

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٢٠٠٤
١٤٢٥
١٤٢٦
١٤٢٧
١٤٢٨
١٤٢٩
١٤٣٠
١٤٣١
١٤٣٢
١٤٣٣
١٤٣٤
١٤٣٥
١٤٣٦
١٤٣٧
١٤٣٨
١٤٣٩
١٤٤٠
١٤٤١
١٤٤٢
١٤٤٣
١٤٤٤
١٤٤٥
١٤٤٦
١٤٤٧
١٤٤٨
١٤٤٩
١٤٥٠
١٤٥١
١٤٥٢
١٤٥٣
١٤٥٤
١٤٥٥
١٤٥٦
١٤٥٧
١٤٥٨
١٤٥٩
١٤٦٠
١٤٦١
١٤٦٢
١٤٦٣
١٤٦٤
١٤٦٥
١٤٦٦
١٤٦٧
١٤٦٨
١٤٦٩
١٤٧٠
١٤٧١
١٤٧٢
١٤٧٣
١٤٧٤
١٤٧٥
١٤٧٦
١٤٧٧
١٤٧٨
١٤٧٩
١٤٨٠
١٤٨١
١٤٨٢
١٤٨٣
١٤٨٤
١٤٨٥
١٤٨٦
١٤٨٧
١٤٨٨
١٤٨٩
١٤٩٠
١٤٩١
١٤٩٢
١٤٩٣
١٤٩٤
١٤٩٥
١٤٩٦
١٤٩٧
١٤٩٨
١٤٩٩
١٥٠٠

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا
قسم الإدارة التربوية

اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي

رسالة ماجستير

إعداد

إياد محمد زكي عثمان

إشراف

د. رسمية عبد القادر حنون

قدمت هذه الرسالة استكمالاً للحصول على درجة الماجستير
في الإدارة التربوية بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية.

نابلس - فلسطين

١٩٩٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة النجاح الوطنية
عمادة كلية الدراسات العليا

اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي

رسالة ماجستير

إعداد

أياد محمد زكي عثمان

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ ١٩٩٨/٦/٩م

لجنة المناقشة :

رئيساً
ممتحناً خارجياً
عضواً
عضواً

١. د. رسمية عبد القادر حنون.
٢. د. جمال المحيسن.
٣. د. أحمد فهم جبر.
٤. د. عبد الناصر القدومي.

نابلس - فلسطين

١٩٩٨

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قالوا سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا * إنك أنت

العليم الحكيم

صدق الله العظيم

إني مرأيت أنه لا يكتب أحد كتاباً في يومه إلا قال
في غده: لو غير هذا لكان أحسن، ولو نريد هذا لكان
يستحسن، ولو قدم هذا لكان أفضل، ولو ترك هذا لكان
أجمل، وهذا أعظم العبر، وهو دليل على استيلاء النقص على
جملة البشر.

العماد الأصفهاني

الإهداء

- ♦ إلى نبع العطاء والبذل المتدفق الذي لا ينضب
..... أهى وأهى الأعماء
- ♦ إلى شقيقى وشقيقات الروح رمز المودة والوفاء .
- ♦ إلى من خفق لها القلب وأرى بعينيها إشراق الحياة وأمل المستقبل.
- ♦ إلى من هم أكرم منا جميعاً
صديقى وأخى الشهيد وفا وكل شهداء فلسطين .
- ♦ إلى الرجال الرجال ونبراس الصمود والتضحية فى الزنازين .
- ♦ إلى كل جريح نزف ليروى بدمه جطور الزيتون .
- ♦ إلى كل ثائر صدق فى نضاله ونبذ الفساد وأخلص فى عطائه.
- ♦ إلى أصدقائى وزملايى .
- ♦ أهدي هذه الدراسة المتواضعة .

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعانني على إنجاز هذه الدراسة وعلى تذليل المصاعب التي اكتنفت طريق البحث والاستقصاء.

- ◆ أتقدم بجزيل الشكر للأستاذة الفاضلة الدكتورة رسمية عبد القادر حنون المشرفة على هذه الرسالة والتي لم تبخل يوماً بجهداتها في تقديم المساعدة والتوجيه .
- ◆ كما أتقدم بالشكر والعرفان للدكتور جمال المحيسن وكيل وزارة الشباب والرياضة على توجيهاته وملاحظاته القيمة لإخراج هذه الرسالة للحيز العلمي.
- ◆ كما أتقدم بالشكر والعرفان لأستاذي الفاضل الدكتور أحمد فهميم جبر عضو لجنة المناقشة لما بذله من جهد ووقت في الإشراف على هذه الدراسة وإثرائها علمياً.
- ◆ أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأستاذي الفاضل الدكتور عبد الناصر القدومي عضو لجنة المناقشة على ما منحني من دعم صادق وما بذله من جهد ووقت طيلة إنجاز هذا العمل فقد كان لتوجيهاته السديدة وإرشاداته القيمة أثر كبير في إخراج هذا العمل على ما هو عليه .
- ◆ وأتقدم للمثل الأعلى للدكتور علي زيدان عميد كلية الدراسات العليا قسم العلوم الإنسانية في جامعة النجاح الوطنية بالامتنان والجميل لإرشاداته ودعمه لي طيلة فترة دراستي.
- ◆ وكذلك أتقدم بوافر الشكر والعرفان للسيد صادق عنتاوي رئيس قسم القبول والتسجيل لإرشاداته وتوجيهاته المستمرة طوال فترة دراستي وكذلك للأستاذ ناجح أبو صفية مدير قسم الحاسوب وللدكتور موسى أبو ديه عميد شؤون الطلبة. وأشكر أيضاً الأستاذ فتح الله حلوة والأستاذ سمير محمود والدكتور فواز عقل لمساعدتهم لي في موضوع اللغة الإنجليزية .
- ◆ والآتسة إنعام الجابي التي أشرفت على إعداد هذه الرسالة .
- ◆ وأتقدم بشكر خاص للسيد عادل حمد مدير مكتبة الجامعة ولأستاذ هاني جبر مدير قسم الدوريات والسيد مروان جاموس للمساعدة والمعلومات القيمة والإرشادات الدائمة التي قدموها لي .
- ◆ وأخيراً لا أنسى أصدقائي وزملائي في جامعة النجاح الوطنية وفي كل المواقع الذين تغاثوا في مد يد العون لي في كل وقت .

الباحث

فهرس المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>المحتوى</u>
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
ج	المحتويات
هـ	فهرس الجداول الإحصائية
ز	فهرس الملاحق
ح	الملخص باللغة العربية
١	الفصل الأول
٢	- المقدمة
٨	- أهداف الدراسة
٨	- أهمية الدراسة
٩	- مشكلة الدراسة وأهميتها
١٠	- فرضيات الدراسة
١٢	- حدود الدراسة
١٣	الفصل الثاني : الأدب التربوي والدراسات السابقة
١٤	أولاً : الإطار النظري
١٤	- التطور التاريخي للمرض النفسي عبر العصور
٢٣	- النظرة السلبية للمرض النفسي
٢٨	- الاتجاهات:
٣٨	ثانياً : الدراسات السابقة

٥٤	..... الفصل الثالث
٥٥	..... - الطريقة والإجراءات
٥٥	..... - منهج الدراسة
٥٥	..... - مجتمع الدراسة
٥٦	..... - عينة الدراسة
٥٨	..... - أداة الدراسة
٦٠	..... - تصميم الدراسة
٦١	..... - المعالجات الإحصائية
٦٢	..... الفصل الرابع : تحليل النتائج
٦٣	..... - نتائج الدراسة وتحليلها
٨٧	..... الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات
٨٨	..... - مناقشة النتائج
٩٢	..... - التوصيات
٩٢	..... المراجع
٩٣	..... أولا : المراجع العربية
٩٨	..... ثانيا : المراجع الأجنبية
١٠٣	..... ملاحق الدراسة
١٠٨	..... الملخص باللغة الإنجليزية

فهرس الجداول الإحصائية

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
٥٥	توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعاً لمتغيري الكلية والجنس .	١
٥٦	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس .	٢
٥٦	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المعدل التراكمي .	٣
٥٧	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي.	٤
٥٧	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الكلية .	٥
٥٨	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة .	٦
٥٩	ثبات أبعاد استبانة الاتجاهات نحو المرض النفسي .	٧
٦٤	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح نحو المرض النفسي .	٨
٦٥	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية على بعد التقييد الاجتماعي.	٩
٦٦	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية على بعد النظرة الإنسانية.	١٠
٦٧	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية لبعء التفاعل الاجتماعي.	١١
٦٨	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية لبعء العلاقات الشخصية.	١٢
٦٩	ترتيب أبعاد الاتجاهات نحو المرض النفسي عند طلبة جامعة النجاح الوطنية.	١٣
٧٠	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس.	١٤
٧١	المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المعدل التراكمي.	١٥
٧٢	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المعدل التراكمي.	١٦

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١٧.	المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المستوى الدراسي.	٧٣
١٨.	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً للمستوى الدراسي.	٧٤
١٩.	نتائج اختبار تيوكي لبعده العلاج تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة.	٧٥
٢٠.	نتائج اختبار تيوكي لبعده النظرة الإنسانية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة.	٧٦
٢١.	نتائج اختبار تيوكي لبعده التفاعل الاجتماعي تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة.	٧٧
٢٢.	المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الكلية.	٧٨
٢٣.	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة تبعاً لمتغير الكلية.	٧٩
٢٤.	نتائج اختبار تيوكي لدلالة الفروق لبعده العلاج تبعاً لمتغير الكلية.	٨٠
٢٥.	نتائج اختبار تيوكي لدلالة الفروق على بعد التقييد الاجتماعي تبعاً لمتغير الكلية.	٨١
٢٦.	نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات لبعده النظرة الإنسانية تبعاً لمتغير الكلية.	٨٢
٢٧.	نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لبعده التفاعل الاجتماعي تبعاً لمتغير الكلية.	٨٣
٢٨.	نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات لبعده العلاقات الشخصية تبعاً لمتغير الكلية.	٨٤
٢٩.	المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة.	٨٥
٣٠.	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم.	٨٦

فهرس الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم المحلق
١٠٣	استبانة قياس الاتجاهات نحو المرض النفسي	١

الخطبة باللغة العربية

الخلاصة

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية :

١. التعرف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي .
٢. التعرف على أثر متغيرات ، الجنس ، والمعدل التراكمي ، والمستوى الدراسي، والكلية ، ومكان الإقامة الدائم عند الطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي .

ويمكن إيجاز أهمية الدراسة بما يلي :

١. إعطاء تصور واضح حول اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي، على اعتبارهم فئة مثقفة وتمثل شريحة مهمة من شرائح المجتمع، وبالتالي التخطيط من قبل إدارة الجامعة في ضوء هذه النتائج .
٢. إعادة النظر في مدى دراسة المساقات التي يتم من خلالها دراسة المرض النفسي وذلك في ضوء النتائج التي سوف تصل لها الدراسة .
٣. يتوقع من نتائج الدراسة أن تزودنا بأثر متغيرات الجنس، والمعدل التراكمي، والمستوى الدراسي، والكلية، ومكان الإقامة الدائم عند الطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي .
٤. يتوقع من خلال إطار الدراسة النظري، ونتائجها المساهمة في إفادة الباحثين والمتخصصين في إجراء أبحاث جديدة مفيدة في المجال .

ويعتبر العصر الحديث من العوامل الرئيسية في ظهور الأمراض النفسية وذلك نظرا للتسارع في جميع ميادينها وعدم إمكانية الأفراد من متابعة مثل هذا التسارع، إضافة إلى ذلك من خلال ملاحظة الباحث للنظرة السلبية للمريض النفسي أو لأي شخص يرتاد عيادة الطبيب النفسي، ظهرت مشكلة الدراسة لديه من أجل الوقوف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي، وذلك نظرا لاعتبار هذه الفئة فئة المتقنين الذي سوف يؤثر بالمرتب في المستقبل، وبالتحديد تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية :

١. ما هي اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي ؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي للطلبة؟
٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي للطلبة ؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية؟
٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة ؟

وسعت الدراسة إلى فحص الفرضيات الصفرية التالية:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس .
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي للطلبة .
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي للطلبة .
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية .
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم .

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (٥٠٠) طالبا وطالبة ، أختيرت بالطريقة العشوائية المنتظمة وبواقع تمثيل ١٠% تقريبا من مجتمع الدراسة ومن كليات التربية والاقتصاد والصيدلة والآداب .

تم إجراء الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للفترة الزمنية الواقعة بين ١٩٩٨/٣/٥ ولغاية ١٩٩٨/٣/٢٧ .

تتصف نتائج الدراسة بالخصائص العلمية لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المستخدم في الدراسة .

وللتعرف على اتجاهات أفراد العينة نحو المرض النفسي استخدم مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي الذي أعده الباحث سليمان بومدين (١٩٨٩) في رسالة الماجستير لمعرفة اتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المرض النفسي.

ويتضمن المقياس (٤٤) فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي :

١. بعد العلاج النفسي .
٢. بعد التقييد الاجتماعي .
٣. بعد النظرة الإنسانية .
٤. بعد التفاعل الاجتماعي .
٥. بعد العلاقات الشخصية .

ومن أجل التأكد من صدق الأداة عرضت على هيئة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة النجاح الوطنية حيث وصل عددهم لما يزيد عن عشرة محكمين من حملة مؤهل الدكتوراه.

ومن خلال تحليل آراء المحكمين كان هناك إجماع من قبلهم على أن الأداة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه .

ومن أجل تحديد معامل الثبات للأداة، تم استخراج معامل الثبات لكل بعد من أبعاد الدراسة بطريقة تطبيق وإعادة تطبيق الأداة على عينة مكونة من (٣٠) طالبا وطالبة من كلية العلوم التربوية لم يتم تضمينها بعينة الدراسة، وكان معامل الثبات للأبعاد باستخدام معادلة بيرسون :

٠,٧٢	علاج المرضى النفسي
٠,٨٦	النظرة الإنسانية
٠,٨٥	العلاقات الشخصية
٠,٨١	التقييد الاجتماعي
٠,٧٤	التفاعل الاجتماعي

يحصل كل مفحوص عند تطبيق المقياس على ستة درجات فرعية حيث تحسب علامة المفحوص على كل بعد بجمع درجات المفحوص على الفقرات المكونة لذلك البعد .

وتدل العلامات العالية على كل بعد على إيجابية الاتجاه على ذلك البعد في حين تدل العلامات المتدنية على سلبية الاتجاه .

وقد أظهرت النتائج أن الاتجاهات كانت إيجابية عند طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي.

وكذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات بين الذكور والإناث على أبعاد (التقييد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) وكانت هذه الفروق لصالح الإناث بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً على بعدي العلاج والعلاقات الشخصية تبعاً لمتغير الجنس. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة الجامعة نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي.

وقد تبين أيضاً من النتائج أن النظرة الإيجابية نحو المرض النفسي تزداد مع زيادة المستوى الدراسي أي أن العلاقة إيجابية بين المستوى الدراسي والاتجاهات نحو المرض النفسي.

وقد أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات الطلبة على جميع الأبعاد نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية وقد ظهر هذا واضحاً لصالح كلية التربية.

وقد أظهرت النتائج أيضاً عدم وجود فروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي بين طلبة المدينة والقرية والمخيم.

و في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها يوصي الباحث بما يلي :

١. ضرورة الاهتمام من قبل إدارة جامعة النجاح الوطنية الاستمرار بتتبع الاتجاهات الإيجابية لدى الطلبة، وإنشاء عيادة نفسية للطلبة داخل الحرم الجامعي.
٢. ضرورة إدخال برامج تربية نفسية خاصة بالمرض النفسي والصحة النفسية لطلبة التخصصات المختلفة في الجامعة.
٣. عقد الندوات والمحاضرات في إطار الحرم الجامعي حول المرض النفسي لما لها من دور إيجابي في توفير المعارف والمعلومات عن المرض النفسي وبالتالي تكوين اتجاهات إيجابية نحوه.
٤. ضرورة توعية الأفراد بالمرض النفسي في المدارس على اعتبارها القاعدة الأساسية التي يمر من خلالها غالبية أفراد الشعب، وإمكانية تكوين اتجاهات إيجابية في المدارس تكون بدرجة أكبر من طلبة الجامعات وتتمو هذه الاتجاهات معهم لكي تترسخ في المراحل اللاحقة.
٥. إجراء دراسات أخرى ، تتضمن المقارنة في الاتجاهات نحو المرض النفسي لطلبة الجامعات الفلسطينية.

الفصل الأول

- ◆ مقدمة الدراسة
- ◆ أهداف الدراسة
- ◆ أهمية الدراسة
- ◆ مشكلة الدراسة وأسئلتها
- ◆ فرضيات الدراسة
- ◆ مصطلحات الدراسة
- ◆ حدود الدراسة

مقدمة الدراسة

تنبوأ الجامعات منذ قديم الزمان مكان الصدارة في المجتمع، فهي مركز إشعاع لكل جديد من الفكر والمعرفة والمنبر الذي تنطلق منه آراء المفكرين الأحرار والعلماء الفلاسفة ورواد الإصلاح والتطوير .

إن التغيير الذي يلف العالم اليوم، والسرعة التي يتم بها والكم من المعلومات الجديدة والمخترعات التي تجد طريقها خارج المعامل والتطبيقات التكنولوجية التي تغمر أسواق العالم بلا توقف تفرض على الجامعات التي هي معامل إنتاج القوى البشرية أن تراجع نفسها في إعداد البرامج والمناهج المناسبة لمواكبة التغييرات التي أوجدتها العصر الحديث لكي يكون الإنسان قادرا على التكيف والعطاء والتفاعل مع المجتمع بدلا من أن يكون عبئا عليه. (راشد، ١٩٨٨) .

حيث لم يعد دور الجامعة في عصر ثورة المعرفة والتكنولوجيا العلمية الحديثة مقتصرًا على تعريف الطلبة بالمعلومات والمعارف والحقائق، بل اتجهت إلى الاهتمام بالفرد من جميع جوانبه لأنه شخصية متكاملة وعضو فعال في المجتمع (أبو عجلان، ١٩٩١) .

وتمشيا مع الفلسفة التربوية الحديثة التي تجعل الطالب المحور الذي تدور حوله الدراسة الجامعية على اعتبار أن الهدف الأساسي من التعليم الجامعي هو تنمية شخصية الشباب الجامعي وتهذيب سلوكهم جنبا إلى جنب مع الأهداف العلمية من صقل في القدرات العقلية وتدريب على التفكير العملي السليم في معالجة القضايا والمشاكل الفكرية والمادية، لأن المقياس السليم لنجاح الجامعات المعاصرة كما يحدده أصحاب هذه الاتجاهات الحديثة هو قدرتها على إحداث التغييرات الإيجابية في الشخصية الجامعية حتى تتمكن من معايشة متطلبات الحياة العصرية المليئة بالمتغيرات والمتناقضات المادية و المعنوية (مامسر، ١٩٨٠) .

وعلى هذا فإن الجامعات في الزمن الراهن تعتبر منظمات إنسانية ينتمي الطلاب إليها خلال مرحلة هامة وحساسة من مراحل حياتهم وفي إطار نقلة نوعية من أجواء التعليم الثانوي إلى التعليم الجامعي .

ومن هذا المنطلق تعتبر مرحلة الشباب واحدة من أهم مراحل الحياة إذ أنها المرحلة التي يكتسب فيها الشباب مهاراتهم البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية وهي المهارات التي يتطلبها نموهم النفسي والاجتماعي من أجل تنظيم علاقاتهم بأنفسهم وبالآخرين وبالواقع من حولهم .

* وتكمن الأزمة في مرحلة الشباب في أمرين :

الأول : المشكلات التي يواجهها الشباب في فهم ذاتهم وقبولهم والتعامل مع الآخرين والواقع بصورة حتمية .

والثاني : المشكلات التي تتطوي عليها تصرفات الشباب لأهلهم ومجتمعهم وترجع الأزمة كما يشير عزت حجازي (١٩٨٥، ص٧-١٤) إلى العلاقات الاجتماعية والمناخات الحضارية التي تخفق في أن تمد أفرادها بفرص حياة تؤدي إلى فهم الذات والواقع وتقبل لهما وتكيف صحي معهما وبقدر ما تخفق المجتمعات في حل هذه المشاكل تكون خطورة أزمة الشباب وتعاني مشكلاتها وأزماتها أيضاً ومع ذلك فقد يتميز دورهم في المجتمع عن أي شريحة أخرى نظراً لما يتمتعون به من حساسية لمشاكل وقضايا مجتمعهم (علي ليله، ١٩٩٠) .

وبنظرة فاحصة إلى تاريخ العديد من الدول نجد أن الطلاب كانوا دائماً عنصراً هاماً في إحداث التغييرات الاجتماعية الهامة كما كان لهم دورهم في التنمية السياسية والاجتماعية وكما يقول فيفر Fever (١٩٦٩) أن دور الطلاب يزداد أهمية في مجتمعات العالم الثالث بشكل خاص فإن ما حدث يستوجب المناداة بالتغيير في المجتمع فإن الطلاب يشعرون بأن المبادرة يجب أن تأتي من صفوفهم في مجتمعات لا صوت لجماهيرها حيث تسود الأمية وبغيب الوعي الاجتماعي وتسود السلبية والشعور بالعجز بينما يعامل الطلاب أنفسهم كحملة الحكمة وصناع المستقبل .

وتتميز مرحلة الشباب بمجموعة من الحاجات التي يؤدي إشباعها إلى حالة من التوافق على المستويات الثلاثة، البيولوجي والنفسي والاجتماعي وإذا ما أخفق الشاب في إشباع هذه الحاجات فإنه يعاني من أزمة تنعكس آثارها على نفسه وعلى المجتمع وذلك من جراء حالة عدم التكيف أو سوء التوافق الناشئة عن الإخفاق في الإشباع، وأثار حالة عدم التكيف يمكن أن نلاحظها فيما يبديه الشباب عامة من مظاهر سلوكية تعكس اغترابه عن ذاته ومجتمعهم وتقود إلى المرض النفسي لديه حيث انتشرت كلمة المريض النفسي (العصابي) في كافة المجالات،

حتى شاعت في شتى وسائل الإعلام، وعند الوقوف برهة للتساؤل من هو المريض النفسي لوجد صعوبة في التعريف ... هل هو حقاً مريض؟! أما أنها كلمة تطلق على كل من يعجز عن التكيف مع المجتمع أو يتألم مع من حوله . وهو خلال ذلك يتألم ويعاني وأثناء هذه المعاناة قد يخلق أو يبدع، وينتج، أو قد يختلف، ويكافح للوصول إلى غايته وهذه هي الحضارة، أو أحياناً ما يتوقف تماماً من معاناته بخضوع جهازه العصبي لاستجابات القلق والاكتئاب والهستيريا والوسواس، إذن فالعصابي إنسان غير قادر على التكيف، سواء للأفضل أو للأسوأ، وفي كلا الحالتين ينبغي الحذر من أن نصمه بالمرض .

(عكاشة، ١٩٨٤)

ومما لا شك فيه أن الأمراض النفسية (العصاب) أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية فهي حقيقة أكثر فروع الطب النفسي العقلي شيوعاً ويتسم المرض النفسي بصفة عامة بوجود صراعات داخلية وتتصدع في العلاقات الشخصية وظهور أعراض مختلفة أهمها القلق والخوف والاكتئاب والوسواس والأفعال القهرية وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطرابات النوم والطعام وكذلك الأعراض الهستيرية .

ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة والقيام بالواجبات كمواطن صالح، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح، مع سلامة الإدراك وإستبصار المرضى بالأمهم والتحكم في الذات، مما يميز الاستجابات العصابية من الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف الكثير في تحديد معنى العصابي (Neurotic) فقد ألغت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هذا اللفظ ابتداءً من عام ١٩٧٨، حيث أن هذا اللفظ يطلق على مكان من لم يستطيع التكيف مع المجتمع أو التأقلم مع العادات المألوفة، أو أصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ومن ثم كان المبدعون والخلاقون، فالمريض النفسي هو الشخص الذي من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع أصبح يعاني من أمراض نفسية متعددة، تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار .

وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن أسباب الأمراض العصبية (النفسية) هي تراكب عدة عوامل هي :

١. الاستعداد التكويني " الوراثي " .
٢. مراحل النمو في الطفولة .
٣. العوامل النفسية والاجتماعية الحالية والتي تساعد على ظهور المرض .
٤. العوامل الحضارية .
٥. الاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي .

(عكاشة، ١٩٨٤)

فتجربة الفصام مثلاً هي رحلة إلى قمة السواء، كما ترى نظرية باتسون (BATESON THEORY) من جهتها أن نماذج التفاعل التي تتميز بالنشوش والاضطراب والتي تنتشر لدى بعض العائلات هي التي تؤدي أحياناً إلى إصابة الأطفال بالأمراض النفسية، ويخلص إلى الاعتقاد بأن الاضطراب النفسي هو شكل من أشكال السلوك المتعلم . ويمكن القول أن الفرد قد أصبح مريضاً نفسياً إذا كان عاجزاً نفسياً عن التعامل واقعياً وبنجاح مع تحديات الحياة ومتطلباتها اليومية وهذا التعريف يعتبر مشكلة في حد ذاته لأنه لا يضع حداً فاصلاً بين الصحة والمرض، (Mckee and Robertson, 1975) .

أما من الناحية الإجرائية فإنه يمكن القول بأن الفرد قد أصبح مريضاً نفسياً إذا تعرض لعلاج طبي نفسي، هذا العلاج النفسي الذي يخلق فيما بعد أزمة كبيرة للفرد في المجتمع وهو ما يعرف بوصمة المرض النفسي (Stigma of Mental Illness) .

ويرى شيف (Scheff, 1966) أن هناك تصورات جامدة وخاطئة عن المرض النفسي يتم تعلمها منذ الطفولة المبكرة، والملاحظ أن هذه التصورات التي يتعلمها الأطفال منذ سن مبكرة تأتيهم من أقرانهم أكثر مما تأتيهم من الكبار، فكلمة " جنون " تستعمل في مواقف كثيرة ومن المحتمل أن يكون الأطفال قد تعلموها خلال السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية، ومما يزيد الأمر تعقيداً هو غموض الكبار أو الراشدين في أجوبتهم على أسئلة الأطفال المتعلقة بهذا الموضوع وهذه التصورات الخاطئة عن المرض النفسي والتي يخوف بها الأطفال تستمر معهم عندما يكبرون، حيث يتم توكيدها باستمرار بشكل غير مقصود من خلال التفاعل في الحياة اليومية، وبالرغم من أن الكبار يصبحون مطلعين على الكثير من مصطلحات الطب النفسي،

إلا أن تصوراتهم التقليدية لا تزول بل تستمر في التواجد جنباً إلى جنب مع المفاهيم الطبية الحديثة لأن هذه التصورات تلقى الدعم المستمر في وسائل الإعلام وفي الحياة اليومية (Scheff, 1966).

لا يوجد هناك شيء اسمه المرض النفسي بالمعنى الطبي للكلمة "مرض"، هذا ما أشار له آدامز (Adams) بل أضاف أنه من الأجدر اعتباره نموذجاً من نماذج السلوك الاجتماعي غير المناسب والقائم على تعلم خاطئ، فبعض ضحايا المرض النفسي إنما يصلون إلى ما هم عليه نتيجة للفرص غير الملائمة لتعلم المهارات الاجتماعية المطلوبة لمواجهة ضغوطات الحياة وأزماتها (Mc Neil , 1970) .

بينما أشار زاس (SZASZ) أن الاضطرابات النفسية موجودة ولكنها ليست أمراضاً، إنها مجرد مشكلات حياتية (Problems in living) أو استراتيجيات فاشلة يتبناها الناس لحل مشكلاتهم الصعبة، فالذين يقعون فريسة للمرض النفسي إنما يصلون للوضع الذي هم عليه نتيجة لفشلهم في إيجاد طرق لحل مشاكلهم . ويكون اضطرابهم عندئذ عبارة عن لغة مرضية (Language of Illness) أو شكل من أشكال التواصل الفاشلة، والطبيب النفسي ليس طبيباً بالمعنى الحقيقي للكلمة بل هو مفسر ومدعم لقواعد المجتمع .
(Mckee and Rebertson, 1975)

هكذا يتبين لنا أنه وبالرغم من تطور اتجاهات الناس الواضحة نحو المرض النفسي إلا أن ذلك لا يعني أن كل الناس قد أصبحوا يتبنون النموذج الطبي الحديث (Medical Model)، واختلفت وجهات النظر بين العلماء بين مؤيد ورافض .

ويرى شيف (Scheff, 1966) أن المرضى النفسيين هم أشخاص منحرفون اجتماعياً وذلك لخرقهم القواعد السلوكية السائدة في ثقافتهم إذ سرعان ما يصممهم المجتمع وعندما تترسخ هذه الوصمة فإنها لا تذهب بالسهولة التي تكونت بها .

أما جانبيه (Gange') فيرى أن مشكلة المريض النفسي هي عدم الشعور بالأمن الوجودي (Ontological Insecurity) الناتج عن الضغوط الاجتماعية من العائلة أو من المجتمع، لكنه سرعان ما تبني موقفاً متطرفاً رفض فيه رفضاً تاماً مفهوم المرض النفسي ورأى أن ما يعتبره الناس جنوناً هو في الحقيقة قمة الصحة (Hypersanity)، والطبيب النفسي يعوق عملية الشفاء الطبيعية عندما يحاول أن يشفي المريض .

ولقد قام ننالي (Nunnaly) بدراسة، حلل فيها محتوى برامج تلفزيونية وإذاعية، وكذلك بعض ما كتبه الجرائد والمجلات حول المرض النفسي، وأشارت النتائج إلى أن مفاهيم المرض النفسي لدى الجمهور تتعرض لتيارات متضاربة، فمن جهة هناك آراء الخبراء والمختصين كما يعبر عنها في البرامج التثقيفية "الجادة" وهي قليلة، وهذا يدفع الناس شيئاً فشيئاً عن تلك الأفكار التقليدية الخاطئة، ولكن من الجهة الثانية فإن وسائل الإعلام في برامجها العادية والمتكررة تعزز هذه الأفكار الخاطئة . ويجب الإشارة إلى أن ترسيخ هذه الأفكار لا يتم فقط من قبل وسائل الإعلام لكن أيضاً بشكل غير مقصود من خلال المحادثات العادية .

ومن خلال النكت والجمال المتبادلة المعروفة في ثقافة كل مجتمع، فحتى الأطباء والأخصائيون النفسيون كثيراً ما يستعملون هذه الجمل في أحاديثهم عندما يتمازحون، ويكون ذلك من غير قصد، ولكن لماذا تقاوم هذه المفاهيم والمعتقدات التغيير؟ إحدى التفسيرات المرجحة والتي قدمها سيف هي أن هذه التصورات تؤدي وظيفة النظام الاجتماعي وتميل أن تدخل في التركيب أو البنية النفسية لأفراد المجتمع (Scheff, 1966) .

وكما يقول أحمد زكي صالح، فإن تكوين الإنسان وعملياته الديناميكية تتطلب إشباع حاجات معينة حتى يمكن أن ينشأ صحيحاً من الناحيتين النفسية والجسمية . والشخصية لا يتحقق لها الصحة النفسية السليمة إلا إذا تم إشباعها فعلاً .

٤٩٥٥٣٢

أهداف الدراسة:

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. التعرف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي .
2. التعرف على أثر متغيرات، الجنس، والمعدل التراكمي، والمستوى الدراسي، والكلية، ومكان الإقامة الدائم عند الطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي .

أهمية الدراسة :

يمكن إيجاز أهمية الدراسة بما يلي :

1. إعطاء تصور واضح حول اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي، على اعتبارهم فئة مثقفة وتمثل شريحة مهمة من شرائح المجتمع، وبالتالي التخطيط من قبل إدارة الجامعة في ضوء هذه النتائج .
2. إعادة النظر في مدى دراسة المساقات التي يتم من خلالها دراسة المرض النفسي وذلك في ضوء النتائج التي سوف تصل لها الدراسة .
3. يتوقع من نتائج الدراسة أن تزودنا بأثر متغيرات الجنس، والمعدل التراكمي، والمستوى الدراسي، والكلية، ومكان الإقامة الدائم عند الطلبة على اتجاهاتهم نحو المرض النفسي .
4. يتوقع من خلال إطار الدراسة النظري، ونتائجها المساهمة في إفادة الباحثين والمتخصصين في إجراء أبحاث جديدة مفيدة في المجال .

مشكلة الدراسة وأسئلتها :

يعتبر العصر الحديث من العوامل الرئيسية في ظهور الأمراض النفسية وذلك نظراً للتسارع في جميع ميادينها وعدم إمكانية الأفراد من متابعة مثل هذا التسارع، إضافة إلى ذلك من خلال ملاحظة الباحث للنظرة السلبية للمريض النفسي أو لأي شخص يرتاد عيادة الطبيب النفسي، ظهرت مشكلة الدراسة لديه من أجل الوقوف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي، وذلك نظراً لاعتبار هذه الفئة فئة المتقنين الذي سوف يؤثر بالمجتمع في المستقبل، وبالتحديد تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية :

١. ما هي اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي ؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي للطلبة؟
٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي للطلبة ؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية؟
٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة ؟

فرضيات الدراسة :

سعت الدراسة إلى فحص الفرضيات الصفرية التالية:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس .
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي للطلبة .
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي للطلبة .
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية .
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم .

تعريف المصطلحات

الاتجاه : السلوك المكتسب الذي يظهره الفرد على شكل استجابات، لمثيرات معينة، تتراوح بين الرفض التام أو القبول التام لهذه المثيرات، أو على أي نقطة في البعد المستمر بين الرفض التام أو القبول التام كما تبينه المقاييس الخاصة بقياس الاستجابات إزاء هذه المثيرات المحددة (عبيد، ١٩٨٧) .

طلبة جامعة النجاح : هم الطلاب والطالبات المسجلون لدى دائرة القبول والتسجيل في الجامعة والمنتظمون في الدراسة للعام الجامعي ١٩٩٨ وفي كليات الجامعة المختلفة .

جامعة النجاح الوطنية : إحدى الجامعات الفلسطينية تأسست في مدينة نابلس عام ١٩٧٧ وتضم كليات الآداب، الفنون الجميلة، الحقوق، الصيدلة، التربية، الاقتصاد، الشريعة، الزراعة، العلوم، الهندسة .

المرض النفسي : اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ ويبدو في صورة أعراض نفسية، وجسمية مخالفة، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، وممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

المستوى الدراسي : يقصد به السنة الدراسية التي أتمها الطالب بناء على أنظمة دائرة القبول والتسجيل الخاصة بمنح درجة البكالوريوس .

حدود الدراسة :

التزم الباحث أثناء إجراء دراسته بالحدود التالية :

١. اقتصرت الدراسة على طلبة كليات الآداب، الاقتصاد، الصيدلة، والتربية، على اعتبارها من أكبر الكليات في الجامعة ويمكن تمثيل المجتمع من خلالها .
٢. تم إجراء الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للفترة الزمنية الواقعة بين ١٩٩٨/٣/٥ ولغاية ١٩٩٨/٣/٢٧ .
٣. تتصف نتائج الدراسة بالخصائص العلمية لمقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المستخدم في الدراسة .

الفصل الثاني

الأدب التربوي والدراسات السابقة

أولا : الإطار النظري

- التطور التاريخي للمرض النفسي
- النظرة السلبية للمرض النفسي
- الاتجاهات

ثانيا : الدراسات السابقة

أولاً : الإطار النظري

التطور التاريخي للمرض النفسي على مر العصور

لقد كان المرض النفسي مجالاً خصباً للاجتهاد الذاتي للفلاسفة والحكماء ورجال الدين، وقد عومل مرضى النفس في الفترات السابقة المختلفة بوصفهم شواذ، ومحترفي إجرام، وأتباعاً للشياطين أو أنهم من أهل الكفر، وتقسّم مراحل التطور التاريخي لدراسة المرض النفسي من وجهة نظر أحمد عكاشة إلى أربع مراحل : المرحلة الإنسانية، والمرحلة التحليلية، والمرحلة الطبية، والمرحلة الفسيوكيميائية .

بدأت في المرحلة الإنسانية في القرن الثامن عشر بظهور الطبيب الفرنسي فيليب بنيل الذي استطاع أن يغير من طبيعة مستشفى الأمراض النفسية وأن يفك الأغلال التي كانت تقيد مرضى العقول والمرضى النفسيين ويقضي على المعاملة السيئة والمهينة وينشر الوعي الحضاري في معاملة هؤلاء المرضى . (عكاشة، ١٩٨٤)

يلي تلك المرحلة ظهور المدرسة الفرويدية وأسّمت هكذا نسبة إلى مؤسسها ورائدها سيجمند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩) وهي مدرسة ذات منحنى مثالي في الطب النفسي وهي مدرسة اعتبرت الحياة العقلية متأثرة دائماً بنوازع لا شعورية بدلاً من التأكيد على الدوافع الشعورية. لذلك فقد فسرت كل شكل من أشكال الاضطرابات العقلية بأنها تعزى إلى صراعات بين تطلعات الشعور وكوافي اللاشعور فهي تعتبر اللاشعور مستودعاً وتتراكم فيه وتتكتل غرائز عمياء ونزعات هوجاء تنبثق من مصدر الطاقة الجنسية Sexual Libido وهي الطاقة التي تظنها هذه المدرسة فطرية وترافق مسيرة حياة الإنسان فتتحكم في جميع نشاطاته طوال حياته لذلك فهي تسيطر حتى على الحياة الاجتماعية للفرد حسب اعتقاد المدرسة الفرويدية. (الجسماني، ١٩٩٨).

وقد حاول فرويد تشريح النفس البشرية وفهم العوامل اللاشعورية في سلوك الإنسان وأفاض فرويد في تفسير الأحلام وزلات الكلام والجنسية الطفلية وأثار الجدل بنظريته في نشأة الأمراض النفسية والعقلية من خلال الصدمات الانفعالية والجنسية في حياة الطفل أثناء السنوات الخمس الأولى، وكتب الكثير عن علاج هذه الأمراض بالتحليل النفسي وعمليات الألفة والمقاومة، وبالرغم من نقد الكثير لتطرف نظريات فرويد باعتباره قد بنى فروضه على بعض

الشخصيات المرضية ولم يأخذ في حسبانها الشخصيات السوية مما أدى إلى اعوجاج في تطبيقها على كافة المستويات ومما أدى بالكثير من تلامذته إلى الانفصال عنه بنظريات مختلفة مثل ادلر وبونج وغيرهم ولكن لا شك أن أثره البالغ في التعمق في آلام النفس البشرية لم يسبقه إليها أحد وإن كان تأثيره الحالي أكثر جلاء في مجال الفن والتصوير والسينما منه في الطب النفسي . (عكاشة، ١٩٨٤) .

أما المرحلة الثالثة وهي المرحلة الطبية، أي محاولة العالم الألماني كريبلين وضع الطب النفسي في إطار طبي بدلاً من الإطار الفلسفي الذي كان شائعاً في هذا الوقت، فبدأت بشروعه في البحث والتتقيب والتقنية حتى وصل إلى تفسير الأمراض النفسية والعقلية المعروفة الآن على أساس طبي في فهم الأسباب والباثولوجيا والأعراض والعلامات ومآل المرض ثم العلاج، غير أنه أغفل الكثير من العوامل اللاشعورية والأسباب الانفعالية الخاصة بالمرضى لكي يشابه بين المريض الجسمي والنفسي وبالطبع قد جانبه الصواب في هذا الشأن لأن المريض النفسي يختلف كثيراً عن المريض الجسدي في رمزية أعراضه وفي الدور الذي تلعبه هذه الأعراض في حياته الخاصة والعامة وقد انتشرت الآن المدرسة المضادة للطب النفسي برفضهم وضع الأمراض النفسية والعقلية في إطار طبي مثل باقي الأمراض العضوية بوصفها أسلوباً في الحياة اختاره الفرد. لكن سرعان ما أصيبت هذه المدرسة بالقصر والشلل لأنهم وإن كانوا قد قدموا فلسفة ممتعة جميلة إلا أنهم لم يجدوا الحول لإسعاد مرضى النفس والعقول من معاناتهم المستمرة . (عكاشة، ١٩٨٤) .

أما المدرسة الرابعة وهي الفسيوكيميائية والتي بدأت في القرن العشرين وخاصة بالخمسينات باكتشاف عقاقير مضادة للفصام ومعرفة أن عقاقير الهلوسة تسبب اضطرابات كيميائية داخلية في الدماغ شبيهة بما يحدث في الفصام .

وكذلك اكتشاف نقص في بعض الهرمونات العصبية في المشتبكات العصبية داخل الدماغ في مرضى الاكتئاب وأنه بإعادة هذه الهرمونات لنسبتها الطبيعية يشفى الاكتئاب . (عكاشة، ١٩٨٤)

منذ آلاف السنين والأمراض النفسية، كانت وما فتئت، ينظر إليها وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، فكانها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها وزالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة .

وقد تفاوتت الاتجاهات نحو المرضى نفسياً تفاوتاً سائراً وجهات النظر السائدة حسب تعاقب الأزمان .

فأولئك المرضى كانوا ينظر إليهم أحياناً أنهم أناس مغضوب عليهم من الآلهة، أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناساً منبوذين، ولذا فكثير ما كانوا يقتلون تخلصاً منهم ومن الشياطين التي احتلتهم، أما المحظوظون منهم، ممن كانوا يكابدون حالات جنون أخف وطأة، فكانوا يحاطون بالرعاية، ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الأردية المزركشة، وتزين هاماتهم بأكاليل الغار .

غير أن المحاولات الأولى لمعالجة الأمراض النفسية على أسس علمية رصينة، قد تمت عندما بدأت العلوم الطبية تتقدم بشكل سريع في بلاد الشرق وفي بلاد الإغريق .
(الجسماني، ١٩٩٨)

إن التخصصات الطبية التي برزت من خلال تقدم المعرفة في مجال العلوم الطبية والذي تلاها من ظهور تخصصات أخرى سميت بالتخصصات الدقيقة، جزأت النظرة إلى الإنسان وجعلت الأطباء يتعاملون مع المريض كل فيما يخصه فقط دون وعي بالتخصص الآخر.

فأصبحوا كالعريان الذين التفتوا حول الفيل لوصفه فلمس كل منهم جزءاً ووصفه دون رؤية لبقية الأجزاء، فبعدوا عن حقيقة ما يصفون، ونسى الأطباء في غمرة حماسهم للتفاصيل البيولوجية أنهم يتعاملون مع الإنسان، ذلك الكيان المتكامل الذي تتلاقى فيه النواحي البيولوجية مع النواحي النفسية والاجتماعية ...

ولقد ظل الانبهار البيولوجي مسيطراً على عقول الأطباء بوجه عام حتى عرفوا أن هناك عوامل تتضافر لكي تحدث المرض، وأن واحدة السبب ليست هي النظرية المثلى في فهم الأمراض، فليس وجود ميكروب الدرن أو فيروس الأنفلونزا هو العمل الحاسم في حدوث مرض الدرن أو الأنفلونزا، ولكن هناك عوامل أخرى هي مناعة الشخص المعتمدة على حالته النفسية والغذائية وظروفه المعيشية والبيئية ...

لذلك كانت الحاجة إلى فهم متكامل للإنسان في حالة المرض، هذا الفهم الذي يتناول وصفاً متكاملًا لنواحي الإنسان الثلاث البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولقد كان الأطباء النفسيون أول المبادرين إلى ذلك حيث قدموا التشخيص متعدد المحاور والذي يشمل :

١. الحالة الإكلينيكية المرضية (أي الاضطراب النفسي) (Clinical Psychiatric Disorder) والاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة .
٢. اضطراب الشخصية المصاحب أو المتخلف العقلي .
٣. الاضطرابات والأمراض الجسدية المصاحبة من عدمها .
٤. المشكلات النفسية والاجتماعية المؤثرة في حدوث الحالة المرضية .
٥. التقييم الكلي لأداء الشخص وظيفياً واجتماعياً .

ويلاحظ أنه يعطي وصفاً متكاملًا لحالة المريض البيولوجية والنفسية والاجتماعية والوظيفية بحيث يمكن وضع خطة علاجية متكاملة مع إمكانية توقع مقدار استجابته للعلاج .

ويمكننا متابعة التطور في الطب النفسي من خلال مراجعة تاريخ تصنيفاته، فلقد عقد أول مؤتمر لوضع قائمة بأسباب الوفاة للإنسان (International List of Causes of Death) عام (١٩٠٠) في باريس بفرنسا، ولم تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية، واستمر تجاهله إلى عام (١٩٣٩) حيث كانت القائمة الخامسة (I.C.D.5) فوضعت الأمراض العقلية والنفسية ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس المتخصصة . (حمودة، ١٩٩٧) .

المرض النفسي بين الخرافة والعلم :

يحدثنا التاريخ أنه كان يوجد في بروسيا قانون ظل معمولاً به حتى سنة ١٢٣٠ يسمح للمرء بالتخلي عن نسائه وأطفاله وإخوانه وأخواته إذا مرضوا وتحل عليه البركة إذا أحرقهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضاً أيضاً .

وقد يبدو لنا مثل هذا القانون ينطوي على وحشية تناقض كل القيم الإنسانية لأننا نقدم حالياً لمرضانا كل رعاية وكل اهتمام .

وإذا قارنا ذلك بالأمراض النفسية نجد الصورة مروعة، إذ اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالعنف والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة إذ كان المرضى يصفدون بالأغلال، وتكوى أجسادهم بالنار ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتفق عنه الذهن من صنوف التعذيب وكانت ولا زالت ألفاظ مثل الجنون والجبل تحمل في طياتها معاني التحقير والاثام والرعب والفرع .

وهذه الاتجاهات قديمة قدم التاريخ، ولا زالت رواسبها في طبقات نفوس الكثير مهما بلغوا من علم وثقافة وإن كانت هذه المعاملة السيئة للمرضى قد انتهت الآن إلا أنه لها رواسبها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى حالياً من إهمال وتجاهل واستغلال . (جلال، ١٩٨٦) .

المجتمعات البدائية:

لقد بينت الدراسات التي تمت للشعوب البدائية لمحاولتهم فهم سر الخليفة، أن الرجل البدائي كان يعتقد دائماً في وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها في رفيف الريح وتلاطم أمواج البحر وفي صوت البحر .
وكلما زاد جهل الإنسان بالعالم المحيط به، كلما فسر الظواهر على أنها من فعل هذه الأرواح الطيبة أو الشريرة .

وفي مجال الأمراض النفسية والعقلية كانت مشكلة المريض غالباً في مجال السلوك وفي مجال علاقاته بغيره ولم يكن لديه ما يشكو منه صحياً إذ كان في العادة إما يلوم نفسه أو يلوم غيره وحينئذ كان يبدو مختلفاً عما عليه وهذا الاختلاف كان يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو القبيلة إلى مرتبة الأنبياء ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين الكثير من القبائل البدائية . (جلال، ١٩٨٦) .

المصريون القدماء :

يقول التجاني الماحي (١٩٥٩)

" كانت الفكرة السائدة لديهم أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه وأن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأعضاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها بأجهزته إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيماً بجسده، ولذا كان من أهم دعائم علاجهم معرفة الطلسم والسحر لطرده هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاون، ثم يشرع بعد ذلك في استعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التي نشأت من دخول الروح الشريرة لجسد المريض وكان الكهنة يصلحون المرضى بالعزائم السحرية والتعاويد أكثر من اعتمادهم على العقاقير الطبيعية . (جلال، ١٩٨٤) .

العرب في الجاهلية:

كان العرب في الجاهلية يعتقدون في الجن ويخافونها ويرهبونها ويعتقدون أن لها أماكن ومساكن في البوادي الجرداء وبطون الأودية كما توجد في الخرائب والأماكن المهجورة .

والملم بأساطير العرب يجد كم هي كثيرة قصص الجن والشياطين لديهم، كما عبد العرب الجان والأصنام قبل الإسلام خوفاً منها ورهبة وكان لديهم كغيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج، طريقة الكهنة وطريقة العلاج العقاقير .

إن في تراثنا الثقافي رواسب من الماضي جاءت إلينا على مر العصور سواء من قدماء المصريين أو من العرب، إذ لا زالت هناك قطاعات متخلفة من الشعوب تؤمن بدخول الجن والشياطين في أجسام الأدميين فتلحق بها المرض وما لا يقدر عليه الطبيب يقدر عليه المشعوذ لطرد الأرواح الشريرة .

ويجب أن نوضح هنا أن التاريخ لم يشير لقدماء المصريين أو للعرب في الجاهلية صوراً مماثلة لنوع المعاملة التي كان يعامل بها المرضى النفسيين والعقليين في اليونان القديمة أو في الدولة الرومانية وفي أوروبا في العصور الوسطى . (جلال، ١٩٨٦) .

العصر اليوناني والعصر الروماني :

كان اليونانيون القدماء يؤمنون بأن المرض النفسي من عمل الشيطان، فالشياطين تتجسد البشر وهناك شياطين طبيون وشياطين أشرار، فالصرع عندهم كان " المرض المقدس " وكان المرضى به يعاملون بكل إجلال واحترام، أما من يعتقد بأن شيطاناً شريراً تجسدهم فكانوا يعذبون ويضطهدون .

وظلت هذه المعاملة بهذه الأساليب في العصر اليوناني والعصر الروماني وزادت في العصور الوسطى، واستمر الحال في أواخر القرن الثامن عشر .

ومن الأعلام الذين عارضوا مثل هذه المعاملة في العصرين اليوناني والروماني نذكر أبقراط Hippocratic، واسكابياديس Asclepiades، وسورانوس Soranus، وجالينوس، وقد تركوا بصماتهم واضحة في هذا المجال فقد كانوا سباقيين إلى الكثير من المفاهيم الحديثة حول طبيعة الإنسان واضطراباته كما اعتبر اليونان والرومان المرض النفسي مثل سائر الأمراض البدنية الأخرى، ينشأ من علل طبيعية في الجسم ولا ينشأ عن أرواح شريرة كما كان يظن الناس في ذلك الوقت. (شيلدون، ١٩٨٤).

العصور الوسطى:

لقد اجتاحت أوروبا في العصور الوسطى مراراً موجات من الاضطراب الهستيرى وكانت هذه الموجات من الاضطراب عادة دينية وكم كان من السهل على بعض المرضى بالهستيريا في أحد الأديرة أن تنتشر عدواهم بين كل نزلاء الدير واعتقاد كل فرد بأنه ضحية من ضحايا الشيطان .

وكان من السهل إلقاء اللوم على المسيحية والكنيسة الرومانية عن القسوة والاضطهاد والفرع الذي ساد في العصور الوسطى في معاملة المرضى بأمراض نفسية، وكان بعض الكتاب والعلماء يقتبسون من الإنجيل لتبرير الفظائع التي ترتكب ضد المرضى .

ففي هذا العهد كان جسم المريض يعهد به للطبيب أما روحه وعقله فهي ملكية الكنيسة (Mcneil, 1970)، أما في العالم الإسلامي فيقول التجاني الماحي (١٩٥٩) :
" إن العرب في عصور الإسلام المختلفة وخاصة بين منتصف القرن الثامن إلى بداية القرن الثالث عشر الميلادي قد بلغوا ذروتهم في علوم الطب وقد تأثر العرب بمؤلفات مشاهير الفلاسفة ومشاهير الطب اليوناني " .

وقد ألف العرب كتباً كثيراً في هذا المجال ترجمت لللاتينية مثل : كتاب فردوس الحكمة لعلي بن زيد الطبري وكتاب الحاوي لأبي بكر محمد الرازي ... الخ .

ولا شك أن معاملة العرب في عصور الإسلام المختلفة للمرضى بأمراض نفسية كانت تختلف في كثير من الأوجه عن تلك التي يلقاها هؤلاء المرضى في العالم الغربي لأسباب كثيرة منها :

١. العقيدة الإسلامية التي نهت عن قتل النفس إلا بالحق والمعاملة الإنسانية التي أقرتها للضعيف والمريض .

٢. اهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالمران مما شمل المستشفيات . وكان أول بيمارستان أنشئ في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأه الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بني أمية عام ٨٨ هجري (٧٠٧م) (أحمد عيسى، ١٩٣٩) .

عصر النهضة والعصر الحديث

ظهرت في ميدان الطب عدة اكتشافات هامة وأحييت النهضة مبدأ أن الإنسان هو أرقى المخلوقات وأجدرها بالدراسة وقد هاجم جوهان ويبر (Weyer) بعنف الاعتقاد السائد بتقمص الشياطين لأجساد المرضى .

وفي سنة ١٦٩١-١٦٩٢ وفي مدينة سالم لولاية ماساشوستس بأمریکا تم محاكمة لها شهرتها ذهب ضحيتها ٢٠ فرداً بتهم الشعوذة، ولقد ظل الناس معارضين لنقل الحقائق، ولم تتغير المفاهيم والأوضاع في دولة كإنجلترا إلا في سنة ١٧٣٦ لما أعيد النظر في القوانين التي تطارد السحرة والمشعوذين ولم تتغير معاملة المرضى بأمراض عقلية ونفسية إلا في أواخر القرن التاسع عشر .

ويعلق دافيد ستافورد كلارك (١٩٥٣) قائلاً :

" قد يبدو من غير المعقول أن يترك الأطباء بشراً آخرين يعانون من العري والبرد ملوثين بفضلاتهم، مصفدين بالأغلال، متضورين من الجوع في الظلام وعلى أرض حجرية دون رحمة أو ندم، ولكنهم اقترفوا ذلك فعلاً " . لهذا يمكننا أن نقدر القرار الذي اتخذته عالم مثل بنيل Pinel عام ١٩٧٣ وكان مديراً لمستشفى بيستر Bicetre بباريس بتحطيم الأغلال التي يصفد بها المرضى ونادى بمعاملتهم معاملة إنسانية تحفظ لهم كرامتهم .

ثم بدأت تظهر خلال القرن التاسع عشر نظريتان في تفسير السلوك الشاذ هما النظرية العضوية والنظرية النفسية، أما النظرية العضوية فتورد السلوك الشاذ إلى أسباب عضوية كالعيوب الوراثية والاختلال الوظيفي في الغدد الصماء، أما النظرية النفسية فتورد السلوك الشاذ إلى التعلم الخاطئ وكان كزايبلن (Kraepelin) صاحب أول تصنيف للأمراض النفسية أشهر من أيد النظرية العضوية .

كذلك شاركو (Charcot) الذي كان يرى في الهستيريا مرضاً بيولوجياً، أما بلولير (Bleuler) فقد عارض المنحى العضوي لكرابيلن ومهد لظهور المدرسة النفسية في تفسير الاضطرابات النفسية ثم سرعان ما جاء فرويد (Freud) ليعطي هذا المنحى النفسي دفعة قوية أكملها بعده تلامذته (شيلدون، ١٩٨٤) .

القرن العشرين :-

حتى مطلع القرن العشرين لا يمكن القول أن نقول أن المرضى النفسيين والعقليين كانوا ينالون معاملة إنسانية ولم يكن الوعي الجماهيري الذي كانت قد أيقظته تحقيقات ١٨١٥ في إنجلترا ومجهودات دوروثيا ليندديكس وما قام به بنيل في فرنسا قد وصل إلى الفاعلية التي يمكن أن تؤثر في إحداث تغيير جذري في معاملة المرضى .

وقد ألف كليفورد بيرز (Clifford Beers) من خريجي جامعة (Yale) كتاب " العقل الذي وجد نفسه " وقد أُلّفه بناء على معاناته وخبراته التي عاشها كمريض نفسي وسوء المعاملة التي تلقاها خلال فترة تواجده في مستشفى الأمراض النفسية بعد محاولته الانتحار وتمكن بيرز بمعاونة طبيب مشهور من أطباء الأمراض العقلية يدعى ادولوف ماير من اجتذاب عدد من الخبيرين لدعوته وتأسست جمعية للصحة النفسية في ولاية كونيتيكت (Connecticut) .

النظرة السلبية للمرض النفسي : "وصمة المرض النفسي" :

إن قدرة الأطباء على التشخيص "Diagnosis" ووضع الناس ضمن تصنيفات معينة قد يؤدي إلى وضع هؤلاء الأشخاص في وضع أسوأ، ويضطرهم إلى التعامل مع الوصم والتمييز (Discrimination and Stigmatization) بالإضافة إلى معاناتهم من أعراض المرض .

إن الأشخاص الموصومين يفقدون ثقة الناس بهم ويصبحون مثار الشك الارتياب، وقد تؤدي الوصمة إلى مشاكل اقتصادية مثل صعوبة الحصول على العمل أو السكن، كما تؤدي إلى صعوبات في العلاقات الاجتماعية وإلى حالة جديدة من عدم التوازن وهو عبء ثقيل يستمر في ملاحظته للفرد حتى بعد زوال الأعراض التي أدت إلى وصمة (Robitscher,1980) .

ولقد دلت الدراسات حول أثر الدخول لمستشفى الأمراض النفسية ولو لفترة قصيرة على الفقراء من الناس والذين ليس لديهم مصادر معيشية من عائلاتهم أو أصدقائهم، إنه بعد أيام قليلة من دخولهم المستشفى قد أشغلت مناصبهم في العمل، وإن منازلهم قد أجرت لغيرهم وأن ممتلكاتهم الخاصة قد اختفت وأن حياتهم عموماً قد اضطربت على كل المستويات الاجتماعية الاقتصادية .

وقد لاحظ مالكيو (Melchiode) في إحدى دراساته أن الموظفين الذين يراجعون أطباء نفسانيين لا يستفيدون عادة من الترقية في عملهم من قبل المسؤولين عنهم حتى ولو كانوا يقومون بأعمال تستحق تلك الترقية (Robitscher,1980) .

وهكذا يصبح الدخول لمستشفى الأمراض العقلية أو مجرد التعرض لعلاج طبي نفسي كارثة حقيقية يقع فيها الفرد، فالمرضى النفسيون السابقون يواجهون صعوبات كبيرة في الحصول على تراخيص مهنية، أو سلفات بنكية، أو حتى استئجار أو شراء مسكن، وكثيراً ما ترفض المحاكم حتى الوصاية على الأبناء للطرف الذي يتبين أنه أصيب بمرض نفسي وهكذا فالذين لا يمثلون للأعراف الاجتماعية سواء كانوا مرضى نفسيين، بلهاء أو عباقرة فإنهم يدفعون ثمن كونهم مختلفين (Robitscher,1980) .

ولقد وجه ارفنج جوفمان (Erving Goffman) في كتابه " الوصمة" (Stigma) همه إلى البحث عن إجابة على السؤال كيف يتعامل الجمهور مع المنحرفين؟ ورأى أن أكثر ما يشغل الفرد الموصوم هو عبارة التقبل الاجتماعي، إذ عليه أن يتعامل مع الناس الذين ينفرون منه سراً وظاهرياً يبدون كل التقبل والتسامح .

ويقول جوفمان أن الشخص الموصوم عليه أن يتعلم التعامل مع الاتجاه الكامن لدى الناس لا مع الواجهة الخارجية، إذ يواجه المريض النفسي صعوبات جمة، فهو إما أن يخفي حالته عن الناس ويحاول أن لا ينكشف سره، وإما أن يكشف عن ذاتيته ويواجه النتائج، فإذا اختار طريقة إخفاء السر فعليه أن يلجأ إلى سلسلة من المناورات الاجتماعية كان يشارك الضاحكين ضحكهم إذا ألقوا نكتة عن المرضى النفسيين وعليه أن لا يبدي غضبه إذا سمع ألفاظاً مثل "مجنون" "مختل" .

ومهما بلغ الحرص بالشخص الذي ينجح في خداع الآخرين فلا ينكشف سره، نجده في قرارة نفسه على علم بأن تقبل الآخرين قد تم على غير دراية بحقيقة أمره .

أما المريض النفسي الذي يفضل كشف سره فيواجه هو الآخر مصاعب، فهو مطالب بالتخفيف من حدة التوتر عند الأسوياء والذي لا يستشعرون الارتياح عادة وهم في حضرة مريض نفسي .

وتشير الدراسات مثل التي أجراها فارينا وزملاؤه إلى أن المريض النفسي يعامل عادة على أساس أنه غير كفؤ ولا يمكن الاعتماد عليه، ويمكن القول أن ما يجده المريض النفسي من سوء الحال أحياناً في المؤسسات كالمحاكم والمستشفيات ما هو إلا جزء من نمط اجتماعي أوسع يقوم على الرفض التحقير (شيلدون، ١٩٨٤) .

إن وصمة المرض النفسي تستعمل وبشكل غير مقصود كنوع من الضبط الاجتماعي للذين لم يمتثلوا للتوقعات الاجتماعية، وكما يشير "زاس" فإن هذا الشكل من الضبط الاجتماعي هو أحد المهام الرئيسية للطب النفسي الحديث، فالطبيب النفسي يدعم ويطبق القواعد الأخلاقية والقوانين الاجتماعية وهو يشبه في ذلك رجل الدين وما يقوم به فعلاً هو ممارسة الضبط الاجتماعي والعمل على دعم الامتثال لقواعد المجتمع (Mckee and Robertson, 1975) .

وعادة ما يكون لدى المريض النفسي شعور داخلي بالخجل والنقص لأنه سبق وأن دخل مستشفى الأمراض النفسية، وهذا ما يقوده إلى التصرف بطريقة تدفع الآخرين إلى التصرف بطرق تتناسب وشعوره الداخلي .

إن الوصمة المرتبطة بالدخول لمستشفى الأمراض النفسية بسبب مرض نفسي شبيهة بالشعور بتعثر الحظ الذي وصفت به دامبو (Dembo) مبتوري الأعضاء وتعثر الحظ هذا ينتج عندما يفقد الشخص صفة مميزة له كالشرف أو السمعة، ولكن ما الذي يفقده الفرد الذي يدخل مستشفى الأمراض العقلية .

إنه يفقد كفايته الاجتماعية وتصبح نظرة الناس إليه على أنه فجائي التصرفات ولا يمكن أبداً التنبؤ بسلوكه . ويمكن لهذا المريض النفسي أن يعود إلى وضعه الطبيعي إذا تصرف بطرق تدل على كفايته الاجتماعية، ولكن الأمر يصبح أكثر تعقيداً عندما نعرف أن معظم الناس العاديين ينظرون للمرض النفسي على أنه غير قابل للشفاء (Cumming and , 1965 cumming) وهذا ما يضع صعوبة كبيرة أمام المريض النفسي عند محاولته العودة إلى وضعه الطبيعي، وهذا يتطلب طبعاً إحداث نقلة واسعة في اتجاهات الناس نحو الكثير من قضايا الصحة النفسية.

إن المفاهيم الخاطئة عن المرض النفسي لدى الجمهور تؤدي إلى تطوير أعراض معينة، فكل فرد في المجتمع له تصور عن كيفية تصرف المرضى النفسيين، وهذا التصور يتعلمه من الفلكلور والقراءات والسينما والتلفزيون .

وعندما يدخل الفرد لمستشفى الأمراض النفسية فإنه يحمل معه مفاهيمه عن المرض النفسي وكيفية تصرف المريض النفسي، وهذه المفاهيم ستؤثر بدون شك على سلوكه، كما أنه يتأثر أيضاً بالمحيطين به وطريقة نظرتهم إليه، فعندما يأخذ المريض من عائلته وتغلق عليه أبواب المستشفى فإن هذا يعني أنه يقال له أنك خطير وغير مرغوب فيك، وهذه الرسالة تصل للمريض حتى ولو قيل له في الرسائل اللفظية أنهم يهتمون به ويحرصون على شفائه، فالأفعال يكون صداها أقوى من الأقوال (Zusman,1970).

ولقد قام جم ننالي عام ١٩٦١ بدراسة حول نظرة الجماهير إلى المرض النفسي حيث قام بتقدير ما لدى الجمهور من معلومات حول المرض النفسي من جهة واتجاهاته نحو الموضوع من جهة أخرى، وجاءت نتائج الدراسة لتدل على الكثير، فالناس في استفتاء المعلومات صوروا المريض النفسي إيجابياً مثل انه متسق في تفكيره ويمكن علاجه وأنه قادر على العودة إلى بيئته المحلية، وهنا يبدو أن الجمهور قد أصبح لديه فكرة مستتيرة عن المرض النفسي، ولكن اختبار الاتجاهات قد بين العكس ، إذ نجد أن المريض النفسي ينظر إليه بخوف وعدم ثقة، ويقول ننالي "إن كبار السن من الناس وصغار السن منهم كذلك والناس الذين بلغوا مرتبة عالية من التعليم وكذلك الناس الذين لم يتلقوا من المدرسة إلا أيسر التعليم، كل أولئك يبدو انهم ينظرون إلى المريض النفسي على أنه أقرب إلى الخطورة والقدارة وأنه شخص لا يسهل التنبؤ بتصرفاته وأنه شخص عديم الثقة (شيلدون، ١٩٨٤، ص ١٧٤-١٧٥).

وهناك بعض الحقائق الأساسية حول الاضطرابات النفسية، يرى كارول (Carrol) أن الجمهور يجب أن يدركها جيداً . نلخصها كما يلي:

١. إن الاضطرابات السلوكية، فيما عدا الاضطرابات العضوية هي اضطرابات متعلمة وليست وراثية، فنمط العائلة الذي يربي فيه الطفل وكذلك الثقافة الواسعة التي ينشأ فيها لها أهمية قصوى في تحديد فيما إذا كان الفرد سوف ينمي بنية شخصية عادية أو شاذة، وهناك دلائل كثيرة على أن الفرد يتعلم السلوك المضطرب مثلما يتعلم السلوك السوي.

٢. بما أن علاج الاضطرابات النفسية (عدا الاضطرابات العضوية) متعلمة فإنه بالتالي يمكن علاجها عن طريق العلاج النفسي وبيدوا أن الجمهور لديه صعوبة في فهم ماهية العلاج النفسي.

٣. إن علاج الأمراض النفسية، مثله مثل علاج الأمراض الجسدية الأخرى يجب أن يكون مبكراً، فكلما كان المرض قديماً قلت فرص الشفاء.

٤. إن الكثير من الاضطرابات النفسية يمكن الوقاية منها من خلال تطبيق مبادئ الوقاية النفسية، ويجب أن يكون ذلك بشكل خاص في البيت والمدرسة، فالطفل مثلاً الذي يكون عرضة للهجوم والتجريح من أهله ومعلميه قد يطور مفهوم ذات سلبي وهو أول خطوة نحو الاضطرابات النفسية الحادة.

٥. إن المضطربين نفسياً لهم نفس حاجات ومشاعر الأسوياء، إنهم يحبون ويكرهون، ويستجيبون لمن يستلطفهم ويكرهون من يقسو عليهم .

٦. لا يختلف المضطربون نفسياً عن الأسوياء إلا في الدرجة فقط .

٧. إن الكثير من الاضطرابات النفسية يمكن علاجها وإنه لمن الخطأ الفادح الاعتقاد بأن كل من دخل مستشفى الأمراض العقلية يبقى على ما هو عليه .

٨. إن تلقي العلاج النفسي وطلبه ليس أمراً مخجلاً فالفرد الذي يعاني من اضطراب نفسي لا يتحمل مسؤولية عن مرضه أكثر من ذلك الذي يصاب بمرض جسدي، وبالتالي فعليه أن يطلب العلاج والمساعدة مثلما يطلبها عندما يصاب بأي مرض جسدي آخر . (Carrol,1969)

وهناك خطر آخر يشكله الفرد الموصوم وهو خطر النبذ الاجتماعي الذي يتهدد أي شخص يرتبط به، فالناس المقبولون والمحترمون اجتماعياً قد تتحط قيمتهم عند الآخرين إذا ارتبطوا بمرضى نفسي، وهو ما عبر عنه بوسنر (Posner) بقوله بأن المجتمع لا يصم المنحرف فقط بل يصم المرتبطين به، حتى ولو كان ذلك عن طريق السير معه في الشارع بمحض الصدفة، ويصبح النبذ أكبر بين المريض والمرتبطة معه قرابة دموية (Jones et al, 1984) .

وبالطبع فإنه من المهم الإشارة إلى حقيقة أن الدراسات حول اتجاهات الناس لا تكشف لنا دائماً عما يقوم به الناس في الوقت الحالي (سلوكهم الحالي)، بل تكشف لنا عما يعتقدون أنهم سيقومون به تحت ظروف معينة في المستقبل، وفي الحقيقة فإنه من الأجدر إذا أريد معرفة اتجاهات الناس نحو المرض النفسي فإنه يجب العمل على المزج بين دراسة الاتجاهات ودراسة السلوك بشكل مواز، وهذا الأمر ليس ممكناً وسهلاً دائماً (Jones, 1968) .

الاتجاهات :

عند الحديث عن اتجاهات الناس نحو الاضطرابات النفسية والمضطربين نفسياً فإنه يجب الاهتمام بمواقف عدد من الأطراف ممن يدخلون في تفاعلات مباشرة أو غير مباشرة مع المرضى النفسيين، هذه الأطراف تشمل أفراد الأسرة والأخصائيين النفسيين والأطباء، وغيرهم من المهنيين الذين يتعاملون يومياً مع المرضى في المستشفيات والعيادات النفسية، كذلك الزملاء وأفراد المجتمع المحيط الذي يعيش فيه المريض النفسي، وتكتسب هذه الاتجاهات والمواقف التي يتخذها الناس من المضطربين نفسياً أهمية أكبر لأنها تتعكس على سلوكهم نحوهم ومعاملتهم لهم وتؤثر بالتالي على تطور حالتهم المرضية نحو التحسن أو الانهيار وفقاً لطبيعة تلك المواقف (ريحاني، ١٩٨٨) .

تعريف الاتجاه

ويعرف الاتجاه بأنه " مفهوم يعبر عن التنظيمات السلوكية التي تعبر بدورها عن علاقة الإنسان بجزء معين من بيئته الخارجية أو الموضوعات الاجتماعية أو الأمور المعنوية، كما يعبر عن ذلك لفظاً وعملاً بالقبول التام أو الرفض التام أو على نقطة في البعد المستمر بين نقطتين تمثلان الموافقة التامة أو الرفض التام (صالح، ١٩٧٣ : ٣١٧) .

ويقصد بالاتجاه بأنه مفهوم يعبر عن محصلة استجابات الفرد نحو موضوع في صبغة اجتماعية وذلك من حيث تأييد الفرد لهذا الموضوع أو معارضته (إبراهيم وآخرون، ١٩٦١ : ص ٢٩٨) .

وبأنه استعدادات وميول مكتسبة أساسها خبرة الفرد الحياتية تؤثر بثبات على سلوكه وتصرفاته الفردية من جهة (العاني، ١٩٧٠ : ٦) .

وبأنه تركيب عقلي ونفسي أحدثته الخبرة الحادة الحادة المتكررة ويمتاز بالثبات والاستقرار النسبي، وذلك أن الاتجاهات حصيلة تأثر الفرد بالمثيرات العديدة التي تصدر عن اتصاله بالبيئة، وأنماط الثقافة والتراث الحضاري للأجيال السابقة، وهي مكتسبة وليست فطرية أو موروثة (عبد الرحمن، ١٩٧١ : ٥١) .

كما أنه تكوين فرضي أو متغير كامن أو متوسط (يقع فيما بين المثير والاستجابة) وهو عبارة عن استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو

أشخاص أو أشياء أو موضوعات أو مواقف أو أمور في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة (زهران، ١٩٧٤: ١٣٦).

إضافة إلى ذلك، أنه نسق أو تنظيم لمشاعر الفرد ومعارفه وسلوكه أو استعداداته للقيام وبأفعال معينة، ويتمثل في درجات من القبول أو الرفض نحو الموضوع أو القضية موضع الاهتمام (السيد، ١٩٧٩) .

ويرى الباحث الحالي أن الاتجاه يعتبر بمثابة استعداد نفسي أو حالة عقلية ثابتة نسبياً - مستمدة من البيئة، ويستدل عليه من استجابة الفرد قبولاً أو رفضاً، لموقف معين، ويتم قياسه إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد نتيجة استجابته لعبارات المقياس الذي أعد لهذا الغرض .

ويعرف جابر عبد الحميد (١٩٧٨) الاتجاه : بأنه عبارة عن استعداد أو سبق الاستجابة ولكنها تختلف عن حالات الاستعداد الأخرى في أنها استعداد للاستجابات التقويمية .

* كما يعرف الاتجاه النفسي : بأنه ذلك الذي يميز في الاتجاه بين مكونات ثلاثة :
الانفعال أو الوجدان ، المعارف أو المعتقدات ، وصول الاستجابة

تعتبر الاتجاهات النفسية مكتسبة فهي تتكون نتيجة للخبرات التي يمر بها الفرد كما أنها ترتبط بموضوعات مختلفة (جابر، عبد الحميد ، ١٩٧٨) .

ويعتبر ثورانديك وهيجن (Thorandike and Hagen) الاتجاهات واحدة من خمسة صفات كيفية تميز شخصية الفرد وهي :

١. الخصائص العامة للشخصية : عدد من الصفات المعروفة في المجتمع، يتماشى معها الشخص أو يعاكسها .

٢. التكيف : درجة القدرة على التأقلم والعيش بسعادة في البيئة الثقافية التي يوجد فيها .

٣. المزاج : الصفات المرتبطة بمستوى الطاقة، المزاج، ونمط الحياة.

٤. الميل : الأنشطة التي يرغبها الفرد أو يتجنبها . (الفرد الذي يحدده) .

٥. الاتجاهات : ردود الفعل مع أو ضد الأفراد، الظواهر، المفاهيم التي يتكون منها المجتمع.

(Wilson 74 : 478)

ويرى جانبيه (Gange') أن هناك الكثير من الخلافات حول طبيعة الاتجاهات وكذلك فإن الاهتمام يجب أن لا ينصب على ما هي الاتجاهات بل ما الذي تعمله الاتجاهات في حياة الأفراد الذين يمتلكونها.

(Gange' 77 : 234)

ونتيجة لكون الاتجاهات تؤلف نظاماً معقداً تتفاعل فيه مجموعة من المتغيرات المتنوعة وأن أية محاولة بسيطة لتحليل طبيعتها ستتطوي على الإخلال بهذه الطبيعة فإن الطريقة المثلى للوقوف على طبيعتها هي النظر إليها من خلال مكوناتها، خصائصها، ووظائفها . فالاتجاهات تعمل كما يرى أوسجود ورفاقه (Osgood et al) كمقدمات أو أسس للسلوك ويعرف ألبورت (Allport) الاتجاه بأنه " حالة من الاستعداد والتأهب العصبي والنفسي تنتظم من خلال خبرة الشخص وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تثير هذه الاستجابة " (ريحاني ، ١٩٨٥) .

ولقد وردت تعاريف كثيرة للاتجاهات ولكن أهم العناصر التي تتفق عليها معظم هذه التعاريف هي فكرة الاستعداد للاستجابة ، فالاتجاه ليس هو السلوك ولكنه استعداد للاستجابة بطريقة معينة لموضوع الاتجاه (Attitude Object) كما تتميز الاتجاهات بطبيعتها التحريضية فهي تدفع على السلوك وتوجه شكله وأسلوبه هذا بالإضافة إلى طبيعتها التقييمية (Evaluative Aspect) وثباتها النسبي (Oskamp, 1977) .

وأياً كانت وجهات نظر العلماء حول الموضوع، فإنه من المؤكد أن اتجاهات الناس نحو المرض النفسي لها أهمية بالغة سواء أكانت تلك الاتجاهات نابعة من المريض نفسه أو ممن يشرف على علاجه أو من أسرته وأقربائه أو من المجتمع المحيط بشكل عام ، ذلك لأن هذه الاتجاهات تنعكس على سلوك هذه الأطراف مما يؤثر بالتالي على تطور حالة المريض النفسي نحو الأحسن أو نحو الأسوأ تبعاً لطبيعة تلك الاتجاهات ، ولقد أشارت الدراسات (Rabkin, 1972) إلى أن الاتجاهات تؤثر على تطور سير وعلاج الاضطرابات النفسية .

فمن اتجاهات المريض نفسه يشير كل من فارينا وفيشر (Farina and Fishar, 1979) أن الناس الذين يعززون أسباب المرض النفسي إلى عوامل بيولوجية لا يفكرون كثيراً في حل مشكلاتهم الانفعالية ، ويرون أنفسهم عاجزين عن القيام بأي شيء في مثل هذه الأمور كما يميلون إلى استعمال الأدوية وشرب الكحول للتخفيف من توترهم النفسي .

كما أشار بودن وشونفيلد و آدمس (Bowden, Schoenfeld and Adams, 1980) أن المرضى الذين يحملون معتقدات تشاؤمية عن المرض النفسي لا تتحسن حالتهم كثيراً أثناء مكوثهم في المستشفى، وتكون اضطراباتهم أكثر حدة، كما أنهم لا يعملون على مساعدة أنفسهم فيكون تحسنهم ضئيلاً ونسبة الانتكاس لديهم عالية .

كما تشير الدراسات أيضاً إلى أنه إذا نصح المرضى النفسيون بان ينظروا إلى أنفسهم وإلى سلوكهم على أنه سلوك عادي وسوي فإن ذلك يزيد من معدل خروجهم من المستشفى أكثر من أولئك الذين ينظرون إلى أنفسهم نظرة مرضية (Chesno and kilmann, 1975) .

والجدير بالذكر أن استجابة الأسرة لإصابة أحد أفرادها بمرض نفسي، لها هي الأخرى أهمية كبيرة، فكثيراً ما يلجأ أهل المريض إلى بعض الآليات الدفاعية لتغطية حالة مريضهم، فيقولون أنه دخل المستشفى خطأ أو أنه حالته لم تكن خطيرة كباقي نزلاء المستشفى، بل كانت مجرد انهيار عصبي . وكأنهم بذلك يرفضون فكرة أن يكون أحد أفراد عائلتهم قد أصيب بمرض نفسي (Cumming and Cumming, 1965) .

وتشير دراسة هيلينجسهيد و ردلش (Hollingshead and Redlich) إلى وجود ارتباط واضح بين اتجاهات أقارب المريض نحو المرض النفسي وبين طبقتهم الاجتماعية، فكلما كانت الطبقة الاجتماعية أدنى كلما كان هناك شعور أكثر بالخوف والاستياء، وكلما كانت الطبقة الاجتماعية أعلى ازدادت مشاعر الذنب والخجل أكثر، وأثناء وجود الفرد في المستشفى يلاحظ لدى أفراد الطبقات الدنيا مشاعر من العجز والجمود، بينما يلاحظ اهتمام أكبر بالمريض لدى الطبقات الاجتماعية الأعلى، أما فريمان (Freeman) فلقد أشار أنه كلما كان أقرباء المريض النفسي أكثر تعليماً وأصغر سناً كلما كانت اتجاهاتهم إيجابية أكثر نحو المريض النفسي (Rabkin, 1972) .

ولقد أشار كل من فريمان (Freeman) وشوارتر (Shwartz) من خلال دراستهم لاتجاهات ومعتقدات أقارب المرضى النفسيين كزوجاتهم وأمهاتهم أنه كلما كان هؤلاء الأقارب يعتقدون في إمكانية شفاء المرضى النفسيين كلما كانت اتجاهاتهم إيجابية أكثر نحو المريض (Jones et al, 1984) .

ويجب أن لا نهمل اتجاهات أولئك الذين يقومون على علاج المريض النفسي في المستشفيات والعيادات النفسية، فاتجاهات الفريق المعالج كما تشير إلى ذلك دراسة واطسن وديلي وزيمرمان (Watson, Daly and Zimmerman, 1980) قد تعمل على تحسين حالة المريض ومساعدته على الشفاء كما قد تزيد السلبية والجمود لديه، فالتسامح مع المريض وإعطائه شيئاً من الحرية يرتبط بالتحسن بينما تؤدي التسلطية والتزمّت في التمسك بقوانين المستشفى إلى إعاقة تحسنه .

ويرى زوسمان (Zusman) أنه يمكن أن تنقل الاتجاهات العلاجية الإيجابية إلى أرض الواقع من خلال إلغاء كل أشكال الأمن من أبواب وحراس في المستشفيات، وكذلك إلغاء كل الخدمات الخاصة حتى لا يفهم المرضى منها أنهم مختلفون كثيراً عن الناس العاديين، بل يشعرون أنه يمكنهم استعمال نفس المرافق التي تقدم فيها الخدمات للناس العاديين خارج المستشفى كما يجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن البيئة الخارجية حتى يشعروا أن المعالجين يعتقدون فعلاً في إمكانية شفائهم وعودتهم ثانية للمجتمع (Zusman, 1966) .

ويذكر روزنهان (Rosenhan) أن خبراء الصحة النفسية لديهم ثنائية ميول تميز علاقتهم بالمرضى النفسيين، فالدوافع الظاهرة ما هي إلا جزء من الاتجاهات ككل .

إن الاتجاهات السلبية موجودة ويمكن التحقق منها بسهولة، فالنظرة الفاحصة لبنية مستشفى الأمراض العقلية والنفسية تبين لنا ذلك التفريق الصارم بين الفريق المعالج والمرضى النفسيين فالمرضيات مثلاً لا يقضين أكثر من (١١,٣%) من وقتهن مع المرضى ، أما الأطباء فهم الأقل ظهوراً في عنابر المستشفى ولا يقضون أكثر من (٦,٧%) من وقتهم خارج مكاتبهم مع المرضى (Rosenhan, 1974) .

وفي الواقع فإن دراسة أمر معقد مثل اتجاهات الناس نحو المرض النفسي ليس بالأمر الهين ، لأن ذلك يتطلب فحصاً شاملاً للعوامل التي تساهم في تشكيل هذه الاتجاهات بصورتها الحالية، إذ يسود اعتقاد بين عامة الناس على أن المريض النفسي يتصرف دائماً بطريقة فيها غرابة وشدوذ، ويبدو هذا واضحاً في استغراب بعض من يزور مستشفى للأمراض العقلية لأول مرة عندما يرى المرضى وهم يمارسون نشاطهم اليومي بكل حرية (Snell, 1977) .

وترى كارول (Carrol) أن اتجاهات الناس نحو المرضى النفسيين تظهر بالشكل الذي نراه نتيجة للخوف، خوف الناس على أنفسهم وعلى أفراد عائلاتهم، ويرجع سبب الخوف هذا إلى نقص المعلومات حول الاضطرابات السلوكية، فالناس عندما يخافون فإنهم يلجأون إلى أمرين اثنين، إما الهرب أو الهجوم، ويبدو أنهم لجأوا إلى هذين الحلين، فالناس يهربون أحياناً مدعين أن المشكلة ليست بهذه الجدية، فحتى عندما يصاب أحد أفراد عائلتهم فإنهم يميلون إلى حجزه ونسيانه ما أمكن .

ومن جهة أخرى هناك نظرة الاحتقار والازدراء نحو المرضى النفسيين ، وهذه النظرة ليست مقتصرة على المرضى وحدهم ، بل تشمل كل العاملين في ميدان الرعاية النفسية (Carrol, 1969).

ويُلخص نُنالي (Nunnally) مشكلة اتجاهات الناس نحو المرض النفسي كما يلي :

- ١- لا يعرف الناس إلا القليل جداً عن الاضطرابات النفسية وهذه المعلومات على قلتها خاطئة وهم غير متأكدين من معلوماتهم .
- ٢- لا يتعلم الناس كثيراً من خبراتهم اليومية حول مواضيع الصحة النفسية .
- ٣- يرغب الناس في الحصول على معلومات أكثر حول الصحة النفسية، ولكن اهتمامهم ينحصر أساساً في تعلم الطرق التي تمكنهم من مواجهة أو تجنب المواقف المهددة للمرضى النفسيين أكثر مما هم مهتمون بسبب فضولهم العلمي .
- ٤- يرغب الناس في الإجابات التي تقدمها الهيئات الرسمية المتخصصة الجديرة بالثقة والتصديق (Nunnally, 1967) .

والجدير بالإشارة أن الاتجاهات كثيراً ما تمتد جذورها في عمق الميراث الثقافي، ومعظم الدراسات التي أجريت في موضوع اتجاهات الناس نحو المرض النفسي هي دراسات أجنبية، تمت في بيئات وثقافات تختلف عن بيئتنا وثقافتنا .

وبدون شك فإن هذه الثقافات، والقيم السائدة فيها والتي تعتبر الإطار المرجعي لأفرادها ستؤثر على اتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين وكثير من القضايا الاجتماعية .

ولقد رأى الباحث أن يجري هذه الدراسة في بيئة عربية وبالتحديد على مجتمع طلبة جامعة النجاح الوطنية في فلسطين للتعرف إلى العلاقة بين بعض العوامل مثل التخصص (تربية، صيدلة، تجارة، وآداب) والجنس (ذكور، إناث) والمستوى الدراسي ومكان السكن الدائم وبين اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي .

وتواجه علماء النفس الاجتماعي مشاكل عديدة عند محاولتهم قياس اتجاه ما، لأن مجرد محاولة القياس قد تسبب تغييراً في الاتجاه، فالفرد الذي يُسأل عن اتجاهه نحو المرضى النفسيين مثلاً، قد يفكر في الموضوع لأول مرة في حياته، فقد كان حتى هذه اللحظة التي تم فيها التجريب يتصرف بالنسبة لهم دون التفكير في استجابته نحوهم أو في الدوافع التي دفعته إلى ذلك، ولكنه الآن يفكر فيهم فعلاً وقد يقرر أن يغير نمط سلوكه، وهذه النتيجة النهائية قد تكون متجهة كلياً نحو الأحسن، ولكن الاتجاه الأصلي يكون قد عدل ولا يمكن دراسته بعد ذلك، وحتى لو كان التغيير غير واضح قد يتم بشكل غير واعي .

وبالرغم من أنه يمكن استنتاج اتجاهات الفرد من سلوكه إلا أن الناس ليسوا دائماً في وضع يسمح بإبداء اتجاهات من هذا النوع إلا بدرجات محدودة، وقد يكون من الممكن اصطناع مواقف تجريبية إلا أن ذلك قد يربك المستجيبين ويتطلب وقتاً وجهداً كبيرين، ثم أنه قد لا يوجد ضمان أيضاً بضرورة أن يكون السلوك الملاحظ في الموقف التجريبي، متمشياً مع الاتجاهات الحقيقية، ومع الحياة الواقعية (إيفانز، ١٩٦٥) .

فكثيراً ما يجد الناس أنفسهم يتصرفون خلافاً لمعتقداتهم ومشاعرهم، ومثال ذلك الكثير من المدمنين على التدخين الذين يستمرون في التدخين رغم اقتناعهم بخطورته الأكيدة على صحتهم، كما تشكل خاصية التغيير في الاتجاه نتيجة لعوامل التعلم والنمو والخبرات الجديدة التي يتعرض لها الفرد وكذلك المعلومات الجديدة، تشكل إحدى الصعوبات الكبيرة للقياس ، ولذلك فكلما استطعنا أن نجعل القياس صادقاً ومعبراً عن الاتجاه الموضوعي (Objective Attitude) بدلاً من الاتجاه المعبر عنه لفظياً أو الاتجاه التقريري (Reported Attitude) كان ذلك أفضل . (ريحاني ١٩٨٨) .

عند قياس الاتجاهات يجب عدم التعامل معها على أنها تنقسم إلى فئتين : مع أو ضد ، بل على أنها تتدرج من القبول بشدة إلى الرفض بشدة تدريجياً متصلاً ولكن الوسائل الفنية والعملية التي تتوفر للباحث لا تمكنه من تحديد درجة معينة بالضبط لأراء الناس فيلجأ إلى وضعها في فئات معدودة غير متصلة (8 : Reynolds 77) .

هناك مدخلان لقياس الاتجاهات هما : التقدير الذاتي والملاحظة ، وتقوم مقاييس التقدير الذاتي على رد الفعل الذي يبديه الفرد كاستجابة مباشرة عند طرح موضوع الاتجاه ومن الأمثلة على هذه المقاييس مقياس ثيرستون (Thurstone)، ليكرت (Likert) وجوتمان

(Guttman)، بينما تقوم مقاييس النوع الثاني (الملاحظة) على وصف الفرد لموضوع الاتجاه ومن الأمثلة عليها مقياس التباين المعنوي (Semantic Differential) ويعتبر مقياس ليكر أكثر هذه المقاييس شيوعاً وأيضاً من ناحية بناء العبارات لتدرج علاماتها ويطلب من الفرد الاستجابة لكل من عبارات المقياس استجابة تتراوح بين الرفض والقبول أو بين الموافقة أو عدم الموافقة بدرجات متفاوتة الشدة، ويوضع تدرج للعلامات يتناسب مع تدرج الاستجابة كما في المثال التالي :

أرفض بشدة (١) أرفض (٢) محايد (٣) أقبل (٤) أقبل بشدة (٥)

وتواجه مقاييس الاتجاهات ككل المقاييس الوجدانية، مشاكل إجرائية مما يجعل تفسيرها ضبابياً، كما أن مصداقيتها وثباتها أقل مصداقية وثبات من المقاييس العقلية المعرفية، إلا أن النتائج التي تعطيها هذه المقاييس مهمة ويمكن أن تكون مفيدة في التخطيط والتقويم التربويين رغم ذلك (Meherens 78 : 582) .

وهكذا يكون للاتجاه ثلاثة عناصر أو مكونات هي :

١- العنصر العاطفي أو الانفعالي (Affective Component) :

ويتمثل في المشاعر والانفعالات التي يشعر بها الفرد نحو موضوع الاتجاه كحبه أو كراهيته له، وتتعلق بالشعور العام بالقبول مقابل الرفض، اتجاه موضوع معين أو التوجه نحو موضوع معين مقابل تجنبه والابتعاد عنه.

٢- العنصر المعرفي أو العقلي (Cognitive Component) :

ويتمثل في الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد عن موضوع الاتجاه، ويتعلق بالجوانب المعرفية حول موضوع معين، والتي تحدد موقف الفرد إزاء هذا الموضوع .

٣- العنصر السلوكي (Behavioral Component) :

يشير إلى ميل الفرد للتصرف بطريقة معينة تجاه موضوع الاتجاه وفقاً لمشاعره ومعتقداته اتجاه هذا الموضوع ويتعلق بنوع السلوك الذي يسلكه الفرد على اعتبار أن الاتجاه يشير إلى الاستعداد للقيام بسلوك معين .

إلا أن العلاقة بين الاتجاه والسلوك تتأثر أحياناً بعوامل اجتماعية أخرى

(نشواتي ١٩٨٥، 1، 238 - 234، 77: Oskamp, 1977) .

وهذه العناصر تكون متداخلة إلى درجة لا يمكننا التمييز فيما بينها عندما نحاول أن نقيس كل واحد منها بدقة، في حين يرى البعض مثل فيشبين وأجزن (Fishbein and Ajzen) أنه يجب اختصار الاتجاهات في العنصر العاطفي الانفعالي فقط وعندئذ يمكن أن نطلق تسمية "معتقدات" (Beliefs) على الجانب المعرفي، والنية السلوكية (Behavioral Intention) على الجانب السلوكي في الاتجاهات، وهذه العناصر قد لا تكون مرتبطة بالضرورة. (Oskam, 1977) .

أما خصائص الاتجاهات فهي : أنها تكوينات فرضية، أنها نتاج للتعلم، أنها متباينة في ثباتها وتغيرها، أنها محددة بموضوعاتها على نحو مباشر، أن لها أهمية شخصية - اجتماعية، وأنها تجنبته. أما وظائفها فهي وظيفة نفعية، وظيفة تنظيمية واقتصادية، وظيفة تعبيرية، وظيفة دفاعية .

هناك بعض المصطلحات التي كثيراً ما ترتبط بمفهوم الاتجاهات بل غالباً ما تستعمل كمرادفات له، مثل المعتقدات والآراء (Opinions) والقيم (Values) والعادات (Habits)، ويمكن اعتبار مفهوم الآراء أكثر المفاهيم التصاقاً بمفهوم الاتجاهات وكثيراً ما استعمل كمرادف له (Oscamp',1977) .

وغالبا ما يعرف الرأي بأنه التعبير اللفظي للاتجاه ولكن الاحتياط هنا يكون ضرورياً إذا أريد الحصول على قياس مبني على الآراء التي يعبر عنها ، فمن السهل جداً لشخص يعرف أنه تحت الملاحظة أن يصوغ آراءه لصالح الملاحظ أكثر من أن تكون نتيجة لوجهات النظر التي يؤمن بها، إذ قد يصدر ذلك عن الرغبة في الالتزام أو الرغبة في إظهار الفرد لنفسه في أحسن صورة ممكنة أو الرغبة في إبهار الآخرين أو أي دافع آخر من هذا النمط . (إيفانز ، ١٩٦٥)

والواقع أن الاتجاهات إنما هي دوافع قوية محركة وموجهة للسلوك، ولقد أدرك علماء النفس الاجتماعي أهميتها فوضعوا مقاييس لها وذلك بهدف فهم سلوك الأفراد والتنبؤ به ومن ثم ضبطه وتوجيهه .

ومن هذه الطرق التي استعملت لقياس الاتجاهات طريقة بوجارديس (Bogardis) للتباعد الاجتماعي (Social Distance) وطريقة ثيرستون (Thurstone) وطريقة ليكـرت (Likert) وجوتمان (Juttman) وكذلك طريقة اوسجود (Osgood) لتحليل المعاني والمفاهيم (عوض، ١٩٨٠) .

وما دامت الاتجاهات متعلمة وثباتها نسبي فإنه بالإمكان تغييرها أو تعديلها فالاتجاهات عندما تتدعم قد تصبح من المكونات الأساسية للشخصية خاصة إذا كانت قد نشأت في المراحل المبكرة من حياة الفرد، فيما عدا ذلك فإنه يمكن تعديلها إذا ما غير الفرد مثلاً الجماعة التي ينتمي إليها أو إذا ما تغير الموقف الذي نشأ فيه الاتجاه، أو إذا حدث تغير قصري في سلوك الفرد، فيحدث بالتالي التغير في الاتجاه (عوض ١٩٨٠) .

يتم أحياناً تغيير الاتجاهات نتيجة الحصول على معلومات جديدة، تؤدي هذه المعلومات الجديدة إلى تغيير معتقدات الفرد، فتتغير بالتالي مشاعره وجدانياته .

وقد تناولت موضوع تغير الاتجاهات الكثير من النظريات أهمها نظرية التطابق المعرفي (Cognitive Congruity) لأوسجود وتاننباوم (Osgood and Tannenbaum) وأهم العناصر التي تتخذها هذه النظرية لتحليل الاتجاهات مستمدة من نظرية الاتصال وأهم عناصرها هي المصدر ثم المفهوم (محتوى الرسالة)، ثم التأكيد (أي المعنى الذي يعطيه المصدر لموضوع الرسالة) والتغير في الاتجاهات يحدث وفق هذه النظرية في حالة عدم وجود تطابق بين هذه العناصر .

أما هيدر (Heder) فيرى في نظريته للتوازن المعرفي (Cognitive Palance) إن الاتجاهات نحو الناس ونحو الأشياء لها جاذبية إيجابية أو جاذبية سلبية ، وقد تتطابق هذه الاتجاهات وقد لا تتطابق ولذلك قد يكون هناك حالة من التوازن أو عدم التوازن في نسق الاتجاهات ، ويرى هيدر أن هناك حركة دائمة نحو التوازن والذي يتضمن التجانس بين كل العناصر الداخلة في الموقف حتى لا يكون هناك ضغط نحو التغير .

ومفهوم التوازن الأساسي يعني أن الأفراد ينزعون لفصل الاتجاهات المتعارضة والمتشابهة عن بعضها البعض لإحداث التوازن .

أما فستنجر (Festinger) فيرى في نظريته للتناظر المعرفي أن التناظر حالة سلبية من حالات الدفاعية التي تحدث عندما يكون للفرد معرفتان في وقت واحد ولكنهما غير متوافقتان وباعتبار أن التناظر غير سار فإن الأفراد يسعون إلى تخفيفه بإضافة معرفة "تتوافق" أو بتغيير واحدة منهما أو الاثنتين معاً حتى تتوافق بشكل أحسن فالاتجاهات حسب نظرية فستنجر تتغير من ناحية النزعة التي تحرك الدوافع نحو التوافق للتخلص من التناظر (جلال ١٩٨٤).

ثانياً : الدراسات السابقة

في ضوء إطلاع الباحث على الدراسات السابقة المرتبطة بالموضوع توصل إلى العديد من الدراسات السابقة و فيما يلي عرض لهذه الدراسات :

في دراسة حديثة قام بها (قوته، ١٩٩٨) لمعرفة مدى انتشار الأمراض النفسية في المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة عام ١٩٩٨ وهي الأولى من نوعها وقد استغرقت عامين شملا التخطيط وإجراء البحث وجدولة البيانات الإحصائية وإخراج النتائج البيانية .

وقد أشار قوته رئيس مركز الأبحاث ببرنامج غزة للصحة النفسية أن عينة البحث كانت عشوائية ممثلة لقطاع غزة بلغت ٦١٥ شخص من (١٦-٦٠) عام، منهم ٥٣% إناث و ٤٧% ذكور وقد شملت الدراسة المخيمات والمدن ومناطق الإسكان الجديدة وتهدف الدراسة إلى تقدير مدى انتشار الخبرات الصادمة وتقدير عوامل الخطر في المجتمع الفلسطيني .

وقد أظهرت النتائج إلى أن نسبة انتشار أعراض الخبرة الصادمة بين الراشدين وصلت إلى ١٩,٥% بين الذكور و ١٥,٨٠% بين الإناث

كذلك أشارت النتائج أن اللاجئين أكثر معاناة من المواطنين وبلغت نسبة اللاجئين الذين يعانون من أعراض الخبرة الصادمة ٢٤,٧% وبلغت نسبة المواطنين ١١,٦% .

وأوضحت النتائج أن ٦٥,٥% من أفراد العينة ذكروا أنهم تعرضوا على الأقل لخبرة صادمة واحدة في حياتهم في حين ٣٦,٩% من أفراد العينة أفادوا على الأقل عن خبرة واحدة من سوء المعاملة الوالدية خلال فترة الطفولة، وسجل الذكور نسبة أعلى وصلت إلى ٥٠% بينما الإناث فكانت ٢٤,٨% وترتفع تلك النسبة بين اللاجئين ٤٠,٧% عن المواطنين ٣٠,٨%، وأضافت النتائج أن معدل الذهان يزيد بدرجة واحدة على الأقل عن المعدل العالمي ويشار أن النتائج تعكس مدى تأثر المجتمع الفلسطيني بالحقبة السابقة من حيث معدلات الخبرة السابقة والاكنتاب النفسي .

(مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية، دراسة غير منشورة قوتة سمير، المصري محمد، السراج إياد ١٩٩٨) .

وفي بحث آخر حول اتجاهات الكوبيين نحو المرض النفسي وأثار مستوى التقييف والاتصال مع أحد أفراد العائلة المصابين بمرض نفسي قام Balan (1997) باختبار (٢٩٦) كوبيا وكوبيا أمريكيا وقام باستخدام بروتوكول تطبيق ذاتي واشتمل على إستبانة ديموغرافية ومقياس الانخراط في الثقافة الثنائية (Szapocznik, scopetta, kurtines, and Aranalde, 1978)، كذلك استخدم مقياس الآراء حول المرض النفسي OMI (Cohen and streuning, 1962)، وقد تم تقييم أثر المتغيرات غير المستقلة على كل من المقاييس الفرعية الخمسة لمقياس الآراء حول المرض النفسي .

وتشير النتائج إلى أن العمر والتعليم ارتبطا بصورة إيجابية مع الاتجاهات المحبذة للمريض النفسي كما أن مستويات عالية من التقييف قد ارتبطت بوجهات نظر أقل تسلطية وتقييدية اجتماعية نحو المرض النفسي .

كما أن الأشخاص الذين اشتركوا في الدراسة الذين كان لهم اتصال مع المريض النفسي مالوا لأن يكون لديهم مواقف أكثر تفضيلا للمصابين بالمرض النفسي ومع ذلك فإن العلاقة بين الشخص والشخص المصاب بالمرض النفسي لم يكن لها أثر يذكر على الاتجاهات التي يحملها كما تم مناقشة النتائج من حيث الأثر للاتجاهات على الكوبي المصاب بالمرض النفسي والاعتبارات للمهنيين في حقل الصحة النفسية والذين يعملون مع مجتمع المصابين بمرض نفسي والدور الذي تقوم به وسائل الإعلام المكسيكية (Hispanic) في تغيير المواقف السلبية .
(Balan, Ivan Clemente 1997)

وفي دراسة قام بها هنري ديفد وآخرون (Henry, David and others, 1996) لمعرفة اتجاهات طاقم البرامج الحياتية المجتمعية تجاه الإعاقة النفسية والمرض النفسي والتشخيص الثنائي .

حيث قام الباحثون بتقييم اتجاهات ٣٤٠ عضو من أعضاء الهيئة العامة في ١٢٠ برنامج من برامج الحياة المجتمعية للأشخاص من ذوي الأمراض النفسية والعقلية والتشخيص الثنائي وقد استخدم الباحثون مقياس المواقف الحياتية المجتمعية وهو مقياس للاتجاهات نحو الاحتواء بين المدراء والهيئة العاملة وبين الأشخاص العاملين مع أفراد مصابين بإعاقة عقلية أو مرض نفسي .

وفي دراسة أخرى قام بها ستيفن (١٩٩٦) لمعرفة الاتجاهات نحو المرض النفسي والآراء حول مقياس المرض النفسي في تقويم التعليم التمريضي .

وقد استخدم ستيفن امبرونوني Stephen Imborononi اختبار كوهين وسترونج (١٩٦٢) حول مقياس المرض النفسي من أجل قياس اتجاهات طلبة التمريض نحو المرض النفسي والمسجلين في برنامج التعليم التمريضي من سنتين .
وقد تم البحث في إجابات المشاركين في مقياس الآراء حول المرض النفسي وارتباطها مع تحيز الإجابة لرغبة اجتماعية ولأوجه الشبه مع الاتجاهات نحو الإعاقات الأخرى .

وقد تم أيضاً في هذه الدراسة تقويم اختبار إعادة اختبار صدق الارتباطات بين المقاييس الفرعية والتطابق الداخلي لمقياس الآراء حول الصحة النفسية .

وقد استخدم عينة من (١١٤) طالباً وفي النتائج ظهر أنه لا توجد علاقة ذات دلالة بين الآراء والاتجاهات نحو الصحة النفسية (Opinions about Mental Illness (OMI) ومقياس الرغبة الاجتماعية (Mcsps) ولا علاقة ذات دلالة بين المقياس الأخير ومقياس الاتجاهات نحو الأشخاص المعاقين وقد وجدت ارتباطات منخفضة - متوسطة بين الآراء حول المرض النفسي ومقياس الاتجاهات نحو الأشخاص المرضى .

(Imborononi, Stephen 1996)

وفي دراسة قام بها Esters (1996) لمعرفة آثار الوحدة في الصحة النفسية على اتجاهات المراهقين الريفيين حول السعي للحصول على المساعدة وأفكار المرض النفسي .

ووجد عامل واحد يعتقد أنه يسهم في استفادة أقل من المطلوب من الخدمات الصحية النفسية وخاصة بين الأمريكيين في الريف وهذا العمل هو وصمة العار التي تلتصق بالمرض النفسي وعملية الطلب للمساعدة المرتبطة به .

هذه الدراسة بحثت في الآثار الناجمة عن وحدة التدريس على المرض النفسي والأمور المرتبطة حول فكرة المراهقين الريفيين عن المرض النفسي ومواقفهم للحصول على مساعدة مهنية للمشاكل العاطفية، وقد اختير ٤٠ طالباً من الذين سجلوا في مدرسة ثانوية ريفية

إن أول مرة يدخل فيها الشخص إلى المستشفى للحصول على معالجة نفسية قد تكون حيوية ونقطة في حياته .

إن المرضى الذين حصلوا على تشخيص نفسي صحيح وأدخلوا إلى المستشفى لعلاج نفسي قد تم متابعتهم في السنوات السبع التالية وأثناء المتابعة، فقد تم دراسة مدى الاستفادة التي حصلوا عليها من رعاية المستشفى من العلاج في العيادات الخارجية للمرضى وعلاقة هذه الخدمات مع مستوى المحصلة .

كانت المهمة هي البحث في ما هي الحالات الحياتية والمشاكل التي يوصف بها المرضى الذين دخلوا المستشفى لأول مرة . وكيف تغيرت هذه المشاكل والوضع بالنسبة لهم أثناء المتابعة؟ ما هو المدى من الاستفادة لدى الأشخاص من الخدمات الصحية النفسية أثناء المتابعة وما هي العوامل التي حددت الاختلافات في هذا الاستخدام؟ وكيف ارتبط العلاج بالنتيجة النفسية الاجتماعية ؟

وفيما يتعلق بالوضع العائلي، فإن الوضع الحياتي للمريض النفسي لم يتغير بصورة إحصائية ذات دلالة، ولكن وضعهم في العمل تغير بصورة ذات دلالة كبيرة، فبينما كانت في بداية المتابعة ١٠% من الأشخاص المبحوثين كانوا في حالة تقاعد، في نهاية المتابعة ارتفعت النسبة إلى ٥٥% وتقريباً في جميع الحالات حصل الشخص على راتب تقاعدي بسبب العجز الناتج عن سوء الصحة النفسية، في بداية المتابعة ٥٥% من الأشخاص الذين كانوا موظفين بصورة منتظمة، في النهاية كان منهم موظفين بصورة منتظمة ٣٨% .

وقد قام Esters (1995) بدراسة تهدف للبحث في أثر التدخل التربوي (التعليمي) النفسي على تصور المراهقين في الريف للمرض النفسي وطلب الحصول على مساعدة مهنية. إن التدخل وهو وحدة في تدريس الصحة النفسية، اشتملت على الجمع بين المناهج القائمة الموجودة والأساليب الجديدة خاصة المصممة في هذا المشروع .

في هذه الدراسة اشترك ٤٠ طالباً من الصفوف الثانوية (متوسط الأعمار : ١٤,٧) واشتملت العينة على طلبة في أحد صفوف الصحة في مدرسة حكومية ثانوية تخدم منطقة ريفية في شمال ولاية المسيسيبي. وقد افترض أن التدخل سوف يسهل التغيير في فكرة المشاركين في الدراسة عن المرض النفسي والمواقف تجاه وحول طلب الحصول على مساعدة مهنية .

كما افترض أيضاً أن هذا التغيير سوف يبقى مستمراً على مدار ١٢ أسبوعاً . وقد تم إجراء تحليلين أحاديين للتباين المرتبط مع الآراء حول المرض النفسي والتي هي متغير غير مستقل، والمواقف حول اتجاه المساعدة المهنية والتي تمثل المتغير غير المستقل الآخر . وقد استخدمت اختبارات T-Test للعينات المرتبطة وذلك من أجل تحديد الفروق في العلاقات بعض الاختبار الأول والاختبار الثاني لكل من المتغيرات غير المستقلة . وقد ظهر تحسن ذو دلالة في المواقف تجاه من يطلبون المساعدة المهنية وبين أنها مستمرة نسبياً على مدى ١٢ أسبوع . ونفس الشيء، فإن الآراء حول المريض النفسي أصبحت بصورة ذات دلالة أكثر مثل أولئك المهنيين العاملين في حقل الصحة النفسية .

إن نتائج هذه الدراسة توسع قاعدة المعرفة المتعلقة بالاستخدام اليسير للخدمات النفسية من قبل المواطنين في الريف ولربما بصورة أكثر أهمية، فإن استخدام التدخلات التربوية النفسية لتغيير المتغيرات الذهنية والتي يعتقد بأنها تتوسط الطلب في الحصول على مساعدة والتي تبين أنها فعالة.

وهناك توصيات بخصوص تصميم منهاج تعليمي للصحة النفسية واقتراحات لعمل دراسات أخرى بنفس الطريقة وأن يتم القيام بدراسات تصل قطاعات سكانية أخرى وتوسطات ذهنية مختلفة لمساعدة من يطلبون المساعدة .

ولقد قام **Burke (1994)** بدراسة المواقف تجاه " المرض " النفسي بين علماء النفس الإكلينيكيين والمهنيين العاملين في القطاع الصحي المساند والجمهور العام (المرض النفسي، وصمة العار) .

لقد أظهرت الدراسات أن مواقف الجمهور العام نحو المرض النفسي قد بقيت سلبية في الثلاثين سنة الماضية، كما أن الدراسات التي أجريت حول مواقف المهنيين العاملين في حقل الصحة النفسية تجاه المرض النفسي هي مبهمة أو غامضة .

إن الهدف من هذه الدراسة كان هو تقييم المواقف تجاه المرض النفسي والآراء حول النموذج الطبي للمرض النفسي . وأجري مسحاً واشتمل على مقياس الآراء حول المرض النفسي وكذلك إستبانة اتجاهات العمل، والأسئلة الديناميكية .

وفي دراسات سابقة وجد أن مقياس المرض النفسي وإستبانة المواقف كان لها مصداقية ومقاييس ثبات، وقد أجاب على المقياس والإستبانة ٣٧ عالم نفسي إكلينيكي، ٤٣ منهم من العاملين في الحقل الصحي المساند، و٤٦ من الجمهور العام .

وقد تم تحليل المعطيات من مقياس المرض النفسي واستخدم تحليل التباين الأحادي واختيار **Duncan** متعدد المجالات واستخدم اختبار **Chi-Square** لتحليل المعطيات من إستبانة المواقف لدى الزبائن .

وأشارت النتائج إلى أن علماء النفس الإكلينيكين والمهنيين في الحقل الصحي قد سجلوا علامات متدنية على المقاييس الفرعية للسلطوية والتحديات الاجتماعية التي تقيس مواقفهم تجاه المرض النفسي .

وكان الجمهور العام أكثر عطفاً، أما المهنة فقد وجد أنها المتغير المحير .

وفي إستبانة مواقف الزبائن فإن جميع المجموعات قبلت بالنموذج الطبي للمرض النفسي مقارنة بدراسة **Morrison** و **Hanson** وقد تحول علماء النفس الإكلينيكيين من الأسباب الاجتماعية النفسية للاضطرابات النفسية إلى النموذج الطبي للمرض النفسي .

أما مواقف العامة تجاه المرض النفسي فقد بقي سلبياً وتشير الإشكاليات النظرية إلى أن الاتصال المباشر وجهاً لوجه مع المريض نفسياً قد يخفف من المخاوف والأساطير المرتبطة بالمرض النفسي وقد يؤدي إلى مواقف أكثر إيجابية، وقد وجدت ارتباطات إيجابية بين مقاييس الآراء حول المرض النفسي وإستبانة المواقف للزبائن .

إن قبول المهنيين في قطاع الصحة النفسية للنموذج الطبي للمرض النفسي وهذا قد يقود إلى زيادة في استعمال العلاج الطبي لعلاج الاضطرابات النفسية واستخدام العلاج النفسي المعدل قصير الأجل من أجل إرضاء الشركات العاملة في التأمين .

وينبغي على الباحثين أن يركزوا اهتمامهم على دراسة أثر المواقف تجاه المرض النفسي حول الاختيار ونتيجة العلاج والطرق الفعالة لتغيير المواقف السلبية لدى الجمهور بشكل عام نحو المرض النفسي .

إن على السياسات الحكومية والتربوية أن تعكس الالتزام لتحسين المواقف تجاه المرض النفسي وعلاج المريض نفسياً .

وقام Yoon (1994) بدراسة تبحث في مستوى التنقيف عند الكوريين الأمريكيين واتجاهاتهم نحو المرض النفسي والخدمات العلاجية .

وكان الهدف من هذه الدراسة البحث فيما إذا كان مستوى التنقيف لدى الكوريين الأمريكيين يسمح بالتنبؤ بمواقفهم نحو المرض النفسي وخدمات العلاج وقد اشتملت العينة على ٦٢ من الكوريين الأمريكيين البالغين . وقد أشارت النتائج إلى أن مع ازدياد درجة التنقيف، فإن الاتجاهات نحو المرض النفسي تصبح أكثر إيجابية ومشيرة أيضاً إلى أنه مع ازدياد الكوريين الأمريكيين تنقيفاً في الثقافة الغربية، فإنهم ينظرون إلى المرض النفسي على أنه أقل وصمة للعار، ولم توجد علاقة ذات دلالة بين درجة التنقيف والمواقف تجاه الخدمات العلاجية .

إن نتائج الدراسة تعني ضمناً أن الأفراد في المهنة الصحية النفسية قد يحتاجون إلى عمق أكبر في فهمهم لخصوصية الكوريين الأمريكيين .

وقد قام رشاد موسى (١٩٩٤) بدراسة تناولت تصميم مقياس الاتجاه السيمانتي نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية وفقاً لأسلوب تمايز معاني المفاهيم الذي طوره أوسجود وزملاؤه (Osgood et. al., 1957) للبحث في علم نفس مضامين المعاني . وبعد التحقق من خصائصه السيكمترية، تم استخدامه لاختبار الفروض التالية : (١) يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير الجنس في الاتجاه نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية. (٢) يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير التخصص الأكاديمي في الاتجاه نحو العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية . (٣) يوجد تفاعل دال إحصائياً لأثر متغيري الجنس والتخصص الأكاديمي في الاتجاه نحو فئات من العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية . وأيدت النتائج باستخدام بعض الأساليب الإحصائية صحة اختبار الفروض الثلاثة، وقد تمت مناقشة النتائج واقتراح بعض البحوث المستقبلية .

وفي دراسة قام بها Nickerson (1994) بحثت في العلاقة بين الارتياب عن البيض والآراء حول المرض النفسي والمواقف للحصول على مساعدة بين ١٠٥ من طلبة الكليات السود . وقد ارتبطت عدم الثقة أعظم بمواقف عامة أكثر سلبية حول الحصول على مساعدة من العيادات التي يعمل بها البيض مع توقع أن الخدمات المقدمة من قبل المرشدين البيض ستكون أقل رضى .

وقد قام ثورنتون Thornton (1994) بدراسة أثر رواية الجريمة لشخص مريض نفسياً ارتكب جريمة عنيفة على المواقف تجاه المرض النفسي . وقد تم اختيار طلبة جامعيين بصورة عشوائية وقد تم تقسيمهم وتوزيعهم في أربع مجموعات، وهو أن تقوم ثلاثة مجموعات بقراءة رواية الصحيفة للشخص المريض نفسياً والذي ارتكب جريمة، كما أن اثنتين من الثلاثة مجموعات أيضاً قرأت مقالة واقية / مانعة صممت لتخفيض الأثر الممكن لو صممة العار للمقالة حول الجريمة العنيفة .

أما المجموعة الرابعة، وهي مجموعة الضبط، فقد طلب منهم القيام بقراءة مقالتين ليس لهما علاقة بالمرض النفسي ولم يقوموا بقراءة المقالة المستهدفة، وجميع المجموعات أجابت على مقياس المواقف المجتمعية تجاه المرضى نفسياً (Taylor/Dear, 1981)، وهذا المقياس مصمم لقياس المواقف المختلفة تجاه المرض النفسي، كما تم استخدام مقاييس الخطر والخوف والتي صممت لقياس ردود العقل العاطفية على الأفراد المرضى نفسياً وقد بينت النتائج أن مقال الجريمة العنيفة قد أظهرت وجهات نظر أكثر قسوة نحو المرض النفسي علاوة على تصورات مسبقة متزايدة من الخوف والخطر الذي يشكله الناس المرضى نفسياً .

وفي دراسة قام بها بومدين (١٩٨٩) هدفت إلى التعرف على الفروق في اتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المرض النفسي ومدى تأثيره بمتغيرات التخصص، الجنس أو المستوى الدراسي، من أجل تحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (١٥٢٣) طالباً وطالبة، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ في الاتجاهات نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس، وبينما كان هناك فروقاً دالة تبعاً لمستوى الدراسة لصالح طلبة السنة الرابعة، والتخصص لصالح طلبة كلية التربية.

قام "بودنج Buding" ببحث عن اتجاهات الطلبة تبين له أن طلبة اليوم أصبحوا أكثر جدية من طلبة الفترات السابقة وقد عملوا في وظائف بعد الثانوية العامة بجانب دراساتهم الجامعية (Buding, Gene, A:1988) .

كما قامت كارولين ماري كيننج (Keating ; 1985) بدراسة مقارنة لجماعتين في إيرلندا إحداهما تشمل على معدل كبير من الأفراد مصابين بالفصام والأخرى تحتوي على أفراد مصابين بمعدل ضئيل من الفصام وقد اختيرت الجماعتين من مقاطعتين مختلفتين في إيرلندا.

وقد افترض أن المقاطعتين تختلفان في معدل قبول الفصام كمرض واستخدام المستشفى ومعرفة الاضطراب النفسي تسامح أنظمة التأييد للمرض النفسي، وميل أعضاء الجماعة للبحث عن المساعدة وقد توقع أن الفروق في أي من هذه العمليات سوف تؤثر على الفرد الذي يعاني من الفصام، وقد أمكن قياس أثر هذه العمليات في كل من الجماعتين ذلك من خلال تطبيق قائمة الجماعة على عينة عشوائية مكونة من مائة عضو من كل مقاطعة وقد بينت النتائج أن اتجاهات أفراد المقاطعة التي تكون نسبة مرض الفصام فيه مرتفعة أكثر إيجابياً نحو المرض النفسي عن أفراد المقاطعة التي تقل فيها نسبة أفراد المصابين بالفصام.

وفي دراسة استجواب قام بها شوركا (Shurka, 1985) استجوب فيها ٩١ مواطناً فلسطينياً الداخل حول اتجاهاتهم نحو المرض النفسي، تبين أن هؤلاء الأفراد كانوا أقل نبذاً للمريض النفسي من غيرهم، وبغض النظر عن مستواهم الاجتماعي، ولكنهم رفضوا رفضاً مطلقاً إقامة علاقات حميمة معه كما وقفوا ضد فكرة العزل الإجباري للمرضى النفسيين، وكانوا ينظرون إلى الأطباء النفسانيين على أنهم مختلفون عن باقي الأطباء في المجالات الطبية الأخرى بما في ذلك أطباء الأعصاب، كما لوحظت فروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الأقل والأكثر تعليماً حيث لوحظ أن الأكثر تعليماً كانوا أكثر تسامحاً . كما لوحظ أن المسيحيين كانوا أكثر إيجابية نحو المريض النفسي من المسلمين .

وخلصت الدراسة إلى أن الثقافة والدين ومستوى التعليم، كلها عوامل تؤثر على اتجاهات الناس نحو المريض النفسي .

وفي دراسة لبلسن (Belson) قام فيها بمقارنة اتجاهات عينتين من المواطنين العاديين تسكنان مقاطعتين مختلفتين في بريطانيا نحو المرض النفسي، كانت العينة الأولى قد شاهدت برامج تلفزيونية علمية حول المرض النفسي تلتقط في مقاطعتهم، أما العينة الثانية فلم تكن تلتقط هذه البرامج، ودلت النتائج على أن الناس الذين شاهدوا برامج علمية متخصصة قد ازدادت ثقتهم في قدرة الطب على إشفاء المرضى النفسيين، كما ازدادت لديهم الرغبة في التعامل مع مرضى نفسيين سابقين (Sim, 1981).

وفي دراسة مكملية للدراسة السابقة قام كاستر ووينج (Castairs and Wing) بتحليل (١٢٦٧) رسالة كتبها المواطنون إلى هيئة الإذاعة البريطانية حول البرامج التلفزيونية التي شاهدوها حول المرضى النفسيين حيث عبر هؤلاء المواطنون في رسائلهم عن رغبتهم في

تقديم المساعدة الاجتماعية للمريض النفسي، كما طالبوا بتقديم المزيد من المعلومات حول الموضوع كأعطائهم عناوين كتب قيمة في الموضوع، كما كشفت الرسائل عن نقد الناس للطبيب العام لعدم قدرته على مساعدة المريض النفسي وطالبوا بإدخال مواد علم النفس في تدريب الأطباء (Sim, 1982).

وقد قام بيرجر (Beger; 1981) بدراسة اتجاهات العاملين ومستوى صراع المريض والخروج من مستشفى الأمراض النفسية وعملية اتخاذ القرار لخروج المرضى من المستشفى.

ولتحقيق هدف البحث، تم تطبيق استبانة متضمنة الاتجاهات نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين على عينة مكونة من ستين مفحوصاً من العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية، وقد توقع وجود علاقة بين اتجاهات العاملين في المستشفيات والقرارات التي يتخذونها حول خروج المرضى وقد انتهت النتائج إلى أن العاملين الأكبر سناً أكثر تقييداً في قراراتهم حول خروج المرضى، كما تبين أن اتجاهات الإناث أكثر إيجابياً من اتجاهات العاملين نحو المرضى والمرضى والمرضى النفسيين، كما أيدت النتائج صحة الاعتقاد السائد أن المرضى النفسيين مصدراً لتهديد المجتمع، وتتسق هذه النتيجة مع نظرية الضبط الاجتماعي للانحراف Social Control Theory of Deviance حيث تنص على أن المريض النفسي مصدراً لتهديد المجتمع من خلال سلوكه الاجتماعي المنحرف وانتهاكه لمعايير المجتمع.

وعن مدى تقبل الجنسين للمريض النفسي السابق كشريك في العمل فلقد أشارت دراسة فارينا، موراي وجرو (Farina, Murray and Groh, 1978) أن النساء يتقبلن المريض النفسي السابق أكثر من الرجال. أما الرجال فإنهم يتقبلون المريضات النفسيات السابقات أكثر من المرضى النفسيين السابقين حتى ولو كان لهم نفس المرض.

وفي دراسة لموريسون، كوكوزا وفوندا أوريست (Morrison, Coccozza and Vanderwyst, 1970) أجراها على طلاب جامعيين ثبت أنه بواسطة برنامج تعليمي مختصر يمكن تغيير مفاهيم الطلاب حول المرض النفسي وجعلهم يتبنون توجهاً نفسياً اجتماعياً بدلاً من التوجه الطبي، كما تبين أنه يمكن تغيير المفاهيم السلبية حول المرضى النفسيين لتصبح مفاهيماً إيجابية.

وعن علاقة الجنس بالاتجاهات نحو المرض النفسي، فلقد أشارت دراسة فارينا وهاجلور (Farina and Hagelauer, 1978) أن النساء يبدن تقبلاً لا تحفظ فيه للمرضى النفسيين السابقين وذلك على عكس الرجال الذين يبنذونهم وبقوة، ولقد فسرت هذه النتيجة غير المتوقعة على أساس أن النساء يتأثرون بالموقف الذي يتم فيه التفاعل في حين أن الرجال يستجيبون وفقاً للمعلومات التي لديهم عن المرضى النفسيين .

وقام كتر (Cutler; 1975) بدراسة علاقة الجنس المفحوص للاتجاهات والسلوكيات نحو المرضى النفسيين، ولتحقيق هدف البحث، تكونت عينة من ثلاثين ذكراً وثلاثين أنثى من مدينة كونيكوت بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد استطاع الباحث الاتصال بأفراد العينة وتحديد موعد مع كل واحد منهم وتم مقابلتهم فردياً في منازلهم وقد سئل المفحوصين لتزويد الباحث ببعض المعلومات البيوجرافية كما استمع كل المفحوصين إلى تسجيل لمرضى نفسي وقد تم سؤال كل مفحوص ما إذا كان الشخص المسجل صوته على التسجيل مريضاً نفسياً أم طبيياً. وبالإضافة إلى ذلك تم تطبيق استبانة الاتجاهات نحو المرض العقلي وقائمة المشكلات على المفحوصين وقد بينت النتائج أن المريض النفسي يعامل ويعالج بطريقة مختلفة عن الفرد العادي كما يعتقد المفحوصين أن المريض النفسي أقل من الجيران عن المريض العادي، إضافة إلى ذلك تبين أن اتجاهات الإناث المرضى نحو المرضى النفسيين أكثر إيجابياً من اتجاهات الذكور المرضى.

من الدراسات التي أجريت على طلاب الجامعة فيما يتعلق بالحاجات النفسية لديهم دراسة جابر عبد الحميد (1977) على 187 من طلبة وطالبات كلية التربية بدولة قطر .

وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس التفصيل الشخصي لادواردز (Edwards Preference Schedule) (EPS) والذي يعتمد على بعض الحاجات التي حددها موراي.

وتبين من الدراسة وجود فروق دالة بين الجنسين على كل من الحاجة للسيطرة والجنس والعدوان وذلك لصالح الذكور بينما كانت الفروق دالة ولصالح الإناث بالنسبة لكل من الحاجة للاستعراض والمعاضدة والتغيير ولم توجد أي فروق دالة بين الجنسين على كل من حاجات التفصيل، والخضوع، النظام، الاستقلال، لوم الذات، العطف، التحمل .

كما قام كل من فارينا وتاو ولوفرن ومانغرن (Farina, Thaw, Lovern and mangone,) بدراسة في ولاية كونكتيوكوت (Connecticut) على بعض المواطنين وذلك بهدف معرفة كيفية استقبالهم لمرضى نفسيين سوف ينتقلون إلى جوارهم، فلقد عبر الناس عن مشاعر إيجابية وأخرى سلبية نحو المريض النفسي قياساً بمشاعرهم نحو المرضى العاديين، وهذه الدراسة تشير إلى أن الناس في تفاعلهم مع المرضى النفسيين يكونون في صراع، فهم يجدون المرضى النفسيين غير مرغوب فيهم وكريهين ومزعجين ولكنهم من جهة أخرى يشعرون بالحاجة والرغبة في دعمهم ومساعدتهم .

وعن أثر الخبرة الطويلة في العمل مع المرضى النفسيين على اتجاهات مساعدات الممرضات اللواتي عملن في ميدان الصحة النفسية أجرى بيرري (Perry, 1974) دراسة على عينة من (٤٨٨) ممرضة مساعدة في الصحة النفسية قسمت هذه العينة حسب سنوات الخبرة إلى مجموعات، المجموعة الأولى كانت خبرتهن أقل من سنة، المجموعة الثانية تراوحت خبرتهن (بين سنة وستين) المجموعة الثالثة من (٣ - ٧ سنوات)، المجموعة الرابعة من (٨-١٢ سنة) والمجموعة الخامسة من (١٣ - ١٩ سنة) والمجموعة السادسة كانت خدمتهن تتجاوز (٢٠) سنة، وقورن فيما بين هذه المجموعات على خمسة أبعاد من مقياس للاتجاهات نحو المرض النفسي وهي التسلطية الخيرية و الصحة النفسية والتقييد الاجتماعي ثم العلاقات الشخصية كسبب للمرض النفسي، وكان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي وطول مدة الخبرة، ولقد وجدت فروق ذات دلالة بين المجموعات تزداد تدريجياً من حيث سلبيتها وعدم ملائمتها، كالتسلطية والتقييد الاجتماعي بازدياد سنوات الخبرة أي كلما زادت خبرة الممرضات كلما أصبحن أكثر سلبية نحو المرضى.

وفي دراسة لموريسون ويابلونفيتز وهاريس ونيفيد (Morrison, Yablonovitz, Harris and Nevid, 1976) أجريت على طلاب جامعيين لمعرفة اتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين ثم المقارنة فيما بينهم تبين أن طلاب التمريض قد ظهرت لديهم اتجاهات معتدلة، وهم يبذون أقل راديكالية من طلاب علم النفس ولكنهم أقل محافظة من طلاب التربية والتعليم، كما كانت اتجاهات طلاب التمريض شبيهة باتجاهات طلبة الطب النفسي، ولكنهم كانوا أكثر راديكالية من الممرضات العاملات في ميدان الطب النفسي .

وبهدف اختبار مفاهيم الطلبة عن السلوكيات التي يتوقعونها لدى المرضى النفسيين، أجرى كيش وهود (Kish and Hood, 1974) دراسة على ثلاث مجموعات من الطلبة الجامعيين، تكونت المجموعة الأولى من (٢٨) طالباً وطالبة من طلبة مستوى السنة الثالثة كانوا يدرسون مساقاً في الشخصية، والمجموعة الثانية تكونت من (١٠) طلاب من مستوى السنة الثالثة كانوا يدرسون مساقاً في علم النفس الشواذ، أما المجموعة الثالثة فقد تكونت من (٣٧) طالباً وطالبة من السنة الأولى والثانية كانوا يدرسون مساق المدخل إلى علم الاجتماع، وقد تضمنت هذه المساقات النظرية أنشطة تطوعية بالمستشفيات حيث كان يتم الاتصال بالمرضى النفسيين .

وقد جاءت نتائج هذه الدراسة لتدل على أن الطلاب في كل المجموعات - وإن كانت مجموعة المدخل إلى علم الاجتماع بنسبة أقل - قد أصبحوا ينظرون للمرضى النفسيين على أنهم أقل قابلية للتهييج، وأنهم أكثر كفاءة اجتماعية مما كانوا يعتقدون قبل الاتصال بهم، ولكن أهم تغير حدث هو أنه بعد الاتصال بالمرضى النفسيين فإنهم أصبحوا ينظرون لهم على أنهم أقل خطورة من السابق، وهذه الدراسة تبين بوضوح الأهمية التربوية للأنشطة التطوعية خاصة عندما تصاحبها دروساً نظرية في علم النفس أو علم الاجتماع .

وحول الدراسات التي اهتمت بدراسة الاتجاهات نحو المرض النفسي أجريت بعض الدراسات لتقصي أثر التدريب الصفي والخبرة العملية على اتجاهات الناس نحو الاضطرابات النفسية، ومن بين تلك الدراسات دراسة أجراها جلفاند والمان (Gelfand and Ulman) هذه الدراسة اهتمت بمقارنة اتجاهات طالبات تمرريض عين للعمل في مجال الطب النفسي مع اتجاهات طالبات أخريات عين للعمل في مجال آخر غير مجال الطب النفسي حيث استجابت الطالبات لاستبيان للاتجاهات نحو المرض النفسي قبل وبعد تعيينهن في مجال عملهن، وجاءت النتائج لتدل على أن المجموعة التي عملت في ميدان الطب النفسي قد أصبحت أقل رغبة في تقييد المرضى اجتماعياً وأقل رغبة في التسلط عليهم واحتقارهم مقارنة مع زميلاتهن من الممرضات اللواتي عملن في مجالات أخرى غير مجال الطب النفسي (Rabkin, 1972) .

وفي دراسة أخرى لهيكس وسبانر (Hicks and Spaner) أجريت على ٤٠٠ طالبة تمرريض، وجد أن الاتجاهات نحو المريض النفسي قد تحسنت بعد (١٢) أسبوعاً من التدريب في ميدان الطب النفسي والمتضمن لدروس نظرية صافية بالإضافة إلى عمل ميداني في عنابر المستشفى، وذلك أكثر من الطالبات اللواتي عين في مجالات طبية أخرى (Rabkin, 1972) .

وعن أثر الدروس النظرية الأكاديمية على تغيير الاتجاهات تشير دراسة كوستن وكير (Coston and Kerr) التي أجريت على الطلبة قبل وبعد دراستهم لمساق علم نفس الشواذ وذلك باستعمال استبيان الاتجاهات نحو المرض النفسي، أن كل الطالبات الإناث بغض النظر عن تفوقهن في الصف وكذلك الطلاب الذكور المتفوقين قد أصبحت نظرتهم للمريض أقل تسلطية وأقل تقييداً له من النواحي الاجتماعية وأصبح الطلاب مقتنعين أكثر بأهمية العلاقات بين الأفراد كسبب للإصابة بالاضطرابات النفسية، وفسرت هذه النتائج على أساس أن المساقات النظرية في مجال الصحة النفسية ترفع من ثقافة الطالب عموماً ولكن الطلاب المتفوقين فقط هم الأكثر انفتاحاً للتغيرات الإيجابية من الطلاب الآخرين في اتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين (Rabkin, 1972) .

وفي دراسة لدكسن (Dixon) قارن فيها مدى تغير الاتجاهات نحو المرض النفسي بعد دراسة الطلاب لمساقات في علم النفس، وجد أن هناك تغيرات إيجابية فعلية تحدث على الاتجاهات، ولكن اللقاءات اللاحقة مع المدرسين بينت أن اتجاهات المدرس لها أثر أكبر على اتجاهات الطلاب من محتوى المادة المدروسة (Rabkin, 1972) .

ولقد تعددت الدراسات العربية في مجال الاتجاه نحو الأمراض النفسية والعقلية (عبد الخالق، ١٩٨٢، إمام وآخرون، ١٩٨٢، خليفة، ١٩٨٤، ١٩٨٩) وبالإضافة إلى ذلك، تبين عند مراجعة الأدبيات السيكولوجية الغربية وجود أبحاث تناولت هذا المجال، فقد قام ميهر (Mehr;1971) بدراسة العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي، وتوقعات دور العاملين ودور التشريع Enactment المدرك للمساعدات العقلية، وعليه، تهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على اتجاهات العاملين في مستشفيات الصحة العقلية نحو المرض العقلي لمجال دور التوقع ودور التشريع المدرك للعاملين في مجال الصحة العقلية أنفسهم.

وفي دراسة للمكو وكروستي (Lemkay and Crocetti) حول اتجاهات المجتمع نحو المرض النفسي أجريت على عينة من (١٧٣٢) مواطناً من بلتيمور (Baltimore) تبين أن المجموعتين كانوا إيجابيين في نظرتهم إلى نتائج العلاج النفسي، كما استطاعوا أن يتعرفوا على حالات من الفصام الغذائي والعصام العادي، ويرى الباحثان أن نمواً وتطوراً كبيرين قد طرأ على اتجاهات الناس نحو المرض النفسي في السنوات الأخيرة (Jones, 1968) .

وفي دراسة لكلارك وبينكس (Clark and Binks, 1968) أجريت على ٥٦ فرداً من فئات عمرية وتعليمية مختلفة لمعرفة علاقة العمر والمستوى التعليمي بالاتجاهات نحو المرض النفسي، تبين أن الأصغر سناً والأكثر ثقافة لديهم اتجاهات إيجابية تحررية نحو المرضى النفسيين أكثر من الناس الأكبر سناً والأقل ثقافة .

وفي دراسة أخرى لجرهام (Graham, 1966) قام فيها باستقصاء اتجاهات مجموعتين من الطلاب نحو المرضى النفسيين، المجموعة الأولى كانت تدرس مساق المدخل إلى علم النفس والمجموعة الثانية كانت تدرس مساق علم نفس الشواذ، حيث طبق على الطلاب استبيان للاتجاهات نحو المرض النفسي قبل وبعد دراستهم للمساقين ودلت النتائج على أن الاتجاهات لم يطرأ عليها أي تغيير فيما عدا جانب واحد وهو الجانب الذي يشير إلى الخبرات مع الناس أو العلاقات الشخصية كسبب للمرض النفسي، ولم يكن مساق علم نفس الشواذ أكثر فعالية من المدخل إلى علم النفس في تأثيره على اتجاهات الطلاب .

وفي دراسة استخدم فيها نفس تصميم الدراسة السابقة وجد كل من جولو وفرازر (Gulo and Fraser) أن الطلاب في الصفين قد قل تقييدهم للمريض النفسي اجتماعياً (Rabkin, 1972) .

وفي اتجاه معاكس للدراسات التي تم استعراضها تشير دراسة فريمان وكاسبوم (Freeman and Kassebaum, 1960) التي أجريت على عينة تتكون من (٤٨٣) مواطناً من سكان ولاية واشنطن بواسطة استبيانات للرأي، تبين أن الاتجاهات المتعلقة بأسباب الأمراض النفسية لا ترتبط إلا بدرجة قليلة جداً بمستوى التعليم، كما أن ارتباطها ضعيف بمدى معرفة المصطلحات المتخصصة في الطب النفسي، وهذا ما يدفع إلى الحذر في الاعتقاد بأن تزويد الفرد بحقائق ومعلومات حول المرض النفسي سيؤثر على اتجاهاته حول هذا الموضوع .

أما ويلر وفارينا وسترن (Wheeler, Farina and Stern) فقد أشاروا إلى أن نبذ المرضى النفسيين قد يرجع إلى خوف غير واقعي من العدوى الجسمية فلقد أشاروا في إحدى دراساتهم أن ثلث الطلاب الذين أجروا عليهم الدراسة يرفضون استعمال مسبح تستعمله جماعة من المرضى النفسيين كما أشارت نفس النسبة من الطلاب أنهم يغسلون أيديهم كلما صافحوا مريضاً نفسياً.

الفصل الثالث

♦ الطريقة والإجراءات

♦ منهج الدراسة

♦ مجتمع الدراسة

♦ عينة الدراسة

♦ أداة الدراسة

♦ تصميم الدراسة

♦ المعالجات الإحصائية

الفصل الثالث الطريقة والإجراءات

يتضمن الفصل منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أداة الدراسة، تصميم الدراسة، والمعالجات الإحصائية .

منهج الدراسة

استخدم الباحث المنهج الوصفي بأحد صورة الدراسة المسحية نظرا لملاءمته لأغراض الدراسة .

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من طلاب وطالبات كليات الآداب والاقتصاد والصيدلة والتربية في جامعة النجاح الوطنية ومن مختلف السنوات الدراسية للعام الدراسي ١٩٩٨ والبالغ عددهم كما وردت في سجلات التسجيل في الجامعة إلى (٥٢٠٧) طالبا و طالبة وواقع (٢٤٥٥) طالبا، و (٢٧٥٢) طالبة، والجدول (١) يبين توزيع مجتمع الدراسة تبعا لمتغير الكلية والجنس.

الجدول (١)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعا لمتغيري الكلية والجنس

المجموع	الجنس		الكلية
	إناث	ذكور	
١١٠٩	٦٧٨	٤٣١	كلية الآداب
٢٢٣٨	١١١٨	١١٢٠	كلية الاقتصاد
٤٩٢	٣٧٧	١١٥	كلية الصيدلة
١٣٦٨	٥٧٩	٧٨٩	كلية التربية
٥٢٠٧	٢٧٥٢	٢٤٥٥	المجموع

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٠٠) طالباً وطالبة اختيرت بالطريقة العشوائية المنتظمة ويواقع تمثيل (١٠%) تقريباً من مجتمع الدراسة . ولقد بلغت حصيلة جمع الاستبانات إلى (٤٧٧) استبانة أي ما نسبته (٩٥,٤%) من الاستبانات الموزعة وقد استبعدت (٢١) استبانة بسبب عدم استكمال شروط الاستجابة . والجدول (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) تبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها المستقلة .

أ. متغير الجنس

الجدول (٢)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية (%)
ذكور	٢٣٥	٥١,٥%
إناث	٢٢١	٤٨,٥%
المجموع	٤٥٦	١٠٠%

ب. متغير المعدل التراكمي

الجدول (٣)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المعدل التراكمي

المعدل التراكمي	العدد	النسبة المئوية
٨٠% فأكثر	١٢٦	٢٧,٦%
٧٠ - ٧٩,٩%	٢٦٥	٥٨,١%
أقل من ٧٠%	٦٥	١٤,٣%
المجموع	٤٥٦	١٠٠%

٤٩٥٥٣٢

ج. متغير المستوى الدراسي :

الجدول (٤)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي

النسبة المئوية (%)	العدد	المستوى الدراسي
٣٧,٥%	١٧١	أولى
١٥,١%	٦٩	ثانية
١٠,٥%	٤٨	ثالثة
٣٦,٨%	١٦٨	رابعة
١٠٠%	٤٥٦	المجموع

د. متغير الكلية

الجدول (٥)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الكلية

النسبة المئوية (%)	العدد	الكلية
٢٧,٦%	١٢٦	الأداب
٢٤,١%	١١٠	الاقتصاد
٢٠,٦%	٩٤	الصيدلة
٢٧,٦%	١٢٦	التربية
١٠٠%	٤٥٦	المجموع

هـ. متغير مكان الإقامة :

الجدول (٦)

توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة

مكان الإقامة	العدد	النسبة المئوية (%)
مدينة	٢٤١	%٥٢,٩
مخيم	٤٠	%٨,٨
قرية	١٧٥	%٣٨,٤
المجموع	٤٥٦	%١٠٠

أداة الدراسة :

استخدم الباحث الاستبانة التي أعدها الباحث سليمان بومدين في دراسته بعنوان (العلاقة بين التخصص والمستوى والجنس وبين اتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المرض النفسي، ١٩٨٩) لقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي . (مرفق ١)

ويتضمن المقياس (٤٤) فقرة موزعة على أربعة أبعاد هي :

١. بعد العلاج (٨) فقرات هي (٣٩،٣٥،٣١،٢٢،١٧،١٢،٧،٢) .
٢. بعد التغيير الاجتماعي (٩) فقرات هي (٤٣،٣٨،٣٦،٣٢،٢٧،٢٣،١٣،٨،٣) .
٣. بعد النظرة الإنسانية (٩) فقرات هي (٤١،٣٧،٣٣،٢٨،٢٤،١٩،١٤،٩،٤) .
٤. بعد التفاعل الاجتماعي (١١) فقرات هي (٤٤،٤٢،٤٠،٣٨،٣٤،٢٩،٢٥،٢٠،١٥،١٠،٥) .
٥. بعد العلاقات الشخصية (٧) فقرات هي (٣٠،٢٦،٢١،١٦،١١،٦،١) .
٦. واشتمل المقياس على (٢٠) فقرة سلبية و (٢٤) فقرة إيجابية .

والفقرات السلبية هي :

٣٢ ، ٣١ ، ٢٧ ، ٢٥ ، ٢٤ ، ٢٣ ، ١٧ ، ١٦ ، ١٥ ، ١٢ ، ٩ ، ٧ ، ٥ ، ٣ ، ٢ ،
٤٣ ، ٤٢ ، ٤٠ ، ٣٧ ، ٣٤

والفقرات الإيجابية هي :

٢٨ ، ٢٦ ، ٢٢ ، ٢١ ، ٢٠ ، ١٩ ، ١٨ ، ١٤ ، ١٣ ، ١١ ، ١٠ ، ٨ ، ٦ ، ٤ ، ١ ،
٤٤ ، ٤١ ، ٣٩ ، ٣٨ ، ٣٦ ، ٣٥ ، ٣٣ ، ٣٠ ، ٢٩

وتم عكس الفقرات السلبية قبل إجراء التحليل الإحصائي على سلم من (١-٦) على النحو التالي : أوافق جداً (١)، أوافق (٢)، لست متأكداً ولكني أميل للموافقة (٣)، لست متأكداً ولكنني أميل للمعارضة (٤)، أعارض (٥)، أعارض بشدة (٦) درجات .

وكلما كانت درجة الاستجابة قريبة من الدرجة القصوى للاستبانة يكون الاتجاه إيجابياً، وبناء على دراسة نرجس حمدي (١٩٩٢) اعتمدت نقطة الحياد (٦٠%) لتفسير النتائج حيث تمثل ٦٠% فأكثر اتجاهات إيجابية بينما تمثل أقل من (٦٠%) اتجاهات سلبية .

صدق الأداة:

من أجل التأكد من صدق الأداة عرضت على هيئة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة النجاح الوطنية حيث وصل عددهم (١٠) محكمين من حملة مؤهل الدكتوراه، وقد تم اعتماد الفقرات التي أجمع عليها (٧٠%) من المحكمين ومن خلال تحليل آراء المحكمين كان هناك إجماع من قبلهم على أن الأداة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه .

الثبات :

من أجل تحديد معامل الثبات للأداة تم استخراج معامل الثبات وإعادة تطبيق الأداة على عينه مكونة من (٣٠) طالباً وطالبة من كلية العلوم التربوية لم يتم تضمينها بعينة الدراسة وكان معامل الثبات للأبعاد باستخدام معادلة بيرسون بفارق زمني (١٥) يوم بين التطبيقين كما هو مبين في الجدول (٧) .

الجدول (٧)

ثبات أبعاد استبانة الاتجاهات نحو المرض النفسي (ن = ٣٠)

معامل الثبات (ر)	الأبعاد
*٠,٧٢	بعد العلاج
*٠,٨١	بعد التقييد الاجتماعي
*٠,٨٦	بعد النظرة الإنسانية
*٠,٨٦	بعد التفاعل الاجتماعي
*٠,٨٥	بعد العلاقات الشخصية
	* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$)

يتضح من الجدول (٧) أن معاملات الثبات لأبعاد الاستبانة تراوحت بين (٠,٧٢-٠,٨٦) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = ٠,٠٥$) وتعتبر عن ثبات الأداة .

تصميم الدراسة:

أ. المتغيرات المستقلة :-

تشتمل الدراسة على المتغيرات المستقلة التالية :

١. الجنس وله مستويات

* أنثى * * ذكر *

٢. المعدل التراكمي وله ثلاث مستويات

* أقل من ٧٠% * * ٧٠ - ٧٩,٩% * * ٨٠% فأكثر *

٣. المستوى الدراسي وله أربعة مستويات هي

* سنة أولى * * سنة ثانية *
* سنة ثالثة * * سنة رابعة *

٤. متغير الكلية وله أربعة مستويات هي

* الآداب * * الاقتصاد *
* الصيدلة * * التربية *

٥. مكان الإقامة وله ثلاثة مستويات

* مدنية * * مخيم * * قرية *

ب. المتغيرات التابعة :-

تشتمل أبعاد الاستبانة وهي :

(بعد العلاج، بعد التغيير الاجتماعي، بعد النظرة الإنسانية، بعد التفاعل الاجتماعي، وبعد العلاقات الشخصية) .

المعالجات الإحصائية :

لقد تم معالجة البيانات إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وفيما يلي بيان للمعالجات الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة :

١. المتوسطات الحسابية والنسب المئوية من أجل التعرف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي .
٢. اختبار "ت" للمجموعات المستقلة (Independent T-test) للتعرف على أثر متغير الجنس على الاتجاهات .
٣. تحليل التباين الأحادي (One-Way Analysis of Variance) واختبار تيوكي (Tukey Test) للتعرف على أثر متغيرات المعدل التراكمي، والمستوى الدراسي، والكلية، ومكان الإقامة الدائم للطلبة على الاتجاهات .
٤. معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) من أجل تحديد معامل الثبات لأبعاد مقياس الاتجاهات .

الفصل الرابع

تحليل النتائج.

نتائج الدراسة وتحليلها

يتضمن الفصل عرض لنتائج الدراسة تبعا لفرضياتها وفيما يلي عرض لهذه النتائج :

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول :

ما هي اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي؟

للإجابة عن السؤال استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لكل فقرة ولكل بعد من أبعاد الإستبانة ونتائج الجداول (٨) ، (٩) ، (١٠) ، (١١) ، (١٢) تبين ذلك بينما تبين نتائج الجدول (١٣) ترتيب الأبعاد تبعا لدرجة الاتجاهات.

ومن أجل تفسير النتائج بالاعتماد على دراسة نرجس حمدي (١٩٩٢) اعتمدت النسبة المئوية (٦٠%) كنقطة حياد، حيث تمثل النسبة (٦٠%) فأكثر اتجاها إيجابيا وأقل من (٦٠%) اتجاها سلبيا.

١- بعد العلاج :

الجدول (٨)

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية

نحو المرض النفسي. (ن = ٤٥٦)

الاتجاهات	النسبة المئوية (%)	متوسط الاستجابة *	الفقرات	الرقم في الاستبانة	الرقم المتسلسل
إيجابية	٧٥%	٤,٥٠	أشعر أنه لو ربي أبناء مرضى نفسيين من قبل آباء أسوياء فإنه من المحتمل أن لا يصبحوا مرضى نفسيين	٢	١
إيجابية	٧٥,١٦%	٤,٥١	أعتقد أن علاج المرض النفسي لا يتعدى استخدام العقاقير من أجل تخدير وتهنئة المرضى.	٧	٢
إيجابية	٧٤,٦٦%	٤,٤٨	ينبغي أن تصرف أموال معالجة المرضى النفسيين في معالجة أمراض أخرى قابلة للشفاء.	١٢	٣
إيجابية	٧٥,٦٦%	٤,٥٤	أعتقد أن التحدث مع المريض كما هو الحال في العلاج النفسي لا يفيد المريض شيئاً.	١٧	٤
إيجابية	٧١,١٥%	٤,٢٧	لا أوافق على عزل الفرد بالمستشفى بمجرد ظهور بوادر إصابته بمرض نفسي.	٢٢	٥
سلبية	٥٩,٣٣%	٣,٥٦	لا يمكن لمستشفيات الأمراض العقلية أن تكون أكثر من كونها سجون لحجز المرضى النفسيين.	٣١	٦
إيجابية	٧٨,٦٦%	٤,٧٢	أعتقد أن كثيراً ممن يعانون من أمراض نفسية يمكن أن يتحسنوا.	٣٥	٧
إيجابية	٧٤,٣٣%	٤,٤٦	أعتقد أنه في ميسور الأطباء النفسيين أن يقدموا الشيء الكثير للشخص الذي يصاب بمرض نفسي.	٣٩	٨
إيجابية	٧٣%	٣٥,٠٤	الاتجاهات الكلية لبعء العلاج		

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات، وللبعد (٤٨) درجة .

يتضح من الجدول (٨) أن اتجاهات الطلبة كانت إيجابية على جميع فقرات البعد باستثناء

الفقرة رقم (٣١) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها (٥٩,٣٣%) .

وفيما يتعلق بالاتجاهات الكلية لبعء العلاج ووصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٣%)

ومثل هذه النسبة أكبر من نقطة الحياد (٦٠%) وتعتبر عن اتجاهات إيجابية على البعد.

٢- بعد التقييد الاجتماعي:

الجدول (٩)

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية
على بعد التقييد الاجتماعي. (ن = ٤٥٦)

الاتجاهات	النسبة المئوية (%)	متوسط الاستجابة *	الفقرات	الرقم في الاستبانة	الرقم المتسلسل
سلبية	%٤٥,٨٣	٢,٧٥	يستحسن أن تشدد الحراسة على مستشفيات الأمراض العقلية.	٣	١
سلبية	%٥٥,٦٦	٣,٣٤	أعتقد أن المريض النفسي لا يشكل أي خطر على السلامة العامة.	٨	٢
إيجابية	%٧٠,٣٣	٤,٢٢	يوسفني فصل الفرد من عمله بسبب إصابته بمرض نفسي.	١٣	٣
إيجابية	%٧٦,٨٣	٤,٦١	أعتقد أنه يجب منع الزواج على كل المرضى النفسيين حتى ولو تحسنت حالتهم.	٢٣	٤
إيجابية	%٦١	٣,٦٦	أفضل عدم إعطاء شهادات سياقة لكل من تبين أنه يراجع طبيباً نفسياً.	٢٧	٥
إيجابية	%٧٤,٣٣	٤,٤٦	أعتقد أنه من الخطر السماح لنزلاء مستشفيات الأمراض العقلية بزيارة أهلهم.	٣٢	٦
إيجابية	%٦١,٦٦	٣,٧٠	لا أسمح لأبنائي بأن يلعبوا مع مرضى نفسيين.	٣٤	٧
إيجابية	%٧٠,٥	٤,٢٣	أعتقد أنه بحق كل المواطنين التصويت في الانتخابات حتى ولو كانوا مرضى نفسيين.	٣٦	٨
إيجابية	%٦٣,٦٦	٣,٨٢	أشعر أن كثيراً من المرضى النفسيين اجتماعيون.	٣٨	٩
إيجابية	%٦٥,٥٣	٣٥,٣٩	الاتجاهات الكلية لبعء التقييد الاجتماعي		

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات، وللبعد (٥٤) درجة .

يتضح من الجدول (٩) أن اتجاهات الطلبة كانت إيجابية على الفقرات (٣٨,٣٦,٣٤,٣٢,٢٧,٢٣,١٣) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكبر من نقطة الحياد (٦٠%)، وكانت سلبية على الفقرتين (٨,٣) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليهما أقل من نقطة الحياد (٦٠%)، وفيما يتعلق بالاتجاهات الكلية لبعء التقييد الاجتماعي كانت إيجابية حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٥,٣٥%).

٣- بعد النظرة الإنسانية

الجدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والنسبة المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية

على بعد النظرة الإنسانية. (ن = ٤٥٦)

الاتجاهات	النسبة المئوية (%)	متوسط الاستجابة *	الفقرات	الرقم في الاستبانة	الرقم المتسلسل
إيجابية	٧١,١٦%	٤,٢٧	أشعر أن المرض النفسي يختلف عن كل الأمراض الأخرى.	٤	١
سلبية	٥٧,٨٣%	٣,٤٧	أعتقد أن المرضى النفسيين عاجزون عن الاضطلاع بمسؤولياتهم في المجتمع.	٩	٢
إيجابية	٧٨,٥%	٤,٧١	يؤسفني أن يمخر الناس من تصرفات المرضى النفسيين.	١٤	٣
إيجابية	٨١,١٦%	٤,٨٧	إنه جدير بوزارة الصحة أن تخصص مبالغاً أكثر لمعالجة المرضى النفسيين.	١٩	٤
إيجابية	٧٦,٨٣%	٤,٦١	أعتقد أنه يجب منع الزواج على كل المرضى النفسيين حتى ولو تحسنت حالتهم.	٢٣	٥
إيجابية	٧٤,٦٦%	٤,٤٨	أرى أن الأخطاء التي يرتكبها المرضى النفسيون قد يرتكبها الأسوياء أيضاً.	٢٨	٦
إيجابية	٨٢,٣٣%	٤,٩٤	أشعر أن المرضى النفسيين يحتاجون إلى الحب والعناية أكثر من الآخرين.	٣٣	٧
إيجابية	٧٣,٥%	٤,٤١	أرى أن المرضى النفسيين عالة على المجتمع.	٣٧	٨
إيجابية	٧٣,٣٣%	٤,٤٠	سأدفع عن المريض النفسي لو رأيت أن الناس يسيئون له.	٤١	٩
إيجابية	٧٤,٤٠%	٤٠,١٨	الاتجاهات الكلية لبعد النظرة الإنسانية		

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات، وللبعد (٥٤) درجة.

يتضح من الجدول (١٠) أن اتجاهات الطلبة كانت إيجابية على جميع فقرات بعد النظرة الإنسانية باستثناء الفقرة (٩) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها (٥٧,٨٣%).

وفيما يتعلق بالاتجاهات الكلية لبعد النظرة الإنسانية كانت إيجابية حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٧٤,٤٠%) ومثل هذه النسبة أكبر من نقطة الحياد (٦٠%).

٤- بعد التفاعل الاجتماعي:

الجدول (١١)

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية

لبعد التفاعل الاجتماعي. (ن = ٤٥٦)

الرقم المتسلسل	الرقم في الاستبانة	الفقرات	متوسط الاستجابة *	النسبة المئوية (%)	الاتجاهات
١	٥	أرفض أن تربطني بالمريض النفسي صلات صداقة.	٤,٥١	٧٥,١٦%	إيجابية
٢	١٠	لا أمانع أن تتزوج أختي شخصاً يراجع طبيباً نفسياً.	٣,١٠	٥١,٦٦%	سلبية
٣	١٥	أرفض تبادل الزيارات العائلية مع مريض نفسي حتى ولو ظهرت عليه بوادر الشفاء التام.	٤,٦٤	٧٧,٣٣%	إيجابية
٤	٢٠	العمل في مستشفى الأمراض العقلية عمل ممتع.	٣,٤٧	٥٧,٣٣%	سلبية
٥	٢٥	أتجنب التفاعل مع أي مريض نفسي لأن ذلك يسيء إلى سمعتي.	٤,٥٠	٧٥%	إيجابية
٦	٢٩	لا يضايقني أبداً السكن بعمارة يسكنها مريض نفسي.	٤,٦١	٧٦,٨٣%	إيجابية
٧	٣٤	لا أسمح لأبنائي بأن يلعبوا مع مرضى نفسيين.	٣,٧٠	٦١,٦٦%	إيجابية
٨	٣٨	أشعر أن كثيراً من المرضى النفسيين اجتماعيون.	٣,٨٢	٦٣,٦٦%	إيجابية
٩	٤٠	أعتقد أنه يجب أن يحيز القانون الطلاق إذا تبين أن أحد الزوجين يعاني من مرض نفسي.	٣,٣٩	٥٦,٥%	سلبية
١٠	٤٢	أعتقد أن أحسن طريقة للتعامل مع المرضى النفسيين هي الابتعاد عنهم.	٤,٦٠	٧٦,٦٦%	إيجابية
١١	٤٤	لا يضايقني أن يكون صديقي في العمل مريضاً نفسياً.	٤,٠٥	٦٧,٥%	إيجابية
		الاتجاهات الكلية لبعد التفاعل الاجتماعي	٤٤,٣٩	٦٧,٢٥%	إيجابية

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات، وللبعد (٦٦) درجة.

يتضح من الجدول (١١) أن اتجاهات الطلبة كانت إيجابية على الفقرات (٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٩، ٣٤، ٣٨، ٤٠، ٤٢، ٤٤) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٦٠%)، بينما كانت سلبية على الفقرات (١٠، ٢٠، ٤٠) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أقل من (٦٠%).

وفيما يتعلق بالاتجاهات الكلية لبعد التفاعل الاجتماعي كانت إيجابية حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٧,٢٥%).

٥- بعد العلاقات الشخصية :

الجدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية

لبعد العلاقات الشخصية. (ن = ٤٥٦)

الرقم المتسلسل	الرقم في الامتثانة	الفقرات	متوسط الاستجابة *	النسبة المئوية (%)	الاتجاهات
١	١	أعتقد أنه لو ربي أبناء مرضى نفسيين من قبل آباء أسوياء فإنه من المحتمل أن لا يصبحوا مرضى نفسيين.	٤,٤١	٧٣,٥%	إيجابية
٢	٦	أعتقد أن معظم المرضى النفسيين يأتون من البيوت التي لا يهتم فيها الآباء بأبنائهم.	٣,٩١	٦٥,١٦%	إيجابية
٣	١١	أعتقد أنه لو يحب الآباء أبنائهم أكثر لقل المرض النفسي.	٣,٨٩	٦٤,٨٣%	إيجابية
٤	١٦	أعتقد أن الفشل في العلاقات العاطفية ينتهي عادة بمرض نفسي.	٣,٥٣	٥٨,٨٣%	سلبية
٥	٢١	أعتقد أن المرض النفسي لكثير من الناس ناتج عن انفصال أو طلاق الوالدين أثناء الطفولة.	٤,١٤	٦٩%	إيجابية
٦	٢٦	أعتقد أن كثيراً من الأمراض النفسية تنجم عن المشكلات الزوجية.	٣,٥٥	٥٩,١٦%	سلبية
٧	٣٠	أؤمن بأن المرض النفسي يسببه الناس لبعضهم البعض.	٤,٦٢	٧٧%	إيجابية
		الاتجاهات الكلية لبعد العلاقات الشخصية	٢٨,٠٦	٦٦,٨٠%	إيجابية

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات، وللبعد (٤٢) درجة.

يتضح من الجدول (١٢) أن اتجاهات الطلبة كانت إيجابية على الفقرات (٣٠، ٢١، ١١، ٦، ١) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليها أكثر من (٦٠%)، بينما كانت سلبية على الفقرتين (٢٦، ١٦) حيث كانت النسبة المئوية للاستجابة عليهما أقل من (٦٠%).

وفيما يتعلق بدرجة الاتجاهات الكلية لبعد العلاقات الشخصية كانت إيجابية حيث وصلت النسبة المئوية للاستجابة إلى (٦٦,٨٠%).

٦- ترتيب أبعاد الاتجاهات نحو المرض النفسي :

الجدول (١٣)

ترتيب أبعاد الاتجاهات نحو المرض النفسي عند طلبة جامعة النجاح الوطنية

الترتيب	الأبعاد	عدد الفقرات *	أقصى درجة	متوسط الاستجابة	النسبة المئوية	الاتجاهات
١	بعد النظرة الإنسانية	٩	٥٤	٤٠,١٨	%٧٤,٤٠	إيجابية
٢	بعد العلاج	٨	٤٨	٣٥,٠٤	%٧٣	إيجابية
٣	بعد التفاعل الاجتماعي	١١	٦٦	٤٤,٣٩	%٦٧,٢٥	إيجابية
٤	بعد العلاقات الشخصية	٧	٤٢	٢٨,٠٦	%٦٦,٨٠	إيجابية
٥	بعد التقييد الاجتماعي	٩	٥٤	٣٥,٣٩	%٦٥,٥٣	إيجابية

* أقصى درجة للفقرة (٦) درجات .

يتضح من الجدول (١٣) أن اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية كانت إيجابية نحو

المرض النفسي على جميع المجالات وكان ترتيب المجالات على النحو التالي:

- المرتبة الأولى بعد النظرة الإنسانية (٧٤,٤٠%)
- المرتبة الثانية بعد العلاج (٧٣%)
- المرتبة الثالثة بعد التفاعل الاجتماعي (٦٧,٢٥%)
- المرتبة الرابعة بعد العلاقات الشخصية (٦٦,٨٠%)
- المرتبة الخامسة بعد التقييد الاجتماعي (٦٥,٥٣%)

ثانياً : النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية لفحص الفرضية استخدم اختبار "ت" للمجموعات المستقلة (Independent T-Test) ونتائج الجدول (١٤) تبين ذلك.

الجدول (١٤)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الجنس.

"ت" المحسوبة *	أنثى (ن=٢٢١)		ذكر (ن=٢٣٥)		الأبعاد
	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠,٩٨	٥,٥٥	٣٥,٢٩	٥,٣٢	٣٤,٨٠	بعد العلاج
*٢,٩٥	٥,١٣	٣٦,١٣	٥,٢٨	٣٤,٦٩	بعد التقيد الاجتماعي
*٢,٧٢	٥,٧٣	٤٠,٩٤	٥,٩٠	٣٩,٤٥	بعد النظرة الإنسانية
*٢,٨٢	٧,٢٥	٤٥,٣٣	٦,٧٦	٤٣,٤٨	بعد التفاعل الاجتماعي
١,٤٠	٤,٣٨	٢٨,٣٤	٣,٩٩	٢٧,٧٩	بعد العلاقات الشخصية

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$)، ت الجدولية (١,٩٦) بدرجات حرية (٤٥٤).

يتضح من الجدول (١٤) أن قيم "ت" المحسوبة لأبعاد (التقيد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) كانت على التوالي (٢,٨٢، ٢,٧٢، ٢,٩٥) وجميع هذه القيم أكبر من قيمة "ت" الجدولية (١,٩٦) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) على هذه الأبعاد بين الذكور والإناث لصالح الإناث، بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً على بعدي (العلاج، والعلاقات الشخصية) تبعاً لمتغير الجنس.

وبهذا تكون الفروق العامة في الاتجاهات لصالح الإناث.

ثالثاً : النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي.

الجدول (١٥)

المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المعدل التراكمي

الأبعاد	٨٠% فأكثر (ن = ١٢٦)	٧٠ - ٧٩,٩% (ن = ٢٦٥)	أقل من ٧٠% (ن = ٦٥)
بعد العلاج	٣٤,٨٨	٣٥,٣٠	٣٤,٢٧
بعد التقييد الاجتماعي	٣٥,٨٠	٣٥,٢٣	٣٥,٢٤
بعد النظرة الإنسانية	٤٠,٦٤	٤٠,١٥	٣٩,٤٠
بعد التفاعل الاجتماعي	٤٤,١١	٤٤,٥٠	٤٤,٤١
بعد العلاقات الشخصية	٢٨,١٩	٢٨,١٠	٢٧,٦١

من أجل فحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ونتائج الجدول

(١٦) تبين ذلك.

الجدول (١٦)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي
تبعاً لمتغير المعدل التراكمي

الأبعاد	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المسحوبة *
بعد العلاج	المعدل	٢	٥٩,٧٣	٢٩,٨٦	١,٠١
	الخطأ	٤٥٣	١٣٣٩٤,٤٧	٢٩,٥٦	
	المجموع	٤٥٥	١٣٤٥٤,٢٠		
بعد التقيد الاجتماعي	المعدل	٢	٢٩,١٣	١٤,٥٦	٠,٥٢
	الخطأ	٤٥٣	١٢٥٤٧,٥٩	٢٧,٦٩	
	المجموع	٤٥٥	١٢٥٧٦,٧٣		
بعد النظرة الإنسانية	المعدل	٢	٦٦,٧٦	٣٣,٣٨	٠,٩٦
	الخطأ	٤٥٣	١٥٦٠٠,٤٩	٣٤,٤٣	
	المجموع	٤٥٥	١٥٦٦٧,٢٥		
بعد التفاعل الاجتماعي	المعدل	٢	١٢,٨٢	٦,٤١	٠,١٢
	الخطأ	٤٥٣	٢٢٦٤٥,٢٤	٤٩,٩٨	
	المجموع	٤٥٥	٢٢٦٥٨,٠٧		
بعد العلاقات الشخصية	المعدل	٢	١٥,٨١	٧,٩٠	٠,٢٤
	الخطأ	٤٥٣	٧٩٨٤,٤٦	١٧,٦٢	
	المجموع	٤٥٥	٨٠٠٠,٢٨		

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.005$)، ف الجدولية ($3,02$) بدرجات حرية ($2, 453$) .

يتضح من الجدول (١٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.005$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي. حيث أن جميع قيم "ف" المحسوبة كانت أقل من القيمة الجدولية ($3,02$) على جميع الأبعاد، ومثل هذه النتيجة تعني قبول الفرضية الصفرية.

رابعاً : النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

الجدول (١٧)

المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير المستوى الدراسي

الأبعاد	سنة أولى (ن = ١٧١)	سنة ثانية (ن = ٦٩)	سنة ثالثة (ن = ٤٨)	سنة رابعة (ن = ١٦٨)
بعد العلاج	٣٤	٣٥,٧٢	٣٤,٥٢	٣٦,٣٣
بعد التقييد الاجتماعي	٣٤,٩٢	٣٥,٨٨	٣٤,٥٢	٣٥,٩٥
بعد النظرة الإنسانية	٣٩,٥٠	٤٠,٦٦	٣٩,٣١	٤١,٢٦
بعد التفاعل الاجتماعي	٤٣,٥٢	٤٥,١٠	٤٢,٤٧	٤٦,٠٨
بعد العلاقات الشخصية	٢٨,١٥	٢٨,٠٦	٢٧,٥٠	٢٨,٢٠

من أجل فحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ونتائج الجدول (١٨) تبين ذلك.

الجدول (١٨)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي
تبعاً لمتغير المستوى الدراسي

الأبعاد	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة
بعد العلاج	المستوى	٣	٣٩١,٠٤	١٣٠,٣٤	*٤,٥١
	الخطأ	٤٥٢	١٣٠٦٣,١٦	٢٨,٩٠	
	المجموع	٤٥٥	١٣٤٥٤,٢٠		
بعد التقيد الاجتماعي	المستوى	٣	١٣٥,١٠	٤٥,٣٠	١,٦٣
	الخطأ	٤٥٢	١٢٤٤١,٦٢	٢٧,٥٢	
	المجموع	٤٥٥	١٢٥٧٦,٧٣		
بعد النظرة الإنسانية	المستوى	٣	٢٣٣,٥٦	٧٧,٨٥	*٢,٨٢
	الخطأ	٤٥٢	١٥٤٣٣,٦٨	٣٤,١٤	
	المجموع	٤٥٥	١٥٦٦٧,٢٥		
بعد التفاعل الاجتماعي	المستوى	٣	٥٨٧,٩٠	١٩٥,٩٦	*٤,٠١
	الخطأ	٤٥٢	٢٢٠٧٠,١٦	٤٨,٨٢	
	المجموع	٤٥٥	٢٢٦٥٨,٠٧		
بعد العلاقات الشخصية	المستوى	٣	١٨,١٠	٦,٠٣	٠,٣٤
	الخطأ	٤٥٢	٧٩٨٢,١٧	١٧,٦٥	
	المجموع	٤٥٥	٨٠٠٠,٢٨		

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ ، ف الجدولية (٢,٦٢) بدرجات حرية (٣، ٤٥٢).

يتضح من الجدول (١٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات الطلبة على بعدي التقيد الاجتماعي، والعلاقات الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي بينما كانت الفروق دالة إحصائياً على أبعاد (العلاج، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) تبعاً لمتغير المستوى الدراسي. من أجل تحديد بين أي من المستويات الدراسية كانت الفروق على الأبعاد الدالة إحصائياً، استخدم اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية ونتائج الجداول (١٩)، (٢٠)، (٢١) تبين ذلك.

١- بعد العلاج :

الجدول (١٩)

نتائج اختبار تيوكي لبعء العلاج تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة

المستوى الدراسي	١	٢	٣	٤
١- سنة أولى		١,٧٢-	٠,٥٢-	*٢,٣٣-
٢- سنة ثانية			١,٢	٠,٦١-
٣- سنة ثالثة				١,٨١
٤- سنة رابعة				

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$

♦ يتضح من الجدول (١٩) ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد العلاج بين :
طلبة (أولى، ثانية) ، (أولى ، ثالثة) ، (ثانية ، ثالثة) ، (ثالثة ، رابعة).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد العلاج بين :
طلبة السنة الأولى وطلبة السنة الرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة.

٢- بعد النظرة الإنسانية :

الجدول (٢٠)

نتائج اختبار تيوكي بعد النظرة الإنسانية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة

المستوى الدراسي	١	٢	٣	٤
١- سنة أولى	1,16	1,16	٠,١٩	*١,٧٦
٢- سنة ثانية	1,35	1,35	١,٣٥	٠,٤٠-
٣- سنة ثالثة	1,95	1,95	1,95	*١,٩٥
٤- سنة رابعة	1,95	1,95	1,95	1,95

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$.

♦ يتضح من الجدول (٢٠) ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد النظرة الإنسانية بين طلبة :

(أولى ، ثانية) ، (أولى ، ثالثة) ، (ثانية ، ثالثة) ، (ثانية ، رابعة) .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد النظرة الإنسانية بين طلبة :

• السنة الأولى والرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة.

• السنة الثالثة والرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة.

٣- بعد التفاعل الاجتماعي :

الجدول (٢١)

نتائج اختبار تيوكي لبعء التفاعل الاجتماعي تبعاً لمتغير المستوى الدراسي للطلبة

المستوى الدراسي	١	٢	٣	٤
١- سنة أولى		١,٥٨-	١,٠٥	*٢,٥٦-
٢- سنة ثانية			*٢,٦٣	٠,٩٨-
٣- سنة ثالثة				*٣,٦١-
٤- سنة رابعة				

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$.

♦ يتضح من الجدول (٢١) ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ لبعء التفاعل الاجتماعي بين طلبة :

(أولى ، ثانية) ، (أولى ، ثالثة) ، (ثانية ، رابعة) .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ لبعء التفاعل الاجتماعي بين طلبة :

• السنة الأولى والرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة .

• السنة الثانية والثالثة لصالح طلبة السنة الثانية .

• السنة الثالثة والرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة .

خامساً : النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية.

الجدول (٢٢)

المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الكلية

الأبعاد	الآداب (ن = ١٢٦)	الاقتصاد (ن = ١١٠)	الصيدلة (ن = ٩٤)	التربية (ن = ١٢٦)
بعد العلاج	٣٤,١٦	٣٤,٠٤	٣٥,٦٣	٣٦,٣٤
بعد التقييد الاجتماعي	٣٥,٠٧	٣٤,٥٥	٣٤,٥٠	٣٧,١٠
بعد النظرة الإنسانية	٤٠,٠٩	٣٩,٠٥	٤٠,٠٥	٤١,٣٤
بعد التفاعل الاجتماعي	٤٣,٨٠	٤٢,٩٧	٤٣,٦٣	٤٦,٧٦
بعد العلاقات الشخصية	٢٧,٢٥	٢٨,٢١	٢٨,٠٣	٢٨,٧٥

من أجل فحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ونتائج الجدول (٢٣) تبين ذلك.

الجدول (٢٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة
تبعاً لمتغير الكلية

الأبعاد	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	ف [*] المحسوبة *
بعد العلاج	الكلية	٣	٤٥١,٩٠	١٥٠,٦٣	*٥,٢٣
	الخطأ	٤٥٢	١٣٠٠٢,٣٠٠	٢٨,٧٦	
	المجموع	٤٥٥	١٣٤٥٤,٢٠		
بعد التقييد الاجتماعي	الكلية	٣	٥٣٣,١٩	١٧٧,٧٣	*٦,٦٧
	الخطأ	٤٥٢	١٢٠٤٣,٥٣	٢٦,٦٤	
	المجموع	٤٥٥	١٢٥٧٦,٧٣		
بعد النظرة الإنسانية	الكلية	٣	٣١١,٦٦	١٠٣,٨٨	*٣,٠٥
	الخطأ	٤٥٢	١٥٣٥٥,٥٨	٣٣,٩٧	
	المجموع	٤٥٥	١٥٦٦٧,٢٥		
بعد التفاعل الاجتماعي	الكلية	٣	١٠٢٦,٥٥	٣٤٢,١٨	*٧,١٥
	الخطأ	٤٥٢	٢١٦٣١,٥١	٤٧,٨٥	
	المجموع	٤٥٥	٢٢٦٥٨,٠٧		
بعد العلاقات الشخصية	الكلية	٣	١٤٥,٣٦	٤٨,٤٥	*٢,٧٨
	الخطأ	٤٥٢	٧٨٥٤,٩١	١٧,٣٧	
	المجموع	٤٥٥	٨٠٠٠,٢٨		

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$) "ف" الجدولية (٢,٦٢) بدرجات حرية (٣, ٤٥٢) .

يتضح من الجدول (٢٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية.

من أجل تحديد بين أي من الكليات كانت الفروق استخدم اختبار تيوكي (TUKEY) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية ونتائج الجدول (٢٤) (٢٥) (٢٦) (٢٧) (٢٨) تبين ذلك .

١- بعد العلاج :

الجدول (٢٤)

نتائج اختبار تيوكي لدلالة الفروق لبعء العلاج تبعاً لمتغير الكلية

٤	٣	٢	١	الكلية
*٢,١٨-	١,٤٧-	٠,١٢	 	١- الآداب
*٢,٣٠-	٠,٥٢	 	 	٢- الاقتصاد
٠,٧١-	 	 	 	٣- الصيدلة
 	 	 	 	٤- التربية

* دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha = 0,05$)

♦ يتضح من الجدول (٢٤) ما يلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) على بعد العلاج بين
طلبة كليات :

* (الآداب والاقتصاد)، (الآداب والصيدلة)، (الاقتصاد والصيدلة)، (الصيدلة والتربية).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) على بعد العلاج بين طلبة
كليات :

* التربية والآداب لصالح التربية.

* التربية والاقتصاد لصالح التربية.

٢- بعد التقييد الاجتماعي :

الجدول (٢٥)

نتائج اختبار تيوكي لدلالة الفروق على بعد التقييد الاجتماعي تبعاً لمتغير الكلية

٤	٣	٢	١	الكلية
*٢,٠٣-	٠,٥٧	٠,٥٢	 	١- الآداب
*٢,٥٥-	٠,٠٥	 	 	٢- الاقتصاد
*٢,٦٠-	 	 	 	٣- الصيدلة
 	 	 	 	٤- التربية

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$

♦ يتضح من الجدول (٢٥) ما يلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد التقييد الاجتماعي بين :

* (الآداب والاقتصاد) ، (الآداب والصيدلة) ، (الاقتصاد والصيدلة) .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد التقييد الاجتماعي بين :

* التربية والآداب لصالح التربية .

* التربية والاقتصاد لصالح التربية .

* التربية والصيدلة لصالح التربية .

٣- بعد النظر الإنسانية :

الجدول (٢٦)

نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات لبعء النظر الإنسانية تبعاً لمتغير الكلية

٤	٣	٢	١	الكلية
١,٢٥-	٠,٠٤	١,٠٤	1	١- الآداب
*٢,٢٩-	١,٠-	1		٢- الاقتصاد
١,٢٩	1			٣- الصيدلة
1				٤- التربية

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$

♦ يتضح من الجدول ما يلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد النظر الإنسانية بين طلبة كليات :
 * (الآداب والاقتصاد) ، (الآداب والصيدلة) ، (الآداب والتربية) ، (الاقتصاد والصيدلة) ، (الصيدلة والتربية) .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد النظر الإنسانية بين طلبة كلية الاقتصاد وطلبة كلية التربية لصالح طلبة كلية التربية.

٤- بعد التفاعل الاجتماعي :

الجدول (٢٧)

نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية
لبعد التفاعل الاجتماعي تبعاً لمتغير الكلية

٤	٣	٢	١	الكلية
*٢,٩٦-	٠,١٧	٠,٨٣		١- الآداب
*٣,٧٩-	٠,٦٦-			٢- الاقتصاد
*٣,١٣-				٣- الصيدلة
				٤- التربية

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$)

♦ يتضح من الجدول (٢٧) ما يلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) على بعد التفاعل الاجتماعي بين طلبة كليات :
* (الآداب والاقتصاد) ، (الآداب والصيدلة) ، (الاقتصاد والصيدلة) .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) على بعد التفاعل الاجتماعي بين طلبة كليات :

- * الآداب والتربية لصالح التربية.
- * الاقتصاد والتربية لصالح التربية.
- * الصيدلة والتربية لصالح التربية.

٥- بعد العلاقات الشخصية :

الجدول (٢٨)

نتائج اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات لبعد العلاقات الشخصية تبعاً لمتغير الكلية

٤	٣	٢	١	الكلية
*١,٥٠-	٠,٧٨-	٠,٩٦-		١- الآداب
٠,٥٤-	٠,١٨			٢- الاقتصاد
٠,٧٢-				٣- الصيدلة
				٤- التربية

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$

♦ يتضح من الجدول (٢٨) ما يلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد العلاقات الشخصية بين طلبة كليات :

* (الآداب والاقتصاد) ، (الآداب والصيدلة) ، (الاقتصاد والصيدلة) ، (الاقتصاد والتربية) ، (الصيدلة والتربية) .

* وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ على بعد العلاقات الشخصية بين طلبة كلية الآداب وطلبة كلية التربية لصالح طلبة كلية التربية.

سادساً : النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة .

الجدول (٢٩)

المتوسطات الحسابية لاتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي
تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة

الأبعاد	مدينة (ن = ٢٤١)	مخيم (ن = ٤٠)	قرية (ن = ١٧٥)
العلاج	٣٤,٩٥	٣٥,٦٢	٣٥,٠٦
التقييد الاجتماعي	٣٥,٢٥	٣٥,٧٧	٣٥,٤٩
النظرة الإنسانية	٤٠	٤٠,٤٥	٤٠,٣٦
التفاعل الاجتماعي	٤٤,٠١	٤٣,٦٧	٤٥,٠٦
العلاقات الشخصية	٢٨,٠٧	٢٧,٩٢	٢٨,٠٦

من أجل فحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ونتائج الجدول

(٣٠) تبين ذلك :

الجدول (٣٠)

نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير مكان الإقامة الدائم

الأبعاد	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة *
بعد العلاج	مكان الإقامة	٢	١٥,٤٧	٧,٧٣	٠,٢٦
	الخطأ	٤٥٣	١٣٤٣٨,٧٣	٢٩,٦٦	
	المجموع	٤٥٥	١٣٤٥٤,٢٠		
بعد التقييد الاجتماعي	مكان الإقامة	٢	١١,٩٧	٥,٩٨	٠,٢١
	الخطأ	٤٥٣	١٢٥٦٤,٧٦	٢٧,٧٣	
	المجموع	٤٥٥	١٢٥٧٦,٧٣		
بعد النظرة الإنسانية	مكان الإقامة	٢	١٦,٧٦	٨,٣٨	٠,٢٤
	الخطأ	٤٥٣	١٥٦٥٠,٤٩	٣٤,٥٤	
	المجموع	٤٥٥	١٥٦٦٧,٢٥		
بعد التفاعل الاجتماعي	مكان الإقامة	٢	١٣٤,٠٢	٦٧,٠١	١,٣٤
	الخطأ	٤٥٣	٢٢٥٢٤,٠٤	٤٩,٧٢	
	المجموع	٤٥٥	٢٢٦٥٨,٠٧		
بعد العلاقات الشخصية	مكان الإقامة	٢	٠,٨٢	٠,٤١	٠,٠٢٣
	الخطأ	٤٥٣	٧٩٩٩,٤٥	١٧,٦٥	
	المجموع	٤٥٥	٨٠٠٠,٢٨		

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0,05$) "ف" الجدولية (٣,٠٢) بدرجات حرية (٢, ٤٥٣) .

يتضح من الجدول (٣٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم، حيث كانت جميع قيم "ف" المحسوبة على جميع الأبعاد أقل من القيمة الجدولية (٣,٠٢) .

الفصل الخامس

• مناقشة النتائج

مناقشة النتائج

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي إضافة إلى التعرف على أثر متغيرات الجنس، والمعدل التراكمي، والكلية، والمستوى الدراسي، ومكان الإقامة الدائم للطلبة على ذلك. لتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤٥٦) طالباً وطالبة طبق عليها مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي، وقد تم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة :

أولاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما هي اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي؟

للإجابة عن السؤال استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية حيث أظهرت نتائج الجداول (٨) ، (٩) ، (١٠) ، (١١) ، (١٢) ، (١٣) أن الاتجاهات كانت إيجابية عند طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي . حيث تراوحت النسبة المئوية للاستجابة على هذه الأبعاد بين (٦٥,٥٣%) لبعدهم التقني الاجتماعي ، و(٧٤,٤٠%) لبعدهم النظرة الإنسانية. وجميع هذه النسب أكبر من (٦٠%). وهذا بدوره يعبر عن اتجاهات إيجابية نحو المرض النفسي.

ويرى الباحث أن السبب في ذلك يعود إلى أن طلبة الجامعات يمثلون الفئة المثقفة من أفراد المجتمع ويمتلكون المعارف والمعلومات الجيدة من خلال دراستهم الجامعية والتي تعتبر أساسية لتكوين الاتجاهات ، ويؤكد على ذلك عبد الحميد (١٩٧٨) في إشارته إلى أن الاتجاهات تكون من عدة أبعاد : هي البعد المعرفي، والبعد العاطفي، والبعد التقويمي ومن أجل الحكم على موضوع معين لا بد من توفر المعلومات الكافية عن ذلك الموضوع.

ثانياً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الجنس.

أظهرت نتائج اختبار "ت" في الجدول (١٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في الاتجاهات بين الذكور والإناث على أبعاد (التقييد الاجتماعي، النظرة الإنسانية، والتفاعل الاجتماعي) وكانت هذه الفروق لصالح الإناث. بينما لم تكن الفروق دالة إحصائياً على بعدي العلاج والعلاقات الشخصية تبعاً لمتغير الجنس.

وفيما يتعلق بظهور الفروق على ثلاثة أبعاد ، ولصالح الإناث يعود إلى أن البعد العاطفي (الانفعالي) أحد المكونات الرئيسة للاتجاهات (عبد الحميد، ١٩٧٨)، وتكون درجة العاطفة عند الإناث أكثر منها عند الذكور، ويؤكد على ذلك فشبين (FISHBEN, 1978) في إشارته إلى أن غالبية الدراسات التي تم إجراؤها في مجال الاتجاهات أظهرت أن الفروقات غالباً ما تكون لصالح الإناث وعزى ذلك إلى أن المكون العاطفي هو أحد المكونات الرئيسة لتكوين الاتجاهات.

وجاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج دراسات كل من : (Farina & Hagelauer, 1975) (Farina & Murray, 1978) (Triaas & etal, 1982) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين الذكور والإناث لصالح الذكور. بينما لم تتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من بومدين (١٩٨٩)، وجديون وسترونج (Gedeon & Stuering, 1978). ويرى الباحث أن السبب في مثل هذه النتيجة يعود إلى التباين بين الدراسة الحالية والدراسات الأخرى من حيث الظروف البيئية أو عادات وتقاليد المجتمع، والعوامل الثقافية الاجتماعية التي تتباين من مجتمع إلى آخر.

ثالثاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي. لفحص الفرضية ، استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث أظهرت نتائج الجدول (١٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المعدل التراكمي. ويرى الباحث أن السبب في ذلك يعود إلى تشابه المتغيرات التي يتعرض لها الطالب الجامعي سواء كانت منهجية أم لا منهجية داخل الحرم الجامعي بغض النظر عن معدله التراكمي.

رابعاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

لفحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث أظهرت نتائج الجدول (١٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي على بعدي (التقييد الاجتماعي ، والعلاقات الشخصية) تعزى لمتغير المستوى الدراسي، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً على أبعاد (العلاج ، النظرة الإنسانية ، والتفاعل الاجتماعي) تبعاً لمتغير المستوى الدراسي. ومن أجل تحديد بين أي من السنوات الدراسية كانت الفروق على الأبعاد الدالة إحصائياً استخدم اختبار تيوكي (Tukey Test) للمقارنات البعدية بين المتوسطات ، حيث أظهرت نتائج الجداول (١٩) (٢٠) (٢١) أن غالبية الفروق كانت بين طلبة السنة الأولى والسنة الرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة. ومن خلال النظر لنتائج هذه الجداول يتبين أن النظرة الإيجابية نحو المرض النفسي تزداد مع زيادة المستوى الدراسي، بمعنى آخر أن العلاقة إيجابية بين المستوى الدراسي والاتجاهات نحو المرض النفسي. ولعل السبب في ذلك يعود إلى زيادة المعارف والخبرات والمعلومات عند الأفراد مع زيادة السنوات الدراسية، وتؤكد على ذلك دراسة بومدين (١٩٨٩)، والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض النفسي بين طلبة السنة الأولى ، وطلبة السنة الرابعة لصالح طلبة السنة الرابعة، وقد عزى الباحث ذلك إلى نمو الخبرات والمعارف التي لها دور في تكوين الاتجاهات عند الطلبة.

خامساً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية.

لفحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث أظهرت نتائج الجدول (٢٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في اتجاهات الطلبة على جميع الأبعاد نحو المرض النفسي تعزى لمتغير الكلية.

ومن أجل تحديد بين أي من الكليات كانت الفروق استخدم اختبار تيوكي للمقارنات البعدية بين المتوسطات ، حيث أظهرت نتائج الجداول (٢٤) (٢٥) (٢٦) (٢٧) (٢٨) أن غالبية الفروق كانت بين طلبة كلية التربية والكليات الأخرى لصالح كلية التربية.

ومثل هذه النتيجة تعني أن الاتجاهات كانت إيجابية بدرجة أكبر عند طلبة كلية التربية مقارنة بطلبة الكليات الأخرى. ويرى الباحث أن السبب في تفوق طلبة كلية التربية مقارنة بطلبة الكليات الأخرى يعود إلى أن المنهاج الدراسي يتضمن دراسة على النفس العام، والشخصية وغيرها من المواد الدراسية ذات العلاقة بالمرض النفسي، لذلك يمتلك هؤلاء الطلبة معلومات كافية لتكوين اتجاهات أكثر إيجابية، مقارنة بطلبة الكليات الأخرى التي تفتقر برامجها الدراسية للمواد الدراسية ذلك العلاقة بالمرض النفسي. وجاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة بومدين (١٩٨٩) ، التي أظهرت فروقاً دالة إحصائياً بين طلبة علم النفس والتمريض في الجامعة الأردنية لصالح طلبة علم النفس ، كذلك جاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج دراسة موريسون وآخرون (Morrison & etal, 1976) التي أظهرت فروقاً دالة إحصائياً بين طلبة التمريض والتربية لصالح طلبة كلية التربية.

سادساً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة الدائم للطلبة. لفحص الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حيث أظهرت نتائج الجدول (٣٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ في اتجاهات الطلبة نحو المرض النفسي بين طلبة المدينة والقرية والمخيم، ولعل السبب في ذلك يعود إلى تقارب عادات وتقاليد المجتمع الفلسطيني والنظرة الإنسانية للمريض النفسي بغض النظر عن مكان إقامة الطالب. ومثل هذا التقارب يعود إلى ما أملتته ظروف الاحتلال الإسرائيلي من التضامن والتعاون بين أفراد الشعب الفلسطيني بغض النظر عن مكان إقامتهم، إضافة إلى صغر البقعة الجغرافية التي يعيش عليها الشعب الفلسطيني تقلل في الفروقات في الاتجاهات بين أفرادهم . إضافة إلى ذلك تقارب ظروف الحياة الجامعية للطلبة من حيث المناهج الدراسية والخبرات والمعارف والأنشطة بغض النظر عن مكان الإقامة الدائم للطلبة . مثل هذه العوامل ساهمت في عدم ظهور الفروق في الاتجاهات نحو المرض النفسي تبعاً لمتغير الإقامة الدائم لدى الطلبة.

التوصيات:

في ضوء أهداف الدراسة ونتائجها يوصي الباحث بما يلي :

١. ضرورة الاهتمام من قبل إدارة جامعة النجاح الوطنية الاستمرار بتتمة الاتجاهات الإيجابية لدى الطلبة، وإنشاء عيادة نفسية للطلبة داخل الحرم الجامعي.
٢. ضرورة إدخال برامج تربوية نفسية خاصة بالمرض النفسي والصحة النفسية لطلبة التخصصات المختلفة في الجامعة.
٣. عقد الندوات والمحاضرات في إطار الحرم الجامعي حول المرض النفسي، لما لها من دور إيجابي في توفير المعارف والمعلومات عن المرض النفسي وبالتالي تكوين اتجاهات إيجابية نحوه.
٤. ضرورة توعية الأفراد بالمرض النفسي في المدارس على اعتبارها القاعدة الأساسية التي يمر من خلالها غالبية أفراد الشعب، وإمكانية تكوين اتجاهات إيجابية في المدارس تكون بدرجة أكبر من طلبة الجامعات وتنمو هذه الاتجاهات معهم لكي تترسخ في المراحل اللاحقة.
٥. إجراء دراسات أخرى ، تتضمن المقارنة في الاتجاهات نحو المرض النفسي لطلبة الجامعات الفلسطينية.

المراجع

أولاً : المراجع العربية

- إبراهيم، ن.أ.، وآخرون (١٩٦١) : الدراسات العلمية للسلوك الاجتماعي، (ط٢)، القاهرة : مؤسسة المطبوعات الحديثة .
- أبو بكر ، عبد الرازق رشيد. (١٩٨٥). مشكلات الطلبة الفلسطينية في جامعة النجاح الوطنية بنابلس . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية .
- أبو زيد، إبراهيم (١٩٧٦) : مفهوم الذات لدى الجنسين وعلاقته بالانتران الانفعالي، الأنجلو المصرية : القاهرة .
- أبو عجلان، عاشور شحده عقل . (١٩٩١) . دراسة مسحية لواقع الأندية الصيفية المدرسية . رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية .
- التجاني الماجي، (١٩٥٩) . مقدمة في تاريخ الطب العربي . مطبعة مصر بالخرطوم . الجامعة الأردنية، ١٩٨٨/٦/٢٠١ .
- الجمسماني، عبد العلي (١٩٨٨). الأمراض النفسية - تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها. دار العربية للعلوم، بيروت - ط ١ .
- السيد، ع.م. (١٩٧٩) . علم النفس الاجتماعي والإعلام . القاهرة : دار الثقافة للطباعة والنشر .
- الشناوي، مجد وخضر، علي (١٩٨٨) : الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة وتبادلية العلاقات الاجتماعية بحوث المؤتمر السنوي الرابع لعلم النفس في مصر . مركز التنمية البشرية والمعلومات : القاهرة، ٦٣٨ - ٦٧٠ .
- العاني، ن. (١٩٧٠)، قياس الاتجاه العلمي عند طلبة وطالبات الثانويات وبعض الكليات في العراق، ماجستير غير منشورة، كلية التربية - جامعة بغداد .
- الكيلائي، سامي. (١٩٨٩) . اتجاهات طلبة كليات المجتمع نحو العلوم - رسالة ماجستير غير منشورة - جامعة النجاح الوطنية - ١٩٨٩ .

المشاتي، أمين مهنا. (١٩٩٣). الاتجاهات السياسية لدى الطلبة الجامعيين : دراسة ميدانية. في "مجلة أبحاث اليرموك"، جامعة اليرموك، ج١، ص٨٧ - ١٢١ .

إيفانز. ك.م (مترجم). (١٩٦٥). الاتجاهات والميول في التربية، ترجمة صبحي عبد اللطيف معروف، أنور طاهر رضا، منير عطا الله سليمان، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، القاهرة.

بومدين، سليمان . (١٩٨٩) . العلاقة بين التخصص والجنس والمستوى واتجاهات طلبة الجامعة الأردنية نحو المرض النفسي . رسالة ماجستير غير منشورة - الجامعة الأردنية .

جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٥) . سيكولوجية التعلم. ونظريات التعلم - مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

جابر، عبد الحميد جابر، الخصري، سليمان (١٩٧٨) . دراسات نفسية وتربوية في الشخصية العربية. عالم الكتب، القاهرة .

جلال، سعد، (١٩٨٠) . في الصحة العقلية. الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية . دار الفكر العربي، مكتبة المعارف الحديثة، القاهرة .

جلال، سعد، (١٩٨٦) . في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة .

حمودة، محمود عبد الرحمن، (١٩٩٦) . رؤى جديدة في الطب النفسي - مجلة علم النفس، العدد ٣٧، من صفحة ٣٧ - ٣٨ .

راشد، علي . (١٩٨٨) . الجامعة والتدريس الجامعي . جدة، دار الشروق .

ريحاني، سليمان، (١٩٨٨/٦/٢٠١) . اتجاهات الناس نحو الأمراض النفسية، ورقة عمل مقدمة لندوة المجتمع والاضطرابات النفسية .

ريحاني، سليمان، (١٩٨٥) . التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمان الأردن، الطبعة الثانية، ١٩٨٥ .

زهران، ع.ح. (١٩٧٤). علم النفس الاجتماعي. الطبعة الثالثة، القاهرة: عالم الكتب.

سعد، ع. (١٩٧١). السلوك الإنساني: تحليل وقياس المتغيرات - القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة.

شيلدون كاشدان (مترجم)، (١٩٨٤). علم النفس الشواذ، ترجمة عبد العزيز سلامة دار الشروق، بيروت، الطبعة الثانية.

صالح، أحمد زكي، (١٩٨٦). علم النفس التربوي - ط ١٠ - القاهرة - مكتبة النهضة العصرية.

عبد الخالق، أ. (١٩٨٢)، الاتجاه نحو المرض العقلي لدى عينة من طالبات علم النفس (دراسة استطلاعية)، في: عبد الخالق، أ. (محرر)، بحوث في السلوك والشخصية، المجلد الثاني - القاهرة: دار المعارف - ص: ٩٧ - ١١٨.

عبد الخالق، أ.، وهارمين، م.، امام، س. (١٩٨٢). العلاقة بين الاتجاه نحو المرض العقلي وشخصية الطالبات اللات يدرسن علم النفس. في: عبد الخالق، أ. (محرر): بحوث في السلوك والشخصية، المجلد الثاني - القاهرة: دار المعارف، ص ص: ١٢١ - ١٤٦.

عبد الخالق، أحمد (١٩٩١): قياس الاكتئاب، مقارنة بين أربعة مقاييس. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، الأنجلو المصرية: القاهرة.

عبيد، حسن، (١٩٨٧). اتجاهات طلبة كليات المجتمع نحو مهنة التعليم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية.

عكاشة، أحمد، (١٩٨٤). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط ٥.

عوض عباس محمود، (١٩٨٠). في علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، بيروت.

قوته، سمير - المصري، محمد - السراج، إياد. (١٩٩٨). مدى انتشار الأمراض النفسية في المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة. دراسة غير منشور من مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية. ليلة، علي: الشباب في مجتمع متغير - تأملات في ظواهر الأحياء والعنف. سلسلة علم الاجتماع المعاصر، الكتاب ٨٤، الطبعة الأولى، مكتبة الحرية الحديثة للطباعة والنشر، القاهرة.

مامسر، محمد خير (١٩٨٠). دراسة تحليلية لسمات شخصية شباب الجامعات العربية المطبقة لنظام الساعات المعتمدة. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

مامسر، محمد خير : (١٩٧١)، مشكلات الشباب الجامعي في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية .

محسن، سمير (١٩٩٥) . الاتجاهات نحو ممارسة الأنشطة الطلابية في الجامعة - رسالة ماجستير غير منشورة - جامعة النجاح الوطنية .

محمود، عبد الرحمن محمود (١٩٩٦) . رؤيا جديدة في الطب النفسي - مجلة علم النفس . القاهرة، عدد ٣٧.

موسى، رشاد عبد العزيز (١٩٨٩) : البنية الكاملة للاكتئاب النفسي بين عينة مصرية وعينة أخرى أمريكية، مجلة علم النفس : الهيئة المصرية العامة للكتاب، (٩)، ٤٤ - ٥٦ .

نشواتي، عبد المجيد (١٩٨٥)، علم النفس التربوي، ط٢، عمان : دار الفرقان .

ثانياً : المراجع الأجنبية

Bowden, Charles L., Schoenfeld, Lawrence S., And Adams, Russell L. "Mental Health Attitudes And Treatment Expectations As Treatment Variables". Journal of Clinical Psychology, 36. 3 (1980) : 653 - 657 .

Chesno, Frank and Kilmann, Peter. "Societal Labeling And Mental illness" Journal of Community Psychology, 3, January (1975) : 49 - 52 .

Cumming, John and Cumming, Elaine "On The Stigma of mental illness" in The Perspectives in Abnormal Behavior . Ed. Morris, Richards. Pergamon Press, N.Y. 1974 .

Jones, et al. Social Stigma, The Psychological Marked Relationships; N.W: Freeman, N.Y. 1984 .

Mc Kee, Michael and Robertson, Social Problems Random House, N.Y. 1975.

Mc Neil, Elton . The Psychoses. Prentice - Hall . Englewood - Cliffs, New Jersey. 1970.

Oskamp, Stuart, Attitudes and Opinions, Prentice-Hall, Inc, Englewood cliffs, New Jersey 1977.

Rabkin, Judith. Opinions About mental illness. A Review of literature "Psychological Bulletin, 77. 3 (1972) : 153 - 171 .

Scheff, J. Thomas . Being mentally ill, a Sociological Theory, Weidenfeld And Nicolson London 1966.

Snell. H. Mental Disorder: An Introductory Text Book For Nurses, George Allen LTD. London: Unwin 1977.

Watson, Charles; William Daly and Zimmerman Alice "Staff Attitudes and Treatment Effectiveness". Journal of Clinical Psychology. 36. 2. (1980) PP 601 - 605.

Zusman, Jack, "Sociology And Mental illness" in Social Psychiatry. Ed. Ari Kiev, Routledge and Kegan Paul LTD. London 1970.

Wilson, John A., et al. The Conditions of Learning, 3rd, New York: Holt, Rinehart and Winston. (1977).

Wilson, John A., et al. The Conditions of Learning, 3rd, New York: Holt, Rinehart and Winston. (1977).

Gange', Robert M, The Conditions of Learning, 3ed ed, U.Y:Holt, Rinehart and Winston. (1977).

Mchrens, William A. & Lehman, Irvin J., Measurment and Evaluation in Education and Psychology, 2nd ed, New Yprk; Holt, Rinehart and Winston. (1978).

Reynolds, H.T, Analysis of Nominal Data, london:Sage Publications, Inc. Roadruck, Michael D. " Teacher Attitudes Towards Chemical Demonstrations : Bariers to Utilization ", Disserations Abstracts International,(1988) 50(2):404.A.

Wilson, John A., et al . The Conditions of Learning, 3rd ed, New York : Holt, Rinehart and Winston . (1977).

Henry, -David; And - Others. Attitudes of Community - Living Staff Members toward Person with Mental Retardation, Mental Illness, and Dual Diagnosis. Mental - Retardation; V34 n6 P367 - 79 Dec. 1996 .

Esters, Irvin-G; And - Others . Effects of a Unit in Mental Health on Rural Adolescents' Attitudes about Seeking Help and Concepts of Mental illness. 13 P.; Paper presented at the Annual Conference of the American Educational Research Association (77th, New York, ny, April 8-12 1996) .

Nickerson, -Kim- J; And - Others . Cultural Mistrust, Opinions about Mental Illness, and Black students' Attitudes toward Seeking Psycho logical Help from White Counselors. Journal - of - Counseling - Psychology; v41 n3 P378 - 85 Jul 1994.

Esters ,Irvin Glen. The effects of A psychoeducational Intervention on Rural Adolescents'Concept of mental Illness And Attitueds About Seeking Professional Help.
DAI-A 56/06, P.2171 ,Dec 1995.

ROSE ,PATRICIA MARIE
Vocational Rehabilitation Service Delivery To Persons With Severe Mental Illness: Examination Of Attitudes And Methods.
DAI -B 56/05, P 2883,Nov 1995.

Karila, Antti Jaakko Johannes.

The psychological Outcome Of Mental Health Care and The Use of Mental Health Services. A Follow - Up In The Health Care District Of Peijas (FINLAND).

DAI-C 57/01, p. 303, Spring 1995/1996.

Imbornoni, Stephen

Attitudes Toward Psychiatric Disability: The Opinions About Mental Illness Scale In Nursing Education Evaluation.

DAI-B 57/05, P. 3112, Nov 1996.

Balan , Ivan Clemente

Cubans' Attitudes Toward Mental Illness: The Effects of Level of Acculturation And Contact With A Mentally Ill Family Member.

DAI-b 57/11, P.7220, May 1997.

Carrol, Herbert . Mental Hygiene, The dynamics of Adjustment, 5th Ed. Prentice - Hall Englewood Cliffs, New Jersey, 1969.

Berger, N.A.. Relationship of staff attitudes, patient's level of Conflict, and discharge from the psychiatric hospital. Unpublished Ph.D. Adelphi University, U.S.A. (1981)

Cutler, W.D.. The relationship of subject's se to attitudes and behaviors toward male mental patients. Unpublished Ph>D. Dissertation, the University of Connecticut. (1975)

Keatinge, C.M. Schizophrenia in rural Ireland: A community comparison of tolerance of mental illness, level of social support and attitudes towards psychiatric facilities. Published Ph.D. Dissertation. University of Illinois at Chicago. (1985).

Mehr, J.J. The relationship between attitudes towards mental illness, staff role expectations, and perceived role enactment of psychiatric aides. Unpublished Ph.D. Illinois Institute of Technology. (1971).

Buding Gene, A. Student Attitudes Educational. Record, v60 n3 301-04 Sum 1979, J,1979, Article (080) Research Report 143. J, Announcement CIJMA R80. (1979).

Clark, David S. Psychiatry to-day. London : Penguin Book, 1953.

Thornton, Joann A. Impact of A Newspaper Account of Mental Illness On Reactions and Attitudes Toward Mental Illness.

DAI-B 55/03, P.1225,Sep. 1994.

- Burke, John Joseph, JR. Attitudes Toward Mental "Illness" Among Clinical Psychologists, Allied Health Professionals, and The General Public. (Mental Illness, Stigmatization). DAI-B 54/09, P.4963, Mar 1994.
- Yoon, Susan Jyung. Level of Acculturation Of Korean Americans and Services. MAI 32/02, P.500, Apr 1994.
- Cumming, John and Cumming, Elaine. "On The Stigma of Mental Illness" in The Perspectives in Abnormal Behavior. Ed. Morris, Richards. Pergamon Press, N.Y. 1974.
- Farina, Amerigo and Hagelauer, Henry. "Sex and mental illness, The generosity of Females" Journal of Consulting And Clinical Psychology, Vol. 46. No. 5, (1978).
- Farina, Amerigo., Thaw, Jack., Lovern, John and Mangone Dominick. "People Reactions To a Former Mental Patient Moving To Their Neighborhood" Journal of Community Psychology. Vol. 2, (1974): PP 108:112.
- Graham, John. "Effect of Introductory And Abnormal Psychology Courses on Student's Attitudes Toward Mental illness". Psychological Reports, Vol. 22, (1966). P. 448.
- Jones, Maxwell. Social Psychiatry in Practice Penguin Books, 1968.
- Kish, G.B And Hood Rosa - Weller; "Voluntary Activity Promotes More Realistic Conceptions of The Mentally Ill By College Student" Journal of Community Psychology, Vol. 2, (1974) : PP 30 - 32.
- Carrol, Herbert. Mental Hygiene, The dynamics of Adjustment. 5th Ed. Prentice - Hall Englewood Cliffs, New Jersey: 1969.
- Clark, A.W and Binks, Noel M. "Relation of Age and Education to Attitudes Towards Mental Illness" Psychological Reports, 22, (1968): 448.
- Morrison, James; Coccozza, Joseph and Vanderwyst, Donna. "Changing Student's Constructs of Mental Patients by means of Educative Seminars". Journal of Clinical Psychology 2, (1978): 482 - 483.
- Morrison, James; Yablonovitz, Harold; Harris; Michael and Nevid, Jeffery. "The attitudes of Nursing students and Others About mental illness" Journal of Psychiatric nursing and Mental Health Services Vol. 14, (1976): PP 17 - 19.
- Nunnally, Jum, "An Over View of the Public Conception of Mental health" in the Sociology of Mental Disorders. ED Weinberg Kirson. Aldine Publishing Company. Chicago 1967.

Perry, Robert, "The effect of Long Term Experience on The Attitudes of Psychiatric Aides".
Journal of Community Psychology Vol. 2(1974): PP 166-173.

Robitscher, Jonas. The Powers of Psychiatry ; Houghton Mifflin Company. Boston 1980.

Rosenhan, D.L. "On Being Sane in Insane Places" Perspectives in Abnormal Behavior, Ed. Morris Richard. Pergamon Press N.Y. 1974.

Shurka, Esther, "Attitudes of israeli Arabs Toward the Mentally ill".
Psychological Abstract Vol. (1-2) 72 (1985) : P 165.

Sim. Myre; Guide to Psychiatry; 4th Edition Churchill Livingstone. N.Y.1981.

Zusman, Jack. "Sociology And Mental Illness" in Social Psychiatry. Ed. Ari Kiev. Routledge and Kegan Paul LTD. London 1970.

ملحق الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الملحق (1)

استبانة قياس الاتجاهات نحو المرض النفسي

١. الجنس : ذكر أنثى
٢. المستوى : أولى ثانية ثالثة رابعة
٣. الكلية : الآداب الاقتصاد والعلوم الإدارية الصيدلة التربية
٤. التخصص : لطلبة كلية التربية فقط : علم النفس أو صحة نفسية وإرشاد أساليب تدريس
٥. المعدل التراكمي ()
٦. مكان الإقامة الدائم : مدينة مخيم قرية

أخي الطالب، أختي الطالبة :

العبارات التالية هي آراء حول المرض النفسي والمرضى النفسيين، ويقصد بالمرضى النفسي، أي مرض قد يدفع الفرد إلى مراجعة طبيب نفسي متخصص، ويقدم بالمرضى النفسي كل من يراجع عيادات نفسية لمعاناته من اضطرابات نفسية حادة تؤثر في حياته اليومية وقدراته على الإنتاج والعمل .
هناك اختلافات كبيرة في الرأي حول هذا الموضوع، أو بمعنى آخر فإن البعض من الناس يتفقون مع هذه العبارات، في حين لا يتفق معها البعض الآخر، ونحن نرغب في معرفة ما تفكر به أنت حول هذه العبارات .

- كل عبارة تتبعها ست (٦) اختيارات .

أوافق جداً	أوافق	لست متأكداً ولكنني أميل إلى الموافقة	لست متأكداً ولكنني أميل إلى المعارضة	أعارض	أعارض بشدة
------------	-------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------	------------

الرجاء وضع العلامة (x) في العمود الذي يعبر عن موقفك من تلك العبارات، لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة نحن مهتمون فقط برأيك ... لا تكتب اسمك .

شكراً على حسن تعاونكم

ملاحظة : أرجو التأكد من أنك أجبت على جميع الفقرات .

الباحث إياد عثمان

ماجستير إدارة تربوية

قسم الدراسات العليا

كلية التربية وعلم النفس / جامعة النجاح الوطنية

رقم سبارة	فقرات الاستبيان	أوافق جداً	أوافق	لمت متاكداً ولكني أميل إلى الموافقة	لمت متاكداً ولكني أميل إلى المعارضة	أعارض بشدة	أعارض
١.	أعتقد أنه لو ربي أبناء مرضى نفسيين من قبل آباء أسوياء فإنه من المحتمل أن لا يصبحوا مرضى نفسيين .						
٢.	أشعر أن كل من أصيب بمرض نفسي لا يمكن أن يعود إلى وضعه الطبيعي أبداً .						
٣.	يستحسن أن تشدد الحراسة على مستشفيات الأمراض العقلية .						
٤.	أشعر أن المرض النفسي يختلف عن كل الأمراض الأخرى .						
٥.	أرفض أن تربطني بالمرضى النفسي صلات صداقة .						
٦.	أعتقد أن معظم المرضى النفسيين يأتون من البيوت التي لا يهتم فيها الآباء بأبنائهم .						
٧.	أعتقد أن علاج المرض النفسي لا يتعدى استخدام العقاقير من أجل تخدير وتهذبة المرضى .						
٨.	أعتقد أن المريض لا يشكل أي خطر على السلامة العامة .						
٩.	أعتقد أن المرضى النفسيين عاجزون عن الاضطلاع بمسؤولياتهم في المجتمع .						
١٠.	لا أمانع أن تتزوج أختي شخصاً طيبياً نفسياً .						
١١.	أعتقد أنه لو يحب الآباء أبنائهم أكثر لقل المرض النفسي .						
١٢.	ينبغي أن تصرف أموال معالجة المرضى النفسيين في معالجة أمراض أخرى قابلة للشفاء .						
١٣.	يؤسفني فصل الفرد من عمله بسبب إصابته بمرض نفسي .						
١٤.	يؤسفني أن يسخر الناس من تصرفات المرضى النفسيين .						
١٥.	أرفض تبادل الزيارات العائلية مع مريض نفسي حتى ولو ظهرت عليه بسواد الشفاء التام .						
١٦.	أعتقد أن اللشل في العلاقات العاطفية ينتهي عادة بمرض نفسي .						
١٧.	أعتقد أن التحدث مع المريض كما هو الحال في العلاج النفسي لا يفيد المريض شيئاً .						

أعراض بشدة	أعراض	لمت متأكدأ ولكني أميل إلى المعارضة	لمت متأكدأ ولكني أميل إلى الموافقة	أوافق	أوافق جدا	فقرات الاستبيان	رقم
						لا أمانع في أن يتولى مريض نفسي منصب مؤسسية إذا تبين أنه قد شفي تماماً .	١
						إنه جدير بوزارة الصحة إن تخصص مبالغأ أكثر لمعالجة المرضى النفسيين .	
						العمل في مستشفى الأمراض العقلية عمل ممتع .	
						أعتقد أن المريض النفسي لكثير من الناس ناتج عن انفصال أو طلاق الوالدين أثناء الطفولة .	
						لا أوافق على عزل الفرد بالمستشفى بمجرد ظهور بوادر إصابته بمرض نفسي .	
						أعتقد أنه يجب منع الزواج على كل المرضى النفسيين حتى ولو تحسنت حالتهم .	
						المرض النفسي يحط من مكانة الفرد الاجتماعية .	
						أجنب التفاعل مع أي مريض نفسي لأن ذلك يؤدي إلى سمعي .	
						أعتقد أن كثيراً من الأمراض النفسية تنجم عن المشكلات الزوجية .	
						أفضل عدم إعطاء شهادات مياقة لكل من تبين أنه يراجع طبيباً نفسياً .	
						أرى أن الأخطاء التي يرتكبها المرضى النفسيون قد يرتكبها الأسوياء أيضاً .	٢
						لا يضايقتني أبداً الممكن بعمارة يمكنها مريض نفسية .	
						أؤمن بأن المرض النفسي يسببه الناس لبعضهم البعض .	٣
						لا يمكن لمستشفيات الأمراض العقلية أن تكون أكثر من كونها مجون لحجز المرضى النفسيين	٤
						أعتقد أنه من الخطر السماح لنزلاء مستشفيات الأمراض العقلية بزيارة أهلهم .	٥
						أشعر أن المرضى النفسيين يحتاجون إلى الحب والعناية أكثر من الآخرين .	٦
						لا أسمح لأبنائي بأن يلعبوا مع مرضى نفسيين	٣١
						أعتقد أن كثيراً ممن يعانون من أمراض نفسية يمكن أن يتحسنوا .	٣٥

أعراض بشدة	أعراض	لمست متأكدًا ولكنني أميل إلى المعارضة	لمست متأكدًا ولكنني أميل إلى الموافقة	أوافق	أوافق جدا	فقرات الاستبيان	رقم بارة
						أعتقد أنه يحق لكل المواطنين التصويت في الانتخابات حتى ولو كانوا مرضى نفسيين .	٣
						أرى أن المرضى النفسيين عالة على المجتمع .	٣
						أشعر أن كثيراً من المرضى النفسيين اجتماعيون .	٣
						أعتقد أنه في ميسور الأطباء النفسيين أن يقدموا الشيء الكثير للشخص الذي يصاب بمرض نفسي .	٣
						أعتقد أنه يجب أن يجيز القانون الطلاق إذا تبين أن أحد الزوجين يعاني من مرض نفسي .	٤
						سأدافع عن المريض النفسي لو رأيت أن الناس يميلون له .	٤
						أعتقد أن أحسن طريقة للتعامل مع المرضى النفسيين هي الابتعاد عنهم .	٤
						إذا ارتكب المريض النفسي خطأ معيناً فإنه من المناسب معاقبته بقسوة حتى لا يكرره ثانية .	٤
						لا يضايقني أن يكون صديقي في العمل مريضاً نفسياً .	٤

الملخص باللغة الانجليزية

Abstract

This study sought to achieve the following two objectives .First ,it aimed at identifying Najah University students' attitudes toward mental illness. Second ,it aimed at identifying the impact of sex, GPA, academic level, college and place of residence variables among student toward mental illness.

This study was important because it gave a clear picture about Najah N. University students' attitudes towards mental illness, given their education and role in the society . Therefor , the university administration has to plan in the light of the study findings .Moreover ,mental illness - related courses have to reconsidered in terms of content in the light of the results of this study.The study findings are expected to provide us with information about the impact of sex,GPA, academic level, college and place of residence of students on their attitudes towards mental illness. Within its theoretical framework and its findings ,this study is expected to contribute to the benefit of researchers and specialists in conducting new useful research in this field .

Modern age is considered one of the main factors behind the emergence of mental illness. This was due to the dramatic progress in all life spheres and the individuals' inability to follow such dramatic change. The researcher, moreover, found that some people have a negative attitude toward the mental patient or those who visit a psychiatrist's clinic .

The researcher tackled this problem in order to check Najah N. University students' towards mental illness given the fact that this section of the society is the most educated and most influential in the society in the future. The study endeavored, specifically, to answer the following questions :

1. What are the attitudes of Najah N. University students towards mental illness?
2. Are there statistically significant differences among Najah University students' attitudes towards mental illness which may be attributed to sex variable ?
3. Are there statistically significant differences among attitudes of Najah N. University students toward mental illness which may be attributed to their GPA variable?
4. Are there statistically significant differences among attitudes of Najah N. University students towards mental illness which may be attributed to their academic level variable ?

5. Are there statistically significant differences among attitudes of Najah N. University students towards mental illness which may be attributed to college variable ?
- . Are there statistically significant differences among attitudes of Najah N. University students toward mental illness which may be attributed to their permanent place of residence ?

This study sought to test the following hypotheses :

- 1 There are no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ in university students' toward mental illness which may be attributed to sex variable .
2. There are no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ in university students' attitudes toward mental illness which may be attributed to their GPA.
3. There are no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ in university students' attitudes toward mental illness which may be attributed to their academic level variable .
4. There are no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ in university students' attitudes toward mental illness which may be attributed to college variable .
5. There are no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ in university students' attitudes toward mental illness which may be attributed to their permanent place of residence .

This study was conducted on a sample of 500 men and women students selected randomly and systematically. The sample represented some 10% of the study target population attending colleges of Education, Economics, Pharmacy, and Arts.

The study was conducted in the second semester, between March 5-27,1998. The study findings have the scholarly qualities because it used the Measurement of Attitudes Toward Mental Illness.

To identify the attitudes of the subjects of this study towards mental illness, the researcher used Measurement of Attitudes Towards Mental Illness designed by Suleiman Boumedyen (1989) in his master thesis done to identify University of Jordan students' attitudes towards mental illness.

The questionnaire consisted of 44 items distributed among five domains:

1. Psychotherapy.
2. Social restriction.
3. Human Perception.
4. Interpersonal relation.

To check the questionnaire reliability, the researcher showed it to ten referees holding Ph.Ds and teaching at An-Najah N. University. The referees' opinions were in favor of using the instrument to measure the study subjects. They unanimously agreed that the questionnaire was valid.

To determine coefficient validity of the instrument, the researcher extracted it from each of the five domains by administering and readministering the questionnaire on pilot sample of 30 men and women students in the Faculty of Educational Sciences. However, this sample was not included in the study sample. Using Pearson's equation, the coefficient validity was as follows.

Psychotherapy	0.72
Human Perception	0.86
Interpersonal relations	0.85
Social restriction	0.81
Social interaction	<u>0.74</u>

Each subject in the study, when administering the questionnaire, received six sub degrees. Each subject's score was calculated for each domains by combining the subject's scores on the items of the domains in question.

High scores indicated that the domains was positive while low scores indicated negative attitude.

Findings of the study showed that the attitudes of Najah N. University students' towards mental illness was positive. It was also found that there were statistically significant differences in attitudes towards males and females on the social restriction, human perception and social restriction domains. These differences were in favor of females. However, there were no statistically significant differences on therapy, and interpersonal relations which may be attributed to sex variable. Further, results of the study showed that there were no statistically significant differences in

university students' attitudes towards mental illness which may be attributed to their GPA.

The results also revealed that the higher the academic level, the more positive the attitude was toward mental illness. That is, there is a positive relationship between the academic level and the attitudes of mental illness.

The results also showed that there were statistically significant differences in students' attitudes towards mental illness in all domains which may be attributed to college variable. This was clearly shown in favor of college of Educational Sciences.

Finally, the results revealed no statistically significant difference in students' attitudes towards mental illness which may be attributed to their permanent place of residence : city, village and refuge camp.

In the light of the study objectives and results, the researcher recommends the following.

1. Najah N. University administration should show more interest in developing students' positive attitudes towards mental illness on the dimensions of therapy, social restricting. Social interaction because the attitudes were negative on these dimensions.
2. There is a necessity to introduce educational and psychological programs, relevant to mental illness and mental health, for students in different specializations in the university.
 - . Holding Seminars and Lectures on the University campus about mental illness. This will have a positive role in making or providing information about mental illness. This will result in creating positive attitudes towards the illness.
4. Creating awareness among individuals about mental illness in schools because they are considered the basic base through which the majority of the people pass. There is a possibility of creating more positive attitudes in schools compared with universities. These attitudes in schools may gradually in coming stages.
5. Conducting other studies to compare attitudes towards mental illness among Palestinian University Students.

٤٩٥٥٣٢