون على المشاركة والتعاون بشأن أمور تخص علاجهم، وقد يجد هؤلاء المرضى صعوبات في اتخاذ قرارات أو القيام بإجراءات خلال فترة بداية المرض، أو أثناء فترة الانتكاسات، إلا أن قدراتهم تتحسن خلال مسار المرض، كما أن مشاركة المريض وأسرته يحسن من مسار المرض ويزيد من إمكانية اتباع المريض تدريباً للاندماج في الحياة الاجتماعية. ويساعد في ذلك مجموعة من الخدمات التي تقدم إلى المريض وأسرته مثل:

- الإرشاد الأسري لعائلة المريض لزيادة التوعية الأسرية والتعاون وتقبل المريض.
- الزيارات العائلية المنظمة والمتبادلة بين المريض وأسرته.
- وضع المريض في المستشفيات النهارية وتدريبه على بعض المهارات الاجتماعية.
- قيام المريض بمجموعة من الأنشطة الترفيهية.
- متابعة الإشراف على المريض والتعاون بين الأسرة والفريق الطبي.
- أساليب أخرى. (Mario Maj, 2010)

أما من الناحية الإجرائية فيعرف الباحثون الدمج الأسري والاجتماعي للمريض العقلي بأنه مدى قابلية المريض وقدرته على التعايش العادي مع أسرته ومجتمعه وذلك في ضوء المعايير المتوفرة لديه.

هذا وقد ارتبطت الأمراض النفسية على مر العصور بنظرة جائرة من المجتمع، سواء العادي أو المتعلم، أو المتحضر، وما زال كثيرون يرجعون هذه الأعراض إلى المسّ والسحر والحسد وأنها نوع من الجنون وتكون النتيجة إحجام المرضى عن زيارة الطبيب النفسي خوفاً من وصمة المجتمع والإحساس بالخجل والعار، واللجوء إلى المشعوذين والدجالين حتى تتفاقم مشكلة المريض ويصبح علاجها صعباً أو مستحيلاً لهذا كانت التوعية الصحية والتثقيف الصحي مهماً وضرورياً للأسرة ولأفراد المجتمع، وفي مثل هذه الحالات لا بد للطبيب النفسي والاختصاصي النفسي والاجتماعي وكامل الفريق الطبي من زيارة أسرة المريض والتعرف على المناخ العام في أسرته وكذلك معرفة اتجاه أفراد الأسرة نحو مريضها العقلي، ومعرفة المعتقدات التي تعزز هذه الأفكار الخرافية للعمل على محوها أو تعديلها وحتى يتوفر للمريض العقلي مناخ أسري متعاون يتلقى فيه التقبل والاحترام والراحة والبعد عن المشاكل والتوترات مما يساعد في دمج المريض مع أسرته وبيئته وقيام الأسرة بدورها نحو المريض، وتأمين احتياجاته اللازمة، والتعاون مع الفريق الطبي في المستشفى بشكل مباشر عن طريق الزيارات الدورية، أو بشكل غير مباشر عن طريق الخط الهاتفي الساخن أو غير ذلك، وفي ضوء هذه المعلومات يتم اتخاذ القرار من قبل الفريق الطبي بإرسال المريض إلى أسرته مباشرة (أو عدم إرساله) أو إرسال المريض إلى ما يسمى بالمستشفى النهاري للطب النفسي وكخطوة في طريق دمج المريض العقلي مع أسرته ومجتمعه وكما يحدث في الدول المتقدمة في العالم. (بريك و شاعر، ٢٠٠٧).

#### دور المستشفى النهاري في الدمج الاجتماعي للمريض العقلي:

تعد المستشفى النهاري مؤسسة صحية توفر الرعاية الصحية للمريض وذلك من خلال ارتباطه بأسرته ومجتمعه، وهي أحد وسائل دمج المريض اجتماعياً. والمستشفى النهاري تقدم خدمات علاجية متعددة مثل العلاج الفردي، والعلاج الجماعي، والعلاج بالعمل (O.T) والترفيه، والمرضى يحضرون من منازلهم صباحاً إلى المستشفى النهاري ويتناولون طعام الإفطار ثم يخضعون لبرنامج علاجي منظم ينتهي بتناول طعام الغداء والعودة إلى المنزل وذلك تحت إشراف بعض أعضاء الفريق الطبي ومع توفير التعاون والتواصل مع أسر المرضى أو ذويهم ومتابعة حالة المرضى في فترة إقامتهم داخل أسرهم. وبعد عام (١٩٤٦) زاد عدد المستشفيات النهارية في أوروبا والاتحاد السوفيتي بغرض دمج المرضى مع أسرهم ومجتمعهم، وقامت وزارة الصحة في بريطانيا (مقاطعة ويلز) بدراسة حالات مرضى الأمراض العقلية المزمنين، وتم توزيع استبيان على عينات مختلفة من مراكز الطب النفسي في بريطانيا وتبين من نتائج الدراسة أن غالبية المرضى في وحدات الطب النفسي لا تتطلب حالتهم الإقامة الداخلية داخل المستشفى ولفترات طويلة، وأن علاجهم وتأهيلهم يكون أفضل إذا تم دمج هؤلاء المرضى مع أسرهم ومجتمعهم (Frاندال، 1989)، بحيث يأتون إلى المستشفى ولأيام محددة في الفترة الصباحية



ثم يعودون إلى منازلهم خلال النهار مع توفير إقامة جزئية خلال النهار، وبحيث يتمكن هؤلاء من ممارسة كافة الأنشطة الأساسية في الحياة العادية، مع الكشف الطبية اللازمة. وتشير دراسة (Vauhan, 1985) في بريطانيا إلى أن الجمع بين المريض الداخلي والمستشفى النهاري ساهم في إغلاق العديد من المستشفيات الكبيرة كما أن ذلك ساهم في التقليل من عدد أسرة المرضى داخل المستشفيات، وبالتالي تم تقليل الجهود والنفقات أو التكلفة بشكل عام، واستمرت المستشفيات النهارية بازياد مستمر وخاصة قبل عام (١٩٦٠)، ولعبت دوراً بارزاً في رعاية وعلاج مرضى الأمراض النفسية المزمنين، وتقليل أعداد المرضى المقيمين داخل المستشفى، والجدول (١) يبين تطور عدد المستشفيات النهارية بين عامي (١٩٧٤-١٩٨٤) في انكلترا، والنسبة المئوية لما تحقق من أهداف من بينها ضرورة الدمج الأسري والاجتماعي لمرضى العقل المزمنين.

جدول (١) تطور عدد المستشفيات النهارية والأسرة

| عدد الأسرة وأماكن الإقامة   |  | (١٩٧٤)       | (١٩٨٤) | Target<br>الهدف | Progress to<br>Target<br>100%<br>مدى تحقيق<br>الهدف |
|---|--|--------------|--------|-----------------|---|
| - الأسرة المتوفرة في<br>المستشفيات.<br>- أماكن الإقامة<br>المحلية.      | - hospital<br>(available beds)                                 | 104          | 78 900 | 47 900          | 45%   |
|   | - Residential<br>places (local<br>authority and<br>voluntary). | 400<br>3 500 | 6 800  | 11 500          | 41%   |
| - أماكن المستشفى<br>النهارى.<br>- أماكن الإقامة في<br>المراكز النهارية. | - Day hospital<br>places                                       | 11 200       | 17 000 | 45 800          | 17%   |
|   | Day center -<br>places (local<br>authority and<br>voluntary).  | 5 400        | 9 000  | 28 200          | 16%   |

وبدءاً من عام (١٩٧٥) وبفضل خدمات بيتر (Petter,) و ( Mc Creadie )، وبالنسبة لمرضى العقل تم تطبيق فلسفة الرعاية الاجتماعية للمرضى، وسعى ذلك إلى تطبيق العديد من الأهداف كان من بينها خفض عدد الأسرة للمرضى الداخليين المقيمين داخل المستشفى أو داخل مراكز الرعاية النهارية للمرضى العقلين. واتجهت الجهود التي بذلها بيتر في مجال الطب النفسي نحو دمج المريض بالمجتمع، ولسوء الحظ ان خفض عدد الأسرة في المستشفيات الكبيرة لم يعوض بنفس الدرجة بإنشاء مراكز

رعاية نهارية، ويعني ذلك أن بعض المرضى الذين يخرجون من المستشفى لم يلقوا الرعاية الطبية المناسبة، وكما هو مبين في الجدول (١) حيث نقص عدد الأسرة في المستشفيات حوالي (٢٥٥٠٠) سريراً، بينما زادت مراكز الرعاية النهارية فقط لتصل إلى حوالي (٩٠٠٠)، وقد تمكنت هذه المراكز النهارية في (اسكتلندا) من تقديم خدمات إلى حوالي (٥٦%) من مرضى الأمراض المزمنة ١٥% لكل (١٠٠٠) شخص من المجتمع، وقد تبين أن هناك ارتباط ضعيف بين عدد الأسرة في المستشفيات والتسهيلات الاجتماعية أو تسهيلات مراكز الرعاية النهارية (Hirsch, 1988)، وكان هذا الضعف واضحاً، مما يشير إلى ضعف في التخطيط الأولي وتقديم الخدمات اللازمة للمرضى، وهذا ما تطلب إعادة النظر والتقييم في مدى فاعلية هذه المراكز الصحية النهارية.

**الدمج الاجتماعي في المستشفى النهاري كبد يل عن الرعاية في المستشفيات العامة:**

اهتمت العديد من الدراسات الطبية- النفسية، (Crafe, M., 1985) بتقييم إمكانية علاج لمرضى العقل في وحدة العلاج النهاري، (وكان ذلك متزامناً مع ظهور العقاقير المضادة للذهان)، وفي هذه الدراسات تم في بادئ الأمر تناول الحالات العصابية والتي كانت تمثل معظم الحالات التي تعالج في المستشفى النهاري، وفي حالات غير خطيرة على نفسها بقدر ما هي بحاجة لرعاية طبية نفسية مكثفة، وكانت معظم هذه الدراسات هي دراسات مقارنة استخدم فيها مجموعات ضابطة (Control Groups) قورنت بالمرضى داخل المستشفيات النهارية. ووجدت فروق بسيطة في النتائج لصالح مرضى المستشفيات النهارية، كما تم متابعة مرضى المستشفى النهاري لفترة من الزمن وتبين أن هناك فروقاً دالة من حيث قدرة هؤلاء المرضى على التوافق الاجتماعي، وهذه كانت إحدى فوائد المستشفيات النهارية، إلا أن هذه الدراسات لم تكن كافية. وخاصة أن الحالات التي تم دراستها هي حالات عصابية كان مصيرها مقبولاً (better prognosis) وقد استخدم الباحثون طرقاً في البحث أكثر صدقاً تكشف عما إذا كان المرضى قد تحققت لديهم المعايير المطلوبة، من هذه الطرق (Michaux, 1973) يتم اختيار عينة من المرضى يخضعون إلى الرعاية الطبية في المستشفى النهاري، ليتم مقارنتهم مع مجموعة متجانسة من المرضى لم تخضع إلى الرعاية الطبية في المستشفى النهاري (مجموعة ضابطة) وبعد ذلك يتم مقارنة المجموعة الأولى بأفراد المجموعة الثانية من حيث الأعراض والسلوك العام، ويمكن استخدام وسائل التقييم القبلي، والتقييم البعدي (بعد العلاج)، من ناحية أخرى يمكن خلط (Mixed) مرضى المجموعة الأولى مع مرضى المجموعة الثانية ثم يطلب من محكم خارجي مختص ليس له أي معلومات عن الحالات سواء التي خضعت إلى العلاج أو التي لم تخضع لذلك، ويطلب منه فرز هذه الحالات حسب معايير معينة، وبعد ذلك يتم مقارنة ما توصل إليه المحكم بنتائج الباحث، كما يمكن مقارنة نتائج الرعاية

في المستشفى النهاري، بنتائج الرعاية داخل المستشفيات العادية بالنسبة لنفس الحالات أو الأعراض، وجميع الدراسات انتهت من ذلك إلى أن المستشفى النهاري يعتبر مفيداً ويمكن أن يكون بديلاً عن الرعاية في المستشفيات العامة بالنسبة للمرضى المقيمين داخل المستشفى. وفي دراسات أمريكية (Herz, 1971) "انتهت إلى أن هناك نسبة تقدر بحوالي (٤٠%) من المرضى العقلين قُبلوا في المستشفى كمرضى داخليين ويمكن أن تتم رعايتهم الصحية داخل المستشفى النهاري وبدون حاجة إلى الإقامة داخل المستشفى العام، كما أن نسبة (٥٢%) من المرضى الفصاميين يمكن أن يتواجدوا في المستشفى النهاري.

وهناك دراسات أجريت في المملكة المتحدة (Dick, P.,1985) تبين من خلالها أن نسبة تقدر بحوالي (٥٠%) من حالات الطوارئ ( Emergency Admission) يمكن أن تتحول للعلاج في المستشفيات النهارية. ومعظم الدراسات أكدت على وجود فروق واضحة بين المرضى من حيث الوظائف الاجتماعية حيث تحسنت الوظائف الاجتماعية بشكل دال احصائياً بالنسبة لمرضى المستشفيات النهارية، كما تم متابعة المرضى بعد خروجهم من المستشفى النهاري، وكانت حالات الانتكاس قليلة جداً، والواقع ليس جميع المرضى يستفيدون من المستشفى النهاري، فقط حالات الفصام، والحالات العصبية، وحالات الاضطرابات الوجدانية (Affective disorder) كما تبين بأن المستشفى النهاري لا يناسب حالات المرضى ذوي الاضطرابات الحادة، وحالات السلوك الانتحاري، وحالات العدوان، وحالات الأمراض العضوية التي تتطلب وجود بعض الأقران مع المريض، هذا بالإضافة إلى بعض حالات المرضى كبار السن التي شخّصت حالتهم فصام وليس لديهم قدرة على التكيف الاجتماعي (Bowman, 1983) يضاف إلى ذلك وجود معايير طبية- نفسية اجتماعية يعتمد عليها في فرز حالات المرضى الذين يمكنهم التعايش في المستشفى النهاري ومع أسرهم أو ذويهم داخل المجتمع. ومن هذه المعايير على سبيل المثال (ما جاء في استبانة الدراسة) مثل التزام المريض بالتعليمات، وتناول الدواء، والتواصل اللغوي، وعدم إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين.

وبشكل عام برهنت معظم الدراسات في هذا المجال فائدة الرعاية النهارية وعمليات الدمج الاجتماعي، بالمقارنة مع الإقامة الداخلية للمرضى، وخاصة أن جميع المرضى وأسرهم وذويهم فضلوا الإقامة داخل المستشفى النهاري، وهذه كانت واحدة من العوامل التي ساهمت في الوصول إلى علاج فعال بالإضافة لذلك برهنت هذه الدراسات على أن المستشفى النهاري كان أقل كلفة من الإقامة الداخلية (Flink, E.B,1988).

**العلاج في المستشفى النهاري كبديل عن علاج مرضى العيادات الخارجية:**

إن المستشفى النهاري يقدم خدمات صحية مكثفة أكثر مما يتلقاه مريض العيادات الخارجية، وهذا مما يؤدي إلى رعاية صحية أفضل، وتحسن أسرع في الأعراض

والوظائف بشكل عام، وقد يقول البعض بأن المستشفى النهاري أكثر تكلفة من العيادة الخارجية، إلا أن دراسات (Tyrer, P > 1987) بينت أن ذلك لا يمثل مشكلة كبيرة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار مصلحة المريض، أما من حيث الدراسات المقارنة التي استهدفت مقارنة المستشفى النهاري بالعلاج لدى مرضى العيادات الخارجية، فإن هذه الدراسات التي تناولت عينات من مرضى المخاوف، والقلق، والعصاب في المستشفى النهاري وفي العيادات الخارجية، لم تصل هذه الدراسات إلى وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً وذلك بعد مضي (٤) أشهر و (٨) أشهر و (٢٤) شهراً.

### دور المستشفى النهاري في علاج حالات مرضى العقل المزمنين:

إن عدد أسرة المرضى الداخليين المزمنين في المستشفيات العقلية وكذلك عدد المرضى في ازدياد مستمر، وهؤلاء غالباً ما يكونون مهينين (Vulnerable) (Tyrer, P. , 1987) لذلك، ويكونون قد عانوا في حياتهم من ظروف الحرمان الشديد، أو الحياة وحيداً مع بعض الأقرباء المسنين، مما يجعلهم ضعيفي المبادرة والمهارات الاجتماعية (Lamb, H. , 1979) بالإضافة إلى معاناة شيء من النبذ والإهمال. إن معظم المرضى الذين يحضرون إلى المستشفى النهاري الهدف من حضورهم هو رعايتهم صحياً، وتأهيلهم وعلاجهم كما أن وجود المريض المزمّن في المستشفى النهاري يمنع من حدوث تدهور لديه (deterioration). ولسوء الحظ أن تنظيم العمل في مراكز الرعاية النهارية لا يعتمد دائماً على حاجات المجتمع المحلي، وإن عملية تحويل المرضى، وحضورهم غالباً ما تتحدد بحالة المريض وبالقابلية للانتفاع، لقد تم مسح كافة التسهيلات المتوفرة في مراكز الرعاية النهارية، فوجد أن هناك نقصاً من حيث أنشطة وقت الفراغ، وفي عمليات التأهيل (Wing, 1982)، وكذلك وجود نقص من حيث دعم وتعاون بعض أسر المرضى وذويهم، وهذا ما ترك أثراً سلبياً في تطبيق البرامج التي تتطلب حضوراً منتظماً واستمرارية في الأنشطة، وكذلك تتطلب الإثارة والتشويق للمرضى، إن المستشفيات النهارية تهتم بالعلاج الفردي بالرغم من أن ذلك يشكل ضغطاً على فريق العمل، وبعض مراكز العلاج النهاري تسمح باستخدام المركز أو المستشفى النهاري كمكان للقاءات الاجتماعية، وحسب آراء العديد من المرضى والأطباء والاختصاصيين أن هذا مفيد ويساعد المرضى كثيراً ولكن قد ينمي الاعتمادية لدى بعض المرضى، لذا يجب النظر في المشكلة الاعتمادية، وكذلك في مشكلة نبذ وإهمال المريض.

من ناحية أخرى تشير بعض الدراسات إلى أن البرامج داخل المستشفى النهاري لا تؤثر فقط في عملية الحضور ولكن أيضاً في النتائج، من بين هذه الدراسات دراسة (Miline, 1984)، حيث تم مقارنة مستشفيان نهاريان متجاوران يعملان بنفس مستوى الفريق الطبي، ومع مرضى مزمنين، ولكن الفرق بينهما كان من حيث الطرق العلاجية والتأهيلية المستخدمة وذلك على النحو التالي:

- المستشفى النهاري الأول اعتمد على تقديم أنشطة علاجية مباشرة للمرضى مثل الأنشطة العلاجية السلوكية، والعلاج الجماعي، بالإضافة إلى العلاج الطبي.
- المستشفى النهاري الثاني اعتمد على تقديم أنشطة علاجية غير مباشرة مثل برامج التفاعل الاجتماعي (Social interaction)، وتبين من النتائج بأن البرامج السلوكية (وخاصة المتعلقة منها بحل المشكلات) كانت أكثر تأثيراً وفائدة، كما تبين بأن عملية دمج الرعاية النهارية للمرضى في المستشفى النهاري مع الرعاية الأسرية يكون أكثر فائدة وذلك بالنسبة للمرضى العقلين المزمنين، كما أن بعض المهارات التي اكتسبها المرضى في المستشفى النهاري الثاني. تم نقلها إلى المنزل والمجتمع بشكل أفضل من المستشفى النهاري الأول، كما أن بعض الجلسات العلاجية الأسرية في المنزل، والزيارات المنزلية (Home visits) (Beard, J. H., 1987) تعمل على زيادة نسبة حضور المرضى لأنشطة المستشفى النهاري، كما تم في هذه الدراسة مقارنة الرعاية المنزلية، بالرعاية في المستشفى النهاري، وقد وجد بأن المرضى الذين يخضعون لبرامج المستشفى النهاري مع معدل زيارة منزلية في حدود مرتين أسبوعياً يقل لديهم نسبة التسرب، كما يقل لديهم حالات الانتكاس، وكذلك عدد أيام الإقامة داخل المستشفى النهاري. إلا أن زيادة عدد المرضى داخل المستشفى النهاري يترتب عليه بعض المخاوف في أن يؤدي ذلك إلى ضعف في نوعية الخدمات ونقص المتابعة (Bond, 1987).

### حاجة المريض النفسي إلى الخدمة الاجتماعية:

أشارت العديد من الدراسات إلى أن رعاية المريض النفسي اجتماعياً له دور كبير في تحسن حالة المريض (جلال، ١٩٨٥) وكذلك في الإسراع بعملية التحسن أو الشفاء، وفي التخفيف من حالة الانتكاس، وقد أكد العديد من الباحثين على أهمية الدمج الاجتماعي للمريض النفسي، والاهتمام بأحواله الأسرية والاجتماعية وتشير أدبيات الطب النفسي أنه في عام (١٩١٠) قام مستشفى مانهاتن الأمريكية للطب النفسي، ومستشفى بوسطن للأمراض العقلية بإعداد متخصصين في مجال الخدمة الاجتماعية لمرضى العقل (Social workers) وذلك لمتابعة حالة المرضى والتعرف على ظروفهم الأسرية والاجتماعية، والعمل على دمجهم اجتماعياً، وفي عام (١٩١٨) تم إنشاء مدرسة دونالد سميث (D. Smith) ومدرسة نيويورك لتدريب وتأهيل اختصاصيين اجتماعيين وإعداد ممارسين في الطب النفسي (Gregory, 1993) والاهتمام بمرضى العقل وخاصة

الأطفال وكبار السن، وبعد التطور العلمي والطبي والنفسي أصبحت معظم مستشفيات الطب النفسي ومؤسسات الصحة النفسية في العالم تهتم بوضع خطط اجتماعية لدمج المريض النفسي مع أسرته وذويه ومع مجتمعه، كما تهتم هذه المؤسسات بوضع أهداف وقائية، وتنموية، وعلاجية من خلال التعامل مع المريض النفسي وأسرته ومحيطه، وكان من بين الأهداف:

- إرشاد الأسرة وإقناعها بضرورة معالجة المريض النفسي في إطار أسرته وبيئته وتبصير الأسرة في دورها في معالجة مشكلة المريض بالتعاون مع الفريق الطبي.
- تزويد الأسرة بالمعلومات النفسية التثقيفية حول المرض والمريض النفسي وأساليب مساعدته وعلاجه، وتهيئة الأسرة نفسياً وفكرياً واجتماعياً لاستقبال وتقبل المريض النفسي، والتخفيف من آثار الوصمة الاجتماعية، والتفكير الخرافي حول المريض والمرض النفسي (إبراهيم، ٢٠٠٠).
- الإعداد والتدريب لاختصاصيين مؤهلين وممارسين في مجال الخدمة الاجتماعية.

اتجاه الأسر وأفراد المجتمع نحو المريض النفسي والوصمة الاجتماعية للمرض النفسي:

لم تعد نظرة الطب النفسي تقتصر على النموذج الطبي التقليدي في دراسة المرضى النفسيين وإنما أصبحت هذه النظرة تهتم بما يسمى بالصحة النفسية للمجتمع (Public health in Psychiatry) وأصبحت هذه النظرة إلى الطب النفسي نظرة كلية، حيث ينظر إلى المريض النفسي على أنه إنسان متكامل له تفكيره، ومشاعره، وسلوكياته، وصحته، وعلاقاته الاجتماعية وأنشطته أو تفاعلاته الاجتماعية. وقد ذكر العالم (Giovannoni Freeman, 1975) إلى أن الصحة النفسية هي ظاهرة نفسية- اجتماعية وتهتم بالعلاقة بين الفرد والمجتمع، وعوامل توافق الفرد مع مجتمعه، وفي بعض الدول المتقدمة مثل بريطانيا تبنى وحدات سكنية داخل الأحياء وتحت الإشراف وعلى غرار المستشفيات النهارية يوضع فيها مرضى الأمراض العقلية وذلك حتى يتعود المريض على العيش باستقلالية وسط مجتمعه، وتمهيداً لدمجه مع أسرته ومجتمعه والتواصل مع أسر المرضى من أجل تبادل الخبرات والزيارات والقيام بأنشطة جماعية، وتوفير جو من الألفة والمودة والتقبل وبحيث تقل الحاجة إلى الخدمات والنقطة الطبية إلا في حالة الضرورة القصوى (Gregory, 1993) وهذا ما قلل من عدد المرضى المقيمين داخل المستشفيات في وقت يتزايد فيه عدد المرضى بسبب تزايد ضغوط الحياة والحروب والكوارث وغيرها. وأجريت عدة دراسات بهذا الصدد كان من بينها دراسة أندرسون (Anderson, 1986) على عينة من أسر مرضى الأمراض العقلية حوالي (٥٠٠) أسرة بالإضافة إلى عدد من (٨٠٠) فرد عادي من أفراد المجتمع، وامتدت الدراسة لفترة ثلاث

سنوات، وأجريت في معظم الولايات الأمريكية، وتم إعداد استبيان مزود بسؤال واحد هو "هل المريض النفسي يجب حجزه عن المجتمع؟" وتبين من النتائج ان نسبة (٤٠,٩٤%) من الأسر أجاب بموافق، ونسبة (٣٩%) أجاب بغير موافق، ونسبة (١٩,٦٨%) أجاب بأنه يمكن حجز المريض في بعض الحالات كما في حالات العدوان وإيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، وحالات الانتحار، والإدمان على المخدرات، كما تبين بأن نسبة (٥٧%) من العينة الكلية أجاب بأنه غير موافق على حجز المريض أو إقامته داخل المستشفى العام ولفترات طويلة بعيداً عن أسرته وذويه مما يترتب عليه مضاعفات نفسية واجتماعية وصحية وعقلية خطيرة.

وفي دراسة أخرى في المجتمع الإندونيسي (١٩٨٥) استهدفت معرفة اتجاه عينة من أفراد المجتمع نحو المريض النفسي، وفيما إذا كان المريض النفسي يشكل خطراً على نفسه وأسرته ومجتمعه، بلغ عدد أفراد العينة (٨٠٠) فرداً، وتبين من الإجابات أن نسبة (٥٧,٤٨%) من الأفراد أجابوا بنعم ونسبة (٢٦,٧٧%) منهم كانت إجاباتهم بلا. وأفراد النسبة الأولى يرون بأن المريض النفسي خطر على نفسه وعلى الآخرين ويجب إبعاده عن أسرته ومجتمعه. وقد يقصد بذلك المرضى الذهانيين (Psychotic Patients) وإذا أهمل المريض أو لم يعالج، أما أفراد النسبة الثانية ترى بأن المريض العقلي غير خطر وذلك إذا تم علاجه ورعايته صحياً (Ullman, 1975).

أما الدراسات العربية حول الوصمة الاجتماعية (Social Stigma) للمرض النفسي قد أجرى الناشري، و السائس (٢٠٠٩) دراسة في المملكة العربية السعودية (مستشفى الملك فهد في جدة) على عينة من أفراد المجتمع السعودي، وغير السعودي (الوافدين) بلغت (١٠٠) فرد، تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٥٥) سنة، وتبين من النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات حسب متغير الجنس، والمستوى التعليمي، والتخصص العلمي والأدبي، كما تبين أن نسبة (٥٢,٥%) من العينة نكرت أن سبب عدم توجه المريض النفسي أو ذويه إلى العلاج هو النظرة السلبية التي ينظر من خلالها المجتمع إلى المريض النفسي، ونسبة (٣١,٧%) من أفراد العينة لم تقتنع بالطب النفسي وعلاجاته، ونسبة (١٥,٨%) يعتقدون بالذهاب إلى رجال الدين والمشعوذين لاعتقادهم بأن سبب المرض النفسي هو مس من الجن أو حسد أو السحر. كما تبين أن نسبة (٥٧,٤%) يرون بأن المريض النفسي خطر على نفسه وخطر على المجتمع، ونسبة (٣٤,٧%) يرون بأن المرض النفسي كغيره من الأمراض يحتاج إلى علاج ودواء ورعاية صحية أكبر، ونسبة (٦٤,٤%) من العينة اعترفت بدور الأسرة في الإشراف والعلاج والمتابعة (بالتعاون مع الفريق الطبي)، وكذلك بنسبة (٥٦,٤%) ترى بأن معظم أسر المرضى تتخلى عن مسؤوليتها تجاه مرضاهم، وذلك بسبب ضعف الروابط الأسرية، ونقص الوعي الصحي.

يضاف إلى ذلك دراسة برسيلي (٢٠٠٥) أجريت على عينة من العاملين وذويهم في مستشفى الصحة النفسية في الطائف ( المملكة العربية السعودية)، بلغ حجم العينة (١٨٦) فرداً، واستهدفت الدراسة معرفة سبب تجنب كثيرين من أفراد المجتمع المرضى العلاجات النفسية.

وتبين من النتيجة ما يلي:

- هناك نسبة (٥٣,٣%) من أفراد العينة يرون بأن السبب هو عدم الاقتناع بالطب النفسي.
- ونسبة (٣٤,٧%) يرون بأن التعامل مع المريض النفسي يشبه التعامل مع باقي المرضى.
- نسبة (٣٨,٦%) يرون السبب هو ضعف الوازع الديني وضعف الإيمان.
- نسبة (٦٠,٤%) يرون بأن السبب هو عدم اهتمام الإعلام وضعف الوعي لدى الأفراد.
- نسبة (٨١,٢%) يرون السبب هو الحفاظ على سرية المعلومات وخصوصية المريض.
- نسبة (٧٩%) يرون بأن الأسر غالباً ما تتجاهل وجود المريض النفسي خشية العار أو الفضيحة.

وفي سؤال لأحد مرضى الأمراض العقلية في مستشفى الأمل في الرياض وبشأن كيف يرى معاملة الناس ونظرتهم للمريض النفسي؟ أجاب " إن المجتمع لا يرحم المريض النفسي، ولا يعامله معاملة مريض بحاجة إلى مساعدة، وإنما يعامل على أنه مجنون وخطير، وهو إنسان مرفوض من أسرته ومجتمعه. "

وفي دراسة عبد الحميد وآخرين (٢٠١١) في مركز الطب النفسي في جامعة عين شمس، تحت عنوان. الوصمة الاجتماعية والاتجاه نحو مرضى العقل لدى عينة من العاملين غير الطبيين، بلغت أفراد العينة (٣٤٧) من العاملين، موزعين على عينة مصرية، وعينة كويتية (دراسة عبر ثقافية) وتم تطبيق استمارة، وانتهت النتيجة إلى أن مرضى العقل يواجهون التهميش والتمييز، وجاء في النتيجة أن الرأي العام حول المرض العقلي سلبياً إلى حد كبير، وهناك حاجة كبيرة للتثقيف حول المرض النفسي ومواجهة الوصمة التي تؤثر في اتجاهات الأفراد نحو مرضى العقل.

وأجرت الباحثة آل رحمة (٢٠٠٣) دراسة حول اتجاهات الافراد في الإمارات والسودان نحو تقبل المرض العقلي طبقت على عينة من (٢٠٠) أسرة لمريض نفسي في مستشفى الأمل في إمارة دبي، وامتدت الأعمار بين (٢٠-٥٤) سنة من الذكور والإناث ومن كافة المستويات التعليمية، وكان الهدف من الدراسة معرفة اتجاهات الأسر نحو



مرضاهم وكذلك الإجابة عن سؤال هو هل ترى / ترى بأن المريض النفسي لا يتحسن وأنه مريض ميؤوس من حالته؟ وتبين من النتيجة ما يلي:

- نسبة (٣٥-٥٠%) من أسر المرضى يرون بأنه يفضل إقامة المريض مع أسرته والإشراف عليه بالتعاون مع الفريق الطبي على المستشفى.
- نسبة (٣٨,٦٦%) يرون بأنه لا يمكن العيش مع المريض النفسي.
- نسبة (٤٩,٦%) من الأسر يرون بأنه يمكن للمريض النفسي التحسن والشفاء والعودة إلى أسرته ومجتمعه وممارسة حياته الطبيعية كإنسان عادي وخاصة إذا خضع للعلاج المبكر والمتابعة.
- نسبة (٣٤,٨%) يرون بأن المريض النفسي ميؤوس منه ولا سينفد من العلاج ويكون ذلك بسبب جهل الأسرة وإهمال المريض وعدم الالتزام بالدواء والعلاج.
- نسبة (٦٦%) ترى بأن الأسرة ما زالت تعاني من العار والخجل بسبب المرض النفسي والوصمة الاجتماعية لهذا المرض وخاصة بالنسبة للإناث في الوطن العربي.

وقامت قليوات بدراسة (٢٠١١) حول اتجاهات طلبة وطالبات جامعة عمان الأهلية ( في الأردن) نحو المرض النفسي، وأرادت الباحثة الكشف عن اتجاهات هذه الشريحة المتعلمة من المجتمع نحو المريض النفسي أجريت الدراسة على عينة من ( ١٥٠ ) طالباً وطالبة، ومن كافة الأقسام العلمية والأدبية، وتوصلت الباحثة إلى أن نسبة (٦١,٤%) من العينة كانت ذات اتجاه موجب نحو المرض والمريض النفسي، مقابل (٣٠,٩%) من أفراد العينة كانت ذات اتجاه سالب ضد المريض والمريض النفسي وتوصلت الباحثة أيضاً إلى إمكانية الأسرة للمشاركة الاجتماعية مع المريض، شريطة أن يكون المريض ملتزم بعلاجه ويرغب في ذلك.

الطريقة والإجراءات:

مجتمع الدراسة:

إن مجتمع الدراسة هو مجتمع مرضى الأمراض العقلية، الذي أقاموا لسنوات في مستشفى الرشيد للطب النفسي، بعبيدين عن أسرهم ومجتمعهم الطبيعي، وهذا المجتمع نادراً ما يلقي الرعاية والاهتمام خاصة من حيث الدمج الأسري والاجتماعي، وساعد الباحثون في عملية تطبيق أداها الدراسة على هؤلاء المرضى بعض الممرضين وبعض الأطباء النفسيين، وبعض طلبة ماجستير علم النفس الكلينيكي الذين يتدربون في المستشفى.

عينة الدراسة:

تم إجراء عينة الدراسة على عينة من مرضى الأمراض العقلية المزمنين المتواجدين في عنبري النرجس والريحان في مستشفى الرشيد للطب النفسي اختيروا ممن أقاموا فترة طويلة من الزمن داخل المستشفى ووافقوا على تطبيق الاستبيان للتعرف على اتجاهاتهم نحو الدمج الأسري والاجتماعي، وبلغت العينة (٢٠) مريضاً من الذكور، امتدت أعمارهم بين (٣٥-٦٢) سنة، بالإضافة إلى (١٣) من الفريق الطبي للتعرف على معوقات الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقلين.

#### أدوات الدراسة:

تم في ضوء الدراسة العلمية في مجال الطب النفسي حول إمكانية دمج المريض العقلي داخل أسرته ومجتمعه، ومعرفة متطلبات ذلك تصميم استبانة من محورين شمل المحور الأول بعض الفقرات التي تتناول اتجاهات المرضى العقلين نحو الدمج الاجتماعي والأسري، بينما شمل المحور الثاني أبرز المعوقات التي تعوق هذا الدمج، وقام الباحثون بعرضها على عدد من الأطباء النفسيين، والممرضين، والإختصاصيين النفسيين والاجتماعيين في مراكز الطب النفسي في الأردن (مستشفى الرشيد للطب النفسي، المركز الوطني للطب النفسي، والعيادات الاستشارية، ومركز الهاشمي الشمالي، بالإضافة إلى عينة من الأطباء النفسيين والممرضين والإختصاصيين في مستشفى بن سينا للأمراض العقلية في دمشق) وبلغ عدد المحكمين ثلاثة عشر محكماً من مختلف التخصصات.

واعتمد الباحثون أهم هذه الخصائص التي اتفق عليها أكثر من (٧٥%) من الأفراد. وفي ضوء هذه الإجابات قام الباحثون ببناء استبيان اشتمل على أهم الخصائص التي تعبر عن اتجاهات المرضى العقلين نحو دمجهم أسرياً واجتماعياً.

وتم في ضوء ذلك بناء استبيان الدراسة وعرضها على عينة من ثلاثة أطباء نفسيين، وأربعة اختصاصيين إكلينكيين في جامعة عمان الأهلية، وثلاثة اختصاصيين من كلية التمريض، وكان نتيجة التحكيم الإجماع بنسبة (٩٠%) من المحكمين على صلاحية فقرات الاستبيان في قياس الهدف الذي وضعت من أجله، زود الاستبيان بسؤال مفتوح لمزيد من المعلومات حول دمج المريض مع أسرة ومجتمعه، ويجاب على كل فقرة من فقرات الاستبيان وبعد تحليل مضمون لفقرات من خلال مقياس ذو أربعة أبعاد هي (جيد، مقبول، ضعيف، ضعيف جداً) (جيد) تعني إمكانية دمج المريض أسرياً واجتماعياً بمعنى أن معظم معايير الدمج تتوفر لدى المريض، (ضعيف جداً) تعني من الصعب دمج المريض لعدم توفر المعايير اللازمة للدمج لديه.

#### ثبات الاستبيان:

تم حساب ثبات الاستبيان باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ، فبلغ معامل الثبات (٧٦%) وهو معامل مرتفع ومقبول إحصائياً ويشير إلى ثبات الاستبيان.

منهج الدراسة:

استخدم الباحثون المنهج الوصفي الذي يعتمد على التقارير الذاتية ووصف الظاهرة كيفياً كما يعتمد على دراسة العلاقة المتبادلة بين المتغيرات.

الأسلوب الإحصائي:

تم استخدام برنامج (SPSS)، مع حساب النسب المئوية التكرارية والمتوسطات والانحرافات المعيارية، واستخدم قانون (X2) وكذلك معاملات الارتباط.

نتائج الدراسة:

أولاً: النتائج الخاصة بالسؤال الأول الذي نص على ما يلي: ما اتجاهات المرضى العقلين نحو الدمج الأسري والاجتماعي؟

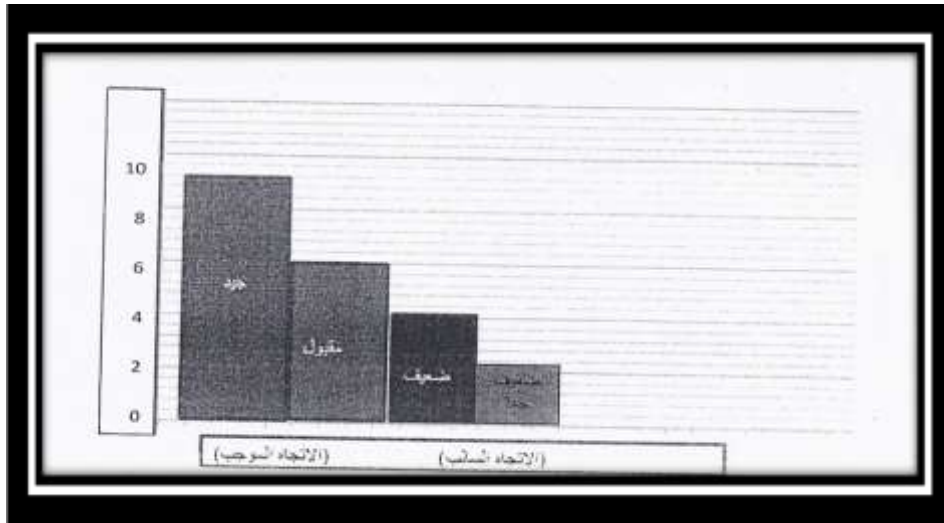
للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثون بحساب توزيع التكرارات حسب فقرات الاستبيان كما هو مبين في الجدول (٢).

جدول (٢) توزيع التكرارات حسب فقرات الاستبيان (ن=٢٠).

| فقرات الاستبيان                                  | جيد | مقبول | ضعيف | ض جدا |
|--|-----|-------|------|-------|
| ١- مدى التزام المريض بتناول الدواء دون مشكلات    | ١٤  | ٦     | -    | -     |
| ٢- قدرة المريض على قضاء حاجات الاخراج دون مساعدة | ٩   | ٦     | ٣    | ٢     |
| ٣- قدرة المريض على الاهتمام بنظافته الشخصية      | ٨   | ٥     | ٤    | ٣     |
| ٤- قدرة المريض على الالتزام بالتعليمات التي      | ١٣  | ٧     | -    | -     |

|   |   |   |    | توجه إليه  |     |
|---|---|---|----|--|-----|
| ٢ | ٥ | ٥ | ٨  | قدرة المريض على ترتيب فراشه                          | -٥  |
| - | ١ | ٤ | ١٥ | قدرة المريض على تناول الطعام بشكل عادي               | -٦  |
| - | ٢ | ٦ | ١٢ | قدرة المريض على التوجه في الزمان والمكان             | -٧  |
| - | ٣ | ٦ | ١١ | قدرة المريض على النوم بهدوء دون اضطرابات             | -٨  |
| - | ٣ | ٥ | ١٢ | قدرة المريض على التواصل اللغوي مع الآخرين            | -٩  |
| - | ٢ | ٤ | ١٤ | قدرة المريض على التواصل الاجتماعي                    | -١٠ |
| ١ | ٤ | ٧ | ٨  | قدرة المريض على المشاركة بالأنشطة والعمل             | -١١ |
| ٢ | ٢ | ٤ | ١٢ | قدرة المريض على مشاهدة التلفاز أو القراءة            | -١٢ |
| ٣ | ٣ | ٥ | ٩  | قدرة المريض على الاستمتاع بالموسيقى والشعر والأغنيات | -١٣ |
| ٢ | ٢ | ٩ | ٧  | قدرة المريض على تعلم بعض الأمور البسيطة              | -١٤ |
| ٤ | ٤ | ٣ | ٩  | مدى رغبة المريض في الخروج من المستشفى                | -١٥ |
| ٧ | ٩ | ٤ | -  | هل المريض لديه ميول نحو إيذاء نفسه أو الانتحار؟      | -١٦ |

|        |            |        |        |   |     |
|--------|------------|--------|--------|---|-----|
| ١٠     | ٨          | ١      | ١      | هل المريض لديه ميول لإيذاء الآخرين؟               | ١٧- |
| ٢      | ٢          | ٨      | ٨      | ما مدى إمكانية دمج المريض مع أسرته؟               | ١٨- |
| ٢      | ٣          | ٦      | ٩      | ما مدى تقبل المريض من أسرته أو مجتمعه؟            | ١٩- |
| ٢      | ١١         | ٦      | ١      | هل تعتقد بأن المريض يسبب مشاكل لأسرته أو لمجتمعه؟ | ٢٠- |
| ٤      | ٨          | ٤      | ٤      | هل تعتقد بضرورة عزل المريض عن أسرته؟              | ٢١- |
| ٣      | ١          | ١٠     | ٦      | ما هي إمكانية تحويل المريض إلى المستشفى النهاري؟  | ٢٢- |
| مج=٤٩  | مج=٨٠      | مج=١٢١ | مج=١٩٠ |   |     |
| م=٢,٢٢ | متوسط=٣,٦٣ | م=٥,٥  | م=٨,٦٣ |   |     |



شكل (١) يوضح استجابات أفراد عينة الدراسة ذوي الاتجاه الإيجابي نحو عملية الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقليين

ويمكن اعتبار المستوى الجيد والمقبول يمثلان الاتجاه الإيجابي نحو الدمج الاجتماعي والأسري للمريض العقلي، كما يمثل المستوى الضعيف والضعيف جدا الاتجاه السلبي نحو الدمج الأسري والاجتماعي للمريض العقلي، وبهذا يكون متوسط النسب المئوية للتكرارات لدى أصحاب الاتجاه الإيجابي (٧٠,٦٨%). ومتوسط النسب المئوية للتكرارات لدى أصحاب الاتجاه السلبي (٢٩,٣٢%) وهذا يؤكد على أن هناك من مرضى العقل المقيمون داخل المستشفى بإمكانهم الدمج مع أسرهم ومجتمعهم، وتتوفر لديهم المعايير المطلوبة وتبين من خلال تحليل مضمون (Content Analysis) الإجابات أن أصحاب الاتجاه الإيجابي (Positive Attitude) يرون ما يلي:

"إن وضع المريض النفسي بين أفراد أسرته ومجتمعه يعتبر خطوة هامة في علاج وتأهيل المريض، وهذا يعني عن إقامة المريض داخل المستشفيات وفي العنابر الداخلية لمرضى العقل المزمنين، كما أن ذلك يخفف من أعراض الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، وكذلك أعراض داء المصحات، كما يخفف من الجهد والتكلفة وسرعة عملية الشفاء، ويلبي بعض احتياجات المريض الأسرية والاجتماعية، ويخفف من تدهور قدرات المريض، ومن أن يكون عبئا على الأسرة والمجتمع، وطالما أن المريض يخضع للعلاج والإشراف الطبي ويمكن لبعض المرضى أداء حاجتهم الأساسية في الحياة وبالتالي يمكن دمجهم مع أسرهم ومجتمعهم دون أي مشاكل".

أما أصحاب الاتجاه السلبي (Negative Attitude) فهم يرون ما يلي:

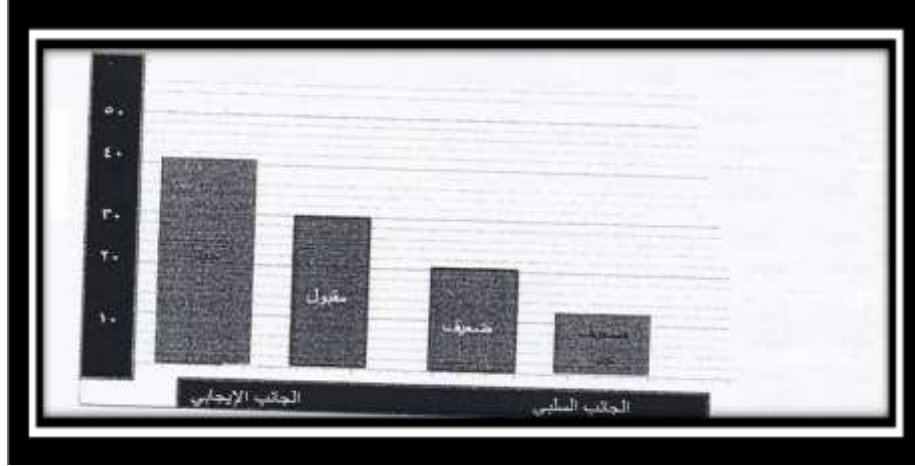
"المريض النفسي يصعب دمج مع أسرته ومجتمعه، ويترتب على عملية الدمج العديد من المشكلات الأسرية والاجتماعية والصحية، علاوة على المخاطر التي قد يتعرض إليها المريض العقلي مثل: إيذاء نفسه أو، إيذاء الآخرين، والمريض العقلي فاقد الوعي وهو غير مسؤول عن فعله، والأسرة ليس لديها الخبرة أو الوعي الكافي من أجل الإشراف على مريضها، والمريض العقلي بحاجة إلى جهد ووقت لتلبية احتياجاته، ووجوده داخل الأسرة قد يؤثر سلبا على نظامها، وقد لا تحتمل الأسر ذلك وخاصة أن مرضى العقل لا يشفون بسرعة".

جدول (٣) النسب المئوية للتكرارات لكل فقرة من فقرات الاستبيان ن = (٢٠)

| فقرات الاستبيان | جيد | مقبول | ضعيف | ضعيف جدا |
|-----------------|-----|-------|------|----------|
| ١ -             | ٦٥% | ٣٥%   | صفر  | صفر      |

| فقرات الاستبيان | جيد       | مقبول   | ضعيف    | ضعيف جدا |
|-----------------|-----------|---------|---------|----------|
| -٢              | %٧٠       | %٣٠     | صفر     | صفر      |
| -٣              | %٤٥       | %٣٠     | %١٥     | %١٠      |
| -٤              | %٤٠       | %٢٥     | %٢٠     | %١٥      |
| -٥              | %٤٠       | %٢٥     | %٢٥     | %١٠      |
| -٦              | %٦٠       | %٣٠     | %١٠     | صفر      |
| -٧              | %٧٥       | %٢٠     | %٥      | صفر      |
| -٨              | %٥٥       | %٣٠     | %١٥     | صفر      |
| -٩              | %٦٠       | %٢٥     | %١٥     | صفر      |
| -١٠             | %٧٠       | %٢٠     | %١٠     | صفر      |
| -١١             | %٤٠       | %٣٥     | %٢٠     | %٥       |
| -١٢             | %٣٥       | %٤٥     | %١٠     | %١٠      |
| -١٣             | %٦٠       | %٢٠     | %١٠     | %١٠      |
| -١٤             | %٤٥       | %٢٥     | %١٥     | %١٥      |
| -١٥             | %٤٥       | %١٥     | %٢٠     | %٢٠      |
| -١٦             | صفر       | %٢٠     | %٤٥     | %٢٥      |
| -١٧             | %٥        | %٥      | %٤٠     | %٥٠      |
| -١٨             | %٤٠       | %٤٠     | %١٠     | %١٠      |
| -١٩             | %٤٥       | %٣٠     | %١٥     | %١٠      |
| -٢٠             | %٣٠       | %٥٠     | %٥      | %١٥      |
| -٢١             | %٥        | %٣٠     | %٥٥     | %١٠      |
| -٢٢             | %٢٠       | %٢٠     | %٤٠     | %٢٠      |
|                 | المتوسط = | المتوسط | المتوسط | المتوسط  |

| فقرات الاستبيان | جيد    | مقبول | ضعيف  | ضعيف جدا |
|-----------------|--------|-------|-------|----------|
|                 | ٤٣,١٨% | ٢٧,٥٠ | ١٨,١٨ | ١١,١٣    |



شكل (٢) يوضح استجابات أفراد عينة الدراسة ذوي الاتجاه السلبي نحو عملية الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقليين

هذا وقد قام الباحثون بحساب دلالة الفروق بين الاتجاهات التي تدعم الدمج الأسري للمريض العقلي والاتجاهات التي لا تدعم عملية الدمج، وتم حساب قانون (X2) لمعرفة مستوى الدلالة الإحصائية وبين من النتيجة أن قيمة (X2) (٧٥,٢)، وقيمة درجة الحرية واحد، وبالرجوع إلى جدول (X2) لمعرفة الدرجة المقابلة لدرجة الحرية واحد، نجد أن الدرجة المقابلة للنسبة (٠,٠١) (٦,٦٣٥) والدرجة المقابلة للنسبة (٠,٠٥) (٣,٨٤١) وهي نسب أقل من قيمة (X2) في الدراسة مما يشير إلى أن الفروق بين الاتجاه الإيجابي للدمج الاجتماعي للمريض العقلي وبين الاتجاه السلبي للدمج الاجتماعي للمريض العقلي دالة احصائيا عند مستوى (٠,٠١) وأن هذه الفروق لا ترجع إلى عوامل الصدفة وإنما إلى عوامل جوهرية أدت إلى هذا التباين، وهذا يؤكد على أنه من الممكن دمج بعض مرضى العقل ممن تنطبق عليهم معايير التشخيص والاختيار في أسرهم ومجتمعهم، وخاصة المرضى الذين كان الاتجاه الإيجابي نحوهم مرتفعا كما في الحالات أرقام (١-٢-٦-٧-٨-٩-١٠-١٣) من أصل أفراد العينة البالغ عددهم عشرين



مريضاً أي نسبة (٤٠%) من الحالات، ومثل هؤلاء المرضى يتوفر لديهم في ضوء الإجابات الصفات التالية:

- القدرة على الالتزام بالتعليمات التي تعطى اليهم .
  - الالتزام بتناول الدواء .
  - القدرة على التوجه في الزمان والمكان .
  - تناول الطعام بشكل عادي.
  - التواصل اللغوي والاجتماعي.
  - قضاء حاجات الاخراج بشكل عادي .
  - النوم بهدوء .
  - إمكانية مساعدة الأهل والأسرة للمريض وتقبله .
  - لا توجد ميول لإيذاء الذات أو إيذاء الآخرين .
  - يرغب في الخروج من المستشفى والاندماج مع أسرته.
- ومن ثم تؤكد النتائج السابقة أهمية الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقلين لما يترتب عليه من آثار إيجابية، خاصة في ظل أن هذا الدمج يعد جزءاً مهماً من البرنامج العلاجي والتأهيلي لهؤلاء المرضى، فالإنسان بطبيعته كائن اجتماعي لا يقوى على العيش منعزلاً عن أفراد المجتمع فهو عضو فاعل متفاعل يعطي ويأخذ في إطار تكاملي، وبهذا يكون منتجاً في ضوء قدراته وإمكاناته التي تعينه على ذلك، ولكنه عندما يعيش في عزلة عن المجتمع، وعن مؤثرات البيئة الخارجية يعيش متقوقاً في عالمه الخاص بعيداً عن التفاعل الاجتماعي وعن الحركة الإنتاجية المسهمة في تقدم المجتمع.

نتائج السؤال الثاني الذي نص على ما يلي: ما المعوقات التي تعوق الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقلين من وجهة نظر الفريق الطبي.

للإجابة عن هذا السؤال تم توجيهه لعينة من الفريق الطبي المسؤول عن المرضى العقلين، وفيما يلي أهم المعوقات التي وردت على لسان الفريق الطبي والاختصاصيين في مستشفيات الطب النفسي وعددهم ثلاثة عشر اختصاصياً لمن لديهم خبرة طويلة في مجال الطب النفسي، ومعظم هذه المعوقات تؤدي إلى الاحساس بالوصمة الاجتماعية، والتأخر بعملية تشخيص المرض والعلاج، وتدهور حالة المريض، وعد تقبله من الأسرة والمجتمع وأبرز هذه المعوقات هي:

جدول (٤) يوضح المعوقات التي تعوق عملية الدمج الاجتماعي والأسري للمرضى العقلين ونسبها المئوية من وجهة نظر الفريق الطبي ن = (١٣)

| المعوقات   | النسبة المئوية |
|--|----------------|
| سيطرة الأفكار الخرافية حول المرض والمريض النفسي، ولجوء المرضى أو ذويهم إلى العلاج لدى رجال الدين والمشعوذين وغيرهم.  | %٥٣            |
| حاجة الأسر والمجتمع إلى ثقافة طبية- نفسية وإلى إرشاد أسري لزيادة التوعية حول المرضى النفسيين والطب النفسي عامة، ومن أجل تعديل بعض الأفكار والاتجاهات الخاطئة نحو المرض نفسه. | %٤٦            |
| الإحساس بالعار والخجل والوصمة الاجتماعية من المرض والمريض نفسه.  | %٤٦            |
| تخلي الأسرة عن مرضاها، ونقص في دعم التعاون بعض الأسر أو ذويهم.   | %٤٦            |
| نفور الأهل وأفراد المجتمع من المريض النفسي وتحميل مسؤوليته إلى الدولة.   | %٣٨            |
| نقص أنشطة الترفيه ووقت الفراغ.   | %٣٨            |
| معاناه المريض النفسي من أمراض عضوية إلى جانب المرض النفسي.   | %٣١            |
| الخوف من الأدوية النفسية وأعراضها الجانبية .   | %٢٣            |
| بعض الأسر وذويهم لا يتقبلون دمج المريض النفسي معهم.  | %٢٣            |
| تقصير وسائل الإعلام في نشر الوعي الصحي النفسي بين الأسر وأفراد المجتمع.  | %١٥            |
| بعد أماكن العلاج والخوف من أن ينام في المستشفى .   | %١٥            |
| وجود اضطراب حاد مع العنف والعدوان.   | %١٥            |
| محاولة إيذاء الذات أو الانتحار، وعدم مسؤولية المريض النفسي .   | %١٥            |
| المسنون الكبار تضعف لديهم القدرة على التكيف الاجتماعي.   | %١٥            |
| عدم الثقة بالأطباء وعدم وجود أطباء أكفاء كما يرى البعض.  | %٧             |
| نفور بعض أعضاء الفريق الطبي في المستشفى من المريض النفسي المزمن .  | %٧             |

بالإضافة إلى ذلك هناك نسبة ٦٩% من الاختصاصيين الأطباء النفسانيين والمرضى أشاروا إلى وجود أفكار لا عقلانية وشائعة لدى أفراد أسر المرضى والمجتمع بشكل عام من هذه الأخطاء التي تم حصرها فيما يلي:

- تجنب مجالسة المريض لأنه خطير .
- تجنب الحديث أو الاستماع إليه.
- معاملة المريض كأحد أفراد الأسرة العاديين من حيث العقاب والتوبيخ وغيرهما.
- بعض الأسر تفرط رعاية مريضها.
- التهديد بإعادة المريض إلى المستشفى إذا لم يلتزم بالتعليمات .
- بعض الأسر لا ترحب بالإرشاد الأسري .
- إنكار وجود مريض أو مرض نفسي .
- تكليف المريض بمهام فوق قدرته .
- المريض العقلي هو متخلف عقليا .
- المريض العقلي يجب أن يعامل كطفل .
- المريض العقلي لا يمكن أن يتزوج بعد علاجه.
- المريض العقلي هو مريض اعتمادي اتكالي .
- المرض النفسي هو بسبب سوء الأخلاق والتربية .
- المرض النفسي هو بسبب ضعف الدين أو الإيمان بالله .
- المريض العقلي ليس له علاج .
- المرض النفسي هو بسبب اختلال في العقل .
- المريض النفسي لا يحاسب على أفعاله .
- المريض النفسي خطر على الآخرين.
- المريض النفسي غير مسؤول عن أفعاله ولا يتحمل المسؤولية .
- المرض النفسي هو مرض وراثي ينتقل بين أفراد الأسرة.
- المرض النفسي هو بسبب لبس الجن والسحر .
- إن قراءة القرآن يفيد في علاج الأمراض النفسية .
- المريض النفسي لا يشفى وميؤوس من تحسنه .
- المريض النفسي لا يستطيع العمل.
- معظم الناس يحاولون إخفاء الأمراض النفسية لديهم .
- المريض النفسي لا يتعلم في المدارس والجامعات .
- المريض النفسي يسيء إلى سمعة أسرته وأقاربه .
- إن موت المريض النفسي أفضل من حياته.

ومن المعوقات أيضا عدم وجود تشخيص قبلي دقيق وشامل لحالة المريض بحيث يساعد ذلك على فرز حالة المريض من حيث القدرة على الدمج الاجتماعي

والأسري، وكذلك من حيث نوع المرض أو الإصابة (تشخيص فارقي) وخشية تداخل الحالات وتحديد شدة الأعراض، مع عدم وضع خطة مستقبلية للمريض ولخروجه من المستشفى، وعدم وجود دراسات علمية بهذا الصدد، بالإضافة إلى أن معظم المستشفيات العقلية الخاصة تميل إلى إبقاء المريض داخل المستشفى ولفترات أطول لمزيد من الإيرادات المالية على حساب المريض.

#### مناقشة النتائج:

يلاحظ من نتائج الدراسة وجود عدد من المرضى بإمكانهم (في ضوء قدراتهم) الدمج الأسري والاجتماعي، وهم يمثلون الجانب الإيجابي في عملية الدمج (أي المستوى الجيد والمقبول) ومن الطبيعي أن هؤلاء المرضى يظلون تحت إشراف الطبيب النفسي والفريق الطبي، ولزم ذلك التعاون بين الأسرة والطبيب وذلك لرعاية المريض داخل أسرته ومجتمعه، ويمكن البدء في وضع المريض داخل مركز نهاري من أجل الإشراف والمتابعة وممارسة بعض الأنشطة وذلك من أجل الحفاظ على قدرات المريض من التدهور، والتقليل من الجهد والوقت والتكلفة، ومن المهم متابعة المريض للتأكد من أن معايير الدمج التي وضعها الباحثون وأداة الدراسة تصلح فيما بعد لتقييم مرضى آخرين في المستقبل، أما عن العقبات التي تحول دون ذلك فقد تبين من النتائج أنها متعددة بعضها يرجع إلى المريض العقلي وبعضها إلى الفريق الطبي وبعضها يرجع إلى وسائل الإعلام، وكذلك الإحساس بالوصمة الاجتماعية، وضعف الإمكانيات المتوفرة مع وجود أفكار خرافية خاطئة (أو لا عقلانية) لدى أسر المرضى وأفراد المجتمع مع ضعف التوعية أو الثقافة النفسية، لهذا لا بد من توفير التوعية الصحية والثقافة النفسية لتصحيح هذه الأفكار، وتوطيد التعاون بين الأسرة والمريض والفريق الطبي لمصلحة المريض.

#### التوصيات:

١. إن الدراسة الحالية وفي ضوء معايير عملية حيادية تؤكد بأن هناك عينة من المرضى يمكن دمجهم مع أسرهم وعدم جعلهم داخل عابر مستشفيات الطب النفسي ولفترات طويلة. هؤلاء المرضى لديهم خصائص تفيد في التنبؤ بسلوكهم داخل أسرهم وخاصة القدرة على الالتزام بالتعليمات، إلا أن ذلك يتطلب عض الأمور منها:
٢. تعاون كافة الأطراف المعنية بدمج المرضى العقلين أسرياً واجتماعياً، وذلك في إطار الفريق الطبي والعلاج التكاملية، حيث يجب تعاون الأسرة، والمريض، والطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي والاجتماعي لهذا الغرض.

٣. تقديم تغذية راجعة دورية عن تطور حالة المريض وهذا يتطلب توعية أسرية أو إرشاد أسري وذلك لزيادة الوعي الأسري والاجتماعي، والتخفيف من مشاعر الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي.
٤. العمل على تصحيح الأفكار اللاعقلانية أو الخرافية حول المرض والمريض النفسي، ويمكن أن تكون هذه التوعية عن طريق المحاضرات والندوات، ووسائل الإعلام والدوريات العلمية والتواصل المباشر مع المرضى وذويهم.
٥. إعادة النظر في النظم واللوائح المتعلقة بمرضى العقل المزمين وغيرهم، واعتماد معايير علمية جديدة لدمج المريض مع أسرته وبما يصب في مصلحة المريض.
٦. المريض الذي يحول إلى أسرته يكون قد شخصت حالته مسبقاً وتم البدء بعلاجه، لهذا تكون مهمة الأسرة فهم تعليمات الفريق الطبي للإشراف على المريض، مع أهمية المتابعة، ويمكن أن يكون ذلك بواسطة الهاتف (الخط الساخن)، أو عن طريق الزيارة.
٧. في حال عدم توفر بيئة أسرية مريحة للمريض فيمكن للفريق الطبي إعادة المريض إلى المستشفى حيث إن المريض النفسي هو إنسان مريض يحتاج إلى مساعدة كما يحتاج إلى أن يشعر بأن هناك من يشاركه مشاعره وأحاسيسه وأفكاره ومن يتقبله ويتواصل معه بصدق وإخلاص.
٨. يجب أن نأخذ بعين الاعتبار بأن الأسرة ساهمت بمرض المريض بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر، فإذا كانت الصراعات الأسرية ما زالت قائمة ومستمرة فإن القرار السليم هو وضع المريض بعيداً عن أسرته (جزئياً أو كلياً)، ويفضل عدم وضع المريض مع أسرته إلا إذا تغير مناخ الأسرة وأصبح مناسباً لاستقبال المريض ولا ننس بأن مشاعر المريض قد لا تكون صحيحة أو منطقية إلا أنها حقيقة بالنسبة له.

#### المقترحات:

١. إجراء دراسة علمية حول مرضى العقل المزمين داخل مستشفيات الطب النفسي في الأردن والعالم العربي وذلك بمساعدتهم على الدمج الأسري والاجتماعي بعيداً عن الإقامة الطويلة داخل مستشفيات الطب النفسي وعن أسرهم وأولادهم وأحفادهم، وعن بيئتهم وممتلكاتهم وغيرها.
٢. إجراء دراسة تقدم تصوراً مقترحاً لتنفيذ الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقلين.

٣. إجراء دراسة عن متطلبات الدمج الأسري والاجتماعي للمرضى العقلين وآليات تحقيقها.

#### المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار (٢٠٠٠) الفصامي كيف نفهمه، دليل الأسرة، عالم المعرفة، العدد (٣٠) الكويت المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت
- اتحاد الأطباء النفسيين العرب (١٩٩٩) المستشفى النهاري ومدى فاعليته في الدمج الاجتماعي للمريض النفسي، العدد الثاني، الأردن - عمان
- آل رحمة، ملوك (٢٠٠٣) (اتجاهات الأسرة نحو مرضى العقل)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية التربية، الخرطوم.
- بريك، وسام، و شاكر، فوزي (٢٠٠٧) علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر، عمان، الأردن.
- جلال، سعد (١٩٨٥) الأمراض النفسية والعقلية والمجتمع، دار الفكر العربي: القاهرة
- الحجار، محمد حمدي (١٩٩٥) فن العلاج في الطب النفسي السلوكي - الاجتماعي، دار العلم للملايين، بيروت
- الخفش، سامح (٢٠١٠) النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان، الأردن

- الزراد، فيصل (١٩٨٨) الإحصاء النفسي و التربوي المتقدم، دار القلم، دبي
- الزراد، فيصل (٢٠٠٥) الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت
- الزراد، فيصل (٢٠٠٧) العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والوسواس والخوف المرضي، دار العلم للملايين، بيروت
- سرحان، وليد (٢٠٠٩) الصحة النفسية (العلاج في الطب النفسي)، جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن
- سوييف، مصطفى (١٩٨٨) علم النفس الاجتماعي، دار المعارف، القاهرة
- صبحي، سيد (١٩٩٤) الإنسان وسلوكه الاجتماعي، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة
- عبد الحميد، مروة وآخرون (٢٠١١) الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، المجلة العربية للطب النفسي المجلد (٢٢) العدد الأول، الأردن
- عكاشة، أحمد (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٦) المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المعجم الطبي الموحد (United medical dictionary) بيروت.
- وزارة الصحة بدمشق (٢٠٠٤) محاضرات حول الطب النفسي الاجتماعي، إدارة الطب الوقائي، دمشق .

#### المراجع الأجنبية:

- Beard, JH et al (1987) Psychiatric Rehabilitation and Long – Term Rehospitilization Rates: The Finding of Two Research Studies, Schizophrenia Bulletin No (40) P. (622)
- Bond, G. (1987) A controlled Study Of Thresholds Bridge, An Assertive Case Management Program Presentation, A Psychological Association N.Y.
- Bowman, E.P. et al: (1983) Day Patient Versus Inpatient Factor Determining Selection of Acutely Patients for Hospital Treatment ,B.J.P No (142) P.584
- Casino, J.P Wilner, M. Maxey, J.T. (1982) American Association For Partial Hospitalization. International Journal of Partial Hospitalization No: (1) p (21).

- Crafe, M. (1958) An Evaluation of Treatment of Neurotic and Depressive Illness in Day Hospital, Lancet No (11)p, (584)
- Dick, P. et al: (1985) A Day and Full- Time Psychiatric Treatment. A Controlled Comparison Study, British Journal of Psychiatry No (147) P. (246)
- Frandal, J. (1989) The Day Hospital Movement in Great Britain, Pergamon Press, Oxford. P (129)
- Frank, J. Ayd J. R. (1995) Lexicon of Psychiatry, Neurology and Neurosciences, William and Wilkins, U.S.A
- Fink, E.B et al: (1998) The Paradoxical Under – Utilization of Partial Hospitalization, American Journal Of Psychiatry No (135) P.(713)
- Gregory, et al (1993) The Role of Psychologist and Social Worker in The Treatment, Management and Prevention of Chronic Mental Illness. American Psychologist. Vol (48) No (9) P. (76)
- Gerald, C (2010) Counseling and Psychotherapy Dar Al-Fikr :Amman
- Harold, R.B (1969) Changing Man's Behavior, Institute of Psychiatry University of London, Penguin Books.
- Hirsch, S.R. (1986) Psychiatric Beds And Resources, Royal College of Psychiatrists, Gaskell. (p.221)
- Hertz, M.I et al. (1971) Day Versus Inpatient Hospitalization, A controlled Study. American Journal Of Psychiatry No (127)
- Lamb, H. (1979) Op.Cite No (36) P. (129).
- Mario, M (2010 ) Schizophrenia, University of Geneva, J. Wiley.



- Marwa ,A.H (2011) Stigma And Attitude Toward Mentally Ill The Arab Journal of Psychiatry Vol (22) No (1), P.P. 55/64
- Mc Creadie, R.G et al: (1984) The Scottish Survey of Chronic Day Patients, British Journal OF Psychiatry No. (145) P.(626).
- Michaux , M.H. et al: (1973) Post- Release Adjustment Of Day And Full Time Psychiatric Patients. Archives Of General Psychiatry No (29) P. (647).
- Paterson, C.H (1980) Theories OF Counseling And Psychotherapy, Fourth ed. New York. Harper And Row. (P.128)
- Statistical Manual Of Mental Disorders, (DSM-V)(2014) American Psychiatric Association.
- The Arab Journal Of Psychiatry Vol (13)No (1), May (2007) p. 64 (Social Stegma).
- Tyrer, P.et al: (1987) The Out Come OF Neurotic Disorders After Outpatient And Day Hospital Car.
- Wellspring Foundation Inc. (1999) Day Treatment Programs Adult Intensive Day Treatment Bethlehem, U.K
- Ullman, L.P and Krasnet, L. (1975) Case Studies In Behavior Modification, Holt, Rinehart and Winston.
- Vaughan, P.J (1985) Developments In Psychiatric Day Care. British Journal Of Psychiatry, N (147) P, 41..
- Wing, J.K (1982) Long - Term Community Care: Experience In A London Brough, Psychological Medicine: Monograph Supple.