NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 263

العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركها عينة من المرضى النفسيين: دراسة استطلاعية

د. فهـد بن عبدالله بن علي الدليم
قسم علم النفس
كلية التربية
جامعة الملك سعود

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 265

المجلد 5 العدد 3 سبتمبر 2004

العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركها عينة من المرضى النفسيين: دراسة استطلاعية

د. فهد بن عبدالله بن علي الدليم
قسم علم النفس
كلية التربية – جامعة الملك سعود

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العوامل التي تؤدي إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي من وجهة نظر عينة من مائة وثلاثة وأربعين مريضاً نفسياً تم تطبيق استبانه مكونة من ثلاث وعشرين عبارة عليهم في سبعة مستشفيات نفسية حكومية في ست مدن سعودية. وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن النتائج الإيجابية للعلاجات الكيماوية، إضافة إلى تعدد الزيارات وكثرة الجلسات النفسية، علاوة على تأخر النتائج الإيجابية للعلاج النفسي تمثل أهم العوامل المؤدية إلى العزوف عن طلب خدمة العلاج النفسي .

تاريخ تسلم البحث: ٢٠٠٣/١٠/٢٦ تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٤/٢/٢٥

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 266

Factors Contributing to the Refusal of Psychotherapy as Perceived by a Sample of Patients

Fahad Abdullah Addelaim
Department of Psychology-College of Education
King Saud University

Abstract

The present study aims at revealing the factors contributing to the refusal of psychotherapy as perceived by a sample of 143 patients in seven mental health hospitals in Saudi cities. A 23 item questionnaire was designed and various statistical analysis techniques were implemented to test the hypotheses of the study. The findings showed that the psychopharmacological treatment, the frequent visits to hospitals and length of psychological sessions contributed the most to the underutilization of psychotherapy. Several suggestions were drawn from the results, which the researcher hopes to be considered by the psychologists, psychiatrists and top officials as part of their real effort to encourage patients to use psychotherapy.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 267

المجلد 5 العدد 3 سبتمبر 2004

العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركها عينة من المرضى النفسيين: دراسة استطلاعية

د. فهد بن عبدالله بن علي الدليم
قسم علم النفس
كلية التربية – جامعة الملك سعود

المقدمة :

لا شك أن معاناة الإنسان من الاضطرابات النفسية لم تكن وليدة العصر الحديث، بل إنها قديمة قدم الحياة الإنسانية، ومن هنا فقد حاول الناس منذ آلاف السنين التعامل مع هذه المشكلات النفسية كما تشير إلى ذلك كتابات الكثير من الثقافات الإغريقية، والرومانية، والمصرية، والهندية، والصينية، وغيرها من الحضارات القديمة. لكن البدايات الحقيقية للعلاج النفسي في رأي الكثيرين لم تأت إلا مع محاولات فرويد في أوروبا في نهاية القرن التاسع عشر، وبظهور أول عيادة نفسية أسسها ويتمر في ولاية بنسلفانيا الأمريكية (الزراد،١٩٨٤؛ مليكة ١٩٩٧) .

إن العلاج النفسي بمفهومه الواسع هو طريقة لعلاج الاضطرابات السلوكية، والنفسية، والعقلية، والجسدية النفسية، تستخدم فيها أساليب متعددة، مثل العلاج النفسي، والعلاج الدوائي الكيماوي، والعقاقير، والعلاج الكهربائي، والعلاج الجراحي، والعلاج التأهيلي النفسي (مليكه، ١٩٩٧؛ نصار، ١٩٩٨؛ زهران،٢٠٠١). لقد اهتم المتخصصون من علماء النفس والصحة النفسية بمفهوم العلاج النفسي (Psychotherapy) فطوروا العديد من التعريفات التي من أبرزها تعريف ديفسون ونيل (Davison & Neale,1994). الذي يعُدُّ العلاج النفسي «عملية تفاعل اجتماعي، يحاول فيها شخص مهني مدرب مساعدة المريض على التفكير، والشعور والسلوك بطريقة سوية تحقق الـرضا الحياتي» .(P.9) أما كورزيني و ويدنق (Corsini & Wedding,1989) فيعتقدان أن كل العلاجات النفسية عبارة عن «طرق من التعلم تهدف إلى جعل الأفراد يفكرون، ويشعرون، ويسلكون، بطرق أفضل، فالعلاج

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 268

النفسي في نظرهما عملية تعلم شيء جديد، أو إعادة تعلم شيء قديم، أو تعلم شيء نسيه الفرد، أو تعلم كيف تتعلم، أو تعلم شيء سبق لنا أن تعلمناه» (P.5).

أما ولبرج (Wolberg,1988) وسترب (Strupp,1989) فلا تختلف رؤيتهما للعلاج النفسي كثيراً عن سابقيهما، إلا أنهما يتناولان الموضوع بصورة أكثر تحديداً، فهو بالنسبة لهما عملية تهدف إلى مساعدة الأفراد لتعديل المشاعر والمعارف والاستجابات التي تجلب لهم التعاسة، وحل مشكلاتهم ذات الطابع الانفعالي من خلال إقامة علاقة مهنية. أيضاً فإن هناك من يرى أن يتم تعريف العلاج من خلال أهدافه التي تتمثل بتقوية دافعية المريض للبحث عن العلاج، وفتح المجال لطاقات النمو الشخصي، وتفريغ الانفعالات مع تغيير للبناءات المعرفية، وتعديل في العادات غير المرغوب فيها من خلال تطوير المهارات والعلاقات الاجتماعية وزيادة استبصار العميل بقدراته الذاتية (سترب ١٩٨٩؛ مليكه، ١٩٩٧؛ إبراهيم وعسكر، ١٩٩٩؛ حجازي ٢٠٠٠).

إن العلاج النفسي كما يظهر من التعريفات السابقة لا يقتصر على طريقة واحدة أو منهج فكري معين، أو مدرسة نظرية محددة، بل إن هناك وجهات نظر عديدة وتيارات فلسفية كثيرة، فلقد أكد بعضهم أن هناك أكثر من أربعمائة نظرية وأكثر من مائتين وخمسين طريقة علاجية تستخدم في الممارسات العلاجية النفسية المتنوعة في وقتنا الراهن(Herink,1980;Corsini & Wedding,1989) ، إلا أنه على الرغم من كثرة هذه المناهج والطرق، نجد أن هناك اتفاقاً شبه عام بين الرواد من المتخصصين والعلماء النفسيين على حصرها في أربع مدارس، أو اتجاهات رئيسة، هي: الاتجاه التحليلي، والاتجاه السلوكي، والاتجاه الإنساني، والاتجاه المعرفي (مليكه، ١٩٩٧؛ إبراهيم وعسكر ١٩٩٩؛ زهران، ٢٠٠١).

يذهب عدد كبير من المتخصصين والمعالجين النفسيين إلى التأكيد على أن نجاح أي طريقة، أو أسلوب علاجي يعتمد على أربعة عوامل أساسية، هي: شخصية المريض، وتعامل المعالج، وأسلوب العلاج، وطبيعة الاضطراب (الزيادي،١٩٦٩؛ كمال، ١٩٩٤؛ مليكه، ١٩٩٧؛ إبراهيم وعسكر ١٩٩٩؛ زهران، ٢٠٠١).

فبالنسبة لشخصية المريض ،يرى كمال (١٩٩٤) ومثله الجلبي واليحيا (١٩٩٦) أهمية وجود خصال معينة للمرضى المناسبين للعلاج النفسي، منها: القدرة على الاندماج

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 269

في عملية اكتشاف الذات، والقدرة على التأمل والتبصر، والقابلية للتعبير، وتوافر الدافعية للتغير والتعاون مع درجة عالية من الانفتاح، والمقدرة على تفسير الخبرات الحياتية، إضافة إلى مستوى عالٍ من التعليم، والثقافة، والتفكير المجرد .

إذن فالعلاج النفسي قد لا يجدي مع كل فرد، بل لا بد من توافر مواصفات وخصال معينة للمستفيدين من هذا العلاج، حتى يكون فعالاً بالصورة المناسبة. ولقد ذكر النابلسي (٢٠٠٢) مجموعة من الخصال تميز المريض النفسي في المجتمع العربي، منها: محاولة الأهل إخفاء المرض، أو بعض أعراضه مع إحاطة التشخيص بالشكوك، وإظهار العدوانية عند التعامل مع المعالجين .

أما فيما يتعلق بتعامل المعالجين ومقوماتهم الشخصية فيرى الجلبي واليحيا (١٩٩٦) أن قدرات المعالج الشخصية، وخبراته، واهتماماته الحقيقية بالمريض، وسمو أخلاقه، وإخلاصه، ومعرفته بطبيعة الناس وثقافة مجتمعهم، من أهم العوامل المؤثرة في سير العملية العلاجية النفسية. لقد اشترط راسكين وروجرز (Raskin & Rogers,1989) في المعالج اتصافه بالتعاطف، والصدق، والقبول الإيجابي غير المشروط، مع قدرة على الاهتمام الحقيقي والداخلي بالمرضى؛ لأن ذلك من وجهة نظرهما أمر لابد منه؛ لنجاح المعالج في تعاملة الإكلينيكي مع العملاء خاصة، وقد أظهرت نتائج بحوثهما أن التقبل الودي يسهل كثيراً من مهمة تغير الشخصية .

أما على صعيد الطريقة العلاجية المستخدمة مع المرضى، ودور ذلك في نجاح عملية العلاج فيرى كمال (١٩٩٤) أن الأسلوب العلاجي يعتمد على عوامل عديدة، منها طرق التعبير المستخدمة، ونمط الاتصال، وقناعة المريض، والتوقعات الإيجابية بشأن الطريقة، إضافة إلى سمعة الأسلوب، وانتشاره في ثقافة المجتمع .

أما زهران (٢٠٠١) فينظر إلى أسلوب العلاج في صورة مقارنات مع الأساليب الأخرى، حيث يشير إلى أن المرضى النفسيين عند مراجعتهم يسألون من الوهلة الأولى عن العلاج العقاقيري، أو الدوائي، وعند إفادتهم أنه سيستخدم معهم علاجاً نفسياً مناسباً لحل مشكلاتهم يشعرون بخيبة الأمل، وتزداد حالهم سوءاً عندما يقال لهم: إن العلاج النفسي يتطلب تحمل مسؤلية شخصية أكبر من قبلهم (زهران ص ٢٠٤) . لقد وجد جمل الليل (٢٠٠١) في دراسته التي أجراها على ثلاثة وستين طبيباً نفسياً، أن الأسلوب السلوكي

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 270

المعرفي هو الأكثر استخداماً في العلاج النفسي من قبل الأطباء النفسيين العرب يعود إلى خلوه من التجريد والغموض الذي تتميز به بعض أنواع العلاجات النفسية الاستكشافية، علاوة على ما يوفره هذا الأسلوب من سلطة للمعالج تمكن من إعطاء تعليمات، وفرض واجبات ومهام على المرضى؛ لإحداث التغييرات المعرفية والسلوكية المناسبة .

أما فيما يتعلق بطبيعة الاضطراب فإن هناك شبه إجماع بين المعالجين على أن الحالات الذهانية والعصابية الحادة ذات الأساس البيولوجي كالفصام، والهوس، وبعض حالات الوساوس يتم علاجها بالعلاج الدوائي أولاً، ثم يتم التدخل العلاجي النفسي؛ في حين أن الاضطرابات التي تتمتع حالاتها بالاستبصار كما هو الوضع مع غالبية الاضطرابات العصابية، والتي يكون لظهور أعراضها علاقة بظروف الحياة اليومية، فيفضل استخدام العلاجات النفسية معها .

إن التفاعل بين العناصر الأربعة المتمثلة بـ: شخصية المريض، ومعاملة المعالج، ونوعية الأسلوب العلاجي، وطبيعة الاضطراب؛ لشرط أساس لنجاح العلاج، والذي قد يؤدي الفشل فيه إلى ظهور مضاعفات حددها زهران (٢٠٠١) في زيادة القلق لدى المريض، والانصراف عن العلاج النفسي، أو اللجوء إلى اتخاذ أسلوب دفاعي خلال الجلسات، أو البحث عن العلاج الطبي كخيار بديل، أو الذهاب إلى المعالجين الشعبيين. في هذا الإطار ترى نصار (١٩٩٨) أن عدم الإقبال على العلاج النفسي يرتبط بعدة عوامل تخص المرضى أنفسهم، منها: الخوف من وصمة عار الإصابة بالمرض النفسي، والجهل بمقومات هذا العلاج ومضامينه، إضافة إلى المخاوف التي تصاحب الأفراد من مراجعة العيادات، خاصة مرضى الرهاب، علاوة على عدم الثقة بقدرة المختصصين النفسين على حل مشكلاتهم (ص٢٢) .

إن عدم الإقبال على العلاج النفسي، أو الانقطاع المبكر عن حضور جلسات العلاج يعد ظاهرة من الظواهر التي تتسم بها خدمات الصحة النفسية، ولاتزال مسألة تحديد العوامل المرتبطة بهذا العزوف عن العلاج النفسي غير واضحة، فهناك من يربطها بظروف المرضى، وهناك من يرى دوراً كبيراً للمعالجين، فيما يرى آخرون أن الأسلوب العلاجي هو العامل الأهم، إلا أن هناك من يرى أن هذه العوامل مجتمعة هي المسئولة عن بروز هذه الإشكالية، إضافة إلى بعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والحالة التعليمة والتشخيصية، والمدة المرضية. إذن مما سبق يتضح أن هناك حاجة ملحة

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 271

لإجراء دراسات على المستوى المحلي؛ بغرض التعرف على تلك العوامل وتحديد أبعادها، وما الدراسة الحالية إلا خطوة في هذا الاتجاه .

مشكلة الدراسة :

لقد حققت خدمات الصحة النفسية تقدماً ملحوظاً خلال العقدين الأخيرين، فازدادت أعداد العيادات النفسية في المستشفيات الحكومية حتى تجاوزت الخمسين عيادة، كما أن عدد أقسام التنويم، سواء في المستشفيات العامة، أو النفسية قد تعدت العشرين، وبسعة سريرية كبيرة تجاوزت ١٧٠٠ سرير .أيضاً لابد من الإشارة إلى أن هذا النمو في المصادر الطبيعية قد واكبه نمو في الكوادر البشرية، فازدادت أعداد المعالجين النفسيين من أطباء ومتخصصين في مؤسسات الصحة النفسية الحكومية، حتى تجاوزت أعدادهم مائتين وستين معالجاً نفسياً (الدليم، ٢٠٠١) . إلا أنه على الرغم من توافر كل هذه الإمكانات، نجد أن إحصائيات وزارة الصحة لمراجعي العيادات الخارجية تظهر أن الإقبال على الخدمات الصحية النفسية عامة، والعلاجات النفسية خاصة لاتزال محدودة (وزارة الصحة، ١٤٢١هـ).

لقد أظهرت دراسة استطلاعية قامت بها الكعبي (١٩٩٤) على مجموعة من العيادات النفسية بالمنطقة الشرقية، عدم انتظام معظم المرضى في الحضور للعيادات لمتابعة علاجهم . كذلك فإن فرح وكبره (١٩٩٣) قد وجدا في دراستهما على مائتين وستين مريضة نفسية مراجعة للعيادات الخارجية بالطائف أن عدم إقبال بعضهن على العلاجات المقررة لهن (٣٢٪منها نفسي) يعود في جزء منه لأسباب اجتماعية، وأخرى شخصية تتعلق باعتقاداتهن بالشفاء من المرض . أما الربيعة (١٩٩٩) فقد كشفت نتائج دراسته التي أجريت على واحد وستين أخصائياً نفسياً؛ بغرض معرفة الصعوبات التي تواجههم، أن ٧٢٪ منهم يعتقدون أن المرضى لايدركون دور المتخصص النفسي الإكلينكي، كما أن ٤٣٪ منهم يرون أن المرضى النفسيين لا يتقبلون العلاجات النفسية غير الدوائية. في هذا السياق، يؤكد الوهاس (١٩٩١) أن الناس لا تستخدم العلاج النفسي لعدة أسباب يسأل عنها المتخصصون في الصحة النفسية، كما هو الحال مع نقص إدراكات الناس لجدوى العلاج العقاقيري، علاوة على تدني مستوى الوعي العام لدى الناس في السعودية بطبيعة الخدمات النفسية . ويتفق كفافي (١٩٩٨) وكذلك النابلسي (٢٠٠٢) مع ماذهب إليه

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 272

الوهاس، حيث يضيفان أن المفاهيم الخاطئة عن العلاجات النفسية بمختلف أنواعها، كالاعتقاد أنها تسبب الإدمان، أو أنه يمكن الشفاء منها بدون علاج، إضافة إلى ما يواجه المرضى من معاناة نفسية مع الأهل، وبقية المؤسسات الاجتماعية، خاصة الإعلامية منها، كلها عوامل تحد من عملية الإقبال على الخدمات النفسية، واستثمارها بالصورة المناسبة.

إن استقراء سريعاً لنتائج هذه الدراسات المحلية يظهر أن هناك عدم إقبال على الخدمات العلاجية عامة، وخدمة العلاج النفسي خاصة؛ لذا تسعى الدراسة الحالية إلى البحث عن العوامل التي تجعل المرضى النفسيين يعزفون عن مراجعة العيادات النفسية، وهل لذلك علاقة ببعض المتغيرات الديموغرافية .

إذن فالدراسة الحالية تحاول الإجابة عن التساؤلات التالية :

١. ما العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، كما تدركها عينة من المرضى النفسيين ؟

٢. هل تختلف إدراكات عينة المرضى للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي باختلاف متغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض ؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى النفسيين، والمريضات النفسيات في إدراك عوامل الأبعاد الأربعة المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، وفقاً لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض ؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الجوانب التالية :

١. ألقت التحولات الاجتماعية، والثقافية السريعة، والتي يمر بها المجتمع السعودي بتداعياتها السلبية، فلامست جوانب الصحة النفسية لدى الكثير من الناس؛ لذا زادت أعداد الحالات المرضية التي تحتاج إلى خدمات نفسية نوعية لا تقتصر على العلاجات الكيماوية، بل تشمل مختلف العلاجات النفسية، خاصة وأن هناك إمكانية لتوفيرها متى ازداد الطلب عليها، وهو الأمر الذي لن يتحقق إلا بالكشف عن العوامل المرتبطة بعدم

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 273

الإقبال على هذه العلاجات النفسية المتخصصة .

٢. لقد كشفت أدبيات التراث النفسي عن وجود علاقة لإدراكات المرضى، وتعاملات المعالجين، وأسلوب العلاج، ونوعية الاضطراب بعدم إقبال بعض المرضى النفسيين على العلاج النفسي، أو الاستمرار في فعالياته، من هنا ستحاول الدراسة الحالية من خلال نتائجها التحقق من مدى انطباق ذلك على المجتمع السعودي، حتى يتم التعامل مع هذه العوامل وفق أسس موضوعية وعلمية .

٣. تستقي هذه الدراسة أهميتها من كونها تبحث عن دور بعض المتغيرات الديموغرافية، كالحالة الاجتماعية، والتعليمية، وغيرها في عدم إقبال المرضى على العلاج النفسي، خاصة وأن البحث فيها قد يكشف عن علاقة للفروق الحضارية، والأبعاد الثقافية في ظاهرة عزوف الحالات المرضية، وعن استثمار هذا النوع من الخدمات المتخصصة.

٤. هذه الدراسة وفي ضوء نتائجها ومقترحاتها قد تنبه المسئولين في وزارة الصحة، والمستشفيات الجامعية، والعسكرية، والأهلية، وغيرها إلى أهمية اتخاذ إجراءات وتدابير عملية من شأنها أن تعزز أليات توفير وتفعيل مختلف الخدمات النفسية، وتسهيلها بصورة تفي باحتياجات المستفيدين، وتحقق أهداف المؤسسة العلاجية.

٥. أخيرا لابد من القول: إن هذه الدراسة تكتسب أهميتها من الندرة الملحوظة في الدراسات النظرية والميدانية في هذا المجال، والتي يأمل الباحث أن تكون بداية تدفع المتخصصين والباحثين إلى إثراء هذا الميدان بالمزيد من الأبحاث والدراسات الموسعة، والتي تحتاج إليها مثل هذه الموضوعات الصحية النفسية.

مصطلحات الدراسة :

١. **العلاج النفسي** : لقد ورد في مقدمة الدراسة الحالية عدد من التعريفات النظرية لمفهوم العلاج النفسي، والتي تمحورت حول تعريفه بأنه عملية تفاعل تجسدها علاقة شخصية مهنية متبادلة بين معالج محترف، ومريض يعاني من اضطرابات نفسية؛ وذلك بغرض تخفيف المعاناة النفسية، وتغيير السلوك غير المتوافق، وتشجيع نمو الشخصية عن طريق تدخلات لفظية وغير لفظية (الزيادي، ١٩٦٩؛ Vinogradov & Yalom 1989) أما التعريف الإجرائي للعلاج النفسي في هذه الدراسة فيعني: تلك الأساليب والإجراءات التي

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 274

يقوم بها المختصصون النفسيون، والأطباء النفسيون مستخدمين عدداً من الفنيات والطرق التحليلية، والسلوكية، والإنسانية، والمعرفية؛ بغرض علاج مختلف الاضطرابات الانفعالية، والسلوكية، والعصابية، والذهانية من خلال جلسات واجتماعات متعددة تتم بين المعالج والمريض دونما استخدام للأدوية، أو الوصفات الطبية، أو غيرها من العلاجات الكيماوية، أو الكهربائية، أو الفيزيائية .

٢. **المرضى النفسيون** : ويقصد بهم في هذه الدراسة أولئك المرضى الذين يعانون من مشكلات واضطرابات نفسية، لكنهم على درجة كبيرة من الاستبصار، ولا توجد لديهم أعراض ذهانية. كما أنهم يعرفون ماهية العلاج النفسي، ولكنهم لايقبلون عليه، وهم أيضاً ممن سبق لهم استخدام هذا النوع من العلاجات لمدة قصيرة، ثم انقطعوا عن المتابعة والمراجعة؛ لاستكمال علاجهم .بالإضافة إلى أنهم ممن لايزالون يستخدمون هذا النوع من العلاجات، ولكن لديهم ملاحظات عليه .

٣. **عدم الاقبال على العلاج النفسي** : ويقصد به عزوف المرضى النفسيين عن العلاج النفسي، أو البحث عنه، أو عدم مباشرته بعد إقراره من المعالج النفسي، أو عدم الانتظام فيه والانقطاع عنه بعد البدء في حضور بعض جلساته، أو فعالياته .

الدراسات السابقة :

بمراجعة التراث السيكولوجي تم رصد عدد كبير من الدراسات والأبحاث التي تناولت عدم إقبال المرضى على الخدمات النفسية بشكل عام، والعلاجات النفسية على وجه الخصوص، سواء في البيئات الأجنبية، أو على المستوى المحلي .

لقد قام أنقرماير وزملاؤه (Angermeyer, Held & Gortler,1993) بإجراء دراسة ميدانية بعنوان العلاج النفسي والعلاج الدوائي بين التأييد والمعارضة، حيث كانت عينة الدراسة مكونة من ١٨–٢١فرداً من عامة الناس في ألمانيا الاتحادية، وقد كشفت دراستهم أن أسلوب العلاج النفسي هو الأسلوب المفضل حتى بالنسبة لعلاج المرضى الفصاميين، وقد برر الناس تفضيلهم العلاجات النفسية بعدة مبررات، منها: إمكانية الحوار والمناقشة في الجلسات العلاجية، والكفاءة الشخصية للمعالجين النفسيين، بالإضافة إلى الخوف من التعود على العلاجات الدوائية لخطورة أثارها الجانبية؛ فهي مهدئات لا تعالج إلا الأعراض.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 275

أما شولتى (Schulte ,1993) فقد وجد في دراسة مماثلة لآراء مجموعة من عامة الناس أن ٩٣ منهم يرون أن المختصصين النفسيين مؤهلون لعلاج المشكلات النفسية، فيما يرى ٧٥ أن الأطباء النفسيين هم المؤهلون للقيام بهذه المهمة، في حين وجد إلبراين وبندكت وكذلك ستونز (المشار إليهم في Sydow & Reimer,1998) أن الطلبة الأمريكيين، والجنوب أفريقيين يفضلون أن تتم عملية علاجهم بواسطة المختصصين النفسيين مقارنة بالأطباء النفسيين أو المتخصصين الاجتماعيين .

أما على صعيد العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاجات النفسية، فقد كشفت دراسة إكسلرود وويتزلر (Axelrod & Wetzeler,1989) التي تمت على ١٣٤مريضٍ في المستشفى المحلي بمدينة نيويورك أن هناك أربعة عوامل رئيسة مسئولة عن عدم التجاوب والانتظام في العلاج من قبل هؤلاء المرضى، هى: (١) النظرة السلبية للمستشفى، (٢) الموقف السلبي من العلاج المستخدم، (٣) نكران الحاجة إلى العلاج النفسي، (٤)عدم إدراك قيمة العلاج النفسي وجدواه .

وفي دراسة قام بها سويت ونونز (Sweet & Noons,1989)على ١٤٢ مريضٍ نَفسيٍّ أظهرت النتائج وجود أربعة عوامل مؤثرة في عدم الإقبال على العلاجات النفسية، هى: بعد السكن عن المستشفى، وعدم وجود التأمين الصحي، وارتفاع رسوم العلاج، إضافة إلى بعض الظروف الاجتماعية . لقد كشفت محاولات تشن (Chen,1991) التي جاءت ضمن دراسة تحليلية تشمل مراجعة للتراث النفسي بشأن عدم التجاوب مع برامج العلاجات النفسية المقررة أن إنكار وجود المرض، وعدم إدراك طبيعة العلاج عاملان مهمان من ضمن مجموعة عوامل مسئولة عن عدم الالتزام بالخطط العلاجية. أما إدلوند وزملاؤه (Edlund et al.,2000) فقد وجدوا في دراسة مسحية وبائية في مقاطعة أونتاريو الكندية، وبعض الولايات الأمريكية؛ بغرض تحديد المؤشرات التنبؤية لعملية الاستجابة للعلاجات النفسية على عينتين تتكونان من ٤٣١ فرد، تتراوح أعمارهم ما بين ١٥–٤٥ سنة أجريت لهم مقابلات شخصية، أن الراشدين الصغار كانوا أكثر انقطاعا عن مواصلة العلاجات النفسية، مقارنة بالراشدين الكبار، كما وجدوا أن الأفراد الذين يتلقون علاجاً مزدوجا (علاجاً نفسياً ودوائياً) هم الأكثر انتظاماً، إضافة إلى أن الأفراد الذين لديهم اتجاهات سلبية عن فعالية العلاج، والخدمة النفسية، ويعانون من الحرج الاجتماعي والشخصي عند مقابلة متخصص الصحة النفسية، و لم يقبلوا على العلاجات المقررة لهم. كما أن كورسى وزملاءه

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 276

(Coursey, Farrell, & Zahniser, 1991) قد قاموا بدراسة مسحية مماثله بقصد معرفة موقف عينة مكونة من ٢٤٠ مريض نفسي، من العلاج النفسي، وقد أفادوا أن هذه الفعاليات كانت مفيدة لهم، ولكنهم أبدوا عدم ارتياح بشأن السلطة التي يمارسها المعالجون النفسيون، علاوة على عدم الإنصاف، وقلة الاحترام، والتمييزات التي يجدونها من الآخرين بسبب مرضهم النفسي.

كذلك فإن كورسي وزملاءه (Coursey, Keller, & Fattell, 1995) في دراسة مسحية أخرى شملت ٢١٢ مريض في اثنى عشر مركزاً علاجياً تأهيلياً في ولاية ماريلاند، قد وجدوا أن العلاقة العلاجية الحميمة هي الخاصية الأولى المرغوب فيها من المعالج، كما أنهم أكدوا أن السرية هي الجانب المهم الذي التزم به المعالج النفسي، كذلك فإن ٦٠٪ من هؤلاء المرضى أشاروا إلى أن المزاوجة (Combination) بين الأسلوب النفسي، والأسلوب الدوائي هي الطريقة الفُضْلَى للرفع من نسبة الانتظام، والاستمرار في مراجعة المراكز العلاجية.

وبناء على ما سبق فإن الدراسات السابقة تكشف عن دور واضح لاعتقادات الناس عامة، وإدراكات المرضى النفسيين خاصة فيما يتعلق ببعض العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، مثل: عدم إدراكهم لطبيعة العلاج، والنظرة السلبية المرتبطة ببعض جوانب الصحة النفسية، كنوعية الخدمات، وموقع العيادات النفسية، والرسوم، والعاملين في هذا المجال، وفي مقدمتهم المعالجين النفسيين .

إن التعامل الشخصي للمعالج مع عملائه له دور كبير في نجاح العملية العلاجية، فلقد وجد تشنق وزملاؤه (Chung, Pardeck, & Murpgy, 1995) في دراستهم لخمسة وأربعين شاباً أن استمراريتهم في العلاج النفسي ارتبطت بإدراكهم للمعالج كشخص مهني محترف، يهتم بهم، ويظهر عناية ملحوظة بحالاتهم، إضافة إلى وضوح خططه العلاجية، وشرحها بدقة، وتنظيم قبل البدء في فعاليات الجلسات، أيضاً وفي السياق نفسه فقد استنتج شنايدر (Schneider,1978) أن الناس ترغب في أن ترى المعالج النفسي متعاطفاً، وأكثر إنسانية وحيوية خلال تعامله مع عملائه، كذلك فقد كشفت نتائج دراسة قام بها موهل وزملاؤه (Mohl, Marinez, Ticknor, Hung, & Cardell, 1991) على ٩٦ مريضاً أنهم يعزون أسباب عدم انتظامهم في العلاج إلى عدم تفهم المعالجين لأوضاع المرضى، وظروفهم؛ ولشعورهم بأن المعالجين لا يقبلونهم ولا يقدرونهم؛ ولهذا فهذه العلاجات لن تكون فعالة، أو مجدية لهم .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 277

هذا فيما يتعلق بإدراكات المرضى، ونظرتهم لخدمات الصحة النفسية، ومن يشرف على تقديمها، خاصة المعالجين، إلا أن الدراسات لا تقصر عدم الإقبال على هذه العوامل، بل ترى أن العوامل الديموغرافية تلعب دوراً مهماً في هذا الخصوص، فلقد أظهرت نتائج دراسة وايز و رين (Wise & Rinn, 1983) أن هناك ارتباطاً بين أنماط الانقطاع عن العلاج، والمرضى من ذوي الفئات العمرية الصغيرة، كما أن دراسة إدلوند وزملائه (٢٠٠٢) قد خرجت بنتيجة مماثلة حيث اتضح أن المرضى الذين يقعون في فئة الراشدين الصغار هم الأكثر انقطاعاً عن مواصلة العلاجات، النفسية مقارنة بالراشدين الكبار. أما على المستوى المحلي فقد كشفت دراسة الدرادكة والزاير (Daradkeh & Zayer, 1993) والتي تمت على ٤٤٥ مراجع لعيادة الطب النفسي بمستشفى أرامكو بالظهران أنّ ٨٠٪ يعانون من حالات عصابية، كالاكتئاب التفاعلي ٤٣، والقلق ٧٧، وسوء التكيف والضغوط ٩٤. ... إلخ وبغرض التعرف على خصائص المرضى الذين لا يلتزمون في مراجعاتهم، وجد أن الذين لا ينتظمون هم من الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم سن الخامسة والثلاثين . أيضاً وفي الإطار نفسه، فلقد أظهرت نتائج دراسة فرح وكبره (١٩٩٢) والتي تمت على ٢٦٠ مريضة نفسية راجعن العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف أن المريضات الصغريات هن الأكثر انقطاعاً عن الحضور، واستكمال العلاجات النفسية المقررة لهن . أما على صعيد المستوى التعليمي، فقد كشفت دراسة لوكس (المشار إليه في Sydow & Reimer, 1998) أن الأفراد من ذوي المستويات التعليمية العالية يفضلون العلاج لدى المعالجين النفسيين، في حين أن الأفراد الذين كان حظهم من التعليم أقل يقبلون على الأطباء النفسيين . أما فرح وكبره (١٩٩٢) فقد وجدا أن المريضات الأميات هن أكثر انتظاماً في المراجعات العلاجية .

ومن جانب آخر، فقد أظهرت دراسة كوموتويس وريس (Comtois & Reis 1995) والتي تمت في العيادات الخارجية بالمركز الصحي في حي هاربوقيو بمدينة سياتل الأمريكية على ٢١٧ رجلٍ و١٢١ امرأة، أن إقبال النساء على الالتحاق بالجماعات العلاجية كان أقل من الرجالٍ، كما ظهر أن العانسات هن أقل إقبالاً على هذه الفعاليات. أيضاً وفي السياق نفسه الخاص بالحالة الاجتماعية، ولكن على المستوى المحلي، فقد أظهرت نتائج دراسة فرح وكبره (١٩٩٣) أن الأرامل، والمطلقات هن أكثر اقبالاً وانتظاماً على العلاج . كما أن دراسة الدرادكة والزاير (١٩٩٣) قد كشفت عن نتيجة

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 278

مماثلة تتمثل في أن المنقطعين عن المراجعات العلاجية كانوا من فئة المتزوجين والمتزوجات.

أما فيما يتعلق بطبيعة الاضطرابات فقد أظهرت دراسة فينك وهيكرمان (Fink & Heakerman,1981) عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية التشخيص والتجاوب مع البرنامج العلاجي. في حين أن دراسة سافرين وزملائه (Safren,Heimberg, & Juster, 1987) قد كشفت عن أن مرضى الرهاب الاجتماعي هم أقل تحمساً للانتظام في العلاج، كما أن المرضى المزمنين منهم يحملون توقعات متدنية عن فعالية العلاج النفسي وبالذات العلاج السلوكي المعرفي . أيضاً وفي السياق نفسه، فقد أظهرت دراسة الدرادكة والزاير (١٩٩٣) أن مرضى اضطرابات الهستيريا، والإدمان، وسوء التكيف، وردود أفعال الضغط هم الأقل انتظاما في العلاج النفسي. أما الكعبي (١٩٩٤) فقد وجدت في دراستها الاستطلاعية على بعض مراجعي العيادات النفسية في المنطقة الشرقية أن النساء اللاتي يعانين من القلق، والرجال الذين شُخصوا كاكتئابيين هم الأفراد الأكثر انتظاما في العلاج .

كما أن دراسة اكسلرود و ويتزلر (Axelrod & Wetzler, 1989) قد أظهرت أنه لا توجد علاقة بين العوامل الديموغرافية، والتشخيص، والمساندة الاجتماعية، وبين عدم التجاوب مع برنامج الرعاية النفسية اللاحقة. إذن يمكن القول: إنَّ الدراسات السابقة قد كشفت عن ارتباط عدم الإقبال على العلاج النفسي بعدة عوامل، منها ما يتعلق بالأسلوب العلاجي كما يدركه المرضى النفسيون، ومنها ماله صلة بشخصية المعالج، وطريقة تعامله مع الحالات المرضية التي يناظرها، إضافة إلى بعض الخصائص والمتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالمرضى . إلا أنه من الملاحظ أن بعضاً من تلك الدراسات قد تناولت الموضوع بشكل عام دون تمييز بين الأساليب العلاجية، كما أظهرت أن عدم الإقبال على العلاج النفسي قد ارتبط بعدد من العوامل، مثل عدم التجاوب، أو عدم الانتظام، أو الانقطاع مبكرا عن متابعة البرنامج العلاجي . أيضاً فإن الدراسات التي تمت على المستوى المحلي قد اقتصرت على تناول الخصائص الديموغرافية التي تميز المرضى الذين لم يستجيبوا بالحضور لاستكمال علاجاتهم النفسية، لكن هذه الدراسات لم تحاول بحث الموضوع بصورة أعمق من خلال دراسة العوامل المرتبطة بظاهرة عدم الإقبال على العلاج النفسي من وجهة نظر المرضى النفسيين أنفسهم في أكثر من مستشفى ومدينة سعودية ومع متغيرات أكثر، وهو الأمر الذي تسعى الدراسة الحالية إلى البحث فيه .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 279

فروض الدراسة :

في ضوء أهداف الدراسة، وبناء على ما اتضح للباحث من خلال عرضة للإطار النظري، واستناداً إلى ما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة قام الباحث بتحديد وصياغة فروض الدراسة على النحو التالي :

* **الفرض الأول** : توجد مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، كما تدركها عينة من المرضى النفسين .

* **الفرض الثاني** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

* **الفرض الثالث** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بُعد إدراكات المريض المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، يمكن أن تعزي إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

* **الفرض الرابع** : لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بُعد طبيعة الأسلوب العلاجي المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

* **الفرض الخامس** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بُعد معاملة المعالج المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

* **الفرض السادس** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بُعد العلاج الدوائي المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:22 PM Page 280

إجراءات الدراسة

أولاً : عينة الدراسة :

بلغت عينة الدراسة النهائية ثلاثة وأربعين ومائة مريضٍ ومريضة نفسية من مراجعي العيادات الخارجية في سبعة مستشفيات حكومية في ست من المناطق الكبيرة بالمملكة العربية السعودية خلال النصف الأول من عام ٢٠٠٢م.

وقد قام الباحث بوضع شروط ومواصفات لهذه العينة حددها في المرضى النفسيين المستبصرين الذين يعرفون طبيعة العلاج النفسي، لكنهم لا يقبلون عليه، أو أولئك الذين سبق لهم استخدام هذا العلاج لكنهم انقطعوا عن فعالياته، أو أنهم مازالوا يستخدمونه لكن لديهم ملاحظات على تطبيقاته .

الجدول رقم (١)
خصائص عينة الدراسة

الفئات / المتغيرات	الفئة	١٥-٢٤ سنة	٢٥-٣٤ سنة	٣٥ سنة فأكثر			
النوع	ذكور	٢٠ (٢٧%)	٢٤ (٣٣%)	٢٤ (٣٣%)			
	إناث	٢٧ (٣٩%)	١٧ (٢٥%)	٢٢ (٣٢%)			
الحالة الاجتماعية	الفئة	المتزوجون	غير المتزوجين				
	ذكور	٢٢ (٤٥%)	٢٨ (٥٢%)				
	إناث	٣٣ (٤٨%)	٢٤ (٤٩%)				
المستوى التعليمي	الفئة	الإبتدائية فأقل	المتوسطة	الثانوية	فما فوق الثانوية		
	ذكور	١١ (١٥%)	٢٣ (٣٢%)	٢٢ (٣٠%)	١٤ (١٩%)		
	إناث	١٧ (٢٥%)	٢٤ (٣٥%)	١٢ (١٧%)	١٦ (٢٣%)		
طريقة الاضطراب	الفئة	القلق	الرهاب	الوسواس	الاكتئاب	الأخرى	
	ذكور	٢٢ (٣٢%)	١٢ (١٦%)	٩ (١٢%)	١٨ (٢٥%)	١١ (١٥%)	
	إناث	١٧ (٢٥%)	٦ (٩%)	٣ (٤%)	٣٣ (٤٨%)	١٠ (١٥%)	
مدة الإصابة بالمرض	الفئة	١ - ٣ سنوات	٤ - ٦ سنوات	٧ سنوات فأكثر			
	ذكور	٢٨ (٣٨%)	١٥ (٢١%)	٢٢ (٣٢%)			
	إناث	٣٤ (٤٩%)	١٤ (٢٠%)	١٩ (٢٨%)			
المستشفيات والعيادات النفسية	المستشفى	جدة	الرياض	الطائف	أبها	الدمام	الخبر	المجموع
	ذكور	٨	٢٠	٢٦	٧	٤	٩	٧٤
	إناث	١١	١١	١٢	١٤	١١	٦	٦٩
المجموع		١٩	٣١	٣٨	٢١	١٥	١٥	١٤٣

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 281

ثانياً : أداة الدراسة :

صمم الباحث أداة واحدة لهذه الدراسة سماها «استبانة الإقبال على العلاج النفسي»، وقد مرت خلال مدة إعدادها وتطويرها بالإجراءات التالية :

١- تم توجيه سؤال مفتوح لثمانية وثلاثين طبيباً نفسياً بمستشفى الملك فهد بمدينة الملك عبد العزيز الطبية بالحرس الوطني، ووحدة الخدمات النفسية بقسم علم النفس بجامعة الملك سعود بالرياض، إضافة إلى ستة عشر مريضاً ومريضة نفسية من المراجعين للعيادات الخارجية بالطائف، والحرس الوطني، وقد تضمن السؤال المفتوح، ذكر العوامل التي تؤدي إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي. بعد ذلك قام الباحث بتحليل لمضمون إجابات المعالجين، والمرضى الذين بلغ عددهم أربعة وخمسين فرداً وقد عدَّ الباحث أن العامل الذي اتفق عليه ثلاثة أشخاص، أو أكثر عاملاً من العوامل المرتبطة بعدم الإقبال على العلاج النفسي، وبذلك فقد وصل عدد هذه العوامل من واقع مرئيات هؤلاء المشاركين إلى ثمانية عشر عاملاً.

٢- تم القيام بمراجعة للتراث السيكولوجي في مجالات البحث والدراسات والنظريات والأدبيات ساعدت الباحث في تصميم استبانة أولية تتكون من ثلاثين بنداً، يمثل كل منها عاملاً من العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، تمت صياغتها في صورة تقريرية . ومن ثم عرضها على سبعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس، وقسم الطب النفسي بجامعة الملك سعود، واثنين من الأطباء النفسيين بمستشفى الحرس الوطني، وقد كانت لهم بعض الملاحظات والمرئيات المتعلقة بمدى ملاءمة البنود، أو وضوحها، أو تكوينها، وقد ترتب على ذلك حذف خمسة بنود بعد أن وافق عليها اثنان، أو أكثر من المحكمين .

٣- تم تطبيق الاستبانة على سبعة عشر مريضاً مراجعاً لعيادة الحرس الوطني، وخمسة من الطلبة المراجعين لوحدة الخدمات النفسية بقسم علم النفس بجامعة الملك سعود، وبعد تحليل بيانات هذه العينة، وقياس خصائصها السيكومترية، وجد أن معامل ثبات الأداة ٠,٦٨ وهو وإن لم يكن معاملاً مرتفعاً إلا أنه يبقى معدلاً مقبولاً، خاصة في ظل صغر حجم العينة الاستطلاعية، كما تم حذف عبارة واحدة لضعف ارتباطها بالدرجة الكلية؛ ليصبح عدد عبارات الاستبانة في صورتها النهائية ٢٤ عبارة تقريرية .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 282

٤- تتم الإجابة عن عبارات الاستبانة باختيار إحدى فئات الاستجابة الثلاث، والتي تم تحديدها بموافق، أو محايد، أو معارض، وقد تم حساب ثلاث درجات للموافقة، ودرجتين للاستجابة المحايدة، ودرجة واحدة للمعارضة على مضمون العبارة .

ثالثاً : ثبات الأداة :

تمت عملية حساب ثبات الأداة بطريقتين هما :

١- طريقة ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي، حيث تم حساب ثبات الأداة من خلال استجابة واحد وسبعين من أفراد العينة (نصف العينة تقريباً) وقد بلغت ٠,٨٤ وهي نسبة عالية ومناسبة تعزز الثقة بملائمة الأداة لاستخدامات الدراسة الحالية .

٢- طريقة التجزئة النصفية حيث تم حساب الثبات من خلال استجابة سبعة وستين من أفراد عينة الدراسة، وذلك باستخدام معادلة سبيرمان ـ براون وقد وصل معامل الثبات إلى ٠,٨١ وهو أيضاً يعد معدلاً معقولاً ومقبولاً يسمح للباحث باستخدام هذه الأداة بثقة كبيرة لأغراض هذه الدراسة .

رابعاً : صدق الأداة :

علاوة على صدق المحكمين والذي كان من ضمن إجراءات إعداد استبانة الدراسة فقد تم حساب صدق الأداة باستخدام أسلوب صدق الاتساق الداخلي، وطريقة التحليل العاملي .

١- **صدق الاتساق الداخلي** : تم حساب هذا الصدق؛ للتحقق من مدى ارتباط كل بند على حده بالبعد الذي ينتمي إليه، وكذلك قيمة معامل ارتباط هذا البند بالدرجة الكلية، وارتباط كل بعد بالآخر، كما يظهر من بيانات الجدولين رقمي (٢) ، و(٣)، واللذين يوضحان أن قيم معاملات الارتباط بين البنود وأبعادها دالة عند مستوى ٠,٠١وكذلك الحال بالنسبة لارتباط البنود بالدرجة الكلية، والتي جاءت دالة عند مستوى ٠,٠١ ما عدا البندين الخامس، والسادس حيث كان مستوى دلالتهما عند ٠,٠٥ أما البند الحادي والعشرون فقد تم استبعاده؛ لأن قيمة معامل ارتباطه بالدرجة الكلية كانت ضعيفة حيث لم تتجاوز ٠,٢٠ كما أنه لم يتشبع على أي عامل من عوامل الأبعاد الأربعة بعد حساب الصدق العاملي لبنود هذه الاستبانة، والتي أصبحت في معالجاتها الإحصائية النهائية ثلاثة وعشرين بنداً .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 283

الجدول رقم (٢)

معاملات صدق الاتساق الداخلي

البعد	البند	قيم ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة	قيم ارتباط البند بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
إدراكات المريض وانفعالاته	١	,٥٠	,٠١	,٣٩	,٠١
	٥	,٤٠	,٠١	,٢٨	,٠٥
	٨	,٥٩	,٠١	,٤٩	,٠١
	٩	,٥٤	,٠١	,٥٥	,٠١
	١٥	,٦٩	,٠١	,٧٢	,٠١
	١٧	,٦٢	,٠١	,٥٧	,٠١
	٢٠	,٥٣	,٠١	,٥٥	,٠١
	٢٢	,٤٢	,٠١	,٤٢	,٠١
	٢٣	,٤١	,٠١	,٣٦	,٠١
طبيعة العلاج النفسي ومتطلباته	٣	,٥٢	,٠١	,٥١	,٠١
	٤	,٧٠	,٠١	,٦٥	,٠١
	٦	,٣١	,٠١	,٢٤	,٠١
	٧	,٧٣	,٠١	,٥٨	,٠١
	١٢	,٦٤	,٠١	,٥٧	,٠١
	١٦	,٧٠	,٠١	,٥٧	,٠١
	١٨	,٤٥	,٠١	,٣٦	,٠١
طريقة تفاعل المعالج	٢	,٦٦	,٠١	,٤٩	,٠١
	١١	,٥٧	,٠١	,٣١	,٠١
	١٩	,٧٥	,٠١	,٥٨	,٠١
	٢١	,٦٤	,٠١	,٣٨	,٠١
تكامل العلاج الدوائي	١٠	,٧٢	,٠١	,٣٥	,٠١
	١٤	,٦٩	,٠١	,٣٦	,٠١

الجدول رقم (٣)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية

الأبعاد	إدراكات المريض	طبيعة العلاج	معاملات العلاج	العلاج الدوائي	الدرجة الكلية
إدراكات المريض	١,٠٠٠				
طبيعة العلاج	٠,٦٩**	١,٠٠٠			
معاملات العلاج	٠,٤٩**	٠,٤٤**	١,٠٠٠		
العلاج الدوائي	٠,٤٣**	٠,٣٧**	٠,٢٥*	١,٠٠٠	
الدرجة الكلية	٠,٩١**	٠,٨٦**	٠,٦٧**	٠,٥٨**	١,٠٠٠

** دالة عند مستوى ٠١, * دالة عند مستوى ٠٥,

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 284

٢- **الصدق العاملي** : توجد بنية عاملية لعدم إقبال المرضى على العلاج النفسي، ولهذا تم تحليل البنود عاملياً باستخدام طريقة المكونات الأساسية، ومن ثم تم تدويرها تدويراً متعامداً بطريقة الفاريماكس، وقد نتج من عملية التدوير ثمانية عوامل استوعبت نسبة تباين وصلت إلى ٦١,٨ ونظراً لوجود أربعة عوامل لم ترتبط إلا بعاملين فقط، ومن أجل الوصول إلى بنية عاملية عريضة تتسم بالاستقرار، ويكون لها دلالات سيكولوجية واضحة ومتماسكة تسهل إجراء المعالجة الإحصائية، ومن ثم تفسير النتائج ومناقشتها، فقد تم الإبقاء على أربعة عوامل تنطبق عليها المحكات التالية :

أ. الجذر الكامن للعامل الجوهري أكبر من واحد صحيح .

ب. التشبعات الجوهرية للبند على العامل الذي ينتمي إليه تتجاوز ٠,٣٠

ت. التشبعات الجوهرية للعامل تتضمن ثلاثة بنود على الأقل .

وبناء على ما سبق فقد وصلت النسبة الكلية للتباين إلى ٤٣,٥٪ وهي نسبة تحمل قيمة مقبولة توضح أن العوامل المستخرجة تكفي لاستيعاب قدر مناسب من التباين ، ويظهر الجدول رقم (٤) مصفوفة العوامل والبنود التي ارتبطت بها وقيم شيوع كل بند، علماً أنه قد تم حذف البند الحادي والعشرين؛ لعدم تشبعه على أي عامل من العوامل المستخرجة؛ وبذلك تصبح بنود الاستبانة في صورتها النهائية ثلاثة وعشرين بنداً. أما فيما يتعلق بتفسير الصورة العاملية للأداة فيمكن عرضها على النحو التالي :

العامل الأول : إدراكات المريض وقناعاته وجذره الكامن :٥,٧٣ ونسبة التباين: ٢٣,٩٪ وَيُعَدُّ هذا العامل، عاملاً عاما؛ لاستيعابه أكبر نسبة من التباين (٢٣,٩٪) إضافة إلى أن تشبع بنوده التسعة٩، ١، ٥، ٢٠، ٢٣، ١٥، ١٧، ٨، ٢٢ كان تشبعاً جوهرياً وموجباً، وبنسب تراوحت ما بين ٠,٤١ و ٠,٧٧ .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 285

الجدول رقم (٤)
مصفوفة العوامل والبنود بعد تحليلها عاملياً

العامل (البعد)	البند	العبارات	نسبة التشبع	قيمة الشيوع
إدراكات المريض وقناعاته	٩	صعوبة الاستمرار في الحضور	,٧٧	,٦١
	١	عدم الثقة بقدرة المعالجين	,٦٩	,٥٢
	٥	عدم الثقة بصحة المعلومات على المعلومات	,٦٣	,٤٩
	٢٠	عدم إدراك إيجابيات العلاج النفسي	,٦٠	,٤٢
	٢٣	الهرب الآخرين وعدم قيم مع العلاج	,٦٠	,٤٤
	١٥	عدم الفائدة بجدوى العلاج	,٥٩	,٦٧
	١٧	الجهل بطبيعة العلاج وطرائقه	,٤٩	,٥١
	٨	عدم القدرة على التعبير في الجلسات	,٤٦	,٣٩
	٢٢	عدم ملاءمة العلاج لظروف المريض	,٤١	,٣٩
طبيعة العلاج النفسي ومتطلباته	١٢	العلاج يتطلب زيارات كثيرة	,٧٧	,٥٩
	٤	عدم ظهور نتائج العلاج سريعاً	,٦٣	,٤٧
	٧	العلاج يتطلب جهداً ووقتاً طويلاً	,٦٠	,٥٤
	٦	صعوبة المرض والعلاج لدى الناس	,٥٩	,٤٩
	٢	الجلسات تستغرق وقتاً طويلاً	,٥٠	,٤٠
	١٦	العلاج يتطلب الحديث عن أمور شخصية	,٤٥	,٣٤
	١٨	العلاج لا يناسب عاداتنا وتقاليدنا	,٤٢	,٢١
طريقة تعامل المعالج	١٩	معاملة المعالجين السيئة	,٦٤	,٥٤
	٣٤	سيطرة المعالجين على أسرار الجلسات	,٦٢	,٤٥
	٣	قلة خبرة المعالجين وإمكاناتهم	,٥٥	,٤٢
	١١	ضعف تأهيل المعالجين	,٣٣	,٢٩
القبول العلاج الدوائي	١٣	السهولة على العلاج الدوائي	,٧٣	,٥٦
	١٤	الاعتقاد بعدم وجود مضاعفات لأدويته	,٦٢	,٤٨
	١٠	العلاج الدوائي نتائج إيجابية سريعة	,٣٥	,٢٦

لقد تمحورت بنود هذا العامل العلاجي حول عدم ثقة المرضى بقدرات المعالجين والمؤسسات العلاجية، وعدم إدراك المرضى لإيجابيات العلاج وجهلهم بطبيعته، مما جعل هؤلاء المرضى يعزفون عن هذا العلاج، ولا يقبلون عليه بعد أن تشكلت مثل هذه القناعات السلبية لديهم؛ ولذا فقد تمت تسمية هذا العامل بإدراكات المريض وقناعاته .

العامل الثاني : طبيعة العلاج النفسي ومتطلباته، وقد بلغ جذره الكامن ١,٩: فيما وصلت

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 286

نسبة التباين: إلى٧,٩٪ وقد تشبعت على هذا العامل سبعة بنود هي: ٢ ، ٤، ٦، ٧، ١٢، ١٦، ١٨ وقد كان تشبعها جوهرياً موجباً، وبنسب تراوحت ما بين ٠,٤٢ ، ٠,٧٢. لقد تركزت بنود هذا العامل حول كثرة الجلسات النفسية وطول مدتها، وكثرة الزيارات وتأخر ظهور النتائج الإيجابية للعلاج، وغيرها من العوامل التي تجعل المرضى لا يقبلون على هذا النوع من العلاجات النفسية، ولا ينتظمون في مراجعة العيادات؛ لاستكمال علاجاتهم المقررة لهم، وقد تمت تسمية هذا العامل بطبيعة العلاج النفسي ومتطلباته.

العامل الثالث : طريقة تعامل المعالجين، وقد بلغ جذره ١,٥ أما نسبة التباين فهي ٦,٢٪ وقد ارتبطت بهذا العامل أربعة بنود هي: ٣، ١١، ١٩، ٢٤ وكان تشبعها جوهرياً موجباً، وبنسب تراوحت ما بين (٠,٦٤–٠,٢٣) وتظهر بنود هذا العامل تمركزها حول قلة خبرة المعالجين وضعف مستوى تأهيلهم، وسوء معاملتهم للمرضى، وسيطرتهم على فعاليات الجلسات العلاجية، وهو الأمر الذي لا يشجع المرضى على الإقبال على العلاج النفسي، واستكمال متطلباته؛ لذلك فقد تمت تسمية هذا العامل طريقة تعامل المعالجين.

العامل الرابع : تقبل العلاج الدوائي، حيث بلغ جذره الكامن: ١,٣ واستحوذ على نسبة تباين بلغت ٥,٦٪ كما تشبعت عليه ثلاثة بنود هي: ١٠، ١٣، ١٤ وكان تشبعها جوهرياً موجباً، وبنسب تراوحت ما بين ٠,٣٥ ، ٠,٧٣ وبما أن بنود هذا العامل قد تمحورت حول النتائج الإيجابية للعلاج الدوائي، والتعود عليه، والاعتقاد بعدم وجود مضاعفات لهذا العلاج، فقد تمت تسميته تقبل العلاج الدوائي .

عرض النتائج وتفسيرها :

يتضمن هذا الجزء من الدراسة عرضاً لنتائج فحص الفروض البحثية والصفرية وتحليلها، وتفسير كل فرض على حده، ومناقشته قبل تقديم استنتاجات، أو خلاصة عامة لهذه النتائج.

الفرض الأول : وينص على وجود مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركها عينة من المرضى النفسيين . وللتحقق من صحة هذا الفرض البحثي عَدَّ الباحث العبارات، أو البنود التي أجاب عنها أكثر من خمسين في المائة من عينة الدراسة بالموافقة، عوامل مؤثرة ومهمة في عملية عدم إقبال المرضى النفسيين على العلاجات النفسية، ومن هنا فإن مناقشة هذا الأمر ستقتصر على أحد عشر عاملاً تراوحت نسبة الموافقة عليهم ما بين ٥٨٪ –٧٨٪ كما تظهر ذلك بيانات الجدول رقم (٥).

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 287

١ يتضح من البيانات المعروضة في الجدول رقم (٥) أن النتائج الإيجابية للعلاج الكيماوي تمثل العامل الأول الأكثر أهمية في ارتباطه بعدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركه ٧٨٪ (١١٠ فرد) من عينة الدراسة. هذه النتيجة تتفق مع ما وجده إكسلرود وويتزلر (Axelrod & Wetzler, 1989) وخلص إليه جمل الليل (٢٠٠١) والوهاس(١٩٩١)؛ ولعل هذا هو ما جعل بعضهم ينادي بتطبيق أسلوب المزاوجة بين العلاجين الكيماوي، والنفسي، كما يظهر من نتائج دراسات موهل وزملائه (Mohl,et al., 1991) وكورسي وزملائه (Coursey, et al., 1995) وإدلوند وزملائه (2002 . (Edlund, et al.,

الجدول رقم (٥)

التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات، والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب أهمية العوامل

الأهمية	الموافقة			المحايدة			المعارضة			المتوسط	الانحراف
رقم البند	التكرار	النسبة	المجموع	التكرار	النسبة	المجموع	التكرار	النسبة	المجموع	الحسابي	المعياري
١٠	١١٠	٧٨,٦	١٤٠	٨	٥,٧	١٤	٢٢	١٥,٧	٣٦	٢,٦٥	,٨٢٠
٩	١٠١	٧٢,١	١٤٠	١٣	٩,٣	١٤	٢٦	١٨,٦	٣٦	٢,٥٣	,٨٣
١٢	١٠٣	٧٣,٦	١٤٠	١٠	٧,١	١٤	٢٧	١٩,٣	٣٦	٢,٥٤	,٨٣
٣	٩٩	٧٠,٧	١٤٠	١٤	١٠,٠	١٤	٢٧	١٩,٣	٣٦	٢,٥١	,٨٥
٤	٩٨	٧٠,٠	١٤٠	١٤	١٠,٠	١٤	٢٨	٢٠,٠	٣٦	٢,٥٠	,٨٥
١٣	٩٧	٦٩,٣	١٤٠	١٤	١٠,٠	١٤	٢٩	٢٠,٧	٣٦	٢,٤٩	,٨٥
١٦	٩٦	٦٨,٦	١٤٠	١٥	١٠,٧	١٤	٢٩	٢٠,٧	٣٦	٢,٤٨	,٨٥
٦	٩٥	٦٧,٩	١٤٠	١٥	١٠,٧	١٤	٣٠	٢١,٤	٣٦	٢,٤٧	,٨٥
٢٠	٩٤	٦٧,١	١٤٠	١٥	١٠,٧	١٤	٣١	٢٢,١	٣٦	٢,٤٦	,٨٥
١٧	٩٣	٦٦,٤	١٤٠	١٦	١١,٤	١٤	٣١	٢٢,١	٣٦	٢,٤٥	,٨٥
١٩	٩٢	٦٥,٧	١٤٠	١٦	١١,٤	١٤	٣٢	٢٢,٩	٣٦	٢,٤٤	,٨٥
١١	٩١	٦٥,٠	١٤٠	١٧	١٢,١	١٤	٣٢	٢٢,٩	٣٦	٢,٤٣	,٨٥
١٤	٩٠	٦٤,٣	١٤٠	١٧	١٢,١	١٤	٣٣	٢٣,٦	٣٦	٢,٤٢	,٨٥
٢	٨٩	٦٣,٦	١٤٠	١٨	١٢,٨	١٤	٣٣	٢٣,٦	٣٦	٢,٤١	,٨٥
٣	٨٨	٦٢,٩	١٤٠	١٨	١٢,٨	١٤	٣٤	٢٤,٣	٣٦	٢,٤٠	,٨٥
٨	٨٧	٦٢,١	١٤٠	١٩	١٣,٥	١٤	٣٤	٢٤,٣	٣٦	٢,٣٩	,٨٥
١٨	٨٦	٦١,٤	١٤٠	١٩	١٣,٥	١٤	٣٥	٢٥,٠	٣٦	٢,٣٨	,٨٥
١٤	٨٥	٦٠,٧	١٤٠	٢٠	١٤,٢	١٤	٣٥	٢٥,٠	٣٦	٢,٣٧	,٨٥
٢٢	٨٤	٦٠,٠	١٤٠	٢٠	١٤,٢	١٤	٣٦	٢٥,٧	٣٦	٢,٣٦	,٨٥
٢١	٨٣	٥٩,٣	١٤٠	٢١	١٤,٩	١٤	٣٦	٢٥,٧	٣٦	٢,٣٥	,٨٥
١	٨٢	٥٨,٦	١٤٠	٢١	١٤,٩	١٤	٣٧	٢٦,٤	٣٦	٢,٣٤	,٨٥
١١	٨١	٥٧,٩	١٤٠	٢٢	١٥,٧	١٤	٣٧	٢٦,٤	٣٦	٢,٣٣	,٨٥
٥	٨٠	٥٧,١	١٤٠	٢٢	١٥,٧	١٤	٣٨	٢٧,١	٣٦	٢,٣٢	,٨٥

إن رؤية المرضى والمريضات للنتائج الإيجابية للعلاج الدوائي (الكيماوي والعقاقيري) كعامل مؤثر ومهم يمثل المكانة الأولى لديهم قد يرجع إلى أن اعتقادات المرضى أن الدواء لا يزال هو السبيل الوحيد للعلاج، ولا يوجد بديل يماثله، أو أفضل منه، كما أن كون العلاج الدوائي يخلي مسئولية المريض ودوره في العملية العلاجية في الوقت الذي يتطلب العلاج النفسي من المريض المشاركة في العملية العلاجية، وتحمل مسئولياته الشخصية في مواجهة مشكلاته، والعمل على حلها، قد يكون سبباً آخر لعدم بحث هؤلاء

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 288

المرضى عن خيارات، أو بدائل أخرى، أو حتى القبول بالمزاوجة بين الأسلوبين.

٢- تظهر بيانات الجدول رقم (٥) أن ٧٠٪ من أفراد العينة (٩٨فرداً) يعتقدون أن طول مدد الجلسات العلاجية يمثل العامل الثاني من حيث الأهمية في عدم إقبالهم على العلاج النفسي، بل إن هناك تطابقاً كبيراً بين الجنسين في هذا الشأن. هذه النتيجة تتفق مع ما ينادي به الكثير من المتخصصين والمعالجين كما يظهر من نتائج دراسة تيليت (Tillett, 1996) والتي تضمنت مراجعة شاملة لأكثر من ألف بحث ودراسة بغرض تقييم الطرق العلاجية المستخدمة في العلاج النفسي حيث وجد أن العلاجات قصيرة الأمد هي الأنسب. لقد ارتبط طول مدد الجلسات، وعدد اللقاءات العلاجية تاريخياً وفلسفياً بالأسلوب السيكوديناميكي، مما دفع بالأساليب العلاجية الأخرى، كالأسلوب السلوكي المعرفي والأسلوب السلوكي إلى تعزيز الاتجاهات والتطبيقات التي تسعى إلى جعل جلسات العلاج لا تتجاوز في المتوسط ١٠-١٢ جلسة وبمعدل جلسة واحدة أسبوعياً . أيضاً قد تكون رؤية المرضي النفسيين لطول مدد الجلسات كعامل له هذه الأهمية يعود إلى أن المريض النفسي، ومن طول معاناته مع المرض النفسي يريد علاجاً سريعاً ينهي هذه المعاناة فهو غير مستعد لتحمل مزيد من الآلام والصعوبات، في حين أن العلاج النفسي؛ لكي يحقق أهدافه يحتاج إلى وقت يقوم فيه المعالج بدراسة الحالة، وتحديد الأعراض والمشكلات، وشرح الأهداف، وتطبيق الخطط العلاجية . هنا لا بد من الإشارة إلى أن الناس قد تعودوا من خلال خبرتهم مع الأمراض الجسمانية والعضوية على مراجعة الطبيب الذي يصف لهم العلاج الذي يترتب عليه التحسن الملحوظ والسريع، وهو الأمر الذي لا يحدث في العلاج النفسي الذي يحتاج فيه المريض إلى وقت طويل حتى يتحقق التحسن المنشود.

٣- أما العامل الثالث الذي يرتبط بعدم إقبال المرضى على العلاج النفسي فيتمثل بكثرة الزيارات المتوقعة للعيادات الخارجية كما يدركه ٦٧٪ (٩٥مريضاً) من عينة الدراسة، إلا أن المتأمل لبيانات الجدول رقم (٥) يلاحظ أن ٧١٪ من النساء ينظرن إلى أهمية هذا العامل حيث يمثل المرتبة الثانية من حيث الأهمية بالنسبة لهن، في حين لا يمثل إلا المرتبة الثامنة عند الرجال، وهي في اعتقاد الباحث نتيجة متوقعة، فوضع المرأة الاجتماعي في المجتمع السعودي يفرض عليها عدم الخروج بسهولة وتكرار، علاوة على ما يكتنف مراجعتها للعيادات النفسية من إحراجات اجتماعية . هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة فرح وكبره (١٩٩٣) من وجود أسباب اجتماعية تجعل بعضاً من المريضات السعوديات لا يقبلن، أو ينتظمن في مراجعة العيادات لاستكمال علاجاتهن.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 289

٤- لقد أظهرت بيانات الجدول رقم (٥) أن العلاج النفسي من وجهة نظر ٦٥٪ (٩١ فرداً) من المرضى يتطلب جهداً كبيراً وزمناً طويلاً؛ ولذلك فهم لا يقبلون عليه، فهو يأخذ جزءاً كبيراً من وقتهم ولا يلمسون نتائج سريعة أو فورية لهذا العلاج، حتى ولو كانت بمثابة إزالة للأعراض، كما هو الحال مع بعض العلاجات الدوائية، والباحث ليس في حاجة إلى العودة للتذكير بأهمية تحمل المريض لمسئولية شخصية كبيرة في العلاج النفسي تتطلب المثابرة والصبر من أجل تحقيق النتائج الإيجابية المأمولة والتي لن تتحقق بين عشية وضحاها.

٥- أما العامل الخامس والذي يؤدي إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي فهو من وجهة نظر عينة الدراسة يتمثل بتأخر النتائج الإيجابية للعلاج النفسي في الظهور كما يرى ذلك٦٣٪ (٨٩ فرداً) من العينة، والملاحظ أن هذا العامل يأتي مباشرة بعد العامل المرتبط بالجهد والزمن الطويل، وما يتطلبه كل ذلك من مدة قبل الوصول إلى النتائج المأمولة، ولعل هذا يعكس مصداقية ووعي أفراد العينة بالأمور عند استجابتهم لبنود استبانة الدراسة، كما يظهر إضافة إلى ذلك دقة ومناسبة إجراءات التطبيق . إن استعجال نتائج العلاجات النفسية موضوع لاحظه الكثير من المتخصصين والممارسين، واتفقوا على أن التوعية، والتوجيه، والتثقيف من قبل المعالجين لمرضاهم هي الأسلوب الأنسب لجعلهم يدركون أبعاد وطبيعة العلاج النفسي، كما تظهر ذلك استنتاجات دراسة تشن (Chen, 1991)

٦- أظهرت البيانات المعروضة في الجدول رقم (٥) أن ٦١٪ (٨٧ مريضاً) من المرضى يرون أن تعودهم على العلاجات الدوائية يمثل العامل السادس من حيث أهمية الارتباط بعدم الإقبال على العلاج النفسي، إلا أن الملاحظ أن هناك فرقاً كبيراً يتجاوز العشرة في المائة بين الرجال (٦٧٪)، والنساء (٥٧٪) في تحديد درجة الأهمية، فهذا العامل يمثل المرتبة الرابعة لدى الرجال، في حين لا يمثل إلا المرتبة التاسعة في رأي النساء، ولعل التفسير المحتمل لهذا التباين يرتبط بمدة الإصابة بالمرض، حيث تظهر بيانات الجدول رقم (١) أن أكثر من ٥٠٪ من عينة الذكور يعانون من الاضطرابات النفسية لأربع سنوات أو أكثر، في حين أن ٥٠٪ من عينة النساء لم تبدأ معاناتهن مع الاضطرابات النفسية إلا من سنة إلى ثلاث سنوات؛ ولهذا فإن تجربتهن مع مختلف العلاجات الدوائية والنفسية، والتي تعد تجربة قصيرة نسبياً، قد لا تسمح لهن بالحكم على هذا الأمر .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 290

٧- أما العامل السابع والذي ترى عينة المرضى أنه يمثل أهمية في عدم إقبالهم على العلاج النفسي فهو عدم مناسبة أساليب العلاج المستخدمة، كما يرى ذلك ٦١٪(٨٦ فرداً) من المرضى، إلا أن المتفحص لبيانات الجدول رقم (٥) يلحظ أن هناك فرقاً نسبياً بين الرجال (٥٥٪) في نظرتهم لهذا العامل، والنساء (٦١٪) الذي يمثل المرتبة السادسة لديهن، ولعل التفسير المحتمل لذلك هو أن أساليب العلاج النفسي، كالاسترخاء، والغمر، والتنويم أو التداعي الحر، أو إزالة الحساسية بانتظام، هي بعض من أساليب كثيرة يتم استخدامها، وهي قد لا تتناسب مع طبيعة الظروف الشخصية، والاجتماعية، والحالات النفسية للمرأة السعودية، خاصة إذا عرفنا أن نسبة المعالجات النفسيات لا تتجاوز ١٣,٥٪ مقابل ٨٦,٥٪ من المعالجين النفسيين العاملين في العيادات النفسية الحكومية (الدليم، ٢٠٠١) .

٨- لقد أظهرت بيانات الجدول رقم (٥) أن صعوبة الانتظام في حضور الجلسات النفسية تمثل العامل الثامن في منظومة العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي من وجهة نظر ٦٠٪ من عينة الدراسة، وهي نتيجة تتفق إلى حد كبير مع ماتوصل إليه كل من سويت ونونز (Sweet & Noones, 1989)، كما أنها تؤكد في الوقت نفسه أهمية التغيير والبحث في استخدام أساليب علاجية نفسية قصيرة المدى؛ وذلك من أجل ضمان معدلات إقبال عالية ، وهو الأمر الذي كشفت عنه نتائج دراسة تيليت (Tillett, 1996) المسحية لتراث أساليب العلاجات النفسية .

٩- تظهر البيانات المعروضة في الجدول رقم (٥) أن ٨٤ من أفراد العينة (٥٩٪) يعترفون بأن عدم إدراكهم لإيجابيات العلاج النفسي ومزاياه يمثل أحد العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، وهي نتيجة تتفق مع ما يراه كل من أكسلرود و ويتزلر (1989 ,Axelrod & Wetzler) وتشن (Chen, 1991) والوهاس .(١٩٩١) أيضاً فإن المتمعن في بيانات هذا البند يلاحظ أن هناك فرقاً كبيراً بين الرجال، والنساء في نظرتهم للأمر، حيث يعلل ٦٧٪ من الرجال مقابل ٥١٪ من النساء عدم إقبالهم على العلاج النفسي بعدم إدراكهم لإيجابيات هذا العلاج ومزاياه . وهذا البون الشاسع بين الفئتين في إدراك أهمية هذا العامل أمر يسترعي الانتباه، وهو ما حدا بالباحث إلى العودة للبحث في نتائج العوامل السابقة؛ حيث اتضح أن نتيجة العامل السادس تشير إلى أن ٦٧٪ من الرجال أيضاً، يدركون أن تعودهم على العلاجات الدوائية يؤدي إلى عدم الإقبال على العلاجات النفسية، وبفارق كبير

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 291

عن النساء، وهي على ما يبدو نتيجة تعكس وعي الرجال إن لم يكن توجسهم وخوفهم من خطورة التعود على العلاجات الدوائية الكيماوية والعقاقيرية، خاصة وأن الإحساس والخوف من مشكلات الإدمان ترتسم في أذهان الشباب والراشدين ٦٠٪ من أفراد العينة أقل من ٣٥سنة بحكم أنهم أكثر استشعاراً وحساسية لهذا الأمر من الإناث، مما يرفع درجة يقظتهم وقلقهم، ويجعلهم في أوضاع نفسية وذهنية مهيأة لتقبل علاجات نفسية بديلة .

١٠– تكشف البيانات المعروضة في الجدول رقم (٥) أن الحديث عن الأمور الشخصية التي تتطلبها فعاليات الجلسات النفسية تمثل العامل العاشر ضمن مجموعة العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي من وجهة نظر ٥٦٪ من أفراد عينة الدراسة ولكن الموجه للنظر في هذه البيانات أن هناك تبايناً ملحوظاً بين الرجال (٦٢٪)، والنساء (٥١٪) في إدراكهم لأهمية هذا العامل، وهو الأمر الذي استوقف الباحث كثيراً، ولم يجد تفسيراً له إلا بكون المعالجين، والذين غالبيتهم من الرجال (٨٦,٥٪) يتحفظون في الأصل عند حديثهم مع النساء، تقديراً للظروف الاجتماعية، والخصوصية الثقافية للمرأة في المجتمع السعودي، على العكس من الرجال الذين تتم مناقشتهم من قبل المعالجين في أمور شخصية متنوعة بحرية أكبر ودونما حرج أو تردد. عموماً فمظاهر السرية والخصوصية تبدو كسمات واضحة في طبيعة شخصية المجتمع العربي المحافظ، بل إنها قد تبرز إلى حد يجعل المعالجين وغيرهم ينظرون إلى الفرد كشخص يتسم بالشك، وعدم الثقة بالآخرين (الجلبي واليحيا، ١٩٩٦) وربما تصل الأمور إلى حد تشخيصه كمريض يعاني من اضطرابات الهذاء أو الوسواس.

١١– أما العامل الأخير في قائمة العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، كما تدركه ٥٨٪ من عينة المرضى فهو جهلهم بطبيعة العلاج النفسي، وهي نتيجة تتفق مع ماتوصل إليه إكسلرود و ويتزلر (Axelrod & Wetzler, 1989) وتشن (Chen, 1991). كما أن الملاحظ هنا هو وجود فرق نسبي لصالح الرجال (٦٢٪) في هذه الرؤية، مقارنة بالنساء (٥٤٪)، والباحث يعتقد أن ذلك ربما يعود لمدة الإصابة بالمرض، حيث يلاحظ من بيانات الجدول رقم (١) أن ٣٨٪ من الرجال، مقارنة بـ ٤٩٪ من النساء لم تتجاوز مدة إصابتهم بالاضطرابات النفسية السنوات الثلاث، مما يعني أن خبرتهم مع هذا النوع من العلاجات لا تزال خبرة قليلة لا تؤهلهم للإلمام بمضامين هذا العلاج والحكم عليه، وهو الأمر الذي ينبغي للمعالجين الاهتمام به، والعمل على توعية وتبصير المرضى بشأنه حتى يجدون أمامهم خيارات وبدائل ممكنة ومناسبة.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 292

إن ما أظهرته استجابات المرضى على بنود الاستبانة من اتساق وتوافق يعكس في رأي الباحث مصداقية وجدية في الاستجابات ووعي بأهميتها من قبل المشاركين؛ لذا فإن الأخذ بهذه العوامل كمؤشرات لها دلالات كبيرة لأمر جدير بالعناية والاهتمام من قبل من يعنيهم شأن الصحة النفسية، سواء كانوا من الباحثين، أو المسئولين، أو حتى المستفيدين من الخدمات العلاجية الصحية النفسية.

الفرض الثاني : ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جميع أفراد العينة في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض. وللتحقق من صحة الفرض فقد قام الباحث باستخدام أسلوبي تحليل التباين الأحادي، واختبار (ت)، وقد أظهرت نتيجة تحليل التباين الأحادي لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض، والمعروضة في الجدول رقم (٦) ونتيجة اختبار (ت) لمتغيري الجنس، والحالة الاجتماعية المعروضة في الجدول رقم (٧) عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة في نظرتهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي ومن ثم عدم رفض الفرض الصفري.

الجدول رقم (٦)
تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين أفراد عينة الدراسة في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي

المتغير	الإجراءات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	٣٧١,٢٢	٥	٧٤,٢٤	٠,٧٤	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢٨٤٩,١١	١٢٨	١٠٠,٣٨		
المستوى التعليمي	بين المجموعات	٢٠٣,٢٨	٤	٥٠,٨٢	٠,٥٠	غير دالة
	داخل المجموعات	١٣٦٠٥,١٢	١٣٤	١٠١,٥٣		
طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	٤٩١,٠٥	٤	١٢٢,٧٦	١,٢١	غير دالة
	داخل المجموعات	١٣٩٥٥,٤٢	١٣٨	١٠١,١٣		
مدة المرض	بين المجموعات	٢٠٢,٢٢	٣	٦٧,٤١	٠,٦٧	غير دالة
	داخل المجموعات	١٣١٧٥,٢٧	١٣٠	١٠١,٣٥		

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 293

الجدول رقم (٧)

اختبارات (ت) لقياس الفروق بين أفراد العينة في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي باختلاف متغيري الجنس والحالة الاجتماعية

المتغيرات / المجموعات		العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
الجنس	الذكور	٣٣	٤٨,٨٥	١٠,٠٩	٠,٥٨	غير دالة
	الإناث	٦٩	٤٧,٨٧	١٠,١٤		
الحالة الاجتماعية	الذكور	٦١	٤٨,٢٠	١٠,٥٦	٠,٢٠	غير دالة
	الإناث	٦٧	٤٧,٤٣	٩,٨٢		

الفرض الثالث : وينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بعد إدراكات المريض المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض . وللتحقق من صحة الفرض فقد قام الباحث باستخدام أسلوبي تحليل التباين الأحادي واختبار (ت) لفحص الفرض، وقد أظهرت نتيجة التحليل الموجودة في الجدولين رقمي (٨) ، و(٩) عدم وجود فروق دالة، سواء بين الذكور، أو الإناث في نظرتهم لعوامل بعد إدراكات المريض المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تنسب لاختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض؛ ولهذا لم يكن ممكناً رفض الفرض الصفري .

الفرض الرابع : وينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بعد طبيعة الأسلوب العلاجي المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض، ومن أجل فحص هذا الفرض فقد قام الباحث باستخدام أسلوبي تحليل التباين الأحادي، واختبار «ت»؛ لفحص الفرض، وقد أظهرت نتيجة المعالجة الإحصائية المعروضة في الجدولين رقمي (٨) ، و(٩) عدم وجود فروق لها دلالات جوهرية في إدراكات المرضى الذكور، أو الإناث لعوامل بعد طبيعة الأسلوب العلاجي والمؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، والتي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 294

الجدول رقم (٨)

تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين المرضى الذكور، والإناث في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي (الدرجة الكلية والأبعاد)

البعد	المتغير	مصدر التباين	المجموع		المربعات		درجات		متوسط		المربعات		قيمة	ف
			الذكور		الإناث		الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
الدرجة الكلية	العمر	بين المجموعات	٢٣٥,٢٨		٣١,٨٨		٢	٢	١٣٧,٦		١٥,٩٤		١,٣٩	٠,١٩
		داخل المجموعات	٦٤٣٥,٤٢		٦٤٥٠,٩١		٦٥	٦٣	٩٩,٠٠		١٠٢,٢			
	المستوى التعليمي	بين المجموعات	٢٢٦,٧٨		٣٦,٤٥		٣	٣	٧٥,٦٠		١٢,١٥		٠,٧٢	٠,١١
		داخل المجموعات	٦٨١٦,٩٩		٦٩٥٩,٢٨		٦٦	٦٥	١٠٤,٠		١٠٧,٠			
	طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	٥٠٠,٨٩		٢٩٩,٩٨		٤	٤	١٢٥,٢		٧٤,٩٩		١,٢٥	٠,٧٢
		داخل المجموعات	٦٨٢٨,١٥		٦٩٩٥,٨٥		٦٨	٦٤	١٠٠,٤		١٠٤,٦			
	مدة المرض	بين المجموعات	٣٢٢,٧٢		١٧١,٧٢		٢	٢	١١٦,٣		٨٥,٨٦		١,١١	٠,٨٨
		داخل المجموعات	٦٦١٠,٨٠		٦١٨٤,١٦		٦٣	٦٤	١٠٤,٩		٩٦,٦٣			
إدراكات الزوجة	العمر	بين المجموعات	٢٨,١٥		٣٧,٤٧		٢	٢	١٤,٣٢		١٣,٧٤		٠,٢٢	٠,١٤
		داخل المجموعات	١٢٨٥,١٦		١٣٥١,٩٨		٦٥	٦٣	١٩,٧٢		٢١,٤٦			
	المستوى التعليمي	بين المجموعات	٣٩,٧٩		١٦,٢٧		٣	٣	١٣,٢٦		٥,٤٧		٠,٦٨	٠,٢٤
		داخل المجموعات	١٢٧٤,٤١		١٤٤٣,٤٧		٦٦	٦٥	١٩,٣٩		٢٢,٢١			
	طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	٨٩,٥٥		٤٧,٨٤		٢	٤	٢٢,٣٩		١١,٩٦		١,١٥	٠,٥٤
		داخل المجموعات	١٣٢٩,١٩		١٤١١,٨٩		٦٦	٦٤	١٩,٩٢		٢٢,٠٦			
	مدة المرض	بين المجموعات	٣٧,٤٩		٣١,١٨		٢	٢	١٨,٧٥		١٧,٤٩		٠,٩٤	٠,٨٣
		داخل المجموعات	١٣٥٢,٩١		١٣٣٢,٧١		٦٣	٦٤	١٩,٩٠		٢٠,٨١			
طبيعة الأسلوب	العمر	بين المجموعات	٣٥,٦٤		٦,٧٢		٢	٢	١٣,٨٢		١,٨٨٢		١,٠٧	٠,٧٢
		داخل المجموعات	١٠٨١,٢٤		٧٦٢,٧٢		٦٥	٦٣	١٦,٦٢		١٢,١١			
	المستوى التعليمي	بين المجموعات	١٢,٥٢		١٠,٥٢		٣	٣	٤,١٩		٣,٥١		٠,٢٥	٠,٢٨
		داخل المجموعات	١١١٣,٢١		٨٢٧,٦٨		٦٦	٦٥	١٦,٨٢		١٢,٧٣			
	طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	٣١,٧٢		٧٨,٧٠		٤	٤	٦,١٦		١٩,٦٧		٠,٥٥	١,٦٦
		داخل المجموعات	١١٢٨,٢٧		٧٥٩,٥٢		٦٨	٦٤	١٦,٦٤		١١,٨٧			
	مدة المرض	بين المجموعات	١٣,٦٢		١٥,٢٢		٢	٢	٦,٨١		٧,٦١		٠,٤١	٠,٥٩
		داخل المجموعات	١٠٤٠,١٥		٧٧٢,٨٠		٦٣	٦٤	١٦,٥١		١٢,٠٩			
حدة التابع	العمر	بين المجموعات	١١,٢٢		١,٦٧		٢	٢	٥,٥٩		٠,٨٤		٠,٩٥	٠,١٤
		داخل المجموعات	٢٨١,٤١		٢٨٦,١٨		٦٥	٦٣	٤,٣٢		٤,١٣			
	المستوى التعليمي	بين المجموعات	٥٨,٧٤		٥,١٥		٣	٣	١٩,٤٩		١,٠٧٢		٥٢,٥٥	٠,٢٨
		داخل المجموعات	٣٦١,٨٢		٣٩٥,٠٦		٦٦	٦٥	٥,٤٨		٦,٠٨			
	طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	٥٩,٤٩		٥,٩٢		٤	٤	١٤,٨٢		١,٤٨		٢,٧٦	٠,٢٥
		داخل المجموعات	٣٦٥,٢٧		٣٩٤,٢٨		٦٨	٦٤	٥,٣٨		٦,١٦			
	مدة المرض	بين المجموعات	١٧,٢٥		٢٦,٨٤		٢	٢	٨,٦٢		١٣,٤٢		٢,٤٥	٢,٤٥
		داخل المجموعات	٢٨١,١١		٣٤٩,٢٣		٦٣	٦٤	٦,٠٥		٥,٤٧			

يتبـــع

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 295

تابع الجدول رقم (٨)

البعد	المصدر	مجموع المربعات		درجات الحرية		متوسط المربعات		قيمة ف	
		الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
العمر	بين المجموعات	١١,٣٢	٩,٣٨	٢	٢	٥,٦٦	٤,٦٩	١,١٧	١,٣٥
	داخل المجموعات	٢٢٠,٤٩	٢١٨,٩٦	٦٥	٦٥	٣,٣٩	٣,٤٢		
المستوى التعليمي	بين المجموعات	٢,٨٩	٥,١٥	٣	٣	٧,٦٣	١,٧٢	٠,٧٥	٠,٤٨
	داخل المجموعات	٢٣٢,٤١	٢٣٤,٨٤	٦٤	٦٥	٣,٥٢	٣,٦١		
طبيعة الاضطراب	بين المجموعات	١٣,٠١	٢٠,٤٩	٤	٤	٣,٢٥	٥,١٢	٠,٩٤	١,٤٩
	داخل المجموعات	٢٣٦,٧٢	٢١٩,٥٩	٦٨	٦٤	٣,٤٨	٣,٤٣		
مدة المرض	بين المجموعات	٥,١٢	٥,٤٠	٢	٢	٢,٥٦	٥,١٢	٠,٧١	١,٤٩
	داخل المجموعات	٢٢٩,٣٢	٢٢٩,٥٨	٦٣	٦٤	٣,٦٤	٣,٤٣		

الجدول رقم (٩)

اختبار (ت) للفروق بين المرضى النفسيين الذكور، والإناث في إدراكهم للعوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية

البعد	المجموعة	العدد		المتوسط	الانحراف	المعياري	قيمة (ت)	
		الذكور	الإناث	الذكور	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
الدرجة الكلية	غير المتزوجين	٣٨	٣٤	٤٩,٢٦	١٦,٣٦	٩,٠٣	٠,٣٦	٠,٩٦
	المتزوجون	٣٣	٣٣	٤٨,٣٩	٨,٨٤	١٠,٨		
إدراكات المريض	غير المتزوجين	٣٨	٣٤	١٩,٠٣	٤,٠٩٤	٤,٤٨	٠,٧٣	١,٥٢
	المتزوجون	٣٣	٣٣	١٨,٢٤	٤,٤٠٩	٤,٧٣		
طبيعة الأسلوب	غير المتزوجين	٣٨	٣٤	١٥,٤٢	٤,٤٦	٣,٤١	٠,٧١	٠,٣٩
	المتزوجون	٣٣	٣٣	١٦,٠٩	٣,٥١	٣,٧٠		
معاملة المعالج	غير المتزوجين	٣٨	٣٤	٧,٧٤	٢,٦١	١,٩٩	١,٤٤	٠,٦٨
	المتزوجون	٣٣	٣٣	٦,٩١	٢,٧٠	٢,٧٩		
العلاج الدوائي	غير المتزوجين	٣٨	٣٤	٧,٠٨	٢,٠٩	١,٨٦	٠,١٧	٢,٠٤*
	المتزوجون	٣٣	٣٣	٧,١٥	١,٥٦	١,٨٦		

الفرض الخامس : وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بعد معاملة المعالج المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض. ولقد قام الباحث باستخدام أسلوبي تحليل التباين الأحادي، واختبارستز لفحص الفرض، وقد أظهرت بيانات الجدول رقم (٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور في إدراكهم لعوامل بعد معاملة المعالجين المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي تعزى إلى اختلاف متغيري

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 296

المستوى التعليمي، وطبيعة الاضطراب، حيث بلغت قيمتي ف (٣,٥٥ و٢,٦٧) على التوالي عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ومن أجل الكشف عن مصدر التباين فقد قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة بين متوسطات المستويات التعليمية، وقد أظهرت بيانات الجدول رقم (١٠) وجود فروق دالة في المتوسطات لصالح فئة الجامعيين (٨,٦٠) مقارنة بفئة الابتدائية (٥,٧٢) ولعل التفسير المحتمل لذلك هو أن المرضى الذين يحملون مؤهلات جامعية، أو أكثر يتوقعون معاملة أفضل من المعالجين، معاملة تتسم باحترام الآراء، والتقدير، والنظر إلى ظروفهم الصحية بصورة تعكس اهتمامهم وتعاملهم المهني، وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه كل من شنايدر (Schneider,1987) وموهل وزملائه (Mohl, et al.,1991) وتشنق وزملائه(Chung, Pardeck & Murpgy, 1995) وكورسي وزملائه (Coursey, et al., 1995) أيضاً قد يكون من المناسب الإشارة إلى أن ما يحدث من المعالجين في تعاملاتهم قد يعود إلى أن بعضاً منهم لايزالون حديثي العهد بممارسة العلاج النفسي، وأن خبراتهم مازالت محدودة، مما يجعلهم في بعض الأحيان يتصرفون بطرق تعكس محاولات إثبات ذواتهم، وإظهار قدراتهم ومهاراتهم واستعجال النتائج على حساب التعامل المهني الملائم مع العميل، وهو على ما يبدو أمر قد يجعل المرضى يفسرون ذلك بعدم تقدير المعالج لوجهة نظرهم، أو مرئياتهم، أما فيما يتعلق بإدراكات المريضات لعوامل بعد معاملة المعالجين، فلم تظهر بيانات الجدولين رقمي (٨) ، (٩) وجود فروق لها دلالة إحصائية يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى ا لتعليمي، وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض .

أما فيما يتعلق بمتغير طبيعة الاضطراب، فقد قام الباحث باستخدام اختبار بونفروني للمقارنات المتعددة للكشف عن مصدر التباين بين الفئات المرضية الخمس، وقد أظهرت بيانات الجدول رقم (١١) وجود فروق جوهرية في المتوسطات لصالح فئة مرضى الرهاب الاجتماعي (٨,٥) مقارنة بمرضى الاكتئاب (٥,٩)، ويمكن تفسير ذلك من خلال فهم أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي، والتي تتسم بالسلوكات التجنبية، أو الهروبية من مواجهة الناس، وخشية المريض الحديث مع الغرباء، في حين أن الاكتئابيين يميلون إلى لوم الذات، وجلدها أكثر من توجيه الملاحظات السلبية والانتقادات للآخرين، مما يعني أنهم لن يتهموا المعالجين النفسيين بالتقصير، أو سوء المعاملة، كما هو الحال مع حالات الرهاب الاجتماعي .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 297

الجدول رقم (١٠)

نتائج اختبار شيفية للكشف عن الفروق بين المرضى الذكور في إدراكهم لعوامل بعد معاملة المعالجين المؤدية إلى عدم الإقبال باختلاف المستوى التعليمي

#	المستوى التعليمي	المتوسط	١	٢	٣	٤
١	ابتدائي فأقل	٥,٧٢				
٢	المتوسط	٧,٨٢				
٣	الثانوي	٦,٩٥				
٤	جامعي فأكثر	٨,٦٠	*			

الجدول رقم (١١)

نتائج اختبار بونفروني للكشف عن الفروق بين متوسطات المرضى الذكور في إدراكهم لعوامل بعد المعالجة المؤدية إلى عدم الإقبال باختلاف التشخيص

#	الفئة التشخيصية	المتوسط	١	٢	٣	٤	٥
١	القلق	٧,٨٢					
٢	الرهاب	٨,٥٠				*	
٣	الوسواس	٧,٨٨					
٤	الاكتئاب	٥,٩٤					
٥	أخرى	٧,١٨					

الفرض السادس : وينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذكور، أو الإناث في إدراكهم لعوامل بعد الأسلوب الدوائي المؤدية لعدم الإقبال على العلاج النفسي يمكن أن تعزى إلى اختلاف متغيرات العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو المستوى التعليمي، أو طبيعة الاضطراب، أو مدة المرض .

ولقد قام الباحث باستخدام أسلوبي تحليل التباين الأحادي، واختبار «ت»؛ لفحص الفرض والذي تم قبوله فيما يتعلق بالذكور حيث لم تظهر فروق دالة في إدراكاتهم لعوامل بعد الأسلوب الدوائي يمكن أن تنسب إلى متغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي وطبيعة الاضطراب، ومدة المرض، كما يظهر من بيانات الجدولين رقمي (٨) ، و(٩). أما فيما يتصل بإدراكات المريضات لعوامل بعد الأسلوب الدوائي فقد تحقق الفرض جزئياً، حيث أظهرت بيانات الجدول رقم (٨) عدم وجود فروق دالة في متغيرات العمر، أو المستوى التعليمي، أو طبيعة الاضطراب، أو مدة المرض، ولكن بيانات

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 298

الجدول رقم (٩) أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المريضات المتزوجات، وفئة غير المتزوجات في إدراكهن لعوامل بعد الأسلوب الدوائي المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي، لصالح فئة غير المتزوجات (٧,٤٤)، مقارنة بمتوسط المتزوجات (٦,٥٢) ويرى الباحث أن هذا الفرق الجوهري يعود لوجود نسبة من النساء المتعلمات من صغار السن في فئة غير المتزوجات، ممن لهن اطلاع واسع، ولديهن وعي عام بالآثار الجانبية للعلاجات الدوائية، إضافة إلى معرفتهن بوجود أساليب وأنواع أخرى من العلاجات غير الدوائية.

الخلاصة

لقد جاءت نتائج التحليل الإحصائي لأسئلة الدراسة وفروضها لتؤكد في معظمها الاعتقاد السائد في أوساط عامة الناس، ولدى بعض المهتمين بشئون الصحة النفسية من أن ما تحققه العلاجات الكيماوية من نتائج فورية وإيجابية تتمثل بتخفيف معاناة المرضى من آلام وأعراض الاضطرابات النفسية، تجعل هؤلاء المرضى لا يبحثون عن خيار، أو بديل آخر، خاصة إذا كان هذا العلاج البديل سيكبدهم الكثير من الجهد والمشقة، ويتطلب زيارات كثيرة، وقضاء أوقات طويلة في جلسات نفسية متعددة، كما يظهر في العوامل الثاني والثالث، والرابع من عوامل عدم الإقبال على العلاج النفسي .

إن ما يكتنف عملية العلاج النفسي من صعوبات في التنفيذ، وما تتطلبه من ضرورة المثابرة، وتحمل المسئولية من قبل المريض، كما يتضح في العاملين الرابع، والثامن، علاوة على ما ذكر عن طول مدد الجلسات، وكثرتها، إضافة إلى ما تتطلبه من بوح ذاتي، وأحاديث خاصة عن أمور شخصية، وما يطبق في هذه الجلسات من أساليب وفنيات قد لا تتناسب مع ثقافة بعض المرضى، كما ظهر في العاملين السابع، والعاشر، علاوة على التأخر المتوقع في ظهور نتائج إيجابية ملموسة، كلها تشكل منظومة عوامل متناسقة ومتناغمة مع بعضها بعضاً، تجعل هؤلاء المرضى لا يقبلون على العلاجات النفسية، خاصة في ظل ظهور آثار إيجابية للعلاجات الكيماوية، وتعودهم عليها، كما يقرون بذلك في العامل السادس . إن عدم إدراك المرضى لقيمة العلاجات النفسية، وعدم وعيهم بطبيعتها، والذي قد يكون له علاقة بمحدودية انتشارها، كما يتضح من العاملين التاسع، والحادي عشر، كلها عوامل تجعل أمر التغيير، أو البحث عن علاج بديل لا يدور بخلد الكثيرين منهم، خاصة وقد ارتبط

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 299

في أذهان غالبية الناس، وعلى مدى عقود طويلة من السنين أن العلاجات المؤثرة والفاعلة هي العلاجات العضوية الدوائية العقاقيرية، والكيماوية.

إن ثقافة العلاج في المجتمعات العربية ترتبط بالأعراض الجسمانية، وكيفية التخلص منها باستخدام العلاجات العضوية الكيماوية، والعقاقيرية، والتي تخفف الآلام، أو تزيلها في وقت قصير دونما عناء أو مشقة، وهو ما ألفه الناس وتعودوا عليه بغض النظر عن مدى فاعلية هذا العلاج، أو جدواه على المدى البعيد . من هنا يمكن القول إجمالاً : إنَّ نتيجة المعالجات الإحصائية لبيانات هذه الدراسة قد أظهرت أن هناك ثلاثة عوامل رئيسة لها دور مؤثر في عدم إقبال المرضى النفسيين على العلاج النفسي، وهي عوامل تتعلق بإيجابية العلاجات الكيماوية، وتعود الناس عليها، وعوامل أخرى ترتبط بإجراءات وخصائص العلاجات النفسية ذاتها، مثل: كثرة الجلسات، وطول مددها، وما تتطلبه من جهد ومثابرة وانتظام إلى عدم ظهور، إضافة إلى نتائج إيجابية ملموسة في وقت قصير، كذلك الحال مع العوامل المرتبطة بإدراكات المرضى، وعدم فهمهم لطبيعة العلاجات النفسية، وما تتطلبه من انكشاف ذاتي، وتحمل للمسئولية الشخصية، وتطبيق لطرق وفنيات قد لا تتناسب مع ثقافة المجتمع المحلي .

وأخيراً وفي ضوء ما تمخضت عنه نتائج هذه الدراسة من وجود عدد من العوامل التي لها علاقة بعدم إقبال المرضى النفسيين على العلاجات النفسية بمختلف أنواعها وأساليبها، يقترح الباحث بعض الإجراءات التي يمكن أن تساعد على تحسين الوضع الراهن، هي :

١- تبصير المرضى وتوعيتهم بجدوى العلاجات النفسية والتنبيه على أن العلاجات الكيماوية وإن كانت مفيدة وضرورية لعلاج بعض الحالات المرضية، أو مناسبة للاستعمال في بعض المُدد المرضية، إلا أنه ليس بالضرورة أن تكون مناسبة لكل الحالات، وفي كل الأوقات . إذن فالباحث يتوقع من المعالجين أن يركزوا في تدخلاتهم على تحسين استبصار المرضى بطبيعة اضطراباتهم، وحاجتهم إلى أساليب متنوعة من العلاجات الطويلة والمستمرة، وقد تكون طريقة المزاوجة بين العلاج الكيماوي، والعلاج النفسي هي أحد الخيارات المناسبة؛ لتشجيع المرضى على الاستمرارية في العلاجات النفسية، واستكشاف جوانبها الإيجابية مع مرور الوقت .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 300

٢- اتخاذ إجراءات فنية، وتدابير إدارية داخل العيادات تضمن توفير بيئة علاجية ملائمة تشعر المرضى بوجود عمل مهني منظم، سواء فيما يتعلق بتحسين مستوى التجهيزات، أو المحافظة على سرية المعلومات، أو حتى تنظيم إجراءات تحويل المرضى بين الأطباء والمتخصصين النفسيين؛ لتطبيق مختلف الأساليب العلاجية.

٣- تتطلب عملية ممارسة العلاج النفسي كفاءة ومستوى عالياً من التأهيل العلمي، والعملي، والمهني في الطب النفسي، أو علم النفس الإكلينيكي، أو الإرشادي، تمكن المعالج من ممارسة العلاج النفسي، وإجادة تطبيق فنياته وأساليبه؛ لذلك يجب أن تتم مراعاة جوانب واعتبارات معينة فيمن يتصدى لعملية العلاج، كالخبرة، والاستعداد الشخصي، والنضج الانفعالي، والتمتع بالقيم، والروح المهنية، وغيرها، حتى يمكن له تقديم عمل مهني مناسب لا يترك صوراً وانطباعات سلبية عن العلاج والمعالجين.

٤- من أجل تحقيق مستوى مناسب من التفاعل والتجاوب بين المعالجين وعملائهم، ومن أجل التخطيط للوصول إلى معدلات عالية من الانتشار والقبول، ينبغي للمعالجين النفسيين من أطباء، ومتخصصين توخي الدقة عند اختيار الأساليب العلاجية لمرضاهم، حيث يرى بعض المتخصصين ملاءمة أساليب العلاج ذات الاتجاه المباشر، كالعلاجات السلوكية، والواقعية، والمعرفية السلوكية لثقافة المجتمع العربي، خاصة إذا عرفنا أن تطبيقات هذه الأساليب تقوم على مبادئ التعلم التي تمنح المعالج دوراً محورياً وحيوياً نشطاً في العملية العلاجية يماهي إلى حد كبير دور الأب مع أبنائه، أو أسلوب المعلم مع طلابه، حيث يقوم المعالج بالتوجيه، والتأويل، والإرشاد، والمشاركة الفاعلة في فعاليات الجلسة العلاجية، وذلك على النقيض من تلك الأساليب العلاجية ذات الاتجاه غير المباشر، والتي تتطلب مستوى عالياً من التصورات التجريدية، والقدرات الاستكشافية، وهو الشئ الذي قد لا يتوافر لدى غالبية الحالات المرضية في مجتمعاتنا العربية. إن اختيار طرق علاجية، وتطبيق فنيات مستوحاة في بعض منها من تراث وثقافة الأمة، وتتناسب مع الإمكانات الذهنية، والفكرية، والاجتماعية للمرضى من شأنه أن يساعد إلى حد كبير على تحقيق نتائج طيبة وملموسة، ترفع من معدلات انتشار العلاج النفسي في أوساط المراجعين، وتحسن الصورة السلبية عن العلاج والصحة النفسية لدى الناس بشكل عام.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 301

المراجـــع

إبراهيم، عبدالستار وعسكر، عبد الله .(١٩٩٩). **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي** (الطبعة الثانية). القاهرة : مطبعة الأنجلو المصرية .

الجلبي، قتيبة واليحيا، فهد .(١٩٩٦). **العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي**. الرياض: الشركة الإعلامية للطباعة والنشر .

حجازي، مصطفى .(٢٠٠٠). **الصحة النفسية : منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة**. الدار البيضاء : المركز الثقافي العربي .

جمل الليل، محمد .(٢٠٠١). طرق العلاج النفسي المستخدمة من قبل الأطباء النفسانيين بالمملكة العربية السعودية. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، ١٣** (١)، ٦٥–٩١ .

الدليم، فهد .(٢٠٠١). معوقات انتشار تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي. **مجلة رسالة التربية وعلم النفس** (الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية). العدد السادس عشر، ص ص ١– ٥٢ .

الربيعة، فهد .(١٩٩٩). دور المتخصص النفسي الإكلينيكي في عمليتي التشخيص والعلاج. **مجلة الآداب والعلوم الإنسانية** (جامعة المنيا) . العدد الثالث والثلاثون، ص ص ٩–٥٢ .

الزراد، فيصل .(١٩٨٤). **علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية**. بيروت: دار العلم للملايين .

زهران، حامد .(٢٠٠١). **الصحة النفسية والعلاج النفسي** . القاهرة : عالم الكتب .

الزيادي، محمود .(١٩٦٩). **علم النفس الإكلينيكي** . القاهرة : الأنجلو المصرية .

شربتجي، فادية .(١٩٨٧). **فاعلية العلاج النفسي المعرفي السلوكي مع حالات الاكتئاب العصابي**. رسالة ماجستير غير منشورة – كلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض.

فرح، عماد وكبره، سعاد .(١٩٩٣). **العوامل المتعلقة بانقطاع المرضى النفسيين عن مراجعة العيادات الخارجية** .(الكتاب الثاني)– سلسلة بحوث ودراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف ص ص ٣٥٣–٣٨٢ .

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 302

الكعبي، موزه .(١٩٩٧). **ممارسة برنامج إسلامي مع حالات القلق** . رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، الرياض .

كفافي، علاء الدين .(١٩٩٨). الثقافة والمرض النفسي. **مجلة علم النفس** . العدد السادس والأربعون .(إبريل، مايو، يونيو)، ص ص ٦–٣٧ .

كمال، علي .(١٩٩٤). **العلاج النفسي قديماً وحديثاً** . بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر .

مليكه، لويس .(١٩٩٧). **العلاج النفسي** : مقدمة وخاتمة . القاهرة : مطبعة فيكتور كراس .

النابلسي، محمد .(٢٠٠٢). **قضايا نفسية اجتماعية : معاداة العلاج النفسي على الطريقة العربية**. مستعاد بتاريخ ٩ فيراير، ٢٠٠٣ في موقع . Ceps50@hotmail.com

نصار، كريستين .(١٩٩٨). **اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي**. بيروت: شركة المطبوعات للتوزيع والنشر .

وزارة الصحة السعودية .(٢٠٠١). **التقرير الإحصائي السنوي للإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية** . الرياض : وزارة الصحة السعودية.

الوهاس، سعيد .(١٩٩١). العلاج النفسي بين الترف والضرورة . **مجلة اليمامة الأسبوعية السعودية** . العدد ١٣٩٧ ص ٣٧ .

Angermeyer, M., Held, T., & Gortler, D. (1993). The pros and cons of psychotherapy and psychotropic drugs as seen by the lay people. **Psychotherapy and Medical Psychology, 43**, 286-292.

Axelrod, S., & Wetzler, S. (1989). Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. **Hospital and Community Psychiatry, 40** (4),397-401.

Chen, A .(1991). Noncompliance in community psychiatry: A review of clinical interventions. **Hospital and Community Psychiatry, 42** (3), 282-286.

Chung, S., Pardeck, J., & Murpgy, J. (1995). Factors associated with premature termination of psychotherapy by children. **Adolescence, 30** (119), 282-286.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 303

Chung, S., Pardeck, J., & Murpgy, J. (1995). Sex differences in dually diagnosis outpatient treatment. **American Journal of Addiction, 4** (3), 243-253.

Corsini, R., & Wedding, D. (1989). **Current psychotherapies** (4th Ed). Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers, Inc.

Coursey, R., Farrell, E., & Zahniser, J. (1991). Consumers attitudes toward psychotherapy, hospitalization, and afftercare. **Health Social Work, 16** (3), 155-161.

Coursey, R., Keller, A., & Fattell, E. (1995) Individual psychotherapy and persons with serious mental illness. **Schizophrenia Bulletin, 21** (2), 283-301.

Daradkeh, T., & Zayer, N. (1993). Can psychiatrists predict non-attenders at out-patient clinics. **The Arab Journal of Psychiatry, 4** (2), 93-98.

Davison, G., & Neale, J. (1994). **Abnormal psychology** (6thed). New York: John Wiley and Sons, Inc.

Edlund, M., Wang, P., Berglund, P. Katz, Slin, E., & Kessler, R. (2002) Dropping out of mental healthe treatment. **American Journal of Psychiatry, 159** (5), 845-850.

Fink, E., & Heckerman, C. (1981). Treatment adherance after brief hospitalization. **Comprehensive Psychiatry, (22)**, 379-386.

Hernik, R. (1980). **The psychotherapy handbook**. New york: Penguin Books. USA, Inc.

Mohl, P., Marinez, D., Ticknor C., Huang, M., & Cardell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. **Journal of Nervous Mental Disease, 179** (8), 478-481.

Raskin, N., & Rogers, C. (1989). Person- centeral therapy. In Corsini, R. & Wedding, D. **Current Psychotherapies** (4th ed). Itasca Illinois: S F. E. Peacock Publishers.

Safren, S., Heimberg, R., & Juster, H. (1987). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive- behavioral group treatment for social phobia. **Journal of Counsulting Clinical Psychology, 65** (4) ,694-698.

NewsLetter No. S28540 12/5/04 4:23 PM Page 304

Schneider, L. (1987). The theory and practice of movie psychiatry. **American Journal of psychiatry, 144**, 996-1002.

Schulte, D. (1993). Public attitudes toward psychotherapy. Journal of **Psychologisch Rundschay, 44**, 201-202.

Strupp, H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researches. **American Psychologist, 44**, 717-724.

Sweet, C., & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. **Hospital and Community Psychiatry, 40** (9), 947-951.

Sydow, K., & Reimer, C. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists psychotherapy; A meta-content analysis. **American Journal of Psychotherapy, 52** (4), 463-488.

Tillett, R. (1996). Psychotherapy assessment and treatment selection. **British Journal of Psychiatry, 168** (1), 10-15.

Vinogradov, S., & Yalom, I. (1989). **Group psychotherapy**. Washington, D.C: American Psychiatric press, Inc.

Wise, M., & Rinn, R. (1983). Premature client termination from psychotherapy as a function of continuity of care. **Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, (5)**, 63-65.

Wolberg, L. (1988). **The technique of psychotherapy** (4th ed). Philadelphia Pennsylvania: Grune and Stratton.