



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -  
كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية  
قسم علم النفس و علوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس و علوم التربية

التخصص: علم النفس العيادي

مقدمة من طرف:

حاجي عمار

الصحة النفسية و علاقتها بالمخططات المعرفية  
اللاتكيفية لدى الأئمة و الإختصاصيين النفسانيين.  
- دراسة مقارنة -

تاريخ المناقشة: 2025/06/01

لجنة المناقشة مكونة من:

أ.د/ زعوط رمضان.....جامعة قاصدي مرباح.....رئيسا

أ.د/ خميس محمد سليم.....جامعة قاصدي مرباح.....مشرفا و مقرر

أ.د/ بن مجاهد فاطمة الزهراء.....جامعة قاصدي مرباح.....مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

## شكر و تقدير

بسم الله الرحمن الرحيم، الحمد لله الذي وفقتي لإتمام هذا العمل، و أصلي و أسلم على نبينا محمد سيد المرسلين و أفضل خلق الله أجمعين

بدايةً، أتوجه بجزيل الشكر و العرفان الى مشرفي الاستاذ خميس محمد سليم، على دعمه و ارشاداته طوال رحلة البحث، و ما قدمه من توجيهات قيّمة ساهمت في إثراء هذه الرسالة.

كما اتوجه بخالص الشكر و التقدير لكل من ساهم في إنجاز هذه المذكرة، و أخص بذلك السادة أعضاء لجنة المناقشة الكرام على تفضلهم بقراءة و تقييم هذا العمل المتواضع.

و أود أن أعرب عن امتناني العميق لكل من شارك في هذه الدراسة من الاختصاصيين النفسيين والأئمة، و الذين لولا تعاونهم لما كان لهذا العمل أن يكون.

أسأل الله أن يجعل هذا الجهد خطوةً في خدمة العلم و المجتمع، و أن ينفع به كل من يعمل في مجال الصحة النفسية و الدعم الروحي.

## ملخص:

**الخلفية:** تعد الصحة النفسية من العوامل الأساسية التي تؤثر في أداء الفرد، خاصة أولئك الذين يعملون في مهن تتطلب تفاعلاً مباشراً مع الآخرين، مثل الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة. و تُسهم المخططات المعرفية بشكل حاسم في تحديد مستوى الصحة النفسية للأفراد، حيث تشكل تصورات الفرد و تفسيره للأحداث و كذا طريقة التعامل و الاستجابة لها.

**الهدف:** سعت الدراسة الى الكشف عن مستويات الصحة النفسية و طبيعة المخططات المعرفية لدى الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين، و استكشاف العلاقة بين المتغيرين لدى الأئمة و المختصين النفسانيين، و مقارنة الفروق بين المجموعتين في هذه المتغيرات.

**المنهج:** اعتمدت الدراسة على **المنهج الوصفي الارتباطي المقارن**، حيث تم تطبيقها على عينة تم اختيارها بطريقة قصدية مكونة من 60 إماماً و 6 أخصائياً نفسياً. تم استخدام أداتين و هما: - **مقياس الصحة النفسية (SCL) و مقياس المخططات المعرفية (YSQ-SF.1994)**

## النتائج الرئيسية:

- وجود مستويات مرتفعة من **الصحة النفسية** لدى الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين، دون وجود فروق دالة احصائيا بينهما.

- سجلت عينة الأئمة انتشاراً أعلى للمخططات المعرفية اللاتكيفية من المستوى الثالث (المشكلات الدائمة و المزمنة للمخطط)، في حين برزت المخططات ذات الطابع الظرفي (المستوى الثاني) لدى الاختصاصيين النفسانيين.

- وجود إرتباط عكسي بين الصحة النفسية و 09 **مخططات معرفية** لدى الأئمة، و 14 مخططاً لدى الاختصاصيين النفسانيين.

- وجود فروق دالة احصائيا في 09 **مخططات معرفية** بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة.

**الخلاصة:** وجدت الدراسة أن الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين يتمتعون بصحة نفسية عالية دون فروق بينهم مما يشير الى فعالية كلا المجالين في تعزيز الصحة النفسية. و مع ذلك، يُظهر الأئمة ميلاً أكبر للمخططات المعرفية المزمنة الغير تكيفية، مقارنة بالمخططات المرتبطة بالمواقف الظرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين، قد يعكس ذلك اختلافاً في طبيعة الضغوط أو آليات التكيف بين المهنتين. كما أظهرت النتائج علاقة عكسية بين الصحة النفسية و المخططات الغير تكيفية، حيث ارتبطت عند الأئمة بتسعة مخططات معرفية مقابل أربعة عشر مخططاً عند الاختصاصيين النفسانيين. أما الفروق في تسعة مخططات معرفية بين المجموعتين فتُظهر تبايناً في التركيب النفسي و المعرفي، مما قد يعكس اختلاف الخلفيات التدريبية أو طبيعة المهام المهنية لكل منهما.

**الكلمات المفتاحية:** الصحة النفسية، المخططات المعرفية اللاتكيفية، الاختصاصيين النفسانيين، الأئمة.

**Abstract:**

**Background:** Mental health is a fundamental factor influencing an individual's performance, especially for those working in professions requiring direct interaction with others, such as psychologists and imams. Cognitive schemas crucially contribute to determining individuals' mental health levels, shaping their perceptions, interpretations of events, and their ways of coping and responding to them.

**Objective:** The study aimed to investigate mental health levels and the nature of cognitive schemas among imams and psychologists, explore the relationship between these variables in both groups, and compare differences between the two groups in these variables.

**Method:** The study adopted a correlational descriptive approach, with a purposive sample of 60 imams and 60 psychologists. Two main tools were used: 1, the Mental Health Scale (SCL) and 2, the Cognitive Schemas Scale (short version).

**Results:**

- High levels of mental health were observed among both imams and psychologists, with no statistically significant differences between the two groups.
- Imams exhibited a higher prevalence of third-level cognitive schemas, whereas second-level schemas were more common among psychologists.
- An inverse correlation was found between mental health and 9 cognitive schemas among imams, and 14 schemas among psychologists.
- Statistically significant differences were observed in 9 cognitive schemas between psychologists and imams.

**Conclusion:**

The study found that both imams and psychologists exhibit high levels of mental health, with no significant differences between them, indicating the effectiveness of both fields in promoting mental well-being. However, imams showed a greater tendency toward chronic maladaptive cognitive schemas, compared to the situation-related schemas more prevalent among psychologists. This may reflect differences in the nature of stressors or coping mechanisms between the two professions. The results also revealed an inverse relationship between mental health and maladaptive schemas: among imams, 9 cognitive schemas were linked, whereas 14 were associated among psychologists. Differences in 9 cognitive schemas between the two groups indicate a variation in psychological and cognitive structure, possibly reflecting differences in training backgrounds or the nature of professional roles.

**Key words:** Mental Health, Maladaptive Cognitive Schemas, Psychologists, Imams.

## قائمة المحتويات

	الشكر و التقدير
	الملخص
	قائمة المحتويات
10.....	المقدمة
10.....	الصحة النفسية.....
10.....	تعريف الصحة النفسية.....
11.....	العوامل المؤثرة في الصحة النفسية.....
12.....	المخططات المعرفية.....
12.....	انماط المخططات المعرفية.....
14.....	علاقة الصحة النفسية بالمخططات المعرفية.....
15.....	التساؤلات.....
15.....	الفرضيات.....
16.....	الاهداف.....
16.....	الأهمية.....
17.....	المنهج.....
18.....	منهج الدراسة.....
18.....	حدود الدراسة.....
18.....	خصائص عينة الدراسة.....
18.....	صعوبات البحث.....
18.....	أدوات الدراسة.....
26.....	التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة.....
26.....	الأساليب الاحصائية المستخدمة.....
27.....	النتائج.....
28.....	نتائج الفرضية الاولى.....
28.....	نتائج الفرضية الثانية.....
29.....	نتائج الفرضية الثالثة.....
30.....	نتائج الفرضية الرابعة.....
32.....	نتائج الفرضية الخامسة.....
33.....	نتائج الفرضية السادسة.....

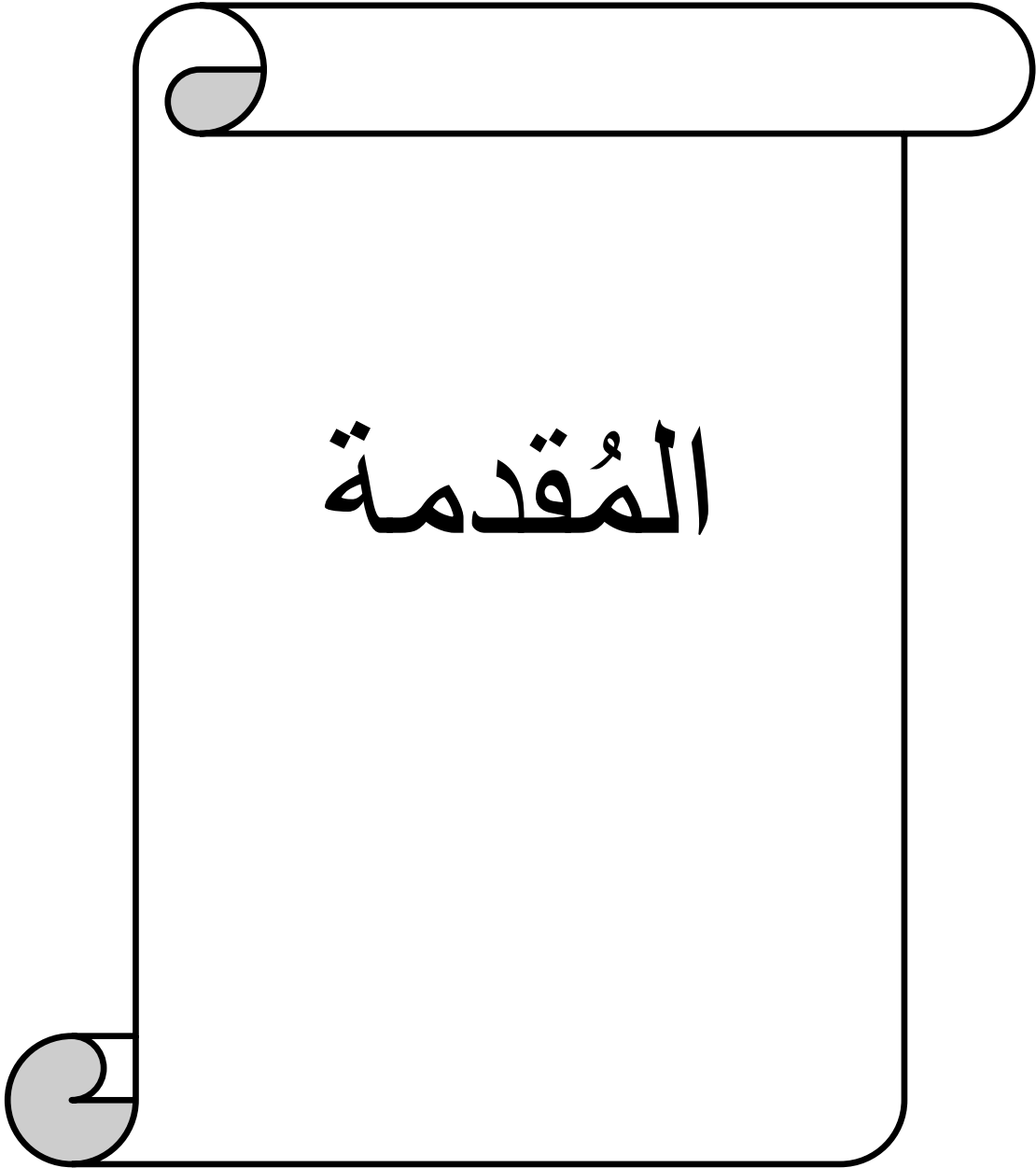
34.....	نتائج الفرضية السابعة.....
35.....	نتائج الفرضية الثامنة.....
39.....	المناقشة.....
40.....	مناقشة الفرضية الاولى.....
40.....	مناقشة الفرضية الثانية.....
41.....	مناقشة الفرضية الثالثة.....
41.....	مناقشة الفرضية الرابعة.....
42.....	مناقشة الفرضية الخامسة.....
45.....	مناقشة الفرضية السادسة.....
49.....	مناقشة الفرضية السابعة.....
49.....	مناقشة الفرضية الثامنة.....
53.....	استنتاج عام.....
55.....	المراجع.....
64.....	الملاحق.....

### قائمة الجداول:

- الجدول (01): أبعاد مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة و عدد بنودها. 19.....
- الجدول (02): مستويات تأثير المخططات المبكرة غير المتكيفة على الفرد. 20.....
- الجدول (03): مستوى الدلالة بين القيم العليا و الدنيا للدرجة الكلية للمقياس. 20.....
- الجدول (04): بدائل الإجابات و الدرجة المقابلة لكل منها و تفسيرها. 23.....
- الجدول (05): نتائج معامل الصدق التمييزي للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية. 23.....
- الجدول (06): نتائج معامل الصدق الذاتي لمقياس الصحة النفسية. 24.....
- الجدول (07): نتائج معامل الثبات لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية. 24.....
- الجدول (08): نتائج معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية. 25.....
- الجدول (09): نتائج معامل الثبات لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بطريقة ألفا كرومباخ. 25.....
- الجدول (10): مستويات الصحة النفسية لدى أفراد عينة الأئمة. 28.....
- الجدول (11): مستويات الصحة النفسية لدى أفراد عينة الاختصاصيين النفسانيين. 29.....
- الجدول (12): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية عند الأئمة. 29.....
- الجدول (13): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين. 31.....
- الجدول (14): العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة. 32.....
- الجدول (15): العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين. 33.....
- الجدول (16): نتائج إختبار "ت" لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية بين الأئمة و الأخصائيين النفسانيين. 34.....
- الجدول (17): نتائج إختبار "ت" لدلالة الفروق في المخططات المعرفية بين الأئمة و الأخصائيين النفسانيين. 35.....

### قائمة الأشكال:

- الشكل (01): مستويات الصحة النفسية عند الأئمة ..... 28
- الشكل (02): مستويات الصحة النفسية عند الأخصائيين النفسانيين ..... 29
- الشكل (03): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الأئمة ..... 30
- الشكل (04): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الأخصائيين النفسانيين ..... 31
- الشكل (05): الفروق في مستوى الصحة النفسية بين الأئمة و الأخصائيين النفسانيين ..... 34
- الشكل (06): الفروق في المخططات المعرفية بين الأئمة و الأخصائيين النفسانيين ..... 36



## المقدمة:

لطالما كانت الصحة النفسية القضية الجوهرية للعديد من علماء النفس، إذ نالت حيزا واسعا من الاهتمامات من قبل الباحثين و الدارسين لعلم النفس، و ذلك نظرا لأهميتها في حياة الفرد. حيث تعتبر مؤشرا للعافية و الحياة المتوازنة، فهي تؤثر بشكل مباشر على قدرتنا على التعامل مع التحديات و ضغوط الحياة اليومية، و بناء علاقات اجتماعية سليمة، و تحقيق النجاح و الرضا في مختلف الجوانب الحياتية. كما تساهم الصحة النفسية في تعزيز المناعة الجسدية و تقليل فرص الإصابة بالمرض. فوفقا لمسح عالمي(Wellcome,2021) حول تجارب الناس و آرائهم حول الصحة العقلية و العلوم، فقد ابلغ اكثر من تسعة من كل عشرة اشخاص حول العالم(92%) ان الصحة النفسية لها نفس اهمية الصحة البدنية او اكثر منها، من اجل تحقيق الرفاهية العامة. و هذا نظرا للدور الجوهري التي تلعبه الصحة النفسية في كل جانب من جوانب الحياة. على الرغم من ان الوصمة المحيطة بالمرض النفسي لا تزال موجودة فقد ادرك المزيد من الناس اهمية تلقي العلاج و المساعدة النفسية للحفاظ على صحتهم النفسية بغض النظر ان كانوا يعانون من مرض نفسي ام لا. فالتمتع بصحة نفسية جيدة يجعل الحياه اسهل وذات معنى. إذ من شأنها ادارة و الحفاظ على التوازن الداخلي عند الشعور بالانزعاج وكذا التعامل مع الخسائر و التغيرات و المخاوف و عدم اليقين في الحياة وكذا اقامة علاقات سليمة مع الآخرين و الحفاظ عليها. كما لا يعني التمتع بصحة نفسية جيدة الشعور بالسعادة طوال الوقت، إذ ان الفرد يمر بفترات متفاوتة و احداث مختلفة تؤثر على المستوى المزاجي بالصعود و الهبوط، لكنها تمكنه من مواجهة تحديات الحياة بمرونة و اقامة علاقات صحية ومنتجة، وكذا اتخاذ القرارات التي تشكل مستقبلا ايجابيا لأنفسنا و لمجتمعنا. و في هذا الصدد تشير منظمة الصحة العالمية (WHO,2024) ان الصحة النفسية هي حالة من العافية النفسية التي تمكن الناس من التعامل مع ضغوط الحياة، التي تمكنهم من تحقيق قدراتهم، و تقديم اسهامات ذات مغزى في مجتمعاتهم. و على ذلك فإن طبيعتها الايجابية كانت او السلبية تؤثر على رفاهيتنا النفسية. وهو ما اعتبره الهنداوي و حامد (2010) في انعكاس الرفاه النفسي على الصحة النفسية و نوعيتها. فالصحة النفسية مؤشر هام لجودة الحياة، إذ من خلالها يمكننا التنبؤ بمدى رضا الفرد عن حياته و تحديد ادائه. وهو ما اشارت اليه دراسة (خرموش و قرشان،2021) في كون الصحة النفسية عامل قوي للتنبؤ بمستوى جودة الحياة، إذ توصلت الدراسة الى وجود علاقة موجبة بين الصحة النفسية و جودة الحياة. تصنف الصحة النفسية و اهميتها تبعا لمعايير تحددها والتي تشمل؛ المعيار الاحصائي والذي يقوم على مدى تكرار او توزع سلوك ما في مجتمع معين والذي يتم تمثيله في توزيع جرس غاوس. و يطلق على هذا المجال المتوسط في هذا التوزيع تسميه المدى الطبيعي والسوي. الشخص الذي يمتلك سمة من السمات او يتصرف في موقف من المواقف بشكل اقل او اكثر من المجال المتوسط في جمهور مماثل يعد سلوك منحرفا عن المعيار(عبد السلام،2023.ص199). كما نجد المعيار القيمي والذي يمثل الافكار العامة و المعايير والقواعد التي يلتزم ويؤمن بها افراد المجتمع، فالشخص السوي هو الذي يلتزم بتلك القيم و العادات و المعايير الصحية و السوية كالنظافة و الصحة الغذائية و الابتعاد عن المحرمات (الخطيب،2006.ص27). والذي يختلف عن المحك الذاتي الذي يكون الاطار المرجعي فيه هو ذات الفرد الذي ترجع اليه في الحكم على السلوك بالشذوذ او السواء، وبذلك سنتعدد الاحكام بتعدد الافراد بل ستتغير هذه الاحكام بالنسبة للفرد الواحد نتيجة تغير مزاجه بين الفترات المختلفة (عويضة،1996.ص35). في حين ان المعيار الطبي النفسي يعتمد على اتخاذ الاعراض المرضية اساسا للحكم على السلوك الشخص، فالسواء هو الخلو من الاضطرابات و الاعراض المرضية، بينما الشاذ فيغلب على انماطه السلوكية اعراض متعددة كالهلاوس و الاوهام و القلق... (مجيد،2016.ص31).

ان اساليب اكتساب الصحة النفسية تشبه تلك الاساليب التي نتابعها في اكتساب الصحة الجسمية، ومن هذه الاساليب الاسلوب العلاجي؛ والذي يختص هذا المنهج بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى و اولئك الذين يعانون من سوء التوافق يشتمل اشكاله و ذلك عن طريق اتخاذ الاساليب المناسبة لمساعدة هؤلاء الافراد على تجاوز تلك الاضطرابات و بلوغ حالة التوافق الجيدة و الصحة النفسية السليمة(مجيد،2016،ص36). و الاسلوب الثاني هو الاسلوب الوقائي والذي يستهدف تجنب الفرد الإصابة بمرض ما(العبودي،2010.ص21). ثم المنهج النمائي والذي يتضمن الاجراءات التي

تؤدي الى النمو السوي السليم لدى الفرد خلال رحلة نموه حتى يتحقق الوصول به الى اعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والسعادة والكفاية والتوافق النفسي (يوسف، 2010، ص17)

توجد العديد من العوامل المؤثرة في الصحة النفسية والتي ينبغي على الفرد الانتباه لها للمحافظة على حالة من التوازن النفسي والذي تمكنه من التكيف مع الاوضاع والاحداث التي يتعرض لها في محيطه، وبالتالي لا تؤثر بذلك على انتاجيته منها الاضطرابات والمشاكل الأسرية، اعتلالات الصحة الجسدية، الاساءة والعنف، العزلة والشعور بالوحدة، الحزن والخسارة، اضطرابات النوم والاكل، احداث الحياة الكبرى من الموت، الوضع الاقتصادي والحوادث المفاجئة... (Eid Badr, 2021). تتعدد اساليب المحافظة والعناية بالصحة النفسية وتعزيزها والتي قد تساعد في ادارة التوتر وتقليل خطر الإصابة بالأمراض والاضطرابات وزيادة الرفاهية النفسية ومنها: ممارسه الرياضة بانتظام، وتناول وجبات صحية منتظمة، الحصول على قسط كافي من النوم، البقاء على الاتصال بالأصدقاء والعائلة والذين يمكنهم تقديم الدعم العاطفي والمساعدة العملية، تحديد الاهداف والاولويات، ممارسة الامتحان (NIH, 2024)

يعتبر الإمام احد افراد المجتمع، و الذي يشكل دورا حيويا و اساسيا في محيطه . و الذي تؤثر صحته النفسية بشكل مباشر على ادائه و قدرته في مساعدة و توجيه الآخرين. اذ يواجه الامام، باعتباره محورا دينيا و اجتماعيا مهما في المجتمعات الاسلامية، الى مجموعة من الضغوط و التحديات التي قد تؤثر على صحته النفسية. اذ تشير العديد من الدراسات الى وجود علاقة بين الضغط النفسي و الاداء الوظيفي لدى الائمة و القادة الدينين. و هذا ما اشارت اليه دراسة أوزير اوک (Üzeyir Ok, 2009) في ان مستوى الرفاهية النفسية و تقدير الذات و الصراع الديني هي مؤشرات الصراع المهني للائمة و رجال الدين، بالإضافة الى ان اولئك الذين كانت نتائجهم مرتفعة في الضغط المهني، عانوا من انخفاض في مستويات الرفاهية النفسية. كما توصلت دراسة معمر (Muammer Cengil, 2010) اذ وجدت الدراسة نتائج معتبرة في مستوى الارهاق النفسي لدى الائمة.

ان التعامل المستمر مع معاناة الآخرين و التعرض المستمر للإجهاد و الضغط، قد يؤدي الى الارهاق و التعب العاطفي، او ما يعرف بـ الاحتراق النفسي. و رغم ان **الاخصائي النفسي** هو المؤهل للتعامل مع صعوبات الآخرين النفسية، غير انه ايضا بشر، يأتى و يتأثر بعمله بشكل كبير. فالتعامل المستمر مع معاناة الآخرين، و الاستماع الى قصصهم المؤلمة، و تحمل المسؤولية في تقديم افضل خدمة ممكنة للمرضى، كلها عوامل تؤثر على الصحة النفسية للمختص النفسي، فقد يصعب عليه الحفاظ على الحياد العاطفي مع مرضاه، مما يجد الاخصائي صعوبة في فصل عمله العيادي عن حياته الخاصة، مما يؤثر على علاقاته الشخصية. بالإضافة الى ذلك قد يجد نفسه في متاهة الشك الذاتي بخصوص مدى كفاءته و فعالية ما يقدمه من علاجات لمرضاه. يُقدم المختصين النفسانيين المساعدة للأشخاص المحتاجين. و لكن ما مدى حرية هؤلاء المعالجين في طلب العلاج النفسي بأنفسهم عند مواجهة التحديات و الصراعات الشخصية؟. وهو ما اشارت اليه دراسة سكيور و آخرون (Katrina scior & others) ان مشاكل الصحة النفسية شائعة بين المختصين النفسانيين السريريين، اذ صرح ثلث المشاركين في الدراسة، انهم عانوا من ضغوط مهنية اثرت على رفايتهم النفسية، كما واجهوا مخاوف وصمة العار بشأن العواقب السلبية على الذات و المهنة في حال التعبير عن حالتهم النفسية. و هو ما تفننه دراسة جينفر و آخرون (2013) اذ تعتبر ان وصمة العار لم يتم الابلاغ عنها كمشكلة في العمل ذاته بين المشاركين في الدراسة، اذ على الرغم من ان الوصمة المرتبطة في طلب العلاج النفسي، لا تزال تؤثر على عامة الناس الى حد ما، الا انه تم القضاء على هذه المخاوف في الغالب على الاقل داخل المهنة نفسها. غير انه تم تحديد الارهاق النفسي باعتباره المشكلة الأكثر شيوعا، بالإضافة، صعوبة العثور على معالج نفسي اخر و ضيق الوقت، على انهما اكبر العقبات التي تحول دون طلب العلاج النفسي.

تؤثر الصحة النفسية للإمام و المختص النفساني بشكل مباشر على جودة الحياة، و علاقتهم بالآخرين. اذ تلعب دورا حيويا في تمكينهم من التعامل مع تحديات الحياة المختلفة، و تحقيق الانجازات و الاستمتاع بالحياة، حيث تتأثر الصحة النفسية بالعديد من العوامل التي تساهم في الحفاظ على الصحة النفسية، و من التي تؤدي الى الاختلالات و الاضطرابات النفسية. من اهمها **المخططات المعرفية**.

يبين فارفولدن و اخرون (Peter Farvolden,2007,p13) ان المخططات المعرفية هي هياكل مستقرة تظل في حالة سبات حتى يتم تنشيطها في المواقف الحرجة و المفجرة. و بمجرد تنشيطها، فإنها تؤدي الى تحيز سلبي للانتباه و الذاكرة و الادراك. في حين عرفها يونغ (Klaudia&dominik,2023) بأنها موضوعات او انماط واسعة النطاق، تتألف من الذكريات و العواطف و الادراكات و الاحاسيس الجسدية فيما يتعلق بالذات و العلاقة مع الآخرين، تنشأ منذ الطفولة و تتطور طوال فترة حياة المرء، و هي مختلة الى حد كبير (Mclaughlin& others,2016)، و بينما قد تحدث ببيك عن المخططات و استخدم هذا المصطلح ليشير الى مجموعات من المعتقدات السلبية، فقد اعتبر جيفري يونغ (J,young) ان المخططات التي تصيبنا بالخلل الوظيفي تنشأ نتيجة لتجارب مؤذية مررنا بها في مرحلة الطفولة، فهي تعكس جروحا عاطفية دامت نتيجة غياب تلبية احتياجات الطفل الهامة، و انها تعد اساليا للتكيف مع التجارب السلبية كالاخلافات العائلية، الرفض و العدوان، سوء المعاملة. بالإضافة الى الافتقار الى الدعم و الاهتمام، و هو ما يؤكد كريستيان (2020) في ان هذه المخططات المعرفية الغير تكيفية، تنشأ من عائلات لم يتم فيها تعزيز القيم الاجتماعية و الكرامة و احترام الآخرين، و حيث لم يتلقوا اي توجيه او اشراف فيما يتعلق باحترام القواعد و الانضباط من اجل التكيف مع المجتمع. كما ان العديد من أولئك الذين يطورون هذه المخططات المعرفية؛ يعمون تفضيلاتهم و قراراتهم و قمع مشاعرهم، خوفا من ان يكونوا مرفوضين او مهجورين من قبل الآخرين

. تكشف المخططات المعرفية عن الافتراضات الدفينة التي نؤمن بها، فهي اقوى من مجرد افكارا سلبية، اذ تعد قواعد أسست بداخلنا. لذلك فالمخططات هي اساس منظورنا الى انفسنا و الى غيرنا، فهي تلعب دورا اساسيا في تصرفاتنا، و تعد نقطة التقاء الافكار و المشاعر و المواقف و الميول السلوكية. وعليه فإن المخططات المعرفية هي بمثابة أبنية لفحص و تقييم و ترميز المنبهات البيئية، فمن خلالها يستطيع الاشخاص تنظيم و تفسير خبراتهم بطريقة لها معنى، حيث تعد قواعد تسيطر على معالجة المعلومات و السلوك.

. في حين عمل يونغ (young,1990) على توسيع نموذج بيك الاصلي للمخططات المعرفية من خلال تحديد المخططات الغير تكيفية و التي يفترض انها مسؤولة عن التفكير المشوه اتجاه الذات، العالم و العلاقة مع الناس. فقد صمم يونغ 18 مخططا، بافتراض ان هذه المخططات تنتج من تجارب الحياة المبكرة المنفردة و التي نشأت في مرحلة مبكرة من العمر، و ان الاضطرابات النفسية اللاحقة لدى البالغين انما تنشأ من إحتفاظ و تطور هذه المعتقدات الاساسية الراسخة (salo& others,2012)، إذ تشكل تلك المخططات اساسيات اساليب التفكير و الاستجابات العاطفية و الميول السلوكية الاعتيادية في حياة ذلك الطفل اولا، ثم في حياة ذلك الشخص البالغ فيما بعد. و يمكن تمييز المخطط الاكثر حدة عن طريق مدى سهولة تحفيزه، فهي تسبب مشاعر حادة و ضيق مستمر. و بينما قد يقدم المخطط بعض المميزات في الطفولة فربما كان هذا الاسلوب الوحيد او الافضل للتكيف حينها، الا انه في مرحلة البلوغ، يتسم المخطط بعدم الدقة و سوء التكيف و القصور، و مع ذلك يكون الشخص شديد التمسك به دون ادراك، بالإضافة الى ان تكرار التجارب السلبية الشبيهة، تجعل من المخطط وسيلة تكيف عقيمة و عديمة الجدوى (رويدر،ستيفنز،2023،ص19).

قام يونغ بتصنيف تلك المخططات الى ثمانية عشر مخطط معرفي مبكر غير تكيفي (صينغ او انماط) على شكل خمس مجالات رئيسية وهي:

- المجال الأول: مجال الرفض و الانفصال، و هنا ينشأ الفرد ضمن جو اسري متقلب المزاج، بارد العلاقات، مهيم جسديا، و يندرج تحت هذا المخطط الهجر و مشاعر عدم الاستقرار اتجاه الآخرين الذين يقومون بالتواصل مع الفرد و تقديم الرعاية، كذلك الاساءة و عدم الثقة التي تتضمن اعتقاد الفرد بأن الآخرين ذو الأهمية بالنسبة له سيؤذونه و يخذعونه و يكون ذلك عادة بإدراك ان هذا الاذى مقصود و متعمد نتيجة لإهمال كبير لا مبرر له، الحرمان الانفعالي الذي يتضمن صينغ ثلاث وهي الحرمان من الحنان، الحرمان من التعاطف و الذي يشمل غياب التفاهم و الانصات، و الحرمان من الحماية؛ كغياب التوجيه و الارشاد من طرف الآخرين، بالإضافة الى الخزي و النقص الذي يتضمن

اعتقاد الفرد بأنه مختل و ناقص، سيء، غير مرغوب، بينما الانعزال الاجتماعي فهو يعبر عن مشاعر الفرد بالعزلة و الاختلاف عن الاشخاص الآخرين(صادقي،2019،ص664)

- المجال الثاني: ضعف الاستقلالية و الفعالية، و تشمل اعتقاد الفرد بعدم القدرة على تأدية الاعمال بصورة مستقلة و التي تنشأ من تشبث العائلة ببعضها و القائمة على الحماية المفرطة او فقدان الدعم و التشجيع من العائلة و الذي يتضمن هذا المجال 04 انماط تتمحور في: الاعتماد و نقص الكفاءة، اذ ليس بإمكان الفرد تحمل المسؤوليات العادية، و عدم القدرة على العمل بفرده اذ كثيرا ما يعتمد على الآخرين في المواقف المختلفة و فقدان الثقة في قدرته على اتخاذ القرارات في ابسط الأمور او حتى تجربة شيء جديد و مختلف وحده. و يتمثل النمط الثاني في الاستهداف للأذى و المرض، و ذلك بالافتتاح بإمكانية حدوث شيء بشع في اي لحظة، و لن تتوفر اي حماية، فهو متخوف من اصابته بمرض نفسي او عقلي، و يأخذ احتياطات سلامة مبالغ فيها. بالإضافة لنمط الذات غير الناضجة و ذلك بالعجز عن تطوير هوية خاصة بسبب علاقة ملتزمة مفرطة مع شخص واحد او اكثر ممن يعتنون بالفرد، اذ قد يفكر بأنه لا يستطيع ان يحيا بدون ذلك الشخص. بينما يتبلور نمط الفشل و الاخفاق بالاعتقاد بعدم الامكانية على تحقيق نفس مستوى الاقران في العمل، التعلم او الرياضة، اذ يشعر بالغباء و البلاهة و الجهل و بالتالي لا يعمل حتى على محاولة النجاح بسبب ذلك الاعتقاد الراسخ بأنه طريق مسدود غير مفيد(ستيفنز، روديجر،2023،ص22)

- المجال الثالث: نقص الحدود، هذا المجال يحتوي على المخططات التي نشأت نتيجة الاحباط في الحاجات الاساسية لتحقيق الحدود الواقعية و التحكم او الضبط الذاتي، هذا المخطط ينطوي على نقص الوعي باحتياجات و رغبات الآخرين، و عدم القدرة على التحكم في الذات و الشعور بالتفوق و عدم القدرة على الانخراط في العلاقات المتبادلة، ففي هذا المجال يشعر الفرد نفسه انه مميز و ان حريته غير مقيدة بقيود، كما تتسم بوجود صعوبة في التعامل مع الآخرين او الوفاء بالعهود او تحقيق اهداف واضحة على المدى الطويل، و وضع يونغ و آخرون فرضية ان هاته العوامل منحدره من العائلة التي تكون متساهلة، المفرطة و التي تفتقر للتوجيه و التنظيم و الحدود فيما يتعلق بتقبل المسؤولية، في بعض الحالات لا يفرض الوالدين على الطفل احترام القوانين السلوكية، و يشمل هذا المجال على:

• مخطط الحقوق الشخصية المطالبة/ التكبر

• مخطط مراقبة الذات/ نقص التحكم الذاتي

- المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين، يلي الشخص بصفة مفرطة حاجيات الآخرين على حساب حاجياته و ذلك بهدف الحصول على روابط عاطفية او لتجنب التخلي عنهم. و عندما كانوا اطفالا لم تكن لهم الحرية لإتباع ميولهم الطبيعية و في الرشد لا يشعرون بالطلبات الداخلية بينما يلبون طلبات ذات الاصل الخارجي و يتابعون دائما رغبات الآخرين. ان الجذور النموذجية لهذا المخطط هو القبول الإشرطي: بمعنى اذا اراد الطفل ان يشعر بأنه محبوب من قبل والديه او الحصول على موافقتهم و قبولهم اياه، عليه ان يخفض من حاجياته الشخصية. و في عائلات هؤلاء الأشخاص نجد الوالدين يهتمون كثيرا لرغباتهم الشخصية او لمكاناتهم الاجتماعية التي يضعونها قبل حاجيات الطفل و في هذا المجال نجد:

• مخطط الخضوع

• مخطط التضحية

• مخطط البحث عن الاستحسان و الاعتراف بالجميل(تغليت،ساعد،2018،ص37)

- المجال الخامس: اليقظة المفرطة و الكف، في هذا الميدان الاشخاص يكبحون التعبير التلقائي لأحاسيسهم و دوافعهم، فالمشكل الرئيسي هو التحكم المفرط في ردود الافعال، الاحاسيس و مواضيع اخرى من اجل تجنب الاخطاء، او التشبث في القوانين الشخصية الصارمة المتعلقة بالسيرة و الاداء، او معطيات اخرى عن الحياة التي تحقق اللذة و

الراحة، العمل، الصداقة. إذ تكون التنشئة الاسرية لهؤلاء الاشخاص معتدلة مع الصرامة في التحكم في الذات و فيها على حساب التلقائية و الراحة.. كما تعلموا ان يكونوا حد يقظين تجاه الاحداث السلبية للحياة و اعتبار الحياة مُحزنة و يظنون بذلك ان كل شيء في حياتهم قد ينفكك اذا لم يكونوا يقظين و حذرين. و في هذا المجال نجد:

- مخطط السلبية و التشاؤم
- التحكم المفرط في الانفعالات (دحمانى، بلغالم، 2016، ص309)
- مخطط المتطلبات المثالية و النقد المفرط
- مخطط العقاب.

إن للمخططات غير التكيفية عدة ابعاد، فلها مستويات من الحدة و الانتشار. و كلما كانت المخططات اكثر حدة كلما تعاضمت عدد المواقف التي تقوم بتفعيل تلك المخطوطة و تنشيطها. فعلى سبيل المثال، اذا اختبر الفرد في مراحل مبكرة من حياته نقدا مستمرا، متكررا و قويا من قبل الوالدين، فعلى الأرجح و الاكثر احتمالا ان الفرد سيتواصل مع اي شخص فيما بعد من خلال اطلاق مخطط النقص/الخزي. اما اذا اختبر الفرد انتقادات في مراحل لاحقة في حياته، تكون سببية معتدلة، و تعطى من قبل احد الوالدين فإن احتمال تنشيط المخطط لاحقا في حياة الفرد و اثناء تفاعلاته مع الآخرين يكون قليلا. و في العموم يمكن القول ان المخطط الاكثر حدة سيؤدي الى تأثيرات سلبية شديدة و كثيفة عندما يتم تنشيطه و بناء عليه يستمر لفترة اطول (فلوسة، 2020، ص22)

استنادا على ما سبق، فحسب رواد الاتجاه (Beck et al, 2004, p:190)، فإن المخططات المعرفية هي التي تعكس ادراك الفرد لذاته، مستقبله و علاقاته مع الآخرين. ففي حالة تشوهدا او اختلالها وظيفيا فإنه يترتب على ذلك سلوكيات و انفعالات غير تكيفية، و عليه فإن وراء كل اضطراب من الاضطرابات الشخصية او الامراض النفسية معتقدات و مخططات لا تكيفية (سليمان، 2022). و هو ما وجدته دراسة نوردال و اخرون (Nordahl et al, 2005) إذ توصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية بين المخططات الغير تكيفية و اعراض اضطرابات الشخصية؛ اضطراب الشخصية البارانويدية و الاعتمادية و الحدية بمخططات الاساءة و التعنيف، و ارتبطت اعراض اضطراب الشخصية الوسواسية و السلبية و العدوان بمخططات قصور ضبط النفس و الكفاءة، بينما مخططات الحساسية المفرطة للأذى فقد ارتبطت بأعراض اضطراب الشخصية النرجسية. و ذلك ما يتطابق مع دراسة ثيم (Thimm, 2013) في ارتباط المخططات الغير تكيفية بالمشكلات الينشخصية. كما استنتجت دراسة سليمان (سليمان، 2022) بإمكانية الاعتماد على متغيرات المخططات المعرفية و ابعادها الفرعية بوصفها منبئات بالأعراض النفسية المرضية. كما اقرت دراسة كاتيا (Katia tenor, 2018) وجود ارتباط ايجابي بين مستويات الاكتئاب و معظم المخططات الغير تكيفية و الاوضاع الغير وظيفية و استراتيجيات التعامل التجنبية الداخلية و الخارجية. و هو ما توصلت اليه دراسة كل من مسعد محمد و عدة الزهرة (مسعد، الزهرة، 2003) في وجود تأثير التشوهات المعرفية على الصحة النفسية بعد دراستهما على عينة من طلبة علم النفس بجامعة تلمسان. و الذي يتوافق مع دراسة ميساء الجبوري (الجبوري، 2024) إذ خلصت الدراسة الى وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة و الاكتئاب. كما اظهرت دراسة ماركوس جوكلا (Markus, 2022) ان القدرة المعرفية الاعلى ترتبط بانخفاض الضائقة النفسية و بإرتفاع مستوى الرفاهية النفسية (اي التأثير ايجابي و الرضا عن الحياة)

و مما سبق فقد خلصت العديد من الدراسات الى التأكيد على التأثير المتبادل و العلاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية، إذ تمثل هذه الاخيرة قوالب فكرية ثابتة تعمل كعدسات للواقع، فاذا كانت هذه المخططات مشوهة او سلبية فإننا سنرى العالم من خلال عدسة سوداوية مما يؤدي الى تشويه ادراكنا للأحداث و تقييمنا لأنفسنا، فبمجرد ان تأخذ المخططات المعرفية اللاتكيفية موضعها في وقت مبكر من حياة الفرد، فإنها ستبقى تؤثر باستمرار في الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع كل من البيئة و العمليات الداخلية لديه، و من ثم فهي تسهم في العديد من الاضطرابات المزمنة

مثل الاكتئاب المزمن، القلق، و اضطرابات الشخصية(السيد و اخرون،2015،ص3). و هذا ما اشار اليه فان فايلربيرج(Vlierberghe,2010) في دراسة مقارنة بين عينة سوية و اخرى إكلينيكية، ان الذين يعانون من اضطرابات نفسية قد حصلوا على درجات عالية على ابعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية مقارنة بالأسوياء. و عليه فان في ورقتنا البحثية حول العلاقة بين المخططات المعرفية و الصحة النفسية. فهي تحاول تسليط الضوء على طبيعة المخططات المعرفية و ابعادها لدى كل من الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين و علاقتها بالصحة النفسية لدى كليهما. و لتوضيح متغيرات الدراسة بطريقة اكثر اجرائية يمكن طرح مجموعة من التساؤلات و التي تبرز اهداف الدراسة، نعرضها فيما يلي:

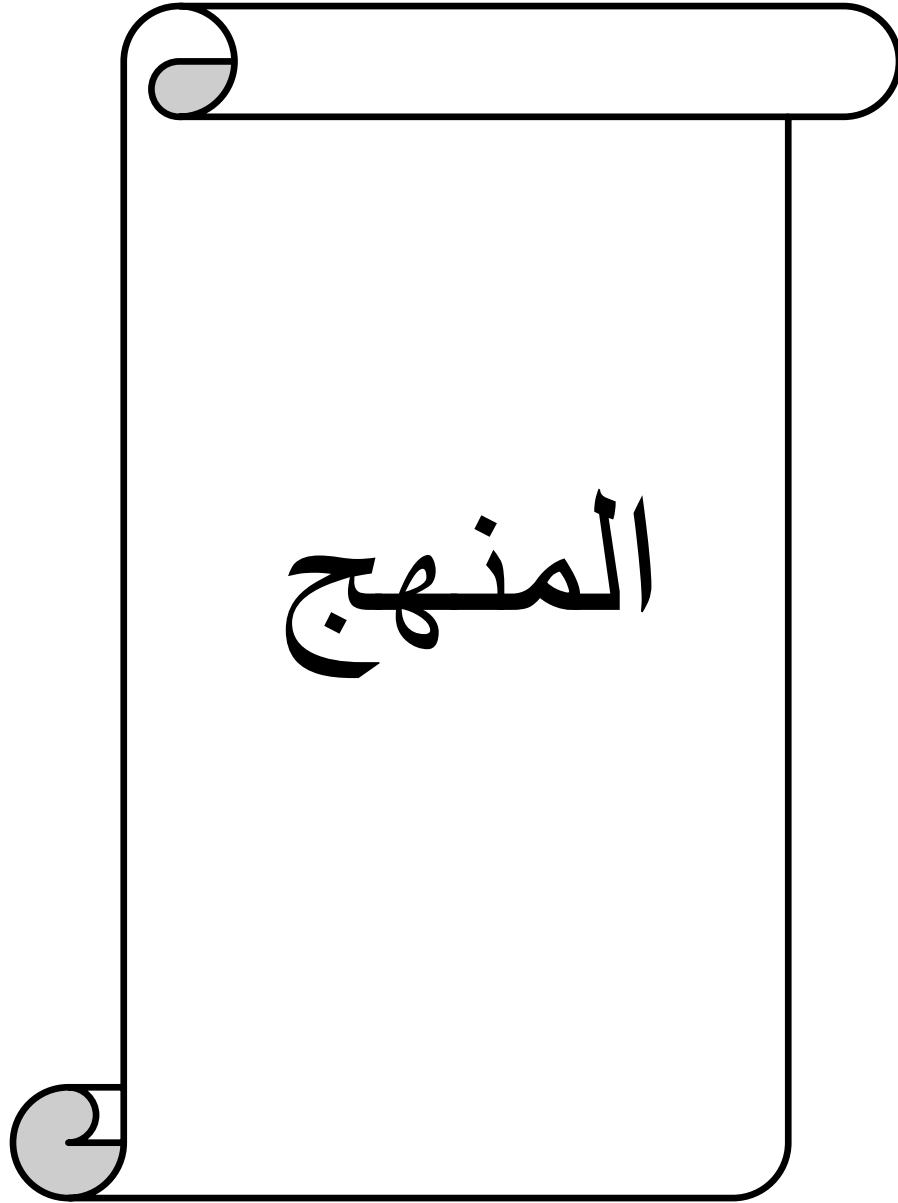
- 1/ ما هو مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة؟
- 2/ ماهو مستوى الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين؟
- 3/ ماهي طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة؟
- 4/ ماهي طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين
- 5/ هل توجد علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة؟
- 6/ هل توجد علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين؟
- 7/ هل هناك فروق في مستويات الصحة النفسية بين الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين؟
- 8/ هل هناك فروق في طبيعة المخططات المعرفية بين الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين؟

و عليها يمكن صياغة الفرضيات دراستنا الحالية:

- 1/ نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة مرتفعاً.
- 2/ نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين مرتفعاً.
- 3/ نتوقع ان تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة تكيفية.
- 4/ نتوقع أن تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين تكيفية.
- 5/ نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة.
- 6/ نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين.
- 7/ لا توجد فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير الصحة النفسية.
- 8/ لا توجد فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير المخططات المعرفية.

قد هدفت الدراسة الى:

- التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين.
  - التعرف على طبيعة المخططات المعرفية و أبعادها عند كل من الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين.
  - التعرف على الفروق في الصحة النفسية و مستوياتها لدى كل من الأئمة و الاختصاصيين النفسانيين.
  - الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية عند كل من الأئمة و المختصين النفسانيين.
- و تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال موضوعها و متغيراتها، و يتجلى ذلك في:
- الأهمية النظرية:** و التي تتضح في إثراء الرصيد المعرفي، و استكشاف العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و مستوى الصحة النفسية، بما في ذلك مؤشرات ظهور أو تفاقم بعض الاضطرابات النفسية.
- يمكن أن تساهم نتائج هذه الدراسة في تطوير نماذج نظرية أكثر شمولية لفهم الصحة النفسية. مع أخذ بعين الاعتبار العوامل المعرفية و الثقافية و الدينية.
- فيما تتجلى الأهمية التطبيقية في:**
- يمكن استخدام نتائج هذه الدراسة في تطوير برامج تدخل أكثر فعالية للأئمة و المختصين النفسانيين، بأخذ في عين الاعتبار كل فئة.
  - يمكن أن تساعد الدراسة، في تطوير برامج توعية للأئمة حول كيفية إدارة الضغوط النفسية، تطوير مهارات التفكير الإيجابي و التعامل مع المشكلات النفسية التي قد تواجههم في عملهم.
  - يساعد فهم المخططات المعرفية المختصين النفسانيين على تجنب الاحتراق النفسي، و تطوير آليات التكيف الفعالة، و تحسين جود خدماتهم.
  - كما يمكن أن تساهم الدراسة في تطوير برامج وقائية، تهدف الى تعزيز الصحة النفسية لدى الأئمة و المختصين النفسانيين.



## الإجراءات المنهجية للدراسة:

### 1/ منهج الدراسة:

من أجل دراسة الاشكالية المطروحة و أسئلتها، و استجابة لطبيعة الموضوع، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، و نظرا لان الدراسة الحالية تهدف اساسا إلى محاولة التعرف على طبيعة المخططات المعرفية لدى كل من الائمة و الاختصاصيين النفسيين و علاقتها بالصحة النفسية، ثم مقارنة مستويات الصحة النفسية و أبعاد المخططات المعرفية بين الفئتين. و بالتالي فإن المنهج الوصفي الارتباطي المقارن هو المنهج الانسب و اكثر ملائمة لموضوع الدراسة.

### 2/ حدود الدراسة:

**1/2- المجال المكاني:** تم اجراء الدراسة الميدانية لموضوع دراستنا الحالية عن طريق توزيع استبيان الصحة النفسية و المخططات المعرفية على عدد من الاختصاصيين النفسيين و المتوزعين بين كل من مراكز التكفل و المستشفيات العامة و الخاصة، و كذا عدد من المساجد فيما يتعلق بالائمة.

**2/2- المجال الزمني:** تم اجراء هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2024-2025 خلال شهري أكتوبر و مارس

**3/2- المجال البشري:** تم اجراء الدراسة على عينة من الاختصاصيين النفسيين و الائمة.

### 3/ خصائص عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 60 أخصائي نفسي و المتوزعين في كل من ( المراكز، العيادات، المستشفيات و الجمعيات) في ورقلة، كما شملت 60 إماما من أئمة المساجد المتواجدة في مدينة ورقلة .

كما تم اختيارهم بطريقة قصدية الملائمة؛ و التي تعتبر طريقة لاختيار وحدات من مجتمع إحصائي باستخدام أسلوب ذاتي (غير عشوائي). و لأنها لا تتطلب إطاراً كاملاً للمسح، فهي طريقة سريعة و سهلة و غير مكلفة للحصول على البيانات.

### 4/ صعوبات البحث:

- صعوبة الوصول الى العينة المستهدفة، المتمثلة في تحديات الحصول على موافقة الاختصاصيين النفسيين و الائمة للمشاركة في البحث، نظرا لطبيعة عملهم الحساسة و ضيق وقتهم.

### 5/ أدوات الدراسة:

#### 1/5- مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ليونغ (في نسخته المختصرة):

لتقييم درجات أبعاد المخططات المعرفية لدى افراد عينة الدراسة، تم تبني مقياس المخططات المعرفية بصيغته التي استعملتها الباحثة صحراوي ( صحراوي،2023)، و الذي يهدف الى تحديد و قياس المخططات المعرفية السائدة لدى الافراد.

يحتوي المقياس على 75 بندا موزعا على 15 مخطط و يحتوي كل مخطط على 5 مخططات الأكثر تمثيلا للمخطط. و فيما يلي جدول (01)، يتضمن المخططات التي يتضمنها المقياس:

الجدول (01): أبعاد مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة و عدد بنودها:

المخطط	البنود	المخطط	البنود
الحرمان العاطفي	05-01	العلاقة الاندماجية	45-41
التخلي/عدم الاستقرار	10-06	الخضوع	50-46
الحذر/التعدي	15-11	التضحية	55-51
الانعزال الاجتماعي	20-16	التحكم المفرط في الانفعالات	60-56
الخجل و عدم الكمال	25-21	المتطلبات العالية	65-61
الفشل	30-26	السيطرة	70-66
التبعية/عدم الكفاءة	35-31	نقص التحكم في الذات	75-71
القابلية للانجراح	40-36	المخططات المعرفية غير المتكيفة	75-01

- وصف المقياس: مقياس يونغ للمخططات المعرفية - النسخة المختصرة - ( Young Schema Questionnaire, Short-form, YSQ-SF1994) هو أداة تهدف إلى قياس 15 مخططاً معرفياً مبكراً غير متكيف، موزعاً على خمسة مجالات ، و التي تشكل أنماطاً مشوهة من التفكير و المشاعر السلبية. يتكون المقياس من 75 فقرة تُجاب على مقياس من 06 درجات، وهي كالتالي:

مجال الانفصال و الرفض: ويضم 05مخططات وهي: مخطط الحرمان العاطفي، الشعور بالتخلي و الاهمال، عدم الاستقرار، الشك و التعدي، الانعزال الاجتماعي، الشعور بالنقص و الخجل، و ينحصر هذا المجال بين البند 01-25.

مجال نقص الاستقلالية و الكفاءة: و يشمل 04. مخططات معرفية وهي: الفشل، التبعية و عدم الكفاءة، الخوف من المرض و الخطر، العلاقات الاندماجية، و ينحصر المجال بين البند 26-45.

مجال نقص الحدود: و يضم مخططين هما: الحقوق الشخصية المتطلبة و المفرطة، نقص التحكم الذاتي الانفعالي. و المنحصر بين البند 61 و 65 و بين البند 71 و 75.

مجال التوجه المفرط نحو الآخرين: وفيه مخططين هما: الخضوع، التضحية. ينحصر هذا المجال بين البند 46 و 55.

مجال اليقظة المفرطة: و يشمل مخططين هما: التحكم الانفعالي المفرط، المتطلبات المثالية المفرطة. و ينحصر بين البند 56 و 60 و بين البند 66 و 70.

- طريقة التصحيح:

تتم الإجابة عن البنود ضمن ستة اختيارات وهي: لا تنطبق تماماً (الدرجة 01)، لا تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 02)، لا تنطبق (الدرجة 03)، و الإجابة تنطبق بدرجة متوسطة (الدرجة 04)، تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 05)، تنطبق تماماً (الدرجة 06). و يتراوح مجموع درجات المفحوص في كل مخطط موجود و يؤثر في السلوك الناتج عنه.

أما مستويات تأثير المخططات على الفرد فهي حسب المعايير التالية:

**الجدول (02): مستويات تأثير المخططات المبكرة غير المتكيفة على الفرد:**

الدرجة	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	الدرجة	مستويات تأثير المخطط الواحد على الفرد
149-75	المخطط لا يؤثر على الفرد	09-05	المخطط لا يؤثر على الفرد
-150 224	المخطط يؤثر في بعض الظروف	14-10	المخطط يؤثر في بعض الظروف
-225 299	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	19-15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد
-300 374	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	24-20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد
-375 450	المخطط اساسي في تنظيم شخصية الفرد	30-25	المخطط اساسي في تنظيم شخصية الفرد

**- التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:**

**أ/ الصدق:** يشير الصدق الى مدى صلاحية استخدام درجات المقياس في القيام بتفسيرات معينة، فالصدق يحدد قيمة الاختبار و صلاحيته في قياس ما وضع لقياسه.(علي،2019،ص35)

**الصدق التمييزي:**

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، يعتمد هذا الأسلوب على مقارنة درجات القيم العليا بدرجات القيم الدنيا في الإختبار، و تتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الاحصائية للفرق بين المتوسطين، فإذا كانت هناك دلالة احصائية واضحة للفرق بين متوسط القيم العليا و متوسط القيم الدنيا، نقول أن هذا الاختبار صادق

**الجدول (03): مستوى الدلالة بين القيم العليا و الدنيا للدرجة الكلية للمقياس:**

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
0,01	30	14,22	28,70	366,62	16	القيم العليا
			28,27	223,37	16	القيم الدنيا

نلاحظ من خلال الجدول (03)، أن عينة الدراسة الاستطلاعية تبين أن هناك فروق دالة احصائية بين القيم العليا و القيم الدنيا في أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس، ومنه يمكن القول أن المقياس المطبق في هذه الدراسة صادق و مميز.

كما أن قيمة اختبار "ت" دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، اي ان المقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه، و بالتالي يمكن تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

**ب/ الثبات:** يقصد بالثبات اتساق أداء الأفراد عبر الزمن إذا ما طُبق عليهم الاختبار أكثر من مرة أو هو استقرار أداء الأفراد عبر صور متكافئة من الاختبار.(علي،2019،ص57)

**1/ التجزئة النصفية:** تم قياس معامل الثبات مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية بطريقة التجزئة النصفية، فكانت قيمته (0,66)، و بعد تعديله بمعامل سبيرمان-براون بلغت قيمته (0,80) و هذا يدل على أن المقياس حقق درجة مقبولة من الثبات، حيث تسمح لنا المؤشرات الاحصائية التي تم التوصل اليها باستخدام هذا المقياس بكل أريحية.

**2/ الاتساق الداخلي عن طريقة معامل ألفا كرومباخ:** تم حساب ثبات المقياس باستعمال معامل ألفا كرومباخ للاتساق الداخلي، لمعرفة مدى اتساق بنود لقياس مفهوم المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية، كما أن عدد البدائل هو (06)، و عليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا كرومباخ، و قد بلغت قيمة معامل ألفا كرومباخ لكل بنود المقياس (0,85) وهي تشير الى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي، أي أن المقياس يكشف أكثر من 80% من المخططات المبكرة اللاتكيفية لدى عينة الدراسة الاستطلاعية، و عليه فإن المقياس يتمتع بالثبات.

و مما سبق، نستخلص أن مقياس المخططات المبكرة اللاتكيفية يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق و الثبات التي تسمح لنا باستخدامه كأداة جمع بيانات الدراسة الأساسية.

## 2/5- مقياس الصحة النفسية:

تبنى الباحث في هذه الدراسة مقياس الصحة النفسية، في صورته المعدلة و المستخدمة سابقا بواسطة الباحث دليلي (دليلي، 2021). يهدف هذا المقياس الى قياس مستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة

## 1- وصف مقياس الصحة النفسية:

قام بتصميم المقياس "ليونارد.ر"، "ديروجيتس رونالد"، "س.ليبمان و لينوكوفي"، (1976) تحت اسم ( Symptom Check List [SCL] ) أي قائمة مراجعة الاعراض النفسية و العقلية، و في عام (1981) طور ديروجيتس قائمة الاعراض في قائمة معدلة تحتوي على (90) فقرة: (Symptoms Check List[SCL-90-R]) تعتمد على التقرير الذاتي. (دليلي لحسن، 2021، ص149).

تتكون القائمة (SCL-90-R) من (90) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية و العقلية، و قد صممت لتعكس أنماطا من الاعراض السيكاترية و الطبية التي يعاني منها الأشخاص وهي: (الاعراض الجسمانية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، الفوبيا، البارانويا و الذهانية).

يتكون مقياس الصحة النفسية من (90) عبارة تدرج تحت (09) أبعاد وهي موزعة كالآتي:

**1. الجسمانية:** يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني، وخاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو تشمل البنود التالية: (1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58).

**2. الوسواس القهري:** يقصد بها الأفكار التي تسيطر على ذهن الفرد، ولا يقوى على التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهورا لتكرارها، مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد وكذلك تلك الأفعال والطقوس الحركية التي تسيطر عليه ولا يجد منها فكاكا و يجد نفسه مقهورا على تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها وتشمل البنود التالية: (3، 9، 10، 28، 38، 45، 46، 51، 55، 65)

**3. الحساسية التفاعلية:** يقصد بها العلاقة البيئية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض وأثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان، ويتميز الأفراد ذوي الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من بحس الذات وتقدير الذات منخفض وتشمل البنود التالية: (6، 21، 34، 36، 37، 41، 61، 69، 73).

**4. الاكتئاب:** يقصد به جملة من الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء على المستوى العضوي أو النفسي وتشمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان وتتفرع منها حالات الهبوط المزاجي واليأس والسوداوية والانسحاب من الواقع وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الهمة والدافعية والإحساس بفقدان الطاقة الحيوية، إضافة إلى مشاعر الدونية وبخس الذات وتشمل البنود التالية: (79، 71، 54، 32، 31، 30، 29، 26، 22، 20، 15، 14، 5)

**5. القلق:** يقصد به جملة الأعراض السلوكية التي تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى وتشمل البنود التالية: (2، 17، 23، 33، 39، 57، 72، 78، 80، 86).

**6. العداوة:** يقصد بها سلوك الاعتداء إما على مستوى الأفكار أو المشاعر أو الأفعال وتشمل البنود التالية: (81، 74، 67، 63، 24، 11)

**7. قلق الخواف (الفوبيا):** يقصد به مظاهر الخوف غير الطبيعية التي تنتاب بعض الأفراد والتي يصطلح على تسميتها بالفوبيا ومنها الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية وتشمل البنود التالية: (13، 25، 47، 50، 70، 75، 82)

**8. البارانويا:** يقصد به نسب الشخص عيوبه للآخرين، وكذا العداوة والشك والارتباب والمركزية حول الذات والهذات، وفقدان الاستقلال الذاتي ومشاعر العظمة، وتشمل البنود التالية: (8، 18، 43، 68، 76، 83)

**9. الذهان:** يقصد بها الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوى خارجة عن إرادة الفرد وتشمل البنود التالية: (7، 16، 35، 62، 77، 84، 85، 87، 88، 90)

**10. الفقرات الإضافية وتشمل البنود التالية:** (19، 44، 59، 60، 64، 66، 89)، وهذه الفقرات لا تصنف تحت أي بعد من الأبعاد التسعة السابقة، وقد توضع هذه الفقرات تحت العديد من الأبعاد لكن هذه الفقرات ليست خاصة ببعد دون غيره، وتسهم هذه الفقرات في الدرجة الكلية لأعراض كل بعد في المقياس وقد تعد بعض الفقرات مؤشرا إكلينيكيًا مهما يمد الأخصائي بمعلومات مهمة جدا كما تعطي مرونة للاختبار، مع الإشارة إلى أن الفقرات الإضافية لا تجمع كبقية الأبعاد ولكنها تجمع على الدرجة الكلية.

## 2. طريقة تصحيح مقياس الصحة النفسية:

يتكون المقياس من (90) عبارة، تقع الإجابات فيها بين أبداً نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً)، حيث تدرج الإجابات من (01 درجة إلى 05 درجات) جميعها في إتجاه سالب، أي أن الدرجات العليا تدل على انخفاض مستوى الصحة النفسية لدى المفحوص، بينما الدرجات المنخفضة على المقياس تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى المفحوص، وقد أعطيت بدائل الإجابات درجات، لغرض التصحيح كما هو موضح في الجدول التالي:

و تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (90) درجة كحد أدنى الى (450) درجة كحد أقصى و تتوزع على ثلاث مستويات للصحة النفسية، كما هو موضح في الجدول التالي:

### الجدول (04): بدائل الاجابات و الدرجة المقابلة لكل منها و تفسيرها.

التفسير	الدرجات	البدائل
لا توجد معاناة إطلاقاً	(1) درجة	أبداً

نادرا	(2) درجة	معاناة قليلة
أحيانا	(3) درجة	معاناة متوسطة
غالباً	(4) درجة	معاناة أكثر من المتوسط
دائماً	(5) درجة	معاناة كبيرة

### 3. الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية:

#### 1/3:- صدق مقياس الصحة النفسية:

#### 1. حساب الصدق التمييزي (طريقة المقارنة الطرفية):

وللتحقق من القدرة التمييزية لكل فقرة من فقرات مقياس الصحة النفسية، والدرجة الكلية له بطريقة المقارنة الطرفية، تم تطبيقه على عينة استطلاعية تتكون من (98) فرداً، وترتيب درجاتهم تنازلياً، ثم أخذ نسبة 27% تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا (المجموعة العليا)، ونسبة 27% تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا (المجموعة الدنيا) حيث بلغ عدد أفراد كل مجموعة 27 فرداً، ثم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وحساب إختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسط الدرجات على كل فقرة من فقرات مقياس الصحة النفسية لدى المجموعتين كما هو موضح في الجدول التالي:

#### الجدول (05): نتائج معامل الصدق التمييزي للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مج الدنيا		مج العليا		الدرجة الكلية
		ع	م	ع	م	
0,01	13,97	41,22	114,74	4,55	226,56	

يتضح من خلال قراءة نتائج الجدول (05)، أن قيمة "ت" المحسوبة للدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وعليه فإن المقياس له قدرة تمييزية بين الأفراد الحاصلين على درجات مرتفعة والأفراد الحاصلين على درجات متدنية في الصحة النفسية، وهذا يضمن على صدق المقياس.

#### 2. حساب الصدق الذاتي:

يستخرج الصدق الذاتي من الثبات وذلك لوجود ارتباط قوي بين صدق الاختبار وثباته، ولأن الاختبار الصادق هو بالضرورة ثابت، ويعرف الصدق الذاتي بأنه صدق الدرجات التجريبية للاختبار بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من شوائب أخطاء القياس، ويقاس بحساب الجذر التربيعي المعامل ثبات الإختبار، ويمكن تحديده بالمعادلة التالية:

#### الصدق الذاتي – معامل الثبات $\sqrt{r}$

و نتائج الصدق الذاتي لأبعاد المقياس و الدرجة الكلية مبينة في الجدول التالي:

#### الجدول (06): نتائج معامل الصدق الذاتي لمقياس الصحة النفسية.

معامل الصدق الذاتي	المؤشرات الإحصائية
--------------------	--------------------

أبعاد المقياس	(الجذر التربيعي لمعامل الثبات)
الأعراض الجسمانية	$\sqrt{0,87}=0,93$
الوسواس القهري	$\sqrt{0,91}=0,95$
الحساسية الفاعلية	$\sqrt{0,85}=0,92$
الإكتئاب	$\sqrt{0,83}=0,91$
القلق	$\sqrt{0,76}=0,87$
العداوة	$\sqrt{0,77}=0,88$
الفوبيا	$\sqrt{0,66}=0,81$
البارانويا	$\sqrt{0,73}=0,85$
الذهانية	$\sqrt{0,81}=0,90$
الفقرات الاضافية	$\sqrt{0,84}=0,92$
الدرجة الكلية	$\sqrt{0,96}=0,98$

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول (06)، أن قيم معامل الصدق الذاتي للأبعاد مقياس الصحة النفسية، تتراوح بين (0.81) و (0.93) ، وقيمة معامل الصدق الذاتي للدرجة الكلية تساوي (0.98) و هذه القيم المعتمدة دالة على صدق المقياس.

### 2/3- ثبات مقياس الصحة النفسية:

#### 1. حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تعد طريقة التجزئة النصفية من المؤشرات التي تقوم بحساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس التي تقيس جميعها سمة واحدة، وفي هذه الطريقة يتم تطبيق المقياس مرة واحدة، ثم يتم تجزئة فقرات المقياس إلى جزأين متساويين الأول يمثل الفقرات ذات الأرقام الفردية والثاني يمثل الفقرات ذات الأرقام الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الجزأين، ثم تقوم بتصحيح معامل الارتباط حتى تحصل على معامل ثبات الاختبار ككل، و ذلك باستخدام معادلة سبيرمان براون كالتالي:

**الجدول (07): نتائج معامل الثبات لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية:**

معامل الارتباط "ر"		المؤشرات الأبعاد
بعد التعديل	قبل التعديل	
0,87	0,77	الاعراض الجسمانية
0,91	0,83	الوسواس القهري
0,85	0,74	الحساسية التفاعلية
0,83	0,71	الاكتئاب
0,76	0,62	القلق
0,77	0,63	العداوة

0,66	0,48	الفوبيا
0,73	0,58	البارانويا
0,81	0,68	الذهانية
0,84	0,73	الفقرات الإضافية

الجدول (08): نتائج معامل الثبات لمقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية

معامل الارتباط "ر"		مقياس الصحة النفسية
بعد التعديل	قبل التعديل	
0,96	0,92	

تم حساب ثبات مقياس الصحة النفسية عن طريق التجزئة النصفية لكل بعد من أبعاد المقياس كما هو موضح في الجدول (07)، حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط "ر" بعد التعديل بين (0.66 و 0.91)، ثم حساب ثبات المقياس بجميع أبعاده كما هو موضح في الجدول (08)، وقد قدرت قيمة (ر = 0.92)، تم تصحيح هذه النتيجة باستخدام معادلة سبيرمان براون التي تصحح أثر التجزئة النصفية حيث قدرت قيمة معامل الارتباط (ر = 0.96) وهذا يؤكد أن المقياس ثابت.

## 2. حساب معامل الثبات بطريقة معادلة ألفا كرومباخ:

تم حساب معامل ثبات مقياس الصحة النفسية و أبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرومباخ كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (09): نتائج معامل الثبات لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية بطريقة ألفا كرومباخ.

الأبعاد	معامل الثبات ألفا كرومباخ	الأبعاد	معامل الثبات ألفا كرومباخ
الأعراض الجسمانية	0,89	البارانويا	0,75
الوسواس القهري	0,89	العداوة	0,61
الحساسية التفاعلية	0,86	الفوبيا	0,70
الإكتئاب	0,83	الذهانية	0,77
القلق	0,85	الفقرات الإضافية	0,82
الدرجة الكلية		0,98	

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول (09) أن قيم معامل الثبات لأبعاد مقياس الصحة النفسية بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ، تراوحت بين (0.61) و (0.89) و هذه القيم دالة على ثبات أبعاد المقياس.

كما يظهر كذلك، أن قيمة معامل الثبات للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ قد بلغت (0.98) و هذه القيمة دالة على ثبات المقياس مما يجعلنا نطمئن على استعماله واعتماد نتائجه.

**إجراءات تطبيق الدراسة:** لتحقيق أهداف الدراسة و الإجابة على تساؤلاتها، تم الحصول على الموافقات اللازمة من الجهات المعنية في مدينة ورقلة لتطبيق الدراسة على الاختصاصيين النفسيين و الأئمة. شمل ذلك طلب إذن مصالح الادارة في المؤسسات الصحية، و مديرية الأوقاف و الشؤون الدينية لتسهيل مهمة الباحث في جمع البيانات. كما تم

اختيار عينة الدراسة بطريقة العينة القصدية الملائمة، حيث بلغ حجم العينة الكلي (120) فرداً، موزعين بالتساوي على الفئتين المستهدفتين. وقد روعي في اختيار العينة أن يكونوا من الممارسين الفعليين لمهامهم في مدينة ورقلة.

بعد الحصول على الموافقات و تجهيز الادوات، تم التواصل مع أفراد العينة المستهدفة في أماكن عملهم. وقد تم شرح أهداف الدراسة و أهميتها للمشاركين، و التأكيد على سرية المعلومات التي سيتم جمعها، و حقهم في الانسحاب من الدراسة و عدم الاجابة على بنود المقاييس.

#### 6/ التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة:

- **الصحة النفسية:** نعرفها بأنها مستوى الرفاهية النفسية التي تمكن الفرد من تحقيق قدراته الذاتية، و القدرة على التعامل مع التحديات و التغيرات الحياتية بشكل فعال و المساهمة بشكل ذا مغزى في مجتمعه، و تقاس في دراستنا الحالية بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المبحوثين على فقرات مقياس الصحة النفسية (قائمة مراجعة الأعراض النفسية و العقلية)(SCL).

- **المخططات المعرفية:** هي أنماط و نماذج تتضمن الذكريات و الانفعالات و المعارف و الأحاسيس الجسدية و التي تخص الفرد و علاقته مع الآخرين، تتطور خلال فترتي الطفولة و المراهقة، و تتعدّد مع النمو في الحياة. و تقاس في الدراسة الحالية بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المبحوث في مقياس يونغ للمخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية (SF 1994-YSQ)

#### 7/ الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- من أجل المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها في الدراسة الميدانية تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- الإحصاء الوصفي؛ لحساب التكرارات و النسب المئوية و المتوسطات و الانحرافات المعيارية لوصف متغيرات الدراسة
  - معامل الارتباط بيرسون؛ لفحص العلاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى كلتا المجموعتين.
  - إختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين؛ لمقارنة متوسطات الصحة النفسية و المخططات المعرفية بين المجموعتين.
  - و تم الاعتماد على برنامج (SPSS) النسخة 25.

### 3. عرض و تحليل النتائج:

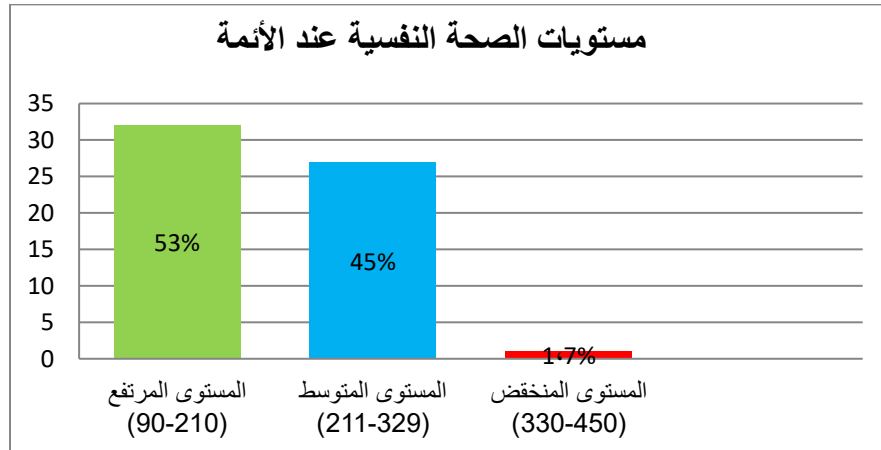
- نتائج الفرضية الأولى
- نتائج الفرضية الثانية
- نتائج الفرضية الثالثة
- نتائج الفرضية الرابعة.
- نتائج الفرضية الخامسة.
- نتائج الفرضية السادسة.
- نتائج الفرضية السابعة.
- نتائج الفرضية الثامنة.

**عرض و تحليل النتائج:**

**1/ نتائج الفرضية الاولى؛** و التي تنص على اننا نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة مرتفع. و من أجل تحديد مستويات الصحة النفسية بين الأئمة، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجات المقياس، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

**الجدول (10): مستويات الصحة النفسية لدى أفراد عينة الأئمة.**

المقياس	المستوى	التكرار	النسبة %	م	ع
الصحة النفسية	مستوى مرتفع 210-90	32	53%	172,71	23,04
	مستوى متوسط 329-211	27	45%	241,77	26,10
	مستوى منخفض 450-330	1	1,7%	339	00
الدرجة الكلية		60	100%	206,57	45,45

**الشكل 01: مستويات الصحة النفسية عند الأئمة**

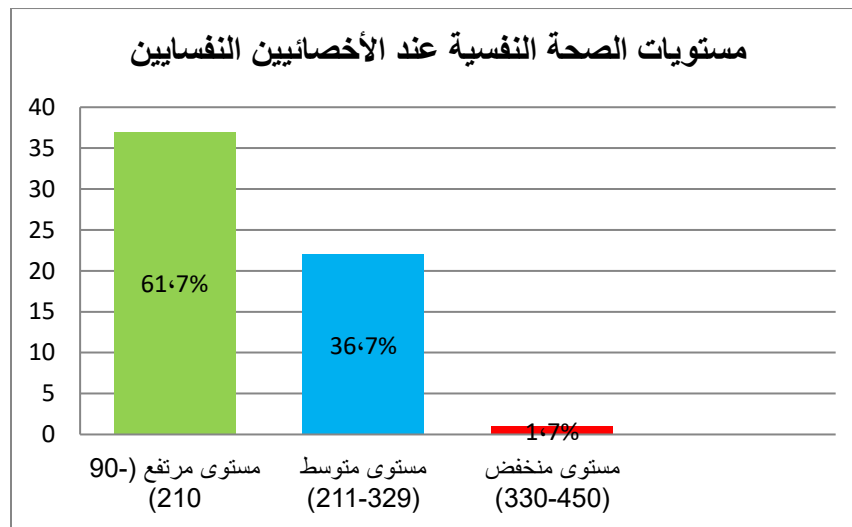
من خلال قراءة نتائج الجدول (10) و الشكل (01)، نلاحظ أن عدد الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى المرتفع للصحة النفسية بين (90-210) درجة قد بلغ عددهم 32 إماماً، وهي تمثل ما نسبته (53%). بينما عدد الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى المتوسط للصحة النفسية بين (211-329) درجة قد بلغ عددهم (27) إماماً، وهي تمثل ما نسبته (45%). في حين كانت درجة اماماً واحداً في المستوى المنخفض للصحة النفسية بين (330-450) درجة وهي تمثل نسبة (1,7%). و بالتالي فإن المستوى المرتفع للصحة النفسية هو الأكثر انتشاراً بين الأئمة.

**2/ الفرضية الثانية؛** و التي نص على اننا نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين مرتفع. و من أجل تحديد مستويات الصحة النفسية بين الاختصاصيين النفسانيين، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجات المقياس، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (11): مستويات الصحة النفسية لدى أفراد عينة الاختصاصيين النفسانيين.

المقياس	المستوى	التكرار	النسبة %	م	ع
الصحة النفسية	مستوى مرتفع 210-90	37	61,7%	158,32	30,29
	مستوى متوسط 329-211	22	36,7%	249,5	29,0036
	مستوى منخفض 450-330	1	1,7%	335,7	00
	الدرجة الكلية	60	100%	194	56,06

الشكل 02: مستويات الصحة النفسية عند الأخصائيين النفسانيين.



من خلال قراءة نتائج الجدول (11) و الشكل (02)، نلاحظ أن عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى المرتفع للصحة النفسية بين (90- 210) درجة قد بلغ عددهم (37) أخصائياً نفسياً، وهي تمثل ما نسبته (61,7%). بينما عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى المتوسط للصحة النفسية بين (211-329) درجة قد بلغ عددهم (22) مختصاً نفسياً، وهي تمثل ما نسبته (36,7%). في حين كانت درجة اماماً واحداً في المستوى المنخفض للصحة النفسية بين (330- 450) درجة وهي تمثل نسبة (1,7%). و بالتالي فإن المستوى المرتفع للصحة النفسية هو الأكثر انتشاراً بين الاختصاصيين النفسانيين.

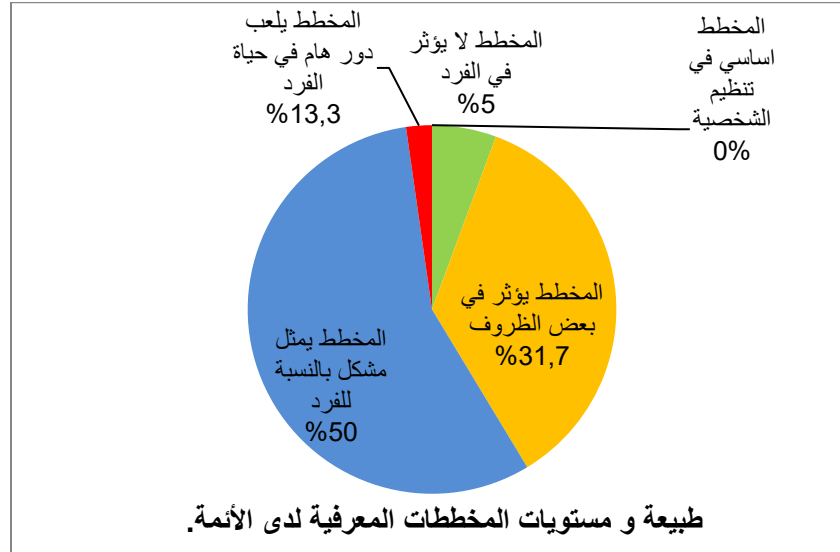
3/ نتائج الفرضية الثالثة؛ و التي تنص على أننا نتوقع أن تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة تكيفية. و من أجل معرفة طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجات المقياس، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (12): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الأئمة

المقياس	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	التكرار	النسبة	م	ع
المخططات المعرفية	المخطط لا يؤثر على الفرد (149-75)	3	5%	123,66	18,61
	المخطط يؤثر في بعض الظروف (224-150)	19	31,7%	201,31	18,74
	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد (299-225)	30	50%	263,03	19,70

19,89	331,5	%13,3	8	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد (374-300)
0	0	%0	0	المخطط اساسي في تنظيم شخصية الفرد (450-375)
	245.65	%100	60	المجموع

الشكل 03: طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الأئمة.



من خلال قراءة الجدول (12) و الشكل (03) نلاحظ أن :

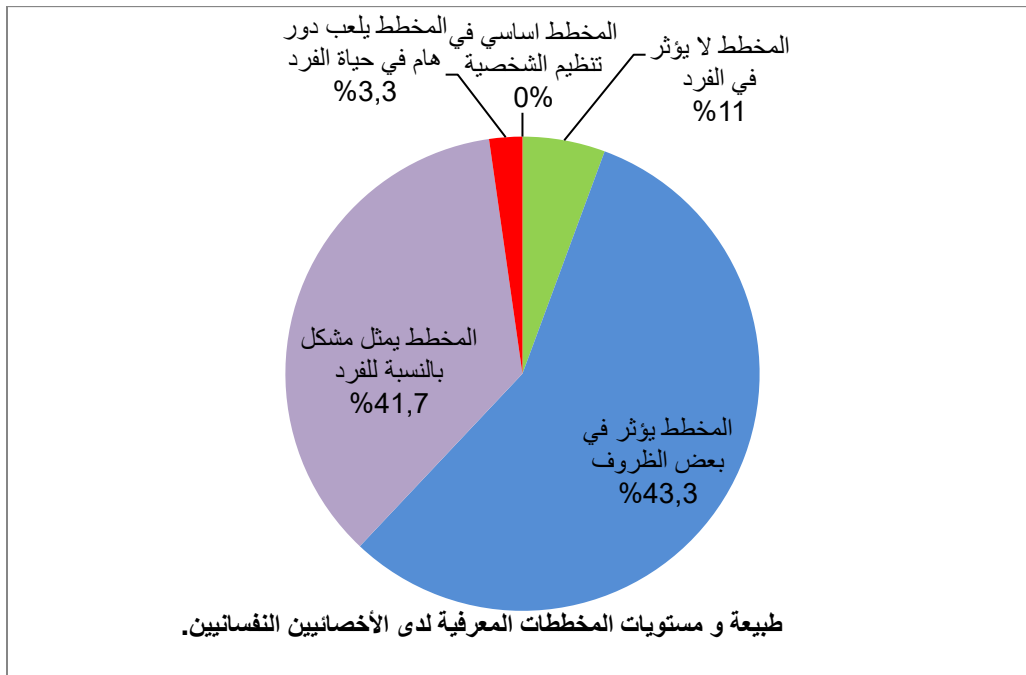
- عدد الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى الثالث الذي يشير الى ان المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد (225-299) درجة بلغ عددهم 30 إماما وهي تمثل نسبة (50%) وهي أعلى نسبة.
- عدد الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى الثاني الذي يشير الى ان المخطط يؤثر في بعض الظروف (150-224) درجة بلغ عددهم 19 إماما، و هي تمثل ما نسبته (31.7%).
- الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى الرابع الذي يشير الى ان المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد (300-374) درجة بلغ عددهم ثمانية أئمة، وهي تمثل ما نسبته (13,3%).
- عدد الأئمة الذين تقع درجاتهم في المستوى الأول الذي يشير الى ان المخطط لا يؤثر على الفرد (75-149) بلغ عددهم ثلاثة أئمة وهي تمثل نسبة (5%)
- في حين لم يسجل أي إمام من المشاركين في الدراسة في المستوى الخامس الذي يشير الى ان المخطط اساسي في تنظيم شخصية الفرد.

**4/ نتائج الفرضية الرابعة؛** و التي تنص على أننا نتوقع أن تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين تكيفية. و من أجل معرفة طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجات المقياس، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول (13): طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين

المقياس	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	التكرار	النسبة	م	ع
المخططات المعرفية	المخطط لا يؤثر على الفرد (149-75)	7	%11	131,71	15,90
	المخطط يؤثر في بعض الظروف (224-150)	26	%43,3	188	23,65
	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد (299-225)	25	%41,7	247,04	18,01
	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد (374-300)	2	%3,3	324,5	19,09
	المخطط اساسي في تنظيم شخصية الفرد (450-375)	0	%0	0	0
المجموع		60	%100	210.58	

الشكل 04: طبيعة و مستويات المخططات المعرفية لدى الأخصائيين النفسانيين.



من خلال قراءة الجدول رقم (13) و الشكل (04) نلاحظ أن :

- عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى الثاني الذي يشير الى ان المخطط يؤثر في بعض الظروف (224-150) درجة، بلغ عددهم 26 مختصا نفسيا، وهي تمثل نسبة (43,3%) وهي أعلى نسبة.
- عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى الثالث الذي يشير الى ان المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد (299-225) درجة بلغ عددهم 25 مختصا نفسيا وهو يمثل ما نسبته (41,7%).
- عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى الأول الذي يشير الى ان المخطط لا يؤثر على الفرد (149-75) درجة، بلغ عددهم (07) مختصين نفسيين، وهو ما يمثل نسبته (11%).
- عدد الاختصاصيين النفسانيين الذين تقع درجاتهم في المستوى الرابع الذي يشير الى ان المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد (374-300) درجة بلغ عددهم (02) وهي تمثل نسبة (3,3%).

• في حين لم يسجل أي من الاختصاصيين النفسانيين المشاركين في الدراسة، في أي درجة في المستوى الخامس.

5/ نتائج الفرضية الخامسة؛ و التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية و الصحة النفسية لدى الأئمة. و للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرين و النتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي :

الجدول (14): العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية و الصحة النفسية لدى الأئمة:

العينة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	معامل الارتباط	المخططات المعرفية	الصحة النفسية
60	**0,009	58	0,33	الحرمان العاطفي	
60	0,17	58	0,18	التخلي/ عدم الإستقرار	
60	*0,02	58	0,29	الحذر/ التعدي	
60	**0,001	58	0,42	الإنعزال الإجتماعي	
60	**0,00	58	0,46	الخجل و عدم الكمال	
60	**0,005	58	0,36	الفشل	
60	**0,00	58	0,45	التبعية/ عدم الكفاءة	
60	**0,005	58	0,36	القابلية للإنجراح	
60	*0,02	58	0,30	العلاقة الاندماجية	
60	**0,00	58	0,46	الخضوع	
60	0,6	58	0,06	التضحية	
60	0,5	58	0,24	التحكم المفرط في الانفعالات	
60	0,23	58	0,15	المتطلبات العالية	
60	0,74	58	0,04	السيطرة الزائدة	
60	0,10	58	0,21	نقص التحكم في الذات	

\*\* دال عند 0,01, \* دال عند 0,05

يتضح من الجدول رقم (14)، انه توجد علاقة ارتباطية بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة و ذلك في 09 مخططات وهي :. الحرمان العاطفي حيث قدرت قيمة "ر" المحسوبة فيه 0,33 وهي دالة عند 0,01. و مخطط الحذر/ التعدي و الذي قدرت قيمة "ر" ب 0,29 و هي دالة عند 0,05. كما اظهر الجدول وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و العزلة الاجتماعية عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,42. كما يتضح من خلال الجدول وجود علاقة ارتباطية بين الصحة النفسية و مخطط الخجل و عدم الكمال و التي بلغت قيمة "ر" 0,46 و هي دالة عند 0,01. بالإضافة الى علاقة الصحة النفسية بمخطط الفشل و التي قدرت قيمة "ر" ب 0,36 و هي دالة عند 0,01. كما يتبين وجود علاقة دالة احصائيا بين مخطط التبعية و الصحة النفسية عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,45، بينما كانت قيمة "ر" في العلاقة بين الصحة النفسية و مخطط القابلية للإنجراح 0,36 و هي دالة عند 0,01. كما اظهر الجدول وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط العلاقة الاندماجية عند 0,05 حيث بلغت قيمة "ر" 0,30 و بين الصحة النفسية و مخطط الخضوع عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,46.

أما بقية المخططات المعرفية فقد جاءت معاملات الارتباط فيها غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 و منه نستطيع القول بأنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة و 09 مخططات معرفية وهي : الحرمان العاطفي، الحذر، الانعزال الاجتماعي، الخجل، الفشل، التبعية، القابلية للإنجراح، العلاقة الاندماجية و مخطط الخضوع.

6/ نتائج الفرضية السادسة؛ و التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية و الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسيين، و للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرين. و النتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي..

الجدول(15): العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية و الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسيين:

العينة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	معامل الارتباط	المخططات المعرفية	الصحة النفسية
60	**0,005	58	0,35	الحرمان العاطفي	
60	**0,002	58	0,39	التخلي/ عدم الاستقرار	
60	**0,00	58	0,57	الحذر/ التعدي	
60	**0,00	58	0,57	الانعزال الإجتماعي	
60	**0,00	58	0,47	الخجل و عدم الكمال	
60	*0,02	58	0,28	الفشل	
60	*0,01	58	0,31	التبعية/ عدم الكفاءة	
60	**0,005	58	0,35	القابلية للإنجراح	
60	**0,003	58	0,37	العلاقة الاندماجية	
60	**0,00	58	0,44	الخضوع	
60	**0,003	58	0,38	التضحية	
60	**0,001	58	0,42	التحكم المفرط في الانفعالات	
60	0,17	58	0,17	المتطلبات العالية	
60	**0,009	58	0,33	السيطرة الزائدة	
60	**0,001	58	0,43	نقص التحكم في الذات	

\*\* دال عند 0,01, \* دال عند 0,05

نلاحظ من خلال الجدول (15) وجود علاقة ارتباطية بين الصحة النفسية والمخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسيين في جميع المخططات المعرفية ما عدا مخطط المتطلبات العالية, حيث اظهر الجدول:

- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الحرمان العاطفي عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,35
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط التخلي/ عدم الاستقرار عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,39
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الحذر/ التعدي عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,57
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الانعزال الاجتماعي عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,57
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الخجل و عدم الكمال عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,47
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط القابلية للانجراح عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,35
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الخضوع عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,44

- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط التضحية عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,38
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط التحكم المفرط في الانفعالات عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,42
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط السيطرة الزائدة عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,33
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط نقص التحكم في الذات عند 0,01 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,43
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط الفشل عند 0,05 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,28
- ❖ وجود علاقة دالة احصائيا بين الصحة النفسية و مخطط التبعية عند 0,05 حيث قدرت قيمة "ر" ب 0,31

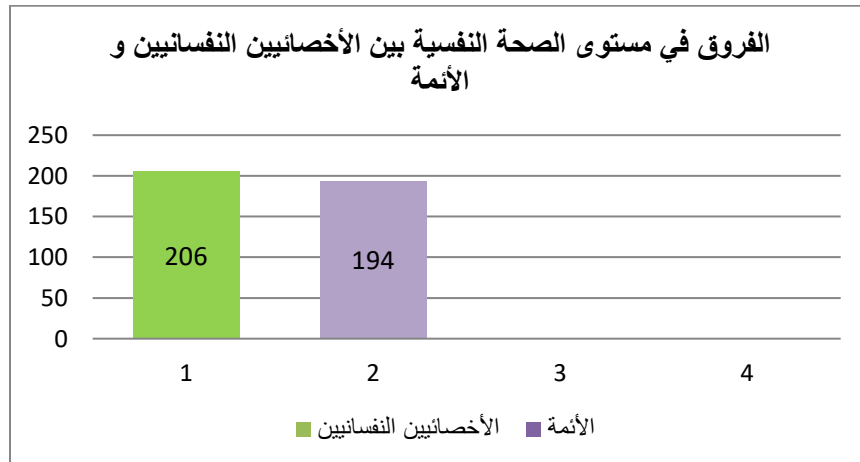
في حين جاء معامل الارتباط بيرسون لمخطط المتطلبات العالية غير دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0,05. و منه نستطيع القول بانه توجد علاقة عكسية بين مستوى الصحة النفسية و جميع المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين ماعدا مخطط المتطلبات العالية. مما يعني زيادة مستوى الصحة النفسية يرتبط بانخفاض هذه المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين.

17 نتائج الفرضية السابعة؛ و التي تنص على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير الصحة النفسية. و للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و النتائج المتحصل عليها مدونة في التالي .:

**الجدول(16): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة:**

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة المحسوبة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	المؤشرات	
						الأبعاد الإحصائية	الاختصاصيين النفسانيين
0,20 (غير دالة)	118	- 1,274	45,445	206,56	60	الاختصاصيين النفسانيين	الصحة النفسية
			56,060	194,70	60	الأئمة	

**الشكل 05: الفروق في مستوى الصحة النفسية بين الأخصائين النفسانيين و الأئمة.**



يتضح من خلال قراءة النتائج المدونة في الجدول (16) و الشكل (05)، ان متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين قدر ب(206,56) بانحراف معياري قدره (45,44), اما متوسط درجات أفراد عينة الأئمة قدر ب(194,70) بانحراف معياري قدره (56,06) و كانت قيمة "ت" المحسوبة تساوي (1,274) عند درجة الحرية (118) و هي قيمة غير دالة عند 0,05 و هذا يعني عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين أفراد عينة الدراسة.

8/ نتائج الفرضية الثامنة؛ و التي تنص على عدم وجود دالة إحصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير المخططات المعرفية. و للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام إختبار "ت" لعينتين مستقلتين و النتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:.

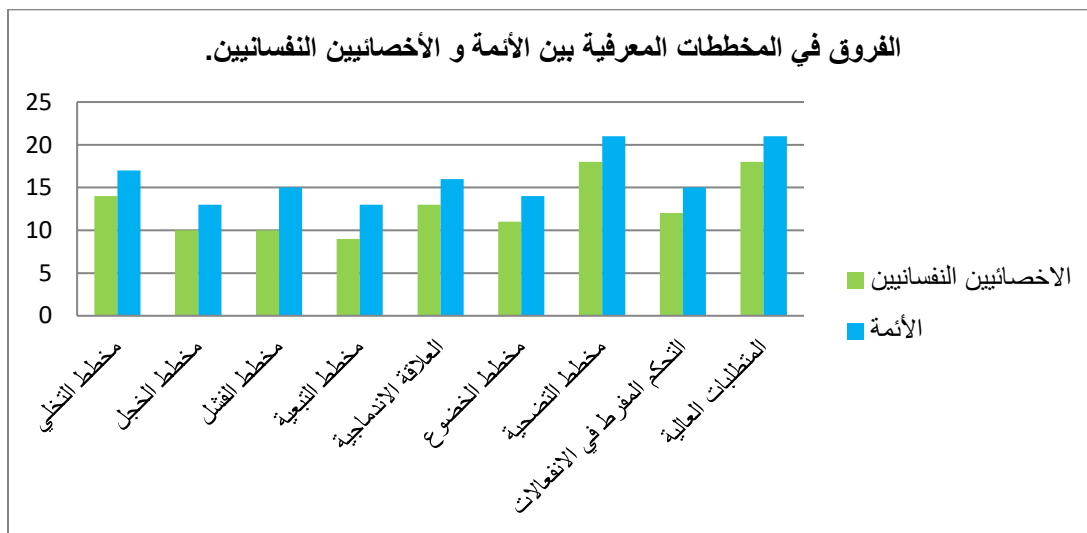
الجدول(17): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في المخططات المعرفية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة:

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد العينة	المهنة	المخططات المعرفية
**0,00	118	3,743	48,65	210,58	60	اخصائي نفسي	المخططات المعرفية ككل
			53,84	245,65	60	إمام	
0,08	118	-1,718	4,71	14,15	60	اخصائي نفسي	الحرمان العاطفي
			5,55	15,76	60	إمام	
**0,009	118	-2,663	5,35	14,56	60	اخصائي نفسي	التخلي/عدم الاستقرار
			5,19	17,13	60	إمام	
0,22	118	-1,221	5,27	15,71	60	اخصائي نفسي	الحذر/التعدي
			5,33	19,90	60	إمام	
0,62	118	-0,489	5,23	14,36	60	اخصائي نفسي	الانعزال الاجتماعي
			5,94	14,86	60	إمام	
**0,00	118	-2,994	4,15	10,53	60	اخصائي نفسي	الخجل وعدم الكمال
			5,50	13,20	60	إمام	
**0,00	118	-4,691	5,06	10,61	60	اخصائي نفسي	القتل
			5,24	15,03	60	إمام	
**0,00	118	-4,562	4,08	9,73	60	اخصائي نفسي	التبعية/ عدم الكفاءة
			5,56	13,80	60	إمام	
0,34	118	-0,941	5,47	12,60	60	اخصائي نفسي	القابلية للانجراح
			5,96	13,58	60	إمام	
**0,007	118	-2,758	5,14	13,58	60	اخصائي نفسي	العلاقة الاندماجية
			6,25	16,46	60	إمام	
**0,00	118	-3,934	4,31	10,60	60	اخصائي نفسي	الخضوع
			5,50	14,15	60	إمام	
**0,006	118	-2,823	5,03	18,31	60	اخصائي نفسي	التضحية
			5,55	21,05	60	إمام	

**0,003	118	-3,073	4,93	12,53	60	اخصائي نفسي	التحكم المفرط في الانفعالات
			5,33	15,41	60	إمام	
**0,00	118	-3,313	4,95	18,68	60	اخصائي نفسي	المتطلبات العالية
			4,80	21,63	60	إمام	
0,37	118	-0,894	5,35	18,45	60	اخصائي نفسي	السيطرة الزائدة
			5,05	19,30	60	إمام	
0,16	118	-1,395	4,71	16,13	60	اخصائي نفسي	نقص التحكم في الذات
			4,83	17,35	60	إمام	

\*\* دال عند 0,01

الشكل 06: الفروق في المخططات المعرفية بين الأئمة و الأخصائيين النفسانيين.



نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) و الشكل (06) مايلي:

- ❖ **مخطط الحرمان العاطفي:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(14,15) بانحراف معياري قدره (4,71), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(15,76) بانحراف معياري قدره(5,55), و كانت قيمة "ت" تساوي (-1,71) عند درجة حرية(118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط الحرمان العاطفي بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط التحلي/ عدم الاستقرار:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(14,56) بانحراف معياري قدره (5,35), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(17,13) بانحراف معياري قدره(5,19), و كانت قيمة "ت" تساوي (-2,66) عند درجة حرية(118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط التحلي/ عدم الاستقرار بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط الحذر/ التعدي:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(15,71) بانحراف معياري قدره (5,27), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(19,90) بانحراف معياري

- قدره (5,33), و كانت قيمة "ت" تساوي (-1,22) عند درجة حرية (118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط الحذر/ التعدي بين أفراد عينة الدراسة
- ❖ **مخطط الانعزال الاجتماعي:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(14,36) بانحراف معياري قدره (5,23), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(14,86) بانحراف معياري قدره (5,49), و كانت قيمة "ت" تساوي (-0,48) عند درجة حرية (118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط الانعزال الاجتماعي بين أفراد عينة الدراسة
- ❖ **مخطط القابلية للانجراح:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(12,60) بانحراف معياري قدره (5,47), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(13,58) بانحراف معياري قدره (5,96), و كانت قيمة "ت" تساوي (0,94) عند درجة حرية (118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط القابلية للانجراح بين أفراد عينة الدراسة
- ❖ **مخطط الخجل و عدم الكمال:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(10,53) بانحراف معياري قدره (4,15), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(13,20) بانحراف معياري قدره (5,50), و كانت قيمة "ت" تساوي (-2,99) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في الخجل و عدم الكمال بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط الفشل:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(10,61) بانحراف معياري قدره (5,06), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(15,03) بانحراف معياري قدره (5,24), و كانت قيمة "ت" تساوي (-4,69) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في الفشل بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط التبعية/ عدم الكفاءة:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(9,73) بانحراف معياري قدره (4,08), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(13,08) بانحراف معياري قدره (5,56), و كانت قيمة "ت" تساوي (-4,56) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط التبعية/ عدم الكفاءة بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط العلاقة الاندماجية:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(13,58) بانحراف معياري قدره (5,14), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(16,46) بانحراف معياري قدره (6,25), و كانت قيمة "ت" تساوي (-2,75) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, مما يشير الى وجود فروق في مخطط العلاقة الاندماجية بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط الخضوع:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(10,60) بانحراف معياري قدره (4,31), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(14,15) بانحراف معياري قدره (3,50), و كانت قيمة "ت" تساوي (-3,93) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط الخضوع بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط التضحية:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(18,31) بانحراف معياري قدره (5,03), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(21,05) بانحراف معياري قدره (5,55), و كانت قيمة "ت" تساوي (-2,82) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط التضحية بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط التحكم المفرط في الانفعالات:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(12,53) بانحراف معياري قدره (4,93), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(15,41) بانحراف معياري قدره (5,33), و كانت قيمة "ت" تساوي (-3,07) عند درجة حرية (118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط التحكم المفرط في الانفعالات بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة

- ❖ **مخطط المتطلبات العالية:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(18,68) بانحراف معياري قدره (4,95), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(21,63) بانحراف معياري قدره(4,80), و كانت قيمة "ت" تساوي (-3,31) عند درجة حرية(118) وهي قيمة دالة عند 0,01, و هذا يعني وجود فروق في مخطط المتطلبات العالية بين أفراد عينة الدراسة لصالح الأئمة
- ❖ **مخطط السيطرة الزائدة:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(18,45) بانحراف معياري قدره (5,35), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(19,30) بانحراف معياري قدره(5,05), و كانت قيمة "ت" تساوي (0,89) عند درجة حرية(118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط السيطرة الزائدة بين أفراد عينة الدراسة
- ❖ **مخطط نقص التحكم في الذات:** قدر متوسط درجات افراد عينة الاختصاصيين النفسانيين ب(16,13) بانحراف معياري قدره (4,71), بينما متوسط درجات افراد عينة الأئمة قدر ب(17,35) بانحراف معياري قدره(4,83), و كانت قيمة "ت" تساوي (-1,39) عند درجة حرية(118) وهي قيمة غير دالة, و هذا يعني عدم وجود فروق في مخطط نقص التحكم في الذات بين أفراد عينة الدراسة

**. مناقشة و تفسير النتائج:**

- مناقشة الفرضية الأولى.

- مناقشة الفرضية الثانية.

- مناقشة الفرضية الثالثة.

- مناقشة الفرضية الرابعة.

- مناقشة الفرضية الخامسة.

- مناقشة الفرضية السادسة.

- مناقشة الفرضية السابعة.

- مناقشة الفرضية الثامنة.

## مناقشة و تفسير النتائج:

سعت الدراسة الحالية الى معرفة طبيعة المخططات المعرفية و أبعادها لدى كل من الاختصاصيين الأئمة، وكذا التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة، حيث كانت فرضيات الدراسة:

- الفرضية الأولى: : نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة مرتفعا.
- الفرضية الثانية: نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين مرتفعا.
- الفرضية الثالثة: نتوقع ان تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة تكيفية.
- الفرضية الرابعة: نتوقع أن تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين تكيفية.
- الفرضية الخامسة: نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة.
- الفرضية السادسة: نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين.
- الفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير الصحة النفسية.
- الفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير المخططات المعرفية

**1- مناقشة و تفسير الفرضية الأولى:** تنص الفرضية الاولى على أننا نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة مرتفعا؛ أظهرت النتائج المرفقة في الجدول (10) الذي يوضح مستويات الصحة النفسية المختلفة لدى الأئمة (مرتفع - متوسط - منخفض) و النسبة المئوية و تكرارها، وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى غالبية الأئمة المشاركين في الدراسة.

يمكن تفسير ذلك بالعوامل المرتبطة بالدور الديني و الاجتماعي للأئمة، إذ غالبا ما يتمتع الأئمة بمكانة مرموقة في المجتمع، و يكونون محورا لشبكة اجتماعية واسعة، هذا الدعم الاجتماعي يمكن أن يوفر لهم شعورا بالانتماء و التقدير، مما يعزز الصحة النفسية لديهم. كما و أن الشعور العميق بالمعنى المرتبط بالعبادة و تقديم الارشاد الديني و المساهمة بشكل ذا مغزى في المجتمع، هذا الشعور بالغاية و المعنى غالبا ما يرتبط بمستويات أعلى من الرفاهية النفسية مما يوفر للأئمة آليات تكيف مع الضغوط الحياتية و تعزيز الشعور بالسلام الداخلي و السكينة. تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة أوزير أوك (Uzeyrs Ok,2008) و التي اجريت على عينة مكونة من 178 إماما، و خلصت نتائج الدراسة الى وجود علاقة بين الصرع الوظيفي للأئمة و الرفاهية النفسية المنخفضة لاسيما الفئة الاصغر سنا في العينة، كما و تختلف نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت اليه دراسة جالييفا (G.F.Galieva,2020) حيث شملت الدراسة 30 اماما تتراوح اعمارهم بين 32 و 55 بهدف تحديد و تقييم مستويات الاحتراق النفسي لدى الأئمة و خلصت الدراسة الى ان غالبية الأئمة الذين شاركوا في الدراسة كشفوا عن علامات الارهاق، على الرغم من انها ليست شديدة، الا انها اقرب الى الاحتراق النفسي و العاطفي.

**2- مناقشة و تفسير الفرضية الثانية:** تنص الفرضية الثانية على أننا نتوقع أن يكون مستوى الصحة النفسية لدى الاختصاصيين النفسانيين مرتفعا؛ أظهرت النتائج المرفقة في الجدول (11) الذي يوضح مستويات الصحة النفسية المختلفة لدى الاختصاصيين النفسانيين (مرتفع - متوسط - منخفض) و النسبة المئوية و تكرارها، وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى غالبية الاختصاصيين النفسانيين المشاركين في الدراسة.

إن مساعدة الآخرين و التخفيف من معاناتهم يمكن أن يولد شعورا عميقا بالرضا الوظيفي و الإنجاز لدى الاختصاصيين النفسانيين، و بالتالي قد يساهم هذا الشعور الايجابي بشكل كبير في تعزيز صحتهم النفسية. و نظرا لحكم طبيعة عملهم،

فان الاخصائيون النفسانيون يتمتعون بفهم عميق لمفهوم الصحة النفسية، و أعراض الاضطرابات النفسية و أهمية العلاج النفسي، هذا الوعي قد يدفعهم الى تبني سلوكيات صحية تعزز من صحتهم النفسية مثل ممارسة تقنيات الاسترخاء و طلب المساعدة عند الحاجة و الاعتناء بأنفسهم. على الرغم من ذلك اختلفت هذه النتائج مع دراسة كينيث و آخرون (Kennet & others,1999) في دراستهم حول المعالجون النفسيون كمرضى: دراسة وطنية حول تجارب علماء النفس و مشاكلهم و معتقداتهم على عينة شملت 800 أخصائي نفسي، أبلغ 61% من أفراد العينة عن معاناتهم من الإكتئاب السريري، و أبلغ 29% عن مشاعر انتحارية، كما و صرح 4% منهم عن محاولتهم للإنتحار.

**3- مناقشة و تفسير الفرضية الثالثة:** تنص الفرضية الثالثة على اننا نتوقع ان تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الأئمة تكيفية.

تشير نتائج المرفقة في الجدول (12) الى ان نسبة كبيرة من الأئمة المشاركين في الدراسة (50%) أظهرت تركيزاً في المستوى الثالث من مستويات المخططات المعرفية، وفقاً لنظرية يونغ (Young,2003) فإن هذا المستوى يعرّف فيه المخطط بأنه يمثل اشكالية ذات دلالة سريرية للفرد، يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء عدة متغيرات بنوية و سياقية متداخلة، إذ يتوقع من الأئمة أن يكونوا نموذجاً اخلاقياً و دينياً كاملاً، مما قد يطور و يغذي مخططات معرفية مثل "المعايير العالية" أو "الحرمان العاطفي" و التي قد تسبب شعور دائم بعدم الكفاءة او الارهاق عن الفشل في تحقيق هذه التوقعات. كما أن التعامل المستمر مع مشكلات الآخرين (مثل النزاعات الاسرية، الفقر، القضايا الوجودية..). قد يؤدي الى استنزاف عاطفي. مما يعزز مخططات مثل "التضحية" أو "كبح المشاعر" وهو ما تؤكد دراسة رويام (Ruyam,2013) و التي هدفت الى دراسة مستوى الارهاق المهني لدى الأئمة الاتراك حيث شملت الدراسة عينة بلغت 124 اماماً، وتوصلت الدراسة الى وجود فروق كبيرة في المقاييس الفرعية للإرهاق العاطفي و الانجاز الشخصي تبعاً لمتغيرات العمر، مدة الخدمة، الصعوبة المهنية و العمل بدوام جزئي . كما يتفق ذلك مع دراسة جنغل (Cengil,2010) حول مستويات الارهاق النفسي لدى الأئمة و معلمي القرآن في تركيا، أظهر الأئمة مستويات متوسطة إلى منخفضة في الانهاك العاطفي و تبدل المشاعر، بينما سجلوا مستويات متوسطة الى مرتفعة في انخفاض الانجاز الشخصي.

كما أن في بعض المجتمعات، تعتبر الصلابة النفسية سمة ملازمة للقادة الدينين، مما يؤدي الى وصمة العار المرتبطة بالاعتراف بالمشكلات النفسية أو طلب المساعدة. مما قد يفاقم مخططات مثل "الخجل" أو "السيطرة الزائدة". على الرغم من أن هذا يختلف هذا مع دراسة ميران و ماسون (Meran & Mason,2019) حول رجال الدين المسلمون: مقدموا خدمات الصحة الفعلية بحكم الأمر الواقع حيث شارك في الدراسة (41) إماماً في المملكة المتحدة في الدراسة، وُجد أن الأئمة يُظهرون مستوى منخفضاً من الوصمة تجاه الأمراض النفسية.

**4- مناقشة و تفسير الفرضية الرابعة:** تنص الفرضية الرابعة على اننا نتوقع أن تكون طبيعة المخططات المعرفية عند الاختصاصيين النفسانيين تكيفية.

أظهرت النتائج المرفقة في الجدول (13)، تركز النسبة الغالبة من الاختصاصيين النفسيين المشاركين في الدراسة في المستوى الثاني من مستويات المخططات المعرفية (وفقاً لتصنيف يونغ)، و الذي يتميز بتنشيط طرفي للمخططات، إذ يتطلب العمل في المجال النفسي التعرض المستمر لحالات نفسية مختلفة الشدة، مما يعزز المرونة في التعامل مع الحالات، قد تكون هذه المرونة سبباً في أن المخططات لا تنشط إلا في ظروف محددة (مثل التعاطف مع المرضى). هذه الضغوط قد تفعّل مؤقتاً بعض المخططات (مثل "الإحساس بالذنب" أو "التضحية المفرطة") لكن التدريب المهني يساعدهم على إجتوائها، مما يبقيها في المستوى الثاني. و يجدر الذكر هنا، أنه قد تكون هناك تحيزات الإبلاغ الذاتي عن الاجابات و الحالة الفعلية بسبب الوصمة الاجتماعية أو الرغبة في تقديم صورة مثالية عن المختص النفسي، و ذلك بسبب درايتهم بالمخططات المعرفية و أبعادها، مما يؤدي الى التقليل من شدة المخططات في الاستبيانات إذ تشير

الأدبيات البحثية أن المخططات المعرفية اللاتكيفية مرتفعة لدى المختصين النفسانيين، منها دراسة سالوني و آخرون (Saloni & othes,2019) في دراستهم حول المخططات المعرفية بين المختصين في الصحة النفسية و غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية على عينة مكونة من 128 أخصائيا نفسيا و طبيبا نفسيا، أظهرت النتائج وجود مخططات معرفية غير تكيفية بمعدلات مرتفعة و في مجالي بصفة ملحوظة : مجال الهجر و مجال القابلية للإنجراح و التعرض للأذى.

بالإضافة الى دراسة ساهو و آخرون (Sahoo & others,2012) التي هدفت الى استكشاف المخططات المعرفية لدى العاملين في مجال الصحة النفسية بعنوان المخططات المعرفية لدى العاملين في مجال الصحة النفسية: تكيفية ام غير تكيفية؟ على عينة شملت 100 عامل في مجال الصحة النفسية (من الجنسين) و التي توصلت الى وجود درجات عالية في المخططات الغير تكيفية في جميع المجالات الخمسة و عند الذكور بصفة خاصة، و ان وجود هذه المخططات الغير تكيفية لدى العاملين في الصحة النفسية قد يؤدي الى التحيز في التقييمات و العلاج.

**5- مناقشة و تفسير الفرضية الخامسة:** تنص الفرضية الخامسة على اننا نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الأئمة. بينت النتائج المدونة في الجدول رقم (14) على انها دالة في (09) مخططات معرفية وهي : مخطط الحرمان العاطفي، مخطط الحذر/ التعدي، مخطط الانعزال الاجتماعي، مخطط الخجل و عدم الكمال، مخطط الفشل، مخطط التبعية، مخطط القابلية للإنجراح، مخطط العلاقة الاندماجية و مخطط الخضوع.

يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة و **مخطط الحرمان العاطفي** من خلال عدة عوامل، فقد يتمتع الأئمة بصحة نفسية جيدة بشكل عام بسبب مرونتهم و قدرتهم على ادارة التحديات العاطفية. لكن مخطط الحرمان العاطفي قد يظل حاضرا لديهم نتيجة طبيعة دورهم الذي يتطلب التضحية ببعض الإحتياجات الشخصية أو العزلة الناتجة عن طبيعة مهنتهم. و مع ذلك، فإن إيمانهم العميق و دورهم كرعاة و مرشدين دينيين قد يعوض هذا الحرمان، مما يحول دون تأثيره السلبي على صحتهم النفسية، فقد تكون الصحة النفسية المرتفعة ناتجة عن نجاح الأئمة في تحويل التحديات العاطفية الى اشباع روحي و مهني، أو بسبب آليات تكيف فعالة مثل المبادئ و القيم الاسلامية، الدعم الاجتماعي، التصورات الشخصية...، وهو ما يتوافق مع آراء جيفري يونغ (Young,2003) و الذي يوضح أن المخططات المبكرة (مثل الحرمان العاطفي) قد تظل كامنة، لكنها لا تؤدي بالضرورة الى اضطرابات نفسية اذا تمت إدارتها بآليات تكيف صحية (مثل اعادة الهيكلة المعرفية أو التكيف من خلال الأدوار الاجتماعية ) وهو ما يتفق أيضا مع المراجعة المنهجية القائمة على الأدلة لهارولد و آخرون (Harold & others,2013) حول الاضطرابات العقلية و الدين و الروحانية من عام (1990) الى عام (2010)، و التي أفادت الى وجود أدلة قوية على أن المشاركة الدينية و التدين ترتبط بتحسن الصحة النفسية في مجالات الإكتئاب و تعاطي المخدرات و الإنتحار.

على الرغم من ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى الأئمة، فإن وجود علاقة بينها و بين **مخطط الشك و عدم الثقة** يمكن تفسيره من خلال طبيعة السياق الديني و الاجتماعي؛ إذ يتطلب دور الأئمة غالبا تقييما نقديا للأفكار و السلوكيات، و التحقق من المعلومات، و التوعية بالمخاطر المحتملة التي قد تهدد المجتمع، و بالتالي قد ينبع هذا الشك من الحس بالمسؤولية و اليقظة الذهنية. كما قد يكون لدى الأئمة - بحكم مكانتهم و تأثيرهم - وعي متزايد بمخاطر الاستغلال او التلاعب، و بالتالي، فإن مستوى معين من الحذر و التحقق قد يكون آلية وقائية لا تعكس بالضرورة ضعفا في الصحة النفسية، و هو ما وجدته دراسة ريزو و آخرون (Riso & others,2000) حول الاستقرار طويل الأمد للمخططات المبكرة الغير تكيفية على عينة شملت 55 مريض خارجيا خارجيا مصابا بالإكتئاب على بعد فترة تتراوح من 25 إلى 05 سنوات. و خلصت النتائج إلى أن بعض الأفراد ذوي المخططات التي تبدو سلبية (مثل المعايير المفرطة و النقد الذاتي) قد يكون أكثر نجاحا في المهن التي تتطلب الدقة و الانضباط.

يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة و **مخطط العزلة الاجتماعية** لدى الأئمة، من خلال خصوصية دورهم الديني و القيم الروحية التي يتبنونها، إذ قد يختار الأئمة بعض فترات العزلة بإرادتهم لأسباب روحية تعبدية أو شخصية

( مثل التأمل، الدعاة، قراءة القرآن، الاسترخاء..)، إذ من المهم التمييز بين العزلة الاجتماعية التي يشعر بها الشخص بالإكراه و تسبب له الضيق و التي تعكس مفهوم الوحدة، و بين العزلة الاختيارية التي تكون مصدراً للراحة و تجديد الطاقة، فقد يكون الأئمة يمارسون النوع الثاني بشكل أكبر، وهو ما تؤكد دراسة لونغ و آخرون (Long,2003) حول تجارب العزلة: التنوعات و الاختلافات. و التي شملت عينة من المشاركين الجامعيين، و بناءً على بياناتهم؛ تم تحديد ثلاثة أبعاد من العزلة و إثنان إيجابيان و واحد سلبي وهي؛ العزلة الموجهة داخليا(و التي تتميز باكتشاف الذات و السلام الداخلي)،و العزلة الموجهة خارجيا( مثل التأمل و التي تتميز بالألفة و الروحانية) و الشعور بالوحدة.

على الرغم من تمتع الأئمة بصحة نفسية مرتفعة، فإن وجود علاقة **بمخطط الخجل و عدم الكمال** يمكن تفسيره بطبيعة دورهم الذي يحمل مسؤوليات و توقعات اجتماعية عالية قد تثير لديهم هذه المشاعر، و على الرغم من ارتفاع صحتهم النفسية بشكل عام ( بسبب الإيمان، التدبير، الدعم الاجتماعية، إلا ان بعض الجوانب مثل الخجل أو السعي نحو الكمال، قد تظل موجودة كجزء من حساسيتهم الأخلاقية، و يجدر الذكر أن في بعض السياقات خاصة منها الإسلامية قد يعتبر الخجل فضيلة لها معنى مرتبط بالحياة وهي سمة محمودة، لذا قد ترتبط بانخفاض الصحة النفسية عند الأئمة، بل يعكس حساسية تجاه تقييم الذات، أما عدم الكمال، فقد يكون دافعا للتحسين الذاتي دون أن يتحول الى اضطراب مثل الوسواس القهري، خاصة اذا كان مقترنا بقبول الطبيعة البشرية و النقص الانساني. ففي بعض السياقات الثقافية و الدينية، قد تعاد صياغة بعض المخططات بشكل ايجابي، بينما في السياقات السريرية تعتبر انماط سلبية، مما قد يُفسر لماذا لا تؤدي هذه المخططات الى تدهور الصحة النفسية عند الأئمة. وهو ما يتفق مع آراء يونغ (Young,2003) حيث يذكر، أن بعض المخططات (مثل عدم الكمال) قد تكون دافعة للإنجاز إذا لم تصل الى مستوى مرضي، خاصة عند الأفراد ذوي المرونة النفسية.

وجود علاقة بين الصحة النفسية و **مخطط الفشل** لدى الأئمة قد يُناقض ارتفاع صحتهم النفسية، بل يعكس تعقيد الشخصية المتدنية التي تتعامل مع المخططات السلبية عبر آليات تكيفية ، ففي السياق الديني، قد يعاد تعريف مفهوم "الفشل" نفسه. فما قد يُعتبر فشلا في مساق آخر قد يُرى كإبتلاء أو إختبار إلهي لدى الأئمة، مما يقلل من تأثيره السلبي على الصحة النفسية. و مع ذلك، فإنه عند قياس مخطط الفشل باستخدام مقياس نفسي (مثلا مقياس يونغ للمخططات المعرفية اللاتكيفية أو مقياس بيك) قد تظهر الاجابات التي تعكس وجود المخطط، لكنه لا يُترجم الى ضعف نفسي بسبب السياق الديني كما تقدم ذكره. و هو ما يوضحه يونغ (Young,2003) في أن بعض المخططات المبكرة (مثل "الفشل" و "عدم الكفاءة") يمكن أن تؤثر على الصحة النفسية، لكنها قد تكون مخففة بآليات التكيف.

في سياق دراسة العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة و **مخطط التبعية و عدم الكفاءة** قد يعكس بصفة غير مباشرة طبيعة أدوار الأئمة و التوفيق النفسي معها، فإذا كانت الصحة النفسية لدى الأئمة مرتفعة رغم وجود هذه المخططات (بصفة غير مؤثرة)، فقد يكون ذلك لأنهم يستدمجونها في هويتهم الشخصية و أدوارهم المهنية، ففاهيم مثل التوكل (الاعتماد على الله) و التواضع ( الذي قد يقاس بمخطط عدم الكفاءة) تعد قيما إيجابية، إذ ان المقاييس الغربية قد تُعرف بعض المفاهيم مثل "التبعية و عدم الكمال" بشكل سلبي و بما يتناسب مع بيئتها، في حين انه في سياق الأئمة، قد تكون هذه التصورات معاد صياغتها بشكل ايجابي مثل "التوكل" الذي لا يعكس مؤشرات سلبية، بل يدل على الثقة في التدابير الإلهية و حكمتها. وهو ما يتفق مع دراسة إكسلين و هيل (Exline & Hill, 2012) حول التواضع: مؤشر راسخ و قوي على الكرم و الفضيلة، على عينة شملت (217) طالبا جامعا، و استنتجت الدراسة أن الافراد المتدينين قد يسجلون ارتفاعا في المقاييس (منها عدم الكفاءة) بسبب قيم التواضع، في حين يعكس بشكل أفضل مشاعر الاستحقاق، التدبير، الامتنان، احترام الذات و المرغوبية الاجتماعية.

إن **مخطط القابلية للتعرض للأذى**، حسب نظرية يونغ للمخططات المعرفية، يتضمن اعتقادا عميقا بأن الفرد معرض للكوارث، الأمراض أو الهجمات. في حين أن الأئمة، بفضل فهمهم العميق للعقيدة و القدر، قد يمتلكون تصورات معرفية مختلفة للأحداث السلبية، إذ يرون الابتلاءات كجزء من إمتحان الحياة أو كفرصة للنمو الروحي. بالإضافة الى الإيمان بالاعتماد و التوكل على الله في تدبير الأمور، قد يقلل من الشعور بالمسؤولية الكاملة عن التحكم في كل

شيء، مما يخفف من القلق المرتبط بإمكانية التعرض للأذى، فالموارد الروحية و آليات التكيف الفعالة بالإضافة الى التصورات الايجابية للأحداث، كل هذه العوامل يمكن أن تساهم بشكل كبير في تعزيز الصحة النفسية، مما يقلل من تأثير مخطط القابلية للتعرض للأذى لدى الأئمة رغم وجوده. وهو ما يؤكد فريدريكسون (Fredrickson,2001) حول دور المشاعر الايجابية في علم النفس الايجابي، أن الصحة النفسية الجيدة تعزز التفكير المرن و تقلل من التفسير الكارثي للأحداث. كما يتأكد ذلك مع آراء جيفري يونغ (Young,1990) حيث يذكر أن مخطط القابلية للتعرض للأذى يؤدي الى قلق مزمن، و انخفاضه يرتبط بصحة نفسية أفضل.

الصحة النفسية الجيدة تتضمن القدرة على وضع حدود صحية في العلاقات، انخفاض **مخطط الاندماجية** يمكن أن يعكس هذه القدرة على تحديد مسافات واضحة في العلاقات، مما يمنع الارهاق العاطفي و يحافظ على الصحة النفسية للإمام، كما أن هذه العلاقة، قد تشير أن الأئمة الأكثر صحة نفسياً لا يببالغون في اذابة انفسهم في الآخرين من اجل تأكيد الذات او رضا الآخرين، بل يبنون علاقات قائمة على الحدود الواضحة و التوازن العاطفي مما قد يتوافق مع التدين الصحي الذي يعزز مفهوم التوازن في العلاقات مثل حديث النبي صلى الله عليه و سلم « إن لربك عليك حقاً، و لنفسك عليك حقاً، و لأهلك عليك حقاً» وهو ما تؤكد أبحاث موراى بوين (Bowen,1976) أن الأفراد الذين لديهم ميل عالٍ للاندماج في علاقاتهم و ذوبان الحدود بين الذات و الآخر، يعانون من مستويات أعلى في الاجهاد النفسي في حين أن الأشخاص الذين يحافظون على حدود واضحة يتمتعون بصحة نفسية أفضل.

و بالمثل فيما يتعلق **بمخطط الخضوع**، إذ أن العلاقة بين مخطط الخضوع و الصحة النفسية المرتفعة، تُظهر أن الأئمة الأكثر صحة نفسياً هم الذين يوازنون بين متطلبات المهنة و حدودهم الشخصية، و هم أكثر قدرة على التعامل مع التحديات و الضغوط المرتبطة بدورهم القيادي دون التضحية برفاهيتهم النفسية. كما أن السياق الإسلامي يلعب دوراً في ذلك. فالخضوع و الاستسلام لله (كمعنى روجي) لا يتعارض مع الصحة النفسية للأفراد الذين يتبنون تلك القيم و يعتقدون بمبادئها. فالسلام الداخلي و مفهوم الرفاهية النفسية لديهم يرتبط بها. لكن الخضوع الاجتماعي المفرط (للحصول على رضا الآخرين) هو ما قد يعكس الجوانب السلبية في ذلك، تتفق هذه النتيجة مع ما ذهب اليه مؤسس النظرية جيفري يونغ (Young,2003) حيث يوضح أن الأفراد ذوي المخطط المنخفض يتمتعون بقدر أكبر من الاستقلالية و هم أقل عرضة للإضطرابات النفسية.

في حين جاءت النتائج المدونة في الجدول (14) غير دالة في (06) مخططات معرفية وهي: **مخطط التخلي/عدم الاستقرار، مخطط التضحية، مخطط التحكم المفرط في الانفعالات، مخطط المتطلبات العالية، مخطط السيطرة الزائدة و مخطط نقص التحكم في الذات**. مما يعني عدم وجود علاقة بين الصحة النفسية و هذه المخططات عند الأئمة. و جاءت هذه النتائج متفقة مع ما توصلت اليه دراسة صحراوي (صحراوي، 2023) حيث لم تكن النتائج دالة في جميع المخططات المعرفية، في دراستها حول علاقة المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و ظهور الضغط النفسي لدى أمهات اطفال طيف التوحد. كما تتفق نتائج هذه الدراسة جزئياً مع ما توصل اليه عبد الرحمن و سراج (عبد الرحمن، سراج، 2015) في دراستهما حول المخططات المعرفية اللاتكيفية كمغير وسيط في العلاقة بين ضغوط أحداث و الإكتئاب لدى طالبات الجامعة، حيث لم تكن النتائج دالة في مخطط التضحية و مخطط التحكم المفرط في الانفعالات و مخطط المتطلبات العالية. و يمكن تفسير عدم وجود علاقة دالة احصائياً بين الصحة النفسية لدى الأئمة و مخططات معرفية معينة (مخطط التضحية، مخطط التخلي/عدم الاستقرار، مخطط التحكم المفرط في الانفعالات، مخطط المتطلبات العالية، مخطط السيطرة الزائدة، مخطط نقص التحكم في الذات) بالرجوع الى دور الامام الفريد و مهنته، إذ قد تتداخل هذه المخططات في جوانب وظيفية أساسية في مهنته. مثل الحاجة الى التضحية من اجل الآخرين و ممارسة درجة منضبطة من التحكم في الانفعالات و ردود الافعال، و الالتزام بمعايير دينية و اخلاقية عالية. و بالتالي، قد لا تمثل هاته البنى المعرفية بالضرورة مصادر ضغط أو مؤشرات على صحة نفسية متدنية في سياق دورهم هذا، بل وقد تكون متداخلة كجزء من هويتهم المهنية و الاجتماعية او كميكانيزمات تكيف لديهم، و قد تعمل عوامل اخرى مثل الإيمان و الدعم المجتمعي عوامل وقاية تقلل من التأثير السلبي المحتمل لهذه المخططات.

**6- مناقشة و تفسير الفرضية السادسة:** تنص الفرضية السادسة على اننا نتوقع وجود علاقة بين الصحة النفسية و المخططات المعرفية لدى الاختصاصيين النفسانيين:

أسفرت النتائج المدونة في الجدول رقم (15) على انها دالة في جميع المخططات ماعدا مخطط المتطلبات العالية.

يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة و انخفاض **مخطط الحرمان العاطفي** لدى الاختصاصيين النفسانيين، من خلال تفاعل معقد بين قدرتهم على تلبية احتياجاتهم العاطفية، و تأثير انخفاض هذا المخطط على نظرهم للعلاقات و مرونتهم النفسية، بالإضافة الى العوامل المرتبطة بطبيعة عملهم و تدريبهم المهني، حيث أن التدريب التدرج المهني و الخلفية العلمية و النظرية غالباً ما تعلمهم تقنيات مثل اعادة الهيكلة المعرفية و التي تساعدهم في ادراك المخططات السلبية و تحييدها، كما أن الاحتكاك بمرضى يعانون من مشكلات عاطفية قد يجعلهم أكثر وعياً بأهمية الصحة النفسية. تختلف هذه النتائج مع دراسة بوغمبوز و سحيري (بوغمبوز، سحيري، 2021) و التي سعت الدراسة الى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى المختص النفسي العيادي على عينة مكونة من 46 مختص ممارس، و التي خلصت الدراسة الى وجود مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة؛ الاجهاد العاطفي، تلبد المشاعر و نقص الشعور الشخصي بالإنجاز.

يمكن تلخيص العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة و **انخفاض مخطط عدم الاستقرار** لدى الاختصاصيين النفسانيين في أن الصحة النفسية الجيدة، تعمل كحصن وقائي ضد الشعور بالهشاشة، وهو بدوره مؤشر على المرونة المعرفية و الوعي النفسي، فالأخصائيون النفسانيون لديهم فهم أعمق للآليات النفسية، مما يساعدهم على ادارة مشاعرهم و تحديد التشوّهات المعرفية مبكراً. وهو ما يتوافق مع دراسة ماهوني (Mahoney,1997) حول المشاكل الشخصية و أنماط الرعاية الذاتية للمعالجين النفسانيين على عينة بلغ عددهم 155 أخصائياً نفسياً، حيث وجد أن المعالجين يميلون الى امتلاك وعي ذاتي أعلى، مما يساعدهم في الحفاظ على صحتهم النفسية.

يمكن تفسير العلاقة العكسية بين الصحة النفسية و **مخطط الشك و عدم الثقة** لدى الاختصاصيين النفسانيين من خلال عدة عوامل متداخلة؛ فطبيعة عملهم تتطلب بناء ثقة قوية مع المرضى و التعرض للتجارب الانسانية المختلفة، الامر الذي قد يعزز لديهم التعاطف و الثقة بدلا من الشك، بالإضافة الى ذلك، فإن الصحة النفسية الجيدة تساهم في تطوير نظرة ايجابية للذات و الاحداث و الآخرين، و تنظيم عاطفي أفضل و تعزيز تقدير الذات و المرونة المعرفية التي تمكنهم من تحدي و تعديل القابلية للميل نحو الشك، كما يلعب التدريب المهني و التطوير الذاتي دوراً هاماً في تزويدهم بمهارات بناء العلاقة العلاجية و تعزيز الوعي الذاتي حول مخططاتهم المعرفية. وهو ما يتفق مع دراسة ماكاسكيل (Macaskill,1992) حول المعالجون النفسيون المتدربون يقيمون علاجهم الشخصي؛ حيث أفاد معظم المشاركون في الدراسة بأن علاجهم الشخصي كان له تأثير ايجابي على عملهم مع المرضى و حياتهم الشخصية.

وجود علاقة بين ارتفاع الصحة النفسية و انخفاض **مخطط الانعزال الاجتماعي** لدى الاختصاصيين النفسانيين، يمكن تفسيره من خلال الدعم الاجتماعي المهني المحيط بهم، فبيئة العمل في المجال النفسي غالباً ما تتضمن فرصاً للتفاعل و التعاون مع الزملاء او مراجعة الحالات مع المختصين و المشرفين، مما يوفر دعماً اجتماعياً و الذي يعزز بدوره الشعور بالانتماء و يقلل من الشعور بالعزلة، كما يتطلب العمل مع المرضى تفاعلاً اجتماعياً مستمراً مما يخلق نمطاً سلوكياً ايجابياً تجاه التواصل. و مع الوقت يصبح هذا النمط جزءاً من الهوية المهنية و كذا الشخصية، مما يقلل من ميلهم للانعزال حتى في خارج إطار العمل. تتوافق هذه النتائج مع دراسة نوركروس و آخرون (Norcross & others,2008) حول المعالجون النفسيون الذين يمتنعون عن العلاج الشخصي: هل يمارسون ما يدعون اليه؟ شملت الدراسة على عينة مكونة من 119 اخصائياً نفسياً و مستشار لم يسبق لهم اللجوء الى العلاج الشخصي. كانت أسباب عدم خضوعهم له هو القدرة على التعامل مع التوتر بطرق اخرى، و تلقي الدعم الكافية من الاصدقاء و العائلة، بالإضافة الى القدرة على حل المشكلات قبل الحاجة الى اللجوء الى العلاج. كما و ربما تتسق هذه النتيجة مع دراسة ماهوني و آخرون (Mahoney & others,2000) حول مقارنة بين الحياة الشخصية للمعالجين النفسانيين و علماء

النفس الباحثين، على عينة شملت 276 لكل فئة. و أفادت النتائج أنه على الرغم من ارتفاع معدلات القلق و الاكتئاب و الارهاق العاطفي لدى المعالجين مقارنة بالباحثين، إلا انهم كانوا أكثر رضا عن حياتهم، و أكثر ميلا من الباحثين للشعور بأن عملهم قد أثر عليهم بشكل إيجابي. و خلصت الدراسة الى ان عمل المعالجين النفسيين كمارسين قد يكون مرهقا عاطفيا، لكنه قد يساهم بشكل اكبر في اثناء حياتهم.

يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة لدى الاختصاصيين النفسيين و انخفاض **مخطط الخجل و عدم الكمال** من خلال عدة أسباب عملية، إذ أن فهمهم العميق للعمليات النفسية يمنحهم أدوات و ميكانيزمات فعالة لإدارة مشاعر الخجل و تقبل الذات بعيوبها، مما يساعدهم على تجنب الانزلاق في دوامة الخجل أو النقد الذاتي المفرط، كما أن طبيعة عملهم تتطلب منهم غالبا التحلي بالتعاطف مع الذات و تقبل الأخطاء كجزء من النمو المهني و الشخصي، مما يساهم في انخفاض هذا المخطط لديهم و تعزيز صحتهم النفسية. وهو ما يتفق مع دراسة بوجنتال (Bugental,1964) عن: الشخص الذي هو المعالج النفسي، و التي شملت إستطلاعات الرأي أن: نصح المعالج يتجلى في التواضع، المشاركة الانتقائية، اللقاء الصادق، التطوير العلمي المستمر و قبول الشعور بالذنب عند التصيير. في حين تختلف هذه النتيجة مع ما توصلت لها دراسة جينيفر و آخرون (Jennifer & others,2013) حول العوائق التي تحول دون سعي الاختصاصيين النفسيين للحصول على الرعاية في مجال الصحة النفسية و التي شملت الدراسة 260 أخصائيا نفسيا متمرسا، حيث أقر 59% من المشاركين بوجود وقت ربما كانوا فيه بحاجة الى العلاج النفسي لكنهم لم يسعوا للحصول عليه، كما أخلصت الدراسة الى ان الاخصائيات النفسانيات أبلغن عن معائتهن بشكل أكبر من آثار الصدمات الغير مباشر و إرهاق التعاطف مقارنة بزملائهن الذكور

انخفاض **مخطط الفشل** لدى الاختصاصيين النفسيين ذوي الصحة النفسية المرتفعة، يعكس تفاعلا بين العوامل الداخلية (كمهارات التأقلم و آليات التكيف الصحية و المرونة النفسية) مع العوامل الخارجية ( مثل العمل في بيئات داعمة و التدريب المهني بالإضافة إلى اكتساب الخبرة المهنية) كلها عوامل تعزز الثقة بالنفس، و تحول دون تطور الضغوط المهنية نحو تهديدات وجودية للكفاءة الذاتية. وهو ما يتسق مع دراسة بينيت ليفي و آخرون (Bennett-leve & others,2001) حول قيمة الممارسة الذاتية لتقنيات العلاج المعرفي و التأمل الذاتي في تدريب المعالجين المعرفيين، حيث أظهرت الدراسة أن التدريب على العلاج المعرفي السلوكي يعزز و عي الاختصاصيين بمخططاتهم المعرفية و يقلل من تحيزاتهم السلبية، كما يحسن مهارات المعالج و فهمه لذاته.

و بالمثل، فقد يعزى وجود علاقة بين الصحة النفسية المرتفعة لدى الاختصاصيين النفسيين و انخفاض **مخطط التبعية** و **عدم الكفاءة** الى طبيعة مهنتهم و التي تتطلب استقلالية في الممارسة المهنية و اتخاذ القرارات العلاجية، مما يعزز لديهم الشعور بالمسؤولية و الكفاءة الذاتية كنتيجة مباشرة على نجاحهم في مساعدة الآخرين، كما أن المعرفة الأكاديمية و التدريب المهني الذي يجتازونه يمنحهم أساساً قوياً من المعرفة و المهارات، مما يقلل من احتمالية شعورهم بالعجز أو عدم الكفاءة في مواجهة التحديات المهنية و الشخصية. بالإضافة إلى ذلك، فإن الوعي الذاتي الذي يكتسبونه من خلال دراستهم و تدريبهم يمكنهم من تقييم قدراتهم بواقعية و الاعتماد على مواردهم الداخلية، مما يقلل من حاجتهم الى التبعية المفرطة على الآخرين. تتفق هذه النتائج مع دراسة بينيت ليفي و آخرون (Bennett-leve & others,2001) حول قيمة الممارسة الذاتية لتقنيات العلاج المعرفي و التأمل الذاتي في تدريب المعالجين المعرفيين، حيث أظهرت الدراسة أن التدريب على العلاج المعرفي السلوكي يعزز و عي الاختصاصيين بمخططاتهم المعرفية و يقلل من تحيزاتهم السلبية، كما يحسن مهارات المعالج و فهمه لذاته. كما و تتفق مع دراسة نوركرسون و آخرون (Norcross & others,2008) حول المعالجون النفسيون الذين يمتنعون عن العلاج الشخصي: هل يمارسون ما يدعون اليه؟ شملت الدراسة على عينة مكونة من 119 اخصائيا نفسيا و مستشار لم يسبق لهم اللجوء الى العلاج الشخصي. كانت أسباب عدم خضوعهم له هو القدرة على التعامل مع التوتر بطرق اخرى، و تلقي الدعم الكافية من الاصدقاء و العائلة، بالإضافة الى القدرة على حل المشكلات قبل الحاجة الى اللجوء الى العلاج.

يمكن تفسير العلاقة العكسية بين الصحة النفسية الجيدة لدى الاختصاصيين النفسيين و **مخطط القابلية للتعرض للأذى** من خلال طبيعة الأدوار و المهنة، ففي سياق عملهم، يتعرض الاختصاصيون النفسيون للكثير من القصاص المؤلمة و التجارب الصعبة، هذا يستلزم منهم تطوير آليات دفاعية صحية لحماية صحتهم النفسية. و التي تشمل التعاطف مع الآخرين دون الدخول في عالمهم و امتصاص الألامهم، و الحفاظ على مساحة نفسية آمنة لأنفسهم. هذه القدرة على وضع حدود نفسية صحية تقلل من الشعور بالضعف أمام مصاعب الحياة. و هو ما يتفق مع دراسة يوليا و آخرون (Yulia & others,2017) في دراستهم حول الارهاق العاطفي لدى العاملين في مجال الصحة العقلية، حيث أجريت مقابلات شبه منظمة مع 06 اخصائيين ممارسين بهدف فهم كيفية تنظيم العواطف أثناء التفاعل مع العملاء، حيث أبلغ المشاركون عن مشاعر سلبية تتابعهم اثناء الجلسة العلاجية مثل الغضب و الاحباط، لكنهم حافظوا على اظهار المشاعر الايجابية و الحيادية مثل الهدوء و التعاطف.

انخفاض **مخطط العلاقة الاندماجية** لدى الاختصاصيين النفسيين، يعكس آلية تكيف صحية تدعمها مهارتهم المهنية و مرونتهم المعرفية، إذ قد يتبنى الاختصاصيين آلية وقائية تعمل على الحفاظ على مسافة عاطفية و مهنية صحية من أجل حماية انفسهم من الارهاق العاطفي و الاحتراق النفسي الذي ينجم عن الانخراط المفرط في قضايا الآخرين. و هو ما يتفق مع دراسة ستيفانوفيتش و آخرون (Stevanovic & others,2004) حول السلوكيات الداعمة للمهنة، الرضا و الضغوط التي يتعرض لها علماء النفس الممارسين، حيث أجري استطلاعاً ضم 286 مختصاً نفسياً بخصوص السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية و الرضا و الضغوط التي يواجهونها في العمل. كانت أعلى السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية تقييماً هي قضاء الوقت مع الشريك/العائلة، الحفاظ على التوازن بين الحياة الشخصية و المهنية و الحفاظ على روح الدعابة.

و بالمثل يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة لدى الاختصاصيين النفسيين و انخفاض **مخطط الخضوع**، إذ قد يعكس ذلك تفاعلاً بين الكفاءة الذاتية، الدعم و الخبرة المهنية و المرونة العاطفية، كلها عوامل تقلل من الاعتماد على إرضاء الآخرين للحصول على التقدير أو تجنب الرفض.

تشير نتائج الدراسة الى وجود علاقة عكسية بين الصحة النفسية و **مخطط التضحية** لدى الاختصاصيين النفسيين، و قد يعزى ذلك الى امتلاك الاختصاصيين النفسيين للاستراتيجيات و المعرفة العلمية و الوعي الذاتي الذي يمكنهم من فهم مخاطر مخطط التضحية و تجنبه، من خلال القدرة على تحقيق توازن صحي بين تلبية احتياجات الآخرين و الاعتناء بأنفسهم، مما يعزز صحتهم النفسية بشكل عام، و هو ما يتفق مع دراسة ستيفانوفيتش و آخرون (Stevanovic & others,2004) حول السلوكيات الداعمة للمهنة، الرضا و الضغوط التي يتعرض لها علماء النفس الممارسين، حيث أجري استطلاعاً ضم 286 مختصاً نفسياً بخصوص السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية و الرضا و الضغوط التي يواجهونها في العمل. كانت أعلى السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية تقييماً هي قضاء الوقت مع الشريك/العائلة، الحفاظ على التوازن بين الحياة الشخصية و المهنية و الحفاظ على روح الدعابة.

قد تعكس الصحة النفسية المرتفعة لدى الاختصاصيين النفسيين المرتبطة بانخفاض **مخطط التحكم الصارم** في الانفعالات؛ استخدام المختص النفسي لإستراتيجيات و آليات تكيف فعالة لإدارة المشاعر ( كالتقبل و التعبير عنها). كما أن وعيه بذاته و تقبله لمشاعره يجعله أقل عرضة للإرهاق المهني، و يسمح له بالحفاظ على توازن صحي بين حياته المهنية و الشخصية. بالإضافة الى وجود بيئة عمل تشجيعية في المجال النفسي قد تدعم التعبير العاطفي الآمن بين الزملاء، مما يقلل من تبني المخططات الصارمة، و هو ما تؤكد دراسة ستيفانوفيتش و آخرون (Stevanovic & others,2004) حول السلوكيات الداعمة للمهنة، الرضا و الضغوط التي يتعرض لها علماء النفس الممارسين، حيث أجري استطلاعاً ضم 286 مختصاً نفسياً بخصوص السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية و الرضا و الضغوط التي يواجهونها في العمل. كانت أعلى السلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية تقييماً هي قضاء الوقت مع الشريك/العائلة، الحفاظ على التوازن بين الحياة الشخصية و المهنية و الحفاظ على روح الدعابة، كما أفادت المشاركات الاناث

باستخدامهن للسلوكيات الداعمة للمسيرة المهنية بشكل اكبر من المشاركين الذكور، و كن أكثر ميلا لتبني سلوكيات ذات طابع علائقي أو تعليمي؛ مثل المشاركة في جلسات العلاج الشخصي، قضاء الوقت مع الأصدقاء و مناقشة إحباطات العمل مع الزملاء و ممارسة أنشطة ترفيهية هادئة.

تعكس العلاقة بين الصحة النفسية الجيدة لدى المختصين النفسانيين و انخفاض **مخطط السيطرة الزائدة**، قدرتهم على فهم طبيعة العمل النفسي، التي تتطلب الإصغاء و التعاطف لا التوجيه و السيطرة، و ذلك يعكس درجة عالية من المرونة النفسية و المعرفية، مما تساعدهم على تقبل الموقف الغير متوقعة دون الحاجة الى التحكم المفرط، من خلال استيعاب ان بعض أن بعض الأمور مثل ( مشاعر المرضى أو نتائج العلاج) خارجة عن سيطرتهم المباشرة. كما و يجدر التمييز بين السيطرة الصحية و الوظيفية ( مثل تنظيم الوقت، الالتزام بالمواعيد، التثبيت بالأهداف و المبادئ.. ) و السيطرة المرضية ( مثل الهوس بالكمال و التفاصيل و الغضب عند التقصير و الخطأ) فالأخصائيون الأصحاء نفسيا قد يميلون الى الأولى، مما يُفسر إنخفاض المخططات السلبية. وهو ما ذهب اليه بوجنتال (Bugental,1964) عن: الشخص الذي هو المعالج النفسي، و التي شملت إستطلاعات الرأي أن: نضج المعالج يتجلى في التواضع، المشاركة الانتقائية، اللقاء الصادق، التطوير العلمي المستمر و قبول الشعور بالذنب عند التقصير.

يمكن تفسير العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة لدى الاختصاصيين النفسانيين و انخفاض **مخطط نقص التحكم في الذات** من خلال عوامل ديناميكية متفاعلة بين المعرفة المهنية بالأنماط المعرفية و آليات التعامل معها، و المهارات التكيفية المرنة في تنظيم الانفعالات ( مثل تقليل الاندفاعية، تحمل الضغوط، التفكير العقلاني...) و كذا البيئة المهنية الداعمة ( كالعامل في فرق و استشارة المشرفين و الحوار مع الزملاء) و التي تساهم في الشعور بالكفاءة و تعزيز احساسا جماعيا بالقدرة على السيطرة على الضغوط. هي كلها عوامل ايجابية تعزز الصحة النفسية و تقلل من تفعيل مخطط نقص التحكم في الذات. و هو ما يتوافق بذلك مع ما حدده يونغ (Young,2003) من أجل فصل الشحن عن المخطط المعرفي اللاتكفي الذي يتغذى بالارتباط بتجارب الطفولة المؤلمة، إذ يذكر يونغ أن تغيير المخططات يتطلب أمرين و هما: التعرض المتكرر لخبرات تتعارض مع المخطط ( فالأخصائيون يتعرضون بشكل يومي لمواقف تتطلب ضبط النفس خاصة أثناء التعامل مع المرضى في الأزمات) و إعادة الهيكلة المعرفية (من خلال التفكير المنطقي بدلا من الاندفاعية).

في حين لم يكن **مخطط المتطلبات العالية** دالاً احصائياً، مما يعني عدم وجود علاقة بين الصحة النفسية و مخطط المتطلبات العالية لدى الاختصاصيين النفسانيين، و الذي قد لا يكون هذا المخطط بحد ذاته هو العامل الرئيسي المؤثر، إذ قد يكون تأثيرها معتمدا على تفاعلها مع مخططات معرفية أخرى لدى أفراد العينة، كما و أن الاختصاصيين النفسانيين قد يكونوا على دراية أكبر بأهمية الصحة النفسية من غيرهم، و يمتلكون استراتيجيات و ميكانيزمات عملية للتعامل مع المتطلبات العالية بشكل اكثر فعالية من غيرهم، مما يقلل من تأثيرها على الصحة النفسية.

**7- مناقشة و تفسير الفرضية السابعة:** تنص الفرضية السابعة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير الصحة النفسية.

أظهرت النتائج و البيانات المرفقة في الجدول رقم (16) لنتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في **مستوى الصحة النفسية** بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة، عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في مستوى الصحة النفسية

تشير نتائج الدراسة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستويات الصحة النفسية بين الفئتين. يمكن تفسير هذا التجانس الظاهري في ضوء عدة اعتبارات نظرية و منهجية. فمن المنظور النظري؛ قد تشترك المجموعتان في عوامل وقائية كالدعم الاجتماعي، ذلك أن كلا الفئتين تحظيان باحترام و تقدير المجتمع مما يوفر شبكة من الدعم العاطفي. و كذا استراتيجيات التكيف الفعالة، فالأخصائيون مدربون على ادارة الضغوط من خلال فنيات عملية و

تقنيات نفسية مثل (تقنيات الاسترخاء)، بينما قد يعتمد الأئمة على الممارسات الروحية (كالصلاة، التأمل، الذكر و قراءة القرآن) كآليات تكيف و موارد روحية. بالإضافة الى الشعور بالمعنى و المغزى في الحياة فكلتا المهنتين تركزان على خدمة الآخرين ( نفسيًا أو روحياً)، مما يعزز الرضا الذاتي. كل ذلك يساهم في تعزيز مستويات متمثلة من الرفاهية النفسية. أما على الصعيد المنهجي، قد يكون لحجم العينة و خصائصها، بالإضافة إلى حساسية أداة القياس المستخدمة في التأثير على القدرة الاحصائية للكشف عن فروق دقيقة محتملة بين المجموعتين، إذ تشير أدبيات البحث الى وجود مستويات من الضغوط المهنية و الارهاق العاطفي و الاحترق النفسي لدى كلا الفئتين مثل دراسة سكيور و آخرون (Scior & others,2018) حول مشاكل الصحة العقلية بين الاختصاصيين النفسانيين الاكلينيكيين؛ الوصمة و تأثيرها على الافصاح و طلب المساعدة على عينة شملت 678 أخصائي نفسي، حيث أبلغ ثلثا المشاركين بأنهم عانوا من مشاكل نفسية. كما و تتفق مع دراسة ديغانت و شيفاني (Digant,shivani,2024) في دراستهم حول استكشاف العلاقة بين الصحة النفسية و مستويات التوتر لدى أخصائيي علم النفس، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية ذات دلالة احصائية بين التوتر و الصحة النفسية. و دراسة جالييفا فيما يخص الأئمة (G.F.Galieva,2020) حيث شملت الدراسة 30 اماما تتراوح اعمارهم بين 32 و 55 بهدف تحديد و تقييم مستويات الاحترق النفسي لدى الأئمة و خلصت الدراسة الى ان غالبية الأئمة الذين شاركوا في الدراسة كشفوا عن علامات الارهاق، على الرغم من انها ليست شديدة، الا انها اقرب الى الاحترق النفسي و العاطفي.

**8- مناقشة و تفسير الفرضية الثامنة:** تنص الفرضية الثامنة على عدم وجود فروق دالة احصائية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في متغير المخططات المعرفية.

أظهرت النتائج و البيانات المرفقة في الجدول (17) لنتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في **المخططات المعرفية و أبعادها**، وجود فروق دالة احصائية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في 09 مخططات و هي: مخطط التخلي/عدم الاستقرار، مخطط الخجل و عدم الكمال، مخطط الفشل، مخطط التبعية و عدم الكفاءة، مخطط العلاقة الاندماجية، مخطط الخضوع، مخطط التضحية، مخطط التحكم المفرط في الانفعالات و مخطط المتطلبات العالية و التي كانت كلها لصالح الأئمة.

يمكن تفسير الفرق في **مخطط الهجر (التخلي/عدم الاستقرار)** بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة بشكل أساسي، بطبيعة التدريب و الدور المهني لكليهما؛ فالاختصاصيين النفسانيين يتعاملون بشكل مستمر مع قصص المعاناة، الفقدان و مشاعر الهجران التي قد تكون لدى مرضاهم، و رغم ان هذا يعرضهم بشكل غير مباشر لمثل هذه القضايا، الا ان تدريبهم يمكنهم من وضع حدود مهنية و التعامل مع هذه المشاعر بشكل اكثر فعالية مما قد يقلل من تأثيرها على أبنيتهم المعرفية، كما ان محاولة الحصول على الدعم من قبل الزملاء و المشرفين، قد يقلل من تأثير مخطط الهجران لديهم مقارنة بغيرهم. في حين أن الأئمة يتعاملون مع مشاكل الآخرين التي تتضمن مشاعر الهجران (مثل الطلاق، الوفاة، الخلافات الاسرية...) و التي قد تثير و تعزز مخطط الهجر، و قد يكون تعاملهم مع هذه القضايا موجهًا أكثر نحو الصبر، الحلم و أهمية المجتمع المسلم كشبكة دعم، و رغم فاعلية و أهمية هذه العوامل الداعمة في توفير الطمأنينة و السلام الداخلي، لكنها قد لا تعالج بالضرورة الجذور المعرفية لمخطط الهجران بنفس طريقة التدخلات النفسية المتخصصة التي تركز على اعادة هيكلة المخططات و المعتقدات الجوهرية. و ربما تتسق هذه النتائج مع دراسة مزباني (مزباني،2023) حول مستوى الصحة النفسية و استراتيجية مواجهة الضغوط المهنية لدى الاختصاصيين العياديين الممارسين على عينة شملت 60 أخصائياً، و التي أسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين المستوى المرتفع من الصحة النفسية و إستراتيجية الدعم الاجتماعي. كما و تتفق هذه النتائج جزئياً مع دراسة مايكل و آخرون (Michael & others,2007) حول تحديات الملاذ: علماء الدين كمورد لرعاية الصحة النفسية في المجتمع، حيث أجريت 32 مقابلة مع المرشدين الدينيين ( منهم أئمة) حول العضلات و العوائق التي يواجهونها المرشدين في دعم المصابين بالأمراض النفسية، فتوصلت الدراسة الى ان المشدين الدينيين عادة ما يقدمون دعماً و مساندة كبيرين للأشخاص الذين يعانون من ضائقة عاطفية.

قد تعكس الفروق بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في **مخطط الخجل و عدم الكمال** تفسيرات محتملة و التي تتعلق بطبيعة دور كل منهما، الاطار المرجعي لعلهما، و كذا التوقعات الاجتماعية التي يواجهها كل منهما؛ فبسبب موقعهم المحوري، غالبا ما يكون الأئمة عرضة للتقييم و التدقيق العام، سواء في ما يخص علومهم و معارفهم الدينية، قراراتهم الاجتماعية او حتى تصرفاتهم و سلوكياتهم الشخصية، و ذلك بسبب التوقعات الاجتماعية العالية بأن يكونوا مثاليين. هذا التصور قد يضع عبئا نفسيا على الامام يجعله يشعر بضرورة اخفاء اي جوانب ناقصة في شخصيته او حياته، مما يغذي الشعور بالخجل و النقص اذا ما شعر انه لا يرقى لمستوى هذه التوقعات. في المقابل يتضمن إطار عمل الاختصاصيين النفسانيين حدودا واضحة بين الحياة المهنية و الشخصية، و القدرة على طلب الدعم و الاشراف من الزملاء، الامر الذي يوفر مساحة اكبر للتعامل مع مشاعر النقص او الخجل بشكل بناء. كما يتم تدريبهم على تقديم الدعم و المساعدة ضمن اطار علاجي محدد و ليس بالضرورة أن يكونوا مثاليين أو يملكون حولا سحرية لجميع المشكلات، على عكس التوقعات الاجتماعية المحيطة بالامام، و التي قد تميل الى رؤيته كشخصية معصومة او قادرة على حل جميع المشكلات.

- يُجدر الذكر الى انه في بعض السياقات يُربط الخجل و عدم الكمال بالتقوى "مثل تجنب الافتخار و الكبر" مما يجعل الأئمة أكثر عرضة لقبول هذا المخطط كجزء من هويتهم الاجتماعية.

تتفق هذه النتائج جزئيا مع دراسة باروس و آخرون (Barros & others,2019) حول هل يمكن للعوامل النفسية الاجتماعية في العمل ان تؤثر على الصحة العقلية الايجابية لدى الاختصاصيين النفسيين؟ حيث شملت الدراسة 339 أخصائيا نفسيا، و خلصت الدراسة على ان العوامل النفسية الاجتماعية مثل تنظيم العمل و العلاقات المهنية و المتطلبات العاطفية تؤثر على الصحة العقلية الايجابية للأخصائيين النفسانيين، كما ان الدعم الاجتماعي في مكان العمل يعزز الصحة النفسية.

يمكن تفسير وجود فروق في **مخطط الفشل** بين الأئمة و المختصين النفسانيين، بأن الأئمة يتحملون مسؤولية كبيرة عن الارشاد و التوجيه الاخلاقي في المجتمع، فأى تقصير يرونه في أنفسهم ( سواء في علومهم الشرعية او مدى تطبيقهم اياها او حتى القدرة على التأثير الايجابي في الآخرين) قد يُترجم الى الشعور بالفشل في أداء واجبهم. في المقابل، الاخصائيون النفسانيون عادة يتعاملون مع مشكلاتهم المهنية بطريقة أكثر عملية و تقنيات محددة مما يقلل من احساسهم بالفشل الشخصي عند مواجهة الصعوبات. كما ان الأئمة معرضون للنقد المجتمعي في حال أخطئوا أو قصروا (مثل السهو في الصلوات، احتمالية اصدار فتاوى خاطئة..). بينما الاخصائيون النفسانيون يعملون في اطار مهني و الذي يحميهم جزئيا من المحاسبة المباشرة للنتائج. فقد اشارت دراسة رويام (Ruyam,2013) و التي هدفت الى دراسة مستوى الارهاق المهني لدى الأئمة الاثراك و التي شملت الدراسة 124 إماما، حيث توصلت الى وجود فروق كبيرة في المقاييس الفرعية للإرهاق العاطفي و الانجاز الشخصي.

تعكس الفروق بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة في **مخطط التبعية و عدم الكفاءة** تفاعلا معقدا بين الهوية المهنية و القيم الشخصية، اذ يمكن ان يعزى الفرق الملاحظ الى مجموعة من العوامل منها الدور المجتمعي و التكافل، فالأئمة منغمسون بعمق في مجتمعاتهم و غالبا ما يعملون ضمن اطار من الدعم الاجتماعي و التضامن، اذ قد يقيم الأئمة الاعتماد على المجتمع و الدعم الاجتماعي كجزء من الهوية المهنية، بينما تشجع الممارسات النفسية على الاستقلالية و تحقيق الفردانية، حيث يغرس التدريب النفسي منهجا عمليا و تحليليا لفهم المشكلات مع التركيز على الفاعلية الفردية و تطوير المهارات و الموارد الشخصية، كما و يجدر الذكر انه قد تُفهم بنود المقياس بشكل مختلف بين الفئتين، إذ فيما يراه الاخصائيون عجزا (كعائق لتحقيق الصحة النفسية) قد يراه الأئمة توكلا (كمصدر للطمأنينة). هذا الاختلاف في التفسير قد يؤثر على الاستجابات دون ان يعكس بالضرورة ضعفا نفسيا او عجزا بالمعنى الاكلينيكي للمفهوم في علم النفس الغربي، اذ يمكن ان يعكس منظورا داخليا يتشكل بالإيمان و التوكل على الله بالإضافة إلى التأكيد على المجتمع و الدعم المتبادل، وهو ما تؤكد دراسة ليلي (Leila,2021) حول المستجيبون الروحانيون: تجارب الأئمة في مساجدهم خلال تفاعلاتهم الشخصية مع المصلين، حيث شارك في الدراسة 08 أئمة من مختلف المساجد في

الولايات المتحدة، بهدف استكشاف تجاربهم خلال تفاعلاتهم الشخصية مع المصلين، مع التركيز على دورهم في تقديم الدعم الروحي و النفسي، أظهرت النتائج أن الأئمة يبذلون جهداً مقصوداً للمشاركة الفعالة و التواصل مع المصلين، مما يعزز الثقة و الانفتاح في المناقشات حول القضايا الشخصية و الروحية.

و بالمثل فيما يتعلق بمخطط العلاقة الاندماجية، فوجود فروق بين الفئتين لا يعني بالضرورة تفوق احدهما على الآخر، بل يعكس بالدرجة الاولى طبيعة الأدوار و التفاعل بين الهوية المهنية و الشخصية و كذا السياقات الثقافية و الدينية، إذ يتعامل الأئمة غالباً مع قضايا يومية و التي تتطلب حلولاً قائمة على الدعم الاجتماعي، بينما يتعامل الاخصائيون النفسانيون مع حالات تحتاج الى تحليل عميق (مثل حالات الصدمات، الاضطرابات النفسية) مما قد يفرض عليهم تبني مسافة عاطفية كآلية وقائية. فبينما يميل دور الامام الى الاندماج في علاقات اجتماعية عميقة و تعزيز الروابط بحكم طبيعته المهنية و الاجتماعية، يرتكز عمل الاخصائي النفسي على الحيادية المهنية و مساعدة الافراد على تحقيق الاستقلالية النفسية، و وضع حدود صحية في العلاقات، و هو ما يتفق بذلك مع دراسة يوليا و آخرون (Yulia & others, 2017) في دراستهم حول الارهاق العاطفي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية، حيث أجريت مقابلات شبه منظمة مع 06 اخصائيين ممارسين بهدف فهم كيفية تنظيم العواطف أثناء التفاعل مع المرضى، حيث أبلغ المشاركون عن مشاعر سلبية تتناهم أثناء الجلسة العلاجية مثل الغضب و الاحباط، لكنهم اضطروا الى اظهار المشاعر الايجابية مثل الهدوء و التعاطف حمايةً للعملاء و حفاظاً على الحياد.

يمكن تفسير الدرجات الأعلى في مخطط الخضوع لدى الأئمة مقارنة بالاختصاصيين النفسانيين بأنها قد تكون انعكاساً للتأثيرات الثقافية و الدينية و الاجتماعية؛ إذ يتوقع من الأئمة أن يكونوا نموذجاً للإلتزام الديني و الاخلاقي، مما قد يزيد من شعورهم بالمسؤولية نحو الامتثال للقواعد، بينما يتوقع من الاختصاصيين النفسانيين ان يكونوا محايدين و داعمين للاستقلالية، مما يقلل من مخطط الخضوع. كما ان القيم الاسلامية تحت بشكل كبير على التواضع، الصبر، كظم الغيظ و كذا تقديم مصلحة الجماعة على المصلحة الفردية، هذه القيم و ان كانت ايجابية و مطلوبة اخلاقياً، قد تترجم سلوكياً بطرق تشبه خصائص الخضوع مثل كبت الغضب، تحمل الاذى...، في حين يميل تدريب الأخصائي النفسي الى التركيز على الوعي الذاتي، تحقيق الذات، وضع الحدود المهنية، الامر الذي قد يساهم في تقليل مستويات هذا المخطط لديهم. وهو ما يتفق مع دراسة بيفرلي (Beverly, 2006) حول اهمية تحديد و فهم مخططات المعالج، و التي شارك فيها 64 معالجا متدرباً في العلاج المعرفي السلوكي، أظهرت النتائج وجود أنماط الشك و الاضطهاد، لكنها بصفة منخفضة و اقل شيوعاً حيث تصل الى 6-12% فقط مقارنة بالمخططات الاخرى.

يمكن تفسير وجود فروق في مخطط التضحية بين الاختصاصيين النفسانيين و الأئمة الى التفاعلات الاساسية بين الدور المهني، التوقعات الاجتماعية و القيم التي يحملها كل منهما؛ حيث يتوقع المجتمع غالباً من الأئمة أن يكونوا نموذجاً في التضحية و العطاء، و أن يكونوا متاحين لخدمة الناس في اغلب الاوقات مما قد يعزز لديهم الشعور بضرورة تلبية هذه التوقعات و تفعيل مخطط التضحية لديهم بشكل اكبر. في المقابل، و على الرغم من الدور الهام للأخصائي النفسي و الحاجة له، فإن التوقعات غالباً ما تكون محددة بشكل أكبر ضمن اطار الجلسات العلاجية و المواعيد المتفق عليها، كما ان الأئمة غالباً ما يتبنون قيماً دينية مثل العطاء، روح الخدمة و الايثار مما يعزز ميلهم للتضحية و يجعله مبرراً لقيمهم و ذات معنى عميق، في حين تؤكد أخلاقيات مهنة الاخصائي النفسي على أهمية وضع الحدود المهنية، و الحفاظ على التوازن بين الحياة المهنية و الشخصية و تجنب الارهاق النفسي وهو ما يتفق مع دراسة باسكونيان و آخرون (Bascunian & others, 2023) حول وجهات نظر العملاء و المعالجين حول دور قيم المعالجين في العلاج النفسي، حيث أجريت مقابلات فردية شبه منظمة مع 15 معالجا نفسياً متمرساً و 13 عميلاً سابقاً، أظهرت النتائج توافق آراء المعالجين و العملاء حول بعض القيم المهنية الاساسية؛ مثل الاستقلالية، السرية و التسامح.

يمكن تفسير الفارق الاحصائي في الدرجات الاعلى للأئمة في مخطط التحكم المفرط في الانفعالات مقارنة بالاختصاصيين النفسانيين، بعدة عوامل تتعلق بطبيعة المهنة و التوقعات الاجتماعية المرتبطة بها، إذ قد يُحْمَل المجتمع

الأئمة مسؤولية الكمال في اقوالهم، تصرفاتهم و كذا ردود افعالهم، مما يزيد الضغط عليهم لإخفاء أي ضعف عاطفي، بينما يُتوقع من الاختصاصيين النفسيين أن يكونوا أكثر انفتاحاً حول تحدياتهم النفسية كجزء من مصداقيتهم المهنية. كما و قد يُعتبر السلوك نفسه مثل "كبح الغضب" فضيلة في السياق الديني و علامة على الجلم و ضبط النفس، فيما قد يصنفه علم النفس كـ"سلوك غير تكيفي"، و هذا قد يعكس في استجابات المشاركين بناءً على مرجعيتهم و القيم التي يحملونها. كما و قد يميل الأئمة الى التصريح بقدرتهم على التحكم في الانفعالات تماشياً مع الصورة الذاتية المتوافقة مع المعايير الدينية، حتى لو كان الواقع مختلفاً. تتفق هذه النتائج جزئياً مع دراسة بيفرلي (Beverly,2006) حول أهمية تحديد و فهم مخططات المعالج النفسي، حيث شارك في الدراسة 64 معالجا نفسياً، أظهرت النتائج وجود مخططات غير تكيفية و هي: المعايير الصارمة، السعي الى الكمال و التضحية الذاتية المفرطة، و في المقابل كانت المخططات المنخفضة و الأقل شيوعاً هي الاضطهاد، التثبيط و كبت المشاعر.

يمكن تفسير الدرجات متفاوتة قليلاً في **مخطط المتطلبات العالية و المعايير الصارمة** لدى الأئمة مقارنة بالاختصاصيين النفسيين بشكل منطقي من خلال الهوية المهنية و الشخصية و كذا التصورات المختلفة لكل منهما، فالإمام غالباً ما تندمج هويته الشخصية مع الدور الديني كان ينادى بـ"الشيخ" خارج العمل، مما يزيد من شعوره بأن اي خطأ شخصي هو انعكاس لفشل مهني، مما يعزز مخططات المعايير الصارمة لديه، حيث يصعب فصل السلوك الشخصي عن المهني. بينما يبني الاختصاصيين النفسيين هوية مهنية منفصلة عن حياتهم الشخصية، مما يسهل عليهم الفصل بين الهويتين، و بالتالي التقليل من تبني معايير صارمة خارج العمل. كما و قد يُفسر الأئمة بنود المقياس المتعلقة بالمعايير الصارمة بشكل مختلف، اذ قد يرونها مرتبطة بالالتزام و الواجب الديني، بينما يربطها الاخصائون النفسيون بالإنجاز المهني و التوازن النفسي مما يقلل من تأثيرها. و مع ذلك فإن الادبيات البحثية تؤكد وجود هذه المخططات لدى المختصين النفسيين -و بدرجات عالية- منها دراسة سالوني و آخرون (Saloni & others,2019) حول المخططات المعرفية بين المتخصصين في الصحة العقلية و غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية، حيث شملت الدراسة 128 أخصائياً، و أظهرت النتائج وجود مخططات غير تكيفية أكثر في مجالات الهجر، عدم الثقة و السعي وراء الاعجاب و المعايير الصارمة، كما و تتفق مع دراسة بيفرلي (Beverly,2006) حول أهمية تحديد و فهم مخططات المعالج النفسي، حيث شارك في الدراسة 64 معالجا نفسياً، أظهرت النتائج وجود مخططات غير تكيفية و هي: المعايير الصارمة، السعي الى الكمال و التضحية الذاتية المفرطة.

في حين أظهرت النتائج المرفقة في الجدول (17) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الاختصاصيين النفسيين و الأئمة و ذلك في **06 مخططات معرفية و هي: مخطط الحرمان العاطفي، مخطط الشك و عدم الثقة، مخطط الانعزال الاجتماعي، مخطط القابلية للإنجراف و التعرض للأذى، مخطط السيطرة الزائدة و مخطط نقص التحكم في الذات.**

يمكن تفسير عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الاختصاصيين النفسيين و الأئمة في هذه المخططات المعرفية الى طبيعة عمل كلا المهنتين التي تقترن بالتعرض المستمر للمشاكل الانسانية و المعاناة النفسية، مما قد يؤدي الى تعزيز آليات تكيفية متقاربة، و وجهات نظر مماثلة حول العلاقات و طبيعة النفس الانسانية، أو قد يعكس عوامل ثقافية و اجتماعية مشتركة تؤثر على تشكل هذه المخططات و تعزيزها، كما و قد يشير الى ان هذه المخططات قد لا تكون محددة بشكل كبير لخصائص مهنة معينة دون اخرى، بل ترتبط بشكل اكبر بالتجارب الحياتية العامة و التكوين الشخصي للأفراد بغض النظر عن مساهم المهني في مجال مساعدة الآخرين و التعامل مع قضاياهم العميقة.

### إستنتاج عام:

كشفت الدراسة المقارنة بين الأئمة و الاختصاصيين النفسيين أن كلا المجموعتين يتمتعان بمستوى مرتفع من الصحة النفسية دون وجود فروق دالة احصائياً بينهما، مع وجود اختلاف في طبيعة المخططات المعرفية؛ حيث صُنفت المخططات لدى الأئمة في المستوى ثالث (مشكلات مستمرة) مقابل مشكلات ظرفية (المستوى الثاني) لدى الاختصاصيين. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين الصحة النفسية و عدد أكبر من المخططات المعرفية

لدى الاختصاصيين النفسيين (14 مخططاً) مقارنة بالأئمة (09 مخططات)، مع وجود فروق دالة في 09 مخططات معرفية بين الفئتين. يعكس هذا التباين تأثير السياق المهني و الثقافي و الاجتماعي على تشكيل المخططات و علاقتها بالصحة النفسية.

نقترح استنادا على نتائج الدراسة الى:

- تصميم برامج تدريبية وتأهيلية "مُخصصة" لكل فئة؛ تركز على إدارة المخططات المعرفية وفق طبيعتها (المستوى الثالث) للأئمة، و(الظرفية) للأخصائيين.

- تعزيز التعاون بين الأئمة و الاختصاصيين النفسيين لدمج المنظورين الروحي و النفسي في تدخلات تعزيز الصحة النفسية.

- إجراء دراسات أعمق لفهم العوامل الوقائية التي ساهمت في ارتفاع الصحة النفسية رغم وجود المخططات السلبية، خاصة لدى الأئمة.

- تطوير أدوات قياس أكثر حساسية للسياق الثقافي و المهني عند تقييم المخططات المعرفية - خاصة في المهن التي تتعامل و تتفاعل بشكل مباشر مع الجوانب النواحي الانسانية.

# المراجع

## المراجع:

1. الجبوري علي عطية, م. (2024). المعرفة اللاتكيفية المبكرة وعلاقتها بالاكنتاب لدى طلبة الجامعة. المجلة العراقية للعلوم ، المجلة35(02)،412-373 .
2. الحميد, ع., & محمد, ا. ع. (2020). المخططات المعرفية اللاتكيفية وعلاقتها بالاكنتاب لدى طلاب الجامعة. المجلة العربية للاداب والدراسات الإنسانية, 4(15), 71-94. <https://doi.org/10.21608/ajahs.2020.120023>
3. الخطيب, ع.ع.(2006). ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية و النفسية. مكتبة الانجلو المصرية. الطبعة الاولى. مصر
4. الصحة النفسية: تعزيز استجابتنا. (د.ت). استرجع في 17 مايو، 2025، من <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
5. العبودي, ر.(2010). الصحة النفسية و المرض النفسي العقلي. دار الكتاب الثقافي. الطبعة الاولى. ليبيا
6. الهنداوي, ا. (2010). الدعم الاجتماعي و علاقته بمستوى الرضا عن الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة [رسالة ماجستير]. جامعة الأزهر.
7. بروس ايه ستفينز & ايكهارت, ر. (2023). التخلص من الانماط السلبية فى العلاقات العلاج بالمخططات المعرفية دليل مساعدة ذا (طبعة الاولى). مكتبة الانجلو المصرية.
8. تغليث, ص. ا., & ساعد, ه. ر. (2018). علاج المخططات المعرفية ليونغ بين النظرية و التقنية. المجلة العربية «نفسانيات», العدد 28. العلاجات النفسانية بالوطن العربي .
9. تواتي ابراهيم, ع. (2024). علاج المخططات (الاسس النظرية و الفنيات العلاجية): م المجلة 07 / العدد02. ASJP. (Original work published 2024)
10. جوديث, ج., وود, أ.(2022). مصنف وايلى في علم النفس الايجابي الاكلينيكي. مكتبة الانجلو المصرية. الطبعة الاولى. مصر
11. خرموش, س., & فرشان, ل. (2020). جودة الحياة و علاقتها بالصحة النفسية لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية جامعة محمد بوضياف بالمسيلة. مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية, المجلد (06). العدد (01)(2602-6368).
12. دحماني, م., بلغالم, م., لكل, م. (2016). المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عند جيفري يونغ. مجلة رفوف. مخبر المخططات الجزائرية في افريقيا. جامعة ادرا-الجزائر. العدد العاشر
13. دليلى, ل., & خميس, م. س. (2021). الصحة النفسية و علاقتها بالالتزام التنظيمي و النسق القيمي لدى عمال قطاع تربية دراسة ميدانية بولاية ورقلة (ورقلة) [أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه, جامعة ورقلة]. مخبر علم النفس العصبي و الاضطرابات المعرفية السوسيو عاطفية.

14. زموري, ش. (2022). المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لدى النساء المعنفات. الروائز, 6(2), 121-2413.
15. صحراوي, ف. ا. (2023). المخططات المعرفية غير المكيفة و علاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد دراسة ميدانية في ولاية ورقلة و تقرت [أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه , جامعة قاصدي مرباح]. كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية .
16. صلاح محمد عبد المنعم, و. (2021). المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية المنبئة بإضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية الآداب جامعة الفيوم, 13(العدد 2 (الإنسانيات)), 3757-3841. <https://doi.org/10.21608/jfafu.2022.116804.1685>
17. صوشي, س. (2017). المساندة الاسرية و علاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي (كلية العلوم الاجتماعية) [مذكرة مكملة لشهادة الماستر]. جامعة محمد بوضياف.
18. عبد الله, بي. (2010). مبادئ العلاج النفسي. دار جليس الزمان للنشر و التوزيع. الطبعة الاولى. عمان.
19. عبدالرحمن, سراج. (2015). المخططات المعرفية اللاتكيفية كمتغير وسيط في العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والاكتئاب لدي طالبات الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية, 25(86), 1-53. <https://doi.org/10.21608/ejcg.2015.98241>
20. عزى صالح, ن. و صادق, ف. (2018). العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية ارون بيك و جيفري يونغ. مجلة افاق علمية, المجلة 11/ العدد 03.
21. علي سليمان, م. ف. (2022). المخططات المعرفية اللاتكيفية و الكفاءة الذاتية و علاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة [جامعة بنها]. مجلة كلية الاداب.
22. علي, ص. 2019. تعلم الاحصاء من البداية و حتى التمكن. الماستر. الطبعة-01. جامعة أسيوط.
23. عويضة, ك. م. (1996). الصحة في منظور علم النفس. الجزء-20. دار الكتب العلمية. لبنان
24. فلوسة, س. و لعقون, ل. (2020). المخططات المعرفية غير التكيفية المبكرة لدى المصاب بإضطراب الشخصية المعادية للمجتمع [مذكرة مكملة لشهادة الماستر, جامعة محمد خيضر]. كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية.
25. فوجيل, ر. و اليازيدي, ف. ا. (2024). المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و علاقتها بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أعوان الحماية المدنية. مجلة الواحات للبحوث و الدراسات, المجلة 17/ العدد 01. كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية.
26. محسن محمود, ه. و حمودات, ث. (2021). البحث العلمي؛ المنهج الوصفي. 2021, 5. جامعة الموصل/ الدراسات العليا.
27. محمد, ع. (2025). اخطاء التفكير و فنيات التعديل المعرفي. مكتبة الانجلو المصرية. الطبعة الاولى. مصر

28. مزياني, ع. (2023). مستوى الصحة النفسية و إستراتيجية مواجهة الضغوط المهنية لدى الاختصاصيين العياديين الممارسين: دراسة مقارنة بين عمال القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص [جامعة مولود معمري تيزي وزو]. <https://dspace.ummtto.dz/handle/ummtto/20595>
29. مسعد, م. & عدة, ا. (2023). التشوهات المعرفية و علاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة تلمسان . مجلة الروافد للدراسات و الأبحاث العلمية في العلوم الانسانية و الاجتماعية, المجلد 07.
30. مصطفى, ع. ا. (2023). نظرية التعلق. الطبعة الاولى. دار اليازوري للنشر و التوزيع.
31. هشام, ع. مؤمن, ر. (2020). الصمود النفسي. نيبيراس للنشر و التوزيع. الطبعة الاولى.
32. هوارى, ا. م. (2016). الامراض النفسية. الجنادرية للنشر و التوزيع. الطبعة الاولى.
33. Abdel-Khalek, A. M. (2011). The development and validation of the arabic scale of mental health (Asmh). *Psychological Reports*, 109(3), 949–964.
34. Ba, H. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. <https://hdl.handle.net/10179/6159>
35. Bascuñán, M. L., Martínez, V., & Jiménez Molina, Á. (2023). Clients' and therapists' perspectives on the role of therapists' values in psychotherapy. *Praxis: revista de psicología*, 40, 8.
36. Basile B, Tenore K, Mancini F. Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *J Psychol Clin Psychiatry*. 2018;9(2):214–221. DOI: 10.15406/jpcpy.2018.09.00524
37. Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(3), 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0031182>
38. Bennett-Levy J, Turner F, Beaty T, Smith M, Paterson B, Farmer S. THE VALUE OF SELF-PRACTICE OF COGNITIVE THERAPY TECHNIQUES AND SELF-REFLECTION IN THE TRAINING OF COGNITIVE THERAPISTS. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2001;29(2):203-220. doi:10.1017/S1352465801002077
39. Bugental, J. F. T. (1964). The person who is the psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology*, 28(3), 272–277. <https://doi.org/10.1037/h0049013>
40. Bonelli, R.M., Koenig, H.G. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *J Relig Health* 52, 657–673 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>
41. Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7(5), 345-374.

42. Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. J. Guerin (Ed.), Family therapy: Theory and practice (42-90). New York: Gardner Press.
43. C Barros, C Fonte, S Alves, P Baylina, Can psychosocial work factors influence psychologists' positive mental health?, Occupational Medicine, Volume 69, Issue 3, April 2019, Pages 204–210, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz034>
44. Cengil, M. (2010). Din Görevlileri ve Kur'an Kursu Öğreticilerinin Tükenmişlik Düzeleri. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 10(3), 79–101.
45. Chen, C.-C., Lan, Y.-L., Chiou, S.-L., & Lin, Y.-C. (2022). The effect of emotional labor on the physical and mental health of health professionals: Emotional exhaustion has a mediating effect. Healthcare, 11(1), 104. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010104>
46. Clark, P., Holden, C., Russell, M., & Downs, H. (2022). The impostor phenomenon in mental health professionals: Relationships among compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction. Contemporary Family Therapy, 44(2), 185–197. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09580-y>
47. Dang, S., Sharma, P., & Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive schemas among mental health professionals and other health professionals. Indian Journal of Psychological Medicine, 41(3), 258–265. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_194\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_194_18)
48. Delcea C., (2020). „Maladaptive Cognitive Schemas and Decision Making”. Proceedings Of The International Conference on Legal Medicine from Cluj, 3<sup>rd</sup> edition Vol. 1 (Cluj-Napoca, Romania, 1-4 October 2020). Editors: Costel Vasile Siserman and Cristian Delcea. Pp. 145-152. Filodiritto Publisher. DOI: 10.26352/Ex01\_Legal-Medicine2020
49. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. American Psychologist, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
50. Galieva G.F. The phenomenon of imams' emotional burnout. Minbar. Islamic Studies. 2020;13(4):962-979. (In Russ.) <https://doi.org/10.31162/2618-9569-2020-13-4-962-979>
51. Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. (2018). Journal of Psychology & Clinical Psychiatry, 9(2), 214–221. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1296183>
52. Jeffrey Young, 2012. Schema Therapy Institute, 561 10<sup>th</sup> Ave., Suite 43D, New York, NY 10036

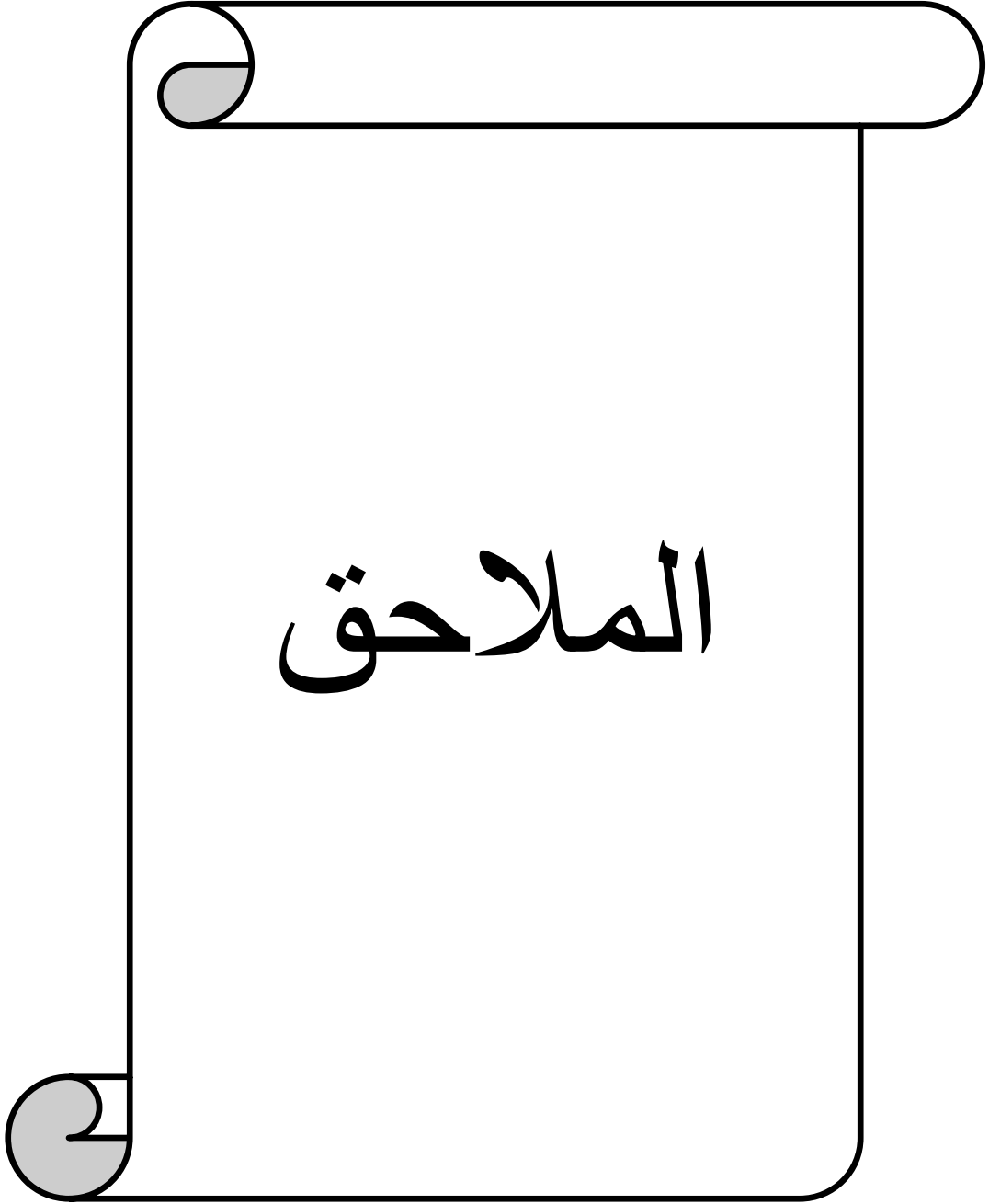
53. Jokela, M. (2022). Why is cognitive ability associated with psychological distress and wellbeing? Exploring psychological, biological, and social mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 192, 111592. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111592>
54. Khalid Warraich, L. (2021). SPIRITUAL FIRST RESPONDERS: THE EXPERIENCES OF IMAMS IN THEIR MOSQUES DURING THEIR PERSONALIZED INTERACTIONS WITH THE CONGREGANTS THEY SERVE [ A Dissertation Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy ]. William & Mary in Virginia.
55. Küçüksüleymanoğlu, R. (2013). Occupational Burnout Levels of Turkish Imams. Sage Publications, Ltd., Vol.55, No.(1). <https://www.istor.org/stable/41940814>
56. Leavey, G., Loewenthal, K., & King, M. (2007). Challenges to sanctuary: The clergy as a resource for mental health care in the community. *Social Science & Medicine*, 65(3), 548–559. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.050>
57. LMHC, B. A. (2021.) Why is mental health important? Talkspace. <https://www.talkspace.com/blog/why-is-mental-health-important/>
58. McBride, C., Farvolden, P., & Swallow, S. R. (2007). Major Depressive Disorder and Cognitive Schemas. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. S. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 11–39). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11561-002>
59. McLaughlin KA, Sheridan M. Beyond Cumulative Risk: A Dimensional Approach to Childhood Adversity. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2016 .245–239 :25 ‘Doi: 10.1177/0963721416655883
60. Mental health—Paho/who | pan american health organization. (2025) <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
61. Midha, D., & Bhambri, D. S. (2024). Exploring the relationship between psychological well-being and stress levels of psychologists. *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 2(5), 2026:2039-2026:2039.
62. NIH, 2024. Caring for Your Mental health. National institute of mental health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
63. Ok, Ü. (2009). Cognitive conflict and well-being among muslim clergy. *Archive for the Psychology of Religion*, 31(2), 151–176. <https://doi.org/10.1163/157361209X424439>
64. Pope, Kenneth S., Tabachnick, Barbara G. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 25(3), Aug 1994, 247-258

65. Pope, Kenneth S., Vetter, Valerie A. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 28(3), Fal 1991, 429-438
66. Riso, L.P., Froman, S.E., Raouf, M. et al. The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cogn Ther Res* 30, 515–529 (2006). <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z>
67. Long, C. R., Seburn, M., Averill, J. R., & More, T. A. (2003). Solitude Experiences: Varieties, Settings, and Individual Differences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(5), 578-583. <https://doi.org/10.1177/0146167203029005003> (Original work published 2003)
68. Exline, J. J., & Hill, P. C. (2012). Humility: A consistent and robust predictor of generosity. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 208–218. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.671348>
69. Mahoney, Michael J. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 28(1), Feb 1997, 14-16  
Abstract
70. Macaskill, N. (1992), Psychotherapists-In-Training Evaluate Their Personal Therapy: Results of a UK Survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9: 133-138. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1992.tb01211.x>
71. Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82–84. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.82>
72. Norcross, J.C., Bike, D.H., Evans, K.L. and Schatz, D.M. (2008), Psychotherapists who abstain from personal therapy: do they practice what they preach?†. *J. Clin. Psychol.*, 64: 1368-1376. <https://doi.org/10.1002/jclp.20523>.
73. Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301–309. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.301>
74. Meran, S., & Mason, O. (2019). Muslim faith leaders: De facto mental health providers and key allies in dismantling barriers preventing British Muslims from accessing mental health care. *Journal of Muslim Mental Health*, 13(2), 1–13. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0013.202>

- 75.Saddichha, S., Kumar, A., & Pradhan, N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6), 523–526. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634288/>
- 76.Shinjia, Mrs.N.Adlin. (2023). NON-PROBABILITY SAMPLING.
- 77.Sohail, M. M., & Eagle, D. (2024) .Exploring mental health and wellbeing of imams in a muslim majority society. | ebscohost. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:182762445?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:182762445>
- 78.Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and their impact on parenting: Do dysfunctional schemas pass generationally? —a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1263. <https://doi.org/10.3390/jcm12041263>
- 79.Spiritual first responders: The experiences of imams in their mosques during their personalized interactions with the congregants they serve – proquest. <https://www.proquest.com/openview/e98fd0f2c5dcdd6a1fc6601788b0583f/1?cbl=18750&diss=y&pg-origsite=gscholar>
- 80.Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545–1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- 81.Thimm, J. C., & Chang, M. (2022). Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15(4), 371–413. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00149-7>
- 82.Van Vlierberghe, L.; Bosmans, G.; Rosseel, Y. & Bogels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and Research*, 34, 316-332.
- 83.Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17–32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- 84.Wellcome global monitor: Mental health.(2021)Wellcome. <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor-mental-health/2020>
- 85.Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications; 2006

86.Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorder: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc; 1990.

87.Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. 2<sup>nd</sup> ed. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1994.



**الملحق (01): مقياس الصحة النفسية**

جامعة قاصدي مرباح – ورقلة-  
كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية  
قسم علم النفس و علوم التربية



- في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي حول موضوع:

**المخططات المعرفية و علاقتها بالصحة النفسية.**

يشرفني أن أضع بين أيديكم هذا الاستبيان بهدف مشاركتكم في هذه الدراسة من أجل الإجابة على الأسئلة المطروحة في الإستمارة بوضع علامة(\*) أمام المكان المناسب، و نعدكم أن تحظ معلوماتكم بالسرية التامة و أن تستخدم في إطار البحث العلمي. نشكركم مسبقا على تعاونك و مساهمتك في هذا العمل.

2025\2024

## المهنة:

التعليمية: إليك مجموعة من البدائل من (01 الى 06) التي تعبر عنك، أرجو قراءة العبارات جيدا، ثم اختار البديل الذي يعبر عنك، و تراه مناسباً، وذلك بوضع علامة (\*).

ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما هناك إجابة صريحة تتطابق مع حالتك. وكل المعلومات المقدمة تبقى سرية لا تستخدم إلا لفائدة علمية.

## مثال:

الرقم	البنود	1	2	3	4	5	6
		تنطبق تماما	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	لا تنطبق	لا تنطبق بدرجة كبيرة	لا تنطبق تماما
0	أعتقد أن الناس يحبونني.			*			

الرقم	البنود	1	2	3	4	5	6
		تنطبق تماما	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	لا تنطبق	لا تنطبق بدرجة كبيرة	لا تنطبق تماما
01	في أغلب الأحيان، لا أجد أحدا يعتني بي، يشاركني أو يهتم بما يحصل لي.						
02	في أوقات الشدة، لا أتلقى من المحيطين بي المساندة والحنان و لا العطف.						
03	في حياتي، لم أشعر أبدا بأن لي مكانة خاصة عند الآخرين.						
04	في أغلب الأحيان، لا أجد أحدا يستمع إلي بجدية، أو يفهمني، أو يحس بمشاعري و بحاجاتي الحقيقية.						
05	عندما اتردد فيما يجب فعله، نادرا ما أجد شخصا مقتعا يسدي لي النصح او يوجهني.						
06	أعلق بالناس المقربين مني، لأنني أخشى أن يتخلوا عني.						
07	أخشى كثيرا أن اخسر الناس الذين أنا بحاجة ماسة إليهم، لدرجة أن هذه الفكرة تشغل بالي كثيرا.						
08	أقلق عندما أفكر في أن الناس القريبين مني قد يتخلون عني.						
09	تصيني خيبة أمل عندما أشعر بأن شخصا أكن له التقدير يبتعد عني.						
10	أحيانا شدة خوفا من تخلي الناس عني تجعلني أبادر برفضهم.						
11	لدي انطباع بأن الآخرين يستغلونني.						
12	أظن أنه علي أن أبقى يقظا و حذرا أمام الناس، و إلا سيتعمدون إحراجي.						
13	يمكن أن أتعرض للخيانة في أي وقت.						
14	انا مرتاب تجاه دوافع الناس و نواياهم.						
15	غالبا ما أراقب النوايا الخفية للأشخاص (الاسباب الخفية).						
16	أنا غير مرتاح في المحيط الذي أنا موجود فيه.						
17	أنا مختلف تماما عن الآخرين.						

					18	أنا فريد من نوعي، انا وحيد.
					19	أحس أنني منعزل عن غيري.
					20	غالبًا ما أشعر أنني خارج الجماعة.
					21	لا أحد ممن أميل إليهم بإمكانه أن يحبني إذا علم بعيوبي.
					22	لا أحد ممن أرغب فيهم سيقبلي قريبًا مني عندما يتعرف على طبيعتي.
					23	أنا لست جديرًا باهتمام و احترام حب الآخرين.
					24	لدي انطباع بأنني لا أستطيع أن أكون محبوبًا.
					25	أنا لا أحظى بالتقبل من طرف الناس، حتى أعرفهم عن نفسي أو أفصح لهم عما بداخلي.
					26	أغلب الأشياء التي أقوم بها (في العمل أو في المنزل) ليست جيدة كالتالي يقوم بها الآخرون.
					27	أنا لست كفئًا حتى أحقق النجاح
					28	معظم الناس هم أكثر مني كفاءة في مجال العمل و النجاح.
					29	أنا لست متميزًا في العمل مثل أغلب الناس المتميزين.
					30	أنا لست أكثر ذكاء من عامة الناس (سواء في العمل أو في المنزل)
					31	لا أشعر أنني قادر على تدبير أموري بمفردي في حياتي العادية.
					32	اعتبر نفسي كشخص غير مستقل عن الآخرين، في حياتي اليومية.
					33	أنا أفقد للحس السليم.
					34	حكمتي على الأشياء التي تحدث في المواقف اليومية ليس صائبًا
					35	ليست لدي الثقة في قدراتي على حل المشاكل اليومية الطارئة.
					36	يصعب علي التخلص من شعور مفاده، بأن هناك شيئًا سيحدث.
					37	أشعر أن كارثة ما (طبيعية، جريمة، مالية، صحية) يمكن أن تحدث في أي لحظة.
					38	أخشى أن أتعرض لاعتداء.
					39	أخشى أن أفقد كل ما لدي.
					40	أخشى أن أصاب بمرض خطير، حتى و إن لم يتم تشخيص ذلك من طرف طبيب.
					41	لم أكن قادرًا على مفارقة والدي، مثل أقاربي الذين تمكنوا من ذلك.
					42	أنا و والدي نميل إلى أن نتقاسم و نشارك حياة بعضنا البعض.
					43	من الصعب بالنسبة لي و لوالدي الإحتفاظ بتفاصيل حياتنا، دون الشعور بالذنب و الخيانة بسبب هذا الإحتفاظ.
					44	غالبًا ما أرى بأنني مندمج في شخصية والدي، بحيث لا أشعر بوجودي و كياني.
					45	غالبًا ما أشعر أنه ليست لدي شخصية تميزني عن شخصية والدي و والدتي أو رفاقي.
					46	أظن أنه لو فعلت يوما ما أريد لكنك واجهت المتاعب.
					47	أعتقد أنه ليس لدي خيارات غير الخضوع للآخرين، و إلا سيرفضونني أو يلحقون بي الأذى.
					48	بخصوص العلاقات، أنا أرضخ لضغوط الآخرين.

					دائما، اسمح للآخرين بأن يختاروا بدلا مني و على هذا لا أعرف حقا ما اريده لنفسي.	49
					لدي صعوبات كثيرة في جعل الآخرين يحترمون حقوقي بما في مراعاة مشاعري.	50
					أنا شخص، عادة ما أفضل العناية بالأشخاص القريبين مني.	51
					أنا شخص طيب، لأنني أفكر في الآخرين أكثر مما أفكر في نفسي.	52
					أنا منشغل كثيرا بخدمة الناس، لدرجة انني انزعج من عدم وجود الوقت للاهتمام بنفسي.	53
					كنت دائما الشخص الذي يستمع لمشاكل و هموم جميع الناس.	54
					الناس يرونني ذلك الشخص الذي يعطي الكثير، و لكن القليل لنفسه.	55
					يضايقني كثيرا إظهار المشاعر الإيجابية.	56
					أرى أنه من المزعج أن أظهر مشاعري للآخرين.	57
					أرى أنه من الصعب أن أكون ودودا و عفويا مع الآخرين.	58
					أراقب نفسي كثيرا لدرجة أن الناس يظنون أنني مجرد من الأحاسيس و الانفعالات.	59
					يعتبرني الناس بأنني "معطل" من الناحية الانفعالية.	60
					علي أن أكون الأحسن في كل ما أقوم به، ولا أتقبل أن أكون التالي.	61
					أحاول أن أعمل كل ما بوسعي. لا أقبل أن أكون في مستوى أقل.	62
					ينبغي علي أن أتحمل كل مسؤولياتي.	63
					لدي انطباع أن هناك ضغطا مستمرا في سبيل أن أتم عملي و أن أنجح.	64
					لا أخرج من المأزق بسهولة، ولا أقدم اعتذارات عن أخطائي.	65
					أجد صعوبة كبيرة في تقبل الجواب "لا" من طرف الآخرين عندما أطلب شيئا منهم.	66
					أنا متميز عن الآخرين، ولست مجبرا على تقبل معظم القيود التي ينبغي على الآخرين الخضوع لها.	67
					أكره أن أجبر على القيام بشيء، أو أن أمنع من فعل شيء ما أريده.	68
					أشعر أنني غير مجبر على الامتثال لأعراف و القيام بالأدوار المنوطة بالآخرين.	69
					أعتقد أن ما أقدمه ذو قيمة كبيرة أكثر مما ساهم به الآخرون.	70
					أرى أنه غير ممكن ان أتخلى بالانضباط لكي أكمل أعمالتي الروتينية أو المملة.	71
					إذا لم أتمكن من بلوغي هدفي، يصيبني الإحباط بسهولة، لذلك أتخلى عنه.	72
					أمر بلحظات صعبة، عندما تجب علي التضحية بالامتيازات الحالية، من أجل تحقيق هدف طويل المدى.	73
					لا أستطيع أن أجبر نفسي على القيام بأشياء لا أحبها، حتى لو كنت أعرف أنها في مصلحتي.	74
					نادرا ما أتمكن من الالتزام بمواقفي الصارمة.	75

## الملحق (02): مقياس الصحة النفسية

• فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعكس عددا من المشكلات التي يمكن أن يعاني منها أي شخص، نرجو منك ان تقرأ كلاً منها جيداً و أن تفكر في مدى انطباقها عليك.

حاول من فضلك أن تكون دقيقاً في إجابتك و أن تحدد مدى انطباق كل عبارة عليك، و ذلك بوضع دائرة أمام العبارة في الخانة التي ترى أنها هي الأكثر انطباقاً عليك، فإذا كنت لا تعاني أبداً عليك اختيار رمز واحد، و هكذا...

كما نرجو أن لا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

نشكر لك حسن تعاونك و حسن ثققتك.

الرقم	العبارات	أبداً	نادراً	أحياناً	دائماً	غالباً
1	الاحساس بالصداع.					
2	سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.					
3	وجود أفكار أو خواطر غير مرغوب فيها.					
4	الشعور بالإعياء أو الاغماء أو الدوخة.					
5	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي.					
6	الشعور بالحساسية تجاه الآخرين.					
7	الاعتقاد بأنه يمكن السيطرة على أفكارك.					
8	إلقاء اللوم على الآخرين في مظم مشاكلك.					
9	صعوبة تذكر الأشياء.					
10	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالإهمال و عدم النظافة					
11	الشعور بسرعة المضايقة و الاستثارة.					
12	الإحساس بآلام في القلب و الصدر.					
13	الشعور بالخوف في الأماكن العامة و الشوارع.					
14	الشعور بالخمول و قلة النشاط.					
15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة.					
16	سماع أصوات لا يسمعاها الآخرون.					
17	رغبة بالجسم.					
18	عدم الثقة في الآخرين.					
19	ضعف الشهية للطعام.					
20	البكاء بسهولة.					
21	الشعور بالخجل و صعوبة التعامل مع الآخرين.					
22	الشعور بأنك مقبوض أو مقيد الحركة.					
23	خوف مفاجئ بدون سبب محدد.					
24	عدم القدرة على التحكم في الغضب.					
25	الشعور بالخوف عند الخروج من المنزل بمفردك.					
28	نقد الذات لعمل بعض الأشياء .					
27	الاحساس بآلام أسفل الظهر.					
29	أشعر بأن الامور لا تسير على ما يرام.					
30	الإحساس بالوحدة.					

31	الإحساس بالانقباض.
32	الانزعاج على الأشياء بشكل مبالغ فيه.
33	الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.
34	الشعور بالخوف.
35	أشعر بأن يسهل إيذائي.
36	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.
37	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك.
38	الشعور بأن الآخرين غير ودودين.
39	أعمل الأشياء ببطء شديد.
39	الإحساس بضربات القلب و زيادة سرعتها.
40	الإحساس بالغثيان و اضطراب المعدة.
41	الإحساس بأنك أقل من الآخرين.
42	الشعور بالألم في العضلات.
43	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.
44	صعوبة الاستغراق في النوم.
45	أفحص ما أقوم به عدة مرات.
46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.
47	الشعور بالخوف عند السفر.
48	صعوبة في التنفس.
49	الإحساس بنوبات من السخونة و البرودة في جسمك.
50	أتجنب أشياء أو أفعال معينة لأنها تسبب الإحساس بالخوف.
51	الشعور بعدم القدرة على التفكير.
52	خدر و تنميل في أجزاء من الجسم.
53	الشعور بانغلاق الحلق و عدم القدرة على البلع.
54	فقدان الأمل في المستقبل.
55	صعوبة في التركيز.
56	الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك.
57	الشعور بالتوتر.
58	الشعور بالثقل باليدين أو الرجلين.
59	التفكير في الموت.
60	الافراط في تناول الطعام.
61	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين و مراقبهم لي.
62	توجد عندي أفكار غريبة.
63	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين.
64	الاستيقاظ من النوم مبكراً.
65	إعادة بعض الأشياء عدة مرات.
66	أعاني من النوم المتقطع و المزعج.
67	الرغبة في تكسير أو تحطيم الأشياء.
68	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين.
69	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين.
70	الشعور بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق.
71	الإحساس بأن كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير.

					72	أشعر بحالات من الخوف و التعب.
					73	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.
					74	الدخول في كثير من الجدل و المناقشات.
					75	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.
					76	الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء و تقدير على أعمالك و انجازاتك.
					77	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.
					78	الشعور بالضيق و عدم الاستقرار و كثرة الحركة.
					79	أشعر بأنني غير مهم.
					80	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية
					81	الصراخ و رمي الأشياء.
					82	الشعور بالخوف من الإغماء أمام الآخرين.
					83	أشعر بأن الآخرين سوف يستغلونني.
					84	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية.
					85	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي.
					86	توجد لدي تخیلات و أفكار غريبة.
					87	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي.
					88	أشعر بأنني غير قريب من الآخرين.
					89	الشعور بالذنب.
					90	الاعتقاد بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك.