الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية الكامنة وراء الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي في المجتمع الأردني (دراسة نفسية – اجتماعية على عينة من الأفراد في المجتمع الأردني)

إعداد
أ.د/ فيصل محمد خير الزراد
د/ مفيد نجيب حواشين
د/ حسين مدالله الطراونة
جامعة عمان الأهلية/ قسم علم النفس
عمان /الأردن

المقدمة:

يعتبر الطب النفسي من أهم فروع الطب قديماً وحديثاً، وبالرغم من التطورات التي حدثت في مجال التشخيص والعلاج وظهور نظريات علمية تفسر الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، والتي أسهمت في تحسين مستوى فهم الناس لهذه الأمراض، فإن النظرة السلبية نحو هذه الأمراض سواء من المجتمع العادي أو المجتمع المتحضر والمتعلم بقيت قائمة حتى الآن ومازال كثيرون ينظرون إلى المرض النفسي والمريض النفسي نظرة سلبية وجائرة مقرونة بالسحر، والمس من الجان، والحسد، وغضب الآلهة وغير ذلك كما ينظر إليه على انه ذلك نوع من الجنون وفقدان العقل والإرادة، وعدم تحمل المسؤولية، لهذا السبب نجد الأفراد يحجمون عن زيارة الطبيب النفسي أو زيارة الاختصاصي النفسي خوفاً، وحرجاً أو تجنباً لوصمة المجتمع، وهذا ما يدفع الكثيرون إلى اللجوء إلى الدجالين والمشعوذين، وبعض رجال الدين (المطوعين) والسحرة وغيرهم مما يجعل المشكلة تتفاقم وتزداد الأعراض حدة وخطورة، ويصبح تشخيصها وعلاجها صعباً أو مستحيلاً، ومثل هذا التفكير يعوق العملية التشخيصية والعلاجية ويسهم في تدهور حالة المريض أو انتكاسها. وهذا ما يجعل المريض يقاوم ضد نظرة المجتمع، وضد الوصمة الاجتماعية، والسعي وراء التقبل والتقدير والاحترام. من هنا كان المرض النفسي (حتى بعد التحسن أو الشفاء) مثيراً للشفقة وللوصمة الاجتماعية. وكما يذكر بعض أطباء النفس (Berzins,K.M 2005) أن الوصمة الاجتماعية للمرض وللمريض النفسي تتبع المريض النفسي أينما ذهب (psychiatric stigma follows the patient everywhere he go)، والوصمة الاجتماعية للمرض النفسي تعبر عن نفسها بشكل مباشر عندما يرفض الأفراد مرض العقل، وبشكل غير مباشر عندما يتم رفض الأفراد الذين أصيبوا بمرض العقل في السابق، وهذا ما يؤثر على حياة المرضى وعلاقاتهم ومستوى الأداء لديهم ويدفع بهم إلى التجنب، والعزلة أو الانسحاب. إن مثل هذه الأفكار أو المعتقدات تصبح سائدة في فكر أفراد المجتمع.

ومن المؤسف أنه ما زال في مجتمعاتنا المتطورة وفي المجتمعات العربية من يعتقد بأن مرضى العقل هم مجانين، ومختلين عقلياً وغير مسئولين، وأن المرض العقلي ومرضى العقل مجلبة للعار، والخجل، والإحساس بالدونية أو النقص وغير ذلك، ومما لا شك فيه أن الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي له عدة أسباب ثقافية، وإعلامية، وتربوية، وأسرية، واجتماعية، ودينية، ومن أهم هذه الأسباب حسب (Kadiri,N) (٢٠٠٥)، (Hayward,P)(١٩٩٧) هو ما يفكر به الإنسان، وما يعتقد به، أو يتصوره حول المرض والمريض العقلي، وهذه الأفكار أو المعتقدات هي أفكار ومعتقدات لا عقلانية، غير موضوعية أو غير صحيحة، وهي تؤثر في الجانب الوجداني أو العاطفي كما تؤثر في سلوك الفرد واتجاهاته نحو المرض العقلي (Ellis,A) (١٩٨٠)، وهذه الدراسة هي محاولة للكشف عن هذه الأفكار اللاعقلانية الكامنة وراء الإحساس بالوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، وحصر هذه الأفكار تمهيداً لوضع خطة علاجية لعلاجها في ضوء العلاج النفسي العقلاني –الانفعالي لدى ألبرت إليس، أو العلاج النفسي المعرفي – السلوكي (CBT) لدى آرون بك.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال التالي:

ما هي الأفكار أو المعتقدات الكامنة وراء الإحساس بالوصمة الاجتماعية نحو المرض العقلي وذلك لدى عينة من الأفراد في المجتمع الأردني ؟

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة في أنها (في حدود علم الباحث) الدراسة الأولى في المجتمع الأردني، تتعلق بالوصمة الاجتماعية للمرض وللمريض العقلي وما يكمن وراء ذلك من أفكار خاطئة وتصورات عقلية غير صحيحة تعمل هذه الدراسة على تصحيحها بشكل واقعي وموضوعي، مع

نشر الوعي والثقافة النفسية الصحيحة، وهذا يأتي في إطار الاهتمام بمرضى العقل وتعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحوهم بما يحقق دمج هؤلاء المرضى مع مجتمعاتهم، ودمج المجتمع نحوهم وتقديم يد العون والمساعدة والاحترام لمرضى العقل، والنظر إليهم كمرضى عاديين يحتاجون إلى علاج ومساعدة، كما أن هذه الدراسة تلفت نظر الباحثين نحو الاهتمام بمشكلة الوصمة الاجتماعية للمرض وللمريض العقلي، وتسعى إلى تزويد المكتبة العربية بمرجع مفيد في هذا المجال.

تعريف المصطلحات:

- الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي:

تعرف الوصمة الاجتماعية بأنها إلصاق نعت أو مسميات غير مرغوب فيها بالفرد من جانب الآخرين، وعلى نحو يحرم هذا الفرد من التقبل الاجتماعي أو تأييد المجتمع له، ولأن في هذا الشخص صفات تختلف عن بقية الأشخاص في المجتمع (E. Goffman)(١٩٦٣)، مثل وجود المرض النفسي أو المرض العقلي، والوصمة الاجتماعية على أشكال مثل الوصمة الاجتماعية المدركة وتعني قلة الاحترام لشخص ما، والنظرة السلبية والرفض الاجتماعي، والموقف المخجل، وتشير أيضاً إلى وجود مؤشرات جديه تكشف عن كل ما هو غير عادي وسيء من الناحية الأخلاقية. والضرورة تتطلب من أفراد المجتمع تجنب هؤلاء والابتعاد عنهم وخاصة في الأماكن العامة، وعدم مخالطتهم، أو الزواج من بناتهم (Marshal 1994). وتعرف الوصمة الاجتماعية أيضاً بأنها حالة من الإذلال أو التقليل من مستوى مكانة الفرد Luima (2010), O'hair etal، كما عرف كل من جونز Jones وآخرون (١٩٨٤) الوصمة من خلال عزل الفرد عن الآخرين، ووصف الفرد الموصوم بخصائص غير مرغوبة، وتجنب الناس للفرد. ويؤدي الوصم الاجتماعي إلى نتائج خطيرة ومشكلات نفسية وصحية وسلوكية مع انخفاض تقدير الذات، ويشير أدمز (Admas, J) ٢٠٠٣ إلى الوصمة الاجتماعية الرسمية التي يكون مصدرها تعرض الفرد لإجراءات المحاكمة، أو الوضع في السجون وداخل المؤسسات الخاصة، والوصمة الاجتماعية غير الرسمية وهي ردود فعل المجتمع والأصدقاء والأهل وغيرهم.

ويرى الباحثان أن الوصمة الاجتماعية هي عبارة عن بناء فكري معقد له أصل تربوي وثقافي واجتماعي، ويرجع إلى التجارب الشخصية والممارسات الثقافية والتربوية، وفي مجال الطب النفسي هي عقبة تحول دون علاج مبكر وناجح، كما أنها عقبة في طلب المساعدة المبكرة وهذا التعريف الأخير هو الذي يتبناه الباحثان بسبب شموليته ووضوحه، ومن الناحية الإجرائية تقاس أبعاد الوصمة الاجتماعية من خلال إجابات عينة الدراسة على مقياس الوصمة الاجتماعية من إعداد الباحثين.

الأفكار اللاعقلانية:

هي الأفكار اللاعقلانية التلقائية، أو المعتقدات والآراء أو التصورات العقلية السلبية حول المرض والمريض العقلي، وهذه الأفكار وليدة مجموعة عوامل وتجارب حياتية شخصية أو معارف ذات مصدر أسري، أو اجتماعي، ونفسي، وصحي، وتربوي، وديني، وإعلامي، وقانوني، وهي (الأفكار العقلانية) عادة ما تراود الأفراد عند حديثهم عن المرض النفسي أو العقلي، وهي أفكار مشوهة تعزز الإحساس بالوصمة الاجتماعية ضد المرض أو المريض العقلي.

المريض العقلي:

هو الشخص الذي يعاني من مرض نفسي (Neurosis) أو مرض عقلي (Psychosis) وذلك في ضوء تشخيص الطبيب النفسي، ومن خلال أعراض مرضية محددة ومعايير دولية تشخيصية (DSM-V) (٢٠١٣) صادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، وفي الموسوعة الحرة (Wikipedia) يعرف المرض العقلي بأنه المرض الذي يتسبب في اضطراب

الوظائف النفسية أو العقلية و الحياتية لدى المريض، وهذا المريض يحتاج إلى رعاية صحية وعلاج وإشراف ورعاية خاصة من الأسرة المجتمع ومن المؤسسات الصحية المعنية بالأمر.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تعتبر نظرية الوصم (Labelling theory) من النظريات الحديثة في مجال الطب النفسي وعلم النفس الجنائي، وهذه النظرية تحاول تفسير الانحراف أو الاضطراب من خلال إطلاق نعوت على شخصية الفرد، وبدأت الدراسات حول هذه النظرية من قبل باحثين أمريكان مثل أدوين ليمرت(Edwin,L.)، وهوارد بيكر(Howard, B.) (١٩٥٠)، وفي علم النفس الإكلينيكي انتشر هذا المفهوم على يد كارن تانين(Tanin, K.)، وعلماء آخرون.

وقد وجد كل من بروس (T. Bross) ونيك جوفلان(J.Nik) (١٩٧٦) أن لوصمة المجتمع (وبغض النظر عن نوعها) عدة أوجه هي:

١- التمييز بين الأفراد وتعزيز شعور الانفصال بين (نحن) و (هم) أي التمييز بين مجموعة أقل من حيث طبيعتها البشرية ومجموعة أعلى، أو بين مجموعة غير سوية، ومجموعة سوية.

٢- تعميق الشعور أو الإحساس بالوصم من حيث المعتقدات الثقافية والعادات السائدة، ونظرة الأديان، والأفكار أو التصورات العقلية.

٣- إن حالة التمييز تؤدي إلى عدم المساواة في الظروف وهذا يعزز الوصمة الاجتماعية.

٤- عدم الحصول على الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتقبل أو الاحترام. .. بسبب الصورة النمطية للوصمة الاجتماعية.

وهذه الأوجه تشمل التصورات العقلية والمعتقدات الخاطئة لدى أفراد المجتمع والتي تعزز الوصمة الاجتماعية المتعلقة بالاضطراب النفسي، وبالمريض النفسي (Psychiatric patient) وهذه تمثل دافع نحو تجنب العلاج النفسي، وتدفع بالمريض وأسرته إلى طلب العلاج من المشعوذين والدجالين، والمعالجين الشعبيين، والمطوعين (رجال الدين)، فعندما يظهر في الأسرة مريض نفسي وتظهر عليه أعراض أنه مسحوراً أو به مس من الجن أو الشيطان، أو أنه إنسان محسود (أي إسقاط المشكلة على الآخرين وتقديم مبررات واهية) حيث من العار والخزي أن يكون الإنسان مريضاً نفسياً، أي مجنوناً، أو فاقداً للعقل، ويزداد وضع المريض سوءاً، وتتدهور حالته تدريجياً، ويصبح المريض وأسرته محاصرين بعدد من القيود أو التصورات العقلية السلبية بدءاً من عدم الاعتراف بالمرض النفسي (الإنكار) وعدم طلب العلاج، وتجنب الأطباء، والعيادات النفسية، والخوف من المريض لأنه غريب الأطوار، ومما لا شك فيه أن للوصمة الاجتماعية للمرض النفسي وللمريض النفسي تاريخ طويل قبل الإسلام وبعده، وكما أشرنا سابقاً في حديثنا عن تاريخ الطب النفسي إلى أن المرض النفسي كان (وما زال) يفسر على أنه مس من الجن، أو غضب من الآلهة، أو بسبب الحسد أو السحر، أو بسبب أرواح شريرة تسكن جسد المريض وتؤثر في عقله، مما كان يستوجب ضرب المرضى أو تعذيبهم (أو حرقهم) للتخلص من الأرواح الشريرة، وكان المرضى يوضعون في أماكن تشبه السجون، أو حدائق الحيوان وغيرها، إلى أن تحسنت أحوال المرضى في منتصف القرن التاسع.

دراسات حول الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي:

إن الدراسات العلمية حول الوصمة الاجتماعية في الوطن العربي قليلة جداً، وبالرغم من أهمية هذا الموضوع فإننا لا نجد من يهتم بهذه الظاهرة من قبل أطباء النفس أو اختصاصي علم النفس الإكلينيكي وبالرغم من ذلك فإن المجتمع العربي لم يخلوا من المبادرات العلمية المفيدة في هذا المجال، نذكر من بينها الدراسة التي أجراها طلال محمد الناشري مدير إدارة الصحة النفسية والاجتماعية في مدينة جدة عام (٢٠٠٨)م وبمشاركة الاختصاصية الاجتماعية آمال عمر السايس التي تعمل في مستشفى الملك فهد في مدينة جدة، وكان الهدف من الدراسة الكشف عن اتجاهات الأفراد في المجتمع نحو المرض النفسي والعلاج النفسي، وذلك من أجل التخطيط لوضع برامج

تثقيف وتوعية حول الأمراض النفسية وأهمية علاجها بشكل مبكر، مع التخفيف من شدة الإحساس بالوصمة الاجتماعية، والخوف من المرض النفسي، ومن عرض المشكلة على طبيب أو اختصاصي نفسي. .. وشملت العينة الفئات العمرية من (٢٠-٥٠) سنة، وكانت نسبة الإناث (٦٥,٣%) ونسبة الأفراد من حملة شهادة التعليم الجامعي (٦٠,٤%) وما فوق الجامعة (٣٢,٧%) مما يؤكد على أن معظم أفراد العينة من المتعلمين ولديهم خلفية ثقافية عامة حول الطب النفسي والمرض النفسي، وتم إعداد استبيان محكم لهذا الغرض، وتبين من النتائج ما يلي:

- إن نسبة (٦٥,٣%) من العينة ترى بأن سبب المرض النفسي هو الوراثة وعوامل البيئة وضغوط الحياة.
- وهناك أيضاً نسبة (٧٣,٣%) من أفراد العينة فسروا السبب في الإحجام عن طلب العلاج لدى مرضى الأمراض النفسية إلى الخوف، والخجل، والإحساس بالعار والنقص من قبل المجتمع أو المحيطين بالمريض (وخاصة في حالات الإناث).
- ونسبة (١٩,٨%) من أفراد العينة يرون بأن المريض النفسي غالباً ما يتذرع بأن هناك مشكلة صحية طاؤئة، أو ظروف بيئية صعبة في المنزل أو في العمل عوضاً عن الاعتراف بوجود المرض النفسي.
- وكذلك نسبة (٦,٩%) من أفراد العينة يرون بأن الخوف من تنويم المريض في مستشفى الأمراض العقلية، وحتى لا يعرف المحيطون بالمريض شيئاً عن طبيعة مرضه هو السبب البارز وراء تجنب طلب العلاج النفسي، ولأن ذلك يسئ إلى المريض النفسي وأسرته، وعمله ومستقبله.
- يضاف إلى ذلك نسبة (١٦,٨%) يرون بأن السبب في الإحجام عن العلاج النفسي هو عدم توفر المناخ المناسب في الأسرة، وتوفير الأمن للمريض، في حين أن دمج المريض مع أسرته، وإحاطته بالحب والعطف هي من أهم عوامل التحسن أو الشفاء.
- وهناك نسبة (٨١,٢%) من أفراد العينة تشير إلى أهمية الاحتفاظ بسرية المعلومات، وخصوصية المرضى خشية الوصمة الاجتماعية.

دراسة مستشفى الصحة النفسية في الطائف (رجب بريسلي وآخرون (٢٠٠٥))

استهدفت هذه الدراسة معرفة السبب وراء تجنب الكثيرين من أفراد المجتمع العلاج النفسي وتم إعداد استبيان لهذا الغرض، وتبين من النتائج ما يلي:

- إن نسبة (١٨,٨%) يرون بأن الأمراض النفسية معقدة ويصعب فهمها.
- نسبة (١٠,٩%) يرون ضعف الظروف المادية وزيادة التكلفة وثمن الأدوية.
- إن نسبة (٤%) من أفراد العينة يرون بأن المرض النفسي يصيب كافة طبقات المجتمع الأغنياء والفقراء.
- نسبة (٧٣,٣%) السبب هو الخوف من معرفة الناس.
- نسبة (٦٨,٣%) السبب هو الخوف من حدوث تفكك أسري.
- نسبة (٨١,٢%) من العينة ترى السبب في الحفاظ على سرية المعلومات.

وقد جاء من خلال الإجابات أيضاً أن هناك عوامل أخرى تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على تجنب العلاجات النفسية مثل:

١- تأخر عملية الشفاء وانتكاس الحالة. وطول فترة العلاج.
٢- وبعد أماكن العلاج.
٣- الخوف من تنويم المريض.
٤- الخوف من الأعراض الجانبية للأدوية.
٥- الخوف من الإدمان على الأدوية.
٦- عدم وجود فريق طبي متكامل.

٧- عدم وجود أطباء أكفاء.
٨- خطورة المرض مما يتطلب الحجز أحياناً.
٩- عدم الثقة بالطبيب النفسي.
١٠- عدم وجود متابعة للمريض.
١١- لا يوجد بيوت إيواء في حالة تخلي الأسرة عن مريضها.

وقد اقترح الأطباء في المستشفى إقامة مدينة ترفيهية للمرضى على شكل بستان يتبع المستشفى لقضاء أوقات مريحة بعيداً عن أسوار المستشفى، وإقامة نادي ترفهي يشمل على ألعاب وأنشطة رياضية، وثقافية، وأمسيات شعرية، والعمل كفريق واحد، مع دمج المريض في المجتمع، وتسليم المريض لذويه، ومتابعته من خلال العيادات الخارجية، والخط الساخن، وإيصال الخدمات الطبية والدوائية للمرضى داخل أسرهم، ودون مراجعة المستشفى (طب نفسي مجتمعي ومستشفى نهاري). وقد أوصى وزير الصحة السعودي بذلك مع توفير أعلى مقاييس الجودة، كما تم اقتراح وجود ما يسمى بالمعالج الشرعي المتخصص والمدرب لمدة سنتين على الأقل للعمل مع الفريق الطبي (علاج ديني)، كما أوصى الدكتور الشيخ إدريس من كلية الطب في جامعة الملك فيصل، قسم الطب النفسي بالعمل على مراقبة المعالجين الشعبيين (Folk Healer) الذين يلحقون ضرراً بالمريض وأسرته، ويخالفون القوانين والأنظمة والأخلاقيات المعمول بها في إطار الطب النفسي.

دراسة بعض الحالات في مستشفى الأمل للصحة النفسية في الرياض:

المريض (س) في مستشفى الأمل يصف رحلته مع المرض النفسي بما يلي: (إن المجتمع لا يرحم المريض النفسي، ولا يعامله معاملة مريض بحاجة إلى مساعدة، وإنما تتم معاملته على أنه مجنون وخطير، رغم أنا متأكدون بأننا لسنا مجانين، وإنما مصابون ببعض الاضطرابات النفسية، والدليل على ذلك أننا نتعامل مع الآخرين من الناس معاملة احترام وذوق، وإنني أفهم ما يقوله الناس، وأستطيع أن أتدبر أمري ويقول المريض إن أسرتي وأقاربي لم يقوموا بزيارتي سوى مرتين. بالرغم من تواجدي في هذه المستشفى منذ ثلاث سنوات وكانت أخر زيارة منذ سنة ونصف، وكان ذلك من أجل إعلامي بوفاة والدتي. ويشير المريض إلى مشكلة رفض أسرته لوجود مريض نفسي بينهم، ويتابع المريض قائلاً: (لقد أجبرت على دخول المؤسسة للعلاج، وكان ذلك من قبل أهلي وبعض أقاربي ولأنهم كانوا يخافون مني، وبسبب اعتبارهم بأنني مجنون وقد أسبب لهم بعض المشاكل وخاصة عندما أتعرض لحالة هيجان. ..) ومريض أخر في نفس المستشفى يقول (إن أهلي لم يزورني في المستشفى منذ ستة أشهر، وإنني أقول كلمة حق بأن من يصف المريض النفسي على أنه إنسان مجنون هو مخطئ تماماً، ولأن هناك فرقاً بين حالة المرض النفسي وحالة الجنون، فالمريض النفسي مثلي هو من تعرض إلى مواقف حياتيه صعبة ومحزنة، وإلى حالات قهر لا نجاة منها. أما حالة الجنون فهي حالة نادرة، وهو الإنسان الذي ليس لديه عقل، ولا يدرك الصح من الخطأ، وقد يؤذي نفسه أو يؤذي الآخرين، ولا يتحمل المسؤولية. .. أما أنا فلست مجنوناً بل أنا مريض نفسي مثلي مثل المريض الذي يعاني من صداع مزمن، أو أنفلونزا حادة ويحتاج للعلاج ولمتابعة، أما المجنون فهو ليس لديه القدرة على فهم ما يدور حوله، ولا يتصرف عن إدارة ووعي، ولا يحاسب على أفعاله. إننا نصادف أمثال هؤلاء داخل المستشفى وهم يصرخون ويقومون بأفعال غريبة).

ويعلق بعض أطباء النفس في (مجمع الأمل في الرياض) الدكتور رياض بن عبد الله النملة (٢٠١١) م على أقوال المرضى بأن هناك شريحة كبيرة من المجتمع وعلى اختلاف مستوياتهم الثقافية والاجتماعية ما زالت نظرتهم تجاه المريض النفسي نظرة دونية، وتحمل مقداراً كبيراً من الازدراء أو الاحتقار، وهذا الانطباع موجود حتى لدى بعض أصحاب القرار، وبالتالي فإن مرضى النفس (وخاصة الحالات المزمنة) (Chronic cases) ينالهم الكثير من قلة الاهتمام ومن التجاهل. ولعل السبب في ذلك هو تعميم إحدى صور الأمراض النفسية مثل الفصام (schizophrenia)

على جميع الأمراض النفسية (الخوف، والقلق، والاكتئاب، والوسواس، والهوس، والفصام، والبارانويا. ..الخ) حيث يعتقد الناس خطأً عندما يشاهدون مرضى الفصام، أو مرضى الاكتئاب الرئيسي، يضحكون، ويتكلمون مع أنفسهم، ومهملين لمظهرهم، ولنظافتهم، ويفرطون في التدخين، واللعاب يسيل من أفواههم، وتفوح منهم رائحة كريهة، ويتصرفون دون مسؤولية. .. الخ فإن الناس يعتقدون بأن هذا هو المرض النفسي، وهذا هو المريض النفسي، ولاشك بأن الإعلام بشتى أشكاله يتحمل جزءاً كبيراً من المسؤولية، من ناحية أخرى نحن نعلم بأن نسبة انتشار مرض الفصام يمثل حوالي نصف إلى واحد في المائة من أفراد الشعب، بينما اضطراب القلق تتراوح نسبة انتشاره (٢٤,٥%) من أفراد الشعب، وإساءة استخدام العقاقير تتراوح نسبته (٢٦,٦%)، والاكتئاب العام (١٧,١%). .. وكلنا يعلم بأن (٥٠%) من حالات الانتحار تكون لمرضى اكتئاب يمكن علاجهم، ونحن إذا استثنينا حالات الفصام (هلوسات وأوهام)، فإن بقية الأمراض لا يكون فيها المريض بالصورة السيئة التي أشرنا إليها سابقاً، ولكنها تؤثر على وظائف حياة المريض (الأسرية، والمهنية، والأكاديمية، والاجتماعية،. ..)، ويؤكد بعض أطباء النفس على أهمية دور الأسرة، حيث أن الأسرة التي تتجاهل وجود المرض النفسي أو المريض خشية العار أو الفضيحة فإنها في واقع الأمر تزيد الأمر سوءاً، ولأن ذلك سيؤخر عمليتي التشخيص والعلاج، ويؤدي إلى زيادة الأعراض وشدتها، ويخرج الوضع عن السيطرة (Sayce 1998)... والعكس فإن دمج المريض مع أسرته وتقبل الأسرة له والمساهمة في علاجه يخفف كثيراً من تدهور الحالة وقد تستقر الحالة بحيث لا يشعر من هم حول المريض أو الغرباء أنه مريض، وخاصة إذا كان المريض مستبصر بحالته. إن المريض النفسي إذا لم يجد من يتقبله في الأسرة وفي المجتمع فإنه يشعر بالوحدة، وبفقدان السند. .. وقد يهرب من هذا الواقع الأليم إلى الكحول، أو المخدرات، أو إلى الانتحار. والجدير بالذكر بأن رفض المريض النفسي لا يكون فقط بطرده من المنزل أو حجزه في مستشفيات الطب النفسي، بل إن الرفض قد يكون عن طريق العبوس، والسخط، والنقد، واللوم أو التهكم، والاستغلال، والسخرية، أو بالحرمان. .. الخ، وأحياناً يتم تقييد المريض وضربه، ووضع السلاسل في أطرافه ولفترة طويلة بدعوى أنه قد يؤذي نفسه أو يؤذي الآخرين، ويتفق العديد من أطباء النفس حول الدور السلبي لوسائل الإعلام التي تصور لنا ومن خلال المسلسلات، والأفلام بأن مؤسسات العلاج النفسي تشبه السجون، أو هي مكان للعقوبات، واعتبار بعض طرق العلاج مثل العلاج بالتنظيم الكهربائي للدماغ (ECT) هي طريقة للتعذيب، أو للعقاب(Wool 2005)، أو لأخذ الاعترافات. .. يضاف إلى ذلك ما تظهره وسائل الإعلام أحياناً بأن الطبيب النفسي يظهر بمظهر كوميدي مضحك. .. وحقيقة الأمر أن المرض النفسي كغيره من الأمراض، ويمكن أن يصاب به أي شخص، وعلينا تقبل المريض بكل تقدر واحترام، ويفضل عرض المريض على طبيب نفسي متخصص وبشكل مبكر مما يخفف من عملية التدهور ويسهل عملية العلاج، ونحن نأمل أن يأتي الوقت الذي تتخلص فيه مجتمعاتنا من سوء الفهم للمرض النفسي، وخاصة بعد أن أكدت الدراسات العالمية زيادة انتشار هذه الأمراض بشكل كير، ونحن نعلم أنه لا يوجد إنسان مثالي خالٍ من أي اضطراب والطبيب النفسي أو الاختصاصي النفسي السريري هم القادرين على تشخيص ذلك بما لديهم من خبرة علمية وعملية في مجال التشخيص والعلاج، هذا بالإضافة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية – جسدية) مثل حالات ضغط الدم، والسكري، والربو، والقرحة، والسرطان. ..غيرها. (فيصل الزراد، ٢٠١٠).

أسباب الوصمة الاجتماعية وتردد المريض وأسرته لطلب العلاج والذهاب إلى العيادة النفسية:

تبين من دراسة الفريق الطبي في مستشفى الأمل في الرياض عام ٢٠١٠ أن أسباب الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي تتركز في الأفكار التالية:

-الاعتقاد بأن المرض النفسي يرجع إلى السحر وغضب الآلهة أو ضعف الإيمان، وإلى الحسد والمس من الجن.

-الاعتقاد بأن المرض النفسي هو الجنون.
-المريض النفسي خطر على نفسه وعلى الآخرين ويجب الحجر عليه.
-عدم اقتناع المريض وأسرته بالطب النفسي.
-وصمة المجتمع تدفع المرضي إلى الذهاب إلى المشعوذين وبعض رجال الدين كبديل عن الطب النفسي.
-خوف المريض والأسرة من تنويم المريض في المستشفى.
-الخوف من عدم السرية ومعرفة الأقارب والأفراد بحالة المريض.
-الخوف من المجهول، والجهل بالمرض النفسي.
-غموض أسباب المرض النفسي.
-بعض مرضى العقل يتعرضون إلى الضرب والإهانة والعنف والتحرش.
-عدم الانتظام في مراجعة الطبيب.
-بعض مرضى العقل (حالات البوليس) يرتكبون الجرائم وينتهون إلى السجن.
-بعض مرضى العقل بتعاطون الكحول والمخدرات.
-بعض مرضى العقل يعانون من اعتقادات راسخة وخاطئة (ضلالات).
-العلاج لفترات طويلة والإدمان على الأدوية النفسية (المخدرات).
-انتكاس حالة المريض وعدم الاستفادة من العلاج.
-اعتقاد البعض بأن المرض النفسي يصيب ضعفاء الإرادة والشخصية والإيمان.
-عدم تأهيل أطباء النفس والاختصاصيين علمياً وللتعامل مع مرضاهم بالشكل المطلوب.
-التأثير على سمعة المريض وذويه.
-المرض النفسي يعوق وظائف حياة الفرد وواجباته الأساسية.
-معظم مشافي الطب النفسي تقع في مناطق معزولة وبعيدة عن المدينة ومعروفة لدى الناس.
-ضعف وعي الأسرة والمجتمع وعدم وجود برامج أو حملات توعية.
-ترك البرامج التلفزيونية والمسلسلات لغير المتخصصين والمشعوذين.
-الأطباء أنفسهم ينظرون إلى الطب النفسي ومرضى النفس نظرة مجانين وبؤساء.
-اعتماد الطبيب النفسي في علاجه على الأدوية دون أي اعتبار للفريق الطبي وأساليب العلاج الأخرى.
-ارتفاع أسعار الأدوية يشكل عبئاً على المرضى وأسرهم.
-اعتقاد البعض بأن المرض النفسي وراثي مما يتطلب إحاطة المريض بسرية تامة (وخاصة الإناث).
-عدم وجود أطباء نفسانيين واختصاصين نفسانيين بالعدد الكافي.
-عدم وجود مستشفيات طب نفسي على ستوى مقبول لتنويم المريض.
-خلط حالات المرضى مع بعض دون تمييز حسب أعمارهم واضطراباتهم المختلفة.
-إن صورة الطبيب النفسي مقترنة بالأدوية النفسية والعلاجات الطويلة وعدم شفاء المريض بشكل مناسب.

دراسة مركز الطب النفسي – جامعة عين شمس (٢٠١١)م

قام بإجراء هذه الدراسة كل من مروى عبد المجيد، ومنان ربيع، ورشا باسم، وجاءت الدراسة تحت عنوان الوصمة والاتجاه نحو مرضى العقل لدى عينة من العاملين غير الطبيين (paramedical). بلغت أفراد العينة (٣٤٧) من العاملين موزعين إلى مصريين مجموعة (A)، وإلى كويتيين مجموعة (B)، وتم تطبيق استمارة تقييم الاتجاه تجاه مرضى النفس من إعداد فهمي الشربيني (social classification and assessment of attitude towards (CAMI) mental illnesses) وانتهت النتيجة إلى أن مرضى الأمراض العقلية يواجهون التهميش والتمييز

والوصمة في المجتمعات مما يؤثر في السلوك الشخصي والمهني لأفراد المجتمع، وتم مقارنة اتجاه العاملين في مشافي الطب النفسي في كل من مصر والكويت (دراسة عبر ثقافية)، وقد لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية في الاتجاهات لدى مجموعتي البحث (A) (B) حيث وجدت الدرجات العالية لدى أفراد المجموعة (B)، كما لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة (A) والمجموعة (B) من حيث العمر. كما لا توجد فروق دالة من حيث مستوى التعليم، ووجدت فروق دالة إحصائياً من حيث متغير الجنس ولصالح المجموعة (A)، كما وجدت فروق دالة إحصائياً من حيث الخوف، والاستبعاد، والضبط الاجتماعي، والارتياح أو الإحساس الودي نحو الآخرين بين مجموعتي (A) (B) لصالح المجموع (A)، كما لا توجد فروق دالة من حيث الطبقة الاجتماعية.

دراسة إريفن ساراسون (Irwin Sarason) (٢٠٠٤)

أجريت الدراسة على عدد كبير من أسر مرضى الأمراض العقلية، والأسر العادية في الولايات المتحدة، بلغت العينة (٨٢٠) فرداً من الذكور والإناث، والهدف من ذلك معرفة آراء أفراد العينة بالنسبة للمرض وللمريض النفسي وجاءت النتائج على النحو التالي:

- نسبة (٧١%) من أفراد العينة ترى بأن الحالات العقلية الشديدة (Severe mental illness) تؤدي إلى اضطراب عاطفي، اجتماعي، وسلوكي. ..
- نسبة (٦٥%) من أفراد العينة من أباء المرضى يلومون أنفسهم.
- نسبة (٣٥%) من العينة يرون بأن المرض النفسي يؤدي إلى سلوك شرير أ و آثم (sinful Behavior).
- نسبة (٤٣%) يرون بأن المرض العقلي هو مرض عضال غير قابل للشفاء (Incurable).
- نسبة (٤٥%) يرون بأن مرضى العقل هم الذين يجلبون المرض لأنفسهم، ويزول هذا المرض إذا أرادوا ذلك لأنفسهم.
- نسبة (١٠%) يعتقدون بأن الاضطرابات ترجع إلى أسباب بيولوجية من بينها إصابات الدماغ.

دراسة مركز الصحة العقلية في المملكة المتحدة (١٩٧٢)

أجريت هذه الدراسة على عينة من مرضى النفس الذين خضعوا للعلاج في المراكز وتحسنت حالتهم الصحية وخرجوا إلى المجتمع العادي، وقد تم متابعة أحوالهم الأسرية والاجتماعية والمهنية، وبلغ عدد أفراد العينة (٢٦٠) مريضاً عولجوا سابقاً في المراكز من بينهم (١٧٦) ذكراً و(٨٤) أنثى واستمرت الدراسة مدة تسعة أشهر وتبين من متابعة أحوال هؤلاء المرضى ما يلي:

- (٧٢%) من المرضى كانوا ضحية لعنف سابق في المجتمع.
- (٤١%) من أفراد العينة تعرضوا وبشكل مستمر للتنمر.
- (٤٥%) تعرضوا للعنف والقسوة والنبذ.
- (٣١%) لم يبلغوا عن العنف الذي أصابهم لاعتقادهم أن هذا غير مجدياً.
- (٢١%) من أفراد العينة كانوا يتقاضون أجراً أقل من العاديين (غير المرضى سابقاً).
- (٤٠%) من أرباب العمل يتقبلون توظيف بعض المرضى.
- (٥٩%) من أفراد العينة يشعرون لعدم الارتياح في الحديث عن مشاكلهم النفسية.
- (٩%) من المرضى يتحدثون عن مشاكلهم النفسية ومرضهم السابق.
- (٢٦%) يخفون من مشاكلهم النفسية بسبب الخوف من فقدان العمل.
- (٩٢%) يخافون من إلحاق الضرر المهني.
- (٥٦%) من المرضى لا يقبلون للعمل حتى ولو كانوا ذوي كفاءة.
- (٧٣%) من الأطباء العاديين لا يطلبون المساعدة لمشاكل نفسية خوفاً على مهنتهم يضاف إلى ذلك أن معدلات التوظيف وفرص العمل قليلة جداً، وذلك بسبب نظرة المجتمع وأرباب العمل السلبية لمرضى النفس، هذه النظرة التي تتابعهم أينما رحلوا بالرغم من التحسن والشفاء.

البرنامج العالمي لمكافحة الوصمة: (الجمعية العالمية للطب النفسي) (١٩٩٦)

قامت الجمعية العالمية للطب النفسي بإطلاق برنامجها لمكافحة الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، وقد تم تقييم البرنامج ودراسة خطواته، وكان الهدف هو القضاء على الخرافات وسوء الفهم والغموض التي أحيطت بالأمراض النفسية وخاصة مرض الفصام، وهذا البرنامج نشر على موقع الجمعية على الانترنت وتناول الموضوعات التالية:

- زيادة الوعي والمعرفة بمرض الفصام، والتمييز بين حالات الأعصبة وحالات الذهان.
- تحسين النظرة العامة للناس حول مرضى النفس ومريض الفصام، وأسر المرضى.
- اتخاذ كافة الإجراءات لمنع التمييز أو التحيز ضد مرضى النفس.
- إن الشعور بالوصمة يترك آثاراً مؤلمة لدى المريض وأسرته ويؤدي إلى التجنب والعزلة وبالتالي تدهور الحالة الصحية. لهذا كان لابد من مساعدة وإرشاد أسر المرضى وخاصة مرضى الفصام من أجل فهم المرض والتعامل مع المريض بشكل صحيح.
- التركيز على أن بعض المرضى قد يلجئون إلى المخدرات أو المسكرات والتشرد أو الإقامة الطويلة في المستشفى.
- تم تجهيز مواد تعليمية إعلامية لاستخدامها في توعية كافة فئات المجتمع وخاصة فيما يتعلق بمرضى الفصام، والحذر من استخدام بعض المصطلحات الرائجة بين عامة الناس مثل (مجنون، أبله، معتوه، سكيزو، ..)
- إدخال التوعية إلى المدارس والجامعات والمؤسسات التعليمية.
- الاتصال بالمجموعات المحلية التي تهتم بمرضى العقل ومرضى الفصام، وتخصيص يوم للصحة النفسية.
- القيام بزيارات واقعية لمؤسسات الصحة العقلية وللمرضى.
- تحسين مستوى المؤسسات الصحية، وإعداد الأطباء النفسانين، واختصاصي علم النفس والفريق الطبي النفسي.

وبدأ العمل في هذا البرنامج في مجموعة دول هي (كندا، النمسا، أسبانيا، الصين، الهند، مصر، ألمانيا، اليونان، إيطاليا) وتم البدء بالعمل رسمياً وبشكل عالمي بعد المؤتمر الحادي عشر للجمعية عام (١٩٩٥) في مدينة هامبورغ.

الأفكار اللاعقلانية والعلاج النفسي المعرفي

إن العالم ألبرت إليس يعتبر رائداً من رواد العلاج النفسي العقلاني –الانفعالي (Rational – Emotional psychotherapy) الذي أصبح يعرف بالعلاج العقلاني – الانفعالي والذي يهدف إلى تعديل أفكار واتجاهات الأفراد عن طريق تعديل الطريقة التي يفكرون بها، وحسب هذا الاتجاه فإن كافة الأفكار والعواطف والسلوكيات التكيفية واللاتكيفية تتحدد من خلال تفسير الفرد للأحداث وكذلك معتقدات الفرد حول الأشخاص والأحداث والرسائل التي يوجهها الفرد لنفسه، والهدف من ذلك هو مساعدة الأفراد على مواجهة تفكيرهم غير المنطقي. ويرى البرت إليس أن هناك بعض الأفكار اللاعقلانية الشائعة التي يتم الاعتماد عليها وقد تصبح مشكلة لدى الفرد من هذه الأفكار اللاعقلانية ما يلي:

- ينبغي أن تنال الحب الحقيقي في كل الأوقات.
- عليك أن تكون على درجة عالية من الكفاءة.
- الأشخاص الذين يرتكبون أفعالاً غير ملائمة هم أشخاص سيئون.
- الحياة مريعه ومفجعه عندما لا تسير الأمور على النحو التي أريدها.
- الشعور بالشقاء والبؤس هي بسبب ضغوط خارجية.
- الأشياء الخطرة أو المخيفة يجب أن تكون سبباً للانشغال البالغ.

- من الأسهل تجنب مواجهة صعوبات الحياة عوضاً عن مواجهتها.
- الماضي شديد الأهمية وهو يحدد المشاعر الآن وفي المستقبل.
- أمر مخيف ورهيب أن ا يجد الإنسان حلولاً لمنغصات الحياة.
- يمكن تحقيق السعادة بالخمول والراحة وعدم النشاط.
- يجب أن تتحلى باليقين والنظام لتشعر بالراحة وإلا تحتاج إلى قوة خارقة تعتمد عليها.
- إن قيمتك وتقبلك لذاتك في الحياة يعتمد على مدى استحسان الآخرين لك.

ومع تطور الاتجاهات العلاجية أدمجت مبادئ ألبرت إليس في أشكال أخرى من العلاجات المعرفية – السلوكية، وخاصة العلاج المعرفي للعالم آرون بك (CBT)(٢٠٠٧). ويرى آرون بك بـأن المخزون المعرفي لدلا الأفراد (وخاصة المكتئبين) يتصف بأخطاء في التفكير، وأطلق بك على ذلك اسم التشويه المنطقي، وهو يرى بأن الأفكار السلبية تعكس الخلل الوظيفي الذي تسببه هذه الأفكار في الحياة وأن بإمكان الأفراد أن يلعبوا دوراً في تعديل أفكارهم التي أصابها التشويه، ونجح آرون بك في تطبيق ذلك في مجال القلق والإدمان والانتحار، ومشاكل الزواج، واضطرابات الطعام، واضطرابات الشخصية، وحالات الاكتئاب، والذهان. إن طريقة بك في العلاج تشبه طريقة ألبرت إليس، وكلا الاتجاهين يركزان على الحاضر ويستفيدان من الواجبات المنزلية ويتطلب كل منهما تحديداً واضحاً للمشكلات والمواقف التي يصحبها أفكاراً خاطئة. وهذه الأفكار يعبرها بك أفكاراً نوعية، ومترابطة، وتلقائية، ومقنعه، وتتضمن تشويهاً للحقيقة، ولابد للمعالج من التعرف على الأفكار السلبية، والمعتقدات التي تقود إلى تكيف غير صحي، ثم العمل على تغيير ذلك. وحسب بك إن الإنسان يسلك في حياته حسب إدراكه للموقف أو الطريقة التي يشعر بها، وإن ما يجري داخل الإنسان يمكن التحري عنه بواسطة الاستبطان، وإن معتقدات الإنسان تحمل معنى شخصياً، وهذه المعاني والمعتقدات يمكن الكشف عنها عن طريق العميل نفسه، وإن الهدف هو تغيير الطريقة التي يفكر بها العميل وذلك بواسطة تشجيع العملاء لتجميع الشواهد وتقييمها لتدعيم الأفكار المنطقية أو الإيجابية. لقد أقتنع آرون بك بأن الناس الذين يعانون من مصاعب انفعالية يلجئون إلى ما يسمى بالأخطاء المنطقية (Logical errors) التي تشوه الواقع الموضوعي في اتجاه تحقير الذات، وأطلق عليها بك أسم التشوهات المعرفية Cognitive Distortions والتي تبدو لصاحبها مقبولة ويسلم بصحتها دون شك أو اختبار لموضوعيتها وهي تتسم بالخصوصية الفردية ولا سيما الأفكار التي تكون أكثر تكراراً أو شدة. ومن هذه الأفكار المشوهة ما يسمى بالاستدلال التعسفي (Arbitrary inference) أي الخروج باستنتاجات أو أحكام دون وجود سند لها، والتعميم الزائد (overgeneralization) والتضخيم أو التصغير أي إدراك الأمور أكبر أو أقل مما هي في الواقع بكثير، والعزو الشخصي (أو الشخصانية)، وإطلاق الألقاب وإساءة الألقاب، والتفكير الازدواجي أي إما الكل أو لا اللاشئ. يضاف إلى ذلك ما يسمى باليتيغيات، وقراءة الأفكار، وقراءة الحظ، والكمالية، واعتقاد الفرد بأنه يمكن التنبؤ بالمستقبل، والتفكير الانفعالي. .. وبعد أن يتأكد العملاء من الأفكار السلبية لديهم يطلب منهم أن يتدربوا على فحص هذه الأفكار الأوتوماتيكية المعاكسة للواقع والتأكد من الأدلة التي تدحضها، هذه العملية تقضي بجعل العميل يتفحص أفكاره وذلك عن طريق الحوار بالإضافة إلى عمل الواجبات المنزلية وتجميع المعلومات عن الافتراضات التي يشكلونها، ثم تكوين تفسيرات أخرى بديله. وتأثر آرون بك بالعلاج السلوكي – المعرفي لدى دونالد ميكينبوم (Donald Meichenbaum) الذي وجد بأن الفرد هو المسئول عن سلوكياته وأن التفكير والمعتقدات والآراء والمشاعر، وحديث الذات مع النفس لها دور هام في تعلم صحيح، وركز ميكيتبوم على ما يسمى بالحديث الداخلي (Inner Speach) أو الحوار الداخلي (Inner dialogue)، كما ركز على التخيلات العقلية (Images) على أمل معرفة فيما إذا كانت هذه العوامل ستؤدي إلى تغيير في الأفكار والمشاعر والسلوك والتحصين ضد الضغوط (stress inoculation)، لقد جمع ميكنبوم بين الطريقة المعرفية والطريقة السلوكية، ووجد بأن

التدريب على الأحاديث الذاتية يحدد الأفعال والاستجابات التي يقوم بها الأفراد، كما يحدد طبيعة التفاعلات الاجتماعية، وفي ضوء ذلك نجد بأن المعتقدات والأفكار أو الآراء السائدة حول المرض العقلي أو المريض العقلي والتي تؤدي إلى الإحساس بالوصمة الاجتماعية هي أفكار وآراء أو معتقدات سلبية وخاطئة، ولابد من تصحيحها من أجل التخفيف من أثر الوصمة الاجتماعية حول المرض أو المريض العقلي.

مناقشة الدراسات السابقة:

إن جميع الدراسات السابقة والإطار النظري اهتمت بمفهوم الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، ومخاطر هذه الوصمة على الفرد المريض والمجتمع، ومعظم الدراسات اتفقت على أن سبب الوصمة ضد المرض النفسي هو التربية والتنشئة الاجتماعية الخاطئة، وهي موجود عند عدد كبير من الناس، قديماً وحديثاً، وهذه الدراسات انقسمت بين مؤيد ومعارض وأن الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي لا مبرر منطقي لها، ويرى البعض بأن المرض النفسي يشبه المرض الجسمي، ويمكن للإنسان أن يعالج الوصمة الاجتماعية والبيئات من فكرة الوصمة.

ويرى ليفنجستون ((Livingston, M. (2012) بأن العلاج النفسي فعال في مثل هذه الحالات، ومعظم هذه الدراسات أشارت إلى وجود عوامل مباشرة، وغير مباشرة تؤدي إلى الوصمة، بعضها يرجع إلى المريض وبيئته، كما يرجع إلى الثقة بالطبيب وعدم وجود متابعة للمريض، بالإضافة إلى أهمية سرية المعلومات.

الطريقة والإجراءات:

- عينة الدراسة:

قام الباحثان باختيار عينة عشوائية من أفراد المجتمع الأردني في مدينة عمان بلغت (١٧٦) فرداً منهم (٩٨) من الذكور و(٧٨) من الإناث، امتدت أعمارهم بين ٢٠-٥٧ سنة، وتم في اختيار العينة استبعاد الفرد الذي لديه قريب من الدرجة الأولى أو من الدرجة الثانية يعاني من اضطرابات عقلية أو يتعاطى الكحول أو المخدرات، وكذلك تم استبعاد بعض الأفراد الذين اعتذروا عن المشاركة، وتم توزيع أفراد العينة حسب فئات الأعمار، ومستويات التعليم، وحسب الجنس (ذكور وإناث) والجداول التالية توضح ذلك:

جدول رقم (١) توزيع أفراد العينة حسب العمر والجنس

فئات الأعمار	العدد (التكرار)	
	ذكور	إناث
٢٠ – ٣١ سنة	٤٥	٣٨
٣٢ – ٤٢ سنة	٣٣	٢٥
٤٣ – ٥٨ سنة	٢٠	١٦
المجموع	٩٨	٧٨

جدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والجنس

المستوى التعليمي	الذكور	الإناث
يقرأ ويكتب	١٨	١١
الثانوية العامة فما دون	٣٩	٤٥
المستوى الجامعي	٤٠	٢٣
المجموع	٩٧	٧٩

- أدوات الدارسة:

قام الباحثان في ضوء الهدف من الدراسة بإعداد استبيان تم تحكيمه لدى عدد من أساتذة الجامعة وأطباء النفس والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين في جامعة عمان الأهلية ومستشفى الصحة النفسية، ومستشفى الرشيد للطب النفسي، والجمعية الأردنية للتأهيل النفسي. .. وأشتمل الاستبيان على (٤٨) بنداً تم التوصل إليها من خلال الدراسات السابقة والأدبيات حول الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، وكذلك مراجعة مقياس الوصمة الاجتماعية المدركة من إعداد لوما

وزملاؤه (Luoma etal 2007)، وتم تعديل بعض بنود الاستبيان في ضوء ملاحظات المحكمين، حيث تطلب الأمر التمييز بين الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، والوصمة الاجتماعية للمريض العقلي والوصمة المدركة، وخبرات الرفض المرتبطة بالوصمة، وكذلك تم إضافة سؤال مفتوح في نهاية الاستبيان يسمح للفرد بإضافة أي فقرة أو ملاحظة يجدها هامة وغير موجودة داخل الاستبيان. (ملحق رقم ١)

- منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة قيد الدراسة باستخدام اللغة، وهذا المنهج له عدة طرائق مثل الطريقة المسحية، والطريقة الطولية والمستعرضة، وطريقة دراسة العلاقات المتبادلة باستخدام معاملات الارتباط وبعض القوانين الإحصائية، وهذا المنهج مناسب لدراسة متغيرات البحث وأهداف الدراسة.

- التحليل الإحصائي:

قام الباحثان بحساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات الأفراد، واستخدام قانون الدلالة الإحصائية للفروق بين النسب، وتحليل مضمون الإجابات لأفراد العينة للكشف عن الأفكار اللاعقلانية بالإضافة إلى إجراء مقارنات طرفية بين مستويات التعليم، وفئات الأعمار والجنس.

نتائج الدراسة:

بعد تحليل مضمون إجابات أفراد العينة الذكور والإناث تم الكشف عن الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة وحساب تكرارها والنسبة المئوية لعدد الأفراد الذين اعتقدوا بهذه الأفكار والجداول التالية توضح ذلك.

جدول (٣): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الذكور (ن=٩٨)

رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	الفكرة اللاعقلانية
٤	٣٤	٣٤,٦٩	جميع الناس يعانون من الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي
٥	٤١	٤١,٨٣	المرض العقلي ليس له علاج
٦	٢٩	٢٩,٥٩	يسبب المرض العقلي خلل في أعصاب الدماغ
٨	٤٤	٤٤,٨٩	المرض العقلي يحتاج إلى علاج طويل الأمد
١٠	٦٩	٧٠,٤٠	المرض العقلي هو بسبب مس من الجن
١٢	٧٥	٧٦,٥٣	يعالج المرض العقلي بالأعشاب
١٣	٥٥	٥٦,١٢	يعالج المرض العقلي بالقرآن ومن قبل رجال الدين
١٤	٣٨	٣٨,٧٧	يعالج المرض العقلي بواسطة الأحجية والتمائم
١٥	٥٩	٦٠,٢٠	المريض العقلي يسبب الخجل لأسرته ومجتمعه
١٦	٣٣	٣٣,٦٧	المريض العقلي لا يتزوج
٢٠	٢٢	٢٢,٤٤	المرض العقلي هو سبب غامض لا يعرف سببه
٢٢	٧٢	٧٣,٤٦	المرض العقلي ناجم عن الخطايا والآثام
٢٤	٢٢	٢٢,٤٤	المريض العقلي لا يحاسب عن أفعاله
٢٥	٢٢	٢٢,٤٤	المريض العقلي إنسان مجنون
٢٦	٤٣	٤٣,٨٣	المريض العقلي يجب حجره في المستشفى
٣٠	١٨	١٨,٣٦	مريض العقل يتعاطى المخدرات
٣١	٧١	٧٢,٤٤	المريض العقلي ميئوس من علاجه
٣٥	٤٩	٥٠,٠٠	المريض العقلي لا يتعلم في المدارس والجامعات
٣٦	٢٥	٢٥,٥١	المريض العقلي لا يستطيع العمل
٣٧	٤٥	٤٥,٩١	إن موت المريض العقلي أفضل من حياته
٤٢	٣٣	٣٣,٦٧	إن أسرة المريض العقلي هي أسرة مريضة أيضاً
٤٥	١١	١١,٢٢	الوصمة الاجتماعية تعالج عن طريق رجال الدين والمشعوذين

			أو السحرة
٤٨	٣١	٣١,٦٣	حالات من مرضى العقل يرتكبون الجرائم
١٨	٢٨	٢٨,٥٧	الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي تلاحق المريض أينما ذهب حتى بعد علاجه

جدول (٤): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الإناث (ن=٧٨)

رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	الفكرة اللاعقلانية
٤	٣٣	٤٢,٣٠	جميع الناس يعانون من الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي
٥	٢٤	٣٠,٧٦	المرض العقلي ليس له علاج
٦	٣١	٣٩,٧٤	يسبب المرض العقلي خلل في أعصاب الدماغ
٨	٦٦	٨٤,٦١	المرض العقلي يحتاج إلى علاج طويل الأمد
١٠	٣٢	٤١,٠٢	المرض العقلي هو بسبب مس من الجن
١٢	٤٤	٥٦,٤١	يعالج المرض العقلي بالأعشاب
١٣	٥١	٦٥,٣٨	يعالج المرض العقلي بالقرآن ومن قبل رجال الدين
١٤	٢٨	٣٥,٨٩	يعالج المرض العقلي بالأحجية والتمائم
١٥	١٩	٢٤,٣٥	المريض العقلي يسبب الخجل لأسرته ومجتمعه
١٦	٥٢	٦٦,٦٦	المريض العقلي لا يتزوج
١٨	٢٨	٦٩,٢٣	الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي تلاحق المريض حتى بعد علاجه
٢٠	٥٤	٨٥,٨٩	المرض العقلي هو سبب غامض لا يعرف سببه
٢٢	٦٧	٣٥,٨٩	المرض العقلي ناجم عن الخطايا والآثام
٢٤	٢٨	٣٧,١٧	المريض العقلي لا يحاسب عن أفعاله
٢٥	٢٩	٢٤,٣٥	المريض العقلي إنسان مجنون
٢٦	١٩	١٤,١٠	المريض العقلي يجب حجره في المستشفى
٣٠	١١	٧٥,٦٤	مريض العقل يتعاطى المخدرات
٣١	٥٩	٧٨,٢٠	المريض العقلي ميئوس من علاجه
٣٥	٦١	٣٢,٠٥	المريض العقلي لا يتعلم في المدارس والجامعات
٣٦	٢٥	32.00	المريض العقلي لا يستطيع العمل
٣٧	٢٠	25.64	إن موت المريض العقلي أفضل من حياته
٤٢	١٣	16.66	إن أسرة المريض العقلي هي أسرة مريضة أيضاً
٤٥	٩	11.53	الوصمة الاجتماعية تعالج عن طريق رجال الدين والمشعوذين أو السحرة
٤٨	٣١	٣٩,٧٤	مريض العقل يرتكب الجرائم

جدول (٥): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الذكور حسب المستوى التعليمي المرتفع (ن=٤٠) والمستوى التعليمي المنخفض (ن=١٨)

المستوى التعليمي المرتفع (٤٠)			المستوى التعليمي المنخفض (١٨)		
رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	رقم البند	التكرار	النسبة المئوية
٤	٣١	٧٧,٥٠	٤	١٧	٩٤,٤٤
٥	٢٢	٥٥,٠٠	٥	١٦	٨٨,٨٨
٦	٣٥	٨٧,٥٠	٦	١٢	٦٦,٦٦
٨	٢٥	٦٢,٥٠	٨	١٣	٧٢,٢
١٠	٢٢	٥٥,٠٠	١٠	١٥	٨٣,٣٣
١٢	٣٥	٨٧,٥٠	١٢	١٦	٨٨,٨٨
١٣	٢٤	٦٠,٠٠	١٣	١٥	٨٣,٠٠

١٤	١٨	٤٥,٠٠	١٤	١١	٦١,١١
١٥	٣٠	٧٥,٠٠	١٥	١٠	٥٥,٥٥
١٦	٢٨	٧٠,٠٠	١٦	١٣	٧٢,٢٢
١٨	٣٤	٨٥,٠٠	١٨	١١	٦١,١١
٢٠	٢٨	٧٠,٠٠	٢٠	١٤	٧٧,٧٧
٢٢	١٩	٤٧,٠٠	٢٢	١٠	٥٥,٥٥
٢٤	٣٠	٧٥,٠٠	٢٤	١٦	٨٨,٨٨
٢٥	١٧	٤٢,٥٠	٢٥	١٢	٦٦,٦٦
٢٦	٢٠	٥٠,٠٠	٢٦	١٥	٨٣,٠٠
٣٠	١١	٢٧,٥٠	٣٠	٤	٢٢,٢٢
٣١	١٩	٤٧,٠٠	٣١	٩	٥٠,٠٠
٣٥	٢٦	٦٥,٠٠	٣٥	١٠	٥٥,٥٥
٣٦	٣٠	٧٥,٠٠	٣٦	١٢	٦٦,٦٦
٣٧	٢٤	٦٠,٠٠	٣٧	٥	٢٧,٧٧
٤٢	٣٠	٧٥,٠٠	٤٢	٨	٤٤,٤٤
٤٥	٢٩	٧٢,٥٠	٤٥	١١	٦١,١١
٤٨	٩	٢٢,٥	٤٨	١٤	٧٧,٧٧

جدول (٦): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الإناث حسب المستوى التعليمي المرتفع (ن=٢٣) والمستوى التعليمي المنخفض (ن=١٠)

المستوى التعليمي المرتفع (٤٠)			المستوى التعليمي المنخفض (١٨)		
رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	رقم البند	التكرار	النسبة المئوية
٤	١٨	٧٨,٢٦	٤	٩	٦٠
٥	١١	٤٧,٨٢	٥	٧	٧٠
٦	٢١	٩١,٣٠	٦	٧	٧٠
٨	١٨	٧٨,٢٦	٨	٧	٧٠
١٠	٧	٣٠,٤٣	١٠	٨	٨٠
١٢	٢٠	٨٦,٩٥	١٢	٦	٦٠
١٣	٢١	٩١,٣٠	١٣	٨	٨٠
١٤	٩	٣٩,١٣	١٤	٥	٥٠
١٥	١٥	٦٥,٢١	١٥	٨	٨٠
١٦	٨	٣٤,٧٨	١٦	٤	٤٠
١٨	١٩	٨٢,٦٠	١٨	٥	٥٠
٢٠	١٦	٦٩,٥٦	٢٠	٤	٤٠
٢٢	١٣	٥٦,٥٢	٢٢	٨	٨٠
٢٤	١٦	٦٩,٥٦	٢٤	٨	٨٠
٢٥	١٥	٦٥,٢١	٢٥	٥	٥٠
٢٦	٩	٣٩,١٣	٢٦	٦	٦٠
٣٠	١٢	٥٢,١٧	٣٠	٣	٣٠
٣١	٩	٣٩,١٣	٣١	٧	٧٠
٣٥	١١	٤٧,٨٢	٣٥	٤	٤٠
٣٦	١٥	٦٥,٢١	٣٦	٨	٨٠
٣٧	١٠	٤٣,٤٧	٣٧	٤	٤٠
٤٢	٧	٣٠,٤٣	٤٢	٣	٣٠

٤٥	١١	٤٧,٨٢	٤٥	٧	٧٠
٤٨	١٨	٧٨,٢٦	٤٨	٤	٤٠

جدول (٧): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الذكور حسب مستوى الأعمار
الأعمار الكبيرة من (٤٣-٥٧) سنة ن=٢٠، والأعمار الصغيرة من (٢٠-٣١) سنة ن=٤٥.

مستوى الأعمار الكبيرة			مستوى الأعمار الصغيرة		
رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	رقم البند	التكرار	النسبة المئوية
٤	١٥	٧٥	٤	٢٨	٦٢,٢٢
٥	٦	٣٠	٥	٢٢	٤٨,٨٨
٦	١١	٥٥	٦	١٦	٣٥,٥٥
٨	١٢	٦٠	٨	٢٠	٤٤,٤٤
١٠	٤	٢٠	١٠	١٢	٢٦,٦٦
١٢	١٠	٥٠	١٢	٢٢	٤٨,٨٨
١٣	١٤	٧٠	١٣	٣١	٦٨,٨٨
١٤	٨	٤٠	١٤	٢٥	٥٥,٥٥
١٥	١٣	٦٥	١٥	٣٣	٧٣,٣٣
١٦	٩	٤٥	١٦	٢٠	٤٤,٤٤
١٨	١٦	٨٠	١٨	٣٥	٧٧,٧٧
٢٠	٧	٣٥	٢٠	١٩	٤٢,٢٢
٢٢	٦	٣٠	٢٢	٣١	٦٨,٨٨
٢٤	٦	٣٠	٢٤	٣٨	٨٤,٤٤
٢٥	٨	٤٠	٢٥	٢٨	٦٢,٢٢
٢٦	١٤	٧٠	٢٦	٣٥	٧٧,٧٧
٣٠	٨	٤٠	٣٠	١١	٢٤,٤٤
٣١	١١	٥٥	٣١	٢٨	٦٢,٢٢
٣٥	١٠	٥٠	٣٥	٣٦	٨٠
٣٦	١٠	٥٠	٣٦	٢٨	٦٢,٢٢
٣٧	٣	١٥	٣٧	٨	١٧,٧٧
٤٢	١٥	٧٥	٤٢	٢٢	٤٨,٨٨
٤٥	١٢	٦٠	٤٥	٣٣	٧٣,٣٣
٤٨	٨	٤٠	٤٨	١٥	٣٣,٣٣

جدول (٨): توزيع الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الإناث حسب مستويات أعمارهن
الأعمار الكبيرة من (٤٣-٥٧) سنة ن=١٦، والأعمار الصغيرة من (٢٠-٣١) سنة ن=٣٨.

مستوى الأعمار الكبيرة			مستوى الأعمار الصغيرة		
رقم البند	التكرار	النسبة المئوية	رقم البند	التكرار	النسبة المئوية
٤	١١	٦٨,٧٥	٤	٣٠	٧٨,٩٤
٥	٤	٢٥	٥	٣٠	٧٨,٩٤
٦	١٠	٦٢,٥٠	٦	١٤	٣٦,٨٤
٨	١١	٦٨,٧٥	٨	١٥	٣٩,٤٧
١٠	٥	٣١,٢٥	١٠	١٢	٣١,٥٧
١٢	٨	٥٠	١٢	٢٠	٥٢,٦٣
١٣	٩	٥٦,٢٥	١٣	٢٥	٦٥,٧٨
١٤	٨	٥٠	١٤	٢٢	٥٧,٨٩
١٥	١٢	٧٥	١٥	٣٠	٧٨,٩٤

١٦	١٠	٦٢,٥٠	١٦	١٩	٥٠,٠٠
١٨	١٤	٨٧,٥٠	١٨	٣٠	٧٨,٩٤
٢٠	٥	٣١,٢٥	٢٠	١٥	٣٩,٤٧
٢٢	٧	٤٣,٧٥	٢٢	٢٨	٧٣,٦٨
٢٤	٤	٢٥	٢٤	٢٨	٧٣,٦٨
٢٥	٧	٤٣,٧٥	٢٥	٢٣	٦٠,٥٢
٢٦	١٠	٦٢,٥٠	٢٦	٣٠	٧٨,٩٤
٣٠	٧	٤٣,٧٥	٣٠	٨	٢١,٠٥
٣١	١٠	٦٢,٥٠	٣١	٢١	٥٥,٢٦
٣٥	٨	٥٠	٣٥	٣٣	٨٦,٨٤
٣٦	٨	٥٠	٣٦	٢٥	٦٥,٧٨
٣٧	٤	٢٥	٣٧	٧	١٨,٤٢
٤٢	١٤	٨٧,٥٠	٤٢	٢٠	٥٢,٦٣
٤٥	٩	٥٦,٢٥	٤٥	٢٨	٧٣,٦٨
٤٨	٦	٣٧,٥٠	٤٨	١٤	٣٦,٨٤

يمكن في ضوء النسب المئوية لتكرارات أفراد العينة والمقابلة للأفكار اللاعقلانية (جدول رقم ٣و٤) ترتيب هذه الأفكار حسب تكراراتها للوقوف على الأفكار اللاعقلانية الأكثر تكراراً أو شدةً وذلك لدى الذكور والإناث، ومن أجل إخضاعها فيما بعد للعلاج السلوكي المعرفي (CBT)، وقد تبين من خلال دراسة النسب المئوية، والخطأ المعياري لهذه النسب وذلك لدى عينة الذكور والإناث وفي مستويات الأعمار المختلفة، والمستويات التعليمية أنه لا توجد فروق إحصائية دالة بين هذه النسب المئوية مما يشير إلى أن مفهوم الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي هي وصمة عامة لدى كافة أفراد العينة على اختلاف الجنس والأعمار والمستوى التعليمي، وقد يفسر ذلك بسبب الجهل وعدم معرفة معنى أو أبعاد المرض العقلي والخوف من هذا المرض حيث تنتشر الأفكار اللاعقلانية لدى كافة أفراد المجتمع، وتتناقله الأجيال عن بعض، ولهذا المرض خصوصيته بالنسبة لأفراد المجتمع، حيث يختلف هذا المرض عن الأمراض الأخرى، وفي ضوء هذه النتائج تم وضع التوصيات التالية:

التوصيات:

- ضرورة توعية أفراد المجتمع حول الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية من أجل فهم أبعاد هذه الاضطرابات بشكل علمي وموضوعي بعيداً عن الأخطاء والمبالغات أو المخاوف، وهذا ما يترك أثره الإيجابي على التخفيف من الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، وزيادة تقبل المريض النفسي من قبل المجتمع وأسرة المريض ويشجع على تقبل التشخيص والعلاج وفهم المشكلة النفسية القائمة.
- توجيه وسائل الإعلام والمدارس والجامعات والمؤسسات المعنية مثل وزارة التربية، ووزارة الصحة، ووزارة الإعلام والشؤون الاجتماعية من أجل إعداد خطط أو مناهج منظمة تهدف إلى مساعدة مرضى العقل وأسرهم، ومن أجل دمجهم في المجتمع دون قلق أو خوف وهذا يخفف من الآثار السلبية للوصمة الاجتماعية، والتي من شأنها أن تبعد المرضى وذويهم عن تقبل المرض وعلاجه، إن للوصمة الاجتماعية للمرض العقلي مخاطر كبيرة على المريض وأسرته ومجتمعه لهذا كان من الضروري مواجهة ذلك بكافة الوسائل والطرق المتوفرة حتى يتم تجنب هذه الآثار السلبية.
- عقد لقاءات، ومحاضرات، وندوات وزيارات علمية للمراكز الصحية لتوعية الأفراد حول خطر الوصمة الاجتماعية للمرض وللمريض العقلي وسلبياتها، وذلك من باب الوقاية والعلاج.

- إجراء دراسات علمية منظمة وهادفة حول الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي، وما يكمن وراءها من أفكار لاعقلانية.
- إعداد برامج إرشادية وعلاجية للحد من ظاهرة الوصمة الاجتماعية للمرض العقلي والعمل على تحسين مستوى الدافعية والتشخيص والعلاج لدى مرضى العقل وذويهم وأفراد المجتمع.
- الكشف عن الأفكار اللاعقلانية التي تعزز مفهوم الوصمة الاجتماعية لمرض العقلي، من أجل مواجهتها وعلاجها، واستبدال هذه الأفكار الخاطئة بأفكار علمية وموضوعية وصحية، مما يعدل من اتجاهات الأفراد حول المرض والمريض العقلي، كما يعدل من مشاعرهم، وسلوكياتهم.
- توفير الكتب والمراجع والدوريات العلمية حول الوصمة الاجتماعية للمرض وللمريض العقلي.

المراجع العربية:

- -الحجار، محمد (٢٠٠٥)، **العلاج النفسي الحديث**، مؤسسة الرسالة، دمشق.
- -الخفش، سامح (٢٠١٢)، **النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي**، دار الفكر، عمان.
- -الدسوقي، محمد (١٩٨٤)، **الطب العقلي والنفسي**، النهضة العربية، القاهرة.
- -الزراد، فيصل (١٩٨٤)، **الأمراض النفسية والعقلية**، دار الفكر، بيروت.
- -الزراد، فيصل (٢٠٠٧)، **الأمراض النفسية ـجسدية**، دار النفائس، بيروت.
- -الزيادي، محمد (١٩٨٦)، **الأمراض النفسية (مترجم)**، مكتبة الفلاح، الكويت.
- -الشناوي،محمد (١٩٧٧)، **نظرية الإرشاد والعلاج النفسي**، دار غريب للطباعة، القاهرة.
- -عبد الحميد، مروة، باسم، رشا وربيع، عنان (٢٠١١)، **المجلة العربية للطب النفسي**، المجلد (٢٢)، العدد الأول.
- -النابلسي/ محمد (١٩٨٧)، **الأمراض النفسية وعلاجها**، النهضة العربية، بيروت.
- -النملة، محمد (٢٠١١)، **مجمع الأمل للطب النفسي**، الرياض، السعودية.

المراجع الأجنبية:

- Abraham , M. Nussbaum (2013), **Pocket Guide to The DSM-5 Diagnostic Exam**. APA. Washington , D.C. USA.
- Aaron, T.Beak et al (2007**), Cognitive Therapy of Personality Disorders**. Second (ed) Guilford Press, N.Y. London.
- Bhugra, D. Left , J. (1993) , **Attitude Towards Mental Illness. Principles of Social Psychiatry**. Blackwel Scientific Publication , P.P. (385-399).
- Ellis , A. Grieger , R. (1977) , **Handbook of Rational Emotive Therapy**.
- Hadiri, N. (2005) , **Schizophrenia and Stigma , In Perspectives on the Stigma of Mental illness.**
- Hayward , P. and Bright , J. (1997) , **Stigma and Mental Illness , a Review and Critique. Journal of Mental Health** No. (6) P.P. (345-354).
- Hoeksema , N. Susan (2011), **Abnormal psychology ,** Prentice-Hall Inc , New Jersy.
- Hugo , M. (2001), **Mental Health Professional Attitudes Toward People Who Have Experienced a Mental Health disorders** , Journal of psychiatric and mental health nursing , P.P. (419-425).
- kendall , P.C. and Norton –Ford , J. D. (1983) **Clinical Psychology** , Johan wiley , N.Y.
- -Wolff, G. pathare, S. craig, T. Leff, J. (1996) **Community Attitude to Mental Illness** , B.J. of psychiatry ,P.P. (168-183).