

القلق العام والعبء النفسي لمرافقي المرضى النفسيين في قطاع غزة



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0
International License.

ختام اسماعيل السحار

رسمية صلاح صلاح

نشر إلكترونيًا بتاريخ: ١٥ يناير ٢٠٢٦ م

الملخص

٢- أظهرت النتائج أن مستوى القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين (٨١,٣٠٪) ومستوى القلق العام لدى مرافقي المرضى العضويين (٦١,٦٠٪).
٣- أظهرت النتائج أن مستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين في غزة (٧٩,٦٨٪) ومستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى العضويين (٦٠,٩٠٪).
٤- أظهرت النتائج أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقدير أفراد عينة الدراسة في مستوى القلق العام والعبء النفسي لمرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي).
خرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها:
١- اهتمام وزارة الصحة بتحسين ظروف المستشفيات والعيادات التابعة لها خاصة النفسية.
٢- أهمية وجود تعاون مشترك بين الجامعات الفلسطينية وأقسام علم النفس والجمعيات والمنظمات غير الحكومية لتعزيز وتطوير معايير الصحة النفسية بما يتناسب مع خصوصية الواقع المحلي.
الكلمات المفتاحية: القلق العام، العبء النفسي، مرافقي المرضى النفسيين والعضويين

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق العام والعبء النفسي لمرافقي المرضى النفسيين والعضويين، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض)، وتكونت الدراسة من (١٣٠) مرافقاً نفسياً و(١٣٠) مرافقاً عضوياً، وتم اختيار العينة عشوائياً، واستخدمت الباحثتان المعالجات الإحصائية التالية: (النسب التكرارية، الوزن النسبي، معامل ألفا كرونباخ، معامل ارتباط بيرسون، طريقة التجزئة الكلية، اختبار (T-test) واختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) واختبار شيفيه للمقارنات.
واستخدمت الباحثتان المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، وتم استخدام مقياس القلق العام، ومقياس العبء النفسي من إعداد الباحثتان، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:
١- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (a= 0.05) بين متوسطات تقدير عينة الدراسة لمستوى القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين والعضويين.

burden among caregivers of both psychiatric and somatic patients .

2- Results indicated that 81.30% of caregivers of psychiatric patients experienced high levels of generalized anxiety, compared to 61.60% among caregivers of somatic patients .

3- The level of psychological burden was reported at 79.68% among caregivers of psychiatric patients in Gaza, compared to 60.90% among caregivers of somatic patients .

4- Statistically significant differences were observed in the mean scores of generalized anxiety and psychological burden among caregivers of psychiatric patients, attributable to demographic variables including gender, age, and educational level.

Based on these findings, the study offers the following key recommendations:

1- The Ministry of Health should prioritize improving the conditions of hospitals and clinics, particularly psychiatric facilities .

Enhanced collaboration is needed among Palestinian universities (especially psychology departments)

2- non-governmental organizations, and mental health associations to strengthen and develop culturally appropriate mental health standards that align with local realities

Abstract

This study aimed to assess the levels of generalized anxiety and psychological burden among caregivers of psychiatric and somatic (organic) patients, and to examine their relationship with selected demographic variables (gender, age, educational level, place of residence, marital status, and duration of the patient's illness).

The study sample consisted of 130 caregivers of psychiatric patients and 130 caregivers of somatic patients, selected randomly. The researchers employed the following statistical analyses: frequencies and percentages, relative weight, Cronbach's alpha coefficient, Pearson correlation coefficient, split-half method, independent samples t-test, one-way ANOVA, and Scheffé's post-hoc test.

A descriptive-analytical research design was adopted. The researchers developed and utilized two instruments: a Generalized Anxiety Scale and a Psychological Burden Scale.

Key findings of the study include:

1- A statistically significant positive correlation (at $\alpha = 0.05$) was found between the mean scores of generalized anxiety and psychological

والحقيقة أن القلق يعد عرضاً لكثير من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على الجوانب الشخصية، وهو محور أساسي في جميع الاضطرابات العصبية والعقلية والانحرافات السلوكية، وعائق يحول بين الإنسان وقدرته، بالإضافة إلى تأثيره السلبي على مجالات الحياة المختلفة (أبو عزب، ٢٠٠٨م، ص ٣).

تبدأ معاناة المصابين باضطرابات القلق من الشعور بالضيق والتوتر وتفشي الروح الانهزامية واختلال في العادات الروتينية الأسرية، والأنشطة الترويجية والعلاقات الشخصية المتبادلة، ومن ثمّ التداخلات والاعتراضات في الأنشطة الأسرية التي تؤدي إلى فقدان المودة أو الشقاق الزوجي أو المعاداة بين الأشقاء. (ديفيدجي، ودوزيس، ٢٠١٥م).

ومما لا شك فيه أن اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية السائدة، حيث إن هذه الاضطرابات تسبب خللاً كبيراً لدى الفرد المصاب وتسبب له شعور الكدر والضيق، فمشكلة القلق تمتد إلى أبعد من مجرد تشخيص اضطرابات القلق حيث يكون عرضاً لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية (Freeman, et al., 1993, P. 120).

ونجد أن العبء النفسي يرافق حياة الإنسان التي لا تخلو من الصعوبات سواء كانت مادية أو معنوية، وتصبح ذات تأثير مشترك ومباشر ما بين الصحة النفسية والأعراض الجسدية، كما وأصبحت كلمة عبء نفسي لها تأثير سلبي بارز في ظهور الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، التي تنعكس بشكل مباشر على الصحة الجسدية، وإن تقييم العبء النفسي يشكل تهديداً على الحالة الفردية لعدم التوافق المحتمل بين الموارد المطلوبة والمتاحة للتعامل مع هذا العبء والذي يحتاج للتعزيز أحياناً بنوع

يبدو أنّ ظاهرة الاضطرابات النفسية ليست وليدة العصر الحديث بمدّيته المعقدة، وإنما يوجد دلائل كثيرة تعكس معاناة الأفراد من تلك الاضطرابات منذ العصور الأولى للتاريخ، كما أن النظرة إلى الاضطرابات النفسية وأسبابها وطرق علاجها وكيفية التعامل معها كانت تختلف عما هي عليه الآن؛ بسبب المعتقدات التي تفسر حدوث الاضطرابات على أساس وجود أرواح شريرة تدخل الجسم وتسبب اضطراب في وظائفه النفسية والعقلية.

وقد أدى تعاظم التحديات الحياتية المعاصرة وتعقيد الحياة المدنية بشكل غير مسبوق، وتضاعف المتطلبات والضغوطات المفروضة على الأشخاص إلى جعل مسألة التكيف والقدرة على إدارة دفة الحياة تتطلب توظيفاً للقدرة لمساعدة أنفسهم على مجابهة هذه التحديات، وإذا ما تعاظمت هذه الضغوطات وكانت أعلى من قدراتهم التكيفية أصبح موضوع الصحة النفسية في خطر وخاصة أن العبء النفسي يؤدي إلى زيادة المشاكل والتي بدورها تعزز وجود اضطراب القلق لدى الأفراد وخفض المناعة النفسية وتدهور في الصحة العامة لدى الأشخاص (الغامدي، ٢٠١٠م، ص ١٢٥).

لقد أصبحت ظاهرة القلق العام من الظواهر النفسية المنتشرة؛ ما زاد اهتمام العلماء لدراسة هذه الظاهرة في السنوات القليلة الماضية؛ بملاحظتهم أن اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية السائدة، والتي تسبب خللاً كبيراً لدى الأفراد المصابين، وخاصة أننا في عصر السرعة الذي يتصف بالأحداث المتسارعة مما يزيد المشكلة تعقيداً (الزعلان، ٢٠١٥م، ص ١٠).

من الحماية من قبل البيئة المحيطة لاجتياز العقبة بطريقة سريعة ومُرضية، للتغلب على العوامل المسببة في ظهور العبء النفسي كحي لا تتضاعف الجهود وتتكسر المحاولات في الالتفاف حول العقبة واستهداف الهدف المعوق بآخر أو تأجيل إرضاء الدافع وبالتالي فإن الأزمات تنشئ الأعباء النفسية التي تزيد من سوء نوعية الحياة للأفراد (Zaheer, et al., 2015).

وتعد ظاهرة العبء النفسي كبقية الظواهر مثل القلق والإحباط، هو نتيجة ملازمة للوجود الإنساني ولا يكون وجودها دائماً على نحو سلبي، لكن الهروب منها يعني بوضوح نقص فعاليات الفرد في مواجهتها، وإخفاقه في التكيف مع ظروف الحياة.

وقد يتضاعف شعور الفرد بالتوتر والعبء النفسي في حال انخفاض قدرته على تحمل العبء ومواجهتها (نعيمية، طايبي، ٢٠٠٧م، ص ١٢)

كما يعد العبء النفسي من ظواهر الحياة التي يتعرض لها الإنسان في مواقف متباينة تتطلب منه التوافق النفسي مع البيئة المحيطة به، وقد أشار (العيسوي) إلى أن الظروف البيئية لها تأثير واضح على مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية والعقلية، ولاسيما أنه منذ ولادته يتعرض لكثير من الخبرات القاسية المرتبطة غالباً بفكرة العجز والخوف من تطور الحالة إلى الأخطر، وذلك على اعتبار أن الصحة النفسية والجسدية قيمة يسعى الإنسان دوماً للوصول إليها والحفاظ عليها (العيسوي، ١٩٩٢م، ص ٢٥٠).

وقد استخدم الباحثون العديد من المفردات لتعريف هذه الكلمة، فبالإضافة إلى العبء تستخدم (الغُصاب، الشدة، الكُرب، الضائقة، الاضطهاد، المشقة، التوتر، التأزم النفسي،

التعب النفسي، الضغط الانفعالي، الأزمة) وهذه المفردات كلها لها علاقة بالعبء وتعب عنها، وهو ما أدى إلى صعوبة إعطاء تعريف محدد لمفهوم العبء.

ويبرر لازروس (Lazros) هذه التعددية إلى كثرة الميادين والمجالات المستخدم فيها هذا المفهوم (عاشور، ٢٠١٢م، ص ١٨٨).

وقد ينشأ العبء من الشخص نفسه؛ نتيجة الأزمات التي يعيشها، أو نتيجة التفاعل بين الفرد ومجموعة العوامل الخارجية أو الداخلية أو الشخصية، أو اضطرابات أسريّة يواجهها أو ضغوطات تشمل مناحي الحياة التي يعيشها الفرد، وتتضمن النواحي الاقتصادية والاجتماعية والنفسية وتترك آثاراً سلبية مدمرة ومهددة للحياة (صباح، ٢٠١٦م، ص ١٧).

وبالرغم من اتحاد الظروف الفيزيائية المحيطة بنا جميعاً، فإن لكل فرد نمطه الخاص وأسلوبه في التكيف مع العبء، مرتبطة بذلك بسن الفرد وجنسه ومستواه الاقتصادي والاجتماعي ووظيفته وسماته وطموحاته، وبذلك تتوقف مسألة معاناة الفرد من العبء وقدرته على تحملها بمقدار فهمه ووعيه وإدراكه لها (العيسوي، ١٩٩٢م، ص ١١٧).

وقد يحدث تغيير ما يؤثر على نمط الحياة ومخططات الفرد بما لا يتناسب مع قدرته لإحداث التوافق المطلوب ومن هذه التغيرات ظهور شخص مريض في الأسرة، مما يجعل الأهل في حالة من الخوف والشعور بالتهديد الدائم، والحاجة إلى إعادة تنظيم حياة الأسرة لرعاية المريض (بلوط، ٢٠١١م، ص ٩).

إن العيش مع مريض قد يضع أعباءً كثيرة وقيود مفروضة على بقية أفراد الأسرة، وإن مرافقي المرضى لا يتعرضون لأعباء تتعلق بالمرض فقط، ولكنهم يواجهون أعباءً ناتجة من

أدوارهم العائلية، حيث إن الأعباء المرضية في الحياة اليومية تقلل من جودة الحياة الأسرية (مقداد ٢٠١٥م، ص ٥٢).

وقد تعد الأمراض من المشاكل التي تواجهها المجتمعات الإنسانية ولكن تختلف في نسبة تهديدها على حياة الفرد، وتتمثل في وجود أمراض خطيرة يصاحبها شعور بالتهديد الدائم الذي يقع على كاهل المرافق الأكثر رعاية للمريض غالباً، مسبباً تحديات هائلة وصراعاً نفسياً داخلياً يزيد القلق أثناء رعاية المريض، (بلوط، ٢٠١١م، ص ٢).

ومن هنا تبرز أهمية تمتع الأفراد بصحة نفسية جيدة، فالأسرة أقدم مؤسسة عرفها الإنسان، وهي اللبنة الأولى التي من خلالها يتم صقل شخصية الأفراد.

كما وضع الحديث النبوي الشريف أهمية الدعم الأسري من خلال إعانة الأفراد بعضهم البعض عن عبد الله بن عمرو -رضي الله عنهما-: «أَنَّ سَمِعَ رَسُولَ اللَّهِ ﷺ يَقُولُ: (كُلُّكُمْ رَاعٍ وَمَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، فَلِإِمَامٍ رَاعٍ وَهُوَ مَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، وَالرَّجُلُ فِي أَهْلِهِ رَاعٍ وَهُوَ مَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، وَالْمَرْأَةُ فِي بَيْتِ زَوْجِهَا رَاعِيَةٌ وَهِيَ مَسْتَوْوَةٌ عَنْ رَعِيَّتِهَا، وَالخَادِمُ فِي مَالِ سَيِّدِهِ رَاعٍ وَهُوَ مَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ»، قَالَ: فَسَمِعْتُ هَؤُلَاءِ مِنْ رَسُولِ اللَّهِ ﷺ، وَأَحْسِبُ النَّبِيَّ ﷺ قَالَ: «وَالرَّجُلُ فِي مَالِ أَبِيهِ رَاعٍ وَهُوَ مَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، فَكُلُّكُمْ رَاعٍ وَكُلُّكُمْ مَسْتَوْوٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ» (البخاري، ١٢٠/٣: رقم الحديث ٢٤٠٩).

ويرى (المغلوث) أنّ مرافقي الأمراض الخطيرة والمزمنة بحاجة لتفهم وضعهم النفسي المتأزم باستمرار، وبحاجة للرعاية والتقدير والاهتمام من المحيطين بهم غير المرضى، سواء من داخل الأسرة أو رعاية خارجية خاصة من قبل اختصاصيين، والعمل

بفاعلية لتحقيق التوازن، ومساعدتهم على التكيف لتخفيف الأعباء والعبء الواقعة عليهم (المغلوث، ٢٠٠٣م، ص ١٣). وبعد اطلاع الباحثان على العديد من الدراسات السابقة (غراب، ٢٠١٥)، (نوفل، ٢٠١٦)، (قويدر، ٢٠١٨)، (فسيفس، ٢٠١٦) التي تناولت متغيرات البحث، ومن خلال مقابلة كثير من مرافقي المرضى النفسيين والعضويين، لاحظت الباحثان ظهور ملامح الإعياء والحزن والإرهاق النفسي والبدني على مرافقي المرضى النفسيين والعضويين، ولكن هذه الملامح تظهر جليّة على مرافقي المرضى النفسيين خاصة؛ مما يزيد الأعباء على كاهلهم، وتتمثل هذه الأعراض في شدتها وزيادتها من نظرة المجتمع إلى المريض النفسي.

ولأن سلامة العلاقات الاجتماعية بين الفرد والجماعة تحتل مكان الصدارة في أثرها على الصحة النفسية للفرد، وقد يأتي ذلك من ضعف المنهج الوقائي في محاولة توفير الإجراءات الخاصة للنمو النفسي السوي، وكذلك نمو المهارات الأساسية والمساندة أثناء الفترة الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة، والذي ينعكس سلباً على الصحة النفسية والبدنية لمرافقي المرضى النفسيين، والتي تعتمد معاناتهم من أن مرضاهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات، وعدم قدرتهم على تحمل أعباء الحياة، والاعتماد بشكل كامل على مرافقيهم، ولربما اختلاف هذه المشاعر تجاه المرضى النفسيين وما يحيط بهم من مخاوف دفع الباحثان للكشف وإلقاء الضوء عن أسباب الصعوبات التي تواجه مرافقي المرضى النفسيين

في ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي: -

هل توجد فروق دالة إحصائياً في القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين؟

ويتفرع من هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية: -

١- ما مستوى القلق العام لدى عينة من مرافقي المرضى النفسيين؟

٢- ما مستوى العبء النفسي لدى عينة من مرافقي المرضى النفسيين؟

٣- هل توجد علاقة دالة إحصائياً بين القلق العام والعبء النفسي لدى كل من مرافقي المرضى النفسيين؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تُعزى لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض، صلة القرابة)؟

٥- هل توجد فروق دالة إحصائياً في العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين تُعزى لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض، صلة القرابة)؟

* أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في جانبين: -

* الأهمية النظرية

١- تعد الدراسة من الدراسات التي تناولت موضوعاً يهتم بشريحة من شرائح المجتمع الفلسطيني، والذي توالى عليه أزمات كثيرة أثرت على جميع مناحي الحياة وتسببت بوجود أزمات اجتماعية ونفسية عديدة.

٢- مساهمة هذه الدراسة في توفير المعلومات لوضع خطط وسياسات خاصة من قبل المسؤولين وصناع القرار، لتقديم الدعم

والخدمات سعياً لسعادة الإنسان ورفاهيته وبخاصة أهالي المرضى النفسيين.

٣- إعطاء مؤشرات ومعلومات للمؤسسات المعنية والتي تساهم في تقديم الخدمات الطبية والمساعدات الاجتماعية للمرضى وذويهم وتعينهم على التخفيف من الأعباء التي تقع على كاهلهم، ونخص بالذكر رفع جودة الخدمة المقدمة من المستشفيات وخاصة مستشفى الطب النفسي وخاصة في الآونة الأخيرة التي تتسارع فيها الأحداث الضاغطة جراء التطورات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والتي تؤثر بشكل مباشر على هذه الشريحة من أفراد المجتمع الفلسطيني.

* الأهمية التطبيقية

١- ندرة الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة حسب علم الباحثان.

٢- توجيه أنظار الباحثين وصناع القرار إلى دراسة هذه الموضوعات آخذين بعين الاعتبار التطور المعرفي في ميدان علم النفس للاستفادة لصالح هذه الفئة.

٣- التحقق من علاقة القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين وتشجيعاً على القيام بتصميم برامج تجريبية للتخفيف من القلق والعبء لدى هذه الشريحة.

٤- من خلال نتائج الدراسة يمكن تسليط الضوء على الصعوبات التي تواجه مرافقي المرضى النفسيين، وهم من يطلق عليهم (المرضى الكامنين)، والوصول إلى توصيات تساعد العاملين في المجال على اختيار أفضل الطرق لتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم.

٥- أن تكون عامل وقائي وعلاجي يفيد مرافقي المرضى في الاتجاهين الوقائي والعلاجي بهدف زيادة القدرة على التكيف

مع القلق والعبء النفسي التي يواجهها المرضى بإكسابهم مهارات وأساليب عملية منظمة تتناسب مع بيئتهم.

٦- تفعيل دور الإعلام من خلال البرامج التوعوية التي تعنى بنشر الوعي اللازم والمهم، والوصول إلى كل أطراف المجتمع بهدف المعرفة الحقيقية للأمراض وخاصةً الأمراض النفسية.

* أهداف الدراسة

١- دراسة الفروق في القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين.

٢- التعرف على مستوى القلق العام لدى عينة من مرافقي المرضى النفسيين.

٣- التعرف على مستوى العبء النفسي لدى عينة من مرافقي المرضى النفسيين.

٤- دراسة العلاقة بين القلق العام والعبء النفسي لدى كل من مرافقي المرضى النفسيين.

٥- دراسة الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض، صلة القرابة).

٦- دراسة الفروق في العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض، صلة القرابة).

* مصطلحات الدراسة

١- **القلق العام**: حالة توتر مستمرة نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو وهمي قد يحدث ويصاحبه شعور غامض من الخوف مع

توقع حدوث كارثة تؤدي إلى ظهور بعض الأعراض نفس جسمية (زهران، ٢٠٠٥م، ص ٤٨٤).

التعريف الإجرائي: القلق هو حالة داخلية مؤلمة، تنشأ نتيجة صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف، أسبابها ظاهرة أو غامضة، تُحدث حالة من التوتر والعصبية التي بدورها تؤثر على الحالة النفسية والجسمية للفرد؛ مسببة العديد من المشاكل الصحية كأوجاع صدرية واضطرابات النوم وانفعالات حادة وإرهاق البدن، مما يؤثر في سلوك الفرد من عدم القدرة على التكيف الأسري والاجتماعي.

٢- **العبء النفسي**: هو العجز عن السيطرة على المواقف الضاغطة والأعراض المسببة لمشاعر التوتر والضيق والقلق. (Zaheer, et al., 2015)

التعريف الإجرائي: هو الشعور بعدم الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية بسبب عجز وضعف الفرد خلال عملية التفاعل بما لديه من حاجات وإمكانات وبين البيئة ومتطلباتها.

التعريف الإجرائي: مجموعة من العوامل غير السارة بالنسبة للفرد، تأتي نحو تقييم الفرد لهذه العوامل، بناءً على استعداده الوراثي في التنشئة الاجتماعية، والاستعداد المكتسب وهو ما يعتمد عليه الفرد من تقييم قدرته على مواجهة العوامل غير السارة.

٣- **مرافقي المرضى**: هم الأفراد الذين يقومون على رعاية المريض والحضور معه إلى المستشفى لممرضته أثناء فترة العلاج (أحمد، ٢٠١٠، ص ٦).

٤- **المرض النفسي**: هو اضطراب عصبي يتصف بوجود صراعات داخلية تؤدي إلى ظهور أعراض مختلفة تُحدث تصدع

في العلاقات الشخصية تعيق الفرد عن التكيف مع المجتمع أو التأقلم مع العادات المألوفة (عكاشة، ٢٠٠٩م، ص ١١٥).

التعريف الإجرائي: المرض النفسي هو مجموعة من الظروف الصحية النفسية التي تؤدي إلى اضطرابات مزاجية وسلوكية وعقلية، والتي تُشعر المريض ومن حوله بالسوء، كما يعيق المرض النفسي المريض عن حل المشكلات التي يمر بها في حياته اليومية، وبالتالي لا يستطيع العيش بصورة طبيعية؛ مما يؤدي به إلى درجة عالية من اليأس قد تصل إلى الرغبة بالموت أحياناً أو محاولة الانتحار.

* حدود الدراسة

١- **الحد الموضوعي:** دراسة القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين.

٢- **الحد الزمني:** طبقت هذه الدراسة في العام الدراسي (٢٠٢٠م).

٣- **الحد المكاني:** طبقت هذه الدراسة على مرافقي المرضى النفسيين والعضوين المسجلين في وزارة الصحة والمستشفيات والعيادات النفسية التابعة لها في مدينة غزة (مستشفى عبد العزيز الرنتيسي، مستشفى الشفاء، مستشفى الطب النفسي، عيادة الصوري، عيادة أبو شباك، عيادة غرب غزة).

٤- **الحد البشري:** طبقت هذه الدراسة على مرافقي المرضى النفسيين في وزارة الصحة بمدينة غزة.

* الاطار النظري

* القلق العام

تعد ظاهرة القلق من المواضيع الحيوية والمتجددة التي باتت من أهمّ المواضيع التي نالت اهتمام الباحثين، كونها من الظواهر النفسية الشائعة، لما لها من أثر ملحوظ في سلوك

الأفراد، وبالرغم من أننا نعيش في عصر التكنولوجيا والتقدم إلا أنّ الإنسان مهيباً للقلق وصديقاً له دائماً.

ومن هنا كانت البداية لفهم ماهية القلق، حيث إن أهمّ الدراسات في العلوم النفسية كانت ومازالت تبحث في موضوع القلق وأنماطه، لما له من ارتباطات بكثير من المشاكل والأمراض النفسية (نوفل، ٢٠١٦م، ص ٧٥).

من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق؛ فهو يجعل الحياة أكثر تشويقاً، ويدفعه لتقديم أفضل ما لديه، كما ويساعده على حل مشكلاته الفكرية بشكل أفضل، ويزيد في أداء وظائف الجسم الحيوية، إلا أن القلق الزائد يؤثر على التفكير السليم ويعرقل الأداء؛ ما يؤدي إلى التوتر الشديد وقت انشغاله بالتفكير في مسألة ما، وترقبه الشر حيال ألم أو مشكلة متوقعة. هنا أكد (ابن حزم) على عمومية القلق، بوصفه حالة أساسية متوافقة مع الوجود الإنساني، وينعكس القلق السلي من تفاعل الإنسان مع الآخرين وظهور أعراض نفس جسمية لديه، مما يؤثر على توافقه النفسي وقدرته على التكيف مع المشاكل اليومية التي تواجهه (أبو عزب، ٢٠٠٨م، ص ١١).

ولو يعلم المرء العلاقة بين أعصابه وأعضاء جسمه بوظائفهما المختلفة، لعمل على التحكم في ضبط أعصابه، وتفاعل مع المؤثرات النفسية بعقلانية مهما بلغت ليحيا سليماً معافى، لكن كثيراً ممن يعتقد أن الجهاز العصبي لا يتحكم إلا بالأعضاء الخارجية للجسم، كأن يتحكم في حركة الجسم وتوجيهه في حين أن الجهاز العصبي يسيطر على الأعضاء الداخلية أيضاً، حيث يعمل على التحكم بجميع الوظائف الحيوية لجسم الإنسان (كارينجي، ١٩٨٠م، ص ٢٤١).

وترى الباحثان أن الشعور بالقلق والخوف رد فعل طبيعي في المواقف التي تواجه الإنسان لتدفعه إلى التحرك والعمل بجد واجتهاد، لكن إذا زاد هذا القلق عن حده ولازمه نوبات دعر مستمرة يصبح الفرد مصاب باضطراب القلق الذي له تأثير مدمر عليه، وأن التحديات واستيعاب المستجدات والقدرة على مواجهتها تتطلب العقلانية والفصل بين القلق الطبيعي والقلق المرضي، مع الاستبصار بالأحداث الضاغطة؛ مما يجعله يحافظ على توازنه مع نفسه والآخرين ويزيد من الدافعية لتحقيق النجاح المرغوب به على المستوى الأسري والاجتماعي والعملية متوجاً بصحة نفسية آمنة.

كما أن هناك العديد من المؤشرات التي تدل على أن انتشار ظاهرة القلق بين الأفراد مثل: ظاهرة التدخين وظاهرة تعاطي المخدرات وارتفاع معدل الجريمة؛ مما يفسر معاناة الأفراد من الانفعال والعصبية والتوتر الزائد.

فيري فرويد (Freud) أن القلق نتاج الصراع بين عناصر الشخصية الثلاثة (الهو والأنا والأنا الأعلى)، فهو بذلك شعور غامض غير سار يشير إلى الخوف والتحفيز والتوتر المصحوب ببعض الأعراض الجسمية، وهو رد فعل لحالة معينة أو خطر ما (العنزي، ٢٠١٠م، ص ٢٢).

كما يرى عكاشة أن القلق شعور غامض غير سار مصحوب بالخوف والتوتر، ينعكس على الاستجابة الجسمية الخاصة بزيادة النشاط للجهاز العصبي اللاإرادي، يأتي على شكل نوبات متكررة تتمثل في (تشنجات وأوجاع في المعدة، أو آلام صدرية أو ضيق في التنفس، أو سرعة في نبضات القلب، أو آلام الرأس أو زيادة الحركة)، ويرتبط ببعض الأعراض

الفسيولوجية (كارنفاج ضغط الدم وزيادة في نبضات القلب وشد بالعضلات (عكاشة، ٢٠٠٩م، ص ١٣٤).

ويعتبر القلق أحد الاضطرابات الانفعالية التي تدخل دائرة العصاب، وهو جزء من الحياة المصاحب للوجود الإنساني، وأحد لوازم الحياة البشرية، فالقلق سببه الرغبة في الحياة والحرص عليها، حيث تزيد آليات العمل النفسية عندما ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد، ومع تكرار هذا الشعور الغامض فإن الفرد يصل إلى مستوى من الاضطراب يجعله بحاجة إلى تدخل خارجي سواء بالأدوية أو الرعاية الإرشادية لتخفيف الاضطراب (إبراهيم وعسكر، ٢٠٠٨م، ص ٥٠).

وينظر الى القلق بأنه حالة من الخوف الغامض والشديد يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً ومتوتر الأعصاب، ومضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، يبدو متردداً عاجزاً عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز (عثمان، ٢٠٠١م، ص ٣-٤).

وهو حالة من عدم الارتياح وخوف من أحداث المستقبل، يرافقه شعور بالضيق والهلم وانشغال التفكير وترقب لمشاكل وشيكة الحدوث وانعدام الشعور بالراحة لما هو مجهول (Zaleski, 1996, P.165)

كما أن القلق نوع من الخوف الغامض مجهول الأسباب يصحبه توتر وضيق وترقب مع توقع الأذى وعدم الاستقرار العام، مما يعيق الفرد عن الاستمرار في الحياة الطبيعية، ويؤثر على سلوكه مسبباً بعض الأعراض النفس جسمية (كالعرق المفرط، وصعوبات في التنفس، وأوجاع الباطنة، وسرعة نبضات القلب، والتوتر وتغير في نبرة الصوت واللازمات الحركية،

كما صعوبة في النوم ورؤية الكوابيس المرعبة) ويعد القلق عرض شائع مشترك في معظم الأمراض النفسية وأصبح مرضاً أساسياً مثل مرض عصاب القلق (زهران، ١٩٩٧م، ص ١٤٤)

كما أن القلق حالة من التوتر وانفعال البال والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاستقرار والتكيز، يؤثر على الحالة الصحية من آلام جسدية وشعور بالإرهاك والإعياء، هذا الشعور يؤثر على حياة الفرد الأسرية والاجتماعية، والقلق يصيب جميع الأعمار ويرى (سبيلبرجر) أن "القلق يزول بزوال الظروف والمواقف التي تسببت في حدوثه" (Speillberger, 1997, P.171)

كما القلق هو انفعال مؤلم ومخزن ومزعج يسبب الأذى والحسرة وتكون أسبابه إما نفسية أو أزمات اجتماعية، ويكون القلق له أسباب معروفة ظاهرة أو أسباب غامضة غير واضحة (الدهري والعبودي، ١٩٩٩م، ص ٨٤)

أما القلق كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-5): عرّف القلق بأنه توقع وانفعال دائم بمخاوف يمكن أن تحدث، يجد الشخص من خلاله صعوبة في السيطرة على التفكير، وشعور بالتعب والعجز عن التركيز واستثارة سريعة وتوتر عضلي، واضطرابات في النوم مثل الأرق وصعوبة في الدخول في النوم وأعراض جسدية وانخفاض في الأداء الاجتماعي (الحمادي، ٢٠١٥م، ص ٩٧)

ولم يرد في القرآن الكريم لفظ لكلمة (القلق) كما هو، إنما ورد بما يعني هذا اللفظ وورد ذلك في قوله سبحانه وتعالى: [لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ] [البلد: ٤]، [وَمَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأَنَّمَا يَصَّعَّدُ فِي

[السَّمَاءِ] [الأنعام: ١٢٥]، [وَقَدَفَ فِي قُلُوبِهِمُ الرُّعْبَ] [الحشر: ٢].

بعد العرض الساق ترى الباحثان أن القلق هو حالة داخلية مؤلمة، ينشأ نتيجة صراعات الدوافع ومحاولات الفرد على التكيف، أسبابها ظاهرة أو غامضة، تُحدث حالة من التوتر والعصبية، التي بدورها تؤثر على الحالة النفسية والجسمية للفرد؛ مسببة العديد من المشاكل الصحية كأوجاع صدرية، واضطرابات في النوم وانفعالات حادة وإرهاق البدن، مما يؤثر على سلوك الفرد وعدم القدرة على التكيف الأسري والاجتماعي.

وترى الباحثان أن الذي يساعد الإنسان على التكيف والتوافق والتغيير والتغلب على الرغبات استعداده الديني المسبق والمخزون الإيماني لرفع اللياقة النفسية التي تعمل على تحسين حياته امتثالاً لقوله سبحانه وتعالى: {إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ} (الرعد: ١١)، ويتم ذلك بتقوية أواصر الجانب الديني حيث إن الإيمان بالله سبحانه وتعالى والتوكل عليه يحقق للإنسان السعادة وراحة البال، فالإنسان يجد في الصلاة مثلاً راحة تعينه على التغلب على القلق مستعيناً بالدعاء وذكر الله.

كما أن أحد مصادر القلق هو أنّ الإنسان كائنٌ مفكّر يعي وجوده، ولا ينجو إنسان على هذه الأرض من القلق، فالحياة الواعية تعني القلق، ولكن يتفاوت الأفراد في درجة إصابتهم بالقلق ومدى قدرتهم على التحمل وردود أفعالهم وتكيفهم، وأكد العلماء على وجود أسباب متنوعة تؤدي إلى القلق.

يعود القلق إلى عدة أسباب منها: -

١- الاستعداد الوراثي: اختلاط العوامل الوراثية مع العوامل المكتسبة البيئية.

٢- الاستعداد النفسي: الشعور بالتهديد الداخلي أو خطر خارجي من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد، والتي تشكل بعض العبء عليه.

٣- مواقف الحياة: وأنواع من العبء النفسي والبيئة والمستجدات الحضارية، والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والهجم والحرمان.

٤- التعرض للخبرات الحادة: (العاطفية والتربوية والإقتصادية...) وكذلك الخبرات الصادمة في الطفولة والمراهقة (عبد العزيز، ٢٠٠١م، ص ١١١-١١٦).

وترى الباحثتان أن أهم أسباب القلق ترجع إلى الشعور بالعجز أمام تحقيق الأهداف، والفشل في كسب حب واحترام الآخرين من حوله، ومن خلال نظرة الفرد السلبية لذاته، والأفكار المشوهة تجاه نفسه؛ مما ينعكس على عدم قدرته على تحمل المواقف الضاغطة، التي تعج بالظروف المثيرة للقلق، وبذلك يصبح الفرد مهدداً بعرقلة مسار حياته الاعتيادية.

وقد وضع العلماء أنواع القلق وهي: -

١- قلق واقعي: وهو قلق موضوعي وله واقع خارجي وطبيعي.

٢- قلق أخلاقي: يأتي نتيجة حدث يتعلق بالضمير (الفتي، ٢٠٠٩م، ص ٢٤).

٣- قلق عصائي: خوف زائد لا يوجد له مبررات، وهو من أشد الأشياء خطراً على الإنسان يترك في النفس الهم والحزن والألم وترقب حدوث مكروه (محمد ومرسي، ١٩٨٦م، ص ١٤٠).

يمثل دليل الطب العقلي الأمريكي (american psychiatric Association) الأكثر شهرةً في تصنيف

الاضطرابات النفسية ومنها القلق، معايير تشخيصية إكلينيكية ومحكات أساسية لاضطراب القلق للفرد: -

١- قلق زائد وانشغال يحصل في (٦ أشهر) فأكثر.

٢- اضطرابات عضلية وارتجاف ورعشة وتوتر عضلي وسرعة الإجهاد.

٣- استثارة الجهاز العصبي ويظهر بازدياد دقات القلب وسرعة التنفس وبرودة الأطراف والشعور بالاختناق وضيق في التنفس.

٤- صعوبة في السيطرة على الهموم، وانخفاض في الأداء الاجتماعي والمهني ويؤثر في السلوك.

٥- صعوبة التركيز وأرق واضطرابات في النوم (تونسي، ٢٠٠٢م، ص ٣٤).

هناك العديد من النظريات التي فسرت القلق، منها:-

١- النظرية المعرفية: أعطى كيلي (kelly) المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتي السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث معرّض لمختلف التفسيرات، وهذا يعني أنه يمكن تفسير تعرض الإنسان للقلق بأكثر من طريقة للحالة الواحدة، وأن العمليات التي يقوم بها الشخص توجهه نفسياً بالطرق التي يتوقع بها الأحداث، وعلى اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (سلامة، ٢٠١٦م، ص ٣٥).

كما يرى بيك (Beck): أن القلق انفعال يظهر عند تنشيط الخوف، فهو نتيجة تفكير معرّ عن تقويم وتقدير خطر محتمل، ويرى أيضاً أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتعلق بها، وانخفاض القدرة على التمتع والتفكير المتعلق بها وتقويمها بموضوعية، والواقع أن مظاهر التشويه ترجع بالأساس إلى القراءات والتأويلات الخاطئة

وسوء فهم الرموز والسلوكيات الصادرة من الآخرين؛ مما يؤدي إلى إشارات وتعلّقات مشوهة يقوم الفرد بإسقاطها على مواقف وسياقات جديدة (حجازي، ٢٠١٣م، ص ٣٠).

ويوضح لازروس (Lazrus): في النموذج المعرفي لنشأة القلق التي تتكون من ثلاث عمليات أساسية وهي: -

١- التقييم الأولي: ويظهر مع تقدير الفرد لمدى تحديد الموقف من حيث شدته واقترابه وضرره، متأثراً بشخصيته وخبراته ومعتقداته.

٢- التقييم الثانوي: يقدر الفرد ما لديه من قدرات لمواجهة الموقف والتعامل معه من حيث إمكانيات الفرد، ويتأثر هذا التقييم: -

أ- القدرات النفسية: كيفية تقدير الفرد لذاته.

ب- القدرات الجسمية: صحة الفرد وطاقته للعمل.

ت- القدرات الاجتماعية: تقييمه لمدى المساندة والدعم المقدم له.

ث- القدرات المالية: تشمل مقدار ما لديه من مال وجهوزات (الشرايفي، ٢٠١٣م، ص ٣٢-٣٣).

٣- إعادة التقييم: الذي من خلاله يعيد الفرد تقييم إدراكه ومواجهته للموقف، حيث يُطور من أساليبه، ويكون ذلك طبقاً لإدراكه مدى فاعلية هذه الأساليب (بطي، ٢٠١٨م، ص ٥٥).

كما أشار (Henderson) إلى أن القلق له أربعة مكونات رئيسية، هي: مكوّن انفعالي (Emotional)، ومكوّن معرفي (cognitive)، ومكوّن سلوكي (Behavioral)، ومكوّن فسيولوجي (physiological) أبوعمّشة، ٢٠١٩م، ص ٣٢-٣٣).

أرجع رواد النظرية المعرفية مثل (Cray)، (Beck)، (Kelly)، (Eilis) نشأة القلق إلى التشويه المعرفي، وتحريف التفكير عن الذات والمستقبل، وكيفية إدراك الشخص وتفسيره للأحداث، فأفكار الفرد هي التي تحدد ردود أفعاله في ضوء محتوى التفكير القلق، من خلال الحديث السلبي مع الذات وتفسيرات الفرد للواقع مدرّكاً خطره، وشعوره أن معلومات الذات والمستقبل بأنها مصدر خطر وضعف مسيطر وانخفاض في الكفاءة الذاتية، والعمليات الإدراكية بتعزيزها للمثير على أنه مهدّد، وآليات الدفاع التي تنشأ لتجنب القلق هي المتغيرات التي تحدث عند إثارة القلق (الحديبي، ٢٠٠٧م، ص ٣٠).

وترى الباحثان أن أصحاب هذه النظرية رغم اختلافهم في المدخلات من حيث الترتيب والتقييم والتأثير، فإنهم اتفقوا على أن المكون المعرفي هو أساس تفسير نشأة اضطراب القلق وأسبابه تعود إلى خلل في التفكير والتشويش في العمليات العقلية.

١- النظرية التحليلية: يعد نموذج التحليل النفسي لفرويد (Freud) أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق، ولقد اعتبر (Freud) أن القلق أحد الدعائم الأساسية في نظرية التحليل النفسي، فهو يرى أنّ القلق شعور ينشأ تلقائياً كلما طغى على النفس وابلّ من المثيرات الشديدة التي لا يمكن السيطرة عليها والتخلص منها، ويتزامن مع هذا الانزعاج شعور التهديد بالخطر ليصبح الأمر غير طبيعي.

وترى الباحثان أن أصحاب هذه النظرية أكدوا أن نشأة القلق هي معركة غامضة بين جانبيين، وصراع داخلي ما

بين الحاجة والضمير تسمى بالنفس جسمية ليكون المخرج مستوى الأخلاق.

٢- النظرية الإدراكية

نظرية سبيلبرجر (Spielberger) جاءت بالتمييز بين نوعين من القلق: -

١- قلق الحالة (Anxiety state): وهو قلق الموقف أو القلق الموضوعي، ويعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة (العناني، ٢٠٠٥م، ص ١١٤).

٢- قلق السمة (Anxiety trait): هو القلق العصائبي أو المزمن، وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وهو يربط بين الضغط وقلق الحالة، أمّا القلق كسمة فيرجع إلى أن الفرد يكون من سماته الشخصية القلق أصلاً.

واهتم سبيلبرجر (Spielberger) في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف الضاغطة في البيئة المحيطة به، فيميز حالات القلق الناتجة عنها، ومن ثمّ يحدد العلاقة بينها وبين ميكانزمات الدفاع التي تساعد على تجنب النواحي الضاغطة، فالفرد يقدر الظروف الضاغطة التي أدت إلى حالة القلق لديه، ثمّ يستخدم الميكانزمات الدفاعية المناسبة (كبت، إنكار، إسقاط) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهرب من المواقف الضاغطة (الرشيد، ١٩٩٩م، ص ٤-٥).

وترى الباحثان أن أصحاب هذه النظرية وما أشار إليه سبيلبرجر خاصةً أن القلق نتيجة العبء النفسي التي تسبقه بسبب تشويه إدراك الأفراد لواقع البيئة المحيطة.

٣- النظرية السلوكية: يرى السلوكيون (بافلوف وواطسون): أن القلق يقوم بدور مزدوج، فهو من ناحية يمثل

حافز (Drive)، ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز عن طريق خفض القلق؛ وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب فيه، وهنا يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (عثمان، ٢٠١٦م، ص ٢٤-٢٦)، وترى الباحثتان من خلال عرض النظرية السلوكية أن تفسير القلق يعود إلى السلوك المضطرب الذي يشكل استجابة طبيعية لتعلم خاطئ.

٤- النظرية الفسيولوجية: يوجد ثلاث مواقع أساسية في المخ مسؤولة عن تنظيم القلق عند الإنسان، فعند تعرضه لانفعالٍ ما يتعامل المخ بواسطة القشرة قبل الجبهية، وتقوم بالتقييم المعرفي لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التي تعمل على توليد استجابة الخوف فيحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد التي تُنظم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء فهي المسؤولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكية المتكاملة (يوسف، ٢٠١١م، ص ٢٨٥).

وترى الباحثتان أن أصحاب هذه النظرية أشاروا إلى أن الإنسان وحدة متكاملة فريدة تتكون من البدن والنفس، وأن الصحة النفسية والحالة الصحية كل متكامل، وأن القلق يلعب دوراً في التأثير على الصحة النفسية مؤثراً على الحالة الصحية، يتضح من خلال عمل وظائف الأعضاء واستجاباتها لهذه المواقف الضاغطة.

وتميل الباحثتان إلى الأخذ بتفسير النظرية المعرفية في توضيحها القلق، فركزت على أنه ناتج من اضطراب في تفكير الفرد وتفسيره للأحداث؛ حيث أكدت النظرية المعرفية أن توقع الفرد للأخطار والشر هو المكون الأساسي الذي يميز مرضى

القلق في كيفية إدراكهم للمخاطر وتقديرها والسيطرة عليها، في وجود خطر يهدد صحته، ويؤثر على مركزه الاجتماعي، فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها في المستقبل يجعله دائم الشك في قدرته على المواجهة والمقاومة مما يسبب له قلقاً مستمراً.

* العبء النفسي

أصبحت الظواهر الإنسانية التي يتعرض لها الفرد في المواقف والأوقات المختلفة تتطلب توافقاً سوياً مع نفسه وبيئته، وبالتالي فإن محاولة هروبه منها يؤكد نقص فعالياته وقصور كفاءته وضعف قدراته وإمكاناته وآلياته في التوافق ومن ثم الإخفاق في الحياة، وقد كان العالم (سميث) من أوائل الذين تطرقوا إلى استخدام مفهوم العبء النفسي، حيث استعاره من الصعوبات الهندسية ليدل على مقدار الشدة في تصنيف المصطلح بالمعنى الضمني والذي يدل على شدة الإحساس بالتوتر وإثارة الضيق، وفي أواخر القرن الثامن عشر بدأ يتأرجح هذا المفهوم ما بين الضغط النفسي والعبء على أنهما شعور بالتوتر والإجهاد (كامل، ٢٠٠٤، ص ٦).

والحقيقة أن مفهوم العبء النفسي الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي تم استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية في بداية القرن العشرين بعد ما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلاليته كعلم له منهجه الخاص.

وقد كان الطبيب (هانز سيللي) أول من أدخل استخدامه في الصحة النفسية عندما درس أثر التغيرات الانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد.

وبعد ذلك عرف (هانز سيللي) العبء النفسي على أنه هو الضغط النفسي الناتج عن الاستجابة غير النوعية للجسم

لأي طلب دافع، كما أنه هو الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسد لاستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع وهو يعبر عن مشاعر التهديد والقلق والخوف (الفاخري، ٢٠١٨، ص ١٣).

وقد بات واضحاً أن مفهوم العبء النفسي تدرج من القديم إلى الحديث، ومن الثقافة الأجنبية إلى الثقافة العربية إلى أن أصبح مصطلح العبء النفسي يحتل مكانته في الصحة النفسية في المجتمع العربي، ويتصدر المصطلحات النفسية بما يتماشى مع مفاهيم مجتمعاتنا واختلافاتنا الفردية مع أنه لا زال يستعان به في الدراسات الأجنبية خاصة أن المقاييس التي تطبق في الأبحاث العلمية تتناول الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والنفسية العبء النفسي (واطسون، ٢٠٠٥، ص ١٠).

في عام (١٦٧٦) وصف قانون (هوكس) ظاهرة في العلوم الطبيعية مؤداها أنّ لكل (آلة) أو (جهاز) درجة محدّدة من التحمل، وأن زيادة العبء عليها قد يؤدي إلى العديد من الأضرار، ويسبب (إجهاداً) على أسوأ الاحتمالات إلا أن (هانز سيللي) عام (١٩٥٠) استخدم هذا المصطلح ونقله من مجال العلوم الفيزيائية إلى مجال العلوم الإنسانية، بهدف إبراز حقيقة تشير إلى أن الجسم البشري عند تعرّضه لأحد المواقف المؤثرة أي الضاغطة، فإن استجابة الجسم (أي رد فعله الفسيولوجي) سوف تكون مرهقة أو مجهدّة ما لم يكن لدى الإنسان الوعي الكافي لها (عيسى، ٢٠١٤، ص ٣٩).

ولم يكتفي (سيللي) بل إنه ألّف مصطلح الضاغطة (stressor) ليشير من خلاله إلى المثبرات والمنبهات كافة، التي تثير استجابات الجسم كرد فعل متوقع تجاه العبء (غانم، ٢٠٠٥، ص ١٠-١١).

فالفرد عندما يدرك عدم قدرته على التوازن في متطلبات الموقف وعدم قدرته على الاستجابة لهذا الموقف؛ فإنه يشعر بهيمنة العبء عليه، والتي يرافقها اضطرابات انفعالية وفسولوجية، وقد أكد القرآن الكريم أن الضغوطات سمة من سمات الوجود الإنساني قال تعالى: [لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ] [البلد-٤]، أي مشقةٍ وتعَب، وهذا قانون إلهي ينطبق على جميع الكائنات الحية (الطار، ٢٠١٨م، ص ٢٩).

وبذلك أصبح العبء النفسي ظاهرة من ظواهر الحياة التي يتعرض لها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة، تتطلب من الأفراد إعادة التوافق مع البيئة، وهذه الظاهرة شأنها شأن معظم الظواهر النفسية؛ فهي من طبيعة الوجود الإنساني، فمحاولة الهروب منها تعني بوضوح نقص فاعلية الفرد واخفاقه في مواجهة ظروف الحياة بتوازن، وتغير العبء من أنماط سلوكنا وتؤثر على أجهزتنا البدنية والنفسية وهي من أشد أمراض العصر وأكثرها خطورة (دخان والحجار، ٢٠٠٥م، ص ٣٧٠).

أجريت العديد من الدراسات حول العبء النفسي لما لها من تأثير على الأفراد حيث ذكر (ياول وأنرايت) في كتابهما (Powell, Enright: 1990) أن الإحصائيات الحديثة تشير إلى أنّ (٨٠٪) من أمراض العصر كالنوبات القلبية وتقرحات المعدة، وضغط الدم ومشاكل السكر في الدم والأعراض السيكوماتية بدايتها كانت الوقوع تحت العبء النفسي، ففي عصر يزخر بالصراعات والتناقضات وتزايد المشكلات بسبب التغيرات التكنولوجية والثقافية ومطالبها؛ ينتج منه ضغوط شديدة تجعل الفرد يعيش حياة مليئة بالتوتر والخوف والترقب والتهديد وكلها من عوامل الخطر المؤثرة على حياة الفرد (النوايسة، ٢٠١٣م، ص ١٣).

كما أن العبء النفسي يمثل تهديداً على الشخصية وقد ينتج عنها هروب من تأدية المهام الصعبة وشعور بضعف القدرة على تحقيق الأهداف ويقود ذلك إلى تعقيد أساليب الحياة، والمواقف الأسرية الضاغطة، وطبيعة الحياة الاجتماعية بصفة عامة (فرج، ٢٠١٦م، ص ١٢).

ويعرف العبء النفسي أنه تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، من خلال تفاعله مع المواقف الضاغطة؛ مما يؤدي إلى ظهور أعراض تدل على الأمراض النفسية، وتعتمد درجة الشدة أو الضغط في نشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي (عكاشة، ٢٠٠٩م، ص ٣٠٢).

كما أنه نتيجة القلق من أحداث الحياة المزعجة والمواقف غير المرغوبة، التي يتخللها شعور بالضيق والارتباك، مسببة المرض أو الضغط، كما وتؤثر في مفهوم الفرد عن ذاته وفي طريقة حياته، وتتطلب منه التكيف مع الاستجابات الناتجة الجديدة، كما يصنف الحدث بأنه ضاغط أو غير ضاغط من خلال عملية التقييم المعرفي للفرد، حيث يقيّم المواقف والمثيرات الموجودة في البيئة على أنها مرهقة بالنسبة له، وأنها تتجاوز قدرته على التكيف (السيد، ٢٠١٨م، ص ٢٧).

ويرى (سيلجمان) أن العبء النفسي هو شعور ناتج عن فقدان المطالب والإمكانات، يصاحبه عادةً مواقف فشل حيث يصبح هذا الفشل في مواجهة المطالب والإمكانات مؤشراً قوياً في إحداث العبء النفسي، وعلى ذلك فالضغط حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع الفطرية أو المكتسبة (عابد، ٢٠١٦م، ص ٣٤).

العبء النفسي هو مزيج من ردود أفعال جسدية ونفسية متعددة، والتي تحدث أينما وجدت بعض المتطلبات الملحة الملقاة على عاتق الفرد، والتي تتطلب منه القيام ببعض أنواع الأفعال، ويتضح أن هذه المتطلبات الملحة تتراوح في حدتها من مواقف بسيطة غير منطوية إلى أحداث حادة صادمة سواء كان الضغط بسيط أو حاد (Ciminero,2014, P.7).

تتبنى الباحثتان تعريف (عكاشة) لشمولته على المعاني الأساسية التي تؤدي إلى مفهوم العبء، حيث إن العوامل غير السارة بالنسبة للفرد تأتي نحو تقييم الفرد لهذه العوامل، بناءً على استعداداته الوراثي في النشأة الاجتماعية، والاستعداد المكتسب هو ما يعتمد عليه الفرد في تقييم قدرته على مواجهة العوامل غير السارة.

وقد أشار عسكر (١٩٩٨م) أن العبء النفسي يتكون من عدة عوامل منها: -

١- مشاكل صحية: الناتجة عن الأمراض العضوية والتأثيرات الدوائية.

٢- مشكلة الوقت: تعدد المسؤوليات الملقاة على عاتق الفرد وحده، وسعيه لإنجاز مهام كثيرة مع عدم وجود وقت كافي.

٣- ضغوط بيئية: تتمثل في المشاكل الأخلاقية مثل الزواج والعلاقات الاجتماعية، والتلوث البيئي، والمسؤوليات المالية مثل: عبء سداد القروض والديون، والحاجة إلى المال لسد لاحتياجات الأساسية.

٤- مشاكل العمل: كعدم الرضا الوظيفي والشعور بالظلم والاستغلال، ومشكلة الرواتب وعدم وجود دافعية للعمل، والعلاقات غير الجيدة مع الزملاء (عسكر، ١٩٩٨م، ص٦٧).

٥- عوامل نفسية اجتماعية: ركزت على أسلوب الحياة وما تتضمنه من عوامل اجتماعية من التعب الزائد والإحباط والحرمان وعدم القدرة على التكيف.

٦- عوامل البيئة الحيوية: تتضمن عوامل الاتزان العضوي وعدمه، ودرجة الانزعاج وطبيعة التغذية وحالة الطقس من الحرارة والبرودة.

٧- عوامل شخصية: تتمثل في إدراك الذات، والقلق والحاجة إلى الوقت، والشعور بفقدان السيطرة على الأمور، والشعور بالغضب والعدوانية مع الآخرين (العبد الله، ٢٠١٤م، ص ١٦).

أما ميلر (miller) أرجع العبء إلى عاملين: -

١- عوامل خارجية: تتمثل في المواقف التي تتشكل منها العبء، مثل ضغوط القيم والمبادئ والمعتقدات، والصراع القائم بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد، وبين الواقع الذي يعيشه مما يسبب له ضغوط حادة، وتتحدد العبء بالموقف المسبب للصراع ما بين القيم المفروضة والواقع الذي يواجهه.

٢- عوامل داخلية: ناتجة من إدراك الفرد لأفكاره ومعتقداته الخاطئة، وهي افتراضات غير واقعية، تنتج من عدم قدرة الفرد على تلبية ما تفرضه البيئة من متطلبات (العامرية، ٢٠١٤م، ص٢٩).

ويرى الباحثون أن هناك عوامل مساندة لها تأثير مباشر في حدوث العبء، ترتبط بدرجة الإحساس بالعبء النفسي ومن هذه العوامل: -

١- إدراك الفرد وتفسيره المعرفي للأحداث: ويرى (Good hart) في حالة التفكير بشكل سلبي؛ فإن النتائج تكون سلبية، أما في حالة التفكير بشكل إيجابي؛ فإنك ستحصل على نتائج

إيجابية، وبذلك يصبح الفرد مهتداً أو غير مهتدٍ حسب الإدراك المعرفي لديه.

٢- **عوامل الشخصية:** أوضح بندورا (Bandura) أن الكفاءة الذاتية المدركة تمكن الفرد من معرفة مدى إمكانيته في تنفيذ سلسلة من الأفعال الضرورية كالتعامل مع المواقف الضاغطة.

٣- **الصلابة النفسية:** فالأفراد الذين يتميزون بدرجة عالية من الصلابة النفسية لديهم قوة تحمّل، وقدرة على التغلّب على المواقف الضاغطة.

٤- **المساندة الاجتماعية:** تتحقق من خلال العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين، فهي تساعده وتساعد في التفاعل الإيجابي مع الأحداث الضاغطة (عبد المعطي، ٢٠٠٦م، ص ٦٠-٦١).

وتضيف الباحثتان إلى ذلك عوامل خاصة بالبيئة الفلسطينية مثل الاحتلال الإسرائيلي وما نتج عنه من حصار وحروب وتدمير المنشآت وتعنيف الأسر متمثلاً في أسر معيل الأسرة، أو استشهاده، أو إصابته، أو تدمير ممتلكاته.

يشهد المجتمع تغيرات سريعة على مستوى النسيج الاجتماعي والواقع البيئي مما يظهر أنواع مختلفة من العبء النفسي تلائم الظروف الخاصة بها وأهمها: -

١- **الأعباء المفاجئة:** وتشمل الأحداث المفاجئة العنيفة والحادة وتحدث فجأة، ويظهر أثرها على كثير من الأفراد في وقت واحد، كالكوارث الطبيعية كالزلازل والأعاصير، وتسمى هذه الأحداث بالعبء العامة.

٢- **الأعباء الشخصية:** تشمل أحداث الحياة الرئيسية، مثل: حالات فقدان أو ترك وظيفة، أو إصابة بمرض ما.

٣- **العبء البيئي والاجتماعي:** تعد المشاكل التي يصادفها المرء في حياته اليومية مثل: الانتظار والوقوف والازدحامات المرورية من المواقف الضاغطة التي تختلف في حدتها من شخص لآخر (أبو عون، ٢٠١٤م، ص ٢٢).

أما تبعاً لمدة تأثيرها فقد صنفت إلى: -

١- **أعباء مؤقتة:** تحيط بالفرد لفترة قصيرة ثم تزول، وتكون مرتبطة بموقف مفاجئ لا يدوم أثره طويلاً، ولهذا العبء أثر محدود على الفرد، أما إذا كانت قدرة الفرد ضعيفة في تحمل الموقف الذي يتعرض له فإنه يقع فريسة لها.

٢- **أعباء دائمة:** وهي ضغوط تحيط بالفرد لمدة طويلة كالعرض لمرض مزمن وأوجاع مرافقة له مع ظروف سيئة وأوضاع مادية واقتصادية صعبة لا تساعد على تحمل هذا الموقف وعدم قدرته على مواجهته (عربيات والخرابشة، ٢٠٠٧م، ص ٨).

تصنيف العبء حسب (DSM4): لكي يتم تشخيص الظروف النفسية والاستدلال على وجود العبء النفسي يجب حدوث واحدة من هذه المشاكل على الأقل: -

١- مشاكل متعلقة بمجموعة الدعم الأولية مثل: فقدان عزيز في العائلة.

٢- مشاكل متعلقة بالبيئة الاجتماعية مثل: العزلة والاعتزاب الاجتماعي وفقدان الأصدقاء.

٣- مشاكل تعليمية مثل: الخلافات الأكاديمية وعدم التوافق مع المعلم.

٤- مشاكل مهنية مثل: عدم توفر فرصة عمل.

٥- مشاكل بيئية كعدم التكيف مع البيئة المحيطة مثل: الجيران.

٦- مشاكل اقتصادية مثل: الفقر والجوع.

٧- مشاكل تختص بعدم وجود خدمات صحية كافية.

٨- مشاكل متعلقة بالنظام والقانون مثل: الدخول إلى السجون.

٩- ومشاكل نفسية كالتعرض للحروب والكوارث. (الغريز وابو أسعد، ٢٠٠٩م، ص ١١٥).

* النظريات المفسرة للعب النفسي

١- نظرية التحليل النفسي لفرويد: ميّز فرويد العبء النفسي الناتج عن الصراعات اللاشعورية للفرد، خاصة لدى أولئك الذين يعانون من المشكلات والاهتمامات الجنسية والعدوانية والعديد من الرغبات.

وذكر علماء مدرسة التحليل النفسي: أن العبء النفسي الذي يعاني منه الفرد في كل موقف أو سلوك، هو تعبير عن صراع ما بين نزعات ورغبات متعارضة ومتباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أو داخل الفرد نفسه، فعندما تصطدم النزعات الغريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها (الأنا الأعلى) فإن هذه التفاعلات تؤدي إلى ظهور الآليات الدفاعية (التوانسة، ٢٠١٣م، ص ١٨-١٩).

وقد رأّت النظرية النفسية التحليلية أن معظم الأفراد لديهم صراعات لاشعورية وهذه الصراعات تكون عند البعض أكثر حدة عن غيرهم، فهؤلاء الأفراد يجعلون ظروف وأحداث حياتهم مسببات للعبء النفسي، وكيفية مواجهتهم للعبء تكون عن طريق الكبت الذي اعتبره فرويد ميكانيزمات دفاع تجاه العبء، فالذكريات المؤلمة والمشاعر التي يحيطها الخجل تُكبت في اللاشعور، وكبت المشاعر والرغبات يحصل في مرحلة الطفولة المبكرة؛ مما يؤدي إلى معاناة الفرد مع الشعور بالذنب،

وإصابته لاحقاً ببعض الاضطرابات النفسية من آثار العبء النفسي (خيرة، ٢٠١٧م، ص ٣٨).

وترى التحليلية أن العبء النفسي الناتج عن أي موقف أو سلوك بمثابة تعبير عن الصراع بين (الهو) الذي يمثل الرغبات والمشاعر الغريزية أي الجانب البيولوجي، والتي تضبط وتحم غالباً من المحيط الخارجي للفرد، وبين (الأنا الأعلى) الذي يمثل الرقابة النفسية الداخلية، والتي لا تسمح لهذه الرغبات بالإشباع ما دامت لا تتماشى مع قيم ومعايير المجتمع، وهذه الصراعات تؤدي إلى ظهور الآليات الدفاعية عند الفرد، كما ويؤكد أصحاب هذا المنحنى أن التعبير عن الأعراض الحالية ما هو إلا امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة مر بها الفرد في طفولته، فالضغط النفسي الذي يعانيه عبارة عن امتداد للخبرات الماضية، والتي يستخدم ميكانيزمات دفاع الطفولة وكانت غير توافقية وغير ملائمة للخبرات المؤلمة الحالية (غراب، ٢٠١٥م، ص ٥٨).

وترى الباحثان أن أصحاب هذه النظرية فسروا العبء النفسي أنه صراع قائم بين الشعور واللاشعور ناتج من مشاعر ورغبات كامنة للفرد لا يستطيع الحصول عليها أو القدرة على إشباعها.

٢- نظرية النّسق الفكري (الحاجات والضغط)(هنري موارى)

أشار (Muary, 1978) إلى وجود نوعين من الأعباء هما: عبء بيتا (Beta press) وهو دلالات على الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد، والآخر عبء ألفا (Alpha press) وهو خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي.

يرتبط موضوع الأعباء عند موارى: بأن سلوك الفرد غالباً ما يرتبط بالأعباء من نوع (بيتا) ويعرف العباء بأنه خاصية لموضوع بيئي أو شخصي يعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، وترتبط الأعباء بالأفراد والموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات خاصة (علي وعيسى، ٢٠١٧م، ص ٢٥).

وترى الباحثتان أن أصحاب هذه النظرية أشاروا إلى أهمية القوى النفسية التي يمتلكها الأفراد فهي الحصن المنيع والقدرة على التكيف والتأقلم في مواجهة العباء النفسي.

٣- النظرية المعرفية

يرى كلٌّ من لازروس وفولكمان (Lazarus & Folkman): أن العباء النفسي عملية تكيفية دينامية متبادلة بين الفرد والبيئة التي يقدرها الفرد على أنها مرهقة وتتجاوز قدرته وتعرض صحته للخطر، وأشار (لازاروس وفولكمان) إلى فائدة التقييم النفسي للخبرات التي تشكل ضغطاً من وجهة نظر دينامية نشطة، وترى وجهة النظر هذه أنّ جسم الإنسان يبذل جهداً لتكيف مع الاستجابة وإعادة التوازن حال تعرضه للخطر، مما يؤكد أن التكيف عملية نشطة ومستمرة وليست عملية سلبية وجامدة.

وأشار لازروس وكوهن (Lazarous & Cohen) إلى النموذج المسمى بالتقييم المعرفي (cognitive appraisal model) والذي يشمل: -

١- التقييم الأوّلي: الذي يشير إلى وصف الفرد لموقف ما إن كان يشكل خطراً على وجود الفرد، ويكون على صورة إدراك لهذا الموقف، ويحكم على الوضعية، ما إذا كان مهدد أو غير مهدد.

٢- أما التقييم الثانوي: فيشير إلى تقنية استعمال الوسائل أو البدائل والعمليات المعرفية للتعامل مع العباء النفسي والمواجهة وهذا يتفق مع كل من أليس (Ellis) وبيك (Beck) ويوضح لازاروس بأن الأحداث والمواقف السلبية للعبء النفسي إما خارجية تقع في محيط الفرد، أو داخلية تتمثل في الجانب الشخصي من تصوّره الإدراكي للعالم الخارجي (ماضي، ١٩٩١م، ص ٢٥٣).

وترى الباحثتان أن العمليات المعرفية في تقييم أصحاب هذه النظرية هي أساس حدوث العباء النفسي، وكيفية الاستجابة لهذه الأعباء تكون من خلال سلسلة من العمليات المعرفية التي يدركها الأفراد.

* الدراسات التي تناولت القلق العام

هدفت دراسة (سهيل، ٢٠١٩م) إلى التعرف على قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كل من رام الله والبيرة، ولتحقيق الهدف تم عمل دراسة مسحية بتطبيق أداة الدراسة بعد التحقق من صدقها وثباتها على عينة (٥٨) أمماً، تم اختيارهن بطريق العينة المتيسرة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات قلق المستقبل عند عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تُعزى للمتغيرات (نوع إعاقة الطفل، عمر الأم، المؤهل الأكاديمي للأم)، وأن قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة منخفض بنسبة (٥٥,٦٪).

هدفت دراسة (نور الهدى، ٢٠١٩م) إلى الكشف عن مؤشرات قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً، وتكونت العينة من ثلاثة حالات من أمهات

الأطفال المتخلفين ذهنياً تم اختيارهن بطريقة قصدية تتراوح أعمارهن ما بين (٤٠) إلى (٦٠) عاماً من يتوافدن إلى المركز النفسي (البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً/ مركز (٥١) الشهيد (مقران علي بلمسيلة)، وكشفت النتائج ظهور مؤشرات قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً وهي: الخوف من المشكلات المستقبلية متمثلاً في (الانزعاج من المواقف المستقبلية، توقع حصول الخطر للطفل، كثرة ضغوط الحياة)، قلق التفكير بالمستقبل متمثلاً في (النظرة السوداوية، مستقبل الطفل غير الواضح بالنسبة للأم)، النظرة التشاؤمية للمستقبل متمثلاً في (اليأس من عدم القدرة على تلبية متطلبات الطفل المتخلف ذهنياً، توقع فشل الطفل في مواجهة أحداث الحياة)، وقلق الموت متمثلاً في (اليأس من عدم القدرة على تلبية متطلبات الطفل المتخلف ذهنياً، توقع فشل الطفل في مواجهة أحداث الحياة).

هدفت دراسة (Vlachou, et al., 2019)

إلى التعرف على مستوى القلق والاكتئاب والعوامل المرتبطة بهما لمقدمي الرعاية لمرضى السرطان المتقدم في اليونان، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مريضٍ يخضعون للعلاج الإشعاعي الملطف ومقدمي الرعاية لهم، وكشفت النتائج أن الارتباط والانحدار المتعدد حدّد المحتملين إصابتهم بالقلق والاكتئاب، وكانت النسبة من الذكور (٦٣٪)، في حين غالبية مقدمي الرعاية كانوا إناثاً بنسبة (٧٦٪)، كما كشفت النتائج أن مقدمي الرعاية الذين يعانون مزيداً من القلق والاكتئاب كانوا من النساء.

هدفت دراسة (قويدر، ٢٠١٨م) إلى التعرف على

مستوى قلق المستقبل المهني والمساندة الأسرية وأنماط التفكير

لدى المصابين بالشلل الحركي، وكذلك الكشف عن العلاقة التنبؤية بين قلق المستقبل المهني والمساندة الأسرية، والعلاقة التنبؤية بين قلق المستقبل المهني وأنماط التفكير، كما تهدف إلى التعرف على الفروق تبعاً للمتغيرات التالية (الجنس، عمر المعاق، عمر الإعاقة، مستوى دخل الأسرة)، وتكونت عينة الدراسة من (٣٧٤) من المصابين بالشلل الحركي في محافظتي خانينونس ورفح، وكشفت نتائج الدراسة أن قلق المستقبل المهني مرتفع وقد بلغ (٧١,٥٪)، وأن المساندة الأسرية مرتفعة وقد بلغت (٧١٪)، وأن أنماط التفكير متوسطة وقد بلغت (٦٥,٦٪)، كما كشفت أن المساندة الأسرية يمكن من خلالها التنبؤ بمستوى قلق المستقبل المهني لدى أفراد عينة الدراسة، وبينت أيضاً أن نمط التفكير المثالي والواقعي لا يمكن الاعتماد عليه في التنبؤ بقلق المستقبل المهني، بينما نمط التفكير التحليلي والعملية والتركيبية يمكن الاعتماد عليه في التنبؤ بقلق المستقبل المهني، كما كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لقلق المستقبل المهني تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث هدفت دراسة (الآنة والمولي، ٢٠١٨م) إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل لدى آباء ذوي الإعاقة السمعية وبعض المتغيرات (المستوى التعليمي للآباء، معرفتهم لغة الإشارة، درجة الإعاقة السمعية لدى أبنائهم (صمم، ضعف سمع)، وجنس أبنائهم (ذكر - أنثى)، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) فرداً من آباء ذوي الإعاقة السمعية، وكشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع قلق المستقبل لدى كل من الآباء الأميين والآباء الذين لا يعرفون لغة الإشارة، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين قلق المستقبل لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من الجنسين (ذكور وإناث).

هدفت دراسة (حبيب وعبد الرحمن وحسن، ٢٠١٨م) إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المعالجين من مرض سرطان الدم، ومعرفة العلاقة بين جنس الطفل، والترتيب الميلادي على قلق المستقبل لدى الأمهات والتنبؤ بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق المستقبل لدى الأمهات، وتكونت العينة من (٦٠) أمماً من أمهات الأطفال المعالجين من سرطان الدم، وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض قلق المستقبل وبعض الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال المعالجين من سرطان الدم من خلال بعض أفكارهن اللاعقلانية.

هدفت دراسة (عدوي، ٢٠١٨م) إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين كل من مستوى القلق لدى الوالدين والسلوك التكيفي لدى عينة من تلاميذ صعوبات التعلم والكشف عن العلاقة بين كلٍّ من صعوبات التعلم والسلوك التكيفي لديهم، واستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من آباء (٢٠) طفلاً من ذوي صعوبات تعلم القراءة والكتابة، وكشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائياً بين منخفضي ومرفعي قلق الوالدين بالسلوك التكيفي لدى عينة صعوبات التعلم، وكذلك وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائياً بين قلق الوالدين والسلوك التكيفي لدى عينة صعوبات التعلم، ووجود فروق دالة إحصائياً بين منخفضي ومرفعي القلق للوالدين للسلوك التكيفي لصالح منخفضي القلق.

هدفت دراسة (Hu, et al., 2018) إلى التعرف على مدى العلاقة بين القلق والاكتئاب على مقدمي الرعاية

لمرضى السكتة الدماغية، واعتمدت الدراسة على تصميم مسحي مقطعي مستعرض، وتكونت عينة الدراسة من (١١٧) من مقدمي الرعاية لمرضى السكتة الدماغية، وكشفت نتائج الدراسة أن أعراض القلق وأعراض الاكتئاب الخفيفة إلى المتوسطة، وأعراض الاكتئاب الحاد كالتالي: (٤٣,٩٪)، (٢٦,٥٪)، (٢٧,٤٪) لمقدمي الرعاية على التوالي، وارتبط كل من القلق والاكتئاب بشكل إيجابي مع مجموع عبء الرعاية؛ حيث تظهر الدراسة أن القلق والاكتئاب ملازمان لمقدمي الرعاية لمرضى السكتة الدماغية ويرتبطون ارتباطاً وثيقاً بأعباء الرعاية اليومية.

هدفت دراسة (Heidari, et al., 2018) إلى التعرف على فاعلية تأثير برنامج التدخل الذي يركز على الأسرة من الإجهاد والاكتئاب والقلق بين مقدمي الرعاية لمرضى الصرع، والذين يتم وصفهم (بالمريض المنسيين) وتمكينهم من العناية بأنفسهم من خلال التدخلات الداعمة، وطريقة الاختيار كانت عشوائية تكونت من مجموعتين وبعد (٢٠) جلسة تم جمع البيانات من المجموعة التجريبية والضابطة باستخدام مقياس الإجهاد الناتج عن القلق (DASS) على ثلاثة مراحل: قبل التدخل، وبعده مباشرة، وبعد شهرين من التدخل، وكشفت النتائج (٦١٪) من النساء، و(٣٨,٧٪) من الرجال عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات التوتر والقلق والاكتئاب قبل تطبيق برنامج التدخل بين مجموعات التدخل والسيطرة، ولكن هذه الاختلافات كانت ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة الإجهاد مباشرة بعد تطبيق برنامج التدخل، في حين أن متوسطات الاكتئاب لم تنخفض بشكل ملحوظ، وبعد شهرين انخفض متوسط درجات التوتر والقلق بشكل

ملحوظ في مجموعة التدخل، ولكن لم تنخفض متوسط درجة الاكتئاب بشكل ملحوظ

هدفت دراسة (Nourmohammadi, et al., 2017) إلى الكشف عن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب والقلق والتوتر لدى مقدمي رعاية مرضى سرطان البروستاتا الذي يؤثر على مستوى صحتهم البدنية والعقلية بشكل كبير ليصبحوا مرضى مخفيين، وتكونت العينة من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة تلقت المجموعة التجريبية (١٠) جلسات من العلاج السلوكي المعرفي الجماعي، وكشفت النتائج أن التدخل السلوكي المعرفي عمل على الحد من الاكتئاب والقلق والتوتر بين مقدمي الرعاية ولذلك تُنصح الممرضات بتنفيذه لمقدمي الرعاية.

هدفت دراسة (علاء الدين وقرق، ٢٠١٧م) إلى الكشف عن أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة متنوعة، وتكونت العينة من (٣٢) طالبة، وتراوحت أعمارهن ما بين (١٢-١٤) عاماً من أطفال الأمهات المصابات بأمراض مزمنة متنوعة ممن يراجعن مراكز صحية في محافظة الزرقاء تم تقسيمهم الى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وبينت نتائج الدراسة عن انخفاض مستوى القلق والاكتئاب بدرجة أعلى لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وقد انخفضت الدرجات إيجابياً على مقياس القلق في حين ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس الاكتئاب.

هدفت دراسة (Acharyya, et al., 2016) إلى التعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سرطان الدم، وقد أجريت الدراسة على أمهات الأطفال

المصابين بسرطان الدم الليمفاوي الحاد، وتكونت العينة من (٥٨) أمماً من أمهات الأطفال المصابين بسرطان الدم، وكشفت نتائج الدراسة أن معظم الأمهات تعاني من القلق والاكتئاب المستمر نتيجة مرض الطفل مما يؤثر على علاقتهم الأسرية مع أطفالهم غير المصابين.

هدفت دراسة (Prabhu, et al., 2016) إلى معرفة مدى زيادة انتشار الأمراض النفسية والاضطرابات بين مقدمي الرعاية النفسية، ولاسيما القلق لأسباب مختلفة، واعتمد البحث على الدراسة المقطعية لتقييم القلق بين (٦٠) من مقدمي الرعاية الأولية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية وتم قبولهم في قسم الطب النفسي في كلية الطب المسيحية، وكشفت الدراسة عن مستويات عالية من القلق لدى مقدمي الرعاية للمرضى النفسيين مع أمراض نفسية أخرى لها علاقة بالعم، والمستوى التعليمي، ومدة المرض، وعدد المرضى في المستشفى، وأفادت الدراسة أن غالبية مقدمي الرعاية من الإناث (٦٠٪) ونسبة انتشار القلق عند الإناث أعلى من الذكور، ومقدمي الرعاية الذين تزيد أعمارهم عن (٦٠) عاماً يعانون من قلق متوسط إلى شديد، وارتبط معدّل القلق الشديد بزيادة مدة مرض المريض.

وهدفت دراسة (أبو السعود، ٢٠١٤م) إلى التعرف على معدلات انتشار قلق الآباء تجاه مستقبل أبنائهم المعاقين عقلياً، واختبار فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى الآباء ذوي الإعاقة، ومعرفة أثره في خفض قلق الآباء تجاه مستقبل أبنائهم المعاقين عقلياً، وتكونت العينة من (١٤٨) طالباً معاقاً عقلياً وآبائهم، تم اختيارهم من الطلاب الملتحقين ببرنامج الإعاقة الفكرية بمدرسة (مديرة التربية والتعليم

بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية) وبلغ عدد طلاب العينة التجريبية (٢٠) طالباً وآبائهم، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٤) إلى (١٧) عاماً، ومستوى ذكائهم من (٥٥) إلى (٦٩)، وكشفت نتائج الدراسة ارتفاع معدلات انتشار قلق الآباء تجاه مستقبل أبنائهم ذوي الإعاقة العقلية، حيث بلغ معدل انتشار قلق المستقبل لدى الآباء (٧٩,٣٢٪)، وقد كان قلق الآباء تجاه المستقبل الاقتصادي للأبناء المعاقين عقلياً أكثر معدلات القلق انتشاراً حيث بلغ (٨١,٩١٪)، ومعدل القلق تجاه المستقبل المهني (٧٧,٩٦٪)، ومعدل القلق تجاه المستقبل الاجتماعي (٧١,٣٢٪).

هدفت دراسة (سلامة، ٢٠١١) إلى التعرف على أعراض القلق والاكتئاب، وكذلك التعرف على أساليب التكيف لدى البالغين الخاضعين للغسيل الكلوي في (مشافي محافظات شمال الضفة الغربية وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية) والبالغ عددهم (٣٠٧) مريض ومريضة، واعتمد الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وكشفت النتائج أن العينة تعاني من قلق خارجي المنشأ متوسط الشدة بنسبة (٧٣,٧٪)، وجاءت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى الذين يقومون بالغسيل ثلاث مرات أسبوعياً.

* الدراسات التي تناولت العبء النفسي

هدفت دراسة (أبو قوطة، ٢٠١٩م) إلى التعرف على أساليب مواجهة العبء النفسي وفاعلية الذات وعلاقتها بكفاءة الذات لدى معلمي التربية الخاصة في قطاع غزة، والتعرف على مستوى الفروق في مقياس أساليب مواجهة الضغوط وفاعلية الذات وكفاءة الذات تُعزى للمتغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، الدورات التدريبية) وتكونت عينة

الدراسة من (٨٧) معلماً ومعلمة من معلمي التربية الخاصة، وكشفت النتائج أنّ مستوى أساليب مواجهة العبء النفسي متوسطاً، ومستوى فاعلية الذات وكفاءة الذات كان مرتفعاً، كما توجد علاقة طردية بين أساليب مواجهة العبء النفسي وكفاءة الذات، ولا توجد فروق في متوسط أساليب مواجهة العبء النفسي لدى معلمي التربية الخاصة تُعزى للمتغيرات (الجنس، الدرجة العلمية، الحالة الاجتماعية)، وتوجد فروق تُعزى لمتغير (سنوات الخدمة لصالح الفئة أكثر من (١٠) سنين). وهدفت دراسة (بابا جمو، ٢٠١٩م) إلى معرفة استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الذهنية والتوحد، واستكشاف الاختلاف في الفروق حسب المتغيرات (نوع الاضطراب، ترتيب الطفل في العائلة)، واعتمد الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت العينة من (٤٠) فرداً، وكشفت النتائج عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الشعور بالتماسك واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بالإعاقة الذهنية والتوحد، وعدم وجود فروق بين كل من الشعور بالتماسك واستراتيجيات مواجهة الضغوط باختلاف نوع الاضطراب، ترتيب الطفل.

هدفت دراسة (Arya, et al., 2019) لتقييم الضغط والعبء النفسي على مقدمي الرعاية، وتكونت عينة الدراسة من (٥٢) من مقدمي الرعاية لمرضى الفصام، وكشفت النتائج أن (٤٢٪) من مقدمي الرعاية قد عانى عبئاً ثقيلاً، وأن مقدمي الرعاية للمرضى ذوي مستويات تعليم منخفضة كانوا أكثر عبئاً، أما مستوى العبء النفسي لدى الآباء أكبر بالمقارنة

مع الأزواج والأشقاء، وهم من يعانون من ضغوط نفسية أكبر لأن العبء الأكبر عليهم في الرعاية.

تهدف دراسة (عباس، ٢٠١٩م) التعرف على أساليب استراتيجيات مواجهة العبء النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون في محافظة دمشق، وكذلك التعرف على الفروق في استراتيجيات مواجهة العبء النفسي تبعاً للمتغيرات (المستوى التعليمي للأم، جنس الطفل، وعمر الطفل)، وتكونت عينة الدراسة من (٩٨) أماً للأطفال المصابين بمتلازمة داون، واستخدم البحث المنهج الوصفي التحليلي، وأشارت نتائج البحث إلى أن درجة تقدير أفراد عينة البحث من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون لمواجهة العبء النفسي باستخدام الاستراتيجيات الإيجابية جاءت مرتفعة، وأن تقديرهم لمواجهة العبء النفسي باستخدام الاستراتيجيات السلبية جاءت منخفضة، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية حول استراتيجيات مواجهة العبء النفسي للأمهات المصابين بمتلازمة داون تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير (جنس وعمر الطفل).

وتهدف دراسة (Akretchy, et al., 2017) إلى الكشف عن العلاقة بين الضائقة النفسية وعبء تقديم الرعاية والالتزام بالأدوية المبلغ عنها لمقدمي الرعاية الفصام، وتكونت عينة الدراسة من (٤٤٤) من مقدمي الرعاية الأسرية غير الرسمية لمرضى الفصام، وأفاد مقدمو الرعاية بعدم الالتزام بنسبة (٥٤,٥٪) بين مرضى الفصام، وارتبط التقيد الضعيف بمضادات الذهان بشكل كبير بعبء الرعاية وتجربة القلق، وأظهرت أن عبء تقديم الرعاية لهؤلاء المرضى يمكن أن

يكون مؤشراً لمستوى العبء الذاتي الذي يعاني منه مقدمو الرعاية الأساسيين لمرضى الفصام، مما يعزز التأثير أن رعاية شخص مصاب بالفصام يمكن أن يكون عبئاً.

وهدفت دراسة (غيث، ٢٠١٧م) إلى بناء نموذج نظري مقترح للعلاقة السببية بين متغيرات الدراسة (الأمل، الصمود النفسي، العبء النفسي) وبعد ذلك تم التحقق من صحة هذا النموذج من خلال فحص التأثير المباشر وغير المباشر للأمل على كل من الصمود النفسي والعبء النفسي، وتكونت العينة من (١٠٠) أم من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة بعد العدوان على غزة (٢٠١٤)، وكشفت الدراسة أن درجة العبء النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة بعد العدوان على غزة وصلت (٧٣,٢٣٪)، ولا يوجد علاقة ارتباطية ذات بين العبء النفسي وأبعاده مع سمة الأمل وأبعادهما لدى العينة، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجة الصمود النفسي والدرجة الكلية للعبء النفسي لدى العينة، كما يمكن التنبؤ بالصمود النفسي من خلال متغيري العبء النفسي والشعور بالأمل لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

وهدفت دراسة (رزق الله وفرح، ٢٠١٦م) إلى التعرف على العبء النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالسرطان في المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي، ومعرفة الفروق في المتغيرات الديمغرافية (المستوى التعليمي للأمهات، نوع الطفل المصاب بالسرطان، عمر الطفل المصاب بالسرطان)، واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت العينة من (٣٦) أماً من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وكشفت النتائج أن أعراض العبء النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تتسم بالوسطية في جميع المحاور، عدا محور القلق فقد

اتسم بالانخفاض، كما لا توجد فروق في درجات مقياس العبء النفسي لدى أمهات الأطفال تعزى لمتغير (جنس الطفل) في جميع الأبعاد، عدا بعد تحمل الأعباء كان لصالح (الإناث)، ولا توجد فروق في درجات مقياس الضغوط لدى أمهات الأطفال تعزى لمتغير (المستوى التعليمي) للأمهات، ولا توجد فروق في درجات مقياس الضغوط لدى أمهات الأطفال تعزى لمتغير (عمر الطفل).

هدفت دراسة (غراب، ٢٠١٥م) الى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لأسلوب حل المشكلات في تخفيف العبء النفسي لدى زوجات الفصام العقلي ويهدف البرنامج الى تحديد مستوى العبء النفسي قبل تطبيق البرنامج وبعده، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) زوجةً من زوجات مرضى الفصام العقلي المترددات على عيادة (الصوراني للصحة النفسية الحكومية) التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، واستخدم المنهج شبه التجريبي، والمنهج النوعي، وكشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف العبء النفسي لدى زوجات الفصام العقلي.

هدفت دراسة (Zaheer, et al., 2015) إلى تقييم العبء النفس على الأسر المتضررة من التلاسيميا والتحكم في الإعداد الثقافي والاجتماعي، اعتمد منهج الدراسة على إجراء المسح المقطعي بمساعدة المقابلات والمقاييس المنظمة، وكشفت النتائج أن والذي مريض التلاسيميا يواجهان مشاكل في التفاعل الاجتماعي وأنهم قلقون بشأن صحة أطفالهم، ويواجهون العزلة، بالرغم من أن أسرهم تدعمهم، ومرض الطفل لا يؤثر على علاقاتهم مع الأطفال الآخرين.

وهدفت دراسة (قاسم وآخرون، ٢٠١٣م) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تخفيف العبء النفسي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة، واعتمدت الدراسة المنهج التجريبي وتكونت العينة الكلية من (٣٠) أماً (١٥) مجموعة ضابطة، (١٥) مجموعة تجريبية، وكشفت النتائج عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تخفيف العبء النفسي التي تتعرض لها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الأمر الذي أدى إلى تحسين التوافق لدى أطفالهن.

وهدفت دراسة (سميرة ونورة، ٢٠١٣) إلى معرفة مستوى العبء النفسي لدى أمهات الطفل التوحدي واستراتيجيات المواجهة التي تمتلكها الأمهات، وتكونت العينة من (٥) حالات من أمهات أطفال التوحد التي تتراوح أعمارهن ما بين (٢٧-٤٢) واللاتي يتوافدن إلى (مركز الأطفال المتخلفين ذهنياً، وبالتحديد في الجهة الشرقية لمدينة البويرة)، وكشفت النتائج أن أمهات الأطفال التوحديين يستخدمن استراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للعبء النفسي وأن (٣) أمهات يستخدمن الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال يصاحبها مستوى ضغط منخفض.

هدفت دراسة (فرح، ٢٠٠٩م) لمعرفة العبء النفسي لأولياء أمور المعاقين حركياً وعلاقتها باحتياجاتهم المختلفة، واستخدم المنهج الوصفي، وتكونت العينة من (٣٠٠) من أسر المعاقين حركياً، (١٥٠) من الآباء و(١٥٠) من الأمهات، وكشفت النتائج أن العبء النفسي يتسم بالانخفاض بدرجة دالة إحصائياً وسط أولياء أمور المعاقين حركياً، ولا توجد فروق دالة إحصائياً في العبء النفسي وسط أولياء أمور المعاقين حركياً،

كما لا توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط وسط أولياء أمور المعاقين حركياً تبعاً للجنس (آباء- أمهات)، ولا توجد علاقة دالة إحصائياً بين العبء النفسي والمستوى التعليمي لأولياء أمور المعاقين حركياً، وتوجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين العبء النفسي ومتغير درجة الإعاقة للأبناء، وتوجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين العبء النفسي لأولياء أمور المعاقين حركياً واحتياجاتهم الحياتية المختلفة.

* أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة وما تتميز به هذه

الدراسة

لقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

من خلال: -

١- وضع تصور عام للدراسة والتحديد الدقيق لمشكلة الدراسة الحالية وأهدافها.

٢- بناء إطار نظري لمتغيرات الدراسة

٣- بناء أدوات الدراسة.

٤- تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة.

٥- ربط نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة.

وتميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من

حيث: -

موضوع الدراسة: القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الجديدة من

حيث المضمون، على حد علم الباحثان، حيث لم تأت دراسة

على مستوى البيئة الفلسطينية تبحث في هذه المتغيرات.

* اجراءات الدراسة

١- تم الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة

والبحوث المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

٢- إعداد أدوات الدراسة واتباع المنهج العلمي في التحقق من

الخصائص السيكومترية لها.

٣- تطبيق أدوات الدراسة.

٤- اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة.

٥- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري

والدراسات السابقة.

٦- الخروج بتوصيات ووضع مقترحات في ضوء نتائج الدراسة.

* فروض الدراسة

١- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق العام

والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين.

٢- توجد فروق دالة إحصائية في القلق العام لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير (الجنس، العمر، المؤهل العلمي،

مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة مرض المريض، صلة

القربة).

٣- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير الجنس.

٤- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير العمر.

٥- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

٦- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير مكان السكن.

٧- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

٨- توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي

المرضى النفسيين تعزى لمتغير مدة مرض المريض.

توجد فروق دالة إحصائية في العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير صلة القرابة.

* إجراءات الدراسة

* منهج الدراس

قامت الباحثتان باستخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يتم من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، وبعض الآراء المطروحة حولها، والعمليات التي تُحدثها.

* مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من مرافقي المرضى النفسيين المراجعين للمراكز التابعة لوزارة الصحة في (مستشفى الطب النفسي، عيادة أبو شباك، عيادة الصوراني، عيادة غرب غزة).

* عينة الدراسة

عينة الدراسة الاستطلاعية: تكونت من (٤٢) مرافقاً من مرافقي المرضى المراجعين لمراكز الصحة، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية بغرض التحقق من الصدق والثبات.

عينة الدراسة الفعلية: تكونت من (١٣٠) مفحوصاً من مرافقي المرضى النفسيين، وتم الاختيار بطريقة عشوائية.

* أدوات الدراسة وإجراءاتها

القسم الأول: عبارة عن السمات الشخصية للمستجيب، وتمثل في (مرافق المريض، الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الحالة الاجتماعية، مدة المرض)

ثانياً: مقياس القلق العام من إعداد الباحثتان

تم تصميم مقياس مستوى القلق العام ويتكون من (٣٠) فقرة في صورته الأولية، وتم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين، وفي ضوء آرائهم تم تعديل بعض

الفقرات من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل لتستقر فقرات المقياس في صورته النهائية على (٢٨) فقرة.

كما تبين أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور القلق العام تتراوح بين (٠,٤٩٣** إلى ٠,٧٥٦**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١).

ثالثاً: مقياس العبء النفسي من إعداد الباحثتان

تم تصميم مقياس مستوى العبء النفسي وتكون من (٦٤) فقرة موزعة على أربع مجالات، وتم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين، وفي ضوء آرائهم تم تعديل بعض الفقرات من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل لتستقر فقرات المقياس في صورته النهائية على (٦٣)

أ- البعد الأول: الجانب النفسي ويتكون من (٢٢) فقرة وبعد التحقق من صدق الاتساق الداخلي تبين أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لبعد الجانب النفسي تتراوح بين (٠,٣٧١* إلى ٠,٧٨٧**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١).

ب- البعد الثاني: الجانب الاجتماعي ويتكون من (١٩) فقرة وبعد التحقق من صدق الاتساق الداخلي تبين أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لبعد الجانب الاجتماعي تتراوح بين (٠,٣٩٩* إلى ٠,٨٣٣**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١).

ج- البعد الثالث: الجانب الصحي ويتكون من (١١) فقرة وبعد التحقق من صدق الاتساق الداخلي تبين أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لبعد الجانب

الصحي تتراوح بين (٠,٣٩٠* إلى ٠,٨١٤**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١).

د- البعد الثالث: الجانب الاقتصادي ويتكون من (١١) فقرة وبعد التحقق من صدق الاتساق الداخلي تبين أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لبعدها الجانب الاقتصادي تتراوح بين (٠,٣٤٥* إلى ٠,٨٢٣**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١).

وأما الصدق البنائي فيوضح أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل محور من محاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (٠,٥٧٨** إلى ٠,٩٨٦**)، وهي جميعها معاملات ارتباط دالة إحصائياً

كما أن جميع قيم (ألفا كرونباخ) مرتفعة حيث تتراوح ما بين (٠,٨٤٢، ٠,٩٥٣)، وكذلك بالنسبة لدرجة الكلية للمقياس ككل يساوي (٠,٩٧٢)، مما يدل على أن فقرات المقياس تتصف بمؤشرات ثبات دالة إحصائياً وقد استخدمت الباحثان مقياس ثلاثي التدرج (دائماً، أحياناً، أبداً) لقياس استجابات المبحوثين لفقرات

* نتائج الدراسة

أولاً: وصف عينة الدراسة

الجنس: تبين أن ما نسبته ٤١,٢٪ هم من الذكور، وما نسبته ٥٨,٨٪ هم من الإناث.

العمر: تبين ما نسبته ١٥,٤٪ هم من الذين أعمارهم أقل من ٢٥ سنة، وما نسبته ٢٨,٨٪ هم من الذين أعمارهم تتراوح من ٢٥ إلى ٣٥ سنة، وما نسبته ٢٥,٠٪ هم من الذين أعمارهم

من تتراوح من ٣٦ إلى ٤٥ سنة، وما نسبته ٣٠,٨٪ هم من الذين أعمارهم ٤٦ سنة فأكثر.

المؤهل العلمي: تبين ما نسبته ١٢,٧٪ هم من حملة شهادة الابتدائية، وما نسبته ١٩,٦٪ هم من حملة شهادة الإعدادية، وما نسبته ٣٧,٣٪ هم من حملة شهادة الثانوية، وما نسبته ٣٠,٤٪ هم من حملة الشهادة الجامعية.

مكان السكن: تبين ما نسبته ٧,٧٪ هم من الذين يسكنون في القرى، وما نسبته ٢١,٢٪ هم من الذين يسكنون المخيمات، وما نسبته ٧١,١٪ هم من الذين يسكنون المدن.

الحالة الاجتماعية: تبين أن ما نسبته ٧٦,٩٪ هم من المتزوجين، وما نسبته ٢٣,١٪ هم من غير المتزوجين.

مدة المرض: تبين ما نسبته ٤٢,٧٪ هم من الذين مدة مرضهم أقل من ٥ سنوات، وما نسبته ٢٢,٣٪ هم من الذين مدتهم تتراوح من ٥ إلى ١٠ سنوات، وما نسبته ١١,٥٪ هم من الذين مدتهم من تتراوح من ١١ إلى ١٥ سنة، وما نسبته ٢٣,٥٪ هم من الذين مدتهم ١٦ سنة فأكثر.

ثانياً: المحك المعتمد في الدراسة

لتفسير نتائج الدراسة والحكم على مستوى الاستجابة، اعتمدت الباحثان على ترتيب المتوسطات الحسابية على مستوى المحاور للمقياس، ومستوى الفقرات في كل محور، وقد حددت الباحثان درجة الموافقة حسب المحك المعتمد للدراسة المعروف باسم مقياس (ليكرت) الثلاثي، كما هو موضح في الجدول (١,١): -

جدول (١,١): يوضح الحك المعتمد في الدراسة

المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	درجة الموافقة
أقل من ١,٦٧	أقل من ٥٥,٦٠%	منخفضة
أكبر من ١,٦٧ إلى أقل	أكبر من - ٧٧.٢٥%	متوسطة
أكبر من ٢,٣٢ إلى أقل	أكبر من - ٧٧.٢٥%	كبيرة

الإجابة عن التساؤل الرئيس: ما مستوى القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين؟

لمعرفة ما إذا كان تقدير مستوى القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين يختلف عن الدرجة المتوسطة وهي (٢) تم احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية.

جدول (١,٢): نتائج مقياس القلق العام لدى مرافقي المرضى

النفسيين

الدرجة الكلية للمقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوى القلق العام
الدرجة الكلية للمقياس	٢,٤٤	٠,٤٦٩	٨١,٣٠	مرتفع

يتضح من خلال الجدول رقم (١,٢) أن المتوسط الحسابي لمقياس القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين يساوي (٢,٤٤)، أي بوزن نسبي قدره (٨١,٣٠٪)، وهذا يشير إلى أنه جاء بدرجة مرتفعة وتعزو الباحثان ذلك: للمعاناة النفسية الناتجة من مرافقة المريض النفسي وطبيعة الأمراض النفسية التي تتصف باللامبالاة والتبليد العاطفي وبعض المخاطر التي يشكّلها المريض، والاصطدام بواقع مرير لأن ليس لديهم

معرفة كافية بطبيعة الأمراض النفسية وتدايها وآثارها، وخاصة أن سلوك المريض يصبح غريباً مثل السلوك العدواني والهلوس وعدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط، حيث أشار الكثير من المرافقين خاصة الزوجات والأمهات إلى كم المعاناة اليومية من شعور بالقلق الدائم مما يدفعهن إلى الوحدة وعدم الاختلاط بالمجتمع لتجنب الكثير من المشاكل وخاصةً من سلوك المرضى الذي يشعرون بعدم الأمان والأمان، إضافة إلى طبيعة المجتمع الذي لا يتفهم أعراض الأمراض النفسية وخاصة العادات والتقاليد وثقافة المكان مما يزيد على كاهل المرافق من التدخل بالشئون الخاصة.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عدوي، ٢٠١٨) في وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين منخفضي ومرفعي القلق للوالدين بالسلوك التكيفي، لصالح منخفضي القلق حيث تشير الدراسة أنه كلما تحسّن مستوى التكيف مع المجتمع انخفض القلق لدى الوالدين، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (أبو السعود، ٢٠١٤) التي جاءت مرتفعة وبوزن نسبي (٧٩,٣٣٪)، من ازدياد معدلات القلق عند ذوي الإعاقة العقلية وتتفق أيضاً مع دراسة (Heidari, et al., 2018) بارتفاع مستوى القلق لدى الآباء والأمهات قبل التدخل والانخفاض الملحوظ بعد التدخل من خلال برنامج علاجي.

الإجابة عن التساؤل الثاني: ما مستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين؟

لمعرفة ما إذا كان تقدير مستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين يختلف عن الدرجة المتوسطة وهي (٢) تم احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية.

جدول (١,٣): نتائج مقياس العبء النفسي لدى مرافقي المرضى

النفسيين

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	مستوى العبء النفسي
١.	الجانب النفسي	2.48	٠,٤٥٦	٨٢,٦٠	مرتفع
٢.	الجانب الاجتماعي	2.34	٠,٤٩٣	77.90	مرتفع
٣.	الجانب الصحي	2.18	٠,٦٢٥	72.60	متوسط
٤.	الجانب الاقتصادي	2.49	٠,٣٩٠	82.90	مرتفع
	الدرجة الكلية للمقياس	2.39	٠,٤٣٣	79.60	مرتفع

يتضح من خلال الجدول رقم (١,٣) أن جميع متوسطات الأبعاد المختلفة كانت متقاربة من حيث أوزانها النسبية، فقد جاء المتوسط الحسابي لمستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين ب (٢,٣٩)، أي بوزن نسبي قدره (٧٩,٦٠٪)، وهذا يشير إلى أنها جاءت بدرجة مرتفعة وتعزو الباحثان ذلك إلى أن مستوى العبء النفسي (بأبعاده) لدى مرافقي المرضى النفسيين جاء بدرجة وبوزن نسبي (٧٩,٦٪)، وجاءت بدرجة مرتفعة، وتستدل الباحثة ذلك: بأن مستوى العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين أنهم يعانون من ضغوط اقتصادية ونفسية واجتماعية وصحية، وترتبط هذه الضغوط بضعف الروابط الاجتماعية وانهايار العلاقات الأسرية بسبب تجنب التعامل مع مرافق المريض وخاصة لو كانت زوجة أو أم، وترتبط بالشعور بالخزي، من ما يسببه المريض النفسي من إحراج مرافقه وعدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على التوافق المجتمعي، كذلك ترتبط الضغوط بالجانب الصحي وما ينعكس من أمراض سيكوماتية على المرافق، وما يعانیه من أعراض جانبية من مرافقته للمريض النفسي، وتتفق مع دراسة (غراب، ٢٠١٥) في ارتفاع مستوى العبء النفسي لدى زوجات مرضى الفصام،

كما تتفق هذه الدراسة مع دراسة (بابا حمو، ٢٠١٩) بانخفاض الشعور بالتماسك المرتبط بمواجهة الضغوط.

كما تبين أن الجانب الاقتصادي جاء في المرتبة الأولى حيث بلغ الوزن النسبي (٨٢,٩٠٪) وتعزو الباحثان ذلك إلى أن الظروف الاقتصادية ترتبط بقلة الدخل، واللجوء للاقتراض من الآخرين وعدم وجود فرص عمل متاحة، خاصة أن الوضع الاقتصادي في البيئة الفلسطينية متردي جداً، ومن خلال ملاحظة الباحثان مرافقي المرضى النفسيين عند وصف الحالة الاقتصادية أنه لو كان الزوج المريض هو المعيل، يستاء وضع الأسرة اقتصادياً حيث إنه أمام المجتمع هو المسؤول عن توفير احتياجات المنزل، لعدم فهم المجتمع طبيعة المرض النفسي، وفي الواقع أن هذه الأعباء الاقتصادية تكون ملقاة على عاتق المرافق، وتتفق مع دراسة (غراب، ٢٠١٥) في أن زوجات المرضى يتحملن العبء الأكبر.

وقد جاء الجانب النفسي في المرتبة الثانية بوزن نسبي (٨٢,٦٠٪) حيث لاحظت الباحثان أنه جاء قريب جداً من الوضع الاقتصادي، وتعزو الباحثان ذلك إلى أن الأعباء الاقتصادية التي تقع على عاتق المرافق تؤثر بشكل مباشر على الوضع النفسي له، وقد تبين ذلك من خلال مقابلات المرافقين في العيادات النفسية، لعدم قدرتهم على توفير الدواء والمصاريف اليومية التي تحتاجها الأسرة، إلى جانب ما يفتعله المريض من مشاكل سلوكية وعدوانية، تنعكس على الوضع النفسي للمرافق بشكل مباشر، وهو ما تتفق معه دراسة (Akretchy, et al., 2017) حيث أظهرت النتائج أن عبء تقديم الرعاية للمرضى النفسيين هو مؤشر على مستوى العبء الذاتي الذي

يعاني منه مقدمو الرعاية لمرضى الفصام، المرتبط بإهمال تقديم الدواء بشكل كبير يوضح عبء الرعاية على مقدميها.

وقد جاء الجانب الاجتماعي في المرتبة الثالثة بوزن نسبي (٧٧,٩٠٪) وهي مرتفعة، وتعزو الباحثان بالإضافة إلى ما تم ذكره سابقاً أن مرافق المريض النفسي يعاني من صعوبات في التواصل الاجتماعي، لما يسببه المريض النفسي من إزعاج ومشاكل يومية للمرافق، عندما لا يتوفر الدواء اللازم خاصةً، وهناك مرضى نفسيين يشكّلون خطراً على الأسرة وهو ما جاءت به بعض المرافقات بعدم الخروج للمناسبات الاجتماعية، وتحدثت بالتفصيل أنها لا تعرف عنها شيئاً خوفاً أن يحدث المريض مصيبة عند خروجها وتكون المشكلة أكبر عند عدم وجود بديل للمرافق، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (Arya, et al, 2019) حيث يعاني مقدمو الرعاية من ضغوط نفسية مرتفعة، وأعباء ثقيلة ولاسيما بين الآباء (الأب والأم).

وجاء الجانب الصحي في المرتبة الرابعة بوزن نسبي (٧٢,٦٠٪) وهو متوسط، وتستدل الباحثتان ذلك بأن الأعباء الاقتصادية والنفسية التي يعيشها المرافق تؤثر بشكل مباشر على الصحة البدنية للمرافق، مما يزيد سوء الوضع على المرافق وعائلته، وهو ما يتوافق مع دراسة (سميرة ونورة، ٢٠١٢-٢٠١٣) في أنّ الأمهات التي تستخدم استراتيجيات مركزة حول الانفعال، أي استبصار المشاعر يؤدي بها إلى مستوى ضغط منخفض.

الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين

وتم استخدام معامل بيرسون للتأكد من وجود علاقة ارتباطية بين القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين والنتائج مبينة في جدول رقم (١,٤).

جدول (١,٤): نتائج معامل الارتباط بين القلق العام والعبء

النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين

أبعاد العبء النفسي	المؤشرات الاحصائية	مرافقي المرضى النفسيين
		القلق العام
الجانب النفسي	معامل الارتباط	٠,٨٢٧
	القيمة الاحتمالية (sig)	٠,٠٠٠
الجانب الاجتماعي	معامل الارتباط	٠,٨٣٤
	القيمة الاحتمالية (sig)	٠,٠٠٠
الجانب الصحي	معامل الارتباط	٠,٧٣٩
	القيمة الاحتمالية (sig)	٠,٠٠٠
الجانب الاقتصادي	معامل الارتباط	٠,٧٤٧
	القيمة الاحتمالية (sig)	٠,٠٠٠
الدرجة الكلية للمقياس	معامل الارتباط	٠,٨٩٤
	القيمة الاحتمالية (sig)	٠,٠٠٠

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي: تبين أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.894) والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، ما يدل على وجود علاقة ارتباطية عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين القلق العام والعبء النفسي لدى كل من مرافقي المرضى النفسيين.

وتعزو الباحثتان ذلك إلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق العام والعبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين بأن

الإنسان كائن حي بطبيعته، يتأثر بمن حوله، فالقلق العام هو ناتج من العبء النفسي الذي يتعرض له أي إنسان، فإذا ما واجه الشخص أي أعباء فإنها تكون مرتبطة بوجود آثار نفسية، مثل: القلق والتوتر والاكتئاب، ومن البديهي أن يحدث إذا ظهر في حياته مريض سواء نفسي أو عضوي، فإن ذلك سيحوِّله أعباءً مضاعفة لم تكن في الحسبان مثل: الأعباء النفسية والاجتماعية والمالية والصحية، وهذا يتفق مع ما رصده سبليبرجر (spolberger) في قرابة (١٥٠٠) بحث في موضوع القلق بين عام (١٩٥٥-١٩٦٦) وذلك تأكيد على إعطاء ظاهرة القلق جزء من الحياة المصاحبة للوجود الإنساني، وأحد لوازم الحياة البشرية، وأشار (الغريير وأبو أسعد، ٢٠٠٩) إلى أن موضوع العبء النفسي يصيب الفرد نتيجة استجابات تدفعه للتكيف مع التغيرات التي تواجهه ليحقق التوافق.

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الجنس

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الجنس، والنتائج مبينة في الجدول التالي: -

جدول (١،٥): نتائج اختبار T-Test للعينتين المستقلتين للقلق

العام لمرافقي المرضى النفسيين لمتغير الجنس

القلق العام	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة " T "	القيمة الاحتمالية (Sig)	الدلالة الإحصائية
القلق العام	ذكر	٢١	٢,٢٤	٠,٥٤٢	٢,١٣٤	٠,٠٣٥	دال إحصائياً
	أنثى	١٠٩	٢,٤٧	٠,٤٤٦			

* قيمة (T) الجدولية عند درجة حرية "١٢٨" ومستوى دلالة 0.05 تساوي 1.96

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية لمقياس العبء النفسي لدى مرافقي المرضى النفسيين تساوي (0.035) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وقيمة (T) المحسوبة تساوي (2.134)، وهي أكبر من قيمة (T) الجدولية، والتي تساوي (1.96)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الجنس، ومن خلال المتوسطات الحسابية تبين أن القلق العام الأعلى عند المرافقين الإناث.

وتعزو الباحثان ذلك إلى أن مرافق المريض النفسي الأب والابن والأخ أو الزوج يحظى بأن يكون لديه داعم في معاونته في تحمل بعض الأعباء الملقاة عليه، بالإضافة إلى أن المجتمع الشرقي مثل: المجتمع الفلسطيني يأخذ الذكر حظاً أكبر في استقلالته، وأن ما يقوم به من رعاية المريض يحسب على أنه رجل مثالي، ويجب على من حوله توفير الراحة والاحترام، وهو بذلك سيد الأمر، أما في حال أن تكون المرافقة أنثى وخاصة الأمهات والزوجات فهي في المجتمع كأنها المسؤولة عن مرض المريض، وإذا كانت زوجة فإن الزوج أحياناً يزيد على كاهلها أنها مقصرة في رعايته على حساب مرافقة المريض، خاصة عندما يكون من خارج الأسرة، وهذا ما أكدته بعض المرافقات، أن زوجها يعايرها بأختها المريضة التي تقوم على رعايتها وأنها سوف تنقل العدوى لأبنائها وأن عائلة الزوج يبنذونها، وهو ما سبب لها قلق دائم انعكس في تعرضها لأمراض جسدية، مثل: انعدام النوم والصداع والأرق، وفي حديث بعض

الأمهات تقول أن الزوج دائماً يعايرها بأن أولادها مجانيين وهم يحملون مثل جيناتهما، مما يسبب لها بالقهر يؤدي لآلام شديدة تسبب الإعياء، وهي في حالة قلق دائم لأنها لا تريد الصدام مع الزوج، وفي إخفاء أمور كثيرة عنه: مثل مرافقتها لأبنائها إلى مستشفى الطب النفسي وإخفاء العلاج، وتجنبها لأن يرى الأولاد، وأكد (Bandura, 1982) أن دور المساندة الاجتماعية لتدعيم سلوك المواجهة ومقاومة الإحباطات من الأحداث الضاغطة تنعكس على الفرد، وأن افتقاره إلى المساندة من الأسرة أو البيئة المحيطة يؤدي إلى الشعور بعدم الكفاية وانخفاض الثقة بالنفس ورفع حالة القلق لديه.

وتتفق هذه الدراسة مع ما أشار إليه (رزق الله وفرح، 2016)، في وجود قلق لدى الأمهات بسبب مشكلات جسدية لديهم وتغير نمط النوم وعدم الإقبال على تناول الطعام كالسابق، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (غراب، 2015)، واختلفت هذه الدراسة مع دراسة (Zaheer, et al., 2015) حيث كشفت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القلق عند الرجال والنساء. كما تتفق هذه الدراسة مع دراسة (نور الهدى، 2019) في ظهور مؤشرات قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً.

أيضاً طبيعة المرأة البيولوجية تختلف عن الرجل من حيث العواطف والمشاعر وتأثرها بالإحساس بالمشكلة وإعيائها أكثر من الرجل.

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير العمر

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير العمر، والنتائج مبينة في جدول (١،٦)

جدول (١،٦): نتائج تحليل التباين الأحادي للقلق العام لمرافقي

المرضى النفسيين لمتغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط قيمة المربعات " F "	القيمة الاحتمالية (.Sig)	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	٢,٣١٦	٣	٠,٧٧٢		
داخل المجموعات	٢٦,٠٩١	١٢٦	٠,٢٠٧	٠,٠١٣	دال إحصائياً
المجموع	٢٨,٤٠٧	١٢٩			

* قيمة F الجدولية عند درجة حرية "٣، 126" ومستوى دلالة

0.05 تساوي 2.67

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.013) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة (f) المحسوبة تساوي (٣,٧٢٨) وهي أكبر من قيمة (f) الجدولية والتي تساوي (٢,٦٧)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير العمر، ولمعرفة الفروق تم استخدام اختبار شفبه للمقارنات الثنائية فبينت النتائج عدم وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الذين أعمارهم أقل من (٢٥) عاماً، والذين أعمارهم (٢٥-٣٥) عاماً، والذين أعمارهم (٢٦-٤٦) عاماً، وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الذين أعمارهم أقل من (٢٥) عاماً، والذين أعمارهم (٤٦) عاماً فأكثر، وتبين أن القلق العام أعلى عند الذين أعمارهم (٤٦) عاماً فأكثر، عدم وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الذين أعمارهم من (٢٥-

٣٥) عامًا، والذين أعمارهم (٢٦-٤٦) عامًا، وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الذين أعمارهم (٢٥-٣٥) عامًا، والذين أعمارهم من (٤٦) عامًا فأكثر، وتبين أن القلق العام أعلى عند الذين أعمارهم (٤٦) عامًا فأكثر، كما تبين عدم وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الذين أعمارهم (٢٦-٤٦) عامًا والذين أعمارهم (٣٦) عامًا فأكثر.

تعزو الباحثان وجود فروق إحصائية بين الذين أعمارهم أقل من (٢٥) عامًا، والذين أعمارهم أكثر (٤٦) عامًا، لصالح الفئة العمرية (٤٦) عامًا فأكثر، حيث أنه من الطبيعي أن الفئة (٤٦) عامًا فأكثر تبدأ تنعكس عليها مرافقة المريض بشكل سلبي، وذلك لأن المرض النفسي وخاصة ما لاحظته الباحثتان من خلال متابعة بعض المرضى النفسيين في مستشفى الطب النفسي أنه لا يوجد شفاء من الحالة المرضية النفسية، وأن مرافق المريض لا يحتمل طول المدة من مضايقات تقع على كاهله في نفس الوقت، فهو أصبح بحاجة إلى الاستقرار والراحة والهدوء البدني والنفسي، مما يصيبه باليأس والعجز من خلال التفكير أن المريض سيرافقه مدى الحياة، وستستمر حياة المرافق على هذا النمط، خاصة عندما يتقدم المريض النفسي في العمر فتتعلق حياة المرافق عليه بالتفكير السلبي في جميع جوانب احتياجاته الحياتية التي سيحرم منها بسبب مرافقته للمريض، وبالتالي فإن المرافق يحتاج من يقدم له يد العون خاصة في الجانب الصحي والاقتصادي، مما يجعل المرافق في قلق دائم، وفي إحدى مقابلات المرافقين لأم تتمنى موت ابنتها خوفاً عليها من أن تتركها بلا معيل يتحمل القيام برعايتها بعد موت الأم.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (أبو السعود، ٢٠١٤) حيث يوجد مستويات مرتفعة من القلق لها علاقة

بعمر المرافق، كما تتفق مع دراسة (نور الهدى، ٢٠١٩) في ظهور قلق التفكير في المستقبل لدى أمهات المتخلفين ذهنيًا والنظرة السوداوية لمستقبل الطفل غير الواضح، وتتفق مع دراسة (Prabhu, et al., 2016) في أن مقدمي الرعاية الذين تزيد أعمارهم عن (٦٠) عامًا يعانون من قلق شديد مع زيادة سنوات المرض.

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير المؤهل العلمي، والنتائج مبينة في جدول (١،٧)

جدول (١،٧): نتائج تحليل التباين الأحادي للقلق العام لمرافقي

المرضى النفسيين لمتغير المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (.Sig)	متوسط قيمة المربعات "F"	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دال إحصائياً	٠,٠٠٠٩,٤٦٣	١,٧٤١	٣	٥,٢٢٣	بين المجموعات
		٠,١٨٤	١٢٦	٢٣,١٨٤	داخل المجموعات
			١٢٩	٢٨,٤٠٧	المجموع

* قيمة (F) الجدولية عند درجة حرية (٣، 126) ومستوى دلالة (0.05) تساوي (2.67)

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وقيمة (F) المحسوبة تساوي (٩,٤٦٣)، وهي أكبر من قيمة (F) الجدولية والتي تساوي (2.67) مما يدل

الرعاية التي مكنتهم وساعدتهم على إدارة مشاكلهم مما ساعد على التقليل من القلق والتوتر.

وتتفق مع دراسة (أبو السعود، ٢٠١٤) في انخفاض معدل القلق بعد تطبيق البرنامج التدريبي في تنمية المهارات المهنية لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية، ودراسة (Prabhu, et al., 2016)، حيث اتفقت جميع الدراسات أنه كلما زاد المستوى التعليمي لدى المرافق انخفضت نسبة القلق.

الفرض الخامس: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مكان السكن.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي) لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مكان السكن، والنتائج مبينة في جدول (١،٨)

جدول (١،٨): نتائج تحليل التباين الأحادي للقلق العام لمرافقي

المرضى النفسيين لمتغير السكن

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة متوسط قيمة الحرية المربعات	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الدلالة الإحصائية
بين المجموعات	٠,٠٨١	٢	٠,٠٤١	
داخل المجموعات	٢٨,٣٢٥	١٢٧	٠,٢٢٣	
المجموع	٢٨,٤٠٦	١٢٩	٠,١٨٤	غير دال إحصائياً

* قيمة (F) الجدولية عند درجة حرية "٢، 127" ومستوى

دلالة (0.05) تساوي (٣,٠٦)

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.832) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة (F) المحسوبة تساوي (0.184)، وهي

على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير المؤهل العلمي ولمعرفة الفروق تم استخدام اختبار (شفيه) للمقارنات الثنائية فبينت النتائج عدم وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الحاصلين على شهادة الابتدائية والاعدادية وكذلك الحاصلين على شهادة الثانوية، وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الحاصلين على شهادة الابتدائية والشهادة الجامعية وتبين أن القلق أعلى لدى حملة شهادة الابتدائية، عدم وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الحاصلين على شهادة الاعدادية وشهادة الثانوية، وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الحاصلين على شهادة الاعدادية والشهادة الجامعية وتبين أن القلق العام أعلى لدى حملة شهادة الاعدادية، وجود فروق إحصائية في القلق العام بين الحاصلين على شهادة الثانوية والشهادة الجامعية وتبين أن القلق العام أعلى لدى حملة شهادة الثانوية.

وتفسر الباحثان بأن المستوى الجامعي يعي طبيعة المرض النفسي من خلال المساحة العلمية الواسعة التي يجدها في الكتب، والخبرة العلمية التي تؤهله في أن يكون متسع الأفق ويبحث في تجارب الآخرين، ويبحث كثيراً في الأدوية المناسبة للمريض وأهميتها، إضافة إلى ذلك الاطلاع إلى شبكة الإنترنت التي تزوده بإضافة نوعية عن نوع المريض، مما يخفف عن كاهله ويقلل مستوى القلق لديه من خلال التعليم الصحيح مع المريض النفسي.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Heidari, et al., 2018) حيث ركز البرنامج على القضايا النفسية لمقدمي

أقل من قيمة (F) الجدولية والتي تساوي (3.06)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مكان السكن.

تعزو الباحثتان ذلك إلى نظرة المجتمع التي لا تختلف من مكان لآخر وخاصة في المجتمعات العربية، ومنهم المجتمع الفلسطيني عن ماهية المرض النفسي كون المريض يعيش في المخيم أو المدينة، ويكون المرافق على مستوى تعليمي يؤهله من معرفة واضحة عن المرض النفسي أحياناً، إلا أن البيئة المحيطة لها دور كبير في نبذ المريض النفسي وغرس الوصمة التي تلحق بأهل المريض، وتشكل قلق عام لا يختلف باختلاف المناطق، الأمر الآخر لا زال المرض النفسي لا يحظى بخصوصية الأمراض العضوية، مثل وجود منشآت جديدة تتناسب مع طبيعة الأمراض، المنومين في المستشفيات خاصة، ما يعني ضرورة وجود مساحات واسعة خضراء ومرافق صحية، إضافة لذلك لا يوجد تخصصات كافية في مجال الأمراض النفسية تتزامن مع زيادة انتشارها واختلاف أعراضها، ولا يجد مرافق المريض النفسي تعاطف من الآخرين، ويأتي ذلك من عدم فهمهم لأعراض المرض النفسي كالمرفق دائماً للمريض النفسي كمن يقدم التعاطف والمساندة للمريض العضوي، وكذلك المؤسسات أو المستشفيات لا تقدم خدمات كافية لمرافق المريض، فيتحمل المرافق الكثير من الأعباء التي يجب أن تقدم في المستشفيات، وهو ما يزيد من القلق عند المرافق، بغض النظر عن مكان السكن مثال عدم وجود مرضى نفسيين منومين في المستشفيات بشكل يراعي الحالة النفسية لهم مما يزيد الإرهاق والعبء على المرافق.

تتفق هذه الدراسة مع دراسة (عدوي، 2018) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين منخفضي ومرتفعي القلق للوالدين بالسلوك التكيفي لصالح منخفضي القلق حيث تُظهر أن السلوك التكيفي لصالح منخفضي القلق، وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Acharyya, et al., 2016) أن معظم الأمهات تعاني من القلق المستمر نتيجة مرض الطفل وكانت التوصيات بتشجيع إقامة شبكات اجتماعية لتكون وسيلة جيدة للتقليل من الإجهاد والقلق.

الفرض السادس: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، والنتائج مبينة في جدول رقم (1,9).

جدول (1,9): نتائج اختبار **T-Test** للعينتين المستقلتين للقلق

العام لمرافقي المرضى النفسيين لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (Sig)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
غير دال إحصائياً	0,0547	0,483	2,42	107	القلق متزوج
	0,080	0,400	2,48	23	القلق غير متزوج

* قيمة (T) الجدولية عند درجة حرية "١٢٨" ومستوى دلالة (0.05) تساوي (1.96)

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية لمقياس القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تساوي (0.585) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وقيمة

(T) المحسوبة تساوي (0.547) وهي أقل من قيمة (T) الجدولية والتي تساوي (1.96)، ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية.

تعزو الباحثان ذلك أن القلق النفسي غير مرتبط بالحالة الاجتماعية متزوج أو غير متزوج، أعزب أو أرمل، فأعراض القلق تأتي من كون المرافق قائم على إعالة هذا النوع من المرضى النفسي، وأعراض المرض النفسي معقدة تشمل مدى واسع من المجالات البيولوجية والاجتماعية والبيئية، وعلى ذلك تظل خبرة المرافق محدودة بآليات وعوامل الخطورة والحماية، وهذا النوع من الأمراض قد أشار إليه (Mrazek&Hagyerty, 1994) وبتكرير الباحثين في تدخلاتهم الوقائية على نموذج خفض الخطورة المرتبط بنوع الاضطراب، ويمكن تغييرها بعد التدخل، وتستدل الباحثان من ذلك كم المصاعب الباعثة على وجود القلق لدى المرافق (عسكر، ٢٠١٥).

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (نور الهدى، ٢٠١٩) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات المتخلفين ذهنيًا دون التمييز بين المتزوجة وغير المتزوجة، ومع دراسة (أبو السعود، ٢٠١٤) لخفض قلق الآباء بعد تعرض أبنائهم لبرنامج تدريبي، ولم يشر إلى الحالة الاجتماعية على السواء.

الفرض السابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مدة المرض.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مدة المرض، والنتائج مبينة في جدول (١،١٠)

جدول (1.10): نتائج تحليل التباين الأحادي للقلق العام لمرافقي

المرضى النفسيين لمتغير مدة المرض

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة " F "	متوسط المربعات الحرة	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دل إحصائيا	٠,٢٠٤	١,٥٥٢	٠,٣٣٧	٣	١,٠١٢	بين المجموعات
			٠,٢١٧	١٢٦	٢٧,٣٩٥	داخل المجموعات
				١٢٩	٢٨,٤٠٧	المجموع

* قيمة (F) الجدولية عند درجة حرية "٣، 126" ومستوى دلالة (0.05) تساوي (٢,٦٧)

تبين من الجدول أن القيمة الاحتمالية (Sig) للدرجة الكلية للمقياس تساوي (0.204)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وقيمة (F) المحسوبة تساوي (1.552) وهي أقل من قيمة (F) الجدولية والتي تساوي (٢,٦٧)، ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق العام لدى مرافقي المرضى النفسيين تعزى لمتغير مدة المرض.

تعزو الباحثان ذلك إلى أن أعراض المرض الشائعة التي يمكن أن يتشارك فيها المرضى النفسيين من نفس المرض، تؤهل المرافق للتعامل معها، بينما تكون هناك متغيرات أخرى غير محددة أو متخصصة لاضطراب ما عن مريض آخر، وبذلك تكون العوامل المؤدية لحدوث القلق أكثر شيوعًا، وأن هذه العوامل لا تزيد أو تنقص مع الزمن، إنما بتغير احتياجات المرض وعلى المرافق أن يتغير تبعًا لذلك، وعدم وجود الخبرة والتعليم أو

التوافق مع هذا المرض يسبب القلق لدى المرافق، وعلى أي حال فإن قدرة المرافق على تحديد هذه الاحتياجات تكون متغيرة وغير دقيقة، ومن خلال إجراء بعض المقابلات لمرفقي الحالات المرضية النفسية في مراكز الطب النفسي ومركز الخدمات لاحظت الباحثتان أن جميع المرافقين يعانون من القلق، وربما يكون قلق من اختلاف نوع الأمراض المتغيرة مع الزمن ولكن القلق موجود.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (Heidari, et al., 2018) التي اعتمدت على دعم المرافقين اجتماعيًا لأهمية تبادل الخبرات.

* التوصيات

١- قيام وسائل الإعلام المحلية بتكثيف البرامج الوقائية، التي تهتم بجميع فئات المجتمع مثل: زيادة الوعي الصحي والنفسي يتوافق مع التغيير والتطور المتسارع الملازم للظروف البيئية والمجتمعية.

٢- قيام الجامعات الفلسطينية عامة وأقسام علم النفس خاصة وطلبة الدراسات العليا بتصميم برامج إرشادية خاصة بهذه الفئات للتخفيف من العبء النفسي والقلق والاهتمام بالمرضى النفسيين خاصة لما له انعكاس على حياة المرافق الصحية والنفسية.

٣- اهتمام وزارة الصحة بتحسين ظروف المستشفيات والعيادات التابعة لها، لمساعدة المرافقين في التخفيف من الأعباء والضغوط الواقعة عليهم في رعاية المرضى النفسيين.

٤- التعاون مع وزارة الأوقاف في نشر الوعي الديني من خلال تركيز العلماء وخطباء المساجد على المفاهيم الدينية التي تحث على التوكل على الله، والصبر والرضا بالقضاء والقدر، وثواب

الإحسان، وغيرها من المفاهيم الدينية التي تخفف من مشاعر القلق والعبء النفسي.

* المقترحات

١- برامج إرشادية تقام على نتائج هذه الدراسة لمختلف الفئات المرافقة للمرضى خاصة النفسيين.

٢- العبء النفسي لدى مرافقي المرضى العضويين.

٣- القلق العام لدى مرافقي المرضى العضويين.

٤- الاكتئاب لمرفقي المرضى النفسيين.

* المراجع

أولاً- المراجع العربية

القرآن الكريم.

الآنة، جلال علي إبراهيم، والمولي، أحمد محمد جاد. (٢٠١٨م). قلق المستقبل لدى آباء ذوي الإعاقة السمعية في ضوء بعض المتغيرات. المجلة التربوية، (٥٢)، ١٦٧-١٩٤.

إنجلر، نار برا. (١٩٩٠م). مدخل إلى نظريات الشخصية. ترجمة: فهد بن عبد الله بن دليم. ط١. (د.م): دار قباء للنشر والتوزيع.

أوشن، نادية. (٢٠١٥م). التوجيه الجامعي وعلاقته بتقدير الذات وقلق المستقبل المهني للطلاب في ضوء بعض المتغيرات دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر باتنة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الحاج خضر، الجزائر.

أيوب، نائف علي. (٢٠١٩م). الضغوط النفسية. ط١. القاهرة: جامعة القاهرة.

البخاري، محمد بن إسماعيل. (1422هـ). الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله ﷺ وسننه وأيامه، المشهور ب: صحيح البخاري. تحقيق: محمد زهير بن ناصر الناصر. ط1. (د.م): دار طوق النجاة.

البطنيجي، عايدة أحمد. (2015م). فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية شرق غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الأزهر، غزة.

البطي، آمنة اشتيوي. (2018م). الضغوط النفسية لدى المطلقات وأساليب مواجهتها. ط1. (د.م): مركز الكتاب الأكاديمي.

بلوط، سمر. (2011م). التعمق في تجربة أمهات أطفال مرضى السرطان في فلسطين ومدى التوافق لديهن. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة بيرزيت، فلسطين.

تونسي، عديلة حسن طاهر. (2002م). القلق والاكتئاب لدى عينة من المعاقين حركياً وبصرياً في مدينة مكة المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، السعودية.

ابن تيمية، أحمد بن عبد الحلیم. (1997م). الاستغاثة في الرد على البكري. ط1. (د.م): دار الوطن للنشر.

الجرجاوي، زياد علي. (2010م). القواعد المنهجية التربوية لبناء الاستبيان. غزة: مطبعة أبناء الجراح.

جلالة، سهيلة سعيد. (2015م). الرضا عن الحياة وعاقته بالإجهاد النفسي الناتج عن الحصار لدى موظفي القطاع الحكومي في غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.

حبيب، أم كلثوم إبراهيم. (2018م). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المعالجين من سرطان الدم. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، 18 (3)، 245-284.

حجازي، علاء علي. (2013م). القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية في المدارس الحكومية في محافظات غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.

الحديبي، مصطفى عبد المحسن. (2007م). فعالية الإرشاد النفسي الديني في خفض قلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية بأسبوط. (د.ط). القاهرة: كلية التربية جامعة أسبوط.

حسن، صادق عبده. (2010م). الضغوط النفسية وعلاقتها بالدكاء الوجداني لدى طلبة الجامعة في اليمن والجزائر (دراسة مقارنة). (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

حسنونة، باسل فريز. (2014م). المسؤولية الاجتماعية الضغوط النفسية لدى القيادات الطلابية في جامعة القدس المفتوحة. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.

حسيبة، برزوان. (2016م). فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. 2 (3)، 91-105.

القلق العام والعبء النفسي لمراقبي المرضى النفسيين في قطاع غزة

الدعوى، سميرة، وشونوي، نورة. (٢٠١٣م). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحد، دراسة عيادية لخمس حالات. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أكلي محمد أولحاج، الجزائر.

دوايشة، عز الدين أحمد. (٢٠١٧م). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أسر الشهداء المحتجزة جثامينهم لدى سلطات الاحتلال الإسرائيلي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس المفتوحة.

ديفيد جي، تحرير، دوزيس، كث إس دويس. (٢٠١٥م). الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة. تحقيق: عبد الله السيد عسكر. ط ١. (د.م): المركز القومي للترجمة.

رزق الله، رفيدة مهدي، وفرح، علي. (٢٠١٦م). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. دراسة وصفية في المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي.

الرشيد، هارون توفيق. (١٩٩٩م). الضغوط النفسية: طبيعتها - نظرياتها: برنامج لمساعدة الذات في علاجها. ط ١. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

زربي، أحلام. (٢٠١٤م). استراتيجيات التصرف تجاه الضغوط المهنية وعلاقتها بفاعليات الأداء (دراسة ميدانية) مؤسسة سوناطراك نشاط المصعب. ٢ (٥)، ٢٢٥-٢٣٨.

الزعلان، إيمان حمد درويش. (٢٠١٥م). قلق المستقبل وعلاقته بسمات الشخصية لدى الأطفال مجهولي النسب في

الحمادي، أنور. (٢٠١٥م). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5. ط ١. بيروت: الدار العربية للعلوم.

حمدادي، نور الهدى. (٢٠١٩م). مؤشرات قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً.

حمود، هاجر بابا. (٢٠١٩م). الشعور بالتماسك وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بالإعاقة الذهنية والتوحد". دراسة ميدانية على بعض مراكز المتخلفين ذهنياً بورقلة.

الحياني، صبري برداني. (٢٠١١م). الصحة النفسية والعلاج النفسي الإسلامي. ط ١. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

الخطيب، محمد جواد. (٢٠٠٠م). التوجيه والإرشاد بين النظرية والتطبيق. ط ٢. غزة: مطبعة مقداد.

الدالي، ناجية. (٢٠١٣م). الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق (دراسة ميدانية) بولاية صطيف. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة فرحات عباس، الجزائر.

الداهري، صالح حسن، والعبدي، ناظم هاشم. (١٩٩٩م). الشخصية والصحة النفسية. ط. الأردن: دار الكندي.

دخان نبيل كامل، والحجار، بشير إبراهيم. (٢٠٠٥م). الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلاية النفسية لديهم، مجلة الجامعة الإسلامية، ١٤ (٢)، ٣٦٩-٣٩٨.

الكلوي في مشافي محافظات شمال الضفة الغربية.
(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس،
فلسطين.

سلمان، شروق كاظم. (٢٠٠٦م). سمة القلق لدى طالبات
كلية التربية للبنات. مجلة البحوث التربوية والنفسية،
٣ (١٩)، ٣٧-٤٩.

السهلي، عبد الله. (٢٠١٠م). أساليب مواجهة الضغوط لدى
الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب
النفسى بالمدينة المنورة وغير المترددين. (رسالة
ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، الرياض.
السيد، وائل. (٢٠١٨م). دراسة الضغوط النفسية وعلاقتها
بجودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك
سعود- المملكة العربية السعودية.

أحمد، اعتدال عبده فقير سيد. (٢٠١٠). الصحة النفسية لدى
مرافقي مرضى الفصام بمستشفيات الطب النفسي
بولاية الخرطوم في ظل بعض المتغيرات. (رسالة
ماجستير).

صباح، جبالي. (٢٠١٢م). الضغوط النفسية واستراتيجيات
مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة
داون. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة فرحات
عباس، الجزائر

صباح، محمد يوسف صالح. (٢٠١٦م). الضغوط النفسية
وعلاقتها بالاتجاه نحو الهجرة لدى خريجي الجامعات
الفلسطينية في محافظات غزة. (رسالة ماجستير غير
منشورة). جامعة الأزهر، غزة.

مؤسسات الإيواء والمحتضنين لدى أسر بديلة. (رسالة
ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية بغزة.
زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥م). الصحة النفسية
والعلاج النفسي. ط٤. القاهرة: عالم الكتب للنشر
والتوزيع والطباعة.

زهران، حامد عبد السلام. (١٩٩٧م). الصحة النفسية
والعلاج النفسي. ط٣. القاهرة: عالم الكتب.

زهران، سناء حامد. (٢٠٠٥م). إرشاد الصحة النفسية
لتصحيح مشاعر الاغتراب. ط١. القاهرة: عالم
الكتب للنشر والتوزيع.

زيدنر، موشي، ماثيوس، جيرالد. (٢٠١٦م). القلق. ط١.
الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون.

الزيناتي، اعتماد يعقوب. (٢٠٠٣م). أنماط الشخصية الصبورة
وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طالبات الجامعة
الإسلامية بغزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)

أبو السعود، شادي محمد. (٢٠١٤م). فعالية برنامج تدريبي في
تنمية بعض المهارات المهنية لدى المعوقين عقلياً وأثره
في خفض قلق المستقبل لدى الآباء بمحافظة
الطائف. مجلة كلية التربية - جامعة بور سعيد،
١١٢-٣٨، (١٦).

سلامة، فداء عليان. (٢٠١٦م). مفهوم الذات وعلاقته بالقلق
والاكتئاب لدى متعاطي الأترمادول في محافظات
قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة
الإسلامية بغزة.

سلامة، سعادة ابراهيم محمد. (٢٠١١م). أعراض القلق
والاكتئاب وأساليب التكيف لدى مرضى الغسيل

داون". مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعموم الإنسانية، ٤١ (٣)، ١٠٧-١٢٠.

عبد الستار، إبراهيم، وعسكر، عبد الله. (٢٠٠٨م). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. ط٤. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيز، مفتاح. (٢٠٠١م). علم النفس العلاجي، اتجاهات معرفة المصدر أسباب القلق. ط١. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

العبد الله، فايزة غازي. (٢٠١٤م). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية عند اليافعين في مدارس مدينة دمشق. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة دمشق، دمشق.

عبد المعطي، حسن. (٢٠٠٦م). ضغوط الحياة التقنية للمتفوقين وكيفية مواجهتها. ط١. القاهرة: دار زهراء الشرق.

عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (٢٠٠٨م). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. ط١. عمان: دار الصفاء.

عثمان، عايد محمد. (٢٠١٦م). درجة القلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين وعلاقتها ببعض المتغيرات. ط١. فلسطين: المركز الفلسطيني للإرشاد.

عثمان، فاروق السيد. (٢٠٠١م). سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس الكتاب السادس عشر. ط١. القاهرة: دار الفكر العربي.

الضريبي، عبد الله. (٢٠١٠م). أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق، ٢٦ (٤)، ٦٦٩-٧١٩.

طايبي، نعيمة. (٢٠٠٧م). التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري دراسة مقارنة. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر، الجزائر.

عابد، سمر أدبي علي. (٢٠١٦م). فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية الإنسانية في خفض الضغوط النفسية لدى زوجات الأسرى في سجون الاحتلال الإسرائيلي. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القدس، فلسطين.

عاشور، خديجة. (٢٠١٢م). ضغوط العمل النظريات والنماذج. مجلة العلوم الإنسانية- جامعة محمد خضرم بسكرة، (٢٦)، ١٥-٤٢.

العامة، منى بنت عبد الله بن نيهان. (٢٠١٤م). أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نزوة.

العاني، مها عبد المجيد، والعتار، أسعد تقي. (٢٠١٨م). الضغوط النفسية التي يواجهها المسنون اللاجئون. مجلة التعليم والعلوم الاجتماعية. (٢٣)، ١٤٠٣-١٤٣١.

عباس، سهام. (٢٠١٩م) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة

عدوي، عاطف محمد. (٢٠١٨م). مستوى قلق الوالدين وعلاقته بالسلوك التكيفي لدى عينة من أطفال ذوي صعوبات التعلم. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

عريبات، أحمد، وخرابشة، عمر. (٢٠٠٧م). الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطلبة المتفوقون واستراتيجيات التعامل معها. ط١. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.

أبو عزب، نائل إبراهيم. (٢٠٠٨م). فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية بغزة.

عسكر، علي. (١٩٩٨م). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. (د.ط). القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عكاشة، أحمد. (٢٠٠٩م). الطب النفسي المعاصر. (د.ط). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

علاء الدين، جهاد، وقزق، أمل. (٢٠١٧م). أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض القلق والاكتئاب لدى أطفال الأمهات المصابات بمرض مزمن (عضوي). المجلة الاردنية في العلوم التربوية، ١٣ (١)، ٣١-٤٥.

ابن علو، الأزرق. (٢٠٠٣). كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة. (د.ط). السعودية: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

علي، زوايلي، وعيسى، غويني. (٢٠١٧م). الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى تلاميذ السنة الرابعة المتوسط. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة زيان عاشور، الجلفة.

أبو عمشة، فاطمة باسل صالح. (٢٠١٩م). القلق الوجودي والقلق الاجتماعي وعلاقتها بسمات الشخصية لدى طلبة جامعة الأزهر غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الأزهر، غزة.

العناني، حنان عبد الحميد. (١٩٩٨م). الصحة النفسية للطفل. ط٤. عمان: دار الفكر.

العنزي، خالد بن الحميدي هدمول. (٢٠١٠م). إدراك القبول- الرفض الوالدي والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة الشمالية- السعودية. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة أم القرى، السعودية.

أبو عون، ضياء يوسف. (٢٠١٤م). الضغوط النفسية وعلاقتها بالدافعية للإنجاز وفاعلية الذات لدى عينة من الصحفيين بعد حرب غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.

عيد، آلاء. (٢٠٢٠م). الصديق والثبات في البحث العلمي. تاريخ الاطلاع: ٢٠٢٠/٠٣/١٤، الرابط: www.mawdoo3.com

العيسوي، عبد الرحمن محمد. (١٩٩٢م). الصحة النفسية والعقلية. (د.ط). بيروت: دار النهضة.

العيسوي، عبد الرحمن محمد. (٢٠٠٦م). المنهج الكمي في دراسة الإنسان. ط١. القاهرة: دار النهضة العربية.

عيسى، عصام عوني. (٢٠١٤م). الصلابة النفسية وعلاقتها بضغط الحياة لدى العاملين في المؤسسة الأمنية في محافظتي الخليل وبيت لحم. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، فلسطين.

الغامدي، حامد أحمد. (٢٠١٠م). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية. مجلة أم القرى للعلوم النفسية والتربوية، ٢ (١)، ٥١-١١.

غانم، محمد حسن. (٢٠٠٥م). كيف تتعامل مع القلق النفسي. ط١. القاهرة: دار النهضة.

غراب، أسماء عبد القادر. (٢٠١٥م). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لأسلوب حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى زوجات الفصام العقلي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

الغريب، أحمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (٢٠٠٩م). التعامل مع الضغوط النفسية. ط١. القاهرة: دار الشروق.

غيث، سعاد وآخرون. (٢٠٠٩م). مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين واستراتيجيات التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٠ (١)، ٢٤٥-٢٦٨.

الفاخري، مبروكة علي محمد (٢٠١٨). الضغوط النفسية والتوافق النفسي للمتقاعدین. ط١. (د.م): مركز الكتاب الأكاديمي.

الفتال، سهيل. (٢٠١٩م). قلق المستقبل عند عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كل من رام الله والبيرة. مجلة جامعة القدس المفتوح للبحوث الانسانية والاجتماعية، (٤٩)، ٣٧-١٩.

الفحل، نبيل محمد. (٢٠١٤م). دليلك البرنامج الإرشادي النفسي. (د.ط). القاهرة: دار العلوم.

فرج، زهراء. (٢٠١٦م) الضغوط النفسية لدى النساء النازحات في محافظة الديوانية. العراق: جامعة القادسية.

فرح، منى حسن. (٢٠٠٩م) الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين المعاقين حركياً. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الفسيفس، وفاء صقر. (٢٠١٦م). كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بقلق المستقبل والنظرة للصراع لدى فاقدى المنازل في قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو فضة، خالد عمر. (٢٠١٣). قلق المستقبل وعلاقته بأزمة الهوية لدى المراهقين الصم في محافظات غزة. (رسالة ماجستير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

فقي، إبراهيم. (٢٠٠٩م). حياة بلا توتر. ط١. القاهرة: منتديات مجلة الابتسامة، إبداع للإعلام والنشر.

فلاتشو، وآخرون. (٢٠١٩م). مستوى القلق والاكتئاب والعوامل المرتبطة بهما لمقدمي الرعاية لمرضى السرطان المتقدم في اليونان.

فوغالي، نسيم، أقران، وفاء. (٢٠١٦). الصدمة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والحاضرين لتصفية الدم. (رسالة ماجستير)

فياض، إسلام. (٢٠١٧م). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات البديلات في قرية الأطفال رفح. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

الغامدي، حامد أحمد. (٢٠١٠م). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية. مجلة أم القرى للعلوم النفسية والتربوية، ٢ (١)، ٥١-١١.

غانم، محمد حسن. (٢٠٠٥م). كيف تتعامل مع القلق النفسي. ط١. القاهرة: دار النهضة.

غراب، أسماء عبد القادر. (٢٠١٥م). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لأسلوب حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى زوجات الفصام العقلي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

الغريب، أحمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (٢٠٠٩م). التعامل مع الضغوط النفسية. ط١. القاهرة: دار الشروق.

غيث، سعاد وآخرون. (٢٠٠٩م). مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين واستراتيجيات التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٠ (١)، ٢٤٥-٢٦٨.

الفاخري، مبروكة علي محمد (٢٠١٨). الضغوط النفسية والتوافق النفسي للمتقاعدین. ط١. (د.م): مركز الكتاب الأكاديمي.

الفتال، سهيل. (٢٠١٩م). قلق المستقبل عند عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كل من رام الله والبيرة. مجلة جامعة القدس المفتوح للبحوث الانسانية والاجتماعية، (٤٩)، ٣٧-١٩.

السرطان. حوليات آداب عين شمس (٣١)، ٢٤٣-٢٧٤.

مقداد، غالب رضوان. (٢٠١٥). قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات. (رسالة ماجستير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة. ملحم، سامي محمد. (٢٠٠١). الأسس النظرية والتطبيقية. ط١. عمان: دار الميسرة.

ابن منظور، محمد بن مكرم بن علي، أبو الفضل، جمال الدين. (١٤١٤ هـ). لسان العرب. ط٣. بيروت: دار صادر.

الموسوي، حسن. (١٩٩٨م). الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية. المجلة التربوية جامعة الكويت، ١٢ (٤٧)، ١٥-٣٥.

أبو ندى، محمد عصام. (٢٠١٥م). الضغط النفسي في العمل وعلاقته بالمرونة النفسية لدى العاملين بمستشفى كمال عدوان بمحافظة شمال غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة) الجامعة الإسلامية، غزة.

النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (٢٠١٣م). الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة. ط١. عمان (الأردن): دار الحامد للنشر والتوزيع.

نوفل، ناصر محمد. (٢٠١٦م). صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصرياً. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

قاسم، نادر، وآخرون. (٢٠١٣م). برنامج إرشادي بالمعنى مقترح لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الإعاقة". مجلة الارشاد النفسي ١ (٣٥)، ١٢٢-١٣٥.

أبو قوطة، هيثم حاتم. (٢٠١٩م). أساليب مواجهة الضغوط النفسية وفاعلية الذات وعلاقتها بكفاءة الذات لدى معلمي التربية الخاصة".

قويدر، كامل محمد. (٢٠١٨م). قلق المستقبل المهني في ضوء المساندة الأسرية وأنماط التكيف لدى المصابين بالشلل. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، فلسطين.

كارنيجي، ديل. (١٩٨٠م). كيف نكسب الثروة والنجاح والقيادة. ط١. القاهرة: مكتبة دار الحياة.

كامل، محمد علي. (٢٠٠٤). الضغوط النفسية ومواجهتها. الطبعة ط١. مكتبة ابن سينا.

ماكنزي، كوام. (٢٠١٣م). القلب ونوبات الذعر. ط١. ترجمة هلا أمان الدين. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

مجلي، شايح عبد الله. (٢٠١١م). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعدة. مجلة جامعة دمشق، (٢٧)، ١٩٣-٢٤١.

محمد، محمد عودة، ومرسي، كمال إبراهيم. (١٩٨٦م). الصحة النفسية في صور علم النفس والإسلام. ط٢. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

المغلوث، فهد. (٢٠٠٣م). آليات تفعيل برنامج تدريبي لإشباع الاحتياجات الأساسية والمهارات لمرفقي مرضى

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, (37).
- Bergeman, C. S., Plomin, R., Pedersen, N. L., & McClearn, G. E. (1991). Genetic mediation of the relationship between social support and psychological well-being. *Psychology and Aging*, 6(4), 640.
- Bhattacharya, K., Pal, S., Acharyya, R., Dasgupta, G., Guha, P., & Datta, A. (2016). Depression and anxiety in mothers of children with cancer and how they cope with it: a cross-sectional study in eastern India. *ASEAN J Psych*, 17, 1-8.
- Bosse, R, Aldwin, and etal. (1990). Differences in social support among retirees and workers: findings from the normative aging study. *Psychology and aging*, 5 (1), 41-47.
- Ciminero, A. (2014). *One Minute Stress Management: Easy Strategies to Conquer Stress*. Florida.
- coping, stress and social resources among adults with ni-polar depression. *Journal of Abnormal psychology*, 92 (2), 119-133.
- واطس، آلان. (٢٠٠٥). العلاج النفسي بين الشرق والغرب. ترجمة ثائر ويب. ط١. الجمهورية العربية السورية: منشورات وزارة الثقافة.
- ياغي، شاهر يوسف. (٢٠٠٦م). الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلاية النفسية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
- يوسف، جمعة. (٢٠٠٧م). إدارة الضغوط. ط١. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.
- يوسف، سلمان عبد الواحد. (٢٠١١م). ذوو صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية: خصائصهم، اكتشافهم، رعايتهم، مشكلاتهم. ط١. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ثانياً- المراجع الأجنبية
- Akretchy, etal., (2017). Psychological burden and caregiver-reported non-adherence to psychotropic medications among patients with schizophrenia) Elsevier journal, psychiatry research (259), 289-294
- Arya, et al., (2019). A study of psychological stress and burden on caregivers of schizophrenic patients. *International journal of contemporary medical research*, 6, (8), 46-98.

- behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer, a randomized clinical trial, *Asian pacific journal of cancer prevention*, (18), 3207-3212.
- Prabhu, et al., (2016). Anxiety among primary care givers of patients with mental disorders. *journal of nursing and health science*, 5 (3), 28-31
- Selye, H. (1979). *The stress of my life: a scientist's memoirs*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Smith, M., Wethington, E., & Zhan, G. (1996). Self-concept clarity and preferred coping styles. *Journal of Personality*, 64(2), 407-434.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. *Anxiety-Current trends and theory*, 3-20.
- Taylor s. (1995). *Health psychology*. 3rd edition. New York
- Zaheer, et al., (2015). Psychological Burden In B-Thalassemia Affected Families) Institute of Management Sciences, Peshawar - Pakistan. *JPMI* 29, (4), 260-263
- Freeman, M. P., Freeman, S. A., & McElroy, S. L. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of affective disorders*, 68(1), 1-23.
- Govina, O., Vlachou, E., Kalemikerakis, I., Papageorgiou, D., Kavga, A., & Konstantinidis, T. (2019). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(3), 283-291.
- Heidari, et al., (2018). Effect of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *national library of medicine, national center for biotechnology information*, (88), 106-112.
- Hu, et al. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *medicine Baltimore*, 97 (40). 26-38.
- Nourmohammadi, et al., (2017). positive effects of cognitive