



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسيّة
المجتمعيّة في الضفة الغربيّة: دراسة وصفية

هنادي عبد الكريم محمد عبّو

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

1442هـ / 2021م

الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسيّة
المجتمعيّة في الضفة الغربيّة: دراسة وصفيّة

إعداد

هنادي عبد الكريم محمد عبدو

بكالوريوس خدمة اجتماعيّة تخصص رئيسي، علم نفس تخصص فرعي من جامعة بيت لحم / فلسطين

المشرف: د. نبيل عبد الهادي

فُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسيّة المجتمعيّة / مسار علاج نفسي/
كلية الصحة العامة في /جامعة القدس

القدس – فلسطين

1442هـ / 2021م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الصحة النفسية المجتمعية

إجازة الرسالة

الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية المجتمعية في الضفة الغربية: دراسة وصفية

اسم الطالبة: هنادي عبد الكريم محمد عبدو

الرقم الجامعي: 21520386

المشرف: الدكتور: نبيل عبد الهادي

توفقت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2021/6/3 من أعضاء لجنة المناقشة السرخة أسأؤهم وتوقيعهم:

التوقيع:
التوقيع:

التوقيع:

1. رئيس لجنة المناقشة: د. نبيل عبد الهادي

2. ممتحناً داخلياً: د. سلام الخطيب

3. ممتحناً خارجياً: د. فردوس عبد ربه العيسى

القدس - فلسطين

2021 / 1442 هـ

الإهداء

أهدي دراستي هذه ليس بحروفها وكلماتها، إنما بأفكارها ونتائجها وتوصياتها إلى صنّاع القرار الذين يقدّمون خدماتهم لمئات المرضى النفسيين في وطننا الحبيب، والذين يساهمون بتطوير سياساتهم في مدّ أيادٍ تشدّ على سواعد المرضى النفسيين بقوة لمساعدتهم على التكيف والتطور والاستمرارية.

أهدي علمي وإنسانيّتي للمرضى النفسيين الذين يملكون الحب لأبنائهم، المرضى الحاملون للأمل والألم معاً. أهدي شغفي بتحقيق هذه الدراسة إلى العاملين في مجال الصحة النفسية، من أكاديميين وطلبة مختصين في الصحة النفسية، والأطباء والأخصائيين والممرضين النفسيين، عسى الله أن يساعدنا بتطوير أنفسنا لتحقيق رسالتنا من خلال مهنتنا العظيمة.

إقرار

أقرّ أنا معدّة هذه الرسالة بأنّها فُدمت إلى جامعة القدس؛ لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصّة، باستثناء ما تمّ الإشارة له حيثما ورد، وأنّ هذه الدّراسة، أو أيّ جزء منها، لم يُقدّم لنيل أيّ درجة عليا لأيّ جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: هنادي

الاسم: هنادي عبد الكريم محمد عبّو

التاريخ : 2021/6/11

شكر وتقدير

لا كلمات شكرٍ يمكن اختصارها، ولكن يظلّ الشكر واجباً!

بدايةً، أشكر من لا أستطيع أن أخطو خطوةً دون دعواتها، ومن تفخر بي بنظراتها، من تسعى إلى ما أسعى إليه؛ وحينما تُغلق الدنيا الأبواب أمامي تفتح إليّ ذراعيها... أمي العظيمة

أشكر المُحبّ للعلم ومن يشكر الله على حبّي للعلم؛ فدعمني وسهّل لي طريق العلم من المهد وسيظلّ داعماً حتى اللحد... أبي الرائع

إنني أتقدّم بجزيل الشكر لمشرفي على رسالتي هذه د. نبيل عبد الهادي على ما تفضّل به من دعمٍ ومساندةٍ لإنجاز هذه الدراسة

وفائق شكري وتقديري لكلّ من الممتحنة الداخليّة د. سلام الخطيب، والممتحنة الخارجيّة د. فردوس العيسة على ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول الدراسة والتي ساهمت في تطويرها بشكلٍ كبير

ولا أنسى كلّ من تكرّموا عليّ بعلمهم وخبراتهم خلال رحلتي الدراسية في برنامج ماجستير الصحة النفسية في جامعة القدس، وأخص بالذكر د. نجاح الخطيب ود. منى حميد

ومؤسسة صناع الأمل، والقائمين على برنامجها المتكامل لأكون أنا وزملائي الرائعين أخصائيين ذوي رؤية جديدة لتطوير واقع عملنا في مجال الصحة النفسية.

ونهايةً أشكر طواقم الصحة النفسية في مديريات صحة القدس، رام الله، وبيت لحم لتسهيل مهمة تنفيذ البحث

كما أنني أشكر مرضى الذهان المشاركين في هذه الدراسة لقبولهم المشاركة

الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسيّة المجتمعيّة في الضفة الغربية: دراسة وصفية

الملخص:

تُعتبر الخبرات الوالديّة التي تشمل التفاعل ما بين الآباء والأمهات وما بين الأطفال بشكلٍ يوميٍّ ومتكرّر فرصة للتطوّر النفسي لكلّ من الوالدين والأطفال؛ وإنّ معاناة الآباء أو الأمهات من أعراض اضطرابات ذهانيّة يؤثّر على هذا التفاعل وعلى العائلة ككل (Gubta and Jones,2014).

هدفت هذه الدراسة إلى وصف الخبرات الوالديّة لكلّ من الأمهات والآباء الذين يعانون من اضطرابات ذهانيّة، ودراسة طبيعة العلاقة ما بين الأعراض الذهانيّة والخبرات الوالديّة والعوامل المرتبطة بها. تم تنفيذ الدراسة في عيادات الصحة النفسيّة التابعة لوزارة الصحة الفلسطينيّة في الضفة الغربية، وقد نُفّذت في ثلاثة محافظات : القدس، رام الله، بيت لحم، واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الكيفي وكانت المقابلة شبه المنظّمة هي أداة التطبيق. عيّنت الدراسة 15 مشاركاً لديهم أعراض ذهانيّة نتيجة الفصام أو الاكتئاب الذهاني أو ثنائي القطب، وجميع المشاركين لديهم أبناء تقلّ أعمارهم عن 18 عاماً، وتم اختيارهم بطريقة قصديّة.

بيّنت نتائج الدراسة أن لمرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسيّة في الضفة الغربية خبرات والديّة تتأثّر بأعراض الاضطرابات الذهانيّة والآثار المرتبطة بها سواء كانت قريبة المدى أو بعيدة المدى، كما أن للخبرات الوالديّة تأثير مرضى الذهان وتساهم بشكلٍ كبير في تحقيق الاستقرار النفسي والأداء الوظيفي، كما أنّ التحديات المرتبطة بالوالديّة لمرضى الذهان من خلال ممارسات التنشئة والقضايا المرتبطة بأبنائهم تساهم في زيادة الضغوطات النفسيّة وتحدّ من تحقيق الاستقرار النفسي. وإن مصادر الدعم والتحديات بالنسبة لمرضى الذهان، من تجارب العلاج والتفاعل الاجتماعي مع الشريك والعائلة الممتدة والمجتمع المحيط، لها تأثير كبير في تحديد طبيعة الخبرات الوالديّة بالنسبة للمريض.

وقد خلصت الدراسة إلى أهميّة الخبرات الوالديّة بالنسبة لمرضى الذهان والتي تتطلّب تنمية المهارات الحياتية والوالديّة لدى مرضى الذهان، وتوعيتهم هم وعائلاتهم حول أساليب التكيف والتعامل مع آثار أعراض الذهان.

Parental Experiences of Psychotic Patients Who Are Attending Community Mental Health Clinics in the West Bank: Descriptive Study

Prepared by: Hanadi Abd Alkareem Mohammad Abdo

Supervisor: Dr. Nabil Abd Alhadi

Abstract

Parenting experiences that involve interaction between parents and children on a daily and recurring basis are an opportunity for psychological development for both parents and children; The suffering of fathers or mothers with symptoms of psychotic disorders affects this interaction and the family as a whole (Gubta and Jones, 2014).

This study aimed to describe the parenting experiences of mothers and fathers with psychotic disorders, and to study the nature of the relationship between psychotic symptoms and parenting experiences and associated factors. The study was carried out in the mental health clinics of the Palestinian Ministry of Health in the West Bank. It was implemented in three governorates: Jerusalem, Ramallah, and Bethlehem. The researcher used the qualitative approach in this study, and the semi-structured interview was the application tool. The study sample was 15 participants who had psychotic symptoms as a result of schizophrenia, psychotic depression or bipolar, and all participants had children under the age of 18 years, and they were selected intentionally.

The results of the study showed that psychotic patients who follow up in mental health clinics in the West Bank have parenting experiences that are affected by the symptoms of psychotic disorders and the effects associated with them, whether they are short-term or long-term. The challenges associated with parenting for psychotic patients through upbringing practices and issues related to their children contribute to increasing psychological pressures and limit psychological stability. The sources of support and challenges for patients with psychosis, from experiences of treatment and social interaction with the partner, extended family, and the surrounding community, have a significant impact in determining the nature of parenting experiences for the patient.

The study summarized the importance of parenting experiences for psychotic patients, which requires developing life and parenting skills for psychotic patients, and educating them and their families about coping methods and dealing with the effects of psychotic symptoms.

فهرس المحتويات:

المحتويات

الإهداء
إقرار
شكرو تقدير
الملخص
Abstract
فهرس المحتويات:
جدول المصطلحات العلمیة:
فهرس الجداول

1.....	الفصل الأول: خلفیة الدراسة وأهمیتها
2	1.1 المقدمة:
2	1.2 خلفیة الدراسة:
4	1.3 مشكلة الدراسة:
5	1.4 أهمية الدراسة:
6	1.5 أهداف الدراسة:
7	1.6 أسئلة الدراسة:
7.....	1.7 مصطلحات الدراسة:

11	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
11	2.1 المقدمة:
11	2.2 الصحة النفسية في فلسطين:
12	2.3 الوالدیة
14	2.4 الاضطرابات الذهانية:
18	2.5 علاقة الذهان والوالدیة
20	2.6 النظريات المرتبطة بالأسرة والوالدیة:

21	2.7 النظريات المرتبطة بمرض الزهايمر.....
23	2.8 الدراسات السابقة:.....
30	2.9 تعقيب على الدراسات السابقة:.....

33	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
33	3.1 المقدمة:.....
33	3.2 منهجية الدراسة:.....
34	3.3 مجتمع الدراسة:.....
35	3.4 عينة الدراسة:.....
36	3.5 الوصول للعينة:.....
36	3.6 المواصفات الديموغرافية للعينة:.....
38	3.7 المعايير الأخلاقية للرسالة.....
39	3.8 محددات الدراسة:.....
40	3.9 أداة الدراسة:.....
40	3.10 الصدق والثبات.....
41	3.11 تحليل البيانات.....

43	الفصل الرابع: نتائج الدراسة.....
44	4.1 مقدمة:.....
44	4.2 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الأول للدراسة:.....
47	4.3: وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة:.....
52	4.4 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث للدراسة.....
56	4.5: وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع للدراسة.....

67	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات:.....
68	5.1 المقدمة:.....
68	5.2 مناقشة النتائج المرتبطة بسؤال الدراسة الأول:.....
70	5.3 مناقشة النتائج المرتبطة بسؤال الدراسة الثاني.....
73	5.4 مناقشة النتائج المرتبطة بسؤال الدراسة الثالث:.....
75	5.5 مناقشة النتائج المرتبطة بسؤال الدراسة الرابع.....

83.....	5.6 الخلاصة
84.....	5.7 التوصيات
86	قائمة المصادر والمراجع العلمية:
91.....	المراجع العربية:
93	الملاحق

جدول مصطلحات الدراسة العلمية المختصرة:

رمز الاختصار	تعريف المصطلح العلمي
DSM5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
WHO	World Health Organization

فهرس الجداول

37	تحليل المواصفات الديموغرافية للمعينة	جدول رقم "1"
----	--------------------------------------	--------------

▪ الفصل الأول: خلفيّة الدراسة وأهميّتها

1.1 المقدمة

1.2 مشكلة الدراسة

1.3 أهميّة الدراسة ومبرراتها.

1.4 أهداف الدراسة

1.5 أسئلة الدراسة

1.6 حدود الدراسة

1.7 مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

هذا الفصل يشمل لمحةً عامةً حول الدراسة من خلال التطرق إلى خلفية الدراسة ومشكلاتها وأهميتها ومبرراتها، وتحديد كل من الهدف الرئيسي للدراسة وأسئلتها، وتوضيح الحدود والمصطلحات الرئيسية الخاصة بالدراسة.

خلفية الدراسة:

العلاقات داخل الأسرة تنسّم بأنّها طويلة الأمد وأثرها يمتدّ طوال الحياة، وهي ذات مساراتٍ متعدّدة: الزوجان مع بعضهما البعض، الوالدان والأبناء، الأبناء مع بعضهم البعض؛ وهي علاقات متقاطعة في تأثيرها على نوعيّة الحياة والصحة النفسية للأفراد، وهذه التأثيرات قد تكون إيجابيّة من خلال الدعم الاجتماعي (تقديم الحب والتوجيه والرعاية) وقد تكون سلبية من خلال التوتر (النقد، التسلط، الإهمال).

العلاقة الوالديّة التي تشمل كل من الوالدين والطفل من أهمّ العلاقات المؤثرة في نوعيّة الحياة، فتأثير الآباء على نوعيّة حياة الطفل، سلباً أو إيجاباً، كبيراً خاصةً كلّما كان العمر أصغر، وكذلك الأمر بالنسبة للأبناء فهم يؤثرون على نوعيّة حياة الوالدين إيجاباً وسلباً (Thomas, Liu, Umberson, 2017).

وإنّ الصّحة النفسيّة للوالدين تُعتبَر ضروريّةً للأداء الوظيفيّ اللازم في علاقة الوالدين مع الأبناء وتنشئة الأطفال، فالمواقف الوالديّة ومتطلّباتها لا تشمل فقط التربية وإنّما تشمل التفاعل الجسديّ والعاطفيّ والاجتماعيّ والماليّ والفكريّ. وهي مرتبطة بمحدّدات معيّنة للوالدين كتاريخهم التطوريّ وسماتهم الشخصية والعمل وتقدير الذات والتنظيم الذاتي وطبيعة علاقتهم مع الشريك إضافةً للتفاعل الاجتماعيّ مع المحيط (Engur, 2017).

فالوالدان، آباءٌ وأمّهات، معرّضون للمعاناة من الاضطرابات الذهانية والأعراض المرتبطة بها، وهي تؤثّر عليهم بشكلٍ كبير وعلى أدائهم للأدوار والمهمّات الوالديّة التي تُعتبَر بأنّها ليست بالسهلة وكثيراً ما تمتاز

بالمطلّبات الكثيرة ومواجهة الصعوبات، فأعراض الاضطرابات الذهانيّة تزيد من التحديات الوالديّة الخاصة بالأباء والأمّهات المرضى (Mental Health America, 2016). وقد أشارت (Seeman, 2010) إلى أنّ ما يقارب الـ 30% من مرضى الذهان كانوا قد أصبحوا آباءً وأمّهات قبل ظهور أعراض الاضطراب أوّل مرّة وأنّ التوجّهات العلاجيّة والتأهيليّة لمرضى الذهان لا تقتصر فقط على المصحّات، وأنه أصبح هنالك دمج أسريّ لهم مما ساعد في تقليل الفجوة في نسبة الوالديّة ما بين الأفراد المرضى والأفراد الذين لا يعانون من اضطرابات ذهانيّة (Seeman, 2010).

تُعتبر التجارب الوالديّة التي تشمل التفاعل ما بين الآباء والأمّهات وما بين الأطفال بشكلٍ يوميّ ومتكرّر فرصة للتطوّر النفسي لكلّ من الوالدين والأطفال؛ وإنّ معاناة الآباء أو الأمّهات من أعراض اضطرابات ذهانيّة تؤثر على هذا التفاعل وعلى العائلة ككل (Gubta and Jones, 2014). تطرقت دراسات حول تأثير وجود أب أو أم لديهم اضطرابات ذهانيّة على الأسرة، وقد تبين أنّ الاضطرابات الذهانية لا تؤثر فقط على الشخص نفسه وإنّما تؤثر على كافة أفراد عائلته؛ حيث أنه توجد صعوبات في العلاقات نتيجة أنّ أغلب الاضطرابات الذهانية هي اضطرابات طويلة ومتكررة وتتطلب الرعاية من خلال أفراد العائلة مما يسبب المشكلات لدى الأفراد. فالاضطرابات الذهانية تؤثر في دور الوالدين ووظيفتهم وتؤثر في علاقة الأم والأب مع بعضهم البعض؛ مما يؤثر في طبيعة العلاقة ما بين الوالدين والطفل، إضافةً للمعاناة من الوصمة لكلّ من الوالدين والأبناء (Robinson, Rodgers, Butterworth, 2008).

إنّ المجتمع الفلسطيني كافة، أفراداً وأسرّاً ورجالاً ونساءً، يتعرّضون للكثير من الضغوطات النفسية والأحداث الصادمة بسبب التعرّض للعنف السياسي والمروور بأحداث صادمة كالسجن والتعذيب وهدم المنازل ومصادرة الأراضي والقيود المفروضة على الحركة، إضافةً للبطالة والأجور المنخفضة. إن كلّ ما يمرّ به الفرد الفلسطيني يؤثر على الحياة الأسريّة، فعلى سبيل المثال عندما يعاني الرجال من آثار الضغوطات يجعلهم أكثر عرضةً للمعاناة من أعراض القلق والاكتئاب والذهان، وتصيح الزوجات أكثر عرضةً للعنف الجسدي وسوء المعاملة؛ مما يؤثر على سلوكيات الأطفال (Afana, Qouta, 2004).

وبناءً على معطيات خلفيّة الدراسة، من حيث أثر الاضطرابات الذهانيّة على الوالدين والأبناء وطبيعة تجاربهم، وأن الأسرة الفلسطينية معرّضة للضغوطات، خاصةً الوالدين، فقد سعت الباحثة لدراسة طبيعة الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان في عيادات الصحة النفسيّة في الضفة الغربيّة.

1.2 مشكلة الدراسة:

لقد أشارت الأرقام العالمية إلى أنّ كل واحد من خمسة أطفال يعيشون مع أب / أم لديهم اضطراب ذهاني، وتقدر الدراسات الدوليّة كذلك أن هناك نسبة كبيرة من مرضى الذهان لديهم أطفال تقلّ أعمارهم عن 18 عاماً (Strands, Bostrom, Grip, 2019).

وأشارت دائرة الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية أيضاً في التقرير الأخير عام 2020 أنه خلال العام 2019 بلغ عدد الحالات الجديدة المسجلة في مختلف مراكز الصحة النفسية في محافظات الضفة الغربية 2,928 بمعدل حدوث 108,6 لكل 100,000 من السكان، وقد أظهرت الإحصائيات أن نسبة الفصام واضطرابات المزاج تبلغ مجموعةً 33.2% لكل 100,000 من السكان، وقد أظهر التوزيع العمري أن أكبر عدد من هذه الحالات يقع في الفئة العمرية 25-49 سنة بنسبة تشكل 42.8% من مجموع حالات الاضطرابات الأخرى، وهناك نسبةً أيضاً للفئة العمرية ما بين 50-59 (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

واستناداً إلى ما تمّ ذكره سابقاً من إحصائيات فإن فئة سن الرشد 25-59 سنة هي الفئة الموجودة في مرحلة الاستقرار والحميمية مقابل العزلة حسب المراحل التطورية لنظرية أريكسون، والتي يبدأ بها الفرد بالتفكير وبناء علاقات والبحث عن شريك وإن تطورت ونجحت العلاقات يتم الزواج وبناء العائلة من خلال الإنجاب والتربية (Cherry, 2017) وفيما يتعلّق بمرضى الذهان في هذه المرحلة العمريّة فإنّ القوانين العالميّة التي كانت تمنع زواج مرضى الذهان قد تغيّرت من بعد تطوّر الطب والعلاج النفسي وظهور الأدوية مع التأكيد على أهميّة تلقي العلاج الذي يزيد من كفاءاتهم كأزواج وآباء / أمهات (Sharma, Reddy, Rabindra, Kamath, 2015)، أما عن قانون زواج مرضى الذهان في فلسطين فهو تابع لقانون النظام الإسلامي الذي ينصّ على أنّه يمكن زواج المريض الذهاني إذا كان الوصيّ يرى أن المريض مؤهلاً ويتخذ الوصيّ القرار (Behere, Rao, Verma, 2011)، ومن هنا نستنتج أنّ هنالك نسبةً من مرضى الذهان في فلسطين متزوّجون ولديهم أبناء.

لا يوجد دراسات فلسطينيّة حول ماهية أسر مرضى الذهان وتركيبها ونسبها، ولكن في دراسة استقرائية حول مرضى الفصام في فلسطين كان هنالك دراسة تم تطبيقها في شمال فلسطين في مراكز الرعاية في نابلس وطولكرم وجنين وقلقيلية، العينة كانت 182 مريضاً ومن تحليل متغيّرات الدراسة تبين أنّ 55.2% من مرضى الذهان متزوّجون و 44.8% كانوا غير متزوجين ومطلقين (Marie, Shaabna, Salah 2020).

مشكلة الدراسة تتمثل بوجود معطيات تؤكد على وجود مرضى ذهان متزوجين ولديهم أبناء، وعدم وجود دراسات فلسطينية وعربية تطرقت لموضوع الدراسة الحالي المتعلق بوصف الخبرات الوالدية لمرضى الذهان.

وعليه، ستحاول هذه الدراسة إلى الإجابة على مشكلتها في ضوء السؤال التالي:

ما طبيعة الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية المجتمعية في الضفة الغربية؟

1.3 أهمية الدراسة:

تطرقت دراسة مرعي وآخرين (Marie, et al.,2020) حول خدمات الصحة النفسية لمرضى الفصام في فلسطين إلى أن وزارة الصحة الفلسطينية لا تعطي الأولوية للصحة النفسية المجتمعية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ، حيث أنها تنفق 2% فقط من إجمالي الميزانية، وهذا أدى إلى جعل نظام الرعاية النفسية في فلسطين في مراحل التطورية على مستوى التدخل والأبحاث والدراسات. كما أنه لا يوجد هناك خطط مهنية كافية لإعادة تأهيل مرضى الذهان بسبب النقص في أعداد الأخصائيين النفسيين وطاقم التأهيل النفسي، وهذا بدوره أثر على المرضى (Marie, et al.,2020). ولقد تم التأكيد في مقالة عفانة وآخرين (Afana, et al., 2004) على أهمية تطوير العمل في عيادات الصحة النفسية المجتمعية بشكلٍ شموليٍّ بحيث يتم دمج خدمات العلاج والتأهيل النفسي مع خدمات الرعاية الصحية النفسية الأولية، وأهمية تطوير أساليب للكشف المبكر عن القضايا المتعلقة بالصحة النفسية (Afana, et al.,2004).

وبهذا يمكن الاستنتاج من طبيعة الواقع العام لبرامج الصحة النفسية في فلسطين بأنه لا يوجد دراسات أو خطط وقائية وعلاجية كافية والتي تشمل المناحي المختلفة المتعلقة بالمرضى النفسيين والذهانيين على المستوى الفردي والأسري والمجتمعي.

وبناءً على ما سبق تُعدّ هذه الدراسة من الدراسات المهمة، لا سيما أنها تلقي الضوء على الخبرات الوالدية لمرضى الذهان في الضفة الغربية؛ وبهذا إن أهمية ومبررات هذه الدراسة تكمن في النقاط الثلاثة التالية:

- خلال عمل الباحثة مع الأطفال والمراهقين في بعض المدارس الحكومية تم ملاحظة وجود مشكلاتٍ نفسية واجتماعية وسلوكية لدى أبناء مرضى الذهان وأسرهم، وهذه تُعتَبَر مؤشرات هامة لدراسة الخبرات التي يمرّ بها الوالدين والأبناء وبناء الخطط العلاجية والوقائية.
- عدم وجود دراساتٍ فلسطينيةٍ كافية حول موضوع الدراسة، ويمكن الاعتماد على هذه الدراسة لتكون مرجعاً والاستناد عليها في دراساتٍ لاحقة.
- الكشف عن طبيعة الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان لتطوير الأساليب الوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة للأسر والأفراد.

1.4 أهداف الدراسة:

الهدف الرئيسي:

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف ووصف الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية في الضفة الغربية.

الأهداف الفرعية:

الأهداف الفرعية لهذه الدراسة والتي انبثقت من الهدف العام هي:

- استكشاف خبرات مرضى الذهان اتجاه الاضطراب من حيث طبيعة المصاعب الحياتية.
- استكشاف الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان من حيث الأساليب الوالدية والعلاقات مع الأبناء.
- استكشاف تأثير الخبرات الوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي أو التراجع في الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان.
- استكشاف عوامل الدعم والتحديات المرتبطة بالخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان.

1.5 أسئلة الدراسة:

- ما هي خبرات مرضى الزهان اتجاه الاضطراب من حيث طبيعة المصاعب الحياتية؟
- ما هي الخبرات الوالدية لدى مرضى الزهان من حيث الأساليب الوالدية والعلاقات مع الأبناء؟
- ما هو دور الخبرات الوالدية في المساهمة في تحقيق الاستقرار النفسي أو التراجع في الاستقرار النفسي لدى مرضى الزهان؟
- ما هي عوامل الدعم والتحديات المرتبطة بالخبرات الوالدية لدى مرضى الزهان؟

1.6 حدود الدراسة:

- الحدود الزمانية: تم تنفيذ هذه الدراسة ما بين عامي 2020 و 2021، وتم تطبيق المقابلات خلال فترة شهر كانون الأول (ديسمبر) من عام 2020 وحتى شهر آذار (مارس) من عام 2021.
- الحدود المكانية: عيادات الصحة النفسية المجتمعية التابعة لمديريات رام الله وبيت لحم والقدس (العزيزية، الرام، بيرنبالا).
- الحدود البشرية: مرضى الزهان المستقرّون والذين لديهم أبناء تقلّ أعمارهم عن 18 عاماً.

1.7 مصطلحات الدراسة:

في هذه الجزئية من هذا الفصل سيتم التطرق إلى تعريف مجموعة المتغيرات الرئيسية في هذه الدراسة وهي:
الخبرات، الوالدية، مريض الزهان:

الخبرات الوالدية:

تعرف الخبرات بأنها المعاني الناجمة عن معاشة الأفراد لثلاثة مسارات رئيسية: العلاقات، معاشة الأنشطة والأحداث، والأفكار المرتبطة بها على مستوى الذات والمحيط، وهذه المسارات متشابكة من خلال معاشة مجموعة من التجارب الإنسانية، وتمتاز بالفروق الفردية حيث يختلف الأفراد في علاقاتهم والتزاماتهم ومدى التكيف مع الحياة ومتغيراتها والأفكار والمعاني الناجمة عنها (King,2010).

والخبرات هي مجموعة التفاعلات مع الأفراد المحيطين وفقاً للظروف المحيطة وهي تعتمد بشكل كبير على ردود الفعل والتصورات والأهداف والتوقعات والقدرات للفرد الذي يعايش الخبرة. وتعد الخبرات التي يعايشها الأفراد بشكل يومي مؤشراً إلى المخاطر أو المخاسر المحتملة من خلال عدم تحقيق التوازن في الحفاظ على صحة نفسية جيدة مما يؤثر في نوعية الحياة، أو أنها تشير إلى المكاسب من خلال تحقيق الفرد للتنمية حيث أنه يسعى من خلال تحدي التجارب الصعبة أو السلبية إلى تنمية المهارات والقدرات والتعلم من خلال التجربة، وفي كلتي الحالتين فإن الخبرات تمتاز بوجود نتائج طويلة الأمد وبأنها قد تنسم بالتعميم على عدة جوانب في الحياة (Jantzen,2013).

والتعريف الإجرائي للخبرات في هذه الدراسة بأنها مجموعة التجارب المتشابكة الخاصة بمرضى الذهان من خلال تفاعلاتهم مع الأبناء والشريك والمحيط، بحيث ترتبط الأعراض الذهانية لدى الأم/ الأب بردود الأفعال والتصورات والأهداف والتوقعات والمهارات لديهم ولدى أبنائهم بالإضافة للشريك والمحيط، حيث أن التعامل الإيجابي مع الأعراض الذهانية ومقاومتها كتجربة صعبة لتحقيق التنمية له آثار إيجابية متعددة الجوانب على مرضى الذهان وأبنائهم، أما عدم تحقيق التوازن نتيجة وجود المرض الذهاني لدى الأم/ الأب يؤثر على استعادة الاستقرار وجودة الحياة لدى مرضى الذهان وأبنائهم.

والوالدية هي الحالة التي يكون فيها الفرد أم/أب بمجرد ولادة طفل مما يترتب على ذلك أدوار والدية تتم من خلال عملية تنمية المعارف والمعلومات الوالدية ومهارات التخطيط لعملية تنشئة الطفل وتوفير الرعاية النفسية والجسدية للأبناء، وتعتمد نوعية الوالدية على عدة عوامل مرتبطة بالوالدين: السمات الشخصية للوالدين وعلاقتهم مع بعضهما البعض ومدى توفر المهارات الوالدية لديهما (Chan,2004).

تستمر عملية التنشئة للأبناء حتى يبلغوا سن الرشد، وتكون هذه العملية في أعلى مستوياتها خلال السنوات الأولى للطفل بسبب الرضاعة والاعتماد الكلي على مقدمي الرعاية، كما يكون لمرور الأبناء في مرحلة المراهقة تأثير على الوالدية نتيجة طبيعة توتر الأبناء في هذه المرحلة وما ينجم عنها من تغيرات ديناميكية في تعاملهم مع الوالدين (Hendrics,2005).

التعريف الإجرائي للوالدية في هذه الدراسة بأنها علاقة تفاعلية بين مرضى الذهان، كأباء وأمهات، وبين أبنائهم والتي ينتج عنها خبرات مرتبطة بأدوارهم خلال عملية التنشئة وتقديم الرعاية للأبناء في مراحلهم العمرية المختلفة، التي لها تأثير على الممارسات الوالدية وطبيعتها، كما ترتبط الوالدية بالسمات الشخصية لمرضى الذهان من حيث طبيعة الأعراض ومدى مهارات وقدرات الأمهات والآباء على التغلب عليها

ومقاومتها وتحقيق التنمية، أو عدم القدرة على تحقيق التوازن الكافي مما يؤثر سلباً على الصحة النفسية لكل من مرضى الذهان وأبنائهم؛ وإن كل من تحقيق التنمية أو فقدان التوازن في الممارسات الوالديّة تتأثر بالشريك والمحيط لمرضى الذهان.

مرضى الذهان:

هم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ذهانية والتي تشمل الفصام والاضطرابات المزاجية الذهانية:

- الفصام: هو اضطراب عقلي مزمن وشديد يصيب 20 مليون شخصاً في جميع أنحاء العالم، ويتميز بالتنشوهات في التفكير والإدراك والعواطف واللغة والشعور بالذات والسلوك، وتشمل معاشية هذا الاضطراب الهلوسة (سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة) والأوهام (معتقدات ثابتة وخاطئة) ويرتبط الفصام بتأثيره الكبير على تراجع الأداء العلمي والمهني، يمكن علاج الفصام من خلال الأدوية والدعم النفسي الاجتماعي الفعال (WHO,2019).

- اضطرابات المزاج الذهانية: وهي اضطرابات عاطفية ، قد تكون اكتئاب والذي يمتاز بمشاعر حزن مستمرة والعزلة الاجتماعية والشعور بعدم القيمة واضطرابات في الأكل والنوم وعدم القدرة على الشعور بالسعادة وكثرة التفكير بالموت أو الانتحار وعدم القدرة على أداء الوظائف اليومية. وعكس الاكتئاب هو اضطراب الهوس والذي يمتاز بالسعادة المفرطة، وتشمل اضطرابات المزاج أيضاً اضطراب ثنائي القطب ويمتاز بالتقلبات بين الشعور بالسعادة القصوى إلى الحزن الشديد (Goldberg,2019).

وبهذا يمكننا تعريف مرضى الذهان إجرائياً في هذه الدراسة بأنهم الآباء والأمهات الذين مرّوا بخبرات المعاناة من أعراض ذهانية تم تشخيصها من قبل طبيب نفسي مختص لاضطراب الفصام أو الاضطرابات المزاجية الذهانية (اكتئاب ذهاني أو اضطراب ثنائي القطب)، وهي تعدّ خبرات صعبة بالنسبة للوالدين من مرضى الذهان وأبنائهم ينتج عنها تحقيق التنمية أو فقدان التوازن، مع وجود دور وتأثير على ذلك لكل من الشريك والمحيط.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

- 2.1 المقدمة
- 2.2 الصحة النفسية في فلسطين
- 2.3 الوالديّة
- 2.4 الاضطرابات الذهانيّة
- 2.5 علاقة الذهان والوالديّة
- 2.6 النظريّات المرتبطة بالأسرة والوالديّة
- 2.7 النظريّات المفسّرة للذهان
- 2.8 الدراسات السابقة
- 2.9 تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 المقدمة:

يحتوي هذا الفصل على المعلومات والمواد النظرية التي من المهم التطرق إليها ضمن هذه الدراسة، فدراسة الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان في الضفة الغربية تتطلب وجود لمحة حول واقع الصحة النفسية في فلسطين، ومن ثم تحليل المعلومات والنظريات المرتبطة بكل من الذهان والوالدية والتعقيب عليها وربطها ببعضها البعض.

كما أنّ هذا الفصل يشمل مجموعة من الدراسات الأجنبية المرتبطة مباشرة بموضوع الدراسة، ودراسة محلية فقط وذلك بسبب قلة الدراسات العربية والمحلية التي تتطرق للخبرات الوالدية لمرضى الذهان.

2.2 الصحة النفسية في فلسطين:

عندما يتم التطرق للظواهر الاجتماعية والنفسية في المجتمع الفلسطيني لا بدّ أولاً فهم طبيعة الواقع النفسي والاجتماعي؛ وذلك لوجود ارتباط وثيق فيما بينها.

لقد تأثرت قضايا الصحة النفسية والاجتماعية بتاريخ الصراع السياسي مع الاحتلال، وأشارت الدراسات إلى أن ثلث المجتمع الفلسطيني بحاجة إلى تدخلات في مجال الصحة النفسية؛ فمشاكل الصحة النفسية هي إحدى أكبر المشكلات الصحية، ولكن الأقلّ اعترافاً (Marie, Hannigan, Jones, 2016).

إن الصحة النفسية في المجتمع الفلسطيني تتأثر بالعوامل الثقافية المرتبطة بالثقافة العربية والإسلامية، فقد عزز الدين الإسلامي فكرة أن رعاية المريض النفسي ودعمه هي مسؤولية أسرية واجتماعية. وتتميز طبيعة العائلات الفلسطينية بالتماسك الأسري والدعم الاجتماعي بين الأفراد والذي يعتبر من أهم العوامل التي تساعد المريض النفسي على التعافي والتكيف والوظيفية. وخلافاً لذلك، الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي تشكل تحدياً حقيقياً للمرضى حيث تحاول عائلات المرضى النفسيين التكتّم على المرض النفسي والتردد في طلب الخدمات النفسي (Marie, et al., 2020).

تُقدّم خدمات الصحة الفلسطينية من قبل عيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة النفسية، عيادات الصحة النفسية التابعة لوكالة الغوث، المؤسسات الغير حكومية التي تقدّم خدمات الصحة النفسية، العيادات والمراكز النفسية الخاصة (بوشية، 2010).

وللاحتلال تأثير على طبيعة برامج الصحة النفسية في فلسطين، وذلك من خلال طبيعة الأحداث التاريخية الناجمة عن الصراع الفلسطيني – الإسرائيلي، مصادرة الدعم المالي والمساعدات المالية والضييق المفروض على الحركة والسفر مما يؤثر على الميزانية المخصصة والاستجابة في تقديم الخدمات، المساهمة في تفاقم الظروف الضاغطة كالفقر والعنف والصدمات النفسية (Marie, et al., 2016).

أفادت دراسة (Marie , et al., 2020) حول الأبحاث المتعلقة بمرضى الفصام في فلسطين أن غالبية الدراسات الفلسطينية المتعلقة بمرضى الفصام تكون فيها نسبة الذكور أعلى من الإناث، رغم عدم وجود اختلافات في الفصام بين الجنسين حسب النظريات؛ ولكن لهذا عدة تفسيرات: أن الذكور والرجال أكثر عرضةً من النساء للعنف السياسي، فعلى سبيل المثال 40% من الرجال الفلسطينيين مروا بتجارب اعتقال. ولذلك تفسير آخر أيضاً بأن المعايير الثقافية تخص المرأة الفلسطينية بشكل أكبر من الرجال، فعند معاناة المرأة من اضطراب ذهاني تطولها الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي والاضطرابات الذهانية بشكل أكبر من الرجل وهذا يحدّ من وصولها للخدمات والعيادات (Marie, et al., 2020).

2.3 الوالديّة

حسب نظرية النمو الاجتماعي- العاطفي لأريكسون فإن الوالدين يكونوا في المرحلة السابعة وهي الإنتاجية مقابل الركود، والتي تكون بين عمر الـ 25-60 عاماً وفيها يحقق الفرد صحته النفسية من خلال الحب والإنجاب وتحقيق وظيفة الوالدية من خلال التنشئة الاجتماعية والرعاية للأسرة والأبناء (John Hopkins, 2014).

يحتاج الوالدان والأبناء في العلاقة الوالدية إلى البقاء على اتصالٍ وثيقٍ ببعضهم البعض في مختلف مراحل الحياة وإنه من الأساسي والمعروف بأنّ نوعية العلاقة فيما بينهما مهمة لتحقيق الصحة النفسيّة والحفاظ على جودة الحياة.

العلاقة الوالدية مليئة بكل من السلامة النفسية والضغط النفسي؛ فالوالدية تعتبر مسؤولية تقع على الوالدين وتحتاج الكثير من الوقت وتوفير الاحتياجات وحماية الأبناء من التوتر، وهي أيضاً تحقق الراحة من خلال

التكامل الاجتماعي والدعم العاطفي والشعور بالانتماء، وإنّ الأبناء يلعبون دوراً محورياً في الشبكات الاجتماعية للوالدين. وتشير الدراسات إلى أنّ سوء علاقة الوالدين بالأبناء تؤثر على الصحة النفسية وجودة الحياة لكل من الوالدين والأبناء.

للنوع الاجتماعي تأثير على الوالدية من حيث طبيعة التفاعل والأدوار، فالآباء يتولون المهام المالية وتوفير الاحتياجات أكثر من الأمهات، والأمهات تتولّى مهام الدعم العاطفي وتنظيم السلوكيات أكثر من الآباء؛ لذا فهي تتأثر بالضغوط النفسية أكثر من الآباء، أما بالنسبة للدور في الحفاظ على الروابط الاجتماعية للأسرة مع الأقارب والأصدقاء فإن كل من الآباء والأمهات لهم تأثير لأهميته في تحقيق صحة نفسية أفضل للأسرة (Thomas, et al., 2017).

لقد أشارت الدراسات أن الآباء يشعرون بالإحباط نتيجة أن الارتباط العاطفي الأكبر للأبناء يكون مع الأم وأن دورهم متمركز بالإعالة المالية وسد الاحتياجات المادية أكثر من الجانب العاطفي، ورغم أهمية تواجد ومشاركة الآباء المهمة في الأسرة وتقدير الأبناء لهم إلا أن الأبناء، خاصة في مرحلة المراهقة، يلجؤون للأم في حال مواجهة المشكلات (Evenson, 2004).

حددت الدراسات أنه هناك نمطين لتشارك لكل من الأم والأب في تربية الأبناء:

- النمط الأول: عدائي – تنافسي مع عدم التناسق والتوازن في التربية بين الوالدين؛ يسود هذا النمط بين الوالدين الذين تسود حياتهم النزاعات والخلافات الزوجية وهذا يعرض الأبناء إلى مواجهة التناقضات في التربية ويؤثر على طبيعة تذبذباتهم بجودة الوالدية للوالدين ويؤثر في أنماط التعلق لديهم.
- النمط الثاني: التناسق والتكامل والتعاون والتركيز على الطفل؛ يسود هذا النمط المشاركة ما بين الوالدين في توفير الرعاية وتأمين الاحتياجات، ويقدم كل من الأب والأم الدعم لبعضهما البعض لتحقيق المصلحة الفضلى من الوالدية (Caughlin, 2011).

يمكننا بلورة مجموعة السلوكيات والإجراءات والأساليب التي يتبعها الوالدين في تربية وتنشئة أبناءهم ضمن مفهوم الأنماط الوالدية، والتي تعتمد على مدى توفير الدفء والحنان والرعاية، وكيفية التحكم وفرض السلطة الوالدية، وطبيعة نمط الاتصال والتواصل بين الوالدين والأبناء (القناوي، 1996).

هنالك أربعة أنماط والدية، ثلاثة منها تم تطويرها من قبل Baumrind في منتصف الستينات، وواحدة تم تطويرها من قبل Maccoby and Martin عام 1983 ، وهذه الأنماط هي:

- النمط المتسلط: وفي هذا النمط من الوالدية يكون هنالك توقعات من قبل الوالدين تجاه الأطفال بوجوب الطاعة والالتزام بأوامرهم وقوانينهم، وإن لم يلتزموا بها فهم يتعرضون للعقاب أو التوبيخ، ولا يقوم الوالدان في هذا النمط بتوضيح الأسباب الكامنة وراء هذه القوانين وأسباب التوبيخ؛ فالوالدين يتوقعون من أطفالهم الطاعة دون نقاش.
- النمط الديمقراطي: في هذا النمط يوجد سلطة للأباء ولكنها تختلف عن سلطة الآباء في النظام المتسلط؛ ففي هذا النمط يقدم الوالدين الرعاية ويمتازون بالتسامح مع أبنائهم بدلاً من التوبيخ، ويكون هنالك معايير واضحة في حال مخالفة التوقعات والأنظمة، وتكون الأساليب التربوية داعمة وليست عقابية، ويسعون للتعاون مع أبنائهم لتحقيق الاستقلالية الذاتية.
- النمط المتساهل: في هذا النمط لا يوجد الكثير من الأنظمة والقوانين الوالدية، ويكون الوالدين أقرب إلى كونهم أصدقاء لأبنائهم ويقدمون الرعاية لهم ويكون هناك تجنب للمواجهة معهم.
- النمط المهمل: ويسوده قلة التواصل ما بين الوالدين والأبناء، وتكون التوقعات لكل من الأبناء والوالدين محدودة، ويكون الوالدين منفصلين عن حياة أطفالهم ويهملون حتى الاحتياجات الأساسية للأبناء (Papalia, olds, Feldmanq, 2009).

ومن بعد ما عرض هذا البند ما يتعلّق بالوالديّة من مفهوم وأهميّة وأدوار واحتياجات، مع التركيز على الأنماط الوالديّة التي تعدّ أساساً لتفاعلات الوالدين مع الأبناء من خلال طبيعة مجموعة السلوكيات والاستجابات، يتطرّق البند التالي لعرض ما يتعلّق بالاضطرابات الذهانيّة والتي هي وفقاً لهذه الدراسة الاضطرابات التي يعاني منه الآباء والأمهات.

2.4 الاضطرابات الذهانية:

يعرف الذهان بأنه حالة مرضيّة نوّثر على وظيفة الدماغ للفرد وتشوّه طريقة تفكيره وفهمه للعالم من حوله. ويفقد المريض اتصاله بالواقع، ولا يدرك بأن أفكاره وتصورات غير حقيقيّة، مما قد يشعره بالخوف أو الضيق (WHO,2020).

وقد أشار الباحثون إلى أنّ المؤشرات الحيويّة المختلفة في الدماغ لها أنواع مختلفة في شدّة الأعراض، وهذا قد يشير إلى أنّ التغيّرات المختلفة في وظائف الدماغ والمواد الكيميائية فيه تؤدي إلى أشكال مختلفة في الذهان (Legg, 2018).

في هذه الدراسة المرتبطة بالخبرات الوالدية لمرضى الذهان سيتم التركيز على الاضطرابات الذهانية الثلاث: الفصام، واضطرابات المزاج الذهانية (الاكتئاب الذهاني، واضطراب ثنائي القطب).

- اضطراب الفصام :

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM5 فإنه عبارة عن عرضين أو أكثر من الأوهام والهلاوس (السمعية أو البصرية الغير حقيقية) والكلام غير المنتظم (يجب أن يكون أحد الأعراض من الثلاثة السابقة) والسلوك الغير منظم أو الكاتوتني بشكلٍ صارخ.

بالنسبة لطبيعة الأوهام فهي تحوي عدّة أنماط:

1. النمط العشقي عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو وجود شخص آخر في حالة حب مع الفرد.
2. نمط العظمة عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بوجود المواهب العظيمة (الغير معترف بها) أو الأفكار العظيمة أو القيام ببعض الاكتشافات الهامة.
3. نمط الغيرة بأن يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأن الزوج أو الحبيب غير مخلص.
4. النمط الاضطهادي وهو أن يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأنه أو أنها ضحية لمؤامرة، للغش، للتجسس، للمراقبة، للتسميم أو للتخدير، مفترى عليه بخبث، يتعرض للتحرش، أو يواجه العرقلة في السعي لتحقيق أهداف طويلة الأجل.
5. النمط الجسدي ويكون الموضوع الأساسي للوهم يتضمن اضطراباً في وظائف الأعضاء أو الأحاسيس.
6. النمط المختلط حيث يكون هذا النمط عند عدم سيطرة موضوع واحد للأوهام
7. النمط الغير محدد عندما يكون موضوع الوهم غير قابل للتحديد أو غير مذكور في الأنماط المحددة (American Psychiatric Association-DSM5, 2013).

أما بالنسبة للأعراض السلبية فهي قد تشمل فقدان الدافع وصعوبة التخطيط وصعوبة مباشرة الأنشطة والمهمّات وقلة الشعور بالمتعة في الحياة اليومية وعدم التعبير عن المشاعر وانخفاض الكلام وعن الأعراض الإدراكية – المعرفية فهي تشمل مشاكل في الانتباه والتركيز والذاكرة وصعوبة معالجة المعلومات واتخاذ القرارات (The National Institute of Mental Health,2020).

- الاضطرابات المزاجية الذهانية:

تشير الاضطرابات المزاجية إلى وجود حالة تؤثر على المزاج والعواطف والوظائف المرتبطة بها، ويمكن أن تؤدي إلى صعوبة في مواكبة المهام اليومية ومتطلبات الحياة مما يؤثر على جودة الحياة للفرد. توصف أعراض الاضطرابات المزاجية بأن فيها يفقد الفرد الاهتمام بالأنشطة بعدما كان يستمتع فيها، الأكل أكثر أو أقل من المعتاد، صعوبة النوم أو النوم أكثر من المعتاد، تعب وبكاء وقلق، الشعور بزيادة الطاقة أو قلة الطاقة، الشعور بالعزلة واليأس وانعدام القيمة، مشاكل في اتخاذ القرارات، الشعور بالذنب، التهيج والانبساط، خواطر الموت والانتحار. وإن اضطرابات المزاج تختلف عن المزاج اليومي لبقية الأفراد بسبب الأفكار والمشاعر والسلوكيات المختلفة والتأثير الشديد على وظيفية الفرد (Dimaria, 2020).

هنالك عدّة اضطرابات تندرج تحت اضطرابات المزاج، ولكن هذه الدراسة تركز على اثنتين منهما نظراً لارتباطهما الوثيق بالحالة الذهانية وهما الاكتئاب الذهاني وثنائي القطب:

• الاكتئاب الذهاني:

هو نوع من أنواع الاكتئاب الرئيسي حيث أنه يشمل أعراض الاكتئاب الحادة ولكن ضمن سياق ذهاني. قد يكون الذهان عبارة عن هلوسة (مثل سماع أصوات تخبر المريض بأنه ليس صالحاً أو عديم القيمة)، أو الأوهام على سبيل المثال بارتكاب خطيئة، أو الانفصال عن الواقع. تقارب نسبة الاكتئاب الذهاني 1 من كل 4 أشخاص يتم إدخالهم للمستشفى بسبب الاكتئاب.

ما يميّز الاكتئاب الذهاني أن المريض يكون بعيداً عن الواقع، وقد يسمع أصواتاً، ويكون لديهم أفكار غريبة وغير منطقية كأنّ الآخرين يمكنهم سماع أفكارهم أو محاولة إيذائهم. يكون هناك نوبات غضب دون سبب، أو يقضون الكثير من الوقت بمفردهم، النوم أثناء النهار والاستيقاظ طوال الليل، إهمال النظافة الشخصية، التحدّث بكلام لا معنى له.

كما أنّ الذهان المرتبط بالاكتئاب الذهاني يختلف عن الذهان الموجود بالفصام، حيث أن الضلالات والهلوسة تكون مرتبطة بالمزاج الاكتئابي كانعدام القيمة والفشل، بينما في الفصام تكون الضلالات والهوسات غريبة ولا تدل على حالة المزاج (Bahandari, 2020).

• اضطراب ثنائي القطب:

هو اضطراب مزاجي يمتاز بتقلباتٍ شديدة في المزاج والتي يمكن أن يحدث خلالها الذهان والانفصال عن الواقع. تتراوح الحالة المزاجية من نوبات الهوس إلى نوبات الاكتئاب، ويمكن أن يحدث الذهان في مراحل مختلفة من الاضطراب ثنائي القطب، وهي ليست موجودة دائماً، وهي يمكن أن تسبب الخوف بالنسبة للمريض ومن حوله مما ينتج عنه الحاجة إلى التدخل النفسي (Legg, 2018).

تتأثر طبيعة الأعراض الذهانية بالحالة المزاجية للشخص وفقاً لنوبات الاكتئاب أو الهوس، فالأعراض الذهانية المرتبطة بنوبات الاكتئاب تتوافق مع ما ورد مع ذكره في اضطراب الاكتئاب الذهاني، أما في حالة الهوس فتكون الأعراض الذهانية عبارة عن هلوسة بحيث يرى المريض ويسمع ويشم أشياء غير موجودة، الأوهام حيث أن المريض يكون متأكداً من أشياء ليست بصحيحة، كأن يعتقد بأنه مهم، أو أن لديه الكثير من المال، أو أنه مرتبط بالرؤساء، ويصبح المريض يخشى من أن هناك من يسعى لإيذائه أو أنهم يعملون ضده، والخوف حيث يعتقد المريض أنه فعل ذنباً أو جريمة وأن سيتلقى العقاب.

و يصنّف اضطراب ثنائي القطب إلى:

Bipolar I: تتواصل فيه نوبات الهوس لعدة أيام متواصلة وقد تكون شديدة ويتخللها نوبات حزن واكتئاب وتستمر الحالة مدة أسبوعين (أعراض الهوس أعلى من الاكتئاب).

Bipolar II: أعراض اكتئاب مرتبطة بثنائي القطب ويتخللها نوبات هوس خفيفة وغير شديدة (أعراض الاكتئاب أعلى من أعراض الهوس). (Legg, 2018).

حيث أن نوبة الهوس عبارة عن فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمر في النشاط الهادف أو الطاقة، تستمر لأسبوع على الأقل وتظهر فيها ثلاثة أعراض أو أكثر من هذه الأعراض بشكلٍ مستمر: تضخم تقدير الذات والعظمة، انخفاض الحاجة إلى النوم، ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام، تطاير الأفكار، التشتت، ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف وغير موجه)، الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة مثل الإسراف في عمليات شراء الملذات أو طيش جنسي أو استثمارات غير مدروسة في مجال الأعمال.

أما عن النوبة الاكتئابية فيتواجد خمسة أو أكثر من الأعراض، خلال نفس الأسبوعين، التي تمثل تغييراً عن الأداء الوظيفي للفرد: مزاج منخفض معظم اليوم ويعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين، انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها، فقدان الوزن أو كسب الوزن بشكلٍ بارز، أرق أو فرط في النوم، هياج نفسي حركي أو خمول، تعب أو فقد الطاقة، الشعور بانعدام القيمة أو شعور مفرط بالذنب (قد يكون توهماً)، انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز. وتسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني (DSM5, 2013).

وعادةً يكون مرضى القطب الثنائي من النوع الثاني أكثر وظيفية من النوع الأول، والنوع الأول يكونون بحاجة أكبر للإدخال إلى المستشفى أو التدخل النفسي الفوري (Cleveland clinic , 2018).

ومن بعد ما تطرّق هذا البند من هذا الفصل إلى توضيح الاضطرابات الذهانية وأعراضها يعرض البند التالي علاقة الذهان والوالدية من حيث تأثير كل منهما على طبيعة الخبرات لدى مرضى الذهان.

2.5 علاقة الذهان والوالدية

هنالك العديد من الاضطرابات التي تظهر في مرحلة منتصف العمر نتيجة التغيرات الحياتية السريعة وعدم القدرة على التكيف معها وتغير الأهداف الشخصية والتعرض لصدمات وخسائر وتجارب فقدان وعدم القدرة على التعامل مع هذه التجارب، والتعرض لفقدان العمل وقلة الدعم الاجتماعي وتدهور العلاقات الاجتماعية وضعف استراتيجيات التكيف الذاتية. وإن الاضطرابات الذهانية من أكثر الاضطرابات المنتشرة في هذه المرحلة (Goldston,2012).

ومن المتعارف عليه أن للصحة النفسية للوالدين تأثيراتٍ متعدّدة على الوالدية، وأنّ الأنماط الوالدية السلبية والقاسية تؤثر على علاقة الطفل والأم أو الأب (Engur,2017).

إنّ الوالدية، أبوة وأمومة، مجزية بشكلٍ كبير ومهمّة شاقّة لأي شخص رغم أهميّتها ولكن الوالدية ومعيقاتها تكون أكثر صعوبة بالنسبة للوالدين عندما يعانون من أعراض الاضطرابات الذهانية، فمرضى الذهان من أمهاتٍ وآباء يواجهون التحديات التي يواجهها الراشدين لتحقيق التوازن بين أدوارهم كعاملين وأزواج ووالدين، وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى ضعف القدرات والمهارات الوالدية اليومية لدى مرضى الذهان بسبب أعراض الاضطرابات الذهانية وما تشمّلها من اضطرابات في التفكير السلوك، إضافةً إلى الآثار الجانبية للعلاجات الذهانية التي تسبب صعوبات لدى مرضى الذهان في أداء الأدوار الوالدية، كما أن

مرضى الذهان قد يعايشون مشاعر الشعور بالذنب أو العار وقد تكون لديهم مخاوف من الآثار المحتملة لمرضهم على أبنائهم. ورغم ذلك، أشارت دراسة (Conpbell,2008) حول الآباء والأمهات الذين يعانون من اضطرابات ذهانية أن غالبية مرضى الذهان من العينة البالغ عددها 234 هم يتمتعون بكفاءة والدية جيدة وفيها مشاركة واهتمام وجودة في رعاية الأطفال (Strand,et al.,2019).

وتشمل اللاوظيفية الوالدية خصائص عامة باللاوظيفية لدى الآباء والأمهات بشكل عام، مثل: عدم التعاطف مع الأبناء وتفهمهم وعدم الاستجابة لاحتياجاتهم، إنكار السلوكيات اللاوظيفية وسلبيات هذه الأنماط وتأكيدهم على أن الوضع الأسري طبيعي، عدم وجود حدود واضحة بين الآباء والأبناء، وعدم احترام الحدود من خلال ممارسات العنف الجسدي أو الجنسي، عدم المساواة بين الأبناء. أما الآباء والأمهات الذين يعانون من اضطرابات ذهانية فمن الممكن أن تمتاز سلوكياتهم إضافةً لذلك بسوء العلاقات الاجتماعية سواء مع الشريك أو الشريكة ومع الأبناء ومع الأسرة الممتدة، وعدم القدرة على التواصل مع أبنائهم ومناقشتهم قضاياهم، ويشعر أطفالهم بالخوف والقلق المستمر، ونقص الوقت الذي يقضونه والوالدين والأبناء معاً، ومن الممكن أيضاً أن يكون هناك السعي للكمال ووجود توقعات غير واقعية من الوالدين تجاه الأبناء والتدقيق على الأنظمة والقلق من فشل الطفل (Napier, 1990).

وفي دراسة لقسم خدمات الصحة النفسية (Department of Community Services 2008، "DOCS") تم تحليل بعض الأدبيات والدراسات لتحديد علاقة الاضطرابات الذهانية بالسلوكيات الوالدية الغير وظيفية، وكانت نتائجها كما يلي:

- الفصام: تكون العلاقة بين الطفل والوالدين متوترة، ويمتاز التفاعل فيما بينهما أنه ضعيف، وترتبط السلوكيات الوالدية ارتباطاً وثيقاً بطبيعة الأعراض المرتبطة بالفصام لدى الأم أو الأب.
- الاضطرابات المزاجية: لقد أثبتت العديد من الدراسات أن الاضطرابات المزاجية يؤدي إلى قصور بالوظيفية الوالدية وذلك خلال قلة التفاعل ما بين الطفل والوالدين وخاصة، فالأنماط الوالدية لدى مرضى اضطرابات المزاج تمتاز بقلة الاستجابة للطفل ومشكلات بالتعلق، ولا يكون هنالك توفير حماية وأمن ودعم كافٍ للأبناء (Department of Community Services "DOCS", 2008).

2.6 النظريات المرتبطة بالأسرة والوالدية:

هنالك العديد من النظريات التي تناولت الوالدية، لا يوجد نظرية شاملة على الرغم أن العديد من الباحثين حاولوا صياغة واحدة. علماء علم النفس يرون أن الوالدية هي مرحلة تنموية في الحياة، وقد حظيت الوالدية باهتمام كبير لدراسة محورين مهمين وهما تطور الطفل وتأثير الوالدين على هذا التطور (Sage, 2021).

وفيما يلي استعراض لأهم النظريات:

- نظرية النظم الأسرية:

تركز نظرية النظم الأسرية على الأسرة من منظور بيئي في فهم ومعالجة المشاكل والضغوطات الأسرية، وهي لا تركز على الأفراد بل تركز على التفاعلات بين الأسرة كنظام والنظام الأكبر التي تندرج ضمنه وهو البيئة الاجتماعية. حسب هذه النظرية، الأهمية لا تكون بالأحداث كما هي بالاستجابة للأحداث من حيث التعامل معها والاستجابة الإيجابية أو السلبية لها، والموارد المتاحة للمساعدة أو الموارد التي تشكل تحديات (Pardeck, 1989).

أنشأ Minuchin نموذج عام 1974، والذي يتبع لنظرية النظم الأسرية، وتم التركيز فيه على أن الحالة النفسية للفرد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظام العائلي، واستخدم نمودجه نهج النظرية ليعالج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الذهان من خلال الأسرة، وأن الأسرة ككل هي التي تعاني من الاضطراب الذهاني عندما يعاني الفرد من الاضطراب. ويؤكد النموذج على مدى الترابط للأنظمة الفرعية داخل الأسرة ومدى تصور الأسرة على أنها مجموعة منظمة ومدى القدرة على التنظيم الذاتي وإعادة التنظيم الذاتي عند المرور بأزمات وصراعات، والذي يشمل استقرار أنماط التفاعل والتكيف مع الظروف (Kerig, 2011).

كما تطرق Minuchin (1974) إلى تأثير دخول الأبناء مرحلة المراهقة على الأحداث والتوتر في النظام الأسري، والذي يرتبط باستراتيجيات التكيف لدى الوالدين مع التوترات والصراعات مع الأبناء في هذه المرحلة. كما أن هنالك مؤثرات أخرى في النظم الأسرية والتي قد تسبب ضغوطات لكافة النظام مثل وفاة أحد أفراد الأسرة، الانفصال أو الطلاق، والسجن.

ويتأثر نظام الأسرة بالأنظمة الخارجية للأسرة كالنظام المحيط في السكن من الجيران أو العائلة الممتدة، والمقومات الاقتصادية من حيث توفير مصادر العمل، والبنية التحتية والمنشآت والمؤسسات.

إن التوترات والصراعات المتعلقة بالنظم الأسرية إن تم حلها من خلال تلقّي وتبادل الدعم تساهم في تحقيق التنمية والتطور للأسرة بأكملها، أمّا إن لم يتم حلها يكون هنالك زيادة في الضغوطات والتحديات والمشكلات للأسرة بأكملها (Pardeck,1989).

التعقيب على نظرية النظم الأسرية: من خلال هذه النظرية يمكننا فهم تأثير مريض الذهان بأسرته من خلال توفير الدعم أو زيادة التحديات والضغوطات، وتأثر أسرة مريض الذهان كنظام أسري بالمرض الذهاني وهذا يشكّل خبرات التكيف وتحقيق التنمية أو وجود خبرات تحمل المشكلات والضغوطات والتي تمتاز بالتفاقم على المدى الطويل لكافة النظام الأسري، كما يتأثر مريض الذهان كجزءاً من النظام الأسري بالمرحلة العمرية والقضايا المرتبطة بالأبناء والشريك. إضافةً لفهم تأثير النظم الخارجية للأسرة من المحيط والمؤسسات على الخبرات الوالدية لمرضى الذهان.

- نظرية التعلق:

وضع Bowlby نظريته عام 1958 التي تركّز على العلاقات والروابط بين الأفراد، وخاصة العلاقات طويلة الأمد وأهمها العلاقة مع الوالدين التي تحقق النمو الاجتماعي والعاطفي والمعرفي للفرد. تركز العلاقة بين الطفل والوالدين من خلال تقديم الوالدين الرعاية للطفل وتوفير الأمان له ليعتمد عليهم في الاستجابة لاحتياجاته، وإن العلاقة الناجمة عن هذه الروابط تستمرّ مدى الحياة (McLeod,2017).

إن نظرية التعلق هي من أكثر النظريات التي تنظر إليها الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة "الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان"، فلقد تم تطبيق مفاهيم Bowlby والتي وضعها عام للفهم النفسي لطبيعة الخبرات، فقد ربط Bowlby الوالدية المرضية لكل من الوالدين والطفل مع مدى الرعاية والسلطة وتوفير الحماية، فيمكننا اعتبار العلاقات الأسرية، ولا سيما دور الوالدين في الأسرة، والنمو النفسي للأطفال كمتغيرات قوية للصحة النفسية لأفراد الأسرة وخاصة الأبناء.

إن الآباء غير القادرين على إقامة علاقات دافئة ومحبة ووثيقة مع أطفالهم، أو توفير البيئة اللازمة لنمو أطفالهم بشكلٍ مستقل ينشؤون أبناءهم في جو من القلق مما يزيد من الضغوطات النفسية لديهم وفي الأسرة. ويركز مفهوم "العلاقة الوالدية" أيضاً على نوعية العلاقة بين الوالدين والأبناء طوال حياتهم، وتلعب العلاقة الدافئة مع تقديم الرعاية والسيطرة الوالدية الكافية والترابط الوالدي الآمن دوراً مهماً في تحقيق الصحة النفسية، وعكس ذلك الوالدية غير الوظيفية المتمحورة في العلاقة الباردة بين الوالدين والأبناء والرعاية الغير

كافية والسيطرة المفرطة أو الإهمال المفرط للأطفال تؤدي إلى المشاكل في العلاقات الشخصية والزيادة من المشكلات والضغوطات والاضطرابات النفسية (Abbaspour, Bahreini, Akaberian and Mirzaie, 2021).

التعقيب على نظرية التعلق: إن الترابط الوالدي الآمن وفقاً لهذه النظرية والذي يكون في المراحل العمرية الأولى للطفل تستمر مدى الحياة، وبما أنها تعتمد على الوالدية فهي تشمل التفاعل والتأثر لدى كل من الطفل ومريض الذهان الذي قد تختلف استجاباته في الرعاية والاستجابة وبالتالي تختلف ردود فعل الطفل تجاه الترابط الوالدي مما تسبب تغييراً في الخبرات الوالدية نتيجة التغيير في العلاقات وزيادة المشكلات والضغوطات النفسية.

2.7 النظريات المرتبطة بمريض الذهان:

هنالك عدّة نظريات قد فسّرت حدوث الذهان وأعراضه والاختلاف بين الاضطرابات الذهانية من فصام واضطرابات مزاجية، والتي من المهم التطرق إليها وفهمها ضمن هذه الدراسة.

- نظرية التعلم الاجتماعي:

تم تطوير هذه النظرية من قبل عالم النفس Bandura عام 1977، وتم التأكيد فيها على مبدأ الحتمية المتبادلة في عملية التعلم من حيث التفاعل بين ثلاث مكونات رئيسية، وهي: السلوك والمحددات المرتبطة بالشخص والمحددات البيئية، وتعتبر هذه النظرية أن الإنسان كائن اجتماعي يعيش مع مجموعات من الأفراد يتفاعل معهم ويؤثر ويتأثر بهم، فهو يلاحظ سلوكيات وعادات واتجاهات الأفراد الآخرين ويتعلمها بالملاحظة والتقليد.

ووفقاً لـ Bandura فإن التعلم بالملاحظة يتضمن ثلاثة آليات: العمليات الإبدالية: حيث أنه من خلال الملاحظة أو الممارسة لنماذج مختلفة، وما يرتبط بها من نتائج تعزيزية أو عقابية يؤثر في الدافع لدى الأفراد المحيطين مما ينجم عنها خبرات وأنماط سلوكية مختلفة يمكن اكتسابها على نحو بدلي، العمليات المعرفية: وهي الاستدلال والتوقع والقصد في التعلم من خلال الملاحظة وفقاً لما يحقق الاستفادة للفرد لاحقاً، عمليات التنظيم الذاتي: تنظيم الأنماط السلوكية في ضوء النتائج المتوقعة منها. وقد تحدّث Bandura عن تأثير الكفاءة الذاتية والتي تعني توقعات الفرد واعتقاده حول كفاءته الشخصية في مجال معين والتي تؤثر بشكل كبير في دافعية الفرد للسلوك أو عدم السلوك في موقف ما (الزغول، 2010).

يمكن من خلال نظرية التعليم الاجتماعي الاستدلال إلى قدرة مرضى الزهان على تحديد الأدوار والقواعد والسياقات في بيئته الاجتماعية بما يتعلّق بالفرد نفسه وبالآخرين، ويعاني مرض الزهان عادةً من قصورٍ في الوظائف المعرفية مما يؤثر في آليات ووظيفة التعلم الاجتماعي لديهم. بناءً على هذه النظرية فإن الاكتفاء بعلاج مرضى الزهان من خلال الأدوية المضادة للذهان لا تكفي لاستعادة الفرد وظيفته، وهناك أهمية كبيرة للتدريب المعرفي لتحسين الوظيفة المعرفية والنفسية والاجتماعية والتي تؤثر إيجابياً في تقليل شدة آثار المعاناة من اضطرابات ذهانية (Neurosci,2012).

التعقيب على نظرية التعلم الاجتماعي: يمكن من خلال هذه النظرية الاستدلال إلى استجابة مرضى الزهان في خبراتهم خلال تفاعل الآخرين مع تجربة المرض الذهاني والوالدية، وطبيعة التعلم من هذه التجارب بناءً على جوانب التعزيز الإيجابي أو السلبي في زيادة الدافعية أو تقليلها لدى مرضى الزهان مما ينجم عنها مجموعة الأنماط السلوكية. إضافةً لفهم الكفاءة الذاتية في الوالدية والجوانب الحياتية لمرضى الزهان من حيث طبيعة التوقعات واعتقاده حول ذاته والتي تؤثر في الاستجابة أو عدم الاستجابة لسلوك ما والانسحاب لحماية أنفسهم من التوقعات والمطالب الاجتماعية والوالدية.

2.8 الدراسات السابقة:

هنالك دراسات تطرقت بشكلٍ مباشر إلى دراسة الخبرات الوالدية لدى مرضى الزهان من وجهة نظرهم؛ ولكن نسبة الدراسات التي تدرس الخبرات الوالدية لديهم من وجهة نظر عائلاتهم وأبنائهم أكبر (وهذا يرتبط بمشكلة الدراسة). أغلب الدراسات هي دراسات أجنبية كفيّة، ولا يتوفر الكثير من الدراسات العربية والمحلية حول الخبرات الوالدية لدى مرضى الزهان، كما يوجد دراسات تحليلية التي اعتمدت على قراءة وتحليل الأدبيات السابقة المتعلقة بمرضى الزهان وأسرهم. وفيما يلي تطرقاً لبعض هذه الدراسات الأجنبية يتلوهها دراسة محلية.

■ الدراسات الأجنبية:

- دراسة (Appaspour, et al., 2021)

هذه الدراسة كانت حول المقارنة بين أنماط الروابط الوالدية لدى مرضى الفصام وثنائي القطب، تم تطبيقها في العيادات الخارجية في المحافظات الشمالية في إيران، وتكوّنت العينة من 130 مريضاً؛ 43 مريض فصام، 43 مريض ثنائي القطب، 44 مريض اكتئاب ذهاني. افترضت الدراسة أن مدى أساليب التنشئة

والرعاية الوالديّة لدى مرضى الفصام أكثر تأثراً بالأعراض الذهانيّة من مرضى ثنائي القطب والاكتئاب الذهاني، وأن القدرة على مقاومة الأعراض أعلى لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب والاكتئاب الذهاني من مرضى الفصام، وأن أنماط نوعية الترابط الوالدي تكون أقل جودة لدى مرضى الفصام. الدراسة كيفية وتم تطبيقها من خلال المقابلة شبه المنظمة بالإضافة إلى دراسة الملف المرضي. وضحت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فرق كبير بين الاضطرابات الثلاثة، حيث يسود لدى غالبية المرضى نمط الإهمال في الرعاية والتربية ولكن مرضى الفصام يستخدمون أساليب غير مثالية في التربية أكثر من مرضى ثنائي القطب والاكتئاب الذهاني، كما أن مرضى ثنائي القطب لديهم أساليب رعاية أفضل من مرضى الفصام والاكتئاب الذهاني.

- دراسة (Strand,et al.,2019):

هذه الدراسة كانت حول رؤية مرضى الذهان لتأثير الأعراض الذهانية على الوالديّة، هذه دراسة كيفية اعتمدت على المقابلات شبه المنظمة وتم تطبيقها في أستراليا وشملت العينة 15 من مرضى الفصام وثنائي القطب والاكتئاب الذهاني. وضحت نتائج الدراسة أن مرضى الذهان يعانون من الضغوطات نتيجة الأعراض الذهانية وأثارها على قدراتهم في توفير الحماية للأبناء والرعاية والتعامل معهم، فهم يعتبرون أنفسهم أنهم هم قد يكونوا مصدر خطر وسبباً للمشكلات النفسية لدى الأبناء بسبب الأعراض التي لديهم، وأنهم لا يستجيبون كفاية لاحتياجات الأبناء، وأن بعض الأبناء هم الذين يقدمون الرعاية للوالدين مثل متابعة الدواء، والاعتماد يكون على الشريك والأقارب في سد الاحتياجات وتوفير الرعاية للأبناء. كما أن المرضى قد أعربوا عن صعوبة الحفاظ على النظام والاستقرار في تنشئة الطفل وفي النظام الأسري بسبب الأعراض والانتكاسات، وهم لا يستطيعون تقديم المعلومات لأبنائهم والحديث معهم عن المرض رغم حاجتهم لذلك خاصة قبل وأثناء وبعد نوبة الانتكاسة.

- دراسة (Wiegand-Grefe, Sell, Filter , Christ,2019):

هذه الدراسة كانت حول الأداء الوالدي والنفسي للمرضى النفسيين وتم تطبيقها في ألمانيا، هذه الدراسة كمية تم تطبيقها من خلال استبيان مكوّن من 28 سؤالاً حول النظم الأسرية وسلوكيات الوالدين وأثرها وسلوكيات الأبناء الناتجة، وقد شملت 67 مريضاً نفسياً لديهم أطفال أقل من 18 عاماً من كافة الاضطرابات النفسية ولكن نسبة مرضى اضطرابات الذهان فيها كانت 20%، أظهرت نتائج الدراسة حول مرضى كافة الاضطرابات بأن أكثر من ثلث المرضى بنسبة 38% حدّدوا أسرهم بأنها غير وظيفية وأن السلوكيات المرتبطة بالاضطرابات النفسية أدت إلى وجود خبرات أسرية صعبة ناجمة عن عدم إنجاز المهام الوالديّة

وقلة التواصل والتعاطف مع الأبناء وضعف السيطرة الوالدية، وأن سلوكيات الأبناء عبارة عن سلوكيات عدوانية وأنهم يعانون من انسحاب اجتماعي ومشاكل في العلاقات الاجتماعية ناجمة عن المناخ الأسري، 52% من المرضى حددوا بأن أبناءهم مستقرون نفسياً وهذا مرتبط بمدى الأداء الوظيفي الجيد للوالدين، وأظهرت النتائج حاجة المرضى النفسيين للتدخل الأسري.

- دراسة (Engur,2017):

هذه الدراسة كانت حول أثر الذهان على الوالدية وعلاقة الوالدين بالطفل، هذه دراسة استقرائية لـ 17 دراسة نوعية وكمية والتي تم نشرها قبل عام 2015، وقد كانت نتيجة هذه الدراسة أن أغلب الدراسات قد أثبتت أن الأعراض الذهانية تؤثر سلباً على الأداء الوالدي وعلى التفاعل بين الوالدين والأبناء على حد سواء باختلاف الجنس والعمر، وأن ربع الآباء والأمهات المرضى يعانون من أعراض شديدة تسبب لهم ضعفاً شديداً في المهارات الوالدية. وقد بينت الدراسات أن أكثر الأنماط الوالدية المنتشرة لدى مرضى الذهان هي الأنماط المهملة والمتساهلة، وأوضحت الدراسات أن الأبناء يعيشون حياة غير متسقة وأن البيئة الأسرية تمتاز بفوضى الإدارة وتناقض التواصل وأن الأبناء يعيشون تناقضات شديدة وغير متماسكة ومزدوجة مما يؤثر سلباً على الأبناء. وقد بينت الدراسات أن 45% من المرضى المشاركين عبروا عن مستويات عالية من الإجهاد الوالدي وأنهم هم أنفسهم يعانون من أنماطهم الوالدية وغير قادرين على التعامل مع نتائج التساهل والإهمال مع الأطفال. وأوضحت نتائج الدراسة أن آثار الانسحاب العاطفي- الاجتماعي الناجم عن الأعراض يضعف العلاقات مع الأبناء ويجعلهم يشعرون بالانفصال والغربة ويحد من قدرتهم على التفاعل اللازم لسد احتياجات الأبناء الجسدية والعاطفية أو الاجتماعية، وأحياناً تسود أعراض الحماية الزائدة لدى الأبناء مما يخلق آثاراً سلبية أيضاً.

- دراسة (Parrot, Macinnes, Parrot,2015):

هذه الدراسة كانت حول الاضطرابات النفسية والوالدية وقد هدفت إلى فهم تجارب الوالدين وتنوع التجارب في أداء الأدوار الوالدية. تم تطبيق هذه الدراسة في بريطانيا وهي دراسة كيفية استخدام الباحثون فيها المقابلة شبه المنظمة، وقد شملت الدراسة 18 مقابلة (8 أمهات، و 10 آباء). وضحت نتائج الدراسة أن للمرض النفسي تأثير على الوالدية بسبب أعراض الذهان وما نتج عنها من إهمال العناية الذاتية والعناية بالأطفال والشعور بالخجل من الأبناء وتجنبهم وصعوبة التعامل معهم وتلبية احتياجاتهم ووجود خطر على الأبناء نتيجة الأعراض الذهانية رغم أن الوالدين لا يريدون إيذاءهم. الوالدية تؤثر على الاضطراب النفسي حيث أن

المرضى النفسيين يجدون الوالديّة جزءاً من هويتهم الذاتية وهم يلتزمون بالعلاج لأجل أبنائهم، مشاعر الدعم والاشتياق من قِبَل الأبناء للمريض مصدر سعادة ودعم، يكون هناك مشاعر قلق وخوف على الأبناء أو الخوف من فقدان حضانتهم. مصادر الدعم تكون من قبل الشريك في تقديم المساندة وتخفيف حدة التوتر لدى الأبناء، وتقديم الرعاية من قبل الأقارب والمحيط والمؤسسات، العلاج يساعد في خفض حدة الأعراض ولكن الآثار الجانبية للأدوية تحد من أداء المهمّات الوالديّة. أظهرت الدراسة أن من أكثر الصعوبات التي يواجهها المرضى النفسيين هي تقديم المعلومات للأبناء خاصة كلما كان العمر أقل.

- دراسة (Seeman,2010):

هذه الدراسة كانت حول القضايا الوالديّة لدى مريضات الفصام، وهي دراسة استقرائية للأدبيات السابقة؛ هدفت إلى فهم التجارب الذاتية لمريضات الفصام الأمهات، وتقدير تأثير الأعراض الذهانية ومراجعة المكونات الضرورية للتدخل. أوضحت نتائج الدراسة أن تأثير المهارات الوالديّة بطبيعة الأعراض من أو هام وإهمال وتشوّه معرفي وكسل وشعور بالتعب يؤثر على مهارة الأمهات في حل المشكلات والقدرة على الاستجابة العاطفية ووضع الحدود التربوية ودمج الأبناء في المجتمع، إضافةً إلى مشكلات تنشئة الأبناء لدى الأمهات المريضات المتمتّلة بالاعتماد في رعاية الأبناء على الجدات أو الشريك وعدم الاستقرار في التربية، ووضحت النتائج أن الوالديّة قد تكون مصدراً لتخفيف الضغوطات من خلال الأهداف الوجودية والشعور بالحب وتقوية العلاقة مع الشريك والأسرة الممتدة من خلال الطفل، وعلى نقيض ذلك هناك مخاوف متعلقة بعدم القدرة على الالتزام بالعلاج وفقدان حضانة الطفل، أو الخوف من آثار الأدوية التي تؤثر على الكفاءة بالرعاية والعناية، أما المعوقات تعاني منها الأمهات المرضى فتتمثّل بالوصمة المجتمعية ونقص البرامج الداعمة والفقير ونقص الموارد وصعوبة الأدوار الوالدية بشكلٍ عام والمشاكل الصحية.

- دراسة (Reupert, Maybery, 2009) :

هذه الدراسة كانت حول الخبرات الوالديّة لدى الآباء الذين يعانون من اضطراباتٍ نفسية، وطبيعة الاضطرابات التي تم التطرّق إليها هي الفصام، القلق، الاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب. تم تطبيق الدراسة في أستراليا من خلال مقابلات فردية شبه منظمة مع الآباء المرضى للحديث عن تجاربهم، وكانت العينة 11 أب. هدفت الدراسة إلى دراسة علاقة الأب بالأبناء وأثر المرض العقلي على الخبرات الوالدية ومصادر الدعم وطبيعة احتياجات المرضى كآباء. أوضحت نتائج الدراسة أن المرضى النفسيين يعبرون عن ذواتهم بأنهم آباء قبل أي شيء آخر ويعتبرون أنّ الأبوة جزء من ذاتهم وأنها مرتبطة برجولتهم والوالديّة

تُشعرهم بأهمية الوجود، وأن علاقاتهم مع الأبناء جيدة ولكنها غير منتظمة وأنه رغم المرض هم مهمّين بالنسبة لأطفالهم، وقد عبّر بعض المرضى عن أن سبب توتر العلاقة مع الأبناء هو الشريك، وقد واجه بعض المرضى مشاكل في التواصل مع الأبناء نتيجة المرور بتجارب انفصال عن الأبناء والشريكة مما سبب لهم الإحباط، بالنسبة لأداء الأدوار فقد عبّر الآباء المرضى عن رغبتهم برعاية أطفالهم وتلبية احتياجاتهم وهذه المسؤوليات تساعدهم على الرغبة في التحسن والاستقرار وهم يرون أن الأطفال يساعدهم في التخفيف من آثار المرض، بالنسبة للتحديات الاجتماعية التي يواجهونها فتتمركز بوجود مشاكل مع الآخرين وفي العلاقات مع المقرّبين مما أدى إلى عزلتهم في أشد الحاجة إلى الدعم وأنهم لا يستطيعون طلب المساعدة حين تسوء الأمور كما أنهم لا يستطيعون الحديث مع الأصدقاء والأسرة عن مرضهم العقلي وأعراضه ويعتبر المرضى أن المحاكم والمؤسسات والمراكز والمجتمع والزوجات يرگزون بشكلٍ مفرط على المرض وهذا يرتبط بالوصمة؛ حيث أن كل ما يتصرفونه والمواقف التي يتعرضون لها يربطونها بالمرض ويطلبون منهم أخذ المزيد من الأدوية. أما بالنسبة لاحتياجات المرضى التي خرجت بها الدراسة وعبروا عنها المرضى فهي أن هناك حاجة لبناء برامج تخفف التوتر والقلق المرتبط بكونهم آباء ومرضى، وبرأيهم أنه لا يوجد تأهيل وتحضير كافي للتعامل مع أبنائهم، وهناك حاجة لتعليم الأطفال عن مرض آبائهم وتحضيرهم للتعامل مع الوصمة، إضافةً لتوعية الأسرة حول الأعراض الناجمة عن المرض وآلية تقديم المساعدة للمريض.

- دراسة (Evenson,2004):

هذه الدراسة كانت حول خبرات الآباء المرضى بالذهان، وقد تم تطبيقها في بريطانيا وهي دراسة كيفية اعتمدت على المقابلات شبه المنظمة في تنفيذها، وقد كانت العينة تتكوّن من 10 آباء يعانون من الذهان. هدفت هذه الدراسة لتقييم أثر الاضطرابات الذهانية على الوالديّة من قبل المرضى أنفسهم وطبيعة المشكلات والتحديات التي يواجهونها. وجدت هذه الدراسة أن للذهان أثر مباشر وغير مباشر في العلاقة بين الآباء والأبناء وفي أداء المهمات الوالدية من حيث الانسحاب الاجتماعي والعاطفي عن الأبناء والقلق من آثار هذا الانسحاب على الأبناء والقلق من نظرة الأبناء إليهم كأباء، إضافةً للشعور بالذنب لعدم الاستجابة لاحتياجاتهم، كما أن الانتكاسة وبدايتها تُعبّر عن أصعب المراحل على المريض لأنها تتطلب الإدخال إلى المستشفى والانفصال عن العائلة، ومن مصادر القلق لدى المريض أيضاً احتمالية انتقال المرض الذهاني إلى الأبناء وراثياً، ومن الصعوبات التي يواجهها مرضى الذهان هي عدم القدرة على توعية الأبناء بمرضهم. ولقد وجدت الدراسة أن الوالديّة هي مصدر سعادة وفخر للوالدين رغم الظروف الناجمة عن الاضطراب.

- دراسة (Sounders,2003):

وفي هذه الدراسة تم التركيز على قضايا أسر المرضى النفسيين كأحدى أهم القضايا في الصحة النفسية، وفيها تم تحليل أكثر من 400 مقالة حول الاضطرابات النفسية في العديد من المجالات العلمية العالمية ما بين 1970-2000، وتم تحليل الجوانب المتعلقة بأسر المرضى النفسيين فيها. وقد وضحت الدراسة أن هناك صعوبة لدى العائلة في التعامل مع المريض النفسي وأن وجود مريض نفسي في العائلة يعتبر إجهاداً لكافة أفرادها، وأن هذا الإجهاد يؤثر في وظيفية العائلة وكافة الأفراد فهو يعتمد على مدة المرض لدى المريض النفسي؛ فكلما كانت مدة المرض أطول كانت الوظيفية لدى بقية الأفراد أقل، وكلما كان عمر الأفراد المحيطين بالمريض النفسي أقل كان هنالك صعوبة أكبر في التعامل مع المريض النفسي، وكلما كان هناك تلقى للدعم الاجتماعي من المحيط والمؤسسات يكون هناك استراتيجيات تكيف أفضل، وكلما كان هناك وعي حول طبيعة المرض النفسي وتعلم حول كيفية التعامل مع القضايا الأسرية الناجمة عن المرض النفسي كلما كان هنالك استراتيجيات تكيف أفضل، كما وضحت نتائج تحليل الدراسات أن الدعم الاجتماعي للأسرة يتراجع مقارنة بالدعم الاجتماعي الذي كانت تتلقاه قبل ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأب في الأسرة؛ مما يزيد من أعراض القلق والاكتئاب والخوف عند زوجات المرضى النفسيين وهذا له أثر كبير على رعاية وسلوكيات الأطفال. وقد صنفت نتائج الدراسة طبيعة الضغوطات التي يمر فيها أبناء المرضى النفسيين، وهي: أعباء رعاية المريض النفسي والتعامل معه، الأعباء الاقتصادية، وجود أحداث غير مرغوب فيها خلال الحياة اليومية ناجمة عن الاضطرابات النفسية.

- دراسة (Dipple,Smith,Andrews, Evans , 2002):

هذه الدراسة حول الخبرات الوالدية لدى الأمهات اللواتي تعانين من اضطرابات نفسية، وفيها تم مقابلة 58 من الأمهات المريضات، ومجموع أطفالهن 122 طفلاً. تم تنفيذ الدراسة من خلال المقابلات شبه المنظمة. كانت نتائج الدراسة أن 68% من الأمهات خضن تجربة الانفصال عن أطفالهن الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً بسبب تأثير أعراض الاضطرابات النفسية على الكفاءة الوالدية والقدرة على الرعاية، إضافة إلى تأثيرها على العلاقة ما بين الأمهات والأطفال، والأمهات تعانين من توتر العلاقات مع الأقارب والعائلات الممتدة وعدم كفاية الدعم. ومن خلال الاطلاع على ملفات المريضات المريضات في المراكز العلاجية تبين أنه يوجد قصور كبير في التطرق إلى هذه القضايا في ملفات المريضات وهذا ما يمنع تأهيلهن للتكيف مع أعراض الاضطرابات النفسية.

- دراسة (Chernomas, Clarke, Francine, 2000):

هذه الدراسة كانت حول **خبرات الأمهات مع الفصام**، والتي هدفت إلى دراسة تصورات النساء المصابات بالفصام حول مرضهنّ والاحتياجات المرتبطة به. استهدفت الدراسة 28 امرأةً مرضى بالفصام، وتم عقد 5 مقابلات جماعيةً مركزة معهنّ، كل مجموعة تكونت من 4-7 نساء، كل مقابلة كانت مدتها ساعتين. أوضحت النتائج أن النساء اللواتي يعانين من الفصام هنّ عرضة لفقدان الأدوار الوالدية ومواجهة عدم انتظام في العلاقات مع الأطفال؛ حيث أن أعراض المرض أثرت على مهارات التواصل لديهنّ وهذا أدّى إلى رفض أطفالهنّ لهن، وأصبحن يعانين من تدني في تقدير الذات وهذا أثر على أداء أدوارهنّ الاجتماعية، وأظهرت الدراسة أن أنظمة الرعاية الصحية تركز على المرض لا عليهنّ كنساء وأمّهات مما أثر على حياتهنّ. كما أن النساء يعانين من قلة فرص العمل، ويعانين من الوصمة المجتمعية، وهناك فقدان للعلاقات مع أفراد الأسرة والأصدقاء لأنهم لا يفهموا مرضهم ويجدون صعوبة في التواصل معهم. بالنسبة للحمل والأمومة، فالحمل بعد ظهور المرض يكون بلا تخطيط، هناك بعض المحاولات للإجهاض بسبب المرض وهذا كان يسبب مشاعر حزن وإحباط لهنّ؛ كما أن الحمل كان يتطلب التوقف عن تناول الأدوية وهذا يؤثر على صحتهنّ النفسية، وفي حال الاستمرار بالأدوية فهذا يؤثر على الجنين. الأمومة تشكّل مصدر سعادة لهنّ من خلال الشعور بالحب ورفع التقدير الذاتي والشعور بأهمية الوجود وأن الأطفال الكبار يشكلوا مصدر دعم لهنّ؛ على النقيض من ذلك، الأمومة تشكل مصدراً للإجهاد والإرهاق والفقر والخوف من أن ينتقل الاضطراب وراثياً للأبناء. كما أن هناك معاناة من مشاكل صحية ناجمة الأعراض الجانبية لتناول الأدوية وزيادة الوزن وعدم القدرة على الرضاعة والتعب والكسل.

■ الدراسة المحلية:

- دراسة (Obaid, 2013):

هذه الدراسة حول **خبرات مرضى الفصام بالزواج** وقد ناقشت بند وجود أطفال لمرضى الفصام الفلسطينيين؛ حيث أن هذه الدراسة كانت قد شملت 80 مريضاً، من بينهم 40 لديهم أطفال ومتزوجون، 15 إنثاءً و 25 ذكوراً من مناطق شمال فلسطين. فحسب الدراسة فإن أبناء المرضى النفسيين قد يعتبروا مصدر ضغط على الآباء/ الأمهات المرضى، وأن العلاقات ما بين الآباء والأبناء تمتاز بالتوتر وكثرة المشاكل، وأن الأبناء لديهم صعوبة في التعامل مع المواقف التي مرّ بها الوالدين المرضى ويعانون من السلوكيات العدوانية للوالدين، ويشعرون بالعار من مرض الأم أو الأب، وأن هناك تغير في أنماط الأم والأب في التعامل مع

الأبناء، إضافةً إلى أن سوء العلاقات بين الوالدين كزوجين تؤثر على الأطفال؛ ففي حال أن الأب هو المريض النفسي فإن الأم ترفض الطلاق نتيجة رفض أهل الأم لاستقبال أبنائها، وكذلك الحال إن كانت الأم هي التي لديها اضطرابات نفسية ففي حال طلاقها يرفض الأهل استقبال أبنائها معها مما يزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية لديهم. وقد أثبتت الدراسة أن المرضى النفسيين الذين تظهر لديهم الاضطرابات النفسية بعد الزواج والإنجاب يكون تأثير الاضطرابات على الأطفال والأسرة أقل من المرضى النفسيين الذين تظهر لديهم الاضطرابات النفسية قبل الزواج والإنجاب، وأنه كلما كان عمر الأم أو الأب أكبر كلما كانت الآثار النفسية على الأطفال أقل؛ حيث أن هذا مرتبط بقدرة الشريك والأبناء على التكيف بشكل أكبر وتقديم الرعاية بعد فقدان الأم أو الأب للوظيفية في الحياة اليومية. وقد بينت الدراسة أن للوصمة تأثير كبير جداً على المرضى النفسيين وأبنائهم تبعاً للثقافة السائدة وقلة تطور خدمات الصحة النفسية. ومن ناحية اقتصادية فإن المرضى النفسيين يعانون من ظروف اقتصادية سيئة تبعاً لفقدان العمل أو التعرض للاستغلال الاقتصادي.

2.9 تعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات الأجنبية التي تم عرضها، والبالغ عددها 11 دراسة، تتفق على وجود تأثيراً للاضطرابات الذهانية على طبيعة الخبرات الوالدية، وتأثيراً للوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي أو زيادة الضغوطات لدى مرضى الذهان، بالإضافة إلى تأثير الشريك والعلاج والمحيط على الخبرات الوالدية والحياتية.

غالبية الدراسات عرضت الخبرات الوالدية بشكل عام لمرضى الفصام لكل من الأمهات والآباء، وبعضها تطرقت للخبرات الوالدية لمرضى الذهان بشكل منفصل، إما الآباء أو الأمهات. دراسة (Appaspour,et al.,2021) اختلفت عن الدراسات الأخرى كونها اعتمدت المقارنة في وصف الخبرات الوالدية وفقاً لنوع الاضطراب الذهاني (فصام / ثنائي القطب).

أغلب الدراسات التي تم عرضها كانت كيفية واعتمدت على المقابلات في الحصول على تجارب المرضى العميقة والتي تحتاج للكثير من التحليل، البعض منها منها كانت دراسات استقرائية للأدبيات السابقة حول الخبرات الوالدية لمرضى الفصام وقضاياهم الأسرية، دراسة واحدة كانت كمية.

هنالك حاجة كبيرة لتنفيذ دراسات أكثر على موضوع الخبرات الوالديّة والاضطرابات الذهانية، خاصةً على المستوى العربي والفلسطيني؛ حيث توضح الدراسات مدى أهميّة دراسة الموضوع في مجال الصحة النفسية بسبب الآثار والمعطيات الكثيرة والمتداخلة.

استفادت الباحثة من الدراسات السابقة لتحديد الأهداف ومحاور التحليل والتعرف على طبيعة الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان.

وبالنسبة للدراسة المحلية (Obaid,2013) فهي كانت حول خبرات الزواج لدى مرضى الفصام في الضفة الغربية وتطرقت لموضوع الأبناء والعوامل المرتبطة بالصحة النفسية في فلسطين والثقافة الفلسطينية والتي أفادت الباحثة في فهم خصوصيّة خبرات مرضى الذهان ضمن الواقع الفلسطيني.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

المقدمة	1.1
منهجية الدراسة	1.2
مجتمع الدراسة	1.3
عينة الدراسة	1.4
الوصول للعينة	1.5
المواصفات الديموغرافية للعينة	1.6
المعايير الأخلاقية للدراسة	1.7
محددات الدراسة	1.8
أداة الدراسة	1.9
الصدق والثبات	1.10
تحليل البيانات	1.11

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

3.1 المقدمة:

كما تم الإشارة في الفصل الأول، فإن هذه الدراسة حول الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان في عيادات الصحة النفسية المجتمعية في الضفة الغربية. وبناءً عليه، فإن هذا الفصل تطرّق إلى العناصر الأساسية المتعلقة بمنهجية هذه الدراسة، وهي: نهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة ومواصفاتها الديموغرافية، والمعايير الأخلاقية للدراسة، محدّدات الدراسة، أداة الدراسة، صدق الأداة والثبات، تحليل البيانات.

3.2 منهجية الدراسة:

هذه الدراسة هي دراسة كميّة استطلاعيّة وصفيّة، والدراسة الكيفية عكس الدراسات الكمية التي تعتمد على الأرقام، فالدراسات الكيفية عبارة عن منهج علمي متنوع في دراسة الظواهر من خلال جمع المعلومات وتفسيرها وتحليلها لدراسة المشكلات بحيث أنه يتم فهم المعنى أو تفسير الظواهر من المعاني التي يجلبها الناس للباحث (Denzin and Liacolin, 1994).

ويمكننا تعريف الدراسة الكيفية بأنها عملية بحث علمية استكشافية يتم استخدامها للحصول على فهم للتفسيرات والآراء والوقائع، وهي توفر نظرة شاملة ومركزة للمشكلة وتساعد على تطوير أفكار أو فرضيات للبحوث الكمية المحتملة، وتستخدم أيضاً للكشف عن الاتجاهات المختلفة في الفكر أو الآراء أو للتعمق في المشكلة (Wyse, 2011). والدراسات الكيفية عبارة عن عملية تفاعلية بين الباحث والمشارك وطبيعة المشكلة أو البحث، بحيث أن المشاركين يتحدثون عن تجاربهم ومشاعرهم وأفكارهم من منظورهم الخاص من خلال الكلمات أو الأفعال، وللابحاث الكيفية فلسفة بأن الحقيقة متعددة ومتغيرة وتشكل وتبنى تبعاً لفهم مجموعة من الأفراد والناس. تمتاز الأبحاث الكيفية بأن بياناتها وصفية تشتمل كلمات وليس أعداد، وأن مشكلة البحث تظهر بشكلٍ أوضح بعد جمع المعلومات وتحليل المعاني، وأن المعنى متعلق بمنظور المشارك وليس الباحث، ويختلف باختلاف الأفراد والجماعات (البلادي، 2012).

إن الاهتمام بالدراسات الكيفية في دراسات علم النفس جاء بناءً على النزعة الإنسانية التي دعا إليها بعض العلماء مثل كارل روجرز الذي رفض الطريقة التقليدية في دراسة التجارب الإنسانية، فالهدف من الأبحاث الكيفية فهم الواقع الاجتماعي للأفراد والجماعات والثقافات في مجتمعهم الطبيعي قدر المستطاع، والبحوث الكيفية هي بحوث استكشافية تسعى إلى شرح "كيف" و "لماذا" في دراسة ظواهر وسلوكيات معينة (Denzin and Liacolin, 1994).

وتختلف طرق جمع البيانات الكيفية باستخدام تقنيات منظمة أو شبه منظمة، وتشمل بعض الأساليب الشائعة مناقشات جماعية، مقابلات فردية، المشاركة والملاحظات، وعادةً ما يكون حجم العينة صغيراً. فالأبحاث الكيفية تجمع كمية كبيرة من البيانات من عدد قليل نسبياً من الأفراد وتستخدم تقنيات غير إحصائية ويكون الهدف منها جمع إجابات دقيقة لأسئلة البحث واستخلاص نتائج عامة حول ظاهرة إنسانية. وتتعدد أنواع الأبحاث الكيفية كدراسة الظواهر، أو دراسات تاريخية أو دراسات تحليلية للأدبيات والصور (Wyse, 2011).

وعليه فقد تم اختيار أن تكون هذه الدراسة دراسة كيفية كون أنها تدرس الخبرات الوالدية التي عايشها مرضى الذهان مع أبنائهم وتسعى لدراسة خبرات إنسانية مختلفة تبعاً لطبيعة الخبرات التي يعايشها كل أم أو أب بشكل خاص ومنفرد مع أبنائه؛ وهذه الخبرات تحتاج إلى توثيق وتحليل وتفسير لتساعد في تحقيق هدف البحث في الوقوف على التجارب الحياتية التي مرّ بها المريض النفسي مع أطفاله وآثار هذه التجارب عليهم.

3.3 مجتمع الدراسة:

تم تطبيق الدراسة في ثلاثة مراكز للصحة النفسية المجتمعية من أصل 14 عيادة تابعة للحكومة الفلسطينية، والتي توفر خدمات نفسية وعلاج دوائي لمشاكل الصحة النفسية، وتهتم بزيادة الوعي المجتمعي بالصحة النفسية. والخدمات التي تقدمها: علاج دوائي للمرضى النفسيين، إرشاد نفسي للأفراد والمجموعات والعائلات، خدمات مجتمعية كحملات ضغط ومناهضة للوصمة، زيادة الوعي حول الكشف المبكر وعلاج مشاكل الصحة النفسية، والدمج المجتمعي للمرضى النفسيين (كينز لزر، سيسك، متولي، ربابعة، جقمان وجبر، 2018).

مراكز الصحة النفسية المجتمعية التي تم استهدافها: القدس، بيت لحم، رام الله. يشير تقرير وزارة الصحة النفسية الأخير الصادر عام 2020 أنه خلال عام 2019 تم تسجيل 551 حالة فصام جديدة في الضفة الغربية بنسبة 18.3% من مجموع الاضطرابات الأخرى، وتوزيع هذه الحالات في المراكز الصحية المستهدفة للدراسة كالتالي: بيت لحم 14 مريضاً، القدس 25 مريضاً، رام الله 194 مريضاً.

أما بالنسبة للاضطرابات المزاجية، والتي تشمل الاكتئاب الذهاني وثنائي القطب، فنسبتها 12.4% (وزارة الصحة الفلسطينية، 2020).

لا يوجد إحصائيات حول نسبة المرضى النفسيين المتزوجين وحول الأبناء، رغم الحاجة لوجود هذه الإحصائية، تم الاستفسار عن هذه النقطة في العيادات.

3.4 عينة الدراسة:

منهج اختيار العينة في هذه الدراسة هو القصدى الغير احتمالي وهو ما يرتبط بكون العينة في الدراسات الكيفية تمتاز بأنها ليست عشوائية أو احتمالية وتكون العينة مختارة وفق أهداف محددة وه تساعد على الوصول للفئة المستهدفة وفقاً للمعايير، وهي تمتاز بأنها أقل تكلفة وتحتاج أقل وقت (Luborsky and Rubinstien, 2011).

العينة في هذه الدراسة 15 مشاركاً من مرضى الذهان، والذين تم اختيارهم من بعد التأكد من انطباق المعايير المرتبطة بالعينة، وحجم العينة كان مناسباً لتحقيق الإشباع في المعلومات اللازمة للدراسة.

فالمعايير المرتبطة بالعينة في هذه الدراسة والتي على أساسها تم اختيار المشاركين أو استبعادهم هي:

■ معايير الاختيار للمشاركة:

- أن يكون المريض قد تم تشخيصه باضطرابات ذهانية (الفصام، الاكتئاب الذهاني، ثنائي القطب) وأن يكون قد مضى على التشخيص فترة لا تقل عن 6 أشهر.
- أن يكون المريض/ة أب/أم لطفل أو أكثر أعمارهم تقل عن 18 عاماً.
- أن يكون المريض واعياً ولديه القدرة على الاستبصار والتعبير والمشاركة.
- أن يكون المريض مسجلاً رسمياً في إحدى مديريات بيت لحم، القدس، رام الله.
- أن يكون المريض موافقاً وبشكل طوعي على المشاركة.

■ المعايير التي لا تشملها عينة الدراسة:

- مرضى الاضطرابات الأخرى الغير ذهانية أو اضطرابات الشخصية أو اضطرابات ما بعد الصدمة أو الإعاقات الذهنية.
- المرضى الذين تقل فترة تشخيصهم بالفصام أو الاكتئاب عن 6 أشهر.
- المرضى الذين هم ليسوا آباء أو أمهات.
- المرضى الذين لا يوجد لديهم أطفال تقل أعمارهم عن 18 عاماً.
- المرضى الذين هم في حالة عدم استقرار وغير قادرين على التعبير أو المشاركة.
- المرضى الذين هم من العيادات الأخرى الغير مذكورة في مجتمع الدراسة.
- المرضى الذين يرفضون المشاركة.

3.5 الوصول للعينة:

تم التنسيق من قِبَل جامعة القدس مع وزارة الصحة لدخول عيادات الصحة النفسية في رام الله والقدس وبيت لحم، وقبل مباشرة التطبيق تم توضيح أهداف الدراسة ومعايير العينة لكافة طواقم الصحة النفسية الذين بدورهم قاموا بترشيح المرضى وتعريفهم بالباحثة والتمهيد لشرح ماهية الدراسة. ثم تم الحديث مع المرضى وإخبارهم عن هدف الدراسة وأهميتها، وإخبارهم بالمدة التي قد تستغرقها، والتأكيد على بناء الثقة والالتزام بالأخلاقيات، والتأكيد على حرية المشاركة وأنه لا يوجد تبعات للرفض.

تم الوصول لـ 15 مريضاً بالإضافة إلى مريض قد قرر التوقف والانسحاب، 7 رفضوا واعتذروا عن المشاركة، للوصول إلى هؤلاء المرضى تم التواجد لمدة تقارب 35 يوماً في المراكز الثلاثة.

3.6 المواصفات الديموغرافية للعينة:

جدول رقم "1": مواصفات العينة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية للدراسة:

جنس المريض					
أنثى		ذكر			النوع
5		10			العدد
العمر					
59 – 50		49 – 40		39 – 30	
2		7		6	
منطقة السكن					
مخيم		قرية		مدينة	
3		8		4	
المستوى التعليمي					
أساسي		إعدادي		بكالوريوس	
2		6		4	
العمل					
ربة منزل		لا يعمل		متقطع	
5		5		2	
الدخل الشهري					
أقل من 1000		1000 – 2000		أكثر من 3000	
5		1		4	
الحالة الاجتماعية					
أرمل/ة		مطلق/ة		متزوجة	
1		3		11	
عدد الأطفال					
10 – 7		6 – 4		3 – 1	
2		5		8	
تشخيص الاضطراب الذهاني					
ثنائي القطب		اكتئاب ذهاني		فصام	
4		1		10	

عدد سنوات ظهور الاضطراب				
أكثر من 10 سنوات	10 - 7	6 - 4	3 - 1	المتوسط
11	1	2	1	العدد

جدول رقم "1"

يتضح مما عرضه الجدول أن العينة مكونة من الآباء والأمهات، وعدد الآباء هو الأكبر، وأن متوسط الأعمار لدى غالبية العينة هو ما بين الـ 30 - 49 عاماً إضافةً لاثنتين من المشاركين متوسط أعمارهم ما بين الـ 50-59 عاماً، تختلف المستويات التعليمية للعينة ما بين الدراسات العليا والبيكالوريوس، الثانوية والإعدادية والتي تنطبق على غالبية المشاركين، إضافة إلى مستوى التعليم الأساسي. بالنسبة للعمل، كافة الإناث المشاركات في الدراسة هنّ ربّات منزل، ويتنوع الآباء في العمل، حيث أن نصفهم لا يعملون والبقية منهم يعملون بشكلٍ مستقرّ ومتقطع، والدخل الشهري لغالبية العينة ما بين الأقل من 1000 شيكل وحتى الـ 2000 شيكل، والبعض منهم يزيد دخلهم الشهري عن ذلك. أكثرية المشاركين هم متزوجون والبعض منهم مطلق/ة أو أرمل/ة، ومتوسط عدد الأطفال لدى المشاركين ما بين الـ 1 - 6 أبناء والبعض يزيد عدد أبنائهم عن ذلك. بالنسبة لتشخيص الاضطرابات الذهانية لدى المشاركين فإن غالبيتهم يعانون من الفصام والبعض منهم يعاني من الاضطرابات المزاجية الذهانية (الاكتئاب وثنائي القطب)، وأكثر المشاركين تزيد مدة تشخيصهم عن 10 سنوات، والبعض منهم تقل مدة تشخيصهم عن ذلك.

3.7 المعايير الأخلاقية للدراسة:

- الباحثة لديها خبرة عملية في إجراء المقابلات وتقديم الدعم، حيث أنها تعمل منذ سنوات مع الأطفال والأهل، ومنهم أبناء لمرضى ذهان والذين تم التعامل مع أسرهم بشكلٍ مباشر.
- لم يتم الاطلاع على الملفات أو الاستفسار عن أية معلومات من قبل طواقم الصحة النفسية قبل المقابلة، حيث أن الدراسة تهدف إلى إعطاء المرضى الحق في الحديث عن أوضاعهم من وجهة نظرهم هم بالدرجة الأولى.
- لم يتم مقابلة أي مريض دون ترشيح الطاقم الطبي لجاهزيته وإمكانية تطبيق الدراسة معه، أو أي مريض كانت تظهر عليه أعراض عدم الاستقرار خاصة أنه خلال فترة الدراسة انقطعت بعض أنواع الأدوية

النفسية، فكان يتم ترشيح بعض المرضى من قبل الطاقم بناءً على أنهم مستقرّون ثم يتبيّن أنّ الانقطاع عن العلاج أدّى إلى حدوث تراجع في حالة الاستقرار.

- لم يكن هنالك أي محاولة للتدخلات العلاجية خلال المقابلة من قِبَل الباحثة.
- التزام الباحثة بالحيادية تجاه ما عرضه المشاركون من خبرات ومعلومات خلال المقابلة.
- تم التأكيد على السرية للمشاركين.
- قبل عقد المقابلات تم التأكد من توقّر الوقت للمريض، وتعريفه بالدراسة وهدفها وتوضيح حرية المشاركة والتأكيد على أنها اختيارية، وتم الإعلام بأهمية تسجيل المقابلة وآلية حفظها وآلية التحليل.
- تم عقد المقابلات في غرف مناسبة و ذات خصوصية وذلك بالتعاون مع طواقم الصحة النفسية في المديرّيات، وتم توفير المياه والمحارم.
- تم إعطاء حق القرار بعدم الإجابة أو الانسحاب ولم يكن هنالك أية محاولة للضغط على المشاركين.
- تم استيفاء متطلّبات الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي التابعة لكلية الصحة العامة في جامعة القدس (الموافقة مرفقة بملحقات الدراسة).
- قبل البدء بالتطبيق تم التنسيق من خلال جامعة القدس مع وحدة التعليم الصحي والبحث العلمي التابعة لوزارة الصحة (الموافقة مرفقة بملحقات الدراسة).
- تم التخلص من التسجيلات الصوتية على الهاتف وجهاز الحاسوب المحمول.
- لم يتم الإشارة إلى أي اسم أو عنوان يخصّ المشاركين في الدراسة.

3.8 محدّدات الدراسة:

- عيّنة الدراسة صغيرة، 15 مشاركاً والذين تم اختيارهم انتقائياً وليس عشوائياً ، وذلك وفقاً لطبيعة العينات في البحوث الكيفية.
- تقتصر نتائج الدراسة على عيّنة المشاركين فيها.
- يمكن اعتبار هذه الدراسة مؤشراً لطبيعة الخبرات الوالدية لمرضى الذهان نظراً لعدم وجود دراسات سابقة عن هذا الموضوع في الوطن العربي بشكلٍ عام وفي فلسطين بشكلٍ خاص.

3.9 أداة الدراسة:

تم جمع البيانات من خلال المقابلات الفردية الشبه محددة / منظمة Semi-structured interview وهي الأداة الأكثر استخداماً في الدراسات النوعية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، حيث أن هذه الأداة تتطلب تحضير الأسئلة والقضايا التي ينوي الباحث جمع البيانات عنها من خلال مقابلته مع المشاركين جميعهم بشكل عام، حيث أن المقابلة تضمّنت مجموعة من البنود الأساسية التي من المهم التطرق إليها، وبقية الأسئلة كانت خاصة بكل فرد من خلال خبراته الخاصة التي يتطرق إليها ويكون المجال مفتوحاً للباحث لابتكار أسئلة جديدة تبعاً لطبيعة المقابلة مع المشارك (Farstad, 2016).

إن دليل المقابلة شاملاً لمجموعة من الأسئلة البالغ عددها 12 سؤالاً تم توجيهها لمرضى الذهان أنفسهم حول طبيعة الاضطراب والأعراض وأثرها على خبراتهم الوالدية، وأثر الخبرات على التعافي أو الانتكاسة، وطبيعة مصادر الدعم والتحديات، وعلاقة الخبرات الوالدية ببعض المتغيرات. بالإضافة لأسئلة المقابلة التي تم تحديدها لوصف الخبرات المتعلقة بالأباء والأمهات المرضى، كان هناك أسئلة متعلقة بالمعلومات الأساسية، وهي: الجنس، العمر، مكان السكن، المستوى التعليمي، العمل، مستوى الدخل، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، التشخيص، عدد سنوات ظهور المرض. ولقد تم تسجيل المقابلات مع المشاركين بعد أخذ موافقة المشاركين، أما عن مدة المقابلة فهي تراوحت ما بين الـ 45- 70 دقيقة. تم إرفاق نموذج المقابلة في الملحق.

3.10 صدق الأداة والثبات:

يشير الصدق في البحوث الكيفية إلى درجة استقلالية الإجابات عن الظروف العرضية للبحث، وما يترتب على ذلك من أمانة وعمق وثراء وسعة البيانات وتعددية المصادر، أما الثبات فيشير إلى الحد الذي يتم فيه فهمها فهماً صحيحاً. ومن الصعب أن تكون ميزة الصدق من خلال التكرار في المنهج الكيفي وذلك لتفرد التجارب وارتباطها بالسلوك البشري. هنالك معالم منهجية مرتبطة بالصدق الكيفي، وهي:

- الصدق التأويلي: ويشمل التفكير الانعكاسي والتفاعل والتقاطع المتعدد مع دراسات مشابهة، مما يؤدي إلى بلورة التحليلات المشابهة والمختلفة مما يساهم في إضافة أبعاد أخرى للدراسة: وقد اعتمدت الباحثة على مجموعة الدراسات التي تتبّع المنهج الكيفي في أغلبها وبعضها كان منهجاً كمي، كما أن الباحثة اعتمدت على دراسات متنوّعة في أدواتها: مقابلات فردية، مقابلات جماعية، دراسات استقرائية، استبيانات والتي ساعدت على التحليل وإيجاد أبعاد الدراسة.

وعن التقاطع في الصدق التأويلي كان هنالك تكامل بين ملاحظات الباحثة والمقابلة المعمقة وكان هنالك مستويات تحليلية متعدّدة لتجارب العينة، التي تبلغ 15 مشاركاً، كأفراد أو جماعات، وكحالات عادية أو حالات خارجة عن شبكة القراءة التحليلية.

- الصدق الوصفي: دقة الوقائع المرصودة كما هي موثقة أو موصوفة من قبل المشاركين، ولاعتماد الدقة تم الاعتماد على التسجيل الصوتي للمبحوثين لتفريغ المعلومات وتصنيفها وفقاً لهم. كما أنّ طبيعة المحاور وأسئلة الدراسة مرتبطة ببعضها البعض وتداخلها يعطي مؤشرات على تأكيد المعلومات الموصوفة.
- الصدق النظري: حيث أن الدراسة توافقت مع تفسيرها النظري ونتائج الدراسة مناسبة ومعقولة.
- الصدق الاتصالي: ومن خلاله تواصلت الباحثة مع مشرف الدراسة وعرضتها على خبراء ممتحنين من الأساتذة الأكاديميين لإقرار التوافق الكلي أو النسبي في رؤيتهم للنتائج وإقرار أهميتها.

بالنسبة للثبات في هذه الدراسة فإنه اعتمد على تقنية جمع وتحليل البيانات من قبل مرضى الذهان أنفسهم من خلال مقابلات طويلة تتراوح مدتها ما بين 45-70 دقيقة أتاحت لهم الفرصة لمشاركة العديد من الخبرات والتي قامت الباحثة بتحليلها ومقارنتها بشكل عميق، واستخدمت الباحثة الملاحظة للغة الجسد للمشاركين بما يتوافق مع الخبرات التي يعبرون عنها وتم طرح عدّة أسئلة للوصول للمعلومات الكافية التي يمكن تحليلها ومقارنة التشابه والاختلاف بينها. وكانت الأسئلة والمحاور تركز على الخبرات الوالدية بالإضافة لتقاطعها مع محاور أخرى تحقق نظرة مصداقية وكلية (دليو، 2014).

3.10 تحليل البيانات:

يهدف التحليل الكيفي إلى الكشف عن الدلالات والمعاني التي تحملها البيانات والمعلومات المتعلقة بظاهرة البحث، كما يهدف إلى تحديد نوعية هذه الظاهرة وخصائصها المميزة لها من خلال القراءة المتعمقة لتلك البيانات والمعلومات ومحاولة الوصول إلى معرفة خلفياتها وأبعادها من أجل الإلمام بكافة المتغيرات والظروف المحيطة. وتكون ممارسة التحليل الكيفي من خلال الأساليب السلسلة المعتمدة بشكل كبير على المعرفة المنهجية والكفاءة الفكرية، وإن تحليل المفاهيم والمصطلحات تحليلاً كفيئاً يكشف عن مضامينها التي تميّزها عن غيرها من التعبيرات وقراءة سياقها العام الذي ترد به. وبناءً على ذلك، يتطلّب التحليل الكيفي إبراز مهارة الباحث وخبراته في تحليل الظاهرة المدروسة من خلال تحليل البيانات والمعلومات التي تم

جمعها حول تلك الظاهرة بهدف التركيز على كل ما ورد في البيانات المجموعة حولها للوصول إلى تحليل منطقي لأهداف وتساؤلات الدراسة (القاسم، 2021).

في هذه الدراسة اعتمدت الباحثة في تحليل البيانات على وضع السياق العام للمعلومات التي تم جمعها من خلال المقابلات مع المشاركين في الدراسة من خلال محاور أساسية يكون في وصفها ومحاورها الفرعية نتائج لأسئلة الدراسة، حيث تم تفرغ المقابلات التي تم تسجيلها وتصنيفها وفقاً للأسئلة الرئيسية للدراسة ومن ثم تحليل وتصنيف الإجابات لخبرات المشاركين وربطها مع بعضها البعض وهذا ما يعرضه الفصل التالي من الدراسة الحالية.

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

- 4.1 المقدمة
- 4.2 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الأول للدراسة
- 4.3 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني للدراسة
- 4.4 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث للدراسة
- 4.5 وصف النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع للدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

4.1 مقدمة:

هذا الفصل يعرض ما تضمّنته المقابلات وفقاً للمحاور المرتبطة بأسئلة الدراسة، كما ورد سابقاً في هذه الدراسة 15 مقابلة لـ 15 مريضاً ذهانياً وسنعرض هنا ملخص الإجابات على الأسئلة والمعلومات المتعلقة بالمحاور للخروج بالنتائج المطلوبة.

وفيما يلي النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

4.2 النتائج المتعلقة بخبرات مرضى الذهان اتجاه الاضطراب من حيث طبيعة المصاعب الحياتية:

أظهرت النتائج أنّ للاضطرابات الذهانية تأثير على الخبرات الحياتية لمرضى الذهان بمختلف جوانبها، ويمتاز هذا التأثير بالتفاوت والاختلاف بين الأفراد وهذا ما وضّحته مشاركات الآباء والأمهات المشاركين في الدراسة من حيث: مقاومة الأعراض الذهانية للقيام بالأدوار الاجتماعية والوظيفية، وتغيّر الحياة الاجتماعية، وفهم وتقبّل المرض الذهاني:

أولاً: مقاومة أعراض المرض الذهاني للقيام بالأدوار الاجتماعية والوظيفية:

لقد عبّر بعض المبحوثين عن نجاحهم في مقاومة الأعراض الذهانية ليستمرّوا بأداء ما عليهم من مهام سواء داخل البيت أو خارجه؛ حيث تحدّث المشاركون عن استمرارية الاستقلالية في حياتهم رغم المرض، ولقد أجمعت الأمهات المشاركات (1 فصام، 4 اضطرابات مزاجية ذهانية) على أنّ استقلاليتهم كربات منزل لم تتغيّر وأنهم كانوا دوماً يقاومون تلك الأعراض، وقد أشار البعض من الآباء والأمهات إلى أن أخذهم للأدوية والعقاقير المضادة للذهان ساهمت في الإبقاء على عملهم واستمرار وظيفتهم: "أنا الحمد لله شغل وبشتغل، وإذا واجهتني مشكلة بالليل بجبر على حالي، معي رخصة وحوشت حق سيارة وحالياً معي سيارة، مستقل وبأقلم حالي حسب الظروف"، "المرض طبعاً أثر على حياتي، بس الدوا هو اللي خلاني أرجع أستقر وما أخاف انه تيجيني الحالة وأنا بالوظيفة أو وأنا مع الناس".

وقد شارك البعض إلى أنّ المرض قد أثر على استقلاليتهم واضطّرارهم إلى الاعتماد على الآخرين بشكلٍ جزئي أو كليّ لتلبية احتياجاتهم اليوميّة ممّا وُد شعوراً بالألم والخجل والرغبة بالعزلة عن الآخرين واحتاجت كثيراً من الوقت للتعوّد على هذا التغيير في حياتهم: " كانت حياتي أحلى حياة.. يا الله.. الحمد لله.. بكفي مكنتش أعتاز حدا، وأنا عمري 17 كنت مخلص داري وشاري سيارة وكنت أشتغل وأروح مع الشباب.. هلاً بقدرش أروح مكان، ع هون ع العيادة بصعوبة لاجيت بصراحة بخبيش عليك، معيش أجار الطريق " " مكنتش أمد ايدي للناس.. من بعد الحالة اللي اجتني الدوا مكانش يخليني أقدر أشتغل فصار يجيني مصاري من أهل الخير وبطلت أشتغل وانقطعت عن الناس.. نفسياً إنني أصير أمد ايدي للناس من بعد ما انني مكنتش أحتاج حدا مش سهلة.. بس خلص تعودت".

ارتباطاً بما سبق، أشار الآباء المشاركون في هذه الدراسة إلى تأثر واقع الوظيفة والعمل باضطراباتهم الذهانيّة، حيث أنّ ما يقارب نصف الآباء المرضى كانوا قد أصبحوا غير عاملين بعد ظهور المرض لديهم، الفصام خاصة: " أنا كنت أشتغل ببلديّة، قبل ما أدخل المستشفى صرت أعمل مشاكل مع المسؤولين، وبلشوا يشكوا انه شغلي مش كويس، وأنا صرت ما أنجز وأغيب وكنت أعمل مشاكل مع العمال فبالآخر فصلوني عن الشغل". كما أنّ بعض الآباء أيضاً قد تحدّثوا عن تعرّضهم لاستغلال اقتصادي، وأشاروا إلى أنّ الأسباب ترتبط بوصمة المرض النفسي واستغلال احتياج المريض إلى العلاقات الاجتماعيّة: - " أنا بشتغل كل شي، حدادة، نجارة، قصارة، تبيط، تركيب.. بس الناس بيستغلوني، بشتغل مع جيراني وهم بيعرفوا عن حالتي فمرة اشتغلت عند واحد داره بتخزي، عملتله كل شي وزبطتله الحمام وأحلى شغل عملتله، الا هو بالأخر بقلي خذ 300 شيكل.. قتلته شو يخوي خليم الك، قلي طيب ع راحتك، قتلته هات هات.. أقسم بالله أقل من 1500 شيكل حرام أحد " " أنا بنطاق شغلي بالبنا فش حدا بيقدّر يشتغل اللي أنا بشتغله بس كثير مرات الناس بتستغلي في الأجر، بشتغل نص يوم بيحوا وبيحكولي معلش عديها، واللي بعرفهم هم اللي بواجه معهم هاي الشغلة، بس الغريب بتقاضى منه أجر عادي".

وقد أشارت إحدى المشاركات إلى أنّ للمرض تأثير إيجابي على العمل من خلال بعض المشاركين أشاروا إلى عدم وجود تأثير أو استغلال في العمل نتيجة الأعراض الذهانية: " المرض خلاني أشتغل بأكثر من شغلة، وأخذت دورة كوافيرة ودورة خياطة وأهلي صاروا يشجعوني كثير وخلوني أشتغل بمصانع"، وبعض المشاركين لا يجدون أنّ هنالك للاضطرابات الذهانيّة على العمل: "شغلي دائماً مستقر، هي بس الفترة اللي بدخل فيها المستشفى وبعدين يرجع الوضع عادي، كنت أشتغل بمطعم وهسا غيرت الشغل من 3 شهور".

ثانياً: تغيير الحياة الاجتماعية:

وجدت نتائج تحليل المقابلات عن وجود تغيير في الحياة الاجتماعية لدى مرضى الذهان ما بعد المرض، فالبعض تعرّض للاستغلال الاجتماعي: تحدّث أحد المشاركين عن تعرّضه لاستغلال اجتماعي أحياناً وضعف بعض المهارات الاجتماعية لديه: " أنا اجتماعي والي أصحاب بنقعد مع بعض وبنأرجل بس كثير مرات استغلوني، مثلاً خذك هسيجارة الحشيش وانساك من الدوا.. وأنا مش صاحب قرار حدا يجي يقلي اعمل هيك برد عليه، كان عندي سيارة مشطوبة اشتريتها بألف شيكل اجا واحد قلي بييعها واكسب 350 شيكل رديت عليه، مرتي بتقلي ضلك هيك مع الناس".

والبعض الآخر أصبح أكثر عزلة عن الآخرين لعدم ارتياح أقاربهم أو أصدقائهم لهم ولعائلاتهم، أو لتعرّضهم للاستهزاء من المحيطين: " قبل كنت أحسن، كان الي حياة ومرتاح ومبسوط وكنت أروح على الناس ومكنتش عصبي، كنت أؤخذ أولادي على رام الله وأطعميهم وأغديهم.. الحين يكون بدي أروح على أختي بروح بمشي وبنص الطريق على دارها يرجع.. بخاف من انها ما بتحب أزورها وانها ما بتحب تشوفني، حتى على المناسبات القريبة بطلت أروح، ما حضرت عرس أخوي لأنني بكون خايف من اللي حوالي وبحس انهم دايماً بينقدوني.. قبل كنت أضل أروح وأزور وأحضر أعراس وأعمل كل شي بدي اياه وما أخاف".

من الجانب الآخر، أشار عدد منهم إلى أن مرضهم لم يؤثر على علاقاتهم وإلى استمراريتهم واستقرارهم في النواحي الاجتماعية: "أنا محبوب والي أصحاب، لما أغيب عن الشغل اللي بيشتغلوا معي بيتصلوا فيني يحكولي وينك.. بضلوا يمزحوا معي وبحبوا اني أضل موجود، وبتجمع أنا وأصحابي اللي بالحارة وبنطلع نسهر"، " أنا بحب أروح وأجي وأتعلّم الدين والقرآن مع ست عنا بالبلد كانت مديرة وتقاعدت، فبنساوي دروس دين وبنصح الناس".

ثالثاً: فهم وتقبّل المرض الذهاني:

أشار بعض المشاركين، من مرضى الذهان وثنائي القطب، أنّ فهمهم للاضطراب الذهاني وطبيعته وتقبّلهم له يساهم إيجابياً على تمكين المشاركين ومقاومة الأعراض وتطوير القدرات ومهارات حل المشكلات، وخاصة النساء حيث أعطاهنّ القوة لرفض تحكّم الآخرين بهن: "المرض قوّاني وصرت أتحدى حالي انني لازم أحل مشاكلي وأكون لبؤة بحماية أولادي وأصلح كل شي صار وبصير مع أولادي"، " أنا لما صار معي المرض كنت أدرس بجامعة بأوروبا وبسبب الحالة ما قدرت أكمل دراسة غاد ورجعت على فلسطين،

وبس رجعت تحديد وكمالت دراستي بالجامعة وأخذت الماجستير وتوظفت... أستاذي وأنا صغير قلبي انت بس تكبر رح تكون عظيم "لقد بكى المريض عند هذه العبارة" والمرض خلاني أصير عظيم وهيني صرت زي ما حكا عني أستاذي".

من ناحيةٍ أخرى، وجدت النتائج أن مشاركين آخرين كان تأثير المرض عليهم سلبياً بسبب عدم احترام الآخرين لهم: " أنا دائماً زعلان من انه ما حدا مشغلني وما حدا مراعييني وما حدا محترمني.. ما حدا مقدرني ولا زعلان علي"، إضافةً للتغيير الجذري في شخصيتهم والتي مع تطوّر المرض أصبحت صفاتهم أقرب إلى الكآبة والحزن: " أنا صفيت كأني جبل وهال"، وقد عبّر البعض بشكلٍ محزن عن شوقهم لاستعادة صفاتهم السابقة دلالةً عن عدم مقدرتهم على ذلك: " أنا بشتاق لنفسي القديمة.. كثير اشتقت لحالي زمان، لروحي تبعت زمان، كان عندي حياة.. كنت أسمع أغاني أنطرب، أطلع مشوار أنبسط.. الحين لا، ولا اشي في الدنيا ببسطني".

كما وعبّر بعض المشاركين أن معاناتهم هي قبل المرض بسبب وجود مشاكل عائلية متعددة ووجود مرض نفسي بالأسرة وظهور الاضطراب في عمرٍ مبكّر: " أنا معاناتي من الضغوط من لما كنت صغير بسبب أبوي ومررت أبوي.. أبوي كان يعاملني غير عن اخوتي، وامي تطلقت وأنا عمري 8 سنين... وهاي المشاكل سببت تراكمات"، " المرض عنا وراثي ومن وأنا صغير في ظروف وأنا ما عشت مع أهلي لأنني تربييت بمدرسة داخلية".

4.3 النتائج المرتبطة بالخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان من حيث الأساليب الوالديّة والعلاقات مع الأبناء:

وقد كانت نتائج هذا المحور تشير إلى:

أولاً: الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان من حيث الأساليب الوالديّة:

أظهرت نتائج هذا المحور أنّ طبيعة الأساليب الوالديّة لدى المشاركين تتسم بعدم الاستقرار والثبات، وهذا ما وضّحه المشاركون فيما يتعلّق بتأثر أساليبهم الوالديّة تبعاً لحالة الانتكاسة أو الاستقرار.

■ النتائج المتعلقة بالأساليب الوالديّة في حال الاستقرار:

لقد وصف أكثر المشاركين بأنهم يتساهلون في تعاملهم مع أبنائهم في حال الاستقرار، حيث أشارت مشاركاتهم حول أساليبهم في التربية أنها تخلو من العقاب والقواعد، وقد تقتصر فقط على مشاركة بعض النشاطات الممتعة بالنسبة لهم وللأبناء، ولقد أشار البعض منهم إلى الشعور بعدم الرضا عن هذا النمط والرغبة في تغييره، وأنّ عدم القدرة على تغيير النمط تسبّب شعوراً بالعجز أو التردّد: "أنا كثير متساهلة معهم وهالاشي مش صح، فش نظام" "أنا بحاول أتقرب منهم، بس مش كثير، بحاول أحكي معهم شوي وبتمتّى أصير أكثر، خاصة بنتي الكبيرة وهي بهاي المرحلة انها مراهقة...اللي بيمنعني انه بنضل نحضر وكل حد ع تلفونه، بنضل ملتهيين عن بعض".

ومن خلال ما تطرّق إليه بعض المشاركين تبين أنّهم واجهوا مواقف غير مقبولة من قبل الأبناء نتيجة التساهل، حيث أصبح هنالك انعكاس في الأدوار من خلال تعرّض البعض من المشاركين، آباء وأمهات، من قِبَل الأبناء للضرب أو الشتم أو الصراخ، وهذا سبّب الانزعاج لدى المرضى وزاد من توتّرهم والتردّد في محاسبتهم: "ابني الكبير مرات بيضربني بس بحكيش معه لأنني بديش أكسر هييته"، "ابني هديك المرّة ضربني على ايدي ووجعني، لو تشوفي ايدي من فوق زرقا، وأنا كثير عصبت واجيت على الدكتور وزادلي جرة الدوا بسببه".

وقد قام بعض المشاركين بتوضيح سبب اتّباعهم هذا النمط من التربية أنّه محاولة لتعويض الأبناء عن الأساليب التي تمتاز بالإهمال والعنف وما ينجم عنها من أعراض، وأنّهم يحاولون تجنّب مواجهة الأبناء تحسباً من تجدد التوتّر الناجم عن الانتكاسات السابقة: "من بعد ما استقرّيت أنا بحاول أعوضهم وأصغر الفجوة اللي صارت بيني وبينهم" "في جفا بيني وبين ابني الكبير، فأنا بحاول أضل أنشر على الفيسبوك لحتى أولادي، وهو بالذات، يقرؤوا عن أهميّة الأب ليعرفوا انه الواحد شو ما لف بالدنيا ما حد رح يحبك زي أبوك".

كما أشار بعض المشاركين إلى الإهمال والتجنّب في تربية وتنشئة الأبناء، وقد أكّد بعضهم على أنّ سبب الإهمال هو تجنّب التعلّق بالأبناء نتيجة تطوّر الضلالات المرتبطة بعدم الثقة بشكل كبير ورفض الآخرين له لتشمل الأبناء، إضافةً لتطوّر تأثير الانسحاب الاجتماعي وعدم الرغبة في تحمل المسؤولية: "بقعدش معهم، عملت باب خصوصي لحتىّ إنني لما أروح بلف من بيت الدرج أدخل على غرفة النوم دغري.. بضل ع

تختي والأكل يبجي لعندي وبخليهم يوخذوا راحتهم بالأكل مع أمهم"، "أنا بس بوكل وبشرب وبنام.. ما الي علاقة بأولادي".

وقد عبّر بعض المشاركين عن رضاهم لاستخدامهم الأساليب الإيجابية في التربية وأشاروا إلى وجود توازن في التربية من حيث الحفاظ على علاقة جيّدة مع الأبناء ومشاركتهم الأنشطة الممتعة ومتابعتهم ضمن المحافظة على الحدود: "بتعامل مع أولادي بمزح ومسخرة، كان عندي سيّارة مشطوبة قبل فترة كنت آخذهم وأطششهم فيها.. عند اللزوم يكون حازم معهم، وكثير حريص ع بنتي لأنها كبيرة دايماً بسأل وين راحت وشو سوّت"، "كنت أعامل ابني الكبير بليونة بس من بعد ما صار بدّه يترك المدرسة صرت أشد عليه.. مرات بطلع معه نشتغل بالأرض اللي حوالين الدار وبحكي معه وبشجعه".

أشار بعض المشاركين إلى وجود تنوّع وتضارب في طبيعة التعامل مع الأبناء في بعض الأحيان، كاتّباع أساليب التعامل الجيّد مع الأبناء والمشاركة ولكن مع الحديّة في بعض التعليمات أحياناً أخرى، وكان هنالك تفسير بأن هذه الحديّة هي نتيجة تطوّر بعض الضلالات كالاضطهاد حول احتماليّة الخطف والتعرّض للتحرّش لتشمل الأبناء، أو وجود هلوسات متمثّلة بسماع أصوات أنه سيتم إيذاء الطفل وأخذه مما نجم عن هذه الأعراض الخوف والقلق: "كل وقتنا بنقضيه سوا، بنلعب كل شي عنده كثير ألعاب.. بس ما بخليه يروح يلعب، بخاف انه حدا يضربه أو يخطفه ويتحرّش فيه".

■ النتائج المتعلّقة بالأساليب الوالديّة في حال الانتكاسة:

لقد وصف أكثر المشاركين بأنهم يهملون الأبناء في حال الانتكاسة، وتم تفسير ذلك وفقاً للمشاركات بأنه نتيجة مشاعر الخوف والتوتر الناجمة عن الضلالات والهلوسات والرغبة بالانعزال عن الآخرين: "كنت أضل نايمة وما أشتغل وكان ابني يعيط من حساسية الحفاضة وما أقوم أغيرله" "بس تيجيني الحالة كنت بدني بس أروح عند أهلي وبديش لا أشوف حدا ولا أهتم بحدا وكنت أروح وما أفكر بأولادي".

وقد أشار بعض المشاركين إلى أنهم يتّبعون أسلوب فرض التعليمات بقسوة، ويستدلّ من المشاركات أن هذه الأساليب مرتبطة بالآثار الناجمة عن الأعراض الذهانيّة من ضلالات وهلاوس وما يرافقها من انزعاج وتوتّر وعنف وإيذاء: "كنت أضل أضرب ابني الكبير، وبتذكر كيف انه يكون نايم وأنا آجي أصحيه وأقله قوم قوم، وأخذه معي لنهدّ على الجيران" "لما كانوا يجوا يوكلوا من أكل امهم أمنعهم وأعصب عليهم وأقوم أنا أعملهم بطاطا.. هم كانوا يستغربوا مني ويعيطوا وميفهموش ليش أنا عملت هيك". وقد أشار أحد المشاركين إلى أنه فقد حضانة أبنائه بعد الانتكاسة الثانية وذلك بسبب الضرب، وفي هذا دلالة على حدّة

الأعراض التي تم تقييمها بوجود خطر على الأبناء لاتخاذ قرار نقل الأبناء على مؤسسة رعاية: "الشغلان الللي صارت معي من بعد ما انهدتّ الدار وكيف حياتي كلها زعل خلّنتي أضربهم زمان، وبعدين أخذتهم الشؤون على مؤسسة داخلية".

الاختلاف في الأساليب الوالدية الحالية بعد ظهور الاضطراب:

لقد أشار بعض المشاركين، من مرضى الفصام والاضطرابات المزاجية الذهانية، إلى أن أساليبهم الوالدية اختلفت بشكل كبير من الأساليب الإيجابية إلى الإهمال والتساهل، وسبب الاختلاف هو التغيير الكلي في الأداء الوظيفي والاجتماعي للفرد: "زمان كنت أتدخل بتربية الأولاد وأجيب وأحط.. كنت أضل أخط وأحكي ابني الكبير لازم تكون شخصيته قوية وكنت أضل أؤخذ معاي ليتعرف على الناس ويخالطهم.. هسا فش اشي أسويه، وما بتدخل في تربية الأولاد، مرات بلعب مع الصغار وبحضر مع بناتي مسلسلات تركية".

ومن جانب آخر، أشارت نتائج بعض المشاركين إلى عدم وجود اختلاف فيما بين الأساليب الوالدية الحالية بعد ظهور الاضطراب (دون الانتكاسة) والأساليب السابقة قبل ظهور الاضطراب نتيجة لوجود تشابه في طبيعة الممارسات الوالدية في تنشئة الأبناء: "مش كثير تغيير الوضع من بعد ما مرضت، أنا من قبل بحبش أفعد أدرّس ومش من النوعية الللي بتحب التفاصيل" " أنا عشاني كنت أشغل بمؤسسة نسائية وروضة تعاملت مع أولادي بالللي طلعت فيه من هاي الخبرة.. كنت أعمل أنشطة وأرتب وقتي ووقتهم".

ثانياً: الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان من حيث العلاقات مع الأبناء:

أظهرت نتائج هذا المحور أن الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان المتعلقة بالعلاقات مع الأبناء تتسم بالتفاوت وعدم الثبات وهذا ما وضّحته مشاركات الآباء والأمهات المشاركين في الدراسة في عرضهم لتنوع علاقاتهم من: علاقات جيدة، وعلاقات متوترة، وعلاقات قليلة التفاعل.

لقد أشارت بعض النتائج من خلال وصف بعض المشاركين لعلاقاتهم مع أبنائهم بأنها جيدة، وقد ربط بعض المرضى استقرار العلاقة بالتعامل الجيد مع الأبناء وتلبية احتياجاتهم، خاصة بعد تطوير مهارات التعامل مع الأبناء: " زمان مكنتش قادر أحل مشاكلي مع أولادي، وكان كل شي عندي ضرب وعصبية، بس من 5 سنين تغيرت، هلاً شو ما يصير بعرف انهم صغار وقادر أفهمهم باشيا صغيرة".

وقد تحدّث بعض المرضى عن وجود تأثير إيجابي للمرض في تقوية العلاقة مع الأبناء نتيجة تلقّي الدعم من الأبناء: " المرض قوى علاقتي ببنتي لأنها تحمّلت المسؤولية عني ". وهناك نتائج تشير باستمرار العلاقة

الجيدة ما بين المرضى والأبناء مع وجود تغيّر في طبيعة العلاقة نتيجةً لأعراض الاضطرابات الذهانية، حيث أن الأبناء يتجنبون مشاركة الآباء والأمهات المرضى قضاياهم الخاصة تجنباً لزيادة التوتر والضغط النفسي لديهم: " بناتي بيحوا يحكوا معي بس مش زي قبل، بنحكي بس مش زي ام وبنتها، وهم بطلوا يحكوا معي بمواضيعهم الخاصة وأنا بحبش أسألهم لأنني بعرف إنهم رح يخبوا علي لأنهم بيعرفوا شو نفسيتي وشو أنا".

ومن جانبٍ آخر، عبّر بعض المرضى من خلال مشاركاتهم عن وجود توتّر في العلاقات مع الأبناء وقد فسّروا سبب هذا التوتر بمعايشة الأبناء لآثار الاضطرابات الذهانية وأعراضها، وقد أشار غالبيتهم أنّ التوتر يتركز لدى الأبناء الكبار الذين هم في مرحلة المراهقة: "ابني الكبير مجنني وبضل منكد وطفران مني، ما بيتحملني وما بيتحمل تصرفاتي.. مرات بحكي معه كلام هو بيعتبره مش منيح فيبينجن علي مع إنني بكون أحاول أمزح معه.. وطبعاً أنا بتضايق من هاد الاشئ " "أنا عصبية و ابني تعلم العصبية مني" وقد أشار بعض المرضى إلى وجود أسباب إضافية أخرى لتوتر العلاقة كوجود قضايا مرتبطة بالأبناء أنفسهم: "ابني الكبير من بعد ما اعتقلوه تغيّر لدرجة انه بطل يتحمل مزحى ولا كأنه هو". إضافةً إلى رفض ولوم الأبناء للمريض على المرض " هو بضل يحملني مسؤولية اللي بصير.. بضل يقلي انت اللي بتعملي بحالك هيك، انت اللي بدك توخذي الأدوية وتتعبني حالك نفسياً وتتعبينا". كما أنّ معايشة الأبناء الكبار لانعكاس الأدوار نتيجة معاناة الأم/الأب من آثار الاضطرابات الذهانية قد يزيد من توتّر العلاقة: " هو ابني بيشتغل وبيصرف علي وبجيبلي كل شي بطلبه منه، بس بيضغطني عشانه زلمة الدار بعاملني وبعامل خواته بشكل جامد وصعب".

ومن ناحيةٍ أخرى، أشارت نتائج مشاركات بعض من المشاركين في وصفهم لعلاقاتهم مع أبنائهم بأنها قليلة التفاعل وقد كان تفسير المرضى الذين عبّروا عن هذا النوع من العلاقة هو تجنّب المرضى أنفسهم للتعامل مع الأبناء وإهمال تلبية احتياجاتهم الأساسية: "علاقتي مع أولادي مش قوية، يعني إذا غبت عنهم عادي مش زي علاقة أب بأولاده.. انه إذا غبت عنهم ما بيحوا يسألوا امهم بما وين أبوي وايمتا بيحي.. هاد الاشئ مش موجود"، ويجدر الإشارة أنّه عند مشاركة هذه المعلومات عبّر المشاركين عن الانزعاج لشعورهم بأنهم أقل أهمية بالنسبة لأبنائهم مقارنة بالشريك: " مرتي هي الأم والأب بالنسبة لأولادي، أنا ملغي". كما فسّر بعض المرضى، وعددهم محدود، أن سبب قلة التفاعل مع الأبناء هو فقدان الحضانة: "أنا ما لحقت أربي أولادي، أنا منظوي عن أولادي، زياراتهم بيحوا عندي بس ربع ساعة".

وقد أشارت النتائج بأن الانفصال قد يؤدي إلى انقطاع في العلاقة وقلة في تعامل المرضى مع أبنائهم نتيجة لانتقال عيش الأبناء مع الشريك، وهذا التغيير في العلاقة من علاقة جيدة إلى علاقة قليلة التفاعل يُعد تجربة صعبة على المريض: "ابني الكبير من لما راح مع امه انقطع عني، مع انه علاقتنا كانت قوية ومنيحا، بيجيش يزورني مع اخوته ولا يبكي معي تلفونات".

4.4 النتائج المرتبطة بتأثير الخبرات الوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي أو تراجع الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان:

أولاً: تأثير الخبرات الوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي:

أظهرت نتائج هذا المحور أنّ للخبرات الوالدية الإيجابية تأثير إيجابي على الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان، وهذا ما وضّحته مشاركات الآباء والأمهات المشاركين في الدراسة من حيث: المشاعر الإيجابية المرتبطة بكون المرضى آباء وأمّهات، وأداء الأدوار الاجتماعية والوالدية، الشعور بالفخر بالأبناء وامتعة التربية وتلقي الدعم من الأبناء ، الأبناء محفّز للالتزام بالعلاج.

■ المشاعر الإيجابية المرتبطة بكون المرضى آباء وأمّهات:

وصف كافة المرضى بأنّ كونهم آباء وأمّهات هو شيء مهم وأنه مصدر للسعادة والأمل، وقد عبّر بعض المرضى عن قلقهم عند وجود مشاكل في الإنجاب في أو عند معرفتهم عن الآثار الجانبية لبعض أنواع الأدوية النفسية، وقد أكدّ بعض المرضى على تأييدهم لأهمية أن يكون لدى مرضى الذهان أبناء لمساعدتهم على التحسن: " أنا أول ما بلّش معي المرض خفت انني ما أقدر أجيب أولاد من آثار الدواء، ورحت على الدكتور وطمني، وقتها عرفت انه الأبوة بالنسبة لالي اشي مقدّس وانني بحاجة طفل" " الأولاد هم اللي بيعطوا الأمل، أنا بشوف انه المريض لازم يتجوز ليحبه أولاد لأنهم يساعدوا الواحد انه يتحسن".

■ الشعور بامتعة التربية والفخر وتلقي الدعم من الأبناء:

أشارت نتائج المشاركات من قبل مرضى الذهان في هذه الدراسة أنّ معايشة المواقف اليومية مع الأبناء مصدر مهم للشعور بالمتعة والحب والدعم: "أنا وبنتي كل شي بنعمله مع بعض، وبنروح ع السوق مع بعض، وهديك المرة رحنا ع الصالون وعلنا شعرنا مع بعض"، وقد عبّر المشاركون عن الدور الكبير

للأبناء في تخفيف الضغوطات الحياتية: "ابني اللي عمره 17 سنة بحسه دوا ثاني، اذا شافني قاعدة ز علانة أو زهقانة أو مضايقة ع طول بيحي يقعد معي وبخفف عني هاد الاشئ وبيعطيني أمل". وقد تحدّث بعض المرضى عن أهمية مشاعر والحب في تخفيف الضغوطات لديهم عند عودتهم من المستشفى بعد تلقّيهم للعلاج: "بنتي الكبيرة بس روّحت من المستشفى ركضت علي وبلّشت تبوسني وتحضنني.. كان هاد أحلى شعور بحس فيه".

كما عبّر بعض الآباء والأمهات عن شعورهم بالفخر بالأبناء والرضا عن طبيعة أنماطهم الشخصية العامة، وعلاقة الأخوة مع بعضهم البعض، وعن أداء الأبناء الاجتماعي والأكاديمي: "بحس نفسيتهم منيحة وشخصيتهم حلوة والهم أصحاب وشاطرين... فأنا مبسوفة عليهم".

■ أداء الأدوار الاجتماعية والوالدية:

لقد أشار المرضى إلى أهمية الخبرات الوالدية بما تتضمنه من الشعور بالمسؤولية تجاه تلبية احتياجات الأبناء وتنشئتهم والتخطيط لمستقبلهم في استمرارية وظيفتهم، وقد عبّر المرضى عن شعورهم بالسعادة والرضا والإنجاز والتحفيز عند تحقيق الأهداف وسد الاحتياجات، "أنا بحب أتعب على أولادي وأنا حاطهم بمدرسة خاصة ومستعد أروح أشغل بطولكرم عشانهم" " لما حليت مشكلة الهويات المجهولة ولم الشمل وبلّشت أجهز الدار لابني الكبير حسيت إنني بنجز وارحت، كمان شوي بصير أفكر انه ابني الكبير رح يكبر وأجوزه وأساعده".

■ الأبناء محفز للالتزام بالعلاج والدواء:

أظهرت نتائج أشار إليها بعض المشاركين بأن الأبناء هم المحفّز الأساسي في الاستقرار والاستمرار بالعلاج منذ سنوات، وذلك نتيجة الخوف على الأبناء من آثار معابشتهم لأعراض الاضطرابات الذهانية التي يعاني منها المرضى، ورغبة المرضى في مشاركة الأبناء مناسباتهم ومواقفهم الاجتماعية دون وجود أعراض ذهانية، وطلب الأبناء بشكل مباشر من المرضى بالالتزام بالأدوية وتحمل مسؤولية متابعة الالتزام بالعلاج: "أنا الي 4 سنين مستقر وما بضرب مرتي ولا بمد ايدي عليها بالمرّة.. عشان أولادي، بنتي الكبيرة كبرت وهي بتشوف امها بتضرب وأنا كثير زدت فقلت خلص لازم أدرب حالي والتزمت بالعلاج" "لما دخلت المستشفى آخر مرة وهم عندي تضايقوا كثير، وابني الكبير قلبي خلص فش تقطع الدوا مرة ثانية وبدك تداوم عليه وبدي أعطيك الدوا بايدي.. وفعلاً ساعدني أدوم عليه".

ثانياً: تأثير الخبرات الوالديّة على عدم الاستقرار النفسي:

أظهرت نتائج هذا المحور أنّ للخبرات الوالديّة الصعبة تأثير على عدم الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان من خلال زيادة الضغوطات والتي قد تؤدي إلى انتكاسات، وهذا ما وضّحته مشاركات الآباء والأمهات المشاركين في الدراسة من حيث: انخفاض القدرة على تلبية المتطلّبات الوالديّة، صعوبة التعامل مع الضغوطات والقضايا الخاصة بالأبناء، النظرة السلبية من قِبَل الأبناء، شعور المرضى بالذنب تجاه أبنائهم، وفقدان الحضانة.

■ انخفاض القدرة والمهارات اللازمة لتلبية المتطلّبات الوالديّة:

أشار بعض المرضى إلى انخفاض قدرتهم ومهاراتهم اللازمة لتلبية المتطلّبات الوالديّة نتيجةً لتأثر الوظيفيّة الوالديّة لديهم بترجع استقلاليتهم الاجتماعيّة والوظيفيّة في جوانب الحياة بشكلٍ كبير: " أنا ما بشد المصاري، زوجتي وابني هم اللي ماسكين الدار وأنا فش اشي أسويه"، ولقد عبّر بعض المرضى عن انخفاض المهارات الحياتيّة والتي هي مهمة في متطلّبات الوالديّة، كحل المشكلات واتخاذ القرارات: "مشكلتي إنني بعرفش أقرر صح بعرفش ليش.. يعني مثلاً مرة تمشكلت مع مرتي رحت تأجرت بيت وبعدت عن العيلة والأولاد وصرت أفكر انني أصحاب بنات ع التلفون، مصاحبتش بس انني فكرت، ومش عارف ليش أنا هيك بصير معي"، وقد أضاف البعض على ذلك أن المعاناة من مشكلاتٍ صحيّة قد زادت من حدّة انخفاض الوظيفيّة الوالديّة: "أهم طلبت من القاضي انه تكون حضانة الأولاد الي بس أنا قلت للقاضي إنني ما بقدر بسبب أمراض ثانية كمان لأنه أنا عندي مشكلة صعبة بالمسالك البوليّة ومشاكل بالمعدة وضغط، أنا كنت أتمنى لو انني بقدر أخليهم عندي، طبعاً فش أبو بحب أولاده يعيشوا بعيد عنه، بس بدهم جهد وأنا بقدرش".

■ صعوبة التعامل مع الضغوطات:

أشارت النتائج المتعلّقة بوصف بعض المشاركين عن الضغوطات المختلفة في خبراتهم الوالديّة، فقد حدّد بعض المشاركين عن شعورهم بالضغط النفسي نتيجة طبيعة المهمات والأدوار والمسؤوليات المرتبطة بالوالديّة، وعبّر البعض عن أنهم قد ينفعلون من خلال الضرب والصراخ نتيجة للضغط: "لما مرتي يكون بدها اشي للأولاد انه نشتريلهم أو نطلعهم بتضغطني وبعصب عليها وبضربها.. أنا مش إنسان مؤذي بس لما أنضغط بأذي" "أنا بنضغط من المسؤوليات، كل يوم في شغل وفي مسؤولية وطوش ومشاكل بين الأولاد".

وأظهرت النتائج من خلال حديث بعض المشاركين عن طبيعة الشعور بكثرة الضغوطات والمسؤوليات بأنها تكون مرتفعة نتيجة وجود أبناء ذوي احتياجات خاصة أو ذوي قدرات محدودة، فقد حدّد بعض المشاركون معاناة أحداً/بعضاً من أبنائهم من إعاقات جسدية أو ذهنية أو اضطرابات ذهانية أو أمراض جسمية أو مشاكل في النطق أو قدرات محدودة في التعلّم من قراءة وكتابة: "عندي بنتي الكبيرة عمرها 14 سنة مريضة زي (فصام) لأنه المرض عنا بالعيلة وراثي وكمان اخوة مرتي عيانين، هي بتجيها كثير بيجيها نوبات وبتعصب وامها بتعرفش تتعامل معها فأنا بعرف كيف أهديها، هي بدها حدا يكون رحيم معها... وباجي هان ع العيادة والدكتور بتابعني وبتابعها وبجيبلها دواها" "عندي ابني عمره 14 سنة عنده مشاكل بالنطق والتعلم وبدو كثير متابعة واهتمام".

إضافةً إلى ذلك، تحدّث بعض المشاركون عن حدوث انتكاسات وتفاقم للأعراض نتيجة عدم القدرة على التعامل مع الضغوطات الناجمة عن بعض الأحداث المرتبطة بالأبناء، كالمرض الشديد، انتقال الأبناء للعيش مع الشريك من بعد الانفصال: "بعد ما صارت شغلة انه الاولاد راحوا مع امهم وانه امهم تركتني رجعت دخلت المستشفى من بعد ما كنت مستقر من 4 سنين"، وقد أشار عدد محدود من المرضى أنه تم تعاطي المخدرات لضبط الضغط النفسي "بالفترة اللي مرضوا فيها أولادي التوأم من كتر ما كنت خايف عليهم صرت أحشش لأروق".

كما أن هنالك نتائج أشار إليها عدد محدود من المشاركين أن تراكم الضغوطات الناجمة عن أحداث متتابعة لدى الأبناء، من نتائج الزواج المبكر للفتيات وتعرّض الأبناء للاعتقال من قبل الاحتلال، كانت هي السبب الرئيسي في ظهور الاضطراب الذهاني لأول مرة: "أنا المرض صار معي من ورا كثير أحداث صارت مع أولادي.. زوجت بنتي كثير صغيرة وهاد أصعب اشي ع الأم، لما بنتها تنظم وما تكون قادرة تدافع عن حالها ولا امها قادرة تدافع عنها.. دايماً بلوم حالي ليش ساويت فيها هيك"، "ابني الكبير انسجن ودخل اشي وطلع اشي ثاني... طلع مصدوم ومش طبيعي ودايماً معصب ومش متقلبي من بعد ما كنت أنا روحه.. وهي أخوه اللي أصغر منه اعتقلوه كمان وبضل خايفة يطلع زي أخوه وبضل قلقانة عليه.. أنا ابني لما كان ينزل ع الحارة ممنوع ولازم يضل معي.. فما بالك وهو مع عدو؟"

■ النظرة السلبية من قبل الأبناء:

تحدّث بعض المرضى حول تأثر أبنائهم بسبب ما رافق الاضطرابات الذهانية من أعراض كالعنف والصراخ تجاه الأم والأبناء وإزعاجهم، حيث أصبح الأبناء يشعرون بالخوف ويتجنّبون التعامل مع المرضى، والبعض

قد اعتبر ذلك تعميماً مزعجاً بالنسبة لهم والبعض وصفه بأنه تقليل من احترام أبنائهم لهم: "أنا عمري ما ضربتهم، قبل 3 سنين انتكست وضربت أمهم قدامهم من بعدها صرت أحسهم بخافوا مني .. لما آجي أفلهم اقرؤوا وسمعولي بكونوا حافظين بس من الخوف بصيروا يخربطوا" " أنا بحس ابني لما كبر وشاف نماذج ثانية انه بينظرلي طيب ليش أبوي مش زيهم؟ تخيلي انه مرة حكالي أنا مش عارف كيف بدني أعرفك على الناس اللي يعرفهم وانا بتعرفش تركب كلمتين فوق بعض.. شايعة كيف ذلني؟"

■ الشعور بالذنب تجاه الأبناء:

أشارت النتائج حول تعبير المرضى عن شعورهم بالذنب تجاه أبنائهم نتيجة معاشتهم لآثار الأعراض الذهانية سواء من خلال تأثرهم المباشر بالأعراض، أو تأثرهم بمشاهدتها: "بضلني أفكر بالشغل اللي شافها ابني مني وكيف عانى بسببي". إضافةً للوم بعض المرضى أنفسهم على أساليبهم الوالدية من إهمال للأبناء أو حمايتهم الزائدة: " الكل بقلي انت لازم تطلعيه على الحارة لتتغير شخصيته وانني مش لازم أضل خايعة عليه، يعني معقول هو هيك بسببي؟ "

■ فقدان حضانة الأبناء نتيجة الأعراض:

أظهرت النتائج، وهي لعددٍ محدود من المشاركين، أن إقامة الأبناء في مؤسسات الرعاية يجعلهم يفتقدون أبناءهم ويشعرهم بالبعد والحرمان: FS6: " أولادي كبروا بمؤسسة، وأنا مكننش حبيب أولادي يكونوا بعاد عني وكنت أضل أتمشك مع مرتي انه بديش أولادي يكونوا بعاد عني.. الشؤون أخذتهم مني وكانوا يجوا عندي مرة بالشهر " بننتي عمرها 10 سنين أخذوها وحطوها بمؤسسة وعمرها شهر لليوم... أنا ملحقتش أربي أولادي".

4.5 النتائج المرتبطة بعوامل الدعم والتحديات المرتبطة بالخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

أولاً: تأثير متابعة العلاج على الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

■ تلقى خدمات عيادات الصحة النفسية الحكومية:

كافة المشاركين في الدراسة يتلقون خدمات عيادات الصحة النفسية الحكومية، وهم يتلقون الأدوية والإبر الخاصة بالعلاج النفسي من خلال عيادات المديرية، وهي تُقدّم مجاناً أو بسعر رمزي.

وفيما تركّز عليه نتائج الدراسة من تلقّي لتدخلات وإرشادات نفسية فردية، لقد تحدّث الكثير من المرضى عن تلقّيهم لخدمات فردية من قبل طاقم عيادات الصحة النفسية، وقد وصفها البعض بأنها داعمة وتساوم في تطوير خبراتهم في التعامل مع الاضطرابات الذهانية: "الدكاترة علموني كيف أقدر أتعرّف على الوسوسة وكيف أتعامل معها، وشجّعوني إنني أضل أوخذ الدواء" "الدكتور بيخبرني عن قصتي وبيحكى معي عن حياتي ونفسي والأولاد وبريحي الحكي معه"، والبعض الآخر وصفها بأن الخدمات الفردية جيدة ولكنها عامة: "دايماً بشوف الأخصائية بتسألني عن حالي وعن نومي وعن دواي".

وقد أظهرت بعض النتائج من خلال ما عبّر عنه المشاركون بأنهم لا يتلقون خدمات وإرشادات فردية رغم حاجتهم لخدمات التوعية والدعم والمتابعة: "أنا نفسي حد يحكيلي عن مرضي، الدكتور بدخل عليه بشوف الملف بيكتبلي الدوا وبروح، طيب اسألوني شو بصير معك، أنا كمريض بحتاج حدا يسألني كيف حالك حتى لو إنني مستقر"، وقد فسّر البعض عدم تلقّي الخدمات أنه بسبب اعتمادهم على أقاربهم في جلب الأدوية اللازمة: "أنا أصلاً ما باجي ع الصحة، اخوتي اللي بيجوا، اليوم أنا اجيت بالصدفة".

ومن ناحية النتائج المتعلقة بتلقّي المشاركين لتدخلات وإرشادات نفسية أسرية من قبل عيادات الصحة النفسية المجتمعية، فقد عبّر العديد من المشاركين عن الاستفادة من تلقّي خدمات توعوية في أساليب التعامل مع الأبناء والشريك، أو توعية الشريك في أساليب التعامل مع المريض: "الأخصائيات كثير مناح، بيحكوا معي عن الأشياء اللي بتضايق بناتي وكثير مرات قعدوا مع مرتي"، كما عبّر بعض المشاركين عن الرضا عن تدخل طاقم الصحة النفسية في معالجة القضايا المرتبطة بتوتّر العلاقة مع الشريك والأبناء: "الأخصائيات قعدونا أنا وزوجي مع بعض وحكينا بالمشاكل اللي بتصير، وبس ابني قرر يترك المدرسة اختلفت أنا معه ومع أبوه فحكوا معهم الأخصائيات وهيو كمل تعليمه"؛ وعلى نقض ذلك أشارت بعض النتائج عن عدم الرضا عن تجربة تلقّي خدمات التدخل الأسري: "أنا بأول مشكلتي لما تركوني مرتي واولادي حكيت للأخصائيات شوي عن اللي صار.. بس ما حسيت انه في مساعدة وما لقيت متابعة".

ومن جانب آخر، أشارت النتائج بأن بعض المشاركين لم يتلقوا تدخلات وإرشادات متعلقة بالأسرة، وقد حدّوا حاجتهم لتلقّي الإرشاد النفسي والأسري إضافة لتعلّم أساليب تربية ووالدية جديدة: "نفسى حدا من الأخصائيات أو المؤسسات يحكولي عن كيف أتعامل وأربي ابني".

■ تجارب العلاج في مستشفى الأمراض العقلية:

بيّنت النتائج أنّ ليس كل المشاركين لديهم تجارب إدخال إلى مستشفى الأمراض العقلية، إنما البعض منهم والذين عبّروا عن ارتباط تجارب الإدخال إلى المستشفى بذكريات ومشاعر صعبة بسبب وجود أعراض ذهانية شديدة قبل الإدخال: "اخوتي وعمي ربطوني ببلاستيكات وخطوني بسيارة وودوني على المستشفى.. أنا متذكر كل اشي وكيف ابني الكبير كان شايفني وأنا بهالحالة مع انه هاد الحكي ب 2011".

كما أشارت نتائج حديث كافة المشاركين الذين تلقّوا العلاج في المستشفى إلى معاشتهم خبرات انفصال عن الأسرة والأبناء لتلقّي العلاج والتي ارتبطت بمشاعر اشتياق المرضى لأبنائهم والقلق عليهم: "كنت أشتاق لأولادي وأضل قلقان عليهم عشان وضعهم"، وقد وضّحت نتائج البعض منهم تزامن فترة العلاج مع وجود حاجة للبقاء معهم في ظلّ ظروف صعبة كالحمل ومرضى الأبناء، حيث نجم عن ذلك مشاعر مرتبطة بالقلق والتوتر: " مرة حطولي منوم في الأكل.. (انفعال شديد وبكاء وصوت عالٍ) وانا كان عندي توأم صغار... عيانيين بقلك وغدروني... غدروني وأخذوني على بيت لحم.. والله هاي أصعب اشي... أنا كنت بحاجة لأهم اشي انني اكون جنبهم وجنب امهم العيانة... بقي عندهم فقر دم وبقي دمهم بينقص بعرفش ليش، وودوهم على نابلس وبيتوهم... وانا ببيت لحم وكنت بدي اولادي يا عالم"، " لما دخلت المستشفى أول مرة كنت حامل بينتي، الممرضات اللي غاد كثير مناح والمريضات كمان وداروا بالهم علي، بس أكيد الوحدة بهاي الفترة بتكون بحاجة إنها تضل ببيتها ومع عيلتها".

ولقد عبّر بعض المشاركين بشكلٍ تفصيلي حول تجارب زيارة العائلة للمريض في المستشفى، حيث أنهم أشاروا إلى أن الزيارات كانت تساعدهم على الشعور بالهدوء والاستقرار: " بأول مرة لما اجا جوزي يزورني كنت أصرخ بديش أشوفه لأننا كنا منفصلين، بس أشوفه وهو جايب الاولاد معه كنت أهدي". وقد أشار البعض الآخر منهم إلى عدم وجود زيارات من قبل العائلة إلى المستشفى بسبب بعد المسافة أو بسبب قرار الأطباء بمنع الزيارة لتحفيزهم على استكمال العلاج.

■ أدوية الصحة النفسية:

النتيجة الأهم فيما يتعلّق بالأدوية النفسية أنها تساعد على الاستقرار وضبط الأعراض، والتي أكد عليها كافة المرضى: " الدوا آثاره كثير منيحة.. أنا عادة بعرفش أنام، في دوا بوخذه بالليل بنعسني وبنيمني ونظم نومي"

ومن جانبٍ آخر، عرضت النتائج معاناة بعض المرضى من الآثار الجانبية للأدوية والتي تتمثل بتسبب الكسل الذي بدوره يؤثر على الوظيفية ومستوى الأداء: " صايرة أضل أنام من بعد ما انه مكنتش أنام، مع إنني بحبش أنام خاصة بالنهار، جوزي الصبح بيطلع ع شغله بقدرش أقوم، بكون عندي شغل بالدار بلاقي حالي مش قادر.. دائماً بحاول أحكي مع الدكتور أعطيني أدوية تنشطني وتبسطني". وقد تحدّث البعض عن معارضة الأبناء لكسل الأباء والأمهات بسبب قلة التفاعل معهم في الأنشطة اليومية: "أولادي بضلهم يطلبوا مني يما متناميش، اقعدي معنا، أنا بشرب دوا بنيمني بالنهار، فهم بكونوا يحكولي اقعدي بدنا نشوفك.. بنتي بتضلها تقلي ما تشربي الدوا الأصفر المنوم".

ومن ناحيةٍ أخرى، تطرّق عدد من المشاركين عن وجود تغيّر في المزاج قد لا يكون مقبولاً لدى الأبناء، كالحكم عليهم بأنهم غير مباشرين، وقد عبّر المشاركون عن الانزعاج من هذه النقطة: " مع الأدوية كثير مرات بكون أضحك فأولادي بكون مش عاجبهم.. انه امي صارت وحدة لا مبالية.. فأنا هان صرت بمشكلة".

وأشارت بعض النتائج أن الأدوية تتعارض مع الرضاعة لدى الأمهات، وقد تم التعبير من قبل بعضهنّ عن صعوبة هذه النتيجة وما يرتبط بها من شعورٍ بالذنب: "ابني ما رضع مني، وجوزي كان يضل يقلي ما تضلك تحسي بالذنب في كثير نسوان ما رضعوا أولادهم، مرت أخوي رضعته فترة بس جوزي خلاها توقف لأنه كانت تزيد حالتي".

ثانياً: تأثير الشريك على الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

أظهرت نتائج هذا المحور من خلال ما تطرّق إليه المشاركون أهمية الدور الذي يلعبه الشريك في الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان، حيث أنّه وفقاً لمشاركات المرضى المشاركين في الدراسة أن الشريك قد يلعب دوراً إيجابياً أو سلبياً من حيث: طبيعة الاستقرار في العلاقة الزوجية مع المريض، فهم وتقبّل المرض، تحمّل أدوار جديدة، أساليب تعامل الشريك مع الأبناء في حال استقرار المريض/ة أو الانتكاسة.

أشارت النتائج بأن العلاقة الزوجية المستقرة بين الشريك والمريض تؤثر بشكل إيجابي على خبرات مريض الذهان من خلال ما عبّر عنه بعض المشاركين من تلقّي الدعم والحب والتشجيع في حال الاستقرار والانتكاسة: " زوجي ياريت كل الأزواج مثله، دائماً بساعدني وبدعمني وبشجعني، لما كنت أضل زعلانة كان يحكي معي بشو بفكر ومن شو بخاف ويخفف عني".

ومن ناحيةٍ أخرى، عبّر بعض من المشاركين في وصفهم تأثير التوتّر في العلاقة الزوجية بين الشريك والمريض بأنه يتمثّل بعدم تلقّي الدعم الكافي، التعرض للتعنيف، الشعور بالرفض من قبل الشريك من خلال رفض الإنجاب أو استكمال العلاقة الزوجية لأجل الأبناء نتيجة لظروف اجتماعية، وقد أشار المشاركون إلى أنّ العلاقات المتوتّرة مع الشريك تزيد من الضغوطات لديهم: "مرتي بتضل تحرد وترجع.. تحرد وترجع.. حياتنا هيك.. مرتي خايفة انها تجيب مني كمان أولاد، بتحكي لي انه علاقتها معي مش مستقرّة وهاد الاشئ كثير أثر فيي " " زوجي عصبي.. مرة كنت تاركة زوجي من بعد ما عصب علي وضربني وطلقني، وتركت الدوا بس رحت عند أهلي وبعد ما رجعتله دخلت المستشفى أول مرة"، وتحدّث البعض أن العلاقة مع الشريك ليست جيّدة وأن الأبناء والظروف الاجتماعية هم سبب استمراريّة الزواج "هي لما كانت تقرر تترك الدار أهلها يرفضوا يستقبلوها ويرجعوها.. هي ضايعة عشان الأولاد، وهي بتقلي خليك بحالك بنعيش أنا والأولاد مستورين".

كما وأشارت النتائج من خلال ما وصفه المشاركون إلى أهميّة فهم الشريك للمرض وأساليب مقاومة الأعراض، فلقد أشار الكثير من المرضى إلى دور الشريك في متابعة العلاج من أدوية وتواصل مع عيادات الصحة النفسية ومتابعة طبيعة الأعراض: "لما ما أقدر أنا أجيب الدوا زوجي بجيبي اياه وكثير بيحي معي هون على العيادة ويحكي مع الأخصائية النفسية والاجتماعية"، MB3، رغم النتائج الإيجابية لهذا الدور إلا أنه يجدر الإشارة إلى تعبير بعض المرضى عن توتّرهم تجاه هذا الدور للشريك وذلك نتيجةً لطبيعة الأفكار المرتبطة بالاضطراب من مؤامرة وعدم وجود حاجة للأدوية النفسية: "كانت تحطلي الدوا في العصير لحتى أشربه بدون ما أعرف متخيلة".

وتحدّث بعض المرضى عن تحفيز الشركاء لهم بشكلٍ كبير للاستمرار في العمل والحياة: "مرتي دايماً بتشجعني وبتدعمني وهيها بتخطط لنشترى دار وأرجع أطلع رخصة"، وتحدّث مرضى آخرون عن عدم تشجيع الشريك للمريض للاستمرار في العمل والحياة، وتم تشجيعهم للانعزال عن الآخرين لتجنّب الوصمة المرتبطة بالأعراض الذهانيّة لدى المريض مما أدى إلى تراجع فعلي في وظيفيّة المرضى واستقلاليتهم من بعد ظهور الاضطراب: "مرتي اللي قالتلي خليك بالدار وخلينا هيك مستورين ولا تطلع تعمل مشاكل وأهل الخير بيسترونا".

وقد أشارت النتائج إلى **تحمل الشريك لأدوار جديدة** نتيجة الأعراض والاضطراب، فقد تحدّث بعض المشاركين من الآباء عن تحمّل زوجاتهم لمسؤوليات إدارة الأمور الماليّة والتشبيك مع مصادر الدعم

والمؤسسات، كما أن بعض الزوجات أصبحن يعملن خارج المنزل لمواجهة الصعوبات الاقتصادية الناجمة عن الاضطرابات الذهانية لدى الآباء: "موضوع التأمين والشؤون والإعفاء من دخوليات المدارس كله هي عملته" "هي صارت تشتغل بمدرسة لتساعد بالدار وتصرف". أما بالنسبة للأمهات المريضات بالذهان، فقد تولّى الأزواج مسؤوليات تقديم الرعاية والاهتمام بالمنزل: "زوجي كان هو اللي يدير باله ع الاولاد وينضف البيت لما كنت مكتئبة".

وقد تحدّث بعض المرضى عن أهمية أساليب تعامل الشريك مع الأبناء خلال فترات الانتكاسة المرضية، وأشارت النتائج إلى أن لحماية الشريك للأبناء من الانتكاسات المرضية مساهمة كبيرة في الحد من تأثر الأبناء بحالة الأم/ الأب وأعراضهم الذهانية، وذلك من خلال التنبؤ ببداية ظهور الأعراض وطلب المساعدة من العائلة الممتدة والمحيط وتوفير الظروف الملائمة للأبناء إلى حين استعادة الاستقرار: "لما كنت أنتكس كنت أفوت على المستشفى وأرجع عادي، أهمهم كانت قادرة تدير الأمور وتنظم كل شي وما تخليهم يلاحظوا". إضافة إلى أهمية تقديم الشريك معلومات للأبناء حول الاضطرابات الذهانية لدى الآباء والأمهات في ظل عدم قدرة المرضى أنفسهم على ذلك، مما يساهم في تفهم الأبناء للمرضى وتقبّلهم: "لما كنت أضل بالتخت كانت تحكي لأولاد انني مريض وكيف لازم يتعاملوا معي ويبعدوا عني لأتحسن".

وعن أساليب تعامل الشريك مع الأبناء خلال فترات الاستقرار لدى المريض/ة، أشارت النتائج المرتبطة بما شاركه بعض المرضى في هذه الدراسة أن هنالك أساليب تربوية يتبعها الشركاء تؤثر إيجابياً على الخبرات الوالدية من خلال المشاركة واتباع الأساليب الديمقراطية للملائمة للوالدين والأبناء، وتحقيق التكامل في ظل معاناة أحد الوالدين من اضطرابات ذهانية: "أنا متفق معها انها تشوف دايماً أيش احتياجاتهم أيش مشاكلهم وتقعدهم معهم وتيجي تحكي لي" "زوجي عكسي هو حدا منظم فمرات بساعد بإنه يدير أمور الأولاد".

ومن جانب آخر، تحدّث بعض المشاركين حول عدم رضاهم عن أساليب معاملة الشريك للأبناء كونها متساهلة في ظل التساهل لدى المرضى أنفسهم مما يزيد من آثار هذا النمط على الأبناء: "زوجي كثير مدلل أولادي.. لما ابني ضربني على ايدي ووجعني قلت لزوجي يا أنا يا هو بالدار بس هو عادي كان بالنسبة له.. وكم ان لما اجا ابني بدو يترك المدرسة زوجي وافق وحكاه آه اترك بس أنا ما خليتته"، أو إهمالهم لاحتياجات الأبناء في ظل حاجة الأبناء لدعم أكبر بسبب أعراض الاضطرابات الذهانية لدى الأب/ الأم: "مرتي كانت تطلع والأولاد نايمين وأصحي ألقاهم لحالهم حتى وأنا مريض... وبالمحكمة طلبت من القاضي انه حضانة الأولاد تكون الي وهي عارفة انني بقدرش أقوم فيهم وأصاهم"، إضافة لفرض السلطة ووجود الكثير من

القوانين والتعليمات المفروضة على المرضى أيضاً من قبل الشريك أو ضرب الشريك للأبناء: " زوجي صعب وبجيبنا الاكتئاب الي ولأولادي كل شي عنده ممنوع ممنوع خانقنا.. دائماً بدّه قرآن، هو مش غلط.. بس في شوية انه الحياة مش كلها قراءة قرآن وتسبيح".

وقد أشارت النتائج المتعلقة بحديث بعض المشاركين عن دور الشريك الهام في تعزيز العلاقة الإيجابية بينهم وبين الأبناء، لتخفيف تأثير الأبناء بمعايشة الأعراض الذهانية ولتعزيز اندماج المرضى مع أبنائهم وزيادة شعورهم بالمتعة والدعم والحب من خلال ممارسة الأنشطة: "مرتي كويسة ودائماً بتخلينا نقعد مع بعض ونساوي أشياء بالمطبخ.. هذيك المرة ساوينا كيك وبعدها قعدنا كلنا وحضرنا توم وجيري".

ثالثاً: أثر المحيط على الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

أظهرت نتائج هذا المحور من خلال ما تطرّق إليه المشاركون أن للمحيط تأثير على مرضى الذهان وخبراتهم الوالدية من خلال الأقارب والمجتمع والمؤسسات ، حيث أنه وفقاً لمشاركات المرضى المشاركين في الدراسة أن المحيط يشكل مصدر دعم لمرضى الذهان من خلال متابعتهم هم وأبنائهم والتفاعل معهم، كما أنه يشكل مصدر تحديات أيضاً من خلال عدم توفر الدعم الكافي والتعرض للاستغلال والوصمة.

■ العائلة الممتدة:

أشارت النتائج إلى الدور الهام لأفراد العائلة الممتدة، خاصة والدي مرضى الذهان وإخوانهم، فقد تحدّث بعض المشاركين عن دور العائلة في متابعة علاج المريض وتحفيزه على الالتزام به، ومحاولة تعزيز علاقاتهم مع الشريك: "أنا بشرب الدوا مرضاة لأبوي" "أنا ما باجي على العيادة هان بس أبوي وأخوتي هم اللي بجيبولي الدوا".

كما وصف بعض المرضى المشاركين الدور الهام الذي تقوم به العائلة الممتدة في حماية الأبناء من آثار أعراض الاضطرابات الذهانية عند الانتكاسة وتوفير الرعاية لهم، وحدد المشاركون ذلك من خلال أن العائلة الممتدة تستقبل المريض نفسه في منزل العائلة إلى حين الاستقرار: "أنا اجتني الحالة مرتين وبالمرتين بصيبي خوف وبصير بدي أروح عند أهلي.. وكنت أروح عند أهلي وألتهي بحالي"، أو من خلال انتقال الأبناء للإقامة لدى العائلة الممتدة عند تعرض الأب/ الأم إلى الانتكاسة مع توفير ظروف مناسبة لهم: "أنا لما أكون مضغوط ومعصب بزلوش عندي الأولاد بيجي عمهم الكبير وبيوخذهم عنده وبيبسطهم وبيقعدوا عنده

4 أيام"، أو من خلال تقديم الرعاية والمساعدة والدعم للمريضة والأبناء دون مغادرة أحدهم للمنزل: "خواتي واخوتي ومررت أخوي كانوا يضلوا يجوا عندي وينضفولي ويطبخولي ويخبزولي".

ومن ناحية أخرى، تحدّث بعض المرضى عن وجود تحديات مرتبطة بالعائلة الممتدة، كوجود مرض نفسي وراثي في العائلة: "أنا عشت بمدرسة داخلية عشان ظروف انه المرض بالعيلة عنّا وراثي، ومرتي كمان المرض عندهم وراثي واخوتها مرضى نفسيين، فما حدا بيسأل عنا"، التفكك الأسري في العائلة الممتدة: "أبوي ومرته من زمان مش كويسين معي ومرت أبوي كانلها كثير تأثير لحتى مرتي طلبت الطلاق.. امي متجوزة من لما كنت صغير بتحكي معي على التلفون.. بزورها مرة كل شهرين"، وجود وصمة من قبل العائلة الممتدة على آثار المرض والعلاج النفسي: "اخوتي وامي بيعرفوا انه صار معي حالة بس بحاول أتجنب نحكي عنها ما بيعرفوا إنني لسا بوخذ دوا وبيعرفوش إنني براجع الدكتور وعضلوا يحكولي توخذيش دوا فش داعي توخذي دوا"، بالإضافة إلى السكن خارج نطاق إقامة العائلة الممتدة وافتقاد تلقي الدعم منهم: "أنا اخوتي وأهلي كلهم بأمریکا ما الي قرايب هان وهاي مشكلة كبيرة".

■ الأصدقاء:

أشارت النتائج من خلال مشاركات بعض المرضى في هذه الدراسة أن الأصدقاء مصدر دعم مهم من خلال تقديم الدعم النفسي لهم، خاصة عند التعرّض لأحداث حياتية صعبة، إضافة لتحفيز الأصدقاء للمرضى على ممارسة الأنشطة الهادفة التي تساهم في مقاومة الأعراض والحفاظ على الأداء الوظيفي والاجتماعي: "أصحابي من بعد ما مررتي تركتني صاروا يجتمعوا معي كل ليلة وبنكون نلعب شدة ونسهر ونمزح".

وقد أشارت بعض النتائج التي عبر عنها عدد من المشاركين أن دور الأصدقاء في تقديم المساعدة هو داعم لهم ولأبنائهم، وذلك إما من خلال الهدايا التي يحتاجها الأبناء، وتقديم الرعاية للأبناء عند الانتكاسة: "في عنا كمبيوتر بيدرسوا عليه أولادي صاحبي جابلي إياه، وقد ظهرت نتائج مختلفة عن هذه النتيجة، فقد أشار عدد من المشاركين بأن تدخل الأصدقاء والجيران في تقديم الرعاية يخترق خصوصية الأسرة ويشكل انزعاجاً لأفرادها: " الجارات كانوا يجوا يزوروني ويجوا بدهم يساعدوني وأنا كنت أؤخذ إبر وأصيح ويشوفوني.. بالأخر زوجي منع أي حد يجي عندي".

وأظهرت بعض النتائج لبعض المشاركين بأنّ الأصدقاء قد يشكّلون تحدياً لمرضى الذهان من خلال استغلال ضغوطاتهم الوالدية والاقتصادية، وهذا يفاقم من الأعراض كاللجوء إلى تعاطي المخدرات والخسارات المادية بالإضافة إلى زيادة حدة الأفكار المرتبطة بعدم الثقة عند وجود تعلّق لدى المريض بالأصدقاء: "أنا

أصحابي بيستغلوا طبييتي وبعدوا عني وبس للمصلحة (المريض متأثر جداً بالأصدقاء مما زاد من حدة أفكاره السلبية تجاه الآخرين حتى الأبناء: أنا من بعد اللي صار معي وانه أصحابي بس عرفوا إنني مش رح أفيدهم تركوني وراحوا بدي أتوقع من أطفاله هذول بس يكبروا انهم رح يفيدوني.. مش متوقع.. ما ببني جسور عليهم.. أنا بدي أضل مستقل عنهم وبديش أبني أمل على أي إنسان)".

■ المجتمع المحيط:

تحدّث بعض المشاركين في الدراسة عن الاستفادة من تلقّي المساعدات الخيريّة من المجتمع في مواجهة الصعوبات الاقتصادية الناجمة عن عدم الاستقرار الوظيفي أو عدم الاستقلالية، وقد عبّر عدد من المشاركين بأن تلقي المساعدات الخيريّة بشكلٍ مستمرّ ساهم في استمرارية توقّهم عن العمل رغم استعادة الاستقرار بعد الانتكاسة التي أدت إلى ذلك: "أنا وقفت الشغل لأنه الدوا اللي كنت أؤخذه كان ثقيل ويخليني أدّوس، بعدها الناس وقفوا معي وأهل الخير دائماً بيتفقّدونا فتعودت انه ما أشتغل ويكون في مصاري".

وأظهرت النتائج أنّ عدد كبير من المشاركين قد تعرّضوا للوصمة التي أدت إلى تغيير مكان السكن بسبب التأثير الكبير للوصمة في زيادة الضغوطات: "في من الناس بسمعوني كلام.. وأنا بفور وبنجن وبيستقزني الكلام.. هم مرضى أزود مني هدول.. وقرابي اللي بعايروني أصلاً رحلت وبعدت عنهم".

ومن ناحية أخرى، أشار بعض المشاركين إلى تعرّض الأبناء أنفسهم مباشرة للوصمة المرتبطة بكونهم أبناء لمرضى ذهان والتي تسبّب الشعور بالخجل والإحراج لديهم: "الناس بتحكي عني ويمكن بناتي بيستحوا من هالاشي". إضافةً لإشارة عدد من المشاركين أن الوصمة مرتبطة تجاه الأعراض التي ظهرت للمجتمع، دون إشارة للمجتمع للمرض: "حالتي معروفة للناس انني مريض وعن ابني انه ابن لمريض لأنني كنت أهدع الجيران وكنت أغضب ابني يروح معي".

ولقد عبّر عدد من المرضى عن قلقهم ومخاوفهم من تأثر الأبناء بالوصمة، من ناحية تأثر زواجهم بالمرض أو وصف الأبناء بأنهم مرضى؛ لذا فإن المرضى يحاولون إخفاء مرضهم النفسي عن الآخرين: "بنتي توجيبي وخاطبة، وخطيبها بيعرفش انني مريضة وبوخذ دوا نفسي.. ولما شاف انتكاستي آخر مرة فكر انه بس حالة صدمة من وفاة أختي".

■ المؤسسات المجتمعية:

حدّد المشاركون في هذه الدراسة طبيعة الخدمات التي يتلقونها من قبل المؤسسات المجتمعية، وتمثّلت النتائج بأن كافة المشاركين يتلقون خدمة التأمين الصحي الحكومي التي تساهم في توفير خدمات العلاج النفسي مجاناً مقارنةً بالعيادات الخاصة والصيدليات الخارجية التي هي أكثر تكلفة، إضافةً إلى تلقي بعض المشاركين لخدمات مالية من الشؤون الاجتماعية بمقدار 750 شيكل كل 3 أشهر، وقد عبّر المشاركون أنّ المبلغ غير كافٍ، وتحدّث عدد منهم عن عدم تلقي هذه الخدمة التي قد تساهم في سد بعض الاحتياجات: "لو انه الشؤون يساعدوني.. ما بيعطوني الـ 750 شيكل اللي لكل 3 أشهر، ولو يساعدوني أنا حالتي النفسية برضو بتتحسن".

كما أنه يتلقى المرضى الذين يقنطون في المخيمات خدمات وكالة الغوث وخدمات إنشائية من مؤسسات دولية والتي ساهمت في التمكين الاقتصادي لهم: "مرة اجت عندي مؤسسة كندية وفتحولي محل وجابولي عدة وحولناه أنا وأخوي محل تصليح سيارات" "الوكالة ساعدتني بإنني أبني دار مأسسة من أولها لآخرها، والبنا كان منيح ويحمل فبنيت فوقها الطابق الأول والثاني".

وتلقى عدد من المشاركين خدمات تأهيل وتمكين التي ساهمت في تطور المهارات والاستقرار والأداء الوظيفي لدى المرضى: "أخذت مع مؤسسات دورة كوافيرة ودورة خياطة".

تحدّث عدد من المشاركين عن تلقيهم هم وأفراد أسرهم خدمات إرشاد نفسي من قبل مؤسسات غير حكومية، وعبّروا عن الاستفادة منها ومساهمتها في تخفيف الضغط النفسي عند الالتزام بالجلسات ومتابعتها، "كنت أشوف أخصائية بمركز الإرشاد الفلسطيني كانت تتابعني وتعملي جلسات وكنت أحكي عن مشاكلي والضغوطات والله واستقدت بس ما بعرف ليه ما كملت". وأشار عدد من المشاركين عن رغبتهم بتلقي خدمات إرشاد نفسي من قبل المؤسسات ولكنهم يفتقدون المعلومات حول عناوين المؤسسات وآلية التقدم لتلقي خدماتها: "جوزي قبل فترة قلّي روجي ع مؤسسة وأنا كمان بفكر انه لازمني أحكي وأفضلض، بس ما بعرف وين وكيف". وهناك نتائج تبعاً لوصف المشاركين عن امتناعهم لتلقي خدمات إرشاد نفسي من قبل المؤسسات خوفاً من الوصمة: "أنا فكرت أروح على مؤسسة بس ما جربت بلاش الناس تعرف عني وتستغرب وتعلق".

وعن النتائج المرتبطة بمدارس الأبناء، فقد تحدّث بعض المشاركين عن حصولهم على إعفاء من دفع الأقساط المدرسية بسبب مرضهم، أما بالنسبة للخدمات التي يتلقاها الأبناء من خلال الإرشاد التربوي فقد أشار عدد من المشاركين إلى عدم وجود خدمة إرشاد تربوي في مدارس أبنائهم عند توجيههم لطلب المساعدة منهم: " مرة ابني روح يعيط لأنه الأولاد ضار بينه ومعجبين عليه، لما رحنت ع المدرسة ما لقيت عندهم مرشد"،

وأشارت النتائج إلى عدم وجود متابعة كافية للأبناء من قبل الإرشاد التربوي من بعد طلب المساعدة "مرة رحت ع المدرسة عشان بنتي اللي عمرها 12 سنة، وحكيت مع المرشدة لتساعدنا عشان بضلها منعزلة وز علانة وع التلفون.. بس ما شفت انه في متابعة".

إضافةً لذلك، يتلقى أبناء بعض المشاركين خدمات من مؤسسات اجتماعية كمؤسسات رعاية وعناية لذوي الإعاقة، مؤسسات لعلاج النطق، جمعيات لرعاية الأيتام.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

5.1 المقدمة

5.2 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول

5.3 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني

5.4 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث

5.5 مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع

5.6 الخلاصة

5.7 التوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

5.1 المقدمة:

بناءً على ما تمّ عرضه في الفصل الرابع الذي شمل تحليل النتائج المرتبطة بأسئلة الدراسة الأربعة المرتبطة بطبيعة الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسيّة الحكوميّة في الضفة الغربيّة، قامت الباحثة في هذا الفصل بمناقشة نتائج الدراسة اعتماداً على المادة النظريّة والدراسات السابقة، إضافةً لذلك احتوى هذا الفصل على مجموعةٍ من التوصيات التي تم الخروج بها اعتماداً على النتائج.

فيما يلي عرض لمناقشة النتائج:

5.2 النتائج المتعلقة بخبرات مرضى الذهان اتجاه الاضطراب من حيث طبيعة المصاعب الحياتيّة:

نتائج هذا المحور مرتبطة في خبرات مريض الذهان الحياتيّة، بما تشمله من الجوانب المختلفة، في حالة الاستقرار ليس الانتكاسة.

إن مقاومة مرضى الذهان لأعراض المرض الذهاني والاستمرار في الأداء الوظيفي والاجتماعي داخل وخارج الأسرة يرتبط بشكلٍ كبير بالالتزام بالأدوية وذلك يتوافق مع ما ورد في مقالة (WHO,2019) بأن السيطرة على أعراض الذهان والمحافظة على الاستقرار تتم من خلال الأدوية المضادة للذهان.

إن التغيير الجزئي في الاستقلاليّة يرتبط بالظروف المحيطة ومدى الاستقرار، ويرتبط التغيير الكلي في الوظيفيّة والاستقلاليّة باستمرارية نمط قد نشأ فترة الانتكاسة أو بداية التعافي منها، وهذا ما تطرقت إليه نظريّة التعلم الاجتماعي حول الانسحاب من الدور الاجتماعي لحماية الذات من التوقعات والمطالب الاجتماعيّة. وعلى صعيدي التغيير الجزئي والكلي، يشكّل خبرات صعبة ومؤلمة بالنسبة لمرضى الذهان خاصة عند مقارنة واقع استقلاليّتهم الحالي بعد الاضطراب باستقلاليّتهم قبل الاضطراب.

يعدّ بند الاستقرار في العمل وتحقيق الاستقرار المالي للأسرة بنداً هاماً بالنسبة للآباء لارتباط دورهم الاجتماعي في العمل وتحقيق الاستقرار الاقتصادي للأسرة، حيث أنّ ظهور بعض الأعراض السلبية والإيجابية للذهان خلال العمل قد تؤدي إلى فصل المرضى عن عملهم ومواجهة صعوبة في إيجاد عملٍ آخر، إضافة لعدم وجود عمل ثابت والتعرّض لمواقف استغلال اقتصادي في حال معرفة أصحاب العمل عن مرض الذهان لدى الفرد، ونتيجةً للنتائج السابقة فإن تأثير العمل بالاضطراب يسبب صعوبات في إعالة الأسرة من النواحي المادية والاقتصادية، ويساهم عدم تأثير العمل بالاضطراب الذهاني بتفادي بعض الضغوطات الاقتصادية للأسرة، وتتوافق نتيجة تأثير الاضطراب الذهاني على فقدان العمل والاستقلال الاقتصادي مع نتائج كل من دراسة (Thomas, et al., 2017) ودراسة (Evenson,2004).

يتأثر مرضى الذهان بشكلٍ كبيرٍ على الصعيد الاجتماعي حيث أنّ التراجع في التفاعل مع الآخرين بعد ظهور الاضطراب الذهاني يرتبط بشعور المرضى بعدم ارتياح الآخرين لهم ولعائلاتهم أو التعرّض للنقد والاستهزاء من قبل الآخرين، ويرتبط هذا بما عرضته دراسة (Evenson,2004) حول تأثير طبيعة الحياة الاجتماعية لمرضى الذهان بالعزلة نتيجة الشعور بتدني تقدير الذات وهذا يضعف مهارات التكيف لديهم كأفراد ووالدين.

وإن محافظة مرضى الذهان على استقرار مستوى الحياة الاجتماعية يرتبط بمقاومة نتائج المرض ومحاولة تعزيز الثقة بالنفس وتطوير القدرات لإيجاد خبرات تمتاز بالإيجابية على المستوى الفردي والأسري.

يساهم فهم طبيعة المرض الذهاني وتقبله في زيادة الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان ويحفّزهم على تطوير القدرات والمهارات للسيطرة على نقاط الضعف الناجمة عن المرض وتحويلها إلى نقاط قوّة. وعلى عكس ذلك، فقد يجد مرضى الذهان أن حياتهم أصبحت أكثر صعوبة وحزناً، وذلك بسبب سيطرة تأثير أعراض المرض على نقاط القوّة التي كانت لديهم قبل المرض، واستمرّت نقاط الضعف، وحتى في حال الاستقرار وجودة الحياة.

وأظهرت بعض النتائج أن معاناة مرضى الذهان من تجارب أسرية صعبة في الطفولة تعدّ استمرارية لمعاناة الطفولة، وهذا ما عرضته نتائج دراسة (Evenson,2004) أيضاً.

تفسّر نظرية التعلّم الاجتماعي هذه النتائج، حيث أنها تركز على مريض الذهان ودفاعيته بشكلٍ كبير في تنظيم أنماطه السلوكية واستجاباته تبعاً للمحفزات والمعززات الإيجابية أو السلبية. ويتم تحديد الأداء الوظيفي لمريض الذهان واستقلاليته في الجوانب المختلفة من خلال كفاءاته الذاتية في التفاعل مع الآخرين والمحيط

والقدرة على ممارسة الأدوار والانسجام في البيئة الاجتماعية، ومستوى الدافعية في تطوير المهارات الحياتية والسعي (Neurosci,2012).

ويمكن الاستدلال من خلال نموذج Minuchin بأن قدرة مريض الذهان كعضو أساسي في نظام الأسرة على التكيف يساعد الأسرة أيضاً على التكيف والتنظيم الذاتي، أما عدم القدرة على التكيف فإنها تسبب مشكلات قد تتزايد مع الوقت وتتسع لتشمل نظام الأسرة بأكمله. كما أن للنظم الخارجية المحيطة بالأسرة دور في طبيعة الاستقلالية والوظيفية لمرضى الذهان على المستوى النفسي والاجتماعي والاقتصادي (Kerig,2011).

5.3 النتائج المتعلقة بالخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان من حيث الأساليب الوالدية والعلاقات مع الأبناء:

أولاً: مناقشة نتائج الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان من حيث الأساليب الوالدية:

أشارت نتائج هذا المحور إلى تغيير الأساليب الوالدية وفقاً للأعراض الذهانية من حيث الاستقرار أو عدمه، مما جعل خبراتهم الوالدية تنصف بعدم الاستقرار وعدم الثبات.

التساهل مع الأبناء في حال الاستقرار لدى مرضى الذهان دون وضع قواعد أو حدود تسبب مشاكل للمرضى مع الأبناء وتطور المشاكل السلوكية لدى الأبناء تجاه الآباء والأمهات المرضى. ويمكن تفسير ذلك بضعف وتراجع المهارات الحياتية لدى مرضى الذهان وعدم قدرتهم على استعادة التوازن في الحياة بشكل عام ومع الأبناء بشكل خاص نتيجة لخبرات الانتكاسة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Engur,2017) والتي بينت أن الأنماط الوالدية لمرضى الذهان تمتاز بفوضى الإدارة وتناقض التواصل وأن المشاركين أنفسهم يعانون من أنماطهم الوالدية وهم غير قادرين على التعامل مع نتائج التساهل.

وبالنسبة لإهمال مرضى الذهان لأبنائهم في حال الاستقرار، والذي يمتاز بالتجنب وقلة التفاعل ما بين الوالدين والأبناء، فهو يُعتبر نتيجة لاستمرارية الآثار السلبية للأعراض بالانعزال عن الآخرين وحتى الأبناء بشكل كبير. وكذلك الأمر بالنسبة لوجود سمات النمط الحاد والتي تعود لاستمرارية الآثار السلبية لأعراض الذهان أيضاً.

كما أنّ وجود الأساليب الإيجابية لدى مرضى الذهان في التعامل مع الأبناء يساهم في تحقيق التوازن في العلاقة لدى الوالدين والآباء، وترتبط هذه النتيجة بمقاومة مرضى الذهان لأثر اضطراب الذهان وسعيهم لتطوير المهارات الوالدية.

أما الأساليب الوالديّة السائدة لدى مرضى الذهان في حال الانتكاسة فهي تتنوّع ما بين الإهمال نتيجةً لأعراض الذهان وما يرتبط بها من خوف وتوتّر ورغبة في الانعزال عن الآخرين، إضافةً للأساليب التي تمتاز بالحدّة والعنف النفسي أو الجسدي نتيجة حدّة الضلالات والهوسات التي يعاني منها مرضى الذهان وقناعتهم الشديدة بأنها واقع ومحاولتهم فرضها على الأبناء.

بالنسبة لاستخدام أساليب مشاركة الأبناء المعلومات في حال ظهور الأعراض أو الانتكاسة من خلال إعطاء التوجيهات للأبناء بضرورة الابتعاد مرتبط بتطوير مهارات المشاركين وتدريبهم على أساليب التعرّف على بدايات الأعراض والتعامل معها.

وتتفق نتائج هذا المحور مع نتائج دراسة (Strand,et al., 2019) التي أشارت إلى أن مرضى الذهان يعانون من صعوبة الحفاظ على النظام والاستقرار في تنشئة الطفل وفي النظام الأسري بسبب الأعراض والانتكاسات، وهم لا يستطيعون تقديم المعلومات لأبنائهم والحديث معهم عن المرض رغم حاجتهم لذلك خاصة قبل وأثناء وبعد الانتكاسة.

إضافةً لاتفاق النتائج مع ما تضمّنته دراسة (Appaspour,et al., 2021) التي أظهرت بأن الأنماط الوالديّة لدى مرضى الذهان غير فعّالة وأنّ الأساليب الغير مثاليّة ترتبط بأعراض الفصام وثنائي القطب والاكتئاب الذهاني. وأنّ هذه الأنماط تمتاز بانخفاض الحماية وتقديم الرعاية، وعدم القدرة على السيطرة على سلوك الطفل وهذا بدوره يؤدّي إلى معاشة الأبناء خبرات سلبية يكون لها أثر لاحق على العلاقات الوالديّة.

وفيما يتعلّق بحدوث تغيير على الأساليب الوالديّة بعد ظهور الاضطراب فهذا يتفق مع نتائج دراسة (Obaid,2013) التي أشارت إلى أن أنماط الأم والأب في التعامل مع الأبناء تتسم بالتغيير بعد ظهور الاضطراب.

وتفسّر نظريّة التعلّم الاجتماعي لممارسات مرضى الذهان السلوكيّة في تعاملهم مع الأبناء بأنهم يؤثرون ويتأثرون بمستوى الوظيفيّة في عمليّة التنشئة والتربية من خلال ممارسة الأدوار الوالديّة أو تجنبها، وإن النظرة الذاتيّة لأنفسهم كوالدين ودافعيتهم المرتبطة بتطويرها أو عدم تطويرها تحدّد أساليبهم في التعامل مع الأبناء وطبيعة مواجهة تحديات التنشئة (Neurosci,2012).

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان من حيث العلاقات مع الأبناء:

إن وجود علاقاتٍ جيّدة لمرضى الذهان مع الأبناء يرتبط بتعامل المرضى الجيّد معهم وتلبية احتياجاتهم وتطوير المهارات التربويّة لديهم، وهذا النوع من التعامل يحافظ على الاستقرار، وإن كان هناك عوائق، كانتقال الأبناء للعيش مع الشريك بسبب الانفصال، ويمكن أن يتزامن المرور بتجربة الانتكاسة وظهور أعراض الاضطراب بتلقّي الدعم من الأبناء مما يساهم في تقوية العلاقة لاحقاً، كما أن العلاقة الجيّدة مع الأبناء قد تستمرّ ولكن مع حدوث بعض التغيّرات كتجنّب مشاركة الأبناء للأمهات والآباء المرضى بعض قضاياهم الخاصة خوفاً من زيادة الانفعالات لديهم. تتفق هذه النتيجة مع ما عرضته نتائج دراسة (Wiegand-Grefe, et al., 2019) التي بيّنت أن استقرار العلاقة بين مرضى الذهان والأبناء ترتبط بالأداء الوظيفي الجيّد للوالدين.

وإن التوتر في علاقات مرضى الذهان مع أبنائهم ترتبط بمعايشة الأبناء لآثار الاضطرابات الذهانيّة وأعراضها وتأثر الأبناء بها، وهذا ما يتفق مع ما أشارت إليه دراسة (Appaspour, et al., 2021) بأن خبرات الأبناء الناجمة عن معايشة أنماط والديّة سلبية وصعبة لها أثر لاحق على العلاقات الوالدية. كما أن هنالك توتّرات تزداد مع دخول الأبناء مرحلة المراهقة وتولّيهم العمل ومسؤولية الإنفاق على الأسرة، أو تعرّض الأبناء لآثار تجارب صعبة كالاعتقال تؤثر في معاملتهم للأب أو الأب المرضي، أو رفض الأبناء للاضطراب الذهاني لدى أحد الوالدين ولومهم على المرض والعلاج النفسي، وهذا ما أشار إليه نموذج Munichin حول ارتباط خبرات مريض الذهان بنظام الأسرة بمرحلة المراهقة وما ينجم عنها من صراع وتوتر التي تحتاج الكفاءة لدى المريض كأب/ أم لحلّها والحد من تطوّرها، إضافةً لتأثر مريض الذهان كجزء من النظام الأسري بالآثار الناجمة عن مرور أحد الأفراد أو الأبناء بتجارب صعبة (Pardeck, 1989).

العلاقات التي تمتاز بقلة التفاعل ما بين مرضى الذهان والأبناء ترتبط بأنماط والديّة تتسم بالتجنّب وإهمال تلبية احتياجات الأبناء الأساسية، وإنّ تزامن هذا النوع من العلاقة مع الأبناء مع وجود علاقات إيجابيّة للأبناء مع الشريك تسبب لهم مشاعر الانزعاج والغيرة. وقد تتحوّل العلاقات لمرضى الذهان من شكل علاقة إلى آخر نتيجة عدم الاستقرار، كتحوّل العلاقة من مستقرة إلى قليلة التفاعل نتيجة انفصال الوالدين. وقد تطرّقت نتائج دراسة (Napier, 1990) بأن اللاوظيفية الوالدية الناجمة عن الاضطرابات تتمثّل خصائصها بعدم

التعاطف مع الأبناء وتفهمهم والتعايش مع الآثار والعلاقات الناجمة واعتبار أن الوضع الأسري طبيعي رغم عدم قدرة المرضى على التواصل مع الأبناء ومناقشة قضاياهم، وشعور الأطفال بعدم الأمان.

نظرية التعلق فسرت طبيعة العلاقات الوالدية بين مرضى الذهان والأبناء، حيث أن كل من المرضى والأبناء يواجهون مشكلات في العلاقة الوالدية ويكون التعلق غير آمن نتيجة قلة التفاعل والاستجابة وسيادة أنماط الإهمال والاستبداد فتتطور لدى الأبناء مشاعر عدم الأمان والقلق والعدوانية ويطور المريض اللاوظيفية وتقلّ الكفاءة في تقديم الرعاية اللازمة للأبناء (Appaspour, et al., 2021).

5.4 النتائج المرتبطة بتأثير الخبرات الوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي أو تراجع الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان:

تحليل نتائج هذا السؤال والهدف من الدراسة تم من خلال محورين رئيسيين، حيث أنّ لكلّ محور عدّة مؤشرات:

أولاً: تأثير الخبرات الوالدية على تحقيق الاستقرار النفسي:

للخبرات الوالدية الإيجابية تأثير إيجابي على الاستقرار النفسي لدى مرضى الذهان من حيث:

- المشاعر الإيجابية المرتبطة بكون المرضى آباء وأمهات:

هذه النتيجة تتوافق مع نتائج الدراسات (Parrot, et al., 2015) و (Reupert and Maybery, 2009) حيث أن المرضى يعتبرون الوالدية جزءاً من ذاتهم وأنها مرتبطة بكيوناتهم وتشعرهم بأهمية الوجود.

- الشعور بمتعة التربية والفخر وتلقي الدعم من الأبناء:

هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (Evenson, 2004) و دراسة (Chermans, et al, 2000) والتي تبين فيها أن الوالدية تشكل مصدر سعادة من خلال الشعور بالحب ورفع التقدير الذاتي.

- أداء الأدوار الاجتماعية والوالدية:

تتفق هذه النتيجة مع ما عرضته نتائج دراسة (Reupert and Maybery,2009) والتي عبّر المشاركين فيها عن رغبتهم برعاية الأطفال وتلبية الاحتياجات وأن تحمل المسؤوليات تساعد على تحفيز الرغبة في التحسن والاستقرار.

- الأبناء محفز للالتزام بالعلاج والدواء:

هذه النتيجة تتفق مع نتائج (Parrot, et al.,2015) و (Seeman,2010) التي أظهرت أنّ الأبناء والمسؤوليات المرتبطة بهم تعدّ محفزاً لالتزام مرضى الذهان بالعلاج.

وتفسر النتائج التي تم عرضها في هذا المحور نظرية النظم الأسرية من خلال التأكيد على أن الفرد في النظم الأسرية يتأثر بالكل وأن التفاعلات الإيجابية في النظام الأسري نفسه تشكل دعماً اجتماعياً يساهم في تحقيق التكيف وإعادة التنظيم الذاتي (Pardeck,1989).

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بتأثير الخبرات الوالدية على عدم الاستقرار النفسي:

إن الخبرات الوالدية الغير إيجابية تؤثر على عدم الاستقرار النفسي من خلال زيادة الضغوطات، من حيث:

- انخفاض القدرة والمهارات اللازمة لتلبية المتطلبات الوالدية:

هذا يتوافق مع نتيجة دراسة (Strand, et al,2019) التي وضحت أن مرضى الذهان يعانون من ضغوطاتٍ نفسية وصعوبة بالتركيز بسبب الأعراض الذهانية التي تؤثر على قدراتهم في توفير الحماية للأبناء والرعاية والتعامل معهم.

- صعوبة التعامل مع الضغوطات:

وهذه النتيجة تتوافق مع نتيجة دراسة (Engur,2017) التي بيّنت أن مرضى الذهان يعانون من مستويات عالية من الإجهاد الوالدي، إضافةً لدراسة (Chernomas, et al.,2000) التي بيّنت نتائجها أن الأمهات اللواتي تعانين من الذهان يعتبرن الأمومة مصدرًا للإجهاد والإرهاق، ودراسة ، ودراسة (Obaid,2013) التي عبّر المشاركون فيها أن أبناء المرضى النفسيين قد يُعْتَبَرُوا مصدر ضغطٍ على الآباء أو الأمهات من مرضى الذهان.

كما أن القضايا المرتبطة بالأبناء كالمعاناة من مشاكل النطق، أو المعاناة من اضطراب ذهاني أو إعاقات ذهنيّة أو محدوديّة القدرات في التعلّم تزيد من الضغوطات، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Evenson,2004).

- النظرة السلبية من قبل الأبناء:

وهذا يتفق مع نتيجة دراسة (Parrot, et al., 2015) التي بيّنت أن أعراض الذهان وما نتج عنها من إهمال بالعناية الذاتيّة وإهمال الأبناء يجعل مرضى الذهان يشعرون بالخجل من الأبناء وتجنبهم وصعوبة التعامل معهم، ودراسة (Evenson,2004) حيث أن المشاركين فيها أعربوا عن القلق من نظرة الأبناء إليهم كأباء.

- الشعور بالذنب تجاه الأبناء:

وهذا يتفق مع دراسة (Strand an dothers,2019) حيث من نتائجها أنّ مرضى الذهان يعتبرون أنفسهم مصدر خطر وسبباً للمشكلات النفسية لدى الأبناء، ودراسة (Parrot, et al., 2015) التي استخرجت نتائجها أن المرضى يعتبرون أنفسهم مصدر توتر وقلقاً على الأبناء نتيجة الأعراض الذهانيّة رغم أن الوالدين لا يريدون إيذاءهم.

يمكن لنظرية النظم الأسرية فيما يتعلّق في الصراع الذي يحدث في الأسرة بناءً على سلوكيات كل من المرضى والأبناء، الذين يواجهون الصراعات والأزمات التي تحدث ضمن مجموعة من التوقعات والقواعد والمرتبطة بالاحتياجات لدى كل منهم في ظل تواصلهم المباشر داخل الأسرة، وقد تشكّل الأعراض بما تشمله من عنف لفظي وجسدي صراع نتائج قصيرة الأمد أو طويلة الأمد (Pardeck,1989).

5.5 عوامل الدعم والتحديات المرتبطة بطبيعة الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان:

نتائج هذا السؤال من الدراسة اعتمدت على أربعة محاور أساسيّة، وهي: الشريك، الأقارب والمجتمع والمؤسسات، وتحديات مرتبطة بالقضايا الخاصة للمشاركين.

أولاً: مناقشة النتائج المرتبطة بتأثير متابعة العلاج على الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

إن خدمات عيادات الصحة النفسية الحكومية الموجهة لمرضى الذهان تتنوع ما بين تقديم الأدوية المضادة للذهان وتقديم التدخلات الإرشادية والنفسية على المستوى الفردي والأسري والتي تساهم بشكل كبير في تعليم مرضى الذهان أساليب التعامل مع أعراض ونوبات الذهان، وتوعية مرضى الذهان بأساليب التعامل مع الأبناء أو الشريك، أو توعية الشريك في أساليب التعامل مع المريض. وإن جودة هذه الخدمات تعتمد على تحري الدقة المتكاملة وقوة الملاحظة لدى الأطباء والأخصائيين النفسيين في النظر إلى قضايا مرضى الذهان، المتراكمة منها والمستجدة، والمتابعة المستمرة نظراً لتأثر حالة المرضى وأسرهم بالتغيرات المرتبطة بشدة الأعراض.

ويُستدل من نظرية النظم الأسرية على أهمية البرامج العلاجية وسياساتها، حيث أن تطوير سياسات الخدمات والبرامج النفسية تعود بالنفع على تحقيق التنظيم والتكيف الذاتي والحصول على الدعم وتخفيف التوترات والضغوطات لدى مريض الذهان والنظام الأسري المرتبط به (Kerig,2011).

وإن عدم تلقّي الخدمات والبرامج الكافية يزيد من احتياجات مرضى الذهان للدعم والتمكين والتوعية على المستوى الفردي والأسري والتي قد تزيد من حدة اللاوظيفية، بما يتوافق مع نظرية التعلم الاجتماعي بأن ضعف الأداء الوظيفي لمرضى الذهان يتطلب مجهوداً وبرامج تساهم في إكساب المهارات والأساليب الوالدية لدى مرضى الذهان مما يساهم في تنمية الكفاءة الذاتية للمريض كأب/كأم (Neurosci,2012). وتتفق هذه النتيجة مع ما بيّنته دراسة (Dipple, et al.,2002) بأن القصور في التعامل مع القضايا الأسرية للمرضى يمنع تأهيلهم للتكيف مع أعراض الاضطرابات الذهانية.

وتُعد تجارب العلاج في مستشفى الأمراض العقلية خبرات والدية صعبة بالنسبة لمرضى الذهان نتيجة آلية الإدخال الإجباري للعلاج والتي يلاحظها الأبناء، وتزداد الخبرات صعوبة في حال وجود ظروف حمل لمرضات الذهان أو معاناة الأبناء من المرض. تشكّل خبرات إقامة مرضى الذهان في المستشفى للعلاج تجارب انفصال تمتاز بالقلق والاشتياق، وتكون زيارة الأبناء لهم في المستشفى مصدراً للشعور بالسعادة، وتتفق هذه النتيجة مع ما عرضته (Evenson, 2004). وإن معاشة تجارب الإدخال إلى المستشفى كتجارب صعبة جعلت بعض المرضى يقرّرون الالتزام بالعلاج والمتابعة كي لا تتكرّر، وهذا ساهم في استقرارهم.

تساعد أدوية الصحة النفسية المضادة للذهان على تحقيق الاستقرار وضبط الأعراض، وإن الانقطاع عن الأدوية يسبب عودة الأعراض والانتكاسة، وهذا يعود سلباً على الأسرة والأبناء.

والأدوية الصحة النفسية آثار جانبية، ومنها: الكسل الذي يؤثر على الوظيفية ومستوى الأداء وطبيعة التفاعل مع الأبناء، وجود تغير في المزاج بشكل غير مقبول بالنسبة للأبناء والأسرة، تعارض الأدوية مع الرضاعة مما تسبب شعوراً بالذنب لدى الأمهات.

وتتوافق هذه النتائج مع نتائج كل من دراسة (Parrot,et al.,2015) التي بينت أن العلاج يساعد في خفض حدة الأعراض ولكن الآثار الجانبية للأدوية تحد من أداء المهام الوالدية، ودراسة (Seeman,2010) التي أشارت إلى أن المرضى يعانون من الخوف والقلق من آثار الأدوية التي تؤثر على الكفاءة في رعاية الأبناء، ودراسة (Chernomas,et al.,2000) التي أشارت إلى تأثير الأدوية النفسية على الحمل والرضاعة التي تتطلب الاختيار ما بينها وبين الأدوية النفسية وهذا يؤثر على الصحة النفسية والوالدية، وأن الأمهات المريضات بالفصام تعاني من مشاكل صحية ناجمة عن الأعراض الجانبية لتناول الأدوية وزيادة الوزن والتعب والكسل.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بأثر الشريك على الخبرات الوالدية:

إن لشريك/ة مريضة/ة الذهان دور مهم على الخبرات الوالدية، ويرتبط كون الدور إيجابياً أو سلبياً: إن العلاقة الزوجية المستقرة بين الشريك والمريض المتمثلة بتلقي المريض الدعم والحب والتشجيع تساهم في معاشة المريض خبرات إيجابية تزيد من جودة الخبرات الوالدية والحياتية لمريض الذهان وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Seeman,2010) ، أما التوتر في العلاقة الزوجية وما يرتبط بها من عدم تلقي الدعم الكافي والتعرض للتعنيف والشعور بالرفض من قبل الشريك من خلال رفض الإنجاب أو استكمال العلاقة الزوجية نتيجة الظروف الاجتماعية للشريك تزيد من الضغوطات والصعوبات في خبرات مرضى الذهان الوالدية والأسرية وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Obaid,2013) بأن زوجات مرضى الذهان ترفض الطلاق بسبب رفض الأهل لاستقبالها أو استقبال أبنائها في حال كان الزوج مريضاً ذهانياً مما يزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية لدى المرضى في تعاملهم مع الأسرة والأبناء.

كما أن للشريك دور مهم في فهم مرضى الذهان وأساليب مقاومة الأعراض، وذلك من خلال متابعة العلاج والتواصل مع عيادات الصحة النفسية ومتابعة طبيعة الأعراض، وإن مبادرة الشريك في الحديث عن

الاضطراب لها آثار إيجابية بما يتوافق مع نتائج دراسة دراسة (Reupert and Maybery,2009) والتي أشارت إلى عدم قدرة مرضى الذهان على طلب المساعدة وأنهم لا يستطيعون الحديث مع الأسرة عن مرضهم والأعراض المرتبطة به، وإن تلبية هذا الاحتياج لدى المرضى يعود عليهم بالنفع والإيجابية. وفي الوقت ذاته قد يكون هنالك توترات ناجمة عن دعم الشريك في متابعة الأدوية نتيجة الأفكار لدى مريض الذهان المرتبطة بعدم الحاجة للدواء أو أن الشريك يتأمر ضده. ومن خلال هذه النتيجة استدلّت الباحثة على أهميّة مهارات الشريك والكفاءة الذاتية في تحقيق التكيف ومقاومة الأعراض والضغوطات لزيادة كفاءة مريض الذهان وكفاءته في مقاومة أعراض الاضطراب بما يتفق مع نظرية التعلّم الاجتماعي (الزغول،2010).

وللشريك تأثير كبير في تشجيع الأداء الوظيفي لدى مرضى الذهان من خلال تحفيزهم للاستمرار في العمل والجوانب الحياتية، أو عدم تشجيعهم على الأداء الوظيفي وتحفيزهم للانعزال عن الآخرين لتجنّب الوصمة المرتبطة بالأعراض الذهانية، وتندرج هذه النتيجة بما تطرقت إليه نظرية التعلّم الاجتماعي بأن مريض الذهان يتخذ أنماطه السلوكية نتيجة الاستجابة للمعززات الإيجابية والسلبية في التعلّم، وهنا الشريك يمثل المعزز في التجربة التي تساهم بتطوير أو تراجع الأداء الوظيفي لمريض الذهان (Neurocic,2012).

يُعد الشريك عنصر أساسي في الخبرات الوالدية لمرضى الذهان نظراً لدورهم الهام في التعامل مع الأبناء خلال فترات الانتكاسة المرضية، وذلك من خلال القدرة على التنبؤ بأعراض حدوث الانتكاسة وتوفير الحماية للأبناء بالإضافة إلى تقديم المعلومات للأبناء حول الاضطرابات الذهانية لدى الآباء أو الأمهات في ظل عدم قدرتهم هم أنفسهم على ذلك. وتتفق هذه النتيجة مع ما عرضته نتائج دراستي (Strand, et al., 2019) و (Parrot, et al., 2015) التي أشارت إلى أن مرضى الذهان يتركون قرار تقديم المعلومات للشريك وذلك لأنهم يواجهون صعوبة في تقديم المعلومات للأبناء حول المرض.

كما أن أساليب الشريك في التعامل مع الأبناء ترتبط وتؤثر بأساليب مريض الذهان التربوية، الأساليب الإيجابية والتكاملية للشريك مع الأبناء والسعي لتحقيق التكامل في تنشئة الأبناء في ظل معاناة الأم/ الأب من آثار أعراض الذهان، وإن الخبرات الناجمة عن هذه الأساليب تساهم في زيادة الشعور بالإيجابية والرضا لدى مرضى الذهان؛ وقد أشارت دراسة (Evenson,2004) إلى أهميّة هذه النتيجة التي من خلالها يقدم كل من الأم والأب الدعم لبعضهما البعض لتحقيق المصلحة الفضلى من الوالدية من خلال سيادة التناسق والتكامل والتعاون في توفير الرعاية وتأمين الاحتياجات للأبناء. وتُعدّ أساليب تعامل الشريك مع الأبناء،

المتتملة بالتساهل أو الإهمال أو الحدّة وكثرة التعليمات، أساليباً غير مرضية بالنسبة لمرضى الذهان بحيث أنها تزيد من التحديات والضغوطات لديهم لتصبح إضافةً على التحديات والضغوطات التي يعانون منها نتيجة أساليبهم الوالديّة هم أنفسهم؛ وهذا استكمال لما تطرقت إليه دراسة (Evenson,2004) وفسّره بوجود نزاعات وخلافات زوجيّة مما يجعل النمط عدائي- تنافسي ويكون له الأثر في الخبرات الوالديّة من خلال مواجهة التناقضات وخلل في التوقعات وعدم وجود كفاءة والديّة كافية.

وإن محاولات الشريك في تعزيز العلاقة الإيجابية بين مرضى الذهان والأبناء من خلال أنشطة تحقق المتعة لكلّ منهما تساهم في وجود خبرات والديّة إيجابية لدى مرضى الذهان.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Strand, et al., 2019) التي بيّنت أن مرضى الذهان يعتمدون على الشريك في سد الاحتياجات وتوفير الرعاية للأبناء، ودراسة (Parrot, et al.,2015) التي أكدت على دور الشريك في تقديم المساندة وتخفيف حدة التوتر لدى الأبناء، ودراسة (Seeman, 2010) التي أشارت إلى اعتماد المريض على الشريك في رعاية الأبناء.

وإن معاناة الأم/ الأب من أعراض ذهانيّة تؤدي إلى قصور في أدائهم الوظيفي والوالدي تجعل الشريك يتحمّل أدواراً جديدة، فتعمل الزوجات خارج المنزل وتقوم بالأعمال الإداريّة، وقد يتولّى الأزواج مهمات رعاية الأبناء والأمور المنزليّة، وهذا يساهم في شعور مريض الذهان بالدعم وتخفيف الضغوطات الناجمة عن المسؤوليات.

يمكن لنظرية النظم الأسريّة أن تفسر أثر الشريك على الخبرات الوالديّة، كونها تطرقت إلى كيف أن الاضطرابات النفسيّة لدى المرضى ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظام العائلي ومدى قدرة الأفراد على إعادة التنظيم الذاتي خاصة عند المرور بأزمات وصراعات. فهي اهتمت بالتفاعلات الثلاثيّة التي تشمل الأم والأب والطفل، وفسرت كيف عندما يكون الأب غير مستقر أو عنيف تغير الأم من نمطها في التربية بحيث تصبح أكثر صرامة أو أكثر تساهلاً، كما اهتمت النظرية في مدى تشارك وتوافق الوالدين في التعامل مع الأبناء وفي تعاملهم مع بعضهم البعض أيضاً، ومدى التعاون والدعم المتبادل للخروج بخبرات والديّة إيجابية رغم الاضطراب، وأن عدم التعاون والتقدير يعرّض الخبرات الوالديّة للسلبية ويزيد من أثارها وتفاقماتها (Kerig,2011). وبالتالي فإن أكثر المحاور الفرعيّة أهميّة في أثر الشريك على الخبرات الوالديّة هو الفرع الأوّل المرتبط بمدى الاستقرار في العلاقة الزوجيّة والذي بناءً عليه تتبعه المحاور الأخرى التي هي مهمّة أيضاً ولكنها تشكل نتيجة أكثر من سبباً.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بأثر المحيط على الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان:

تتأثر الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان بالمحيط المتمثل بالأقارب والمجتمع والمؤسسات، ويكون المحيط مصدر دعم من خلال متابعة المرضى والأبناء والتفاعل معهم، ويشكل تحدياً في حال عدم توفر الدعم الكافي والتعرض للاستغلال والوصمة.

للعائلة الممتدة دورٌ هام في الخبرات الوالدية، ويتمثل دورهم في متابعة وتحفيز المريض للعلاج بالإضافة لدورهم الكبير في توفير الحماية والرعاية للأبناء وتقديم الدعم للمريض عند حدوث الانتكاسة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Marie,2020) أن العائلات الفلسطينية تتسم بالتماسك الأسري والدعم الاجتماعي بين الأفراد والذي يعتبر من أهم العوامل التي تساعد المريض النفسي على الاستقرار والتكيف والكفاءة، كما تتوافق النتيجة مع دراسة (Seeman,2010) التي عرضت نتائجها أهمية الأسرة الممتدة للمرضى والدعم في رعاية الأبناء.

وإن التحديات المرتبطة بالعائلة الممتدة، كالتفكك الأسري والغربة في السكن ومعاناة العديد من الأفراد من الاضطرابات الذهانية نتيجة الوراثة، تقلل من فرصة الحصول على الدعم والمساعدة والتدخل في حال الانتكاسة لمريض الذهان والأبناء وهذا يتفق مع دراسة (Dipple, et al., 2002) التي من نتائجها أن المعاناة من توتر العلاقات مع الأقارب والعائلات الممتدة تزيد من الضغوطات ومشاعر عدم كفاية الدعم لدى مرضى الذهان.

كما أن أصدقاء مرضى الذهان يؤثرون في الخبرات الوالدية من خلال تقديم الدعم النفسي لمريض الذهان عند التعرض للانتكاسة أو مواقف حياتية صعبة وتحفيزهم على ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية، إضافة لمتابعتهم للأبناء وتلبية احتياجاتهم من خلال الهدايا وتقديم الرعاية للأبناء عند الانتكاسة، وقد يتحول مصدر الدعم إلى ضغط في حال عدم احترام خصوصية مرضى الذهان وأسرهم.

إضافةً لتحديات أخرى مرتبطة بالأصدقاء من خلال استغلال مرضى الذهان والضغوطات الناجمة عن الوالدية لدفع مرضى الذهان إلى سلوكيات سلبية، مثل الإدمان، إضافةً لاستغلال ضعف المهارات الاجتماعية والإدراكية للمرضى لتحقيق مكاسب مادية مما يؤثر في الوضع الاقتصادي للأسرة أو خسران بعض الممتلكات، كالسيارة المخصصة لترفيه الأبناء. ولأهمية الصداقة بالنسبة للأفراد، فإن الخبرات السلبية المرتبطة بهم تؤثر في الخبرات الحياتية العامة لمرضى الذهان وبالتالي تؤثر على خبراتهم الوالدية.

وإن للمجتمع المحيط بمرضى الذهان وأسرهم ارتباط بالخبرات الوالديّة، من خلال تقديم الدعم والمساعدات الخيريّة خاصة في حال وجود قصور وصعوبة في الحصول على العمل وهذا يتفق مع دراسة (Marie,et al., 2020) بأن هنالك ثقافة مجتمعيّة في المجتمع الفلسطيني تعزّز فكرة أن رعاية مريض الذهان ودعمه هي مسؤولية اجتماعيّة. وعلى الرغم من إيجابيّة هذا الدور إلا أنه قد يخلق آثاراً سلبية من خلال تطوير الاتكاليّة لدى مرضى الذهان، وهذا ما تطرّقت إليه نظريّة التعلم الاجتماعي بالنسبة لمرضى الذهان حيث أن نتيجة أعراض الانسحاب عند الانتكاسة يتخلّفون عن أدوارهم الاجتماعيّة لحماية أنفسهم من التوقّعات والمطالب الاجتماعيّة (Neurosci,2012).

ترتبط معاناة مرضى الذهان من الوصمة بالمجتمع، والتي قد تكون موجّهة للمريض ولالأبناء مما يزيد من القلق والمخاوف لدى مريض الذهان مما يسبب التجنّب لديه للمجتمع أو محاولة إخفاء المرض أو تغيير السكن، وهذا يتفق مع ما تطرّقت إليه دراسة (Marie, et al., 2020) بأن الوصمة في المجتمع الفلسطيني تجاه المرض النفسي تشكّل تحدّيّاً حقيقيّاً للمرضى وأسرهم، بالإضافة إلى دراسة (Seeman,2010) التي أوضحت معاناة المرضى من الوصمة المجتمعيّة، ودراسة (Reupert and Maybery,2009) التي أشارت إلى معاناة الأبناء من الوصمة وعدم وجود مهارات للتعامل معها.

وعن دور المؤسسات المجتمعيّة في الخبرات الوالديّة لمرضى الذهان تساهم إيجابياً في حال وجود برامج تأهيل مهني واجتماعي وتمكين مادي وإنشائي حيث أنها تساعد على تطوير الوظيفيّة والاستقلاليّة وتخفيف الضغوطات الاقتصاديّة في حال كفايتها. وإن عدم كفاية الخدمات وتوفير المسلتزمات لمرضى الذهان وأسرهم تشكّل مصدراً لعدم الرضا عن البرامج والسياسات المرتبطة بمرضى الذهان، وهذا يتفق مع نتيجة دراسة (Seeman,2010) التي بيّنت معاناة المرضى النفسيين من نقص البرامج الداعمة نفسياً واقتصادياً.

وإن تلقّي خدمات الإرشاد النفسي من خلال مؤسسات المجتمع تساهم في خفض حدة الضغوطات النفسية لدى مرضى الذهان في حال الالتزام ببرنامج الجلسات الإرشاديّة، وهذا ما أوضحت نتائج دراسة (Sounders,et al.,2003) بأنه كلما كان هنالك تلقّي للدعم الاجتماعي من المحيط والمؤسسات يكون هناك استراتيجيات تكيف أفضل. وإن الأسباب المفسّرة لعدم إقبال مرضى الذهان على طلب الخدمات النفسية من المؤسسات أنه لا يوجد معرفة لدى المرضى حول طبيعة المؤسسات وخدماتها وكيفيّة الحصول عليها، بالإضافة إلى الوصمة المجتمعيّة المرتبطة بالعلاج النفسي.

وتشكّل مدارس الأبناء إحدى أهم مصادر التفاعل مع المؤسسات المجتمعية بالنسبة لمرضى الذهان، والتي يندرج عليها الحاجة لتطوير البرامج النفسية الخاصة بأبناء مرضى الذهان بناءً على احتياجاتهم وتأثرهم بمرض الذهان لدى الوالدين لفهم ما يدلي به مرضى الذهان حول خبراتهم الوالدية وتفاعلاتهم مع الأبناء وبناء تصوّر مناسب يجمع بين الأسباب والآثار والاحتياجات. وإن عدم توفير هذه الخدمات في المدارس تؤدّي إلى عدم رضا الآباء والأمهات عنها وعدم المتابعة وتجنّب محاولة طلب الخدمات النفسية مرة أخرى، وهذا يتفق مع دراسة (Reupert and Maybery,2009) التي أوضحت وجود صعوبات لدى المشاركين نتيجة عدم وجود برامج توعوية وتدخلية للأبناء ترتبط بالاضطرابات النفسية لدى الوالدين.

تتفق نتائج محور تأثير المحيط على الخبرات الوالدية لمرضى الذهان مع النتائج التي عرضتها دراسة (Parrot,et al.,2015) التي أكدت على أهمية الأقارب والمحيط والمؤسسات كمصدر دعم لمرضى الذهان وأسرهم. وتفسّر نظرية النظم الأسرية أهمية الأنظمة الخارجية للأسرة في تحقيق التكيف مع الأعراض الذهانية من خلال تلقي الدعم وتوفير الاحتياجات، أو زيادة الضغوطات (Pardeck,1989).

5.6 الخلاصة:

تطرقت هذه الدراسة بفصولها المختلفة إلى وصف الخبرات الوالديّة لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية في الضفة الغربيّة، وتبيّن من خلالها وجود خبرات خاصة بعينة الدراسة ناجمة عن أعراض الاضطرابات الذهانيّة والآثار المرتبطة بها سواء كانت قريبة المدى أو بعيدة المدى.

كما أن للخبرات الوالديّة تأثير إيجابي على مرضى الذهان، وطبيعة التأثير مهمة بالنسبة إليهم وتساعد على الاستقرار والوظيفيّة، كما أنّ لها آثار سلبية تساهم في تفاقم الأعراض أو الانتكاسة.

وتعدّ مصادر الدعم والتحديات بالنسبة لمرضى الذهان ذات تأثير كبير في تحديد طبيعة الخبرات الوالديّة بالنسبة للمريض، حيث أن مرضى الذهان يتأثرون بشكل كبير بهذه العوامل خاصة الشريك والعائلة الممتدة.

5.7 التوصيات:

بناءً على هذه الدراسة وتطبيقها في عيادات الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في الضفة الغربية خرجت الباحثة بمجموعة من التوصيات المرتبطة بنتائج الدراسة:

التوصيات المرتبطة بأصحاب القرار (وحدة الصحة النفسية – وزارة الصحة الفلسطينية)

1. بناء برامج توعوية ووقائية مع المؤسسات المجتمعية فيما يرتبط بالأسر التي يوجد فيها أم/ أب لديهم اضطرابات ذهانية.
2. إنشاء شبكة مؤسساتية لها منهجية في التدخل الفردي والأسري مع الآباء والأمهات الذين يعانون من اضطرابات ذهانية.
3. تدريب طواقم الصحة النفسية، الأطباء والمرضى والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، على إجراء تدخلات مباشرة وغير مباشرة مرتبطة بالخبرات الوالدية لدى مرضى الزهان.
4. تغيير منهج تقديم الخدمات لمرضى الزهان، الذي يسمح بمتابعة الأدوية من خلال الأقارب، واستقبال المرضى الذهانيين أنفسهم لمتابعتهم وإجراء التدخل.
5. إنشاء عيادات خاصة بالأسرة لمرضى الزهان.
6. إنشاء دليل توعوي للمرضى وأبنائهم ومحيطهم حول آثار الاضطرابات الذهانية على الأسرة وآلية التعامل معها.
7. إنشاء دليل توعوي للمرضى حول مؤسسات وخدمات الصحة النفسية في فلسطين.
8. تأسيس قاعدة بيانات حول أعداد المرضى النفسيين وأبنائهم وتوزيع فئاتهم العمرية لتحديد الاحتياج.
9. التشبيك مع المؤسسات المجتمعية، كلجان الزكاة والأوقاف، لتنظيم التبرعات الخيرية المخصصة لأسر المرضى النفسيين.
10. التشبيك مع المراكز التأهيلية والتشغيلية والإنشائية لتقديم الخدمات اللازمة لمرضى الزهان.
11. إنشاء مراكز تجمع ما بين الوالدين والأبناء.
12. إيجاد برامج داعمة وترفيهية للمرضى النفسيين.

توصيات للعاملين في مجال العلاج النفسي:

1. العمل على تطوير المهارات والمعارف المرتبطة بالتدخلات الأسرية.
2. تطوير المهارات في جمع المعلومات المرتبطة بالأسرة لتكون أكثر شمولية وتحديداً.
3. تطوير مهارات التنبؤ بطبيعة المشكلات الأسرية والوالدية لمرضى الذهان.
4. التقييم الدوري والمستمر لاحتياجات وتطورات الخبرات الوالدية لمرضى الذهان.
5. تقديم خدمات شاملة ومتكاملة للمرضى النفسيين وأسرهم، والتركيز على كافة عوامل الدعم والتحديات.
6. العمل على المشكلات المرتبطة بما قبل ظهور الاضطرابات النفسية، كتوتر العلاقة الزوجية، أو التعرض لصدمات وأزمات سياسية.
7. التشبيك مع المؤسسات التي يتعامل معها المريض.

توصيات للباحثين:

1. إجراء المزيد من الأبحاث الكمية والنوعية حول الخبرات الوالدية للمرضى النفسيين لتصبح أكثر إمكانية للتعميم.
2. إجراء المزيد من الأبحاث عن الأسرة ككل فيما يتعلق بالمشكلات الأسرية.
3. إجراء أبحاث مرتبطة بقضايا أبناء المرضى النفسيين.
4. إجراء بحوث تجريبية يمكن من خلالها إيجاد منهج تدخل مع المرضى النفسيين وأبنائهم.

قائمة المصادر والمراجع العلمية:

- Abbaspour, Aidin, Masoud Bahreini, Sherafat Akaberian, Kamran Mirzaie. (2021). **Parental Bonding Styles in Schizophrenia, Depressive and Bipolar Patients: a Comparative Study**. BMC Psychiatry, P:2-7.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12888-021-03177-3.pdf>
- Afana, Abdel Hamid, Samir Qouta, Eyad Elsarraj. (2004). **Mental Health in Palestine**. Gaza Community Mental Health.
<http://odihpn.org/magazine/mental-health-needs-in-palestine>
- American Psychiatric Association (DSM-5). (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, USA**
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Bhandari, Smitha .(2020). **Bipolar Disorder**. WebMD.
<https://www.webmd.com/bipolar-disorder/guide/bipolar-1-disorder>
- Behere, Prakash B, Sathyanarayana T.S Rao, Kiran Verma. (2011). **Effect of Marriage on Pre-existing Psychoses**, Indian J Psychiatry,P:287-288.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267338/>
- Caughlin, John P, Ascan F. Koerner, Paul Schrodtt,Mary Anne Fitzpatrick.(2011). **Interpersonal Communication in Family Relationships**. Sage Publisher, P:686- 690.
[file:///C:/Users/smart/Downloads/InterpersonalCommunicationinFamilyRelationships2011%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/smart/Downloads/InterpersonalCommunicationinFamilyRelationships2011%20(1).pdf)
- Chan, BMy. (2004). **Challenges to Parenting: The Local Scene**. Child Assesment Service, Department of Health, China.
<http://www.hkjpgaed.org/pdf/2004;9;182-184.pdf>
- Chernomas, Wanda M, Diana E. Clarke, Francine A. Chiholm. (2000). **Perspective of Women Living with Schizophrenia**. Psychiatric Services, V.51,No.12,P:1517-1520.
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.51.12.1517>
- Cherry, Kendra. (2017). **Erik Erikson's Stages of Psychosocial Development**. Very well mind.
<https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740>
- Cleveland Clinic. (2018). **Mood Disorders**.
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17843-mood-disorders>

- Denzin and Lincoln .(1994). ***Qualitative Research. Simply Psychology.***
<https://www.simplypsychology.org/qualitative-quantitative.html>
- Department of Community Services (DOCS). (2008): **Parental Mental Health and Its Impact on Children.**
http://www.community.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0016/321631/researchnotes_parental_mentalhealth.pdf
- Dimaria, Lauren. (2020). **The Various Types of Mood Disorders.** Mental Health A-Z.
<https://www.verywellmind.com/mood-disorder-1067175>
- Dipple, Heather, Susan Smith, Harry Andrews, Barbara Evans. (2002). **The Experience of Motherhood in Women with Severe and Enduring Mental Illness.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, p:336-340
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-002-0559-2?fbclid=IwAR287dpoxH-e0EzExXfPm1sTA7TQa8NvHfvTuPuGHwGDzmT07w8tTX075ds>
- Engur, Begum. (2017). **Parents with Psychosis: Impact on Parenting & Parent-Child Relationship.** Journal of Child and Adolescent Behavior, V.5, Issue1, P.1-4.
<https://www.omicsonline.org/open-access/parents-with-psychosis-impact-on-parenting--parentchild-relationship-2375-4494-1000327.pdf>
- Evenson, Erik. (2004). **An Investigation into The Experiences of Fathers with Psychosis.** Thesis volume 1, P:10-45.
https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1446629/1/Evenson_thesis.Redacted.pdf
- Gupta, Sunayna and Elizabeth Ford-Jones. (2014). **Recognizing and Responding to Parental Mental Health Needs.** Paediatr Child Health. V.19,P:357-361
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173904/>
- Jantsen, Christian. (2013). **Experiencing and experiences: A psychological framework.**
https://www.researchgate.net/publication/322302480_Experiencing_and_experiences_A_psychological_framework
- Johns Hopkins (2014). **Mental Disorders in Mid-Life and Older Adulthood May Be Substantially More Prevalent Than Previously Reported.** Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health media.
<https://www.jhsph.edu/news/news-releases/2014/mojtabai-mental-disorders-mid-to-late-life-undereported.html>

- Kerig, Patricia. (2011). **Family System Theory**. Encyclopedia of Adolescence, P: 237-243.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739513001289>
- Legg, Timothy J. (2018). **Psychosis**. Health line.
<https://www.healthline.com/health/psychosis>
- Leung, Lawrence. (2015). **Validity, reliability, and generalizability in qualitative research**. US National Library of Medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535087>
- Luborsky, Mark and Robert Rubinstein. (2011). **Sampling in Qualitative Research**. US National Library of Medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207270>
- Marie, Mohammad, Zareefa Shaabna ,Manahel Salah. (2020). **Schizophrenia in The Context of Mental Health Services in Palestine: a Literature Review**. International Journal of Mental Health Systems, P: 4- 6.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296659/pdf/13033_2020_Article_375.pdf
- Marie, Mohammad, Ben Hannigan, Aled Jones. (2016). **Mental Health Needs and Services in The West Bank, Palestine**. International Journal of Mental Health Systems, P:3-6.
<https://ijmhs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13033-016-0056-8.pdf>
- Martejat, Fritz and Helmit Remschmidt. (2008). **The Children of Mentally Ill Parents**. US National Library of Medicine, P: 414
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696847>
- Mcleod, Saul. (2017). **Attachment Theory**. Simply Psychology.
<https://www.simplypsychology.org/attachment.html>
- National Institute of Mental Health. (2020). **Schizophrenia**.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml?fbclid=IwAR1yef33ChQMtnnQYc479uZA1Q5GPWS0VjlTtPNrDI4DJISdrIcn5EIqhJ4>
- Obaid, Wesam. (2013). **Marriage Experience among Schizophrenic Clients**. Master Thesis, Palestine: Al-Najah University.
<https://scholar.najah.edu/sites/default/files/Wessam%20Obaid.pdf>

- Pardeck, John T .(1989). **The Minuchin Family Stress Model: A Guide for Assessing and Treating the Impact of Marital Disruption on Children and Families.** International Journal of Adolescence and Youth.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02673843.1989.9747650>

- Parekh, Ranna. (2018). **What Is Mental illness?** American Psychiatric Association.
https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness?fbclid=IwAR0LW-3Uf9Rdnq-5nExC6ylme8nNx0zcAIXp3_jYaMRgr0KL73QZ39O_keg

- Parrott, Fiona R, Douglas I Macinnes, Janet Parrott. (2015). **Mental Illness and Parenthood: Being a Parent in Secure Psychiatric Care.** Crim Behav Mental Health, P: 258-272.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672706/pdf/cbm0025-0258.pdf>

- Reupert, Andrea and Darryl Maybery. (2009). **Father's Experience of Parenting with a Mental Illness.** Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, P: 61-67.
[file:///C:/Users/smart/Downloads/Fathers%E2%80%99%20Experience%20of%20Parenting%20with%20a%20Mental%20Illness%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/smart/Downloads/Fathers%E2%80%99%20Experience%20of%20Parenting%20with%20a%20Mental%20Illness%20(1).pdf)

- Robinson,Elly, Bryan Rodgers, Peter Butterworth. (2008). **Family Relationships and Mental Illness: Impact and Services Responses.** Australian Institute of Family Studies, No.4. P. 5-14.
<https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/issues4.pdf>

- Sage. (2021). **Theoretical Perspectives on Parenting.** P:27-55
https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/108645_book_item_108645.pdf?fbclid=IwAR3WYUaDlukjG1zE8p3GFIiyu4rWFcIkuNbMvhY1Gqdd4W0hB3PIJivTqYU

- Seeman, Mary V. (2010). **Parenting Issues in Mothers with Schizophrenia.** Bentham Science Publishers Ltd,P. 51-57
<file:///C:/Users/smart/Downloads/parentingissues.pdf>

- Sharma,Indria, Karri Rama Reddy ,Rabindra Mukund Kamath. (2015). **Marriage, Mental Illness and Law.** Indian J Psychiatry,P:339-342
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539879/>

- Sounders, Jana. (2003). **Families Living with severe Mental Illness: A Literature Review.** Taylor & Francis Health Science.
<http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Families-Living-with-Severe-Mental-Illness.pdf>

- Strand, Jennifer, Petra Bostrom ,Karin Grip. (2019). **Parent’s Description of How their Psychosis Affects Parenting**. Journal of Child and Family Studies, P: 621- 629.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10826-019-01605-3.pdf>

- Thomas,Particia A, Hui Liu, Debra Umberson. (2017). **Family Relationships and Well-Being**: Innovation in Aging,Vol.1,No.3,P: 1-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954612/pdf/igx025.pdf>

- Wiegand-Grefe,Silke, Marlit Sell, Bonnie Filter, Angela Plass-Christl. (2019). **Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents**. Int J Environ Res Public Health,P:2-10.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6479670/pdf/ijerph-16-01278.pdf>

- World Health Organization. (2019). Schizophrenia.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

- Wyse, Suzan .(2011).**The difference between qualitative and quantitative research**.
<https://www.snapsurveys.com/blog/qualitative-vs-quantitative-research>

المراجع العربية:

- البلادي، عبد الرحمن. (2012). *مقدمة في البحث النوعي*، أكاديمية البحث العلمي.
<http://educad.me/1364/qualitative-research>
- بوشيه، نسرين. (2010). *الصحة النفسية في فلسطين معطيات وأرقام*، مركز الإرشاد الفلسطيني.
[-http://www.pccjer.org/ar/content/](http://www.pccjer.org/ar/content/)
- دليو، فضيل. (2014). *معايير الصدق والثبات في البحوث الكمية والكيفية*. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 83.
<http://www.webreview.dz/IMG/pdf/5-6.pdf>
- الزغول، عماد عبد الرحيم. (2010). *نظريات التعلم*. دار الشروق: عمان، الأردن. ط.1. ص: 139-154
<http://tarbia.sa/wp-content/uploads/2020/09/%D9%86%D8%B8%D8%B1%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%85%D8%8C%D8%8C-%D8%B9%D9%85%D8%A7%D8%AF-%D8%A7%D9%84%D8%B2%D8%BA%D9%88%D9%84.pdf>
- القاسم، ميادة. (2021). *الفوارق بين المناهج الكيفية والمناهج الكمية في البحوث الاجتماعية*. المجلة العربية للنشر العلمي، العدد 30.
https://www.ajsp.net/research/%D8%A7%D9%84%D9%81%D9%88%D8%A7%D8%B1%D9%82_%D8%A8%D9%8A%D9%86_%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%86%D8%A7%D9%87%D8%AC_%D8%A7%D9%84%D9%83%D9%8A%D9%81%D9%8A%D8%A9_%D9%88%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%86%D8%A7%D9%87%D8%AC_%D8%A7%D9%84%D9%83%D9%85%D9%8A%D8%A9_%D9%81%D9%8A_%D8%A7%D9%84%D8%A8%D8%AD%D9%88%D8%AB_%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9_%D9%85%D9%8A%D8%A7%D8%AF%D8%A9.%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%A7%D8%B3%D9%85.pdf
- القناوي، هدى. (1996). *الطفل: تنشئته وحاجاته*. مكتبة الأنجلو المصرية.
http://www.musanadah.com/index.php?action=show_d&id=93

- كينزلر؛ هنا، يسبك؛ ميريم ، متولي؛ سوزان ، ربابعة؛ يوكا، جقمان؛ ريتا، جبر؛ سماح. (2018). دليل خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الضفة الغربية، الأرض الفلسطينية المحتلة.
<http://icph.birzeit.edu/sites/default/files/MHPSS%20Directory%20Ar%20Final.pdf>
- وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني. (2020). التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2019. ص:22-23
http://site.moh.ps/Content/Books/HYM2UGrm8hFDOPe1AW6z2W6ZDvbJbuYGYkdfV6B11Eulthrx5QMAyC_5WFKDTWWGKW3O7rk4vgIUzRlhJdSYyQXxFKscP6Uqz3UhrxoWLcHIT.pdf?fbclid=IwAR2VzwLD8JPMFjBf_Z588_YAL7aTtx7UyUptfSo5KZlwpVLMT7tIqQ5sFQs
- وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني. (2018). التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2017. ص:166 - 168
http://site.moh.ps/Content/Books/38pf7Q9KpsHKGjWZxroQEuJ1OZeOJw8mhssgDKBJGnoAu5C4oKFpoW_kUFGingMuntfG2fm4rVu2grDremJD77xH9P5xgfSFQPvvcOPgeyD7.pdf?fbclid=IwAR1ycrNghg_Ji9Lro21Jn0YeL-U4dv1ji_yCWivPbwtyY8TJFAvuWcz-ff0
- WHO. (2007). الفصام.
[-https://embracementalhealth.org.au/sites/default/files/2019-04/Arabic_Schizophrenia25208%2BDONE.pdf](https://embracementalhealth.org.au/sites/default/files/2019-04/Arabic_Schizophrenia25208%2BDONE.pdf)
- WHO. (2020). الذهان والفصام. منظمة الصحة العالمية- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
<https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMNH223A-ara.pdf>

الملاحق

ورقة تعريف وموافقة خاصة للمشاركة في دراسة

الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية

بعد تحية احترام وتقدير:

تقوم الباحثة هنادي عبد الكريم عبدو، طالبة الماجستير في برنامج الصحة النفسية في جامعة القدس، بدراسة حول الخبرات الوالدية لدى مرضى الذهان الذين يتابعون في عيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة وذلك بهدف التعرف من خلالهم على تجاربهم مع أبنائهم كأباء وأمهات.

في حال موافقتكم سيكون هناك التزام تام بالسرية وحفظ الخصوصية بشكل مهني، ولن يتم ذكر أي اسم أو أي معلومات شخصية تخصك أو تخص أسرتك؛ ويجب التنويه إلى أن هناك حاجة لتسجيل المقابلة لتحليل المعلومات المطلوبة وفقاً لأهداف الدراسة العلمية، وهذه التسجيلات ستحفظ بشكل سري وتام في جهاز محمي بكلمة سر ولن يستمع إليها أي أحد سوى الباحثة وسيم إتلافها فور الانتهاء من تحليل المقابلة.

يحق لك رفض الإجابة على السؤال الذي لا ترغب بالإجابة عليه، ويحق لك الانسحاب في حال عدم الرغبة باستكمال المقابلة وسيتم إلغاء كافة المعلومات التي تم جمعها، ولن يكون هناك أي ضغط أو إجبار على الاستمرار. لن يكون هناك أي مكافأة مقابل مشاركتك في الدراسة، ولن يكون هناك أي ضرر أو أثر لرفض المشاركة، ولك كامل الحق بالقبول أو الرفض بقرار شخصي منك ومن قبل المرافق لك.

البيانات الشخصية:

- الجنس: ذكر أنثى
- العمر: 29-20 39-30 49-40 60-50
- منطقة السكن: مدينة قرية نيم تجر بدوي
- المستوى التعليمي: دراسات عليا جامعي ثانوي إعدادي أساسي أمي
- الحالة الاجتماعية: متزوج طلق عمل
- عدد الأطفال في الأسرة: 3-10 6 10
- العمل: يعمل لا يعمل متقاعد رب منزل
- الدخل الشهري (بالشيكل): أقل من 1000 1000-2000 2000-3000 أكثر من 3000
- تشخيص الاضطراب النفسي: فصام اكتئاب ذهاني نكس القطب
- عدد سنوات ظهور الاضطراب النفسي: 3-6 4-6 10-10 أكثر من 10

■ أسئلة المقابلة:

1. كيف أثر المرض النفسي الذي لديك على حياتك؟
 2. برأيك ما تأثير الاضطراب الذي لديك وأعراضه على علاقاتك مع أطفالك؟
 3. كيف أثرت أعراض الاضطراب الذي تعاني منه على علاقتك مع الشريك؟
 4. يختلف أسلوب الوالدين في التعامل مع الأبناء من أسرة إلى أخرى بشكل عام، اشرح لي عن أساليب الرعاية والتعامل مع أبنائك قبل ظهور الاضطراب/ بعد ظهور الاضطراب /في حال الاستقرار /في حال الانتكاسة.
 5. كيف تؤثر الانتكاسة المرضية التي تحصل لك على أطفالك؟
 6. كم كان عمر أطفالك عند ظهور المرض؟
 7. ما العلاقة بين كونك أب / أم لأطفال وبين الاستقرار وتخفيف الضغوطات؟
 8. ما العلاقة بين كونك أب / أم لأطفال وبين تفاقم الأعراض والضغوطات؟
 9. هل يمكنك أن تخبرني حول أثر متابعة العلاج في المستشفى / العيادات على دورك كأب / كأم وعلى علاقاتك مع أولادك؟
 10. ما الصعوبات التي تواجهها في أداء أدوارك الوالدية وسد احتياجات أطفالك؟
 11. هل تلقيت كأب/ كأم الدعم الاجتماعي والمجتمعي من قبل الأقارب والمؤسسات والمجتمع؟
 12. هل يمكن أن تتحدث حول هذا الدعم والخدمات إن وجدت، وإن لم توجد ماذا تقول للمؤسسات والأفراد.
- أتمنى لك التعافي، وأشكرك على تعاونك، ولكن قبل أن أنهي هل تود إضافة شيء على ما سبق.

Al-Quds University

Jerusalem

School of Public Health



جامعة القدس

القدس

كلية الصحة العامة

التاريخ: 2021/2/16

المرجع.

عزيزتي الطالبة هنادي عبود المحترمة
برنامج: الصحة النفسية المجتمعية/ مسار العلاج النفسي

الموضوع: موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي

قامت اللجنة الفرعية لأخلاقيات البحث التابعة لكلية الصحة العامة بمراجعة مشروع الرسالة بعنوان:

(الخبرات الوالدية لدى المرضى الذهبيين في مراكز الصحة النفسية المجتمعية: دراسة وصفية)

المقدم من (مشرف الرسالة/ د.نبيل عبد الهادي). يعتبر مشروعك مستوفياً لمتطلبات أخلاقيات البحث

في جامعة القدس.

نتمنى لكم كل التوفيق في تسيير المشروع.

رئيسة لجنة أخلاقيات البحث
كلية الصحة العامة
Faculty of Public Health
AL QUDS UNIVERSITY

د. اسمى الامام

نسخة/ أعضاء لجنة البحث

نسخة/ الملف



Ref.:
Date:.....

الرقم: ١٥٦٨ / ٢٠٢٠
التاريخ: ١٨ / ١٢ / ٢٠٢٠

الأخ مدير عام الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية المحترم ،،،

تحية واحترام،،،

الموضوع: تسهيل مهمة بحث

لاحقاً لموافقة معالي وزيرة الصحة، يرجى تسهيل مهمة الطالبة: هنادي عبد الكريم عبده،

ماجستير صحة نفسية مجتمعية، جامعة القدس، لاجراء بحث التخرج بعنوان:

"الخبرات الوالدية لدى المرضى الذاهبين في مراكز الصحة النفسية المجتمعية"

حيث ستقوم الطالبة بجمع معلومات حول البحث، مع العلم ان مشرف الدراسة: د. نجاح

الخطيب، وذلك في:

- مديرية صحة القدس - مديرية صحة بيت لحم - مديرية صحة رام الله والبيرة

- على ان يتم الالتزام بجميع تعليمات واجراءات الوقاية والسلامة الصادرة عن وزارة الصحة

بخصوص جائحة كورونا، وتحت طائلة المسؤولية.

مع الاعتزام،،،

د. عبد الله القواسمي

رئيس وحدة التعليم الصحي

