عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة

ماجد صالح حسين الصوص

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

1439هـ- 2018 م

الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة

إعداد:

ماجد صالح حسين الصوص

بكالوريوس إرشاد وتوجيه – جامعة الخليل /فلسطين

إشراف: د. سهير سليمان الصباح

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي في كلية التربية / عمادة الدراسات العليا /جامعة القدس

1439هـ/ 2018م

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

برنامج الارشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة

اسم الطالب: ماجد صالح حسين الصوص

الرقم الجامعي: 21420051

إشراف: د. سهير سليمان الصباح

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2018/7/30 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعاتهم:

1. رئيسة اللجنة: د. سهير سليمان الصباح التوقيع:.....
2. ممتحنا داخلياً: د. نبيل عبد الهادي التوقيع:.....
3. ممتحناً خارجيا: د.إبراهيم سليمان المصري التوقيع:.....

القدس /فلسطين

1439هـ/ 2018 م

الإهداء

إلى والدي.. ووالدتي حفظهما الله ورعاهما.

إلى زوجتي الغالية على قلبي التي طالما وقفت لجانبي وأمدتني بالقوة والدعم

إلى أبنائي الأعزاء..

إلى أخوتي وأخواتي

إلى كل من وقف بجانبي داعماً ومسانداً ومشاركاً وموجهاً..

إلى الذين لم يدخروا جهداً إلا وقدموه لي..

إلى المتخصصين في علم النفس والعلوم الانسانية بصفة خاصة والقارئ المثقف بصفة عامة.

أهدي لكم جميعا ثمرة هذا الجهد المتواضع

الباحث

ماجد صالح حسين الصوص

إقرار

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ماتم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا في أي جامعة أو معهد.

التوقيع.....

الاسم: ماجد صالح حسين الصوص

التاريخ: 2018/ 7/30

شكر وتقدير

وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ۖ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ

) التوبة: 4 /0 ' صدق الله العظيم.

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى اله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين، وبعد فإنني أشكر الله تعالى على فضله حيث أتاح لي أنجاز وأتمام هذه الرسالة بفضله، فله الحمد أولاً وآخراً.

أتقدم بأسمى ايات التقدير والامتنان لكل من أسهم في تقديم يد العون لانجاز هذا البحث وأخص بالذكر مشرفتي الدكتورة سهير الصباح لما قدمته من جهد ونصح وأرشاد ومعرفة طيلة انجاز هذا البحث والتي لم تدخر جهداً في مساعدتي، كما أتقدم بالشكر للجنة المناقشة رئاسة وأعضاء لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة والحكم عليها، ووضع الملاحظات الهامة والقيمة لسد الخلل عن مواطن القصور فيها، سائلاً المولى عز وجل أن يثيبهم عني خيرا.

وأوجه شكري إلى طاقم العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية لما قدموه من مساعدة في انجاز هذه الرسالة بصورتها الصحيحة. فجزاهم الله خير الجزاء.

ونسأل الله أن يوفقنا لما يحب ويرضاه، وأن ينال هذا البحث على رضى وأستحسان قارئة هذا والحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين.

الباحث

ماجد صالح الصوص

مصطلحات الدراسة:

تناولت الدراسة المصطلحات الاتية:

الضغوطات النفسية: "حالة يعنيها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته، أو حين يقع في موقف صراع حاد. ومصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة، فقد ترجع لمتغيرات بيئية، أو يكون مصدرها الفرد نفسه، وإذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى للفرد فإن الفرد يصبح محبطاً أو يعيش الفرد في حالة من الشعور بالتهديد". (العيسوي، 2000، 25).

التعريف الإجرائي للضغوط النفسية: الدرجة التي يحصل عليها زوجات مرضى الفصاميين على مقياس الضغوط النفسية الذي تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية. والذي يفحص من خلاله عدد من المجالات والأبعاد التي تظهر الضغوط النفسية والانفعالية في حياة زوجات مرضى الفصاميين.

التكيف النفسي: "هو العملية التي يمكن من خلالها أن يعدل الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط المحيط الطبيعي والاجتماعي ويحقق لنفسه الشعور بالتوازن والرضا" (العناتي، 2003، 33).

استراتيجيات التكيف: "مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط محيطية، ليجعله متناسبا مع الظرف الجديد، وتبدأ عملية التكيف حين يشعر الشخص بضغط أو توتر ينجم عن ظرف حادث وتنتهي حيث ينجز الشخص السلوك الذي يستطيعه في مواجهة ذلك الضغط او التوتر". (الرفاعي، 1982، 31).

المعنى الإجرائي لإستراتيجيات التكيف: الدرجة التي تحصل عليها زوجات المرضى الفصاميين على مقياس استراتيجيات التكيف الذي تم تطويره لأغراض الدراسة الحالية.

مرضى الفصام: "الفصام مرض عقلي وظيفي ذهاني حاد Sever Mental Psychotic Disorder وان الفصام معناه انحطاط بطئ ومستمر للشخصية، أي أنه من الاضطرابات العقلية التي تصيب الإنسان وتتنامى هذه الإضطرابات ببطء وأن أعراضه المبكرة لم تكن واضحة وقد تبدوا في صورتها الإكلينيكية في البداية وكأنها أعراض عصابية، بحيث يعرفه المختصين بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، ويميز الفصام بالإنفصال عن الواقع والعزلة، وعدم الإتصال بالناس، واضطراب الإنفعالات، وتذبذب الحالة المزاجية واضطراب التفكير والكلام، وكثيرا ما تنتاب المريض الهلاوس والهذاءات، وهو من أكثر الإضطرابات العقلية شيوعا بين جميع الإضطرابات الأخرى." (الخالدي، 2015، 183).

التعريف الإجرائي لزوجات مرضى الفصام العقلي: هن نساء تزوجن برجال يعانون أو أصبحوا يعانون من مرض الفصام العقلي، ويترددون إلى وزارة الصحة النفسية في محافظة رام الله والبيرة لأخذ العلاج الدوائي لأزواجهن المسجلين لدى وزارة الصحة النفسية.

الملخص

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة، وكذلك استراتيجيات التكيف لديهن، وبحث العلاقة بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجيات التكيف من وجهة نظرهن، وأيضاً تحديد الفروق في متوسطات الضغوطات النفسية ومتوسطات استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري). ولتحقيق أهداف الدراسة تكون مجتمع الدراسة من (172) زوجة مريض، ولعدم التمكن من حصر المجتمع بالكامل طُبِقَتْ الدراسةُ على عينة مكونة من (109) مبحوثات من زوجات المرضى الفصاميين.

وأظهرت النتائج:

- أن الدرجة الكلية للضغوطات النفسية جاءت بدرجة مرتفعة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة، كذلك تبين أن بُعْد الضغوطات الاقتصادية احتل الترتيب الأول، وجاء في المرتبة الثانية بعد الضغوطات النفسية، ثم الضغوط الاسرية في المرتبة الثالثة، وجميعها جاءت بدرجة مرتفعة، باستثناء بعد الضغوط الاجتماعية؛ إذ جاء في المرتبة الرابعة بدرجة متوسطة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، وعدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، كذلك تبعاً لمتغير المهنة باستثناء بعد الضغوطات الاقتصادية، حيث تبين وجود فروق لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت)، وكذلك وجود فروق على الدرجة الكلية تبعاً لمتغير مستوى الدخل لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل).
- أن الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف جاءت بدرجة متوسطة، وأن أكثر استراتيجيات التكيف انتشاراً لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تمثلت في (استراتيجية البعد الديني) معبرة عن درجة مرتفعة، في حين جاءت في المرتبة السابعة والاخيرة (استراتيجية التفريغ النفسي) معبرة عن درجة منخفضة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للاستراتيجيات وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء)، لصالح الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (قرية)، ووجود فروق تبعاً لعمر الزوجة على استراتيجية التفريغ النفسي لصالح الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة)، وتبعاً للمؤهل العلمي على استراتيجية التجنب لصالح الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي)، وتبعاً للمهنة على استراتيجية التفريغ النفسي لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت)، وتبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على استراتيجية البعد الديني لصالح الزوجات

اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (أكثر من 10 سنوات)، وتبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري على بعدي استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل)، في حين تبين انه لا توجد فروق على باقي الابعاد الاخرى.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وبين الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.
- أن اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن تمثلت في (صعوبة الوضع المادي وعدم القدرة على توفير احتياجات الاسرة)، وأن أهم مصادر الدعم التي تساند الزوجات للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن تمثلت في (الصبر، والصلاة، وقراءة القران، والدعاء، والاستماع إلى الدروس الدينية)، وأن أهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين بتوفيرها لأزواجهن المرضى تمثلت في (توفير الدواء المناسب)، وأن اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن تمثلت في (استراتيجية البعد الديني).

وفي ضوء هذه النتائج خرج الباحث بمجموعة من التوصيات، تمثلت في الدعوة إلى إعداد البرامج الارشادية والوقائية والعلاجية التي تركز على خفض الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين. وتشكيل مجموعات الدعم الاجتماعي التي تضم زوجات المرضى الفصاميين وأسرهم من أجل تبادل الخبرات، وعمليات الدعم والتمكين من قبل أفراد المجموعة بتوجيه من اختصاصيين نفسيين للعمل على تطوير استراتيجيات التكيف لديهن.

الكلمات المفتاحية: الضغوطات النفسية، استراتيجيات التكيف، مرضى الفصام، زوجات مرضى الفصام.

Psychological Stressors And Their Relationship To Coping Strategies Among Schizophrenic Patients' Wives In Ramallah And Al-Bireh Governorate

Prepared by: Majid Saleh Hussein Alsous
Supervised by: Dr. Suheir Al-Sabbah

Abstract

This study aimed to identify the level of psychological stressors among schizophrenic patients' wives in Ramallah and Al-Bireh Governorate, as well as their coping strategies, and to recognize the relationship between stressors and coping strategies from wives point of view. The study also aimed to identify the differences in averages of psychological stressors and averages of adaptation strategies according to variables of: (place of residence, age of the wife, academic qualification, profession, years of husband illness, and average monthly income).

In order to achieve its objectives, the study population consisted of (172) patients' wives. Since it was difficult to exclusively cover the whole population, the study was applied to a sample of (109) respondents of schizophrenic patients' wives.

The results showed the following:

- The overall degree of psychological stressors was high among schizophrenic patients' wives in Ramallah and Al-Bireh governorate. It also showed that the factor of economic pressures came in the first place, and the psychological pressures came in second place, then the family pressure came in third place; however all of them got a high degree, except the factor of social pressures which came in the fourth place, with a medium degree.
- There are no statistically significant differences in the averages of psychological stressors according to the variables of place, of residence, age of the wife, the academic qualification, and years of husband's illness, on the total score of the psychological pressures and the other dimensions as well, depending on the profession variable, except the dimension of economic pressures. It was found that there were differences in favor of wives whose careers are (housewives); as well as differences on the total score, according to the variable of income level, in favor of the wives whose average income is (less than NIS 2,000).
- The overall degree of adaptation strategies came to a moderate degree. The most common adaptation strategies among wives of schizophrenic patients in Ramallah and Al-Bireh governorate were in the "Religious Dimension Strategy", which represented a high degree, while the (psychological discharge strategy) was ranked seventh, with a low degree.

- There are statistically significant differences in the averages of the adaptation strategies according to the variable of the place of residence on the overall degree of strategies and dimensions of: (the effective coping strategy, the psychological discharge strategy and the relaxation strategy) in favor of the wives who live in a village. It is also found an existence of differences depending on the age of the wife on the strategy of psychological discharge among wives (aged less than 30 years); and according to the scientific qualification on the strategy of abstention in favor of wives who have an academic qualification (elementary level), and according to the profession on the strategy of psychological discharge among wives whose profession are (housewives), according to the variable of years of husband's illness on the strategy of religious dimension in favor of wives whose years of husband's illness are: (more than 10 years). There are also statistically significant differences according to the variable of monthly income rate on both the strategy of effective confrontation and the strategy of abstention, in favor of wives whose average income (less than 2000 NIS and more than 4000 NIS), while it was found that there were no differences on the rest of the other dimensions.
- There was no statistically significant relationship between the total degree of psychological stressors and the total degree of coping strategies among wives of schizophrenic patients in Ramallah and Al-Bireh governorate.
- The most important difficulties faced by wives of schizophrenic patients in Ramallah and Al-Bireh Governorate due to their husbands 'illness were (the difficulty of the financial situation and the inability to provide the needs of their families), and the most important sources of support that backing wives to get rid of the pressures they face because of their husbands' illness are (patience, praying, reading Qur'an, calling God, listening to religious lessons). The most important needs that schizophrenic patients' wives require for their sick husbands are (to provide them with the appropriate medicine), and that the most important adaptation strategies used to alleviate the pressures resulting from their husbands' illness is the (Religious Dimension Strategy).

In light of these results, the researcher came up with a set of recommendations, namely the call for accomplishing guidance, preventive and therapeutic programs that focus on reducing psychological stressors suffered by wives of schizophrenic patients. In addition to the formation of social support groups that include spouses of schizophrenic patients and their families to share experiences, backing and empowerment by group members with guidance from psychologists to develop their adaptation strategies.

key words: psychological stressors, coping strategies, schizophrenic patients, wives of schizophrenic patients.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة

1.2 مشكلة الدراسة

1.3 أسئلة الدراسة

1.4 فرضيات الدراسة

1.5 أهداف الدراسة

1.6 أهمية الدراسة

1.7 محددات الدراسة

الفصل الأول:

خلفية الدراسة وأهميتها:

1.1 المقدمة:

إن موضوع الضغط النفسي (stress) ونتائجه على الأفراد من الموضوعات الهامة التي شغلت بال العلماء والباحثين في مجالات الصحة العامة وعلم النفس والتربية ومختلف العلوم الإنسانية، وذلك لما تتركه من آثار على حياة الناس أفرادا وجماعات، ويرى المتخصصون في هذا المجال أن الضغط النفسي هو واحدة من مشكلات العصر الحديث، وبدا واضحاً بأنه يقلق المجتمعات في الجوانب السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية وتفاعلاتها المتعددة وإفرازاتها، وما ينتج عنه من أمراض صحية كثيرة مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والقرحة (الغرير، 2010). ولقد بينت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين الضغوط وبعض الاضطرابات النفسية، مثل القلق، والاكتئاب، ومحاولات الانتحار، وضعف الانجاز الاكاديمي، وضعف الاداء في العمل، وضعف العلاقات الاجتماعية (Lazarus,1993). وتعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسية في حياتنا المعاصرة، وما هي إلا رد فعل للتغيرات السريعة التي طرأت على كافة النواحي حتى صار عصرنا الحالي يطلق عليه عصر الضغوط حيث أصبح كل فرد منا يعاني بدرجات متفاوته. (حسين، وحسين، 2006). وتشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيس الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل: الضغوط الاجتماعية، ضغوط العمل (المهنية)، الضغوط الأقتصادية، الضغوط الأسرية، الضغوط الدراسية، الضغوط العاطفية (الامارة، 2016).

عاش الإنسان منذ بداية الكون باحثا عن الاستقرار والأمان، جاريا وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه، فهو يسعى لتخفيف عبء الحياة عن كاهله، ولما ازدادت الحياة تعقيداً وقوة توسعت وازدادت مطالبه وحاجاته، ازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب، فلا يستطيع التوقف عن مجاراة ذلك، لأنه سيتخلف عن اللحاق بها، لما اضطره إلى مواكبة التسارع لتخفيف تلك الرغبات والمطالب. (عبيد،2008)

أن الضغوط التي أصبحت تحيط بالفرد من كل جانب كثيرة ومتعددة وذات درجات متفاوتة قال تعالى **(لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنسَانَ فِي كَبَدٍ)** (سورة البلد – الاية 4). وقد يرجع ذلك إلى التغيرات التي طرأت على الحياة الأسرية والاجتماعية والمهنية، وهكذا أصبح الضغط النفسي من أكثر الظواهر انتشارا في الوقت الحاضر، والتي يعانيها الفرد في مواقف ومجالات مختلفة مما يستوجب ضرورة التعامل معها بفاعلية، فالضغوط شأنها شأن معظم الظواهر النفسية الأخرى مثل القلق، والعدوان والعنف والصراع والإحباط، وبالتالي لا يستطيع الفرد الإحجام عنها أو الهروب منها. (حسين، وحسين، 2006).

فالضغوط النفسية stress إذا إحدى الظواهر في حياة الإنسان تظهر في مواقف الحياة المختلفة، مما يتطلب من الفرد توافقا أو إعادة توافق مع البيئة. (الغرير، 2010).

ومن أجل الحفاظ على ديمومة الحياة فقد خص الله المخلوقات الحية وعلى رأسها الإنسان بمجموعة من الغرائز والدوفع النفسية تسوقه بسلطانها إلى مايضمن بقاءه فردا وبقاءه نوعا وهذا لم يكن عيبا كونه خاصية إلهية للحفاظ على الجنس البشري ومن هنا فإن الحياة تتضمن القيام بعملية التوافق بصفة مستمرة فالكائن الحي منذ لحظة ولادته يقوم بعدة عمليات وسلوكيات وهبه الله إياها سبحانة وتعالى تساعده على التكيف مع المحيط الجديد بالنسبة له ويستمر في ذلك طوال فترات حياته فالتكيف عملية مسستمرة متطورة بنمو الإنسان وتقدمه في العمر حيث يحاول من خلال ذلك إيجاد فرصة لنفسه لكي يعيش بشكل متزن (شحادة, 2011).

يمر الانسان بعوائق وعقبات بسيطة أو شديدة تحول دون تحقيقها مما يسبب له الإحباط والقلق وبالتالي اختلال في توازنه النفسي، ولكن قدرته على تخطي هذه العواقب يتوقف على مرونة شخصيته في التكيف للاوضاع لتحقيق التوازن، أما الإخفاق في إشباع الحاجات أو التعثر في تحقيقها لمدة طويلة، فان ذلك يؤدي إلى اختلال توازنه النفسي وبالتالي سوء التكيف مما يؤدي إلى الانحراف في سلوكه. (الخالدي والعلمي، 2009). لذا تأتي الحاجة الماسة إلى تخفيف حدة تلك الضغوط ومحاولة التعامل معها، وتنمية قدرة الفرد على المواجهة الفعالة مع الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية. وفي هذا المعنى يشير روتر Rutter إلى أن هناك ثلاثة متغيرات واقية protective من اثر الضغوط , **الأول** سمات شخصية الفرد والتي تتمثل في تقدير الذات، الفعالية، الاستقلالية، الكفاية والصلابة النفسية، **والثاني** المساندة الأسرية من خلال الترابط الأسري، وإدراك الفرد للدفء ألوالدي، **والثالث**

إمكانية وجود أنظمة للمساندة الاجتماعية تشجع وتحفز قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدة تأثيرها.(تفاحة وحسيب، 2002)

ان تجربة وجود شخص مريض بالفصام في الأسرة هي تجربة صعبة وقوية ولاشك أنها تجعل الأسرة تعيش تحت الضغوط النفسية والاجتماعية العديدة والمتنوعة ولا تتوقف تلك الضغوط على شخص بحد ذاته على الرغم من اختلافها بين أفراد الأسرة.

لذا يرى الباحث إن الاهتمام بالصحة النفسية لزوجات مرضى الفصام والتعرف على مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضن لها وقدرتهن على التكيف النفسي يعتبر من الدراسات التي تساهم بدور كبير في التغلب على معاناتهن النفسية والاجتماعية وتساهم في التخفيف عن كاهلهن وحثهن على مواصلة طريقهن كما أنهن بحاجه إلى زرع الأمل في قلوبهن، وحتى يتم بناء وتخطيط برامج إرشادية لزوجات مرضى الفصام لتواجه تلك الضغوط وتخفف من تأثيرها عليهن.

1.2 مشكلة الدراسة:

تشير الإحصاءات الأمريكية أن (50%) أو أكثر من الأفراد في الولايات المتحدة يعانون من عرض على الأقل من أعراض الاضطرابات النفس جسمية، وأن (75%) من هؤلاء الأفراد يعانون من أمراض ناتجة عن الضغط النفسي كالقرحة واضطرابات المعدة وسرعة دقات القلب والصداع الشديد والشقيقة وارتفاع ضغط الدم والآم الظهر. (الغرير، 2010). ومن خلال عمل الباحث في مجال الإرشاد الأسري في وكالة الغوث الدولية، والتعامل المباشر مع الكثير من الأسر التي يوجد بداخلها شخص فصامي، فقد شعر الباحث بدرجة الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسر مرضى الفصام وخاصة زوجات المرضى الفصاميين حيث ظهرت، على شكل سلوكيات وانفعالات سلبية، وقد يولد لديهن غضبا وإحباطا. وأحيانا أحساسا بالكراهية لما يتعرضن له من عنف وأهانة مما يشعرهن بعدم الراحة والاستقرار، فتجد نفسها محاصرة بالعديد من الضغوطات النفسية والمشكلات، مما يظهر عليهن علامات من الصدمة والحزن والغضب والحيرة.

وأن استجابة الأفراد لأحداث الحياة تختلف من شخص لاخر وتتخذ استجابة الفرد للمواقف الضاغطة بثلاثة أشياء وهي: خصائص الشخصية لدى الفرد، وتاريخ الضغوطات لدى الشخص وكذلك الفرص المتاحة لديه للتعامل مع الحدث الضاغط. (عبيد، 2008).

كذلك إن الدراسات التي بحثت في درجة متغير الضغوطات النفسية وعلاقتها بأستراتيجيات التكيف تعددت وتنوعت، ولكنه يلاحظ ندرة في الدراسات التي بحثت بالضغوطات النفسية المتعلقة بزوجات المرضى الفصاميين وعلاقتها باستراتيجيات التكيف حسب علم الباحث.

ويعتبر الفصام كمرض عقلي من أكثر الأمراض العقلية انتشارا وهو مشكلة كبرى في جميع المجتمعات حتى قيل أن عدد المرضى يشكل نحو 60 % من إجمالي المرضى بالاضطرابات العقلية وان عددهم خارج المستشفيات يصل إلى أضعاف ذلك. (الخالدي، 2009).

وفي ضوء ماتقدم وتحديدا جاءت هذه الدراسة للإجابة على السؤال الرئيس التالي:

مادرجة الضغوطات النفسية وعلاقتها بإستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة ؟

1.3 أسئلة الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟
3. ما أهم استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟
5. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة؟

الاسئلة المفتوحة:

6. ما أكثر الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض أزواجهن؟
7. ما أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن؟
8. ما أهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى؟
9. ما أهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن؟

1.4 فرضيات الدراسة:

وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم تحويل السؤالين الثاني والرابع إلى الفرضيات التالية:

الفرضية الاولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

الفرضية الحادية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

الفرضية الثانية عشر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

الفرضية الثالثة عشر: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

1.5 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

1) التعرف إلى مستوى الضغوط النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين.
2) التعرف إلى مستوى استراتيجيات التكيف بين زوجات المرضى الصاميين.

3) التعرف إلى العلاقة بين مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين.
4) التعرف إلى دلالة الفروق في مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين تبعا لمتغيرات الدراسة. (السكن، عمر الزوجة، ومؤهلها العلمي، والمهنة، عدد سنوات مرض الزوج، إقامة المريض، الوضع الاقتصادي).
5) التعرف إلى دلالة الفروق في مستوى استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين تبعا لمتغيرات الدراسة (السكن، عمر الزوجة، ومؤهلها العلمي، والمهنة، عدد سنوات مرض الزوج، الوضع الاقتصادي).

1.6 أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية: تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة في:

1) تسليط الضوء على الدراسات التي تناولت موضوع الضغوطات النفسية واستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين وخصوصا في البيئة الفلسطينية، وذلك حسب علم الباحث.
2) تناولت الدراسة فئة مهمة وهي زوجات المرضى الفصاميين اللواتي بحاجه إلى عناية ورعاية ودعم ومساندة.
3) تكشف الدراسة عن الضغوطات النفسية لزوجات المرضى الفصاميين وما تحدثه من آثار سلبية عليهن لوجود شخص يعاني من مرض الفصام داخل الأسرة ومصادر الدعم التي تساندهن.
4) تكشف الدراسة عن استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.
5) يقدم الباحث مجموعة من التوصيات والنتائج العلمية والعملية للمهتمين في العمل مع زوجات المرضى الفصاميين.

الأهمية التطبيقية: ترجع أهمية الدراسة الحالية في الجانب التطبيقي إلى:

1) إن التعرف على الضغوطات النفسية التي تعاني منها زوجات المرضى الفصاميين، ربما يساهم في توجيه نظر المسؤولين في المجتمع الفلسطيني والمؤسسات المهمة لمحاولة التغلب على أسباب تلك الضغوطات.

2) قد تفيد نتائج الدراسة الأخصائين النفسيين والإجتماعيين في عمل برامج إرشادية للتخفيف من الضغوطات النفسية التي تتعرض لها زوجات المرضى الفصاميين، وتساهم في رفع مستوى الصحة النفسية لهن.
3) قد تساعد هذه الدراسة في التعرف على أكثر العوامل التي تزيد من ضغوطات اسر مريض الفصام ومصادر الدعم اللواتي بحاجه لهن.
4) قد تساعد هذه الدراسة في التعرف على استراتيجيات التكيف التي تستخدمها زوجات المرضى الفصاميين.
5) تقديم بيانات وافيه حول الضغوطات النفسية التي تتعرض لها زوجات المرضى الفصاميين.

1.7 حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في:

1. **الحدود الزمانية:** الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2017- 2018م
2. **الحدود المكانية:** طبقت الدراسة ضمن الإطار المكاني لها وهو وزارة الصحة الفلسطينية في محافظة رام الله والبيرة.
3. **الحدود البشرية:** أجريت الدراسة على عينة من زوجات المرضى الفصاميين، باختلاف أعمارهن.
4. **الحدود المفاهيمية:** تقتصر الدراسة على المفاهيم التي تحددها الدراسة (الضغوطات النفسية- التكيف النفسي – استراتيجيات التكيف – مرضى الفصام- زوجات مرضى الفصام).
5. **المحددات الإجرائية:** تتحدد نتائج هذه الدراسة بالأدوات المستخدمة للحصول على بياناتها وبالأسلوب الإحصائي المستخدم.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 الإطار النظري

2.2 الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يستعرض هذا الفصل موضوعات متعددة تشكل مرتكزات أساسية في هذه الدراسة والمتمثلة في الضغوطات النفسية واستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين، كما يتناول هذا الفصل عددا من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة.

1.2 مقدمة:

1.1.2 الضغط النفسي: الأسباب والنتائج

يتسم القرن الواحد والعشرون بوجود ضغوط نفسية واجتماعية عديدة تحولت بفعل تكرارها وتراكمها إلى مصدر الإحباط والتوتر والقلق والاكتئاب. ولقد تكاثرت الحروب والكوارث الطبيعية وانتشرت البطالة والطلاق وأفرزت كلها اضطرابات وأمراض يكاد الطب الحديث لا يعرف كيف يتعامل معها وعجز عن التغلب عليها رغم تخصيص موارد بشرية ومالية عالية. (يخلف،2001)

كما يحتل مفهوم الضغط النفسي مركز الصدارة في مجالات علم النفس والطب، حيث يعتبر من المواضيع العلمية الحديثة التي شغلت اهتمام عدد كبير من الأطباء والباحثين منذ أكثر من نصف قرن، أي منذ اكتشاف هانس سليي **Hans Selye** لهذه الظاهرة المرضية في بداية الخمسينات من القرن الماضي ولقد كتب الكثير منذ ذلك الوقت عن مسببات الضغط المحتملة وعن مضاعفاته الصحية الخطيرة حتى أصبح عدد المصادر العلمية والمراجع البحثية من الدوريات المتخصصة والكتب والمجلات لا يحصى وربما يتسع لمئات المجلدات ناهيك عن تعدد الندوات والمؤتمرات العلمية التي تناولت موضوع الضغط من جوانبه البيوطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية. ولقد اهتم جل المفكرين والدارسين لظاهرة الضغط بتحديد مدى ارتباطها بمشكلات صحية معينة، وتكاد تقوم معظم هذه البحوث والدراسات المعاصرة على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض وان تفشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط هو دليل على ترابط الضغط بالمرض. كما أن نسبة الذين يراجعون الطبيب لسبب المعاناة الصحية الناتجة عن الضغط –**Stress**

related illness يفوق الخمسين بالمائة من كل المرضى. (يخلف، 2001). وفي كل الاحوال هناك دوما ضغوط تمارس على الفرد والأسرة والجماعة متفاوتة في شدتها ومختلفة في نوعها. وكل أسرة أو فرد يملك امكانات متباينة بدورها للتعامل الناجح مع الضغوط. ولقد تم تطوير برامج فعالة للتعامل مع مختلف أنواع الضغوط والتحصن ضدها والوقاية منها، وصولاً إلى تحويلها إلى فرص للتمكن وبناء الاقتدار والنمو (حجازي، 2015).

يتخذ الضغط في الحياة اليومية شكل التوتر الذهني أو الجسدي الذي يفضل الواحد منا تفاديه. ويتمثل في العمل بتلك القوة اللازمة لتأدية المهمات والتي يمكنها إذا ما كبرت أن تفوق قدرة المرء على السيطرة عليها فتؤثر على تفكيره وتضلله. (كينان، 1999) هذا وقد أصبحت الضغوط كما أكد كوباسا kobaca (1979) ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة توافق مع البيئة، هذه الظاهرة شأنها شأن معظم الظاهرات النفسية كالقلق والصراع والإحباط والعدوان وغيرها، هي من طبيعة الوجود الإنساني، وليس بالضرورة أن تكون الضغوط ظاهرة سلبية، وبالتالي فإننا لا نستطيع الإحجام عنها أو الهروب منها وان نكون بمنأى عنها، لأن ذلك يعنى نقص فعاليات الفرد وقصور كفاءته ومن ثم الإخفاق في الحياة، وبالتالي أصبحت حياة الإنسان اليوم لا تخلو من التوتر والضيق الناشئين عن الضغوط التي يواجهها من يحيا عالم التغير، فالحياة اليومية مليئة بالضغوط النفسية التي تؤثر على كل فرد في المجتمع طوال مراحل حياته. (الخولى، 2004)

اولا– تحديد مفهوم الضغوط: يشيع في العربية استخدام كلمة " ضغط وضغوط " للدلالة على المصطلح الاجنبي Stress المأخوذ من علم الفيزياء في الأساس، حيث يعني ممارسة قوة ضغط أو شد على جسم ما، وهناك في العربية كلمة " شدة " هي الاقرب للتعبير عن المصطلح الاجنبي، وجمعها شدائد، والتي تعني تحديات وضغوط تضع الإنسان في حالة ازمة، وتحمل معنى التعرض للخطر. (حجازي، 2015).

ومن الناحية اللغوية: نجد في لسان العرب لأبن منظور أن الضغط والضغطة يعني: عصر شيئ إلى شيئ. وضغطه يضغطه ضغطا، زحمه إلى حائطا أو نحوه، ومنه ضغطه القبر، ويقال ضغطه إذا عصره وضيق عليه وقهره. (سلاف، 2016).

ثانيا – تعريف الضغوط النفسية:

إنّ مصطلح (**Stress**) أصبح مالوفا، وأصبح جزءاً من مصطلحات هذا العصر، وله معناه الخاص وتعد ظاهرة الضغوط النفسية من الظواهر الانسانية المعقدة، لأنها تتجلى في مضامين بيولوجية ونفسية واقتصادية واجتماعية ومهنية، (ابو اسعد، 2015).

والضغط النفسي كما يعرفه سيلي (Selye) بأنه "الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة" (الغرير، 2010).

كما عرف فولكمان الضغط على انه: العلاقة الخاصة بين الفرد والبيئة، والتي يقيمها على انها مهددة لذاته ومتجاوزة لمصادره وإمكاناته (ابو اسعد، 2015).

كما أن الضغوط النفسية: عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من اثأر جسمية ونفسية. (عبيد، 2008).

والضغوط مفهوم: يشير إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية. مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص إلى آخر لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين وهي فروق فردية بين الأفراد وعرفها (mecanik) بأنها تلك الصعوبات التي يتعرض لها الكائن البشري بحكم الخبرة والتي تنجم عن إدراكه للتهديدات التي تواجه. (الغرير و أبو أسعد، 2008).

الضــغوط: (stresses) يشير هذا المصطلح إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد بدرجة تؤدي إلى إحساس الفرد بالتوتر، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد. (العيسوي، 2000).

2.1.2 نظريات الضغط النفسي Theories of stress:

اهتمت جميع النظريات في علم النفس بالإشارة إلى طبيعة الضغط النفسي وتفسير الانفعالات ذات العلاقة والارتباط معه، وأكدت هذه النظريات على أثر الضغط النفسي في الجوانب الوظيفية السيكولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية، ورغم الاختلاف مابين اتجاهات كل نظرية من النظريات إلا أنّ هناك اتفاق عام ما بينهما على اثر الضغط النفسي على صحة الفرد وتوازنه وتكيفه. (الغرير

وابو اسعد، 2009) ولقد تناولت النظريات النفسية الضغوط ضمن أطر ومنطلقات مختلفة، مما أدى إلى اختلاف هذه النظريات فيما بينها، وهو ماتوضحه الدراسة في العرض التالي:

1.2.1.2 الضغوط لسيلي (Stress Theory "Selye"):

لقد وضع هانز سيلي نظريته من خلال تجاربه المتنوعة على الحيوان والانسان. وقد بين أن التعرض المستمر للضغط النفسي، يحدث اضطرابا في الجهاز الهرموني من خلال الاستشارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل. وان هذه الاضطرابات الهرمونية هي المسؤولة عن الامراض السيكوسوماتية psychosomatic Disorders الناتجة عن التعرض للتوتر والضغط النفسي الشديدين. وقد اطلق (هانز سيلي) على الأعراض التي تظهر على العضوية أثناء ذلك اسم: زملة تناذر أعراض التكيف العام".

"General Adaptation Syndrome " هذه الزملة تحدث من خلال ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: وتسمى استجابة الانذار Alarm Response. في هذه المرحلة يستدعى الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض، فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيئا لها. مجموعة من التغيرات العضوية والكيماوية، فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من اجل الدفاع والتكيف المهدد. (عبدالله، 2004).

مرحلة المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة المقاومة Resistance Stage. إذا استمر الموقف الضاغط، فان مرحلة الانذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة لهذا الموقف. وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها. وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشاة اعراض التكيف او مايسمى بالاعراض السيكوسوماتية (النفس عضوية) ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الانسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف. ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيدا من الخلل في الافرازات الهرمونية المسببة للاضطرابات العضوية.

المرحلة الثالثة: وتسمى مرحلة الانهاك او الاعياء (استنفاذ الطاقة) Exhaustion Stage. إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل. في هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم، وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة.(عبد الله، 2004).

2.2.1.2 نظرية مورأي Murray:

ويميز في هذا الصدد نوعين من الضغوط هما:

أ- **ضغط الفا Alpha press:** وتشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي (وجود مادي). (عبدالله، 2004)

ب- **ضغط بيتا Beta press:** ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والشخصية كما يدركها الفرد (وجود دال). ويرى أنّ سلوك الفرد يرتبط في الغالب ارتباطاً وثيقاً "بضغط بيتا. (عبيد، 2008)

ويشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي ويوضح موراي إنّ سلوك الفرد يرتبط غالبا بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ويطلق على هذا المفهوم الحاجة Need integrate أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز الضغط والحاجة النشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم الثيما، وإذا كان العلماء الآخرون قد اقتصروا على التفسير النظري لموضوع الضغط فإن موراي قد أضاف إلى ذلك قائمة للضغط اشتملت على:

- **ضغط نقص التاثير الاسري – ضغط الأخطار والكوارث – ضغط النقص والضياع – ضغط العدوان – ضغط النبذ وعدم الاهتمام والاحتقار –** (عبيد، 2008).

3.2.1.2 نظرية العزو: Attribution Theory

تهتم بدراسة الأسباب التي تقف خلف سلوك الفرد، آثاره المباشرة أو غير المباشرة وهناك نوعان من العزو:

أ- داخلي: وتشتمل على الأسباب والعوامل الداخلية مثل: الحالات الانفعالية أو المزاجية، وسمات الشخصية، والقدرات، والظروف الصحية.

ب- خارجي ومنها الضغوط من قبل الآخرين، وطبيعة الموقف الاجتماعي والظروف الاقتصادية. وتتأثر عمليات العزو بوجه عام بعدد من العوامل المعرفية والدافعية (كاطع، 2016).

4.2.1.2 نظرية الأنماط:

يعد نمط شخصية الفرد مؤشراً على مدى قابليته للتعرض للضغوط النفسية، وبخاصة نمط الشخصية (ا) فهذا النمط يسبب في شعور العامل بالضغوط النفسية في بعض الأوقات، وخاصة في علاقاته مع زملائه الذين يشعرون أنهم لا ينجزون، كما يساء فهمه من قبل رؤسائه الذين يعتقدون أن له أغراضا شخصية من وراء هذا الجهد. ويعود شيوع هذا النمط إلى الطبيبين فريدمان وروزنمان 1994، الذين ربطا نمط الشخصية (ا) بالإضافة بأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة نسبة الكولسترول، وأمراض الشريان التاجي. ويتسم هذا النمط بالتنافس، والإقدام، والسرعة في الانجاز، والشعور بضيق الوقت، وهو بعكس السمات السابقة تماما، ففي دراسة أجراها ديمبروكسي ومكدوجل تبين أن الأفراد ذوو الشخصية (ا) يظهرون استجابة اشد قوة تجاه مثيرات الضغوط النفسية في مواقف عدة، وتكون استجاباتهم مصحوبة بمجموعة من التغيرات الفسيولوجية الضارة بالجسم موازنة بالأفراد ذوي الشخصية (ب) (شوكت، 2013).

5.2.1.2 نظرية الإدراك لسبيلبرجير (Spilberger Theory):

يعتبر سبيلبرجير (Spilberger) واحد من العلماء الذين وضعوا تفسيرا للضغوط النفسية معتمدا على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها، ويحدد نظريته في ثلاثة ابعاد رئيسية:

الضغط (stress) القلق (Anxiety) التعليم (Teaching) وفي ضوء هذه الابعاد يحدد محتوى النظرية فيما يلي:

- التعرف على طبيعة الضغوط وأهميتها في المواقف المختلفة.

- قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.

– قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق.

– توفير السلوك المناسب للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.

– توضيح تاثير الدفاعات السيكولوجية لدى الأفراد المطبق عليهم برامج التعليم لخفض مستوى القلق

– تحديد مستوى الاستجابة.

– قياس ذكاء الأشخاص الذين تجري عليهم برامج التعليم ومعرفة قدرتهم على التعلم. وهذه النظرية ترتكز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وادراك الفرد لها، حيث أن الضغط يبدأ بمثير يهدد حياة الفرد وادراك الفرد لهذا المثير أو التهديد ورد الفعل النفسي المرتبط بالمثير، وبذلك يرتبط برد الفعل على شدة المثير ومدى إدراك الفرد له. (الغرير وابو اسعد، 2009) وتعتبر نظرية سبيلبرجر من أهم النظريات التي ألقت الضوء على القلق في التعرف على تعرض الشخص لضغط أم لا التعرف من خلاله على شدة هذا الضغط بدرجة القلق التي يعاني منها الشخص. (تعيلب، 2013).

6.2.1.2 النظرية الإدراكية (Spielbergr):

تناول مفهوم الضغط بشكل غير مباشر أثناء تحليلاته النظرية في اضطراب القلق، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين نوعين من القلق هما: القلق كسمة، والقلق كحالة. فسمة القلق استعداد طبيعي او سمة من سمات الشخصية ويعتمد بصورة اساسية على الخبرة الماضية، بينما حالة القلق موقفية وتعتمد بصورة اساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة، **وقد حدد مفهوم الضغط من خلال ثلاثة أبعاد:**

– مصدر الضغط – ويبدأ بمثير يحمل تهديداً أاو اضطراباً إما نفسياً أو جسمياً.

– إدراك الفرد للمثير أو التهديد.

– رد الفعل المناسب المرتبط بالتهديد، فترتبط شدة رد الفعل على شدة المثير ومدى ادراك الفرد له. (سلاف، 2016).

7.2.1.2 النظرية السلوكية:

يرى السلوكيون المتمثلون ب (وطسن، سكنر، بافلوف) أن الضغوط تتمثل في الأعتماد على عملية التعلم كمنطلق من خلاله يتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وتكون هذه المثيرات مرتبطة شرطياً مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة فإن الفرد يصنفها على أنها مخيفة ومقلقة ويرى السلوكيون أيضا أن التفاعلات المتبادلة لدى إنسان حي وواقعي مع وسطه الفيزيائي والأجتماعي وهو ممارسة التنبؤ والتوقع لمعرفة السلوك قبل وقوعه ورأوا أن التكيف يتمثل بسلوك حسب متطلبات الموقف المحدد وبصورة ذات معنى ومغزى وأن جسم الإنسان ليس سلبيا بل هو فعال يسعى لأن يتكيف ولايفسر بفعل الوسط، فالوسط يفسران سوياً مع بعضهما البعض (مسودة، 2013)

نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن وجود خبرات سابقة لدى الأفراد يختزنها العقل الباطن منذ سنوات العمر الأولى، يتسبب عنه وجود استعداد مسبق لدى بعض الأشخاص دون غيرهم للتفاعل مع مواقف التهديد أثناء الأزمات، متأثرين بهذه الخبرات المختزلة فينشأ الاضطراب. ويرى فرويد أنّ الأنا تتعرض لضغوط قوية من مصادر متعددة تتمثل في ضغوط البيئة الخارجية , ضغوط من الضمير – ضغوط من دوافع الهو الفطرية. والأنا القوى هو الذي يدرك بوضوح الواقع الخارجي والقوى الموجودة التي تؤثر على الفرد. وتؤكد نظرية التحليل النفسي على ماينشأ في البيئة من تفاعل الفرد وبيئته. وتأخذ بنظر الاعتبار عوامل شتى، أهمها الحدث البيئي، الحالة العقلية، الحالة الوجدانية، والناتج السلوكي وهذه الجوانب الأربعة تؤدي إلى ضغوط قد تكون خفيفة. وقد تكون ضغوط شديدة، ويؤكد فرويد دائماً على حالة التوتر وكان الإنسان لا يعيش الإ حياة مليئة بالمتناقضات التي تتسبب عن بيئة ضاغطة. وإنسان دائم التوتر ووجهة النظر هذه لايمكن قبولها , لأن الإنسان كائن أخلاقي واجتماعي , وليس مجرد منظومة من الغرائز كما ذهب إلى ذلك فرويد.(عبد العزيز, 2010).

8.2.1.2 التعقيب على النظريات المفسرة للضغط النفسي:

يرى الباحث أن بعض النظريات المفسرة للضغط النفسي تشير إلى مدى تأثير الضغط على الفرد من الناحية السيكوسوماتية وذلك لما يحدثه من اضطرابات هرمونية التي تسبب المرض،في حين ركزت

نظرية التحليل النفسي على أن الضغط النفسي ينتج من صراع بين نظم الشخصية التلاث (الهو, والأنا, والأنا الأعلى) وأن الضغوط النفسية تنتج من وجود خبرات سابقة منذ سنوان العمر الأولى , في حين ركزت نظرية العزو التي تشير إلى أن الضغط ينتج بشكل داخلي ويشمل الحالات الأنفعالية أو المزاجية وخارجياً ومنه الضغوط من قبل الآخرين، في حين ركزت نظرية الأنماط على نمط شخصية الفرد ومدى قابليته للتعرض للضغوط النفسية وأتفقت مع نظرية هانز سيلي في تأثير الضغط النفسي على الجهاز الهرموني والتي تسبب الأمراض السيكوسوماتية بالأضافة إلى أمراض القلب وأرتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة الكولسترول. فيما فسرت نظرية الأدراك لسبيلبرجير للضغوط النفسية معتمداً على نظرية الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها وهذه النظرية ترتكز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة ومدى إدراك الفرد لها وهناك مثير يهدد حياة الفرد ويرتبط بردود الفعل على شدة تلك المثيرات ومدى قدرة الفرد على التعامل معها، في حين تناولت النظرية الإدراكية مفهوم الضغط بشكل مباشر أثناء التمييز بين نوعيين من القلق هما: القلق كسمة والقلق كحالة، فسمة القلق استعداد طبيعي او سمة من سمات الفرد الشخصية وتعتمد على خبرة الفرد الأساسية بينما حالة القلق موقفية وتعتمد بصورة مباشرة على الظروف المصاحبة للضغط النفسي، بينما يرى السلوكيون أن الضغوط النفسية تتمثل في الأعتماد على عملية التعلم كمنطلق من خلاله يتم معالجة المعلومات الخطرة التي يتعرض لها الفرد.

3.1.2 كيف تتكون الضغوط:

الضغط ينشأ من داخل الشخص نفسه، ويسمى ضغط داخلي، أو قد يكون ناتجاً عن ظروف خارجية مثل العمل، والعلاقات الشخصية مع الأصدقاء أو شريك الحياة، أو موت عزيز، أو موقف صارم، ويسمى ضغط خارجي وسواء أكانت الضغوط داخلية أو خارجية متمثلة في أحداث الحياة فإنها تعد استجابات لتغيرات بيئية (عبيد، 2008).فأحداث الحياة اليومية تحمل معها ضغوطا يدركها الإنسان عندما يساير باستمرار المواقف المختلفة في العمل أو التعاملات مع الناس أو المشكلات التي لا يجد لها حلولاً مناسبة، أو تسارع أحداث الحياة ومتطلباتها، وهي تحتاج إلى درجة من المسايرة لغرض التوافق النفسي، وربما يفشل في هذه الموازنة الصعبة، فحتى اسعد البشر تواجههم الكثير من خيبة الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من الضغوط اليومية، ولكن عددا قليلا منهم نسبيا هم الذين يواجهون الظروف القاسية. (الغرير، 2010).

4.1.2 أنواع الضغوط النفسية:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل: الضغوط الاجتماعية، وضغوط العمل (المهنية)، والضغوط الاقتصادية، والضغوط الأسرية، والضغوط الدراسية والضغوطات العاطفية.

إن القاسم المشترك الذي يجمع كل الضغوط هو الجانب النفسي، ففي الضغوط الناجمة عن إرهاق العمل ومتاعبه في الصناعة، أولى نتائجه الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب والملل الذين يؤديان إلى القلق النفسي حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد، وآثار تلك النتائج على التكيف في العمل والإنتاج وكلما زاد الضغط فسوف تكون النتائج: التأثير على كمية الإنتاج، أو نوعيته، أو ساعات العمل، مما يؤدي إلى تدهور صحة العامل الجسدية والنفسية خاصة. (عبيد، 2008).

وتتعدد الضغوط النفسية تبعاً لتعدد مدارس علم النفس، وتخصص علماء النفس ويشير الخطيب إلى إن هنالك عدة أنواع منها:

1- **ضغوط غير حادة:** وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط وأعراضه التي من السهولة ملاحظتها.
2- **ضغوط حادة:** وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف من شخص إلى آخر.
3- **ضغوط متأخرة:** وهي لا تظهر دائماً أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة.
4- **ضغوط ما بعد الصدمة:** وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك آثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى. (الغرير، وأبواسعد، 2008)

كما أشار سيلي (selyel, 1976) **إلى نوعين من الضغط النفسي هما:**

أولا– **الضغط النفسي السيئ** " **Bad stress** " وهذا يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمى كذلك الألم " Distress " مثل فقدان عمل أو فقدان عزيز.

ثانيا – **الضغط النفسي الجيد** " **Good stress** " وهذا يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة كولادة طفل جديد أو سفر في عمل أو بعثة دراسية.(الغرير، وأبواسعد، 2008).

وأجرى العلماء مقارنة بين آثار كل من الضغوط السلبية والضغوط الايجابية. أما السلبية فتتلازم مع كل من انخفاض الروح المعنوية، الوقوع في الإرباك وفقدان السيطرة، الشعور بتراكم الاعباء، الشعور بالقلق، الخوف، الشعور بالضعف والعجز المصاحب لتضخيم الأعباء، فقدان القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، ويضاف إليها بالطبع الأعراض الجسمية المرضية. (حجازي، 2015).

أما نيكسون (Nixon) فيرى العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والضغط النفسي كما يلي:

1- إن وجود الضغط يؤدي إلى زيادة في الأداء في البداية.

2- عندما يتعدى الضغط منطقة القمة فإنه يؤدي إلى انخفاض في الأداء وعندما يحاول الفرد الضغط على نفسه بمحاولات أخرى فإنه سوف يؤدي إلى تدهور الأداء والإنتاج.

3- يحتاج الفرد إلى مقدار معين من الضغط لأداء جيد، ويكون الضغط في هذه الحالة من النوع الجيد ولكنه يصبح سيئاً عندما يكون بمقدار كبير وتكرار ويدوم لفترة زمنية طويلة. (أبو اسعد، 2015).

وقد ميز لازاروس وكوهن (Lazaarus,cohen,) بين نوعين من الضغوط:

أولاً- **الضغوط الخارجية:** والتي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة.

ثانياً- **الضغوط الداخلية** (الشخصية) والتي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد.

إن الضغوط يمكن أن تتنوع وتتشكل بحيث تشمل كافة مناحي الحياة يعيشها الإنسان والتي يمكن وضعها ضمن الأنواع التالية:

- **ضغوط العمل:** وهذه ناتجة عن إرهاق العمل ومتاعبه في الصناعة، أولى نتائجه الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب والملل الذين يؤديان إلى القلق النفسي حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد.
- **الضغوط الاقتصادية:** فلها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف به الأزمات المالية أو فقدان العمل بشكل نهائي.
- **الضغوط الاجتماعية:** معايير المجتمع تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها، والخروج عنها خروجا على العرف والتقاليد الاجتماعية التي تصبح ضاغطة على الفرد وتسبب له أزمات واختلالاً في تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية.(الغرير وأبو اسعد، 2008).
- **الضغوط الأسرية:** بما فيها الصراعات الأسرية والانفصال، والطلاق وتربية الأطفال.(عبيد، 2008).
- **الضغوط الدراسية:** فالطالب مطالب بأن يحقق النجاح في الدراسة، لإرضاء طوحه الشخصي الذاتي أولاً، ورد الجميل لآسرته التي خصصت من دخلها المادي كنفقات الدراسة وتوفير المدرسين المتخصصين والاحتياجات المادية العلمية في العملية التعليمية.
- **الضغوط العاطفية:** فعندما يواجه صعوبات في طلب الزواج والاستقرار العائلي بسبب الحاجة الاقتصادية أو عدم الاتفاق مع شريك الحياة وتتعثر جهوده في الاستقرار الزواجي، يشكل ذلك ضغطاً عاطفياً، تكون نتائجه نفسية. (الغرير وأبو أسعد، 2008).

5.1.2 مصادر الضغط النفسي:

ينشأ الضغط النفسي نتيجة التفاعل مابين الفرد ومجموعة العوامل الخارجية أو الداخلية البيئية منها والشخصية والتي تتمثل في العوامل الجسمية والعقلية والانفعالية، إذ يؤكد (Danzi) أن الضغط النفسي ينشأ من عوامل جسمية مثل تلف في أحد أعضاء الجسم، وعوامل عقلية وانفعالية مثل القلق والخوف، ويرتبط الضغط النفسي بأفعال وانفعالات سلبية وايجابية فمثلا قد يصبح الفوز بجائزة ضاغطاً لاحتمالية كسب الجائزة أو خسارتها.

وقد تنشأ الضغوط من داخل الشخص نفسه نتيجة الأزمات التي يعيشها، **وتسمى ضغوطاً داخلية**، أو قد تكون من المحيط الخارجي، مثل العمل، العلاقة مع الأصدقاء والاختلاف معهم في الرأي، أو الاضطرابات الأسرية أو المشكلات العائلية أو خلافات مع شريك الحياة، أو الطلاق أو موت شخص

عزيز، أو خسارة مالية تجارية، أو التعرض لموقف صادم مفاجئ. **تسمى ضغوطا خارجية.** (الغرير وابو اسعد، 2008).

وأيضاً يمكن تقسيم مصادر وأسباب الضغوط بشكل مفصل بما يلي:

1- المصادر الخارجية للضغوط النفسية:

أ- **الضغوط الأسرية الصراعات العائلية،** كثرة المجادلات، الانفصال، الطلاق، الأولاد.

ب- **الضغوط المالية أو الاقتصادية:** مثل انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة وارتفاع معدلات الجريمة.

ت- **الضغوط الاجتماعية:** وتنقسم بدورها وحسب تعدد العلاقات الاجتماعية ذاتها إلى علاقات اجتماعية، فالفرد إن كان متزوجاً أو غير متزوج، عدد الأطفال إن كان متزوجا، كذلك الوضع البيئي والأسري العام والخاص الذي يعيش في ظله الفرد، فهي تترك ردود أفعال معينة على شكل ضغوط نفسية.

ث- **الضغوط الصحية أو الفسيولوجية:** مثل التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحد في الجسم ومهاجمته الجراثيم به، واختلاف النظام الغذائي.

ج- **ضغوط المتغيرات الطبيعية:** مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير وغيرها.

ح- **ضغوط العمل.**(حسين وحسين، 2006).

خ- **ضغوط سياسية:** تلعب سياسة البلد الداخلية والخارجية دوراً رئيسياً في تحديد الكثير من ملامح حجم ونوعية الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم، وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن أنظمة الحكم الاستبدادي والصراعات السياسية في المجتمع.

د- **ضغوط العوامل العقائدية والفكرية:** إن حالة التقاطع بين تمسك الفرد بما هو عليه من أفكار ومعتقدات، إنما تنعكس فيما بعد على شكل سلسلة من الضغوطات النفسية ذات التاثيرات المتباينة على طبيعة علاقة الفرد بذاته وبمجتمعه. (عبيد، 2008).

ذ- **ضغوط ثقافية:** وتتمثل في استيراد الثقافات والانفتاح على الثقافات الوافدة دون مراعاة للأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع.

ر- **ضغوط أكاديمية:** تتمثل في انتقال الطالب من مدرسة إلى أخرى، ومن المدرسة إلى الجامعة.

ز- **ضغوط مهنية:** ترتبط ببيئة العمل مثل العبء الكمي والكيفي للعمل وصراع الدور وغموضه والخلافات مع الرفاق في العمل.

س-**الضغوط الانفعالية والنفسية:** مثل القلق والاكتئاب المخاوف المرضية.

ش-**الضغوط الكيميائية:** كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين، النيكوتين،

2- المصادر الداخلية للضغوط النفسية:

أ- **الطموح المبالغ فيه:**

ب- **الأعضاء الحيوية والتهيؤ النفسي** (الاستعداد) لقبول المرض– ضعف المقاومة الداخلية.

ت- الشخصية.

وتتسبب العلاقة الغير متوازنة بين الأفراد أو مع بعضهم البعض أو بين الأفراد ومجتمعاتهم والتي يؤدي فيما بعد إلى مجموعة من المظاهر المتعددة من الضغط النفسي إلى مجموعة من النتائج السلبية التي تصيب الفرد والمجتمع معاً. (عبيد، 2008).

ث- الصراع conflict:

وهو أحد مصادر الضغوط ويحدث عندما يعجز الفرد عن الحسم في الاختيار بين حاجتين او هدفين لكل منهما قيمة، والصراع متعدد الاشكال. (غانم، 2007).

6.1.2 العلامات الدالة على الضغوطات:

- اضطرابات النوم أو الهضم أو التنفس.
- زيادة ضربات القلب دون تفسير طبي واضح.
- القلق على أمور لا تستدعى القلق.
- الحزن الشديد بدون أسباب واضحة.
- التوتر الدائم.
- الغضب أو الانفعالات المبالغ فيها لأتفه الأسباب.
- الشعور السريع بالاجهاد.(عبد الرحمن، 2008).

وهناك عديد من الدراسات التي اهتمت بتحديد العلاقة بين نوع الضغوط، وارتباطها بنوع الاضطراب المتوقع حدوثه، وذلك كما يلي:

- الضغوط المزمنة تؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم.

- ضغوط العمل تؤدي إلى امراض القلب.
- ضغوط حادة مفاجئة (طلاق /موت /اغتصاب) تؤدي إلى ضعف الجهاز المناعى، ومن ثم السرطانات، او ردود الفعل العنيفة مثل الانتحار أو القتل.
- ضغوط القلق على المستقبل تؤدي إلى قرحة المعدة.
- ضغوط الخوف والغضب تؤدي إلى أمراض الربو.
- الضغوط الجسمية تؤدي إلى الاكتئاب.(عبد الرحمن، 2008)

7.1.2 آثار ومظاهر الضغوط النفسية:

عادة ما تترك الضغوط النفسية آثارا سلبية ومدمرة أحياناً ومهددة لحياة الأفراد وسعادتهم، وترتبط الضغوط النفسية بالخبرات الحياتية المختلفة وطبيعة عمل الأفراد، وتلعب دوراً هاماً وكبيراً في حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي والتي تعتبر اخطر الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية، **وتصنف آثار الضغوط النفسية إلى ما يلي:**

1-**الآثار**الجسمية (physical effects): وتشمل فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وتقرحات الجهاز الهضمي واضطرابات الهضم والإنهاك الجسمي والربو والصداع والحساسية الجلدية.

2-**الآثار النفسية** (Psychological effects): وتشمل التعب والإرهاق والملل وانخفاض الميل للعمل والاكتئاب والأرق والقلق وانخفاض تقدير الذات.

3-الاثار الأجتماعية (social effects): وتشمل إنهاء العلاقات والعزلة والانسحاب وانعدام القدرة على قبول وتحمل المسؤولية والفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة.

4- الآثار السلوكية (Behavioral effects): ((الحركية)) وتشمل ما أشار إليه لا زاروس (**Lazarus**،) كالارتجاف وزيادة التقلصات العضلية واللعثمة في الكلام وتغيرات في تعبيرات الوجه والأقدام والأحجام، وكذلك اضطراب عادات النوم ونقص الميول والحماس والشك في الزملاء كما أشار إليها الفرماوي.

5- الآثار المعرفية (Cognitive effects): وتشمل اضطراب وتدهور في الانتباه والتركيز والذاكرة وصعوبة في التنبؤ وزيادة الأخطاء وسوء التنظيم والتخطيط. (الغرير، 2010).

ليس كل الضغوطات تاثيرها سلبي:

ليس من الضروري أن تكون كل الضغوطات لها تاثير سلبي، فالقدر الخفيف من الضغوطات يمكن أن يكون في بعض الاحيان مفيداً، وإحساسك بقليل من التوتر عند اقدامك على مشروع مهم يدفعك للقيام بعمل جيد والعمل بنشاط وحيوية. فالتمارين الرياضية يمكن أن تؤدي إلى توتر مؤقت في بعض وظائف الجسم ولكن فوائدها الصحية جيدة ولكن عندما تكون الضغوطات بشكل كبير يظهر التاثير السلبي.الضغوطات لايمكن استئصالها تماماً، فهي جزء من الحياة الطبيعية، ونستطيع أن نتعلم كيفية التعامل مع الضغوطات التي تواجهها والتحكم بتاثيرها على صحتنا الجسدية والعقلية.

الضغوطات تأتي على جميع الأشكال وتؤثر على الأشخاص في جميع الأعمار وعلى جميع مناحي الحياة. ولا يوجد معايير ومقاييس خارجية يمكن تطبيقها للتنبؤ بتنبؤ بدرجة الضغوطات لدى الاشخاص.ان درجة الضغوطات في حياتنا تعتمد بشكل كبير على العوامل الفردية مثل الصحة البدنية، علاقتنا مع الاخرين، عدد المهمات والمسؤوليات التي نتحملها، مدى اعتماد الآخرين علينا وتوقعاتهم منا، مدى دعم الاخرين لنا، عدد الصدمات والتغيرات التي حدثت مؤخرا في حياتنا، فالاشخاص الذين لديهم علاقات اجتماعية جيدة يسجلون مستوى ضغوطات اقل وصحة عقلية أفضل مقارنة مع الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية، والأشخاص الذين تكون تغذيتهم غير جيدة ونومهم غير كافي، أو الذين يعانون من مشاكل صحية يسجلون مستوى عال من الضغوطات. بعض الضغوطات هي بالخصوص مرتبطة بفئة عمرية أو بمرحلة من مراحل الحياة، فالأطفال والمراهقين والاباء، امثلة على هذه الفئات التي عادة ماتواجه الضغوطات المرتبطة بالنقلات بين المراحل المختلفة في الحياة. (حجازي، 2015).

8.1.2 الضغوط التي تتعرض لها المراة:

لقد تغير دور المراة جذرياً خلال الربع الأخير من القرن العشرين في مجتمعاتنا العربية، فقد أصبحت المرأة تشارك أسرتها في تحمل المسئولية، ويقع عليها أيضاً عبء الحياة من خلال معايشتها مع أسرتها إن كانت غير متزوجة، والمتزوجة تتحمل أكثر بمشاركة الزوج طموحاته إضافة إلى زيادة مصادر الضغوط الناتجة عن الواجبات المنزلية وتربية الأولاد وتوفير الراحة للعائلة في الأوضاع الاعتيادية، أو في حالات الأزمات، وخاصة ونحن نعيش في مجتمعات تصف بها الأزمات، وابتعدت

عن الاستقرار والتماسك نتيجة إتساع الطموحات، فأصبح البحث عن مكان آمن، وإيجاد متنفس للتعبير عن الرأي الشاغل الأهم لدى الرجل والمرأة. (عبد الرحمن، 2008)

9.1.2 بعض أساليب التغلب على الضغوطات النفسية:

- عدم إهمال الوجبات الغذائية – تناول وجبة الإفطار– تجنب تناول الوجبات السريعة غير المغذية– لا تبالغ في إسعاد الناس الآخرين على حساب احتياجاتك – لا تلوم الآخرين – لا تقارن نفسك بالآخرين – لا تقع ضحية لمفيدة علاج ما تعاني من ضغوطات بالكحول والمواد المخدرة – اجعل النوم اولوية – مارس الرياضة البدنية. (بقيون، 2007).
- الاسترخاء: وتتمثل في فئتين أساسيتين هما التنفس العميق والاسترخاء. وهما فنيتان يمكن التدرب عليهما في وقت قصير وبسهولة. (حجازي، 2015).
- تكلم عما تشعر به من ضغوطات لا تكبتها في داخلك – حاول مساعدة الآخرين –تنازل قليلاً من فترة لأخرى. (رشدي، 2015).
- –رتب المكان الذي تعيش فيه بشكل مريح وجميل –لا تهمل مظهرك. اهتم بجسمك وملابسك– كافئ نفسك على الأعمال والتصرفات الإيجابية. (زايد، 2013).

في حين قدم كوهين (cohen) مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة ضغوط الحياة منها:

- **التفكير العقلاني:** يتجه الفرد فيها إلى التفكير للبحث عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.
- **الإنكار:** وهي عملية يسعى الفرد من خلالها إلى إنكار الضغوط ومصادرها بالتجاهل والانغلاق وكأنها لم تحدث.
- **التخيل:** يتجه الفرد فيها إلى التفكير في المستقبل وتخيل ما قد يحدث.
- **حل المشكلة:** وهو نشاط معرفي يتجه الفرد من خلاله إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.
- **الفكاهة أو الدعابة:** أي التعامل مع الضغوط ببساطة وبروح الفكاهة، وهي تدل على الانفعالات الايجابية أثناء المواجهة.
- **الرجوع إلى الدين:** حيث يعمد الفرد إلى التوجه إلى الدين والإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي وذلك لمواجهة الضغوطات والتغلب عليها (العابدين، 2008).

- استراتيجيات يجب تجنبها وغير مفيدة للتغلب على الضغط النفسي:

1. كبت المشاعر.
2- محاولة الوصول إلى المثالية.
3- العمل لساعات طويلة.
4- التسويف وتجنب المواجهة.
5-عدم تقسيم مهام العمل.
6- عدم الحصول على فترات راحة.
7-عدم الاعتراض على الشيء الذي لا يعجبك
8-عدم الحديث عن الضغط النفسي.

(باول، 2008).

10.1.2 التكيف النفسي

أولا- مفهوم التكيف النفسي:

يعد التكيف من أهم عوامل اتزان الشخصية وتمتعها بالصحة النفسية، فالناس في العادة يتعرضون لضغوطات وصراعات داخلية وخارجية، وعليهم مواجهة الرغبات والدوافع الشخصية المتعارضة من أجل استمرار التوازن النفسي لديهم، ويرى بعض الباحثين أن الصحة النفسية هي التعبير عن التكيف، وأن التكيف دليل الصحة النفسية فإذا ساء ساءت بدورها وإذا ما تحسن تحسنت تلك الصحة النفسية. (غيث، 2006). يدل التكيف النفسي على السلوك الذي يعمل باستمرار وراء التكيف مع شروط العالم الطبيعي، والتكيف مع الدوافع الشخصية، ومطالب العالم الاجتماعي، وعليه فإن السعي لوقاية الجسم من البرد بملابس صوفية والسعي وراء إشباع الدوافع النفسية بطريقة ملائمة، والالتزام بالمعايير الاجتماعية، تعد ظاهرة من مظاهر التكيف النفسي. (عبيد، 2008).

كما تتمثل عملية التكيف في مواصلة الفرد للقيام بالاستجابة لتلبية متطلباته الخاصة ومتطلبات البيئة المحيطة واستجابة للتغيرات التي تحدث في هذه البيئة، ومن هنا فإن التكيف يظهر في توفير نوع من التوازن بين حاجات الفرد من جهة والمؤثرات الببيئة من جهة أخرى، وبذلك تصبح عملية التكيف عملية نشطة ومستمرة وديناميةمن اجل المحافظة على هذا التوازن (بركات، 2006).

التكيف في اللغة: هو التآلف والتقارب، إنه نقيض التخالف والتصادم، ويعرف وولمان (wolman, 1973) التكيف بأنه علاقة متناغمة مع البيئة تنطوي على القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد، وتلبي المتطلبات المادية والاجتماعية جميعها عند الفرد (عبيد، 2008). فيما يعرفه (فهمي) بأنه:

العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين بيئته. (قطيشات والتل، 2009)

11.1.2 هناك عدة معاني للتكيف:

التكيف البيولوجي:

إن مفهوم التكيف مستمد من علم البيولوجيا والذي يشير إلى أن الكائن الحي يحاول أن يلائم بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء وبذلك يوصف السلوك الأنساني على أنه رد فعل لمطالب البيئة الملحة ولا يقتصر هذا الأمر على الأنسان بل نجد ان الحيوان أيضاً يحاول أن يتكيف حيث منحها سبحانه وتعالى القدرة على التكيف والموائمة مع الظروف الطبيعية المحيطة بها. (الحياني , 2011).

وهو ما يحدث من تغييرات في بنية الفرد الجسمية سواء في المراحل العمرية التي يمر بها أو ما يحدث من تغيير في بعض أعضائه الجسمية بفعل البيئة التي يعيش فيها. وهو غير قادر على ايقافها أو تغييرها. مثال التغيرات الجسمية في مراحل عمر الفرد منذ الولادة وحتى سن الكهولة. (المنسي، 2001).

التكيف الاجتماعي:

التكيف بأنه (العملية التي تنطوي على إحداث ما ينبغي من تغيرات في الشخص أو في البيئة، أو فيهما معا بقصد تحقيق الانسجام في العلاقة بينهما) وأن الإنسان مخلوق اجتماعي بطبعه ولديه ميل اجتماعي نحو الآخرين والعيش معهم، ويشير أدلر أن عيش الإنسان في جماعات لها قيمها وقواعدها وظروفها الاقتصادية والاجتماعية يفرض التعامل مع هذه القضايا وتقبلها، لننظر مثلا إلى أولى الجماعات التي ينتمي لها الفرد وهي الأسرة: أن لكل أسرة نظامها الخاص بها، فهي تحدد لأعضائها طريقة سلوكهم وربما تفكيرهم وأسلوب حياتهم. (غيث، 2006).

التكيف النفسي:

لقد استعار علماء النفس مفهوم التلاؤم من علم الأحياء، وقاموا بإعادة تسميته بالتكيف Adjustment، مؤكدين على اهتمامهم بالبقاء النفسي للفرد، **وفي علم النفس يعرف التكيف** على أنه " تلك العملية التي يقتبس فيها الفرد نمط السلوك الملائم لبيئته أو للمتغيرات البيئية، ويشير إلى التغير الذي يجريه الفرد على السلوك تبعا لضرورات التفاعل الاجتماعي، واستجابة لحاجة المرء على الانسجام مع مجتمعه، ومسايرة العادات والتقاليد الاجتماعية التي تسود هذا المجتمع.

يميل السيكولوجيين إلى النظر لمفهوم التكيف من زاويتين:

الأولى: باعتباره عملية مستمرة تتضمن التعامل مع الضغوطات والتغيرات في محيط الفرد الشخصي والاجتماعي، هنا نجد لا زاروس، (,lazarus) يعرفه على أنه "العملية النفسية التي يتعامل الفرد بواسطتها، ويتأقلم مع المطالب الحياتية المختلفة والضغوطات"

الثانية: باعتباره نتيجة يسعى الفرد إلى الوصول إليها بحيث تتوفر لديه خصائص مرغوبة ومظاهر إيجابية، وعند وصول الفرد على ذلك يمكن وصفه بأنه حسن التكيف أو سيئ التكيف.

أما تعريف السلوك ألتكيفي: فهو عبارة عن سلوك يحاول الفرد من خلاله معالجة وطأة الضغط والإجهاد، وتلبية حاجاته، مثلما يشير إلى الجهود المبذولة في سبيل حفاظه على علاقات منسجمة ومتناغمة مع البيئة.

ويعتقد الرفاعي أن التكيف لا يقف عن حدود ما يحصل لدى الفرد من تغيير، بل يتضمن ما يجريه الفرد في محيطه من تغييرات وضبط لينجز عملية التكيف. ويقصد بمحيط الفرد:

1- **المحيط النفسي الداخلي:** ويتضمن الشخص وما يحتويه بناؤه النفسي من أفكار ومعتقدات وقيم وميول ودوافع وقدرات ومشاعر.

2- **المحيط الخارجي:** ويتضمن السياق الطبيعي الذي يعيش فيه الفرد (من ماء وهواء وتربه ومناخ وتضاريس)، السياق الاجتماعي (من أسرة ومدرسة ورفاق وجيرة ونادي وإعلام) (غيث، 2006 . ويكون الغلبة في المحيط الذاتي أو النفسي, للتكيف النفسي في حين تكون الغلبة في المحيط الخارجي للتوافق الطبيعي البيولوجي, ان أبعاد البيئة الثلاثة متداخلة في الواقع وتؤثر جميعها في حياة الفرد وتحدد أسلوب تكيفه معها ويمكننا ان ننظر إلى التكيف من زاوتين , من حيث هو عملية ومن حيث هو إنجاز (نتيجة). (أبو دلو، 2009).

12.1.2 تحليل التكيف:

إن عملية التكيف لأي موقف تمر بسلسلة من الخطوات:

– وجود استثارة للسلوك بتأثير دافع داخلي – الشعور بوجود عائق (ضغط) يمنع الأستجابة مباشرة – القيام بعدد من المحاولات بهدف الوصول إلى الاستجابة الصحيحة ويتبعها الرضى والطمانينة

– تكرار المحاولة ,إلى أن يصل إلى النتيجة والنتيجة التي يتوصل إليها الفرد في تكيفه لموقف معين هي احدى خطوات عملية التكيف. (الخالدي ,والعلمي, 2009).

13.1.2 أشكال التكيف:

يمكن القول أن القدرة على إشباع الحاجات ضمن شروط المحيط يمكن الفرد من الوصول إلى حالة من الاتزان النسبي، أي إلى التكيف أما الإخفاق في إشباع الحاجات وعدم النجاح في التوفيق بين مطالب المحيط الداخلي ومتطلبات البيئة الخارجية فيؤدي إلى اختلال توازن الفرد، ويظهر ذلك في الشعور بالإحباط والمعاناة من الصراع.

أ- **التكيف الحسن:** عندما يكون مناسباً ومصدر ارتياح واطمئنان.

مثال على التكيف الحسن: "طفل يشبع حاجاته إلى التقدير عن طريق أداء واجباته المدرسية وتفوقه"

ب- **التكيف السيئ:**عندما يكون غير مناسب ومنطويا على الاضطراب.

مثال على التكيف السيئ: طفل يقوم بإشباع حاجاته إلى التقدير عن طريق الكذب والادعاء أو السرقة

" إن التكيف الحسن والتكيف السيئ على درجات ويمكن التمييز بينهما بواسطة المعايير.

وهناك أسباب مختلفة يلجأ إليها الفرد للتكيف فأحد الأفراد يستعمل عقله **والبعض الآخر** يستعمل يديه **والنوع الثالث** يستعمل الهروب **وآخر** الهجوم وقد **يلجأ رابع** إلى حل المشكلة والمواجهة في الحقيقة يرتبط هذا الأمر بعوامل التكرار والتعلم والألفة والتعزيز ونزعة الإنسان إلى التعميم وذلك بعد أن يستفيد مما قدمته الخبرة من تعزيز بطريقة في مواجهة الظروف الطارئة بنجاح.

إن التكيف الحسن يتطلب شخصية متوازنة بناءة، قادرة على مواجهة المصاعب وعلى التلاؤم بين حاجاته والمتطلبات المحيطة به من ناحية أخرى. (شعبان، وتيم، 1999).

14.1.2 أبعاد التكيف ومجالاته:

يمكن النظر إلى التكيف من حيث أبعاده ومجالاته المتنوعة، كما يلي:

1- **التكيف الشخصي (الانفعالي):** ويشمل السعادة مع النفس والرضا عنها، وإشباع الدوافع الأولية (الجوع والعطش والجنس والراحة والأمومة) والثانوية المكتسبة (الأمن والحب والتقدير والاستقلال) وانسجامها وحل صراعاتها، وتناسب قدرات الفرد وإمكاناته مع مستوى طموحه وأهدافه.

2- **التكيف الاجتماعي:** ويشمل السعادة مع الآخرين والالتزام بقوانين المجتمع وقيمه والتفاعل الاجتماعي السوي، والعمل للخير والسعادة الزوجية، والراحة المهنية، ويظهر هذا النوع من التكيف في المجالات التالية:

أ- **في الأسرة:** ويطلق عليه اسم التكيف الأسري، وهو أن يسود الوفاق بين الزوجين، وأن تكون العلاقات قائمة على المودة والمحبة والتعاون.

ب- **في الدراسة:** ويطلق عليه اسم التكيف الدراسي، أي نجاح الفرد في المؤسسات التعليمية والنمو السوي معرفيا واجتماعيا والقدرة على حل المشكلات الدراسية مثل ضعف التحصيل.

ج- في العمل: ويطلق عليه اسم التكيف المهني ويتضمن اختيار الشخص للمهنة أو العمل الذي يناسب قدراته واستعداداته، وتقبلها، ورضاه عنها، ومحاولاته المستمرة لتطويرها والابداع وشعوره بالسعادة والرضا ايضا.(قطيشات والتل، 2009).

15.1.2 أثر الصدمات والعوامل والعوامل المباشرة على التكيف:

تؤثر الصدمات التي يتعرض لها الفرد تأثيراً مباشراً إذ يفوق الحدث أحياناً خبراته وقدراته في تحمله مما ينتج عنه اضطراب نفسي مع انه يبدوا لنا أن الحدث هو المسبب الأول لهذا الاضطراب. ولكن العامل المشترك معه عنصر المفاجأة وقلة الخبرة الحياتية وكذلك ضعف في البنية الجسمية في شكل أمراض مزمنة كالسكري وارتفاع في ضغط الدم وحالات الصرع. (الخالدي،والعلمي، 2009).

16.1.2 خصائص عملية التكيف:

تتسم عملية التكيف بعدة خصائص يكون لها اثر بالغ بالوصول بالفرد إلى درجة عالية من التوافق والصحة النفسية ويمكن الاعتماد على هذه الخصائص بصورة أساسية في فهم عملية التكيف وكيفية وصول الأفراد إليها ومنها:

- ينظر إلى عملية التكيف على أنها عملية إرادية يمكن أن يصل إليها بكامل إرادته ورغبته من خلال ابتعاده عن ما هو من شانه أن يصل الإنسان إلى طريق مسدود تعمل على إيجاد تربه خصبه من شانه أن تحيد بالإنسان عن السوء.
- قد يغير الفرد في عملية التكيف من نفسه (بيئته الداخلية) وذلك بتعديل بعض سلوكياته السيئة كالعناد أو التمارض إذا واجهته مشكلة أو تغير أهدافه وتعديلها وقد يكون التغير من اجل التكيف مع البيئة الخارجية.
- تزداد عملية التكيف النفسي وضوحا عندما يكون اصطدامها مع الواقع، فكلما كانت العقبات التي يمر بها الفرد تتصف بالقوة والتعقيد كانت هذه العقبات جديدة وغير تقليدية خارجة عن خبرة الإنسان.
- تتأثر عملية التكيف بالعوامل الوراثية والوراثة السيئة تجعل الفرد قاصراً عن التكيف فمثلا المصاب بنقص عقلي أو زيادة حساسية انفعالية نتيجة عوامل وراثية سيؤثر ذلك حتما على عدم قدرته على التكيف حتى لو كانت العوائق بسيطة. (الداهري، 2005)
- تعتبر عملية التكيف والتوافق النفسية عملية مستمرة وديناميكية مرتبطة مع حياة الإنسان وتعتبر سمة من السمات الملتصقة بالحياة من المهد إلى اللحد.
- تتوقف درجة الصحة النفسية عند الفرد على مدى قدرته على التكيف في المجالات المختلفة فكلما تعددت مجالات التكيف وزادت كان ذلك دليلا على أن الفرد يتمتع بدرجة عالية الصحة النفسية، وكلما قلت مجالات نشاط الفرد كان ذلك دليلا على سوء تكيفه. (الداهري، 2005)
- إن السلوك الذي يشبع حاجة الفرد أو يخفف من توتره هو سلوك تكيفي سواء كان هذا السلوك مقبولاً أم غير مقبول وتختلف المواقف التي يحتاج فيها إلى حسن التكيف.(الحياني، 2011).

17.1.2 العوامل المؤثرة في عملية التكيف:

هناك عدة عوامل لها تاثير على الفرد، تؤثر في عملية تكيفه في البيئة التي يعيش فيها منها:

1- الاحباط (Frustration: المقصود به هو عدم قدرة الفرد على إشباع حاجاته بسبب وجود موانع أو معوقات تحول دون ذلك. وقد تكون المعوقات متوقعة او متخيلة. وللإحباط آثار سيئة على نفسية الفرد، وكلما زاد الاحباط عن حده يؤدي إلى الإضطراب والتوتر والقلق وفقدان الثقة

والإجهاد والإحتراق النفسي، وقد يتسرب الإحباط إلى نفوس الأفراد ومن مصادر مختلفة سواء كانت من خبرات مباشرة يمر بها الفرد أو ملاحظة سلوك الآخرين الفاشلة.

2- الصراع (conflict): يحدث الصراع عند الفرد عندما يريد إشباع حاجتين لديه، ولا يستطيع اشباعهما في وقت واحد. وتختلف الصراعات لدى الفرد باختلاف اهمية الدوافع المتعارضة وقدرة الفرد على اتخاذ القرار.

3- القلق (Anxiety): هو احساس الفرد بالرعب المستمر والخوف تجاه قيم معينة بحيث يكون الفرد حاملها بداخله او من احداث خارجية لا تبرر وجود هذا الاحساس. كما عرف بعض الباحثين القلق بانه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات التكيف. (المنسي، 2001).

18.1.2 مؤشرات التكيف والصحة النفسية:

هناك علامات أو مؤشرات يمكن أن تفيدنا في الاستدلال على التكيف والصحة النفسية للأفراد، ومن أهم هذه المؤشرات ما يأتي:

1- **الراحة النفسية:** وهي من العوامل المهمة التي تؤثر على حياة الفرد وعلى عملية التوافق وشعوره بالاتزان والراحة في الجانب النفسي.

2- **القدرة على العمل:** من أهم الدلائل على الصحة النفسية للفرد وهو قدرته على العمل والأنتاج

3- **مفهوم الذات:** ويمثل هذا المصطلح فكرة الفرد عن نفسه وما يعتريه من أفكار ومشاعر يكونها عن نفسه والصورة التي يكونها في داخله.

4- **شمول نشاط الفرد وتنوعه:**يجب أن يكون هناك تنوع في النشاطات التي يؤديها الفرد لأجل أن لايحدث اختلال في التوازن.

5- **مدى كفاية الفرد في مواجهة احباطات الحياة اليومية:** أي يكون له القوة والصلابة في مواجهة متاعب الحياة واحداثها الضاغطة.

6- **القدرة على تحمل المسؤولية:**أي تحمل المسؤولية وله القدرة على اتخاذ القرارات لا الهروب منها.(الحياني, 2011).

7- **الموضوعية التعصب:** تقبل آراء الآخرين بموضوعية

8- **أن يحسن التبصر في عواقب الامور:** وهذا يتطلب عدم الاندفاع وقدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتحكم بها.(عبد الباقي, 2014).

19.1.2 طرق التكيف:

يواجه البشر ظروفاً متغيرة باستمرار على المستوى الداخلي والخارجي، وتتطلب هذه الظروف والمواقف من الفرد القيام باستجابات تكيفية، وتتطلب هذه الظروف والمواقف من الفرد القيام باستجابات تكيفية، ويطور كل فرد منا أسلوبه المميز له والثابت نسبياً عبر المواقف للتكيف، فيلجأ بعضهم إلى التعامل الواقعي مع الأشياء وبعقلانية ويحاول حل المشكلة بأسلوب علمي وموضوعي – وهو التعامل الأنسب. في حين يفضل آخرون اللجوء إلى الهجوم والعدوان على أنفسهم والآخرين في مواقف التحدي والضغط النفسي، وآخرون يميلون إلى استخدام الأساليب الملتوية والمواربة كما أن بعض الناس يهربون من الموقف أو يعلنون استسلامهم.(غيث، 2006).

أولا– الطرق المباشرة للتكيف:

أ- **المواجهة: تعلم حل المشكلات واتخاذ القرارات:**

عندما يواجه الأفراد – سواء أكانوا صغاراً أم كباراً فإنهم يحاولون حل هذه المشكلة، ويعرف جانييه **سلوك حل المشكلة على أنه** " سلوك موجه نحو الهدف، وتقوم استراتيجيات التفكير بتوجيه وضبط عملية السعي للتوصل إلى تحقيق الهدف.

وتتضمن إستراتيجية حل المشكلة المرور في سلسلة من الخطوات والمراحل المتتابعة كالتي طورها برانزفور وستين وهي:

1- تحديد المشكلة ويسبق ذلك الوعي بوجود مشكلة.
2- تعريف المشكلة.
3- استكشاف الحلول والبدائل المحتملة للمشكلة.
4- اتخاذ قرار حول البديل المناسب بعد الموازنة بين الحلول أو البدائل واتخاذ الإجراءات التنفيذية.

ب- **الانسحاب والاستسلام:**

يشير الانسحاب أو الهرب إلى الابتعاد الجسدي المادي أو النفسي عن الأشياء والمواقف والناس والمثيرات المسببة للصراع أو الإحباط أو الضغط النفسي للفرد. وحينما ينسحب الفرد من الموقف يعتقد

أن الفرد هو الحل الأسهل طالما أن هذا الأسلوب لا يتطلب جهداً كبيراً وذلك رغم أن الانسحاب والهرب غالبا ما يجعلان الموقف أكثر سوءا والنتائج غير محمودة على الإطلاق.

ج- **الهجوم والعدوان:**

إن الإحباط والضغوطات الأخرى غالباً ما تؤدي إلى الغضب والعدوان ويعتبر العدوان أنه سلوك يؤدي إلى إلحاق الأذى النفسي أو الجسمي بشخص آخر على نحو متعمد وهناك من يميل إلى التعرف الواسع للعدوان بالقول بأنه السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء. ويؤخذ عدة أشكال منها العدوان الجسدي والفظي والعدوان الرمزي وهذا النوع من العدوان لا يشمل على إلحاق الضرر المادي أو اللفظي وإنما عن طريق القيام بعمل أو الامتناع عن سلوك يوصل الفرد من خلاله رسالة غضب وعدوان على الآخرين مثل النظر بطريقه قاسية إلى الفرد أو الامتناع عن رد السلام عليه. (غيث، 2007).

ثانيا – الطرق غير المباشرة:

إذا عجز الفرد عن مواجهة المشكلات في صرامة واقتدار فإن ذلك يدفع به إلى أساليب مختلفة من التكيف بقصد التخفيف من حدة التوتر الناتج عن الإحباط. وهذه الأساليب وإن كانت تتنوع بتنوع الأفراد وتصل أحيانا إلى حد التعقد. يمكن أن نصفها على إنها (حيل دفاعية) يشوه من خلالها الأفراد حقيقة الواقع. وهذه الحيل الدفاعية أو الأساليب الدفاعية عبارة عن سلوكات وعمليات عقلية تقوم بها الأنا لاشعوريا حتى تجنب نفسها مواجهة هذه المواقف الصراعية، والحيل الدفاعية جميعها تقوم على تشويه لحقيقة ابتغاء تحقيق الأغراض التالية:

1- أن يتجنب الفرد حالات القلق، وما يصاحبها من شعور بالإثم.

2- أن يحفظ الفرد اعتباره وتقديره لذاته.

تشمل الحيل الدفاعية ما يلي:

- **الكبت Repression:** إن أكثر وسيلة بدائية للتعامل مع التهديد الداخلي هي الكبت والذي هو عبارة عن إزاحة الذكريات والدوافع والرغبات المهددة للذات من حيز العالم الشعوري للفرد إلى اللاشعور، فا لمشاعر العدوانية تجاه الأب تكبت، أي تنسى تماما في عالم الوعي والشعور وتزاح إلى اللاشعور.
- **التقمص Identification:** وهو أن يجمع الفرد ويستعير ويتبنى وينسب إلى نفسه ما في غيره من صفات مرغوبة ويشكل نفسه على غرار شخص أخر يتحلى بهذه الصفات. والتقمص يختلف عن

التقليد في أن التقمص لاشعوري بينما التقليد شعوري. ومثال ذلك تقمص شخصيات الأبطال والنجوم. (غيث، 2006).

- **التبرير Rationalization:** وهو أعطاء أسباب مقبولة اجتماعيا للسلوك بغرض إخفاء الحقيقة عن الذات، ويعد وسيلة، دفاعية ترمي إلى محافظة الفرد على احترامه لنفسه وتجنبه للشعور بالاثم. (الاماره، 2016).
- **النكوص Regression:** إنه العودة أو الردة أو الرجوع أو التقهقر إلى مستوى غير ناضج من السلوك وتحقيق نوع من الأمن والتوافق حين تعترض الفرد مشكلة أو موقف محبط. كان يرتدي الرجل البالغ من العمر 40 عاماً ملابس الصغار ويقلد قصات الشعر واللباس.
- **الإسقاط (الإضفاء) (projection):** هو أن تنسب ما في نفسك من صفات غير مقبولة إلى غيرك من الناس بعد أن تجسمها وتضاعف من شأنها مثال الشخص الذي يشك في الآخرين ولا يثق بهم نراه يكثر من اتهام الآخرين بالشك عدم الثقة بالناس.
- **الإنكار :Denial** ويتضمن محاولة الفرد تجنب المواقف المؤلمة ومصادر القلق بنكرانه أو تجاهله وجودها فعلاً. مثال قد تقوم الأم برفض حقيقة أن ابنها قد توفى وتقول بأنه مسافر وسيعود في وقت ما.
- **التعويض Compensation:** يعبر التعويض عن مجموعة ردود فعل يكون القصد منها الظهور بصفة ما بهدف التغطية عن صفة أخرى. مثال تعويض الشخص الذي لديه وزن زائد باهتمامه بالنكات والدعابة والفكاهة التي تصرف انتباه الآخرين عن سمنته.
- **الإبدال أو التحويل (Displacement):** ويقصد به تحويل أو نقل موضوع العاطفة أو التخيلات من موضوعها الأول إلى موضوع أخر، الموضوع الأول قد يكون شخصا أو شيئا ما وكذلك الثاني. والتحويل يتم كوسيلة دفاعية ويعتمد عادة على وجود صلة بين الموضوع الاول والثاني مثال يقوم الأب بتحويل جام غضبه من المدير على الابن الصغير الذي ليس له علاقة.
- **الرد المعاكس (Reaction formation):** هو التعبير عن الدوافع والرغبات غير المقبول اجتماعيا أو دينيا أو أخلاقيا بإظهار عكسي تماما او بشكل مضاد (مبالغ فيه عادة). مثال ذلك التدين عكسي للإلحاد. والإفراط في الضحك والسرور كتكوين عكسي للحزن.

- **الإعلاء أو التسامي (Sublimation):** هنا تتحول المواقف والاتجاهات غير المقبولة لتتخذ لها طريقا مثاليا أخرا يكون موضع تأييد وإكبار المجتمع أو الدين أو الأخلاق وغالبا ما تكون الاتجاهات غير المقبولة جنسية الطابع أو عدوانية.
- **الكظم:** ورد في القران الكريم: "والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس "، ويقصد به الضغط المقصود لدافع يعد ظهوره خطرا فيما يتصل بالفرد وهو سلوك دفاعي ذو مكانة خاصة في الحياة الاجتماعية وغالبا ما ينظر إليه على أساس أنه رمز لقوة الإرادة وحسن الخلق وضبط الذات. (غيث، 2006)

2.2 نظرة عامة على مرض الفصام

1.2.2 مقدمة:

مرض الفصام هو اضطراب وظيفي في المخ. وحيث إن المخ هو مركز التفكير والسلوك والمشاعر، وبالتالي تكون أعراض هذا المرض هو اضطرابا في الفكر والإدراك والسلوك والمشاعر وما ينتج عنها من خلل في أداء الفرد لوظائفه وقدرته على العمل. يفقد مريض الفصام القدرة على التمييز بين ماهو حقيقي وما هو خيال، لا يستطيع أن يتحكم في مشاعره، يفقد القدرة على التفكير المنطقي. وحيث إن سلوك الفرد هو تعبير عن فكره ومشاعره، وبالتالي فان سلوك الفرد يضطرب بما يتناسب مع اضطرابه الفكري وتظهر عليه سلوكيات غريبة بالنسبة للإنسان الطبيعي ولكن هناك ما يبرر هذا السلوك بالنسبة للمريض.

يعد الفصام أحد أكثر الاضطرابات خطورة: نظراً للاضطراب الشديد الذي يحدث في الوظائف العقلية. والاضطراب الواضح في السلوك. كما أن له عديداً من الآثار الجسدية والاجتماعية والاقتصادية الشديدة، ويتسبب في عديد من الصعوبات في الوظائف الاجتماعية والمهنية: حيث يؤثر على كل جوانب الحياة المتعلقة بالمريض، فتاثيره يكون على الإدراك والتفكير والسلوك والمشاعر. (عبد الوهاب، وسعيد، 2017)

مرض الفصام مرض مزمن كثيرا ما يحدث فيه انتكاسة للمريض، أي انه مرض متقلب مابين تحسن المريض لفترة وسوء حالته لفترة أخرى وهذا طيلة فترة المرض. هدف العلاج هو زيادة فترات التحسن والتقليل من أو منع حدوث الانتكاسة وسوء الحالة مرة أخرى. (المغربي، 2015).

الفصام (الشيزوفرينا) schizophrenia هو مجموعة أعراض نفسية متزامنة تظهر عادة قبل سن الأربعين، وتؤدي عموما إلى تفكك وتدهور شخصية الفرد. ويكون لدى المصابين بالفصام – في العادة – طرق شاذة وغريبة في التفكير والسلوك والمشاعر فهم ينظرون إلى ما حولهم بطريقة غير سوية، وتهيمن على حياتهم الشخصية أفكار غير واقعية. كما تبدو انفعالات مرضى الفصام في اغلب أحيانها متضاربة ومتنافرة، وينقطعون عن أهاليهم وأصحابهم، حتى يبدو وكأنهم قد اعتزلوا الدنيا من حولهم. (الحبيب، 2008).

الفصام هو مجموعة من الاضطرابات التي تختلف من حيث العوامل المسببة للاضطرابات والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق في كونها متلازمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن حدوث خلل في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك ويشمل هذا الخلل معظم الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية وبالتميز واستقلاله الذاتي. (الخالدي، 2004).

2.2.2 تاريخ مرض الفصام:

مفهوم الفصام على أنه مرض نفسي بدأ منذ ما يقارب من 100 عام ويعتبر كلا من Emil–Kraeplin(1855– 1926) و Eugen–Bleuler (1939– 1857) من أهم من لهم إسهامات كبيرة جدا في هذا المرض. ويعتبر Kraeplin أول من وصف الأعراض على أنها مرض واحد أطلق عليه اسم الخرف المبكر أو النسيان المبكر (dementia– praecox) وهو بذلك يشير إلى أمرين: أولاً حدوث المرض في سن مبكرة وثانياً مسار المرض، حيث يصحبه تدهور شديد في الوظائف العقلية. أما العالم Bluerer فكان تركيزه أكثر على طبيعة أعراض المرض وليس على ماله، وأوضح أن المرض ليس بالضرورة أن يحدث في سن مبكرة وأن يصاحبه تدهور شديد في الوظائف العقلية وأطلق عليه مرض الفصام وهو يريد بذلك أن يوضح أهم عرض لهذا المرض وهو حدوث إنفصال أو عدم ترابط بين وظائف العقل المتخلفة، فلا يستطيع المريض أن يميز بين الواقع والخيال، بمعنى آخر، يعيش المريض في واقع خاص به غير الواقع الذي نعيشه. (المغربي، 2015)

3.2.2 ماذا تشبه تجربة مرض الفصام:

عندما يغط الإنسان في نوم عميق وتراوده الأحلام في نومه، فإنه يكون على قناعة شديدة بأنّ كل ما يراه من أشياء غريبة – في الحلم – هو واقع حقيقي يحدث له، ويفاجأ انه غير حقيقي فقط عندما يستيقظ ويدرك أنه كان نائماً ويحلم، ويظل لفترة وجيزة من الوقت مابين نهاية النوم وبداية الاستيقاظ في حالة من الارتباك وعدم الوعى بين الواقع والخيال. مريض الفصام يحلم ويرى اشياء ويتكون لديه معتقدات، ولكنه مستيقظ وفي تمام الانتباه، ويرى الواقع الذي نعيشه والخيال الذي يعيشه في الوقت نفسه، ويالها من تجربة مريرة صعبة على المريض.. رغم كل هذه التشبيهات، إلا إنه من الصعب جدا أن نفهم ونعايش التجربة التي يعيشها المريض. (المغربي، 2015)

الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، وما تحمله كلمة (مرض نفسى) أو عقلي عند عامة الناس، مع قلة خدمات الصحة النفسية وارتفاع تكلفة العلاج، في وجود مجتمع يعاني من سوء فهم للمرض، مع تشبع بالمعتقدات الخاطئة عن أسباب المرض وعلاجه، كلها عثرات في طريق شفاء المريض وراحة أهله. (المغربي، 2015).

4.2.2 تعريف الفصام العقلي اصطلاحا

ومصطلح الشيزوفرينا في أصله كلمة لاتينية مكونة من مقطعين،الأول: سكيز أو شيز (Schiz) وتعني الانقسام أو الانفصام، والثاني فرينيا (phrenia) وتعني العقل، ولذلك فإن الكلمة مجتمعة تعنى انفصام العقل (واختصارا الفصام أو الانفصام)، وليس انفصام الشخصية كما يخطئ الكثيرون، فالفصام يؤثر أساساً على العقل لكنه فيما بعد يؤدي إلى تدهور شخصية الفرد. (الحبيب، 2008)

لقد بذلت محاولات عديدة لتحديد مفهوم الفصام نذكر منها:

محاولة كريبلين (Kraeplin) أكد كريبلين على مفهوم التدهور العقلي المصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر (Dementia precox) وقرر أن الأعراض (symptoms) المميزة هي السلبية والانسحاب وأسلوبية الحركة وفقدان الإرادة والانتباه وضعف الحكم على الأمور واضطراب التفكير وعدم التمييز بين الواقع والخيال، كما أكد على أن هذا الاضطراب ليس ناتجا عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكتئاب.(الحجاوي,2004)

محاولة بلولر (Bleuler) رأى بلولر أن التدهور العقلي ليس من الصفات الهامة في مرض الفصام، وقام بتقسيم الأعراض المرضية في الفصام إلى أعراض أساسية جوهرية وهي اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان والدونية (Autism) وثنائية المشاعر (A mbivalence)، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة وهي الهلاوس والضلالات، وهو أول من أطلق عليه اسم schizophrenia ومعناه الانقسام العقلي، ويختلط هذا المعنى لدى عامة الناس مع حالة ازدواج الشخصية الذي يطلق عليه حاليا اضطراب تعدد الشخصية. (الحجاوي، 2004)

محاولة شنايدر (Schneider) وصف شنايدر عددا من الأعراض سماها أعراض الدرجة الأولى (First–Rank symptoms) ذات الأهمية في تشخيص الفصام وتشمل:

سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع.

هلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض.

ضلالات التأثير جسمياً من قبل قوة خارجية، وأن هناك قوة خارجية تتحكم في تفكيره وتنشر أفكاره على الناس.

ضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم بتصرفاته.

وما زالت المحاولات مستمرة من أجل تحديد مفهوم دقيق لاضطراب الفصام وفي صورة التصانيف الحديثة للأمراض النفسية. (الحجاوي، 2004).

يشير التصنيف الحديث للفصام وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (2013) Dsm– 4 إلى مايلي:

- وجود اثنين أو أكثر من الأعراض الآتية خلال شهر: أوهام – كلام غير منظم – هلاوس – سلوك غير منظم – أعراض سلبية تتمثل نقص التعبير الانفعالي
- خلال فترة من الوقت نستطيع رصد وجود تدهور في مجال او اكثر من المجالات الحيوية للشخص (عمل / أسرة / علاقات مع الأصدقاء.. الخ).

إن هذه العلامات تستمر لمدة (6 شهور) على الأقل. (غانم،2017)

5.2.2 تشخيص الفصام:

هناك أمور يمكن اتخاذها كمعايير للحكم على مدى وجود الفصام من عدمه، منها أمور تظهر في سلوك المريض وأخرى تطرأ على حالته الجسمية. ففيما يختص بالسلوك، لوحظ انه من الصعب تشخيص حالة المريض في المراحل الاولى من نشاة المرض. فالفصام لايمكن تشخيصه الا بعد نمو المرض وتقدمه، فالأعراض التقليدية الكلاسيكية للفصام لاتظهر إلا في المراحل المتاخرة من نشاة المرض، وما أن تظهر حتى يمكن عمل التشخيص الإكلينيكي الثابت. (العيسوي، 2011)

6.2.2 ما الذي نلاحظه على مريض الفصام:

(البلادة، الانسحاب، السلبية، عدم النشاط)

وقد نجد عكس ذلك فنجد الشخص (المندفع، العبيط، الساذج، الشخص الباكي او الضاحك، او الاجوف انفعاليا، اي الخالي من الانفعالات العادية التي توجد في الشخص العادي). (العيسوي، 2011).

7.2.2 اصناف مرض الفصام

إنّ المريض قد يظهر أكثر من نمط فصامي، وقد يظهر في وقت ما الأعراض الأساسية لنمط فصامي معين، ومن المتوقع أن تظهر أعراض أخرى لنمط فصامي اخر بوقت معين.

واهم النوعيات الاكلينيكية لمرض الفصام:

1. الفصام البسيط simple schizophrenia:

ويتميز هذا النوع باضطراب الانفعال والنشاط وقلة الهلوسة وندرة الهذيان,وبتقدم المرض يصبح متقلبا في عواطفه سريع الاستثارة,وتضعف قوة دوافعه لا يهتم بنقد الاخرين أو بأراء الوالدين.لا يشارك زملاءه نشاطهم,كما يفقد اهتمامه بالقيم الخلقية وبالناحية الجمالية.(العبيدي,2009)

2. الفصام الهيبفريني Hebephrenie schizophrenia:

ويبدا هذا الاضطراب الفصامي في مرحلة المراهقة، ويسميه بعض الأخصائيين بمرض جنون المراهقة، ويكون أحياناً سريع الظهور.

أعراضه: يتصف سلوك المريض بالحماقة والشذوذ، الإفراط في ممارسة العادة السرية، مثرة التخيل والأوهام، الكلام غير المتناسق، عادات الأكل المضطربة، الميل الزائد للعزلة.

3- الفصام الكتاتوني catatonic schizophrenia:

هذا النوع الفصامي يبدأ في سن الرشد ويظهر فجأة، ويغلب على شخصية المريض طابع الاضطراب في الحركة والسلوك.

اعراضه: العناد والذاتية، زيادة النشاط الحركي غير الهادف، لايتاثر بالمثيرات الخارجية، السكون وفي حالات أخرى هائجاً ومتمرداً، هذاءات وهلاوس مستمرة وقوية، تفكك الشخصية الدائم. (الخالدي، 2015).

الفصام البارانوي paranoid : schizophrenia

ويطلق على هذا النمط الفصامي ايضا بالفصام الاضطهادي واحيانا بالاضطراب الضلالي.

اعراضه: ان الهذءات والهلاوس هي السمات البارزة فيه، ويكون الانشغال بواحد او اكثر من الضلالات او هلاوس سمعية شديدة غير منطقية وتهمل الواقع.(الخالدي,2015)

الفصام الوجداني: Affective schizophrenia

هو مجموعة من الإضطربات الفصامية بعضها يتخذ اضطرابا وجدانيا، من نوع هلاوس، واضطراب اخر يكون في صورة اضطراب وجداني من نوع الاكتئاب، وإضطراب ثالث يتداخل فيه النوع الاول والثاني ويشخص بالاضطراب الفصامي الوجداني من النوع المختلط.

أعراضه: نوبات يظهر فيها خليط من الأعراض الفصامية والانفعالية الحادة فالمحتوى العقلي قد يظهر إهمال الواقع مما يوصف بالفصامية، بينما يتصف الإنفعال بالمرح وأيضاً بالاكتئاب.

الفصام غير المتميز : undefined schizophrenia

وهو اضطراب ينطبق عليه تشخيص مرض الفصام ولكن لا يتفق مع مواصفات اي نوع من اضطراب الفصام الاخرى.

أعراضه: يكون فيه التفكير مضطرباً أو مشوشاً والاستجابة الانفعالية يشوبها الإضطراب، وتظهر في صورة إثارة أو اكتئاب، وعندما تتم دراسة الحالة فانه يمكن التنبؤ بانهيار مقبل وتكون الاعراض متداخلة بعضها ببعض.

الفصام المتاخر أو المتبقى Latent schizophrenia :

وهو اضطراب يكون على شكل نوبة واحدة على الأقل من الفصام، وهذا النمط يستخدم لوصف حالات المرضى الذين تظهر عليهم حالات اضطرابية في تفكيرهم، وقد اوشكو على الشفاء واصبحوا قادرين على التفاعل مع المجتمع، إلا أنهم لا زالوا محتفظين ببقايا السلوك وبعض أساليب التفكير والأفعال.

أعراضه: أعراض خالية من الذهانات كالضلالات والهلاوس أو الخلط في الكلام، وأعراض سلبية تتصف بتبلد الوجدان، وفقر الافكار، وضعف الإرادة، وبطء حركي، وقلة النشاط، وافتقار المبادرة، وضعف في التواصل اللفظي من خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين، ووضع الجسم. (الخالدي، 2015)

الفصام التدريجي:process schizophrenia

وهذا النمط من الفصام تبدأ اضطراباته لدى المصاب منذ طفولته وتبقى تنمو وتسوء,حيث تتزايد في شدتها مع الزمن إلى أن تأخذ صورة إضطرابات فصامية صريحة بعد البلوغ,أو أثناء مرحلة الرشد بحيث يطلق هذا النمط احيانا بالفصام المتنامي. (الخالدي,2001)

8.2.2 اختلاف الفصام عن تعدد الشخصيات:

يختلف الفصام عن تعدد الشخصيات، فالفصام مرض عقلي لا تتعد فيه الشخصيات، فشخصية المريض واحدة لكنها تتدهور تدريجيا ولا تعود عادة إلى وضعها الأصلي. وأما تعدد الشخصيات فهو أحد الاضطرابات الانشقاقية (Dissociative Disorders) وهي حالة نادرة جداً تتسم بسلوك المريض شخصيات مختلفة في أوقات مختلفة ينتقل من شخصية لأخرى ويقضي في كل شخصية عدة ساعات أو بضعة أيام ثم يعود لشخصيته الأولى. ولقد بالغت وسائل الأعلام بذكر بذكر اضطراب

تعدد الشخصية رغم ندرته والذي يبدوا أن غرابة أعراض هذا الاضطراب هو الذي شد انتباه صناع الأعلام. (الحبيب، 2008).

الشخصية الفصامية: schizoid personality

تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة التربة التي ينمو فيها الفصام.

وتتسم الشخصية الفصامية بالسمات الآتية: الإنطواء والإنعزال والفردية والسلبية والكتمان والانغلاق على النفس، والحساسية الزائدة والخجل والعناد، ونقص القدرة على تكوين علاقات وصداقات شخصية واجتماعية طيبة، والسلوك غريب الأطوار، وعدم القدرة على التعبير عن الإنفعالات، والإستبطان والاستغراق في الخيال وتجنب الواقع والإستغراق في أحلام اليقظة.

ومن أمثلة الشخصية الفصامية ما نشاهده في الأب المتسلط والأم التي تتصف بالطاعة العمياء والزوج الغيور غيره زائدة والزوجة السلبية والطفل المثالي (زهران،1997).

حيث اعتقد بيون Bion أن الشخصية الفصامية تتشكل على أربعة عوامل:

1. صراع لم يحل بين غريزتي الحياة والموت.
2. تفوق الدفعات التدميرية.
3. كراهية الواقع الخارجي والداخلي.
4. علاقة بالموضوع ضعيفة وعنيدة. (حكيم، 2017).

9.2.2 انتشار المرضPrevalence

لقد وجد أن نسبة إنتشار مرض الفصام تبلغ 1% تقريبا من تعداد السكان العام. وهذا الرقم ثابت على نحو ملفت للنظر أياً كان السكان الذين تجرى دراستهم (Jablensky1993)، باستثناء بعض الشعوب الذين لوحظ أن نسبة انتشار مرض الفصام تزداد بينهم بعض الشيء (11 في الألف) مثل شعوب شمال السويد وشمال غرب يوغسلافيا وغرب ايرلندا وكذلك الكاثوليك الكنديين. وفي المقابل لوحظ انخفاض نسبة حدوث الفصام (1،1 في الألف) في بعض المجتمعات مثل مجتمع الهتريين (Hutterites) وهو مجتمع زراعي منعزل يقع في شمال أمريكا (Eaton and wail19955). ويعلل

بعض الباحثين أن مرد الاختلاف في نسبة إنتشار المرض يعود بشكل أساسي إلى اختلاف معايير تشخيص المرض بين الباحثين. (الحبيب، 2008).

وقد لوحظ أن الفصام يصيب الذكور والإناث على حد سواء، ويظهر في العادة في عمر مبكر عند الرجال (15– 25 سنة) مقارنة بالنساء (25– 35 سنة) ولكن بشكل عام فان النسبة الكبرى من المرضى يظهر عندهم المرض قبل سن الأربعين، ومن النادر ظهوره قبل سن العاشرة، كما أنه في حالات قليلة يظهر بعد سن الخمسين. (الحبيب، 2008).

لا يوجد فرد لديه المناعة ضد الإصابة بالمرض. مرض الفصام يصيب الفقير والغنى، الذكر والأنثى، ولا يفرق بين مجتمع وآخر. وغالباً ما تبدأ الأعراض في أواخر سن المراهقة وبداية مرحلة البلوغ أي مابين (17– 35) عاما من العمر، ومع ذلك قد يصيب المرض الأطفال في سن صغيرة جدا (5 سنوات). (المغربي، 2015).

10.2.2 اسباب مرض الفصام:

يجمع العلماء على أن الفصام مرض دماغي ناجم عن اختلال النظام البيولوجي فيه مثله مثل أي مرض عضوي اخر، حيث يعتقد أنّ هذا المرض نتيجة خلل عصبي Neurodevelopmental بمعنى أن خللاً حدث أثناء تطور الدماغ في السنوات الأولى، كان ذلك بسبب استعداد وراثي ورافقه اي اذية حدثت حول الولادة ومن ثم جاءت الضغوط النفسية كشرارة الاشتعال لحدوث المرض. (الصيخان، 2010).

المسببات: هناك نظريات عديدة: وراثية، كيميائية حيوية، فيزيولوجية عصبية، وعصبية مرضية ونفسية واسرية، تفسر كيفية حدوث الفصام. (جعفر، 2002)

العامل الوراثي: تلعب الوراثة دوراً هاماً في حدوث المرض، حيث ترتفع نسبة الإصابة من واحد بالمائة في عموم الناس إلى عشرة بالمائة إذا كان أحد أقرباء الشخص من الدرجة الأولى مصابا (أخ أو أخت أو أب). وترتفع إلى ما يقارب الخمسين بالمائة لو كان للشخص توأم مماثل ومصاب بالمرض. (الصيخان، 2010).

ويقول كالمان أن عاملاً وراثياً متنحياً يرثه الفرد يهيئه للفصام. أي أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية. (زهران، 1997).

كيمياء الدماغ: حيث يعاني مرضى الفصام من اختلال توازن بعض النواقل العصبية في الدماغ مما يؤدي إلى ظهور هذا المرض ومن أهمها الدوبامين حيث يزداد إفرازه أو تزداد الحساسية له في المسافات بين الأعصاب في مناطق معينة من الدماغ، وهذا يؤدي بالمريض إلى سماع أصوات غير موجودة أو الاعتقاد ببعض الأفكار الغريبة وغير ذلك من الأعراض.

خلل في بنية الدماغ: بينت الأبحاث الجديدة ان المرضى بالفصام لديهم خلل في بنية أجزاء الدماغ، وعلى كل الخلل غير موجود في كل المرضى بل وجد نفس الخلل في امراض نفسية اخرى. وعند الطبيعيين من الناس.

المخدرات: حيث كانت تعتبر من عومل الخطورة التي تساعد على ظهور المرض. وهناك دراسات في الطب النفسي تعتبر المخدرات " سبباً " وليس مجرد عامل خطورة، وقد اعطى العلماء اعتبارا خاصا لاستخدام الحشيش في سن مبكرة (حول سن الخمس عشرة سنة).

عوامل بيئية ونفسية: وجد أن بعض العوامل البيئية تساعد على نشوء الفصام مثل الإصابة بالتهابات فيروسية في الصغر، أو إصابة والدة المريض بالتهابات فيروسية (الانفلونزا) أثناء الحمل، أو أي مضاعفات أثناء الولادة، أو تعرض المريض لضغط نفسي كبير أو تربية المريض في بيت يسوده رأي أحد الوالدين دون اعتبار للآخرين وغير ذلك.

الاجهاد: لوحظ بأنه قبل فترة وجيزة من بداية أو زيادة الأعراض سواء وجود صعوبات أم ضغوطات في الحياة مثل حوادث السيارات، أو حالات الوفاة أو مثل صعوبات العمل أو الدراسة أو صعوبات طويلة الأمد مثل التوتر الأسري. (الصيخان، 2010).

الحرمان وسوء المعاملة في مرحلة الطفولة: والمشاكل العائلية تشير بعض الأدلة إلى أن الحرمان وسوء المعاملة في الطفولة يمكن أن يساعد على الاصابة بالفصام. وبصورة عامة فإن كثيراً من المصابين بالفصام قادرون على الاستقرار والعمل ولا يذهبون إلى المستشفى. (الصيخان، 2010). وظهرت دراسات كثيرة ونظريات حول الأسباب الأسرية للفصام، ولكن تم إثبات فقط دور الأسر التي

تتمتع بدرجة عالية من التعبير العاطفي Expresed Emotion). والذي يحوي على النقد والعدوانية والتفاعل الزائد، وتبين أن مرضى الفصام الذين يعيشون في عائلة فيها ارتفاع لهذا التعبير، هم اكثر عرضة للانتكاس من اولئك الذين يعيشون في اسر اقل على سلم التعبير العاطفي (E.E). ولذلك يمكن ان يعد من العوامل التي تزيد من فرصة المرض وتعيق تحسنه (سرحان، 2000)

أعراضه: أهم عوارضه السريرية الإيجابية: التوهمات، الهلاوس (الهلوسة)، الهياج (التهيج).

أما الأعراض السلبية فهي: تسطح الشعور، الإنسحاب الاجتماعى، الخمول، فقد المتعة، نضوب الأفكار ومضمون الكلام. (جعفر، 2002).

وعموما فإن اعراض الفصام تتلخص بما يلي:

1. نقص الأداء الوظيفي لدى المريض عن ذى قبل
2. وجود أعراض مميزة تشمل اضطراب العديد من الوظائف النفسية.
3. وجود أعراض ذهانية خلال المرحلة النشطة للمرض.

11.2.2 الأعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية:

أ- **اضطراب التفكير:** يبرز هذا الاضطراب فيصوره اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير.

ب- **اضطراب الإدراك:** يظهر بشكل هلاوس متنوعة أكثرها شيوعاً هي الهلاوس السمعية، وتكون الأصوات في هذه الهلاوس مألوفة لدى المريض.

ج- **اضطراب الوجدان:** يظهر هذا الاضطراب لدى المريض غالباً بفقدان الشعور أو تناقص الوجدان. (الحجاوي، 2004).

د- **الإحساس بالنفس:** هذا الإحساس يعطي الإنسان إحساساً بالتفرد واتجاه النفس الخاص، ويسمى أحياناً بتلاشى حدود الأنا ويظهر ذلك فى مرضى الفصام في صورة ارتباك هوية الشخص ومعنى وجوده فى الحياة.

هـ- **الإرادة:** تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة، فهذا يسبب قصوراً في أدائه لعمله.

و- **البعد عن الواقع:** والفصاميون يتسم تاريخهم الماضي بالحساسية المفرطة وسرعة الاهتياج والخجل والانطواء والسلبية وعدم الاشتراك في النشاط الاجتماعي والإتكال الزائد على الآخرين. (راجح، 2009).

12.2.2 التفسير النفسي للفصام عند فرويد:

يعتقد فرويد أن الفصام هو إحباط الفرد في المرحلة النرجسية من تكوينه، مما يسبب له فشلاً في التكيف عند النضج، ويبدأ الصراع بين الأنا والعالم الخارجي، ويظهر بصورة واضحة تحت أي إجهاد أو شدة تقابل الفرد، ومن هنا ينشأ الذهان ويسحب الفرد كل طاقاته الجنسية من العالم الخارجي إلى عالمه الداخلي، أما اعراض الفصام فهي نكوص للأنماط البدائية في التفكير والسلوك. ولا ريب أن تفسير فرويد لفصام يلقي الكثير من المعارضة التي يحالفها الصواب. (حسن، 2007).

13.2.2 لكن اهم العوامل والمسببات لمرض الفصام:

1) **الوضع الاقتصادي والاجتماعي:** يرتبط حصول مرض الفصام بالحالة الإجتماعية والاقتصادية للشخص، فهو يصيب أبناء الطبقات الفقيرة بنسبة أعلى من تلك الغنية.

2) **العامل العائلي (الأسري):** إن معدل إصابة الأفراد بالفصام كبيرة إذا كان أحد الوالدين أو الأقارب مصاباً بهذا المرض (خاصة لدى التوائم). (جعفر، 2002).

3) **الفصل الذي تحصل فيه الولاده:** يحصل مرض الفصام بنسبة أعلى عند الأشخاص المولودين في أواخر فصل الشتاء وبداية الربيع في النصفين الشمالي والجنوبي للكرة الأرضية.

4) **النظرية الكيميائية – الحيوية:** تعتبر هذه النظرية أن النواقل العصبية تسهم فى نشوء الفصام. وتشير النظرية إلى دور مادة دوبامين Dopamin في تكوين المرض.

5) **النظريات الفيزيولوجية العصبية:** اعتمدت هذه النظريات على تبدلات وتغيرات الناقلة العصبية في قياس الصحو الإنفعالي لدى مجموعة من الأفراد، أي دراسة الفعالية الجلدية الكهربائية. كما درست أيضا الفعالية الوعائية القلبية وحركات العين المتواصلة وارتكزت كذلك على التخطيط الكهربائي للدماغ وجريات الدم والاستقلاب داخل الدماغ.

6) **النظريات النفسية:** تعتمد على إجراء اختبارات نفسية متعددة نذكر أهمها:

أ- اختبار تفهم الموضوع، من أجل تبيان مشاكل خاصة بالمريض.

ب- اختبار الشخصية المتعدد الأطوار.

ج- قياس نسبة الذكاء لدى البالغين (حاصل الذكاء) بحيث نجده منخفضاً عند الفصامي.

د- اختبار روشاخ: يستجيب المريض بالفصام بطريقة شاذة لمظهر بقعة الحبر مثلاً، بينما لا يفعل ذلك الشخص السليم.

هـ-الانتباه والتركيز: يثبت الاختبار صعوبة وقلة الانتباه والتركيز لدى الفصامى.

و- المعلوماتية (العملية المعرفية) نسجل عند المريض بالفصام، صعوبات في عمليات التسجيل والدمج واسترجاع المعلومات. (جعفر، 2002).

14.2.2 علاج الفصام:

المهم في موضوع ذهان الفصام هو كيف يمكن علاج هذا الاضطراب العقلي وتحرير المريض من أعراضه الخطيرة هذه؟ وكيف يمكن مساعدة أسرته؟ (العيسوى، 2007).

يحتاج علاج الفصام إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة، نظراً لأنه يتطلب مدة طويلة، ويشمل جميع أوجه الحياة من ناحية طبية وإنسانية واجتماعية واقتصادية وغيرها. (عكاشة، 2003).

ويسترشد علاج الفصام بأربعة مبادئ عامة أهمها:

- الحد من الضعف البيولوجي الذي يسبب الفصام.

لا يوجد علاج للضعف البيولوجي الذي بسبب الفصام ومع ذلك الأدوية المضادة للذهان يمكن أن تقلل من الأعراض وخطر الانتكاس وهذه الأدوية هي أقوى الأدوية في علاج الفصام، كما أن معالجة تعاطي المواد المخدرة ستقلل من الضعف البيولوجي وتحسن مسار المرض والضعف البيولوجي يجعل الأشخاص الذين يعانون من مرض إنفصام الشخصية وخاصة الأشخاص الذين يتعاطون الكحول والمخدرات بحيث تتداخل المواد مع بعضها وتؤدي إلى الانتكاسات.

- التعامل بشكل أكثر فعالية مع الأعراض المستمرة لمرضى الفصام ومشاكل المزاج.(مثل الهلوسة، والاوهام، والقلق، والاكتئاب).

- - تقليل الإجهاد بعدة طرق، الإجهاد الناتج عن العلاقات الأسرية المتوترة:

1- تحسين مهارات التاقلم: من خلال إتقان أساليب حل المشكلات والصراع وتحسين العلاقات الإيجابية مع الآخرين.

2- تعزيز الدعم الإيجابي: حيث يسير جنباً إلى جنب مع الحد من التوتر وتحسين مهارات التكيف واحترام المريض وتقديره وتشجيعه.

3-تعزيز الأمل بالنسبة لأولئك المصابين بالفصام، والأخذ بأنّ هناك تقدم هائل حصل في علاج الفصام في السنوات الأخيرة واستخدام برامج إعادة التاهيل واستراتيجيات التكيف أيضا ساهمت في تقدم علاج مرضى الفصام (Mueser KT, 2006)

15.2.2 ملاحظات خاصة في علاج الفصام:

أهم الملاحظات التي تتميز بها المرأة عن الرجل في علاج الفصام هو أن المرأة أكثر وأسرع استجابة للعلاج من الرجل. كما أن حاجتها إلى جرع العلاج الكبيرة أقل من الرجل. أي أنها تستجيب للعلاج أكثر من الرجل. أما سبب ذلك فقد يكون ناجماً عن وجود الهرمون الانثوي "الأستروجين". أنّ هرمون

الأستروجين من أكبر نعم الله على المرأة فهو الهرمون الذي يحميها من أمراض القلب والشرايين ومن وهن العظام، كما أنه قد يحسن المزاج. (الصواف، والحلبي، 2001).

نصائح للحد من الإجهاد لمقدمين الرعاية الأولية لمرضى الفصام.

- القيام بالتمارين الرياضية بانتظام ومتابعة هواياتك، والمشي في يوم مشمس.
- قم بتخطيط أوقات الراحة والاجازات ولا تتردد في طلب المساعدة من الأخرين عندما تشعر بالإرهاق.
- شارك صديق مماثل للوضع الذي تعيشه. وأنك ستكون قادر على تقديم الدعم في أوقات مختلفة. (Levine, 2006)

16.2.2 الأسرة والفصام:

ترى الباحثة أبو فايد (2016) في دراستها أن نتيجة لوجود الأعراض السلبية المصاحبة للمرض لدى مريض الفصام فإنها حتما ستؤدي إلى اتسام حياة المريض بالفصام بالفوضى وعدم القدرة على ربط الأفكار، وصعوبة في إقامة العلاقات الاجتماعية وبناءً على ذلك فإن الأعراض المصاحبة لمرض الفصام لا تؤثر عليه فحسب بل تمتد لتؤثر على أفراد أسرته والمجتمع المحيط به، فتسوء علاقته بزوجته وعلاقته بأبنائه وبالمجتمع المحيط به، ونظراً لندرة الدراسات والأدبيات التي تناولت تأثير مرض الزوج بالفصام على عائلته، فإنها تطرقت للحديث عن وجهة نظرها، وذلك من خلال احتكاكها المباشر ببعض أفراد أسرة المريض بالفصام وخاصة زوجاتهم داخل العيادة النفسية.

إذ ترى الباحثة أيضا أن أسرة المريض بالفصام العقلي تتحمل الكثير من الأعباء النفسية والاجتماعية وبالإخص الزوجة، إذ يتعين عليها أن تقوم بمسؤولية الأم والأب في آن واحد وتتحمل الكثير من الضغوطات والمشاكل، وبالتالي تجد الزوجة نفسها في أغلب الأحيان في وضع الحزن واليأس نتيجة لمتطلبات الأسرة التي تقوم هي لوحدها بتلبيتها. وترى (غراب، 2015) أنه نتيجة للأعراض المصاحبة لمرض الفصام العقلي فإن تأثيرها لا يقف على المريض فحسب، بل يمتد ليؤثر على زوجته وعلى أبنائه وعلى الأسرة بشكل عام ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي:

تأثير مرض الزوج الفصامي على الزوجة:

نتيجة لمرض الزوج بالفصام يحدث تغيّر للأدوار داخل الأسرة، فتقوم الأم بدور الأب والأم معاً، مما يترتب على هذا التغيير في الأدوار أنّ تصبح الزوجة هي العائل الوحيد وتضاعف جهودها، حتى تستطيع توفير سبل المعيشة والراحة لأبنائها بالإضافة إلى المسؤوليات التعليمية والصحية وسبل الرعاية المختلفة للأبناء، مما يؤدي إلى مضاعفة الجهد داخل البيت وخارجه وبالتالي يعتبر مرض الزوج حدث ضاغط بالنسبة للزوجة يتطلب منها أن تسعى جاهدة لمواجهة هذا المجتمع والسعي للحصول على بعض متطلبات الحياة الأساسية لأبنائها، مما يضطرها في بعض الأحيان إلى طرق باب الجمعيات الخيرية لتقديم المساعدة لهم، أو أن يترك بعض أبنائها الدراسة لكي يساعد في توفير بعض المال للأسرة وكل هذه الأمور تمثل ضغط نفسي تعاني منه هذه الزوجة. (ابو فايد، 2016)

-عندما يصبح شريك حياتك مريض فصام:

الزوج / الزوجة

إن إصابة أحد الزوجين بالفصام غالباً ما يمثل عائقاً للحياة الزوجية واستمرارها. وحيث أنّ المرض يصيب الذكور في مرحلة عمرية متقدمة عن الإناث، نجد أنّ حوالي 30% فقط من المرضى الذكور يتزوجون، بينما 70% من المرضى الإناث يتزوجن. ولسوء الحظ ترتفع معدلات الإنفصال والطلاق في هذه الزيجات وهذا يعتمد بدوره على شدة المرض ومدته ومدى إستجابته للعلاج، وقدرة شريك الحياة على التواصل والتأقلم والتفهم الجيد لهذا المرض. يمثل مرض الفصام تحدياً شديداً لجميع أوجه الحياة الزوجية. وخاصة إذا شعر شريك الحياة غير المريض إنه أصبح أحد الوالدين وليس أحد الزوجين، ومن الضروري أن تقوم الزوجة بتعلم الكثير عن طبيعة وأعراض مرض الفصام واستراتيجيات التعامل معهم الذي يسهم بدور كبير في محاولة التخفيف من عبء الضغوطات المختلفة، والتي من الممكن أن تظهر أثناء التعامل مع مرضى الفصام. فالأسرة هي المؤثر الثابت الذي لا يتغير في حياة مريض الفصام، وما عداها فهو متغير (المغربي، 2015).

- الزواج لدى الفصاميين:

يشيع بين الناس فكرة أن الزواج هو علاج للمرض النفسي خصوصاً إذا كان هناك ضمن الأعراض ما يشير إلى أمور جنسية، وبفاجا الطبيب ان العائلة قد قررت زواج الشاب أو الفتاة واتمت ذلك دون أخذ

رأيه ودون إبلاغ الطرف الآخر بالأمر، وهنا لا بد من التحذير أخذ بأن الزواج هو علاج للعزوبة وليس للفصام، وأنّ من طبيعة مريض الفصام عدم رغبته في الاقتراب الفعلي والعاطفي من الناس، ولذلك فالزواج ليس ممنوعاً ولكنه ليس علاجاً بل هو مسؤولية وأعباء معنوية ومادية على المريض أو المريضة وعلى العائلة، ولا بد من دراسة الوضع بشكل مفصل قبل اتخاذ قرار الزواج، ولا يجوز بأي حال من الأحوال إخفاء المرض عن الطرف الآخر لأن هذا سيؤدي للفشل الأكيد، ومن الناحية القانونية والشرعية فإن إخفاء مرض مزمن يعطي الطرف الآخر الحق في الطلاق، لذلك لا بد فيه من الأخذ بالرأي لمختص ومتابع لحالة المرضى. (سرحان، 2000).

3.2 الدراسات السابقة

مقدمة

بعد مراجعة الباحث للدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين وعلاقتها باستراتيجيات التكيف بصورة عامة، الدراسات السابقة التي تناولت ازواج مرضى الفصام وعلاقتها ببعض المتغيرات عثر الباحث على دراسات لها علاقة بمتغيرات الدراسة حول الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين، وذلك عن طريق المراجع والدوريات المتخصصة، والمجلات ورسائل الماجستير قام الباحث بعرضها وفقا لتاريخ نشرها من الأحدث إلى الأقدم على النحو التالي:

1.3.2 دراسات تتعلق بالضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الصاميين وعلاقتها ببعض المتغيرات:

أولاً: الدراسات العربية:

هدفت دراسة **غراب (2015)** التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي "وهدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية، وأنماط حل المشكلات قبل تطبيق البرنامج، وبعد تطبيق البرنامج، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (12) زوجة من زوجات مرضى الفصام العقلي، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: الملاحظات الميدانية، والمقابلات، ومقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحث، ومقياس أنماط حل المشكلات المقنن، وإعداد برنامج خاص بالعلاج المعرفي السلوكي خاص في التخفيف من الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، والمقابلات الإكلينيكية، واتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي، والمنهج النوعي،الذي يتضمن جمع المعلومات بالملاحظة الميدانية والمقابلات دون اللجوء إلى استخدام الاجراءات الاحصائية وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات وهي مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحثة، ومقياس أنماط حل المشكلات المقنن كما قامت الباحثة باعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى عينة البحث، كما استخدمت المقابلات الفردية الاكلينيكية مع مجموعة من ذوي الاختصاص في المجال النفسي الاكلينيكي، ومجموعة اخرى من زوجات مرضى الفصام اللاتي

اشتركن بالبرنامج وكلاهما من اعداد الباحثة كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس ألبعدي، في الضغوطات النفسية الكلية، وأنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، والفروق كانت لصالح القياس البعدي. كما توصلت الدراسة، إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس ألبعدي، ودرجات القياس ألتتبعي في درجات الضغوط النفسية الكلية، ودرجات أنماط حل المشكلات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.

كما هدفت دراسة **بريخ (2014 م)**: التعرف على استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، للكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة، وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، والتعرف على أكثر استراتيجيات مواجهة الضغوط شيوعا، ومستوى جودة الحياة الأسرية لديهن، والتعرف على مدى تأثير بعض المتغيرات الخاصة بالزوج والزوجة على استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة الأسرية لزوجات مرضى الفصام العقلي، حيث طبقت الدراسة على عينة من (154) زوجة زوجات مرضى الفصام العقلي، المتابعين والمترددين على عيادات ومراكز الصحة النفسية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع عزة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس استراتيجيات المواجهة من إعداد، عبد الوهاب وشند (2010) واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى أن زوجات مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة يستخدمن جميع الاستراتيجيات الايجابية والسلبية في مواجهة الضغوط وهي بالترتيب: إستراتيجية الانتماء، إستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب، إستراتيجية تحمل المسئولية، إستراتيجية التخطيط لحل المشكلات، إستراتيجية التحكم بالنفس، إستراتيجية الارتباك والهروب، كما أشارت نتائج الدراسة: إلى أن معدل جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، في قطاع غزة متوسطة بوزن نسبي بلغ (51.8 %) حيث جاء في أعلى أبعاد المقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي هو بعد التفاعل الأسري حيث بلغ الوزن النسبي له (64.6 %) يليه بعد الوالدية بوزن نسبي (58.1 %) ويأتي بعده السعادة الانفعالية بوزن نسبي (43.4%) ويأتي في المرتبة الأخيرة بعد المقدرة المادية بوزن نسبي (41.4%)، كما أشارت النتائج: إلى وجود علاقة طردية مابين الاستراتيجيات الايجابية وهي (التخطيط لحل المشكلات – إعادة التقييم – التحكم بالنفس) بإستثناء بعد الإنتماء وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي كما توصلت

إلى وجود علاقة عكسية ما بين الاستراتيجيات السلبية وهي (التفكير بالتمني والتجنب – تحمل المسؤولة) وبعدي (السعادة الإنفعالية – المقدرة المادية السلامة الصحية) من مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي).

هدفت دراسة **سرحان , وعبيد (2013)** التعرف على آثار الزواج بين مرضى الفصام وإذا كان يجب تشجيع زواجهم أم لا. حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (80) من مرضى الفصام. نصفهم متزوجون على الاقل منذ ثلاث سنوات ويعاني من الفصام لفترة وهي لا تقل عن ستة أشهر أو أكثر. وشملت النصف الاخر مرضى مصاب بالمرض منذ ستة اشهر على الاقل او اكثر من ذلك واجريت المقابلات في ثلاثة مراكز للصحة النفسية في(نابلس – جنين وطولكرم) واستخدمت الدراسة الادوات التالية: السرد النوعي، جمع البيانات، المقابلات , والأسئلة المباشرة , وقد خرجت الدراسة بمجموعة من النتائج ابرزها: معظم المرضى المتزوجون وغير المتزوجون شجعوا على الزواج على حد سواء , ويعتقدون أن الزواج له آثار إيجابية على حياتهم، أيضا ان هناك تأثير نوع جنس المريض على عملية التعافي وعلى زواجه وأن الذكور لديهم فرصة أكبر في الزواج وتوصلت الدراسة إلى أن وصمة العار تمنع المريض من الحصول على العديد من حقوقهم من الزواج والعمل.

كما هدفت دراسة **قحطان وخضير (2013)** إلى استكشاف وصمة المرض النفسي لدى مرضى الفصام في العيادات الحكومية الخارجية للأمراض النفسية في بغداد، والتعرف على العلاقة بين الوصمة وبعض الخصائص الاجتماعية والديمغرافية للمرضى. وتكونت عينة الدراسة من (100) مريض مصاب بالفصام خلال الفترة بين آذار– تشرين الثاني –، تم اختيار مرضى الفصام من العيادات الخارجية في مستشفى ابن رشد التعليمي للطب النفسي، مستشفى الرشاد التعليمي للأمراض النفسية والعقلية ومستشفى بغداد التعليمي، واستخدمت الدراسة الاستبيان الذاتي من قبل الباحثين لتحديد صلاحية وثبات أداة الدراسة، من خلال فريق من الخبراء، ومن خلال حساب ارتباط ألفا، جمعت هذه البيانات من خلال المقابلات المنظمة، تم تحليل البيانات بتطبيق الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار 17.0، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وأظهرت نتائج الدراسة بأن غالبية أفراد العينة هم من الذكور العزاب العاطلين عن العمل والذين تتراوح أعمارهم بين 33– 40 سنة والحاصلين على شهادات من معهد أو كلية , لديهم فترة مرض أكثر من 11 عام وأدخل من 1– 3 مرات إلى مستشفيات الأمراض النفسية وقد تبين بأن مرضى الفصام يعانون من مستوى معتدل

من وصمة المرض النفسي , بين تحليل الارتباط بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين وصمة المرض النفسي بشكل ملحوظ مع الحالة الأجتماعية ومدة المرض لمرضى الفصام ولا توجد علاقة مع المتغيرات المتبقية. وأوصت الدراسة إلى زيادة الوعي العام حول المرض النفسي من خلال حملة مكافحة الوصمة، وضرورة تكرار هذه الدراسة على عينة مع عدد أكبر من المتغيرات المختلفة.

كما هدفت دراسة **شحادة (2012م)**: إلى وصف مستوى الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة من خلال أبعاد مختلفة: نفسية، اجتماعية، اقتصادية، وتأثير العوامل الديموغرافية (العمر، الجنس، مكان الإقامة) على التماسك العائلي لدى مريض الفصام، كما هدفت الدراسة لوصف مستوى التماسك العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي، ومدى تأثير وجود المريض داخل الأسرة أو في المؤسسة على التماسك العائلي، حيث طبقت الدراسة على عينة من (140) من مقدمي الرعاية لمرضى الفصام العقلي من أفراد العائلة تم اختيارهم بصورة عشوائية بسيطة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما أشارت النتائج إلى أن البعد النفسي قد سجل أعلى تأثير بوزن نسبي (75.25%) ويليه البعد الاقتصادي بوزن نسبي (69.47%) ثم البعد الاجتماعي بوزن نسبي (69.44%) وقد أظهرت الدراسة تأثير الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام بغض النظر عن اختلاف العوامل الديموغرافية لدى المرضى وأسرهم، وبغض النظر عن المستوى التعليمي لمقدم الرعاية وحالته الصحية.

كما هدفت دراسة: **عبد الرحيم (2008 م)**: إلى معرفة الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام العقلي، وعلاقتها بنوعية الحياة للمرافق في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (النوع – العمر – التعليم – الحالة الاجتماعية)، حيث طبقت الدراسة على عينة من (100) مفحوص (43) من الذكور، و(57) من الإناث من المرافقين لمرضى الفصام العقلي بمستشفيات الصحة النفسية الحكومية بولاية الخرطوم. واستخدمت الدراسة: مقياس الضغوط النفسية للمرافقين من إعداده ومقياس نوعية الحياة من إعداده أيضا، وأظهرت النتائج: تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي بالارتفاع، توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافق مرضى الفصام العقلي، لاتوجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والاناث لدى لدى مرافقين مرضى الفصام العقلي. كما اشارت النتائج: إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة في الضغوط النفسية لمتغير المستوى التعليمي لدى مرافق مرضى الفصام العقلي، لاتوجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى

مرافقي مرضى الفصام العقلي، توجد فروقات في الضغوطات النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي، توجد فروقات في نوعية الحياة بين الذكور والاناث المرافقين لمرضى الفصام العقلي لصالح الذكور، توجد علاقة موجبة في نوعية الحياة تعزى للمستوى التعليمي لمرافقي مريض الفصام العقلي، كما أشارت النتائج: إلى وجود فروقات في نوعية الحياة تعزى للحالة الاجتماعية لمرافقي مرضى الفصام العقلي.

هدفت دراسة: **الحسن (2007 م)**: إلى معرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المصابين بالاضطرابات العقلية وفقاً لبعض المتغيرات. النوع، العمر، المستوى التعليمي، وغيرها من المتغيرات، حيث طبقت الدراسة على عينة من (150) مفحوص (77) من الذكور و (73) من الإناث تم سحبهم عن طريق العينة العشوائية البسيطة من أربع مستشفيات نفسية بولاية الخرطوم، واستخدمت الدراسة: مقياس الضغوط النفسية من إعدادها، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي الاحصائي. وتوصلت الدراسة: 1- أن أولياء الأمور للمصابين بالمرض العقلي استجاباتهم سلبية أي الضغوط مرتفعة لديهم 2- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين أولياء أمور المصابين بالمرض العقلي وفقا لنوع المرض العقلي ومكان الإقامة (الحضر، الريف)، 3- لا توجد فروق دالة إحصائيا تبعاً للمدى الزمني للمرض العقلي في الأبعاد التالية: الاجتماعي – العمل – الانفعالي – الصحي –نقص الدافعية –السلوكي، بينما توجد فروق دالة في الأبعاد الآتية: الأسري – الاقتصادي – كما أشارت النتائج: أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط النفسية تبعاً للنوع حيث كانت مجموعة الإناث أكثر من مجموعة الذكور.

كما هدفت دراسة **الشيخ (2007)**: إلى قياس الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث طبقت الدراسة على عينة من (250) فرد منهم (125) من الذكور و(125) من الإناث. أظهرت النتائج: أن الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالإنخفاض، لا توجد فروق في الضغوط النفسية لأسر المصابين بالعلل الدماغية تعزى لمتغير النوع، توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية والمستوى التعليمي. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تعزى لمتغير العمر.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

المحور الأول: الدراسات التي تتعلق بالضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين:

كما هدفت دراسة (**Kageyama, et al 2015**) إلى توضيح معدل العنف العائلي بين المرضى الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية، والعنف هو مصدر قلق بالغ في عصر إضفاء الطابع المؤسسي في اليابان والاختلافات حسب الجنس والعلاقة مع المريض. وقد طلبنا من الأسر الانتماء إلى مجموعة من مجموعات جمعية الأسرة لإكمال المسح الالكتروني ذاتياً وذلك على عينة قوامها (350) أسرة استجابت للمسح، جرى تحليل البيانات المتعلقة ب (302) أسرة مشاركة. وتوصلت الدراسة إلى أن معدل العنف تجاه أي فرد من أفراد الأسرة (60.9%) على مدى العمر و(27.2 %) في العام الماضي. وكان معدل أعمار أفراد الأسرة من الأعلى إلى الأدنى (51.0 %) للأمهات، و(47.0 %) للآباء، و(30.7 %) للأخوات الأصغر سناً، و(23.8 %) للازواج و(19.5%) للأخوة الأصغر سناً، و(18.2%) للأخوات الأكبر سناً و(17.1%) للأخوة الأكبر سناً. وأشارت النتائج أن الأخوات الأصغر سناً أكثر عرضة للعنف مقارنة بأخوات أخريات، وممن المرجح أن يكون الآباء والأخوة الأكبر سناً ضحايا للعنف عندما يكون المرضى من الذكور.

كما هدفت دراسة (**Jungbauer.al , 2014**) إلى دراسة تجاهل مقدمي الرعاية: العبء الشخصي الذاتي لأزواج مرضى الفصام، وذلك على عينة قوامها (52) من أزواج مرض الفصام. فالأزواج لا يواجهون أعباء خاصة بالمرض فحسب، وإنما أيضا الأعباء الناجمة عن أدوارهم في مجال الشراكة والأسرة، وأجريت في أقسام الدخول والرعاية النهارية والعيادات الخارجية النفسية بمدينة ليزيق بألمانيا. وأستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، حيث تم جمع البيانات بواسطة أخصائيين نفسيين، وذلك من خلال أسلوب المقابلة السردية، وتوصلت الدراسة، إلى أنّ معظم المشاركين يرى أن حدوث الفصام شكل في الحقيقة عبئاً شديداً وكارثة لهم، وأن الأعراض الذهانية عندما حدثت لأول مرة كانت مخيفة للأزواج، حيث يغمرهم في العادة شعور دائم بالخوف والعجز واليأس، وأنه في بداية حدوث المرض كانت الأعراض غير مفهومة وغير مبررة لديهم، وينقصهم المعلومات عن الدعم المتوفر لهم، وأنه عندما دخل المريض المستشفى أول مرة شعروا بالذنب، والعار والفشل والصدمة، كما أنهم كانوا يشعرون بأعباء شديدة مع كل انتكاسة جديدة للمريض. حيث إن تجاربهم السابقة علمتهم أن إمكانياتهم

لتقديم المساندة تكون محدودة في هذه الحالة كما أظهرت النتائج، عندما تنتهي النوبة الذهانية الحادة للمريض تكون الأعباء أقل ولكن الآثار السلبية على حياته لا تنتهي.

كما هدفت دراسة (**Kaushik, P., & Bahatia, M. S, 2013**) إلى التعرف على أثر المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية على العبء على أزواج مرضى الفصام والإضطراب ثنائي القطب، وجودة الحياة لديهم، حيث طبقت الدراسة، على عينة مكونة من (9) أزواج لمرضى الفصام العقلي، (5) ذكور، (4) إناث و (10) أزواج لمرضى الاضطراب ثنائي القطب، (5) ذكور و(5) إناث، في مستشفيات قسم الطب النفسي، ومنظمات وعيادات تتعامل مع المرضى العقليين في دلهي بالهند، ممن وافقوا الصيغة التشخيصية للتصنيف العالمي للأمراض النفسية – النسخة العاشرة ICD– 10.

واستخدمت الدراسة مقياس تقييم الأعباء ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية على أزواج المرضى، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي – الدراسة المقطعية العرضية – وتوصلت الدراسة إلى أن هناك نتائج ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس على عبء العائلة لصالح الأزواج الإناث، حيث إنهم تلقوا دعما أقل من أزواجهم إلى جانب الأعباء العائلية، فان مرض أزواجهم جعل عليهم اعباء اضافية من الناحية المالية والاجتماعية، واعباء متعلقة برعاية وعلاج المرض. كما اشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية لمتغير نوع العائلة مع ضعف جودة الحياة لصالح عائلات مرضى الفصام العقلي، حيث اظهر الازواج والزوجات معدلا اقل من المتوسط في جودة الحياة واعباء عليهم وعلى رفاهيتهم، والشعور بالأمن، والانتماء، وتغير في الأدوار، وشعور بالأسى والحزن من مال المرض النفسي.

هدفت دراسة (**Lukmanul Hakeem, M. N,2013**): إلى معرفة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفصام العقلي، حيث تكونت عينة الدراسة من (60) فرد تم اختيارهم بطريقة قصدية من مجتمع الدراسة من مستشفى ستالاكسي من كمباتري، وقد تم جمع البيانات من خلال المقابلة الشخصية وذلك باستخدام استبيان منظم يحتوي على اسئلة متعلقة (بالعمر، المؤهل العلمي، الجنس، واسئلة متعلقة بالمشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفصام العقلي) واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى ان معظم الازواج قد واجهوا اضطرابات نفسية نتيجة لرعاية ازواجهم من مرضى العقلي اكثر من الاخرين في المجتمع وهذا كان له تاثير سلبي على جودة الحياة ومستوى الرعاية لهم. فقد تبين ان: (52%) منهم مدمنون على المخدرات، و(60 %) ليس لديهم تركيز على

العمل، (58 %) فقدوا الاهتمام بالنشاطات اليومية (55 %) يشعرون بالوحدة والانطواء الاجتماعي، (47 %) لديهم انخفاض في تقدير الذات، (87 %) لديهم اضطرابات في النوم واضطرابات جسدية، وان اكثر من (50 %) يشعرون ان مرضى ازواجهم قد اثر على الدخل للعائلة، وقد اوصت الدراسة بضرورة علاج المعاناة النفسية لمقدمي الرعاية للمرضى النفسيين، وتوفير الدعم الكافي لهم.

كما هدفت دراسة (**Freindmann and Goldstein, 2009**): كما هو مشار إليه في ابو فايد (2016): التعرف إلى تقييم تصرفات وتصورات وتفاعل افراد العينة مع ذويهم من مرضى الفصام العقلي، حيث طبقت الدراسة على عينة من (77) فرد من العائلات ذوي مرضى الفصام العقلي، واستخدمت الدراسة قائمة فحص الصفات الشخصية للمرضى، ومقياس الفحص العاطفي للاقارب ومقياس نمط التاقلم للمرضى، واتبعت الدراسة المنهج المقارن، حيث تم تطبيق المقاييس من خلال الزيارات المنزلية للعائلات، وعمل تفاعلي معهم، وتم خلال هذه المقابلة قياس تفاعل المرضى مع ذويهم والعكس، وتوصلت الدراسة إلى ان هناك بعض التحفظات لدى اقرباء المرضى تجاه مرضاهم، وان هناك توازن للسلوك العاطفي لدى الأقارب تجاه مرضاهم، وتم تقييمه حسب مقيمون من خارج العائلة، كما اشارت ان بعض العائلات اظهرت تفاعل مع مرضاهم ومحاولتهم في التخفيف من معاناة مرضاهم، وبعض الأقارب اظهروا التعبير عن مشاعرهم تجاه مرضاهم سواء بالسلب أو الإيجاب.

هدفت دراسة (**Bradshaw, William Bradshaw, John s, 2007**) وهي بعنوان الخبرات الشخصية لدى مرضى الفصام: العوامل المؤثرة في تحقيق الذات والنجاح في تحقيق الذات وعومل التوتر حيث هدفت إلى دراسة تحقيق النجاح وتحقيق الذات في الأزمات وعوامل ارتباطها بصفات الشخص وحدة المرض والتفاعل النفسي والاجتماعي وتكونت عينة الدراسة (103) من الأفراد ذوي الفصام العقلي واضطراب الفصام الوجداني الذين يخضعون للعلاج من قبل ستة أشهر ضمن المجتمع من ذوي الحدة المنخفضة أو العالية ولتحقيق الهدف استخدمت الدراسة مقياس التفاعل المرضي ومقياس تحقيق الذات وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

– إن التفاعل النفسي والاجتماعي يؤثر على الخبرات الشخصية للأفراد.

– إن عومل البيئة المحيطة وسعت المفاهيم للتجربة الشخصية وأدت إلى اقتراح بعض المفاهيم التي تؤثر على التجربة الشخصية.

– إن مجموعة العوامل الظاهرة أو البارزة والخبرات الشخصية تؤثر على حدة أعراض المرض.

– أن التنبؤات الفردية للأشخاص تؤثر على أبعاد الخبرات الشخصية المنفردة.

كذلك هدفت دراسة (**Alberto et al, 2002**) كما هو مشار إليه في أبو فايد (2016) : إلى التعرف وتقييم التكيف الوالدي لدى المرضى الفصاميين، وقد اجريت الدراسة على عينتين، الاولى: التجريبية وتكونت من العائلات (140، زوج وزوجة) و (76) من الابناء الذين يعانون من مرض الفصام العقلي، والثانية: تالفت من عينتين ضابطتين (41) زوج وزوجة والذين يتمتعون بصحة جيدة ويقابلهم (32) من الازواج المشخصين بمرض الفصام العقلي، واستخدمت الدراسة: مقياس التكيف الوالدي، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق الشخصي، واظهرت النتائج إلى انه عند مقارنة عينة مرضى الفصام بالعينة الضابطة الغير مشخصة بالفصام العقلي دل على فشل الأولى وسوء التكيف الوالدي لدى أفراد العينة والى ضعف التوافق والتماسك لدى زوجات مرضى الفصام، والى ارتفاع في نسبة القلق والاكتئاب بين افراد العينة التحريبية مقارنة بالعينة الضابطة، وان ضعف التكيف الوالدي يؤثر بالسلب على الابناء، كما توصلت الدراسة إلى ان علاج مرضى الفصام العقلي، يجب ان يكون مدعم بخطة تشمل الوالدين، وتهدف إلى تطوير ودعم التكيف الوالدي، وتخفيف القلق والاكتئاب لدى الامهات.

هدفت دراسة (**Thara R, Srinvasan T, 1997**): إلى معرفة أثر الزواج على الحالة المرضية لمرضى الفصام، استخدمت الدراسة المنهج المطول لمدة (10) سنوات لمعرفة أثر الزواج على الحالة المرضية لمرضى الفصام، خلال اختيار عينة من (76) مريض بالفصام سيتم متابعتهم مدة (10) سنوات وكانت المتغيرات التي تم دراستها متغيرات سريرية وديمغرافية توصلت الدراسة إلى أن (70 %) من المرضى قد تزوجوا أظهرت أن (6%) من المرضى الذين تزوجوا لديهم نتائج جيدة بالنسبة للمرض و (40 %) لديهم نتائج غير مرضية بالنسبة للمرض. وعندهم حالات الانتكاسة مثل عدم الاعتناء بالذات، الهلاوس وكانت بنسبة كبيرة للمرضى الذين لم يتزوجوا.

2.3.2 التعقيب على الدراسات السابقة العربية والاجنبية المتعلقة بالضغوط النفسية:

هناك الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت مرضى الفصام العقلي من حيث العلاج وفعالية الدواء والعبء الأسري والاجتماعي الواقع على أهالي مرضى الفصام العقلي. لكن الأبحاث التي

تحدثت عن الضغوطات النفسية واستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين قليلة جدا. وتعتبر هذه الدراسة الأولى من نوعها والتي استهدفت زوجات المرضى الفصاميين في فلسطين والوطن العربي على حد علم الباحث.

– اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أن هناك اهتماماً متزايداً من الباحثين والمتخصصين بدراسة الضغوطات التي تتعرض لها زوجات المرضى الفصاميين وعلاقتها ببعض المتغيرات كما في دراسة (Lukmanul Hakeem, M. N, 2013) ودراسة (Jungbauer.al 2014) بينما تناولت بعض الدراسات المشكلات الاجتماعية وما نتج عنها من ضغوطات نفسية ومنها دراسة، (غراب، 2015) والتي ركزت على الضغوطات المختلفة بزوجات المرضى الفصاميين وأسلوب حل المشكلات المتعلقة بتلك الضغوطات، بينما ركزت دراسات أخرى على استكشاف وصمة المرض النفسي لدى المرضى الفصاميين مثل دراسة (قحطان وخضير، 2013).

– استفاد الباحث من بعض الدراسات السابقة في بناء أدوات الدراسة خاصة دراسة (غراب، 2015) ودراسة (ابو فايد، 2016) لقياس الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين كذلك تميزت هذه الدراسة في تناول معظم مجالات الضغط النفسي لقياس كافة الجوانب المتعلقة بالضغوطات النفسية وتاثيرها على زوجات المرضى الفصاميين.

– تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في المقاييس المستخدمة حيث أعد الباحث مقياسا للتكيف النفسي وآخر للضغط النفسي ليتناسب مع زوجات المرضى الفصامين، وملائمة تلك المقاييس مع البيئة الفلسطينية.

– تناولت الدراسات السابقة العديد من الأهداف المتعلقة بمرض الفصام وعلاقتها بالعديد من المتغيرات. ومن هذه الأهداف الضغوطات التي تتعرض لها زوجات المرضى الفصاميين كما في دراسة (Lukmanul Hakeem, M. N,2013) ودراسة (غراب، 2015).

– بينما هدفت بعض الدراسات إلى دراسة خبرة الزواج ونجاحه واثره على الحالة المرضية للاشخاص الذين يعانون من مرض الفصام العقلي ومنها دراسة (سرحان، وعبيد، 2013) ودراسة (Thara R Srinvasan T (1997م) بينما ركزت بعض الدراسات حول اتجاه الوالدين نحو مريض الفصام وتكيفهم مع مريض الفصام مثل دراسة (البرتو، واخرون، 2002).

– بينما هدفت العديد من الدراسات السابقة بدراسة المعاناة التي تتعرض لها زوجات المرضى الفصاميين بشكل خاص، ووصف الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي ومنها دراسة (شحادة، 2012 م) ودراسة (عبد الرحيم، 2008م) بينما ركزت بعض الدراسات على معرفة الضغوط النفسية لأولياء امور المصابين بالاضطرابات العقلية وفقاً لبعض المتغيرات مثل دراسة (هويد الحسن، 2007م).

– أيضاً امتازت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في طبيعة العينة المستهدفة حيث تبين للباحث أنّ غالبية الدراسات السابقة استهدفت عينات من مرضى الفصام العقلي وذلك لسهولة حصر مجتمع الدراسة، ومنها دراسة (سرحان، وعبيد، 2013)، ودراسة (قحطان، وخضير، 2013) ودراسة (هويد الحسن، 2007) ودراسة (Thara R, Srinvasan T (1997م) ودراسة (Bradshaw, William:B rekke,John s (2007م) وتركيزها أيضاً على أسر المصابين بالفصام العقلي مثل دراسة (الشيخ، 2007) ودراسة (Kageyama et al,2015) وأيضا ركزت الدراسات السابقة على المرافقين لمرضى الفصام العقلي داخل المستشفيات ومقدمي الرعاية لهم مثل دراسة (عبد الرحيم، 2008)، ودراسة (شحادة، 2012) أما الدراسة الحالية فقد تميزت في استهداف زوجات مرضى الفصام العقلي، حيث تواجه هذه الدراسات مشاكل متعددة خاصة في المجتمعات الشرقية التي غالبا ما ترفض التعاون في إجراء مثل هذه الدراسة، وهذا ما جعل هذه الدراسة تتميز عن الدراسات السابقة.

– ومن هذا المنطلق وجد الباحث مدى اهمية دراسة الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين واستراتيجيات التكيف لديهن، فقام الباحث بدراسة هذا المتغير على عينة من زوجات مرضى الفصام العقلي، وهذا مايميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات السابقة.

3.3.2 دراسات تناولت استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

أولاً: الدراسات العربية:

دراسة **الشمالي (2008):** كما هو مشار في أبو عودة (2010): هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في أساليب التعامل مع الضغوط التي تتخذها أمهات العاديات، كذلك الاهتمام بمعرفة الفروق في شبكات الدعم الأجتماعي لدى أمهات التلميذات المتخلفات عقليا، وأجريت الدراسة على عينة

قسمت إلى مجموعتين تمثلتا في الأولى: مجموعة أمهات تلميذات من ذوات التخلف العقلي البسيط تكونت من (44) اما، والثانية: تكونت من مجموعة أمهات تلميذات عاديات تكونت من (46) اما، استخدمتا لأغراض المقارنة، حيث روعيت المطابقة بين المجموعتين من حيث أعمار البنات والأمهات والحالة التعليمية والأجتماعية، واستخدمت في الدراسة الحالية الأدوات التالية: مقياس الضغوط النفسية: إعداد زيدان السرطاوي، وعبد العزيز (1998). ومقياس أساليب التامل مع الضغوط (المواجهة) coping stra fegies assessing إعداد تشارلز كارفر وآخرون، تعريب الباحثة ومقياس شبكات الدعم الاجتماعي (الحجم والكثافة، إعداد الباحثة. وبينت الدراسة عدم وجود فروق في استخدام أساليب التعامل مع الضغوط سواء القائمة على التفكير أو القائمة على العواطف والانفعالات بين أمهات التلميذات المتخلفات عقليا وأمهات التلميذات العاديات، بينما ظهرت فروق دالة إحصائيا في أساليب التعامل الأخرى، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أساليب التعامل مع الضغوط وكثافة شبكات الدعم الأجتماعي لدى أمهات التلميذات المتخلفات عقليا والعاديات.

دراسة **الظفيري (2008):** وتهدف الدراسة إلى التعرف على مظاهر وأساليب مواجهة الضغوط الوالدية، كما يدركها أباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقليا، وقد أجريت الدراسة على عينة تتكون من (64) فردا شملت كلا من الاباء والأمهات لأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط، وقسموا إلى (32) من الاباء، و (32) من الأمهات، وأطفالهم من المتخلفين في مدارس وزارة التربية في الكويت، كما تراوحت أعمار الأبناء، والبنات في المدى العمري بين (6، 12) سنة وأسفرت النتائج انه لايوجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات اباء وامهات الطفال المتخلفين عقليا على مقياس أساليب مواجهة الضغوط الوالدية. وأظهرت النتائج كذلك وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أبعاد مقياس مظاهر الضغوط الوالدية، وبين مقياس اسباب الضغوط الوالدية، وبين أبعاد مقياس اساليب المواجهة وبين أبعاد مظاهر الضغوط الوالدية.

دراسة **أبو حطب (2003):** هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى المرأة الفلسطينية في محافظة غزة، على عينة مكونة من (250) إمرأة فلسطينية متزوجة، وأسفرت النتائج عن أن المرأة الفلسطينية تستخدم أساليب متعددة في مواجهة الضغوط النفسية، وهي إعادة التقييم، والتخطيط لحل المشكلة، والتحكم في النفس، التفكير بالتمني والتجنب، وتحمل المسؤولية،

والأنتماء والارتباك، والهروب، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة لدى النساء في أساليب المواجهة تعزى لكل من متغير العمر والمؤهل العلمي.

ثانياً: الدرسات الاجنبية:

دراسة (**De- wild e ,et,al 1994**): هدفت الدراسة إلى التعرف على مصادر الضغوط وأساليب المواجهة لدى طلاب المدارس العليا وأثر كل من الجنس والعرق على مصادر الضغوط وأساليب المواجهة. وتكونت عينة الدراسة من (333) تلميذا من تلاميذ الصف العاشر والحادي عشر في منطقة لوس انجلوس، واستخدمت استبانة قلق الحالة، واستبانة مصادر الضغوط، واستبانة استراتيجيات المواجهة. وأظهرت النتائج ان التلاميذ يعانون من مستويات عالية من القلق تفوق المعايير المحددة لأعمارهم، كما سجلت مستويات عالية من الضغط في مصادر الضغوط اليومية، وعكس مصادر الضغوط في تكرارها التركيز على مصادر الضغوط المتعلقة بالأهداف والمستقبل، تليها مصادر الضغوط التي تتعلق بالمواد الدراسية.

دراسة آسبيل (**Asbell, 1989**): هدفت الدراسة إلى التعرف على ضغوط الحياة ومنغصاتها اليومية، وأساليب مواجهتها لدى الأفراد، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (181) شخصاً، واستخدم الباحث مقياس طرق الحياة اليومية المنقح، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس منغصات الحياة اليومية، وقائمة الأعراض الجسمية، وقائمة الأراض المرضية لهوبكنز. وأظهرت الدراسة أن الأعراض المرضية تعد مؤشراً جيداً للتنبوء بأساليب المواجهة المستخدمة، وأظهرت وجود علاقة ارتباطية بين أساليب المواجهة والأعراض المرضية كما بينت الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية والأعراض المرضية.

دراسة هولمان، وموس (**Hollman, Roos,1985**): هدفت الدراسة إلى التعرف على المتغيرات النفسية والأجتماعية التي تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط، تكونت عينة الدراسة من (267) من الذكور الذين بلغ متوسط أعمارهم (44) سنة والإناث اللواتي بلغ متوسط أعمارهن (43) سنة، وتم تطبيق مقياس استبيان هولمز وراهي للأحداث الضاغطة، ومقياس موس للبيئة الاسرية، ومقياس لخصائص الشخصية ومقياس للأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب، وأشارت النتائج أن الأسرة التي تتسم بالدفء والحنان والحب والتماسك وحرية التعبير عن الرأي

والمشاعر والدعم والتشجيع، أثناء التعرض للضغوط، تجعل الفرد أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة وأقل أكتئابا، وأن هناك فروقا بين الذكور والاناث، فكان الرجال أكثر ثقة بالنفس وأكثر صلابة من النساء.

4.3.2 التعقيب على الدراسات التي تناولت أساليب التكيف مع الضغوط النفسية.

من حيث الأهداف:

تفاوتت أهداف الدراسات السابقة فيما بينها، ألا أن بعض الدراسات أجمعت على التعرف على الضغوط الحياتية واساليب مواجهتها كما في دراسة الظفيري (2008) ودراسة دراسة اسيل Asbell, (1989)، وقد تناولت بعض الدراسات التعرف على المتغيرات النفسية والأجتماعية التي تساعد في الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية كما في دراسة هولمان، وموس (Hollman, Roos,1985) الا أن دراسة الشمالي (2008) فقد أهتمت في التعرف على الفروق بين العمر والجنس وامهات التلميذات المتخلفات عقليا والامهات التلميذات العاديات.

من حيث العينة:

أمتازت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في طبيعة العينة المستهدفة حيث تبين للباحث ان غالبية الدراسات استهدفت عينات من الطلبة سواء في المدارس والجامعات ومنها دراسة (De– wild e et,al 1994,)، بينما ركزت الدراسة الحالية على عينة زوجات الفصاميين دون غيرهم، حيث تواجه هذه الدراسات مشاكل متعددة خاصة في المجتمعات الشرقية وهذا مايميز الدراسة ايضا عن الدراسات السابقة.

من حيث الأدوات:

لقد استخدم الباحثون أدوات تناسب الأهداف التي وضعت وتحتاج إلى التحقق منها فقد أجمع كل الباحثين على استخدام مقاييس خاصة بأساليب مواجهة الضغوط النفسية، الاان بعض الدراسات اتفقت فيما بينها في إعداد الباحث لاداة القياس كما في دراسة الظفيري (2008) في حين فقد قام بعض الباحثين بالأستعانة بالمقاييس الجاهزة كما في دراسة الشمالي (2008) ودراسة اسيل Asbell, (1989).

من حيث النتائج:

لقد تباينت النتائج وذلك لأحتلاف الأهداف التي وضعت لكل دراسة فقد أجمعت بعض الدراسات على أن أكثر الأساليب في مواجهة الضغوط هي (التخطيط لحل المشكلات، تحمل المسؤولية، الألتفاف نحو الاخر، إعادة التقييم، المواجهة، التقبل) كما في دراسة ابو حطب (2003)، لقد تميزت الدراسة الحالية بتناول دور الجانب الديني وأثره في التخفيف من الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 أدوات الدراسة

5.3 إجراءات الدراسة

6.3 متغيرات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها وعينتها. كما يعطي وصفاً مفصلاً لأَداتا الدراسة وصدقهما وثباتهما، وكذلك إجراءَات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمها الباحث في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها.

1.3 منهج الدراسة

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة. حيث تم استقصاء آراء زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة حول علاقة الضغوطات النفسية باستراتيجيات التكيف من وجهة نظرهن.

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة، إذ يبلغ عدد المرضى الفصاميين (245) مريضاً من المترددين على قسم الصحة النفسية، منهم (172) مريض متزوج، وذلك حسب إحصائيات رسمية صادرة عن قسم الصحة النفسية بوزارة الصحة الفلسطينية رام الله (2017).

3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (109) زوجة مريض من زوجات مرضى الفصام المتابعات لأزواجهن بقسم الصحة النفسية التابع لوزارة الصحة بمحافظة رام الله والبيرة تم اختيارهن بطريقة العينة القصدية المتاحة، وتمثل العينة ما نسبته (70%) من مجتمع الدراسة، ويبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري.

جدول 1.3. توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري.

المتغير		العدد	النسبة المئوية	المجموع
مكان السكن	مدينة	26	23.9	109
	قرية	43	39.4	
	مخيم	40	36.7	
عمر الزوجة	أقل من 30 سنة	20	18.3	109
	بين 30 – 40 سنة	40	36.7	
	أكثر من 40 سنة	49	45.0	
المؤهل العلمي	أساسي	45	41.3	109
	ثانوي	23	21.1	
	دبلوم	25	22.9	
	بكالوريوس	16	14.7	
المهنة	ربة بيت	78	71.6	109
	طالبة	10	9.2	
	عاملة	21	19.3	
عدد سنوات مرض الزوج	أقل من 5 سنوات	34	31.2	109
	بين 5 – 10 سنوات	28	25.7	
	أكثر من 10 سنوات	47	43.1	
معدل الدخل الشهري	أقل من 2000 شيكل	71	65.1	109
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	24.8	
	أكثر من 4000 شيكل	11	10.1	

4.3 أداة الدراسة:

بعد إطلاع الباحث على عدد من الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة، وعلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع الدراسة وأهدافها قام ببناء اداة خاصة من أجل التعّرف إلى علاقة الضغوطات النفسية باستراتيجيات التكيف، وقد تكونت أداة الدراسة في صورتها النهائية من أربعة أقسام:

القسم الأول: تضمن بيانات أولية عن عينة الدراسة.

القسم الثاني: تضمن الأسئلة التي تقيس الضغوطات النفسية:

مقياس الضغوطات النفسية: للتعرف إلى درجة الضغوطات النفسية لدى أفراد العينة قام الباحث بتطوير مقياس الضغوطات النفسية الوارد في دراسة (غراب، 2015)، وقد تكون المقياس في صورته

الأولية من (55) فقرة – ملحق رقم (1) –، وبعد عرض المقياس على مجموعة من المختصين والخبراء بالبحث العلمي أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من (49) فقرة، موزعة على اربعة أبعاد رئيسية والجدول (2.3) يوضح أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد الضغوطات النفسية.

جدول 2.3 أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد الضغوطات النفسية.

الرقم	البعد	فقرات البعد	عدد الفقرات
البعد الأول	**الضغوطات النفسية**	**1 – 14**	**14**
البعد الثاني	**الضغوطات الاجتماعية**	**15 – 27**	**13**
البعد الثالث	**الضغوطات الاسرية**	**28 – 38**	**11**
البعد الرابع	**الضغوطات الاقتصادية**	**39 – 49**	**11**
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية		**1 – 49**	**49**

تصحيح المقياس:

تم تصميم مقياس الضغوطات النفسية على أساس مقياس (ليكرت الخماسي)، وقد بنيت الفقرات بالإتجاه السلبي فقط، وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت:(دائماً: خمس درجات، غالباً: أربع درجات، أحياناً: ثلاث درجات. نادراً: درجتين. مطلقاً: درجة واحدة). وقد أستند الباحث في تفسيره لنتائج الأداة لأسلوب ليكرت الذي يحدد درجة استجابة المبحوثة على المقياس في ضوء درجة موافقتها أو عدم موافقتها على بنود المقياس، وتتحدد الدرجة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، بحيث تستجيب المبحوثة على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على خمسة نقاط.

وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة (الضغوطات النفسية)، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم حساب المدى (5–1 =4)، ثم تم تقسيمه على (4) للحصول على طول الخلية الصحيح (5/4 = 0.80)، وبعد ذلك تم إضافة هذه الاستراتيجية إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلى:–

جدول (3.3): طول الخلايا لمقياس الضغوطات النفسية

الرقم	الدرجة	الدرجة
1	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 – 1.79	منخفضة جدا
2	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.80 – 2.59	منخفضة
3	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.60 – 3.39	متوسطة
4	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.40 – 4.19	مرتفعة
5	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 4.20 – 5	مرتفعة جدا

صدق المقياس:

للتأكد من صدق المقياس استخدم الباحث طريقتين:

أولاً– صدق المحكمين:

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية في الدراسة الحالية بعرضه على (14) من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية وأيضاً المهتمين بالبحث العلمي (مرفق قائمة بأسماء المحكمين) –ملحق رقم (1)– للتأكد من ملاءمة كل فقرة من فقرات المقياس للبعد الذي وضعت فيه، ومدى صلاحية الفقرات في قياس ما وضعت لقياسه، وملاءمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوثة، وملاءمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوثة، وإضافة العبارات، أو تعديلها، أو حذفها، إذا احتاج الأمر، وهي التي شأنها أن تجعل المقياس أكثر صدقاً، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين، كان هناك اتفاق بينهم على صلاحية المقياس ومقروئيته، باستثناء بعض الفقرات التي تم تعديلها، أو حذفها بناء على ملاحظاتهم، وذلك كما هو مشار اليه في – ملحق رقم (2) – الذي يتضمن مقياس الدراسة بعد التحكيم. والجدول (6.3) يوضح اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس الضغوطات النفسية بناء على اراء المحكمين.

جدول (4.3) اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس الضغوطات النفسية بناء على اراء المحكمين

البعد الأول: المجال النفسي		
رقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1	انام اكثر من المعتاد هروبا من الواقع	انام اكثر من المعتاد هروبا من الواقع الحالي
2	اشعر بالاسى لاعتقادي بان احلام ابنائي تحطمت بسبب مرض ابيهم.	اشعر بالياس من امكانية شفاء زوجي
البعد الثاني: المجال الاجتماعي		
1	تعاملني صديقاتي معاملة مختلفة بعد مرض زوجي مما يشهرني بالاهانة	تعاملني صديقاتي معاملة مختلفة بعد مرض زوجي مما يشهرني بالحرج
2	يحزنني تجاهل الجيرات لنا	يحزنني تجاهل الجيرات لوضعنا الاسري
3	اشعر بالنبذ من الاخرين لتردد زوجي على مستشفى الامراض النفسية	اشعر ببعد الاخرين عني لتردد زوجي على مستشفى الامراض النفسية
البعد الثالث: المجال الاسري		
1	يقلقني لا مبالاة الاسرة للوضع الذي نعيشه	تقلقني لامبالاة اسرتي للوضع الذي نعيشه.
2	علاقاتي الخاصة مع زوجي غير مرضية	علاقاتي الحميمة مع زوجي غير مرضية.

يظهر الجدول (6.3) اهم التعديلات التي تمت على فقرات مقياس الضغوطات النفسية بناء على اراء المحكمين، اما باقي الفقرات فقد بقيت على حالها، كما يظهر الجدول ان الفقرة رقم (8) والفقرة رقم (14) في بعد المجال النفسي تم حذفها، كذلك الفقرة رقم (21) والفقرة رقم (31) في بعد المجال الاجتماعي. كذلك الفقرة (35) والفقرة (42) في المجال الاسري .

ثانياً- صدق البناء:

من ناحية أخرى فقد تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة إرتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لكل بعد على عينة الدراسة، وذلك كما هو واضح في الجدول (4.3) والذي بين أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية، لكل بعد دالة إحصائياً، ما يشير إلى تمتع الأداة بالاتساق الداخلي، وأنها تشترك معاً في قياس الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله.

جدول 5.3 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات الضغوطات النفسية مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس.

الضغوطات النفسية			الضغوطات الاجتماعية			الضغوطات الاسرية			الضغوطات الاقتصادية		
الرقم	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الرقم	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الرقم	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الرقم	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
1	0.417**	0.000	1	0.716**	0.000	1	0.677**	0.000	1	0.539**	0.000
2	0.536**	0.000	2	0.676**	0.000	2	0.545**	0.000	2	0.630**	0.000
3	0.716**	0.000	3	0.726**	0.000	3	0.649**	0.000	3	0.727**	0.000
4	0.684**	0.000	4	0.754**	0.000	4	0.735**	0.000	4	0.804**	0.000
5	0.345**	0.000	5	0.694**	0.000	5	0.709**	0.000	5	0.775**	0.000
6	0.579**	0.000	6	0.568**	0.000	6	0.627**	0.000	6	0.748**	0.000
7	0.486**	0.000	7	0.597**	0.000	7	0.743**	0.000	7	0.785**	0.000
8	0.637**	0.000	8	0.756**	0.000	8	0.594**	0.000	8	0.800**	0.000
9	0.597**	0.000	9	0.771**	0.000	9	0.681**	0.000	9	0.651**	0.000
10	0.692**	0.000	10	0.716**	0.000	10	0.631**	0.000	10	0.767**	0.000
11	0.636**	0.000	11	0.613**	0.000	11	0.563**	0.000	11	0.774**	0.000
12	0.648**	0.000	12	0.694**	0.000						
13	0.567**	0.000	13	0.497**	0.000						
14	0.596**	0.000									

تشير المعطيات الواردة في الجدول (4.3) أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالٍ وأنها تشترك معاً في قياس الضغوطات النفسية من وجهة نظر زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات المقياس استخدم الباحث طريقتين:

اولاً- طريقة إعادة الاختبار (العينة الاستطلاعية): تم التأكد من ثبات الأداة في الدراسة الحالية من خلال طريقة إعادة الاختبار (Test- Retest)، حيث قام الباحث بتطبيق الأداة على عينة من خارج عينة الدراسة، تكونت من (7) مبحوثات من زوجات مرضى الفصام، ومن ثم أعاد الباحث تطبيق الأداة على نفس العينة، وذلك بعد مرور أسبوعين، وبلغ معامل الارتباط بين نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى ونتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية (0.623**) عند مستوى دلالة (0.000).

ثانياً: طريقة كرونباخ ألفا: قام الباحث بحساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الضغوطات النفسية على الدرجة الكلية وجميع الأبعاد المكونة لمقياس الضغوطات النفسية، إذ تم حساب الثبات لأداة

الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي، بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هي واضحة في الجدول (5.3).

جدول (6.3) نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة.

الرقم	البعد	عدد الفقرات	قيمة Alpha
البعد الأول	**الضغوطات النفسية**	**14**	**0.842**
البعد الثاني	**الضغوطات الاجتماعية**	**13**	**0.900**
البعد الثالث	**الضغوطات الاسرية**	**11**	**0.864**
البعد الرابع	**الضغوطات الاقتصادية**	**11**	**0.904**
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية		**49**	**0.938**

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن أداة الدراسة بابعاداها المختلفة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، حيث تراوحت درجات الثبات بين (84%) وبين (94%)، معبرة عن درجة بين جيدة جداً وممتازة من الثبات، بينما بلغت قيمة ألفا على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (94%) معبرة عن درجة عالية جداً من الثبات.

مقياس استراتيجيات التكيف:

بعد إطلاع الباحث على عدد من الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة وعلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع الدراسة وأهدافها وفروضها قام الباحث ببناء مقياس خاص من أجل التعّرف إلى درجة استراتيجيات التكيف لدى عينة الدراسة، وقد تمثلت في دراسة (التلاوي، 2009) ودراسة (غانم، 2011)، ودراسة (ابو عياش، 2001) كذلك تم الرجوع والاطلاع على عدد من مقاييس التكيف النفسي وقد تمثلت في مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة (ليونارد بون، 1980)، وقد تكون المقياس في صورته الأولية من (38) فقرة، حيث تم استبعادً (1) فقرة ورقمها (20)(لتكرارها مع الفقرة (13)، وذلك بعد عرض المقياس على مجموعة من المحكمين والمختصين، وبذلك أصبح عدد الفقرات التي يتألف منها المقياس في شكله النهائي (37) فقرة، منها (4) فقرات سلبية وهي الفقرات (18، 19، 20، 21)، أما باقي الفقرات فهي ايجابية.

ويتكون المقياس من سبعة استراتيجيات والجدول (6.3) يوضح أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد مقياس استراتيجيات التكيف.

جدول 7.3 أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد مقياس استراتيجيات التكيف.

الرقم	الاستراتيجية	فقرات البعد	عدد الفقرات
البعد الأول	**استراتيجية حل المشكلات**	**1 – 7**	**7**
البعد الثاني	**استراتيجية الدعم والمساندة**	**8 – 12**	**5**
البعد الثالث	**استراتيجية المواجهة الفعالة**	**13 – 17**	**5**
البعد الرابع	**استراتيجية التجنب**	**18 – 21**	**4**
البعد الخامس	**استراتيجية التفريغ النفسي**	**22– 26**	**5**
البعد السادس	**استراتيجية البعد الديني**	**27 – 31**	**5**
البعد السابع	**استراتيجية الاسترخاء**	**32 – 37**	**6**
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف		**1 – 37**	**37**

تصحيح المقياس:

يتضمن هذا المقياس في تقدير الشخص لنفسه بطريقة ذاتية، أي كما يرى نفسه، وقد بنيت الفقرات، حسب سلم خماسي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت:(دائماً: خمس درجات، غالباً: أربع درجات، أحياناً: ثلاث درجات. نادراً: درجتين. مطلقاً: درجة واحدة). وقد أستند الباحث في تفسيره لنتائج الأداة لأسلوب (ليكرت) الذي يحدد درجة المبحوثة على المقياس في ضوء درجة موافقتها أو عدم موافقتها على بنود المقياس، وتتحدد الدرجة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، بحيث تستجيب المبحوثة على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على خمسة نقاط.

وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة (استراتيجيات التكيف)، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم حساب المدى (5–1 =4)، ثم تم تقسيمه على (4) للحصول على طول الخلية الصحيح (5/4 = 0.80)، وبعد ذلك تم إضافة هذه الاستراتيجية إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلى:–

جدول (8.3): طول الخلايا لمقياس استراتيجيات التكيف.

الرقم	الدرجة	الدرجة
1	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين 1 – 1.79	منخفضة جدا
2	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 1.80 – 2.59	منخفضة
3	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 2.60 – 3.39	متوسطة
4	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 3.40 – 4.19	مرتفعة
5	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من 4.20 – 5	مرتفعة جدا

صدق المقياس:

للتأكد من صدق المقياس استخدم الباحث طريقتين:

اولاً– صدق المحكمين:

تم التأكد من صدق المقياس بصورته الأولية في الدراسة الحالية بعرضه على (14) من المحكمين المختصين في الإرشاد النفسي والصحة النفسية وأيضاً المهتمين بالبحث العلمي (مرفق قائمة بأسماء المحكمين) –ملحق رقم (1)– للتأكد من ملاءمة كل فقرة من فقرات المقياس للبعد الذي وضعت فيه، ومدى صلاحية الفقرات في قياس ما وضعت لقياسه، وملاءمة صياغة كل فقرة لغوياً ووضوحها بالنسبة للمبحوثة، وملاءمة كل فقرة من فقرات المقياس لمستوى المبحوثة، وإضافة العبارات، أو تعديلها، أو حذفها، إذا احتاج الأمر، وهي التي شأنها أن تجعل المقياس أكثر صدقاً، وإبداء أية ملاحظات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين، كان هناك اتفاق بينهم على صلاحية المقياس ومقروئيته، باستثناء بعض الفقرات التي تم تعديلها، أو حذفها بناء على ملاحظاتهم، وذلك كما هو مشار اليه في – ملحق رقم (2) – الذي يتضمن مقياس الدراسة بعد التحكيم. والجدول (6.3) يوضح اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس استراتيجيات التكيف بناء على اراء المحكمين.

جدول (9.3) اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس استراتيجيات التكيف بناء على اراء المحكمين.

البعد الأول: استراتيجيات التجنب		
رقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1-	ابتعد عن التفكير بالمشكلة عندما اواجه موقفا ضاغطا.	اتجنب التفكير بالمشكلة عندما اواجه موقفا ضاغطا
2	يؤلمني عدم تفهم المجتمع لمشكلاتي وضغوطاتي النفسية	يؤلمني عدم تفهم المجتمع لضغوطاتي النفسية
البعد الثاني: استلاتيجيات البعد الديني		
2	الجا إلى قراءة القران عندما اكون في موقف ضاغط	الجا إلى كتاب الله عندما اكون في موقف ضاغط.

يظهر الجدول (6.3) اهم التعديلات التي تمت على فقرات مقياس استراتيجيات التكيف بناء على اراء المحكمين، اما باقي الفقرات فقد بقيت على حالها، كما يظهر الجدول ان الفقرة رقم(20) في بعد استراتيجيات التجنب تم حذفها، وذلك لتكرارها في بعد استراتيجيات المواجهة الفعالة تحت رقم (13)

ثانياً- صدق البناء:

من ناحية أخرى تم التحقق من الصدق بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لكل بعد على عينة الدراسة، وذلك كما هو واضح في الجدول (8.3) والذي بين أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات مع الدرجة الكلية، لكل بعد دالة إحصائياً، ما يشير إلى تمتع الأداة بالاتساق الداخلي، وأنها تشترك معاً في قياس استراتيجيات التكيف.

جدول 10.3 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات استراتيجيات التكيف مع الدرجة الكلية لكل استراتيجية من أبعاد المقياس.

استراتيجية حل المشكلات			استراتيجية الدعم والمساندة			استراتيجية المواجهة الفعالة			استراتيجية التجنب		
الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
1	0.758**	0.000	1	0.655**	0.000	1	0.526**	0.000	1	0.649**	0.000
2	0.650**	0.000	2	0.574**	0.000	2	0.533**	0.000	2	0.733**	0.000
3	0.780**	0.000	3	0.645**	0.000	3	0.703**	0.000	3	0.667**	0.000
4	0.813**	0.000	4	0.755**	0.000	4	0.673**	0.000	4	0.620**	0.000
5	0.770**	0.000	5	0.645**	0.000	5	0.671**	0.000			
6	0.874**	0.000									
7	0.821	0.000									
استراتيجية التفريغ النفسي			استراتيجية البعد الديني			استراتيجية الاسترخاء					
الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية			
1	0.627**	0.000	1	0.808**	0.000	1	0.726**	0.000			
2	0.679**	0.000	2	0.795**	0.000	2	0.693**	0.000			
3	0.680**	0.000	3	0.529**	0.000	3	0.726**	0.000			
4	0.695**	0.000	4	0.633**	0.000	4	0.751**	0.000			
5	0.772**	0.000	5	0.833**	0.000	5	0.586**	0.000			
						6	0.492**	0.000			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (8.3) أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، مما يشير إلى تمتع الأداة بصدق عالٍ وأنها تشترك معاً في قياس استراتيجيات التكيف من وجهة نظر زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

ثبات المقياس:

للتأكد من ثبات المقياس استخدم الباحث طريقتين:

اولاً- طريقة إعادة الاختبار (العينة الاستطلاعية): تم التأكد من ثبات الأداة في الدراسة الحالية من خلال طريقة إعادة الاختبار (Test- Retest)، حيث قام الباحث بتطبيق الأداة على عينة من خارج عينة الدراسة، تكونت من (7) مبحوثات من زوجات مرضى الفصام، ومن ثم أعاد الباحث تطبيق

الأداة على نفس العينة، وذلك بعد مرور أسبوعين، وبلغ معامل الارتباط بين نتائج الدراسة الاستطلاعية الأولى ونتائج الدراسة الاستطلاعية الثانية (0.433**) عند مستوى دلالة (0.000).

ثانياً– طريقة كرونباخ ألفا: قام الباحث بحساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياس استراتيجيات التكيف على الدرجة الكلية وجميع الأبعاد المكونة لمقياس استراتيجيات التكيف، إذ تم حساب الثبات لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي، بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هي واضحة في الجدول (9.3).

جدول (11.3) نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة.

الرقم	الاستراتيجية	عدد الفقرات	قيمة Alpha
البعد الأول	**استراتيجية حل المشكلات**	**7**	**0.891**
البعد الثاني	**استراتيجية الدعم والمساندة**	**5**	**0.742**
البعد الثالث	**استراتيجية المواجهة الفعالة**	**5**	**0.700**
البعد الرابع	**استراتيجية التجنب**	**4**	**0.685**
البعد الخامس	**استراتيجية التفريغ النفسي**	**5**	**0.788**
البعد السادس	**استراتيجية البعد الديني**	**5**	**0.755**
البعد السابع	**استراتيجية الاسترخاء**	**6**	**0.768**
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية		**37**	**0.878**

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق إلى أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة جيدة إلى جيدة جدا من الثبات، حيث تراوحت درجات الثبات بين (69%) وبين (89%)، معبرة عن درجة بين جيدة وجيدة جداً من الثبات، بينما بلغت قيمة ألفا على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (88%) معبرة عن درجة عالية من الثبات.

القسم الرابع: تضمن اربعة أسئلة مفتوحة تقيس الصعوبات ومصادر الدعم والاحتياجات واستراتيجيات التكيف وقد تم الاجابة عن الاسئلة من خلال أعطاء المجال لزوجات مرضى الفصام للتعبير والأجابة عن الأسئلة دون تدخل الباحث بل قامت الزوجات بالأجابة من خلال الكتابة بشكل مباشر على الأسئلة بهدف اتاحة المجال لهن للتعبير عن كل ما يجول بخاطرهن

وقد جاءت الأسئلة على النحو التالي:

1. ما هي أكثر الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض أزواجهن؟
2. ما أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن؟
3. ما هي اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى؟
4. ما هي اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن؟

5.3 إجراءات تطبيق الدراسة:

- تم إتباع الإجراءات التالية من أجل تنفيذ الدراسة:
- القيام بحصر مجتمع الدراسة والمتمثل في زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.
- تطوير أداتا الدراسة بعد اطلاع الباحث على مجموعة من الأدوات المستخدمة في مثل هذه الدراسة.
- القيام بالإجراءات الفنية والتي تسمح بتطبيق أداة الدراسة، وذلك من خلال الحصول على موافقة قسم الصحة النفسية التابع لوزارة الصحة الفلسطينية، للحصول على إحصائيات أعداد المرضى، وتوزيع أداتا الدراسة.
- اختيار عينة الدراسة من مجتمع الدراسة بطريقة قصدية متاحة.
- تم التأكد من صدق أداتا الدراسة من خلال عرضها على اربعة عشر محكمًا.
- توزيع أداتا الدراسة على العينة، في الفصل الأول للعام الدراسي (2017-2018) باليد وأجابت المبحوثات على الأدوات بوجود الباحث، وكان كل مقياس مزود بالتعليمات والإرشادات الكافية لتساعدهن على كيفية الإجابة عن الفقرات.

- لم يحدد الباحث زمناً محدداً للإجابة عن المقياسين إلا أن معظم المبحوثات قد تمكن من الإجابة على فقرات المقاييس في زمن قدره (25 – 35) دقيقة.
- تم إعطاء المقاييس الصالحة أَرقاماً متسلسلة وإعدادها لإدخالها للحاسوب.
- تم تصحيح المقاييس وتفريغ البيانات وتعبئتها في نماذج خاصة.
- استخدمت البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واستخراج النتائج.

6.3 متغيرات الدراسة

1.6.3 المتغيرات المستقلة (الديمغرافية):

(مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري).

2.6.3 المتغير المستقل:

(الضغوطات النفسية)

3.6.3 المتغير التابع:

(استراتيجيات التكيف)

7.3 المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، وتم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على المقاييس (استراتيجيات التكيف، والضغوطات النفسية)، وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار تحليل التباين الأحادي (one – way anova) واختبار توكي (Tukey) ومعامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation). كما استخدام معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة، وذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

1.4 نتائج الدراسة

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها.

1.4 نتائج الدراسة

1.1.4. نتائج السؤال الأول:

ما مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة ؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية بأبعادها المختلفة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة، وذلك كما هو واضح في الجدول (1.4).

جدول 1.4 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات أبعاد الضغوطات النفسية.

البعد	البعد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	الدرجة
البعد الأول	الضغوطات النفسية	109	3.95	0.62	79.06	الثاني	مرتفعة
البعد الثاني	الضغوطات الاجتماعية	109	3.03	0.86	60.69	الرابع	متوسطة
البعد الثالث	الضغوطات الاسرية	109	3.49	0.80	69.89	الثالث	مرتفعة
البعد الرابع	الضغوطات الاقتصادية	109	4.11	0.76	82.22	الأول	مرتفعة
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية		109	3.64	0.59	72.96	مرتفعة	

يتضح من الجدول (1.4) أن أكثر الضغوطات النفسية انتشاراً لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بفلسطين تمثلت في بعد (الضغوطات الاقتصادية) بمتوسط حسابي قدره (4.11) وبنسبة مئوية مقدراها (82.2) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية بعد (الضغوطات النفسية) بمتوسط حسابي قدره (3.95) وبنسبة مئوية مقدراها (79.1) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، وجاء في المرتبة الثالثة بعد (الضغوطات الاسرية) بمتوسط حسابي قدره (3.49) وبنسبة مئوية مقدراها (69.9) معبرة عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الرابعة والاخيرة بعد

(الضغوطات الاجتماعية) بمتوسط حسابي قدره (3.03) وبنسبة مئوية مقدراها (60.7) معبرة عن درجة متوسطة. أما على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية فقد جاءت بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.64) وبنسبة مئوية مقدراها (73%) مع انحراف معياري قدره (0.59).

2.1.4 نتائج السؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-6) وفيما يلي نتائج فحصها:

1.2.1.4. نتائج الفرضية الأولى:

لا **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة** ($\alpha \leq 0.05$) **في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.**

للتحقق من صحة الفرضية الأولى تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (2.4).

جدول2.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	مدينة	26	3.96	0.53
	قرية	43	3.95	0.59
	مخيم	40	3.96	0.70
الضغوطات الاجتماعية	مدينة	26	3.07	0.73
	قرية	43	2.86	0.88
	مخيم	40	3.19	0.91
الضغوطات الاسرية	مدينة	26	3.47	0.60
	قرية	43	3.36	0.86
	مخيم	40	3.66	0.83
الضغوطات الاقتصادية	مدينة	26	3.99	0.78

المتغير	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	قرية	43	4.17	0.82
	مخيم	40	4.12	0.69
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	مدينة	26	3.63	0.53
	قرية	43	3.58	0.60
	مخيم	40	3.73	0.61

يتضح من الجدول (2.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على مختلف اماكن سكنهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (3.4).

جدول 3.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمكان السكن.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.005	2	0.002	0.006	0.994
	داخل المجموعات	40.967	106	0.386		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	2.337	2	1.168	1.583	0.210
	داخل المجموعات	78.225	106	0.738		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	1.877	2	0.938	1.483	0.232
	داخل المجموعات	67.073	106	0.633		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	0.533	2	0.266	0.453	0.637
	داخل المجموعات	62.399	106	0.589		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.467	2	0.234	0.673	0.512
	داخل المجموعات	36.769	106	0.347		
	المجموع	37.236	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول (3.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.673) عند مستوى الدلالة (0.512)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الأولى على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

2.2.1.4. نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عمر الزوجة، وذلك كما هو واضح في الجدول (4.4).

جدول 4.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عمر الزوجة.

المتغير	عمر الزوجة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	أقل من 30 سنة	20	3.76	0.56
	بين 30 – 40 سنة	40	3.90	0.63
	أكثر من 40 سنة	49	4.07	0.61
الضغوطات الاجتماعية	أقل من 30 سنة	20	2.90	0.76
	بين 30 – 40 سنة	40	3.04	0.76
	أكثر من 40 سنة	49	3.08	0.98
الضغوطات الاسرية	أقل من 30 سنة	20	3.55	0.61
	بين 30 – 40 سنة	40	3.48	0.70
	أكثر من 40 سنة	49	3.48	0.94
الضغوطات الاقتصادية	أقل من 30 سنة	20	3.80	0.77
	بين 30 – 40 سنة	40	4.24	0.70
	أكثر من 40 سنة	49	4.14	0.79
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	أقل من 30 سنة	20	3.51	0.53
	بين 30 – 40 سنة	40	3.66	0.55
	أكثر من 40 سنة	49	3.69	0.64

يتضح من الجدول (4.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على مختلف أعمارهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (5.4).

جدول 5.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لعمر الزوجة.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	1.449	2	0.724	1.943	0.148
	داخل المجموعات	39.523	106	0.373		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	0.480	2	0.240	0.318	0.728
	داخل المجموعات	80.081	106	0.755		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	0.076	2	0.038	0.058	0.943
	داخل المجموعات	68.874	106	0.650		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	2.592	2	1.296	2.277	0.108
	داخل المجموعات	60.339	106	0.569		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.513	2	0.257	0.741	0.479
	داخل المجموعات	36.723	106	0.346		
	المجموع	37.236	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). ** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول (5.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عمر الزوجة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.741) عند مستوى الدلالة (0.479)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الثانية على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

3.2.1.4. نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (6.4).

جدول 6.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	أساسي	45	4.05	0.62
	ثانوي	23	3.92	0.51
	دبلوم	25	3.94	0.67
	بكالوريوس	16	3.74	0.64
الضغوطات الاجتماعية	أساسي	45	3.15	0.91
	ثانوي	23	2.76	0.75
	دبلوم	25	2.96	0.92
	بكالوريوس	16	3.22	0.76
الضغوطات الاسرية	أساسي	45	3.47	0.96
	ثانوي	23	3.58	0.68
	دبلوم	25	3.51	0.68
	بكالوريوس	16	3.43	0.66
الضغوطات الاقتصادية	أساسي	45	4.23	0.82
	ثانوي	23	4.17	0.50
	دبلوم	25	3.91	0.69
	بكالوريوس	16	4.00	0.98
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	أساسي	45	3.73	0.63
	ثانوي	23	3.61	0.49
	دبلوم	25	3.58	0.59
	بكالوريوس	16	3.60	0.62

يتضح من الجدول (6.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على مختلف مؤهلاتهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (7.4).

جدول 7.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقاً للمؤهل العلمي.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	1.236	3	0.412	1.089	0.357
	داخل المجموعات	39.736	105	0.378		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	3.076	3	1.025	1.389	0.250
	داخل المجموعات	77.486	105	0.738		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	0.267	3	0.089	0.136	0.938
	داخل المجموعات	68.682	105	0.654		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	1.890	3	0.630	1.084	0.359
	داخل المجموعات	61.042	105	0.581		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.464	3	0.155	0.442	0.723
	داخل المجموعات	36.772	105	0.350		
	المجموع	37.236	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى (α ≤0.05).

** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى (α ≤0.01).

يتضح من الجدول (7.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، سواء على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية أو باقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.442) عند مستوى الدلالة (0.723)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الثالثة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

4.2.1.4. نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المهنة، وذلك كما هو واضح في الجدول (8.4).

جدول 8.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المهنة.

المتغير	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	ربة بيت	78	3.99	0.62
	طالبة	10	3.90	0.71
	عاملة	21	3.84	0.56
الضغوطات الاجتماعية	ربة بيت	78	3.02	0.89
	طالبة	10	3.11	0.90
	عاملة	21	3.07	0.79
الضغوطات الاسرية	ربة بيت	78	3.48	0.87
	طالبة	10	3.60	0.33
	عاملة	21	3.50	0.69
الضغوطات الاقتصادية	ربة بيت	78	4.22	0.69
	طالبة	10	3.84	0.65
	عاملة	21	3.82	0.97
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	ربة بيت	78	3.68	0.59
	طالبة	10	3.61	0.52
	عاملة	21	3.56	0.61

يتضح من الجدول (8.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف مهنهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (9.4).

جدول 9.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمتغير المهنة.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.381	2	0.190	0.497	0.610
	داخل المجموعات	40.591	106	0.383		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	0.107	2	0.053	0.070	0.932
	داخل المجموعات	80.455	106	0.759		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	0.128	2	0.064	0.098	0.907
	داخل المجموعات	68.822	106	0.649		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	3.567	2	1.784	3.185	0.045*
	داخل المجموعات	59.364	106	0.560		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	بين المجموعات	0.254	2	0.127	0.364	0.695
	داخل المجموعات	36.982	106	0.349		
	المجموع	37.236	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). ** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول (9.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المهنة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (الضغوطات الاقتصادية)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.364) عند مستوى الدلالة (0.695)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعد (الضغوطات الاقتصادية)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (10.4).

جدول 10.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المهنة.

المتغير	المهنة	ربة بيت	طالبة	عاملة
الضغوطات الاقتصادية	**ربة بيت**		**0.38858**	***0.40676**
	طالبة			**0.06647**
	عاملة			

يتضح من الجدول (10.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في الضغوطات الاقتصادية تبعاً لمتغير المهنة أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت) وبين الزوجات اللواتي مهنهن (عاملة) لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الرابعة على بعد (الضغوطات الاقتصادية) في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

5.2.1.4. نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج، وذلك كما هو واضح في الجدول (11.4).

جدول 11.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

المتغير	عدد سنوات مرض الزوج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	أقل من 5 سنوات	34	3.95	0.59
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.79	0.61
	أكثر من 10 سنوات	47	4.05	0.63
الضغوطات الاجتماعية	أقل من 5 سنوات	34	3.05	0.86
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.02	0.91
	أكثر من 10 سنوات	47	3.03	0.86
الضغوطات الاسرية	أقل من 5 سنوات	34	3.68	0.61
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.51	0.88
	أكثر من 10 سنوات	47	3.35	0.85
الضغوطات الاقتصادية	أقل من 5 سنوات	34	4.01	0.71

المتغير	عدد سنوات مرض الزوج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	بين 5 – 10 سنوات	28	4.05	0.76
	أكثر من 10 سنوات	47	4.22	0.80
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	أقل من 5 سنوات	34	3.67	0.55
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.59	0.59
	أكثر من 10 سنوات	47	3.66	0.62

يتضح من الجدول (11.4) وجود تقارب في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف سنوات مرض ازواجهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (12.4).

جدول 12.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقاً لعدد سنوات مرض الزوج.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	1.143	2	0.572	1.522	0.223
	داخل المجموعات	39.828	106	0.376		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	0.017	2	0.009	0.011	0.989
	داخل المجموعات	80.545	106	0.760		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	2.211	2	1.106	1.756	0.178
	داخل المجموعات	66.738	106	0.630		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	1.092	2	0.546	0.936	0.395
	داخل المجموعات	61.839	106	0.583		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات	بين المجموعات	0.124	2	0.062	0.177	0.838
	داخل المجموعات	37.112	106	0.350		
	المجموع	37.236	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).**

يتضح من الجدول (12.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً

لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.177) عند مستوى الدلالة (0.838)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الخامسة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

6.2.1.4. نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

للتحقق من صحة الفرضية السادسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري، وذلك كما هو واضح في الجدول (13.4).

جدول 13.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري.

المتغير	معدل الدخل الشهري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغوطات النفسية	أقل من 2000 شيكل	71	4.02	0.61
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.63	0.54
	أكثر من 4000 شيكل	11	4.30	0.58
الضغوطات الاجتماعية	أقل من 2000 شيكل	71	3.13	0.85
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	2.66	0.80
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.35	0.92
الضغوطات الاسرية	أقل من 2000 شيكل	71	3.57	0.87
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.34	0.66
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.36	0.54
الضغوطات الاقتصادية	أقل من 2000 شيكل	71	4.28	0.73
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.79	0.76
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.79	0.71
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	أقل من 2000 شيكل	71	3.75	0.61
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.36	0.53
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.70	0.312

يتضح من الجدول (13.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف معدل دخلهن الشهري. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (14.4).

جدول 14.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمتغير معدل الدخل الشهري.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الضغوطات النفسية	بين المجموعات	4.421	2	2.211	6.411	0.002**
	داخل المجموعات	36.550	106	0.345		
	المجموع	40.972	108			
الضغوطات الاجتماعية	بين المجموعات	5.478	2	2.739	3.867	0.024*
	داخل المجموعات	75.084	106	0.708		
	المجموع	80.562	108			
الضغوطات الاسرية	بين المجموعات	1.274	2	0.637	0.997	0.372
	داخل المجموعات	67.676	106	0.638		
	المجموع	68.949	108			
الضغوطات الاقتصادية	بين المجموعات	5.939	2	2.969	5.523	0.005**
	داخل المجموعات	56.993	106	0.538		
	المجموع	62.932	108			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	بين المجموعات	3.070	2	1.535	4.762	0.010*
	داخل المجموعات	34.166	106	0.322		
	المجموع	37.236	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).**

يتضح من الجدول (14.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (الضغوطات الاسرية)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (4.762) عند مستوى الدلالة (0.010)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على الدرجة

الكلية للضغوطات النفسية وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (الضغوطات الاسرية)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (15.4).

جدول 15.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري.

المتغير	معدل الدخل الشهري	أقل من 2000 شيكل	بين 2000 – 4000 شيكل	أكثر من 4000 شيكل
الضغوطات النفسية	أقل من 2000 شيكل		0.38885*	-0.27757
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.66643*
	أكثر من 4000 شيكل			
الضغوطات الاجتماعية	أقل من 2000 شيكل		0.46688*	-0.22181
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.68868*
	أكثر من 4000 شيكل			
الضغوطات الاقتصادية	أقل من 2000 شيكل		0.49044*	0.48830*
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.00214
	أكثر من 4000 شيكل			
الدرجة الكلية للضغوطات النفسية	أقل من 2000 شيكل		0.39409*	0.05179
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.34230
	أكثر من 4000 شيكل			

يتضح من الجدول (15.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على بعدي (الضغوطات النفسية، والضغوطات الاجتماعية)، تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، وكانت بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل)، كما كانت الفروق على بعد (الضغوطات الاقتصادية) بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، بينما كانت الفروق على الدرجة الكلية بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية

الصفرية الرابعة على بعد (الضغوطات الاقتصادية) في حين تم رفضها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

3.1.4. نتائج السؤال الثالث:

ما أهم استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة ؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأهم استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة، وذلك كما هو واضح في الجدول (16.4).

جدول 16.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأهم استراتيجيات التكيف.

البعد	البعد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	الدرجة
البعد الأول	استراتيجية حل المشكلات	109	3.68	0.73	73.58	الثانية	مرتفعة
البعد الثاني	استراتيجية الدعم والمساندة	109	3.21	0.73	64.18	الخامسة	متوسطة
البعد الثالث	استراتيجية المواجهة الفعالة	109	3.30	0.60	65.91	الرابعة	متوسطة
البعد الرابع	استراتيجية التجنب	109	3.41	0.77	68.26	الثالثة	مرتفعة
البعد الخامس	استراتيجية التفريغ النفسي	109	2.41	0.84	48.15	السابعة	منخفضة
البعد السادس	استراتيجية البعد الديني	109	3.78	0.66	75.60	الأولى	مرتفعة
البعد السابع	استراتيجية الاسترخاء	109	3.08	0.76	61.68	السادسة	متوسطة
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف		109	3.27	0.46	65.34	متوسطة	

يتضح من الجدول (16.4) أن أكثر استراتيجيات التكيف انتشاراً لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تمثلت في (استراتيجية البعد الديني) بمتوسط حسابي قدره (3.78) وبنسبة مئوية مقدراها (75.6) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية (استراتيجية حل المشكلات) بمتوسط حسابي قدره (3.68) وبنسبة مئوية مقدراها (73.6) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، وجاء في المرتبة الثالثة (استراتيجية التجنب) بمتوسط حسابي قدره (3.41) وبنسبة مئوية مقدراها (68.3) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، بينما جاء في المرتبة الرابعة (استراتيجية المواجهة الفعالة) بمتوسط حسابي قدره (3.30) وبنسبة مئوية مقدراها (65.9) معبرة عن درجة متوسطة، وجاء في المرتبة الخامسة (استراتيجية الدعم والمساندة) بمتوسط حسابي قدره (3.21) وبنسبة مئوية مقدراها (64.2) معبرة عن درجة متوسطة كذلك، وجاء في المرتبة السادسة (استراتيجية الاسترخاء) بمتوسط حسابي قدره (3.08) وبنسبة مئوية مقدراها (61.7) معبرة عن درجة متوسطة كذلك، في حين جاء في المرتبة السابعة

والاخيرة (استراتيجية التفريغ النفسي) بمتوسط حسابي قدره (2.41) وبنسبة مئوية مقدراها (48.2) معبرة عن درجة منخفضة. اما على الدرجة الكلية للاستراتيجيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.27) وبنسبة مئوية مقدراها (65.3) معبرة عن درجة متوسطة.

4.1.4 نتائج السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟
وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-6) وفيما يلي نتائج فحصها:

1.4.1.4. نتائج الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.
للتحقق من صحة الفرضية السابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير مكان السكن، وذلك كما هو واضح في الجدول (17.4).

جدول 17.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	مدينة	26	3.56	0.59
	قرية	43	3.85	0.68
	مخيم	40	3.58	0.84
استراتيجية الدعم والمساندة	مدينة	26	3.12	0.75
	قرية	43	3.31	0.70
	مخيم	40	3.16	0.75
استراتيجية المواجهة الفعالة	مدينة	26	3.19	0.49
	قرية	43	3.52	0.59
	مخيم	40	3.12	0.63
استراتيجية التجنب	مدينة	26	3.13	0.65
	قرية	43	3.50	0.81
	مخيم	40	3.51	0.77
استراتيجية التفريغ النفسي	مدينة	26	2.14	0.76

المتغير	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	قرية	43	2.71	0.73
	مخيم	40	2.26	0.90
استراتيجية البعد الديني	مدينة	26	3.68	0.75
	قرية	43	3.89	0.54
	مخيم	40	3.73	0.71
استراتيجية الاسترخاء	مدينة	26	2.89	0.75
	قرية	43	3.32	0.61
	مخيم	40	2.96	0.87
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	مدينة	26	3.10	0.39
	قرية	43	3.44	0.41
	مخيم	40	3.19	0.49

يتضح من الجدول (17.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف اماكن سكنهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (18.4).

جدول 18.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لمكان السكن.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	2.014	2	1.007	1.928	0.151
	داخل المجموعات	55.380	106	0.522		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	0.761	2	0.381	0.709	0.495
	داخل المجموعات	56.949	106	0.537		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	3.694	2	1.847	5.482	0.005**
	داخل المجموعات	35.714	106	0.337		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	2.830	2	1.415	2.450	0.091
	داخل المجموعات	61.217	106	0.578		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ	بين المجموعات	6.789	2	3.395	5.242	0.007**

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
النفسي	داخل المجموعات	68.645	106	0.648		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	0.881	2	0.441	1.019	0.364
	داخل المجموعات	45.834	106	0.432		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	3.951	2	1.975	3.551	0.032*
	داخل المجموعات	58.973	106	0.556		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	2.305	2	1.153	6.064	0.003**
	داخل المجموعات	20.149	106	0.190		
	المجموع	22.454	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). ** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول (18.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للاستراتيجيات وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء)، في حين تبين انه لا توجد فروق على ابعاد (استراتيجية حل المشكلات، واستراتيجية الدعم والمساندة، واستراتيجية التجنب، واستراتيجية البعد الديني)، إذ بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (6.064) عند مستوى الدلالة (0.003)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (19.4).

جدول 19.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مكان السكن.

المتغير	مكان السكن	مدينة	قرية	مخيم
استراتيجية المواجهة الفعالة	**مدينة**		**-0.32862***	**0.07231**
	قرية			**0.40093***
	مخيم			
استراتيجية التفريغ النفسي	**مدينة**		**-0.57317***	**-0.11654**
	قرية			**0.45663***

المتغير	مكان السكن	مدينة	قرية	مخيم
	مخيم			
استراتيجية الاسترخاء	مدينة		-0.42680*	-0.06731
	قرية			0.35950*
	مخيم			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	مدينة		-0.34148*	-0.08462
	قرية			0.25685*
	مخيم			

يتضح من الجدول (19.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء)، تبعاً لمتغير مكان السكن أن الفروق كانت على بين الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (مدينة، مخيم) وبين الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (قرية) لصالح الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (قرية)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية السابعة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء)، في حين تم قبولها على باقي الأبعاد الأخرى.

2.4.1.4. نتائج الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05\geq \alpha$) **في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.**

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عمر الزوجة، وذلك كما هو واضح في الجدول (20.4).

جدول 20.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عمر الزوجة.

المتغير	عمر الزوجة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	أقل من 30 سنة	20	3.77	0.75
	بين 30 – 40 سنة	40	3.70	0.65
	أكثر من 40 سنة	49	3.63	0.79
استراتيجية الدعم والمساندة	أقل من 30 سنة	20	3.29	0.69
	بين 30 – 40 سنة	40	3.26	0.71
	أكثر من 40 سنة	49	3.14	0.77
استراتيجية المواجهة الفعالة	أقل من 30 سنة	20	3.51	0.57
	بين 30 – 40 سنة	40	3.29	0.54
	أكثر من 40 سنة	49	3.21	0.65
استراتيجية التجنب	أقل من 30 سنة	20	3.41	0.62
	بين 30 – 40 سنة	40	3.37	0.55
	أكثر من 40 سنة	49	3.45	0.97
استراتيجية التفريغ النفسي	أقل من 30 سنة	20	2.89	0.70
	بين 30 – 40 سنة	40	2.42	0.82
	أكثر من 40 سنة	49	2.20	0.83
استراتيجية البعد الديني	أقل من 30 سنة	20	3.71	0.61
	بين 30 – 40 سنة	40	3.67	0.53
	أكثر من 40 سنة	49	3.90	0.75
استراتيجية الاسترخاء	أقل من 30 سنة	20	3.36	0.71
	بين 30 – 40 سنة	40	2.98	0.66
	أكثر من 40 سنة	49	3.05	0.85
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	أقل من 30 سنة	20	3.42	0.47
	بين 30 – 40 سنة	40	3.24	0.41
	أكثر من 40 سنة	49	3.23	0.48

يتضح من الجدول (20.4) وجود تقارب في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على إختلاف أعمارهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (21.4).

جدول 21.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لعمر الزوجة.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	0.316	2	0.158	0.294	0.746
	داخل المجموعات	57.078	106	0.538		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	0.457	2	0.229	0.424	0.656
	داخل المجموعات	57.253	106	0.540		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	1.261	2	0.631	1.752	0.178
	داخل المجموعات	38.147	106	0.360		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	0.142	2	0.071	0.118	0.889
	داخل المجموعات	63.905	106	0.603		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ النفسي	بين المجموعات	6.772	2	3.386	5.227	0.007**
	داخل المجموعات	68.662	106	0.648		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	1.357	2	0.678	1.585	0.210
	داخل المجموعات	45.359	106	0.428		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	1.953	2	0.977	1.698	0.188
	داخل المجموعات	60.970	106	0.575		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	0.581	2	0.291	1.409	0.249
	داخل المجموعات	21.873	106	0.206		
	المجموع	22.454	108			

* دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$). ** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول (21.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عمر الزوجة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (1.409) عند مستوى الدلالة (0.249)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على

(استراتيجية التفريغ النفسي)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (22.4).

جدول 22.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير عمر الزوجة.

المتغير	عمر الزوجة	أقل من 30 سنة	بين 30 – 40 سنة	أكثر من 40 سنة
استراتيجية التفريغ النفسي	أقل من 30 سنة		0.47000	0.69000*
	بين 30 – 40 سنة			0.22000
	أكثر من 40 سنة			

يتضح من الجدول (22.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على بعد(استراتيجية التفريغ النفسي)، تبعاً لمتغير عمر الزوجة أن الفروق كانت على بين الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة) وبين الزوجات اللواتي أعمارهن (أكثر من 40 سنة) لصالح الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثامنة على بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

3.4.1.4. نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) **في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.**

للتحقق من صحة الفرضية التاسعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول (23.4).

جدول 23.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	أساسي	45	3.64	0.68
	ثانوي	23	3.84	0.73
	دبلوم	25	3.69	0.88
	بكالوريوس	16	3.54	0.61
	أساسي	45	3.22	0.83
استراتيجية الدعم والمساندة	ثانوي	23	3.37	0.68
	دبلوم	25	3.08	0.60
	بكالوريوس	16	3.15	0.71
استراتيجية المواجهة الفعالة	أساسي	45	3.41	0.68
	ثانوي	23	3.00	0.54
	دبلوم	25	3.35	0.50
	بكالوريوس	16	3.31	0.51
استراتيجية التجنب	أساسي	45	3.65	0.91
	ثانوي	23	3.37	0.71
	دبلوم	25	3.12	0.55
	بكالوريوس	16	3.26	0.51
استراتيجية التفريغ الانفعالي	أساسي	45	2.35	0.89
	ثانوي	23	2.43	0.90
	دبلوم	25	2.22	0.73
	بكالوريوس	16	2.81	0.67
استراتيجية البعد الديني	أساسي	45	3.89	0.74
	ثانوي	23	3.90	0.52
	دبلوم	25	3.61	0.64
	بكالوريوس	16	3.56	0.52
استراتيجية الاسترخاء	أساسي	45	3.13	0.84
	ثانوي	23	3.09	0.86
	دبلوم	25	3.09	0.59
	بكالوريوس	16	2.95	0.67
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	أساسي	45	3.33	0.54
	ثانوي	23	3.29	0.43
	دبلوم	25	3.17	0.36
	بكالوريوس	16	3.23	0.35

يتضح من الجدول (23.4) وجود تقارب في متوسطات درجات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على مختلف مؤهلاتهن العلمية. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (24.4).

جدول 24.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا للمؤهل العلمي.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	1.039	3	0.346	0.645	0.588
	داخل المجموعات	56.355	105	0.537		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	1.101	3	0.367	0.681	0.566
	داخل المجموعات	56.610	105	0.539		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	2.671	3	0.890	2.545	0.060
	داخل المجموعات	36.736	105	0.350		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	5.065	3	1.688	3.005	0.034*
	داخل المجموعات	58.982	105	0.562		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ النفسي	بين المجموعات	3.626	3	1.209	1.768	0.158
	داخل المجموعات	71.808	105	0.684		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	2.386	3	0.795	1.884	0.137
	داخل المجموعات	44.330	105	.422		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	0.378	3	0.126	0.212	0.888
	داخل المجموعات	62.546	105	0.596		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	0.448	3	0.149	0.712	0.547
	داخل المجموعات	22.006	105	0.210		
	المجموع	22.454	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).**

يتضح من الجدول (24.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد

(استراتيجية التجنب)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (0.712) عند مستوى الدلالة (0.547)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على (استراتيجية التجنب)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (25.4).

جدول 25.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	المؤهل العلمي	أساسي	ثانوي	دبلوم	بكالوريوس
استراتيجية التجنب	أساسي		0.28043	0.53000*	0.38437*
	ثانوي			0.24957	0.10394
	دبلوم				-0.14562
	بكالوريوس				

يتضح من الجدول (25.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على بعد (استراتيجية التجنب)، تبعاً لمتغير المؤهل العلمي أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي) وبين الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (دبلوم، وبكالوريوس) لصالح الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية التاسعة على بعد (استراتيجية التجنب)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

4.4.1.4. نتائج الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

للتحقق من صحة الفرضية العاشرة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المهنة، وذلك كما هو واضح في الجدول (26.4).

جدول 26.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المهنة.

المتغير	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	ربة بيت	78	3.67	0.75
	طالبة	10	3.74	0.62
	عاملة	21	3.67	0.72
استراتيجية الدعم والمساندة	ربة بيت	78	3.16	0.73
	طالبة	10	3.48	0.43
	عاملة	21	3.27	0.82
استراتيجية المواجهة الفعالة	ربة بيت	78	3.22	0.62
	طالبة	10	3.64	0.28
	عاملة	21	3.41	0.59
استراتيجية التجنب	ربة بيت	78	3.43	0.87
	طالبة	10	3.45	0.42
	عاملة	21	3.32	0.46
استراتيجية التفريغ النفسي	ربة بيت	78	2.19	0.81
	طالبة	10	2.68	0.45
	عاملة	21	3.09	0.67
استراتيجية البعد الديني	ربة بيت	78	3.85	0.67
	طالبة	10	3.36	0.43
	عاملة	21	3.72	0.63
استراتيجية الاسترخاء	ربة بيت	78	3.04	0.79
	طالبة	10	3.23	0.45
	عاملة	21	3.19	0.78
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	ربة بيت	78	3.22	0.47
	طالبة	10	3.37	0.21
	عاملة	21	3.38	0.47

يتضح من الجدول (26.4) وجود تقارب في متوسطات درجات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف مهنهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (27.4).

جدول 27.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لمتغير المهنة.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	0.045	2	0.023	0.042	0.959
	داخل المجموعات	57.349	106	0.541		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	0.999	2	0.500	0.934	0.396
	داخل المجموعات	56.711	106	0.535		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	1.898	2	0.949	2.682	0.073
	داخل المجموعات	37.509	106	0.354		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	0.220	2	0.110	0.183	0.833
	داخل المجموعات	63.827	106	0.602		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ النفسي	بين المجموعات	14.101	2	7.050	12.185	0.000**
	داخل المجموعات	61.334	106	0.579		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	2.199	2	1.099	2.618	0.078
	داخل المجموعات	44.517	106	0.420		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	0.638	2	.319	0.543	0.582
	داخل المجموعات	62.285	106	.588		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	0.534	2	0.267	1.290	0.280
	داخل المجموعات	21.920	106	0.207		
	المجموع	22.454	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى (α ≤0.05).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى (α ≤0.01).**

يتضح من الجدول (27.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً

لمتغير المهنة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (1.290) عند مستوى الدلالة (0.280)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (28.4).

جدول 28.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المهنة.

المتغير	المهنة	ربة بيت	طالبة	عاملة
استراتيجية التفريغ النفسي	ربة بيت		-0.49026	-0.89597*
	طالبة			-0.40571
	عاملة			

يتضح من الجدول (28.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في (استراتيجية التفريغ النفسي) تبعاً لمتغير المهنة أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت) وبين الزوجات اللواتي مهنهن (عاملة) لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية العاشرة على بعد (استراتيجية التفريغ النفسي) في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

5.4.1.4. نتائج الفرضية الحادية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

للتحقق من صحة الفرضية الحادية عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج، وذلك كما هو واضح في الجدول (29.4).

جدول 29.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

المتغير	عدد سنوات مرض الزوج	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	أقل من 5 سنوات	34	3.58	0.89
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.56	0.48
	أكثر من 10 سنوات	47	3.83	0.71
استراتيجية الدعم والمساندة	أقل من 5 سنوات	34	3.09	0.67
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.05	0.72
	أكثر من 10 سنوات	47	3.39	0.75
استراتيجية المواجهة الفعالة	أقل من 5 سنوات	34	3.24	0.55
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.33	0.45
	أكثر من 10 سنوات	47	3.32	0.72
استراتيجية التجنب	أقل من 5 سنوات	34	3.22	0.60
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.38	0.84
	أكثر من 10 سنوات	47	3.57	0.82
استراتيجية التفريغ النفسي	أقل من 5 سنوات	34	2.55	0.75
	بين 5 – 10 سنوات	28	2.48	0.89
	أكثر من 10 سنوات	47	2.26	0.86
استراتيجية البعد الديني	أقل من 5 سنوات	34	3.80	0.59
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.51	0.74
	أكثر من 10 سنوات	47	3.93	0.61
استراتيجية الاسترخاء	أقل من 5 سنوات	34	3.06	0.73
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.05	0.77
	أكثر من 10 سنوات	47	3.12	0.80
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	أقل من 5 سنوات	34	3.22	0.41
	بين 5 – 10 سنوات	28	3.19	0.44
	أكثر من 10 سنوات	47	3.34	0.49

يتضح من الجدول (29.4) وجود تقارب في متوسطات درجات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف سنوات مرض ازواجهن. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (30.4).

جدول 30.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لعدد سنوات مرض الزوج.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	1.812	2	0.906	1.728	0.183
	داخل المجموعات	55.582	106	0.524		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	2.650	2	1.325	2.550	0.083
	داخل المجموعات	55.061	106	0.519		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	0.180	2	0.090	0.243	0.784
	داخل المجموعات	39.228	106	0.370		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	2.525	2	1.262	2.175	0.119
	داخل المجموعات	61.522	106	0.580		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ النفسي	بين المجموعات	1.889	2	0.945	1.361	0.261
	داخل المجموعات	73.545	106	0.694		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	3.123	2	1.561	3.797	0.026*
	داخل المجموعات	43.593	106	0.411		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	0.091	2	0.046	0.077	0.926
	داخل المجموعات	62.832	106	0.593		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	0.511	2	0.256	1.235	0.295
	داخل المجموعات	21.943	106	0.207		
	المجموع	22.454	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى (α ≤0.05).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى (α ≤0.01).**

يتضح من الجدول (30.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً

لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية البعد الديني)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (1.235) عند مستوى الدلالة (0.295)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعد (استراتيجية البعد الديني)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (31.4).

جدول 31.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

المتغير	عدد سنوات مرض الزوج	أقل من 5 سنوات	بين 5 – 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
استراتيجية البعد الديني	أقل من 5 سنوات		0.29286	-0.12766
	بين 5 – 10 سنوات			-0.42052*
	أكثر من 10 سنوات			

يتضح من الجدول (31.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في (استراتيجية البعد الديني) تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (بين 5 – 10 سنوات) وبين الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (أكثر من 10 سنوات) لصالح الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (أكثر من 10 سنوات)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الحادية عشر على بعد (استراتيجية البعد الديني) في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

6.4.1.4 نتائج الفرضية الثانية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية عشر تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري، وذلك كما هو واضح في الجدول (32.4).

جدول 32.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري.

المتغير	معدل الدخل الشهري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
استراتيجية حل المشكلات	أقل من 2000 شيكل	71	3.61	0.78
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.77	0.58
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.90	0.72
استراتيجية الدعم والمساندة	أقل من 2000 شيكل	71	3.15	0.75
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.28	0.63
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.40	0.85
استراتيجية المواجهة الفعالة	أقل من 2000 شيكل	71	3.20	0.61
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.39	0.49
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.69	0.68
استراتيجية التجنب	أقل من 2000 شيكل	71	3.54	0.82
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.06	0.52
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.50	0.70
استراتيجية التفريغ النفسي	أقل من 2000 شيكل	71	2.30	0.84
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	2.66	0.77
	أكثر من 4000 شيكل	11	2.47	0.93
استراتيجية البعد الديني	أقل من 2000 شيكل	71	3.87	0.60
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.66	0.70
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.47	0.83
استراتيجية الاسترخاء	أقل من 2000 شيكل	71	3.09	0.82
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.14	0.63
	أكثر من 4000 شيكل	11	2.89	0.75
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	أقل من 2000 شيكل	71	3.25	0.46
	بين 2000 – 4000 شيكل	27	3.28	0.40
	أكثر من 4000 شيكل	11	3.33	0.60

يتضح من الجدول (32.4) وجود اختلاف في متوسطات درجات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة على اختلاف معدل دخلهن الشهري. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (33.4).

جدول 33.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقاً لمتغير معدل الدخل الشهري.

الابعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
استراتيجية حل المشكلات	بين المجموعات	1.096	2	0.548	1.032	0.360
	داخل المجموعات	56.298	106	0.531		
	المجموع	57.394	108			
استراتيجية الدعم والمساندة	بين المجموعات	0.773	2	0.386	0.719	0.489
	داخل المجموعات	56.938	106	0.537		
	المجموع	57.711	108			
استراتيجية المواجهة الفعالة	بين المجموعات	2.661	2	1.330	3.837	0.025*
	داخل المجموعات	36.747	106	0.347		
	المجموع	39.408	108			
استراتيجية التجنب	بين المجموعات	4.593	2	2.297	4.095	0.019*
	داخل المجموعات	59.454	106	0.561		
	المجموع	64.047	108			
استراتيجية التفريغ النفسي	بين المجموعات	2.557	2	1.279	1.860	0.161
	داخل المجموعات	72.877	106	0.688		
	المجموع	75.434	108			
استراتيجية البعد الديني	بين المجموعات	2.049	2	1.025	2.432	0.093
	داخل المجموعات	44.666	106	0.421		
	المجموع	46.716	108			
استراتيجية الاسترخاء	بين المجموعات	0.492	2	0.246	0.418	0.660
	داخل المجموعات	62.431	106	0.589		
	المجموع	62.924	108			
الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف	بين المجموعات	0.069	2	0.034	0.163	0.850
	داخل المجموعات	22.385	106	0.211		
	المجموع	22.454	108			

*** دالة إحصائيا عند مستوى (α ≤0.05).** **** دالة إحصائيا بدرجة عالية عند مستوى (α ≤0.01).**

يتضح من الجدول (33.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤0.05) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً

لمتغير معدل الدخل الشهري على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف (0.163) عند مستوى الدلالة (0.850)، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة على بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب)، قام الباحث باستخدام اختبار توكي (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (34.4).

جدول 34.4: نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري.

المتغير	معدل الدخل الشهري	أقل من 2000 شيكل	بين 2000 – 4000 شيكل	أكثر من 4000 شيكل
استراتيجية المواجهة الفعالة	أقل من 2000 شيكل		-0.19541	-0.49373*
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.29832
	أكثر من 4000 شيكل			
استراتيجية التجنب	أقل من 2000 شيكل		0.47966*	0.03521
	بين 2000 – 4000 شيكل			-0.44444*
	أكثر من 4000 شيكل			

يتضح من الجدول (34.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في على بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب)، تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري أن الفروق كانت على بعد (استراتيجية المواجهة الفعالة) بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل)، كما كانت الفروق على (استراتيجية التجنب) بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثانية عشر على بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

5.1.4 السؤال الخامس:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية الثالثة عشر:

1.5.1.4 نتائج الفرضية الثالثة عشر:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة عشر استخدم الباحث معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجيات التكيف، وذلك كما هو واضح في الجدول (35.4).

جدول 35.4: نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

المتغير		الضغوطات النفسية	الضغوطات الاجتماعية	الضغوطات الاسرية	الضغوطات الاقتصادية	د. ك. للضغوطات	حل المشكلات	الدعم والمساندة	المواجهة الفعالة	التفريغ النفسي	التجنب	البعد الديني	الاسترخاء	د. ك. لاستراتيجيات التكيف
الضغوطات النفسية	م.ت		0.591**	0.496**	0.283**	0.741**	-0.126	-0.005	0.003	0.094	0.449**	-0.080	-0.096	0.064
	م.د		0.000	0.000	0.003	0.000	0.190	0.960	0.976	0.330	0.000	0.410	0.320	0.507
الضغوطات الاجتماعية	م.ت		1	0.699**	0.280**	0.851**	-0.300**	-0.185	-0.098	-0.012	0.284**	-0.135	-0.151	-0.128
	م.د			0.000	0.003	0.000	0.002	0.054	0.309	0.898	0.003	0.163	0.117	0.184
الضغوطات الاسرية	م.ت			1	0.371**	0.848**	-0.138	-0.104	-0.026	0.025	0.368**	-0.027	-0.090	0.008
	م.د				0.000	0.000	0.151	0.284	0.787	0.800	0.000	0.781	0.352	0.935
الضغوطات الاقتصادية	م.ت				1	0.628**	0.135	0.089	0.082	-0.045	0.292**	0.195*	-.018	0.161
	م.د					0.000	0.160	0.359	0.397	0.645	0.002	0.043	0.856	0.094
د. ك. للضغوطات	م.ت					1	-0.146	-0.076	-0.018	0.014	0.442**	-0.016	-0.117	0.025
	م.د						0.129	0.433	0.855	0.885	0.000	0.866	0.225	0.797
استراتيجية حل المشكلات	م.ت						1	0.576**	0.516**	0.047	0.233*	0.292**	0.272**	0.652**
	م.د							0.000	0.000	0.628	0.015	0.002	0.004	0.000
استراتيجية الدعم والمساندة	م.ت							1	0.489**	0.305**	0.205*	0.294**	0.310**	0.717**
	م.د								0.000	0.001	0.033	0.002	0.001	0.000
استراتيجية المواجهة الفعالة	م.ت								1	0.464**	0.336**	0.148	0.359**	0.738**
	م.د									0.000	0.000	0.123	0.000	0.000
استراتيجية التجنب	م.ت									0.290**	1	0.006	0.101	0.506**
	م.د									0.002		0.954	0.298	0.000

المتغير		الضغوطات النفسية	الضغوطات الاجتماعية	الضغوطات الاسرية	الضغوطات الاقتصادية	د. ك. للضغوطات	حل المشكلات	الدعم والمساندة	المواجهة الفعالة	التجنب	التفريغ النفسي	البعد الديني	الاسترخاء	د. ك. لاستراتيجيات التكيف
استراتيجية التفريغ النفسي	م.ت										1	0.036	0.511**	0.630**
	م.د											0.710	0.000	0.000
استراتيجية البعد الديني	م.ت											1	0.396**	0.474**
	م.د												0.000	0.000
استراتيجية الاسترخاء	م.ت												1	0.680**
	م.د													0.000
د. ك. لاستراتيجيات التكيف	م.ت													1
	م.د													

يتضح من الجدول (35.4) ما يلي:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وبين الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الضغوطات النفسية وبين الضغوطات الاجتماعية والضغوطات الاسرية والضغوطات الاقتصادية والدرجة الكلية للضغوطات النفسية واستراتيجية التجنب، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات النفسية وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وباقي الاستراتيجيات الاخرى.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الضغوطات الاجتماعية وبين الضغوطات الاسرية والضغوطات الاقتصادية والدرجة الكلية للضغوطات النفسية واستراتيجية التجنب، ووجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجية حل المشكلات، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات الاجتماعية وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وباقي الاستراتيجيات الاخرى.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الضغوطات الاسرية وبين الضغوطات الاقتصادية والدرجة الكلية للضغوطات النفسية واستراتيجية التجنب، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات الاسرية وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وباقي الاستراتيجيات الاخرى.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الضغوطات الاقتصادية والدرجة الكلية للضغوطات النفسية، واستراتيجية التجنب واستراتيجية البعد الديني، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات الاقتصادية وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وباقي الاستراتيجيات الاخرى.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للضغوطات النفسية، واستراتيجية التجنب، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات الاقتصادية وبين باقي الاستراتيجيات الاخرى.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين استراتيجية حل المشكلات، وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وبين باقي الاستراتيجيات الاخرى باستثناء استراتيجية التفريغ النفسي حيث تبين انه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين استراتيجية الدعم والمساندة، وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وبين باقي الاستراتيجيات الاخرى.

- وجـود علاقـة ايجابيـة دالـة إحصـائياً بـين اسـتراتيجية المواجهـة الفعالـة، وبـين الدرجـة الكليـة للاستراتيجيات وبين باقي الاستراتيجيات الاخرى باستثناء استراتيجية البعد الديني حيث تبين انه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية.
- وجـود علاقـة ايجابيـة دالـة إحصـائياً بـين اسـتراتيجية التفريـغ النفسـي، وبـين الدرجـة الكليـة للاستراتيجيات واستراتيجية الاسترخاء في حين تبين انه لا توجد علاقة بين استراتيجية التفريغ النفسي واستراتيجية البعد الديني.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين استراتيجية البعد الديني، وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات واستراتيجية الاسترخاء.
- وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين استراتيجية الاسترخاء وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات.

6.1.4 نتائج السؤال المفتوح (السادس).

ما هي أكثر الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض أزواجهن؟

قام الباحث بالإجابة عن السؤال السادس من خلال توجيه سؤال مفتوح لأفراد الدراسة، وقد توصل الباحث إلى النتائج الواردة في الجدول (36.4).

جدول (36.4). اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن.

الرقم	الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين	التكرار	النسبة المئوية
1	صعوبة الوضع المادي وعدم القدرة على توفير احتياجات الاسرة	22	20.18
2	الشك والغيرة الزائدة ونظرة الخيانة من قبل الزوج	17	15.60
3	استخدام العنف تجاهي وتجاه الابناء	14	12.84
4	تحملي المسؤولية الكاملة	13	11.93
5	عدم توفر عمل لزوجي	9	8.26
6	قلة الاهتمام بنظافته الشخصية	9	8.26
7	صعوبة تعاون الزوج في تناول الدواء	7	6.42
8	عدم اهتمام الزوج بشؤون المنزل	7	6.42
9	نظرة المجتمع السلبية لزوجي واسرتي وعدم تفهم الاخرين لمرض زوجي	6	5.50
10	الاهمال وعدم المبالاة من قبل الزوج	5	4.59
11	العصبية الزائدة من قبل الزوج وتعامله السيء	5	4.59
12	صعوبة القدرة على توفير الدواء	5	4.59
13	الخوف على ابنائي من التعرض للقتل او الايذاء من قبل الزوج	5	4.59
14	كثرة المشاحنات والمشاكل داخل البيت	5	4.59
15	قلقي من اصابة ابنائي بنفس المرض	5	4.59
16	عدم قدرتي على المساعدة في تربية ابنائي وتعليميهم	5	4.59
17	شعوري بالوحدة	5	4.59
18	عدم توفر عمل لي	3	2.75
19	عزلة الزوج عن الاخرين	3	2.75
20	كثرة الثرثرة من قبل الزوج والاحراج في المواقف الاجتماعية	3	2.75
21	عدم القدرة على الاستمرار في الحياة الزوجية والرغبة في الانفصال	3	2.75
22	وجود والدين بحاجة لمصاريف اضافية	3	2.75
23	عدم قدرتنا على المشاركة في المناسبات الاجتماعية	3	2.75
24	شعوري بالضغط والتوتر الدائم	3	2.75
25	صعوبة الحياة مع مريض الفصام	4	3.67

الرقم	الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين	التكرار	النسبة المئوية
26	شعوري بالاكتئاب	4	3.67
27	شعوري بالتهديد من قبل الزوج	3	2.75
28	توتر العلاقات بين ابنائي	2	1.83
29	ضعف مشاركة المجتمع لنا	2	1.83
30	مشكلات المواصلات والذهاب إلى المشافي والمراكز الصحية	2	1.83
31	صعوبة قدرة الزوج على المعاشرة الزوجية	2	1.83
32	لجوئي للتدخين وشرب القهوة	2	1.83
33	ضجري بدون سبب	2	1.83
34	محاولة الزوج حرق المنزل	2	1.83
35	تحطيم الممتلكات من قبل الزوج	2	1.83
36	توتر علاقاتنا الاجتماعية	2	1.83
37	ضعف العلاقات الاجتماعية لزوجي	2	1.83
38	الاحلام والكوابيس الليلية وشعوري بالأرق	2	1.83
39	كثرة جلوسي في المنزل بدون سبب	1	0.92
40	الحسرة التي اجدها في عيون ابنائي	1	0.92
41	نظرة الشك من قبل الاخرين	1	0.92
42	تحرش الكثير من الرجال في	1	0.92
43	عدم توفر مكان امن يعيش فيه خاصة وانه يشكل خطرا علينا	1	0.92
44	تربية الأولاد في سن المراهقة مسؤولياتهم وطلباتهم واحتياجاتهم الزائدة	1	0.92
45	عدم قدرة الزوج على الاتصال والتواصل	1	0.92
46	خوفي من تأثير المرض على عمله	1	0.92
47	نظرة الحسرة التي اراها في عيون ابنائي	1	0.92
48	كثرة طلبات الزوج	1	0.92
49	كثرة تناولي الدواء لمعاناتي من الاضطراب	1	0.92
50	كثرة المشقة والتعب الشديد	1	0.92
51	قلة شعوري بالاحترام والتقدير	1	0.92
52	قلة شعوري بالراحة النفسية نتيجة مرض زوجي	1	0.92

الرقم	الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين	التكرار	النسبة المئوية
53	خوفي من الاصابة بمرض نفسي نتيجة كثير الضغوطات والمشاكل	**1**	**0.92**
54	صعوبة التعامل مع ابنائي في اتخاذ القرارات الصعبة	**1**	**0.92**
55	عدم قدرتي على اتمام عملي خارج المنزل	**1**	**0.92**
56	اتهامي بالتقصير من قبل زوجي	**1**	**0.92**
57	شعوري بعدم الاستقرار بالمجتمع	**1**	**0.92**
58	تدخلات الاخرين	**1**	**0.92**
59	شعوري بالإحباط	**1**	**0.92**
60	لا يوجد اية صعوبات.	**1**	**0.92**

يتضح من الجدول (36.4) أن من اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن تمثلت في (صعوبة الوضع المادي وعدم القدرة على توفير احتياجات الاسرة) حيث بلغ عدد التكرارات (22) ما نسبته (20.2%)، وجاء في المرتبة الثانية (الشك والغيرة الزائدة ونظرة الخيانة من قبل الزوج) حيث بلغ عدد التكرارات (17) ما نسبته (15.6%)، وجاء في المرتبة الثالثة (استخدام العنف تجاهي وتجاه الابناء) حيث بلغ عدد التكرارات (14) ما نسبته (12.8%).

7.1.4 نتائج السؤال(المفتوح) السابع.

ما أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن؟

قام الباحث بالإجابة عن السؤال السابع من خلال توجيه سؤال مفتوح لأفراد الدراسة، وقد توصل الباحث إلى النتائج الواردة في الجدول (37.4).

جدول (37.4). أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن.

الرقم	أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين	التكرار	النسبة المئوية
1	الصبر والصلاة وقراءة القران والدعاء الاستماع إلى الدروس الدينية	22	20.18
2	الابناء	18	16.51
3	الاهل والاقارب	18	16.51
4	الاصدقاء	9	8.26
5	الاخوة	7	6.42
6	المساعدات المالية من قبل المؤسسات	6	5.50
7	طاقم المؤسسة (الرعاية النفسية والتوجيه والارشاد)	6	5.50
8	الجيران	5	4.59
9	الاب	5	4.59
10	الشعور بتقدير الذات (الدعم الذاتي)	5	4.59
11	انشغالي بالعمل	5	4.59
12	الام	4	3.67
13	ممارسة المشي	4	3.67
14	لا يوجد مصادر دعم	4	3.67
15	الترفيه والرحلات	3	2.75
16	النوم المستمر	3	2.75
17	تجاهل الضغوطات وعدم التفكير بان زوجي مريض	3	2.75
18	مشاهدة إلى التلفاز	3	2.75
19	البكاء بدون سبب	3	2.75
20	سماع الموسيقى الحزينة	2	1.83
21	ممارسات الرياضية	2	1.83
22	ممارسة الرسم	1	0.92
23	ممارسة الكتابة	1	0.92
24	رقص الباليه	1	0.92
25	تقدير الاخرين لصبري	1	0.92
26	الحديث مع الاخرين	1	0.92
27	انشغالي بتوفير احتياجات ابنائي	1	0.92

يتضح من الجدول (37.4) أن من أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن تمثلت في

(الصبر والصلاة وقراءة القران والدعاء والاستماع إلى الدروس الدينية) حيث بلغ عدد التكرارات (22) ما نسبته(20.2%)، وجاء في المرتبة الثانية (الابناء، والاهل والاقارب) حيث بلغ عدد التكرارات (18) ما نسبته(16.5%)، وجاء في المرتبة الثالثة (الاصدقاء) حيث بلغ عدد التكرارات (9) ما نسبته(8.3%).

8.1.4 نتائج السؤال (المفتوح) الثامن.

ما هي اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى؟

قام الباحث بالإجابة عن السؤال السابق من خلال توجيه سؤال مفتوح لأفراد الدراسة، وقد توصل الباحث إلى النتائج الواردة في الجدول (38.4).

جدول (38.4). اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى.

الرقم	اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين بتوفيرها لأزواجهن المرضى	التكرار	النسبة المئوية
1	توفير الدواء المناسب	33	30.28
2	توفير المؤسسات المختصة (وضع المرضى داخل مؤسسات متخصصة)	28	25.68
3	توفير المساعدات المالية	23	21.10
4	توفير الرعاية الصحية (تامين صحي، مرشد للتعامل مع المريض والعائلة)	22	20.18
5	توفير الرعاية النفسية للأسرة	16	14.68
6	توفير عمل للزوجة	11	10.09
7	توفير عمل للزوج	5	4.59
8	توعية الناس بتغيير النظرة السلبية لمرضى الفصام	4	3.67
9	توفير غرفة خاصة لزوجي داخل المنزل	3	2.75
10	لا يوجد احتياجات	3	2.75
11	توفير الحماية للزوجات بسبب العنف الموجه من قبل الزوج	3	2.75
12	توفير السجائر للمريض	1	0.92
13	توفير العلاج المناسب للمريض داخل المنزل بدل المؤسسات	1	0.92

يتضح من الجدول (38.4) أن اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى تمثلت في (توفير الدواء المناسب) حيث بلغ عدد التكرارات

(33) ما نسبته(30.3%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية (توفير المؤسسات المختصة) حيث بلغ عدد التكرارات (28) ما نسبته (25.9%). وجاء في المرتبة الثالثة (توفير المساعدات المالية) حيث بلغ عدد التكرارات (23) ما نسبته(21.1%) من عينة الدراسة.

9.1.4 نتائج السؤال (المفتوح) التاسع.

ما هي اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن؟

قام الباحث بالإجابة عن السؤال السابق من خلال توجيه سؤال مفتوح لأفراد الدراسة، وقد توصل الباحث إلى النتائج الواردة في الجدول (39.4).

جدول (39.4). اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن.

الرقم	اهم استراتيجيات التكيف للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن	التكرار	النسبة المئوية
1	استراتيجية البعد الديني	44	40.37
2	استراتيجية الدعم والمساندة	29	26.61
3	استراتيجية حل المشكلات	27	24.77
4	استراتيجية التجنب	22	20.18
5	استراتيجية التفريغ النفسي	19	17.43
6	استراتيجية المواجهة الفعالة	13	11.93
8	استراتيجية الاسترخاء	8	7.34

يتضح من الجدول (39.4) أن اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن تمثلت في أن (استراتيجية البعد الديني) حيث بلغ عدد التكرارات (44) ما نسبته(40.8%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية (استراتيجية الدعم والمساندة) حيث بلغ عدد التكرارات (29) ما نسبته(26.6%) من عينة الدراسة. وجاء في المرتبة الثالثة (استراتيجية حل المشكلات) حيث بلغ عدد التكرارات (27) ما نسبته(24.8%) من عينة الدراسة.

الفصل الخامس:

مناقشة نتائج والتوصيات

1.5 مناقشة نتائج الدراسة

2.5 توصيات الدراسة

مناقشة نتائج الدراسة:

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لمناقشة نتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها.

1.5 مناقشة نتائج الدراسة

قبل مناقشة نتائج هذه الدراسة لا بد من الاشارة إلى ان المعالجة الراهنة تتناول متغيرات نفسية واجتماعية بالغة التعقيد وبالتالي لا بد من مناقشة النتائج في اطار العلاقات الخاصة لمتغيراتها فالضغوطات النفسية باعتبارها من اهم متغيرات السياق النفسي والاجتماعي والتي تقوم بالتأثير على زوجات مرضى الفصام وتترك اثار سلبية ظاهرة عليهن، في المقابل فإن إستراتيجيات التكيف تعتبر من أهم المتغيرات النفسية التي تقوم بدور الحماية والوقاية من الدور السلبي الذي تقوم به الضغوط النفسية، وخفض تأثيرها السلبي على الصحة النفسية لزوجات المرضى وبالتالي فإن مناقشة النتائج سوف تعتمد على المعطيات النفسية والاجتماعية لزوجات المرضى وكونهن اناث من جانب، وطبيعة مرض الزوج وشدة وطأته عليهن من جانب اخر.

1.1.5. مناقشة نتائج السؤال الأول:

ما مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة ؟

يتضح من الجدول (1.4) أن أكثر الضغوطات النفسية انتشاراً لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بفلسطين تمثلت في بعد (الضغوطات الاقتصادية) بمتوسط حسابي قدره (4.11) وبنسبة مئوية مقدراها (82.2) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية بعد (الضغوطات النفسية) بمتوسط حسابي قدره (3.95) وبنسبة مئوية مقدراها (79.1) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، وجاء في المرتبة الثالثة بعد (الضغوطات الاسرية) بمتوسط حسابي قدره (3.49) وبنسبة مئوية مقدراها (69.9) معبرة عن درجة مرتفعة كذلك، في حين جاء في المرتبة الرابعة والاخيرة بعد

(الضغوطات الاجتماعية) بمتوسط حسابي قدره (3.03) وبنسبة مئوية مقدراها (60.7) معبرة عن درجة متوسطة. أما على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية فقد جاءت بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.64) وبنسبة مئوية مقدراها (73%) مع انحراف معياري قدره (0.59).

وهذا يتفق مع ما كشفت عنه نتائج دراسة غراب (2015) التي بينت ان متوسط درجات الضغوط النفسية الكلية لزوجات مرضى الفصام العقلي قبل تطبيق البرنامج جاءت بدرجة مرتفعة، ولكنها اختلفت في ترتيب الابعاد حيث جاءت بالنسبة الضغوط النفسية في المرتبة الاولى، ثم جاء بعد الضغوط الاسرية في المرتبة الثانية، يليه بعد الضغوط الاقتصادية، في حين اتفقت مع بعد الضغوط الاجتماعية الذي جاء في المرتبة الرابعة والاخيرة. كما اتفقت مع نتائج دراسة Lukmanul M. N،Hakeem ،(2013) التي بينت ان معظم الازواج قد واجهوا اضطرابات نفسية نتيجة لرعاية ازواجهم من مرضى الفصام العقلي اكثر من الاخرين في المجتمع وهذا كان له تأثير سلبي على جودة الحياة ومستوى الرعاية لهم.

ايضا اتفقت النتائج ما جاءت به الدراسات السابقة حول ارتفاع مستوى الضغوط لدى اسر مرضى الفصام والامراض العقلية، حيث كشفت نتائج دراسة خليل (2007) ان اولياء الامور المصابين بالمرض العقلي لديهم درجة مرتفعة من الضغوط، كذلك دراسة عبد الرحيم (2008) التي اظهرت ان الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي تتسم بالارتفاع. كذلك دراسة (ALBERTO، et al،2002) التي بينت انه عند مقارنة عينة مرضى الفصام بالعينة الضابطة الغير مشخصة بالفصام العقلي دل على فشل الاولى وسوء التكيف الوالدي لدى افراد العينة والى ضعف التوافق والتماسك لدى زوجات مرضى الفصام، والى ارتفاع في نسبة القلق والاكتئاب بين افراد العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة.

في حين اختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما كشفت عنه دراسة شحادة (2012) التي بينت أن البعد النفسي قد سجل أعلى تأثير بوزن نسبي (75.25%) ويليه البعد الاقتصادي بوزن نسبي (69.47%) ثم البعد الاجتماعي بوزن نسبي (69.44%). واختلفت كذلك مع نتائج دراسة الشيخ (2007) التي اظهرت ان الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالانخفاض.

ويعزو الباحث السبب في وجود درجة مرتفعة من الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام إلى تلك المشكلات والضغوط المختلفة التي تواجه زوجات المرضى والمتمثلة في معاناتهن اليومية، التي قد ترتبط بالأسرة، أو العمل، أو التفكير في القرارات المستقبلية بسبب تحملهن للمسؤولية بصورة كاملة، والخلافات الزوجية المتكررة وكذلك الأسرية، وحتى مشاجرات الأبناء، والأعمال الروتينية اليومية. والشعور بالضغط والإجهاد هو حالة طبيعية ترافق مواقف الحياة اليومية، وتُحدث تأثيراً في الصحة النفسية والبدنية على حدٍ سواء، وأحيانا لا تكون الضغوط واضحة تماماً بالنسبة للمرأة، ولكن تراكمها المستمر يؤدي إلى تأثير كبير، على صحتها الجسدية أو النفسية، وعملها، وعلاقاتها. خاصة تلك الضغوط الناتجة عن الظروف الاقتصادية.

فالظروف الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الزوجة وضعف قدرتها على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف بها الأزمات المالية أو فقدان عمل زوجها بشكل نهائي، لذا فان أي ضغوط اقتصادية تؤثر على الزوجة داخلياً وذلك من خلال الإحساس بالمرض مثل الحمى، والصداع، وانعدام الشهية، أو الرغبة في الأكل بشكل مفرط ومضر، كما تؤثر على الزوجة خارجياً من خلال التغير في السلوك والانفعالات مثل العدوانية والاشتباك مع الآخرين أو الميل للعزلة أو تغير النظرة للحياة بشكل عام وبسلبية، لذا جاءت الضغوط الاقتصادية في المرتبة الاولى وبدرجة مرتفعة لدى زوجات مرضى الفصام.

أما عن الضغوط النفسية والتي جاءت في المرتبة الثانية فان ما تعانيه زوجة المريض من اضطرابات ناتجة عن سوء المعاملة أحياناً، والخوف على أبنائها من أبيهم وحتى المحيطين بها، كذلك نظرة الشك التي تلاحقها اينما ذهبت سواء من زوجها او من نظرة الآخرين لها، الامر الذي يجعلها تشعر بالضغط الناتج عن تلك الاحداث التي تمر بها بصورة يومية، ناهيك عن التفكير بمستقبلها ومستقبل ابنائها، ونظرتها لزوجها المريض المصحوبة بالخوف والقلق عليه بصورة مستمرة.

ايضا يرى الباحث ان زوجات مرضى الفصام لا بد وان يتعرضن لضغوط اسرية خاصة فيما يتعلق بطبيعة علاقاتهن الاجتماعية، وذهابهن وايابهن، وتدخلات افراد أسرهن في أسلوب حياتهن، وحتى في تربية أبنائهن باعتبارهم الوصي عليهن، ما يحد من تفاعلهن الاجتماعي وميلهن للعزلة، مما يترتب عليها معاناتهن من ضغوط أسرية بدرجة ظهرت في هذه الدراسة بصورة مرتفعة.

اما عن الضغوط الاجتماعية والتي جاءت في هذه الدراسة في المرتبة الاخيرة وبدرجة متوسطة، فان ذلك قد يعود إلى قلة تدخل الاخرين من الاصدقاء والجيران ومن المحيطين بزوجات مرضى الفصام بصورة مباشرة سواء كانوا من الجيران او حتى الاصدقاء، الذين قد تأتي تدخلاتهم احيانا على شكل نصيحة او ملاحظات عابرة، وبالتالي فان هذه الملاحظات قد لا تشكل ضغط بصورة كبيرة على زوجات مرضى الفصام بالصورة التي تشكلها تدخلات الاسرة بصورة مباشرة عليهن.

2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-6) وفيما يلي مناقشة نتائج فحصها:

1.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

لا **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة** ($\alpha \leq 0.05$) **في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.**

يتضح من الجدول (3.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.673) عند مستوى الدلالة (0.512)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الأولى على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

لم يعثر الباحث على دراسات سابقة بحثت في مستوى الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام او المرضى انفسهم او من يحيط بهم تبعا لمكان السكن، وقد يرجع السبب في ذلك إلى عدم

وجود أهمية وأثر لمكان السكن في درجة الضغوطات النفسية من وجهة نظر الباحثين، وحتى لو قلنا أن الواقع قد يخالف ذلك.

ويرى الباحث ان السبب في عدم وجود فروق تبعا لمتغير مكان السكن إلى ان ذلك قد يعود إلى أن تطور الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام قد يرجع في الأصل إلى أساليب المعاملة داخل اسر مرضى الفصام، وطبيعة زوجة المريض وقدراتها الشخصية، وما تتمتع به من قدرات عقلية تعطيها الإمكانية لاكتساب سمات شخصية متميزة عن غيرها من المحيطين وقدرة على الثبات والاتزان، وتمتعها بقدر من المرونة والليونة، وكذلك القدرة على التحكم والسيطرة، او عدم قدرتها على كل ذلك واستسلامها للضغوط، وبما أن المجتمع الفلسطيني متداخل وعاداته وتقاليده تكاد تكون واحدة، وذلك بسبب عدم وجود مسافات تفصل بين سكان المدينة والقرية والمخيم. لذا يمكن القول انه ليس هناك إمكانية لوجود فروق تبعا لمكان السكن. فزوجة المريض سواء كانت تعيش في القرية أو المدينة أو المخيم تحمل نفس الهموم، وتخضع لضغوطات متشابهة في المنزل وفي العمل أو في البيئة التي تنتمي إليها، رغم وجود بعض الاختلافات الثانوية في التفكير والعادات والتي تكاد تكون معدومة الأثر.

2.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.

يتضح من الجدول (5.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عمر الزوجة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.741) عند مستوى الدلالة (0.479)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الثانية على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

وهذا يتفق مع ما كشفت عنه دراسة عبد الرحيم (2008) التي بينت انه لا توجد فروق في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي. في حين اختلفت مع جاءت به

دراسة الشيخ (2007) التي اشارت إلى وجود فروق دالة احصائيا في الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية تعزى لمتغير العمر.

هذا يعني ان متغير عمر الزوجة ليس له تأثير على زيادة او نقصان درجة الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين، فجميع الزوجات على اختلاف فئاتهن العمرية لديهن درجة مرتفعة من الضغوطات النفسية الناتجة عن ما يعانينه من مشكلات يومية، خاصة وان جميع الزوجات على اختلاف اعمارهن يعيشن نفس الظروف، والتي تجعل هذه الضغوطات تحديدا سمة تلازم كافة زوجات المرضى دون استثناء، على اختلاف اعمارهن، فدرجة الضغوطات النفسية قد تتأثر بصورة اكبر بما يمر به الفرد من أحداث ومشكلات، وقدرة الفرد على التحمل والمواجهة الفاعلة لتلك الضغوط والاضطرابات، حيث قد تتأثر درجة الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى نتيجة لامتلاك المرأة مفهوم ايجابي او سلبي عن ذاتها، وقدرتها على مواجهة احداث الحياة الضاغطة، وهذا يشير إلى أن مستوى الضغوطات النفسية بإطارها العام – أو من خلال ابعادها الأربعة (الضغوط النفسية، والاسرية، والاقتصادية، والاجتماعية)– لا تختلف باختلاف العمر ما دامت الظروف المحيطة بالزوجات هي ذاتها، فالبيئة بكل عناصرها التي تعيش فيها الزوجات هي ذاتها لدى جميع الزوجات.

3.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

يتضح من الجدول (7.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، سواء على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية أو باقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.442) عند مستوى الدلالة (0.723)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الثالثة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

وهذا يتفق مع ما جاءت به نتائج دراسة (Lukmanul Hakeem، M. N، 2013) التي توصلت إلى ان معظم الازواج قد واجهوا اضطرابات نفسية نتيجة لرعاية أزواجهم من مرضى العقلي أكثر من

الآخرين في المجتمع على أختلاف مؤهلاتهم العلمية. ودراسة خليل (2007) التي بينت أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المصابين بالاضطرابات العقلية وفقاً للمستوى التعليمي، في حين تختلف النتائج مع ما كشفت عنه دراسة الشيخ (2007) التي بينت وجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية والمستوى التعليمي، ودراسة عبد الرحيم (2008) التي اشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي.

وهذا أيضا يتفق مع النتيجة السابقة في عدم وجود فروق تبعا لمستويات تعليم زوجات مرضى الفصام، بمعنى انه لا توجد فروق تبعاً لتعليم الزوجة، مما يؤكد فعلا على ما ذكر سابقاً من أن جميع زوجات المرضى بغض النظر عن المستوى التعليمي لهن قد تعرضون لنفس الأحداث المؤلمة المصاحبة لعملية مرض ازواجهن وبالتالي كان هناك ضغوطات نفسية عند الجميع بدون فروق تذكر وبغض النظر عن المؤهل العلمي لهن.

ويعني ذلك أن مستوى الضغوطات النفسية التي تواجه زوجات المرضى الفصاميين لا تختلف باختلاف مؤهلاتهن العلمية، وهذا يعني أن زوجات المرضى الفصاميين – بغض النظر عن مؤهلاتهن العلمية – يعانين من ضغوطات نفسية بنفس المستوى أي انه لم يكن لمتغير المؤهل العلمي أي أثر على مستوى الضغوطات النفسية فهن يعيشن في نفس البيئة نفسها ويمرن بنفس الظروف.

4.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

يتضح من الجدول (9.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المهنة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي أبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.364) عند مستوى الدلالة (0.695). باستثناء بعد (الضغوطات الاقتصادية) حيث تبين وجود فروق لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت).

ويعزو الباحث السبب في عدم وجود فروق على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الابعاد الاخرى باستثناء بعد (الضغوطات الاقتصادية)، إلى انه حين يصاب الزوج بمرض تتأثر حياة الزوجة تأثرًا شديدًا، وتتعرض للقلق للتوتر والقلق، ويقع العبء الأكبر عليها، الذي ينبغي أن تتحمل أعباء إضافية كبيرة، ومع تباين حالات المرض تتباين درجة الارتباط بين الزوجين ودوام العشرة بينهما، وهذا يعني ان طبيعة الضغوط قد لا تختلف باختلاف المهنة للزوجة بقدر ما تتأثر بطبيعة مرض الزوج ودرجة المرض الذي يختلف في ذروته من البسيط إلى الشديد الذي قد يفتك بالمريض وزوجته، وان اكثر ما تعانيه الزوجة في هذه الحالة قد يكون بسبب قلة الدخل او عدم قدرتها على توفير مستلزمات المنزل، لذا بينت نتائج هذه الدراسة ان عدم توفر عمل للزوجة ارتبط بصورة واضحة في زيادة الضغوط الاقتصادية، حيث تبين من خلال النتائج السابقة ان الزوجات اللاتي لا يعملن لديهن درجة اعلى من الضغوط الاقتصادية.

5.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

يتضح من الجدول (12.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (0.177) عند مستوى الدلالة (0.838)، وتبعاً لعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية فإن هذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الخامسة على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

وهذا يتفق مع ما كشفت عنه دراسة قحطان وخضير (2013) التي بينت أن مرضى الفصام لديهم مستوى معتدل من وصمة المرض النفسي، وان وصمة المرض النفسي ترتبط بشكل ملحوظ مع مدة المرض لمرضى الفصام.

ويرى الباحث ان درجة الضغوطات في حياة الزوجات قد تعتمد بشكل كبير على قدراتها الشخصية وعوامل مرتبطة بنظرتها لذاتها كذلك صحتها البدنية، وعلاقتها مع الاخرين، وعدد المهمات والمسؤوليات التي تتحملها، ومدى اعتماد الاخرين عليها وتوقعاتهم منها، ومدى دعم الاخرين لها، وعدد الصدمات والتغيرات التي حدثت مؤخراً في حياتها، فالزوجات اللواتي لديهن علاقات اجتماعية جيدة يسجلن مستوى ضغوطات أقل وصحة عقلية أفضل مقارنة مع اللاتي ليس لديهن علاقات اجتماعية، لذا فان زيادة الضغوط او نقصانها قد لا يرتبط بعدد سنوات مرض الزوج بقدر ما يرتبط بقدرة الزوجة على تفهم مرض زوجها وتعاملها مع مرضه بطريقة سليمة.

فالزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن كبير رغم انهن أعتدن على مرض أزواجهن، الا أن قدرتهن على أن يقمن بأدوارهن في الحياة اضطربت نتيجة طول المدة، وهذا بدوره اثر على قدرتهن على تحقيق رغباتهن وتلبية احتياجاتهن في الوسط الذي يعشن فيه، وإن معاناتهن من مرض ازواجهن بحكم الخبرة وطول المدة عزز لديهن الاضطراب بسبب تطور حدة الضغوطات المترتبة على معاناتهن لسنوات طويلة، مما اثر على قدرتهن على التكيف والتعايش مع المرض، كما ان الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن قليلة من فئة صغار السن من اللواتي لا يزال لديهن طموح وافاق مستقبلية، والذي اصطدم بواقع ازواجهن المرضى، مما جعلهن يستسلمن للضغوطات بدرجات مرتفعة ايضا وهذا ترتب عليه تحطم احلامهن واعاق من سيرهن قدماً نحو تحقيق اهدافهن في الحياة، كل هذا من شأنه أن يؤثر على مستوى الضغوطات النفسية لديهن.

وهذا يتفق مع ما جاء به عبد الخالق (1990) من إن الاستجابة العصابية استجابة غير تكيفية، تم تعلمها تبعاً للمبادئ المألوفة للتدعيم على أساس خبرات اشراط حدثت في عمر مبكر، أو تعلمها الفرد في عمر متأخر.

6.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05\geq \alpha$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

يتضح من الجدول (14.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات الضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (الضغوطات الاسرية)، فقد بلغت قيمة (ف) المحسوبة على الدرجة الكلية للضغوطات النفسية (4.762) عند مستوى الدلالة (0.010)، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق على بعدي (الضغوطات النفسية، والضغوطات الاجتماعية)، تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري أن الفروق كانت بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، وكانت بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل)، كما كانت الفروق على بعد (الضغوطات الاقتصادية) بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، بينما كانت الفروق على الدرجة الكلية بين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل) وبين الزوجات اللواتي معدل دخلهن (بين 2000 – 4000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل)، وهذا يدعو إلى قبول الفرضية الصفرية الرابعة على بعد (الضغوطات الاسرية) في حين تم رفضها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

وهذا يتفق مع ما اشارت اليه دراسة(M. N،Lukmanul Hakeem، 2013) التي بينت ان (60 %) ليس لديهم تركيز على العمل، وان (58 %) فقدوا الاهتمام بالنشاطات اليومية وان اكثر من (50 %) يشعرون ان مرضى ازواجهم قد اثر على الدخل للعائلة.

ويرى الباحث ان هذه النتيجة منطقية وطبيعية تنسجم مع ظروف الاسرة وإمكانياتها، وكلما كانت الاسرة تمتلك مصادر إشباع الاحتياجات المختلفة لأفرادها، كلما كان المرضى الفصاميين وأسرهم أكثر قدرة على التوافق والاتزان الانفعالي، فالأسر ذات الدخل المرتفع تميل إلى التنوع في اساليب العلاج، والى استخدام الوسائل الحديثة وتعمل على توفير مستلزمات المرضى وتلبية متطلباتهم التي تساعد

على تحسين مستوياتهم وقدراتهم الشخصية، وهذا بدوره ينعكس على طبيعتهم الشخصية مما يؤثر على قدراتهم في التكيف بصورة اكبر.

كذلك فأن المرضى الفصاميين المنتمين لأسر ذات دخل مرتفع يتولد لديهم شعور بالرضا والارتياح عن ظروفهم الحياتية تعكس مدى تمتعهم بالسعادة، واستقرار الحالة الانفعالية والصحية وعدم المعاناة من المشاعر السلبية، بالإضافة إلى الرضا والقناعة بمستوى الحياة أو مستوى المعيشة الذي يعيش فيه المريض، واما الأسر ذات المستوى الاقتصادي المتدني فإنها اقل قدرة على توفير ابسط مستلزمات الحياة للمرضى والأبناء، وأقل قدرة على توفير متطلبات العلاج للمريض، وبالتالي فان هذه الأسر تعمل جاهدة في توجيه ابنائها من خلال حثهم على العمل والكفاح وتدبير امورهم بأنفسهم، وبالتالي تتغير اتجاهات هؤلاء الابناء نحو الأسرة وحتى المريض، هذا بالإضافة إلى ان المرضى الفصاميين الذين ينتمون إلى مستويات أعلى يكونوا اكثر شعوراً بالأمن لأن كل شيء متوفر لديهم، على عكس المرضى الفصاميين الذين ينتمون لأسر اقل في مستواها الاقتصادي الذين يشعرون ان مشوار الحياة امامهم طويل، وهناك الكثير عليهم انجازه حتى يشعروا بالأمن النفسي.

وهذا يتفق مع ما اشار اليه الغرير واسعد (2008) من ان الضغوط الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف به الأزمات المالية أو فقدان العمل بشكل نهائي.

في الوقت ذاته يعزو الباحث السبب في وجود فروق على بعدي (الضغوطات النفسية، والضغوطات الاجتماعية) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل)، إلى ان ذلك قد يعود إلى طبيعة هذه الاسر التي قد تكون تنتمي إلى طبقات اقتصادية عليا، الامر الذي يجعل بعض الزوجات يخجلن من مرض ازواجهن، وهذا بدوره ينعكس على علاقتهن الاجتماعية بصورة اعلى، الامر الذي لا بد وان ينعكس على اوضاعهن النفسية، مما يعني زيادة في الضغوط الاجتماعية والنفسية بصورة اعلى لدى هذه الفئة من فئات المجتمع.

اما عن السبب في عدم وجود فروق على بعد الضغوطات الاسرية تبعا لمتغير مستوى الدخل فان الباحث يعزو هذه النتيجة إلى ان زوجات المرضى تتطور لديهم القدرة على التعامل مع افراد اسرهن نتيجة عوامل مختلفة، مثل العوامل الاجتماعية والثقافية والسياسية، بغض النظر عن ظروفهن

الاقتصادية، وهذه العوامل تجعل زوجات المرضى الفصاميين يعتمد على انفسهن بشكل اكبر بغض النظر عن المستوى الاقتصادي للأسرة، ومحاولتهن التكيف مع الواقع الذي يعشنا فيه.

3.1.5. مناقشة نتائج السؤال الثالث:

ما أهم استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة ؟

يتضح من الجدول (16.4) أن أكثر استراتيجيات التكيف انتشاراً لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تمثلت في (استراتيجية البعد الديني) بمتوسط حسابي قدره (3.78) وبنسبة مئوية مقدراها (75.6) معبرة عن درجة مرتفعة، وجاء في المرتبة الثانية (استراتيجية حل المشكلات) بمتوسط حسابي قدره (3.68) وبنسبة مئوية مقدراها (73.6) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، وجاء في المرتبة الثالثة (استراتيجية التجنب) بمتوسط حسابي قدره (3.41) وبنسبة مئوية مقدراها (68.3) معبرة عن درجة مرتفعة أيضا، بينما جاء في المرتبة الرابعة (استراتيجية المواجهة الفعالة) بمتوسط حسابي قدره (3.30) وبنسبة مئوية مقدراها (65.9) معبرة عن درجة متوسطة، وجاء في المرتبة الخامسة (استراتيجية الدعم والمساندة) بمتوسط حسابي قدره (3.21) وبنسبة مئوية مقدراها (64.2) معبرة عن درجة متوسطة كذلك، وجاء في المرتبة السادسة (استراتيجية الاسترخاء) بمتوسط حسابي قدره (3.08) وبنسبة مئوية مقدراها (61.7) معبرة عن درجة متوسطة كذلك، في حين جاء في المرتبة السابعة والاخيرة (استراتيجية التفريغ النفسي) بمتوسط حسابي قدره (2.41) وبنسبة مئوية مقدراها (48.2) معبرة عن درجة منخفضة. اما على الدرجة الكلية للاستراتيجيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.27) وبنسبة مئوية مقدراها (65.3) معبرة عن درجة متوسطة.

وهذا لا يتفق مع ما كشفت عنه نتائج دراسة بريخ (2014) التي بينت أن زوجات مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة يستخدمن جميع الاستراتيجيات الايجابية والسلبية في مواجهة الضغوط وهي بالترتيب: إستراتيجية الانتماء، واستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب، وإستراتيجية تحمل المسئولية، وإستراتيجية التخطيط لحل المشكلات، وإستراتيجية التحكم بالنفس، وإستراتيجية الارتباك والهروب، ويعزو الباحث السبب في وجود درجة متوسطة للاستراتيجيات على الدرجة الكلية إلى ان ذلك قد يعود إلى ان استراتيجيات التكيف ترتبط بالكيفية التي تتعامل فيها الزوجة مع الضغوط والاحباطات وخيبات الامل الناتجة عن مرض زوجها، والتي تحدد شخصية كل زوجة على حدا، إذ تختلف الزوجات فيما

بينهن بالنسبة لقدرتهن في التغلب على حالة اختلال التوازن، وكذلك في معدل استخدامهن لتلك الاستراتيجيات اعتدالاً أو إسرافاً، خاصة وان كافة عمليات مواجهة الضغوط تتضمن قدراً من المعرفة، وكذلك الوجدان، فكلما زاد القدر المعرفي في المعالجة كانت اكثر على مجابهة الضغوط والعكس صحيح.

ويرى الباحث ان طبيعة مرض الفصام بضغوطه الشديدة والفريدة من نوعها تفرض على الزوجات استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، والتي تمثلت هنا باستراتيجية الجانب الديني، إذ انه عادة ما يلجأ الانسان في وقت الضيق إلى قراءة القران خاصة اذا كان متوتراً، كذلك التقرب إلى الله من خلال الصلاة، والدعاء، والتضرع، والمشاركة في الجلسات الدينية، لذا جاءت (استراتيجية البعد الديني) في المرتبة الاولى وبدرجة مرتفعة، وتعزى هذه النتيجة إلى الغريزة الفطرية التي تكمن في نفس البشرية، فالإنسان عندما يقع في المشكلات، والصعوبات يلجأ مباشرة إلى الله تعالى، وبذلك يجد الفرد الراحة والاطمئنان عندما يفوض امره لله تعالى، ولا يخفى على أحد أن للوازع الديني دور عظيم في المجتمعات العربية بعامة والمجتمع الفلسطيني بخاصة والذي يعتبر من المجتمعات المحافظة التي يغلب عليه الطابع الديني، والزوجة المتدينة هي التي تلجأ للحل الديني، لأن ذلك يوفر الكثير من الراحة النفسية، كما تزيد قناعتها بما هو عليه، وتتكيف مع حالة زوجها، وخاصة في الامور التي يصعب تغييرها، فالمعتقدات الدينية تملأ حياة الزوجة بالتفاؤل والأمل، وتساعد على الاسترخاء، وقد تمت ملاحظة العامل الديني والايمان بالقضاء والقدر من خلال جلوس الباحث مع زوجات المرضى.

اما عن السبب في وجود استراتيجية حل المشكلات في المرتبة الثانية وبدرجة مرتفعة، فان ذلك قد يعود إلى ارتباطها المباشر باستراتيجية الجانب الديني، إذ ان نشأة وتكوين مفهوم القدرة على حل المشكلات التي توصل لها العلماء حديثاً يرجع في أصله إلى ديننا الاسلامي، الذي لم يترك لنا شيءٌ الا وتحدث عنه.

وهذا ما اشارت اليه عرفة (2014) التي بينت ان الفرد عندما يقدر على تعديل سلوكه وتنظيم دوافعه فان ذلك يدل على قوة الانا، وحسب النظرة الاسلامية فان ذلك يؤدي إلى الصحة النفسية، حيث يعتبرها تفاعلاً متزناً بين العوامل الاجتماعية والنفسية، وأن الدين يؤدي إلى مزيد من القدرة على الوصول إلى المعرفة والادراك الصحيح لكل ما يجري داخل الانسان وخارجه، والقدرة على تصحيح الأخطاء، ويساعده في انجاز القرارات والتعبير عن الذات.

كما يرى الباحث ان الزوجات لديهن مشكلات متكررة وبشكل مستمر ودائم، بسبب وجود زوج مريض بالفصام، وهذا ما يجعل أسلوب حل المشكلات مهماً لديهن، لأنه يؤمّن لهن حلولاً للمشكلات التي تعترضهن، وقد اثبتت هذه الطريقة فاعليتها للتخلص من الضغط النفسي المترافق مع المواقف الضاغطة، علاوة على أن الاستراتيجية توفر قدراً كبيراً من الخبرة التي قد تسهم في تخطي مشكلات أخرى، وتسهيل حل لمواقف مشابهة.

ويفسر الباحث انخفاض استراتيجيات الاسترخاء والتفريغ النفسي إلى ان هذه الاستراتيجيات لا زالت غير شائعة الاستخدام في البيئة الفلسطينية، وذلك لأسباب ثقافية تتعلق بطبيعة المجتمع الفلسطيني، فليس من عادة الفلسطينيين ممارسة الاسترخاء للخروج من حالة الضغط النفسي، فمثل هذه الاستراتيجية منتشرة في المجتمع الغربي، وربما قد يعود إلى عدم توفر اوقات فراغ لدى الزوجات، مما يحول دون ممارستهن لتمارين الاسترخاء.

4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغيرات (مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري)؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-6) وفيما يلي مناقشة نتائج فحصها:

1.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير مكان السكن.

يتضح من الجدول (18.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير مكان السكن على الدرجة الكلية للاستراتيجيات وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء) لصالح الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (قرية)، في حين تبين

انه لا توجد فروق على ابعاد (استراتيجية حل المشكلات، واستراتيجية الدعم والمساندة، واستراتيجية التجنب، واستراتيجية البعد الديني).

يعزو الباحث السبب في وجود فروق على الدرجة الكلية للاستراتيجيات وابعاد (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التفريغ النفسي، واستراتيجية الاسترخاء) لصالح الزوجات اللواتي اماكن سكنهن (قرية)، لان القرى ما زالت اكثر تحفظاً، وان الجو العام في القرى يتيح المجال لاستخدام هذه الاستراتيجيات لقلة الاكتظاظ السكاني ووجود الاماكن المحيطة الواسعة والخلابة التي تساعدهن في التخفيف من الضغوطات النفسية لديهن.

اما عن السبب في عدم وجود فروق في استراتيجية حل المشكلات، واستراتيجية الدعم والمساندة، واستراتيجية التجنب، واستراتيجية البعد الديني، فلعل السبب في ذلك يعود إلى ان زوجات المرضى في القرى او المخيمات او المدن يسهل لديهن اللجوء إلى استراتيجية البعد الديني الذي جاءت بدرجة مرتفعة بسبب طبيعة المجتمع الفلسطيني المسلم، وهذا لا يقتصر على بقعة سكانية دون اخرى في فلسطين، وبتعاً لذلك لم يكن هناك فروق ايضا في استراتيجية حل المشكلات التي ترتبط اساسا باستراتيجية البعد الديني كما سبق وبين الباحث، وكذلك استراتيجية الدعم والمساندة التي عززها الدين الاسلامي في كل من القرية والمدينة والمخيم، وهذا بدوره جعل هذه الاستراتيجيات واحدة لدى غالبية الزوجات، خاصة وانهن يتبعن نفس الاسلوب ويخضعن لنفس النظام الديني.

اما بخصوص استراتيجية التجنب والتي لم تختلف لدى زوجات المرضى الفصاميين باختلاف مكان السكن والتي تعني عملية سحب الصراع من دائرة الشعور إلى اللاشعور لتجنب الزوجات شعورهن بعدم الارتياح والقلق والذنب، حيث تقوم الزوجات بتوظيف هذه الاستراتيجية من اجل تجنب المواقف الضاغطة والاحجام عن التفكير فيها، وذلك قد يعود لاعتقاد زوجات المرضى الفصاميين بان تشتيت وصرف اذهانهن عن الضغوطات النفسية والهروب منها قد يكون اكثر فعالية في تخفيف ضغوطهن وهذا الامر لا يختلف عليه اثنين خاصة فيما يتعلق بزوجات المرضى الفصاميين، فقد تحتاج الزوجة احيانا للخروج من المنزل للتخفيف من حدة الضغوط، او الميل إلى العزلة وتجنب التفكير بالمشكلة القائمة، وهذا لا يقتصر على سكان القرية او المدينة او المخيم.

2.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عمر الزوجة.

يتضح من الجدول (21.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عمر الزوجة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، حيث كانت الفروق على هذه الاستراتيجية بين الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة) وبين الزوجات اللواتي أعمارهن (أكثر من 40 سنة) لصالح الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثامنة على بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

ويعزو الباحث السبب في عدم وجود فروق تبعا لعمر الزوجة إلى ان استراتيجيات التكيف تدركها جميع الزوجات على اختلاف اعمارهن بدرجة متوسطة، ويجدن بها وسائل ملائمة لتعاملهن مع ضغوطاتهن النفسية، وبالتالي قد تكون هذه الاستراتيجيات فاعلة في مواجهة مختلف انواع الضغوطات النفسية وبذلك لا يكون العمر ذا قيمة للتأثير في مستوى تكيفهن، مما يعني عدم وجود اختلاف تبعا للعمر نتيجة الظروف المعيشية والاسرية العامة التي تعيشها كافة زوجات المرضى الفصاميين، والتي تجعل هذه الاستراتيجيات تحديدا سمات تلازم كافة الزوجات دون استثناء، على اختلاف اعمارهم، وذلك لان استراتيجيات التكيف والقدرة على مواجهة الضغوط هي من اساسيات الحياة لدى هؤلاء الزوجات.

اما عن استراتيجية التفريغ النفسي والتي تبين وجود فروق فيها لصالح الزوجات اللواتي أعمارهن (أقل من 30 سنة)، فان ذلك قد يعود إلى درجة انفتاح الفئات العمرية الأصغر على العالم بصورة عامة، والانترنت وشبكات التواصل الإجتماعي بصورة خاصة، كذلك فإن عامل السن غالباً ما يلعب دور في اللجوء لهذه الاستراتيجية والتي كان من ابرز فقراتها ممارسة بعض التمارين الرياضية، واستخدام الرسم والكتابة والتنزه، والاستماع إلى الاغاني والموسيقى، واللجوء للضحك للتخفيف من الضغوطات النفسية.

3.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

يتضح من الجدول (24.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي الأبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية التجنب)، حيث كانت الفروق على هذه الاستراتيجية بين الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي) وبين الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (دبلوم، وبكالوريوس) لصالح الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية التاسعة على بعد (استراتيجية التجنب)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

ويعني ذلك ان الزوجات ذوات المؤهل العلمي العالي والزوجات ذوات المؤهل العلمي المنخفض يستخدمن نفس الاستراتيجيات في مواجهة الضغوطات النفسية بنفس المستوى مما يدل على أن هذه الاستراتيجيات شائعة عند معظم الزوجات بصرف النظر عن المؤهل العلمي، وهذا يثبت مدى شيوع استراتيجيات التكيف وسهولة تطبيقها بغض النظر عن الشهادة التي تحملها الزوجة، وقد ثبت هذا في النتائج.

ويرى الباحث ان المؤهل العلمي قد يلعب دوراً مهماً في الحصول على عمل او وظيفة، ولكن ليس بالقدرة على المواجهة والتكيف بقدر ما يؤثر نوع التخصص على درجة التكيف والمواجهة فقد تكون الزوجات ذوات المؤهلات العلمية الانسانية اكثر قدرة على استخدام استراتيجيات التكيف مقارنة مع التخصصات العلمية.

اما بخصوص استراتيجية التجنب التي تبين وجود فروق فيها لصالح الزوجات اللواتي مؤهلاتهن العلمية (أساسي) فان ذلك قد يعود إلى قلة معرفة وتأهيل هذه الفئة، واللواتي قد يعتقدن ان الهروب من المشكلة هو حل لها، بسبب قلة خبرتهن ودرايتهن ومعرفتهن الناتجة عن قلة تأهيلهن العلمي.

4.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير المهنة.

يتضح من الجدول (27.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير المهنة على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية التفريغ النفسي)، حيث كانت الفروق على هذه الاستراتيجية بين الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت) وبين الزوجات اللواتي مهنهن (عاملة) لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية العاشرة على بعد (استراتيجية التفريغ النفسي) في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

إن معاناة الزوجة من الضغوطات النفسية واستخدامها لاستراتيجية من استراتيجيات التكيف قد لا يختلف كثيرًا باختلاف المهنة، فالظروف هي نفس الظروف، والمعاناة هي نفس المعاناة، والقلق والخوف على الابناء ومستقبلهم موجود لدى معظم الزوجات، كما هو ظاهر في الدراسة، فالمثيرات هي نفس المثيرات، والأحداث هي نفس الأحداث، إلا أن ما يزيد استخدام استراتيجية معينة بدرجة متقدمة او متأخرة لدى زوجة دون أخرى قد يكون بسبب ظروفها التي تعيشها وطبيعة مرض زوجها وشدته، لذا فان متغير المهنة قد لا يكون له تأثير كبير خاصة في استخدام بعض الاستراتيجيات او درجة استخدامها.

اما بخصوص استراتيجية التفريغ النفسي والتي تبين وجود فروق فيها لصالح الزوجات اللواتي مهنهن (ربة بيت) فان هذا قد يعود إلى وجود وقت فراغ اكبر لدى هذه الفئة، وتكرار وجودهن في المنزل مما يعطيهن الوقت الكافي للخروج للتنزه احياناً، او الاستماع إلى الاغاني والموسيقى، او حتى اللجوء إلى الرقص، وهذا بدوره جعلهن اكثر استخداما لهذه الاستراتيجية دون غيرها.

5.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير عدد سنوات مرض الزوج.

يتضح من الجدول (30.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعد (استراتيجية البعد الديني) حيث كانت الفروق على هذه الاستراتيجية بين الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (بين 5 – 10 سنوات) وبين الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (أكثر من 10 سنوات) لصالح الزوجات اللواتي عدد سنوات مرض ازواجهن (أكثر من 10 سنوات)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الحادية عشر على بعد (استراتيجية البعد الديني) في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

يرى الباحث ان السبب في عدم وجود فروق تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج على الدرجة الكلية وباقي الاستراتيجيات الاخرى باستثناء استراتيجية البعد الديني قد يعود إلى أن الزواج هو إنسجام فكري وتوافق اجتماعي بين شخصين يجتمعان على الحب والتفاهم والإتفاق على تكوين أسرة سعيدة يسودها الإحترام والتعاون من كلا الطرفين، وبالتالي فان هذا الإنسجام لا يعيقه عدد سنوات الزواج، وإنما أمور تتعلق بقدرات كلا الطرفين العقلية والشخصية، حيث أن عمر الزواج مهما اختلف فقد يكون الإنسان فيه على درجة عالية من الوعي سواء كان في الفئة العمرية الأولى أو الثانية أو حتى الثالثة والرابعة، إذ أن الأمر يتعلق بقدرات شخصية تمتلكها الزوجة عبر مراحل حياتها، وما تكونه من مشاعر وأحاسيس وانفعالات وعواطف، حيث تدخل كلها ضمن مكوّن واحد هو العامل النفسي الذي يلعب الدور الأكبر في إختلاف استخدام بعض الاستراتيجيات داخل بعض الأسر عن غيرها، حيث أن الزواج يتطلب من الزوجين قدرة تكيفيه عالية وفهم جيد للعلاقة الزواجية، وإذا تضاءلت أو انطفأت هذه القدرة قد يؤدي إلى معاناة كلاهما أو أحداهما من مشكلات وصعوبات مختلفة تُعيق التوافق الزواجي بينهما.

كذلك قد يكون هناك مكون آخر له دور فعال في انسجام الزوجة مع زوجها يدخل ضمن العامل الديني، ويتعلق تحديدا باللجوء إلى الله وقت الشدة، وبالتالي أظهرت النتائج وجود درجة مرتفعة من استخدام استراتيجيات البعد الديني داخل الأسر المستهدفة بالدراسة على إختلاف عدد سنوات زواجهن.

حيث ان قدرة الزوجة على استخدام هذه الاستراتيجية دون غيرها قد يعود إلى طبيعة المجتمع الفلسطيني المسلم، واكتساب الزوجة للخبرة والمعرفة التامة بان العامل الديني قد يكون الاكثر فعالية دون غيرها في تكيفها مع ظروف مرض زوجها، حيث ان هذا البعد يعبر عن مدى رد الجميل والصبر على مرض الزوج أو النقص الذي فيه، فكم من مريض شفاه الله، وكم من كرب فرجه الرحمن، بالصبر والدعاء والوقوف إلى جانب الزوج في العسر والمرض، ويدل هذا على مدى العلاقة الزوجية المتينة التي تجمع هؤلاء الأزواج مع بعضهم بعضاً في اليسر والعسر وفي السراء والضراء، لذا تبين انه كلما زاد عدد سنوات الزواج كلما كانت الزوجة اكثر قناعة باستخدام استراتيجية البعد الديني.

6.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تعزى لمتغير معدل الدخل الشهري.

يتضح من الجدول (33.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى باستثناء بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب) حيث كانت الفروق على بعد (استراتيجية المواجهة الفعالة) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل)، كما كانت الفروق على (استراتيجية التجنب) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل)، وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية الثانية عشر على بعدي (استراتيجية المواجهة الفعالة، واستراتيجية التجنب)، في حين تم قبولها على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

ويرى الباحث ان السبب في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري على الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف وباقي أبعاد الأخرى إلى ان ذلك قد يعود إلى حاجة الأزواج على إختلاف مستويات دخلهم لتلك الاستراتيجيات والتكيف مع ما يدور حولهم، فغالبية الزوجات متفقات على ذلك سواء كانت الزوجة من أصحاب الدخل المنخفض أو المرتفع حيث أن المستوى الاقتصادي يعد عاملا إيجابيا يجعل الزوجات على اختلاف مستوى دخلهن جادات في محاولة التكيف مع الظروف التي يمر بها زوجها كوسيلة للتعايش مع الوضع الاقتصادي.

اما بخصوص وجود فروق على بعد (استراتيجية المواجهة الفعالة) لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أكثر من 4000 شيكل) فان الباحث يرى ان هذه نتيجة طبيعية تنسجم مع طبيعة هذه الدراسة، حيث انه وكلما كانت الأسرة تمتلك مصادر لإشباع الاحتياجات المختلفة لأفرادها كلما كانت أكثر قدرة على التوافق النفسي والإجتماعي والمواجهة الفعالة لضغوطاتها اليومية، فالأسر ذات الدخل المرتفع تميل إلى التجديد في كل انواع العلاج، والى إستخدام الوسائل الحديثة وتوفير كافة مستلزمات الحياة العلاج وكذلك الحياة السليمة مما يساهم في رفع مستوى هذه الزوجات في القدرة على التكيف ومواجهة أي ضغوط بفعالية اكبر، في حين قد لا تستطيع الأسر ذات المستوى الإقتصادي المتدني العمل على توفير الاحتياجات الأساسية في بعض الأحيان.

اما بخصوص استراتيجية التجنب والتي تبين وجود فروق فيها لصالح الزوجات اللواتي معدل دخلهن (أقل من 2000 شيكل، وأكثر من 4000 شيكل)، فان ذلك قد يعود إلى طبيعة مرض ازواجهن، وما تعانيه الزوجة من ضغوطات بصور ترتبط بدرجة مرض زوجها، مما جعل ذوات الدخل المنخفض والمرتفع يميلن إلى استخدام هذه الاستراتيجية كنوع من ميكانيزمات الدفاع، خاصة وان بعض الزوجات قد يكن تأثراً بدرجة عالية من مرض ازواجهن، واصبح لديهن اضطرابات نفسية بدرجات اثرت حتى على قدرتهن التعبيرية، مما جعلهن في حالة ارتباك وتوتر شديد اثر على مستوى تعبئتهن لمقاييس هذه الدراسة.

5.5.1 السؤال الخامس:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α ≤0.05) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية الثالثة عشر:

1.5.1.5 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشر:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α ≤0.05) بين متوسطات الضغوطات النفسية وبين متوسطات استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة.

بينت النتائج انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للضغوطات النفسية وبين الدرجة الكلية لاستراتيجيات التكيف، ويعزو الباحث السبب في ذلك إلى احتمالية تأثير الضغوطات النفسية الناتجة عن مرض الزوج وما يصاحب ذلك من اضطرابات، حيث تدفع بهن مثل هذه الضغوطات إلى عدم الإتساق في إجاباتهن، وعلى هذا يمكن القول بان هذه النتيجة تقترب كثيراً من المنطق، خاصة اذا ما كان الحديث من خلال نتائج هذه الدراسة عن درجة مرتفعة من الضغوطات النفسية مقارنة بدرجة متوسطة من استخدام استراتيجيات التكيف مع الظروف، حيث ان زوجة مريض الفصام التي تتعرض في حياتها لعدد من الضغوط النفسية، فأنها تقدم استجابة لهذه الضغوط لا تعتمد على طبيعة الحدث الضاغط، وإنما هي ذات نمط عام من ردود الفعل الدفاعية التي تعتمد على وقايتها من مخاطر الزوج أحياناً، والمحافظة على أبنائها من جانب، والخوف على زوجها من جانب أخر، حيث أن ردود الفعل تزداد مع التعرض المستمر أو المتكرر للحدث للضاغط، ويترتب على ذلك توتر وعدم اتزان في استخدام استراتيجيات التكيف.

ايضا تبين من خلال النتائج السابقة وجود علاقة ايجابية دالة إحصائياً بين الضغوطات النفسية وبين الضغوطات الاجتماعية والضغوطات الاسرية والضغوطات الاقتصادية والدرجة الكلية للضغوطات النفسية واستراتيجية التجنب، في حين تبين انه لا توجد علاقة بين الضغوطات النفسية وبين الدرجة الكلية للاستراتيجيات وباقي الاستراتيجيات الاخرى. وهذا يعني انه كلما زادت الضغوط

النفسية كلما زادت الضغوطات بصورة عامة، وكذلك زاد التهرب من المشكلة او الخضوع احيانا، وبالتالي جاءت علاقة الضغوطات النفسية باستراتيجية التجنب علاقة ايجابية دالة احصائياً، فالضغوط النفسية لها مردودها السلبي على كل شيء في حياة البشر، إذ ان الشخص الذي يعاني من الضغوط قد يكون غير قادر على بناء علاقات اجتماعية، وغير قادر على العمل او توفير مستلزمات الحياة البسيطة، ويتفاقم الوضع إلى الأسوأ اذا ما تطورت الضغوط وأثرت على مجريات الحياة الاسرية، وفي ضوء ما سبق فان هذه النتيجة منطقية.

وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة بريخ (2014 م) التي اشارت إلى وجود علاقة طردية ما بين الاستراتيجيات الايجابية وهي (التخطيط لحل المشكلات – إعادة التقييم – التحكم بالنفس) باستثناء بعد الانتماء وجودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي كما توصلت إلى وجود علاقة عكسية ما بين الاستراتيجيات السلبية وهي (التفكير بالتمني والتجنب – تحمل المسئولية) وبعدي (السعادة الانفعالية – المقدرة المادية السلامة الصحية) من مقياس جودة الحياة الأسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي).

ويرى الباحث ان الضغوطات مهما اختلفت، سواء كانت اسرية او نفسية او اجتماعية او اسرية، فإنها لا بد وان تترك اكبر الأثر على جميع مناحي الحياة لزوجة مريض الفصام، فالإنسان اذا ما تعرض لموقف ضاغط، وتأثر بذلك وتطور الاضطراب لديه، فإنه لا بد وأن تتفاقم لديه جميع انواع الاضطرابات نتيجة الضغوطات التي يتعرض لها، وحسب نوعها وشدتها، لذا تبين وجود علاقة ايجابية بين مختلف الضغوطات فيما بينها، وكذلك استراتيجية التجنب التي تعتبر من الاستراتيجيات السلبية في هذه الدراسة.

كذلك يعزو الباحث السبب في وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجية حل المشكلات إلى ان الانسان بطبيعته اذا ما تعرض لموقف ضاغط فانه يعجز عن التفكير والوصول إلى حلول مقنعة للمشكلة، ويتمثل ذلك في صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة في التفكير وشكل التفكير.

اما عن العلاقة الايجابية بين استراتيجيات التكيف فان ذلك يعني انه كلما زاد استخدام استراتيجية معينة فان ذلك يعني في المقابل استخدام استراتيجية اخرى قد تكون اكثر مناسبة لمثل هذا الوضع

الذي تمر به زوجة مريض الفصام، مما يعني ان زوجات مرضى الفصام يستخدمن اكثر من استراتيجية في مواجهتهن للضغوط الناتجة عن مرض ازواجهن، ولكن ما يعيب استخدام هذه الاستراتيجيات انها تستخدم بطريقة غير منظمة، وغير هادفة، خاصة اذا ما كان الحديث عن عينة تعاني من درجة مرتفعة من الضغوطات النفسية والتي كشفت عنها نتائج هذه الدراسة.

6.1.5 مناقشة نتائج السؤال المفتوح (السادس).

ما هي أكثر الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض أزواجهن؟

يتضح من الجدول (36.4) أن من اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن تمثلت في (صعوبة الوضع المادي وعدم القدرة على توفير احتياجات الاسرة) حيث بلغ عدد التكرارات (22) ما نسبته (20.2%)، وجاء في المرتبة الثانية (الشك والغيرة الزائدة ونظرة الخيانة من قبل الزوج) حيث بلغ عدد التكرارات (17) ما نسبته (15.6%)، وجاء في المرتبة الثالثة (استخدام العنف تجاهي وتجاه الابناء) حيث بلغ عدد التكرارات (14) ما نسبته (12.8%).

وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة (Jungbauer, at el, 2014) التي بينت ان معظم المشاركين يروا ان حدوث الفصام شكل في الحقيقة عبئاً شديداً وكارثة لهم، وان الاعراض الذهانية عندما حدثت لأول مرة كانت مخيفة للأزواج، حيث يغمرهم في العادة شعور دائم بالخوف والعجز واليأس. ودراسة (Kaushik, P., & Bahatia, M. S,2013) التي بينت ان مرض ازواجهم جعل عليهم اعباء اضافية من الناحية المالية والاجتماعية، واعباء متعلقة برعاية وعلاج المرض. كما اشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية لمتغير نوع العائلة مع ضعف جودة الحياة لصالح عائلات مرضى الفصام العقلي، حيث اظهر الازواج والزوجات معدلا اقل من المتوسط في جودة الحياة واعباء عليهم وعلى رفاهيتهم، والشعور بالأمن، والانتماء، وتغير في الأدوار، وشعور بالأسى والحزن من مآل المرض النفسي. ودراسة (Lukmanul Hakeem, M. N, 2013) التي بينت ان معظم الازواج قد واجهوا اضطرابات نفسية نتيجة لرعاية ازواجهم من مرضى الفصام العقلي اكثر من الاخرين في المجتمع وهذا كان له تأثير سلبي على جودة الحياة ومستوى الرعاية لهم. ودراسة

(ALBERTO, et al, 2002) التي بينت انه عند مقارنة عينة مرضى الفصام بالعينة الضابطة الغير مشخصة بالفصام العقلي دل على فشل الاولى وسوء التكيف الوالدي لدى افراد العينة والى ضعف التوافق والتماسك لدى زوجات مرضى الفصام، والى ارتفاع في نسبة القلق والاكتئاب بين افراد العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، وان ضعف التكيف الوالدي يؤثر بالسلب على الابناء.

ويرى الباحث ان السبب في وجود(صعوبة الوضع المادي وعدم القدرة على توفير احتياجات الاسرة) ضمن اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن قد يعود إلى انه غالباً ما تعاني الأسر التي لديها مرضى من صعوبات اقتصادية، بسبب ما يتطلب العلاج من مصاريف علاجيه وشخصية للمريض خاصة اذا كان المريض هو الزوج، مما يعني عدم قدرة الزوج المريض على الخروج للعمل، بسبب ما يتطلب من عناية ورعاية. لذا كان لا بد من تزويد الاسرة التي ترعى مريض الفصام بالخدمات والمساعدات المباشرة، والا ستعاني الأسرة بصورة عامة والزوجة بصورة خاصة نتيجة للتغيرات الإقتصادية من آثاراً سلبية على الحياة الزوجية مما يتسبب في فتور العلاقة الزوجية، فهذا العجز والخلل في مستوى الدخل الذي يصيب الأسرة ينعكس على الزوجة، التي تصبح أيضاً يائسة عندما تدرك أن زوجها غير قادر على توفير مستلزمات المعيشة، لا بل حاجته للعلاج والدواء.

وهذا يتفق مع راي حامد (1999) الذي بين ان من اهم شروط توافق السعادة الزوجية عوامل ترتبط بالمركز الإقتصادي للأسرة وتشمل الدخل الكافي وحسب تدبير شؤون المنزل ووجود نظام مالي للأسرة.

اما عن السبب في وجود (الشك والغيرة الزائدة ونظرة الخيانة من قبل الزوج) في المرتبة الثانية ضمن اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين، فان من الطبيعي إن تكون العلاقة بين الزوجين علاقة إنسجام ووئام لأنها رابطة بين قلبين، وهي من اسمى العلاقات بين البشر فعليها يقوم بناء مجتمع بأكمله، وهي علاقة مستمرة ومتصلة لها متطلبات متبادلة، تقتضي الإشباع المتزن عاطفياً وجنسياً وإقتصادياً وثقافياً. وبقدر عمق هذه العلاقة ومتانتها تكون مشكلاتها أعمق أثراً وأكثر تعقيداً، وبمدى التواصل بين الزوجين أو بمدى الإختلال والإضطراب العاطفي والزواجي بينهما تقاس نسبة النجاح والفشل في هذه العلاقة، لذا فان شعور الزوجة بانها متهمة بالخيانة من قبل زوجها أو

حتى من قبل أي فرد من المحيطين سينعكس ذلك بصورة سلبية على مستوى توافقها النفسي وقدرتها على التمتع بالصحة النفسية.

وهذا ما اكده زهران (1982) ان من امثلة الشخصية الفصامية تتمثل في ما نشاهده في الاب المتسلط والام التي تتصف بالطاعة العمياء، والزوج الغيور والزوجة السلبية، وان من اهم اعراض الفصام البعد عن الواقع والاستغراق في الذات (يعيش المريض سجيناً داخل نفسه كما لو كان في جزيرة منعزلة تملؤها اوهامه وخيالاته، وهي بالنسبة له حقيقة، ويكون مقطوع الصلة بعالم الواقع)، كذلك شدة الانفعال والفزع والهياج لأقل مثير والانفجارات الانفعالية اللاإرادية، وفقدان الاهتمام بالمظهر الخارجي واهمال النفس.

وفي ضوء ذلك بينت النتائج ايضا وجود الفقرة (استخدام العنف تجاهي وتجاه الابناء) في المرتبة الثالثة ضمن اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين، إذ ان مريض الفصام غالباً ما يعاني من الهياج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار والارق، وعدم التوافق بين المزاج والتفكير، ورود الفعل الغريبة للهلوسات، والاتجاهات الشاذة الغريبة، والعدوان والتصنع، ومحاولة الانتحار او قتل الغير، وهذا ما جاءت به دراسة(Kageyama, et al, 2015) التي بينت ان معدل العنف تجاه اي فرد من افراد الاسرة بلغ (60.9%) وانه من المرجح ان يكون الاباء والاخوة الاكبر سنا ضحايا للعنف عندما يكون المرضى من الذكور.

7.1.5 مناقشة نتائج السؤال(المفتوح) السابع.

ما أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن؟

يتضح من الجدول (37.4) أن من أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن تمثلت في (الصبر، والصلاة، وقراءة القران، والدعاء، والاستماع إلى الدروس الدينية) حيث بلغ عدد التكرارات (22) ما نسبته(20.2%)، وجاء في المرتبة الثانية (الابناء، والاهل، والاقارب) حيث بلغ عدد التكرارات (18) ما نسبته(16.5%)، وجاء في المرتبة الثالثة (الاصدقاء) حيث بلغ عدد التكرارات (9) ما نسبته(8.3%).

ويرى الباحث ان السبب في وجود (الصبر، والصلاة، وقراءة القران، والدعاء، والاستماع إلى الدروس الدينية) في المرتبة الاولى ضمن أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن، إلى أهمية الدين ودوره في الحفاظ على الصحة النفسية –كما سبق وبين الباحث–، والقدرة على التأقلم مع وضع المريض والتكيف مع الضغوطات المصاحبة، فالصبر على المرض هو باب من أبواب الجنة للصابرين بقوله تعالى (وبشر الصابرين)، إذ يبين الدين ان للمؤمن الصابر على الابتلاء ومنها المرض ان جزاؤه الجنة، فالصابرون هم الذين يستطيعون أن يخرجوا منتصرين من هذه الامتحانات، لأن هؤلاءِ عندهم إقرارٌ تامٌ بالعبودية للَّه تعالى، الذي يعلّمنا أن لا نحزن على ما فاتنا، لأنّه سبحانه وتعالى مالكنا ومالك جميع ما لدينا من مواهب، إن شاء منحنا إياها، وإن شاء أخذها، وفي المنح والأخذ مصلحة لنا.

لذا فان الزوجة حتى تتخلص من ضغوطاتها النفسية لابد وان تلجأ إلى الله والتقرب اليه من خلال الدعاء، والاكثار من الصلوات والنوافل، وقراءة القران، واللجوء إلى القيم الدينية في اوقات الشعور بالضغط بغرض حل المشكلة او التقليل من حدة التوتر وطمأنة النفس.

وفي الجانب الاخر يأتي دور المساندة الاجتماعية كمصدر مهم من مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين، خاصة تلك المساندة المستمدة من (الابناء، والاهل، والاقارب)، فالمساندة الاجتماعية تعتبر مصدرا هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي تحتاجه زوجة مريض الفصام، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الزوجة لضغوط الحياة المختلفة، والضغوط الناتجة عن مرض زوجها، وأساليب مواجهتها وتعاملها مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة، وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية منها على سبيل المثال الاكتئاب وإليأس والقلق والتوتر نتيجة ما تعانيه الزوجة من ضغوطات مختلفة.

وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة شحادة (2012) التي أظهرت تأثير الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام بغض النظر عن اختلاف العوامل الديموغرافية لدى المرضى وأسرهم. كذلك يتفق مع ما جاءت به دراسة (ALBERTO, et al, 2002) التي اشارت إلى فشل الاسرة وسوء التكيف الوالدي لدى افراد العينة والى ضعف التوافق والتماسك لدى زوجات مرضى الفصام، ويرتبط ذلك

بارتفاع في نسبة القلق والاكتئاب بين افراد العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، وان ضعف التكيف الوالدي يؤثر بالسلب على الابناء.

كما يتفق ذلك ما بينه حسنين (2004) من إن الأسرة وأساليب التفاعل والعلاقات السائدة السليمة بين أفرادها تعد الوسيلة الاجتماعية الفعالة لتعزيز الأنماط السلوكية المقبولة وتشجع القيم والاتجاهات وأنماط السلوك الإيجابية التي يحرص عليها المجتمع ويغرسها في نفوس أفراده، فالأسرة هي التي تزود المجتمع بما يحتاجه من طاقات وخبرات وإمكانات.

ايضا يعتبر الاصدقاء من اهم عناصر المساندة الاجتماعية لزوجات مرضى الفصام، نتيجة لشعور الزوجة بمدى توافر المساندة والمشاركة والرعاية والتشجيع والنصح والإرشاد والتوجيه من قبلهم، والمساندة الاجتماعية من قبل الاصدقاء تعني وجود الزوجة وسط أصدقاء تشعر بالراحة معهم ويشاركونها اهتمامات الحياة والحصول على المساعدة منهم عند الحاجة. حيث تؤثر العلاقات الاجتماعية مع الاصدقاء على جميع جوانب الحياة، لذا فان المساندة التي يقدمها الاصدقاء يمكن أن تحسن كل من الصحة البدنية والنفسية وجودة الحياة لدى زوجة مريض الفصام.

8.1.5 مناقشة نتائج السؤال (المفتوح) الثامن.

ما هي اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى؟

يتضح من الجدول (38.4) أن اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى تمثلت في (توفير الدواء المناسب) حيث بلغ عدد التكرارات (33) ما نسبته(30.3%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية (توفير المؤسسات المختصة) حيث بلغ عدد التكرارات (28) ما نسبته (25.9%). وجاء في المرتبة الثالثة (توفير المساعدات المالية) حيث بلغ عدد التكرارات (23) ما نسبته(21.1%) من عينة الدراسة.

ويرى الباحث ان مرض الفصام مرض مزمن، وان مريض الفصام بحاجة لعلاج مختص، ويجب عليه تناول الدواء لفترات ربما يطول امدها، وهذا يترتب عليه نفقات مادية كبيرة ترهق كاهل الاسرة، لذا فان زوجات المرضى بحاجة لتوفير الدواء المناسب لأزواجهن من خلال مختصين، وهذا الامر

يعتبر من اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى، وذلك حتى تستقر حالة المريض ولا يتراجع وضعه الصحي مرة اخرى.

وهذا ما اكده (المغربي، 2015) من ان هدف العلاج هو زيادة فترات التحسن والتقليل من حدة المرض أو منع حدوث الانتكاسة وسوء الحالة مرة أخرى.

ولا يمكن متابعة حالة المريض الا من خلال مؤسسات مختصة، تهتم بتطور المرض او تراجعه، لذا أكدت زوجات المرضى على أن من اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى تمثلت في المرتبة الثانية بـ (توفير المؤسسات المختصة)، التي تتابع حالة المرضى، وتوفر الدواء المناسب، والمختصين، والتوجيه والارشاد المناسبين للمريض والاسرة.

اما عن الاحتياج الثالث والمهم في هذه الدراسة ضمن اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى والتي تمثلت في (توفير المساعدات المالية)، حيث سبق وبين الباحث ما تعانيه الاسرة من ضغوط اقتصادية بسبب مرض الزوج، والتي يترتب عليها احيانا الفصل من العمل، او عدم القدرة عليه، وعدم وجود مصادر دخل اخرى للأسرة، وهذا يعني مضاعفة النفقات سواء على العلاج او النفقات اليومية للأسرة، وما يزيد الامر سواء احيانا وجود طلبة جامعيين بحاجة لمصاريف ونفقات اكبر.

9.1.5 مناقشة نتائج السؤال (المفتوح) التاسع.

ما هي اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن؟

يتضح من الجدول (39.4) أن اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن تمثلت في (استراتيجية البعد الديني) حيث بلغ عدد التكرارات (44) ما نسبته (40.8%) من عينة الدراسة، وجاء في المرتبة الثانية (استراتيجية الدعم والمساندة) حيث بلغ عدد التكرارات (29) ما نسبته(26.6%) من عينة الدراسة. وجاء في المرتبة الثالثة (استراتيجية حل المشكلات) حيث بلغ عدد التكرارات (27) ما نسبته(24.8%) من عينة الدراسة.

بالاعتماد على الناتج الواردة في السؤال المفتوح السابق الذي قام الباحث بتوجيهه لزوجات مرضى الفصام، تبين ان غالبية الزوجات يلجأن إلى الدين كوسيلة من وسائل الراحة والطمأنينة النفسية، فغالبيتهن اكدنا لجوئهن إلى الصبر، والرجوع إلى الدين والصلاة، وقيام الليل، والتقرب إلى الله، وقراءة القران، والاستماع إلى القران، والدعاء، والتسبيح، وهذا قد يكون بسبب اعتقادهن الجازم بان الله وحده هو القادر على علاج ازواجهن، والتخفيف من معانتهن. وهذا مايتفق مع ماجاء به (بريك, وشوكت, 2008) أن الدين يساعد على الأرتقاء بالصحة النفسية بالنسبة للكثيرين. فالناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية, يقرون بوجود درجة أكبر من الرضى في حياتهم.

ولم تغفل الزوجات عن دور المساندة الاجتماعية واهميتها في التخفيف من ضغوطاتهن وتعزيز قدراتهن على التكيف، لذا جاء في المرتبة الثانية أن من اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن تمثلت في (استراتيجية الدعم والمساندة)، حيث اجابت الزوجات على السؤال المفتوح السابق بانهن يلجأن إلى تفريغ الضغوطات في العمل مع الصديقات، وطلب المساعدة العائلية، والزيارات العائلية، وزيارة الاصدقاء، ومشاركة الناس في مناسباتهم، والتواصل مع الابناء والتحدث اليهم، واللجوء إلى الاسرة عند الحاجة.

فالدعم الاجتماعي والمساندة بشكل فعال يقلل من الضغط النفسي مثل الاكتئاب أو القلق والتوتر، ويرتبط بمجموعة متنوعة من الفوائد الصحية والجسدية، بما في ذلك التكيف الإيجابي، وعلى العكس يمكن أن يكون نقص الدعم الاجتماعي خلال الأوقات العصبية مؤلم جداً، خاصة بالنسبة لزوجات مرضى الفصام.

وهذا يتفق مع ما بينه (زايد، 2013) من ان صور المساندة الاجتماعية تتعد فقد تأخذ شكل المساندة الانفعالية (الرعاية والثقة والتجاوب)، أو قد تكون مساندة بالمعلومات (بإعطاء الفرد معلومات أو تعليمه مهارات تساعده في حل مشكلاته)، أو قد تكون مساندة من خلال التدعيم الأدائي (المساندة في العمل والمساعدة المالية)، أو قد تكون مساندة بالتقدير. ايضا يتفق ذلك ما جاءت به دراسة Freindmann and Goldstein (2009) التي بينت ان بعض العائلات اظهرت تفاعل مع مرضاهم ومحاولتهم في التخفيف من معاناة مرضاهم.

كذلك يعزو الباحث السبب في وجود (استراتيجية حل المشكلات) ضمن أهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن، حيث اجابت الزوجات على السؤال المفتوح السابق بانهن يلجأن إلى تفريغ الضغوطات من خلال محاولة التفكير بكل ما يجري من حولهن، والتفكير بعمق في حلول مختلفة خاصة فيما يتعلق بطبيعة العلاج وتوفير ما يلزم، والتفكير بمواجهة كل ما يدور حولهن من تدخلات اسرية، ومناقشة الابناء حول مرض ابيهم وحاجته للمتابعة والعلاج المستمرين، والاستفادة من التجارب السابقة التي مرت بها الزوجة.

وهذا قد يعود إلى اهمية استراتيجية حل المشكلات في الحد من تطور المشكلة خاصة فيما يتعلق بالحياة الاسرية، حيث ان الزوجة اذا لم تستطع الوقوف امام المشكلات الحياتية، فان قصورها في حل المشكلات يدخلها بدوره في مازق تولد الضغوطات النفسية وتطورها.

2.5 التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصل إليها الباحث في الدراسة الحالية حول الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين، خلصت إلى التوصيات والمقترحات الاتية:

1. يوصي الباحث بعمل برامج إرشادية وعلاجية ووقائية تستهدف زوجات المرضى الفصاميين من أجل تقوية استراتيجيات التكيف لديهن ولخفض الضغوطات النفسية التي يواجهنها. وذلك من خلال المؤسسات الحكومية والأهلية والدولية.

2. يوصي الباحث بإنشاء مؤسسات متخصصة لرعاية وتأهيل زوجات المرضى الفصاميين لتقديم الخدمات المختلفة مثل: الدعم النفسي والعلاجي من جهة والترفيهية من جهة أخرى، وبناء الذات ومهارات حياتية أخرى (إدارة الضغوط، حل المشكلات، التفاوض).

4.يوصي الباحث بتوفير مجموعة من البرامج التأهيلية، والتثقيفية، والارشادية، بحيث تشمل مشاركة زوجات مرضى الفصام وذويهم، لزيادة قدراتهم في التعامل مع مرض ازواجهم للتخفيف من ضغوطاتهم اليومية وذلك من خلال المؤسسات العلاجية، الحكومية، والاهلية، التي تقدم العلاج لمرضى الفصام.

5. يوصي الباحث بتوفير المعلومات حول مرضى الفصام وأسرهم في المجتمع، وكيفية الوصول إليهم، للمساهمة في التعرف على أحتياجاتهم المادية والنفسية، وتقديم الدعم المناسب لهم.

7. يوصي الباحث بعمل المزيد من الدراسات والأبحاث العلمية التي تتناول موضوع الضغوطات النفسية وعلاقتها بأستراتيجيات التكيف لتشمل جميع زوجات مرضى الفصام في فلسطين.

قائمة المصادر والمراجع:

اولا: المراجع العربية:

1. القران الكريم
2. أبو أسعد، أحمد. (2015). **الصحة النفسية منظور جديد**. ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الاردن، عمان.
3. راجح ،أحمد.(2009).**اصول علم النفس** ،ط1 ،دار الفكر للنشر والتوزيع ،عمان ،الاردن.
4. أبو حطب، صالح. (2003). **الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة** الفلسطينية في محافظة غزة، **رسسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة.
5. ابو فايد، ريهام. (2016). **المناخ الاسري وعلاقته بتوكيد الذات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي، رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الاسلامية بغزة، فلسطين.
6. الخالدي، أديب. (2009). **المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة**، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.
7. الخالدي،عطا الله، والعلمي، دلال. (2009). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. ط1**، دار صفاء للنشر والتوزيع، **عمان، الأردن**.
8. الخالدي، اديب. (2001).**الصحة النفسية**. ط1،الدار العربية للنشر والتوزيع
9. ألعناتي،حنان.(2003).**الصحة النفسية**. ط2، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
10. عبد العزيز، مفتاح. (2010). **مقدمة في علم نفس الصحة**،ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
11. العبيدي، محمد.(2009).**علم النفس الاكلينيكي**. ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
12. الحياني، صبرى. (2011).**الصحة النفسية والعلاج النفسي الإسلامي**. ط1 ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان ،الاردن.
13. الامارة، أسعد. (2016). **جدل الإنسان قراءات نفسية اجتماعية**. ط 1، الدار المنهجية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

14. الحجاوي، عبدالكريم.(2004). **موسوعة الطب النفسي**. ط1، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
15. باول، تريفول. (2008). **الصحة النفسية**. ط1، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
16. بركات، زياد. (2006). **الاتجاة نحو الالتزام الديني**. مجلة جامعة الخليل، فلسطين، ع (2) م (2)، ص ص 110 – 139
17. بريخ، شادي. (2014 م).**استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بجودة الحياة الاسرية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الاقصى، فلسطين.
18. بقيون، سمير. (2007). **الطب النفسي**. ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
19. تعيلب، احمد عبد الجواد. (2013). **الاضطرابات النفسية والضغوط وعلاقتها بحياة المسنين**. ط1، دار العلم للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
20. جعفر،غسان. (2002).**الأمراض العصبية والنفسية**. ط1، دار المناهل للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
21. تفاحة، جمال، وحسيب، عبد المنعم. (2002). الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط دراسة سيكومترية مقارنة بين البدو والحضر. **مجلة الإرشاد النفسي**، مجلة علمية محكمة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر. ع (15). ص ص 258– 290.
22. حامد، سعيد.(1999). إستخدام أساليب العلاج الأسري في خدمة الفرد في زيادة معدل التوافق الزواجي بين الزوجين في الأسرة. **مجلة دراسات في الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية**، مصر، ع (7)، ص ص 338 – 297
23. حجازي، مصطفى. (2015). **الاسرة وصحتها النفسية المقومات، الديناميات، العمليات**. ط 1، المركز الثقافي العربي للنشر والتوزيع، الدار البيضاء، المغرب.
24. حسن، ناصر. (2007). **الموسوعة الصحية النفسية للعائلة**. ط 1، دار اليقظة الفكرية، سوريا، دمشق.
25. حسنين، عائدة.(2004). **الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.

26. حسين، طه، وحسين، سلامة. (2006). **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**. ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
27. حكيم، طلعت. (2017). التحسن النفسي لدى مرضى الفصام الذين خضعوا للعلاج النفسي والتحليلي، **مجلة علم النفس**، مصر. ع (115). ص ص 165- 170.
28. الخالدي، اديب. (2015). **علم النفس الاكلينيكي**. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن، عمان.
29. الحسن، هويدا. (2007). الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالاضطرابات العقلية واساليب مواجهتها. **مجلة العلوم التربوية**، ع(2). ص ص 77- 85.
30. الخولى، هشام عبد الرحمن. (2004). فعالية العلاج المعرفي السلوكى في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة. **مجلة الارشاد النفسي**، ع (18). ص ص 87- 110.
31. الداهري، صالح. (2005). **مبادئ الصحة النفسية**، دار وائل للنشر والتوزيع ط 1، الأردن، عمان.
32. الرفاعي، نعيم. (1982). **الصحة النفسية دراسة في سيكلوجية التكيف**. ط1، محفوظة لجامعة دمشق، دمشق، سوريا.
33. زايد، سامي. (2013). استخدام المساندة الاجتماعية في تنمية التفكير الابتكاري لجماعات الموهبين. **مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية**، ع (34)، ج (18)، ص ص 6835 – 6884.
34. زهران، حامد. (1982). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
35. زهران، حامد.(1997). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. ط 3، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
36. سرحان، وليد. (2000). **الفصام**، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
37. وزارة الصحة – السلطة الفلسطينية. (2016). **التقرير الصحي السنوي**. مسح بالخدمات الصحية لكل مواطن فلسطيني، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2016، ص 44- 49.

38. شحادة، مروة. (2012). **درجة الاستقرار العائلي لدى أهالي مرضى الفصام العقلي في قطاع غزة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
39. شعبان، كاملة، وتيم، عبد الجابر. (1999). **الصحة النفسية للطفل**. ط 1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
40. شوكت، رنا. (2016). الضغوط التي يتعرض لها الباحثون الاحتماعيون وعلاقتها بالرضى عن العمل. **مجلة الأستاذ**، م (1) ع (205). ص ص 692- 718.
41. الشيخ، مبارك. (2007) **الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين، السودان.
42. الصواف، منى، والحلبي، قتيبة. (2001). **الصحة النفسية للمراة العربية**. ط 1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة،مصر.
43. الصيخان، ابراهيم. (2010). **الاضطرابات النفسية والعقلية (الاسباب والعلاج)**. ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
44. أبو دلو، جمال. (2009) **الصحة النفسية**. ط1، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
45. الظفيري، علي. (2008). **مظاهر واسباب واساليب مواجهة الضغوط الوالدية**. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، مصر.
46. العابدين، زينب. (2008). أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بأبعاد تقدير الشخصية لدى العاملات بجامعة الملك عبد العزيز بجدة، **مجلة كلية التربية، ع (32) ج (2)**. ص ص 220 – 260.
47. عبد الخالق، أحمد. (1990). **أسس علم النفس العام**. ط1، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر.
48. سلاف، مشرف.(2016). الضغط النفسي في المجال المدرسي. **مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية**، ع (29)، ص ص 3-16).
49. عبد الرحمن، علي. (2008). **الضغوط النفسية القاتل الخفي (الاسباب –الاثار – العلاج)**. ط 3، دار اليقين للنشر والتوزيع، مصر، القاهرة.
50. عبد الرحيم، ابراهيم. (2008). **الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام العقلي وعلاقتها بنوعية الحياة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم،السودان.

51. عودة، محمد. (2010) **الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الإجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غز**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأسلامية، غزة.

52. شحادة، أماني. (2011). **دراسة مقارنة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى ابناء العاملات وغير العاملات في المؤسسات الخاصة في مدينة غزة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.

53. الخالدي، فؤاد، والعلمي، دلال. (2009). **الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق**، ط1،دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

54. عبد الوهاب، طارق، وسعيد، مروة. (2017). الفروق بين الاعراض الموجبة والسالبة لدى مرضى الفصام بدلالة بعض المتغيرات الديمغرافية. **مجلة علم النفس**،. ع (115). ص ص 69- 75.

55. عبدالله، محمد. (2004). **مدخل إلى الصحة النفسي**. ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

56. عبيد، ماجدة. (2008). **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**. ط1، دار صفاء، عمان، الأردن.

57. عبيد، وسام، سرحان، عدنان. (2013). خبرة الزواج لدى مرضى الفصام الذهاني. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح، فلسطين.

58. عرفة، صفاء. (2014). **قوة الأنا وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في محافظة غزة في ضوء بعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.

59. العيسوي، عبد الرحمن. (2011). **البارنويا والصحة النفسية**. ط 1، منشورات الحلبي الحقوقية، القاهرة، مصر.

60. العيسوي، عبد الرحمن. (2000). **الجريمة والإدمان**. ط1، الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.

61. الحبيب، طارق. (2008).**الفصام**. ط1، حورس للنشر والتوزيع، مصر، القاهرة.

62. بريك، وسام، وداود، فوزي. (2008) **علم النفس الصحي**. ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

63. زايد، فهد.(2013). **فن التعامل مع التوتر والقلق**. ط1، دار يافا للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
64. رشدى، هند. (2015).**المشاكل النفسية**. ط1، دار الخلود للنشروالتوزيع، عمان، الاردن.
65. غانم، محمد حسن. (2007). **مقدمة في علم الصحة النفسية**. ط 1، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
66. غانم، محمد حسن. (2017). تاريخ الامراض الذهانية (الفصام نموذجا)، **مجلة علم النفس**،. ع (115). ص ص 27- 44.
67. غراب، اسماء. (2015). **فعالية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوطات النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
68. الغرير، أحمد كامل. (2010). **برنامج إرشاد نفسي نموذج في التربية الخاصة**. ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.
69. الغرير، احمد ، وأبو اسعد، احمد. (2009). **التعامل مع الضغوط النفسية**. ط 1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
70. غيث، سعاد. (2006). **الصحة النفسية للطفل**. ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
71. قحطان، محمد، وخضير، علي. (2013). جودة الحياة في مرضى الفصام. العلاقة مع الخصائص الشخصية. **المجلة الوطنية العراقية لتخصصات التمريض**، م (22) ع (1) ص ص 83-92.
72. قطيشات، نازك، التل، امل.(2009). **قضايا في الصحة النفسية**. ط ا، دار كنوز للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
73. كاطع، زينب.(2016). الضغوط النفسية وعلاقتها بارتقاء النسق القيمي لدى معلمات رياض الاطفال- دراسة ميدانية، **مجلة مركز دراسات الكوفة**. م (22) ص ص 241-282.
74. مسودة، سحر الدين. (2013). **مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة ذوي الإعاقة نزلاء جمعية الاحسان الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين**. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة القدس، فلسطين.

75. مشرف، سلاف. (2016). الضغط النفسي في المجال المدرسي – المفهوم والمصادر، واستراتيجيات المواجهة. **مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية**، ع (29). ص ص 3-16.

76. المغربي، انس. (2015). **رحلة إلى الأمل مع مريض الفصام**. ط1، منشاة المعرف للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

77. المنسي، حسن.(2001). **الصحة النفسية**. ط2، دار الكندي للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

78. يخلف، عثمان. (2001). **علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة**. ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، قطر.

79. العناتي، حنان.(2003).**الصحة النفسية**. ط2، دار الفكر للنشر والتوزيع ،عمان ،الاردن.

80. عبد الباقي، علا. (2014). **الصحة النفسية وتنمية الانسان**. ط1، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة ، مصر.

81. بقيون، سمير. (2015). **الطب النفسي**. ط1، دار اليازوري للنشر ووالتوزيع، عمان، الاردن.

ثانياً: المقابلات:

محمد الخواجا: طبيب نفسي، وزارة الصحة الفلسطينية **مقابلة حول عينة زوجات مرضى الفصام في محافظة رام الله والبيرة**، رام الله، فلسطين، بتاريخ 2017/12/4.

نضال حمد: رئيس قسم الصحة النفسية بوزارة الصحة وطبيب نفسي، وزارة الصحة الفلسطينية، **مقابلة حول عينة دراسة زوجات مرضى الفصام في محافظة رام الله** والبيرة، ، **مقابلة فردية**، رام الله، فلسطين. بتاريخ 2017/12/3

ثالثاً: المراجع باللغة الانجليزية:

1- Bradshaw, W; John S. (2007). Subjective experience in schizophrenia: Factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. **American Journal of Orthopsychiatry**, 69(2), 254-260.

2- Thara R, Srinivasan T. (1997). Outcome marriage in schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 32(7), 416-20

3- Jungbauer, J, Wittmund, B, Dietrich, S & Angermeyer, M, C (2014). The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients. **Schizophrenia Bulletin**, 30(3), 665- 675.

4- Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Solomon, P. (2015). Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. Asia-Pacific, **journal of public health**. 27(6). 652-660.

5- Kaushik. P.. & Bahatia. M. S. (2013). Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Delhi Psychiatric Journal**, Vol. 16. No. 1. pp. 83-89.

6- Lukmanul, M.N.(2013).A study on the psycho-Social Problems Facedby the spouses of patients with schizophrenia Caregivers: Impact of family psychoeducation and Awarenes of patient Suicidality. **family process**, 42(1), 92-103..

7- Mueser KT, Gingerich S. (2006).**The complete family Guide to Schizophrenia; Helping YOUR loved One Get The Most Out Of Life**. New York: Guilfordpress.

8- Levine J, Levine IS.(2009). **Schizophrenia For Dummies**. Hoboken: Wiley Publishing.

9- Peter G. hanson, M.D. (2005). The New Joy Of Stress; Jarir Bookstore.

10- Lazarus, R.s. (1993) coping theory and research: past , present, future. **Psychosomatic Medicine**, 55, 234-247.

11- Asbell, L.B (1989):Style **of ccoping, Daily and Hardiness as Mediatros and Outcome in stress-Illnness Relationship**. Prospective study DAI-B, 94/12, P5510.

12- De-Wilde, E, et al (1994): Social support, life events‹and behavioral characteristic of psychologically depressedadolescents. **Journal of Adolescence**, Vol.29, No.113, pp49-60.

13- Holahan, C, &, Moos, R (1985). life Stresses and health personality, coping‹and family support in stress resistance. **Journal of Abnormal Psycholog**, Vol.(3), pp739-747.

الملاحق

الملحق رقم (1) قائمة المحكمين لادوات الدراسة قبل التعديل

استبانة الضغوط النفسية، واستبانة استراتيجيات التكيف

الرقم	الاسم	التخصص	مكان العمل
1.	أ. د. حسني عوض	ارشاد تربوي	جامعة القدس المفتوحة
2.	د. عايد الحموز	ارشاد نفسي	جامعة الاستقلال /اريحا
3.	د. ابراهيم المصري	ارشاد نفسي	جامعة الخليل
4.	محمد عبد الفتاح عجوة	علم النفس التربوي	جامعة الخليل
5.	د. حاتم عابدين	التربية الخاصة	جامعة الخليل
6.	كمال سلامة	ارشاد نفسي وتربوي	جامعة القدس المفتوحة
7	د. عمر الريماوي	علم النفس	جامعة القدس /ابو ديس
8.	د. اياد الحلاق	علم النفس	جامعة القدس /ابو ديس
9.	د. نجاح محمود الخطيب	الصحة النفسية	جامعة القدس /ابو ديس
10.	د. سمير اسماعيل شقير	الصحة النفسية	جامعة القدس /ابوديس
11.	أ. خضر رصرص	علم النفس الاكلينيكي	مركز تاهيل ضحايا التعذيب /رام الله
12.	د. اشرف محمد حسن ابو خيران	التربية الخاصة	جامعة القدس /ابو ديس
13	د. حسين حمايل	ادارة تربوية	جامعة القدس المفتوحة
14	د. عدنان سرحان	الصحة العامة	جامعة النجاح

الملحق رقم (2)

قائمة المحكمين لادوات الدراسة بعد التعديل

استبانة الضغوط النفسية، واستبانة استراتيجيات التكيف

الرقم	الاسم	التخصص	مكان العمل
.1	أ. د. حسني عوض	ارشاد تربوي	جامعة القدس المفتوحة
.2	د. عايد الحموز	ارشاد نفسي	جامعة الاستقلال /اريحا
.3	د. ابراهيم المصري	ارشاد نفسي	جامعة الخليل
.4	محمد عبد الفتاح عجوة	علم النفس التربوي	جامعة الخليل
.5	د. حاتم عابدين	التربية الخاصة	جامعة الخليل
.6	كمال سلامة	ارشاد نفسي وتربوي	جامعة القدس المفتوحة
7	د. عمر الريماوي	علم النفس	جامعة القدس /ابو ديس
.8	د. اياد الحلاق	علم النفس	جامعة القدس /ابو ديس
.9	د. نجاح محمود الخطيب	الصحة النفسية	جامعة القدس /ابو ديس
.10	د. سمير اسماعيل شقير	الصحة النفسية	جامعة القدس /ابوديس
.11	أ. خضر رصرص	علم النفس الاكلينيكي	مركز ضحايا التعذيب /رام الله
.12	د. اشرف محمد حسن ابو خيران	التربية الخاصة	جامعة القدس /ابو ديس
13	د. حسين حمايل	ادارة تربوية	جامعة القدس المفتوحة
14	د. عدنان سرحان	الصحة العامة	جامعة النجاح

الملحق رقم (3)

الاستبانة في صورتها قبل النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

رسالة المحكمين

حضرة السيد الدكتور الفاضل:..... حفظه الله ورعاه

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان:" الضغوط النفسية وعلاقتها باستراتيجات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة " **وهي** جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير في الارشاد النفسي والتربوي ولهذا الغرض اعد الباحث استبانتين، وبعض الاسئلة المفتوحة " باشراف الدكتورة: سهير الصباح.

وقد قام الباحث بالاطلاع على ادبيات البحث والمقاييس التربوية والدراسات السابقة، من اجل تحقيق هدف الدراسة

الاستبانة الأولى: الضغط النفسي، تم اعتماد استبانة اسماء غراب (2017) في قياس الضغط النفسي والتي تم تطبيقها على عينة من زوجات مرضى الفصام العقلي بغزة، وتم تحديد ابعاد الضغوط النفسية إلى اربعة ابعاد **وهي: البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد الاسري، البعد الاقتصادي.**

الاستبانة الثانية: استراتيجيات التكيف من اعداد الباحث وتشمل سبعة استراتيجيات **وهي: حل المشكلات، الدعم والمساندة، التجنب، التفريغ النفسي، البعد الديني، الاسترخاء)**

الاسئلة المفتوحة: تم اعتماد اربعة اسئلة خاصة بالضغوط النفسية واستراتيجيات التكيف لدى زوجات مرضى الفصام العقلي .

الباحث

ماجد صالح الصوص

أختي الفاضلة / **الاداة في الصورة الاولى**

جامعة القدس

تحية طيبة وبعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان: **الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة**، وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، راجيا التكرم بالإجابة عن فقرات الاستبانة ووضع إشارة (X) حول العبارة التي تتفق ووجهة نظرك.

شاكرا لكن جهودكن وأمانتكن وحسن تعاونكن وحرصكن على إنجاح هذه الدراسة، علماً أن الإجابات ستعامل بسرية ولا تشكل أي نوع من الاختبار، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

مع فائق الاحترام والتقدير الباحث: ماجد الصوص

إشراف: د. سهير الصباح

أولا – البيانات الشخصية...

ضعي إشارة (X) أمام الإجابة التي ترينها مناسبة:

1. مكان السكن: 1. مدينة ☐ 2. قرية ☐ 3. مخيم ☐
2. عمر الزوجة: 1. اقل من 30 ☐ 2. بين 30 – 40 ☐ 3. أكثر من 40 ☐
3. المؤهل العلمي للزوجة: 1. أساسي ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐
   4. بكالوريوس فأعلى ☐
4. المهنة: 1. ربة بيت ☐ 2. موظفة ☐ 3. عاملة ☐
5. إقامة المريض: 1. داخل المستشفى ☐ 2. خارج المستشفى ☐
6. عدد سنوات مرض الزوج: 1. اقل من 5 سنوات ☐ بين 5–10 سنوات ☐
   3. أكثر من 10 سنوات. ☐
7. الوضع الاقتصادي: 1. ممتاز ☐ 2. جيد ☐ 3. متوسط ☐ 4. متدني ☐

يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي ترينه مناسباً لكِ.

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	أبدا
		تصلح	لا تصلح	اقتراح التعديل
المجال النفسي				
.1	أنام أكثر من المعتاد هروبا من الواقع.			
.2	مرض زوجي يجعلني أعاني من الأرق وصعوبة النوم.			
.3	أجد صعوبة في التكيف مع ظروفي الحالية الخاصة بمرض زوجي.			
.4	أعاني من الوحدة بعد مرض زوجي.			
.5	تؤلمني نظرة الحسرة التي أجدها في عيون أبنائي لمرض أبيهم.			
.6	أشعر بالعجز أمام مشكلات أبنائي.			
.7	تميل تصرفاتي للعصبية الشديدة.			
.8	أشعر بالأسى لاعتقادي بأن أحلام أبنائي تحطمت بسبب مرض أبيهم.			
.9	أشعر باليأس من إمكانية شفاء زوجي.			
.10	تنتابني نوبات كثيرة من البكاء بلا سبب واضح.			
.11	أشعر بالحرمان من حنان واهتمام زوجي نتيجة مرضه.			
.12	أشعر بأنني أقل حظا من الأخريات من النساء.			
.13	أشعر بعدم الأمان في ظل مرض زوجي.			
.14	أحزن عند مقارنة حالتي بالزوجات الأخريات.			
.15	أشعر بالتخبط عند اتخاذ القرارات.			
.16	أشعر بالخجل العميق بسبب زوجي المريض نفسيا.			
المجال الاجتماعي:				
.17	تعاملني صديقاتي معاملة مختلفة بعد مرض زوجي مما يشعرني بالإهانة			
.18	أجد صعوبة في إقامة علاقات جديدة مع الآخرين.			
.19	يحزنني تجاهل الجيران لنا.			
.20	أشعر بالنبذ من الآخرين لتردد زوجي على مستشفى الأمراض النفسية.			
.21	أشعر بالأسى لأنني لا أجد من يعينني في حل المشكلات الاجتماعية التي تواجهني.			
.22	أخشى كلام الناس عند قيامي بأي تصرف.			
.23	يضايقني عدم تقدير الناس لمعاناتي.			
.24	أرغب في الانتقال مع أولادي لمكان أخر بعيداً عن الناس.			

25.	أعاني من عدم الإحساس بمكانتي الاجتماعية بين الناس.			
26.	يتجاهل الآخرون دعوتي في مناسباتهم الاجتماعية.			
27.	علاقاتي الاجتماعية متوترة في أغلب الأحيان.			
28.	أفتقد الثقة في التعامل مع الآخرين.			
29.	أشعر بعدم الاهتمام بي في المواقف الاجتماعية.			
30.	تؤلمني نظرة المجتمع السلبية لنا.			
31.	يؤلمني تجنب الآخرين الاحتكاك بنا والتعامل معنا.			
المجال الأسري:				
32.	يقلقني لا مبالاة الأسرة للوضع الذي نعيشه.			
33.	يؤلمني عدم تقدير الزوج لتضحياتي حفاظاً على مستقبل أبنائي.			
34.	علاقاتي الخاصة مع زوجي غير مرضية.			
35.	يؤلمني تحمل مسؤولية أسرتي كاملة وعدم مبالاة زوجي نتيجة مرضه.			
36.	أعاني من سوء معاملة أفراد الأسرة لي			
37.	أشعر بالقهر من القيود التي يفرضها الأهل على تحركاتي.			
38.	أعاني من ضعف المساندة التي تقدمها أسرتي لي.			
39.	يضايقني زيادة تدخل الأقارب في شئوننا الأسرية بعد مرض زوجي.			
40.	أخشى أن يؤثر مرض زوجي على زواج أبنائي وبناتي مستقبلا.			
41.	تقلقني سوء معاملة أبنائي لأبيهم المريض.			
42.	يؤلمني التفكك الذي أصاب أسرتي بسبب مرض أبيهم.			
43.	يزعجني شعوري بعدم تحمل كل فرد في الأسرة لمسؤولياته.			
44.	اشعر بعدم الدفء العائلي نتيجة الجو الأسري غير الصحي.			
المجال الاقتصادي:				
45.	يؤلمني عدم تفهم الأسرة لحالتنا المادية السيئة.			
46.	ترهقني مصاريف أبنائي الدراسية.			
47.	يؤلمني حرمان بعض أبنائي من التعليم لقلة الدخل.			
48.	يصعب علي أداء الكثير من التزاماتي المادية.			
49.	أشعر بثقل المسؤولية للعبء المادي.			
50.	يؤلمني لجوئي للاقتراض من الآخرين لتلبية احتياجاتنا المعيشية.			
51.	يؤلمني معاناة أبنائي من سوء التغذية لعدم مقدرتي على الوفاء باحتياجاتهم الغذائية.			

52.	أشعر بالإحباط لعجزي عن توفير المال الكافي لمتطلباتنا الأساسية.			
53.	أشعر بالأسى عند إجبار أبنائي على ترك المدرسة لمساعدتنا في نفقات الأسرة.			
54.	يؤلمني عدم تمكني من الوفاء بالحد الأدنى من مقومات الحياة.			
55.	تزيد معاناتي بزيادة متطلبات الحياة.			

يتبع الأسئلة المفتوحة

مع فائق الاحترام والتقدير

الأسئلة المفتوحة:

أولا- خاصة بزوجات المرضى الفصاميين:

س1: ما هي أكثر الصعوبات التي تواجهينها بسبب مرض زوجك ؟

س2: ما هي أهم مصادر الدعم التي تساندك للتخلص من الضغوطات التي تواجهينها بسبب مرض زوجك ؟

س3: ما هي أهم الاحتياجات التي تطالبين بتوفيرها لزوجك المريض ؟

ثانيا – أسئلة خاصة بالعاملين مع المرضى النفسيين:

س1: ما هي ابرز الضغوطات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين ؟

س2: ما هي استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرض الفصاميين للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض الزوج ؟

س3: ما هي أهم الاحتياجات التي تطالبون بتوفيرها للمرضى وزوجاتهم ؟

القسم الثاني: استبانة خاصة بعنوان (استراتيجيات تكيف زوجات المرضى الفصامين مع الضغوطات النفسية التي يواجهنها في حياتهن اليومية..

يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي ترينه مناسباً لكِ.

الرقم	العبارة	دائما	غالبا	أحياناً	نادرا	مطلقا
		تصلح	لا تصلح	اقتراح التعديل		
استراتيجيات حل المشكلات						
.1	عندما اتخذ قراراً فإنني أفكر بعمق في الخيارات المتاحة والممكنة.					
.2	انظر إلى المشكلات التي تواجهني أحيانا بشكل ايجابي.					
.3	استفيد من خبراتي السابقة في حل المشكلات الحالية.					
.4	أحاول أيجاد بدائل واستراتيجيات لحل المشكلة.					
.5	أفكر بواقعية قدر الإمكان في الظروف الصعبة التي أواجهها.					
.6	أحاول الاستفادة من تجاربي الخاصة في مواجهة ضغوطاتي الحالية					
.7	عندما تواجهني مشكلة فإنني أحاول فهم الأسباب قبل اتخاذ قرار بحلها.					
استراتيجيات الدعم والمساندة						
.8	أحاول الاستفادة من تجارب وخبرات الآخرين في مواجهة المواقف الضاغطة اليومية					
.9	ألجأ إلى أخصائي نفسي للمساعدة عندما أتعرض للضغوطات النفسية.					
.10	أناقش ضغوطاتي اليومية مع الآخرين للحصول على الدعم والمساندة.					
.11	أقوم بزيارة أصدقائي وأقاربي بهدف التخفيف من الضغوطات التي أواجهها.					
.12	أفكر بواقعية في حل مشكلاتي الخاصة عند تعرضي للضغوطات اليومية.					
استراتيجيات المواجهة الفعالة						
.13	أدرك أهمية التحكم بردود أفعالي عند مواجهتي للضغوطات اليومية.					
.14	أحتاج لوقت طويل لاسترجاع أفكاري ومشاعري بعد تعرضي لضغوطات نفسية.					
.15	أواجه الشخص الذي تسبب في شعوري بالضغط.					
.16	أثابر من أجل الحصول على ما أريد.					
.17	أواجه المشكلة التي تسببت في شعوري بالضغط النفسي بشكل فوري.					
استراتيجيات التجنب						
.18	أخرج من المنزل عندما تواجهني ضغوطات شديدة.					

.19	أميل إلى العزلة والانطواء بسبب ضغوطاتي اليومية.			
.20	أدرك أهمية التحكم بردود أفعالي عند مواجهتي للضغوطات اليومية.			
.21	أبتعد عن التفكير بالمشكلة عندما أواجه موقفاً ضاغطاً.			
.22	يؤلمني عدم تفهم المجتمع لمشكلاتي وضغوطاتي النفسية.			
استراتيجيات التفريغ النفسي				
.23	أمارس بعض التمارين الرياضية عند تعرضي لمواقف ضاغطة.			
.24	أستخدم الرسم والكتابة كوسيلة للتخفيف من ضغوطاتي اليومية.			
.25	اقوم بنزهة قصيرة عندما أكون تحت الضغط.			
.26	ألجأ إلى سماع الموسيقى والغناء للتخفيف من الضغوطات التي أواجهها.			
.27	الجأ للضحك للتخفيف من المواقف الضاغطة.			
استراتيجيات البعد الديني				
28	ألجأ إلى قراءة القران عندما أكون في موقف ضاغط.			
.29	ألجأ إلى التقرب إلى الله والدعاء عندما أكون تحت الضغط.			
.30	ألجأ إلى رجال الدين والخطباء عندما أتعرض لموقف ضاغط.			
.31	أشعر أن الله يختبر صبري عندما أتعرض لموقف ضاغط.			
.32	الجا إلى الصلاة عند شعوري بالضغط النفسي.			
استراتيجيات الاسترخاء				
33	أدرك أهمية الاسترخاء كوسيلة للتخفيف من ضغوطاتي اليومية.			
.34	ألجأ إلى الاسترخاء على كرسي عندما أشعر بالضغط.			
.35	ألجأ إلى إغماض عيني عندما أشعر بالضغط.			
.36	أخذ نفسا عميقا بواسطة الأنف عندما أتعرض للمواقف الضاغطة.			
.37	أستلقي على ظهري فترة طويلة حتى أشعر بالراحة عندما أمر بموقف ضاغط.			
.38	أتذكر المواقف السعيدة التي حصلت معي سابقا وذلك للتخفيف من ضغوطاتي النفسية.			

مع فائق الاحترام والتقدير

ملحق رقم (4)الاداة في صورتها النهائية

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا / كلية العلوم التربوية

أختي الفاضلة /

تحية طيبة و بعد...

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان: **الضغوطات النفسية و علاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله و البيرة**، و ذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي و التربوي، راجيا التكرم بالإجابة عن فقرات الاستبانة و وضع إشارة (X) حول العبارة التي تتفق و وجهة نظرك.

شاكراً لكن جهودكن و أمانتكن و حسن تعاونكن و حرصكن على إنجاح هذه الدراسة، علماً أن الإجابات ستعامل بسرية، و لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

يحق لكم رفض المشاركة أو التوقف عن المشاركة في الدراسة في أي وقت تشاؤون.

مع فائق الإحترام و التقدير الباحث: ماجد الصوص

إشراف: د. سهير الصباح

أولاً – البيانات الشخصية...

ضعي إشارة (X) أمام الإجابة التي ترينها مناسبة:

1. مكان السكن: 1. مدينة ☐ 2. قرية ☐ 3. مخيم ☐
2. عمر الزوجة: 1. أقل من 30 ☐ 2. بين 31 –40 ☐ 3. أكثر من 41 ☐
3. المؤهل العلمي للزوجة: 1. أساسي ☐ 2. ثانوي ☐ 3. دبلوم ☐
4. بكالوريوس فأعلى ☐
4. المهنة: 1. ربة بيت ☐ 2. طالبة ☐ 3. تعمل ☐ 4. لا تعمل ☐
5. عدد سنوات مرض الزوج: 1. أقل من 5 سنوات ☐ 2. بين 5 – 10 سنوات ☐
   3. أكثر من 10 سنوات. ☐
6. معدل الدخل الشهري: 1. أقل من 2000 شيكل ☐ 2. بين 2000 – 4000 ☐
   3. أكثر من 4000 ☐

ثانياً- الاستبانة الأولى:

يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي ترينه مناسباً لكِ.

الرقم	العبارة	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة قليلة جداً
	الضغوطات النفسية					
.1	أنام أكثر من المعتاد هروبا من الواقع الحالي.					
.2	مرض زوجي يجعلني أعاني من الأرق و صعوبة النوم.					
.3	أجد صعوبة في التكيف مع ظروفي الحالية الخاصة بمرض زوجي					
.4	أعاني من الوحدة بعد مرض زوجي.					
.5	تؤلمني نظرة الحسرة الت أجدها في عيون أبنائي لمرض أبيهم.					
.6	أشعر بالعجز أمام مشكلات أبنائي.					
.7	تميل تصرفاتي إلى العصبية الشديدة.					
.8	أشعر باليأس من إمكانية شفاء زوجي.					
.9	تنتابني نوبات كثير من البكاء بلا سبب واضح.					
.10	أشعر بالحرمان من حنان و اهتمام زوجي نتيجة مرضه.					
.11	أشعر بأنني أقل حظاً من الأخريات من النساء.					
.12	أشعر بعدم الأمان في ظل مرض زوجي.					
.13	أشعر بالتخبط عند اتخاذ القرارات.					
.14	أشعر بالخجل العميق بسبب زوجي المريض نفسياً					
	الضغوطات الاجتماعية					
.15	تعاملني صديقاتي معاملة مختلفة بعد مرض زوجي مما يشعرني بالحرج.					
.16	أجد صعوبة في إقامة علاقات جديدة مع الآخرين.					
.17	يحزنني تجاهل الجيران لوضعنا الأسري.					
.18	أشعر ببعد الآخرين عني لتردد زوجي على مستشفى الأمراض النفسية.					
.19	أخشى كلام الناس عند قيامي بأي تصرف.					
.20	يضايقني عدم تقدير الناس لمعاناتي.					
.21	أرغب في الإنتقال مع أولادي لمكان آخر بعيداً عن الناس.					
.22	أعاني من عدم الإحساس بمكانتي الاجتماعية بين الناس.					
.23	يتجاهل الآخرون دعوتي في مناسباتهم الاجتماعية.					
.24	علاقاتي الإجتماعية متوترة في أغلب الأحيان.					
.25	أفتقد الثقة في التعامل مع الآخرين.					

.26	أشعر بعدم الاهتمام بي في المواقف الاجتماعية.					
.27	تؤلمني نظرة المجتمع السلبية لنا.					
	الضغوطات الاسرية					
.28	تقلقني لا مبالاة أسرتي للوضع الذي نعيشه.					
.29	يؤلمني عدم تقدير الزوج لتضحياتي حفاظاً على مستقبل أبنائي.					
.30	علاقاتي الحميمة مع زوجي غير مرضية.					
.31	أعاني من سوء معاملة أفراد الأسرة لي.					
.32	أشعر بالقهر من القيود التي يفرضها الأهل على تحركاتي.					
.33	أعاني من ضعف المساندة التي تقدمها أسرتي لي.					
.34	يضايقني زيادة تدخل الأقارب في شؤننا الاسرية بعد مرض زوجي.					
.35	أخشى أن يؤثر مرض زوجي على زواج أبنائي و بناتي مستقبلاً.					
.36	يقلقني سوء معاملة أبنائي لأبيهم المريض.					
.37	يزعجني شعوري بعدم تحمل كل فرد في أسرتي لمسؤولياته.					
.38	أشعر بعدم الدفء العائلي نتيجة الجو الأسري غير الصحي.					
	الضغوطات الاقتصادية					
.39	يؤلمني عدم تفهم أسرتي لحالتنا المادية السيئة.					
.40	ترهقني مصاريف أبنائي الدراسية.					
.41	يؤلمني حرمان بعض أبنائي من التعليم بسبب قلة الدخل.					
.42	يصعب علي أداء الكثير من التزاماتي المادية.					
.43	أشعر بثقل المسؤولية للعبء المادي.					
.44	يؤلمني لجوئي للاقتراض من الآخرين لتلبية احتياجاتنا المعيشية.					
.45	تؤلمني معاناة أبنائي من سوء التغذية لعدم مقدرتي على الوفاء باحتياجاتهم الغذائية.					
.46	أشعر بالإحباط لعجزي عن توفير المال الكافي لمتطلباتنا الأساسية					
.47	أشعر بالأسى عند إجبار أبنائي على ترك المدرسة لمساعدتنا في نفقات الأسرة.					
.48	يؤلمني عدم تمكني من الوفاء بالحد الأدنى من مقومات الحياة.					
.49	تزيد معاناتي بزيادة متطلبات الحياة.					

ثالثاً- الاستبانة الثانية:

يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي ترينه مناسباً لكِ.

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
	استراتيجية حل المشكلات					
.1	عند اتخاذ قراراً فإنني أفكر بعمق في الخيارات المتاحة و الممكنة.					
.2	انظر إلى المشكلات التي تواجهني أحياناً بشكل إيجابي.					
.3	أستفيد من خبراتي السابقة في حل المشكلات الحالية.					
.4	أحاول إيجاد بدائل و استراتيجيات لحل المشكلة.					
.5	أفكر بواقعية قدر الإمكان في الظروف الصعبة التي أواجهها.					
.6	أحاول الإستفادة من تجاربي الخاصة في مواجهة ضغوطاتي الحالية					
.7	عندما تواجهني مشكلة فإنني أحاول فهم الأسباب قبل اتخاذ قرار بحلها.					
	استراتيجية الدعم والمساندة					
.8	أحاول الاستفادة من تجارب و خبرات الآخرين في مواجهة المواقف الضاغطة اليومية.					
.9	ألجأ إلى أخصائي نفسي للمساعدة عندما أتعرض للضغوطات النفسية.					
.10	أناقش ضغوطاتي اليومية مع الآخرين للحصول على الدعم و المساندة.					
.11	أقوم بزيارة أصدقائي و أقاربي بهدف التخفيف من الضغوطات التي أواجهها					
.12	أفكر بواقعية في حل مشكلاتي الخاصة عند تعرضي للضغوطات اليومية					
	استراتيجية المواجهة الفعالة					
.13	أدرك أهمية التحكم بردود أفعالي عند مواجهتي للضغوطات اليومية					
.14	احتاج لوقت طويل لاسترجاع أفكاري و مشاعري بعد تعرضي لضغوطات نفسية.					
.15	أواجه الشخص الذي تسبب في شعوري بالضغط.					
.16	أثابر من أجل الحصول على ما أريد.					
.17	اواجه المشكلة التي تسببت في شعوري بالضغط النفسي بشكل فوري					
	استراتيجية التجنب					
.18	أخرج من المنزل عندما تواجهني ضغوطات شديدة.					

.19	أميل إلى العزلة و الإنطواء بسبب ضغوطاتي اليومية.					
.20	أتجنب التفكير بالمشكلة عندما أواجه موقفاً ضاغطاً.					
.21	يؤلمني عدم تفهم المجتمع لضغوطاتي النفسية.					
	استراتيجية التفريغ النفسي					
.22	أمارس بعض التمارين الرياضية عند تعرضي لمواقف ضاغطة.					
.23	أستخدم الرسم و الكتابة كوسيلة للتخفيف من ضغوطاتي اليومية.					
.24	أقوم بنزهة قصيرة عندما أكون تحت الضغط.					
.25	ألجأ إلى سماع الموسيقى و الغناء للتخفيف من الضغوطات التي أواجهها.					
.26	ألجأ للضحك للتخفيف من المواقف الضاغطة.					
	استراتيجية البعد الديني					
.27	ألجأ إلى قراءة كتاب الله عندما أكون في موقف ضاغط.					
.28	ألجأ إلى التقرب إلى الله و الدعاء عندما أكون تحت الضغط.					
.29	ألجأ إلى رجال الدين عندما أتعرض لموقف ضاغط.					
.30	أشعر أن الله يختبر صبري عندما أتعرض لموقف ضاغط.					
.31	ألجأ إلى الصلاة عند شعوري بالضغط النفسي.					
	استراتيجية الاسترخاء					
.32	أدرك أهمية الاسترخاء كوسيلة للتخفيف من ضغوطاتي اليومية.					
.33	ألجأ إلى الاسترخاء على كرسي عندما أشعر بالضغط.					
.34	ألجأ إلى إغماض عيني عندما أشعر بالضغط.					
.35	أخذ نفساً عميقاً بواسطة الأنف عندما أتعرض للمواقف الضاغطة.					
.36	أستلقي على ظهري فترة طويلة حتى أشعر بالراحة عندما أمر بموقف ضاغط					
.37	أتذكر المواقف السعيدة التي حصلت معي سابقاً و ذلك للتخفيف من ضغوطاتي النفسية.					

يتبع

رابعاً: الأسئلة المفتوحة:

س1: ما أكثر الصعوبات التي تواجهينها بسبب مرض زوجك ؟

.....

.....

.....

س2: ما أهم مصادر الدعم التي تساندك للتخلص من الضغوطات التي تواجهينها بسبب مرض زوجك ؟

.....

.....

.....

.....

س3: ما أهم الاحتياجات التي تطالبين بتوفيرها لزوجك المريض ؟

.....

.....

.....

س4: ما أهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لديك للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض زوجك ؟

.....

.....

.....

مع فائق الاحترام و التقدير

ملحق رقم (5) تسهيل مهمة

Al-Quds University
Faculty of Educational Sciences
Dean's Office

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
مكتب العميد

الرقم: ب د ع/17/12/301
التاريخ: 2017/9/16

لمن يهمه الأمر

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،

يقوم الطالب : **ماجد صالح الصوص** ورقمه الجامعي (2140051)، بدراسة تتعلق برسالة ماجستير، بعنوان

" **الضغوط النفسية وعلاقتها باستراجيات التكيف لدى زوجات مرضى الفصام** "

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالب المذكورة أعلاه والتعاون معها للحصول على المعلومات المطلوبة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والله الموفق

دائرة علم النفس
Psychology Dept.

د. نعمير مقبل
منسق برنامج الارشاد النفسي والتربوي/ كلية العلوم التربوية

Telfax 02-2794913 -Jerusalem P.O. Box 20002

تلفاكس 02-2794913 -القدس ص.ب 20002

ملحق (6) تسهيل مهمة من وزارة الصحة

State of Palestine
Ministry of Health - Nablus
General Directorate of Education in Health

دولة فلسطين
وزارة الصحة- نابلس
الإدارة العامة للتعليم الصحي

الرقم: ع ت/ ٢٧٠/ ٢٠١٨
التاريخ: ٢٠١٨/٤/٢٠

Ref.: .....
Date:.....

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

تحية واحترام،،،

الموضوع: تسهيل مهمة طلاب

يرجى تسهيل مهمة **الطالب: ماجد صالح الصوص- ماجستير ارشاد نفسي تربوي- جامعة القدس،** في عمل مشروع بحثي بعنوان: "**الضغوط النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات مرضى الفصام في محافظة رام الله والبيرة**"، لذا يرجى تسهيل مهمته في الحصول على معلومات من خلال تعبئة استبانة الدراسة من قبل زوجات الفصاميين، وذلك بالتواجد مع الاخصائيين الاجتماعيين الموجودين في الصحة عند مراجعة المريض للعيادة، وذلك في:

- **عيادة الصحة النفسية / مديرية صحة رام الله والبيرة**

علما بأنه سيتم الالتزام بمعايير البحث العلمي والحفاظ على سرية المعلومات. كما يرجى العلم ان مشرف البحث: د. سهير الصباح.

مع الاحترام،،،

د. امل أبو عوض
مدير عام التعليم الصحي

نسخة: منسق برنامج الارشاد النفسي والتربوي المحترم/ جامعة القدس

P.O .Box: 14
TelFax: 09-2333901

ص.ب. 14
تلفاكس: 09-2333901

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	قائمة المحكمين لادوات الدراسة قبل التعديل	173
2	قائمة المحكمين لادوات الدراسة بعد التعديل	174
3	الاستبانة في صورتها قبل النهائية	175
4	الاداة في صورتها النهائية	183
5	كتاب تسهيل مهمة	189
6	كتاب تسهيل مهمة من وزارة الصحة	190

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن، وعمر الزوجة، والمؤهل العلمي، والمهنة، وعدد سنوات مرض الزوج، ومعدل الدخل الشهري	72
2.3	أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد الضغوطات النفسية	73
3.3	طول الخلايا لمقياس الضغوطات النفسية	74
4.3	اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس الضغوطات النفسية بناء على اراء المحكمين	75
5.3	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات الضغوطات النفسية مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس	76
6.3	نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة	77
7.3	أرقام الفقرات الخاصة بكل بعد من أبعاد مقياس استراتيجيات التكيف	78
8.3	طول الخلايا لمقياس استراتيجيات التكيف	79
9.3	اهم التعديلات التي تم اجراءها على مقياس استراتيجيات التكيف بناء على اراء المحكمين	80
10.3	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات استراتيجيات التكيف مع الدرجة الكلية لكل استراتيجية من أبعاد المقياس	81
11.3	نتائج معامل ثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة	82
1.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات أبعاد الضغوطات النفسية	86
2.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير مكان السكن	87
3.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمكان السكن	88
4.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عمر الزوجة	89

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
5.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لعمر الزوجة	90
6.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	91
7.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقاً للمؤهل العلمي	92
8.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير المهنة	93
9.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمتغير المهنة	94
10.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المهنة	95
11.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج	95
12.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقاً لعدد سنوات مرض الزوج	96
13.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى الضغوطات النفسية تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري	97
14.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات الضغوطات النفسية وفقا لمتغير معدل الدخل الشهري	98
15.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري	99
16.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأهم استراتيجيات التكيف	100
17.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير مكان السكن	101
18.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لمكان السكن	102

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
19.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير مكان السكن	103
20.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عمر الزوجة	105
21.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لعمر الزوجة	106
22.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير عمر الزوجة	107
23.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	108
24.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا للمؤهل العلمي	109
25.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	110
26.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير المهنة	111
27.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لمتغير المهنة	112
28.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير المهنة	113
29.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج	114
30.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقا لعدد سنوات مرض الزوج	115
31.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير عدد سنوات مرض الزوج	116
32.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري	117
33.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات استراتيجيات التكيف وفقاً لمتغير معدل	118

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
	الدخل الشهري	
34.4	نتائج اختبار توكي (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة تبعاً لمتغير معدل الدخل الشهري	119
35.4	نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعلاقة بين الضغوطات النفسية وبين استراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة	121
36.4	اهم الصعوبات التي تواجهها زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بسبب مرض ازواجهن	125
37.4	أهم مصادر الدعم التي تساند زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخلص من الضغوطات التي يواجهنها بسبب مرض أزواجهن	128
38.4	اهم الاحتياجات التي تطالب زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة بتوفيرها لأزواجهن المرضى	129
39.4	اهم استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى زوجات المرضى الفصاميين في محافظة رام الله والبيرة للتخفيف من الضغوطات الناتجة عن مرض أزواجهن	130

فهرس المحتويات:

إقرار .....أ

شكر وتقدير .....ب

مصطلحات الدراسة:.....ج

الملخص ..... هـ

ABSTRACT .....ز

الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها 1

1.1 المقدمة: 2

1.2 مشكلة الدراسة: 4

1.3 أسئلة الدراسة:.....5

1.4 فرضيات الدراسة: 6

1.5 أهداف الدراسة: 7

1.6 أهمية الدراسة: 8

1.7 حدود الدراسة:.....9

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة 10

1.2 مقدمة:..... 11

1.1.2 الضغط النفسي: الأسباب والنتائج..... 11

2.1.2 نظريات الضغط النفسي THEORIES OF STRESS:..... 13

1.2.1.2 الضغوط لسيلي (STRESS THEORY "SELYE): 14

2.2.1.2 نظرية مورأي MURRAY:..... 15

3.2.1.2 نظرية العزو : ATTRIBUTION THEORY 15

4.2.1.2 نظرية الأنماط: 16
5.2.1.2 نظرية الادراك لسبيلبرجير (SPILBERGER THEORY):..... 16
6.2.1.2 النظرية الادراكية (SPIELBERGR):..... 17
7.2.1.2 النظرية السلوكية: 18
8.2.1.2 التعقيب على النظريات المفسرة للضغط النفسي: 18
3.1.2 كيف تتكون الضغوط: 19
4.1.2 أنواع الضغوط النفسية: 20
5.1.2 مصادر الضغط النفسي: 22
6.1.2 العلامات الدالة على الضغوطات: 24
7.1.2 آثار ومظاهر الضغوط النفسية: 25
8.1.2 الضغوط التي تتعرض لها المراة: 26
9.1.2 بعض اساليب التغلب على الضغوطات النفسية: 27
10.1.2 التكيف النفسي..... 28
11.1.2 هناك عدة معاني للتكيف: 29
12.1.2 تحليل التكيف:..... 31
13.1.2 أشكال التكيف: 31
14.1.2 أبعاد التكيف ومجالاته: 32
15.1.2 اثر الصدمات والعوامل والعوامل المباشرة على التكيف:..... 32
16.1.2 خصائص عملية التكيف:..... 32
17.1.2 العوامل المؤثرة في عملية التكيف:..... 33
18.1.2 مؤشرات التكيف والصحة النفسية:..... 34

19.1.2 طرق التكيف: 35
2.2 نظرة عامة على مرض الفصام..... 38
1.2.2 مقدمة:..... 38
2.2.2 تاريخ مرض الفصام: 39
3.2.2 ماذا تشبه تجربة مرض الفصام: 40
4.2.2 تعريف الفصام العقلي اصطلاحا..... 40
5.2.2 تشخيص الفصام: 42
6.2.2 ما الذي نلاحظه على مريض الفصام. 42
7.2.2 اصناف مرض الفصام 42
8.2.2 اختلاف الفصام عن تعدد الشخصيات: 44
9.2.2 انتشار المرضPREVALENCE 45
10.2.2 اسباب مرض الفصام:..... 46
11.2.2 الاعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف الفسية: 48
12.2.2 ما التفسير النفسي للفصام عند فرويد: 49
13.2.2 لكن اهم العوامل والمسببات لمرض الفصام: 49
14.2.2 علاج الفصام: 50
15.2.2 ملاحظات خاصة في علاج الفصام: 51
16.2.2 الاسرة والفصام:..... 52
3.2 الدراسات السابقة 55
1.3.2 دراسات تتعلق بالضغوطات النفسية لدى زوجات المرضى الصاميين وعلاقتها ببعض المتغيرات: 55

2.3.2 التعقيب على الدراسات السابقة العربية والاجنبية المتعلقة بالضغوط النفسية: 63
3.3.2 دراسات تناولت استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات: 65
4.3.2 التعقيب على الدراسات التي تناولت أساليب التكيف مع الضغوط النفسية. 68
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات..... 70
1.3 منهج الدراسة..... 71
2.3 مجتمع الدراسة 71
3.3 عينة الدراسة 71
4.3 أداة الدراسة: 72
5.3 إجراءات تطبيق الدراسة:..... 83
6.3 متغيرات الدراسة..... 84
1.6.3 المتغيرات المستقلة (الديمغرافية): 84
2.6.3 المتغير المستقل: 84
3.6.3 المتغير التابع:..... 84
7.3 المعالجة الإحصائية 84
الفصل الرابع: نتائج الدراسة..... 85
نتائج الدراسة 86
1.4 نتائج الدراسة..... 86
1.1.4. نتائج السؤال الأول:..... 86
2.1.4 نتائج السؤال الثاني: 87
1.2.1.4. نتائج الفرضية الأولى: 87
2.2.1.4. نتائج الفرضية الثانية: 89

3.2.1.4. نتائج الفرضية الثالثة: 91
4.2.1.4. نتائج الفرضية الرابعة:..... 93
5.2.1.4. نتائج الفرضية الخامسة:..... 95
6.2.1.4. نتائج الفرضية السادسة:..... 97
3.1.4. نتائج السؤال الثالث: 100
4.1.4 نتائج السؤال الرابع:..... 101
1.4.1.4. نتائج الفرضية السابعة:..... 101
2.4.1.4. نتائج الفرضية الثامنة: 104
3.4.1.4. نتائج الفرضية التاسعة:..... 107
4.4.1.4. نتائج الفرضية العاشرة:..... 110
5.4.1.4. نتائج الفرضية الحادية عشر: 113
6.4.1.4 نتائج الفرضية الثانية عشر: 116
5.1.4 السؤال الخامس:..... 119
1.5.1.4 نتائج الفرضية الثالثة عشر: 120
6.1.4 نتائج السؤال المفتوح (السادس). 124
7.1.4 نتائج السؤال(المفتوح) السابع. 127
8.1.4 نتائج السؤال (المفتوح) الثامن..... 129
9.1.4 نتائج السؤال (المفتوح) التاسع. 130

الفصل الخامس: مناقشة نتائج والتوصيات 131
1.5 مناقشة نتائج الدراسة 132
1.1.5. مناقشة نتائج السؤال الأول: 132

2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثاني: 135
1.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الأولى: 135
2.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:..... 136
3.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:..... 137
4.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: 138
5.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: 139
6.2.1.5. مناقشة نتائج الفرضية السادسة:..... 140
3.1.5. مناقشة نتائج السؤال الثالث:..... 143
4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الرابع:..... 145
1.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية السابعة: 145
2.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثامنة: 147
3.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية التاسعة: 148
4.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:..... 149
5.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:..... 150
6.4.1.5. مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر: 151
5.5.1 السؤال الخامس:..... 153
1.5.1.5 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشر: 153
6.1.5 مناقشة نتائج السؤال المفتوح (السادس).....155
7.1.5 مناقشة نتائج السؤال(المفتوح) السابع. 157
8.1.5 مناقشة نتائج السؤال (المفتوح) الثامن. 159
9.1.5 مناقشة نتائج السؤال (المفتوح) التاسع. 160

2.5 التوصيات: 163
قائمة المصادر والمراجع: 164
الملاحق 173
فهرس الملاحق..... 190
فهرس الجداول 192