

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

كلية التربية

قسم علم النفس

فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لتخفيف الاكتئاب لدى
مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور

**Effectiveness of Cognitive Behavioral
Therapeutic Counseling Programme for the
Treatment of Depression among HIV\AIDS
Patients in South Darfur state**

بحث مقدم لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في التربية (إرشاد نفسي
وتربوي)

إشراف الدكتور /

علي فرح أحمد فرح

إعداد الطالب /

عباس الصادق محمد إسماعيل

1436هـ — 2015 م

إِسْتِهْلَال

قال تعالى:

(وَأَنَا لَمَّا سَمِعْنَا الْهُدَى آمَنَّا بِهِ فَمَنْ يُؤْمِنُ بِرَبِّهِ فَلَا يَخَافُ بَخْسًا وَلَا رَهَقًا)

صدق الله العظيم

سورة الجن – الآية (13)

قال تعالى:

(إِنَّكَ لَا تَهْدِي مَنْ أَحْبَبْتَ وَلَكِنَّ اللَّهَ يَهْدِي مَنْ يَشَاءُ وَهُوَ أَعْلَمُ بِالْمُهْتَدِينَ)

صدق الله العظيم

سورة القصص – الآية (56)

قال تعالى:

(لَيْسَ عَلَى الضُّعَفَاءِ وَلَا عَلَى الْمَرْضَى وَلَا عَلَى الَّذِينَ لَا يَجِدُونَ مَا يُنْفِقُونَ حَرَجٌ إِذَا نَصَحُوا

لِلَّهِ وَرَسُولِهِ مَا عَلَى الْمُحْسِنِينَ مِنْ سَبِيلٍ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ)

صدق الله العظيم

سورة التوبة – الآية (91)

قال رسول الله ﷺ:

(حق المسلم على المسلم ست: قيل ما هن يا رسول الله قال: إذا لقيته فسلم عليه، وإذا دعاك

فأجبه، وإذا استنصحك فأنصحه له، وإذا عطس فحمد الله فشمته، وإذا مرض فعده، وإذا مات

فأتبعه).

صدق رسول الله ﷺ

إهداء

أهدي لنبع الحنان ... إلى التي لا تنقصها جزالة ولا تبحث عن تصنيف ... معناً خالداً للعطاء ... رمزاً
بارزاً للوفاء

أمي

أهدي للذي حلب ضرع الأمل ... وأطعمنا خبز الحلم ... ووسدنا ربيع الإنتصار ... ربيتني ... أرشدتني ...
أعنتني

أبي

أهدي للذين أدين لهم بكمية الإرتياح في الحديث ... وبعمق الإنعتاق في الحرية ... والوفاء الذي في
الإنفعالات ... كنتم سنداً صلباً ... وعوناً زاخراً

إخوتي ... أحبائي

أهدي للتي لازمتني حُلماً رحلة كفاحي المضنية ... فكانت نوراً لا ينطفئ ... تلك الغير في زمن الأنا

رفيقة حلمي الغائبة

أهدي لفرحتي التي إنتظرتها كثيراً ... للذي كان مصدر كنييتي

مازن

أهدي لكل باحث ... زاده الصبر ... العناء ... نبراسه شمعة النجاح

أهدي هذا الجُهد

أبومازن

2015م

شكر وتقدير

أعوذ بالله السميع العليم من الشيطان الرجيم
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال تعالى: (سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم) صدق الله العظيم – سورة البقرة – الآية (32).

الحمد لله الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم نستعينه ونستهديه إلى الصراط المستقيم اللهم أنفعنا بما علمتنا وعلّمنا ما ينفعنا وزدنا علماً وهب لنا من لدنك رحمة إنك أنت الوهاب. والصلاة والسلام على سيدنا محمد عليه وعلى آله وأصحابه أجمعين ومن سار على هديه إلى يوم الدين. فيقول الرسول ﷺ: " من قال جزأكم الله خيراً، فقد أبلغ الثناء ".

لذا يقتضي الوفاء أن أذكر فضل من شجعتني وساعدني على إتمام هذا البحث ولا ينكر فضل الفضلاء إلا من ران على قلبه وساء منبتاً ومنزلاً.

ومن هنا فإنني أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى إدارة جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا عامة و أسرة كلية الدراسات العليا وكلية التربية وقسم علم النفس خاصة على الجهود المستمرة في رعاية ودعم برنامج الدراسات العليا بالجامعة.

وأخص بالشكر والثناء أستاذي ومشرفي الدكتور علي فرح أحمد فرح الذي لم يأل جهداً في نصحي وإرشادي وإتمام ما هو ناقص وتجميل ما هو تام إعترافاً بفضلته وتشجيعه ورعايته والتكرم بمواكبة سير هذا البحث وعلى ما قدمه من ملاحظات قيّمة وآراء نيرة أثرت جوانب هذا البحث خلال فترة إشرافه ومتابعته له، فقد تتلمذت على يديه وتعلمت أصول ومهارات البحث العلمي فأشكر له أستاذيته وإنسانيته، أدعوا الله سبحانه وتعالى أن يمتعه بالصحة والعافية جزاه الله عني وعن زملائي الباحثين خير الجزاء. كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى البروفسير رقية السيد الطيب العباس و الدكتورة نجدة محمد عبد الرحيم أعضاء لجنة المناقشة على المعلومات الثرة التي أضافت للبحث كثيراً.

كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير لعينة الدراسة و لأسرة البرنامج القومي لمكافحة مرض الأيدز بالسودان (SNAP)، وأسرة إدارة مكافحة مرض الأيدز بوزارة الصحة ولاية جنوب دارفور، وإدارات مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بولاية جنوب دارفور، وبرنامج مكافحة مرض الأيدز بمنظمة الصحة العالمية مكتب إقليم السودان بالخرطوم.

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان للأساتذة الدكتور ياسر جبريل معاذ و الدكتورة سلوى عبد الله الحاج أصحاب العطاء العلمي المستمر والإنساني غير المحدود فلهم مني جزيل الشكر والتقدير ومتعهم الله بالصحة والعافية.

وأتقدم بعظيم الشكر والتقدير للأخ آدم محمد صالح لما قدمه لي من تشجيع ومساندة. وتمتد باقات شكري إلى كل من مد يد العون والمساعدة لي، فلهم مني كل التقدير والإمتنان داعياً الله عز وجل أن يمدهم بالخير والصحة والعافية وجزآهم الله عنّي خير الجزاء.

أدعو الله سبحانه وتعالى أن ينال هذا الجهد القبول، فحسبي أنني إجتهدت ولكل مجتهد نصيب، والكمال لله وحده.

الحمد لله رب العالمين

أبومازن
2015م

قائمة المحتويات

الرقم	الموضوع	رقم الصفحة
1	إستهلال	أ
2	إهداء	ب
3	شكر وعرفان	ج
4	قائمة المحتويات	هـ
5	قائمة الجداول	ك
6	قائمة الأشكال	ن
7	قائمة الأشكال البيانية	س
8	قائمة الملاحق	ع
9	ملخص البحث باللغة العربية	ف
10	ملخص البحث باللغة الإنجليزية (Abstract)	ر
الفصل الأول – الإطار العام		
11	المقدمة	1
12	مشكلة البحث	3
13	فروض البحث	3
14	أهداف البحث	4
15	أهمية البحث	4
16	حدود البحث	5
17	مصطلحات البحث	5
الفصل الثاني – الإطار النظري		
18	المقدمة	7
19	تعريف الإرشاد النفسي	7
20	الحاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي	8
21	المسلمات النفسية للتوجيه والإرشاد النفسي	9
22	أهداف التوجيه والإرشاد النفسي	11
23	مناهج وإستراتيجيات التوجيه والإرشاد النفسي	13
24	بعض نظريات التوجيه والإرشاد النفسي	15

15	نظرية التحليل النفسي	25
18	نظرية الذات	26
20	النظرية السلوكية	27
23	نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي	28
25	فريق الإرشاد النفسي	29
29	وسائل التوجيه والإرشاد النفسي	30
29	المقابلة	31
31	الملاحظة	32
32	دراسة الحالة	33
35	مؤتمر الحالة	34
36	السجلات	35
36	طرق الإرشاد النفسي	36
37	الإرشاد الفردي	37
37	الإرشاد الجماعي	38
38	الإرشاد الموجه	39
39	الإرشاد غير الموجه	40
39	مجالات الإرشاد النفسي	41
39	الإرشاد العلاجي	42
41	الإرشاد المهني	43
42	الإرشاد الزواجي	44
43	الإرشاد الأسري	45
43	إرشاد الشباب	46
44	إرشاد الصحة النفسية	47
45	البرامج الإرشادية	48
46	الأسس التي يقوم عليها برنامج الإرشاد النفسي	49
46	تخطيط برنامج الإرشاد النفسي	50
47	محددات البرنامج الإرشادي	51
48	خدمات البرنامج الإرشادي	52

49	إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي	53
50	خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي النفسي	54
51	تقييم برنامج الإرشاد النفسي	55
51	خطوات تقييم البرنامج الإرشادي	56
51	المعايير المستخدمة في تقييم البرامج الإرشادية	57
52	الصعوبات التي تواجه تقييم البرامج الإرشادية	58
المبحث الثاني		
53	الإرشاد المعرفي السلوكي	59
54	الاتجاه المعرفي في علم النفس	60
57	مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي	61
61	النظرية المعرفية للإضطرابات النفسية	62
65	أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي	63
67	المفاهيم الرئيسية للإرشاد المعرفي عند آرون بيك	64
70	مراحل وخطوات الإرشاد المعرفي السلوكي	65
70	فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي	66
71	طرق وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي	67
72	إتجاهات و مداخل الإرشاد المعرفي السلوكي	68
73	مفهوم الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	69
74	أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	70
74	الخلفية النظرية للإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	71
77	مسلمات وخصائص الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	72
79	أسس الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	73
79	الأفكار اللاعقلانية المؤدية للإضطرابات اللاإنفعالية	74
84	خطوات وإجراءات الإرشاد العقلاني الإنفعالي	75
86	فنيات الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي	76
92	التعديل المعرفي السلوكي	77
المبحث الثالث		

98	مفهوم الإكتئاب	78
99	تعريف الإكتئاب	79
100	أعراض الإكتئاب	80
104	أنواع الإكتئاب	81
112	أسباب اضطراب الإكتئاب	82
116	أسباب الاكتئاب من منظور بعض نظريات عم النفس	83
117	التشخيص التفريقي للإكتئاب	84
118	تشخيص وقياس الإكتئاب	85
119	علاج الاكتئاب	86
120	مآل الاكتئاب	87
120	الاكتئاب و الأمراض العضوية	88
المبحث الرابع		
124	خلفية تاريخية عن مرض الايدز	89
125	تعريف مرض الأيدز	90
126	فيروس مرض الايدز	91
127	أصل فيروس مرض الأيدز	92
127	نظرية أصل فيروس مرض الايدز	93
128	الخصائص المميزة لفيروس HIV	94
129	بنية فيروس HIV	95
129	طريقة عمل الفيروس (تأثيره على جهاز المناعة)	96
130	طرق إنتقال فيروس HIV	97
131	الطرق التي لا ينتقل بها فيروس HIV	98
131	جهاز المناعة الطبيعي	99
132	دور جهاز المناعة	100
133	المعرضون للإصابة بالأيدز	101
133	أعراض وعلامات مرض الأيدز	102
134	الأمراض الناتجة عن إنهيار جهاز المناعة (الأمراض الإنتهازية)	103
135	أكثر الأمراض الإنتهازية شيوعاً بين مرضى الايدز	104
136	الآثار النفسية والاجتماعية لمرض الأيدز	105

141	الأيدز و الإكتئاب	106
141	الوقاية من مرض الايدز	107

142	دور الخدمة النفسية والاجتماعية في التعامل مع مرضى الأيدز	108
143	الإرشاد النفسي والعلاج النفسي لمرضى الايدز	109
144	الأيدز من وجهة نظر الإسلام	110
146	إستراتيجيات إسلامية لمكافحة الأيدز	111

المبحث الخامس

148	الدراسات السابقة	112
148	الدراسات التي تناولت الإرشاد النفسي والمعرفي السلوكي	113
152	الدراسات التي تناولت مرض الأيدز والإكتئاب	114
156	التعقيب على الدراسات السابقة	115
157	موقع الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة	116

الفصل الثالث – إجراءات الدراسة الميدانية

158	منهج البحث	117
159	مجتمع البحث	118
166	عينة الدراسة الميدانية	119
172	أدوات الدراسة	120
172	مقياس آرون .ت.بيك للإكتئاب (النسخة الثانية)	121
175	صدق المقياس	122
179	مؤشرات ثبات المقياس	123
179	تنظيم المقياس	124
179	تقدير الدرجات	125
180	المقابلة	126
182	البرنامج الإرشادي	127
202	الأساليب الإحصائية المستخدمة	128

الفصل الرابع – عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

204	أولاً: عرض النتائج المتعلقة بفروض الدراسة	129
-----	---	-----

204	عرض النتائج المتعلقة بالفرض الأول	130
205	عرض النتائج المتعلقة بالفرض الثاني	131

206	عرض النتائج المتعلقة بالفرض الثالث	132
206	عرض النتائج المتعلقة بالفرض الرابع	133
207	عرض النتائج المتعلقة بالفرض الخامس	134
208	ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	135
الفصل الخامس – الخاتمة		
217	الخاتمة	136
218	التوصيات	137
219	المقترحات	138
220	قائمة المصادر و المراجع	139
229	الملاحق	140

قائمة الجداول

رقم الجدول	الموضوع	رقم الصفحة
1	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب الفئات المرضية.	159
2	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب النوع ووفقاً لحالات الأيدز المكتشفة بولاية جنوب دارفور للأعوام 2006م — 2013م.	162
3	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب تلقي الخدمات الإرشادية بمراكز الإرشاد النفسي و الفحص الطوعي	164
4	يوضح حجم عينة الدراسة الميدانية حسب مراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور.	167
5	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب النوع.	168
6	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب المستوى التعليمي.	169
7	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الحالة الاجتماعية.	170
8	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض.	171
9	يوضح العبارات التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون	176
10	يوضح الكلمات التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون	176
11	يوضح الجمل التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون	176
12	يوضح صدق التكوين الفرضي لبنود المقياس	178
13	يوضح نموذج كيفية تقدير درجات الاستجابات بالنسبة لبنود المقياس	180
14	يوضح كيفية تقدير درجات ومستويات الإكتئاب	180
15	يوضح ترتيب المشكلات التي يتوقع أن يواجهها مرضى الأيدز حسب درجة الإحساس بها	187
16	يوضح قوائم الأهداف العامة والضمنية للبرنامج الإرشادي	188
17	يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بتنمية الجوانب المعرفية و السلوكية لمرضى الأيدز	190
18	يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بنمو الشخصية المتكاملة لمرضى الأيدز	191

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
192	يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بتنمية الإتجاهات العامة لمرضى الأيدز	19
193	يوضح الأهداف المعرفية و السلوكية التي يتوقع أن يحققها البرنامج الإرشادي	20
204	يوضح عرض وتحليل نتائج الفرض الأول	21
205	يوضح عرض وتحليل نتائج الفرض الثاني	22
206	يوضح عرض وتحليل نتائج الفرض الثالث	23
207	يوضح عرض وتحليل نتائج الفرض الرابع	24
208	يوضح عرض وتحليل نتائج الفرض الخامس	25

قائمة الأشكال

رقم الشكل	الموضوع	رقم الصفحة
1	يوضح العلاقة بين الأحداث و التفكير والنتيجة الإنفعالية	76
2	يوضح أسباب الإضطرابات الإنفعالية وطرق علاجها	77
3	في مراحله المختلفة.HIVيوضح صور فيروس	129
4	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب الفئات المرضية .	160
5	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب النوع	162
6	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب تلقي الخدمات الإرشادية	164
7	يوضح حجم عينة الدراسة الميدانية حسب مراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور	168
8	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب النوع	169
9	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب المستوى التعليمي	170
10	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الحالة الإجتماعية	171
11	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض	172
12	يوضح نموذج تصميم المجموعتين المستقلتين	199
13	يوضح المنظر العام لقاعة تنفيذ البرنامج الإرشادي	201
14	يوضح خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي	202

قائمة الأشكال البيانية

رقم الشكل البياني	الموضوع	رقم الصفحة
1	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث من حاملي الفيروس حسب الأعوام	160
2	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث من مرضى الأيدز حسب الأعوام	161
3	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذكور حسب الأعوام	163
4	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الإناث حسب الأعوام .	163
5	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذين يتلقون خدمات الإرشاد النفسي فقط حسب الأعوام	165
6	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذين يتلقون خدمات الإرشاد النفسي مع العلاج حسب الأعوام	165

قائمة الملاحق

رقم الملحق	الموضوع	رقم الصفحة
1	الصورة المُعرّبة لقائمة آرون . ت . بيك للإكتتاب	229
2	الصورة النهائية لقائمة آرون . ت . بيك للإكتتاب	233
3	قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين.	237
4	قائمة بأسماء مراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور.	237
5	قائمة بأسماء مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بولاية جنوب دارفور.	238
6	الجلسات الإرشادية	239

ملخص البحث

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية برنامج إرشاد نفسي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى المرضى بولاية جنوب دارفور .
إستخدم الباحث لإجراء هذه الدراسة المنهج التجريبي.
تمثل مجتمع الدراسة في مجموعة الأفراد المصابين بمرض الأيدز من الجنسين بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور.

بلغ حجم عينة الدراسة (60) فرداً من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (18 — 50) سنة، ينقسمون إلى مجموعتين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية وتضم كل منهما (30) فرداً، (15) من الذكور و(15) من الإناث تم إختيارهم وفقاً لمواصفات العينة المقيدة و المحددة.
إشتملت الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية على :-
* قائمة بيك الثانية للإكتئاب .

* برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي من إعداد وتصميم الباحث.

إستخدم الباحث في المعالجات الإحصائية الأساليب الآتية:-

1- الحاسب الآلي وفقاً لنظام الرزمة الإحصائية لعلوم الإجتماعيات (SPSS) Statistical

Package For Social Sciences

2- النسبة و النسبة المئوية .

3- الوسط الحسابي .

4- الإنحراف المعياري .

5- إختبار " ت " T.test

6- إختبار " أنوفا " One- Way ANOVAs

7- معامل الارتباط .

ولحساب معامل الارتباط إستخدم الباحث المعادلة التالية:-

أ- معادلة بيرسون لحساب معامل الارتباط .

ب- معادلة ألفا كرونباخ لحساب معامل الارتباط .

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:-

- 1- وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الإيدز بين الأفراد المصابون بمرض الإيدز من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية كانت لصالح الأفراد من المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي.
- 2- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير النوع (ذكر – أنثى).
- 3- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج – غير متزوج).
- 4- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير فترة الإصابة بالمرض (أقل من سنتين – 3 — 4 سنوات – خمس سنوات فأكثر).
- 5- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير المستوى التعليمي (أساس – ثانوي – جامعي – فوق الجامعي)..

Abstract

This study aimed at investigating the efficiency of Cognitive Behavioral Therapeutic Counseling program for the treatment of Depression caused by Hiv\Aids in South Darfur State.

The researcher has adopted experimental methods. The study population comprises of persons who are infected with Hiv\Aids from both males and females in Integrated Medical care Center in South Darfur state .

The research sample is about (60) persons from both genders , their ages range between (18 — 50) years. They are divided into two categories : the controlled group and experimental group, each group is about (30) persons. That (15) are males and other (15) are females , they have been chosen according to specific criteria and characteristics.

The tools used in the present study are as follows :

- A.T.Beck list (B.D.I.-II) for depression
- The Cognitive Behavioral Therapeutic Counseling program designed by the researcher

The researcher has used the following Statistical methods :

- The computer was used in relation to the Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) Statistical Package For Social Sciences.
- Ratios and percentages as indicators.
- The medium of calculation.
- The Standard deviation.
- T. Test.
- One –Way Anova's test .
- Correlation coefficient.

For calculation of correlation coefficient , the researcher has used the following equations:

- Pearson equation for calculating correlation coefficient .
- Cronbach's Alpha equation for calculating correlation coefficient.

The research has come up with the following findings:-

1 - There are statistically significant differences in the level of depression resulting from persons who are Hiv\Aids positive from the controlled group and experimental one after application of the counseling program to the experimental group, it was in favour of experimental group, this has confirmed the efficiency of the counseling program .

2 - Following the application of counseling program on the experimental group, the results have revealed that there are no statistically significant differences between individuals within this group that can be attributed to the gender variable (both male and female).

3 - Following the application of counseling program to the individuals in the experimental group, the results have shown that there are no statistically significant differences between individuals within this group that can be attributed to marital status variable (married or single).

4 - After application of counseling program to the experimental group, the results have revealed that there are statistically significant differences between members of this group which can be attributed to the period of Hiv\Aids infection variable (less than 2 years – (3-4) years – 5 years or more)..

5 - Following the application of counseling program to the experimental group, the results have shown that there are no statistically significant differences between members of this group which is attributed to educational level variable (basic – secondary – university – post graduate).

الفصل الأول

الإطار العام

المقدمة

لقد إتسعت مجالات علم النفس و تعددت أغراضه خلال القرن الحادي و العشرون ، فبرز علم النفس السلوكي في سوائه و إنحرافه ، ثم جاء الإرشاد و التوجيه النفسي كحاجة ماسة نظراً لتعقيدات الحياة و إستمرارها بصورة جعلت كثيراً من الناس يشعر بالخوف و التوتر و القلق .

تهدف خدمة الإرشاد النفسي أيضاً إلي تحقيق التفاهم و التوافق النفسي السليم مع التقاليد و العادات السائدة في المجتمع و الحالات الطارئة على حياة الفرد . و تهتم كذلك بدراسة مفهوم الذات لدى الفرد الغير عادي للتخلص من الحالات الغير عادية و العمل على علاج المشكلات النفسية المرتبطة بالحالة غير السوية و التي تعوق التوافق النفسي .

و بالرغم من الإعراف بالتفاعل بين العقل و الجسم منذ وقت طويل إلا أن الباحث و من خلال الإطلاع على الكثير من المراجع و الأدبيات في مجال علم النفس لاحظ أن الإعراف تزايد خلال الفترة الأخيرة بأهمية العمليات النفسية في خبرة الصحة و المرض ، حيث بدأت تتجه الأنظار إلي العوامل و التغيرات الإنفعالية الناتجة عن الحالة الجسمية و ذلك من خلال المنظور السوماتوسيكولوجي الذي يؤكد على قدرة حالة الجسم على التأثير في الإنفعالات ، حيث نجد أن بعض الناس قد يعيشوا أعواماً في محاولة التغلب على الأعراض الجسمية و الإستجابات الإنفعالية المرتبطة بها حيث يصبحون بمجرد تشخيصهم بأي مرض مزمن في حالة أزمة تتسم بعدم التوازن النفسي و البدني و الإجتماعي .

هناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية المعروفة التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة ترتبط بحدوث الإكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مشابهة لها . و هنالك عبارة تقول ((كل مريض مكتئب)) ، و يعني ذلك أن أي شخص مصاب بأي مرض من الأمراض لا بد أن يشعر نتيجة ذلك بالحزن و الكآبة و هذا يعد وضع طبيعي ، لأن حالة المرض هي إحدى حالات الضعف الإنساني التي تهدد الصحة البدنية و النفسية للإنسان.

لكن بعض الأمراض ترتبط نتيجة لأسباب عدة كما هو الحال عند الإصابة بمرض الأيدز بشعور واضح يماثل حالة الإكتئاب النفسي .

الإصابة بمرض الأيدز ترتبط في غالب صورها بممارسة الجنس في ظروف معينة أو بأساليب خاصة ، فضلاً عن ذلك فإن أحداً لا يعرف كيف بدأت إصابة الإنسان بالمرض حتى الآن . و لا يستطيع أحداً التكهن بالذي سيحل بالبشرية نتيجة توالي العدوى به على مدى السنين القادمة ، فقد وصفت أول حالة إصابة بالمرض عام (1981م) بالولايات المتحدة الأمريكية كما تشير المصادر العلمية التي تُعنى بمتابعة حالات الإصابة بمرض الأيدز .

و السودان أحد البلدان التي تأثرت بمرض الأيدز و ذلك منذ إكتشاف أول حالة إصابة بالمرض عام (1986 م) ، ثم بدأت الحالات المسجلة بالزيادة فقد كان العدد المقدر بنهاية عام 2004 م أكثر من ستمائة ألف حالة أما آخر مسح تعدادي لحالات الإصابة وفقاً لتقرير وزارة الصحة الاتحادية برنامج مكافحة الأيدز (Snap) عام 2010 م فقد بلغت نسبة الإصابة 67, % .

فنتيجة للإصابة بمرض الأيدز مات عدد كبير من الأفراد ، فإزداد الناس رعباً خاصة بعد أن أعلن عن عدم توفر علاج شاف له ، أدى هذا الواقع للفرار من المصابين به وعزلهم إجتماعياً ، و قد عبر عن ذلك أحد المصابين بقوله ((إنك لا تعيش آلام الأيدز فحسب ، و لكنك تعيش منبوذاً من المجتمع حتى بعد موتك ، فهم يرفضون تجهيز جثتك ، و لا شيء يجعل الإنسان تعيشاً أكثر من ذلك)) .

إن عمل الباحث كمنسق و مرشد نفسي في مجال مكافحة الأيدز و الأمراض المنقولة جنسياً مكنه من واقع خبرته من لمس بعض المشكلات النفسية و الإجتماعية وسط الذين أصيبوا بهذا المرض ، و قد يكون القلق و الخوف هما المصير الذي يصل إليه المريض بسبب وصمة العار المرتبطة بالإصابة بمرض الأيدز ، حيث أن التدهور الصحي و العجز الجسمي عن أداء وظائفه المعتادة و التشوهات الجسمية الناتجة عن الإصابة بالمرض و العزلة الإجتماعية و إنتظار الموت المحتوم و الصدمة النفسية عندما يفقد المريض الأمل في العلاج ، كل ذلك يجعل منه شخص في حالة من الحزن و الإكتئاب و ربما يصل به إلي مرحلة الإنتحار.

كذلك لاحظ الباحث أيضاً تزايد أعداد المصابين لظروف و أسباب عديدة ، و حوجة هؤلاء المرضى للدعم في كل جوانبه ، مما حدا بالباحث لدراسة جانب من جوانب تأثيرات الإصابة بالمرض هو الجانب النفسي خاصة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز باعتباره من أكبر المشكلات التي يواجهها الفرد المريض و محاولة وضع مقترح لبرنامج إرشادي سلوكي معرفي لعلاج ذلك الإكتئاب و ذلك لإرتباطه بالمرض و مظاهره و أعراضه و آثاره النفسية و الجسمية و الإجتماعية ، فمن خلال الدراسة السابقة التي قام بها الباحث في مرحلة الماجستير حول التوافق النفسي و الإجتماعي لدى مرضى الأيدز و النتائج التي توصل إليها جعله ذلك أن يقدر أهمية وضع المعالجات للآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز و التي منها الإكتئاب . و مما يأمل الباحث فيه ما قد تصل إليه الدراسة الحالية من نتائج قد تساهم في الحد من الآثار النفسية و الإجتماعية الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز و مساعدة المصابين و دعمهم للتغلب أو التعايش الإيجابي مع المرض و ذلك من خلال إنتهاج وسائل التوعية و التوجيه و نشر المعرفة و توسيع نطاق العلم بأسباب التعرض للآثار النفسية و الإجتماعية و سبل تجنبها .

مشكلة البحث

الملاحظ أن هناك زيادة في إنتشار مرض الأيدز و بالتالي أزدیاد عدد الأفراد المصابون بالمرض و قصور الدور المتوقع من الأسر و مراكز الإرشاد النفسي و الفحص الطوعي و الرعاية المتكاملة القيام به تجاه هؤلاء الأفراد المصابين ، حيث أن الإضطرابات النفسية و الإجتماعية الناجمة عن الإصابة بالمرض خاصة الإكتئاب الذي هو موضوع الدراسة الحالية كأحد الآثار النفسية التي تقف حجر عثرة أمام المرضى تجاه الإستجابة و التوافق مع المرض والإقبال على العلاج و الحياة بصورة طبيعية .

حيث يرى الباحث أن هنالك مشكلات حقيقية تواجه مريض الأيدز من حيث الإصابة بالمرض ، و العوامل المؤدية للإصابة به ، و إستمرارية المرض لمدى الحياة حيث لا علاج شاف له حتى الآن. كل هذا يستدعي أن يتم التدخل لمساعدة الأفراد المصابون بالمرض بالطرق التي تمكنهم من مسايرة و التعايش الإيجابي مع المرض .

و بما أن هذا البحث يتناول الإرشاد النفسي و دوره في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز ، يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال التالي :-

هل للإرشاد النفسي السلوكي المعرفي دور في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز ؟ .
و تتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية :-

- 1- هل توجد فروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية ؟.
- 2- هل توجد فروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع (ذكر – أنثى)؟.
- 3- هل توجد فروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج – غير متزوج)؟.
- 4- هل توجد فروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير فترة الإصابة بالمرض ؟.
- 5- هل توجد فروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟.

فروض البحث

الفرض الأول : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية.

الفرض الثاني : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير النوع (ذكر – أنثى) .

الفرض الثالث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج – غير متزوج) .

الفرض الرابع : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير فترة الإصابة بالمرض .

الفرض الخامس : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بالمرض من المجموعة التجريبية تعزى لمتغير المستوى التعليمي .

أهداف البحث

يسعى البحث لتحقيق الأهداف التالية :-

- 1- يهدف البحث الحالي إلى معرفة فعالية برنامج الإرشاد النفسي السلوكي المعرفي من إعداد الباحث و دوره في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز .
- 2- يهدف البحث إلى التعرف على الجانب النظري من مظاهر الإحساس بالإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد المصابين بالمرض .
- 3- التعرف على الفروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابين بالمرض من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي .
- 4- التعرف على الفروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابين بالمرض من المجموعة التجريبية و علاقتها بكل من متغير (النوع – الحالة الاجتماعية – فترة الإصابة بالمرض) .

أهمية البحث

- 1- تأتي أهمية البحث في أن محور الدراسة فيه الإنسان خلال تفاعله مع معطيات الحياة المختلفة و ما يترتب على ذلك من نجاحات أو مشكلات ، ذلك أن الحياة بكلياتها لا يمكن معاشتها إلا من خلال إنسان صحيح و معافى في تكوينه النفسي و الجسمي و الروحي .
- 2- تنبع أهمية البحث كذلك من أهمية الموضوع الذي يتناوله ، حيث أن الإهتمام بالمصابين بمرض الأيدز جاء نتيجة إزدياد الأعداد التي تقع صريعة لهذا النوع من الأمراض .
- 3- كذلك تأتي أهمية البحث في أنه يسعى لمعرفة و تحديد مستويات الإكتئاب التي يعاني منها الأفراد بعد الإصابة بمرض الأيدز و التي تكون يوماً بعد يوم سبباً في تدهور حالة المريض النفسية في المستقبل.

- 4- أيضاً تأتي أهمية البحث في أن الأمراض المزمنة و التي منها الأيدز ينتج عنها ردود إنفعالية يصبح الفرد عند تشخيص المرض في حالة أزمة تتسم بعدم التوازن النفسي و الإجتماعي حيث أن معرفة الإرجاعات النفسية التي تعرقل العلاج أمر مهم و له دور في العملية العلاجية .
- 5- كذلك تأتي أهمية البحث و أنه في حدود علم الباحث هنالك ندرة و اضة في الدراسات في نفس مجال البحث الحالي ، خاصة جانب تصميم و تطبيق البرامج الإرشادية النفسية في مجال مرض الأيدز ، حيث لم يأت الباحث عن أي دراسة سابقة تناولت الإرشاد النفسي و دوره في علاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز .
- 6- أما الجانب التطبيقي الأهم لهذا البحث من وجهة نظر الباحث هو أن نتائجه قد تفيد العاملين في مجال الإرشاد النفسي و الصحة النفسية و العلاج النفسي خاصة المرتبطة بعلاج الاكتئاب الناجم عن إصابة بمرض الأيدز ، كذلك قد يعتبر البحث الحالي مدخلاً للإستفادة منه في دراسات لاحقة في نفس المجال .

حدود البحث

- 1- **الحد المكاني** : سوف تحدد إجراءات الدراسة الميدانية على الأفراد المصابون بمرض الأيدز المترددين للعلاج بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية شمال دارفور .
- 2- **الحد الزمني** : سوف يكون الحد الزمني لهذا البحث الوقت الذي سوف تكتمل عنده إجراءات الدراسة و إتمام البحث .
- 3- **الحد البشري** : سوف يتكون مجتمع و عينة البحث من الأفراد المصابين بمرض الأيدز المترددين للعلاج بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية شمال دارفور .

مصطلحات البحث

- 1- **البرنامج الإرشادي** : هو برنامج منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة فردياً أو جماعياً بهدف مساعدتهم على تحقيق النمو السوي و القيام بالإختيار الواعي و المتعقل لتحقيق التوافق النفسي ، و يقوم بتخطيطه و تنفيذه لجنة و فريق من المسؤولين المؤهلين . (حامد زهران ، 1998 م)
- أما إجرائياً يعرفه الباحث : بأنه برنامج الإرشاد النفسي السلوكي المعرفي المستخدم في هذا البحث

- 2- **الإرشاد النفسي** : هو عملية مبنية على علاقة مهنية خاصة بين مرشد متخصص و عميل ، يعمل من خلال العلاقة الإرشادية على فهم العميل و مساعدته على فهم نفسه و إختيار أفضل البدائل المتاحة له بناءً على و عيه بمتطلبات البيئة الإجتماعية و تقييمه لذاته و قدراته و إمكانياته الواقعية

، و يتوقع حدوث تغيير في سلوك العميل نحو المسار الإيجابي وفق حدود معينة . (رمضان القذافي ، 1997 م)

إجرائياً يعرفه الباحث بأنه : الإرشاد النفسي السلوكي المعرفي المستخدم في هذا البحث .

3- **الإرشاد المعرفي السلوكي** : الإرشاد المعرفي السلوكي يعد من أكثر أنماط الأساليب الإرشادية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف المشكلات حيث تطرق هذا الأسلوب إلي كافة المشكلات تقريباً ، حيث أكدت دراسات عديدة أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بأساليب الإرشاد الأخرى و ذلك في تناول مختلف المشكلات ، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي. (محمد حتاملة ، 2006م : 43)

4- **الإكتئاب** : هو حالة إنفعالية من الحزن المستمر التي تتراوح بين حالات الخور المعتدلة نسبياً و الوجوم إلي أقصى مشاعر اليأس و القنوت ، و غالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة و فتور الهمة و الأرق و فقدان الشهية و صعوبة في التركيز و في إتخاذ القرارات . و للإكتئاب أنماط مختلفة و درجات متباينة . (جابر عبد الحميد و علاء الدين كفاني ، 1990 م)
أما إجرائياً يعرفه الباحث بأنه : مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على مقياس بك المستخدم في هذا البحث .

5- **مرض الأيدز** : هو متلازمة العوز المناعي البشري المكتسب ، و تعني كلمة متلازمة أن مظاهر المرض تبدو كمجموعة من الأعراض المتفرقة في وقت واحد ، و العوز المناعي يعني أن الجهاز المناعي في جسم المريض مصاب بإنهيار كامل وصل به إلي درجة العوز ، أما كلمة مكتسب فتعني أن هذا العوز ليس موروثاً و إنما مكتسب نتيجة التعرض للعدوى . و هذا يجعل الفرد المصاب يالأيدز معرضاً لمجموعة من الأمراض التي غالباً لا يصاب بها الأصحاء الذين لا يحملون الفيروس ، و تسمى تلك الأمراض بالأمراض الإنتهازية . (عبد الرحمن الخطيب ، 2006م)

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول – الإرشاد النفسي

يتأثر كل فرد بسلوك الآخرين بشكل شعوري أو لا شعوري نتيجة للعيش في جماعات كبيرة أو صغيرة من جهة، والعلاقات المشتركة والمتبادلة بين الفرد وغيره من الأفراد الآخرين من جهة ثانية، ويشتمل هذا التأثير على جميع أنواع السلوك بما في ذلك اتجاهات الفرد وقيمه ومعايير ومفهومه لذاته. وقد ساعد إكتشاف تلك الحقيقة الإنسان في فهم حياته كفرد وعضو في جماعة وحاول الإستفادة منها في معالجة مشاكله وإضطرابات وإستعادة أسباب صحته النفسية وذلك عن طريق مجموعة من المفاهيم النظرية التي تفسر طرق وأساليب هذا التأثير، وفي إعداد وتدريب بعض أفراد المجتمع للقيام به من خلال التوجيه والإرشاد النفسي والعلاج النفسي لغيرهم من أفراد المجتمع البشرى الذين يعانون من نوع أو آخر من أنواع الإضطرابات التي تعيق نموهم النفسي أو تعطل نشاطاتهم الحياتية أو تؤثر في علاقاتهم الإجتماعية والمهنية والتعليمية أو تحول دون إستخدامهم لقدراتهم وإمكاناتهم الطبيعية بالشكل الأمثل. ومما يلاحظ أن جميع المجتمعات والشعوب على إختلاف مستوياتها وتباين أنماطها وتعدد فئاتها تستخدم نوعاً أو آخر من وسائل وأساليب التوجيه والإرشاد النفسي أو العلاج النفسي بشكل يتماشى مع مفاهيمها وثقافتها ومستواها الحضاري بدون إستثناء. (حامد زهران، 2002م: 9 – 11).

تعريف الإرشاد النفسي

تعريف جونسون 1969م:-

أن الإرشاد النفسي هو تلك المساعدة التي تقدم للفرد وبشكل شخصي في إحدى المجالات التربوية أو في مجال المشاكل المهنية، وتؤدي العلاقة الإرشادية القائمة إلى دراسة الحقائق والبحث عن حلول لها بمساعدة الأخصائيين وغيرهم من المصادر في المدرسة أو في البيئة المحلية المحيطة بها، وتتضمن تلك العمليات المقابلات الشخصية التي تساعد العميل على إتخاذ قراراته.

تعريف تايلور 1961م:-

الإرشاد النفسي هو نوع من المساعدة في المجال النفسي، ويهتم بتنمية الهوية ومساعدة العميل على إتخاذ القرارات والإلتزام بما توصل إليه.

ويلاحظ إختلاف هذا التعريف إلى حد ما عن التعريف السابق إذ يولي المجال أهمية خاصة في نشاط المرشد، ويرجع هذا الاهتمام إلى النظرة الحديثة التي تنادى بضرورة الاهتمام بالعوامل النفسية من أجل إعادة التوازن والتوافق إلى شخصية العميل، فمتى أعتدل المناخ النفسي إستقامت صحة العميل النفسية وإزداد وعيه بذاته وإمكاناته وبالفرص المتاحة أمامه. ويؤدي كل ذلك إلى قيام جميع الأجهزة بوظائفها

فيحسن الاختيار وتزداد الفعالية وتحسن العلاقات بين العميل وغيره من الأفراد الآخرين من جهة، وبينه وبين مكونات البيئة من جهة أخرى.

تعريف رمضان محمد القذافي 1997م:-

الإرشاد النفسي عملية مهنية خاصة بين مرشد متخصص وعميل، ويعمل المرشد من خلال العلاقة الإرشادية على فهم العميل ومساعدته على فهم نفسه وإختيار أفضل البدائل المتاحة له بناءً على وعيه بمتطلبات البيئة الاجتماعية وتقييمه لذاته وقدراته وإمكاناته الواقعية، ويتوقع حدوث تغيير تطوعي في سلوك العميل في مسار إيجابي ووفق حدود معينة.

ويؤكد هذا التعريف على أن التوجيه والإرشاد النفسي مهمة متخصصة، كما يؤكد على أهمية العلاقة الإرشادية بين المرشد والعميل، وعلى زيادة درجة الوعي لدى العميل من أجل تقييمه لذاته وقدراته بشكل واقعي يؤدي إلى حدوث تغيير في سلوكه في الإتجاه الإيجابي.

الحاجة إلى الإرشاد النفسي

إن ما أفرزته الحضارة المعاصرة من تقدم علمي مذهل في شتى المجالات أدى إلى قلب الموازين الاجتماعية نتيجة للتغيرات التكنولوجية، كما أن ذلك التطور قد صاحبه ظهور تيارات فكرية وسياسية مما جعل الفرد يقف حائراً أمام تلك الظواهر الحضارية وما نتج عنها من صراع وقلق وفراغ. كل هذا جعل الأفراد بحاجة إلى من يساعدهم في تحدى تلك المشاكل والتغلب عليها، ونظراً لأن تلك المشاكل بالغة التعقيد فإن الشخص العادي لا يمكن أن ينجح في تقديم المساعدة الناجحة لإخراج تلك الفئة من دائرة الإضطراب النفسي، لذا ظهرت الحاجة إلى المساعدة المتخصصة في هذا المجال ألا وهي الإرشاد النفسي، فقد يحتاج بعض الأفراد إلى الإرشاد طوال حياتهم وقد يحتاج البعض الآخر لهذه المساعدة خلال شبابهم أو المواقف الحرجة غير العادية فقط، وأن المسؤولية الأساسية للإرشاد النفسي في المجتمع تنحصر في ثلاث فئات:-

أولاً: الأطفال.

ثانياً: الشباب.

ثالثاً: من لديهم قصور جسمي أو مرضي وذوي الاحتياجات الخاصة الذين أصبحوا لا يملكون فرصاً متساوية لممارسة الأنشطة التي تُرضي حاجاتهم الشخصية والاجتماعية.

إن المواقف التي تستدعي التدخل الإرشادي متنوعة ومتعددة ، فحيث توجد الإختيارات وتكون الحاجة ملحة لإتخاذ قرارات فعالة لابد من تدخل الإرشاد وحتى عندما لا تكون هناك إختيارات متاحة فالإرشاد النفسي يساعد الأفراد على فهم المواقف وقبولها وهذا يعنى أن الإرشاد يجعل الفرد متعاوناً ومتقبلاً لما هو متاح وموجود.

وقد يكون له دور عندما يشعر الفرد بإمكانية الاختيار وذلك عن طريق الإشارة إلى الوسائل التي تحقق هذه الاختيارات للفرد، وتجدر الإشارة إلى أن الإرشاد لا يقتصر على المواقف السيئة ولكن يكون متاحاً للشباب السوي حتى يتمكنوا من التعامل مع مشكلات نموهم العادية (سمية طه جميل، 2005م: 19 - 20).

المسلمات النفسية للإرشاد النفسي

أولاً: الفروق الفردية:-

هناك حقيقة لا يمكن إغفالها في عملية الإرشاد النفسي ألا وهي الفردية وأن التفرد هو السمة المميزة لكل فرد فالإنسان مخلوق فريد في قوى الطبيعة ومن المستحيل أن نجد شخصين متشابهين تمام التشابه، هذا وقد ظهرت آراء حول العوامل المؤثرة في الفروق الفردية وطبيعتها ونشأتها، فهناك وجهتان متقابلتان من النظر، الأولى ترى أن الفروق الفردية ترجع للعوامل الوراثية التي تحدد ذلك بشكل قاطع يصعب معه القول بأي عوامل أخرى وأن الأفراد يخلقون مختلفون في سماتهم المختلفة العقلية والشخصية والإنفعالية وإنه لأمجال لتغيير هذه السمات التي ولد بها الفرد بتأثير العوامل البيئية . والثانية ترى أن التفاوت في الظروف والخبرات البيئية المتنوعة التي يمر بها الأفراد وما يرتبط بها من أساليب مختلفة للتنشئة الاجتماعية من شأنها تنمية استعداداتهم الكامنة وتوجيهها في مسارات محددة.

ولكن مع تزايد الدراسات الواقعية ظهرت وجهة نظر ثالثة تقول أن الفروق الفردية ما هي إلا نتاج للتفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية بحيث لا نستطيع القول بأن الفروق الفردية تتحدد بعوامل وراثية فحسب ولا بعوامل بيئية فحسب، ولكن تتحدد من خلال التأثيرات النسبية والتفاعل بين العوامل الوراثية كاستعدادات كامنة وبين العوامل البيئية بما تضيفه من الظروف والفرص المتاحة أمام الأفراد، وبما أن العوامل الوراثية والبيئية لا يمكن أن تكون متماثلة لفردين بأي حال من الأحوال، فهذا يؤكد أن لكل فرد طابعه الفريد والمميز. (حامد زهران، 1977م : 61).

ثانياً: مطالب النمو:-

يقصد بمطالب النمو الحاجة التي تظهر في فترة معينة من حياة الأفراد، فإذا تمكن الفرد من إشباعها شعر بالسعادة والإرتياح، وإذا فشل في إشباعها شعر بالشقاء والضيق، وعدم إشباع أحد هذه المطالب يؤثر على إمكانية إشباع المطالب الأخرى، وتعتمد مطالب النمو على ثلاثة مصادر تتفاعل معاً لتحديد لكل فرد مطالب نموه:-

- 1- التاريخ التطوري العضوي للفرد وهو أهمها.
- 2- النمط الثقافي والاجتماعي الذي يعيش في وسطه الفرد.
- 3- المستوى الذي يحدده الفرد لطموحه وقيمه الاجتماعية.

ثالثاً: الشخصية ومحدداتها:-

ذكر ألبرت في تعريفه للشخصية بأنها ذلك التنظيم الدينامي الكامن في الفرد الذي يتضمن مختلف

النظم النفسية التي تحدد خصائصه السلوكية وتفكيره، بمعنى أن الشخصية هي التنظيم الدينامي في الفرد لتلك الأجهزة الجسمية والنفسية التي تحدد طابعه الفريد من التوافق مع بيئته، ويكون التنظيم عادة ثابتاً نسبياً ولكنه مع ذلك قابل للتغيير نتيجة للتفاعل الدائم للعوامل الشخصية والاجتماعية والمادية التي يتعرض لها الفرد. والشخصية هي تنظيم متكامل ودينامي للخصائص الجسمية والخصائص العقلية والمعرفية والخصائص المعنوية والخصائص الانفعالية والخصائص الاجتماعية، وأن تكوين الشخصية يمكن النظر إليه في ضوء محددات معينة وما بينها من تفاعلات وهي:-

1- المحددات التكوينية " البيولوجية " .

2- محددات عضوية الجماعة.

3- محددات الدور الذي يقوم به الفرد .

4- محددات الموقف. (حامد زهران، 2002م : 62) .

رابعاً: دوافع السلوك الإنساني:-

كل سلوك يصدر عن الفرد إنما هو مدفوع وغرضي ولا يمكن التعرف على مظاهر السلوك الإنساني إلا إذا عرفنا الدوافع التي وراءها، ولكي يفهم الفرد غيره من الأفراد فهماً صحيحاً فإن الشرط الأساسي هو أن يبدأ بفهم دوافعهم وما يرمون إليه من أهداف.

وهناك نوعان رئيسيان من الدوافع ، دوافع تنشأ عن حاجات الجسم الخاصة بوظائفه العضوية والفسيوولوجية، وهذا النوع من الدوافع لا يتعلمها الفرد ولكنها موجودة فيه بالفطرة. ودوافع أخرى تأتي نتيجة نمو الفرد وإتصاله بالآخر وإحتكاكه بظروف الحياة العامة وما تقتضيه هذه الظروف وتسمى بالدوافع الثانوية.

والواقع أن الدوافع كلمة شاملة للعوامل الفطرية والمكتسبة الشعورية واللاشعورية الخارجية والداخلية و لكل ما يدفع إلى النشاط الحركي والذهني وبالتالي تندرج معها جميع صور الدوافع وهي الرغبة – الحافز – الباعث – الميل أو النزعة – الغريزة – الحاجة .

خامساً: الإنفعالات والعواطف:-

الإنفعال حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله دون أن يختص بها جزء معين من جسمه و أن هذه الحالة الإنفعالية المفاجئة تزول بزوال المثير أو المنبه الذي أثارها. فالإنفعال سلوك أو إستجابة ذات صبغة وجدانية لها مثيراتها ومظاهرها ونتائجها، أي وظائفها التي يعمل الإنفعال على تأديتها. ويعتبر الإنفعال بوجه عام مظهراً لفقدان الاستقرار أو التوازن بين الفرد والبيئة كما وأنه في الوقت ذاته وسيلة لإعادة التوازن، والإنفعالات أنماط سلوكية مكتسبة يتعلمها الفرد كما يتعلم معظم أنماطه السلوكية وهناك ثلاث طرق رئيسية يتم عن طريقها إكتساب وتعلم الإستجابات الإنفعالية وهي :-

1- التقليد والمحاكاة.

2- الإقتران الشرطي.

3- الفهم والإدراك.

أما العاطفة فهي عبارة عن تركيبة إنفعالية، أي تجميع بعض الإنفعالات الموجودة أصلاً في نفس الفرد، هذه الإنفعالات تنتظم فيما بينها ثم تدخل في تركيب جديد لم يكن موجوداً من قبل، وأن العواطف الثابتة تُعطي الحياة الوجدانية نظاماً وإتساقاً نحو أهداف بالذات، والعواطف مكتسبة بالخبرة وتتعلق عادة بالقيم وتتطور مع نمو الفرد و إتساع خبراته وكلما كانت عواطف الفرد متسقة ومتناغمة كلما دل ذلك على تكامل الشخصية وسواءها، أما إذا كانت العواطف متناقضة دل ذلك على اضطراب الشخصية و إنحرافها.

سادساً: الإتجاهات والقيم:-

ينظر علماء النفس إلي الإتجاه على أنه إستعداد وجداني مكتسب ثابت نسبياً يحدد شعور الفرد وسلوكه تجاه موضوعات معينة من حيث تفضيلها، وقد يكون هذا الموضوع قراراً أو فكرة أو مبدأ أو نظاماً اجتماعياً أو قيمة، ويصنفون الإتجاهات إلي إتجاهات موجبة وأخرى سالبة، وذلك وفقاً لنوع الإستجابة الصادرة بالإقبال كانت أو بالنفور، كما قد تكون الإتجاهات نوعية أو عامة قوية أو ضعيفة. ويُعرّف الإتجاه بأنه إستعداد مكتسب مُشبع بالعاطفة يحدد سلوك الفرد أذاء الأشخاص و المواقف والموضوعات التي يتعامل معها في البيئة إما بقبولها أو رفضها، ويشتمل الإتجاه على عناصر أساسية وهي :-

1- العنصر المعرفي.

2- العنصر الشعوري.

3- العنصر السلوكي.

أما القيم فهي تكوين فرضي يُستدل عليه من خلال التعبير اللفظي والسلوك الشخصي والاجتماعي، و القيم عبارة عن تنظيمات لأحكام عقلية إنفعالية مهمة نحو الأشخاص والأشياء والمعاني وأوجه النشاط، وهي مفهوم مجرد ضمني غالباً يعبر عن درجة التفضيل الذي يرتبط بالأشخاص والأشياء أو المعاني أو أوجه النشاط المختلفة.

والقيمة بمعناها المجرد هي أي شيء أو ظاهرة أو سلوك له قيمة لدى الفرد نتيجة لتقديره أو تقييمه الخاص لهذا الشيء أو الظاهرة أو السلوك.

ومن أهم خصائص القيمة أنها إنسانية ونسبية تترتب ترتيباً هرمياً، وتتضمن نوعاً من الرأي والحكم كما تتضمن الوعي بمظاهره الإدراكية والوجدانية و النزوعية. (سهير كامل أحمد، 2000م)

أهداف الإرشاد النفسي

لكل مجال مهني أهداف محددة يرمي إلي الوصول إليها ويسعى لتحقيقها مهما كانت سهلة أو بعيدة المنال، وعلى الرغم من حداثة عمر الإرشاد النفسي إلا أنه أصبح من العلوم المعترف بها والتي يتم

تدريسها في الجامعات، فلإرشاد النفسي أسس ونظريات واضحة وأساليب مقننة وأهداف علمية محددة منها :-

أولاً: تحقيق الصحة النفسية:-

إن المعاناة من هذا القلق الذي لا يقترن بالحلول الإيجابية للمشكلات قد يؤدي في كثير من الحالات إلى المعاناة من بعض الإضطرابات النفسية كالقلق والتوتر والإكتئاب والعزلة أو المخاوف المرضية أو أشكال من العصاب وهذه تؤثر سلباً على السلوك الفردي، و أن الإرشاد النفسي يرمي إلى تبصير الفرد بمشكلاته التي يواجهها والإمكانات المتوفرة لحلها، وهذا يساعد الفرد على إيجاد الحل الملائم الذي يساعده على التمتع بالصحة النفسية.

ثانياً: تحقيق الذات:-

ذكر روجرز أن دافع تحقيق الذات من أهم الدوافع التي تحفظ للمرء صحته النفسية، وكلما أمكن للفرد أن يحقق ذاته كلما أمكن تخلصه من القلق، وأن دور مراكز الإرشاد النفسي و دور المرشد النفسي هو أن يحاول مساعدة الفرد على تحقيق الذات دون صعوبات. ويقتضي ذلك من المرشد النفسي أن يحاول مساعدة الفرد على تنمية مفهوم إيجابي للذات بحيث يتطابق فيه مفهوم الفرد الواقعي عن ذاته مع المفهوم المثالي للذات، لأنه أكثر ما يعوق تحقيق الذات لدى الفرد هو نمو مفهوم سلبي للذات بحيث لا يتطابق فيه مفهوم الفرد الواقعي عن ذاته مع المفهوم المثالي للذات الذي يتمنى الفرد أن يكون لديه.

ثالثاً: تحقيق التوافق:-

من أهم أهداف الإرشاد النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية و الإجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، و يجب النظر إلى التوافق نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوافق المتوازن في كافة مجالاته، ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي:-

1- تحقيق التوافق الشخصي:-

أي تحقيق السعادة مع النفس و الرضا عنها و إشباع الدوافع و الحاجات الداخلية الأولية الفطرية و العضوية و الفسيولوجية والثانوية المكتسبة، والتوافق الشخصي يعبر عن السلم الداخلي حيث لا صراع و لا إضطرابات، و يتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المختلفة.

2- تحقيق التوافق التربوي:-

وذلك عن طريق مساعدة الفرد في إختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته و إمكاناته و استعداداته و ميوله وبزل أقصى جهد ممكن بما يحقق له النجاح الدراسي.

3- تحقيق التوافق الاجتماعي:-

و يتضمن السعادة مع الآخرين و الإلتزام والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة وتعديل

القيم مما يؤدي إلي تحقيق الصحة الإجتماعية.

4- التوافق المهني:-

و يتضمن الاختيار المناسب للمهنة و الإستعداد علمياً وتدريبياً لها والدخول فيها و الإنجاز و الكفاءة و الشعور بالرضا و النجاح، أي وضع العامل المناسب في العمل المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع.(سمية طه جميل، 2005م : 33 – 34)

ويرى الباحث إنه يمكن تلخيص أهم أهداف الإرشاد النفسي في الآتي:-

- 1- مساعدة العميل على أن يكون طبيعياً ونشيطاً و ذاتياً و أن يواصل تطوره بشكل إيجابي وبنّاء، و أن ينمو بشكل إجتماعي معتمداً على قدراته و استعداداته، و عندما يدرك العميل ما طرأ عليه من تغيير يصبح مستبصراً، مما يدفعه إلي إعادة تنظيم شخصيته و حياته، ويهتم المرشد بالتركيز في عمله على الجوانب الإيجابية للسلوك أكثر من إعتماده على الجوانب السلبية.
- 2- مساعدة العميل على الإستفادة من قدراته بالحد الأقصى الذي تسمح به، وذلك في إطار أسلوبه الحياتي والحدود التي تملئها المعايير الأخلاقية في المجتمع الذي يعيش فيه.
- 3- مساعد العميل على الوصول إلي مرحلة يستطيع من خلالها تقييم نفسه بصدق و أمانة، و أن يكتشف عن طريق ذلك بعض النقاط التي يشعر معها بالرضى النفسي.
- 4- مساعدة العميل على مواجهة مخاطر الحياة اليومية بشكل يجعله أكثر إهتماماً بمصالح الآخرين.
- 5- مساعدة العميل على الشعور بحريته من السيطرة الخارجية و من الدوافع غير المنطقية المنبعثة من داخله، و أن التحرر لا يعني التخلص من جميع المؤثرات وإنما يعني التحرر النابع من الوعي بوجود تلك المؤثرات مما يُنمي القدرة على الاختيار الواعي.

مناهج و إستراتيجيات الإرشاد النفسي

هناك ثلاث إستراتيجيات لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي هي:-

1- المنهج الإنمائي

2- المنهج الوقائي

3- المنهج العلاجي

ويدمج بعض الكُتّاب المنهجين الإنمائي والوقائي تحت عنوان واحد على أساس أن كل منهما يسعى إلي تجنب الوقوع في المشكلات و الإضطرابات النفسية و ذلك عن طريق دعم النمو السوي للفرد، و يظن البعض أن الإستراتيجية العلاجية يجب أن نبدأ بها، و لكن الأصح هو أن الإستراتيجية الإنمائية و الوقائية يجب أن تسبق الإستراتيجية العلاجية، و على العموم يجب التخطيط الدقيق لهذه المناهج الثلاثة في برنامج التوجيه و الإرشاد النفسي.

أولاً: المنهج الإنمائي Developmental

ويطلق عليه أحياناً " المنهج الإنشائي أو الإستراتيجية الإنشائية Strategy of promotion "، وترجع أهميته إلي أن خدمات التوجيه والإرشاد تقدم أساساً إلى العاديين لتحقيق زيادة كفاءة الفرد، و إلي تدعيم الفرد المتوافق إلي أقصى حد ممكن.

ويتضمن المنهج الإنمائي الإجراءات التي تؤدي إلي النمو السوي لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم لأعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والسعادة والكفاية والتوافق النفسي، و يتحقق ذلك عن طريق دراسة إستعدادات وقدرات و إمكانيات الأفراد و الجماعات و توجيهها التوجيه السليم نفسياً و إجتماعياً وتربوياً ومهنياً من خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسمياً و عقلياً و إجتماعياً و إنفعالياً.

ثانياً: المنهج الوقائي Preventive

يحتل المنهج الوقائي مكاناً هاماً في التوجيه والإرشاد النفسي و يطلق عليه أحياناً منهج التحصين النفسي ضد المشكلات و الإضطرابات النفسية. و يهتم المنهج الوقائي بالأسوياء و الأصحاء قبل إهتمامه بالمرضى ليقبهم من حدوث الإضطرابات و الأمراض النفسية، و يضم ثلاثة مستويات:—

1- الوقاية الأولية: وتتضمن محاولة منع حدوث المشكلة أو الإضطرابات أو الأمراض وذلك بإزالة الأسباب.

2- الوقاية الثانوية: و تتضمن محاولة الكشف المبكر و تشخيص الإضطرابات في مرحلتها الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليها ومنع تطورها و تفاقمها.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة: و تتضمن محاولة تقليل أثر الإعاقة و الإضطرابات أو الأزمات المرضية.

وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من الإضطرابات النفسية في:—

أ- الإجراءات الوقائية الحيوية: و تتضمن الصحة العامة والنواحي التناسلية.

ب- الإجراءات الوقائية النفسية: وتتضمن رعاية النمو النفسي السوي و نمو المهارات و الفترات الحرجة والتنشئة الإجتماعية.

ج- الإجراءات الوقائية الإجتماعية: و تتضمن إجراء الدراسات و البحوث العلمية وعمليات التقويم و المتابعة و التخطيط العلمي للإجراءات الوقائية.

ثالثاً: المنهج العلاجي Remedial

هناك بعض المشكلات والإضطرابات قد يكون من الصعب التنبؤ بها فتحدث فعلاً، وهنا يأتي دور المنهج العلاجي الذي يتضمن علاج المشكلات و الإضطرابات والأمراض النفسية

حتى العودة إلى حالة التوافق و الصحة النفسية.

ويهتم المنهج العلاجي بنظريات الإضطرابات والمرض النفسي و أسبابه وأعراضه وتشخيصه و طرق علاجه و توفير المعالجين والمراكز والعيادات والمستشفيات النفسية.(سمية طه جميل،2005م : 36 – 42)

بعض نظريات الإرشاد النفسي

لا غنى لعلم من العلوم طبيعياً كان أم إنسانياً عن النظرية فهي تربط ما بين وقائعه في نظام متناسق ومتكامل يفسر هذه الوقائع و يوسّع نطاقها، و النظرية يجب أن تضم الفروض الأساسية التي بنيت عليها ومجموعة من التعريفات الإجرائية أو التجريبية، و الفروض يجب أن تكون ذات صلة بالوقائع التجريبية التي تهتم بها النظرية، و تهدف النظرية إلى إكتشاف العلاقات التجريبية الثابتة بين المتغيرات، فالنظرية النفسية ذات إتجاه وظيفي، فهي تهتم بالمشاكل ذات الدلالة في توافق الكائن الحي، وهي تُركز حول أمور ذات أهمية حاسمة لبقاء الفرد وحياته، ولاشك أن المرشد النفسي يجب أن يعمل في ضوء نظرية طالما أن عملية الإرشاد النفسي تهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك و التنبؤ به وتعديله و تغييره، كما تفيد نظريات الإرشاد النفسي في فهم العملية الإرشادية نفسها وفهم طرق الإرشاد النفسي. (حامد زهران، 2005م : 93)

نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis Theory

كان الشعور هو موضوع علم النفس قبل ظهور التحليل النفسي الذي عارض هذا التيار و أقام ما يسمى بعلم نفس الأعماق أو علم نفس اللاشعور، و يفترض التحليل النفسي وجود جهازاً نفسياً قسمه إلى ثلاثة أقسام هي:-

1- الشعور

2- ما قبل الشعور

3- اللاشعور

و يقول فرويد رائد التحليل النفسي أن الشعور تعبير وصفي خالص يصدق على أكثر المدركات مباشرة و يقيناً، و أن الوقائع النفسية المكبوتة التي لاتستطيع بما هي عليه و في حد ذاتها أن تبلغ الشعور، وكذلك الوقائع النفسية الضمنية أي اللاشعورية بالمعنى الوصفي لا الدينامي للكلمة هي وقائع قبل شعورية، بينما نستبقي كلمة لا شعورية للوقائع النفسية المكبوتة أي اللاشعورية من الناحية الدينامية.(سهير كامل أحمد،2000م)

بناء الشخصية عند فرويد

ذهب فرويد إلى القول أن هناك ثلاثة أنظمة رئيسية للشخصية هي:-

1- الهو The Id

2- الأنا The Ego

3- الأنا الأعلى The Super Ego

و أن لكل منها وظائفه و خصائصه و مكوناته و مبادئه و دينامياته و ميكانزماته التي يعمل وفقاً لها، إلا أنها جميعاً تتفاعل فيما بينها تفاعلاً وثيقاً، و أن سلوك الأفراد في الأغلب هو محصلة تفاعل هذه الأنظمة الثلاث، و نادراً ما يعمل أحد هذه الأنظمة بمفرده دون النظامين الآخرين.

أولاً: الهو The Id

يعتبر الهو النظام الأصلي للشخصية و الكيان الذي يتميز منه الأنا و الأنا الأعلى، و يتكون الهو من ما هو موروث و موجود منذ الولادة بما في ذلك الغرائز، و أنه مستودع الطاقة النفسية، كما أنه يزود العمليات التي يقوم بها النظامان الآخرين بطاقتها، و يطلق فرويد على الهو إسم الواقع النفسي الحقيقي.

ثانياً: الأنا The Ego

يعمل الأنا طبقاً لمبدأ الواقع Reality principle ، و أن غاية الواقع هي الحيلولة دون تفريغ التوتر حتى يتم إكتشاف الموضوع المناسب لإشباع الحاجة، و الأنا هو الجهاز الإداري للشخصية لأنه يسيطر على منافذ العقل و السلوك و يختار من البيئة الجوانب التي يستجيب لها و يُعزز الغرائز التي سوف تُشبع والكيفية التي يتم بها ذلك.

ثالثاً: الأنا الأعلى The Super Ego

الأنا الأعلى هو الدرع الأخلاقي للشخصي و هو يمثل ما هو مثالي و ليس ما هو واقعي، و هو ينزع إلي الكمال بدلاً من اللذة، و أن شاغله الأول أن يقرر هل شيء ما صائباً أو خاطئاً؟، حتى يستطيع التعرف على أساس القيم الدينية و الأخلاقية التي يملئها المجتمع. (عبد السلام عبد الغفار، 1973م : 115).

المبادئ التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي

أولاً: الحتمية النفسية:-

أي أن يكون لكل سبب نتيجة و لكل نتيجة سبب، و قد يكون السبب ظاهر أو غير ظاهر، و قد يكون منطقياً أو بعيد عن المنطق، أي أن هناك سبباً يكمن وراء أي حدث يحدث.

ثانياً: الحيل اللاشعورية:-

وتنتج من داخل الفرد نفسه لمواجهة الأخطار الناجمة من الخارج أي الأفراد المحيطين بالفرد نفسه لتدافع عن شخصيته، و يُطلق عليها ميكانزمات الدفاع ومنها:-

1- التوحد Identification:-

وهي محاولة الفرد للوصول إلي الهدف بأن يبرمج ذاته بصفات محددة أو بذات شخص آخر من خلال تقليده أو محاكاته ولذا فإن تقليد الوالدين ومحاكاتهم يخفف من درجة التوتر لدى الفرد.

2- الإستبدال و الإزاحة Displacement and Substitution:-

وهي عملية توجيه الطاقة من هدف إلى آخر لتوضيح قدرة الفرد على تغيير هدف نشاطه من موضوع نفسي إلى آخر، وتتم عملية التغيير هذه عندما يكون الهدف الجديد لا يكفي لإزالة التوتر ولذا فإنه يظل الفرد يبحث عن الأفضل لتخفيف ذلك التوتر لديه وهذا يفسر تنوع أشكال سلوك الفرد.

-3- الكبت Repression-

وهو محاولة الفرد التحفظ عن دوافع مثيرة للقلق ويرفض ببساطة الاعتراف بوجودها والأفراد الذين يعترفهم الكبت تكون شخصياتهم متوترة وتكون لديهم بعض المشكلات النفسية.

-4- الإسقاط Projection-

وهو إنكار صفة معينة في الفرد وإصاقها بفرد آخر، وهو مرتبط بحيلة الإنكار والإفراط في استخدامه يعوق معرفة الفرد لنفسه ويفسد علاقاته الاجتماعية، أيضاً لأنه قد يصل به الحد للحط من شأن الآخرين مما يؤدي إلى إختلاف في الإدراك أو إدراك الأشياء التي لا وجود لها.

-5- النكوص Regression-

وهو تراجع الفرد إلى ممارسة أساليب سلوكية في مرحلة سابقة من حياته لا تتناسب مع مرحلة نموه الحالية ليجنب ذاته الشعور بالعجز والفشل أو المخاوف أو الحرمان، وهذه العملية تجنب الفرد الشعور بالقلق ولكنها تعوق نموه.

-6- التثبيت Fixation-

عندما ينتقل الفرد من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى يواجه مواقف محبطة ومثيرة للقلق تعوق إستمرارية نموه بصفة مؤقتة على الأقل ويثبت على مرحلة معينة من مراحل نموه ويخاف الانتقال منها ويتخلى عن شرط سلوكي معين على إشباع حاجاته لعدم تأكده من السلوك هل يستحق الإشباع أم لا؟.

-7- التكوين العكسي Reaction Formation-

تحاول الأنا تكوين سلوك على النقيض عندما يكون هناك موقف يثير القلق، فإذا كان الفرد يشعر بكرهية تجاه شخص ما فقد يُظهر مشاعر الود والحب تجاهه، وعادة ما ترجع الأشكال المتطرفة من السلوك إلى التكوين العكسي.

-8- التعويض Compensation-

وهو أسلوب المبالغة الذي يبدو على سلوك الفرد، وهو عملية تعويض عن مشاعر مكبوتة تؤلم الفرد، إذا شعر بها تظهر على شكل إستعراضات يقوم بها، ويرجع السلوك التعويضي عند بعض الأفراد إلى عوامل لاشعورية لا يعيها الفرد تدفعه إلى أساليب سلوكية غير متكاملة مبالغ فيها قد تؤدي إلى اضطرابات إنفعالية.

-9- التبرير Rationalization-

وهو عملية نستطيع من خلالها إيجاد أسباب منطقية لسلوكنا ولكن هذه الأسباب غالباً ما تكون مخالفة

للواقع، وفي بعض الأحيان يمثل التبرير عملية لاشعورية لأن صاحبها لا يدرك بأنه مشوه الواقع، ويمكن للمرشد النفسي أن يتعرف على الحيل الدفاعية التي يقوم بها كثير من العملاء، فعلى ضوءها يمكنه التعامل مع المشكلات المتعددة. (حامد زهران، 2002م : 122 – 129)

تطبيقات نظرية التحليل النفسي في الإرشاد

إن العلاقة العلاجية والإرشادية بين العميل والمرشد النفسي تتضمن نفس خطوات التحليل النفسي وهي:-

1- التداعي الحر Free Association

ويسمى بالقاعدة الأساسية Fundamental Rule ، وهي عبارة عن ميثاق يتعهد فيه العميل – بداية العلاج التحليلي – بالتعبير عن كل ما يجول بخلده دون حذف أو إختيار إراديين، فإذا أطلق المريض حوافزه دون تقييد شعوري أو إرادي فإنه لا يلبس أن يكشف بالتدريج عن المحتويات اللاشعورية المسؤولة عن هذا الكبت، وبإخضاع هذه الحيل وتلك المحتويات للتحليل المستمر يتحقق حل الصراع النفسي وما يفضي إليه من مختلف الأمراض.

2- التحويل أو الطرح Transference

يشير مفهوم الطرح إلي موقف إنفعالي يقفه المريض تلقائياً من المحلل النفسي، ويتميز أحياناً بغلبة الحب أو مشاعر العدوان، وإن كان يتألف من مزيج من العنصرين وهذه المشاعر لا تنطبق على الموقف الحاضر وإنما هي مواقف لاشعورية طفيلية يحياها المريض ثانية في الموقف العلاجي ويخلع فيها على شخصية المحلل شخصية المريض تكويناً يتسم بالصراع النفسي والعجز عن النمو النفسي الكامل.

نقد نظرية التحليل النفسي

لا شك أن لنظرية التحليل النفسي مزايا عديدة حيث اهتمت بعلاج أسباب المشكلات و الإضطرابات النفسية و السلوكية، كما إنها تناولت الجوانب اللاشعورية من محاولة تحرير الفرد من الخبرات المكبوتة في أعماق النفس و إعلاؤها، كما إهتمت بالسنوات الأولى من حياة الفرد. ولكن إلي جانب ذلك نلاحظ أن نظرية التحليل النفسي إهتمت بالمرضى دون الأسوياء العاديين، وأن النظرية برمتها موجهة لفهم تقسيم المرض النفسي، ويرجع هذا إلي نشأتها الأولى حيث بنى لبناتها الأولى فرويد في عيادته من خلال الحالات المرضية التي إستقبلها. (يوسف القاضي وآخرون، 2002م : 357 - 359).

نظرية الذات Self Theory

صاحب هذه النظرية هو كارل روجرز، وهو يعتقد أن الذات هو جوهر الشخصية الإنسانية وأن مفهوم الذات حجر الزاوية الذي ينظم السلوك الإنساني.

وقد عرف الذات بأنه التنظيم المعرفي لمفاهيم الفرد وقيمه وأهدافه ومثله، وهو الصورة المضطربة لدى الفرد عن نفسه، وقال روجرز إنني كنت أسأل نفسي كيف أستطيع أن أعالج أو أن أغير ما لدى الأفراد؟، والآن أسأل كيف أستطيع أن أقيم علاقة وجوئاً نفسياً يستطيع من خلاله المريض أن يحقق أفضل نمو نفسي؟، ويتأثر مفهوم الذات بخبرات الفرد المباشرة وقيم الآباء وأهدافهم وفكرة المرء عن نفسه المتعلمة وهي إرتقائية تبدأ منذ الميلاد وتتمايز بالتدريج خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وأن هناك مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه منها:—

1- قيم الآباء وأهدافهم والتصورات التي يوجهها الفرد للمجتمع المحيط به.

2- خبرات الفرد المباشرة.

3- التصورات التي تكوّن الصورة المثالية التي يرغب الفرد أن يكون عليها.

أما عن وظيفة مفهوم الذات فيقول روجرز أنها مختلفة لدى الفرد ومنها:—

1- **وظيفة دافعية:** وهي التي تحفز الفرد على السلوك لتحقيق أهدافه.

2- **وظيفة تكاملية:** بحيث تؤدي إلي تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه.

ولما كان لدى الفرد حاجة ملحة كي يظهر أمام الآخرين على أنه قوي وجدير وقادر على حل مشكلاته والإعتماد على نفسه وتحقيق ذاته فإن على المرشد النفسي أن يستثمر هذه الحاجة وأن يعتمد على تكتيكات وأساليب تساعد المسترشد على تحقيق هذه الحاجة والعمل بطريقة إيجابية سوية. (عبد الحميد الهاشمي، 1994م : 63)

الأهمية الخاصة لنظرية الذات في الإرشاد النفسي

يُجمع الكتّاب والباحثون على أن أحد الأهداف الرئيسية للإرشاد العلاجي هو تنمية مفهوم واقعي عن الذات Realistic Self Concept ، وأن معظم حالات سوء التوافق هي نتيجة الفشل في تنمية هذا المفهوم الواقعي ورسم الخطط التي تتلاءم معه، ومن المعلوم أن من ينمي مفهوماً منخفضاً للذات أو أقل من الواقع يكون لديه مشكلات تماثل في حداثتها تلك التي تكون لدى من ينمي مفهوماً مبالغاً فيه للذات، وقد وجد هافينز أن مرضى الذهان يكون مفهوم الذات لديهم مشوهاً وبعيداً عن الواقع، ويعتقد معظم الباحثين أن الإرشاد النفسي هو علاقة بين المرشد والعميل، يضع فيها العميل مفهومه عن ذاته كموضوع رئيسي للمناقشة بحيث تؤدي عملية الإرشاد إلي فهم واقعي للذات المثالي، وأن السلوك نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما يخبرها في المجال الظاهري وكما يدركه، ويتفق السلوك مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية، عندما يحدث تعارض هنا يحدث عدم التوافق النفسي وأحسن فهم لسلوك الفرد يكون من وجهة نظر الفرد نفسه ومن داخل إطاره المرجعي أي من داخل مجاله الإدراكي، وأفيد طريقة لإحداث التغيير في السلوك هي إحداث التغيير في مفهوم الذات، وهذا ما يحاول المرشد إحداثه في طريقة الإرشاد الممركز حول العميل Client Centered وبعبارة أخرى الممركز حول الذات

أهم تطبيقات نظرية الذات في الإرشاد النفسي

1- ينبغي على المرشد النفسي أن يعتبر المسترشد هو محور العملية الإرشادية ولأن النظرية برمتها تقوم على الإيمان بأن العميل لديه من الإمكانيات التي تمكنه من تحقيق ذاته وتقدير مصيره، وعليه أن يتحمل مسؤولياته، وأن الإطار الداخلي للمسترشد هو تحقيق الموضوعية التي يجب أن يعتمد عليها المرشد، وعندما يستطيع المرشد أن يتعرف على مضامين هذا الإطار الداخلي يمكن عندها أن يدخل إلي عالم المسترشد و فهم إنفعالاته و بالتالي إمكانية بزل المساعدة له للوصول إلي مرحلة الإستبصار.

2- على المرشد أن يضفي جواً من التسامح والتقبل خلال العملية الإرشادية، فهو يساعد على التخفيف من خطر التهديد وهذا الجو يساعد العميل أن يتقبل الجوانب الذاتية التي لم يكن يتقبلها من قبل، ومثل هذا الجو يسمح له بالتعبير عن بعض المشاعر التي كان يخفيها لأنها تسبب له بعض التهديد وبعد أن يتقبل نفسه يستطيع تقبل الآخرين.

3- أن أهم عنصر في العلاقة الإرشادية هو الجانب الإنفعالي لأن المعلومات و تفسيرها وتشخيص الأشياء ليس لها أهمية بقدر الأهمية التي يحظى بها الجو الذي يستطيع المرشد أن يصبغه على العلاقة الإرشادية.

نقد نظرية الذات

1- إن النظرية لم تضع تصوراً كاملاً لطبيعة الإنسان وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات.

2- يؤكد روجرز أن الفرد يعيش في عالمه الذاتي الخاص و يكون سلوكه تبعاً لإدراكه الذاتي، ونسى أن يشير إلي الموضوعية كما أنه ركّز على الجوانب الشعورية وتناسى الجوانب اللاشعورية لدى الفرد، وذلك على الرغم من أن الجوانب اللاشعورية ذات دور كبير في التطوير المرغوب لدى الفرد.

3- لم يهتم روجرز بالاختبارات والمقاييس إلا عندما يرغب العميل متناسياً أن جمع المعلومات أمر هام

للمرشد. (حامد زهران، 2002م : 97 – 101)

النظرية السلوكية Behaviour Theory

يرى أصحاب هذه النظرية بأن السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، ويتحكم في تكوينها قوانين الدماغ وهي قوى الكف والقوى الإستثارة اللتان تسيران مجموعة الإستجابات الشرطية ويرجعون ذلك إلي العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد، وتدور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في إكتساب التعلم الجديد أو في إطفائه، ولذا فإن السلوك الإنساني مكتسب عن طريق التعلم وأن سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير بإيجاد ظروف وأجواء تعليمية معينة.

ويذهب أصحاب النظرية السلوكية إلي أن الإضطرابات السلوكية أنماط من الإستجابات الخاطئة أو غير

السوية التي تعلمها الفرد ويحتفظ بها لفاعليتها في تجنب مواقف أو خبرات غير مرغوبة، أما بالنسبة لتغيير السلوك غير السوي فيقول السلوكيون لابد للمرشد أن يحدد هنا السلوك وبواعثه والشروط التي يظهر فيها وتخطيط المواقف التي يتم فيها التعلم الجديد الذي يؤدي إلي تكوين إرتباطات جديدة، ولمعالجة مثل هذه المواقف لا بد للمرشد النفسي من أن يهيئ جواً نفسياً سوياً وعليه أن يستمع إلي المسترشد بإحترام وأن يبدي نحوه المودة والمشاركة الوجدانية لمساعدته على إستعادة ذكرياته للتخلص من قلقه وخوفه وأن إنطفاء الخوف يساعد المسترشد على النشاط ويركز دعة هذه النظرية بإستخدام التعزيز الموجب للسلوك الجديد. (حامد زهران ، 2002م : 102)

المبادئ التي تركز عليها النظرية في تعديل السلوك

في النظرية السلوكية بعض المبادئ والإجراءات التي تعتمد عليها، ويحتاج المرشد النفسي لتطبيقها كلها أو إختيار بعضها في التعامل مع المسترشد من خلال العلاقة الإرشادية، وهي على النحو التالي:-

1- الإشتراط الإجرائي:-

ويطلق عليه مبادئ التعلم وإنه يؤكد على الإستجابات التي تؤثر على الفرد لذا فإن التعلم يحدث إذا عقب السلوك حدث في البيئة يؤدي إلي إشباع حاجة الفرد واحتمال تكرار السلوك المُشبع في المستقبل.

2- التعزيز أو التدعيم:-

ويعتبر هذا المبدأ من أساسيات عملية التعلم الإجرائي والإرشاد السلوكي ويعد من أهم مبادئ تعديل السلوك لأنه يعمل تقوية النتائج المرغوبة، والتعزيز نوعان هما:-

أ- التعزيز الإيجابي:-

وهو حدث سار كحدث لاحق نتيجة لإستجابة ما إذا كان الحدث يؤدي إلي إستمرارية قيام السلوك.

ب- التعزيز السلبي:-

ويتعلق بالموقف السلبي البغيضة والمؤلمة، فإذا كان إستبعاد حدث منفر يتلو حدوث سلوك بما يؤدي إلي زيادة حدوث هذا السلوك فإن إستبعاد هذا الحدث يطلق عليه تدعيم أو تعزيز سلبي.

3- التعلم بالتقليد والملاحظة والمحاكاة:-

وتتركز أهمية هذا المبدأ حيث أن الفرد يتعلم السلوك من خلال الملاحظة والتقليد وعادة يتعلم الأفراد سلوكهم من خلال مشاهدة نماذج في البيئة وقيامهم بتقليدها في الإرشادية لتغيير السلوك وتعديله.

4- العقاب:-

ويتمثل في الحدث الذي يعقب الإستجابة والذي يؤدي إلي إضعاف الإستجابة التي تعقب ظهور العقوبة أو التوقف عن هذه الإستجابة والعقاب نوعان هما:-

أ- العقاب الإيجابي:-

ويتمثل في ظهور حدث منفر ومؤلم للفرد بعد إستجابة ما يؤدي إلي إضعاف هذه الإستجابة أو توقفها.

ب- العقاب السلبي:-

وهو إستبعاد حدث سار للفرد يعقب أي إستجابة مما يؤدي إلي إضعافها أو إختفاءها.

5- التشكيل:-

وهو عملية تعلم سلوك مركب وتتطلب تعزيز بعض أنواع السلوك وعدم تعزيز أنواع أخرى ويتم من خلال إستخدام مجموعة من القوانين هي:-

أ- الانطفاء:-

الانطفاء أو الإغفال أو المحو هو انخفاض السلوك في حال توقف التعزيز سواء أكان بشكل مستمر أو منقطع فيحدث المحو أو الانطفاء أو الإغفال ويفيد في تغيير السلوك وتعديله وتطويره ويتم من خلال إهمال السلوك وتجاهله وعدم الانتباه إليه أو عن طريق وضع صعوبات أو معوقات أمام الفرد مما يعوق اكتساب السلوك ويعمل على تلاشيهِ.

ب- التعميم:-

ويحدث التعميم نتيجة لأثر تدعيم السلوك مما يؤدي إلى تعميم المثير على مواقف أخرى مثيراتها شبيهة بالمثير الأول أو تعميم استجابة أخرى مشابهة أو مواقف أخرى.

ج- التميز:-

ويتم عن طريق تعزيز الاستجابة الصحيحة لمثير معين أي تعزيز الموقف المراد تعلمه أو تعليمه أو تعديله.

6- التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجي:-

ويتم ذلك في الحالات التي يكون فيها سلوك غير مرغوب مثل الخوف أو الإشمئزاز والذي يرتبط بحادثة معينة فيستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم.

7- الكف المتبادل:-

ويقوم أساساً على وجود أنماط من الإستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها البعض مثل الإسترخاء والضيق، ولابد من تهيئة الظروف المناسبة لتعلم هذا السلوك.

8- الإشتراط التجنبي:-

ويستخدمه المرشد أو المعالج النفسي لتعديل السلوك غير المرغوب فيه، ويتم إستخدام مثيرات منفرة كالعقاقير المقيئة والصدمات الكهربائية وأشرطة كاسيت تسجل عليها عبارات منفرة تتناسب مع السلوك الذي يراد تعديله.

9- التعاقد السلوكي:-

ويقوم هذا الأسلوب على فكرة أن من الأفضل للمسترشد أن يحد بنفسه التغيير السلوكي المرغوب، ويمكن تطبيق مبدأ التعاقد السلوكي أثناء دراسة الحالة.

تطبيقات النظرية السلوكية في الإرشاد النفسي

تفسر النظرية السلوكية المشكلات السلوكية بأنها أنماط من الإستجابات الخاطئة أو غير السوية المتعلمة بإرتباطها بمثيرات منفردة، ويحتفظ بها الأفراد لفاعليتها في تجنب المواقف أو الخبرات غير المرغوبة، ويركز الإرشاد النفسي على ما يلي:-

- 1- مساعدة العميل على تعلم سلوك جديد مرغوب والتخلص من سلوك غير مرغوب فيه ومساعدته في تعلم أن الظروف الأصلية تغيرت أو يمكن تغييرها.
- 2- تغيير السلوك غير السوي أو غير المتوافق وذلك بتحديد السلوك المراد تغييره و الظروف والشروط التي يظهر فيها والعوامل التي تكتنفه وتخطيط مواقف يتم فيها تعلم ومحو تعلم لتحقيق التغير المنشود.
- 3- الحيلولة بين العميل وبين تعميم قلقه على مثيرات جديدة.
- 4- تعزيز السلوك السوي المتوافق.
- 5- ضرب المثل الطيب والقذوة الحسنة سلوكياً أمام العميل علّه يتعلم أنماط مفيدة من السلوك عن طريق محاكاة المرشد خلال الجلسات الإرشادية المتكررة.

نقد النظرية السلوكية

رغم أن النظرية السلوكية تعتبر نظرية تجريبية موضوعية وظيفية في تفسير السلوك فإنه يوجه إليها بعض الإنتقادات:-

- 1- يصر أصحاب النظرية السلوكية على أن السلوك الملاحظ الظاهري الموضوعي فقط هو الذي يوضع في الاعتبار من الناحية.
- 2- المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية لا تتفق كثيراً مع المفاهيم النظرية والتكوينات الفرضية التي توجد في النظريات الأخرى.
- 3- يقول البعض أن من أكبر عيوب النظرية السلوكية أن معظم دلائلها العلمية والتجريبية الأصلية مبنية على البحوث التي تجرى على الحيوان أكثر منها على الإنسان.
- 4- يركز الإرشاد السلوكي الذي يقوم على أساس النظرية السلوكية على إزالة الأعراض في ذاتها بدلاً من الحل الجزري للسلوك المشكل عن طريق التعرف على أسبابه الدينامية وإزالتها وبذلك قد يكون وقتياً وعابراً. (حامد زهران، 2002م : 103 – 107)

نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي Theory of Rational-Emotive Counselling

صاحب هذه النظرية ألبرت أليس وهو عالم نفس إكلينيكي أهتم بالتوجيه والإرشاد المدرسي والإرشاد الزواجي والإرشاد الأسري، ويرى صاحب هذه النظرية أن الأفراد ينقسمون إلى قسمين هما:-

- 1- واقعيون.
- 2- غير واقعيون.

وأن أفكارهم تؤثر على سلوكهم، فهم بالتالي عرضة للمشاعر السلبية مثل القلق والعدوان والشعور بالذنب بسبب تفكيرهم اللاواعي وحالتهم الإنفعالية والتي يمكن التغلب عليها بتنمية قدرة الفرد العقلية وزيادة درجة إدراكه. (عصام سماره وآخرون، 1998م : 213).

المفاهيم التي تقوم عليها نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي

1- أن الفرد يولد ولديه الإمكانيات لكي يصبح منطقياً عقلياً واضح التفكير، كما يولد ولديه الميل لأن يصبح غير منطقي أو غير عقلائي ويتسم تفكيره بالتشويش.

2- الفرد يدرك ويفكر وينفعل ويسلك بطريقة تلقائية لا تنفصل فيها العمليات السابقة عن بعضها البعض بل تتفاعل.

3 - يتأصل التفكير الغير عقلائي في التعلم المبكر الذي يكتسبه الفرد من الآباء من خلال التنشئة والثقافة التي كان يعيش في إطارها في مراحل الطفولة.

4- الفرد لا يضطرب بسبب الأحداث والأشياء بل بسبب وجهة نظره التي يتخذها بصدد تلك الأشياء والأحداث.

5- يمكن مواجهة الأفكار والإنفعالات السلبية المدمرة للذات بإعادة تنظيم تفكير الفرد نحو المواقف والأحداث، وهدف المعالج في عملية الإرشاد أو العلاج هو أن يبين للعميل أن ما يردده لنفسه والطريقة التي ينظر بها للأمور تمثل طريقة تفكير لاعقلانية، وهنا ينصب العلاج على تقويم تفكير العميل بحيث يصبح أكثر منطقاً وعقلانية.

تطبيقات نظرية الإرشاد العقلاني والإنفعالي في الإرشاد النفسي

1- أهمية التعرف على أسباب المشكلة، أي الأسباب غير المنطقية التي يعتقد بها المسترشد والتي تؤثر على إدراكه وتجعله مضطرباً.

2- إعادة تنظيم إدراك وتفكير المسترشد عن طريق التخلص من أسباب المشكلة ليصل إلي مرحلة الإستبصار للعلاقة بين النواحي الإنفعالية والأفكار والمعتقدات والحدث الذي وقع فيه المسترشد.

3- إقناع المسترشد على جعل الأفكار في مستوى وعيه و إنتباهه ومساعدته على فهم غير المنطقية منها لديه.

4- تدريب المسترشد على إعادة تنظيم أفكاره وإدراكه وتغيير الأفكار اللامنطقية الموجودة لديه ليصبح أكثر فعالية و إعتمادياً على نفسه في الحاضر والمستقبل.

5- إستخدام أساليب الإرتباط الإجرائي والمناقشات الفلسفية والنقد الموضوعي في أداء الواجبات، وهذه من أهم جوانب العملية الإرشادية.

6- مهاجمة الأفكار والحيل الدفاعية التي توصل المرشد إلي معرفتها من خلال الجلسات الإرشادية مع المسترشد وإبدالها بأفكار أخرى مقبولة إجتماعياً. (سناء زهران ، 2004م : 73 – 79)

فريق الإرشاد النفسي Counselling Team

يشير مفهوم الفريق إلى أنه من الصعب ومن غير المرغوب فيه أن نضع فاصلة جامدة بين مسئوليات كل من المشتغلين بالتوجيه والإرشاد النفسي، ويعتبر التوجيه والإرشاد النفسي مسئولية جميع أعضاء فريق الإرشاد، وعلى جميع أعضاء الفريق الحرص على أن يكون نتاج عملهم خلاصة عمل جماعي أكثر منه نتاج عمل جماعة أفراد.

وفى نفس الوقت لابد من تحديد ملامح الحدود بين أدوار أعضاء الفريق الذي يسعى كوحدة في تعاون وتكامل إلى تحقيق أهداف التوجيه والإرشاد النفسي، ويجب أن يكون هناك مسئوليات محددة يقوم بها بعض الأعضاء دون البعض الآخر. (حامد زهران، 2002م : 526)

أولاً: المدير Director

هو عادة واجهة فريق الإرشاد النفسي، وأكثر أعضائه مسئولية أمام عدد كبير من الجهات والأفراد، فهو مسئول عن أمام الجهات الأعلى والجهات الخارجية والوالدين والعملاء أنفسهم فهو مسئول بحكم منصبه، ويجب أن يكون ملماً بالتوجيه والإرشاد النفسي إذا كان له أن يتولى إدارته، وأن يكون مقتنعاً بأهمية التوجيه والإرشاد النفسي وضرورته وأن يكون متحمساً لبرنامج حيث يتوقف على ذلك عادة نجاحه في إدارة البرنامج الإرشادي.

دوره الإرشادي

- 1- إدارة برنامج الإرشاد والإشراف على إعداد خطته وميزانيته.
- 2- الإشراف العام على جميع خدمات الإرشاد النفسي وتبسيط كافة مناشطه مما يجعلها خدمات إرشادية ملموسة للجميع.
- 3- قيادة فريق الإرشاد وتوفير الوقت الكافي لأعضاء الفريق ليقوموا بأدوارهم الإرشادية.
- 4- القيام بدور تنفيذي مثل الإشتراك في بعض إجراءات عملية الإرشاد.
- 5- الإتصال مع المؤسسات الاجتماعية والتربوية والمهنية وغيرها في المجتمع بما يفيد برنامج الإرشاد النفسي.

- 6- الإعداد والإشراف على برامج التدريب أثناء الخدمة لكل العاملين في التوجيه والإرشاد.

ثانياً: الأخصائي النفسي Psychologist

الأخصائي النفسي بصفة عامة هو المساعد الرئيسي واليد اليمنى للمرشد النفسي. وأحياناً يتخصص في المجال التربوي ويطلق عليه الأخصائي النفسي المدرسي school Psychologist ، أو يتخصص في مجال القياس النفسي ويطلق عليه أخصائي القياس النفسي Psychometrician ، أو في مجالات علاجية محددة ويطلق عليه الأخصائي النفسي العلاجي Clinical Psychologist .

دوره الإرشادي

يتركز الدور الإرشادي للأخصائي النفسي في أعمال متخصصة ومحددة يجب أن لا يتخطاها و أهمها ما يلي:-

1- إجراء معظم الفحص النفسي من فحص ودراسة الحالة، وإعداد التقرير وربما اقتراح التشخيص المبدئي وبعض التوصيات الإرشادية العلاجية وإجراء الفحوص والبحوث النفسية الخاصة بالحالات التي يحيلها إليه المرشد أو المعالج أو الطبيب النفسي.

2- القياس النفسي وإجراء الاختبارات " خاصة إختبارات التشخيص " و الإشراف عليها وتفسير نتائجها.

3- ملاحظة ودراسة سلوك العميل و إتجاهاته العامة وتحديد النمط العام لسلوكه.

4- مساعدة المرشدين والمعالجين النفسيين في تقديم الكثير من خدماتهم مثل المشاركة في الإرشاد الجماعي.

5- الإختصاص في نواح معينة من عملية الإرشاد وإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية للفئة الخاصة التي يتخصص فيها. (نادر فهمي الزبيد، 1998م : 453 – 455)

ثالثاً: الأخصائي الاجتماعي Social Worker

يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور دينامي في التوجيه والإرشاد، وقد يتخصص الأخصائي النفسي في المجال التربوي ويطلق عليه الأخصائي الاجتماعي المدرسي School Social worker ، وهو أكثر الأخصائيين تواجداً في المدرسة بعد المدرس وقد يتخصص في مجال العمل الطبي النفسي ويطلق عليه الأخصائي الاجتماعي الطبي النفسي Psychiatric Social Worker ، ويعتبر الأخصائي الاجتماعي حلقة الوصل بين المؤسسة والمجتمع الخارجي كما يحدث بين المدرسة والأسرة.

دوره الإرشادي

المجال الاجتماعي هو المجال الذي يقوم فيه الأخصائي الاجتماعي بدوره في الإرشاد النفسي، وذلك على النحو التالي:-

- 1- إجراء المقابلات الأولى مع العميل وأسرته وفي مكان عمله.
- 2- الإتصال بالأسرة والعمل مع الوالدين.
- 3- إجراء البحث الاجتماعي ودراسة الحالة وتاريخها للعميل والأسرة والإشتراك في مؤتمر الحالة وتحليل المشكلات الاجتماعية وتقديم التقدير الاجتماعي.
- 4- تقديم الخدمات الاجتماعية المتخصصة للفرد والجماعة.
- 5- تنظيم معظم أوجه النشاط الاجتماعي في مركز الإرشاد أو العيادة النفسية.
- 6- المشاركة الفعلية في الإرشاد الجماعي والإرشاد الأسري وإرشاد بعض حالات الجنوح وسوء التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية.

7- الإتصال بالمؤسسات الإجتماعية.

8- الإشتراك في تخطيط وتنفيذ تعديل البيئة والمجال الاجتماعي مثل الظروف الإجتماعية وغيرها مما يضمن تحقيق حالات التوافق الاجتماعي للحالات.

9- المساعدة في حالات الإحالة.

رابعاً: الطبيب Doctor

يحتاج برنامج التوجيه والإرشاد النفسي إلي خدمات طبية في مجال الطب العام والمتخصص والطب النفسي بصفة خاصة، والطبيب النفسي Psychiatrist وهو أكثر الأطباء إشتراكاً في مجال الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، ومن المتحسن أن يكون الطبيب الذي يعمل في ميدان الإرشاد النفسي متفرغاً.

دوره الإرشادي

دور الطبيب في التوجيه والإرشاد النفسي متخصص جداً ومحدد على النحو التالي:-

1- الإجراءات الطبية الوقائية والتربية الصحية في المدرسة، والإشراف على برامج الصحة المدرسية.

2- إجراء الفحص الطبي اللازم لعملية الإرشاد.

3- العلاج الجسدي والعلاج باستخدام الأدوية.

4- تناول حالات الطوارئ في مراكز وعيادات الإرشاد.

5- التشخيص الطبي النفسي.

6- الإشتراك مع المعالج النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية.

7- إتخاذ الإجراءات الطبية اللازمة في حالات الفئات الخاصة من المعاقين والمرضى وذوي العاهات.

8- تقديم الخدمات الطبية المتخصصة الخاصة بضعف البصر والسمع وغيرها وقائياً وعلاجياً.

خامساً: المعالج النفسي Psychotherapist

يلاحظ أن المعالجين النفسيين ليسو من الكثرة العددية بحيث يتوافرون في المدارس والمؤسسات ولكنهم عادة تقتصر فرصة تواجدهم على مراكز الإرشاد والعلاج النفسي فقط.

دور المعالج النفسي الإرشادي

1- تشخيص وعلاج الإضطرابات النفسية.

2- علاج المشكلات النفسية الحادة المستمرة ذات الطابع الشخصي جداً والإنفعالي.

3- علاج حالات العصاب والجناح وإضطرابات الشخصية.

4- الإشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات الجسمية.

5- الإشتراك مع بقية أعضاء الفريق في برنامج الإرشاد الإنمائي والوقائي في مجال الصحة النفسية.

سادساً: المرشد النفسي Counsellor

المرشد النفسي عادة هو المسئول المتخصص الأول عن العمليات الرئيسية في التوجيه والإرشاد النفسي وخاصة عملية الإرشاد نفسها، ويطلق عليه أحياناً مصطلح المرشد الموجه أو مرشد التوجيه Guidance Counsellor ، وبدون المرشد يكون من الصعب تنفيذ أي برامج للتوجيه والإرشاد النفسي.

دور المرشد النفسي في الإرشاد النفسي

1- القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد النفسي والقيادة العملية في عمليات الإرشاد الجماعي وغيرها.

2- تشخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية.

3- الإشراف على إعداد وسائل الإرشاد وحفظ السجلات الخاصة بالعملاء.

4- القيام بعملية الإرشاد فهو الأخصائي الخبير المسئول عن هذه العملية وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي بصفة خاصة والإرشاد التربوي و المهني و الزواجي و الأسري بصفة عامة بطريقة الإرشاد الفردي و الإرشاد الجماعي وغيرها من الطرق الإرشادية الأخرى.

5- تولي مسؤولية متابعة حالات الإرشاد النفسي.

6- مساعدة زملائه أعضاء فريق الإرشاد إستشارياً فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص حيث أنه أكثرهم تخصصاً في الميدان.

7- الإشتراك في عملية التدريب أثناء الخدمة للعاملين في ميدان التوجيه والإرشاد النفسي فهو أقدر الأخصائيين على تولي هذه المسؤولية.

8- الإسهام في تطوير العملية التربوية و المناهج وإدماج وتكامل برنامج التوجيه والإرشاد النفسي. (حامد زهران ، 2002م : 528 – 532)

ويرى الباحث إنه يمكن إيجاز الصفات الشخصية للمرشد الناجح في الآتي:—

1- الصفات العقلية: الذكاء العام – الإدراك والمعرفة – التخيل – الإنتباه.

2- الصفات الجسمية: الصحة العامة – المظهر العام.

3- الصفات الإنفعالية: الرضا والحب – تجنب عواطف هزيمة النفس – التنفيس الإنفعالي – غياب الإضطرابات العاطفية الحادة.

4- الصفات الإجتماعية: تقبله لذاته والآخرين – إحترامه لنفسه والآخرين – المعاصرة – القيم الشخصية الإجتماعية – نزاهته من القيم الشخصية المعقدة – إحترام المسترشد – التحلي بالصبر – الإخلاص .

وسائل الإرشاد النفسي

المقابلة Interview

تعد المقابلة الوسيلة الأولى الأساسية وحجر الزاوية في طرق ووسائل الإرشاد النفسي، وهي كوسيلة لجمع المعلومات ليست قاصرة على الإرشاد والعلاج النفسي ولكنها وسيلة يستخدمها الأطباء والأخصائيون والباحثون.

تعريفها:-

إنها علاقة إنسانية مهنية ذات هدف محدد وهي تفاعل بين شخصين أحدهما قادم بمحض إرادته " المسترشد " وآخر مؤهل لتقديم المساعدة وتتم وجها لوجه. (حامد زهران ، 2002م : 179)

أنواع المقابلة حسب الأهداف الوظيفية

1- المقابلة المبدئية:-

وهي أول مقابلة مع المسترشد وفيها يتم التمهيد للمقابلات التالية وفيها أيضاً يتم تحديد إمكانات المسترشد وما يتوقعه المرشد والمسترشد كل من الآخر، والتعرف على الخدمات الإرشادية والإلمام بتاريخ الحالة بصورة مبدئية عامة وهدفها جمع المعلومات المبدئية.

2- مقابلة المعلومات:-

وهدفها جمع معلومات جديدة أو التوسع في معلومات أو التأكد من معلومات سبق جمعها بوسائل أخرى.

3- المقابلة الشخصية:-

ويطلق عليها أحياناً مقابلة التوظيف وتهدف إلى تحديد مدى مناسبة الفرد لمهنة أو دراسة أو طريقة معينة في الإرشاد، وتدور حول خصائص الفرد ومواصفات العمل أو الدراسة أو طريقة الإرشاد.

4- المقابلة الإرشادية أو العلاجية:-

وتهدف إلى تعديل وتوجيه السلوك لمصالح المسترشد وتستغرق وقتاً طويلاً وترمي إلى تحقيق أهداف الإرشاد والعلاج النفسي.

أنواع المقابلة من حيث البناء

1- المقابلة المقيدة أو المقننة:-

أي مقيدة بأسئلة محددة سلفاً يجيب عنها المسترشد وموضوعات محددة مسبقاً يتحدث فيها وتعليمات يتبعها المرشد، ومن مزاياها ضمان الحصول على المعلومات الضرورية وتوفير الوقت، أما عيوبها فتتراوح بين الجمود ونقص المرونة وتقويت فرصة الحصول على معلومات يريد المسترشد ذكرها.

2- المقابلة المطلقة أو الحرة:-

وهي بعكس المقيدة، فهي غير مقيدة بأسئلة بل تترك الحرية للمسترشد كي تتداعى أفكاره تداعياً جيداً ويعرضها بطريقته الخاصة ولاشك أن لكل ما يقوله المسترشد أهميته لأنه يعبر عن وجهة نظره، ومن

مزاياها أنها تسير بطريقة تلقائية ومع ذلك تتطلب خبرة خاصة وتدريباً طويلاً حتى لا تصبح مضیعة للوقت.

أنواع المقابلة من حيث الشكل

1- المقابلة الفردية:-

أي التي تتم بين المرشد والمسترشد الواحد فقط.

2- المقابلة الجماعية:-

وتتم مع جماعة من المسترشدين، كما يحدث مع جماعة من الطلاب أو المرضى الذين يعانون من مشكلات مشتركة فيما بينهم.

أسس المقابلة الإرشادية

1- الخصوصية أو المقابلة على إنفراد:-

حيث يجد العميل صعوبة كبرى في عرض مشكلاته الشخصية أمام شخص واحد، وبالتالي يكون من الصعب جداً أن يتحدث عن مشكلاته في مكان مزدحم بأشخاص آخرين. وقد يكون من المفيد جداً ألا يكون مكان المقابلة شبيهاً بالمكتب العادي، وأن تكون الكراسي فيه مريحة، كل ذلك من شأنه التخفيف من التوتر وإشاعة الإطمئنان.

2- مظهر المرشد وأسلوبه:-

إن مظهر المرشد وأسلوبه من أهم العوامل المؤثرة في رغبة العميل في تناول مشكلاته في المقابلة، وكثيراً ما يتأثر قرار العميل في إقامة علاقة بينه وبين المرشد بمظهر المرشد وأسلوبه، وإن العميل ينفر من المرشد الذي يلعب دور الأب أو الأم أو رجل الدين أو الذي ينصب من نفسه حارساً للأخلاق والمثل ناقداً لسلوك الآخرين.

3- ظروف المقابلة التي تؤثر في مستوى الواقع:-

هناك ظروف و أساليب يكمن للمرشد إتباعها لإظهار إهتمامه بمعالجة مشكلات المسترشد، ويمكن أن تطبق في كل المواقف في المقابلة ولكنها أكثر أهمية خاصة للأفراد الذين يضعف لديهم الدافع للعلاج أو للعميل شديد الحساسية بالنسبة لبعض الموضوعات ويرى البعض أن الأخصائي يجب أن يجلس في محيط بصر العميل وأن يكون المكان مهيباً لإجراء المقابلة وأنه من المفيد طمأنة العميل وشرح الغرض من كتابة المذكرات أو الإقتناع عن تسجيل ما قد يشعر العميل بالضيق والحرج، وأن يتم تعريف العميل بالغرض من وجود مسجل صوتي في حجرة المقابلة لا يكفه عن التحدث في حرية عن مشكلاته.

4- تحديد زمن المقابلة:-

من المهم ألا يبدو المرشد في عجلة من أمره، وأن يشعر العميل بأن زمن المقابلة مخصص له كلياً، إلا

إنه من الضروري تحديد زمن معينة للمقابلة يتراوح في معظم الحالات من (30 — 45) دقيقة مع الإحتفاظ بالقدر الكافي من المرونة طبقاً لمطالب الموقف المعين.

وأخيراً إن تكوين علاقة طيبة مع العميل يتحقق نتيجة تفاعل عدد من العوامل، ومنها تلك التي سبق مناقشتها وفي المقدمة درجة إستعداد العميل لطلب المساعدة ومهارة المرشد في تشكيل بنيات المقابلة وتهيئة ظروفها وخلق المناخ الذي يسمح بحرية التعبير دون خوف وحسن إختياره للعمليات الإرشادية الكفيلة بتحريك المقابلة إلى غاياتها والمرشد الماهر هو الذي يتبين حاجة العميل إلى الميكانيزمات الدفاعية، و إزدياد ثقته و إطمئنانه إلى المرشد، وعدم تردده في الحديث عن مشكلاته والمبادرة بخلق مثل هذا المناخ هي مسئولية المرشد منذ بداية إتصاله بالعميل وحتى نهايته ويتأثر بالطبع بشخصية المرشد نفسه ومستوى توافقه ومدى إستعداده لتقبل العميل لذاته. (سمية طه جميل، 2005م: 146 – 149)

الملاحظة Observation

من أكثر الوسائل شيوعاً التي تستخدم في تقييم الشخصية الملاحظة المباشرة لسوك الفرد في مواقف الحياة الطبيعية خلال فترة من الزمن، أو في مواقف مصغرة من الحياة ترتب وتستدعي ظهور سمات الشخصية المطلوب قياسها، ويجب أن يقوم الملاحظ بعدد كاف من الملاحظات وأن يسجل عدد المرات التي يتكرر فيها حدوث أنواع معينة من السلوك تختار لأهميتها تبعاً للأغراض التي يهتم بها الملاحظ، و يمكن من خلالها أن نستنتج السمات الرئيسية السائدة في شخصية الملاحظ. (حامد زهران، 2002م: 186)

أنواع الملاحظة

1- الملاحظة المباشرة:-

حيث يكون الملاحظ وجهاً لوجه أمام العميل في الموقف ذاته.

2- الملاحظة غير المباشرة:-

وهي تحدث دون إتصال مباشر بين الملاحظ والعميل ودون أن يدرك العميل إنه في موضع الملاحظة، ويتم ذلك من خلال غرفة معدة لذلك ملحق بها شاشة أحادية البعد One way screen يلاحظ من خلالها الملاحظ دون أن يدري العميل.

3- الملاحظة الدورية:-

وهي تتم في فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمني – كل صباح – كل أسبوع – كل شهر.

أهمية الملاحظة في العملية الإرشادية

1- تعتبر الملاحظة من أفضل وسائل ومصادر جمع المعلومات للمرشد النفسي الذي يتعامل مع العملاء سواء أكان ذلك في موقف إرشادي فردي أو إرشادي جماعي.

2- يسجل في الملاحظة السلوك في نفس الوقت الذي يتم فيه، فيقل بذلك احتمال تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ.

3- تستخدم الملاحظة مع تطبيق أي اختبار سيكولوجي لملاحظة ظروف الإستجابة والتعبيرات الإنفعالية للعميل، هذا فضلاً على أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن خصائص العميل التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار.

4- يستطيع الملاحظ أن يتعرف على عدداً من العناصر الهامة أثناء عملية الملاحظة مثل الكفاءة الحسية والحركية للعميل ومعدل الأداء والوعي بالغرض من الاختبار والإهتمام والحماس في الأداء والتعاون أو السلبية في أداء الاختبار وكمية الكلام و إتساقه والثقة بالنفس.

5- تزداد دقة الملاحظة إذا كانت من نوع الموضوعات المطلوب ملاحظتها، و مدة الملاحظة للوحدة المعينة من السلوك، ومكان الملاحظة، ونوع المصطلحات المستخدمة.(سمية طه جميل، 2005م: 150 – 151)

دراسة الحالة Case Study

دراسة الحالة وسيلة شائعة الإستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المسترشد وهي أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً، ويرى البعض أن دراسة الحالة ليست وسيلة جمع معلومات بالمعنى الحرفي للكلمة، ولكنها بالأحرى أسلوب لتجميع المعلومات التي تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة ومؤتمر الحالة والاختبارات والمقاييس والسيرة الذاتية.

تعريف دراسة الحالة

هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة، والحالة قد تكون فرداً أو أسرة أو جماعة وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل، وهي منهج للتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى، والإهتمام الرئيسي للمرشد النفسي في دراسة الحالة ينصب أساساً على إستخدام هذه الطريقة لتلخيص أكبر قدر ممكن من المعلومات عن العميل. ويدعو دولارد إلي الأخذ بدراسة الحالة بوصفها منهجاً علمياً وذلك في ضوء سبعة محكات هي:-

- 1- النظر إلي الفرد بوصفه عينة في حضارة معينة.
- 2- فهم دوافع لشخص في ضوء مطالب المجتمع.
- 3- تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة.
- 4- إظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد في سلوك إجتماعي والتفاعل مع الضغوط الإجتماعية.
- 5- النظر إلي السلوك الراشد في ضوء إستمرار الخبرة من الطفولة إلي الرشد.

6- النظر إلى الموقف الاجتماعي المباشر بوصفه عاملاً في السلوك الحاضر وتحديد أثره على وجه الخصوص.

7- إدراك تاريخ الحياة من جانب المرشد بوصفه تنظيمياً مضاداً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة.

مصادر المعلومات في دراسة الحالة

تختلف المعلومات الواردة في دراسة الحالة باختلاف مصادرها والتي منها:-

1- الملاحظة:-

حيث تتم ملاحظة العميل خلال المقابلة والفحص السيكولوجي وملاحظات الآخرين الذين يعرفون العميل.

2- البيانات الكمية والكيفية:-

وتتمثل في نتائج الفحوص الطبية والعملية والإختبارات السيكولوجية.

3- البيانات التاريخية:-

وهي مستمدة من السجلات والوثائق والمقابلات.

ونحصل على الكثير من المعلومات عن العميل من مصادر أخرى مثل الأسرة ومعملية وأطبائه والمعالجين والسجلات المدرسية، وهنا من المفيد المقارنة بين المعلومات التي نحصل عليها من مصادر مختلفة.

الصعوبات التي تواجه دراسة الحالة

مما لا شك فيه أن دراسة الحالة تواجه بصعوبات قد تعرقل ممارستها المرجوة منها أو قد تعطل ممارستها بصورة كلية من أساسها ومنها:-

1- عامل الوقت:-

يشكل عامل الوقت عقبة كبرى في ممارسة مهارة دراسة الحالة على مستوى عالي من الكفاءة إن لم يعطلها من أساسها، وإن الوقت المستنفذ في جميع المعلومات المكثفة حول المسترشد قد يفوق الفترات الزمنية التي يجب أن تستثمر في المقابلات الإرشادية التي ينتظم فيها مع المرشد.

2- المعلومات المستهلكة:-

تعتبر المعلومات المستهلكة من الصعوبات الشائعة في مواجهة ممارسة دراسة الحالة بالجودة المرتقبة منها، فقد يصعب في كثير من الأحيان الحصول على معلومات تختص بحالة الفرد في الفترات الزمنية المبكرة من حياته ولاسيما فيما يتعلق بخبرات الطفولة وأحداثها.

3- المعلومات المجردة:-

ويقصد بالمعلومات المجردة الحقائق التي عليها المرشد النفسي من مصادرها المختلفة كأساس فردي في وضع إستراتيجياته الإرشادية دون أن يأخذ في حسابه مشاعر مسترشده وأحاسيسه و إنفعالاته و

إتجاهاته وتصوراته حول نفسه وحول مشكلاته، وأن أي معلومات عن المسترشد تستخدم بمعزل عن المشاركة الفعلية و الإيجابية للمسترشد تعتبر معلومات جوفاء لا يرجى منها أي نفع ولا أية فائدة.

مهارة دراسة الحالة

حتى يمكن أن نمارس دراسة الحالة بالكفاءة المرجوة منها يجب أن يؤخذ في الحسبان جانبان أساسيان هما:-

أولاً: تنظيم المعلومات و تسجيلها:-

يتوقف تنظيم المعلومات على عوامل هامة منها:-

- 1- خبرة المرشد النفسي.
 - 2- عمر المسترشد.
 - 3- الهدف من دراسة الحالة.
 - 4- نوعية النشاط الذي تمارسه المؤسسة التي تتبنى الحالة.
- ويستهدف تنظيم المعلومات صياغتها في بنود محددة ضمن إطار نمطي معين متميز بالتكامل والوضوح فيما يتضمنه من محتوى ويجب أن تكون المعلومات في صورة منظمة كما يلي:-
- 1- معلومات الهوية الشخصية (الاسم - العمر - النوع).
 - 2- معلومات عن المشكلة الأساسية التي يعاني منها المسترشد مشتملة على أعراضها.
 - 3- معلومات عن الخليفة الأسرية مشتملة على البيئة المنزلية و العلاقات بين أعضائها.
 - 4- معلومات عن التاريخ العضوي للمسترشد مشتملة على الأمراض و الإصابات التي ألمت به.
 - 5- معلومات عن التاريخ المدرسي مشتملة على المستوى الدراسي - النشاط المدرسي - العلاقات بين المسترشد وزملائه ومعلميه.

6- معلومات إختبارية و غير إختبارية.

7- الأهداف العامة و الخاصة للمسترشد مشتملة على الخطط التربوية و المهنية.

8- التقويم العام للحالة ككل من حيث الفروض و التفسير و التحليل لبنودها.

9- التوصيات اللازمة لتطوير حالة المسترشد.

10- متابعة الخطوات التنفيذية المتخذة في سبيل تنمية حالة المسترشد.

ثانياً: تحليل المعلومات و تفسيرها:-

لما كانت دراسة الحالة تعتبر المحصلة النهائية لكل المعلومات التي تتعلق بالفرد و فيها وسائل التقويم الإختياري و غير الإختياري، وكما كانت هذه المعلومات تتجمع على شكل مجموعات تصنيفية بحيث تختلف كل مجموعة منها عن الأخرى، فإن مهارة تحليل المعلومات و تفسيرها تتطلب عناية فائقة تتمثل

في مهارات تحليلية فرعية تختص كل منها بتحليل مجموعة معينة من تلك المجموعات المصنفة من المعلومات. (حامد زهران ، 2002م : 192 – 195)

مؤتمر الحالة Case conference

هو إجتماع مناقشة خاصة يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه و يضم كل أو بعض من يهمله أمر المسترشد وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة بالمسترشد ومستعد للحضور والتطوع شخصياً للإدلاء بها و المشاركة في تفسيرها وفي إبداء بعض التوصيات بموافقة المسترشد. ويضم مؤتمر الحالة عادة الأخصائي النفسي و الأخصائي الاجتماعي و المدرسي والمرشد النفسي، ومن أعضائه البارزين الوالدين ويضم في بعض الحالات محيل الحالة والمدير وغيرهم، وعادة يتولى إدارته المرشد حتى لا يتحول إلى مجرد جلسة عامة. (حامد زهران، 2002م : 165)

عوامل نجاح مؤتمر الحالة

1- عقده في الحالات الضرورية فقط:-

يجب أن يقتصر عقد مؤتمر الحالة على الحالات الضرورية التي تحتاج إلى عقده، أي أن هذه الوسيلة ليست عامة بالنسبة لجميع حالات الإرشاد النفسي.

2- موافقة المسترشد:-

يجب الحصول على موافقة المسترشد على عقد مؤتمر الحالة.

3- مراعاة المعايير الإجتماعية:-

يجب مراعاة أخلاقيات الإرشاد الخاصة بأسرار المسترشد.

4- إهتمام الحاضرين:-

يجب أن يكون الحاضرين مهتمون بحالة المسترشد.

5- الجو غير الرسمي:-

يجب أن يسود المؤتمر جو غير رسمي.

6- مراعاة التخصصات:-

يجب مراعاة التخصصات المختلفة والخلفيات المتنوعة لأعضاء المؤتمر وعدم سيطرة بعضهم على الجلسة وعدم الإستخفاف بما يدل به بعض الأعضاء من معلومات أو آراء أو تعليمات أو توصيات. (سمية طه جميل، 2005م : 159 – 161)

أهمية مؤتمر الحالة في العملية الإرشادية

1- يزود المرشد بمعلومات عن المسترشد وشخصيته و خاصة المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من الوسائل الأخرى التي تفيد في مناقشة الفروض المختلفة التي توضح الحالة وفي التشخيص وفي عملية الإرشاد نفسها.

2- يفيد في تجميع أكبر قدر من المعلومات من مصادر متعددة ويعتبر بمثابة إستشارة وتبادل آراء تفيد في الحكم على التقديرات الذاتية لكل من المرشد والمسترشد.

3- يمكن من خلاله التعرف على من يستطيع أن يسهم في عملية الإرشاد لتلك الحالة من غير أعضاء هيئة الإرشاد.

4- يساعد في تبني طريقة الإرشاد الخياري، حيث يطلع أعضاء فريق الإرشاد على وجهات نظر مختلفة لكل منها واجهتها ويدركون عملياً أنه بإختلاف الحالات والمشكلات يجب أن تتنوع طرق الإرشاد.

5- يعتبر الوسيلة النموذجية للاتصال بالأسرة وغيرها من مصادر المجتمع الأخرى في الإرشاد النفسي. (حامد زهران ، 2002م : 196 – 200)

السجلات records

من الوسائل التي أجمعت كتب الصحة النفسية عليها لدراسة الفرد هي إعداد بطاقات تتضمن معلومات هامة عن الفرد ليتثنى للموجه التربوي والمرشد النفسي وغيرهما دراسة الفرد دراسة واقعية وتتبع تاريخ الفرد الذي يقوم بمساعدته وتسمى هذه البطاقات بالسجلات.

ونجد أن السجلات من الأساليب الفنية الحديثة لتقويم الفرد، إذ تحتفظ كثير من المدارس والمؤسسات التربوية والعلاجية ببطاقات لجميع أفرادها وزائريها، وهناك شبه إجماع على أن الفهم الأمثل للفرد لا يتثنى إلا بعد أن يقوم عدد من الأخصائيين بدراسة الفرد دراسة كاملة شاملة عن طريق ملاحظة وتطبيق المقاييس العلمية عليه لسنوات عديدة وذلك ضمن بطاقات تعد خصيصاً لهذا الشأن.

أهمية السجلات في العملية الإرشادية

1- توفر الجهد والوقت في حالة توافر معلومات مسجلة فيه فلا يعاد الفحص والبحث إلا في الحالات التي تتطلب ذلك فقط، ويفيد ذلك بصفة خاصة في دراسة الحالات الجديدة.

2- يضم كل المعلومات التي تجمع بواسطة كافة وسائل الإرشاد الأخرى والتي يقوم بها كل أعضاء فريق الإرشاد، مما يعطي صورة عن العمل وخلفيته على مدى زمني معين.

3- يعتبر الوسيلة الرئيسية النهائية التي يعتمد عليها المرشد في عملية الإرشاد، فهو يعطي صورة متكاملة متوازنة تساعد المرشد في سرعة التعرف على العميل وتيسر أمامه المعلومات وتتيح إمكانية تتبع نمو العميل ودراسة التغيرات التي طرأت عليه.

4- يعتبر نموذجاً طيباً لتعاون جميع أعضاء فريق الإرشاد النفسي.

5- يعتبر أهم وسائل جمع المعلومات في الإرشاد النفسي التي يجوز الإستعانة بها بشروط خاصة في البحوث العلمية. (سمية طه جميل، 2005م : 161 – 163)

طرق الإرشاد النفسي Methods Of Counselling

تتعدد طرق الإرشاد النفسي وترتبط كل منها بأحدي نظريات الشخصية أو نظريات الإرشاد النفسي

ومنها:-

أولاً: الإرشاد الفردي Individual Counselling

الإرشاد الفردي هو إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة، وتعتمد فعاليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والعميل، أي أنه علاقة مخططة بين الطرفين تتم في إطار الواقع وفي ضوء الأعراض وفي حدود الشخصية ومظاهر النمو.

حالات استخدام الإرشاد الفردي

يستخدم الإرشاد الفردي مع الحالات الآتية:-

- 1- الحالات ذات المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي والخاصة جداً، كما في ذلك وجود محتويات ذات طبيعية خاصة في مفهوم الذات الخاص، وحالات المشكلات والانحرافات الجنسية.
- 2- الحالات التي لا يمكن تناولها بفاعلية عن طريق الإرشاد الجماعي.

إجراءات الإرشاد الفردي

الإرشاد الفردي هو تطبيق عملي لكل إجراءات العملية الإرشادية والتي يجب أن تكون مفهومة لدى العميل ابتداءً من المقابلة الأولى حتى إنهاء عملية الإرشاد ومتابعتها. (يوسف القاضي وآخرون، 2002م : 261)

ثانياً: الإرشاد الجماعي Group Counselling

وهو إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم و اضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل دراسي. ويعتبر الإرشاد الجماعي عملية تربية، و يقوم على أسس نفسية اجتماعية، ويعتمد على القوى الإرشادية للجماعة مثل: أثر التفاعل الاجتماعي - الخبرة الاجتماعية - الأمن في الجماعة - جاذبية الجماعة - أهمية المسيرة. ويتراوح عدد أعضاء الجماعة الإرشادية عادة بين (3 — 15) عميلاً ويحسن أن يكونوا متجانسين عقلياً واجتماعياً. (حامد زهران ، 2002م : 321)

أساليب الإرشاد الجماعي

1- التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما Psychodrama):-

وهو التمثيلية النفسية أو تمثيلية المشكلات النفسية أو الإرشاد بالتمثيلات النفسية، وهو تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حرفي لموقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الإنفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي، أما عن موضوع التمثيلية النفسية فإن القصة تدور حول خبرات العملاء ويؤلفها العملاء ويلعبون الأدوار ويقومون بالإخراج وبعد التمثيل تتم مناقشة أحداث التمثيلية والتعليق عليها ونقدها بما يحقق إستبصار العملاء وتعديل السلوك.

2- التمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسيو دراما Sociodrama):-

وهو توأم السيكودراما، ولكنه يركز على المشكلات الاجتماعية بصفة عامة ويطلق عليه أحياناً لعب الأدوار.

3- المحاضرات والمناقشات الجماعية:-

وهي نوع من الإرشاد الجماعي التعليمي، وتعتمد على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليه مناقشات، وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية إلى تغيير الاتجاهات لدى العملاء، أما موضوعات المحاضرات والمناقشات فقد تكون الموضوعات عن: الصحة النفسية – المرض النفسي – المشكلات – حالة افتراضية.

أما المحاضرون فهم عادة المرشد النفسي أو المرشد الاجتماعي – أساتذة متخصصون في علم النفس أو الطب أو الدين أو الاجتماع. وتستخدم في الغالب الوسائل المعينة والتي تساعد في المحاضرات والمناقشات.

4- النادي الإرشادي:-

وهو نادي خاص يتم فيه الإرشاد النفسي، وفيه يقوم المرشد بدور نشط عملي تروحي ترفيهي فني. (حامد زهران، 2002م : 322 – 335)

ثالثاً: الإرشاد الموجه Directive Counselling

وهو إرشاد مباشر ممرّكز حول المرشد (Centerd-Counsellor) أو الممرّكز حول الحقيقة (Face-Centerd)، وفيه يقوم المرشد بدور إيجابي نشط ويتحمل مسؤولية أكبر من تلك التي يتحملها العميل، ويقوم الإرشاد الموجه على نظرية السمات والعوامل وترتبط طريقة الإرشاد الموجه أكثر بميدان التربية والتعليم لأنها تتضمن قدراً كبيراً من التوجيه وتقديم المعلومات. والإرشاد الموجه بسيط ومحدد يدور عادة حول مشكلات محددة واضحة ويتبع إجراءات في شكل خطوات لتحقيق أهدافه ويأتي العميل إلى المرشد بمشكلته ويتبع المرشد معه خطوات محددة.

إجراءات الإرشاد الموجه

الإرشاد الموجه بسيط ومحدد يدور عادة حول مشكلات محددة واضحة وله خطوات وإجراءات محددة لتحقيق أهدافه يتبعها المرشد هي:-

1- التحليل Analysis :-

أي جمع المعلومات المفضلة اللازمة لدراسة العميل وفهمه وفهم مشكلته وتحليل هذه البيانات وهنا تجري الاختبارات والمقاييس وغيرها من وسائل جمع المعلومات.

2- التركيب Synthesis :-

أي تجميع وتنظيم و تلخيص المعلومات التي تم جمعها وتحليلها.

-3- التشخيص Diagnosis :-

أي تحديد المشكلة وأعراضها وأسبابها.

-4- التنبؤ Prognosis :-

أي تحديد مآل المشكلة في ضوء مدى حدوثها وسهولة أو صعوبة حلها.

-5- الإرشاد الفردي Individual Counselling :-

أي تقديم الخدمات الإرشادية الرئيسية حسب إجراءات عملية الإرشاد للوصول إلى حل المشكلة، و يتضمن ذلك تفسير المعلومات و تحويل السلوك الإنفعالي إلى سلوك عقلي منطقي وتقديم النصح واتخاذ القرارات وإقتراح الحلول للمشكلة وإقناع العميل بها.

-6- المتابعة Follow Up :-

أي متابعة تطور الحالة بعد إنتهاء عملية الإرشاد. (حامد زهران ، 2002م : 337 – 339)

رابعاً: الإرشاد غير الموجه Nondirective Counselling

ويسمى أحياناً الإرشاد غير المباشر أو الإرشاد الممركز حول العميل Client-centred Counselling، أو الإرشاد الممركز حول الذات Self-centred Counselling وهو توأم العلاج الممركز حول العميل Client – centred Therapy ، أي الذي يضع العميل أو الشخص في مركز دائرة الاهتمام، وهو أقرب طرق الإرشاد النفسي إلى العلاج النفسي، ويقوم الإرشاد غير الموجه على أساس نظرية الذات ومن أهم خصائصه:-

1- التمرکز حول العميل.

2- العلاقة بين المرشد والعميل.

حيث يكون فيه العميل أكثر حياداً في علاقته مع العميل الأكثر نشاطاً بحيث يتحقق مفهوم موجب للذات بما يؤدي إلى التوافق والصحة النفسية. (سلوى عبد الباقي، 2007م : 353)

مجالات الإرشاد النفسي

تتعدد مجالات الإرشاد النفسي ولكن أشهرها ما يسمى بمثلث الإرشاد الذي يضم الإرشاد العلاجي و الإرشاد التربوي و الإرشاد المهني، ويزيد البعض على المثلث مجالات مثل الإرشاد الزواجي والإرشاد الأسري وهذه تهتم بالأسرة، وهناك من المجالات إرشاد الأطفال وإرشاد الشباب وإرشاد الكبار وإرشاد الصحة النفسية وإرشاد الفئات الخاصة. (جودت عزت وسعيد حسني، 1999م)

أولاً: الإرشاد العلاجي Clinical Counselling

ويطلق عليه أحياناً Therapeutic Counselling ، والإرشاد العلاجي هو عملية مساعدة العميل في إكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والإنفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء توافقه النفسي، والعمل على حل المشكلات بما يحقق أفضل مستوى للتوافق والصحة النفسية.

و يهدف الإرشاد العلاجي إلى دراسة شخصية العميل ككل حتى يمكن توجيه حياته بأفضل درجة ممكنة، وتحسين درجة توافقه النفسي إلى أفضل درجة ممكنة ويحتاج إليه الفرد العادي الذي يعاني من مشكلات الحياة اليومية وكذلك الفئات الخاصة لحل مشكلاتهم الخاصة.

ويتناول الإرشاد العلاجي المشكلات الشخصية والإنفعالية ومشكلات التوافق ومشكلات السلوك العام، وتتضمن خدماته كل الإجراءات في عملية الإرشاد النفسي مع استخدام طرق الإرشاد المناسبة وخدمات مجالات الإرشاد الأخرى وحل المشكلات الشخصية والإنفعالية.

(حامد زهران، 2002م : 414)

خدمات الإرشاد العلاجي

الإرشاد العلاجي هو أشمل مجالات الإرشاد النفسي وأجمعها ويعتبر تطبيقاً عملياً لكل ما يتم من إجراءات عملية الإرشاد، وفي نفس الوقت فإن الإرشاد العلاجي يعتبر أكثر مجالات الإرشاد النفسي تخصصاً ويهتم المرشد المعالج بمساعدة العميل على الإستبصار بأسباب مشكلته وأن يتخذ قراراته ويقترح الحلول وأن يعتدل سلوكه من خلال تنظيم مواقف التعلم أثناء الجلسات الإرشادية العلاجية، ويتم تقديم خدمات الإرشاد العلاجي من خلال:-

1- استخدام طرق الإرشاد المناسبة:-

يجمع الإرشاد العلاجي بين طريقتي الإرشاد الموجه والإرشاد غير الموجه ويميل إلى الإرشاد الموجه حيث تقدم خدمات الإرشاد في خطوات علاجية مثل: التحليل – التركيب – التشخيص – تحديد المآل – العلاج – المتابعة، وفيه يتم تقديم خدمات الإرشاد الفردي والجماعي حسب الحالة.

2- تقديم بعض خدمات المجالات الأخرى:-

يهتم الإرشاد العلاجي بحالة العميل والبيئة أو المجال النفسي الذي يعيش فيه، ولذلك تشتمل خدماته بعض جوانب مجالات الإرشاد الأخرى فمثلاً المشكلات الشخصية والإنفعالية تحتاج لخدمات الإرشاد الزواجي والأسري وكذلك المشكلات الشخصية والإنفعالية التي تستدعي تقديم بعض خدمات الإرشاد التربوي أو الإرشاد المهني.

3- حل المشكلات الشخصية والإنفعالية:-

يتم تقديم المساعدة اللازمة لحل المشكلات الشخصية والإنفعالية عن طريق المشاركة الإنفعالية وتأكيد الذات والعمل على إشباع الحاجات وتسهيل عملية التنفيس والتفريغ والتطهير الإنفعالي، ويتناول كذلك المشكلات الشخصية والإضطرابات الإنفعالية المصاحبة للعصاب، ويتعاون المرشد مع زملائه من الأخصائيين في بحث الأسباب وإستثارة تعاون العميل وعلاج الأعراض بحيث يتمكن العميل من حل مشكلاته بنفسه تحت إشرافهم وتوجيههم.

المشكلات التي يتناولها الإرشاد العلاجي

يتناول الإرشاد العلاجي المشكلات النفسية التي تحول دون توافق الفرد وتمتعته بالصحة النفسية، وعادة ما تسبب مثل هذه المشكلات صراعات إما داخلية (داخل الذات) أو خارجية (بين الذات وعناصر البيئة) مما يجعلها تحتاج إلى إرشاد علاجي متخصص ويتركز الاهتمام في الإرشاد العلاجي حول المشكلات الشخصية والإنفعالية والجانب السلوكي الشخصي التوافقي بصفة عامة.

1- المشكلات الشخصية:-

مثل المشكلات والانحرافات الجنسية التي تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو القلق لدى العميل، والكثير من المشكلات الشخصية التي تهدد توافق العميل بصفة عامة.

2- اضطرابات الشخصية:-

وخاصة اضطرابات سمات الشخصية مثل الإنطواء والعصابية والخضوع واللامبالاة والسلبية والتشاؤم والجمود.

3- المشكلات الإنفعالية:-

ومن أمثلتها الخوف بأنواعه المختلفة ودرجاته المتدرجة بين الخوف الخفيف والذعر والقلق والغضب والغيرة المركبة من إنفعال الغضب والكراهية، ومعروف إنه يصاحب المشكلات و الاضطرابات الإنفعالية ضعف وفقدان الثقة في النفس و اضطراب الكلام والسلوك الدفاعي وسهولة الإستثارة بصفة عامة.

4- مشكلات التوافق:-

مثل سوء التوافق الشخصي وعدم الثقة بالنفس، وهناك سوء التوافق الاجتماعي حيث يشاهد الإرتباك وقلة الأصدقاء والوحدة.

5- مشكلات السلوك العامة:-

وتشمل الاضطرابات السلوكية التي تعتبر إما أعراض لأمراض نفسية، أو هي نفسها مشكلات سلوكية قائمة بذاتها. (حامد زهران، 2002م : 415 – 418)

ثانياً: الإرشاد المهني Vocational Counselling

الإرشاد المهني من أقدم مجالات الإرشاد النفسي فقد بدأ حين ظهرت الحاجة إلى ضرورة المزاوجة بين الفرد والمهنة التي يعمل فيها.

والإرشاد المهني هو عملية مساعدة الفرد في إختيار مهنة بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الإجتماعية وجنسه والإعداد والتأهيل لها والدخول في العمل من التوافق المهني.

ويهدف الإرشاد المهني مساعدة الفرد في معرفة استعداداته وقدراته وميوله وإختيار مهنة حياته بطريقة منظمة مخططة وإعداد نفسه لأخذ مكانه الصحيح في عالم المهنة تعليمياً وتدريبياً، ومتابعته أثناء العمل ضماناً للنجاح والإستقرار والعمل على إكساب الفرد المرونة الكافية والخبرات اللازمة التي تجعله قادراً

على مواجهة التطورات والتغيرات المحتملة في حياته المهنية، وهو يمتاز بهدف مزدوج فيهدف إلى فائدة الفرد وفائدة المجتمع في نفس الوقت حين يصبح أفراد عاملين متقنين وراضين مهنيًا ومنتجين سعداء.

الحاجة للإرشاد المهني

إن الحاجة الماسة للإرشاد المهني تقوم أساساً على تنوع الفروق الفردية في القدرات الإستعدادات والميول والتقدم العلمي والتقني الذي يشهده عصرنا مما زاد عدد المهن وأنواع التخصصات وفرص العمل بشكل كبير جداً، ونلاحظ أهمية الإرشاد المهني في نمو الفرد وتوافقه وصحته النفسية، إن المهنة لها علاقة وثيقة بالذات والشخصية، فإختيار مهنة بالذات يرتبط بمفهوم الذات، والمهنة هي العمل الذي سيقضي فيه الفرد حياته كلها، والعمل هو الذي يجعل للحياة معنى ويجعل للأفراد قيمة اجتماعية حيث يمثل أهم أدوارهم الاجتماعية في الحياة.

و مما يؤكد الحاجة إلى الإرشاد المهني أن قرار إختيار مهنة ما قرار هام حياة الفرد، وأن الانتقال من التعليم إلى العمل عملية هامة خاصة في عالم القوى العاملة في مجتمع يشهد تقدماً علمياً وتكنولوجياً مستمراً، ويتناول الإرشاد المهني مشكلات الاختيار المهني والإعداد المهني و التوزيع والإلتحاق بالعمل وسوء التوافق المهني والبطالة، ومن أهم خدمات الإرشاد المهني التريبة المهنية وتحليل العامل والعمل والإختيار المهني والتأهيل والتدريب المهني والتشغيل والترقي والتوافق المهني. (رمضان القذافي ، 1997م: 163 - 182)

ثالثاً: الإرشاد الزواجي Marriage Counselling

الإرشاد الزواجي هو مساعدة الفرد في إختيار شريك الحياة والإستعداد لحياة الزوجية والدخول فيها والإستقرار والتمتع بالسعادة، وتحقيق التوافق الزواجي وحل ما قد يطرأ من مشكلات زواجية قبل وأثناء وبعد الزواج.

ويهدف الإرشاد الزواجي إلى تحقيق سعادة الأسرة الصغيرة والمجتمع الكبير وذلك بهدف وقائي والمساعدة في حل وعلاج ما قد يطرأ من مشكلات وإضطرابات زواجية، فالحاجة ماسة إلى الإرشاد الزواجي فالزواج فطرة وسنة والسلوك الزواجي السوي هام وضروري للتوافق الشخصي والاجتماعي. ويتناول الإرشاد الزواجي مشكلات ما قبل الزواج مثل: العنوسة – الإحجام والإضراب عن الزواج – التجارب قبل الزواج، ويتناول مشكلات أثناء الزواج مثل: العقم – تنظيم الأسرة – تعدد الزواج – المشكلات الجنسية، ويتناول مشكلات ما بعد الزواج مثل: الطلاق – الزواج غير الناضج – الزواج المتسرع – الزواج الجبري – زواج المبادلة – زواج الغش. ومن خدمات الإرشاد قبل الزواج: التريبة الزوجية – الاختيار الزواجي – دراسة شخصية العروسين. ومن خدمات الإرشاد أثناء الزواج: الخدمات الفردية والجماعية الإنمائية والوقائية والعلاجية لتدعيم الاستقرار الزواجي – تجنب فشل الزواج.

ومن خدمات الإرشاد بعد الزواج: تحقيق التوافق الزوجي – الإعداد لإستئناف الزواج، ومن خدماته العامة: الخدمات النفسية والاجتماعية – الخدمات الطبية اللازمة للحياة الزوجية. (رمضان القذافي ، 1997م : 249 – 251)

رابعاً: الإرشاد الأسري Family Counselling

الإرشاد الأسري هو عملية مساعدة أفراد الأسرة من الوالدين والأبناء وحتى الأقارب فرادى أو جماعات في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية. وأن الفرق بين الإرشاد الأسري والإرشاد الزوجي هو أن الأول يهتم بالأسرة بكاملها بينما يهتم الثاني بالزوجين فقط، ويهدف الإرشاد الأسري إلى تحقيق سعادة وإستقرار وإستمرار الحياة الأسرية وبالتالي سعادة المجتمع وإستقراره، وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية السليمة وأصول عملية التنشئة الإجتماعية للأبناء ووسائل تربيتهم ورعاية نموهم و المساعدة في حل وعلاج المشكلات والإضطرابات الأسرية، وفي هذا تقوية وتحصين للأسرة ضد الإحتمالات لحدوث الإضطرابات أو الإنهيار وتحقيق التوافق الأسري والصحة النفسية في الأسرة.

ويتناول الإرشاد الأسري المشكلات الأسرية مثل: إضطراب العلاقات الأسرية – الإدمان – الوالدان العصبيان – القدوة السيئة في الأسرة – عقوق الوالدين – التنشئة الإجتماعية الخاطئة وأثرها – مركز الطفل في الأسرة وآثاره السيئة – مشكلات الأبناء غير الأشقاء – المرأة العاملة – التفكك الأسري – سوء التوافق الأسري، ومن خدمات الإرشاد الأسري: التربية الأسرية – الخدمات النفسية والاجتماعية اللازمة بطريقة الإرشاد الجماعي. (سناء زهران ، 2004م : 167)

خامساً: إرشاد الشباب Youth Counselling

إرشاد الشباب هو عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسياً وتربوياً ومهنيّاً واجتماعياً والمساعدة في حل مشكلاتهم اليومية. ومرحلة الشباب هي مرحلة إنتقال بين الطفولة والرشد فيها كثير من النمو الطفري وكثير من المشكلات، تعتبر مرحلة إرشاد تربوي ومهني وزواجي، ويهدف إرشاد الشباب إلى مساعدتهم لتحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوي شامل، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية. ويتناول إرشاد الشباب مشكلات مثل: المشكلات الجنسية – المشكلات الصحية – المشكلات الإنفعالية – المشكلات الأسرية – المشكلات الدينية – المشكلات الأخلاقية – المشكلات الإجتماعية – المشكلات المهنية – المشكلات الزوجية، ومن خدمات إرشاد الشباب: رعاية النمو- التربية الجنسية – التربية الإجتماعية – الإرشاد الصحي – الإرشاد العلاجي – الإرشاد التربوي – الإرشاد الديني – الإرشاد الزواجي – الإرشاد الأسري – إرشاد وقت الفراغ – الاهتمام بخدمات رعاية الشباب. (رمضان القذافي، 1997م : 173 – 175)

سادساً: إرشاد الصحة النفسية Mental Health Counselling

إرشاد الصحة النفسية عملية مساعدة الفرد أو الأفراد أو الجماعات من خلال علاقة مساعدة لتحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية عن طريق النمو النفسي الشخصي والاجتماعي والوقاية من الإضطرابات النفسية والإنفعالية والاجتماعية، و استخدام طرق العلاج النفسي وأساليب علاج الأمراض النفسية وإضطرابات السلوك مع الأفراد والأزواج والأسر والجماعات، وهكذا نجد أن إرشاد الصحة النفسية يعبر بحق عن الصفة المزدوجة الجامعة بين الإرشاد النفسي والصحة النفسية التي يمكن تحقيقها بطرق الإرشاد النفسي والعلاج النفسي معاً، وإرشاد الصحة النفسية مجال عملي تطبيقي يقوم على أساس نظرية تركز على نموذج تنموي نفسي تربوي Developmental Educational Model ، ويهتم بتنمية مهارات التطبيق الخدمي العلاجي لتشخيص وعلاج الإضطرابات السلوكية. (سنا زهران، 2004م : 13)

وتمتد خدمات إرشاد الصحة النفسية عبر دورة الحياة مع التركيز على مرحلة الرشد - التعامل مع مشكلات العمل - مشكلات الزواج والأسرة - التشخيص والعلاج للإضطرابات الإنفعالية والسلوكية من منظور تنموي واستخدام تدخلات نفسية تربوية - تقديم المشورة وتبادلها مع الأطباء وغيرهم من المهتمين بالصحة بصفة عامة والصحة النفسية بصفة خاصة.

نماذج إرشاد الصحة النفسية

أولاً: النموذج الطبي Medical Model

وفيه يتم التعامل مع العملاء والإضطرابات السلوكية كما يتعامل الأطباء مع المرضى والأمراض الجسمية، ويطلق عليه البعض النموذج المرضي Pathological Model .

ثانياً: النموذج التنموي Developmental Model

وفيه تتركز المساعدة المهنية على مفهوم التنمية السليمة والنمو الصحي كهدف رئيسي من أهداف إرشاد الصحة النفسية وعلى مرشد الصحة النفسية أن يكون راعي للعميل وهو يقوم بدوره في الإرشاد العلاجي.

ثالثاً: النموذج المعرفي - التنموي Cognitive – Developmental Model

وهو نموذج معرفي تنموي منظم في إطار بنيوي تنموي معرفي.

رابعاً: النموذج الوقائي Preventive Model

وهو يحتل مكانة هامة حيث يعتبر الإرشاد الوقائي خاصية من خصائص إرشاد الصحة النفسية.

خامساً: النموذج النفسي التربوي Psycho-Educational Model

ويؤكد على أهمية التربية النفسية Psycho-Education وأثرها الإيجابي في عملية إرشاد الصحة النفسية.

سادساً: النموذج التكاملي التوفيقي Integrated –Eclectic Model

حيث يعمل على تكامل النماذج المتعددة، وينتقي أفضلها ويوفق بينها على المستويين النظري والتطبيقي، ويفضل أن يتبنى مرشدو الصحة النفسية الخبراء هذا النموذج. (سهير كامل، 1999م)

إستراتيجيات إرشاد الصحة النفسية

أولاً: إستراتيجيات مصغرة Micro Strategies

وتتمثل في إرشاد الصحة النفسية المصغر أو المختصر Brief Mental Health Counselling ، وهو يعتبر إستراتيجية عمل إرشادي توفيقي يؤلف بين أساليب مختلفة تركز على مهارات إرشاد الصحة النفسية.

ثانياً: إستراتيجيات مكبرة Macro Strategies

وتتمثل في إرشاد الصحة النفسية الذي يقدم على مستوى مفصل وشامل، في مجتمع ملئ بالتغيرات والمتغيرات الإجتماعية، وخاصة التركيب الأسري المتغير والفروق الثقافية والتنوع الثقافي والعولمة والتقدم التكنولوجي المؤثر في بنية المهن وتزايد عدد الأشخاص المعرضين للإضطرابات السلوكية. (سنة زهران ، 2004م : 50 – 51) .

البرامج الإرشادية

البرنامج الإرشادي هو الوسيلة الأساسية لتحقيق خدمة و أهداف الجماعة ، و نمو الفرد و نمو الجماعة و تغيير المجتمع ، و البرنامج ليس هدفاً في حد ذاته و لكنه وسيلة لتحقيق ذلك الهدف ، لذا يمكننا القول أن البرنامج ليس مرادفاً للنشاط ، أي أنه لا يتساوى مع النشاط و إنما للبرنامج الإرشادي بناءات داخلية تتكون من النشاط و العلاقات و التفاعلات و الخبرات و رد الفعل ، فالنشاط جزء من بناءات البرنامج ، و هو يختلف من جماعة لأخرى لأن كل جماعة لها هدف تريد أن تحققه ببرنامج مختلف عن غيرها من الجماعات . كما يختلف البرنامج في نفس الجماعة الواحدة من وقت لآخر باختلاف الأهداف ، فالبرنامج يرتبط بديناميكية الجماعة (كل منهم يؤثر على الآخر) ، فإذا وجدت الديناميكية و التفاعل إستلزم وجود البرنامج حتى لا يتحول هذا التفاعل إلي تفاعل سلبي . فالبرنامج هو الذي يساعد على توجيه و ترشيد الديناميكية ، كذلك يكون البرنامج دائماً موجهاً لخدمة الجماعة (أي أنه لا يهدف للكسب المادي) و إنما يهتم بالكسب المعنوي كالتنشئة الإجتماعية و الأهداف التربوية أو التوجيه و غير ذلك .

و يتبين من ذلك أن هنالك فلسفتان للبرنامج ، فلسفة تركز على النشاط كجزء من البرنامج بغض النظر عن التركيز على إحتياجات و رغبات الأعضاء ، و فلسفة تركز على (أعضاء الجماعة) من خلال إشباع إحتياجاتهم و رغباتهم كأولوية عندها بغض النظر عن مكونات النشاط ، ومن ثم تحاول توجيه النشاط ، وهذه هي الفلسفة الأساسية المتبعة حالياً في خدمة الجماعة .

الأسس التي يقوم عليها برنامج الإرشاد النفسي

إن برنامج الإرشاد النفسي يقوم على أسس تتلخص في الآتي :-

- 1- **الأسس العامة :** و هي ثبات السلوك الإنساني نسبياً و إمكانية التنبؤ به ، و مرونة السلوك الإنساني و أن السلوك الإنساني فردي و جماعي ، إستعداد الفرد للتوجيه و الإرشاد و حق الفرد في التوجيه و الإرشاد ، وحقه في تقرير مصيره و مبدأ تقبل العميل ، و مبدأ إستمرارية عملية الإرشاد .
- 2- **الأسس الفلسفية :** و هي مراعاة طبيعة الإنسان و أخلاقيات الإرشاد النفسي ، و أسس فلسفية أخرى مثل : الكينونة و الصيرورة و الجماليات و المنطق .
- 3- **الأسس النفسية و التربوية :** و هي الفروق الفردية بين الجنسين و مطالب النمو .
- 4- **الأسس الإجتماعية :** و هي الإهتمام بالفرد كعنصر في جماعة و الإستفادة من كل مصادر المجتمع .
- 5- **الأسس العصبية و الفسيولوجية :** و هي النفس و الجسم و الجهاز العصبي . (حامد زهران ، 2002م : 502)

تخطيط برنامج الإرشاد النفسي

يقصد به قرار يتخذه المرشد النفسي أو فريق الإرشاد في شكل إختيار الأدوات و الإستراتيجيات و توظيف الإمكانيات و تحديد طرق و معايير التقويم و التنسيق بينها . و يجب أن يكون تخطيط و تنظيم البرنامج دقيقاً و يقوم على الأسس النفسية و التربوية و أن يتطور وفقاً لحاجات الأفراد الذين يخطط من أجلهم . و يجب أن يكون تخطيط البرنامج واقعياً و في حدود الإمكانيات المتاحة و الممكنة التحقيق ، بمعنى أنه في عملية التخطيط يجب البدء من الميسور و الموجود و القريب و ممارسة الممكن بدلاً من فلسفة المستحيل و المثالي . و تتلخص خطوات تخطيط البرنامج الإرشادي فيما يلي :-

- 1- تحديد أهداف البرنامج بما يتفق مع الفلسفة العامة و الخطة العامة للأفراد و المكان الذي ينفذ فيه (ماذا نعمل ؟) .
- 2- تحديد الوسائل و الطرق و الأنشطة و الإجراءات التي يتضمنها البرنامج لتحقيق الأهداف (كيف نعمل ؟) .
- 3- تحديد الإمكانيات الموجودة و المطلوبة .
- 4- تحديد ميزانية البرنامج اللازمة لتنفيذه في ضوء الوسائل و الإمكانيات الموجودة و المطلوبة (ما الصعوبات أو الظروف التي قد تؤثر سلباً على عملية التنفيذ ؟ و كيف يمكن تفاديها ؟ و ما البدائل المتاحة ؟) .
- 5- تحديد الخدمات التي يقدمها البرنامج بحيث تكون مستمرة لا تتوقف و شاملة و الذي يقدمها ، المرشد لوحده أم فريق العمل ؟ (من يعمل ؟) .

- 6- تحديد الخطط العريضة لتنفيذ البرنامج ، و يتضمن ذلك الخطوات الأساسية و الأولويات و تحديد البدايات و النهايات (متي نعمل ؟) ، و المدى الزمني للتنفيذ وهذا ضروري لتجنب الإنزلاق إلى خطوط فرعية قد لا تؤدي إلى الهدف ، و يجب التنسيق بين خطوات التنفيذ و إجراءاته حتى لا تتعارض .
- 7- تحديد إجراءات تقييم البرنامج بهدف التقييم ، و يتضمن ذلك إعداد العدة اللازمة للتقييم و المتابعة لإظهار مدى فعالية الوسائل و الطرق المتبعة و مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه .
- 8- إتخاذ الإحتياجات لمقابلة المشكلات التي قد تطرأ ، وإتخاذ التدابير و الإجراءات اللازمة للتغلب على أي غقات قد تعترض تنفيذ البرنامج .
- 9- تحديد الهيكل الإداري لتنظيم البرنامج و الإشراف عليه و إعداد و إشراك أكبر عدد من المتخصصين المسؤولين المتحمسين لتحقيق الأهداف ، و لتنفيذ البرنامج تحقيقاً للأهداف يجب إشراك مسؤولين من الخارج مثل : الوالدين و أصحاب العمل و المعالجين النفسيين و الأطباء . (حامد زهران ، 2002م : 503)

محددات البرنامج الإرشادي

- يحرص المرشد على مراعاة مجموعة من الشروط عند وضع خطة العمل الخاصة بالبرنامج الإرشادي حتى يضمن تحقيق أفضل نتائج ، وهذه الشروط هي :-
- 1- مراعاة الأسس العلمية لبرنامج الإرشاد النفسي : حيث يلتزم المرشد بالخطوط العريضة ، و الأسس الفلسفية و النفسية و التربوية و الإجتماعية التي حددت الخلفية النظرية و الإطار العام للبرنامج .
- 2- التنظيم : حيث يتم تحديد الخطوات التي تُتبع في التصميم و التطبيق و التقييم في تسلسل ضمن تحقيق أهداف البرنامج على أفضل وجه ، و من أهم هذه الخطوات :-
- أ- تجميع البيانات و المعلومات اللازمة عن خصائص المجموعة الإرشادية المشاركة في البرنامج و إهتماماتهم و ميولهم ، حتى يكتسب البرنامج الأسلوب و اللغة الملائمة لمخاطبة هؤلاء الأفراد و يتم تحقيق التواصل معهم .
- ب- يتم القيام بتجربة أولية لخطة العمل الموضوعة للتعرف على مدى صلاحيتها من خلال مناقشة الأفراد في موضوع البرنامج في جلسات تمهيدية أثناء إتمام المقابلة معهم خلال التحضير للبرنامج.
- ج- منذ البدء في تنفيذ و تطبيق البرنامج يجب على المرشد الحرص على الإلتزام بكل ما نص عليه البرنامج الإرشادي .

- د- كذلك يجب عليه الحرص على تقويم البرنامج تقويماً مستمراً بحيث يتمكن من معرفة نواحي القصور فيه و معالجتها أو تفاديها في المراحل اللاحقة . و ذلك بقيامه بتطبيق قياس أثناء تطبيق البرنامج للوقوف على مؤشرات أولية تشير إلى فاعلية البرنامج ، وهو ما قد يتحقق حيث ترصد نتائج تلك الخطوة

وجود مؤشرات تنبئ بفاعلية البرنامج نحو تحقيق أهدافه أو العكس ، فقد ترصد فشل البرنامج في تحقيق أهدافه ، ثم يراعي المرشد ذلك و يوجه جهوده نحو معالجة و تلافي أوجه القصور .

3- التكامل : حيث يتم التأكد من أن جميع العناصر المكونة للبرنامج تتكامل فيما بينها لتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي دون تنافر أو تناقض ، وأن لكل عنصر من العناصر المكونة للبرنامج دور واضح يكمل أدوار العناصر الأخرى ، فيتم إستبعاد بعض الخطوات التي لا تتسق مع الخلفية النظرية التي بُني عليها البرنامج .

4- الدقة و التحديد : يتحرى المرشد الدقة في صياغة البرنامج بحيث لا تحمل عباراته أو مصطلحاته معان غامضة أو ملتبسة ، وذلك فيما يتعلق بالآتي :-

أ- أهداف البرنامج الإرشادي : سواء الأهداف العامة التي تعبر عن تصور المرشد للإستراتيجية التي يسعى إلي تحقيقها ، أو الأهداف الإجرائية التي تتعلق بالسلوكيات و الإتجاهات النفسية التي هدف البرنامج الإرشادي إلي تغييرها .

ب- الأساليب و الفنيات المستخدمة لتحقيق الأهداف : حيث يتم تحديد الأساليب و الفنيات بدقة بما يضيفي على البرنامج وضوحاً في خطة العمل ، وهو ما يجنب المرشد الوقوع في بعض الأخطاء أو حدوث أي تخبط في الجلسات الإرشادية خلال تطبيق البرنامج .

ج- الأساليب التي يتم إستخدامها و ذلك من أجل تقويم النتائج النهائية للبرنامج .

خدمات البرنامج الإرشادي

يقسم البعض خدمات البرنامج الإرشادي إلي مجموعة من الخدمات التي تعتبر تخصصية مثل : الخدمات النفسية و الخدمات التربوية و الخدمات الإجتماعية و الخدمات الطبية و خدمات البحث العلمي و غيرها ، و يلاحظ أن التقسيم للخدمات إنما هو تقسيم مصطنع ، إذ أن هذه الخدمات متداخلة و تتكامل لتقابل و تعطي الحاجات الإرشادية للعملاء و لتحقيق أهداف البرنامج ، و من أجل الدراسة و الفهم يمكن تحديد أهم معالم كل من هذه الخدمات فيما يلي :-

1- خدمات إرشادية : و هي الخدمات الرئيسية المباشرة في البرنامج الإرشادي ، و تعتبر هي قلب برنامج الإرشاد النفسي كله ، و تتضمن دراسة الحالات الفردية و تقديم الإرشاد العلاجي و التربوي و المهني و الزوجي و الأسري و إرشاد الصحة النفسية سواء كانت بصورة فردية أو جماعية في إطار تنموي و قائي علاجي .

2- الخدمات النفسية : تتضمن إجراء الفحص و البحوث و دراسة الشخصية وظيفياً و دينامياً للتعرف على الإستعدادات و القدرات و الإتجاهات و الميول و الإهتمامات و نواحي القوة و الضعف ، و تعريف الفرد بنفسه ، و التشخيص و تحديد المشكلات العامة و الخاصة ، و التعرف المبكر على الحالات التي تحتاج إلي خدمات متخصصة و الإهتمام بالحالات التي تحتاج إلي مساعدة مركزة و تقديم الخدمات

النفسية للمساعدة في الإرشاد العلاجي و التربوي و المهني و الزواجي و الأسري و إرشاد الصحة النفسية.

3- الخدمات التربوية : تشمل معلومات و خبرات تتضمنها خدمات التربية المهنية و التربية الزواجية و التربية الجنسية و التربية الأسرية ، و التعريف بالإمكانات التربوية المختلفة و الخدمات المتعلقة بالإستشارة التربوية و حل المشكلات المرتبطة بالتخلف الدراسي و التفوق و العمل على تحقيق التوافق الدراسي ، وكذلك تهتم الخدمات التربوية بتوجيه الطلبة الجدد و الخريجين ، والإسهام في تطوير و تحسين المناهج و المساعدة في تحسين العملية التربوية بصفة عامة .

4- الخدمات الإجتماعية : تتضمن إجراء البحوث الإجتماعية و التعريف بالبيئة الإجتماعية و تنظيم و تدعيم العلاقة و الإتصال و التعاون بين المدرسة و الأسرة لصالح الطالب و الإتصال بباقي المؤسسات الإجتماعية في البيئة المحلية و إستخدام مصادر المجتمع بأفضل درجة ممكنة .

5- الخدمات الصحية : منها إعداد و تنفيذ برنامج الصحة الذي يهتم بالتربية الصحية و الطب الوقائي و الصحة النفسية و الطب النفسي الوقائي ، و توفير العلاج الطبي للجميع و اللزم في الحالات الخاصة .

6- خدمات البحث العلمي : تعتبر أساسية بالنسبة لتخطيط البرنامج و تقييمه ، و يقول البعض أن كل مرشد لابد أن يكون باحثاً ، و تتضمن خدمات البحث العلمي إجراء الدراسات المسحية للقدرات و الحاجات و الإتجاهات و الميول و المشكلات العامة ، و تهتم خدمات البحث العلمي بإعداد وسائل للإرشاد النفسي مثل : الإستفتاءات و الإختبارات المتنوعة و إنشاء و تقنين بعضها على البيئة المحلية و دراسة أنسب طرق الإرشاد في ضوء ظروف المكان الذي يقوم فيه البرنامج ، و دراسة إمكانات فريق التوجيه و الإرشاد .

7- خدمات الإحالة : هذه يجب أن يُعمل حسابها في حالة الحاجة إليها و ذلك بتحديد جهات الإحالة الممكن التعرف عليها و توجيه عملية الإحالة إليها و التعاون معها .

8- خدمات المتابعة : حيث يجب المتابعة المنظمة للذين يتلقون خدمات البرنامج و الذين تلقوها و غادروا على مدى مدة زمنية قد تمتد لعدة سنوات . (حامد زهران ، 2002م : 505 - 506)

إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي

هي مرحلة تتضمن تنفيذ و تطبيق خطة العمل المنصوص عليها في البرنامج الإرشادي قبل التنفيذ ، و قد حددها صديق (2005م : 59) على النحو التالي :-

1- الإجراءات التمهيدية : حيث التريتيبات النهائية التي يقوم بها المرشد قبل البدء في تنفيذ البرنامج و ذلك من خلال :-

أ- تدريب القائمين على التنفيذ : حيث يعتمد المرشد في برنامجه على فريق عمل يشمل تخصصات مختلفة و متنوعة الأمر الذي يتطلب معه ضرورة إمدادهم بكافة المعلومات التي يحتاجونها

من أجل أن يؤديوا مهمة تطبيق البرنامج الإرشادي بالإضافة إلى تدريبهم على التعامل مع مادة البرنامج الإرشادي الذي سيقومون بتطبيقه و ذلك لضمان قدر مناسب من الكفاءة يؤدي بالتالي إلى أفضل نتائج ممكنة .

ب- تحديد ميزانية البرنامج و جهة التمويل : حيث يتم تحديد ميزانية البرنامج و هل سيتم تمويله من قبل إحدى الجهات أو المؤسسات العلمية ؟، أم سيتم تمويله ذاتياً من قبل المرشد نفسه ؟ .

ج- إعداد التجهيزات اللازمة : يحتاج البرنامج الإرشادي إلى مكان ملائم يطبق فيه ، وتجهيزات خاصة يجهز بها المكان ليلائم أغراض البرنامج بالإضافة إلى الأدوات و المعدات التي يستخدمها المرشد من وسائل شرح و أجهزة عرض و بعض الأجهزة التدريبية البسيطة حيث يقوم المرشد بإعداد هذه التجهيزات قبل البدء في تطبيق البرنامج و يقوم بإجراء بعض التجارب على تلك الأدوات للتأكد من صلاحيتها لأداء دورها المطلوب في البرنامج الإرشادي .

2- التطبيق الفعلي : حيث يبدأ التطبيق الفعلي للبرنامج على النحو المنصوص عليه في التصميم و بالأسلوب الذي إختاره و حدده بشكل مسبق ، وذلك كما يلي :-

أ- الأسلوب المباشر أو الغير مباشر : حيث يتم توجيه مادة البرنامج إلى أفراد المجموعة الإرشادية مباشرة أو بطريقة غير مباشرة باستخدام بعض الأساليب و الفنيات المختلفة .

ب- التطبيق الجماعي أو الفردي للبرنامج : بحيث يوجه المرشد مادة البرنامج إلى المجموعة الإرشادية بشكل جماعي أو فردي وفقاً لطبيعة المشكلة لأنه من المفيد العمل مع جماعات خاصة في المشكلات التي يتطلب حلها تفاعلاً و مشاركة بين الأفراد ، في حين تحتاج بعض المشكلات الأخرى إلى التطبيق الفردي .

أما إختيار الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج فإنها تخضع لمجموعة من الشروط هي :-

- 1- الخلفية العلمية للمرشد .
- 2- خصائص و طبيعة المشكلة التي يتعرض لها البرنامج بالحل .
- 3- طبيعة و خصائص المجموعة الإرشادية في البرنامج . (حامد زهران ، 2002م : 506 –

(507)

خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي النفسي

بعد أن يتم تخطيط برنامج الإرشاد و تحديد ميزانيته و مصادر تمويله و تحديد الخدمات التي يتضمنها بتحديد حجم العمل المطلوب و تحديد الخطوط العريضة لتنفيذه ، يحتاج تنفيذ البرنامج إلى إتخاذ الإجراءات و التدابير الآتية :-

1- ضمان تعاون جميع أعضاء فريق الإرشاد و المسؤولين للعمل على نجاحه و تحقيق أهدافه .

2- تحديد خطة زمنية للتنفيذ و تقديم خدمات الإرشاد .

3- تحديد الاختصاصات بين الأخصائيين و العاملين .

4- تحديد كيفية بدء عملية التنفيذ و تحديد زمن البدء بدقة و حكمة لأن نجاح الخطوات الأولى في التنفيذ يتوقف عليه نجاح الخطوات التالية . و ذلك من خلال الاجتماعات الدورية و تحديد المشكلات بصورة واضحة و إستخدام الوسائل المتطورة و الإستفادة من إمكانيات التطور العلمي و التكنولوجي الحديث في تنفيذ البرنامج .

تقييم برنامج الإرشاد النفسي

يهدف التقييم إلي التحقق من مدى نجاح خطوات البرنامج ، وأنها قد سارت كما هو متوقع لها ،و يعتبر التقييم إجراءً فنياً يعتمد على قياس التغيرات التي تحدث نتيجة الإجراء العملي المحدد ، وبناء على ذلك فهو يتم وفق أربع خطوات هي :-

- 1- قياس التغيرات التي يمكن أن تحدث .
 - 2- قياس التغيرات التي حدثت فعلاً .
 - 3- تقدير مدى فاعلية هذه التغيرات أو الرغبة في حدوثها أو كليهما معاً .
 - 4- إقتراح إجراءات عملية جديدة لتصويب الوضع .
- و لضمان فاعلية التقييم لابد من إستمراره منذ البدء حتى نهاية التنفيذ و فترة المتابعة ، مع العلم أن التقييم عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤولين عن تنفيذ البرنامج بالإشتراك مع الفئة المستهدفة .

خطوات تقييم البرنامج الإرشادي

من أهم خطوات تقييم البرنامج الإرشادي ما يلي :-

- 1- تحديد أسئلة التقييم و الإجابة عليها من خلال وضع إستمارة خاصة معدة من قبل لغرض التقييم مراعية أهداف التقييم .
- 2- تحديد معايير التقييم وتقدير وضع البرنامج اعتماداً عليها .
- 3- تحديد طرق التقييم ووسائله و إستخدامه لتحديد مدى فاعلية البرنامج و تحقيقه لأهدافه .
- 4- تحليل نتائج عملية التقييم و تفسيرها و إستقصاء العلاقات بين جوانبه المختلفة لمعرفة الإيجابيات لتدعيمها و السلبيات لتصحيحها .
- 5- إقتراح خطوات تقييم و إصلاح البرنامج في ضوء النتائج لتحديد ما ينبغي دعمه أو تطويره أو تعديله من عناصر البرنامج .

المعايير المستخدمة في تقييم البرامج الإرشادية

- 1- الدراسات و الأبحاث الموجهة لموضوع البرنامج .
- 2- الإختبارات النفسية في المجال التربوي و المهني ، وإختبارات التكيف النفسي و الإجتماعي ، و قوائم تقدير المشكلات الخارجية و الداخلية و الإستفتاءات و مقاييس الإتجاهات .

3- دراسة التغيرات التي تحدث للمستفيدين من البرنامج بعد تطبيقه ، مع تثبيت المتغيرات الداخلية .

4- متابعة النجاح الفعلي للمستفيدين من البرنامج .

5- رأي العاملين و المسترشدين حول فاعلية البرنامج و كفاءته .

الصعوبات التي تواجه تقييم البرامج الإرشادية

تتمثل في صعوبات تتعلق بالقائمين على تنفيذ البرنامج : فقد يكون بعضهم متفاعلاً إلى حد يُعْمِي بصره عن سلبيات البرنامج ، أو متشائماً إلى حد لا يريه إلا السلبيات ، وقد يدخل عامل الوقت من حيث عدم كفايته إما لإنشغال القائمين على البرنامج في أعمال أخرى و نقص أعدادهم و عدم كفاية التدريب و التأهيل و قلة الخبرة و نقص الحماس و الإهتمام بالبرنامج ، إضافة إلى الإتجاهات السلبية نحو البرنامج الإرشادي بشكل عام و نقص إهتمام الأسر و غيرها من الفئات التي من الممكن أن تستفيد من البرنامج الإرشادي.

مما سبق يرى الباحث أن للبرامج الإرشادية فوائد عديدة تخدم عملية الإرشاد و الجماعات الإرشادية المستهدفة ، يمكن تحديد ثلاث من الفوائد التي يحققها البرنامج الإرشادي هي :-

1- فوائد داخلية : متعلقة بالبيئة الداخلية للفرد تتمثل في التنفيس عن المشاعر و المكبوتات الداخلية من خلال العلاج النفسي الذاتي .

2- فوائد خارجية : و هي تعود على الفرد من الخارج و تسمى بالفوائد التدريبية ، فالبرنامج وسيلة للتدريب على فن الحياة و مواجهة الحياة المهنية و ضغوطها ومشاكلها و التدريب على الفنون التطبيقية و إكتساب مهارات جديدة والتدريب على تنمية الهوايات و العمل على تطويرها .

3- فوائد كمية : و هي الفوائد المتعلقة بالأرقام مثل : ممارسة الأسلوب الديمقراطي بإشراك أكبر عدد من الأعضاء في تصميم و تنفيذ البرنامج و تحديد مدى فاعلية البرنامج نفسه ، حيث يحقق البرنامج فوائد متعددة في أقل وقت و أقل تكلفة و أقل مجهود ، وما يحققه البرنامج يتسم بالثبات و الإستمرارية فهو يعتبر خبرة ثابتة لا تُنسى .

المبحث الثاني

الإرشاد المعرفي السلوكي

يشارك الإنسان مع غيره من المخلوقات في وظيفة الإدراك الحسي ، غير أنه يتميز عنها بالعقل والقدرة على التفكير الذي يمكنه من النظر والبحث في الأشياء والأحداث وإستخلاص الكليات من الجزئيات وإستنباط النتائج من المقدمات . فتفكير الفرد يعد من المحددات الأساسية لسلوكه وإنفعالاته ، غير أن هذا التفكير قد يكون إيجابياً وقد يكون سلبياً يشوبه عدم الواقعية واللامنطقية ويؤدي إلي تناول المعلومات ومعالجتها بطريقة خاطئة فالتفكير كأى سلوك إنساني آخر معرض للخطأ ، فقد يتعرض التفكير لبعض العوائق فينحرف عن طريقه السوي وتحول بينه وبين الوصول إلي الحقيقة وإذا تراكم على الفرد كثير من تلك العوائق أصيب تفكيره بالجمود وأصبح غير قادر على تقبل الآراء والأفكار الجديدة وبذلك يفقد التفكير قيمته فلم يعد يؤدي وظيفته الطبيعية ومع تعطيل التفكير وإنحرافه يفقد الفرد الميزة الرئيسية التي تميزه عن غيره من الكائنات الحية ، بل أصبح كالحيوان أو أضل سبيلاً وأبتعد عن معرفة الحقيقة وعن إصدار الأحكام الصحيحة والمتوازنة فيما ينظر فيه من الأمور وإدراكه للأشياء .

والجدير بالذكر هنا أن الإهتمام بالجوانب والعمليات المعرفية ودورها في ظهور الإضطرابات الإنفعالية والعلاج النفسي قد بدأ مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي ، ويقصد بكلمة المعرفة العقلية (Cognition) العمليات التي تعني بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف الموجودة لديه وإستدعاء وإستخدام هذه المعارف فيما بعد وهذه العمليات تشتمل على الإدراك والإنتباه والتذكر والتفكير وغيرها من العمليات العقلية المعرفية ، فالمعرفة العقلية تتضمن كل ما يدور في ذهن الإنسان من أفكار متراكمة حول نفسه وحول الغير مما قابلهم في حياته منذ صرخته الأولى وحتى صمته الأخير ، وهذه الأفكار هي التي تجعل الإنسان يكتسب مشاعر معينة حول نفسه أو حول غيره أو حول المواقف التي مر بها في حياته العادية اليومية فإذا كانت أفكاره جيدة طيبة سليمة حولها فإن مشاعره ستكون بالتبعية جيدة وطيبة وسليمة أيضاً ، لذلك فإن الناس من حولنا والمواقف والأحداث التي نمر بها لا تتسبب في مشاعرنا الطيبة الجيدة السليمة وتتسبب في مشاعرنا الرديئة الغير سليمة إنما تفكيرنا نحن حول هؤلاء الناس وتجاه المواقف والأحداث هو الذي يتسبب في تحديد نوعية مشاعرنا لتكون جيدة طيبة سليمة أو تكون رديئة سيئة غير سليمة نحوهم . (ماهر محمود عمر ، 2003 : 25) .

و بعبارة أخرى يشير مصطلح المعرفة إلي جميع العمليات النفسية التي تمكن الفرد من إستقبال المعلومات من خلال الحواس حيث يتم تحويلها وإختزالها (تلخيصها) وتطويرها في المخ وتخزينها إلي حين إستعادتها وإستخدامها ولهذا فإن المعرفة تدخل في جميع ما يمكن للإنسان أن يقوله أو يمارسه في حياته بصفة عامة أي أن كل ظاهرة نفسية لدى الفرد هي ظاهرة معرفية ، فالمعرفة تتضمن الأفكار و

الإعتقادات التي تشكل السلوك و الإنفعال لدى الفرد ، و هي تعني ما نعرفه و ما نفكر فيه و تعتبر المعرفة وسيلة الإنسان لكي يفهم ذاته و العالم من حوله في التوصل إلي حقائق الأشياء و هي طريقة الإنسان للسيطرة على الأشياء .

و يؤكد ذلك أوجست كونت في قوله : (إذا عرفت إستطعت) ، و على الرغم من أن المعرفة هي مصدر السعادة للفرد إلا أن هذه المعرفة عندما تضطرب فإنها تصبح مصدراً للشقاء و التعاسة و ينعكس ذلك مباشرة على سلوكه ، و قد يكون هذا الإضطراب الذي يعترى المعرفة في شكل إعتقادات و أفكار خاطئة يتبناها الشخص عن ذاته و عن الآخرين و قد تكون في شكل أساليب تفكير خاطئة كالمبالغة و التهويل و توقع الشرور و الأخطار و لهذا تعد المدرسة المعرفية من أحدث مدارس علم النفس بصفة عامة و في مجال الإرشاد و العلاج النفسي بصفة خاصة ، و لا يمكننا القول أن المتغيرات المعرفية كانت بعيدة عن الباحثين في مجال علم النفس إلي درجة إهمالها في مدارس التحليل النفسي و السلوكية ، و إنما لم يكن هناك إهتمام كاف بها في تفسير السلوك السوي أو المرضي أو في علاج الإضطرابات النفسية . (طه عبد العظيم ، 2006 : 83)

الإتجاه المعرفي في علم النفس

تؤكد النظرية السلوكية التقليدية في علم النفس على أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة و هي بمثابة إستجابات لمثيرات محددة في البيئة فالفرد من خلال علاقته بالبيئة يتعلم العديد من الإستجابات السلوكية المختلفة سواء أكانت هذه الإستجابات سلوكيات صحيحة أم خاطئة و بالتالي فإن هذه النظرية تنظر إلي الإضطرابات الإنفعالية أو السلوك المرضي بشكل عام على أنه سلوك متعلم ، فهو عبارة عن عادات سلوكية سلبية إكتسبها الفرد و تعلمها من البيئة لذلك يطلق البعض عليها اسم نظرية المثير و الإستجابة حيث أنها كانت تركز على دراسة السلوك الظاهري دون الإهتمام بالجوانب العقلية المعرفية لدى الفرد بحجة أنها عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها للملاحظة و لكن هذا الأمر لم يستمر طويلاً فسرعان ما تحول إهتمامها إلي دراسة الجانب العقلي المعرفي لدى الفرد و مؤكدة على أهمية العوامل المعرفية في نشأة الأعراض و الإضطرابات النفسية و أن تعديل أفكار الفرد و معتقداته الخاطئة يؤدي إلي حدوث تغير في إنفعالاته و سلوكه و من هذه الخلفية إستطاع (ألبرت إليس ، و أرون بيك) صياغة نظريتهم في مجال الإرشاد النفسي . (إبتسام السطحية ، 1997 : 40)

ولهذا فقد برز الإتجاه المعرفي في علم النفس كَرَد فعل مباشر على النظرية السلوكية التي كانت في بدايات ظهورها تركز على ما يسمى بسلوكولوجية المثير و الإستجابة حيث ذهب أنصار الإتجاه المعرفي إلي أن الإقتصار على دراسة المثيرات الموجودة في البيئة و الإستجابات المختلفة التي تصدر عن الفرد حيالها لا تصلح لدراسة السلوك و أن رواد المنحنى السلوكي يتجاهلون حقيقة أن الإنسان يفكر و يخطط و يقرر و يختار بانتقائية بين المثيرات المختلفة التي يتعرض لها و اذلك ظهر الإتجاه المعرفي في علم النفس

في منتصف القرن العشرين كرد فعل على النظرية السلوكية التي تركز في دراستها للسلوك على المثير و الإستجابة مع إغفال و تجاهل العوامل و المتغيرات المعرفية التي تكمن وراء سلوك و إنفعالات الفرد على من أن السلوك يكون أكثر من كونه إستجابة لمثير معين نظراً لأن الفرد يستخدم قدراته العقلية في الإستجابة لهذا المثير و على هذا يرى أنصار الإتجاه المعرفي أن الفرد ليس مستقبلاً سلبياً نظراً لأن العقل يستقبل المعلومات و يحولها إلي أشكال و نماذج جديدة من المعرفة و أن العوامل المعرفية متمثلة في الأفكار و الإعتقادات و المعاني و الإتجاهات و التفسيرات و الأحاديث الذاتية و الإدراكات و غيرها من العمليات العقلية المعرفية تمثل متغيرات وسيطة بين إدراك الفرد للأحداث البيئية و الإستجابات الإنفعالية الصادرة عنه نحوها فهي تؤثر في إنفعالات الفرد و سلوكه و أن كل من المعارف و الأفكار التي يتبناها الفرد عن الذات و عن الآخرين و عن العالم أو البيئة المحيطة به توجه الإنفعالات و السلوك لديه . و مع ظهور علم النفس المعرفي بدأ التقارب و الالتقاء بين المناهج السلوكية و المعرفية و ذلك بإعتراف السلوكيين أنهم يتعاملون فعلاً مع العمليات المعرفية لدى الفرد ففي أسلوب التحصين التدريجي الذي يقوم على تخيل المواقف و المشاهد الباعثة على القلق في إطار مدرج القلق فإنه يقوم على عمليات معرفية داخلية و ليست سلوكاً خارجياً ملحوظاً و كذلك أيضاً أسلوب النمذجة عند بندورا الذي يقوم على التعلم بالملاحظة متضمناً الجوانب و العمليات المعرفية في تعلم الفرد و إكتسابه للعديد من السلوكيات المرغوبة و في حالات محو و إزالة السلوكيات الغير مقبولة التي تعلمها أيضاً ، و جاء الإرشاد المعرفي السلوكي (بيك) و الإرشاد العقلاني الإنفعالي (إليس) بوصفهما إمتزاج بين المناهج السلوكية و المناهج المعرفية في علم النفس . (ماهر محمود عمر ، 2003 : 39)

غير أن ظهور الإتجاه المعرفي السلوكي كان نتيجة لعدة عوامل أهمها :-

1- ظهور الإتجاه المعرفي كرد فعل على الإنتقادات الموجهة للمدرسة السلوكية ، حيث أنها ركزت على تغيير السلوك فقط دون الإهتمام بالنواحي المعرفية للفرد أو العميل فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل و الإهتمام فقط بتغيير السلوك كما إنتقدها البعض من زاوية أن التحصين التدريجي ليس أسلوباً سلوكياً بحتاً لكنه يتطلب الإستبطان أي فحص العميل لأفكاره و دوافعه و مشاعره و تحكمه في أفكاره .

2- تزايد الإهتمام بدراسة العمليات المعرفية و علاقتها بالوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دولا و نظرية باندورا الباب في هذا الإتجاه ، و أصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المثير و الإستجابة غير كافٍ في معرفة الميكانيزمات المستترة في الحفظ و معالجة المعلومات كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز و قد تفشل رغم وجوده ، إضافة لذلك إختلاف عملية التعلم لدى الراشدين عنها لدى الأطفال و كلاهما يختلف عن الحيوان من ناحيتين ، هما إستخدام الإنسان للرموز كاللغة و الإشارة و غيرهما و أن عملية التعلم لدى

الإنسان أكثر تعقيداً من تعلم الحيوان .

3- جهود بعض العلماء مثل (جان بياجيه) الذي ربط بين النمو العقلي و النمو الخُلقي و شرح ذلك من خلال مفهومين أساسيين هما الإمتصاص و الموائمة ، كما كانت لجهود (كيلي) دوراً بارزاً في توضيح دور البيئة في تعديل البنية العقلية و التركيبات الشخصية و من ثم تغير السلوك .

4- لعبت الثورة العلمية الحديثة التي أصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب و النتيجة معاً دوراً أيضاً ، حيث يُشبه البعض المعالجات في المخ البشري بالمعالجات التي تتم في الحاسب الآلي على شكل مدخلات و عمليات و مخرجات و تغذية مرتدة و هكذا . (مفتاح عبد العزيز ، 2001 : 88)

و تأسيساً على ما تقدم يعتبر الجانب المعرفي في تناول و تكوين الإنفعالات من الأهمية بمكان حيث أصبح في السنوات الأخيرة يحظى باهتمام كثير من الباحثين في مجال علم النفس بصفة عامة و في علم النفس الإرشادي بصفة خاصة ، و تسمى النظريات الإرشادية التي تهتم بالجوانب المعرفية بالإرشاد المعرفي السلوكي ، و هي تشترك في إفتراض رئيسي و هام هو أن الإعتقادات و الأفكار الخاطئة و السلبية المتعلمة هي المتغيرات الحاسمة التي يتعين تعديلها أو إلالتها لكي يكون العلاج ناجحاً ، و بالتالي صارت النظريات الإرشادية المعرفية السلوكية على إختلاف توجهاتها و مفاهيمها تؤكد على أن إنفعال و سلوك الفرد يتغير حينما يحدث تغير في العمليات المعرفية مثل تغير الأفكار و الإعتقادات السلبية لديه ، ولذا فهي تستهدف عملية إعادة البناء المعرفي من خلال مساعدة العملاء على تحديد الأفكار و الإعتقادات الخاطئة و السلبية لديهم و التي ترتب عليها ظهور الخوف و القلق و غيرها من الإضطرابات الإنفعالية لديهم و تعديلها و استبدالها بأفكار أكثر إيجابية و منطقية ، و ذلك من منطلق فكرة هامة مفادها أن إدراك الإنسان للأشياء و ليس الأشياء نفسها تلعب دوراً هاماً في تحديد نوع إستجابته و هي التي تسم سلوكه و تصفه بالإضطراب أو السواء ، و في هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني إبيكتيوس " لا يضطرب الناس من الأشياء و لكن من الآراء التي يحملونها عنها " . (عبد الستار إبراهيم ، 1994 : 273)

كما أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان و في سعادته و في شقائه و قد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه إستجابات الفرد للظروف المحيطة به فقد أوضح بن القيم قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على التحول إلي دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلي جهد أكبر . كما أشار الغزالي إلي أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد إكتسابها حتى تصبح عادة . و لم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ، ليس فقط في توجيه السلوك و لكن أيضاً في الحالة الصحية للناس و يبدو ذلك جلياً في القول المأثور " لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا " . (ناصر المحارب ، 2000 : 40)

ويعتبر الباحث أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد من أكثر أنواع الإرشاد النفسي نجاحاً وتأثيراً ، حيث يركز على نظرية علمية و من الممكن قياس فعاليته بطرق علمية أيضاً و هو يلتقي مع التعاليم الدينية بطريقة ملفتة للنظر . فنظريته تقوم على أن للإنسان القدرة على توجيه نفسه وإصلاحها ، و ذلك من خلال قدرته على التعلم الذاتي و توظيفه لذلك في تعديل سلوكه و أفكاره ، فحياة الفرد من صنع أفكاره ، و لذا فلن يستطيع الإنسان أن يحدث تغييراً أو تعديلاً في شخصيته أو في سلوكه يجب أن يقوم أيضاً بمراقبة أفكاره و تعديلها و تعتمد فكرته في الإرشاد أو العلاج على تدريب الفرد على إكتشاف أفكاره السلبية ثم تعديلها و إستبدالها بأفكار أكثر إيجابية . وقد كتب شكسبير في هاملت أنه لا يوجد ما هو خير أو شر إنما طريقة التفكير هي التي تصنع ذلك ، و هذا مما يعني أن الأحداث في حد ذاتها لا تؤدي إلي المشاعر و السلوكيات المضطربة و إنما تفسير الفرد للأحداث هو الذي يصنع ذلك و أن التغيرات التي تحدث في طريقة التفكير ينتج عنها تغييرات في المشاعر و السلوكيات . فالإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد بشكل عام على الافتراض القائل بأن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث و لكن بسبب المعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث و هذه المعاني و التفسيرات تختلف بالنسبة للفرد الواحد في المواقف المختلفة وهناك العديد من الأساليب التي يمكن إدراجها ضمن الإرشاد المعرفي السلوكي و من هذه الأساليب : الإرشاد المعرفي السلوكي (بيك Beck) و الإرشاد العقلاني الإنفعالي (إليس Ellis) و التعديل المعرفي السلوكي (ميتشينبوم Meichenbaum) و غيرها . و يعد الإرشاد المعرفي الذي قدمه أرو نبيك من أبرز نماذج الإرشاد في هذا الإتجاه و أكثرها شيوعاً حيث يتميز هذا الأسلوب الإرشادي بتأكيدِه على معارف و إعتقادات الفرد في الـهنا و الآن (Here and Now) كسبب رئيسي في ظهور الإضطرابات النفسية دون الرجوع إلي الخبرات الماضية في حياة الفرد ، و يستعين أيضاً ببعض الفنيات المعرفية و السلوكية و الإنفعالية في تغيير و تعديل معارف الفرد و مدركاته عن ذاته و عن العالم و المستقبل كما أنه يهتم بالعمل على إكتشاف الأفكار التلقائية أو الأفكار الأوتوماتيكية و التحريفات و المخططات المعرفية السلبية لدى الفرد و العمل على تغييرها . (عبد الستار إبراهيم ، 1994 : 260)

مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي

لقد تعددت و تنوعت تعريفات الإرشاد المعرفي السلوكي و في هذا الصدد نذكر بعضاً منها على النحو التالي :-

يعرف أرون بيك Beck ,A (1976م) الإرشاد المعرفي المعرفي بأنه أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية . و هذا يعني أن أفكاره مستقاة من علم النفس المعرفي ، وكلمة معرفي هي نسبة إلي كلمة معرفة أو إدراك ، و المقصود بكلمة معرفة أو إدراك في هذا السياق إنما تعني عدداً من العمليات العقلية التي يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجي وأيضاً الداخلي له ، فهذا النوع من العلاج يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية " و هي الأفكار و التصورات العقلية التي يكونها الفرد عن الذات و

الآخرين و الحياة تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن نشأة الإضطرابات النفسية ، و يعتبر العلاج المعرفي السلوكي منحىً علاجياً يندرج تحته مجموعة من المناحي العلاجية التي تؤكد على أهمية العمليات المعرفية في تحديد و تشكيل سلوك الفرد و إنفعالاته و العمل على تغيير و تعديل الأفكار و الإعتقادات السلبية لدى الفرد و تعديل التحريفات المعرفية و أنماط التفكير الخاطئة و العمل على أن يحل محلها أفكار و إعتقادات إيجابية و منطقية عن طريق إستخدام إستراتيجيات معرفية و سلوكية و إنفعالية يتم من خلالها إقناع الفرد بشكل منطقي أن إعتقاداته و أفكاره السلبية و تعبيراته الذاتية الخاطئة هي السبب في إضطراباته النفسية " . (Beck , A.T ، 2000 : 170)

ويعرف المعجم الموسوعي لعلم النفس (1983م) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الحديث تم إستخدامه من قبل أرو نبيك حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة و إستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ ، و يركز هذا الإرشاد على المحتوى الفكري و يكون الهدف الرئيسي له تصحيح التصورات و الإدراكات الخاطئة و إستبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية . (Rom & Rager ، 1983م : 98)

كما عرفه كندال Kendall (1993م) بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب الخدمة النفسية بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه ، بالإضافة إلي ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض و بالسياق الإجتماعي من حوله من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفية و سلوكية و إنفعالية و إجتماعية و بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه . (ناصر المحارب ، 2000م : 1)

وتعرف موسوعة علم النفس و التحليل النفسي (1994م) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية و الخارجية و على إتصال مستمر بها ، و العمليات المعرفية هي الإحساس أو الإدراك و الإنتباه و التذكر و الربط والحكم و التفكير و الوعي . (عبد المنعم الحفني ، 1994م : 143)

و يعرف لويس كامل مليكة (1994م) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد المناهج الإرشادية التي تهدف إلي تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على مهارات المواجهة و التحكم في القلق و التحصين ضد الضغوط و التدريب على حل المشكلة ووقف الأفكار السالبة و التعلم الذاتي و يحدث التعديل السلوكي من خلال تغيير المعرفيات (الإتجاهات ، الأفكار ، مفهوم الذات) . (لويس مليكة ، 1994م : 174)

و يعرفه ساكو Sacco و بيك Beck (1995م) بأنه طريقة لتغيير نماذج التصورات ، أي الصور الذهنية و الأفكار العقلية لمساعدة الفرد على التغلب على إشكالاته الإنفعالية و السلوكية و يقوم الإرشاد المعرفي السلوكي على نظرية مؤداها أن السلوكيات الغير مقبولة و الإنفعالات المضطربة هي نتاج

للمعمليات المعرفية الخاطئة أو السلبية و التي يمكن إخضاعها للتغيير ، و لذا يتميز الإرشاد المعرفي السلوكي بالتعامل فقط مع معارف الهنا و الآن لدى الفرد و بطريقة منهجية بقصد التعرف و الكشف عن معرفه السلبية التي تسببت في إضطرابه الإنفعالي و لذلك يستخدم الفنيات المتنوعة لتصحيح المعارف السلبية و بناء معارف جديدة و طرق تفكير جديدة . (Sacco , W.pp, 1995م : 329)

و يعرفه قتيبة الجبلي ، و اليحيى (1996م) بأنه نوع من أنواع الإرشاد النفسي الذي يرى أن الخل يحدث في جزء من العملية المعرفية و هي الأفكار أو التصورات عن النفس و الآخرين و الحياة ، و يستند على نظريات علم النفس المعرفي و نظريات معالجة المعلومات ، و نظريات علم النفس الإجتماعي . (قتيبة الجبلي ، و اليحيى ، 1996م : 261)

و ترى إبتسام السطحية (1997م) أن الإرشاد المعرفي السلوكي هو أسلوب من الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي يقوم على أساس من نظريات التعلم و يشتمل على مجموعة من تكنيكات التدخل تهدف إلي حدوث تغيير ببناء في السلوك الإنساني الظاهر الذي يمكن ملاحظته و الإستجابات غير الظاهرة مثل (الأفكار ، الإنفعالات) . (إبتسام السطحية ، 1997م : 43)

و يعرف محمد محروس و محمد السيد (1998م) الإرشاد السلوكي بأنه يتضمن مجموعة من الطرق العلاجية القائمة على أساس إعادة تشكيل البيئة المعرفية و تقوم هذه الطرق على إفتراض أن الإضطرابات الإنفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفي و تكون مهمة المرشد هي إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بالتوافق . (محمد السيد ، 1998م : 166)

و تعرف زينب شقير (1999م) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد أنواع الممارسات السلوكية التي يتم من خلاله تقييم و تحديد و متابعة السلوك و التركيز على تطور السلوك ، و يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق و الإكتئاب و العدوان و غيرها من المشكلات ، و يستخدم في تعديل سلوك الأشخاص ، و يشمل ذلك الأطفال و المراهقين و الكبار . (زينب شقير ، 1999م : 265)

و يعرف عادل عبد الله (2000م) الإرشاد المعرفي السلوكي على أنه إتجاه علاجي حديث نسبياً يقوم على أساس الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة و العلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات و يعتمد على التعامل مع الإضطرابات الإنفعالية المختلفة من خلال منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً و إنفعالياً و سلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات المعرفية و الإنفعالية و السلوكية ، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج و المريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة و إعتقادات غير عقلانية و مختلة وظيفياً تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الإضطرابات الإنفعالية التي يعانيها المريض . (عادل عبد الله ، 2000م : 17)

كذلك يرى كابالو Caballo (2001م) أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد منهجاً تفسيرياً و علاجياً للإضطرابات الإنفعالية ، و يقوم على فكرة مؤداها أن التصورات و الإعتقادات و الأفكار السلبية لدى

الفرد تسهم في نشأة الإضطرابات الإنفعالية لديه ، بمعنى أن الإنسان يضطرب إنفعالياً و نفسياً و جسدياً و إجتماعياً ، ليس بسبب الأشياء و الأحداث الخارجية في حد ذاتها ، بل بسبب نظرتة ، و تفسيره لها تفسيراً سلبياً ، و لذا يعد الإرشاد المعرفي نموذجاً محدد البناء ، من حيث الوقت و الأهداف ، فهو علاج قصير الوقت ، يستخدم بفعالية مشتركة بين المعالج و المريض و قد إستخدم بنجاح في علاج كثير من الإضطرابات النفسية مثل الإكتئاب و القلق و نوبات الهلع و الوسواس القهري و الإضطرابات النفسية الجسمية و إضطرابات الأكل و تعاطي المخدرات و إضطرابات الشخصية المختلفة . (Caballo ، 2001م : 11)

و يشير طارق النجار (2005م) إلي أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد على العمليات المعرفية و تأثيرها على الإنفعالات و السلوك معاً ، و يتجه الفكر الإرشادي لهذا النوع من الإرشاد على أن المشكلات النفسية إنما تنبع من إضطرابات في حالات التفكير . (طارق النجار ، 2005م : 147)

و يؤكد محمد حتاملة (2006م) على أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد من أكثر أنماط الأساليب الإرشادية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف المشكلات حيث تطرق هذا الأسلوب إلي كافة المشكلات تقريباً ، حيث أكدت دراسات عديدة أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بأساليب الإرشاد الأخرى و ذلك في تناول مختلف المشكلات ، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة إحتتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي ، و قد يرجع ذلك إلي أنه يستخدم عدة إستراتيجيات للمواجهة ، كما أنه يركز على المكونات المعرفية و الوجدانية و السلوكية التي يتضمنها أي إضطراب و بالتالي نجد أن هناك تنوعاً في الإستراتيجيات المستخدمة بين الإستراتيجيات المعرفية و الإستراتيجيات الإنفعالية و الإستراتيجيات السلوكية ، كما أنه يركز على حدوث تغير في السلوك يتم من جراء تصحيح و تعديل الأفكار المشوهة و الإعتقادات المختلفة وظيفياً التي تكمن خلف هذا السلوك و تعد هي المسؤولة في الأساس بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك ، و هكذا فإن دراسة العلاقة بين المثيرات و الإستجابات بحد ذاتها لا تكفي و لكن لابد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة فالإنسان عندما يتعرض لمثير معين يعطي تفسيراً له و الإستجابة التي تصدر عنه تعتمد بالضرورة على معنى المثير و التفسير الذي يعطيه الإنسان له . (محمد حتاملة ، 2006م : 43)

و يعرف علاء الدين فرغلي (2008م) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي و هو علاج توجيهي تستخدم فيه آليات و أدوات معينة و فنيات و مهارات معرفية و سلوكية لمساعدة المريض على تحديد أفكاره السلبية و معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل إنفعالي و سلوكي و تحويلها إلي معتقدات إيجابية يصاحبها ضبط إنفعالي و سلوكي . (علاء فرغلي ، 2008م : 15)

ويرى الباحث من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي مكون من الإرشاد المعرفي و الإرشاد السلوكي ، يركز على تغيير الأفكار و الإعتقادات السلبية و غير المنطقية و التي تسبب الإضطراب النفسي للفرد و تفضي به إلي سوء التوافق النفسي و الإجتماعي و من ثم تغيير إنفعالات و سلوك الفرد و يعتمد على نظريات التعلم و تعديل السلوك ، و ذلك من منطلق الإعتماد على فكرة أساسية و هي تأثير الأفكار في الإنفعالات و السلوكيات و أن الأحداث ليست هي التي تؤثر فينا إنما طريقة تفكيرنا إزاء هذه الأحداث ، فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطي تفسيراً له و يستجيب له معتمداً على معنى المثير من وجهة نظره و في ضوء ذلك يحاول المرشد المعرفي تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية ، و كيفية تفسيره لها بشكل إيجابي ، فهناك العديد من أشكال العلاج المعرفي السلوكي مثل العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي (Rational Emotive Behavior Therapy) ، و العلاج المعرفي (Cognitive Therapy) عند أرو نبيك ، و التعديل المعرفي السلوكي ، و العلاج المعرفي الديالكتيكي (Dialectic Cognitive Behavior Therapy) ، و غيرها .

وعموماً يتضمن الإرشاد المعرفي السلوكي تشكيلة واسعة من الإتجاهات العلاجية المعرفية التي تركز على تغيير الأفكار و الإعتقادات و أنماط التفكير الخاطئة لدى الفرد للتغلب على إضطراباته الإنفعالية الناجمة عن أسلوبه و طريقته الخاطئة في إدراك و تفسير الأحداث البيئية المؤلمة التي يتعرض لها عبر المواقف الحياتية المختلفة و يعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الطرق العلاجية النفسية إنتشاراً في الوقت الراهن .

النظرية المعرفية للإضطرابات النفسية

تعتمد النظرية المعرفية في تناول الإضطرابات النفسية على الكيفية التي يتم بها تفسير و معالجة المعلومات و تفترض هذه النظرية أن الإضطرابات الإنفعالية و السلوكية لدى الفرد ناتجة عن وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية (مخططات) خاطئة و سلبية تؤدي إلي ظهور هذه الإضطرابات لدى الفرد و تساعد على إستمرارها و بالتالي يؤكد أصحاب النظرية المعرفية على الجوانب المعرفية التي تثيرها الأحداث و المواقف لدى الفرد كالأفكار و التوقعات و المعتقدات و التخيلات ، و هكذا فإن المعارف تؤثر على الإنفعالات و على السلوك ، و على هذا فإن النظرية المعرفية ترى أن هناك تفاعل و تأثير متبادل بين هذه المتغيرات ، كما تفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن التعرف على الأفكار و إستنباطها و لكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت سيطرة الفرد ، فالأفكار التلقائية تفلت من سيطرته و تزجه و لكن من الممكن تدريبه على مراقبة و رصد هذه الأفكار ثم التخلص منها . و أخيراً تفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات إنفعالية و سلوكية من خلال إحداث تغييرات في أفكار و إعتقادات المريض . (طه عبد العظيم ، 2006م : 175)

و من هذا المنطلق يمكن القول أن النموذج المعرفي الذي قدمه (بيك Beck) في تفسير الإضطرابات الإنفعالية يعد من أبرز النماذج العلاجية و أكثرها شيوعاً في هذا الإتجاه . ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف و إعتقادات الفرد في الهُنا و الآن (Here and Now) و التي تتسبب في حدوث الإضطرابات الإنفعالية و السلوكية لديه و ذلك بقصد تغيير معارفه و مدركاته السلبية عن ذاته و عن العالم و المستقبل و ذلك عن طريق إستخدام بعض الفنيات المعرفية و السلوكية و بذلك يختلف العلاج المعرفي السلوكي عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات و خبرات الطفولة المبكرة و عالم اللاشعور لدى الفرد كما يختلف عن العلاج السلوكي التقليدي الذي يهمل التفكير و عالم المريض الخاص به ، بل أنه يهتم بالعمل على إكتشاف الأفكار التلقائية أو الأفكار الأوتوماتيكية و التحريفات و المخططات المعرفية السلبية لدى الفرد و العمل على تغييرها و ذلك من منطلق أن الشخصية عند أرو نبيك تتكون من مخططات معرفية Schemas تشتمل على المعلومات و الإعتقادات و المفاهيم و الإفتراضات العقلية الأساسية لدى الفرد و التي يكتسبها عبر مراحل النمو المختلفة من خلال عملية التنشئة الإجتماعية و التفاعل مع الآخرين في البيئة التي يحيا فيها ، و لهذا يرى أرو نبيك أن الناس تنفعل بالأحداث وفقاً لمعانيها و تفسيراتهم لها و يهتم بيك بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر لدى الفرد بصورة آلية و تبدو من وجهة نظر المريض بأنها معقولة جداً و أن هذه الأفكار التلقائية تؤدي إلي حدوث التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها . حيث تنشأ الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد نتيجة لعدم الإتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد و بين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها الفرد و التي يقوم بتحليلها و تفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه ثم يبدأ في الإستجابة للمواقف و الأحداث المختلفة إنطلاقاً من تلك المعاني و التفسيرات التي يعطيها لها ، و تتوقف طبيعة الإضطراب الإنفعالي لدى الفرد على كيفية إدراكه و تفسيره لذلك الموقف أو الحدث فإذا كان الإدراك مشوشاً تكون النتيجة المنطقية هي حدوث الإضطرابات الإنفعالية . (عادل عبد الله ، 2000م : 69)

ومن الجدير بالذكر أن العلاج المعرفي عند أرو نبيك كان في بداية الأمر قاصراً على علاج الإكتئاب إلا أنه إمتد و إتسع ليشمل الكثير من الإضطرابات الإنفعالية الأخرى و منها القلق و الغضب و الوسواس القهري و غيرها ، و ذهب بيك إلي أن الإضطرابات الإنفعالية تكون ناتجة أساساً عن إضطراب في تفكير الفرد ، فطريقة الفرد و ما يعتقده و كيفية تفسيره للأحداث من حوله و خاصة إذا كانت تفسيرات سلبية فإن ذلك يساهم في ظهور الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد . (طه عبد العظيم ، 2006م : 37)

و هذا مما يعني أن الإرشاد المعرفي السلوكي يركز على تعديل البناء المعرفي للفرد بواسطة تصحيح المدركات الخاطئة و عادات التفكير السلبية مما ينتج عنه تعديلاً حتمياً للإنفعالات و السلوك ، و لذا يسلم الإتجاه المعرفي في الإرشاد أو العلاج بأن سلوك الفرد و إنفعالاته تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الأشياء و يفكر فيها ، أي أن سلوك الفرد تحكمه إلي حد بعيد عوامل معرفية و فكرية كالتوقع و طريقة

التنبؤ بحدوث الأشياء فضلاً عن الإتجاهات و المعتقدات التي يحملها عن الأشياء و العالم و هو ما سيوضح علاقته بالقرآن الكريم لاحقاً .

و على هذا الأساس صاغ أرو نبيك (Beck , A . T ، 1970م) المذكور في (عبد الستار إبراهيم ، 1994م) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الإضطرابات الإنفعالية بصورة عامة و على وجه الخصوص الإكتئاب في ضوء المعتقدات و الآراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه و العالم و المستقبل ، و يرى أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الإنهزامية من خلال إلتحامها بهذا الأسلوب فتبني مثل هذا الإعتقاد يؤدي إلي تشويه إدراك الواقع بشكل سليم . ثم تأتي بعد ذلك الإستجابة الإنفعالية أو السلوكية اليائسة و التي نسميها إكتئاباً ، و عادة ما تلازم حالة الإكتئاب توقعات سلبية تجعل المرضى يعتقدون أنه لن يكون في مقدورهم تجنب وقوع الأحداث ، فعندما يتوقع الشخص أن شيئاً ما سيحدث و لن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه يبرز الإكتئاب كمجموعة من الإستجابات المصاحبة لهذه التوقعات و يفسر هذا القصور إنخفاض مستوى الدافعية و كذلك إنخفاض العمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الإكتئاب . (عبد الستار إبراهيم ، 1994م : 125)

فالتفكير عند مرضى الإكتئاب يتسم بخصائص و سمات سلبية منها أن مرضى الإكتئاب دائماً يعتقدون المقارنة بينهم و بين الآخرين و يسرفون في إستخدام عبارات مثل (أنهم أكثر قدرة مني) ، (إن هناك شيئاً ما خاطئاً في مقارنة الآخرين) ، (إنني لست كذلك مثله) ، و يتميز الإكتئابيين بالتفكير القائم على الإستنتاجات الإنفعالية ، فالفرد المكتئب الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيراً إنفعالياً سيدجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الإجتماعي الفعال و سيدجد نفسه عرضة لكثير من الإضطرابات النفسية و الإجتماعية . (عبد الستار إبراهيم ، 1993م : 185)

فالعلاج المعرفي كما يشير " بيك " يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة بل موغلة في القدم و تعود بالتحديد إلي زمن الرواقيين ، حيث أعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث ، و ليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن إعتلال مزاجه . إلي هذا المنطق الرواقي يستند العلاج المعرفي ، فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلي أن الفرد يقوم بتحريف للواقع و للحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة و إفتراضات خاطئة و تنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي . (Beck , A.T ، 2000م : 6)

و يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على النظرية المعرفية و هي تعني ببساطة أن طريقة رؤيتنا و تفسيرنا للموقف هي التي تؤثر على مشاعرنا و سلوكنا ، فالموقف بحد ذاته ليس هو ما يؤثر على مشاعرنا و إنما طريقة تفكيرنا و كيفية تحليل الموقف و رؤيتنا له و عندما يتعرض الناس لضيق فإنهم غالباً لا يفكرون بطريقة واضحة و صحيحة و تكون أفكارهم مشوهة بطريقة أو بأخرى و لذا تكمن أهمية

العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة الأفراد على التعرف على أفكارهم المشوهة و طريقة تفكيرهم الخاطئة و إختبار مدى منطقية هذه الأفكار ثم تعلم كيف يغيرونها و عندما تتغير الأفكار في الإتجاه الصحيح عندئذٍ يتبعها تغير في المشاعر و كذلك السلوك . (طه عبد العظيم ، 2006م : 37)

و لهذا فقد قدم أصحاب هذا الإتجاه أساليب جديدة و مبتكرة للمساعدة على إكتشاف الأنماط الخاطئة من التفكير لدى الأفراد ، و بالتالي تعديلها و إستبدالها بأساليب أكثر إيجابية و عقلانية . و لكي يستطيع المرشد أو المعالج المعرفي أن يحدث تغييراً في إنفعالات الفرد و في سلوكه فمن الضروري أن يقوم بتعديل أو تغيير أفكاره و إتجاهاته السلبية ، و على هذا الأساس يتم تعليم الفرد أساليب التفكير المنطقي العقلاني تجاه نفسه و الآخرين و الحياة و المشكلات التي تجابهه و تسبب له القلق ، و الفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها طرائق تعديل التفكير هي أنه لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير و الإنفعال و السلوك حيث أن جميع هذه الجوانب تتفاعل معاً و يكمل بعضها بعضاً ، بمعنى أن هناك علاقة قوية بين التفكير و الإنفعال و السلوك فجميعها أشكال متلاحمة و متكاملة و التعديل في إحداها يعدل في الجوانب الأخرى ، فالناس تنفعل تبعاً للمعاني أو التفسيرات التي سبغونها على الأحداث . فالمعنى أو التفسير الخاص لأي حدث يحدد نوع الإستجابة الإنفعالية التي تصدر عن الفرد و هذا هو محور النموذج المعرفي في التعامل مع الإضطرابات الإنفعالية . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 71)

و بهذا المعنى فإن الإستجابات الإنفعالية التي تحدث خلال تفاعل الفرد مع المواقف المختلفة لا تحدث بسبب هذه المواقف و لكن نتيجة لإدراكنا و تفكيرنا فيها ، فشعور الفرد بالإكتئاب أو الحزن للفشل في تحقيق هدف معين أو خسارة شيء هام لا ينشأ بسبب هذه الخسارة أو الفشل و إنما بسبب الأفكار و الإعتقادات السلبية التي كونها الفرد حول هذه المواقف و الأحداث . و بشكل عام يعتمد الإرشاد المعرفي السلوكي على الفرضية التي تقول بأن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث و لكن بسبب المعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث ، و هذه المعاني و التفسيرات تختلف لدى الفرد في المواقف المختلفة ، فمريض القلق يتوقع الخطر و الأذى و يتوقف ظهور القلق لديه أساساً على كيفية إدراكه لتلك المخاطر و التهديدات و تقديره لها و الفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر داهم يهدد صحته ، أسرته ، ممتلكاته ، مركزه المهني أو الإجتماعي و غيرها من أنواع التهديدات .

و بناءً على ما تقدم يخلص الباحث إلي أن الإستجابة الإنفعالية قد تكون معقولة أو غير معقولة بحسب إتجاه التفكير ، فإذا كانت طريقة التفكير عقلانية و منطقية فإن السلوك يكون معقولاً و سويّاً و يكون الإنفعال بالأشياء إيجابياً ، و إذا كانت طريقة التفكير غير معقولة و غير منطقية فإن الإنفعال سيكون على درجة عالية من الإضطراب و بذلك يتحدد سلوك الفرد و إنفعالاته في أي موقف يتعامل معه وفق معتقداته و أفكاره عنه فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة ، و بالحب أو الكراهية ، و بالإقبال أو الإحجام حسب ما تمليه

عليه أفكاره ووجهات نظره و بذلك فإن تغيير السلوك يتم عن طريق تعديل أساليب التفكير الخاطئة لدى الفرد .

أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي

من أهم الأهداف التي يرمي الإرشاد المعرفي السلوكي إلي تحقيقها هو تدريب العميل على التعرف على أفكاره و إعتقداته السلبية و تحديدها و الكشف عنها و العمل على تغييرها و تعديلها من خلال إعادة البناء المعرفي بالإضافة إلي ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خلال أساليب لعب الأدوار و الواجبات المنزلية ، و بذلك فهو يهدف إلي تعديل المعارف السلبية و الإستنتاجات السلوكية غير المقبولة لدى الفرد في آن واحد ، و يتميز الإرشاد المعرفي السلوكي عن غيره من أنواع الإرشاد الأخرى بأنه لا يحتاج إلي فترات طويلة و يمكن إستخدامه لفترة قصيرة من الزمن و قد تصل عدد جلساته إلي جلسة واحدة فقط بهدف تعديل المعارف السالبة من خلال إعادة البناء المعرفي . فالإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلي التعامل مع التفكير غير المنطقي و الخاطئ و التشويهات المعرفية و التعامل مع المشكلات المختلفة و السعي إلي تخفيضها حيث يقوم المرشد بمساعدة العملاء على الوعي بالتحريفات المعرفية في طريقة تفكيرهم ، و من ثم تعليمهم كيفية تحدي و مقاومة هذه التحريفات أو الأفكار السلبية و ذلك بإستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة ، و المراقبة الذاتية ، و التباعد الذي يجعل تفكير المريض و تقييمه للواقع موضوعياً و إعادة التقييم المعرفي و مناقشة الأسباب ، و بعضها تجريبي إمبيرقي كالإستكشاف الموجه و التعريض ، و بعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية و النمذجة و التخيل و لعب الأدوار . (طه عبد العظيم ، 2006م : 161)

وفي نفس السياق يشير محمد محروس الشناوي (1994م) إلي أن الإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلي التعامل مع عملية تحريف الواقع و التي تبدو لدى مرضى البارانونيا في (صورة هذات) و كذلك في بعض الأمراض الأخرى علاوة على التعامل مع التفكير غير المنطقي فقد لا يكون هناك تشويش للواقع و إنما يكون التفكير نفسه قائماً على إفتراضات خاطئة و مشتملاً على إستنتاجات خاطئة أو الوصول إلي إستنتاجات خاطئة من المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات و في إيجاز ، فإن الهدف من الإرشاد المعرفي السلوكي هو تصحيح نمط التفكير لدى العميل أو المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره و يصبح التفكير منطقياً لديه . (محمد الشناوي ، 1994م : 151)

ومن ناحية أخرى ترى إبتسام السطحية (1997م) أن الإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلي نمو و تطور مهارات التحكم الذاتي ن و حل المشكلات و يمكن إستخدامه لمدة قصيرة من الزمن ، فقد أثبتت العديد من الدراسات فعاليته في تغيير السلوك . (إبتسام السطحية ، 1997م : 40)

و يلخص محمد معوض (1996م) أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي فيما يلي :-

1- تعديل إدراكات العميل المشوهة و العمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير و ذلك من

- 2- أجل إحداث تغييرات سلوكية و معرفية و إنفعالية لدى العميل .
 - 3- محاولة إكساب العملاء ممارسة فنيات معرفية و سلوكية متنوعة تساعد على التخلص من مشكلاتهم الحالية و مواجهة أية مشكلات نفسية أخرى في المستقبل .
 - 4- ملاحظة مدى التحسن و التغيير الذي يطرأ على العملاء أثناء الجلسات الإرشادية و العمل على زيادة دافعيتهم لأداء الواجبات المنزلية .
 - 5- تدريب العملاء على أن يكونوا مرشدين لأنفسهم في المستقبل .
- (محمد نعوض ، 1996م : 345)

و يشير عادل عبد الله (2000م) إلى أن الإرشاد المعرفي السلوكي يستهدف تعليم الفرد كيفية تصحيح أدائه المعرفي الخاطئ المشوه و تغيير معتقداته المختلة وظيفياً و التي تعرضه لخبرات مشوهة ، أي أن تلك الأهداف تتمثل في تعديل الأفكار و الإعتقادات و الافتراضات العقلية المختلة وظيفياً و التي تعمل على الإبقاء على الأنماط السالبة للسلوك و الإنفعالات . (عادل عبد الله ، 2000م : 21)

و ترى صباح السقا أن الإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلى :-

- 1- إدراك العلاقة بين المشاعر و الأفكار و السلوك و التي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي يتعدل الطرفان الآخران .
- 2- تعليم العملاء أن يحددوا و يقيموا أفكارهم و تخيلاتهم و خاصة تلك التي ترتبط بالأحداث و السلوكيات المضطربة أو المؤلمة .
- 3- تعليم العملاء تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات معرفية .
- 4- تدريب العملاء على إستراتيجيات و تقنيات معرفية و سلوكية لتطبق في الواقع خلال موقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية .
- 5- تحسين المهارات الإجتماعية للعملاء من خلال تعليمهم حل المشكلات .
- 6- تدريب العملاء على توجيه التعليمات للذات ، و من ثم تعديل سلوكهم و طريقتهم المعتادة في التفكير بإستخدام الحوار الداخلي . (صباح السقا ، 2008م : 165)

و يوجز الباحث ما سبق في أن الإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة العملاء على محو و إزالة الأفكار السلبية و الإعتقادات الخاطئة و إستبدالها بأفكار و إعتقادات واقعية و منطقية تساعد على التحكم في إنفعالاتهم و سلوكياتهم ، هذا إلى جانب خفض الإضطرابات الإنفعالية و تحسين التوافق النفسي لدى العملاء و تنمية إستراتيجيات المواجهة لديهم للتعامل بفاعلية مع المشكلات و الإضطرابات النفسية التي يعانونها ، و بعبارة أخرى تتحدد أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي في التعرف على المعارف المختلة وظيفياً و المرتبطة بمشكلة العميل و التعرف على العلاقة بين المعارف و الإنفعالات و السلوكيات و

فحص الدليل مع أو ضد الإعتقادات و الأفكار التلقائية السلبية لدى العميل و تشجيع العميل على مقاومة و دحض هذه الأفكار و الإعتقادات الخاطئة و تكوين إعتقادات و أفكار أكثر فاعلية و منطقية .

فالإرشاد المعرفي السلوكي ليس هو تعلم التفكير الإيجابي بل عوضاً عن ذلك يسعى إلي مساعدة العميل على إدراك و رؤية الحياة و المشكلات لديه من منظور واقعي ، بمعنى أنه يشجع العميل على التفكير المنطقي و الدقيق و الصحيح و إستبدال اليقينيات لدى الفرد بالتفضيلات و تكوين فلسفة سوية في الحياة .

و لقد أستخدم الإرشاد المعرفي السلوكي في بداية الأمر مع مرضى الإكتئاب و لكنه بعد ذلك أصبح يستخدم في علاج تشكيلة واسعة من الإضطرابات النفسية متضمناً الإضطرابات الوجدانية و إضطرابات الشخصية و المخاوف المرضية و إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة و غيرها ، و لكن مع هذا فإن الإرشاد المعرفي السلوكي لا يكون ملائماً لكل المرضى فهناك مرضى لديهم إعاقات معرفية مثل المرضى الذين لديهم إصابات صدمية في المخ أو مرض عضوي في المخ ، و كذلك الأفراد الذين لم تكن لديهم رغبة في القيام بدور نشط في عملية العلاج .

المفاهيم الرئيسية للإرشاد المعرفي عند أرون بيك

لقد إستخدم أرون بيك عدداً من المفاهيم و المصطلحات المعرفية الرئيسية التي تعين على فهم شخصية الفرد ، و كذلك أيضاً فهم الطريقة التي تتكون بها الإضطرابات الإنفعالية لديه و ذلك وفقاً للنموذج المعرفي الذي قدمه في طريقته العلاجية ، و من أهم تلك المفاهيم التي يعتمد عليها العلاج المعرفي (الثالث المعرفي ، و الأفكار التلقائية و التحريفات المعرفية ، و المخططات المعرفية) ، و يمكن بيان ذلك بإيجاز فيما يلي :

أولاً : الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية)

تعتبر الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي عند بيك و تسمى بالحدث المعرفي Cognitive Event و لقد عرفها أرون بيك بأنها سياق من الأفكار و التأويلات التي ترد إلي العقل لا إرادياً و دون وعي من الفرد ، و تظهر أحياناً مع السياق الظاهري للأفكار و ما هي إلا تعبير عن المحصلة النهائية للعملية المعرفية ، فهي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد و الأبنية المعرفية بمعنى الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية و إستجابة الفرد الإنفعالية و تشكل جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد و الذي يحدث سريعاً و بشكل دائم و يتحكم في نمط إنفعالاته و مشاعره فهي أفكار لا شعورية تظهر تلقائياً لدى الفرد و تلح عليه و لا يستطيع الفرد إيقافها ، و تعمل على ضبط حاجاته و سلوكياته ، فمثلاً الأفراد المصابين بالقلق و الإكتئاب و الإحباط يكون لديهم أفكاراً سلبية حول أنفسهم و العالم و مستقبلهم و هذه الأفكار السلبية تظهر على شكل تحريفات أو تشوهات معرفية .

و تتضمن الأفكار التلقائية السلبية عند بيك ما يقوله الفرد لنفسه في الإستجابة نحو الحدث و هو ما يعرف

بأحاديث الذات السلبية Negative Self Talk وهي عبارة عن رسائل لفظية سلبية يقولها الفرد لنفسه عن نفسه تجاه المواقف و الأشياء و الأشخاص الذين يتعامل معهم ، فإذا كانت ذات طبيعة سلبية فإنها تؤدي إلي حدوث الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد مثلما يقول الفرد لنفسه " أنا حظي دائماً سيئ . (طه عبد العظيم ، 2006م : 115)

ثانياً : المخططات المعرفية Cognitive Schemas

لا شك أن مفهوم المخططات العقلية لم يكن مفهوماً جديداً في أدبيات علم النفس المعرفي و الإكلينيكي ، فلقد سبق بيك في استخدام هذا المصطلح بعض العلماء مثل سيجل Segal و بياجيه حيث كان بياجيه (1952م) يستخدم كلمة مخطط للإشارة إلي الأبنية المعرفية لدى الطفل لحظة معينة ، و يشير مفهوم الأبنية المعرفية إلي عمليات عقلية و طرق للتنظيم موجودة لدى الطفل تنظم إستجاباته للمواقف و الخبرات ، فالمخططات تتيح للفرد أن يقرر الطريقة التي يدرك بها البيئة ، أي أنها أساليب عامة من التفكير عن البيئة ، و أن هذه المخططات يمكن أن تكون صريحة فمثلاً الطفل الرضيع تكون لديه مخططات القبض على الأشياء و النظر و المص ، و يمكن كذلك أيضاً أن تكون المخططات ضمنية (عملية تفكير) و أن هذه المخططات المعرفية تتغير و تتعدل من خلال إحتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة ، فإذا كانت مخططات الطفل تتمركز حول الأنشطة الحسية الحركية و التعامل المباشر مع المواقف و الأحداث ، فإن هذه المخططات تنمو و تتحول تدريجياً إلي عمليات تفكير عند الراشدين .

و يرى بياجيه أن المخططات تتغير و تتعدل عن طريق التنظيم و التكيف ، فالتنظيم يشير إلي الإستعداد الفطري للكائن الحي على عمل تأزر و تكامل المخططات في البناء المعرفي داخل أنساق أكثر تعقيداً و ذلك لتسهيل تكيف الطفل مع البيئة ، أما التكيف فهو يتضمن عمليتين معرفيتين و هما المماثلة و المواءمة ، و تشير المماثلة إلي استخدام الفرد الأفكار القديمة الموجودة لديه لفهم المواقف الجديدة و هذا مما يعني أن الفرد يستخدم ما لديه من أفكار موجودة من قبل في إستيعاب و فهم الخبرات الجديدة و ذلك عن طريق تمثيلها عقلياً في أبنية معرفية جديدة ، أما عملية المواءمة فهي تعني تغيير الأفكار القديمة لفهم المواقف الجديدة ، فالفرد يغير و يعدل من تراكيبه و أبنية المعرفة ليتواءم مع متطلبات البيئة و هذا مما يعني تعديل و تغيير المخططات أو الأبنية المعرفية الداخلية للفرد حتى يتسنى له حدوث المواءمة مع البيئة التي يعيش فيها و أن هذه المخططات أو الأبنية المعرفية لدى الفرد تنمو من خلال الخبرات المبكرة التي يتعرض لها في حياته و من خلال تفاعله مع الآخرين فمثلاً الشخص الذي يفسر كل خبراته وفقاص لمخططة المعرفي " الكل أو لا شيء " فإن تفكيره و إنفعالاته و سلوكياته تكون محددة بفكرة " إذا لم أقم بعمل كل شيء بجداره فهذا يعني أنني فاشل تماماً " . و يمثل هذا المصطلح (المخططات) عند أرون بيك أحد المفاهيم الأساسية في نظريته العلاجية ، و يشير مفهوم المخططات إلي الأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد و هي تتضمن الإعتقادات و الإفتراضات و التوقعات و المعاني و القواعد التي يكونها الفرد عن

الأحداث و الآخرين و البيئة . و العلاج المعرفي السلوكي يسعى إلى تغيير المخططات غير التوافقية أو المختلة وظيفياً Dysfunctional Schemas لدى أولئك المرضى . (طه عبد العظيم ، 2006م : 114)

ثالثاً : التحريفات المعرفية Cognitive Distortions

تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية و الأفكار التلقائية لدى المريض ، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر و لهذا فإن الفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها و تحدث أخطاء في الفهم و التفسير فإن ذلك يشوه و يحرف صورة الواقع وبالتالي تستثار الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد و بالتالي فإن التحريفات المعرفية للأفكار هي عبارة عن أخطاء معرفية تحدث في معالجة المعلومات يمارسها الأفراد و تسبب لهم الشعور بالضيق و الألم و تحرف الأفكار الأوتوماتيكية نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات التي يمر بها الفرد و دائماً تحتوي هذه الأفكار التلقائية و السلبية على تشوهات و تحريفات معرفية ضخمة و يكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة العميل على التخلص من التشوهات و التحريفات المعرفية ، و يشير أرو نبيك إلى أن التحريفات المعرفية للأفكار الأوتوماتيكية تعكس نظرة غير واقعية و سلبية عن الذات و العالم و المستقبل لدى الفرد . (محروس الشناوي ، 1994م : 109)

و لعل من أهم التحريفات المعرفية التي حددها بيك و تؤدي إلى ظهور الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد ما يلي :-

- 1- المبالغة : و تتمثل في الميل إلى إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية و إضفاء دلالات مبالغ فيها ، مثل تصور الخطر و الدمار و المبالغة في إدراك النتائج و ربما لا توجد أسباب لذلك .
- 2- الإستنتاج الأعتباطي Arbitrary Inference : وهو يعني توصل الفرد إلى إستنتاج معين دون وجود دليل كاف عليه .
- 3- التجريد الإنتقائي Selective Abstraction : وهو يعني التوصل إلى نتيجة إستناداً على عنصر واحد فقط من عناصر الموقف ، أي أن الفرد يبني إستنتاجاته على العناصر السلبية في حين يتجاهل الجوانب الإيجابية في الموقف . (محروس الشناوي ، 1994م : 118)
- 4- التعميم الزائد Over Generalization : و يقصد به التوصل إلى إستنتاجات كلية على أساس حدث واحد و قد يكون هذا الحدث تافهاً ، أي القفز إلى تعميم غير منطقي بناءً على واقعة واحدة حيث يعمم الفرد ما يحصل معه من موقف واحد على جميع المواقف . (عادل محمد ، 2000م : 68)
- 5- التفكير المستقطب أو الثنائي : أو التفكير بلغة الكل أو لا شيء All – or – nothing Thinking و يعني ميل الفرد إلى التفكير بصورة مطلقة من قبيل النجاح الكامل أو الفشل التام ، أي التطرف و الشطط في التفكير و الحكم على الوقائع و الأحداث بطريقة متطرفة ، فهي إما بيضاء أو سوداء

، حسنة أو رديئة ، رائعة أو فظيعة ، صادقة أو خائنة دون أن يدرك أن الشيء الواحد الذي يبدو في ظاهر الأمر شيئاً قد تكون فيه نواح إيجابية أو يؤدي إلى نتائج إيجابية . (عادل محمد ، 2000 : 68)

6- الشخصية أو التمثيل الشخصي Personalization : و هي تفسير الأحداث من وجهة نظر المريض حيث يفسر الأحداث على أنها تنطبق عليه . و تحل وجهات النظر الذاتية على محمل شخصي ، أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض ، حيث يعزو وقوع الأحداث إلى نفسه بينما هي في الحقيقة ليست كذلك . (محمد محروس الشناوي ، 1994م : 149)

رابعاً : الثلاث المعرفي Cognitive Triad

وهو عبارة عن معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه و عن الآخرين و عن الحياة و مشكلاتها فتسبب له الإضطرابات الإنفعالية كالقلق و الإكتئاب و العدوان و الغضب و هزيمة الذات وغيرها من الإضطرابات الإنفعالية الأخرى . و يتألف الثلاث المعرفي من ثلاثة عناصر معرفية تتضمن نظرة و إدراك الفرد لنفسه و للآخرين و البيئة من حوله ، في المكتب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية معتقداً أنه شخص غير مرغوب فيه و عديم القيمة . و يتمثل العنصر الثاني من الثلاث المعرفي في ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية ، فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب و مصاعب لا تُقهر و لا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة فهو مهزوم لا محال . أما العنصر الثالث من الثلاث المعرفي فهو النظرة السلبية إلى المستقبل ، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية . (عبد الستار إبراهيم ، 1994م : 307)

مراحل و خطوات الإرشاد المعرفي السلوكي

يرى أرون بيك أن الإرشاد المعرفي السلوكي يتضمن عدة خطوات و هي كما يلي :-

الخطوة الأولى : و هي صياغة مشكلة المريض ضمن إطار المنظور المعرفي ، و يعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل منها تحديد الأفكار و الإفتراضات العقلية السلبية الموجودة لدى المريض و التي تسهم في حدوث الإضطرابات الإنفعالية لديه ، و التعرف على السلوكيات السلبية التي تصدر عنه من جراء هذه الأفكار ، و المعارف السلبية لديه ، و التعرف على الأسلوب المعرفي الذي من خلاله يفسر المريض الأحداث و المواقف المؤلمة التي يتعرض لها .

الخطوة الثانية : و هي التعرف على الإفتراضات العقلية السلبية التي تكمن وراء ظهور الإضطراب الإنفعالي لدى المريض و التي من شأنها تفاقم الأفكار السلبية لديه .

الخطوة الثالثة : و هي إستبدال الأفكار السلبية و الخائنة بأفكار أكثر إيجابية و منطقية و موضوعية ، و لتحقيق ذلك يستخدم المعالج العديد من الفنيات المعرفية و السلوكية . (أرون بيك ، 1996م : 7)

فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي

يستخدم الإرشاد المعرفي السلوكي بإختصار شديد لتحقيق أهدافه مجموعة كبيرة من الفنيات المعرفية

التي تساعد العملاء على تغيير أنماط التفكير الخاطئة و الافتراضات و المخططات غير التوافقية ، و إلي جانب هذا يستخدم العلاج المعرفي الفنيات السلوكية و كذلك الفنيات الأمبريقية مثل الإستكشاف الموجه و تصميم التجارب السلوكية ، إذ أن المدخل العام في العلاج المعرفي السلوكي لا يكون قاصراً على التعرف على الأفكار التلقائية و الإعتقادات غير التوافقية و تحديدها فقط ، بل يتضمن أيضاً فحصها و من ثم تعديلها من خلال التجريب السلوكي و التحليل المنطقي لها و غيرها من الفنيات ، و يتوقف تحقيق هذه الأهجاف على وجود علاقة إرشادية دافئة بين المعالج و العميل تتصف بالقبول و الود و الدفء و التعاون و المشاركة الوجدانية ، و أن يقوم المرشد بتدريب العميل و تعليمه على كيفية التعرف على المشكلات و حلها و على مكوناتها الأساسية و أسبابها و علاقتها بالإضطراب . (طه عبد العظيم ، 2006م : 253)

طرق و أساليب الإرشاد المعرفي السلوكي

يتم إجراء الإرشاد المعرفي السلوكي في أسلوبين و هما :-

الإرشاد المعرفي الفردي (المعالج و المريض) : و يتم فيه التركيز على فرد بعينه و دراسة حالته و مشكلته هذا من ناحية . و من ناحية أخرى قد يتم الإرشاد المعرفي السلوكي شكل جماعي (المعالج و مجموعة من المرضى متشابهون في مشكلتهم) و في هذه الحالة يُقدم العلاج لأفراد يعانون من مشكلات متشابهة .

الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي

على الرغم من أن الإرشاد المعرفي السلوكي عادةً ما يتم على نحو فردي إلا أنه يمكن تطبيقه بشكل جماعي حيث يقوم المعالج أو المرشد بمعاونة مجموعة من العملاء ممن يشتركون معاً في مشكلة نفسية واحدة . و من مزايا الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي أنه يساعد العملاء على التخلص من الإحساس و الشعور بالعزلة و الإنشغال بالذات ، لأنه يظهر للعميل أن الآخرين يشتركون معه في نفس المشكلة و من ثم عن طريقه يستطيع أفراد الجماعة التعبير عن مشاعرهم و تجاربهم و خبراتهم ، و في الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي يوضع أفراد المجموعة مع بعضهم لكي يتم علاجهم و من المناسب الإشارة هنا إلي أن التغيرات العلاجية التي تحدث لديهم لا تكون نتيجة للإستبصار الذي ينشأ من التفاعل الإجتماعي بينهم فقط بل نتيجة إستخدام فنيات و إستراتيجيات التغيير الملائمة و المتناغمة مع النموذج المعرفي للإضطراب النفسي لديهم و في كل جلسة علاج جماعية يتم التركيز على تغيرات معرفية معينة و محددة ، وكذلك أيضاً تغيرات في التوجه نحو المشكلة النفسية التي يعانونها ، و بالإضافة إلي ذلك و إنسجاماً مع هذا النموذج يكون من الملائم قبل كل جلسة علاجية إستخدام مقاييس تقيس هذه التغيرات العلاجية لأفراد المجموعة ، و هي كثيرة مثل قائمة الإكتئاب عند بيك و ذلك بهدف مراقبة الأعراض المرضية . و بالمثل فإن التدخلات المعرفية في الجماعة تميل أن تكون محددة للتأكيد على ممارسة الجماعة للمعارف و السلوكيات الإيجابية التي تعلموها خلال الجلسات العلاجية كواجب منزلي يقومون بممارسته و تطبيقه في

الحياة الواقعية . (طه عبد العظيم ، 2006م : 290)

و يعتقد الباحث أن بعض الفنيات المعرفية قد لا يصلح إستخدامها مع كل أفراد الجماعة ، ولذلك قد تستخدم مع بعض أفراد الجماعة أنواع محددة من الفنيات المعرفية مثل أسلوب حل المشكلات و ذلك بهدف مساعدة أفراد الجماعة ذوي الإضطراب النفسي الواحد في التغلب عليه . و تمثل طريقة تطبيق الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي في علاج الإكتئاب إلي حد كبير المدخل العام الذي يأخذه الإرشاد الجماعي .

و لقد أشار ليفنسون (Levinson ، 1990م) و (وايت White ، 2000م) إلي أنه لكي يكون العلاج المعرفي الجماعي فعالاً و ناجحاً فلا بد من تماسك الجماعة و التركيز على المهمة ، فالتماسك يشير إلي التطلع للإرتباط بالآخرين بين أعضاء الجماعة و التفكير بشأنهم بين الجلسات ، و التركيز على المهمة يشير إلي السعي نحو حل المشكلة ، ولحدوث التماسك و التركيز على المهمة يتعين على المعالج ان يكون نموذجاً في المشاركة و التعاون فمن خلال الجماعة تكون هناك فرصة لتطبيق الواجبات المنزلية و التدريب على البروفة السلوكية و التعلم من خبرات الآخرين . كما أن هذا الأسلوب الجماعي يعتبر فعالاً لأنه يتيح الفرصة للمعالج لكي يفهم ديناميات الجماعة و العلاقات بين أفرادها و كيف يؤثر كل منهم في تفكير و مشاعر و سلوك الآخر كما يتأثر بهم ، فالمعالج الجماعي يلعب دوراً مباشراً في تنظيم الجماعة ، و أن العلاج المعرفي الجماعي يشبه العلاج المعرفي الفردي في أنه يكون محدداً في أهدافه ، إذ أن تحديد الأهداف هو جزء هام في كل مراحل العلاج و التي تتضمن وضع أجندة عمل و توليد إستجابات توافقية و مناقشة الواجبات المنزلية ، و هذا هو الشكل العام الذي إستخدمه وايت في علاج الإكتئاب بشكل جماعي ، و هناك أسلوب آخر يطبقه المعالجين المعرفيين في تعديل المعارف و السلوكيات لدى أفراد الجماعة العلاجية و هو التدريب على حل المشكلات .

إتجاهات و مداخل الإرشاد المعرفي السلوكي

يشتمل الإرشاد المعرفي السلوكي على مناهج و إتجاهات عديدة تتشابه في جوهرها و تختلف في فنيات تطبيقها ، و على الرغم أن هناك العديد من الأساليب التي يمكن إدراجها ضمن العلاج المعرفي السلوكي إلا أن من أشهرها الإرشاد المعرفي عند بيك و الإرشاد العقلاني الإنفعالي عند إليس و التعديل المعرفي السلوكي عند ميتشينيوم و أسلوب حل المشكلات عند جولد فرايد .

أولاً : الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

وضع أسس هذه النظرية (ألبرت إليس) و هي أحد أساليب الإرشاد المعرفي الحديثة ، و يعتبر هذا العلاج من أكثر أساليب العلاج المعرفي السلوكي شيوعاً و قد إستند ألبرت إليس في تطويره لهذا النموذج العلاجي على إفتراض رئيس هو أن الإضطرابات النفسية هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الفرد ، و لذا فإن السبيل إلي الحد من الإضطرابات النفسية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة و غير

العقلانية السلبية الهدامة للذات ، و تعليم الفرد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية و أكثر إيجابية حيث يرى إليس أن المشكلات النفسية لدى الفرد لا تنجم عن الأحداث و المواقف في حد ذاتها و إنما عن تفسير الفرد و تقييمه لتلك الأحداث و المواقف .

إستنتج ألبرت إليس أن العلاج العقلاني الإنفعالي يكمن في إعادة البناء المعرفي و تعديل أنماط السلوك و ذلك من منطلق أن مشاعرنا و سلوكنا ما هي إلا إنعكاس لمعتقداتنا و أفكارنا و تفسيراتنا و تفاعلنا مع المواقف التي تواجهنا في البيئة و من خلال العملية العلاجية يتعلم الأفراد المهارات و الأساليب التي تساعدنا على تحديد و مواجهة الأفكار غير العقلانية لديهم .

و مما يجدر ذكره هنا أن تسمية هذا الأسلوب العلاجي واكبت مراحل تطوره ، ففي البداية و بالتحديد خلال فترة الخمسينيات من القرن العشرين أطلق ألبرت إليس عليه مُسمى العلاج العقلاني Rational Therapy ، و لكن سريعاً ما تغير المُسمى إلي العلاج العقلاني الإنفعالي ن، و في عام (1993م) أطلق ألبرت إليس عليه مُسمى العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في محاولة منه لإيضاح التأكيد على العلاقة الوثيقة و التأثير المتبادل و التفاعل بين التفكير و الإنفعال و السلوك . (محمد الشناوي ، 1994م : 12)

مفهوم الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

يعرف ألبرت إليس الإرشاد العقلاني الإنفعالي بأنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي و هو علاج مباشر توجيهي يستخدم فنيات معرفية و إنفعالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته اللاعقلانية و تحويل معتقداته اللامعقولة التي يصابها خلل إنفعالي سلوكي إلي معتقدات يصبها ضبط إنفعالي و سلوكي . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 45)

ومن ملاحظة التعريف السابق تؤكد نظرية إليس على أن الأفكار اللاعقلانية تعد أساس الإضطرابات النفسية ن فالإنفعالات السلبية تكون نتيجة للتفكير غير العقلاني . فأحداث الحياة لا تخلق مشاعر سلبية لدينا بل هي طريقة تفكيرنا في تلك الأحداث ، و هذه الأفكار اللاعقلانية يتعلمها الأطفال منذ الطفولة من الوالدين و من ثقافة الأسرة و المجتمع و بقدر ما تزداد المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد بقدر ما يكون عرضة للإضطرابات النفسية و سوء التوافق النفسي و الإجتماعي .

و لهذا يعتبر هذا الأسلوب العلاجي أحد الأساليب العلاجية التي حاولت أن تدمج أكثر من أسلوب علاجي واحد من خلال دمجها لمفاهيم العلاج السلوكي الذي يقوم على فرضية أن السلوك الإنساني سلوك مكتسب و يمكن إزالته أو تعديله أو التخفيف من تأثيره و بين العلاج المعرفي الذي يقوم على فرضية أن الأفكار التي يعتقدونها الإنسان هي التي تملي عليه الحياة . و لهذا يؤكد الإرشاد العقلاني الإنفعالي على العلاقة الوثيقة المتبادلة بين التفكير و الإنفعال ، بحيث إنهما يعملان بشكل مصاحب و يتم ذلك بطريقة دائرية ، فالتفكير يصير إنفعالاً و الإنفعال يصبح تفكيراً ، و يأخذ هذا التفكير و الإنفعال شكل التحكم الذاتي و هذا

التحكم الذاتي يوجه سلوك الفرد إما إلي وجهة عقلانية أو وجهة غير عقلانية . (مفتاح عبد العزيز ، 2001 : 45)

أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

يشير برنارد Bernard إلي أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي يسعى إلي تحقيق مجموعة من الأهداف ، وهي كما يلي :-

1- الكشف عن الأفكار و المعتقدات الخاطئة و غير المنطقية لدى الأفراد و التي هي المصدر الأساسي لإضطراباتهم الإنفعالية .

2- مساعدة العميل في التغلب على الأفكار و المعتقدات الخاطئة التي تسبب له الإضطرابات النفسية و إستبدالها بأفكار جديدة أكثر عقلانية و منطقية ، و ذلك من خلال مناقشة و تحليل و تنفيذ أو دحض الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد .

3- تزويد الفرد بالمعلومات و الأفكار الصحيحة التي تعينه على التوافق في حياته .

4- زيادة إهتمام الفرد بنفسه و تقبله لذاته و تقبله للتفكير العلمي و المنطقي .

5- مهاجمة الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد ومساعدته في التوقف عنها .

و تأسيساً على ما تقدم تكمن أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي في مقاومة و دحض الأفكار اللاعقلانية و الخاطئة و الوصول بالعميل إلي القدرة على تحليل تلك الأفكار و إحلالها بالأفكار المنطقية التي تتلاءم مع البيئة التي يعيش فيها . هذا بالإضافة إلي إكتساب العميل للمهارات العقلية التي تمكنه من تصورات ذهنية و عقلية بناءة و إيجابية حول الأفكار اللاعقلانية و الخاطئة التي ساهمت في حدوث الإضطرابات الإنفعالية و السلوكية لديه ، و أن الشعور بالتوتر و القلق و الإكتئاب و الغضب و غيرها لا تمثل إلا أعراضاً للمشكلة الرئيسية المتمثلة في الأفكار اللاعقلانية التي يحملها الإنسان حول طبيعة المواقف التي يواجهها ، و من هنا فإن الهدف يتركز حول محاولة تعديل الأفكار الخاطئة بدلاً من التركيز حول تلك الأعراض الناتجة عن تلك الأفكار .

و جملة القول يهدف الإرشاد العقلاني الإنفعالي إلي مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية و الخاطئة لدى المريض و التخلص منها بالإقناع العقلي المنطقي و إعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض و إزالة و تقليل النتائج الإنفعالية غير العقلانية لدى المريض و بصفة خاصة تقليل القلق و الإكتئاب و العدوان أو الغضب . (Bernard ، 1990م : 294)

الخلفية النظرية للإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

يستند الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي على فرضية مؤداها أن التفكير و الإنفعال و السلوك تتداخل فيما بينها في علاقات السبب و النتيجة المتبادلة ، وأن الأحداث النشطة و المؤلمة و الضاغطة التي يمر

بها الفرد في حياته لا تسبب الإضطرابات الإنفعالية لديه و لكن إعتقادات و أفكار الفرد غير العقلانية هي المسببة لذلك أي أن المشكلات التي يمر بها الأفراد تُعزى إلي الطريقة التي يفسرون بها الأحداث .
و يتمثل ذلك في (نموذج ABC) بوصفه يمثل مركز و جوهر الإرشاد العقلائي الإنفعالي السلوكي و التي تشير رموزه إلي المعاني التالية :

1- الحرف (A) يرمز إلي خبرة نشطة أو حادثة (Activating Experience Or Event)
مثل الوفاة ، الطلاق ، الرسوب . و هي في حد ذاتها لا تحدث الإضطراب السلوكي ، فهذه الأحداث أو الخبرات المنشطة عادة ما تكون خبرات مؤلمة و غير سارة مثل خبرة الطلاق أو الفشل أو الموت أو الفصل من العمل ، و هذه الخبرات يتم إدراكها في جو غير عقلائي و بذلك تكوّن خبرة لاعقلانية و هي في السلوكية أشبه ما تكون بالمشير أو الحدث غير المرغوب فيه و الذي يعمل على إستثارة الخوف أو القلق لدى الفرد .

2- أما الحرف (B) فيرمز إلي نظام الإعتقادات (Belief System) حول ذلك الحدث ، حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات لدى الفرد ، و هذا الأخير قد يكون عقلائياً أو غير عقلائياً و هذا يؤدي إلي نتيجة إنفعالية . و بمعنى آخر يشير هذا الحرف إلي نسق الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد و التي تؤدي إلي إثارة الإضطراب الإنفعالي و تدمير و هزيمة الذات و هي أشبه في السلوكية بالعمليات الوسطية .

3- أما الحرف (C) فيرمز إلي الإنفعالات التي تنجم عن الإعتقادات فتعني النتيجة الإنفعالية (Consequence) ، و النتيجة قد تكون عقلائية أو غير عقلائية (حزن ، توتر ، قلق) فهذا الحرف يشير إلي النتيجة الإنفعالية أو الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد و هي دائماً تكون مرتبطة بنسق المعتقدات و الأفكار لديه فإذا كان نسق المعتقدات غير عقلائي كانت النتيجة هي الإضطراب النفسي كما في حالات القلق و الإكتئاب .

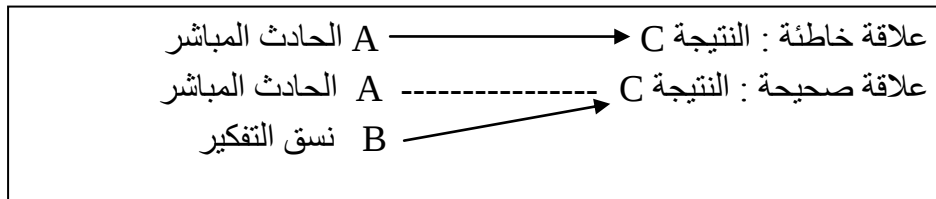
ووفقاً لذلك النموذج فإن نسق الأفكار أو الإعتقادات لدى الفرد تمثل همزة الوصل بين (A) و (C) ، أي أنها المسؤولة عن الإنفعالات لديه و ليس الحدث أو الخبرة ، و في هذا السياق يشير (إليس) إلي أن نسق الإعتقادات لدى الفرد يتكون من جزأين و هما الأفكار العقلانية و الأفكار اللاعقلانية و تتصف الأفكار العقلانية بجملة من الخصائص من بينها أنها أفكار منطقية وواقعية وحياتية ، أي متسقة مع الواقع و تساعد الفرد على تحقيق أهدافه و التوافق النفسي و التحرر من الإضطرابات الإنفعالية و تؤدي بالفرد إلي الإبداع و الإيجابية و التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ، كما أنها ليست أفكاراً مطلقة ، فضلاً عن أنها تزيد من مشاعر المتعة و السعادة ، و يصبح تحقيق الأهداف أسهل منالاً . أما النسق الثاني من الإعتقادات لدى الفرد فهي الأفكار اللاعقلانية و هي على النقيض من النسق الأول في خصائصها حيث تعد هي المسؤولة عن حدوث الإضطرابات الإنفعالية ز (عادل عبد الله ، 2000م : 130)

و يعرف محمد عبد الرحمن ، و معتز عبد الله (1994م) الأفكار اللاعقلانية بأنها مجموعة من الأفكار الخاطئة و غير المنطقية و التي تتصف بعدم الموضوعية و تعتمد على توقعات و تنبؤات و تعميمات خاطئة ، و من خصائصها إنها تعتمد على الظن و التنبؤ و المبالغة و التهويل بدرجة لا تتفق مع الإمكانيات العقلية للفرد . (محمد عبد الرحمن و معتز عبد الله ، 1994 : 424)

و كذلك من خصائصها أيضاً أنها أفكار غير واقعية و غير منطقية و غير إمبريقية و غير مرنة ، و دوجمائية في طبيعتها ، و مطلقة و غير ملائمة و تتصف بالسعي للكمال و الإستحسان و تهويل الأمور المرتبطة بالذات و الآخرين و الشعور بالعجز و الدونية و الإعتمادية و تؤدي إلي نتائج إنفعالية غير سارة ويُعبر عنها الفرد لفظياً في شكل الينبغيات و الواجبات (Musts – Shoulds) مثل (يجب أن – ينبغي أن – من الضروري أن - ...) و تؤدي إلي هزيمة الذات ، وغالباً ما تكون نتاج الخصائص الفطرية و عملية التعلم . (عماد محمد ، 1990م : 68)

و في ضوء ما تقدم يشير (عادل محمد ، 2000م) و (طه عبد العظيم ، 2004م) نقلاً عن ألبرت إليس إلي أن المشكلات الإنفعالية و الإضطرابات النفسية عند إليس تنتج عن نسق التفكير لدى الفرد و الذي يرمز له بالحرف (B) و أن الحرف (A) هو المثير أو الخبرة التي يمر بها الفرد ليست هي السبب الرئيس للإضطرابات الإنفعالية لديه ، فلو افترضنا كما يرى إليس أن حادثة معينة مؤلمة ك وفاة أو طلاق أو فشل في الإمتحان أو إهانة من شخص (A) قد أثارت إستجابات إنفعالية كالخوف و القلق أو الإكتئاب (C) ، فإن حدوث الحادثة من الشخص (A) ليست هي السبب الحقيقي في حدوث الإستجابة الإنفعالية (C) ، و إنما السبب يكمن في نسق المعتقدات لدى الفرد (B) ، و هذا يعني أن كل إستجابة إنفعالية سواء كانت سارة و إيجابية أو مؤلمة و سلبية وراءها بناء معرفي لدى الفرد سابق لظهور الإنفعالات . و الشكل التالي:-

شكل رقم (1) يوضح العلاقة بين الأحداث و التفكير و النتيجة الإنفعالية



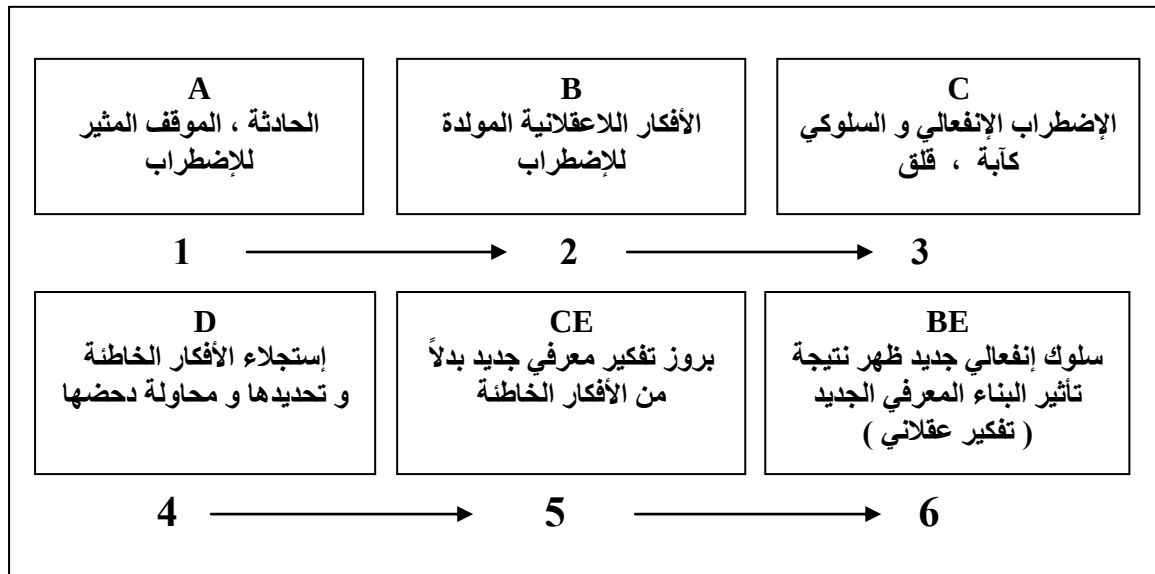
و بعد أن وضع إليس هذا النموذج قام بإستكمالها و طوره حتى أصبح نموذجاً جديداً هو (ABCDEF) ، و تمثل الحروف الثلاث الجديدة الأسلوب الإرشادي العلاجي الذي ينتجه إليس مع عملائه .
فالحرف (D) يتضمن مفهوم الدحض (Dispute) و الإحتجاج على المعتقدات غير العقلانية و الأفكار الخاطئة مما يجعل العميل يتحدى نفسه و يتحدى أفكاره و معتقداته و يجادلها و يحتج على عدم

منطقيتها ثم يغيرها و بعبارة موجزة يقوم المرشد بفحص و مهاجمة الأفكار اللاعقلانية و التي هي السبب في الإضطراب النفسي لدى الفرد و تعديلها.

أما الحرف (E) فيعني الأثر (Effect) و يتضمن التأثير الجديد الذي يحققه الفرد نتيجة لتغيير أفكاره و إعتقداته غير العقلانية إلي أفكار صحيحة و إعتقدات عقلانية ، و بعبارة موجزة أن يقوم المرشد بتغيير الأفكار التي تم مهاجمتها بأفكار عقلانية من خلال تعديل نسق التفكير لدى الفرد و تبنيه فلسفة جديدة .

أما الحرف (F) فهو يتضمن المشاعر الجديدة (New Feelings) الناتجة عن العلاج و التي يشعر بها الفرد بعد أن يصل إلي حالة من الإرتياح العام و الإستقرار النفسي ، و هي الخطوة الأخيرة و التي من خلالها تتغير إنفعالات الفرد السلبية إلي إنفعالات موجبة ، و هو الهدف الرئيس للإرشاد العقلاي الإنفعالي السلوكي .

شكل رقم (2) يوضح أسباب الإضطرابات الإنفعالية و طرق علاجها



مسلمات و خصائص الإرشاد العقلاي الإنفعالي السلوكي

يقوم الإرشاد العقلاي الإنفعالي على عدة مسلمات خاصة بطبيعة الإنسان و تفسير سلوكه و تحديد مصدر إضطرابه النفسي و تتحدد هذه المسلمات فيما يلي :-

1- التفكير و الإنفعال توأمان مترابطان و متداخلان و يؤثر كل منهما في الآخر فهما يمثلان وجهان لشيء واحد ، فلا يمكن النظر إلي أحدهما بمعزل عن الآخر و لهذا فإن التفكير و الإنفعال و السلوك تمثل أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً و تأثراً ، بمعنى أن هناك تفاعل و تأثير متبادل بين التفكير و الإنفعالات و السلوك ، فكل منهما يؤثر و يتأثر بالآخر و هي غالباً عملية متداخلة ، فالتفكير الإنساني و الإنفعالات وجهان لعملة واحدة و إذا تغير أحدهما أثر بالتبعية في الآخر .

- 2- أن الإنسان لديه ميل للتفكير بشكل عقلائي و غير عقلائي ، فعندما يسلك و يفكر بطريقة عقلانية يكون فعالاً و منتجاً ، و عندما يفكر بطريقة غير عقلانية يشعر بالخوف و القلق ، و على الفرد أن يعمل على تنمية طرق تفكيره العقلانية .
 - 3- أن الإضطرابات النفسية التي يعانيها الفرد هي نتاج أفكار و معتقدات خاطئة أو سلبية تشكل البناء المعرفي لديه ، فالعصابي أو المريض النفسي هو شخص أفكاره غير عقلانية و عاجزاً إنفعالياً و سلوكه يكون مدمراً للذات .
 - 4- أن التفكير غير العقلائي يرجع إلي مرحلة حيث يتعلمه الأطفال من الوالدين و من ثقافة الأسرة و المجتمع ، فعوامل التنشئة الإجتماعية الخاطئة في الطفولة و ثقافة الأسرة و المجتمع الذي يعيش فيه الفرد لها دور هام في إكتساب الأبناء لهذه الأفكار اللاعقلانية .
 - 5- يتميز الإنسان بأنه يفكر دائماً و أثناء التفكير يصاحبه الإنفعال ، فإذا كان التفكير غير عقلائي صاحبه إنفعال مضطرب و يترجم في سلوك مضطرب .
 - 6- يجب مهاجمة و محاربة الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد و تعديلها من خلال المناقشة و الإقناع و تزويده بالأفكار العقلانية و المنطقية .
 - 7- يسلك الناس وفقاً لتوقعاتهم عن إستجابات الآخرين ، و هذا التوقع كعملية معرفية له تأثيره على الإضطراب الإنفعالي ، حيث أن الأفراد في بعض الأحيان يميلون إلي إعطاء أحكام كاذبة لنيل رضا الآخرين و إستحسانهم .
 - 8- يعزو الأفراد مشكلاتهم و إضطراباتهم الإنفعالية إلي الآخرين و إلي الأحداث الخارجية و من ثم تكون الإضطرابات الإنفعالية لديهم قائمة على إعزاءات خاطئة.
 - 9- يميل الأفراد إلي إستخدام بعض الميكانيزمات الدفاعية ضد أفكارهم و سلوكهم و ذلك حفاظاً على ذواتهم ، بمعنى أنهم يميلون إلي عدم الإعتراف لأنفسهم أو للآخرين بأن سلوكهم و تفكيرهم خاطئ و أكثر سلبية . (طه عبد العظيم ، 2004 م : 88 ، عبد الفتاح الخواجا ، 2002 م : 280)
- أما فيما يتعلق بخصائص الإرشاد العقلائي الإنفعالي السلوكي فإنه يتشكل من عدة ملامح أساسية تحدد خصائصه العامة بما يميزه عن غيره من الإتجاهات الإرشادية العلاجية الأخرى ، و تتحدد هذه الخصائص و الملامح كما أشار ماهر محمود عمر (2003م) فيما يلي :-
- 1- التركيز على الهُنا و الآن ، بمعنى رؤية الإنسان لحاضره الآن و التركيز على أفكاره و إعتقاداته و إنفعالاته و سلوكياته الحالية بدرجة أكبر من رؤيته لماضيه و ما هو مختزن فيه .
 - 2- التعرف على الأفكار و الإعتقادات غير العقلانية لدى الفرد أو العميل .
 - 3- إمكانية تغيير الأفكار و الإعتقادات غير العقلانية . (ماهر عمر ن 2003 م : 36)

أسس الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

1- أسس فسيولوجية : و هي تفترض أن الإنسان يولد ولديه نزعة قوية إلي أن كل شيء يريد به ينبغي أن يحدث على أحسن وجه في حياته وأنه إذا لم يحصل على ما يريد فوراً فإنه يسخط على ذاته و على العالم من حوله وبذلك يكون تفكيره طفولي طول حياته .

2- أسس إجتماعية و إنفعالية : و هي تعني ضرورة أن يكون الفرد لديه قدراً من أفتزان الإنفعالي فلا تكون إنفعالاته مبالغ فيها و حادة و لا تكون بسيطة و يكون الفرد متبلداً إنفعالياً و أن تكون لدى الفرد القدرة على بناء علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين و أن يكون محبوباً و مرغوباً فيه ، و لكن ليس بالضرورة ان يكون جميع الناس يحبونه.

3- الأسس النفسية : و تتمثل في نموذج إليس المعروف بنموذج (ABC) المذكور سابقاً . (طه عبد العظيم ، 2004م : 89)

الأفكار اللاعقلانية المؤدية للإضطرابات الإنفعالية

لقد حدد إليس من خلال الدراسات التي قام بها إحدى عشرة فكرة لا عقلانية و غير منطقية في المجتمع الغربي تؤدي إلي إنتشار الإضطراب الإنفعالي و النفسي ، و هذه الأفكار اللاعقلانية هي :-

الفكرة الأولى : من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به ومؤيداً من الجميع فيما يقول و ما يفعل ، نعم إنه لشيء جميل أن يكون الشخص محبوباً من الجميع وأن ما يقوم به من أعمال تكون مرضية لمن حوله ، ولكنه من الصعوبة بل المستحيل أن تُرضي جميع الناس أو أن تكون جميع أعمالك تنال إستحسانهم ، ولكن هذه الفكرة غير منطقية لأن إرضاء الناس غاية لا تدرك بسهولة و إذا إجتهد الفرد لتحقيق هذه الغاية فقد يزداد إعماده على الآخرين و يقل شعوره بالأمان و يزداد تعرضه للإحباط ، ورغم أنه من المرغوب فيه أن يكون الفرد محبوباً من الآخرين إلا أن الشخص العاقل لا يضحي بإهتماماته و رغباته في سبيل تحقيق هذه الغاية . (محمد محروس الشناوي ، 1994م : 98)

الفكرة الثانية : يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة و المنافسة و أن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا أهمية و قيمة و هذه الفكرة تعد أيضاً من الأمور التي يصعب تحقيقها ، و إندفاع الفرد لتحقيقها قد يؤدي إلي الأمراض الجسمية و النفسية و إلي الشعور بالنقص و العجز و إلي فقد الثقة بالذات و إلي الحرمان من الإستمتاع بالحياة الشخصية و يؤدي ذلك إلي الشعور الدائم بالخوف من الفشل . أما الشخص العاقل المنطقي فهو يحاول الإنجاز في حدود إمكانياته و يستمتع بنشاطه و حياته و يجتهد في فعل الأفضل لذاته هو ، و ليس من أجل أن يصبح أفضل من الآخرين و يتفوق عليهم و لكنه يبذل الجهد الذي يشعره أو يجعله مستمتع بالنشاط كغاية لذاته و ليس من أجل نتيجة أو لمجرد مشاهدة النتائج . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 35)

الفكرة الثالثة : بعض الناس يتصفون بالشر و الوضاعة أو الأذى و الجبن ، و لذلك فهم يستحقون أن نوجه لهم اللوم و العقاب و التوبيخ و هذه الفكرة غير عقلانية أو غير منطقية لأن الإنسان غير معصوم من الخطأ و ليس هناك معيار مطلق للصواب و الخطأ ، فالتصرفات و الأعمال غير الأخلاقية هي نتيجة للغباء و الجهل و الإضطراب النفسي أو الإنفعالي ، و كل إنسان عرضة للسقوط و إرتكاب الأخطاء ، و التأنيب و العقاب لا يؤدي عادة إلي تحسين السلوك حيث أنها لا تقلل الغباء و لا تزيد الذكاء و لا تحسن الحالة النفسية و في الواقع أن هذه الأساليب تؤدي إلي سلوك أكثر سوءاً و إلي مزيد من الإضطراب الإنفعالي و لاشك أن النظر إلي أعمال الآخرين و الحكم عليها مباشرة دون مراعاة الظروف التي دعتهم إلي هذا السلوك فيه ظلم و جور عليهم ، لأنهم قد أدوها بخطأ أو جهل أو دون أذية أحد أو بسبب الغباء أو نقص في الذكاء أو غير ذلك ، فعقابهم أو توبيخهم لا يقلل الغباء و لا يزيد الذكاء ، و الأفراد المتعلقون لا يلومون الآخرين و لا يلومون أنفسهم ، و إذا ما وجه الآخرون إليهم اللوم فإنهم يحاولون أن يحسنوا أو يصححوا سلوكهم إذا كانوا مخطئين أما إذا لم يكونوا مخطئين فإنهم يوقنون أن لوم الآخرين لهم يدل على إضطراب هؤلاء الآخرين ، أما إذا إرتكب الآخرون أخطاء فإنهم يحاولون فهمهم إذا كان ممكناً أن يوقفهم عن عن مواصلة هذه الأخطاء ، أما إذا كان ذلك غير ممكن فعليهم أن يحاولوا عدم ترك سلوك الآخرين يؤرقهم بشدة و عندما يرتكبون أخطاء فإنهم يعترفون بها و لكنهم لا يرتكبون هذه الأخطاء لتصبح كارثة أو تؤدي بهم إلي الشعور بإنعدام الأهمية . (رمضان القذافي ، 2002م : 172)

فالشخص العقلاني لا يكون همه لوم نفسه و لوم الآخرين ، فإذا أخطأ إعتترف بخطئه و عمل على تصويبه ، و إذا أخطأ الآخرون عمل على إفهامهم و توجيههم ، كما لا يعد خطؤه أو أخطاء الآخرين كارثة ، و لا ضرورة لمواجهتها بالعقاب الصارم أو اللوم .

الفكرة الرابعة : إنه لمن المصائب أو النكبات المؤلمة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد أو على غير ما يريده المرء لها ، و يرى إليس أن هذا تفكير غير عقلاني و ذلك لأن ما يتمناه المرء لا يدركه فقد تجري الرياح بما لا تشتهي السفن ، كما أنه من الطبيعي أن لا تسير الأمور كما يريد الشخص لأن هناك عوامل خارجة عن إرادته تغير ما كان يأمله و لذا فيجب عليه أن يتكيف معها إن لم يحصل ما يتمناه و أن لا يتصورها على أنها كارثة أو مصيبة لأن ذلك لن يغير من الموقف بل قد يزيده سوء فمن الطبيعي أن يتعرض المرء للإحباط و لكن من غير الطبيعي هو أن ينتج عن هذا الإحباط حزن شديد و يستمر و لذا فإن المواقف غير السارة قد تكون مؤدية إلي الإضطراب و لكنها ليست مفزعة و لا تمثل نكبة إلا إذا نظر المرء إليها على هذا النحو ، فالفرد العاقل المتعقل يتجنب المغالاة في تصوير المواقف غير السارة ، و أن يعمل بدلاً من ذلك على تحسينها إن أمكن أو أن يعمل ما في وسعه لتحسينها أو أن يتقبلها ، و قد تؤدي المواقف المؤلمة إلي الإضطراب و لكنها ليست مفزعة و لا تصبح مواقف أو مصائب فادحة و لا تمثل نكبة إلا إذا نظر إليها المرء على هذا النحو . (علاء كفاي ، 1999م : 321)

الفكرة الخامسة : أن المصائب أو التعاسة النفسية التي يواجهها الفرد تنتج عن ظروف خارجية (أسبابها خارجية) لا يستطيع الفرد التحكم فيها ، و يرى إليس أن هذه الفكرة غير منطقية لأنه في الواقع بينما نجد القوى (الأحداث) الخارجية عن الفرد من الممكن أن تكون مؤذية أو مؤلمة بدنياً ، فإنها تكون عادة ذات طبيعة نفسية لا يمكن أن تكون ضارة إلا إذا سمح الفرد لنفسه أن يتأثر بها نتيجة لإستجاباته و إتجاهاته ، وأن الفرد يولد لنفسه الإضطراب الإنفعالي و ذلك حين يضخم الأمور و يهول في تصور الأحداث و نتائجها . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م :38)

و كما يقول: محمد الشناوي ، 1994م :140 { أن هذا تصور خاطئ لأن الشخص الذي على درجة من الذكاء يعرف أن التعاسة تأتي بدرجة كبيرة من داخله وأنه بينما يهتز الفرد أو يتضايق بفعل الأحداث الخارجية عنه فإنه يعترف بأن إستجابته يمكن أن تتغير عن طريق تغيير تصوراته و تعبيراته الداخلية عن هذه الأحداث ، ويشير ذلك في جملته إلي أن ما يعانيه الفرد من تعاسة أو إضطرابات تجاه الأحداث الخارجية راجع في المقام الأول إلي وجهة نظره و إتجاهاته و ردة الفعل التي يبالغ فيها تجاه الحدث الخارجي و تضخيم تصور الأحداث و نتائجها } .

الفكرة السادسة : الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير و الإنشغال الدائم للتفكير ، و ينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً و أن يكون على أهبة الإستعداد لمواجهتها و التعامل معها و هذا غير معقول أن يحدث ، و لكنه خطر يمكن مواجهته و التصدي له و التقليل من آثاره السيئة و هو ليست كارثة تُخاف ، و الشخص العاقل (المنطقي) يدرك أن الأخطار الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم و القلق لأن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقعها ، وقد يكون تأثير القلق أخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت (وقوع البلى و لا إنتظاره) ، و قد يدرك الشخص العاقل أيضاً أن بعض الأشياء المُخوفة ينبغي التشجيع على ممارستها إذا لم تنطو على أضرار و لم تكن لها مضاعفات ، و ذلك لكي نتخلص من الخوف من الأشياء التي لا تخيف في الواقع أو ليست مخيفة في الواقع . (علاء كفاي ، 1999م : 322)

الفكرة السابعة : إنه من السهل على الفرد أن يتفادى و يتجنب مواجهة صعوبات الحياة و المسؤوليات الشخصية بدلاً من مواجهتها و هذا تفكير غير منطقي لأن الهروب من تحمل المسؤوليات أو مواجهة المشكلات لا يقدم حلاً لها بل قد يزيد من صعوبتها و يؤدي إلي تراكمها أو إلي نتائج غير مرغوبة ، و قد يؤدي إلي مشكلات نفسية مثل الشعور بعدم الرضا عن الذات و عدم الثقة بالنفس . فالحياة السعيدة ليست بالضرورة أن تكون سهلة ، و الشخص العاقل هو الذي يؤدي ما يجب عليه أن يؤديه دون شكوى أو ألم و يتجنب في نفس الوقت الأشياء المؤلمة غير الضرورية و عندما يجد نفسه مهملاً لبعض المسؤوليات الضرورية فإنه يحلل الأسباب موضوعياً ، و يعمل على تنبيه نفسه و توجيهها ، ويدرك أن الحياة الحافلة بالمسؤوليات و حل المشكلات هي الحياة الممتعة . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 39)

وكما يقول : محمد محروس الشناوي ، 1994م : 101 { لأن تجنب القيام بواجب ما يكون غالباً أصعب و أكثر إيلاماً من القيام به و يؤدي فيما بعد إلي مشكلات و إلي مشاعر عدم الرضا بما في ذلك مشاعر عدم الثقة بالنفس ، كذلك فإن الحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة . فالشخص العاقل يقوم بما ينبغي عليه القيام به دون شكوة كذلك فإن الشخص يتفادى بذكاء الأعمال المؤلمة التي لا ضرورة لها و عندما يجد نفسه متجنباً للمسؤوليات فإنه يقوم بتحليل الأسباب التي تكمن وراء تفاديه للمسؤوليات و يدمج نفسه في مهمات شخصية و عندئذ يتحقق من أن الحياة المتسمة بالمسؤولية و التحدي و حل المشكلات إنما هي حياة ممتعة } .

الفكرة الثامنة : يجب على الفرد أن يكون مستنداً أو معتمداً على آخرين أكثر خبرة و يجب أن يكون هناك من هو أقوى منه لكي يعتمد عليه في تحقيق أهدافه ، و هذه الفكرة غير منطقية لأنه من الطبيعي أن يعتمد بعضنا على بعض في إنجاز ما لم نستطيع إنجازه و لكن ليس بالدرجة المبالغ فيها و ليس من الضروري أن يكون هناك من نعتد عليه في إنجاز مهماتنا أو إتخاذ القرارات الخاصة بنا لأن ذلك يؤدي إلي فقدان الثقة بالنفس و الإتكالية على الآخرين في تيسير أمورنا مما يجعلنا تحت رحمتهم و بالتالي يفقدنا الأمن و الإستقرار النفسي . و الشخص العاقل هو الذي يكافح من أجل تحقيق الذات و إستقلالها و لكنه لا يرفض المساعدة بل يبحث عنها أحياناً إذا احتاج إليها و هو يدرك أن المجازفات على الرغم من أنها محفوفة بالفشل إلا أنها تستحق الممارسة كما أنه يرى أن الفشل في أمر ما ليس شيئاً مدمراً . (رمضان القذافي ، 2002م : 172 ، عبد الفتاح الخواجا ، 2002م : 283)

الفكرة التاسعة : إن الخبرات و الأحداث الماضية تعتبر هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر و أن تأثير الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله ، و هذه الفكرة أيضاً غير منطقية لأنه على النقيض من ذلك فإن السلوك الذي كان في وقت ما يبدو ضرورياً في ظروف معينة قد لا يكون ضرورياً في الوقت الحالي و الحلول المضية للمشكلات السابقة قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات الحالية و المؤثرات الماضية قد تؤدي إلي تجنب تحديد السلوك كنوع من الهرب أو التبرير ، وعلى الرغم من صعوبة تغير ما سبق تعلمه إلا أن ذلك ليس مستحيلاً . والشخص العاقل أو المتعقل يعترف أن الماضي جزء مهم في حياتنا و لكنه يدرك أيضاً أنه من الممكن تغيير الحاضر عن طريق تحليل نتائج الماضي و تمحيص الأفكار المكتسبة ذات التأثير الضار و دفع نفسه إلي التصرف بطريقة مختلفة في الوقت الراهن . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 40)

و يقول عنها (محمد محروس الشناوي ، 1994م : 102) : { إنها غير عقلانية ، فالسلوك الذي كان في وقت ما يبدو ضرورياً في ظروف معينة قد لا يكون ضرورياً في الوقت الحالي و في الوقت الذي يكون من الصعب فيه أن نتغلب على ما تعلمناه في الماضي ، فإن ذلك لا يعتبر أمراً مستحيلاً أي أنه قد يكون أمراً صعباً و لكنه ليس مستحيلاً . و الشخص المتعقل يعترف بأن الماضي جزء هام في حياتنا و يدرك

أيضاً أنه من الممكن تغيير الحاضر عن طريق تحليل نتائج الماضي و تمحيص الأفكار المكتسبة ذات التأثير الضار و دفع نفسه إلى التصرف بطريقة مختلفة في الوقت الراهن } .

الفكرة العاشرة : ينبغي على الفرد أن يشعر بالحزن لما يصيب الآخرين من إضطرابات و مشكلات . يرى إليس أن هذه فكرة غير منطقية لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر إنشغال للفرد و من ثم يجب لا تسبب له ضيقاً و همأ و حتى عندما يؤثر سلوك الآخرين في فرد ما فإن هذا يحدث من منطلق تحديد الفرد و إدراكه لآثار هذا السلوك ، و عندما يكون الفرد مهتماً بسلوك الآخرين أو مضطرباً بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين فهذا يعني ضمناً أن هذا الشخص ليس لديه القدرة على ضبط سلوكه و لكنه في الواقع يقلل من قدرته على تغييرها . و الشخص العاقل و المنطقي هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤذياً ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير ، وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فإنه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيف آثاره بقدر المستطاع . (علاء كفاي ، 1999م : 323)

و يقرر (عبد الفتاح الخواجا ، 2002م : 284) { أنه لا يجب أن ينشغل الفرد بمشكلات الآخرين و ألا تكون مصدراً للهم و الحزن للفرد ، فإنشغال الفرد بها قد يؤدي إلي إهمال مشاكله الخاصة التي ينبغي عليه أن يركز عليها . و الشخص العقلاني يحاول أن يساعد الآخرين و إذا وجد أن مشاكلهم قد تؤدي إلي إيذائه فعليه أن يتقبل الموقف و يعمل على تخفيفه قدر المستطاع } .

الفكرة الحادية عشر : هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة و هذا الحل يجب البحث عنه لكي لا تصبح النتائج مؤلمة ، و هذه الفكرة أيضاً غير منطقية لعدة أسباب منها أنه لا يوجد حل كامل صحيح لأي مشكلة و أن المخاطر التي يتصورها الفرد بسبب الفشل في التوصل إلي الحل الصحيح تعتبر أمر غير واقعي ، و أيضاً فإن إصرار الفرد في الوصول إلي الحل الكامل ينتج عنه حلول ضعيفة جداً . و الشخص المنطقي يحاول أن يجد حلولاً ممكنة للمشكلة و أن يتقبل أفضلها أو أكثرها واقعية مع التسليم بأنه لا يوجد إجابة أو حل كامل لأي مشكلة بصورة مطلقة . (عبد الفتاح الخواجا ، 2002م : 284)

و قد أضاف سليمان الريحاني فكرتين إلي الأفكار اللاعقلانية التي حددها إليس ، و هاتين الفكرتين اللاعقلانيتين هما :-

1- ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية و الجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس .

2- لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة . (سليمان الريحاني ، 1987م

(35 :

ويرى إليس أن مثل هذه الأفكار غير العقلانية الإحدى عشر تكاد تكون عامة و عندما يتم تقبلها و تدعيمها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي إلي الإضطراب النفسي لأنه لا يمكن العيش فيها بسلام فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكار مثل " ينبغي ، يتحتم ، و نحو ذلك أو من

المفروض " . لأنه بمجرد أن يعتقد الفرد هذا الوهم الذي تتضمنه هذه الحتميات فإنه يصبح مستهدفاً للكبت و العدوانية و الدفاعية و لشعور بالألم و عدم الكفاءة و يصبح غير منضبط و غير سعيد و على العكس من ذلك إذا استطاع أن يتحرر كلية من كل هذه الأنواع الأساسية من التفكير غير المنطقي فإنه يصبح من الصعب عليه على غير العادة أن يكون شديد الإضطراب من الناحية الإنفعالية أو على الأقل فإنه يعلق إضطرابه لفترة طويلة من الوقت . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 40)

ويذكر (عادل عبد الله ، 2000م) أن ألبرت إيليس قد قسم تلك الأفكار اللاعقلانية إلي ثلاث مجموعات ، تضم المجموعة الأولى الأفكار التي تتعلق بالفرد ، و تضم المجموعة الثانية ما يتعلق بالآخرين ، و تضم المجموعة الثالثة ما يتعلق بالعالم و ظروف الحياة . و قد سميت تلك المجموعات بالإنزيمات أو الحتميات الثلاث .

و قد أشار (إيليس) في كتاباته إلي أن الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية التي يعبر عنها العميل و يعتنقها تندرج تحت ثلاث إنزيمات أو حتميات أساسية هي :-

1- المطالب المتعلقة بالذات : و هذه المطالب تظهر في عبارات مثل :

أ- إنني شخص غير كفء و ليس لي أي أهمية .

ب- إنني يجب أن أعمل بطريقة جيدة و أنال إستحسان الآخرين المهمين من حولي.

2- المطالب المتعلقة بالآخرين : و تظهر من خلال عبارات مثل :

أ- يجب أن يكون الآخرون من حولي ظرفاء تحت كل الظروف و طول الوقت .

ب- يجب عليك أن تعاملني برفق و بعدل في كل الأحوال .

3- المطالب المتعلقة بالعالم وظروف الحياة : و هي غالباً ما تأخذ شكل الإعتقادات التالية:

أ- إن ظروف الحياة أقل من تلك التي يجب أن أعيش فيها تماماً .

ب- إنني لا أستطيع تحمل ظروف الحياة . (عبد الفتاح الخواجا ، 2002م : 287)

خطوات و إجراءات الإرشاد العقلاني الإنفعالي

يشير محمود عطا عقل (1996م) إلي أن هدف و جوهر العلاج أو الإرشاد العقلاني الإنفعالي يكمن في مقاومة الأفكار الخاطئة و تبني أفكار معرفية عقلانية ، أي بروز فهم معرفي جديد و تفكير جديد يتبعه تبدل في ردود الأفعال الإنفعالية و السلوكية لتكون أكثر واقعية و متناغمة مع الحدث . و هذه هي الخطوة الرئيسية في العلاج ، و يتم ذلك من خلال تكنيكات معينة تقوم على توضيح خطأ هذه المعتقدات و زيادة إستبصار العميل بخطورة هذه الأفكار ، حيث أنها تحفز السلوك الإضطرابي ثم تعلمه طرق التفكير المنطقي و تساعد على بناء فلسفة واقعية حول الحياة . (محمود عطا عقل ، 1996م : 127)

و من خلال ما سبق تمر عملية الإرشاد العقلاني الإنفعالي من خلال عدة خطوات و هي:-

الخطوة الأولى : التعرف على أفكار المريض و تحديد الأفكار غير العقلانية و غير المنطقية.

الخطوة الثانية : تعريف العميل أنها غير منطقية و غير معقولة و أنها سبب إضطرابه الإنفعالي .

الخطوة الثالثة : تعريف العميل أن إضطرابه يستمر إذا أستمر يفكر تفكير غير عقلاني بمعنى أن تفكيره غير المنطقي الحالي مسؤول عن حالته و ليس إستمرار تأثير الأحداث السابقة .

الخطوة الرابعة : تغيير تفكير العميل و إلغاء الأفكار غير العقلانية .

الخطوة الخامسة : إرساء دعائم فلسفة عقلانية جديدة للحياة بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية لأفكار و معتقدات غير عقلانية و خرافية أخرى . (حامد زهران ، 1977م : 372)

و يمكن إيجاز خطوات الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي كما يلي :-

- 1- بناء علاقة إرشادية مهنية بين المرشد و العميل قائمة على التقبل و الإعتبار الإيجابي للعميل .
- 2- أن يقوم العميل بعرض مشكلته و أعراضه المرضية و إستجاباته نحوها و على المرشد تحديد و معرفة الأفكار و المعتقدات غير العقلانية التي توجد لدى العميل و أن يوضح للعميل العلاقة بين الأفكار غير المنطقية و إضطراباته الإنفعالية .
- 3- أن يوضح المرشد للعميل أن إستمرار الإضطرابات الإنفعالية لديه هي سبب الإستمرار في التفكير الغير عقلاني و ليس الأحداث السابقة . (عادل محمد ، 2000م : 127)
- 4- أن يساعد المرشد العميل على مهاجمة الأفكار اللاعقلانية و إستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ، و ذلك من خلال الدعاية المضادة و المعارضة المستمرة للمعتقدات و الأفكار الخاطئة ، و كذلك من خلال السخرية و الدعابة من هذه الأفكار اللاعقلانية ، و الإقناع المنطقي و التشجيع على دحض الأفكار اللاعقلانية و إستبدالها بأفكار و معتقدات أكثر عقلانية .
- 5- مساعدة العميل على تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن أن يتحاشى العميل الوقوع ضحية أفكار أخرى غير عقلانية .

و على هذا تتحدد مهمة المرشد العقلاني الإنفعالي في الكشف عن الأفكار غير العقلانية التي يتبناها العميل و توجه إنفعالاته و سلوكه ، و يبين للعميل أن هذه الأفكار هي التي تؤدي به إلي الإضطرابات النفسية و الإنفعالية ، و يبين له أيضاً أنه سيستمر في إضطرابه الإنفعالي ما دام مستمراً في تفكيره غير المنطقي و أن إستمرار إضطراباته راجع إلي أفكاره غي المنطقة و ليس الأحداث التي وقعت في البيئة الخارجية ، كما يعمل المرشد على مقاومة و مهاجمة هذه الأفكار اللاعقلانية و المؤذية للذات و تحويلها إلي أفكار منطقية و عقلانية مستخدماً في ذلك العديد من الأساليب و الفنيات التي يقوم عليها الإرشاد العقلاني الإنفعالي ، كما أن المرشد يعلم العميل فلسفة جديدة يواجه بها الحياة حتى لا يكون ضحية لأفكار غير منطقية مرة أخرى .

إن المرشد أو المعالج في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي شخص نشط يتسم بقوة التأثير على العميل و ب قدرته على الإقناع و مهاجمة الأفكار غير المنطقية و تحليل فلسفات العملاء في الحياة و إتجاهاتهم و نسق

التفكير لديهم ، كما أنه بوسعه إستخدام الأساليب المعرفية و الإنفعالية و السلوكية في التأثير على أفكار العملاء و مشاعرهم و تصرفاتهم غير مستخدماً في ذلك أساليب التداعي الحر و تحليل الأحلام و تفسيرها التي تستخدم في التحليل النفسي ، بل يتجه كل إهتمامه بشكل أساسي إلي التعرف على الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها العميل حول الأحداث و المواقف المؤلمة في حياته و العمل على دحض هذه الأفكار اللاعقلانية التي يعتنقها العميل في الوقت الحاضر من خلال الحوار المنطقي الواعي ، و هذا بدوره سوف ينعكس على مشاعر العميل و سلوكه . (ناصر المحارب ، 2000م : 103)

و يرى ألبرت إليس أن هناك ثلاثة مكونات لعملية دحض الأفكار الخاطئة هي :-

- 1- عملية الإكتشاف : و هنا يتعلم العميل كيف يكتشف الأفكار الخاطئة و غير المنطقية .
- 2- عملية الحوار مع الذات : و تكون من أجل دحض هذه الأفكار الخاطئة و إحلال الأفكار العقلانية المنطقية بدلاً منها .
- 3- عملية التمييز : و ذلك للتمييز بين الأفكار الخاطئة و الأفكار غير العقلانية في التفكير من أجل تجنب ذلك مستقبلاً .

و من المناسب هنا الإشارة إلي أن إليس في أسلوبه العلاجي لا يهتم بالتركيز على تكوين علاقة دافئة مع العميل من النوع الذي ينادي به كارل روجرز في العلاج المتمركز حول الشخص ، و إنما يكتفي بعلاقة عادية يأخذ فيها الدور المشابه لدور المعلم و لا يعطي العميل دوراً كبيراً في عملية الإرشاد . (محروس الشناوي ، 1994م : 110)

فنيات الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

يستخدم الإرشاد العقلاني الإنفعالي في تحقيق أهدافه مجموعة من الأساليب المعرفية و الإنفعالية و السلوكية ، و نذكر منها ما يأتي :-

أولاً : الفنيات المعرفية : و تستهدف دحض افكار غير العقلانية و غير المنطقية التي تعتبر العامل الرئيسي في نشأة المشكلات و الإضطرابات الإنفعالية و تغييرها إلي أفكار عقلانية و منطقية ، و تشمل هذه الفنيات على التمثيل المنطقي للأفكار اللاعقلانية و التعليم و التوجيه و مناقشة النتائج غير التجريبية و تنفيذ الإستنتاجات غير الواقعية ووقف الأفكار و الإيحاءات و التثيت المعرفي و إعادة البناء المعرفي . فالإرشاد العقلاني الإنفعالي يستخدم مجموعة كبيرة من الطرق المعرفية منها :-

1- التحليل الفلسفي و المنطقي للأفكار غير المنطقية ، و التعليم و التوجيه ، و تنفيذ الإستنتاجات غير الواقعية ، ووقف الأفكار و الإيحاءات و التثيت المعرفي .

2- إعادة البناء المعرفي حيث تستند عملية إعادة البناء المعرفي على فرضية مفادها أن كل فرد يدرك أحداث الحياة بطريقة منفرد عن الآخر و أن أنماط السلوك و استجابات الإنفعالية غير التوافقية لديه تنتج عن وجود افكار غير عقلانية و مختلة وظيفياً ، و على هذا فإن هذا الإجراء يساعد الفرد على تغيير الطريقة

التي يفكر بها و التعرف على أنماط التفكير المحرفة أو المشوهة لديه و تغييرها لأن هذه الأفكار الخاطئة هي السبب في ظهور الإنفعالات السلبية . فالأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركونه و يعتقدونه و لذلك فإن اضطرابات الإنفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة و غير المنطقية ، و بالتالي لا بد من مساعدة الأفراد في التغلب عليها و إستبدالها بأفكار أكثر عقلانية و منطقية و إيجابية تساعد على تفسير الأحداث بطريقة إيجابية من خلال تعديل الأفكار و الإعتقادات الخاطئة لدى الفرد و إستبدالها بأفكار إيجابية . فمن خلال التعرف على أفكار العميل و مشاعره و إنفعالاته أو سلوكياته الإجتماعية و تفسيرها تتكون لديه أبنية معرفية جديدة الأمر الذي يجعل نظريته تختلف عما كانت عليه قبل العلاج و الأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة غير التوافقية . و هنا تحدث عملية إحلال جديدة إيجابية محل أفكار قديمة سلبية ، ولهذا تؤكد النظرية المعرفية على أن إنفعال و سلوك الفرد يتغير حينما يحدث تغير في العمليات المعرفية مثل الفكر و الإعتقادات لدى الفرد . و هكذا تُستخدم فنيات إعادة البناء المعرفي في مساعدة الأفراد على تعديل إنفعالاتهم السلبية و أنماط السلوك غير التوافقي لديهم من خلال تغيير أنماط التفكير الخاطئة و المحرفة ، و تعتمد هذه الفنية على الإقناع المنطقي و توضيح نموذج (ABC) ن فالنتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التي تسبقها وإنما هي وليدة نسق التفكير و المعتقدات (B) ، ثم يتم الانتقال إلي تنفيذ أفكاره و دحض (Disputing) الأفكار اللامنتطقية ، و عن طريق مساعدة العميل على تنفيذ أفكاره و مساعدته على تكوين أفكار منطقية أفضل يكون المعالج بذلك حقق الأثر المعرفي (Cognitive Effect) و ساعد العميل على إعادة بناء جوانب المعرفة لديه ، فالهدف الجوهرى من إستخدام فنية إعادة البناء المعرفي هو دحض و مقاومة الأفكار غير العقلانية التي ساهمت في نشأة المشكلات النفسية التي يعاني منها العميل من خلال إستخدام أسلوب الحوار السقراطي و طرح الأسئلة على العميل و من الأسئلة التي يوجهها المعالج للعميل ليجيب عليها " أين الدليل على ما تقوله أو ما تشعر به ؟ - لماذا تكون الحياة مأساوية إذا لم تجر بالشكل الذي تريده ؟ - و هل هو نهاية العالم إذا لم تتحقق أحلامك في الحياة " ، إن مثل هذه الأسئلة الجدلية و الحوارية تجعل العميل يعيد التفكير في الأفكار التي يتخذها مسلمات و حقائق و بالتالي يبدأ في إعادة التفكير بها و إختبار مصداقيتها و مدى تأثيرها على حياته .

3- إيقاف التفكير (Thought Stop) : كذلك أيضاً تتضمن الفنيات المعرفية إيقاف التفكير و هذا السلوب إقترحه باين (Bain) و روح له وولبي ، و في هذا الأسلوب يُطلب من العميل أن يغمض عينيه و أن يخطر في أفكاره غير المرغوبة ، ثم يصرخ المرشد بصوت عال قف ، و يؤدي ذلك بالعمل إلي وقف الأفكار غير المرغوبة ، و يكرر ذلك مرة أخرى ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عال و أن يكرر ذلك في المنزل .

4- المحاضرات و المناقشات : و هي طريقة تعليمية تستهدف تعديل بعض السلوكيات و الأفكار و المعتقدات و الإتجاهات لدى العملاء و يتم خلالها إلقاء محاضرة حول موضوع الجلسة يتخللها مناقشات مفتوحة و إلقاء أسئلة من جانب المشاركين في الجلسة . (ناصر المحارب ، 2000م : 220)

ثانياً : الفنيات الإنفعالية : و في هذه الأساليب العلاجية يتم التركيز على تغيير المشاعر السلبية المصاحبة للمشكلات التي يعرضها العملاء و ليس التركيز على الإستغراق في تلك المشاعر بقدر ما هو على مساعدة العملاء على تحويل تلك المشاعر إلي مشاعر إيجابية تخدم العملية العلاجية و تسرع من عملية التغيير . ومن بين الأساليب الإنفعالية التي قدمها إليس في أسلوبه العلاجي ما يلي :-

1- أسلوب التقبل الإيجابي غير المشروط للعميل : و هو تعليم العميل بصورة مباشرة على قبول نفسه بما فيها من إيجابيات و سلبيات .

2- أسلوب تمثيل أو لعب الأدوار : و في هذا الأسلوب العلاجي يُركز بالدرجة الأولى على مساعدة العملاء في تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم . (محمد محروس الشناوي ، 1994م : 131)

3- أسلوب التخيل الإنفعالي العقلاني : و في هذه الفنية العلاجية يطلب المرشد من العميل أن يتخيل نفسه في موقف غير سار و مزعج بالنسبة له ، كأن يتخيل الطالب مثلاً أنه في قاعة الإختبار و من ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه و قد تغير إنفعاله و شعوره بالقلق و الرهبة إلي إنفعال أقل منه درجة ، مثل تغير القلق الشديد إلي مجرد خوف بسيط يمكنه التغلب عليه ، ومن ثم يسأل المرشد الطالب في كل مرة عن شعوره بعد تغير أفكاره ثم يطلب منه ان يُحدّث نفسه ببعض الجمل و العبارات التي تخفف من شدة الإنفعال مثل (إن هذا الإختبار لن يكون سيئاً إن شاء الله فقد بذلتُ فيه جهداً) و نحو ذلك ، وبهذا يكون الطالب قد عرف الطريقة التي بواسطتها يستطيع أن يغير بها من مشاعره ، ثم يكلفه المرشد بتنفيذ هذه الطريقة فترة من الزمن حتى يتقنها و هكذا يمارس هذه الطريقة كلما هاجمته الأفكار غير العقلانية في أي شأن من شؤون حياته حيث يزاول الإسترخاء البدني و من ثم يتخيل المواقف التي يريد أن يضعفها أو يقلل من درجتها .

و يرى إليس (1988م) أنه كلما مارس الإنسان التخيل الإنفعالي العقلاني عدة مرات في الأسبوع سوف يصل إلي حالة من التوافق النفسي و الإجتماعي تجعله يتجاوز الأحداث و المواقف غير المريحة التي يمكن أن تواجهه ، وعلى هذا يقصد بالتخيل الإنفعالي العقلاني أن يتخيل الفرد نفسه في موقف الإنفعال و قد قام بتغيير مثل هذا الإنفعال إلي إنفعال أقل منه في المستوى ، كأن يتم تغيير الغضب إلي مجرد الضيق مثلاً و هو ما يمكن التعبير عنه بأنه تغيير الإنفعال السلبي غير السوي إلي إنفعال سلبي سوي . و تسمى هذه الفنية بالإسترخاء التخيلي الذاتي الموجه ، و يُقصد بها مساعدة العميل على تخيل أصعب المواقف التي مر بها مع أصعب الأشخاص الذين تعامل معهم في حياته و إظهار مشاعره السلبية

حول هذه المواقف و هذا الشخص و كأنه يعيش فعلاً مع ذلك الشخص في ذلك الموقف أثناء تخيله هذا معبراً عن كل إضطراباته الإنفعالية بسببها ، ثم يطلب منه أن يغير هذه المشاعر و يستبدلها بأخرى أقل حدة ليهدأ ثم يسأله عما فعله لتهدئة نفسه حتى وصل إلي هذه الحالة الأقل توتراً مما كان عليه في بداية إسترخاؤه التخيلي . (طه عبد العظيم ، 2008م : 293)

و يستخدم أسلوب التخييل الإنفعالي العقلاني بطريقتين ، و هما :-

- أ- التخييلات السلبية : حيث يتخيل العميل نفسه يشعر شعوراً سلبياً و غير ملائم كرد فعل لموقف معين ، ثم يرى نفسه يغير هذه المشاعر إلي مشاعر إيجابية مثل الندم و العزم على تغيير السلوك
- ب- التخييلات الإيجابية : و هي أن يتخيل العميل موقف غير سار و يركز على الأفكار التي تتبني عليها مشاعره ، ثم يناقش العميل هذه الأفكار و يركز على شعوره بعد تركها و تبديلها بأفكار عقلانية . (نادر الزيود ، 1998م : 267)

ثالثاً : الفنيات السلوكية : و تستهدف تعديل السلوك غير المرغوب و تغييره إلي سلوك مرغوب و تدعيمه ، و من الأساليب السلوكية المستخدمة :-

1- لعب الدور : لا يقتصر هذا الأسلوب العلاجي على العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي بل يُستخدم في الكثير من الأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة في العلاج النفسي ، و لكن أسلوب لعب الدور في هذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة العملاء في تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم .

2- الواجبات المنزلية : و تعمل هذه الفنية على توجيه و تشجيع العميل على تنفيذ بعض الواجبات الخارجية مما يمكنه من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها مع المرشد ، و يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف العميل بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلي ممارسة الأفكار المنطقية التي إكتسبها و في مواقف حية ، فالفرد الذي يخشى من رفض الآخرين يشجع على الدخول في مواقف حية قد تعرضه للرفض ، كأن يقوم بنقد متعمد لرأي شخص آخر يعرف أنه قد يهاجمه نتيجة لهذا النقد . (عبد الستار إبراهيم و آخرون ، 1993م : 9)

3- التدريب على الإسترخاء العضلي : و يهدف إلي التعلم التدريجي للسيطرة على التوتر و الإسترخاء لمجموعات عضلية معينة و يتضمن التدريب الكامل وفق تعليمات المعالج ، يتم فيه الشد لوقت قصير لأجزاء متفرقة من عضلات الذراعين و الرأس و القسم العلوي من الجسد و الخصر و الرجلين و بعد ذلك إسترخائها بشكل كامل قدر الإمكان . (عبد الستار إبراهيم و آخرون ، 1993م : 9)

4- أساليب الإشتراط الإجرائي : كالتعزيز الإيجابي و التعزيز السلبي و العقاب و غيرها . (محمد الشناوي ، 1994م : 115)

5- أساليب تعليمية مساعدة : و هي تعتبر جزءاً مهماً في الجلسات الإرشادية مثل القراءات ، مشاهدة الأفلام المساعدة ، النشرات ، و المطويات التعليمية .

6- فنيات أخرى : مثل الدعاية و الدعاية المضادة و التشجيع والحث و الإقناع و التلقين و الإيحاء و التعزيز و التدريب التوكيدي في المواقف الفعّالة و التحصين التدريجي و التفكير العلمي من خلال المحاضرات و الحوار و المناقشات و القصد المتناقض ، و استخدام المرح أثناء الجلسات العلاجية ، و الهدف من ذلك هو محاولة إخراج العملاء من الجدية المبالغ فيها و التي قد تضخم و تفاقم المشكلة و تأثيرها على العميل ، كما أن المرح يساعد العملاء على التخلص من الضغوط النفسية المصاحبة للمشكلات التي يعانون منها و بهذا يكونون أكثر قدرة على التفكير المنطقي الواعي ، و يتم ذلك بأن يلجأ المرشد إلي استخدام المرح و النكات ليسخر من الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها العمي ، و بهذا يجعل العميل يضحك على أخطائه و يتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف ، و القصد المتناقض وسيلة لتضخيم الأفكار اللاعقلانية للعميل و كشفها ، و نتيجة لذلك فإن العميل يتجه إلي تبني نهج مضاد وهو الواقعية و العقلانية . (نادر الزيود ، 1998م : 264)

و هكذا يستخدم الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي تشكيلة واسعة من الفنيات الإرشادية أو العلاجية في تحقيق أهدافه ، وهي فنيات معرفية و ذلك لتغيير الأفكار غير العقلانية و غير المنطقية إلي أفكار عقلانية و منطقية ، و فنيات إنفعالية تتعرض لمشاعر المريض وردود أفعاله و الإستجابات الإنفعالية الصادرة عنه تجاه المثيرات و الأحداث و المواقف و الخبرات المنشطة ، و كذلك أيضاً فنيات سلوكية ترمي غلي تعديل السلوك غيرا المرغوب لدى العميل و تغييره إلي سلوك مرغوب و تدعيمه ، و أخيراً فنيات أخرى مثل الدعاية و الدعاية المضادة ، و التشجيع ، الحث و الإقناع و التلقين ، الإيحاء ، التدريب التوكيدي في المواقف الإجتماعية الباعثة على القلق ، التحصين التدريجي ، لعب الأدوار ، المواجهة الدرامية ، الدعاية و المرح ، المحاضرات و المناقشات .

ولقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات فاعلية و كفاءة هذه الفنيات العلاجية التي يعتمد عليها الإرشاد العقلاني الإنفعالي في التعامل بنجاح مع المشكلات النفسية كالقلق و الإكتئاب و الغضب و المخاوف المرضية و الهستيريا ، و الإضطرابات السلوكية مثل الجُناح و السيكوباتية و الإدمان وإضطرابات الشخصية ، و كذلك يستخدم مع المشكلات الأسرية ، و المشكلات الجنسية ، و إضطرابات النوم ، و إضطرابات العلاقات الإجتماعية.

الانتقادات الموجهة لهذا الإتجاه

على الرغم من أن هذا الأسلوب (الإرشاد الإنفعالي السلوكي) الذي قدمه إليس تعتبر شمولياً من ناحية إهتمامه بالأفكار و المشاعر و السلوك في تفسير المشكلات النفسية لدى الأفراد إلا أن هناك بعض الإنتقادات التي يمكن توجيهها لهذا الأسلوب ، و التي يمكن إستعراض أبرز نقاطها فيما يلي :

1- من أكثر الإنتقادات التي وجهت لهذا الأسلوب الإرشادي إغفاله للجانب اللاشعوري و ما يمثله من تأثير في شخصية الإنسان ، ومن هنا هم لا يعطون الإهتمام بأحداث الماضي و ما تمثله من تأثير في حياة الإنسان لاحقاً .

2- الإرشاد العقلاني الإنفعالي خال من العواطف و عقلائي إلي حد بعيد و لا يهتم بإقامة علاقة دافئة مع العميل و يعتمد بشكل كبير على الألفاظ .

3- يعتبر هذا الأسلوب الإرشادي أسلوباً مباشراً و موجهاً يسعى إلي مجابهة العميل للأفكار الخاطئة و تغيير انماط التفكير الخاطئ ، و لكن السؤال الذي يطرح نفسه في هذا المقام هل كل العملاء لديهم المقدرة على المواجهة ؟ . فالفكرة على المواجهة يحكمها نوعية العملاء و نوعية المشكلات و عليه لا يستخدم هذا الأسلوب العلاجي مع الأطفال ، أو حالات التخلف العقلي ، أو ذوي الإضطراب النفسي الشديد 4- و من النقد الذي يوجه لهذا الأسلوب الإرشادي سوء إستخدام السلطة و القوة من الممارسين أثناء العملية العلاجية ، ويحدث ذلك عندما يحاول المرشد عن قصد أو غير قصد من فرض آرائه و إتجاهاته الفكرية على العملاء خلال عملية الحوار ، و هذا يؤدي إلي أن العملاء لا يصلون إلي عملية التغيير المرغوبة التي ينشدونها .

5- تأكيده على أن المرشد يجب أن يكون مهاجماً قوياً من البداية و حتى النهاية على العميل ، و هذا يؤدي أن يُعرف المرشد المشكلة تعريفاً خاطئاً .

6- لا يوجد معيار موضوعي (كالدين مثلاً) نحكم به على مدى عقلانية الأفكار و منطقيتها .

7- تأكيده التام والكلي على تغيير عواطف و إنفعالات الشخص عن طريق تغيير طريقة تفكيره نحو الإيجابية . (نادر الزيود ، 1998م : 269)

8- قد يؤدي الهجوم المباشر على الأفكار اللاعقلانية لدى العميل إلي عملية مقاومة و إحداث الخوف و الشعور بالتهديد من جانب العميل مما يجعل التغيير المطلوب أكثر صعوبة . (حامد زهران ، 1997م : 374)

9- يعتبر نوعاً من غسيل المخ ، فقد يتطرف بعض المعالجين و يبالغون فيصبح عملهم أشبه بعملية غسيل المخ بالنسبة للمريض . (حامد زهران ، 1997م : 374)

ومن ناحية أخرى يرى الباحث أن مزايا الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي يمكن تلخيصها في النقاط التالية :-

1- مناسب لمجتمعاتنا حيث توجد المعتقدات غير العقلانية و الأفكار الخرافية .

2- تأكيده على العلاقة الوثيقة بين التفكير و الإنفعال و السلوك .

3- تأكيده على أن الأحداث و المواقف ليست هي التي تسبب الإنفعالات للشخص ، بل نظرة الفرد إلي تلك الأحداث و أفكاره عنها هي التي تسبب المتاعب و المشكلات النفسية له .

- 4- يستخدم هذا الأسلوب فنيات مبسطة تناسب عقل و منطق المريض و ثقافته .
- 5- يسعى هذا الأسلوب للكشف عن الأفكار اللاعقلانية التي تكمن وراء الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد و تنفيذها و مقاومتها .
- 6- يسعى هذا الأسلوب لتغيير فكرة المريض عن نفسه .
- 7- يحصن هذا الأسلوب المريض ضد الأفكار اللاعقلانية التي يتعرض لها مستقبلاً .
- 8- يستخدم هذا النوع من الإرشاد الأسلوب التعليمي و الوقائي في العلاج أو الإرشاد .
- 9- يعتبر أسلوباً مثالياً لتغيير المعتقدات غير العقلانية و غير المنطقية و إستبدالها بأفكار أكثر عقلانية و منطقية .
- 10- يحدد مسؤولية الفرد حيال مشكلاته و الضغوط التي تتخللها .

التعديل المعرفي السلوكي : (Cognitive Behavior Modification)

واضع هذه النظرية هو دونالد هيربرت (ميتشينبوم Meichenbaum) و تدخل هذه الطريقة العلاجية تحت مظلة إتجاهات الإرشاد المعرفي السلوكي حيث تهتم بما يقوله الناس لأنفسهم و دوره في تحديد إنفعالاتهم و سلوكهم ، و هذا ما يؤكد على أهمية الجوانب المعرفية لدى الفرد في التأثير على إنفعالاته و سلوكه و لذلك كان تركيز (ميتشينبوم Meichenbaum) مُنبصاً على أهمية الأحاديث الذاتية الداخلية التي يقولها الفرد لنفسه عن نفسه و عن الآخرين المحيطين به و العالم من حوله في تحديد إنفعالاته و تشكيل سلوكه ، حيث أعتبر أن نتائج السلوك لا تكون نتاجاً للتفاعل بين المثير و الإستجابة كما ترى النظرية السلوكية التقليدية ، بل تعد أحاديث الذات (self – Talk) هي المسؤولة عن حدوثها .

و لقد أعد (ميتشينبوم Meichenbaum) هذه النظرية من الفرضية التي تقول بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد الإنفعالات و السلوكيات التي سيقومون بها ، و أن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة و أن الحديث الداخلي يشكل الدافعية عند الفرد و يساعده على توجيه تفكيره للقيام بالسلوك المطلوب .

و أيضاً يشير (ميتشينبوم Meichenbaum) إلي أن من أفضل الطرق للتغلب على أحاديث الذات السلبية هو أن يكون الفرد على وعي بالأحاديث السلبية التي يرددها بينه و بين نفسه عندما يواجه بعض المواقف الضاغطة و الإستفزازية التي تستثير القلق و الغضب لديه و العمل على إستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية يرددها الفرد خلال تعامله مع هذه المواقف التي يشعر فيها بالغضب و القلق ، مثل أنا أستطيع تحمل هذا الموقف ، لأن هذا الحوار الداخلي الإيجابي يزيد من ثقة الفرد بنفسه ، و هكذا تتضمن هذه الفنية تدريب الأفراد و تعليمهم على كيفية التحدث مع أنفسهم بطريقة إيجابية للتخلص من الشعور بالقلق و الضيق و الغضب عند مواجهتهم المواقف الإحباطية و التهديدية التي تستدعي الخوف و القلق و الغضب لديهم . (طه عبد العظيم ، 2008م : 295)

ولقد حُظي مفهوم أحاديث الذات باهتمام كبير لدى العديد من علماء الإرشاد و العلاج النفسي مثل (بيك : 1976 م) ، (إليس : 1962 م) ، (ميتشينبوم Meichenbaum 1972م- 1977م) ، (ماهوني Mahoney : 1974م) ، و يستخدم الكثير من العلماء بشكل متبادل مصطلحات أخرى عند الإشارة إلي أحاديث الذات ، منها مصطلح الحوار أو الديالوج الداخلي (Internal Dialogue) الذي إستخدمه (ميتشينبوم Meichenbaum) وهو يشير إلي الإعزاءات و التقييمات و التفسيرات المعرفية و الإعتقادات . و كذلك مصطلح التلفيظات الذاتية و التعبيرات الذاتية و الحديث الذاتي (Self – Talk) ، و التعليمات الذاتية (Self – Instructions) ، و الحديث الداخلي (Internal – Talk) .

ويلاحظ الباحث أن (ميتشينبوم Meichenbaum) إستخدم أسلوب التعليمات الذاتية مع الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد و علمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها ، و ذلك من أجل ضبط سلوكهم إلي جانب إستخدام أسلوب التقليد أو النمذجة لتحقيق هذه الغاية بالإضافة للتعزيز و العلاج المعرفي ، و لقد درب (ميتشينبوم Meichenbaum) كل فرد أن يراقب نفسه و أن يقيم أعماله و أن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد و إعطائه أوامر من أجل تقديم إستجابة أفضل ، و كان يطلب منهم إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المرغوب القيام به ، ثم يعطيه تعليمات للقيام بالمهمة بشكل بطئ و أن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة و أن يستخدم خياله لتحقيق الهدف و يقدم له عبارات المديح و الإستحسان و يعلمه كيف يضع إحتتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد و أن يقول عبارة أو جملة ليتكيف مع الفشل و عبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات و ذلك بالقيام بمحاولة جديدة و إستجابة بديلة و مناسبة .

و على هذا الأساس يعد التدريب على التعليمات الذاتية من الإجراءات الهامة في تعديل المعارف و السلوكيات المختلفة وظيفياً للفرد ، و يتضمن هذا الإجراء التعرف على الأفكار و التعبيرات الذاتية السلبية التي تسبب الضيق و الكدر و المشقة و الإضطراب الإنفعالي للفرد ، و مساعدته على إستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية و أكثر توافقية . فمن خلال التدريب على التعليمات الذاتية يتعلم العميل أن ما يعانيه من قلق و غضب و ضغوط هو نتيجة سوء تفسيره و تأويله للمواقف التي يتعرض لها ، و أيضاً نتيجة لأحاديث الذات السلبية التي يقولها العميل لنفسه (الحوار الداخلي السلبي) حيال هذه المواقف ، وبالتالي لابد من ضرورة إستبدالها بأحاديث إيجابية و منطقية .

وهكذا يرى (ميتشينبوم Meichenbaum) أن التخلص من المشكلات السلوكية و الإنفعالية التي يعانيها الفرد يعني التخلص من التحدث إلي الذات بطريقة إنهزامية سلبية و إستبداله بالتحدث الذاتي الإيجابي و التدريب على الإسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق و الخوف و الغضب .

إفتراضات النظرية و مفاهيمها

تنطلق نظرية التعديل المعرفي للسلوك عند (ميتشينبوم Meichenbaum) من الفرضية التي تقول

بأن التعبيرات الذاتية التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها ، وأن السلوك يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته و التي توجه بإفتراضات متنوعة ، كالإستجابات البدنية و ردود الفعل الإنفعالية ، والمعارف ، و التفاعلات البيئشخصية . و يعتبر الحوار الداخلي الذاتي أحد هذه الإفتراضات و بذلك فإن هدف العلاج عند (ميتشينبوم) هو إعادة البناء المعرفي للعميل من خلال إدراكه للعلاقة بين أحاديثه الذاتية و إنفعالاته و سلوكه . (صباح السقا ، 2008م : 172)

الخطوات و الإجراءات العلاجية

تتضمن عملية العلاج عند (ميتشينبوم Meichenbaum) ثلاث مراحل أساسية ، وهي:-

1- **المرحلة الأولى :** مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية : حيث يمكن القول بأن العميل في فترة ما قبل العلاج أو الإرشاد تكون لديه أحاديث ذاتية سلبية ، وكذلك تكون خيالاته و تصوراته سلبية و غير مناسبة ، أما أثناء عملية العلاج يحاول المرشد أن يزيد من وعي العميل و إنتباهه ليركز على أفكاره و مشاعره و إنفعالاته و ردود الفعل الفسيولوجية و سلوكياته الإجتماعية و تفسيرها ، و تؤدي هذه العملية عند العميل إلى أبنية معرفية جديدة New Cognitive Structures تجعله ينظر إلى الأعراض و المشكلات الخاصة به في صورة مختلفة عما كان عليه قبل العلاج ، وأن يولد أفكار و سلوكيات جديدة تختلف عن الأفكار القديمة غير المتلائمة ، وهنا تحدث عملية غحلال أفكار جديدة ملائمة محل أفكار قديمة غير متلائمة .

ومما لاشك فيه أن إعادة بناء تكوين المفاهيم هذه تؤدي إلى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيه الإحساس بالثقة و التفهم و القدرة على الضبط ، وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير ، فإعادة تكوين المفاهيم تساعد على إعطاء معان جديدة للأفكار و المشاعر و لسلوكيات . إذن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي أن يعرف العميل كيف يتحدث أو يعبر عن سلوكه ، الأمر الذي يزيد من وعيه وأن لا يشعر العميل بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي و يجب على المعالج أن يعرف طرق (العزو) عند الأفراد و عباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم . (مفتاح عبد العزيز ، 2001م : 58)

2- **المرحلة الثانية :** السلوكيات و الأفكار غير المتوائمة : في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند العميل قد تكونت و أحدثت حديثاً داخلياً عنده ، إن ما يقوله الفرد لنفسه أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسؤول عن سلوكياته القديمة ، إن هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى العميل الأمر الذي يجعل العميل يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي إكتسبه و جعله أكثر تكيفاً ، و هنا يستطيع العميل أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة وفقاً للأفكار الجديدة .

3- **المرحلة الثالثة :** تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير : و تشتمل هذه المرحلة على قيام العميل بسلوكيات التعامل (المواجهة) على أساس يومي ، و كذلك الأحاديث الذاتية حول نتائج هذه التجارب الشخصية ، ولا يكفي للعميل أن يركز فقط على التدريب على المهارات على النحو الذي يحدث

في العلاج السلوكي و ذلك لأن ما سيقوله لاعميل لنفسه حول السلوكيات الجديدة التي إكتسبها و النتائج المترتبة عليها سيؤثر على ما إذا كانت عملية التغيير في السلوك ستبقى و ستعمم إلي مواقف أخرى ، ويتوقف نجاح الإرشاد على مدى التغير الذي يحدث في السلوك و في الأحاديث الداخلية ، و بذلك فإن عملية العلاج أو الإرشاد تشتمل على مهارات سلوكية جديدة و أحاديث داخلية جديدة و أبنية معرفية جديدة . (محمد محروس الشناوي ، 1994م : 130 ، صباح السقا ، 2008م : 176)

و يخلص الباحث مما سبق إلي أن عملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره و الحديث السالب المتعلق به و إستبداله بحديث داخلي جديد ينتج سلوكاً متكيفاً يؤثر في تكوين أبنية معرفية جديدة لدى الفرد بدلاً من القديمة و من ثم إحداث السلوك المرغوب و تعميمه و محاولة تثبيته .

ومن الأساليب المعرفية الفعالة في مواجهة الضغوط النفسية عند (ميتشينبوم Meichenbaum) ما يعرف بطريقة التحصين ضد الضغوط النفسية (Stress Inoculation Training) : و هذه الطريقة تعتبر طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي و تشبه عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة ، و تستند هذه الطريقة على فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات المواقف و الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في البيئة و بين ما لديه من مصادر شخصية و إجتماعية للمواجهة ، فعندما يشعر الفرد أن ما لديه من مصادر للمواجهة تفوق و تتجاوز متطلبات الموقف أو الحدث الضاغط فلن يشعر بالضغوط و العكس صحيح ، و لذا تعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات و إكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة ويرى ميتشينبوم أن تعديل السلوك معرفياً يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط و التفكير قبل الإستجابة و مساعدتهم على إستخدام الحوار الداخلي الإيجابي حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهوناً بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية و إستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية ، و هكذا يهدف التدريب على التحصين ضد الضغوط إلي تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية . (عادل محمد ، 2000م : 75)

وتشتمل طريقة التحصين ضد الضغوط النفسية على ثلاث مراحل أساسية ، وهي :-

1- **المرحلة الأولى :** المرحلة الإدراكية : و هي مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم أو التعليم ، و هذه المرحلة تعليمية في طبيعتها ، وفيها يتعاون المرشد مع المشاركين (العملاء) في برامج غدارة الضغوط على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهما ، كما تتضمن هذه المرحلة تزويد المشاركين بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط و طبيعتها و تأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد فسيولوجياً و معرفياً و إنفعالياً و سلوكياً ، و يستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة و المناقشة ، و مما لا شك فيه أن المعلومات التعليمية التي يقدمها المعالج للمشاركين في برامج إدارة الضغوط في تلك المرحلة تمثل أهمية كبيرة ، فهي تمثل جزء من العلاج حيث أن ناقشة كل مكون من مكونات البرنامج العلاجي يسهل من

عملية تحقيق أهدافه ، ولقد ثبت أن الأفراد أو المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج وذلك عندما يقرأون نشرات أو كتيبات عن الضغوط و عندما يحضرون المحاضرات و المناقشات

كما تتضمن هذه المرحلة أيضاً تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار و الأحاديث السلبية و الإنهزامية التي تساهم في شعورهم بالضغط ، ويلي ذلك مناقشة أهداف البرنامج و أساسه المنطقي و تفسير الفنيات التي تستخدم في البرنامج و إقناع المشاركين بضرورة الالتزام بالبرنامج و اداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال جلسات البرنامج ، ويكون الهدف من هذه المرحلة مساعدة العملاء على النظر إلي المشكلة بشكل منطقي و عقلائي و السيطرة على إنفعالاته ، وتغيير الكلمات و العبارات التي يقولها لنفسه حول المشكلة

2- المرحلة الثانية : مرحلة إكتساب المهارات أو التدريب :و تهدف بشكل أساسي إلي مساعدة المشاركين على تعلم و إكتساب مهارات المواجهة المعرفية و السلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة و ذلك من خلال تدريب المشاركين في برامج إدارة الضغوط على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الإسترخاء و التحكم في التنفس و التخيل و أحاديث الذات الإيجابية ، وكذلك التدريب على حل المشكلات . و في هذه المرحلة يتم التأكيد على الفنيات المعرفية حتى يتمكن المشاركون من دحض و مقاومة الأفكار السلبية و التعبيرات الذاتية السلبية لديهم ، كما تتضمن تدريب المشاركين على كيفية التحكم في الإستثارة الإنفعالية لديهم عن طريق إستخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الإسترخاء و التدريب على الإستجابات التوكيدية مع تكليف المشاركين بواجبات منزلية يتعين عليهم القيام بها ، و تتضمن هذه الواجبات المنزلية تطبيق و ممارسة ما تم تعلمه و إكتسابه من مهارات الإسترخاء خلال جلسات البرنامج و تطبيقها في المنزل ،و قد يطلب المعالج من المشاركين في البرنامج الإستماع إلي شرائط الإسترخاء كل يوم و تقييم مستوى الضغوط لديهم قبل و بعد الإستماع إليها ، على أن يحتفظ المشاركون ببطاقة يسجلون فيها مستوى الضغط و يسجلون فيها الأيام و الأوقات التي يمارسون فيها الإسترخاء و الإستماع للشرائط ، و لا يقف الأمر عند هذا الحد فقط بل يتعين على المشاركين مراقبة الذات و ملاحظة ما تم من تقدم و إنجاز .

و بعبارة موجزة في هذه المرحلة يحدث ما يسمى بإعادة البناء المعرفي حيث يتم تنمية بعض المهارات العقلية التي تساعد العميل على محاولة التحكم في ردود أفعاله تجاه المواقف الضاغطة مثل التعرف على الإنفعالات غير المرغوبة لديه و كذلك التعرف على الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية و محاولة تغييرها .

3- المرحلة الثالثة : مرحلة التطبيق : و فيها يتم تشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات لمواجهة الضغوط و تنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية ، فمن خلال هذا الإستخدام

و التطبيق العملي للمهارات في البيئة الخارجية للفرد يتم التأكد من مدى فاعليتها و من ضمان عدم عودة الفرد إلي الشعور بالقلق و الضغط و الوقاية من الإنتكاسة ، و في النهاية يتم لفت نظر الفرد إلي أن ما حققه من نجاح إنما حققه بنفسه و أنه كان المسؤول عما حدث له و أنه بإمكانه خفض الضغوط و القلق لديه . (عادل محمد ، 2000م : 75)

رأي الباحث فيما سبق تجاه الإرشاد المعرفي السلوكي ، يتلخص رأي الباحث في النقاط التالية :-

- 1- الإرشاد المعرفي السلوكي يركز على الإدراك كمحور رئيسي في تحقيق الصحة النفسية للفرد و القدرة على تخلصه من الإضطرابات و مواجهة الضغوط .
- 2- للإرشاد المعرفي السلوكي فنياته الخاصة في تصحيح إدراك الفرد لذاته و للضغوط و لما حوله .
- 3- يقدم الإرشاد المعرفي السلوكي بصفة عامة و الإنفعالي العقلاني بصفة خاصة مجموعة قواعد تساعد على تنظيم الإدراك وهي تعد معانٍ و أفكار يتمتع بها الفرد ليفهم بها ذاته و ما حوله من مجريات و مواقف و قضايا و أفراد و غيرها .
- 4- لا يمنع الإرشاد المعرفي السلوكي و لا يحجر الإدراك الصحيح في صورة معينة بل يعترف بأن الثقافات هي المسؤولة عن بناء المدركات الصحيحة لأفرادها ، و لكل ثقافة منهجها الخاص و بقدر ما تُحقق هذه الثقافة من دقة و ملائمة للعقل و تمنح أفرادها القدرة على الحصانة ضد الإضطراب الناتج من الضغوط .

المبحث الثالث

الإكتئاب Depression

يعد إضطراب الإكتئاب جزءاً من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الفرد و تكرار خيبات الأمل في الكثير من المشاريع النفسية و الإجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها و هي بدورها تدفع الفرد إلى معاناة المشاعر الإكتئابية ، بينما هنالك أفراد يعانون الإكتئاب كمرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد و خيبات الأمل ، لوجود أسس بيولوجية و نفسية تهئ الفرد للإصابة بالإكتئاب و الإستمرار فيه لفترات طويلة . (عبد الستار إبراهيم ، 2005م : 61) .

يتنبأ العلماء بزيادة الإكتئاب نظراً لزيادة متوسط عمر الإنسان ، ومن ثم كثرة الأمراض الجسدية و الأمراض المزمنة ، و ذوبان التكافل الأسري في هجرة الشباب ، و حركة الحياة السريعة ، و المغريات التي تتجاوز قدرات الأفراد ، و قلة الوازع الديني و البعد عن القيم ، و انخفاض روح الجماعة ، و تغلب الإيثار الذاتي ، و الإحساس المتواضع بالقيم الجمالية ، لذا فإن الإكتئاب يعتبر من أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً بعد القلق و من أكثر المشكلات الإنفعالية التي تدفع الناس إلى طلب العلاج و البحث عن العون النفسي و الإجتماعي في الممارسات و العيادات النفسية و الطبية . (عبد الستار إبراهيم ، 1998م : 27) .

و نتيجة للمعطيات السابقة في زيادة الإكتئاب ، فإن منظمة الصحة العالمية تتوقع أن يبلغ عدد المصابين بالإكتئاب حوالى (400 مليون) شخص بحلول العام 2010م ، مما يعني وجود أكثر من (10 مليون) شخص يعاني من الإضطرابات الوجدانية و الإكتئابية في الوطن العربي ، مع ملاحظة زيادة إنتشاره بين الطبقات المثقفة و العليا في المجتمع . (أحمد عكاشة ، 2005م : 418) .

ذكر صفوت فرج (2000م ، 127) أن الإكتئاب في دليل التشخيص و الإحصاء الثالث (D.S.M – III R) يتراوح ما بين 9% إلى 20% من مجموع سكان العالم يعانون من وقت لآخر على إمتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للإكتئاب .

و يرى الباحث أن هذه النسبة على ضخامتها إلا أنها لا تعطي الرقم الحقيقي لإحصائيات الإكتئاب في العالم ، لأن الكثيرين ممن يعانون من الإكتئاب يخفون أعراضهم و لا يبوحون بها و لا يعرضون أنفسهم للعلاج و المساعدة و قد يستخدمون وسائل أخرى لتبديد وطأة الأعراض عنهم .

و لا شك أن وجود العلاقة السببية بين الأمراض المزمنة و تعاطي المهدئات و المسكنات و المخدرات و حوادث السيارات و إرتفاع نسبة الإنتحار و ظواهر العنف ، قضية لا تحتاج إلى مزيد من الإبحاث العلمية بقدر ما تحتاج إلى مزيد من التوعية . فشبح الإكتئاب الذي يطل برأسه على الحياة المعاصرة ما هو إلا واحد من إفرازات هذا العصر ، عصر التوترات و الخطى السريعة اللاهثة وراء سبل الحياة التي فرضت

نمطاً معيناً من السلوك يقود إلي الإحباط و الإضطرابات النفسية ، و على رأسها القلق و الإكتئاب كنتيجة حتمية و منطقية لهذا الصراع غير المتكافئ بين إمكانيات الفرد و متطلبات الحياة .

تعريف الإكتئاب

1/ الإكتئاب في اللغة

عرفه عبد المنعم الحفني (1992م ، 204) في اللغة بقوله : (كئب فلان : أي تغيرت نفسه و إنكسرت من شدة الهم و الحزن).

2/ الإكتئاب في الاصطلاح

تعددت تعريفات الإكتئاب في الاصطلاح بإختلاف آراء العلماء و الباحثين في هذا المجال بحسب المدارس و النظريات المفسرة للإكتئاب ، و لكنهم أجمعوا على أن الإكتئاب هو : (حالة وجدانية إنفعالية مصحوبة بالحزن العميق مؤدية إلي نقص في الفاعلية الذاتية في الفرد) .

يعرف الإكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة ، و تعبر عن شيء مفقود و عن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه في بعض الأوقات . (حامد عبد السلام ، 2005م : 514) .

كما يوضح أن مصطلح إكتئاب يشير لوصف خبرة وجدانية ذاتية ، قد يطلق عليها حالة مزاجية أو إنفعالية قد تكون عرضاً لإضطراب بدني أو عقلي أو إجتماعي ، كما يشير أيضاً إلي مجموعة أعراض فسيولوجية ، سلوكية ، معرفية ، إلي جانب الخبرة الوجدانية ، و تشير الملامح الأساسية للإكتئاب إلي معاناة الفرد لحالة إنسحاب الطاقة النفسية حيث تضطرب معظم مكونات الحياة أو الأنظمة النفسية . (عبد الستار إبراهيم ، 2005م : 62) .

و قد عرف أيضاً بأنه حالة يشعر فيها الفرد بالكآبة و الكدر و الغم و الحزن الشديد و إنكسار النفس و التشتت دون سبب مناسب أو لسبب تافه ، فيفقد لذة الحياة و يرى أنها خالية من الأمن و السلام لا معنى لها و لا هدف له فيها ، فتقل عزيمته و يفقد إهتمامه بعمله و شؤونه و يشعر بدونيته ، و يصحب الإكتئاب عادة التدهور الحركي ، و الصداق ، و فقدان الشهية ، و نقص الوزن ، و الإمساك ، و الأرق ، و يصاحبه التردد و البطء في الكلام ، و قد يؤدي إلي الانتحار . (حامد زهران ، 2002م : 3)

كذلك عرف الإكتئاب بأنه حالة إنفعالية تتسم بالإعتمادية و تتميز بمواقف إنفعالية سلبية و تغير في مجال الدوافع و الإنطباعات المعرفية و بالسلوك السلبي عموماً ، و يمر الشخص المصاب بإنفعالات مؤلمة و حزن عميق و قلق و يأس و تقل الحوافز و الدوافع و النشاط الإرادي إلي حد كبير و يتميز بلوم النفس على حدوث كوارث متعددة في حياة الشخص ذاته أو أقاربه ، و يصاحبه شعور بالذنب بالنسبة للأحداث السابقة و إدراكه لعجزه عن التعامل مع الواقع (فقد الثقة في المستقبل) . و في الإكتئاب يهبط تقييم الفرد لنفسه إلي درجة شديدة من التدني و يصبح إحساسه بالزمن غير واقعي ، إذ يمر الوقت بالنسبة

له في أقصى درجة من البطء الشامل ، وكذلك يعاني المريض من الإفتقار للمبادرة و الإحساس بالتعب مما يؤدي إلي هبوط حاد في عمليات الإنتاج ، و يمكن حدوث الإنتحار في حالات الإكتئاب العنيف .
(الفيشاوي ، 1996م : 61)

و عرفه الغزالي بأنه حالة من الألم النفسي تؤدي إلي الإحساس بالذنب و انخفاض ملحوظ في تقدير الذات و تحسر على الماضي و التفكير فيه و البحث في العلل و الأسباب ، و قد يتخذ الإكتئاب أشكالاً متنوعة من أشكال الوجد و ألواناً من المناجاة تتسم بالعزلة و الإنطواء ، و أنماط من المفهوم تأخذ طابع الدوام و الإستمرار . (الزبير بشير طه ، 1990م : 35)

حدد دليل التشخيص الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) إضطرابات المزاج في ثلاثة أجزاء ، الجزء الأول يشمل (نوبة الإكتئاب الجسيم ، النوبة المختلطة ، و نوبة الهوس الخفيف ، و الإضطراب الثنائي) ، الجزء الثاني و يشمل (إضطراب المزاج الناتج عن حالة طبية عامة ، و إضطراب المزاج الناتج عن إستخدام المواد) ، الجزء الثالث و يشمل (النوبات المستمرة للمزاج) . (D.S.M IV ، 1998م : 161).

أما التصنيف العالمي العاشر للإضطرابات العقلية و السلوكية (ICD 10) الصادر عن (منظمة الصحة العالمية ، 1992م) الفصل الخامس ، فقد حدد إضطراب الإكتئاب العضوي تحت الإضطرابات الناجمة عن أمراض عضوية أو إختلالات مخية أو إصابات بدنية ، أما إضطراب الإكتئاب عامة و أنواعه المختلفة فقد وضع تحت إضطرابات المزاج أو الوجدان ، و التي تشمل (نوبة الهوس أو الإبتهاج ، و الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، و نوبة إكتئاب ، و إضطراب إكتئابي متكرر ، و إضطرابات وجدانية مستمرة ، و إضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى . (أحمد عكاشة ، 2005م : 70 – 85).

أعراض الإكتئاب

إن أعراض الإكتئاب عادة ما تزحف ببطء ، و أحياناً تظهر فجأة ، خاصة بعد عوامل مثيرة أو صدمة مثل الولادة أو العمليات الجراحية أو الأمراض العضوية المزمنة أو المستعصية ، و يلاحظ تغير في الشخصية و السلوك قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية ، أحياناً يبدأ المرض بأعراض عامة و بعضها شائع مثل :-

- 1- أرق و إختلال المزاج .
- 2- الحزن و الإحساس بالتعاسة .
- 3- الأعياء و الشعور بالتعب .
- 4- صعوبة التركيز .
- 5- التردد و عدم القدرة على إتخاذ قرارات إيجابية كالسابق .
- 6- سوء التوافق النفسي و الإجتماعي .

7- شكاوى و آلام جسدية و توهم علل بدنية .

8- الإدمان .

9- محاولات الإنتحار .

أما بالنسبة للأعراض الإكلينيكية للإكتئاب فهي كما يلي :-

1- أعراض إكتئابية وجدانية .

2- أعراض نفسية أو سيكولوجية .

3- أعراض فسيولوجية .

4- أعراض سلوكية .

أولاً : أعراض إكتئابية وجدانية:-

تتميز هذه الأعراض بظاهرة التغير النهاري ، حيث تزداد شدة الأعراض في الصباح ثم تتحسن تدريجياً أثناء النهار حتى تقل حدتها في المساء ، و تشمل الأعراض الآتي :-

1- الإنقباض و الضيق و الشعور باليأس .

2- فقدان القدرة على التمتع بمباهج الحياة .

3- إنكسار النفس و هبوط الروح المعنوية .

4- تغير قيمة الحياة و التساؤل عن أهميتها .

5- نوبات متكررة من البكاء الهادئ .

6- فقدان الأمل و التشاؤم حيال الحاضر و المستقبل و الندم على الماضي .

ثانياً : أعراض نفسية أو سيكولوجية:

و تشمل على عدد من الإضطرابات و الاختلالات ، و هي :-

1- إضطرابات الوظائف العقلية ، و تشمل :

أ- البطء و قلة الإنتباه .

ب- السرحان و عدم القدرة على التركيز .

ج- إختفاء سرعة البديهة و الإستجابة الإنفعالية .

د- التردد في إتخاذ القرارات و إرتباك في السلوك نتيجة لضعف أو إضطراب الذاكرة.

2- إضطراب التفكير

و يشمل الإجهاد الشديد عند التفكير ، تضخيم الأمور البسيطة و إجتراح مضاعفاتها ، تضخيم أفعاله الأشياء ، الإستنباط الذاتي و الخيال المستمر مع الهموم اللانهائية ، و من العلامات المميزة لهذا التفكير :

أ- عدم الواقعية في الشعور بالذنب و تأنيب الضمير .

ب- توهم العلل البدنية .

ج- الشعور بعدم الأهمية و الحط من قيمة الذات و إحتقار النفس ، من هنا تبدأ الأفكار الإنتحارية .

د- ضلالات العدمية ؛ و هي الإحساس بفقدان أو غياب أحد أعضاء الجسم أو توقفه عن العمل .

هـ - ضلالات الفقر و الفشل دون أساس لهذه الإعتقادات الخاطئة ، أحياناً توجد هذات إضطهادية تتواكب مع محتوى التفكير .

3- إختلال الآنية و العالم الخارجي (تبدد الذات و الواقع)

و تتمثل في الآتي :-

أ- الإحساس بعدم الشعور بالأمن و السعادة .

ب- الإحساس بالتغير في نظرته لنفسه و سلوكه .

ج- الإحساس بتغير العالم من حوله ، و عدم إعطائه الإستجابة نفسها و إنه غير حقيقي .

4- الهلوس و الخداعات (تظهر أحياناً)

و تشمل الآتي :-

أ- هلاوس سمعية و بصرية يتوافق محتواها مع التفكير السوداوي .

ب- هلاوس بصرية في هيئة أشباح مفزعة و جثث و إنتحارات .

ج- الخداعات في هيئة سوء تأويل للواقع .

5- كثيراً ما يظهر الإكتئاب أعراضاً هستيرية أو قهرية .

ثالثاً : أعراض فسيولوجية

عادة ما تصاحب الإكتئاب عضوية مختلفة ، خاصة أثناء فترة الصباح مثل : الصداع ، القيء ، الدوخة ، و آلام جسمية مختلفة . كما هنالك عدد من الإضطرابات تتمثل في :

1- إضطراب النوم

حيث يعاني المريض من الأرق الذي يختلف تبعاً لشدة المرض ، و يشمل الصعوبة في بدء النوم ، القلق طوال الليل مع الأحلام و الكوابيس المزعجة ، إزدياد الأرق في النصف الثاني من الليل ، و هنالك علاقة إيجابية بين الأرق و الميول الإنتحارية ، إلا أن هنالك ما بين 10% — 15% من الحالات المرضية تعاني من الإفراط في النوم .

2- إضطرابات الجهاز الهضمي و الأكل

يعاني المريض من فقد الشهية و عدم الرغبة في الأكل ، و قد ينتج ذلك من الكسل العام الذي يعترى الجهاز العصبي و الهضمي ، أو كرغبة خفية في الإنتحار ، كما يعاني معظم المرضى من

الإمساك المزمن و المعاناة المريرة مع ما يعرف بالمصران العصبي ن على الرغم من ذلك نجد أن بعض مرضى الإكتئاب يعانون من تناول الأكل بكميات كبيرة جداً .

3- الضعف الجنسي و اضطراب الطمث

يتمثل في الإحساس بالضعف الجنسي ، و فقدان الرغبة الجنسية ، و سرعة القذف ، و ضعف الإنجاب أو فقدان القدرة الكامل على الإنجاب ، وذلك لدى الذكور ، وغالباً ما تكون سبب لطلب المساعدة الطبية . أما للنساء فيكون هنالك شعوراً بالنفور من الجنس ، و البرود الجنسي ، و كثيراً تضطرب الدورة الشهرية في كميتها و مواعيدها .

رابعاً : أعراض سلوكية

يؤثر الإكتئاب على حياة الفرد فينعكس ذلك في كل تصرفاته و سلوكياته ، و يظهر ذلك في شكل :-

1- المظهر الخارجي

حيث تظهر سحنة الحزن و الكآبة على وجه المريض ، عيناه متعبة مرهقة و جفونه العليا مسدلة و السفلى مجمدة مورمة ، تتدلى زاوية الفم ، ترتسم على الشفاه علامات الإمتعاض و اليأس ، يسير المريض مقوس الظهر ، لا يستطيع رفع عينيه ، لا يحرك يديه أو يعبر عن ذاته ، إنخفاض الصوت و قلة الكلام أو الصمت .

2- السلوك الخارجي

عدم العمل أو نقص القدرة عليه ، عدم المقدرة على القيام بأي أعباء أو إهتمام بشؤون الآخرين ، الإنعزال عن المجتمع ، عدم ممارسة النشاطات الثقافية ، إهمال الذات و النظافة الشخصية .

3- اضطراب النشاط الحركي (السبات أو التهيج)

يتميز مريض اكتئاب بالهبوط الحركي ، و الكسل العام و الخمول الذهني و الجسدي ، و قد يصل أحياناً إلي عدم الحركة و الشلل التام و الغيبوبة الإكتئابية ، حيث يتوقف المريض عن الحركة و الكلام و الطعام و الشراب ، و أحياناً يحدث العكس حيث تزيد حركة المريض ، لا يستطيع الجلوس ، السير ذهاباً و أياباً مع فرك يديه ، هز الأرجل و إرتجاف الأطراف ، كثرة الكلام و التعبير عن الضيق بالصراخ ، و يظهر ذلك بوضوح في إكتئاب توقف الطمث .

4- الانتحار

يعتبر من أكثر الأعراض خطورة ن يكثر بين المسنين ذوي الشخصية المتكاملة السوية (في الدول الغربية) ، وفي الحالات الحادة الشديدة ، خاصة عند زيادة أعراض التهيج و الإثارة و اليأس و تأنيب الضمير و الشعور بالذنب ، كما تأخذ محاولات الانتحار طابع الجدية و قد يصاحبها قتل بعض أو احد العزاء أو الأقرباء إعتقاداً من المريض أنه ينقذهم من الظلم و التعاسة الأبدية .

قد نجد أن الإكتئاب قد يظهر بمجموعة واحدة من الأعراض أو بعرض واحد من أحد المجموعات ، وقد ينكر المريض إصابته بالإكتئاب ، لذا وجب الحرص عند الفحص و تحليل كل عرض بدقة . (أحمد عكاشة ، 2005م : 430 – 440)

5- أعراض خاصة تظهر في أعمار معينة

هنالك عدة أعراض إكتئابية تتعلق بفترات معينة في عمر الإنسان ، و هي كما يلي :-

أ- الأطفال في مرحلة ما قبل البلوغ : تكثر الشكوى الجسمية و الفوران الداخلي و الهلوس المتفقة مع الحالة الوجدانية (عادة صوت واحد يتحدث مع الطفل) ، كما يكثر في إكتئاب الأطفال أن يصاحبه القلق (القلق العام ، قلق الانفصال و اضطراب التجنب) .

ب- المراهقين : توجد السلبية أو السلوك المضاد للمجتمع و تعاطي العقاقير و إدمانها مع العناد و اضطراب السلوك ، و تكثر الرغبة في ترك البيت ، يشكو المراهق من أن الآخرين لا يفهمونه ، و تشكو الأسرة من عدم إستقراره و عدوانيته و معارضته لكل شيء ، و عدم تعاونه في شؤون البيت ، بالإضافة إلي إنسحابه من الأنشطة الإجتماعية و الإنعزال في حجرته و تأخره الدراسي و عدم الإهتمام بمظهره مع حساسية خاصة للرفض في العلاقات العاطفية .

ج- كبار السن : تظهر أعراض الإكتئاب أحياناً في شكل اضطراب الإهتمام و فقدان الذاكرة و التشتت الأمر الذي يوحي بوجود خرف ، كما أن فقدان الإهتمام و فقد الإستمتاع بأنشطته المعتادة قد يبدو كتبدل أو صعوبة في التركيز ، فيعطي صورة الخرف الكاذب الذي يرجع إلي الإكتئاب . (محمود حمودة ، 1998م : 297)

أنواع الإكتئاب

- 1- الإكتئاب الخفيف Mild Depression وهو اخف صور الإكتئاب .
- 2- الإكتئاب البسيط Simple Depression وهو أبسط صور الإكتئاب .
- 3- الإكتئاب الحاد (السواد) Acute Depression وهو أشد صور الإكتئاب .
- 4- الإكتئاب المزمن Chronic Depression وهو دائم و ليس في مناسبة فقط .
- 5- الإكتئاب التفاعلي (الموقفي) Reactive Depression وهو رد فعل لحدوث الكوارث وهو قصير المدى .

6- الإكتئاب الشرطي Conditioning Depression وهو إكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلي خبرة جارحة ، يعود ظهوره إلي الظهور بوضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة .

7- إكتئاب سن القعود Involutional Depression Reaction يحدث عند النساء في الأربعينات و عند الرجال في الخمسينات ، أي عند سن القعود أو نقص الكفاءة الجنسية أو الإحالة للتقاعد ، و يشاهد فيه القلق ، الهم ، التهيج ، الهذاء ، أفكار التوهم ، التوتر العاطفي ، الإهتمام بالجسم . و قد يظهر الإكتئاب

تدريجياً أو فجأة و ربما تصاحبه ميول إنتحارية ، و يسمى أحياناً سواد سن القعود Involuntal
. Melancholia

8- الإكتئاب العصبي Neurotic Depression

9- الإكتئاب الذهاني Psychotic Depression

و الفرق بين النوعين السابقين في الدرجة ، ففي الإكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي و تصاحبه أو هام و هذات خاطئة . (حامد زهران ، 2005م : 518)
أما أنواع الإكتئاب في دليل التصنيف التشخيصي الرابع للأمراض النفسية و العقلية (D.S.M – IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد صنف الإكتئاب وفقاً للمحكات التالية :-

أولاً : الإكتئاب البسيط Dyeline Disorder

يتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم و على مدى معظم الأيام ، و ذلك خلال عامين متتاليين على الأقل ، و يتضح ذلك من التقارير الذاتية و ملاحظات الآخرين ، أما بالنسبة للأطفال و المراهقين يمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج ، على أن يستمر ذلك سنة واحدة على الأقل ، إلي جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية :-

1- ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الأكل .

2- الأرق أو الإفراط في النوم .

3- إنخفاض تقدير الذات .

4- إنخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب .

5- ضعف القدرة على التركيز .

6- وجود صعوبة في إتخاذ القرارات .

7- الشعور باليأس .

على ألا تختفي هذه الأعراض لمدة شهرين ، و أن لا تحدث خلال نوبة هوسية أو إضطراب ذهاني أو لآثار فسيولوجية مباشرة لمدة معينة أو حالة طبية عامة ، و تؤدي هذه الأعراض إلي الضعف النفسي أو خلل و تدهور واضح في الأداء الوظيفي إجتماعياً و مهنيّاً . و يعرف هذا الإكتئاب بأنه ذو بداية مبكرة إذ يبدأ قبل سن الحادية و العشرين ، أما بعد ذلك فتكون البداية متأخرة .

ثانياً : إضطراب الإكتئاب الشديد Major Depression Disorder

تتطلب النوبة الواحدة وجود خمسة أعراض من الأعراض التالية على مدى أسبوعين ، و أن يحدث معظمها كل يوم تقريباً ، على أن يتضح ذلك من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين ، و تؤدي هذه الأعراض لحدوث تغيير في الأداء الوظيفي للفرد و فقد افهتمام أو المتعة بالحياة . و تتمثل الأعراض فيما يلي :-

- 1- الشعور بالوجدان المكتئب ، الحزن و الفراغ ، و كثرة البكاء . أما في الأطفال و المراهقين فتظهر سرعة الغضب و الإنفعال أو التهيج .
 - 2- إنخفاض واضح في مستوى الإهتمام لكل الأنشطة تقريباً مع إنخفاض مستوى متعة الفرد بها .
 - 3- ضعف الشهية للطعام أو زيادتها ، نقص الوزن بشكل كبير أو حدوث زيادة في الوزن.
 - 4- الأرق أو الإفراط في النوم .
 - 5- التهيج و الإثارة الحسية و الحركية أو الإعاقة و التأخر و البطء .
 - 6- فقدان الحيوية و الطاقة و سرعة الشعور بالتعب .
 - 7- فقدان القدرة على التفكير أو التركيز إلي جانب التردد .
 - 8- الشعور بعدم القيمة أو الجدوى و الشعور المفرط بالذنب .
 - 9- تكرار الأفكار عن الموت ، و قد توجد خطة محددة أو الإقدام على الإنتحار .
- على أن تحدث هذه الأعراض ضِعفاً أو تدهوراً في مستوى الأداء الوظيفي إجتماعياً و مهنياً أو في مجال آخر للفرد ، مع إنشغال كبير بعدم القيمة و الجدوى أو بالأعراض الذهانية أو بالإعاقة الحسركية أو بالأفكار الإنتحارية .

ثالثاً : إضطراب الإكتئاب الدوري Recurrent Depression

يجب أن يتوفر في هذا النوع عرضين على الأقل من الأعراض التسعة السابقة ن ولكن تظهر في شكل نوبات مستقلة ، كما يجب أن تنقضي فترة شهرين متتاليين على الأقل بين كل نوبة و الأخرى . على ألا تقود تلك النوبات إلي أي إضطراب فصامي ، و لا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوس . أما إذا إستمرت تلك الأعراض لمدة عامين متتاليين على الأقل فإن ذلك يعرف بالإكتئاب المزمن . (إنصاف عوض الكريم ، 2005م : 7 – 9)

و نجد أن الخلل الأساسي في هذه الإضطرابات هو التغيير في الوجدان أو المزاج ، عادة في إتجاه الإكتئاب مع أو بدون قلق ، أو في إتجاه الإبتهاج ، و عادة ما يصاحبه تغيير في مستوى النشاط الكلي ، و أغلب الأعراض الأخرى تعتبر أعراض ثانوية لهذا التغيير . تميل أغلب إضطرابات المزاج إلي أن تكون متكررة ، وغالباً ما تكون بداية النوبة الأولى مرتبطة في كثير من الأحيان بمواقف أو أحداث شديدة الكرب . (أحمد عكاشة ، 2005م : 399) .

و قد أوضح التصنيف العالمي العاشر (ICD 10) نوبات الإكتئاب تحت إضطرابات الوجدان أو المزاج كما يلي :-

أولاً : إضطراب وجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder

يتميز بنوبات متكررة ، أثنين على الأقل في اليوم الواحد ن يضطرب المزاج و مستوى النشاط بشكل عميق من حيث إرتفاع في المزاج و زيادة في الطاقة و النشاط (هوس أو هوس خفيف) ، إلي هبوط في

المزاج و إنخفاض في الطاقة و النشاط (الإكتئاب) تتميز الحالة بالشفاء الكامل بين النوبات ، تبدأ نوبات الهوس في المعتاد فجأة تستمر بين أسبوعين إلى أربعة أو خمسة شهور . أما الإكتئاب يميل إلى الإستمرار لفترة أطول " متوسط ستة شهور " و نادراً ما يتجاوز العام إلا في كبار السن . و عادة ما تأتي النوبات بعد أحداث حياتية مجهدة . (أحمد عكاشة ، 2005م : 403)

و الإضطراب الوجداني ثنائي القطب يشمل :-

أ- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في هوس خفيف .

Bipolar Affective Disorder , Current Episode Hippi manic

ب- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في هوس دون أعراض ذهانية .

Bipolar Affective Disorder , Current Episode manic without Psychotic Symptoms

ج- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في هوس مع أعراض ذهانية .

Bipolar Affective Disorder , Current Episode Manic with Psychotic Symotoms

د- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في إكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .

Bipolar Affective Disorder , current Episode Intermediate or Sever Depression

المؤشرات التشخيصية للنوبة :

- 1- تستوفي النوبة الحالية معايير نوبة إكتئابية ، إما خفيفة الشدة أو متوسطة الشدة .
- 2- هنالك نوبة وجدانية سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق (هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة) ، يمكن وجود غياب أعراض جسدية في النوبة الحالية من الإكتئاب .
- هـ- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في إكتئاب شديد دون أعراض ذهانية .

Bipolar Affective Disorder , Current Episode Sever Depression without Psychotic Symptoms

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

- 1- يعاني الشخص حالياً من إكتئاب ، مثل الموصف تحت نوبة إكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية .
- 2- هنالك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من (الهوس أو الهوس الخفيف) .
- و- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في إكتئاب شديد مع أعراض ذهانية

Bipolar Affective Disorder , Current Episode Sever Depression with Psychotic Symptoms .

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

- 1- يعاني الشخص حالياً من إكتئاب ، مثل الموصف تحت نوبة إكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية .
- 2- هنالك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من (الهوس الخفيف أو الهوس أو نوبة مختلطة).
- ز- إضطراب وجداني ثنائي القطب ، النوبة الحالية فيه تتمثل في النوبة المختلطة .

Bipolar Affective Disorder , Current Eipsode Mixed

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

- 1- يعاني الشخص حالياً إما خليطاً أو تناوباً من أعراض الهوس و الإكتئاب .
- 2- هنالك نوبة سابقة واحدة على الأقل جيدة التوثيق من (الهوس الخفيف أو الهوس أو نوبة مختلطة)
- 3- نوبة إكتئابية يصاحبها فرط النشاط و ضغط الكلام ، لمدة أيام أو أسابيع متواصلة .
- 4- نوبة الهوس يصاحبها حالات من التوتر و فقدان الطاقة و الرغبة الجنسية .
- 5- أعراض الإكتئاب و الهوس و الهوس الخفيف قد تتناوب بسرعة بين يوم و آخر حتى بين ساعة و أخرى . و تستمر النوبة لأكثر من أسبوعين ، وتمثل 30 – 40% من حالات الإضطراب ثنائي القطب . (أحمد عكاشة ، 2005م : 407) .

ثانياً : نوبة إكتئابية Depression Episode

في النوبات الإكتئابية ذات الأشكال الثلاثة (خفيفة ، متوسطة ، شديدة) يعاني الشخص من انخفاض في المزاج و الطاقة و قلة في النشاط ، إضطراب القدرة على الإستمتاع و الإهتمام بالأشياء و التركيز ، الشعور بالتعب الشديد بعد أقل مجهود ، إضطراب النوم ، قلة الشهية للأكل ، انخفاض تقدير الذات و الثقة بالنفس ، الإحساس الذنب أو فقدان القيمة ، لا يستجيب للظروف المحيطة ، النظرة المظلمة للمستقبل ، تشيع الأفكار و الأفعال الإنتحارية ، و قد تصاحبه أعراض جسدية . و في بعض الحالات من الإكتئاب يظهر القلق و الألم النفسي و التوتر الحركي ، كما قد يكون تغير المزاج مُقنعاً بسمات إضافية مثل : النزغ و التناول المفرط للكحول أو السلوك الهستيري أو تفاقم أعراض رهاب سابق أو وساوس أو إنشغالات بتوهم المرض .

لذا يتم تحديد النوبات الإكتئابية تبعاً لعدد و شدة الأعراض ، و يستدعي تشخيص النوبات عادة فترة أسبوعين على الأقل ، ولكن قد تكون الفترة أقل إذا كانت شديدة بشكل غير عادي و سريعة البداية ، و قد تكتسب الأعراض سمات مميزة يعتبرها الكثيرون ذات دلالة سريرية خاصة ، و من أمثلة هذه الأعراض ما يلي :-

- 1- فقدان الاهتمام أو فقدان الإستمتاع بالنشاطات في العادة .
- 2- إنعدام الإستجابة للأحداث المحيطة إختلافاً عن العادة .
- 3- الإستيقاظ في الصباح ساعتين أو أكثر قبل الوقت المعتاد .
- 4- الحالة الإكتئابية تكون أسوأ في الصباح .
- 5- وجود دليل موضوعي على بطء أو توتر نفسحركي مؤكد .
- 6- فقدان الشهية للأكل بصورة واضحة .
- 7- فقدان الوزن ، غالباً 5% من وزن الجسم في الشهر السابق .
- 8- فقدان بالغ في الرغبة الجنسية .

يجب توفر أربع ظواهر من المذكورة أعلاه بشكل أكيد ، حيث تعتبر هذه الزملة الجسدية موجودة . و عادةً ما تكون درجة النشاط الإجتماعي و العملي دليلاً عاماً مفيداً في تحديد درجة الشدة المحتملة للنوبة ، و يجب الإعتماد على أعراض جسدية موضوعية قابلة للملاحظة للنوبة الإكتئابية في حالة وجود الخرف أو التخلف العقلي مثل : البطء النفسحركي ، فقدان الشهية و الوزن ، اضطراب النوم ، و يتضمن ذلك نوبة وحيدة من الإستجابة الإكتئابية ، اضطراب إكتئابي ، إكتئاب نفسي المنشأ ، إكتئاب تفاعلي . و هنالك عدد من أنواع النوبات التي قد تحدث في الإكتئاب ، وهي :-

أ- نوبة إكتئابية ، خفيفة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive Episode , Mild Severity

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

المزاج المكتئب ، فقدان الاهتمام و الإستمتاع ، زيادة الإحساس بالتعب . ينظر لهذه الأعراض في العادة باعتبارها أكثر أعراض الإكتئاب نموذجية ، و يتطلب التشخيص الأكيد وجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض المذكورة في النوبة الإكتئابية .

ب- نوبة إكتئابية ، متوسطة الشدة مع أو دون أعراض جسدية

Depressive Episode , Moderate Severity

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

يجب أن تتوفر أربعة أو أكثر من الأعراض ، وفي الغالب تكون هنالك أعراض بالغة الشدة ، وتستمر النوبة لفترة أسبوعين على الأقل ، و نجد أن الشخص المكتئب يجد صعوبة بالغة في الإستمرار في القيام بشاطه الإجتماعي أو المهني أو المنزلي المعتاد .

ج- نوبة إكتئابية شديدة دون أعراض ذهانية

Sever Depression Episode without Psychotic Symptoms

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

تظهر شدة الضيق أو التوتر ، البطء ، فقدان تقدير الذات و شدة الإحساس بعدم الفائدة أو الذنب ، الزملة الجسدية ، الإنتحار في الحالات الشديدة .

يجب أن تتوفر كل الأعراض المذكورة في النوبتين السابقتين ، لكن إذا توافرت أعراض مهمة مثل : التوتر أو البطء البالغين ، حينها لا يستطيع المريض وصف أعراض كثيرة بالتفصيل . تستمر النوبة لمدة أسبوعين و لكن إذا كانت الأعراض شديدة و ذات بداية سريعة فهذا مبرر لتشخيص النوبة قبل الأسبوعين و تستخدم الأعراض السابقة للنوبة الواحدة ، أما في النوبات التالية فتستخدم واحدة من الفئات المذكورة تحت إضطراب متكرر ، و يتضمن ذلك الإكتئاب المصحوب بتهيج " توتر " و نوبة إكتئاب جسيم .
د- نوبة إكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية

Sever Depressive Episode with Psychotic Symptoms

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

تستوفي كل الأعراض المذكورة في النوبات السابقة ، ظهور ضلالات الخطيئة أو الفقر أو كوارث متوقعة يُحمل نفسه مسؤوليتها ، أيضاً هلاوس سمعية في هيئة أصوات مشوهة للسمعة أو إتهامية ، كذلك هلاوس شمعية كالروائح القذرة المتعطنة أو لحم متعفن ، كذلك تطور البطء النفسحركي الشديد إلي سبات ، (يجب تحديد ما إذا كانت الضلالات أو الهلاوس ملائمة أو غير ملائمة للمزاج ، كما يجب التمييز بين السبات الإكتئابي عن الفصام الكتاتوني و عن السبات الإنشقاقي و عن أشكال السبات العضوية) . و تستخدم هذه الأعراض في النوبات الفردية ، أما في النوبات التالية فتستخدم إحدى فئات إضطراب إكتئاب متكرر ، يتضمن نوبات فردية من : نوبة إكتئاب جسيم مع أعراض ذهانية ، إكتئاب نفسي المنشأ ، الإكتئاب الذهاني و الإكتئاب التفاعلي . (أحمد عكاشة ، 2005م : 407 – 414)
ثالثاً : إضطراب إكتئابي متكرر (نوبة خفيفة أو متوسطة أو شديدة)

Recurrent Depressive Disorder

المؤشرات التشخيصية للنوبة :-

تتميز بالنوبات المتكررة ، عدم وجود نوبات هوس سابقة ، قد تحدث نوبة هوس خفيف ناتجة عن استخدام علاج الإكتئاب ، تحدث النوبة الأولى في أي عمر بداية من الطفولة و حتى الشيخوخة ، و قد تكون حادة أو تدريجية ، و مدتها بين بضعة أسابيع إلي شهور . قد يكون الشفاء كامل إلا أن نسبة قليلة من المرضى يظلون مكتئبين بشكل مستمر ، خاصة في العمر المتأخر ، و قد تأتي النوبة نتيجة لأحداث حياتية مليئة بالإجهاد . نسبة النساء ضعف الرجال . إذا أصيب مريض الإضطراب الإكتئابي المتكرر بنوبة هوس بغض النظر عن عدد النوبات الإكتئابية التي مر بها ، فيجب تغيير التشخيص إلي إضطراب وجداني ثنائي القطب .

رابعاً : إضطرابات وجدانية مستمرة

Persistent Mood (Affective) Disorders

عبارة عن نوبات مزاجية مستمرة غير مستقرة ، توصف بنوبات هوس خفيف أو نوبات إكتئابية خفيفة الشدة ، قد تستمر لسنوات متواصلة و تصبح جزء من حياة الفرد ن تتضمن ضيقاً و عجزاً ذاتياً شديداً ، قد تحدث نوبات متكررة أو نوبة واحدة من الهوس أو الإكتئاب تضاف إلي اضطراب وجداني مستمر ، و تشمل اضطرابات المزاج المستمرة نوعين :-

أ- المزاج النوباي Cyclothymiacs

عبارة عن حالة مستمرة من عدم الثبات المزاجي ، تتضمن فترات كثيرة من الإكتئاب و الهوس الخفيف ، عدم الثبات عادة يكون في بداية الحياة و من ثم يتخذ مساراً مزمناً ، و لا تصل الحالة إلي الإنتباه الطبي و ذلك لأن ذبذبات المزاج عادة خفيفة نسبياً ، و قد يستمتع الشخص بها و يصبح أكثر إنتاجاً في فترات إرتفاع المزاج ، التغيرات الدورية في النشاط و الثقة في النفس و السلوك الإجتماعي و الشهية للطعام قد تكون أقل ظهوراً .

يشيع هذا الإضطراب بين أقارب مرضى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب ، و بعضهم قد يعاني من إضطراب وجداني ثنائي القطب ، قد يستمر الإضطراب طوال الحياة أو يتوقف مؤقتاً أو بشكل دائم ، و قد يتطور و يأخذ منحى الإضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الإضطراب الإكتئابي المتكرر .

ب- عسر المزاج Dysthymia

عبارة عن إكتئاب مزمن ، يستمر لعدة سنوات على الأقل ، قد تحدث في بداية الإضطراب نوبة إكتئاب خفيفة الشدة ، و عادة ما تمر على الأفراد فترات أيام و أسابيع متواصلة يصفون أنفسهم فيها بأنهم على ما يرام ، و لكنهم في أغلب الوقت (شهور متواصلة) يشعرون بالتعب و الإكتئاب ، يبدو كل شيء مجهداً و لا ستمتعون بشيء إطلاقاً ، الجلوس في سكينة و كثرة الشكوى و قلة النوم و لكن في العادة يتعاملون مع الإحتياجات الأساسية للحياة اليومية ، لذا فإن عسر المزاج يشترك في كثير مع مفاهيم العصاب الإكتئابي أو الإكتئاب العصابي .

في الغالب يبدأ عسر المزاج في بداية الحياة البالغة ، و يستمر لعدة سنوات على الأقل ، وأحياناً إلي الأبد ، قد تظهر البداية في مراحل العمر المتأخرة ، و في كثير من الأحيان يحدث عقب نوبة إكتئابية متميزة متزامنة مع فقدان عزيز أو أي إجهاد آخر واضح . (D.S.M-IV-TR ، 2004م : 88 – 92)

خامساً : الإضطراب الإكتئابي غير المحدد في مكان آخر

Depressive Disorder Not Otherwise Specified

تتضمن فئة الإضطراب الإكتئابي غير المحدد في مكان آخر الإضطرابات ذات المظاهر الإكتئابية و التي لا تتحقق فيها معايير الإضطراب الأكتئابي النوباي أو إضطراب عسر المزاج . يمكن أن تتواجد الأعراض الإكتئابية أحياناً كجزء من إضطراب قلق غير محدد في مكان آخر . تشمل الأمثلة على

الإضطراب الإكتئابي غير المحدد في مكان آخر : إضطراب المزاج العكر (المتملل) ، مزاج مكتئب بوضوح ، قلق واضح ، تقلقل وجداني واضح ، انخفاض في الإهتمام بالإنشطة .

يجب أن تكون هذه الأعراض من الشدة بحيث تؤثر بوضوح في القيام بنشاطه الإجتماعي أو المهني أو المنزلي المعتاد . (D.S.M-IV-TR ، 2004م : 88 – 92)

تستخدم هذه الفئة كملجأ أخير ، حين لا يمكن إستخدام أي إصطلاح آخر ، و يتضمن ذهاناً وجدانياً غير محدد في مكان آخر . (أحمد عكاشة ، 2005م : 415 – 417)

أسباب إضطراب الإكتئاب

من الملاحظ أن هنالك عدة أسباب تتضافر في ظهور إضطراب الإكتئاب لدى بعض الأفراد دون غيرهم ، و قد ذكر أن للإكتئاب أسباب كثيرة ، فهو مرض وظيفي بمعنى أنه يرجع إلي أحداث التاريخ السيكولوجي للفرد ، أي ما مر به الفرد من خبرات و أزمات ، وما يتعرض له من صدمات إنفعالية ، و ما أصاب علاقاته الإجتماعية من إضطراب ، و إن كان لعوامل البيئة الدور الأكبر في نشأة الأمراض النفسية ، إلا أن ذلك لا يمنع أنها ترجع إلي إستعداد عام أو ضعف في البناء النفسي للفرد ، و من ثم فإن الضغوط النفسية و الإجتماعية تجد في مثل هذا الشخص تربة صالحة و مهيئة للمرض النفسي و في الغالب ما ترجع هذه الضغوط إلي عهد الطفولة المبكرة . (عبد الرحمن العيسوي ، 2001م : 241)

و تتمثل أسباب إضطراب الإكتئاب في الآتي :-

1- الأسباب النفسية : و تشمل :-

أ- التوتر الإنفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة و الكوارث القاسية مثل : (موت عزيز ، الطلاق ، سجن برئ و غيرها) ، و الإنهزامية أمام هذه الشدة .

ب- الحرمان (و يكون الإكتئاب إستجابة لذلك) ، و فقد الحب و المساندة العاطفية ، و فقد حبيب أو فراقه ، أو فقد ثروة ، أو فقد المكانة الإجتماعية ، أو فقد الكرامة ، أو فقد الشرف ، أو فقد الصحة ، أو فقد وظيفة حيوية و الفقر الشديد .

ج- الصراعات اللاشعورية .

د- الإحباط و الفشل و خيبة الأمل و الكبت و القلق .

هـ- ضعف الأنا الأعلى و إتهام الذات و الشعور بالذنب الذي لا يقتفر بالنسبة لسلوك سابق ، و العنوسة و سن القعود (سن اليأس) و تدهور الكفاءة الجنسية و الشيخوخة و التقاعد .

و- الخبرات الصادمة و التفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات .

ز- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة و التسلط و الإهمال) .

ح- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك و بين مفهوم الذات المثالي .

ط- سوء التوافق ، و يكون الإكتئاب شكلاً من أشكال الإنسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ، و لا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج فيتجه نحو الذات ، و حتى قد تظهر في شكل محاولة الإنتحار ، و يكون الإكتئاب هنا بمثابة (الكفارة) . (حامد زهران ، 2005م : 515 – 516)

2- الأسباب أو العوامل الإجتماعية :-

أن الأسباب أو العوامل الإجتماعية للإكتئاب تشمل محورين ، هما :-
أ- الأحداث الصادمة :-

قد تم ملاحظة إزدياد الأحداث الصادمة في الفترة التي تسبق حدوث الإكتئاب ، وتتمثل هذه الأحداث في الحرمان ، فقدان الوظيفة ن الطلاق وغيرها ، و غالباً ما تتسم هذه الأحداث بالطول و الحدة .
ب- العوامل المهيئة :-

هنالك بعض العوامل التي تجعل الفرد مهيباً للإصابة بالإكتئاب ، مثل : الإفتقار للعلاقات الدافئة الحميمية ، و لدى النساء العمل خارج المنزل مع وجود الأطفال في الأسرة وصعوبة المواءمة بين ذلك .
(حامد زهران ، 2005م : 517)

3- الأسباب أو العوامل البيولوجية :-

أ- العامل الوراثي أو الجيني

أشارت دراسات الأسرة و التوائم إلي وجود عامل وراثي له دور هام في نقل الإضطرابات الوجدانية بصفة عامة ، فتظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68% ، و في الأخوة بنسبة 30% ، و إذا كان أحد الوالدين يعاني من الإكتئاب فالنسبة بين الأبناء حوالي 12% . (أحمد عكاشة و آخرون ، 1999م : 146)
إن الإكتئاب و الإضطراب ثنائي القطبية ينتشران في عائلات معينة ، حيث أن حوالي 50% على الأقل من مرضى الإضطراب ثنائي القطبية يكون أحد الوالدين مصاباً بإضطراب الوجدان ، و إذا كان أحد الوالدين مصاب يكون الطفل معرض للإصابة بإضطراب الوجدان بنسبة 27% ، و تزيد النسبة إلي 50 – 70% إذا كان كلا الوالدين مصاباً ، و يصل التطابق في التوائم المتماثلة إلي 67% ، و يقل إلي 20% في التوائم المتأخية . لذا أستنتج أهمية الأصول الجينية في حدوث الإضطرابات الوجدانية على إفتراض أنه جين أحادي سائد أو أنه متعدد الأساس الجيني ، و لكثرة شيوعه بين النساء أفتراض إرتباطه بالجين الأنثوي . (حامد زهران ، 2005م : 522)

و يرى بعض العلماء إرتباط الأمراض الوجدانية بالعديد من الأمراض النفسية و العقلية و الجسمية الأخرى ، منها :-

- 1- العلاقة بين الفصام و الإضطراب الوجداني ، فزواج مريضان أحدهما مصاب بالفصام و الآخر وجداني ، فسيكون أطفالهما إما فصامين أو وجدانيين أو مزيجاً بين الاثنين تبعاً لتفاعل المورثات مع البيئة
- 2- إرتباط الذهان الوجداني بالشخصية النوابية ، و أن هذه الشخصية ما هي إلا إستعداد ضعيف

للذهان ثنائي القطب .

3- الارتباط القوي بين الإضطرابات الوجدانية و أمراض الشرايين خاصة تصلب الشرايين ، إرتفاع ضغط الدم و أمراض القلب ، الروماتيزم و البول السكري ، و يؤوّل هذا الترابط بتشابك المورثات المسؤولة عن هذه الأمراض ، كذلك أورام المخ والالتهاب الرئوي . (أحمد عكاشة ، 2005م : 420 – 421)

ب- العوامل الجسمية

و يقصد بها العوامل الغدية و العصبية و الكيميائية و الفسيولوجية و علاقتها بإضطرابات المزاج أو الأعراض الإكتئابية ، و قد أُلخصت هذه العلاقة في التالي :-

1- زيادة الأعراض الإكتئابية ما قبل و أثناء فترة الطمث ، حيث يكثر التوتر الداخلي و الصداع و الإنتفاخ و سهولة التهيج العصبي مع حساسية الإنفعال و كثرة البكاء ، و ذلك نتيجة للتغيرات في الهرمونات الجنسية ، كذلك توقف نشاط هذه الهرمونات في سن القعود " سن اليأس " يؤدي إلي شدة الأعراض الإكتئابية ، أيضاً التغيرات الفسيولوجية و الهرمونية بعد الولادة ، تناول أقراص منع الحمل ، كما تزيد نسبة الذهان الدوري مع بداية مرحلة البلوغ كنتيجة لنشاط الهرمونات الجنسية .

2- أما في إضطرابات الغدد ، فإن زيادة إفراز الغدة الدرقية لدى مرضى المكسيديما يظهر أعراض إكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات ، و قد تظهر أحياناً الأعراض النفسية و العقلية قبل العلامات العضوية الجسمية ، أما زيادة إفراز الغدة الأدرينالية لدى مرضى كشنج تصاحبه نوبات الذهان الدوري من إكتئاب أو إبتهاج ، و أحياناً خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون .

3- بالنسبة لإضطرابات الجهاز العصبي و علاقتها بإضطراب الإكتئاب ، فقد لوحظ في كثير من أمراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة إكتئابية أو إبتهاجية مثل : زهري الجهاز العصبي ، الشلل الإهتزازي ، تصلب شرايين المخ ، أورام الفص الجبهي أو الصدغي في المخ سواء أولية أو ثانوية ، و الصرع النفسحركي .

4- كذلك علاقة الإكتئاب بإضطراب عمليات التمثيل الغذائي و نسبة المعادن في الجسم ، فقد أوضحت الدراسات أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد 50% عن الطبيعي ، كذلك وجد إختلاف في إندفاع و تأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ ، و بالتالي إختلاف في الطاقة الكهربائية بين الخلايا في حالة المرض.

5- أما في علاقة الإكتئاب بإضطراب الناقلات العصبية و الأحماض الأمينية ، فقد لوحظ أن نقصان الموصلات العصبية في المخ خاصة السيروتونين Serotonin و الأدرينالين و الدوبامين يسبب أعراضاً إكتئابية ، كذلك الأحماض الأمينية مثل الغابا Gaba . (أحمد عكاشة ، 2005م : 427 – 430)

ج- عوامل أخرى

نجد أن هناك عدد من العوامل التي تتفاعل و تسهم في جعل بعض الأفراد يصابون بالإكتئاب دون غيرهم ، و من هذه العوامل :-

1- عامل الشخصية

إن الشخصية مريض الإكتئاب قبل مرضه تتسم بالإنطواء ، الإنسحاب ، الهدوء ، الجدية ، الإنغلاق ، الخجل ، قلة الأصدقاء ، قلة الإهتمامات ، نمطية العادات ، الجمود ، المحافظة و تحاشي الملذات ، قلة التحمل ، الحساسية النفسية و الميل للبكاء ، التردد و الحذر ، الجبن ، السرية ، العناد ، الإعتماد على الآخرين و الميل إلي التبعية و التواضع الشديد ، خفض قيمة الذات و لومها ، كبت الدوافع ، الشعور بالخيبة و عدم الأمن ، سوء التوافق الجنسي ، سيطرو الأنا الأعلى على الشخصية ، الميل إلي تصنع الحياء و الحشمة ، الضمير الحي ، التضحية من أجل الآخرين . (حامد زهران ، 2005م : 515)
و في بعض الأفراد تمتزج هذه الخصائص بسرعة الإنفعال و الحساسية و قد يصل ذلك إلي حد الهياج ، و من البديهي أن صاحب هذه الشخصية أكثر حظاً من غيره في تعريضه للإصابة بمرض الكآبة النفسية منها أو القيلة ، كما أن حوادث الإنتحار أكثر وقوعاً في الشخصية الإكتئابية منها في أي نوع من أنواع الشخصية .

2- عامل النوع

إن نسبة الإضطرابات الوجدانية عموماً تزيد بين النساء أكثر من الرجال بنسبة 2:3 ، و يؤؤل ذلك بأن النساء يتقبلن العلاج و التردد على العيادة النفسية أكثر من الرجال ، وأن تشخيص هذه الإضطرابات في الرجال عسير بعض الشيء حيث يأخذ عدة مظاهر خفية مثل : توهم العلل و الإدمان و الإنتحار . (أحمد عكاشة ، 2005م : 425)

كما أن هنالك العديد من العوامل الهرمونية التي تزيد من نسبة إنتشار الإكتئاب عند النساء ، خاصة في فترات الدورة الشهرية ، حيث أظهرت الدراسات أن النساء يعانين في حالة الأعراض الحادة لما قبل الدورة الشهرية من إختلال المزاج و بعض الأعراض الجسمانية ، كذلك في فترة الحمل أو عند إسقاط الجنين ، كما نجد أن الكثير من النساء عرضة للإصابة بأعراض إكتئابية بعد وضعهن للمولود و ذلك نتيجة للتغيرات الهرمونية و الجسمانية إضافة للمسؤولية الزائدة لروح جديدة ، فنجد أن فترة الحزن العابر أمراً شائعاً لدى الأمهات الجدد . إلا أن حلقات الإكتئاب كاملة التطور ليست بالحدث الطبيعي و تتطلب تدخلاً علاجياً فاعلاً ، كما أن الكثير من النساء يوجهن ضغوطاً نفسية من جراء مسؤوليات العمل و المنزل و الإهتمام بالأطفال و كبار السن . (إنصاف عوض الكريم ، 2005م : 21)

3- عامل الأمراض العضوية

إن التعرض لمرض جسيمي مزمن ز منهك للقوى يدفع المصاب إلي التفكير بالنتائج السيئة و بإحتمال

الموت و إلي القنوط من الحياة ، و من هذه الأمراض التدرن الرئوي ، أمراض القلب ، فقر الدم ، السرطان ، مرض الأيدز . (فخري الدباغ ، 1982م : 107)

كذلك إصابات الرأس و الصرع و مرض السمنة ، كما أن الأعراض الجسمية أو البدنية جزءاً مكملاً للأعراض العامة للإكتئاب ، و من ناحية أخرى فإن المصابين بالأمراض الجسمية الخطيرة معرضون تماماً للتأثر بالأعراض الإنفعالية خاصة القلق و الاكتئاب . (يوجين لوبين و برنارد لوبين ، 1985م : 19)

أسباب الاكتئاب من منظور بعض نظريات علم النفس

1- النظرية التحليلية

أشار فرويد بأنه عندما يصاب الأنا بفقدان عزيز أو خيبة أمل فإنه ينكص إلي حاجته الأولية مستعملاً حياً دفاعية لا شعورية مثل : الإسقاط ، الإدماج ، النكوص لإنقاص عواطفه تجاه موضوع الحب المفقود ، و يؤدي ذلك إلي أن يمتص المريض طاقته و يوجهها إلي ذاته ، وبهذا يتجه العنف و العدوان ناحية الأنا ، و من هنا يبدأ المكتئب في الإنغلاق و العدوان الذاتي و إتهام الأنا و الإحساس بالدونية و التي تطلق الميول الانتحارية . (أحمد عكاشة ، 2005م : 426)

أما إبراهيم فقد فسر الاكتئاب بأنه نتيجة عدم إشباع للمرحلة الفموية مع فقدان الشبق (Libido) و الذي ينتج عن نكوص الأنا عن وظيفته الناضجة إلي بعض المراحل الأولية مثل : المرحلة الفموية . (مصطفى كامل ، 1999م : 153)

2- النظرية المعرفية

أوضح أرون بيك أن المزاج الإكتنابي ينتج من الأفكار و الإدراكات السلبية المتحيزة ، وهو يرى أن الأفراد المكتئبين هم تقليدياً أشخاص متشائمون في نظرتهم العامة و يقدمون تفسيرات سلبية مشوهة للخبرات سواء الحالية أو الماضية ، و يعرف بيك (1976م) الخطوط العريضة للعمليات التشويهية مثل : الإفراط في التعميم ، التجريد الإنتخابي ، التضخيم و التصغير ، ثنائية المنطق أو التفكير بطريقة الكل أو اللاشيء . (Linday ، 2000م : 132)

3- النظريات السلوكية

إن علماء النفس السلوكيون يفترضون أن الاكتئاب يحدث حينما تنسحب من حياة الإنسان مصادر التعزيز الفردي المعتادة (الزوج ، الوظيفة المرضية ، النجاح في المجالات المادية) و يستجيب الأفراد للخسارة أو فقدان بإبطاء معدل نشاطهم ، و إذا لم يتم تعزيز المجهودات التالية لهم فإن معدل نشاطهم يقل كثيراً . (دافيدوف و ليندال ، 1988م : 312)

و من أهم النظريات السلوكية :-

أ- نظرية تعلم العجز – سليجمان :-

إن هذه النظرية تتلخص في أن مواجهة الفرد لأحداث كرب و مشقة مستمرة تؤدي إلي اللامبالاة و

الإنسحاب و عدم الإستجابة و من ثم الإحساس باليأس و العجز و عدم الحيلة ، ثم ينبع من ذلك أعراض الإكتئاب الأخرى . (أحمد عكاشة ، 2005م : 427)

ب- نظرية التطبع الشرطي – بافلوف :-

حاولت بدورها أن تفسر الكآبة ، حيث ذكرت أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل منذ صغره و الناتجة عن تكرار التجارب المؤلمة كالفشل و الحرمان و الصد تخلق حالة من تطبع المزاج تجاه الكآبة ، مما يمكن إستغلاله و إستثارته في تجارب الكبر خاصة إذا تشابهت هذه التجارب بتجارب الصغر . (السيد فهمي ، 2010م : 206)

ج- نظرية التهيو – براون و هاريس :-

أشارت إلي أن الإكتئاب يعتمد على :

1- التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة .

2- عوامل التهيو ، وهي :-

أ- فقدان الأم قبل سن الحادية عشر .

ب- وجود ثلاثة أو أكثر من الأطفال عمرهم أقل من أربعة عشر عاماً .

ج- غياب الإحساس العاطفي الدافئ مع الزوج ، أو علاقة أخرى دافئة تساند الفرد إجتماعياً .

د- العطالة أو وظيفة مؤقتة .

و قد عززت الأبحاث العاملين الثالث و الرابع ، خاصة المساندة الإجتماعية عند التعرض لكرب ، و لكن لم يثبت صدق العاملين الأول و الثاني . (أحمد عكاشة ، 2005م : 427)

التشخيص التفريقي للإكتئاب

نجد أن التشخيص التفريقي لحالات الإكتئاب يتضمن :-

1- الأمراض العضوية : مثل : حالات تصلب الشرايين ، تصلب شرايين الدماغ ، بعض أمراض الجهاز العصبي مثل : الشلل الرعاشي Paralysis Agitans (داء باركنسون) ، سرطان البنكرياس و القولون . (مصطفى كامل ، 1999م : 159) ، كذلك الحمى المخية ، مرض الأيدز ، نقص الأكسجين في المخ من جراء هبوط في القلب أو وظائف التنفس ، هبوط وظائف الكبد أو الكلى ، كذلك عند إستعمال أدوية معينة مثل : أدوية فرط ضغط الدم و الروماتيزم و أدوية منع الحمل ، كل ذلك قد ينتج عنه أعراض إكتئابية ثانوية ، لذا وجب فحص المريض بدقة و عناية و ملاحظة أن الذاكرة و الإهتمام و الذكاء و الوعي و الشخصية لا يصيبها تغير ملموس في الذهان الوجداني ، و لكنها تتأثر و تتدهور في الذهان العضوي و تظهر الأعراض الجسمية بوضوح . (أحمد عكاشة ، 2005م : 451) ، أيضاً دورة النفاهة في الحميات الفيروسية و الأنفلونزا و التيفوئيد و إلتهاب الدماغ الزهري . (فخري الدباغ ، 1982م :

(109)

2- اضطرابات الغدد الصماء : مثل : اضطرابات الغدة الكظرية و الغدة الدرقية ، الخرف Dementia حيث يجب التفريق بين حالات الخرف الكاذب التي تصاحب الإكتئاب و بين الخرف في مرض الزهايمر مثلاً ، و تتضح أوجه الفرق من حيث سرعة زحف الأعراض في حالة الإكتئاب ، وجود التغير اليوماوي Circadian للوظائف النفسية بصورة أوضح في الإكتئاب ، مريض الخرف دائماً يحاول إخفاء عجزه و عدم قدرته على التركيز و التذكر . الفصام Schizophrenia من العسير تفرقة الفصام عن الذهان الوجداني ، عند ظهور أعراض بارانوية و هذات و هلاوس ، كذلك عندما تصاحب أعراض الفصام اضطرابات وجدانية ، أي حالات فصام وجداني ، و لكن بمتابعة المريض لمدة طويلة و تقييم الأعراض المختلفة نستطيع تحديد نوعية المرض . (أحمد عكاشة ، 2005م : 450)

3- الإضرابات العصابية : قد يخطئ الكثيرون عند ظهور الأعراض العصابية خاصة القلق و الهستيريا و الوسواس القهرية في بداية الإضرابات الوجدانية ، لذا يجب أخذ الشخصية السابقة للمرض و التاريخ العائلي و بقية الأعراض الإكلينيكية في الاعتبار .

و قد أكد على أهمية التفريق عند التشخيص بين كل من :-

الإكتئاب التفاعلي ، الإكتئاب المزمن ، الإكتئاب العصابي ، الإكتئاب الذهاني ، إكتئاب سن القعود ، ذهان الشيخوخة . كما حذر من أن يغطي المريض إكتنابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للإكتئاب مثل : فقدان الشهية أو القلق أو العنة أو البرود الجنسي ، كما يجب الإحتراس في حالة الإكتئاب الباسم Smiling Depression فقد تغطي وجه المريض إبتسامة خادعة مضللة . (حامد زهران ، 2005م : 518)

تشخيص و قياس الإكتئاب

إن تشخيص الإكتئاب عملية يشترك فيها المريض نفسه و مجتمعه المحيط به و الطبيب الذي يراجعه ، و مشاركة هذه العوامل الثلاثة تضمن التعرف على أكبر عدد ممكن من الأعراض و علاجها ، و تتفاوت الأعراض الإكتئابية في شدتها و بساطتها ، وللتوصل إلي هذه الأعراض توجد طريقتين ، أولهما ما يصف به المريض نفسه مما يعانيه و تكون أكثر هذه الأعراض في نفسه هي التي ذكرها أولاً ، بالإضافة إلي ما يلاحظه عليه المحيطين به ، و الطريقة الثانية هي إجابة المريض على إستبيان أعد خصيصاً لإستطلاع شعوره بأعراض الكآبة المختلفة و شدتها ، ومثال لذلك قوائم بيك (Beek Depression Inventory – BDI) ، أيضاً هنالك مقاييس أخرى لقياس مستوى إضطراب الإكتئاب منها : مقياس الإكتئاب (لأيمن العرقوسوس) المقنن من مقياس منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية ، و مقياس (هاتس) لقياس مستوى الإكتئاب و القلق معاً ، و مقياس (هملتون) لتقديرات الملاحظين و يستخدم للشدة و ليس للتشخيص . (مصطفى كامل ، 1999م : 167)

علاج الإكتئاب

إن البدء في العلاج يستلزم قراراً مهماً لتحديد ما إذا كان العلاج سوف يتم خارج أو داخل المستشفى .
و لكن أغلب حالات الإكتئاب يمكن علاجها خارج المستشفى إذا توفرت الظروف الإجتماعية المناسبة و
الإشراف الطبي المستمر . (أحمد عكاشة ، 2005م : 452)

كما أن هنالك العديد من الأدلة على أن العلاج المعرفي علاج فعال يستغرق وقتاً قصيراً بالنسبة
للمرضى الخارجيين الراشدين ممن يعانون من الإكتئاب ثنائي القطب ، كما يُعلم العلاج المعرفي المرضى
كيف يظهرون أفكارهم الآلية و مخططات سوء توافقهم المبكر ، و عندئذٍ توضع هذه المعارف " موضع
إختبار " من خلال فحص الدلائل ، و تصميم مواقف تجريبية حية ، و موازنة المزايا مقابل العيوب ، و
القيام بمهام متدرجة ، و إستخدام إستراتيجيات تدخل أخرى ، و من خلال هذه الإجراءات يبدأ المرضى
في النظر إلي أنفسهم و إلي مشكلاتهم بواقعية أكبر ، و يشعرون بالتحسن ، و يغيرون أنماط سلوكهم غير
التوافقية ، و يقومون بخطوات لحل صعوبات الحياة الفعلية ، و تأتي هذه التغيرات بوصفها نتائج مباشرة
للتكليف بواجبات منزلية جيدة التخطيط " العلاج السلوكي " و معاونة الذات ، و يعمل المعالج بوصفه
مرشداً على أن تستمر الجلسات العلاجية لمدة ستة شهور بواقع جلسة شهرياً لمنع الإنتكاسة . (ديفيد.هـ ،
2002م : 653 – 654)

أما العلاج الإجتماعي فيشمل مساعدة المريض إجتماعياً و حل مشكلاته الإجتماعية و إحداث
التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته ، و بمساعدة الباحث الإجتماعي يمكن مساعدة المريض للتكيف
على الظروف التي سيواجهها ، وذلك من خلال دراسة أحواله الإجتماعية و الإقتصادية ، و من ثم
تشخيص مواطن الضعف و القوة التي تكمل جوانب العلاج العضوي و النفسي . (فخري الدباغ ، 1982م
: 111) ، كذلك إستخدم العلاج الترفيهي و إشاعة جو التفاعل و المرح حول المريض ، والعلاج
بالموسيقى . (حامد زهران ، 2005م : 519)

أما العلاج العضوي أو الطبي في الغالب يكون للأعراض الجسمية المصاحبة مثل : الأرق و فقدان الشهية
و نقص الوزن و الإجهاد و غيرها ، و يكون العلاج عن طريق إستخدام العقاقير المضادة للإكتئاب
Antidepressive Drugs مثل : (توفرانيل Tofranil ، تريبتيزول Tryptizol) ، و المسكنات
لتخفيف حدة القلق ، و منبهات الجهاز العصبي مثل : (مشتقات إمفيتامين Amphetamine) ، و
المنشطات و المنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي مثل : (كافيين Caffeine) .

أما العلاج بالصدمات الكهربائية أو ما يعرف بتنظيم إيقاع المخ ، وهو من أنجح المعالجات لدى مرضى
الإكتئاب خاصة عندما لا يستجيب الإكتئاب للعلاج بالعقاقير ، و في الحالات الإنتحارية الشديدة و الأفكار
السوداوية المتكررة و حالات الإكتئاب المصحوبة بالهبوط الحركي و في إكتئاب المسنين . و في حالات

إكتئابية نادرة جداً تجري الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير . (حامد زهران ، 2005م : 520)

مآل الإكتئاب

إن الإكتئاب يزداد إحتمال أزمائه و أن مآل الإكتئاب العصابي أحسن بكثير من مآل الإكتئاب الذهاني ، على أن تعالج الحالة علاجاً مناسباً ، و قبل حدوث أي تدهور في الشخصية . (حامد زهران ، 2005م : 519) . كما أن هنالك بعض العوامل التي قد تؤدي إلي إحتمال شفاء المريض بسرعة أهمها :-

- 1- أن تكون هذه النوبة هي النوبة الأولى .
 - 2- ظهور الإضطراب فجأة .
 - 3- حدوث الإضطراب تلقائياً دون مسببات .
 - 4- صغر عمر المريض .
 - 5- عدم وجود تاريخ عائلي للإضرابات الوجدانية .
 - 6- تكامل شخصية المريض قبل الإضطراب .
- أما العوامل التي تسيئ إلى مصير المريض فأهمها :-
- 1- النوبات المتكررة ، خاصة المتناوبة مع نوبات المرح .
 - 2- إذا زادت سن المريض عن خمسين سنة عند بدء الإضطراب .
 - 3- ظهور أعراض إكلينيكية مميزة مثل : توهم العلل البدنية ، إختلال الأنية ، أعراض فصامية غامضة . (أحمد عكاشة ، 2005م : 448 – 449)

الإكتئاب و الأمراض العضوية

إن إصابة الفرد بمرض عضوي مزمن يعد من أسباب الإصابة بالإضطرابات النفسية ، حيث يعتبر ذلك أسباب مهیئة Predisposing Factors ، و أسباب معززة Maintaing Factors لإستمرار الإضطرابات النفسية ، بينما يعتبر حدوث أي مرض عضوي حاد و منهك للقوى عاملاً مرسباً Percipitation Factor . كما أن بعض الدراسات أوضحت نسبة مختلفة من الأعراض الإكتئابية لدى المرضى العضويين بالعيادات الخارجية و المرضى بالمستشفيات ، وباختصار يمكن القول أن الإكتئاب يعد شائعاً لدى مرضى الأمراض العضوية (كل مريض مكتئب) ، إلا أنه لم يحظى بالدراسة الكافية . (السيد فهمي ، 2010م : 207)

إن تشخيص الإكتئاب لدى مرضى الأمراض العضوية يعد أمراً شاقاً لأن هنالك صعوبات في التشخيص ، تتمثل في :-

- 1- صعوبة التمييز بين إضطراب المزاج و بين الحزن أو التوافق الملائم للمرض العضوي .

- 2- صعوبة تحديد السبب الذي نجمت عنه الأعراض الجسمية مثل : فقدان الشهية ، فقدان الطاقة ، اضطراب النوم ، هل هي ناجمة عن المرض العضوي أم نتيجة لاضطراب المزاج أم بكليهما .
- 3- أن الأعراض الاكتئابية للمرضى العضويين تتمثل في : الشعور بالذنب ، تلقي المرض كنوع من العقاب ، فقدان المتعة و السعادة ، عدم القدرة على الإحساس الدافئ إتجاه الأسرة و الأصدقاء ، النوايا الإنتحارية ، وأحياناً يتمثل الاكتئاب في شدة الأعراض العضوية كزيادة الألم و صعوبة السيطرة عليه .
- 4- الأمر الذي يزيد من معاناة المرضى هو عدم إكتشاف معظم حالات الاكتئاب ، مما يعني حدوث مرضين في نفس الوقت فيضعف من إستجابتهم للعلاج الطبي للمرض العضوي ، يتم علاج الاكتئاب لدى المرضى العضويين بمضادات الاكتئاب و لكن بجرعات بسيطة . (لطفي عبد العزيز ، 2001م : 186)

الإكتئاب و القلق

إن القلق مفتاح الكآبة ، و الكآبة ربيبة القلق ، و كلاهما إنفعالات وجدانية تجاه الشدائد النفسية و الصراعات المختلفة . (فخري الدباغ ، 1982م : 106) . وأهداف الإكتئاب تهدئة القلق و تسكينه و منع حدوثه . (حامد زهران 2005م : 519) . كما أن اضطراب الإكتئاب و خاصة نوبة الإكتئاب الجسيم عادة ما تبدأ بأعراض قلق و توتر و مخاوف و كثرة الحركة ، لذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة في عمر متأخر ، كذلك الإضطراب المزاجي ثنائي القطب يكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة و أحياناً تغطي على معظم الأعراض الأخرى . كما أن أغلب الأمراض العضوية تصاحبها أعراض قلق و توتر متزامنة مع الأعراض الاكتئابية . (أحمد عكاشة و آخرون ، 1999م : 154)

إن العمليات النفسية لكل منهما تتشابه كثيراً و كذلك الأسباب الظاهرية التي تسبب كل منهما ، فهناك ما يعرف بإضطراب القلق و الإكتئاب المختلط Mixed Anxiety and Depressive Disorder و يستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من أعراض القلق و الإكتئاب دون غلبة أحدهما على الآخر ، و لا يجوز إستخدام هذا التشخيص إذا كانت هنالك أسباب عملية تستدعي تسجيل تشخيص واحد ، عندئذٍ تعطى الأولوية للإكتئاب . (أحمد عكاشة ، 2005م : 151) .

الإكتئاب و العدوان

إن أحد أهداف الإكتئاب هو إخفاء العدوان و كبتة و القصاص التكفيرى من النفس . (حامد زهران ، 2005م : 519) . كما يجب الحذر من المكتئبين مدمني الخمر أو المعتمدين على المنومات أو المهدئات لمن يشكو من اضطراب النوم أو الشعور بالآلام ، ففي حالة فقدانهم لما يعتمدون عليه لأي سبب يدخلون في نوبات غضب و عدوان على من حولهم ، مما قد يسبب الأذى لهم و لنفسهم ، كذلك يجب الحذر من مرضى الإكتئاب الذهاني الذين يأذون أو يقتلون نتيجة ضلالات غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداتهم الخاطئة . (مصطفى كامل ، 1999م : 157)

و قد أوضح فرويد الآلية النفسية اللاشعورية للكآبة ، فعندما يفقد الإنسان شيئاً عزيزاً يحزن عليه و يغضب منه ، فكأنما يلوم فقیده و يكرهه لما فعله به ، و لكن لا يستطيع التصريح بهذا الكره و العداة ، فينتج لوم الذات الذي يعتبر تعذيباً للنفس ، فالكآبة إذاً لدى فرويد عداة مكبوت قد يتحول إلى قتل النفس . (فخري الدباغ ، 1982م : 107)

الإكتئاب و الإنتحار

يجب الحذر من إحتمال الإقدام على الإنتحار في أي مريض بالإكتئاب و إن لم يبد ذلك ، لذا يجب إستكشاف إتجاهات المريض نحو الموت و الإنتحار بطريقة علمية حذرة ، و يزيد إحتمال الإنتحار وفاة شخص مهم في حياة المريض كأحد والديه ، و يلاحظ أن عدد كبير من النساء يهددن بالإنتحار إلا أن عدد أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل . (حامد زهران ، 2005م : 519) . و أن نسبة 50 – 70% من حالات الإنتحار الناجحة تكون بسبب الإكتئاب الذي لم يتم تشخيصه ، و تأخذ محاولات الإنتحار لدى مرضى الإكتئاب طابع الجدية . (أحمد عكاشة ، 2005م : 440)

أما في الحالات الإكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الإنتحار فقدانه للطاقة و ضعف العزيمة ، و يخسى عند تحسن حالته من ناحية الطاقة و الإرادة أن ينفذ فكرة الإنتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب أو المعالج أو المرشد أو الشخص المتابع لحالته ، لذا ينصح دائماً بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم ، و في بعض الحالات يلجأ المريض إلى قتل أفراد أسرته أو غيرهم و من ثم قتل نفسه نتيجة ضلالات متطابقة مع إكتنابه ، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء و رحمة ، و عادة يرتكب المريض الإنتحار بل يقدم عليه في جمود شعوري و يكون دافعه هنا إهلاك الذات . (مصطفى كامل ، 1999م : 157) .

الإكتئاب و الدين

إن كثير من الناس يكون بلسمهم الشافي من آلامهم النفسية في تذكروهم المفاهيم الدينية ، مما يجعلهم يجدون راحة نفسية و طمأنينة روحية ، و قد دعم كارل يونج ذلك بقوله : أن الإيمان بالله عامل أساسي للإستقرار النفسي ، بل هو يساعد على سرعة الشفاء من أي إضطرابات نفسية قد تصيب الإنسان ، و قد ثبت أن الملتزمين بالديانة أقل تعرضاً للإدمان و شرب الخمر و الإصابة بالإكتئاب و الميول الإنتحارية . (محمد نجاتي ، 1993م : 93)

يلاحظ الباحث أن ذكر النفس قد رود (185) مرة في القرآن الكريم كمصطلح عام للوجود الإنساني كجسد و سلوك و وجدان ، أي كوحدة نفسجسمية كاملة ، و هذا ما يؤكد عليه حديث الرسول صلى الله عليه وسلم : (إذا إشتكى منه عضوٌ تداع له سائر الجسد بالسهر و الحمى) ، فالملاحظ أن إضطراب الوجدان خاصة حالة الكآبة تصحبها أعراض جسمانية واضحة ، لذا فإن العقيدة الإسلامية و في ركنيها الأساسيين القرآن الكريم والسنة النبوية قد عالجت كل أمور المسلم . ففي القرآن شفاء و رحمة ، فقد أشار إلى مرحلة

اليأس التي تعترى الفرد إذا فقد شيئاً ، قال تعالى : (و إذا أنعمنا على الإنسان أعرض و ناء بجانبه و إذا مسه الشر كان يؤوسا) ، صدق الله العظيم – سورة الإسراء الآية (83) . كما نجد أن مفهوم و نظرة المسلم لما يعتريه من مصائب و آلام بأنها قدر يجب التسليم به و إعتباره خيراً ، له أكبر الأثر في تخفيف أو إزالة حزنه و كآبته ، قال تعالى : (و لنبلونكم بشيء من الخوف و نقص من الأموال و الأنفس و الثمرات و بشر الصابرين ، الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله و إنا إليه راجعون) ، صدق الله العظيم – سورة البقرة الآيات (155 – 156) .

لذا وجب على المسلم أن يسترجع و يذكر الله في كل مصيبة ، و أن يستمسك بعروة الإيمان حتى يخلفه الله فيها خيراً ، و قد أشار الرسول الكريم صلى الله عليه و سلم إلي ذلك في حديثه : (من إسترجع عند المصيبة أجره الله فيها و أخلف الله عليه خيراً) ، كما روى أبو داود في مراسيله ، أن الرسول ﷺ قال : (كل ما ساء المسلم فهو مصيبة) . (تفسير الجلالين ، 1994م : 24) .

إن الإنسان لدى الكندي من دون سائر الكائنات الحية يريد إقتناء أشياء كثيرة ليست ضرورية في إقامة ذاته و صلاح عيشه ، و أن هذه الأشياء تسبب له الهم في طلبها و الألم من فقدها . (محمد نجاتي ، 1993م : 32 – 35) . كما أن درجة إيمان الفرد و مدى تمسكه بالعقيدة تساعد على البعد عن الإنتحار أو محاولة التفكير في التخلص من النفس ، على أساس أن القتل حرام ، إلا إذا كان هنالك وجه حق ، قال تعالى : (و لا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق) صدق الله العظيم – سورة الإسراء الآية (33) .

أما الأسلوب الذي إتبعه الكندي في علاج الحزن هو التعريف بأسبابه ، و أنها ليست جديرة بأن تسبب الحزن ، و بالتالي لا ينبغي على الإنسان أن يحزن ، و إعتد على توعية الناس و تعريفهم و تعليمهم بحقيقة أسباب الحزن ، و تزويدهم بالمعرفة التي تساعد على التخلص منه ، أو على الأقل تخفيف حدته . (محمد نجاتي ، 1993م : 32 – 35) .

و الطريقة التي إتبعها الكندي في معالجة الحزن هي نفس الأسلوب الذي نجده فيما بعد عند معظم فلاسفة و علماء المسلمين أمثال الرازي و الفارابي و ابن سينا و الغزالي و غيرهم ، و هو التدرج من الموقف و العادات الأقل صعوبة إلي الأكثر صعوبة ، و هو الأسلوب الذي يعرف في العلاج النفسي (بالتشكيل) حيث يتعلم الفرد الإستجابة الأقل صعوبة و مبدأ الإثابة حتى يصل بالتعلم للإستجابة الأصعب ، و ذلك عن طريق التكوين التدريجي للإستجابة . (محمد نجاتي ، 1982م : 175) .

المبحث الرابع

مرض الأيدز

تناول الباحث في هذا المبحث مقدمة عن مرض الأيدز وتعريف مرض الأيدز، وفيروس العوز المناعي البشري، وأصل الفيروس ونظرية أصل فيروس الأيدز والخصائص المميزة لفيروس (HIV) و بنية فيروس (HIV) وطرق نقل العدوى والطرق التي لا تنتقل بها العدوى وجهاز المناعة ودوره الوظيفي وتشخيص مرض الأيدز والآثار المختلفة لمرض الأيدز والأعراض والعلامات لمرض الأيدز والمظاهر النفسية والاجتماعية لمرض الأيدز والإرشاد النفسي لمرضى الأيدز والتوافق النفسي والاجتماعي لمرضى الأيدز ومظاهر سوء التوافق النفسي والاجتماعي لمرضى الأيدز.

الخلفية التاريخية للأيدز Historical Background of Aids

في العام 1981م لاحظ الأطباء بالولايات الأمريكية المتحدة وجود سلسلة من العدوى غير العادية في الرجال الشواذ جنسياً في لوس أنجلوس وسان فرانسيسكو ونيويورك وبعض المدن الكبرى، وأن هذه العدوى تظهر فقط في الأفراد الذين لديهم أجهزة مناعية ضعيفة وفي بعض الأحيان لوحظ أن عدوى المتكيسة الرئوية تهدد حياة هؤلاء المصابين بجانب سرطان كابوسي، كما تم إكتشاف حالات الحمى الحادة والعدوى الفيروسية والأورام الخبيثة بين هؤلاء المصابين في هذه المدن بالإضافة لذلك إكتشف الأطباء وجود أورام الغدد الليمفاوية المنتشرة والمستمرة عند هؤلاء المصابين ومعظمهم يبقون أصحاء لعدة أشهر أو سنين بعد تشخيص حالتهم والبعض الآخر تتطور حالة العدوى السابقة لديهم، بدأت تظهر هذه المشاكل في يوليو 1981م. بالإضافة إلي حالات الإعتلال المرضي والوفيات الأسبوعية، ومن خلال التقارير والنشرات التي حصل عليها مركز السيطرة على العدوى في الولايات الأمريكية المتحدة الواردة من المدن الكبرى بدأ الباحثون الربط بين العدوى الإنتهازية وتحطم جهاز المناعة للمرضى ومن ثم قياس كرويات الدم البيضاء والخلايا الليمفاوية المناعية " Lymphocytes " ونسبة معينة من " CD 4 " الخلايا المساعدة و " CD 8 " وهذه الموازنة في مقياس الفحص توضح لنا إن كان جهاز المناعة قوياً أو ضعيفاً لتحديد مدى مقاومته أو مقاومة الجسم للعدوى.

إن هذا النقص في المناعة ليس خلقياً أي لم يولد به الفرد فهو إذاً مكتسب، ومن ثم فقد جاءت تسمية هذا المرض الجديد بإسم " نقص المناعة المكتسب "، وضحايا هذا المرض يتعرضون لفئتين من العلل، تلك الإنتهازية وهي تصيب عادة الشباب ومعظم المصابين تنحصر أعمارهم بين " 20 — 50 سنة " ومنها نوع فاتك من مرضى ذات الرئة المعروف بإسم Preunolysis Carinii Pneumonia ، ومرض قدامى المحاربين، وداء المصورات الزيفانية، وإلتهاب الكبد والقلاع، والأمراض السرطانية الخبيثة "

كإصابات سرطانية نادرة – وسرطان الجهاز الليمفاوي – وأورام السارcoma". (محمد كمال عبد العزيز، 1991م : 54)

إن مرض الأيدز هو من أخطر الأوبئة التي إنتشرت في العالم ، و تكمن خطورته في أن أحد أهم مسبباته يتعلق بأدق أسرار الإنسان إلا و هي حياته الجنسية ، لذا فإن مريض الأيدز يُنظر له من زوجته على أنه خائن ، ومن زملاء المهنة بوصفه خائب ، و من أولاده على أنه فاشل ، و من ناحية والديه أنهما لم يحسنا تربيته و تهذيبه . وهكذا يعيش مريض الأيدز منبوذاً مدحوراً ذليلاً من قبل عامة المجتمع حتى الموت ،بينما قد تكون العدوى قد حدثت عبر نقل الدم الملوث بفيروس المرض . (الزقروود ، 1994م : 6)

تعريف مرض الأيدز

هو مجموعة من الأعراض والعلامات تنجم عن الإصابة بكائن دقيق يسمى فيروس العوز المناعي البشري الذي يقضي على الجهاز المناعي في جسم الإنسان فيصبح عرضة للعدوى القاتلة والأمراض السرطانية.

وكلمة أيدز تتكون من الأحرف الأولى للكلمات الإنجليزية التي يسمى بها هذا الداء " Acquired Immune Deficiency Syndrome"، ويعرف بالفرنسية بإسم " Immuno Deficiency Syndrome d'Acquis". ومرض الأيدز من الأمراض الحديثة والخطيرة والذي لم يكن معروفاً بشكله الحالي لدى الأطباء قبل عام 1981م والمرض هو عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية والتي يدل ظهورها عند فرد ما أن ذلك الفرد يعاني من نقص أو فقدان مناعته الطبيعية التي عادة تحمي الجسم ضد الأمراض الالتهابية والإنتهازية وأمراض السرطان، ومرض الأيدز هو متلازمة العوز المناعي المكتسب.

فكلمة متلازمة تعني: مجموعة أعراض وعلامات مختلفة تظهر على المريض في وقت واحد. و تعني كلمة العوز المناعي: أن الجهاز المناعي لجسم المريض قد أصيب بإنهيار كامل وصل به إلي درجة العوز.

وتعني كلمة المكتسب: أن هذا العوز ليس موروثاً وإنما مكتسب نتيجة للتعرض للعدوى. وهذا يجعل الفرد المصاب بمرض الأيدز معرضاً لمجموعة من الأمراض التي غالباً لا يصاب بها الأصحاء الذين لا يحملون الفيروس، وتسمى هذه الأمراض بالإنتهازية. (حرب عطا الهرفي، 1989م)

ويتميز مرض الأيدز بظاهرتين أساسيتين هما:-

الأولى: أن المرض يظهر في شكل إلتهابات بجراثيم إنتهازية، أي أنها لا تصيب إلا فاقدي المناعة، أو أورام سرطانية نادرة مما يدل على ضعف أو فقدان مناعة المريض.

الثانية: أن المرض يحدث عند أفراد كانوا يتمتعون بصحة جيّدة ولم يسبق أن تلقوا علاجات كيميائية ولم يكن لديهم أمراض أو أسباب أخرى لضعف المناعة.

فهذا هو تعريف مرض الأيدز من وجهة النظر الطبية، ويجب ألا يغيب عن ذهن القارئ أن الإلتهابات المسببة من جراثيم إنتهازية والتي تصيب فاقدى المناعة هو أمر لا يشخصه إلا الطبيب ذا الخبرة في أمراض المناعة والأمراض المعدية.

أما تعريف المرض كما هو في ذهن عامة الناس، فهو ذلك المرض المخيف القاتل الذي أثار وما يزال يثير ضجة في الصحف والمجلات والمذيع والتلفاز، ويعرف الناس أن المرض أول ما عرف بشكله الحالي ظهر بين الشواذ جنسياً، ومما زاد الاهتمام بمرض الأيدز هو إرتباطه بالناحية الأخلاقية فبالإضافة إلي خطورة المرض فإن المصاب به عادة ما يوصم بصفة خاصة في ذهن الناس حتى لو كانت الإصابة بالمرض عن طريق آخر غير الجنس ولا علاقة لها بالناحية الأخلاقية. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م).

فيروس مرض الأيدز

في البداية كانت صعوبة الوصول لمعرفة الفيروس المسبب لمرض الأيدز ترجع للمصابين إذ أنهم تعرضوا للأمراض الجنسية المختلفة سابقاً، والمعروف أن الأمراض المنقولة جنسياً تنتج عنها مؤثرات تسببها الفيروسات مما جعل التمييز صعباً بين المسبب الحقيقي لمرض الأيدز والعوامل الإنتهازية العابرة. وبعد جهد جهيد توصل العلماء إلي أن الفيروس المسبب لمرض الأيدز من فصيلة الفيروسات القهقرية (Retroviruses) أطلق عليه العلماء إسمان:-

أولاً: يسميه الفرنسيون بالفيروس المقترن بالإعتلال العقدي اليفي (L.A.V).

ثانياً: يسميه الأمريكيان بفيروس الخلية التائية البشرية الموجه لليف - النمط (3- H.T.L.V) وأحياناً يطلقون عليه الفيروس المتعلق بالأيدز (A.R.V).

ولكنه يعرف الآن بالإسم المتفق عليه دولياً وهو فيروس نقص المناعة البشري المكتسب (HIV) وهو فيروس يدمر كريات الدم البيضاء وبمجرد أن يصاب به الشخص فإنه يختزن داخل الجسم إلى الأبد. ويعتبر فيروس الأيدز صغير جداً بحيث لا يرى بالعين المجردة ولا بالمجهر العادي، ولكنه يرى بالمجهر الإلكتروني بعد تكبيره مئات الآلاف من المرات، وهو من النوع الذي يحتوي على الحامض النووي (R.N.A) وفيه إنزيم يسمى (Reverstren Scriptas) في حين لا يوجد في الفيروسات العادية أي نوع من أنواع الإنزيمات، وهذا الإنزيم يساعده على التحول إلى الشكل الرئيسي الفعّال له، فهو يحتوي على مادة الحياة الرئيسية (DNA).

ويحتوي فيروس الأيدز على مادة تساعد على سرعة تكاثره حيث أنه يتضاعف بسرعة فائقة تفوق سرعة تكاثر الفيروسات العادية بألف مرة وأن المليتر الواحد من دم مريض الأيدز يحتوي على ما مقداره من (10,000 — 100,000) وحدة فيروس فعّالة، وكل وحدة قادرة على إحداث هذا المرض إذا قدر لها أن تصل إلى دم فرد جديد. (عبد الحميد القضاة، 1986م).

أصل فيروس مرض الأيدز

شد إنتباه العلماء في أمريكا نوع نادر من السرطانات الجلدية في ضحايا الأيدز يعرف بإسم كابوسي ساركوما (Kaposi Sarcoma)، وهو يصيب الشباب أيضاً من أفريقيا وقد وجد إنه مسبب عن إلتهاب فيروسي، وعندها فكروا بالإتجاه إلي أفريقيا في محاولة لإيجاد الصلة بين سرطان كابوسي وفيروس الأيدز وعلاقة السرطان بنقص المناعة كذلك شد إنتباههم حدوث مرض شابه بدرجة كبيرة في مستعمرتين لقروء أصيبت بحالات إسهال مزمنة وشديدة مع نقص في الوزن وتضخم في الغدد الليمفاوية ثم ماتت، والبعض الآخر كان يحمل الفيروس المسبب دون ظهور أعراض مرضية، وعند الدراسات المناعية مفصلة وجد أن القروء المريضة تعاني من إضطرابات وتغيرات مناعية مشابهة ولكنها ليست تماماً مثل الذي يحدث في الإنسان، وهنا تكون رأي أن الفيروس مرض الأيدز ربما بدأ في أفريقيا الوسطى وذهبت بعثات دراسية إلى أواسط أفريقيا لدراسة حالات سرطان كابوسي وحالات الأيدز التي ظهرت هناك ثم دراسة القروء الخضراء وجد الباحثون أن عدد من القروء الخضراء تحمل أجساماً مضادة لفيروس من عائلة (الفيروس القهقري) أو الفيروس التراجعي، وهى نفس العائلة التي ينتمي إليها فيروس الأيدز المعروف بإسم (لاف L.A.V) أو (H.T.L.V-3)، ولكن تلك القروء كانت صحيحة بشكل عام ولم تظهر عليها أعراض مرضية كالإنسان كذلك وجد الباحثون أن مرض الأيدز في أفريقيا يصيب الرجال والنساء بدرجة متساوية تقريباً وهو يختلف عما هو عليه الحال حيث أن الأيدز يفتك بالشواذ جنسياً أكثر من غيرهم. (حرب عطا الهرفي، 1989م)

إن وجود الأجسام المضادة للفيروس في القروء وإنتشار الأيدز بين الرجال والنساء على حد سواء في أفريقيا حدا بالباحثين إلى أن يكونوا نظرية: أن فيروس المرض يوجد في القروء الخضراء بشكل متوطن وعن طريق خدش القروء لجلد الإنسان في بعض الحالات في أفريقيا أدى إلى إنتقال الفيروس إلى الإنسان وبعدها أخذ الفيروس ينتقل من إنسان لآخر عن طريق الجماع الجنسي سواء السوي أو الشاذ. (سعيد الحفار، 1992م).

نظرية أصل فيروس مرض الأيدز

أن واضعي هذه النظرية يفترضون بأن فيروس الأيدز نشأ في أواسط القارة الأفريقية في نوع من القردة تعيش الغابات وتعرف بإسم القردة الخضراء، فبعض هذه القردة كانت مصابة بفيروس يسمى إختصاراً (S.T.L.V-3) وهذا الفيروس إنتقل منها إلى السكان البدائيين الذين يعيشون في تلك الغابات بطريقتين:-
أولاً: الأكل، إذ أن السكان البدائيين يصطادون هذه القردة ويأكلون لحومها أحياناً دونما طهي.
ثانياً: العض، حيث تهاجم القردة الخضراء قري السكان البدائيين بين فترة وأخرى فتعض الصغار والكبار ناقلة بذلك الفيروس إليهم.

ومن هذه التجمعات البدائية إستطاع الفيروس أن يجد طريقه إلى سكان المدن الكبرى في أواسط أفريقيا وساعد الإزدحام السكاني الشديد والفقر المدقع وإنتشار البغاء على تفشي مرض الأيدز فيها، ومن أفريقيا الوسطى أنتقل الفيروس إلى هايتي بواسطة الجنود الكوبيين العائدين من دولة أنغولا في وسط أفريقيا، وإنتقل الفيروس من هايتي إلى أمريكا عن طريق المهاجرين ليتفشى أولاً بين تجمعات الشواذ جنسياً ثم بعد ذلك عن طريق الجنس والمخدرات ونقل الدم الملوث بالفيروس وغيرها من الطرق إلى مختلف فئات المجتمع، وإستند واضعو النظرية إلى أصول تدعمها هي إنتشار فيروس (H.T.L.V) بنوعين هما:-

1- (H.T.L.V - 1)

2- (H.T.L.V - 2)

بشكل وبائي في وسط القارة الأفريقية، فهذان الفيروسان اللذان يسببان سرطان الدم موجدان في أفريقيا الإستوائية منذ عدة عقود ولما كان فيروس الأيدز هو الفيروس الثالث من مجموعة فيروسات (H.T.L.V)، فلا بد أن يكون كما يذكر خبير الفيروسات الأمريكي الشهير الدكتور روبرت جالو من أن فيروس الأيدز قد تحور عن أحد الفيروسين (H.T.L.V - 1) و (H.T.L.V - 2) ويعضد ذلك إنتشار سرطان كابوسي في أفريقيا، وتجدر الإشارة إلى أن سرطان كابوسي هو أحد الأعراض الرئيسية لمرض الأيدز.

إن فيروس الأيدز الثاني وجد في القردة الخضراء في أفريقيا وظهر أنها مصابة بفيروس يسبب لها سرطان مميتاً يعرف إختصاراً (H.T.L.V - 3) ، وبمقارنة فيروس الأيدز مع فيروس (S.T.L.V - 3) تبين أن هناك تشابهاً كبيراً بينهما مما يعني أن فيروس الأيدز تحور عن فيروس القردة الخضراء ويؤكد هذا الإعتقاد أمران:-

أولهما: أن فيروس القردة الخضراء (S.T.L.V-3) موجود في 40 % من القردة الخضراء التي تم فحصها في أفريقيا، هذا بالإضافة إلى أنه عزل الفيروس من القردة المكاكا التي تعيش في حدائق الحيوان في أمريكا أيضاً.

ثانيهما: عزل فيروس الأيدز الثاني (H.T.L.V - 2) من عدد من المومسات، وبمقارنته بفيروس القردة الخضراء (S.T.L.V - 3) ثبت إنه يشبهه إلى حد كبير.

هذان الأمران يؤكدان أن الفيروس (S.T.L.V- 3) تحور إلى فيروس (H.T.L.V - 4)، وأن الأخير تحور بدوره إلى فيروس (S.T.L.V - 3) مرة أخرى، أما النظرية المضادة فتري أن الأيدز منبعه الأصل هو الأمريكان ولكن أستطاع الأمريكيون أن يلصقوا التهمة بغيرهم وبذا لعبوا أكثر من دور مزدوج.(خالص جلبي، 1988م)

الخصائص المميزة لفيروس (HIV)

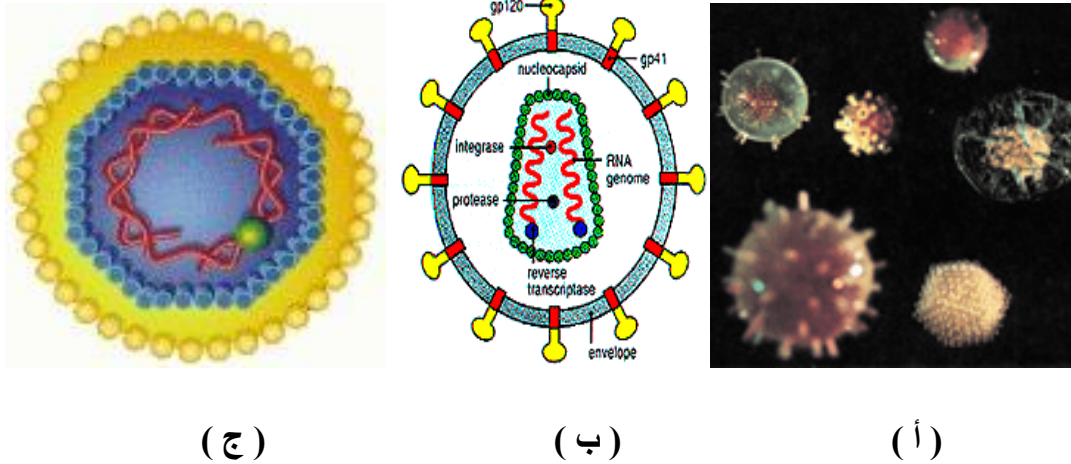
ذكر مركز الصحة وخدمات الأسرة بأستراليا (1997م) أن:-

1- فيروس (HIV) ينتمي إلى عائلة الفيروسات القهقرية التي تتميز بقدرتها على نقل معلوماتها الوراثية ضمن (دنا DNA) وهو ما يعرف بحمض دوكسيربيونيوكيك الموجود في الخلية المضيفة (Host).
 2- فيروس (HIV) هو فيروس من نوع (الرنا RNA) أو ما يعرف بحمض ريبونيوكيك الذي يستخدم إنزيم المنتسخة العكسية Reverse Transcripase من أجل نسخ مجينه (Genome) إلى (دنا D.N.A) الذي يندمج لاحقاً في مجين الخلية المضيفة ويترتب على هذا الاندماج أن مجين الفيروس ودنا يتناسخان في سياق الانقسام الخلوي وهكذا ما أن تصاب الخلية المضيفة مرة واحدة حتى تصبح حاملة للفيروس طيلة حياتها.

بنية فيروس (HIV)

ذكر ديبو ران وجينس (1994م) أن فيروس (HIV) هو جسيمة مستديرة يبلغ قطرها 100 نانومتر وهو مكون من محفظة جليكوبروتينية Glycoproteinic تحيط بالجزئ الداخلي ذي الطبيعة البروتينية ويتوضع الرنا RNA الفيروسي الذي يضم المجين الفيروسي وإنزيم المنتسخة العكسية في وسط الجزئ الداخلي.

شكل رقم (3) يوضح صور لأشكال فيروس HIV في مراحله المختلفة.



طريقة عمل الفيروس (تأثيره على جهاز المناعة)

جهاز المناعة الطبيعي مكون من خلايا صغيرة تسمى الخلايا الليمفاوية (Lymphocytes) وهذه الخلايا توجد في الدم وتسمى كريات الدم البيضاء وفي الجسم تسمى الليمفاوية وتتركز في العقد الليمفاوية والطحال والكبد ونخاع العظم الأحمر وتنقسم إلى نوعين من الخلايا:-

1- الخلايا الليمفاوية السعترية (T4)

2- الخلايا الليمفاوية (T8)

فعندما تدخل الخلايا للغدة السعترية تأخذ أول درس في المناعة لتخرج حاملة للصفات التي تجعلها تتعرف

على تركيب الجسم والفيروسات.

وبصورة عامة يمكننا أن نقول أن هناك نوعين للمناعة في الجسم يتم كل واحد منهما الآخر وأن هناك نوعين من الخلايا كما ذكرنا آنفاً، نوع يتبع للذراع الأيمن وتسمى الخلايا التائية و آخر يتبع للذراع الأيسر ويسمى الخلايا البائية، والخلايا التائية لها عدة أنواع أنواع منها:-

- 1- التائية المتعرفة: وهذه تعرف على الميكروب وتهاجم كل جسم غريب يدخل الجسم.
- 2- التائية المنشطة: وتقوم بتنشيط ومساعدة الخلايا البائية على إفراز الأجسام المضادة.
- 3- التائية المقيدة (المثبّطة): وهذه تضع حداً للنشاط الزائد عن الحاجة والذي يقوم به جهاز المناعة في بعض الأحيان.

ونسبة المنشطة إلى المقيدة 1:2 أي الضعف في الأحوال الطبيعية للجسم.

يهاجم الفيروس بعد وصوله إلى الجسم خلية دموية بيضاء تسمى (T4) وهي إحدى الخلايا الرئيسية التي تتحكم بالجهاز المناعي الخلوي وتقوم بمجموعة كبيرة من الوظائف في الحالات الطبيعية عند مهاجمة هذه الخلايا وقتل أكثرها في الدم ثم في الغدد الليمفاوية المنتشرة في أنحاء الجسم وهي بمثابة مخازن للخلايا الليمفاوية، ويصاب الجسم بما يعرف بنقص المناعة المكتسب.

والعملية التي يمارسها الفيروس عملية كبيرة جداً إلى حد لا رجعة عنه، فالفيروس يقتل من كل ألف خلية ليمفاوية من صنف (T4) حوالي 990 خلية، وتبقى عشرة منها تصل إلى الدورة الدموية لا للدفاع عن الجسم بل لإنتاج الفيروسات التي يكون قد تمكنت من الجهاز الوراثي في هذه الخلايا المنكوبة نهائياً، يبقى الفيروس بعد دخوله إلى الجسم كامناً عادة في الخلايا البيضاء حتى يصاب حامل الفيروس بالتهاب بسيط في جسمه فيؤدي هذا الإلتهاب إلى تنشيط الخلايا الليمفاوية وحثها على الدفاع مما ينشط الفيروس ويدفعه إلى الانقسام وقتل الخلية ثم الانتقال إلى غيرها للغرض نفسه. (خالص جلي، 1988م)

طرق إنتقال فيروس (HIV)

يوجد فيروس الايدز لدى المصابين بالعدوى في كل سوائل الجسم المختلفة وإفرازاته والتي منها الدم والسائل المنوي والإفرازات المهبلية والدموع ولبن الثدي والسائل المخي النخاعي واللعاب وغيرها، إلا أن الدراسات التي أجريت تعزو العدوى بوجه خاص للدم والإفرازات المهبلية والسائل المنوي وذلك لتركيز الفيروس أو عشقه لهذه السوائل وقد وضحت الدراسات أن هناك ثلاث طرق رئيسية للعدوى هي:-

- 1- الإتصالات الجنسية بكافة أنواعها.
 - 2- الإنتقال العلاجي المنشأ (الدم ومشتقاته - الحقن).
 - 3- الإنتقال من الأم المصابة إلى جنينها.
- فالوسائل والطرق التي ينتقل بها الفيروس من الفرد المصاب إلى الآخر السليم يمكن تلخيصها في الآتي:-

أولاً: السائل المنوي:—

حيث يتم إنتقال السائل المنوي من فرد لآخر بإحدى الطرق الآتية:—

- 1- الجنس الطبيعي: من الرجل للمرأة أو من المرأة للرجل.
- 2- الشذوذ الجنسي: ويعتبر أوسع الطرق لإنتشار مرض الايدز من مجموع حالات الايدز التي أكتشفت.
- 3- الزنا والإباحية: تشكل إحدى قنوات إنتشار الايدز فبواسطتها تم عملية إنتقال السائل المنوي من المصاب إلى السليم، والذين يمارسون الزنا تتضاعف لديهم إحتمالية الإصابة بمرض الأيدز.
- 4- التلقيح الصناعي: وهو نقل السائل المنوي من الرجل إلى رحم الأنثى بقصد الإنجاب فإذا كان الرجل مصاباً بالأيدز فإن الأنثى وجنينها يصابان بهذا المرض.

ثانياً: الحقن الوريدية الملوثة:—

لوحظ أن الشباب المدمن للمخدرات يقسم تكلفة شراء المخدرات غالباً فيما بينهم وذلك نسبةً لإرتفاع ثمنها وتناولها في مجموعة كما هو الحال في الهيروين مثلاً، حيث يجتمعون على شكل حلقة يستعملون حقنة واحدة بالتناوب، فإذا كان أحدهم مصاباً بفيروس الأيدز فإنه سوف ينقل العدوى إلى الآخرين.

وهناك طرق أخرى ينتقل بها الفيروس عبر الدم مثل:—

- 1- إستعمال الإبرة الواحدة مراراً لعدة أفراد مختلفين عند إعطائهم علاجاً أو سحب الدم منهم أو تطعيمهم.
- 2- إعطاء دم ملوث بفيروس الأيدز لفرد سليم.
- 3- إستعمال مشتقات الدم الملوثة كعلاج، كما يحدث لمرضى الهيموفيليا " النزف الدموي".
- 4- إنتقال الفيروس من الأم المصابة لجنينها بواسطة الدم أثناء الولادة أو بواسطة الرضاعة بعد الولادة.
- 5- إستعمال المشارط والأدوات الثاقبة أو الحادة المشتركة. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م)

الطرق التي لا ينتقل بها فيروس HIV

هناك طرق لاينتقل بها فيروس الأيدز من الفرد الحامل للفيروس للآخرين ومن هذه الطرق:—

- 1- المخالطة في محيط الأسرة والعمل والأماكن المزدحمة والمصافحة أو المعانقة، وذلك لأن الفيروس المسبب لمرض الأيدز لا يستطيع أن يعيش خارج جسم الإنسان.
- 2- رزاز العطس والسعال، وذلك لأن تركيز الفيروس عادة يكون منخفضاً في لعاب المصاب.
- 3- الحشرات بكافة أنواعها خاصة البعوض لا تنقل الفيروس وذلك لأنه فيروس بشري.
- 4- تناول الأطعمة والمشروبات في الأماكن العامة وكذلك إستعمال الحمامات ودورات المياه العامة.
- 5- التجاور في قاعات الدراسة أو زيارة المرضى في المستشفيات أو إستعمال أجهزة الهواتف العامة.

جهاز المناعة الطبيعي

هو عبارة عن خلايا صغيرة تسمى الليمفاوية " Lymphocytes " وهذه الخلايا توجد في الدم على شكل كريات تعرف بكريات الدم البيضاء الليمفاوية، وتوجد أيضاً في الكبد والطحال ونخاع العظم الأحمر،

ويبدأ تكوين خلايا المناعة من خلية الجنين في رحم الأم ولها القدرة على الانقسام بين الأسبوع الثامن والعاشر من حياة الفرد، ثم تنتقل هذه الخلايا الأولية إلى كبد الفرد ثم إلى نخاع العظم ومن نخاع العظم تنتج الخلايا الليمفاوية الصغيرة إما إلى الغدة السعترية "Thymus Gland" في أسفل العنق وتعرف تلك الخلايا بالخلايا الليمفاوية السعترية أو "تي . ليمفوسايت T.Lymphocytes" وعندما تدخل تلك الخلايا إلى الغدة السعترية فإنها تتلقى أول دروس المناعة، ثم تخرج من الغدة السعترية حاملة صفات تجعلها تتعرف على تركيب الجسم الذي تكونت فيه، وعلامات التخصص في المناعة لتلك الخلايا تظهر على شكل علامات خاصة تعرف بها الخلايا حسب وظيفتها، فمثلاً الخلايا الليمفاوية التي تساعد الجسم على تكوين الأجسام المضادة تعرف بإسم "T 4" والخلايا الليمفاوية التي تمنع الجسم من الإستجابة غير المفيدة تعرف بإسم "T 8"، وكذلك يكون التوازن والإنضباط بين هذه الخلايا في توجيه إستجابة الجهاز المناعي ضد الجراثيم الغازية للجسم.

أما القسم الآخر من جهاز المناعة فهو عبارة عن خلايا ليمفاوية أكبر قليلاً من الخلايا الليمفاوية السعترية، وبدلاً من الإتجاه إلى الغدة السعترية لتلقي دروس المناعة فإنها تتجه إلى نخاع العظم الأحمر " يوجد في عظم القص والحوض والجمجمة وفقرات العمود الفقري " وفي النخاع تكتسب هذه الخلايا صفات مميزة على سطحها، وهى ظهور أجسام بروتينية مناعية أسمها "I .G .M" وتظهر هذه الأجسام داخل سيتوبلازم الخلية ثم تحول إلى سطحها، وتعرف هذه الخلايا بإسم "بي . ليمفوسايت B.Lymphocytes" أو الخلايا الناشئة من نخاع العظم، ثم تنتقل هذه الخلايا إلى الدم على شكل كريات الدم البيضاء الليمفاوية، وأثناء دورتها فإنها تنقسم وتتكاثر بأمر من الخلايا السعترية "T 4" وتتحول إلى خلايا أكبر تعرف بالخلايا البلازمية "Plasma Cells" والتي بدورها تكوّن أجساماً مضادة خاصة تعرف بإسم "I .G .G" و "I .G .M" و "I .G .A".

وهناك تعاون وثيق بين الخلايا الليمفاوية و السعترية "T.Lymphocytes" والخلايا الليمفاوية الناتجة من نخاع العظم "B.Lymphocytes" في الإستجابة للأمراض المختلفة والقضاء على البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات والخلايا السرطانية التي قد تظهر في الجسم، وكذلك يكون التعاون بينهما في تكوين المناعة المناسبة لتلك الجراثيم أما بعد المرض أو بعد إعطاء اللقاحات المختلفة بعد عمليات التطعيم. (حرب عطا الهرفي، 1989م)

دور جهاز المناعة

إن جهاز المناعة يعرف كيف يميز بين أنسجة الجسم نفسها وبين الأنسجة الغريبة الدخيلة على الجسم، ودائماً ما يبحث عن الأجسام والأنسجة الغريبة عن الجسم فإذا ما إكتشف هذا الجهاز وجود أجسام غريبة مثل البكتيريا أو الفيروسات فإنه يلجأ إلى الأسلحة الكيماوية فتقوم الخلايا المتخصصة بإفراز مواد تسمى عادة الأجسام المضادة "Antibodies" تنتج لكي تهاجم الأجسام الدخيلة أي الأجسام الغازية التي غزت

الجسم، هذا و تمتلك الخلايا المتخصصة نوعاً من الذاكرة بمعنى أنه إذا ظهر الجسم الدخيل مرة ثانية فإن السلاح المناسب سيكون جاهزاً لملاقاته ويتم القضاء عليه سريعاً.

والجهاز المناعي يمتلك خلايا تهاجم الأجسام الغازية مباشرة فالكريات البيضاء مثلاً تفرز مواداً قادرة على تدمير الأنسجة الغريبة عن الجسم، وقد يلجأ الجسم إلى وسائل أخرى مثل الكريات الكبيرة المسماة " ماكرو فاج Macrophages " التي تقوم بإبتلاع البكتيريا المهاجمة كلها بعد حصرها، وتعمل هذه الخلايا كمجموعة، فتقوم الكريات البيضاء بقيادة وتوجيه "الماكرو فاج Macrophages " بالعات الجراثيم حيثما تدعو الحاجة كما تقوم الأجسام المضادة بتسهيل تدمير البكتيريا، ثم تأتي الكريات البيضاء لتقضي عليها ومن جهتها تقوم الكريات البيضاء أيضاً بالإسهام في إنتاج الأجسام المضادة وتعمل هذه المجموعات كلها تحت رقابة الهرمونات التي تفرزها غدة الـ Thymus " الغدة السعترية " الواقعة عند قاعدة العنق والغدة الواقعة فوق الكليتين. (سعيد الحفار، 1992م)

المعرضون للإصابة بمرض الأيدز

- 1- الشواذ جنسياً و من يمارسون الجنس خارج إطار الطرق الشرعية و البغايا والعاهرات.
- 2- المحتاجون إلى نقل الدم أو الذين يتعرضون إلى نقل أو إستبدال الدم طيلة حياتهم لإصابتهم بأمراض فقر الدم أو تكسر الصفائح الدموية.
- 3- مدمنو المخدرات وخاصة من يستخدمون الحقن بالإبر.

أعراض وعلامات مرض الأيدز

مراحل عدوى مرض الأيدز:-

تمر عدوى مرض الأيدز بثلاث مراحل هي :-

1- مرحلة حمل الفيروس:-

وهذه تتطور للمرض الكامل في غضون سنتين أو أكثر حسب مناعة الفرد المصاب الذي يكون خطراً على الآخرين لأنه ناقل للفيروس بواسطة أي من الطرق التي ينتقل بها الفيروس.

2- مرحلة مركب الأيدز:-

وهي مرحلة العرق الليلي والحمى والإسهال وتورم الغدد مع النقص السريع في الوزن.

3- مرحلة الأيدز المتطورة:-

وهي تتجلى بوجود الأمراض الإنتهازية مع السرطانات وذلك بسبب نقص المناعة الدفاعية. ولا يستدعي أن يمر كل مريض بهذه المراحل الثلاث بل هذا يتوقف على مناعته وسبب إصابته بالداء. وتتلخص الأعراض في الآتي رغم أنها لا تختلف من مريض لآخر فضلاً عن أنها أعراض لأمراض مختلفة.

أولاً: أعراض وعلامات المرحلة الأولى:-

- 1- تضخم الغدد الليمفاوية المزمن و الذي تكون أسبابه مجهولة بالإضافة إلى تضخم اللوزتين عند البالغين من المرضى.
- 2- التهابات الأغشية المخاطية التي تسببها المبيضات في الفم أو ظهور التقرن الشعيري الأبيض على اللسان أو إصابة المهبل عند المرأة بداء المبيضات.
- 3- تغيرات محتوى الدم مثل: نقص في عدد كريات الدم البيضاء – نقص الصفائح الدموية دون أسباب واضحة.
- 4- أمراض جلدية متكررة ومزمنة، وهذه في الغالب ناتجة عن فيروس الحلاء البسيط والنطاقي وفيروس المليساء المعدية.
- 5- أمراض معدية تدل على خلل في الجهاز المناعي مثل: الإلتهاب الرئوي الطفيلي – السحائي – الإلتهاب الدماغ.
- 6- ظهور أعراض السرطانات في الجسم مثل: سرطان كابوسي – ليمفوم بيركت – داء هود جكلين – سرطان الفم – سرطان البلعوم – سرطان الرئة – سرطان الكبد.

ثانياً: أعراض وعلامات المرحلة الثانية:-

- 1- تضخم الغدد الليمفاوية في موضعين أو أكثر وأن يكون التضخم مستمراً لأكثر من ثلاثة شهور.
- 2- ارتفاع درجة حرارة الجسم لأكثر من 40° ولمدة ثلاثة شهور متواصلة.
- 3- نقصان الوزن أكثر من 10% من الوزن الطبيعي.
- 4- الإسهال المستمر لمدة شهر أو أكثر وبدون أسباب واضحة.
- 5- الفتور الشديد.
- 6- العرق الشديد أثناء الليل.

ثالثاً: أعراض وعلامات المرحلة الثالثة:-

هذه هي المرحلة الأخيرة من مراحل داء الأيدز حيث تنهار فيها مناعة الجسم تماماً وتسوء حالة المريض للحد البعيد ويكون جسمه كالبوابة المفتوحة تدخل من خلالها الجراثيم والفطريات والفيروسات لتتسبب في حدوث الأمراض الإنتهازية الخطيرة والسرطانات التي يصعب علاجها وقد تقود المريض إلى الوفاة حيث يؤثر داء الأيدز على جميع الأجهزة في جسم الإنسان. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م)

الأمراض الناتجة عن إنهيار جهاز المناعة (الأمراض الإنتهازية)

تلقى الأمراض الإنتهازية طريقها عبر ضعف في جهاز مناعة الفرد المصاب وتظهر في عدة صور وأعراض، وسميت إنتهازية لإنتهازها ضعف المناعة الطبيعية في الجسم وهناك ما يزيد عن الخمسين حالة عدوى إنتهازية لدى مرضى الايدز، فغالبية هذه الحالات تسبب العدوى فيها بواسطة البكتيريا و

الفيروسات والطفيليات والفطريات والحيوانات أحادية الخلية، والعدوى الإنتهازية نادراً أو قلما توجد عند مرضى الخلايا الليمفاوية " CD 4 " التي تزيد عن 200 ملم³ ، فكلما تدهور جهاز المناعة تعرض المريض للعدوى بالأمراض الإنتهازية مثل:-

1- أمراض الطفيليات والديدان:-

التي تؤدي أحياناً إلى ظهور الإسهال عند مريض الايدز لمدة شهر أو أكثر.

2- أمراض الفطريات:-

وتشمل الفطريات الرشاشية التي تصل إلى الجهاز العصبي، وفطر المبيضات البيضاء التي تصيب الفم والمريء، وفطر المستخفية و النوسجة اللذان يسببان اضطراب الجهاز العصبي والرئتين.

3- أمراض الفيروسات:-

والتي منها الفيروس المضخم للخلايا، وفيروس الحلاء البسيط اللذان يسببان الإلتهاب الرئوي وإلتهاب الأمعاء والأعصاب المركزية والأغشية المخاطية لمريض الأيدز.

4- أمراض سرطانية:-

مثل سرطان كابوسي وسرطان ليمفوم الدماغ والسرطانات الأخرى التي تصيب الجهاز الليمفاوي.

أكثر الأمراض الإنتهازية شيوعاً بين مرضى الأيدز

أولاً: إلتهاب السحايا:-

يسببه فطر يشبه الخميرة، ويبدأ عادة بحمى منخفضة الدرجة وصداع خفيف وقد يعقب ذلك غثيان وقيئ وعدم وضوح في الرؤية، ويصبح المريض في حالة نعاس متزايدة، وإذا لم يعالج هذا المريض فإنه يؤدي في الغالب إلى الوفاة ورغم إستعمال العلاج فإن ربع المرضى يموتون نتيجة تزايد المرض.

ثانياً: إصابة الجهاز العصبي المركزي بالمقوسات:-

يسببه حيوان أحادي الخلية ويؤدي إلى إلتهاب بالمخ، وأكثر علاماته المبكرة شيوعاً هي الإضطرابات العصبية كنوبات الصداع والتشوش، فإذا ترك المريض بلا علاج فإنه يكون مميتاً على الدوام.

ثالثاً: الإلتهاب الرئوي:-

يسببه حيوان وحيد الخلية ولا يحدث إلا في المصابين بفيروس عوز المناعة البشري، وتتضمن أعراضه الحمى والقشعريرة والسعال وقصر النفس وقد يحدث فشل تنفسي يحدد الحياة.

رابعاً: كريبتوسبورديوزس:-

هو مرض آخر يسببه حيوان وحيد الخلية ويتسبب في إسهال مرهق قد يدوم لأسابيع أو شهور، علاجه في غاية الصعوبة ومن أعراضه المغص والحمى والغثيان والقيء، ويمكن أن يكون الإسهال شديداً لدرجة الإصابة بالجفاف وحدوث الوفاة ما لم يتم علاج المريض باستمرار. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م)

الآثار النفسية والاجتماعية لمرض الأيدز

تدور المسائل النفسية والاجتماعية التي يواجهها معظم المصابين بفيروس العوز المناعي البشري حول الشك والتكيف في حالة العدوى تثور الشكوك حول الآمال والتوقعات المعقودة على الحياة بشكل عام ولكنها قد تتركز على الأسرة والعمل وقد يوجد شك أساسي بدرجة أعمق يتعلق بنوعية الحياة ومداها وتأثير المعالجة ورد فعل المجتمع.

أولاً: العزلة الاجتماعية بسبب الإصابة بالأيدز:-

يواجه المصابون بمرض الأيدز التفرقة والعزلة الاجتماعية، فكثير من الناس يعتقد أن التعامل العادي معهم يعرضهم لخطر الإصابة بالمرض ولذلك ينأى المصابون عن المخالطة مع الأصحاء وقد يفقدون أعمالهم وقد يواجهون العزلة من الزوج أو الأصدقاء أو الأسرة وفي بعض المجتمعات يمتنع الوالدين عن إرسال أبنائهم إلى المدارس التي يوجد بها أطفال مصابون بالمرض أو أحد والديهم، ويعتقد خطأً لعدد كبير من الناس أن مريض الأيدز يموت عند الإصابة بأي مرض آخر وهذه المشاعر السالبة نحو الإصابة بالمرض تدفع المصاب للإنزواء والعزلة وتجنب العلاج.

فبالإضافة إلى الحسرة على أنفسهم بسبب معرفتهم أنهم سوف يموتون فإن الحسرة تتضاعف حينما يتخلى عنهم الأهل والأصدقاء، إما خوفاً من المرض أو خزيًا من إظهار صلة القرابة بالمريض الشاذ في نظرهم لإرتباط المرض بالرزيلة والناحية اللاأخلاقية.

وعادة يصاب الأبوان بصدمة نفسية كبيرة وشعور بالخزي حينما يعرفون لأول مرة أن ابنهم مصاب بمرض الأيدز ومعظم الآباء يكون رد فعلهم التخلي عن ابنهم المريض.

ويعمل الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون على مساعدة هذه الفئة من المرضى وعدم حرمانهم من حقهم المشروع في هذه الحياة التزاماً بالأخلاق المهنية التي تنظر إلى مرض الأيدز كمرض إنساني يحتاج إلى المساعدة مثل الأمراض الأخرى بصرف النظر عن سبب الإصابة.

ثانياً: الكذب:-

يحل الكذب بكل شخص مصاب بالعدوى أو خائف من الإصابة بالعدوى لأنه مارس سلوكاً خاطئاً محفوف بالمخاطر، وينتج الكذب عن وجود عدد من العوامل:-

1- الخوف من حدوث العدوى ما إذا كان يجري الفحوص لمعرفة نتائج الإصابة بالمرض.

2- الحالات المرتبطة بالأيدز.

3- مواجهة الموت مبكراً.

4- الإضطرابات التي تغير السلوكيات السارة المعتادة.

والكذب يضعف من القدرة على اتخاذ القرارات أو فهم المعلومات أو تغيير السلوكيات بمعالجة صحته وصحة الآخرين، فكثيراً ما يكذب الأفراد المصابون بمرض الأيدز ويخفون أمر إصابتهم بالمرض وذلك

إما لخوفهم من إفتضاح أمرهم أو الخوف من نظرة المجتمع لهم حال معرفة وضعهم المرضي وإحساسهم بالوصمة والعار ومواجهتهم للضغوط النفسية والاجتماعية، لكل ذلك فقد يخفون أمر إصابتهم حتى على أقرب الناس إليهم كأزواجهم وأفراد أسرهم ما يؤدي ذلك إلى تفاقم الأزمة وقد يؤدي كذبهم هذا إلى إصابة المزيد من الأفراد.

ثالثاً: القلق:-

قد يكون من غير العدة بالنسبة للفرد المصاب بعدوى فيروس عوز المناعة البشري المكتسب الإنتباه للقلق بردود الفعل الهادئ والخالى من العاطفة والتي قد تكون تعبيراً عن الإنكسار النفسي، ويكون القلق هو رد الفعل على عدة أمور:-

- 1- الخوف من توقع ما سيكون عليه المستقبل.
- 2- الخوف من أن تكون العدوى قد إنتقلت إلى شريك الحياة أو الأبناء.
- 3- في وقت لاحق يأتي الخوف في المستقبل على من يعولهم من الأبناء أو غيرهم من الأقارب.
- 4- الخوف من فقد الدعم الاجتماعي حال معرفة أمر الإصابة وإبتعاد الأفراد عنه.
- 5- الخوف من أن يترك وحيداً.

فمن الصعب جداً أن نتخيل حالة مشابهة لمرض الايدز في درجة قدرتها على بعث مشاعر القلق لأنه بالإضافة إلى التردى في الصحة العامة ووهن الجسد واحتمال الموت المبكر هناك حالات أخرى مرتبطة بالمرض باعثة لمشاعر القلق يمر بها الفرد المصاب يومياً تكون في شكل تساؤلات محيرة: هل يجب أن أخبر الآخرين بأن نتيجة الفحص إيجابية ؟ - هل سأفقد وظيفتي ؟ - هل تناولت الأدوية المطلوبة ؟ . فيصعب على أصحاب العمل التعايش مع المريض بالأخص تلك الأعمال التي تعتمد على درجة عالية من الضغوط والإنجاز، بجانب عدم تقبل الزملاء وأصحاب العمل في الإحتفاظ بوظيفة الفرد المصاب بالأيدز، فكل هذا يجعل الفرد المصاب في حالة دائمة من القلق. (عبد الحميد القضاة، 1986م)

رابعاً: الخوف من الموت في سن الشباب:-

إن أكثر فئة معرضة للإصابة بمرض الايدز هي فئة الشباب والتي تكون ما بين (20 — 45) سنة من العمر والأفراد من هذه المجموعة لا يتوقعون الموت ولم يتعلموا كيف ينتظرون الموت كجزء من الحياة وقد يكونون لهذا أكثر خوفاً من الموت من المتقدمين في العمر، فالخوف من الموت توعم للخوف من المرض، لأن الثاني ينذر على الأول وهو بعض أسبابه وأكثر الخوف من المرض يأتي نتيجة للخوف من الموت. فالأفراد يخافون الموت بالرغم من يقينهم بأنه لا محالة مدركهم ولاحقهم، فعدم وجود علاج ناجع لمرض الأيدز حتى الآن وظهور الأعراض لهذا المرض بعد فترة من الإصابة ووهن جهاز المناعة لدى الفرد المصاب وتعرضه للأمراض الإنتهازية والتي بدورها قد تؤدي إلى الوفاة وبما أن أغلب

المصابين بهذا المرض من فئة الشباب وطموح هؤلاء الشباب في حياة طويلة الأمد يجعلهم بمجرد الإصابة بالمرض أن يفكروا في الموت المبكر والخوف من حدوثه.

خامساً: الغضب:-

الغضب حالة إنفعالية هياجية لا يمتلك الفرد فيها شعوره وأحاسيسه تجاه المثير الذي سبب له الغضب فيعبر عن ذلك بوسائل كثيرة يتفاوت ضررها حسب شدة الإنفعال وخفته مثل رفع الصوت أو توجيه الشتائم والتلفظ بألفاظ لا تليق بالفرد في حالاته السوية وأقصى وأقصى درجات الهيجان الغضبي ذلك الذي تسهم فيه الحركات والأعضاء حتى يصل للضرب والأذى وربما وصل إلى القتل والتنكيل. فإن الغضب لدى مريض الأيدز هو جزء من ردة الفعل بالصدمة من الإصابة بالمرض وقد يستمر وقتاً طويلاً وقد يوجه إلى الذات ويكون الشعور العدائي ظاهراً في نظراتهم البائسة وقد يوجه إلى أفراد العائلة أو أفراد المجتمع ككل ويظهر ذلك في شكل سلوك مضاد للمجتمع كتعمد نقل المرض إلى الأفراد الآخرين وذلك ليس ببعيد عن فرد قد يكون فقد الأمل في الحياة، وقد يتسبب الغضب في إتخاذ سلوك إجرامي كالسرقة أو إدمان المخدرات أو حتى جرائم القتل من أجل الإنتقام من المجتمع الذي يرى الفرد المصاب إسقاطياً إنه سبب إصابته بالمرض.

سادساً: الإنكار:-

إن الإنكار هو ردة الفعل الطبيعي والشائع عندما يتلقى المرء أنباء سيئة أو غير محتملة تتعلق بصحته ويمكن أن يكون إيجابياً وبناءً إذا نتج عنه دافع قوي للبقاء على الرغم من كل المعطيات والتوقعات ولكنه إذا إستفحل هذا فقد يتجه الفرد المصاب إلى إخفاء إصابته بالمرض بصورة دائمة وقد ينتقل الفرد المريض إلى النقطة التي يرفض معها العلاج أو المعونة الإرشادية أو يصر على الإستمرار في الإنكار ويكون ذلك سلوك يعرضه للخطر، عليه فقد ينكر البعض التشخيص بالأيدز ويمكن لهذا الإنكار أن يظهر في سلوكيات مدمرة مثل: الإدمان على الخمر والمخدرات – الإقبال على الممارسات الجنسية الغير شرعية لإحساس الفرد بغموض المستقبل أو بغرض الإنتقام سواء من الذات أو من المجتمع – عدم مقابلة المرشد النفسي أو الطبيب إلا عند تأخر الحالة المرضية. (حرب عطا الهرفي، 1989م)

سابعاً: الإحساس بالوصمة والعار:-

قد تؤدي نتيجة الفحص للوصول إلى تشخيص إيجابي لتساؤلات عن الظروف التي حدثت فيها الإصابة بالعدوى وقد تنكشف عندئذٍ خفايا حياة سرية للفرد ربما يكون فيها بقايا وخيارات ويتهم الفرد فيها بالفسق والفساد والفجور، ففي مثل هذه الحالات أن الأفراد عادة ما يملكهم الخوف من هجر العائلة والأصدقاء أو فقد العمل أو حتى ضياع الأمان العائلي والاجتماعي وينبع هذا الشعور من إحساسهم أن الآخرين يلومونهم على ظهور هذا المرض الخطير ولظنهم أن عدداً كبيراً من الأفراد يعتبر أن المرض عقوبة لهم على إرتكابهم فاحشة نهت عنها كل الأديان السماوية وكذلك يشك المرضى في إخلاص الأطباء ونيتهم الصادقة

في البحث عن إيجاد علاج شافٍ لمرضهم العضال، فتنشأ عندهم ما تسمى بالوصمة النفسية والاجتماعية والإحساس والشعور بالذنب والإنسحاب من المجتمع نتيجة الإحساس بالعار والخزي.

ثامناً: الخسارة:-

يشعر مريض الأيدز عادة شعوراً عميقاً بالخسارة من فقدان المستقبل وإنه لا أمل في مواصلة الحياة بصورة طبيعية ولا أمل في إنجاب أطفال أصحاء أو النجاح في العمل أو في المنزل، وخسارة المكانة الاجتماعية نتيجة نظرة المجتمع له والتعرض للجوانب الخافية عن حياته ووصفه بالسلوك الشاذ مما أكسبه مرض الأيدز وقد يفقد حسن المظهر جراء التردّي الذي ينتج عن الإصابة في صحته العامة وضعف ووهن جسده وفقدانه للقدرة على ممارسة الجنس إذا كان متزوجاً وفقدان المكانة في العمل أو فقدان الوظيفة في حد ذاتها وفقد مكانته وسط أسرته بعد أن كان فرداً له مكانة وإحتراماً وسطهم وكذلك التأثير في حياته الاجتماعية متمثلاً ذلك في فقدان له لأصدقائه وإبتعاد البعض الآخر عنه بعد معرفتهم بإصابته بمرض الأيدز وفقدانه لإستقلاليته وخصوصيته.

وقد يكون حزنهم للخسارة بالغاً عندما تزداد حدة الأعراض عند الفرد المصاب وإحساسه بقرب النهاية وغالباً ما يتزايد مع تقدم المرض حيث تصبح علامات الإكتئاب واضحة وجلية، ويتملك العائلة والأصدقاء أيضاً شعوراً بالخسارة لأنهم لا محالة سيفقدون واحداً منهم فعندها ينسون ما أتى به من سلوك شاذ كان سبباً في إصابته بمرض الأيدز ويسيطر عليهم شعورهم بالحزن والخسارة في فقدانهم لأحد أفراد أسرته أو أحد أصدقائهم. (محمد كمال، 1991م)

تاسعاً: الإستياء من التغيرات في أنماط الحياة:-

قد يصبح المريض بالأحوال المتصلة بالأيدز مع تقدم المرض غير قادر على العمل وأن كان قادراً فإن حب الخروج لأماكن قريبة والتحلل من الحياة تتزايد فيها القيود على الطعام والنشاط والعلاقات الاجتماعية أمر شائع ومثير للغضب وقد يؤدي إلى الإستياء من إتباع التعليمات الطبية على الكثير من القيود التي يرفضها المريض ولا يقتصر أمر الإستياء على التعليمات الطبية وغيرها، بل أن مجرد ظهور النتيجة الإيجابية في الفحص والتشخيص يعني ذلك أن الفرد قد كتبت عليه عدة قيود إبتداءً من الوصمة النفسية والاجتماعية التي يلاقيها من أفراد المجتمع، أيضاً التغيرات الفسيولوجية التي تظهر على شخصية الفرد المصاب والوهن والضعف الذي يطراً على جسده مما يجعله مقيداً بتناول العلاج مدى الحياة وفقاً لشروط وظروف معينة وجدول غذائي ونشاط رياضي معين يفرض عليه كل هذا يجعل الفرد في حالة من الإستياء من هذه التغيرات قد تظهر على شكل أعراض نفسية أو إجتماعية تستدعي التدخل وحماية الفرد المصاب من الإنزواء والإستسلام أو التفكير في التخلص من هذا الوضع ومفارقة الحياة.

عاشراً: لوم الذات:-

قد يؤدي إنشغال البال لدى الفرد المصاب بمرض الأيدز الظروف التي حدثت بها العدوى إلى لوم

الذات وما يؤدي إليه من أفكار اليأس من الحياة والشعور بضيق المستقبل والنظر إليه بزاوية سوداء وقد تأخذ التغيرات التي تطرأ على الخطر من تقدم المرض على أنها عقاب على إرتكاب الذنب وإحساس المريض بأن الآخرين يتجنبونه سوف يعمل على تلاشي الإحساس بقيمة الذات وتأنيب النفس وكذلك توهم المريض أنه مؤذ وضار للآخرين وتكون مظاهر لوم الذات بظهور أعراض جديدة والشعور بالضيق بسبب الحزن وعدم القدرة على عمل شيء، وفقدان الدافع الذاتي والشعور بالذنب والتفاهة وفقدان الأمل، وكثير الخواطر الإنتحارية والقضاء على النفس والإبتعاد عن المجتمع وتوقع الأحران دائماً ومن المظاهر الأخرى عند مريض الأيدز والتي قد تنبع من لوم الذات هي الشعور بالعزلة وفقدان التعاطف من المجتمع والغضب والشك في تصرفات من يحيطون بهم بالإضافة إلى الهلوسات والهذيان.

لذلك يكون التوجيه والإرشاد النفسي للأفراد المصابون بمرض الأيدز مفيداً في تقبل الذات والتعايش الإيجابي مع المرض والعمل على التوافق مع الظروف المحيطة بالمرض. (عبد الحميد القضاة، 1986م)

أحد عشر: الإنتحار:-

رغم أن أفكار الإنتحار غير معقولة وتدل على الإكتئاب الشديد الذي يفقد الفرد فيه الثقة بنفسه والثقة بالآخرين، فمريض الأيدز وبعد الإحساس بالذنب منذ الوحلة الأولى للإصابة مروراً بمراحل المرض من الضعف الذي يصيب الجسد والإحساس بالعار والوصمة النفسية والإجتماعية وعزوف الأفراد من حوله واحتمال تخلي أفراد أسرته عنه والضغوط النفسية والإجتماعية التي يواجهها الفرد المصاب بالأيدز، كل هذه قد تجعل فكرة الإنتحار تكون معقولة إذا ما أخذت كمخرج من مشكلة مستحيلة الحل والعلاج فيها فهي مسألة إنكار شائعة جداً فقد يعتبر الإنتحار وسيلة لإجتنب الألم والمشقة أو لتقليل عار الأحباب أما فعل الإنتحار نفسه فنادر الحدوث بين الأفراد المصابين بمرض الأيدز. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م)

ونجد أن محاولات الإنتحار تحدث للآتي :-

- 1- إكتشاف الإصابة بالأيدز بالفحص مصادفة .
 - 2- عند حدوث أعراض عند مريض يعرف إصابته مسبقاً مع عدم الإستجابة للعلاج .
 - 3- عند حدوث أعراض الأيدز الخطرة مثل : سرطان قرن كابوسي في الوجه .
 - 4- عند تدهور الصحة لدرجة تأثيرها على العمل و حدوث مشاكل مالية .
- إلا أن هنالك أربعة أعراض رئيسية للإنتحار هي : الإكتئاب ، فقدان القدرة على التوجيه ، الرعونة ، التبرم . و أيضاً مما يساعد على الإنتحار أو الشروع فيه حالات الشيزوفرينيا ، اضطرابات الشخصية ، الحالات المزاجية السيئة ، نزعة تدمير الذات ، الغضب الجامح ، الشك ، الإتكالية ، الإندفاعية ، البصيرة القاصرة . التورط في مسائل الجنسية المثلية . لذا يجب الإنتباه إذا عانى مريض الأيدز من الأعراض السابقة خلال مرضه أو في السابق . (يوجين و برنارد ، 1985م : 63 – 64) .

الأيدز و الإكتئاب

إن منشأ مشكلة الإكتئاب لدى مصابي و مرضى الأيدز ناتج عن البؤس و الأسى المرتبطان بفقد كل من العلاقات الشخصية ، إحترام الذات ، القدرة البدنية ، السيطرة على النفس ، النشاط الجنسي و الدور الفعال في الحياة . و نجد أن الإكتئاب السريري شائع في حالة الأيدز ، و إكتشافه المبكر يتيح المعالجة الفورية ، و المرضى المكتئبون قد يشعرون بالقنوط و يشكون من اضطرابات النوم و يفقدون القدرة على التركيز و يظهرون فقدان الإهتمام و إنعدام النشاط ، و فقدان الشهية ، و ترتبط أفكار لوم النفس بمشاعر القنوط و اليأس و الأثم . كما تشيع بينهم الأوهام بأنهم ينالون جزاءهم نتيجة سوء سلوكهم . إذ أن الحاجة إلى دواء مضاد للإكتئاب في جميع أعراض الإكتئاب بإستثناء أخفها وطأة ، و أن مجموعة المضادات ثلاثية الحلقات هي الأسلم و الأكثر شيوعاً . ()

و يلاحظ الباحث أن الأعراض التي يحدثها فيروس نقص المناعة البشري خاصة في الفترة الشباكية ، حيث يظهر الخمول ، الصداع ، آلام العضلات ، كما يعاني المريض في المرحلتين الثانية و الثالثة أثناء المرض من نقص واضح في الوزن ، أن جميع هذه الأعراض تشبه إلى درجة كبيرة ما يعاني منه مرضى اضطراب الإكتئاب بمستوياته المختلفة .

الوقاية من مرض الأيدز

قال الله تعالى: (إنكم لتأتون الرجال شهوة من دون النساء بل أنتم قومٌ مسرفون) صدق الله العظيم- سورة الأعراف الآية (81).

قال الله تعالى : (ولا تقربوا الفواحش ما ظهر منها وما بطن) صدق الله العظيم – سورة الأنعام الآية (151) .

وقال الله تعالى : (ولا تقربوا الزنى إنه كان فاحشةً وساء سبيلاً) صدق الله العظيم – سورة الإسراء الآية (32) .

وقال رسول الله ﷺ: (من يكفل لي مابين رجلية أضمن له الجنة) صدق رسول الله ﷺ .

الوقاية نقصد بها الحيلولة دون الإصابة بالعدوى وتتضمن قدراً كبيراً من التثقيف وينبغي التركيز على السلوك الذي يشكل خطراً محتملاً للعدوى وكيفية تغييره كما يجب أن تكون الرسائل التثقيفية ملائمة للشخص وفي متناول الفرد والجماعة.

ومن طرق الوقاية:-

أولاً: تجنب ملامسة الدم أو إفرازات المرضى أو الأشخاص المعرضين للإصابة وهذا يشمل الممارسات الجنسية الشاذة و إستخدام المخدرات بالإبر المشتركة و نقل الدم أثناء العمليات الجراحية والعلاج.

ثانياً: من الضروري تحليل كل عينات الدم والبلازما المطلوب نقلها من أجل التعرف على فيروس الأيدز والأجسام المضادة له وذلك قبل الشروع في نقل الدم وكل عينة إيجابية يجب إعادة تحليلها مرتين للتأكد من وجود الفيروس.

ثالثاً: عدم إستعمال أدوات الغير مثل فرش الأسنان أو ماكينات الحلاقة الخاصة.

رابعاً: على المرضى أن يبلغوا عن أمراضهم السابقة خاصة الجنسية حيث تبين أن مصابي الزهري والسيلان والهربس هم أكثر عرضة للإصابة بالأيدز.

خامساً: يجب على من تظهر عنده الأجسام المضادة لفيروس الأيدز أن يعتزل زوجته حتى يتأكد من سلامته لكي لا يكون سبباً في نقل العدوى لها ويبليلها ويبليل جنينها إن كانت حاملاً أو سوف تحمل أو كان طفلاً وليداً أو غيره.

سادساً: علينا بالنظافة لأن فيروس الأيدز لا يعيش خارج جسم الإنسان ويموت بالتعرض للمطهرات العادية.

ومن الصعوبة بمكان إتخاذ الوقاية سوى العفة والمعرفة والزواج الآمن المستقر لأن حامل الفيروس يمكن أن ينقله للآخرين بكل بساطة ودون أن تظهر عليه الأعراض قبل مرور عام أو أكثر خاصة الذي يتمتع بمناعة قوية حيث تصل عنده فترة الحضانة أكثر من عشر سنوات. (حرب عطا الهرفي، 1989م)

دور الخدمة النفسية والاجتماعية في التعامل مع مرضى الأيدز

الخدمة النفسية والاجتماعية كمهنة تعترف بأنها تلك الخدمات المهنية التي تقدم للأفراد بغرض مساعدتهم على تنمية قدراتهم والوصول بهم إلى تحقيق علاقات مرضية ومستويات ملائمة من الحياة في إطار إحتياجات وإمكانيات المجتمع.

وفي ضوء هذا المفهوم فإن الخدمة النفسية والاجتماعية بوصفها المجال النوعي للخدمات العلاجية ذاتها تكون خدمة مهنية تساعد المريض فرداً أو جماعة طالما تواجهه مشكلة، وتتطلع إلى المساعدة الفنية لمواجهتها ولمساعدته على الإستفادة الكاملة من الخدمات الإرشادية والعلاج النفسي والعلاج الطبي، كما أنها لا تقتصر فقط على مساعدة المريض بل تتعامل مع أسرهم وأيضاً المجتمع فتقدم لهم المساعدة من خلال إثارة وعيهم بعاداتهم الضارة التي تجلب لهم الأمراض وتساعدهم على تغييرها.

كما تقوم المهنة على مساعدة المريض للوصول إلى تحسن حالته الصحية بأسرع وقت ممكن لكي يعود إلى الحياة النفسية والاجتماعية الطبيعية ويكون عنصراً فعالاً في دفع عملية الإنتاج ولذا فإن لمهنة الخدمة النفسية والاجتماعية في المجال الإرشادي دوراً فعالاً سواء في النواحي العلاجية أو الوقائية والإنشائية والتي بدورها تؤدي إلى تحقيق التنمية الشاملة للمجتمع لما تقوم به من دور في عودة المرضى إلى حياتهم الطبيعية والمشاركة في عميلة الإنتاج أو في تدعيم البرامج الوقائية التي تثير وعي الجماهير نحو خطورة مرضهم وطرق الوقاية منه بعدم تعاطي المخدرات وتجنب إستعمال الحقن الملوثة والتأكد من سلامة الدم

قبل نقله وأيضاً التمسك بالقيم والتقاليد الدينية والمبادئ الأخلاقية لتجنب العلاقات الجنسية الشاذة والمنحرفة. (محمد أبو العلا، 1988م)

الإرشاد النفسي والعلاج النفسي لمرضى الأيدز

نظراً لإرتباط مرض الأيدز بالعديد من الإضطرابات النفسية ، فكان لا بد من العلاج النفسي المتطلب في جميع مراحل العدوى بفيروس العوز المناعي البشري المكتسب ، بدءاً من التحول المصلي إلي الأيدز المكتمل إلي آخر العمر ، و نجد أن جميع العاملين الذين يتولون رعاية مرضى الأيدز لديهم المهارات المناسبة في العلاج النفسي ، لكن لابد من إلتماس المشورة و المساعدة من الأخصائيين النفسيين و الباحثين الإجتماعيين حتى يتمكن المصاب أو المريض من التعايش الإيجابي مع إصابته بفيروس نقص المناعة المكتسب .

و نجد أن تشخيص أو إشتباه إحتمال حدوث الإصابة بالفيروس أو التسليم بإمكانية حدوثها ، أمور تجلب معها عواقب عاطفية و إجتماعية سلوكية و طبية بعيدة الغور ، و نتيجة لما يقتضيه تكيف الفرد مع وضعه الجديد فلا بد من معالجة متواصلة متجددة . (SNAP ، 2000م : 8)

و يؤكد على أهمية الرعاية النفسية المتخصصة لمريض الأيدز من قبل المرشد النفسي المتواجد بمركز الإرشاد النفسي و الفحص الطوعي أو مركز الرعاية المتكاملة ، و التي تتمثل في :-

1- الإرشاد Counseling

2- الرعاية الروحية Spiritual Care

3- المشاركة الإجتماعية و الإقتصادية Socio – Economic Involvement Keeping busy

4- الرفقة و الصحبة Fellow Shipping

5- التوافق النفسي Psychological Adjustment (SNAP ، 2007م : 3 – 5)

و يرى الباحث إمكانية إستخدام العلاج التدعيمي لمساعدة المصابين بالعدوى على إتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم ، و إعادة تعزيز ثقتهم بأنفسهم ، وتحسين نوعية حياتهم . أيضاً إستخدام العلاج المعرفي السلوكي خاصة في حالة وجود الإكتئاب ، و ذلك بتعديل أفكار المريض عن نفسه و مجتمعه و إعادة الثقة لديه ، كذلك مده بالسلوكيات التي تتوافق مع نمط حياته الجديدة .

هناك نموذجاً للإرشاد النفسي والعلاج الطبي لمرضى الأيدز يحتوى هذا النموذج على الآتي:-

أولاً: ضرورة إجراء عملية الإرشاد النفسي قبل البدء في التحاليل الطبية اللازمة للكشف عن إحتمال وجود الفيروسات ناقلة العدوى.

ثانياً: بعد إجراء التحاليل اللازمة والتأكد من الإصابة بمرض الأيدز تجرى عملية الإرشاد النفسي والتي تتكون من خمس مراحل إرشادية هي:-

1- المرحلة الأولى: ضرورة تقدير ووصف شخصية المريض من جميع جوانبها من حيث تحديد حالته النفسية والحالات التي لم يتم إشباعها ونظام القيم التي يؤمن بها وذلك بتطبيق الاختبارات الإسقاطية لفهم الشخصية من أجل وضع خطة إرشادية لإشباع حاجات الفرد المصاب وحل مشكلاته الناتجة عن عدم إشباعها وكل الصراعات المحتملة وجودها لإصابته بمرض الأيدز.

2- المرحلة الثانية: تتضمن هدم المشاعر السلبية عند المريض بالأيدز وذلك باستخدام أوضاع الإسترخاء التي تساعد على التنفس العميق وطرده الأفكار والذكريات المؤلمة من عقله خلال التدريب على الإسترخاء التخيلي الذاتي السلبي، ومن خلال طريقة فنية لتحديد العلاقات بين الأشياء وفتيات العلاج النفسي بالدراما.

3- المرحلة الثالثة: تتضمن بناء المشاعر الإيجابية عند المريض بالأيدز وذلك باستخدام تدريبات مصاحبة لموسيقى تصويرية هادئة، وكذلك تتضمن الإسترخاء التخيلي الذاتي الإيجابي واللعب الإيجابي وفتيات العلاقات بين الأشياء.

4- المرحلة الرابعة: تحتوي على الفتيات السلوكية للمعرفة العقلية وهي تتكون من فتيات العلاج النفسي الإنفعالي العقلاني حيث تستخدم فيها فتيات الإحتجاج على المعتقدات والأفكار الغير عقلانية عند مريض الأيدز.

6- المرحلة الخامسة: وتشتمل على مجموعة من الفتيات المساعدة مثل تكوين الجماعات للإرشاد النفسي الجماعي مثل: جماعة اللعب الأسري الموجه – جماعة المكان المحبب للمريض – جماعة الدين والعبادة لتدعيم القيم الروحية عند مريض الأيدز. (عبد الرحمن الخطيب، 2006م)

الأيدز من وجهة نظر الإسلام

إن الإسلام ينظر إلي الإنتشار السريع لمرض الأيدز على أن له مسببات أفرزتها الممارسات الخاطئة للحضارة الحديثة التي إشتطت و غالت في الإسراف في المتعة الحسية و الجسدية الرخيصة ، حيث إنطلقت الشهوات الحيوانية لإنسان المدينة المعاصرة كالمارد الجبار الذي يدمر كل القيم و المعايير الدينية بإسم الحرية في الجنس ، قال تعالى : (

حتى لو كانت هذه الجريمة هي الإنتحار في شكله الجديد ، قال تعالى : (

و هي جريمة في حق البشرية فأشاعتها على مستوى الأفراد و الإستمرار فيها بالصورة غير المشروعة و بالطريقة الفوضوية المتجاوزة لحدود الدين و المنطق و العرف و الصحة هي قتل للإنسان . (الجندي

هنالك رأي بأن مرض الأيدز مرض قديم ، و أول ظهوره كان أيام قوم لوط و أن لم يعرف بنفس التسمية التي هو عليها الآن ، قال تعالى : ((و لوطاً إذ قال لقومه أتأتون الفاحشة ما سبقكم بها من أحد من العالمين ، إنكم لتأتون رجال شهوة من دون النساء بل أنتم قوم مسرفون)) صدق الله العظيم . سورة الأعراف الآيات (80 – 81) ، و حينما إنتشرت الفاحشة في قوم لوط أهلكهم الله عز و جل بطريقة

عجبية ، قال تعالى : ((و أمطرنا عليهم مطراً فأنظر كيف كان عقبة المجرمين)) صدق الله العظيم .
سورة الأعراف الآية (84)

و هذه الطريقة دليل واضح على أنهم كانوا حاملين لمرض خطير أراد الله عز وجل حصره في نطاق ضيق ألا و هو قراهم حتى لا يسبب هذا المرض العدوى للآخرين ، وهذا المرض بدون شك مُعدي بدليل أن الله عز وجل أهلكهم عن آخرهم لتقشي المرض فيهم .)
أما بالنسبة للوقاية في سبيل حفاظ الإسلام على قيم النظافة و النقاء في المجتمع ، نجد أن الإسلام يُحرم كل أنواع الإعتداء على العرض و تلمس الشهوة بالطرق غير المشروعة ، قال تعالى : ((قل إنما حرم ربي الفواحش ما ظهر منها و ما بطن)) صدق الله العظيم . سورة الأعراف الآية (33).
التدابير الوقائية من الأيدز في الإسلام :-

1- تسهيل الزواج و تشجيعه ، قال تعالى : ((و أنكحوا الأيامى منكم و الصالحين من عبادكم و إمائكم إن يكونوا فقراء يغنهم الله من فضله و الله واسع عليم)) صدق الله العظيم – سورة النور الآية (32) ، ويقول رسول الله ﷺ : (يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج) . (البخاري الجامع الصحيح ج3 : 412) المذكور في (إسماعيل محمد حنفي ، 2010م : 5)
فإن كنا نتكلم عن أسباب الوقاية من هذا الداء (الأيدز) ، فإن علينا أن نقفل أبواب الدخول إليه ، ومن أهمها ميل الرجل إلي المرأة ميلاً فطرياً ، و بما أن الإسلام دين الفطرة فهو إذاً لا يحاربها بل يهذبها ، لذا شرع الزواج ليكون طريقاً سليماً صحيحاً للعلاقة بين الجنسين تضمن الثمرات الطيبة لهذه العلاقة و ليس الثمرات الخبيثة .

2- محاربة الإختلاط بين الجنسين : حيث ثبت أن الإختلاط بين الشباب و الشابات يتناسب طردياً مع إنتشار الفاحشة ومن ثم إنتشار الأيدز . و التفريق بين الجنسين يُعد من قبيل سد الذرائع ، و كأن المراد هنا أن الإختلاط ذريعة لإثارة الشهوات ، وهذه ذريعة للزنا ، و الزنا ذريعة للأيدز ، فيجب سد هذه الذرائع ، و المثل السوداني يقول : " الباب البجيب الريح سدو و إستريح " .

3- محاربة الفواحش : و الفاحشة هي : ما عظم قبحه من الأفعال و الأقوال . (الراغب الأصفهاني : 373) المذكور في (إسماعيل محمد حنفي ، 2010م : 6) .

و قد حرم الله تعالى الفواحش ، قال تعالى : ((قل إنما حرم ربي الفواحش ما ظهر منها و ما بطن)) صدق الله العظيم . سورة الأعراف الآية (33). ونهانا حتى عن قربانها ، قال تعالى : ((ولا تقربوا الفواحش ما ظهر منها وما بطن)) صدق الله العظيم . سورة الأنعام الآية (151) ، و أعظم الفواحش اللواط ، فإنه عنوان إنتكاس الفطرة البشرية ، و الذين يمارسونه أحطّ من الحيوانات و أضل منها قال تعالى : ((ولوطاً إذ قال لقومه أتأتون الفاحشة و أنتم تبصرون (54) أننكم لتأتون رجال شهوة من دون النساء بل أنتم قوم تجهلون)) صدق الله العظيم . سورة النمل الآيات (54 – 55) .

4- عدم التساهل مع من يتعمد نقل المرض إلي الأصحاء : و ذلك أن يقوم شخص أو جماعة ما بالتخطيط و التدبير لنقل العدوى إلي الآخرين ، إمّا بمواقعتهم جبراً أو خداعاً ، و بالتغريب بالأطفال و الفتيات الصغيرات ، أو بحقن ضحاياهم بالدماء بفيروس المرض ، أو بغير ذلك . قال تعالى : ((و إذا تولى سعى في الأرض ليفسد فيها و يهلك الحرث و النسل و الله لا يجب الفساد)) صدق الله العظيم . سورة المائدة الآية (33) .

5- يجب على مريض الأيدز أن يمتنع عن الزواج من شخص معافى : لأن المعاشرة الجنسية هي أعظم وسيلة لإنتشار هذا المرض الخبيث ، و من حق ألياء المرأة منعها إذا وافقت على الزواج من شخص مصاب بهذا المرض .

و على الدولة الإسلامية أن تسن من القوانين ما يحفظ على الناس حياتهم ، و من ذلك منع اصحاء من التزوج بمريض الأيدز و أمثاله من الأمراض المعدية التي يصعب علاجها . (عمر سليمان الأشقر : 88) المذكور في (إسماعيل محمد حنفي ، 2010م : 10) .

6- يجب على المرأة المصابة بالأيدز تجنب الحمل و الإنجاب : و يلزمها إتخاذ الإحتياطات و الوسائل التي تحول دون الحمل ، و ذلك وقاية لجنينها ، و لا مانع شرعاً من أن تقوم الأم بحضانة طفلها إذا أصيب بالأيدز ، إلا أن الأحوط عدم إرضاع الأم المصابة بالأيدز طفلها إذا أمكن أن توجد امرأة ترضعه أو في حال توافر بدائل له عن لبن الأم .

7- التدقيق في إجراءات الوافدين من الخارج : و ذلك بالفحص و المراجعة المناسبة بعد دخولهم البلاد ، سيّما الذين يأتون من بلاد غير إسلامية أو بلاد ينتشر فيها المرض . (إسماعيل محمد حنفي ، 2010م : 11).

و يرى الباحث أن هنالك مجموعة من التوصيات الواردة في القرآن الكريم و التي لا تتحقق الوقاية من مرض الأيدز إلا بها ، و أن الأخذ بها يُعد واجباً شرعياً ، بحسبان أن ما لا يتم إلا به فهو واجب كما تقول القاعدة الأصولية . (محمد سعيد البدري ، 1992م) المذكور في (إسماعيل محمد حنفي ، 2010م : 11) .

8- الزواج ، و يكون مجدياً للشباب غير المتزوجين .

إستراتيجيات إسلامية لمكافحة الأيدز

هنالك عدد من الإستراتيجيات الإسلامية التي يمكن بمقتداها مكافحة و تجنب فيروس الأيدز ، وهي :-

- 1- محاربة موجة الإباحية و إعادة دور الدين و الفضيلة و تربية الناشئة على المنهج القويم .
- 2- الوقاية من كل الأسباب المهيجة و المثيرة للشهوة (القنوات الإباحية ، المواقع الفاضحة و غيرها)
- 3- منع تعاطي الخمر و المخدرات و محاربتها بكل الوسائل .
- 4- تغيير القوانين الوضعية التي تتساهل في معاقبة مرتكبي الزنا و اللواط و الربا .
- 5- تغيير القوانين الوضعية التي تبيح المسكرات و الخمر .

6- تشجيع الزواج و الحياة العائلية المستقيمة . (المبشر أبو بكر ، 2007م : 17)
و بالرجوع إلي تعاليم الشريعة في كل السلوكيات يؤدي إلي شعور داخلي بالراحة النفسية في مواجهة
مشاعر الذنب و الإكتئاب ، و في القرآن والسنة ما يرشد إلي وسائل العلاج و الشفاء لما يصيب الإنسان
من أمراض الجسد و النفس . (لطفي عبد العزيز ، 2001م : 258)

المبحث الخامس الدراسات السابقة

تولي الدراسات النفسية إهتماماً بالغاً لبحث مشكلات الأمراض النفسية ذات الأثر النفسي على الأفراد لا سيما الآثار النفسية والاجتماعية والإقتصادية، وعلى الرغم من أن هناك العديد من الدراسات التي تناولت هذه المشكلات إلا أن الحاجة لا زالت قائمة إلى كشف المزيد من الأبعاد المتباينة لمشكلات الأفراد ذات الصبغة النفسية.

عمل الباحث جاهدًا على البحث في الدوريات وعبر شبكة المعلومات (Internet) عن الدراسات والبحوث التي أجريت في نفس مجال الدراسة الحالية كما تردد كثيراً على المركز القومي للبحوث والمركز البريطاني ومكتبة الأيدز بوزارة الصحة بولاية الخرطوم ومكاتب البرنامج القومي لمكافحة مرض الأيدز بالسودان (SNAP) للبحث عن الدراسات والبحوث السابقة التي قد تتفق أو تختلف نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، وقد توصل الباحث إلى عدم وجود دراسات أو بحوث في نفس مجال هذه الدراسة (علاج الإكتئاب لدى مرضى الأيدز) وأن هذه الدراسة تعتبر الأولى من نوعها وبالتالي يأمل الباحث أن تكون نواة للعديد من الدراسات المستقبلية.

وبما أن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي نفسي لعلاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض (دراسة تجريبية على المرضى بولاية جنوب دارفور) تناول الباحث هنا مجموعة من الدراسات السابقة التي لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة الحالية ، ولكن ليس من بين هذه الدراسات دراسة مشابهة تماماً لهذه الدراسة، وبالتالي فإن هذه الدراسات تشترك مع الدراسة الحالية في جزئية أو جانب من جوانبها المختلفة، عليه تناول الباحث هذه الدراسات على النحو التالي:-

أولاً: الدراسات التي تناولت الإرشاد النفسي و المعرفي السلوكي.

ثانياً: الدراسات التي تناولت مرض الأيدز و الإكتئاب.

وقد أتبع الباحث في طرحه لهذه الدراسات على تقديم ملخص لكل دراسة مبيناً عنوانها وتاريخها ومكانها وأهدافها والعينة و الأدوات المستخدمة فيها و أخيراً أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة. وبالطبع فإن الدراسات السابقة تشكل قاعدة إنطلاق للدراسة الحالية حيث إستفاد منها الباحث في صياغة فروض الدراسة الحالية والتحقق من هذه الفروض مقارنةً وتحليلاً وإستناداً على الأساليب المنهجية التي إتبعها مع الإشارة إلى الجوانب التي أغفلتها سعيًا وراء الوصول إلى إستنتاجات وتوصيات من شأنها الإسهام في تزيل العقبات التي تقف في طريق تنمية مريض الايدز نفسياً واجتماعياً.

أولاً: الدراسات التي تناولت الإرشاد النفسي.

أ / الدراسات السودانية و العربية

1- دراسة الطيب السنوسي يوسف (2014م) بعنوان: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الأثر النفسي النفسي السالب للوصمة الاجتماعية لدى المصابين بالأيدز بولاية غرب دارفور ، بلغ حجم العينة (30) فرداً من المصابين تم إختيارهم بالطريقة القصدية ،إستخدم الباحث المنهج التجريبي ، تمثلت أدوات الدراسة في إستبيان الأثر النفسي لوصمة الأيدز الاجتماعية ، برنامج الإرشاد النفسي لتخفيف الأثر النفسي للوصمة الاجتماعية للأيدز ، إستخدم الباحث برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) في تحليل البيانات ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : يتسم الأثر النفسي للوصمة الاجتماعية للمصابين بالأيدز بولاية غرب دارفور بالارتفاع ، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأثر النفسي للوصمة الاجتماعية لدى المصابين بالأيدز قبل و بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي ، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأثر النفسي السالب لدى المصابين وفقاً لمتغير (النوع لصالح الإناث ن الحالة الاجتماعية ، المستوى التعليمي) ، لاتوجد فروق بين الأفراد المصابين بالأيدز وفقاً لمتغير العمر .

2- دراسة منال عمر عيسى علي (2009م) بعنوان: إتجاهات مرضى الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لهم. هدفت الدراسة إلي معرفة السمة العامة لإتجاهات مرضى الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لهم من قبل المرشدين النفسيين ،إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي ، تمثل مجتمع الدراسة في جميع مرضى الأيدز بمدينة كسلا ، إستخدمت الباحثة مقياس إتجاهات مرضى الأيدز نحو الخدمات الإرشادية من إعداد الباحثة،إستخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات ،توصلت الدراسة نتائج مفادها إتسمت إتجاهات المتعاشين مع الإصابة بمرض الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي بالإيجابية ، عدم وجود فروق في إتجاهات مرضى الأيدز نحو خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لهم تعود لكل من النوع - الجنسية - القبيلة - طبيعة الإقامة - المهنة - العمر .

3- دراسة عباس الصادق محمد (2008م) بعنوان : تصميم برنامج للتوجيه والإرشاد النفسي وأثر على التوافق النفسي و الاجتماعي لدى مرضى الأيدز ، إستخدم الباحث المنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي ، تمثل مجتمع الدراسة في مجموعة الأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية الخرطوم من الجنسين ، بلغ حجم عينة الدراسة (80) فرداً من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (18 — 50) سنة ينقسمون إلي مجموعتين تجريبية و ضابطة تضم كل منها (40) فرداً (20) من الذكور و(20) من الإناث تم إختيارهم وفقاً لمواصفات العينة المقيدة والمحددة ،إستخدم الباحث مقياس التوافق النفسي والاجتماعي معدل عن قائمة هيو.م.بل للتوافق العام ،برنامج الإرشاد النفسي من إعداد وتصميم الباحث ،إستخدم الباحث الحاسب الألي وفقاً لبرنامج (Spss) لمعالجة البيانات إحصائياً ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد المصابون بالأيدز من الجنسين في التوافق النفسي و الاجتماعي ، وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

الإرشادي على المجموعة التجريبية ، لاتوجد فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي و الإجتماعي بين الذكور و الإناث ، أن الأفراد المصابين بالأيذر المتزوجون أكثر توافقاً من الناحية النفسية و الإجتماعية .

4- دراسة على فرح أحمد فرح (2005م) بعنوان: تصميم وتجريب برنامج إرشاد نفسي على طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا - السودان، هدفت الدراسة إلى:-

- التعرف على المشكلات التي تحتاج إلى التدخل الإرشادي عند الطلاب بكلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو أكاديمية.

- تصميم وتنفيذ برامج إرشادية توجيهية تناسب طبيعة تلك المشكلات وفقاً للأسس العلمية المتبعة لتصميم مثل هذه البرامج.

- المساهمة في تحقيق الأهداف العامة لبرنامج الدراسة بكلية التربية عن طريق تطبيق البرنامج الإرشادي سواء كانت هذه الأهداف متعلقة بالإعداد المهني أو بنمو الشخصية المتكاملة لدى الطالب.

- وضع الأسس العامة لتصميم برنامج للتوجيه والإرشاد النفسي لطلاب الجامعات من خلال تقويم البرنامج المنفذ في هذه الدراسة وتعميم النتائج.

- وضع الأسس السليمة لمهنة الإرشاد النفسي في الجامعات السودانية بالنسبة لأهميتها في هذه المرحلة من مراحل تطوير التعليم العالي في السودان.

تكونت العينة لهذه الدراسة من (123) طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

أما أدوات الدراسة فإستخدم الباحث الأدوات التالية:-

- إختبارات التوافق الدراسي.

- برنامج التوجيه والإرشاد النفسي الفردي والجماعي.

- إستمارة بحث لتحديد الاحتياجات الإرشادية الفعلية لدى الطلاب.

- مقياس تقدير الذات الديني.

أما عن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث في هذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- أن (77 %) من أفراد العينة طرحوا إحتياجات فعلية تتمثل في مشكلات نفسية ومادية واجتماعية خاصة طلاب المستويين الأول والثاني.

- أن المشكلات التي طرحت كانت تختلف حسب النوع والتخصص والخلفية الإجتماعية للطلاب.

- إن نتائج الإختبارات القبلية والبعدية جاءت مؤكدة لإستفادة الطلاب من البرنامج، وبناءً على هذه النتائج

خلص الباحث إلى عدد من التوصيات التي تؤكد على ضرورة وجود الإرشاد النفسي ضمن النشاط

الأكاديمي لطلاب كليات التربية والكليات الأخرى بالجامعات السودانية.

5- دراسة نجود النور عثمان على (2004م) بعنوان: فاعلية الإرشاد النفسي الجماعي في خفض قلق

الدراسة لدى الطلاب المراهقين - السودان، هدفت الدراسة إلى: -

- تصميم وتجريب برنامج إرشادي جماعي للتعامل مع مشكلة قلق الدراسة لدى المراهقين.

- معرفة مدى فعالية الإرشاد الجماعي في خفض قلق الدراسة لدى الطلاب المراهقين.

أما عينة الدراسة فتكونت من (120) طالب يمثلون طلاب الصف الثالث إختارت منهم الباحثة (30) طالب كمجموعة تجريبية للبحث.

أما أدوات الدراسة فتكونت من:-

- مقياس قلق الدراسة.

- موديل القراءة لبعض المهارات الدراسية.

- شريط فيديو لبعض المهارات الدراسية التي تساعد على تنمية التحصيل الدراسي وخفض قلق الدراسة من إعداد الباحثة.

أما عن أهم نتائج الدراسة فكانت:-

• وجود فروق في كل من:-

- عامل كراهية الدراسة.

- عامل صعوبة الدراسة.

- عامل رفض الدراسة.

- عامل توتر الأداء الدراسي.

- عامل إهمال الدراسة.

- عامل ملل الدراسة.

- عامل قصور المهارات الدراسية.

لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي مما يعني تعديلها إلى الأحسن بفضل البرنامج الإرشادي.

6- دراسة هويدا حسب الرسول أحمد (2001م) بعنوان: برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي

لمرضى السكري المصابين بالإكتئاب - السودان، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري .

إستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي ، بلغ حجم العينة (15) فردا من مرضى السكري المصابين بالإكتئاب، إستخدمت الباحثة مقياس بيك المصغر ، إستخدمت الباحثة مجموعة من المعالجات الإحصائية ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها وجود فروق بين القياس القبلي و القياس البعدي ، كذلك لا توجد فروق

بين الذكور و الإناث بعد تطبيق البرنامج المقترح، أيضاً لا يوجد ارتباط بين المستوى التعليمي وفاعلية العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح .

7- دراسة غانم البكر (2001م) بعنوان : برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار الغير عقلانية لدى مرتفعي القلق و الاكتئاب ،هدفت الدراسة إلي تصميم برنامج إرشادي لتعديل الأفكار الغير عقلاني لدى مرتفعي درجة القلق و الاكتئاب وذلك حسب نظرية (أليس) للعلاج العقلاني الإنفعالي ، إستخدم الباحث المنهج التجريبي ، إستخدم الباحث عدد من المقاييس تمثلت في مقياس الأفكار اللاعقلانية ،مقياس القلق ، مقياس بيك للإكتئاب .توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة كل من القلق و الاكتئاب ،ظهرت فعالية البرنامج الإرشادي في خفض درجتي القلق و الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم ، توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية .

ثانياً: الدراسات التي تناولت مرض الأيدز و الإكتئاب.

أ/ الدراسات السودانية والعربية

8- دراسة إنصاف عوض الكريم حامد (2005م) بعنوان : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الاكتئاب . هدفت الدراسة إلي تقييم ومقارنة فعالية البرامج العلاجية المستخدمة وهي : البرنامج المعرفي السلوكي ، البرنامج المزدوج (المعرفي السلوكي مضافاً إليه العقاقير) ، البرنامج الدوائي فقط .إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي ، بلغ حجم العينة (30) مريضة ،إستخدمت الباحثة الإختبارات الإحصائية في معالجة البيانات ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب في القياس القبلي و القياس البعدي بعد الجلسات العلاجية ،وصلت نسبة التحسن إلي (90%) في البرنامج المعرفي السلوكي .

9- دراسة آدم بشير آدم كجور(2003م) بعنوان: القلق و الإكتئاب النفسي لدى مرضى الأيدز وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، دراسة ميدانية لمرضى الأيدز بالمستشفيات والمراكز بولاية الخرطوم ، هدفت الدراسة إلى:-

- معرفة مستوى القلق وسط مرضى الأيدز.

- معرفة مستوى الإكتئاب وسط مرضى الأيدز.

- معرفة مستوى القلق و الإكتئاب وسط مرضى الأيدز وعلاقتها بالنوع والتعليم والحالة الإجتماعية وطول فترة الإصابة بالمرض.

- معرفة الفروق بين المصابين بالأيدز التي لا يمكن عزوها للمتغيرات السابقة.

أما عينة الدراسة فتتكون من (106) بلغ عدد الذكور (64) والإناث (42) وقد تم إختيار العينة بالطريقة العشوائية.

أما عن أدوات الدراسة فتكونت من قسمين هما:-

- المعلومات الأولية لأفراد عينة الدراسة.

- مقياس تايلور للقلق الصريح ويتكون من (50) بنداً.

أما عن أهم نتائج هذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- يعاني مرضى الأيدز من القلق بمستوياته المختلفة.

- يعاني مرضى الأيدز من الإكتئاب بمستوياته المختلفة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات القلق والإكتئاب تعزى لنوع المصاب بالأيدز من حيث الذكورة والأنوثة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات القلق والإكتئاب تعزى الحالة الإجتماعية للمصاب بمرض الأيدز.

- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستويات القلق و مستويات الإكتئاب والمستوى العمري ومستوى الفترة الزمنية لمعرفة المرض.

10- دراسة أماني أحمد محمد بك (2001م) بعنوان: العدوانية لدى المصابين بالأيدز والأصحاء منه، دراسة مقارنة مستوى العدوانية وإتجاهها لدى المصابين والأصحاء من الجنسين- السودان، هدفت الدراسة إلى:-
- معرفة العدوانية وإتجاهها لدى المصابين والأصحاء من الجنسين.

- معرفة الفروق بين الذكور والإناث المصابين والأصحاء في مستوى العدوانية وإتجاهاتها.

أما عينة الدراسة فكان قوامها (200) مفحوص، (100) من المصابين (60) ذكور و(40) إناث، (100) من الأصحاء (60) ذكور و(40) إناث.

أما أدوات الدراسة فشملت معالجات إحصائية بواسطة الحاسب الآلي (SPSS) وتمت معالجة البيانات بالأساليب الإحصائية التالية:-

- إختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين.

- إختبار "ك²".

- معامل ارتباط بيرسون.

- معادلة ألفا كرونباخ.

- تحليل التباين ثنائي الإتجاه "المزدوج".

أما عن أهم النتائج لهذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- وجود فروق بين المصابين والأصحاء من الجنسين في العدوانية العامة وفي كل أبعادها لصالح الأصحاء من النوعين (ذكور - إناث)، وعدم وجود فروق بين الذكور المصابين والإناث المصابات في بعدي نقد الذات والشعور بالذنب.

- عدم وجود فروق بين الذكور الإناث من الأصحاء في بعدي العدوانية الصريحة والشعور بالذنب وبالتالي عدم وجود فروق بينهم في العدوانية العامة.

- عدم وجود تفاعل بين الإصابة بمرض الأيدز والنوع (ذكور - إناث) على بعدي العدوانية الصريحة والشعور بالذنب بينما وجد تفاعل بين الإصابة بمرض الأيدز والنوع (ذكور - إناث) على العدوانية العامة وأبعادها العدوانية البارانونية ونقد الذات.

11- دراسة عبد الرحمن عثمان (1997م) بعنوان : برنامج العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب المعدل بمضامين إسلامية ،تمثلت العينة في (49) مريضاً بالإكتئاب الخالي من الأعراض الذهنية قسمت إلي ثلاث مجموعات، إستخدم الباحث البرنامج العلاجي وفقاً لتقسيماته الثلاث ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : توجد علاقة ارتباطية بين درجة التحسن في الاكتئاب وبين التحسن في الإتجاهات السالبة (داخل مجموعة العلاج بالبرنامج العلاجي المعدل)، بينما لم تشر النتائج إلي وجود علاقة مماثلة داخل نفس المجموعة بين التحسن في درجات الاكتئاب و الإتجاهات السالبة مع كل من درجة التدين و النوع و المستوى التعليمي .

12- دراسة على أحمد التهامي (1997م) بعنوان: الإكتئاب وسط مريضات ومصابات الأيدز بجنوب السودان- السودان، هدفت الدراسة إلى:-

- إكتشاف العلاقة بين مرض العوز المناعي المكتسب ومرض الإكتئاب.

- التعرف على تأثير بعض المتغيرات المرتبطة بهما.

أما عينة الدراسة فكانت تشمل (73) من المصابات، و(74) من غير المصابات، تم إختيارهن من البيئة السودانية.

أما عن أدوات الدراسة فتكونت من:-

- مقياس بك (BDI) كآلية لتشخيص الأعراض.

أما عن أهم النتائج لهذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الإكتئاب للمصابات والغير مصابات.

- عم وجود تفاعل بين حالة الإصابة بالأيدز وكل من العمر والمستوى التعليمي والحالة الإجتماعية على درجات الإكتئاب للمصابات والغير مصابات.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإكتئاب بالنسبة للمصابات وفقاً لأعمارهن ومستوياتهن التعليمية وحالتهم الإجتماعية وفترة ظهور أعراض المرض ومستوى معرفتهم بمرض الأيدز.

- كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإكتئاب بالنسبة للمصابات وفقاً لتأدية واجباتهن الدينية.

13- دراسة هشام عبد الله (1991م) بعنوان : أثر العلاج العقلائي الإنفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي ، تكونت عينة الدراسة من (475) طالباً من الجنسين ، إستخدم الباحث المنهج التجريبي ، إستخدم الباحث كل من مقياس الأحكام التلقائية السلبية ومقياس التشويه المعرفي ومقياس شدة أعراض الاكتئاب ومقياس ضغوط الحياة ، إستخدم الباحث فنيات العلاج العقلائي لتعديل الأفكار السلبية و النعتقدات الخاطئة ، توصلت الدراسة إلي نتائج مفادها : توجد علاقة موجبة دالة بين درجة الأحكام التلقائية السلبية ودرجة شدة أعراض الاكتئاب ، توجد علاقة موجبة بين درجات ضغوط الحياة ودرجات شدة أعراض الاكتئاب ، فعالية برنامج العلاج العقلائي الإنفعالي في تعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي لدى المجموعة التجريبية بعد العلاج ، لا توجد فروق بين الجنسين من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

ب/ الدراسات الأجنبية

14- دراسة كاندرا وآخرون (1998م) بعنوان: القلق والإكتئاب بين المصابين بفيروس الأيدز عن طريق الممارسة الجنسية الطبيعية بأنقلور-الهند، هدفت الدراسة إلى:-

- معرفة العوامل المرتبطة بالقلق والأفكار الإنتحارية وسط مصابي الأيدز الإيجابيين عن طريق الإتصالات الجنسية بعد إختبارهم عن طريق الفحص المعملية للمرة الأولى.

أما عينة الدراسة فتكونت من (51) من الذكور والإناث من مصابي الأيدز (إيجابي الفحص) عن طريق الإتصالات الجنسية الطبيعية.

أما عن أهم النتائج لهذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- أن الإكتئاب موجود في (40 %) من الحالات وأن القلق موجود في (36 %) من الحالات والنسبة الجدية في الإنتحار تم رصدها في (14 %) من العينة.

- وجد أن هناك عوامل مصاحبة للمريض بالأيدز كالإكتئاب والقلق والأفكار الإنتحارية.

15- دراسة روبنشتاين وآخرون (1998م) بعنوان: الأمراض العصابية والذهانية التي تصيب حاملي فيروس عوز المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسياً – الولايات المتحدة الأمريكية. هدفت الدراسة إلى:-

- معرفة الأمراض العصابية والذهانية التي تصيب حاملي فيروس عوز المناعة البشري والأمراض

المنقولة جنسياً.

إشتملت العينة على المرضى المنتظمين المترددين على العيادات الخارجية من حاملي فيروس (HIV) والذين يعانون من داء الأرق العصبي على ضوء تصنيف بيسبيرج (PSQI).

إستخدمت الدراسة مقياس هاملتون لقياس معدل نسبة الإكتئاب (HEDD).

أظهرت الدراسة نتائج مفادها التوتر الداخلي للمرضى والإعياء وبعض أعراض القلق لدى المرضى مثل فقدان الشهوة أو الطاقة الجنسية والشعور بنقص الذات وفقدان الوزن والشعور بعدم الجاذبية والأناقة والشعور بالإعياء والتعب والقلق من الصحة.

16- دراسة لمستشفى ميلبورن الملكي (1995م) بعنوان: تقييم درجة الإكتئاب لمرضى العنابر المصابين بفيروس العوز المناعي البشري -إستراليا. هدفت الدراسة إلى:-

- دراسة أربعة مناهج في تشخيص الإكتئاب لمرضى مصابين بفيروس العوز المناعي البشري وتقييم وتقدير وجود حدة الإكتئاب، وقد تم إيجاد مجموعة من المرضى - بناءً على معيار المقابلة السريرية - يعانون من إكتئاب رئيسي.
أما عن أهم النتائج لهذه الدراسة فكانت كما يلي:-

- توصلت لنتائج مفادها أن هناك مرضى يعانون من اضطرابات النوم كما وجد أن المرضى الذين يعانون من ضعف المعرفة هم أكثر عرضة للأرق.
- كما أن المنهج أظهر أن متعاطو المخدرات عن طريق الحقن هم أكثر عرضة للإصابة بالأرق من جملة مرض الأيدز.

- وجد كذلك أن مرض الأرق هو الأكثر إنتشاراً لدى مرضى فيروس العوز المناعي البشري والأرق ينشر ويعم تحديداً لدى الذين يعانون من عجز في المعرفة.

17- دراسة جونز و بولوس (1992م) بعنوان : فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لعلاج مرضى الاكتئاب الحاد ، مقارنة بين العلاج السلوكي المعرفي بمفرده و العلاج السلوكي المعرفي مقترناً بالعقاقير ،بلغت عينة الدراسة (32) فرداً من مرضى الاكتئاب قسمت إلي مجموعتين حسب البرامج المستخدمة ، كشفت نتائج الدراسة عن حدوث تحسن في حالة المرضى من المجموعتين وإختفاء معظم الأعراض المرضية بدرجة كبيرة ، أن الفروق بين الأسلوبين لم تكن دالة وهو ما يعني أن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمفرده في علاج الاكتئاب الحاد تختلف عن فاعليته إذا ما أضيف إليه العلاج بالعقاقير .

التعقيب على الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات الخاصة بالإرشاد النفسي و المعرفي السلوكي

من خلال الدراسات السابقة التي تناولت التوجيه والإرشاد النفسي وبعض المتغيرات الأخرى يتضح ما يلي:-

1- لاحظ الباحث أن الدراسات السابقة التي تناولت التوجيه والإرشاد النفسي من الدراسات النادرة حيث لم يأثر الباحث إلا على القليل من هذه الدراسات.

2- لم تتخذ أي من هذه الدراسات التوجيه والإرشاد النفسي كمتغير مع مرض الأيدز.

3- إتخذت بعض هذه الدراسات الأفراد من الجنسين كعينة دراسة لها كدراسة على فرح (2005م) ودراسة عصام الدين بابكر (1989م) بينما إتخذت الأخرى منها الأفراد من الذكور أو الإناث فقط كعينة دراسة لها كدراسة نجود النور (2004م).

ثانياً: الدراسات التي تناولت مرض الأيدز والإكتئاب

من خلال الدراسات السابقة التي تناولت مرض الأيدز والإكتئاب وبعض المتغيرات الأخرى يتضح ما يلي:-

1- أن معظم هذه الدراسات أجريت في فترات زمنية قديمة نسبياً.

2- إستخدمت معظم هذه الدراسات المرضى بالأيدز من الجنسين كعينة دراسة لها مثل دراسة آدم بشير (2003م) ودراسة أماني أحمد (2001م) والبعض الآخر تناولت الإناث فقط من مرضى الأيدز كعينة دراسة على أحمد التهامي (1997م).

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

تعتبر الدراسة الحالية إمتداداً وتطويراً للدراسات السابقة وتمثل ذلك في إتباع الباحث المنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي وهي نفس المناهج البحثية التي أستخدمت في معظم الدراسات السابقة، وأيضاً نفس الأدوات القياسية تقريباً وأساليب القياس وجمع المعلومات بل ونفس طرق وأساليب المعالجات الإحصائية التي إتبعتها معظم الدراسات السابقة وذلك لما تتطلبه هذه الشريحة (عينة الدراسة) من أهمية تدقيقية عند دراستها تنبع من الأهمية الخاصة لتلك الشريحة .

أما من حيث أنها تطوير للدراسات السابقة يتمثل ذلك في أن الباحث سعى في دراسته الحالية إلى دراسة بعض جوانب المتغيرات التي لم تربط بينها الدراسات السابقة بل وأنها تعتبر من الدراسات الحديثة والنادرة في إتخاذها لمتغيري الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي ومرض الأيدز.

والواقع أن الموضوع الذي تناولته الدراسة الحالية عني في متغيراته بدراسة فاعلية برنامج إرشاد نفسي معرفي سلوكي لعلاج الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى المرضى بولاية جنوب دارفور والذي ينبغي أن تجدد مثل هذه الدراسات في فترات زمنية متقاربة لا سيما وأن مرض الأيدز في إنتشار وتزايد مستمر هذا بالإضافة إلى أن معظم الأفراد المصابون من شريحة الشباب وما لهذه الشريحة من أهمية في المجتمع لكل هذا تعتبر مثل هذه الدراسات إضافة حقيقية للبحوث والدراسات العلمية في المكتبات السودانية.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة الميدانية

بعد إستعراض الجانب النظري والوصفي لهذه الدراسة والذي تم من خلال هذا البحث في طبيعة وأهمية التوجيه والإرشاد النفسي وخاص الإرشاد المعرفي السلوكي بأبعادها ومجالاتها المتعددة بما فيها من تفاعلات وإنعكاسات لهذه التغيرات على الأفراد ولاسيما مرض الأيدز الذي تتطوي عليه الكثير من الأزمات والمواقف الصعبة والجديدة التي تتطلب من الأفراد اجتيازها ومواجهتها والتكيف معها، لذا كان لابد من إستكمال هذه الدراسة بالنزول إلى أرض الواقع والإطلاع عن قرب عما يواجهه هؤلاء المرضى من مشكلات في مختلف ميادين الحياة وذلك بغرض محاولة التعرف على هذه المشكلات وأبعادها المختلفة وخاصة النفسية منها والاجتماعية، من ثم إقتراح الطرق والأساليب التي يمكن أن تساهم في معالجتها، ولتحقيق هذه الغاية كان لابد من التعرف على إتجاهات هؤلاء المرضى نحو المرض وفكرتهم عن كيفية التعايش الإيجابي مع المرض والتعرف على الاحتياجات الإرشادية لهم، لما لهذا الجانب من دور واضح في توجيه السلوك وتعديله . وللحقيقة العلمية القاطعة بأن الإرشاد النفسي يجب أن يكون مستمداً لأهدافه وغاياته ورسائله من صميم عقيدة الفرد ومن وحي إيمانه بفعالية البرامج الإرشادية ومدى الاستفادة التي سوف يجنيها والتي ستساعده كثيراً في إدارة شئون حياته سواء كانت العامة أو الشخصية.

لكل ذلك جاء هذا البحث محاولاً توضيح حقيقة العناصر التي يركز عليها التوجيه والإرشاد النفسي والإرشاد المعرفي السلوكي بصورة خاصة والتي إذا إستغلها الفرد بالصورة المثلى حتماً ستساعده في الوقوف على جوانبه الشخصية وتقويم منهجه الشخصي وسلوكياته.

تناول الباحث في هذا الفصل – منهج البحث – مجتمع البحث – عينة البحث – أدوات البحث ، كذلك بين أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في هذا البحث.

منهج البحث Research method

يعرف منهج البحث بأنه ما يقوم به الباحث للحصول على نتائج دراسته، ومنهج البحث بهذا المعنى عملية منظمة غرضية والإجراءات المستخدمة فيه ليست أنشطة عشوائية ولكنها عمليات يتم التخطيط لها بعناية، ويمكن القول أن منهج البحث هو التصميم أو الخطة التي يضعها الباحث للحصول على البيانات وتحليلها بغرض الوقوف على طبيعة مشكلة ما من المشكلات. (رجاء أبو علام، 1999م: 127)

إعتمد الباحث في هذا البحث على المبادئ والحقائق في علم النفس والعلوم الأخرى المرتبطة به في إختياره للمنهج. لذا إختار المنهج التجريبي كمهناج لهذه الدراسة.

المنهج التجريبي: يتضمن كافة الإجراءات و التدابير المحكمة التي يتدخل فيها الباحث بقصد مسبق في كافة الظروف المحيطة بظاهرة محددة . (محمد عبيدات ومحمد نصار ، 1999م : 56)

مجتمع البحث Research population

يتكون مجتمع البحث من الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب (الأيدز) من الجنسين بولاية جنوب دارفور والذين يقدر عددهم بحوالي (428) من الذكور والإناث حسب الإحصائيات الصادرة عن إدارة مكافحة مرض الأيدز بوزارة الصحة ولاية جنوب دارفور حتى العام 2013م. وينقسم الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب حسب مراحل المرض إلى فئتين هما:-

أولاً: حاملي الفيروس:-

وهم الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب ولم تظهر عليهم بعد الأعراض المصاحبة للإصابة بالفيروس.

ثانياً: مرضى الأيدز:-

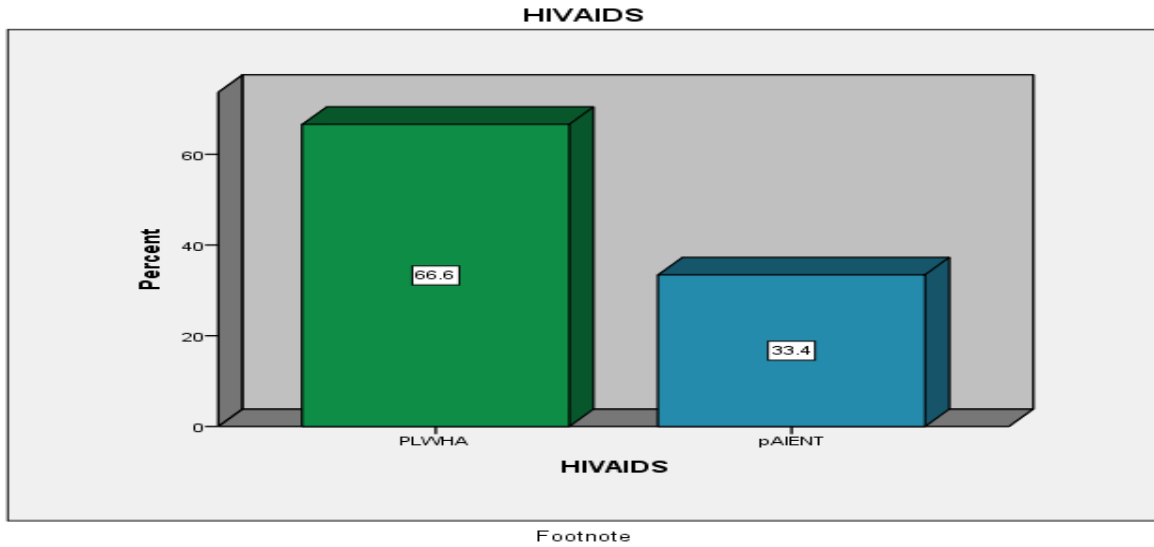
وهم الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب وظهرت عليهم الأعراض المصاحبة للإصابة بالفيروس - وهي ما يطلق عليها الأمراض الإنتهازية - وذلك على مستويات مرض الأيدز الثلاث المختلفة.

جدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب الفئات المرضية.

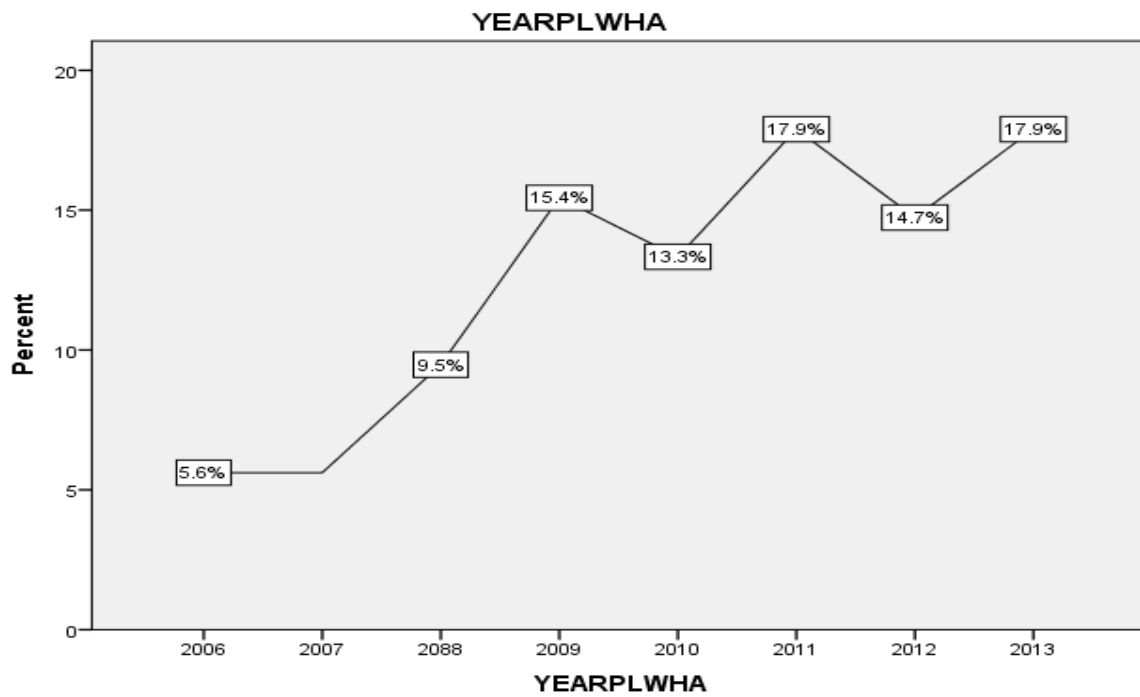
المجموع الكل	حالات الأيدز		حاملي الفيروس		البيان
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	الأعوام
23	% 4.9	7	% 5.6	16	2006م
27	% 7.7	11	% 5.6	16	2007م
46	% 13.3	19	% 9.5	27	2008م
67	% 16.1	23	% 15.4	44	2009م
63	% 17.5	25	% 13.3	38	2010م
65	% 9.8	14	% 17.9	51	2011م
69	% 18.9	27	% 14.7	42	2012م
68	% 11.9	17	% 17.9	51	2013م
428	% 33.4	143	% 66.6	285	المجموع

* المصدر إدارة مكافحة مرض الأيدز - وزارة الصحة - ولاية جنوب دارفور.

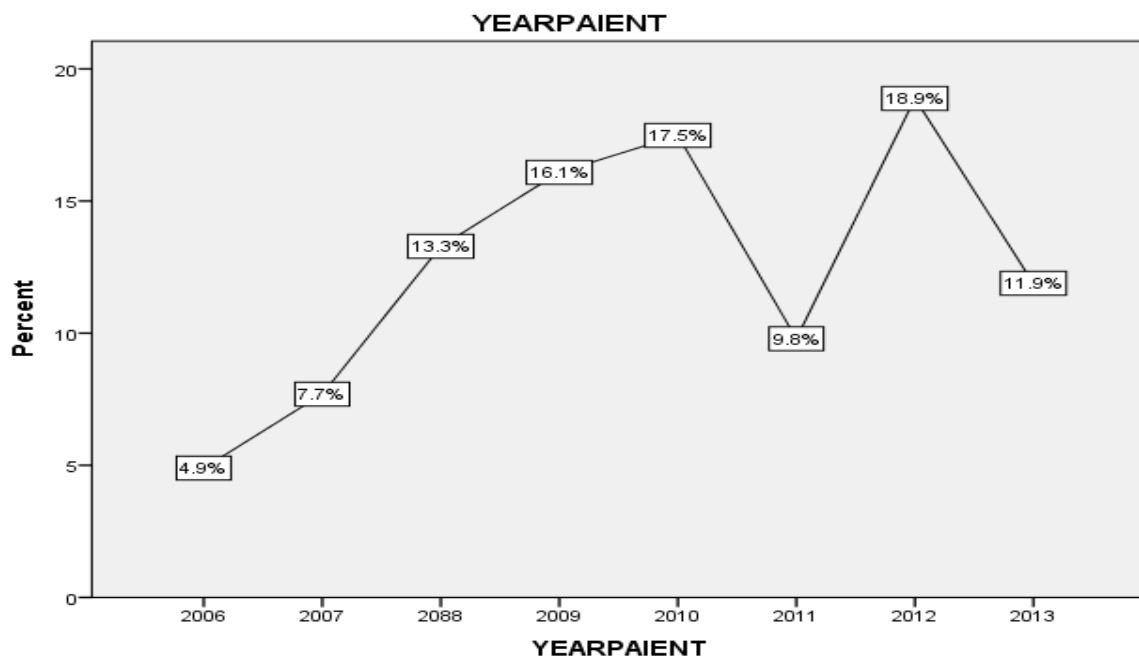
شكل رقم (4) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب الفئات المرضية .



شكل بياني رقم (1) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث من حاملي الفيروس حسب الأعوام .



شكل بياني رقم (2) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث من مرضى الأيدز حسب الأعوام .



يلاحظ من الجدول و الأشكال السابقة أن هناك إزدیاد في عدد الأفراد المصابون بفيروس عوز المناعة البشري المكتسب، فمن خلال الشكل رقم () يلاحظ إزدیاد عدد حاملي الفيروس خلال الأعوام السابقة مع إنخفاض نسبة الزيادة في الأعوام 2010م و 2012م ويرجع ذلك إلى ضعف عملية التسجيل و الرصد بالمراكز .

كذلك من خلال الشكل رقم () يلاحظ إزدیاد عدد مرضى الأيدز في الأعوام السابقة مع إنخفاض النسبة في الأعوام 2011م و 2013م ويرجع ذلك أيضاً إلى ضعف عملية التسجيل و الرصد بالمراكز .

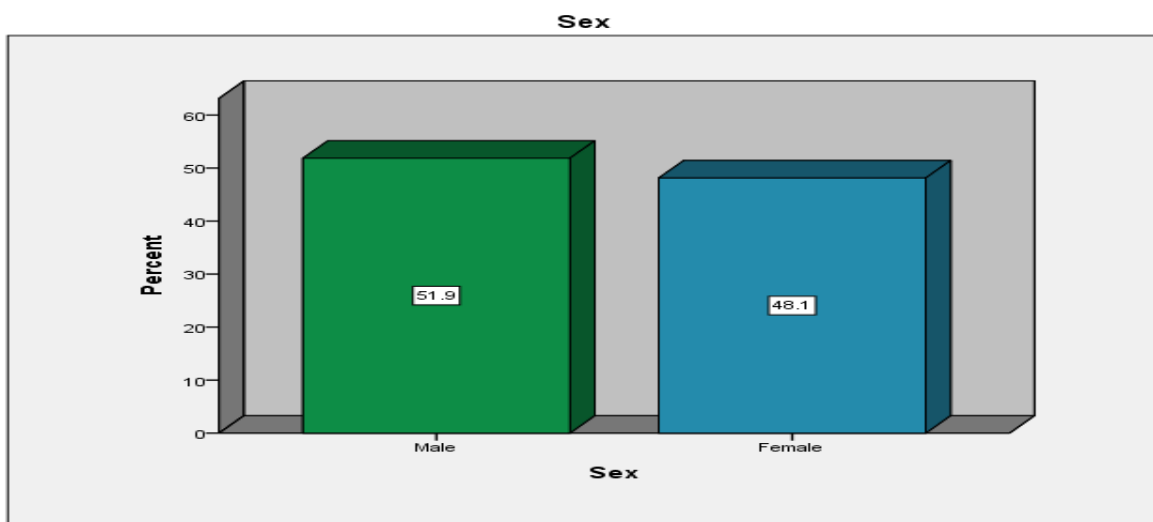
هذه الإحصائيات تشير بصورة واضحة إلى أن هناك زيادة ملحوظة في حالات الإصابة بفيروس عوز المناعة المكتسب ومعدل إنتشار مرض الأيدز في ولاية جنوب دارفور إذ أن تلك الإحصائيات توضح أن نسبة الزيادة كانت في إضطراب على مدى السنوات الفائتة مع إنخفاض النسبة في بعض الأعوام ، مما يوجب ضرورة التوعية المعرفية و السلوكية والصحية بمخاطر مرض الأيدز وهذا كله يدل على مدى الحاجة الماسة إلى خدمات مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي وخاصة خدمات الإرشاد النفسي. كل هذه المعطيات كانت من الأسباب التي دفعت الباحث لأن يفكر بصورة جدية في إجراء هذا البحث وسط الأفراد المصابين بمرض الأيدز.

جدول رقم (2) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب النوع وفقاً لحالات الأيدز المكتشفة بولاية جنوب دارفور للأعوام 2006م — 2013م.

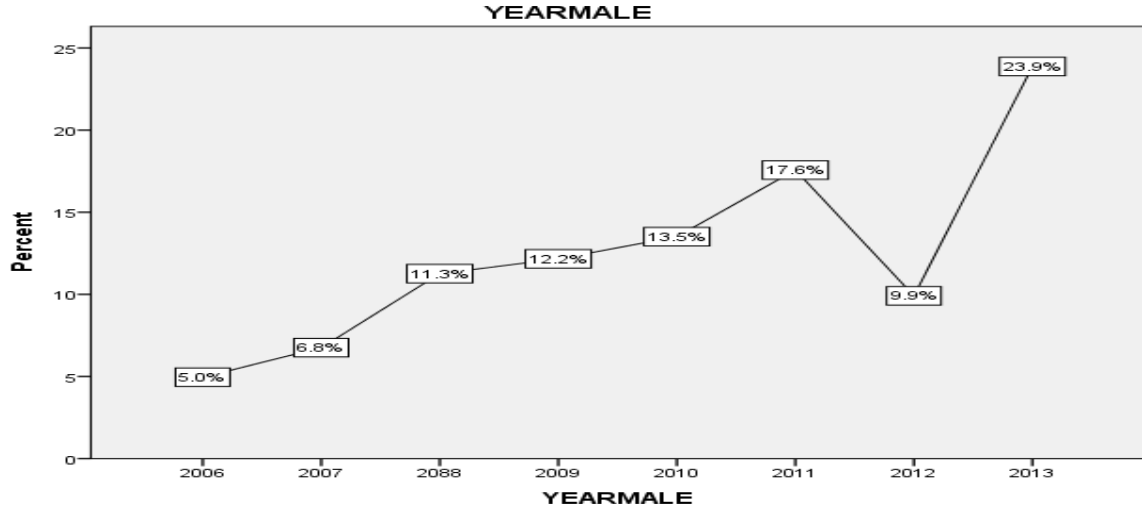
البيان الأعوام	ذكور		إناث		المجموع الكلي
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
2006م	11	% 5.0	12	% 5.8	23
2007م	15	% 6.8	12	% 5.3	27
2008م	25	% 11.3	21	% 10.2	46
2009م	37	% 12.2	30	% 14.6	67
2010م	30	% 13.5	33	% 16.0	63
2011م	39	% 17.6	26	% 13.1	65
2012م	22	% 9.9	47	% 22.8	69
2013م	43	% 23.9	25	% 12.1	68
المجموع	222	% 51.9	206	% 48.1	428

* المصدر إدارة مكافحة مرض الأيدز - وزارة الصحة - ولاية جنوب دارفور

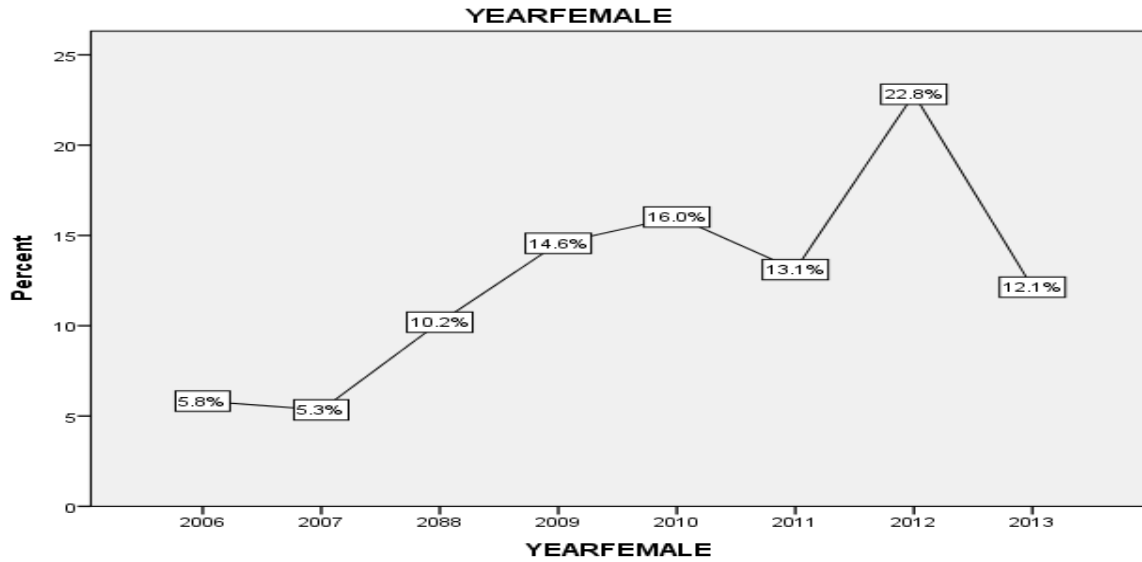
شكل رقم (5) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب النوع .



شكل بياني رقم (3) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذكور حسب الأعوام .



شكل رقم (4) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذكور حسب الأعوام .



يتضح من الجدول و الأشكال السابقة توزيع الأفراد المصابون بمرض بفيروس عوز المناعة البشري المكتسب حسب متغير النوع ، فمن خلال الشكل رقم (3) يلاحظ زيادة عدد الذكور خلال الأعوام السابقة مع انخفاض نسبة الزيادة في الأعوام 2011م و 2013م ويرجع ذلك إلي ضعف عملية التسجيل و الرصد بالمراكز .

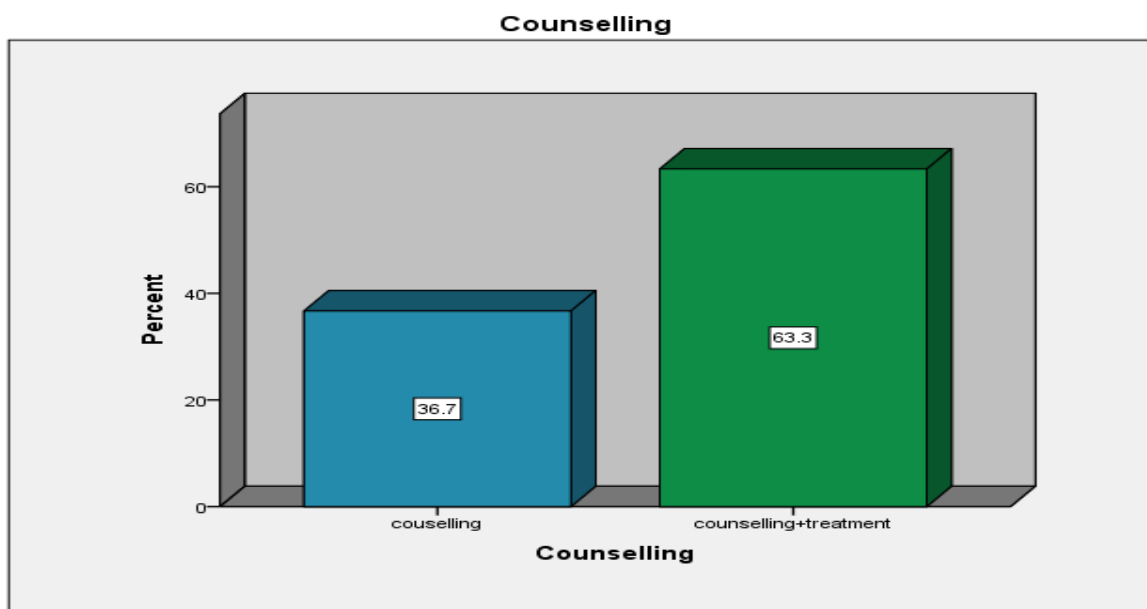
كذلك من خلال الشكل رقم (4) يلاحظ زيادة عدد الإناث خلال الأعوام السابقة مع انخفاض نسبة الزيادة في العام 2012م ويرجع ذلك إلي ضعف عملية التسجيل و الرصد بالمراكز بالإضافة إلي طبيعة نظرة المجتمع المحلي للمرأة المصابة .

جدول رقم (3) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب تلقي الخدمات الإرشادية بمراكز الإرشاد النفسي و الفحص الطوعي .

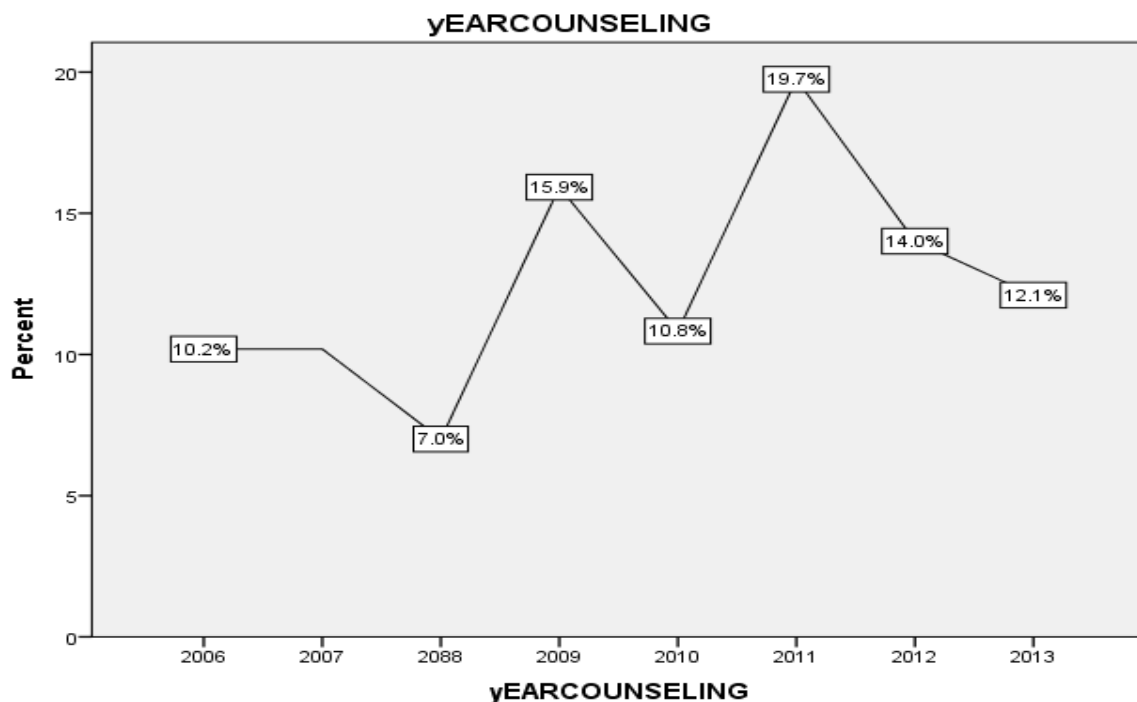
البيان الأعوام	حالات الإرشاد النفسي + علاج		حالات الإرشاد النفسي		المجموع
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
2006م	% 2.6	7	% 10.2	16	23
2007م	% 4.1	11	% 10.2	16	27
2008م	% 12.9	35	% 7.0	11	46
2009م	% 15.5	42	% 15.9	25	67
2010م	% 17.0	46	% 10.8	17	63
2011م	% 12.5	34	% 19.7	31	65
2012م	% 17.3	47	% 14.0	22	69
2013م	% 18.1	49	% 12.1	19	68
المجموع	% 63.3	271	% 36.7	157	428

* المصدر إدارة مكافحة مرض الأيدز- وزارة الصحة - ولاية جنوب دارفور .

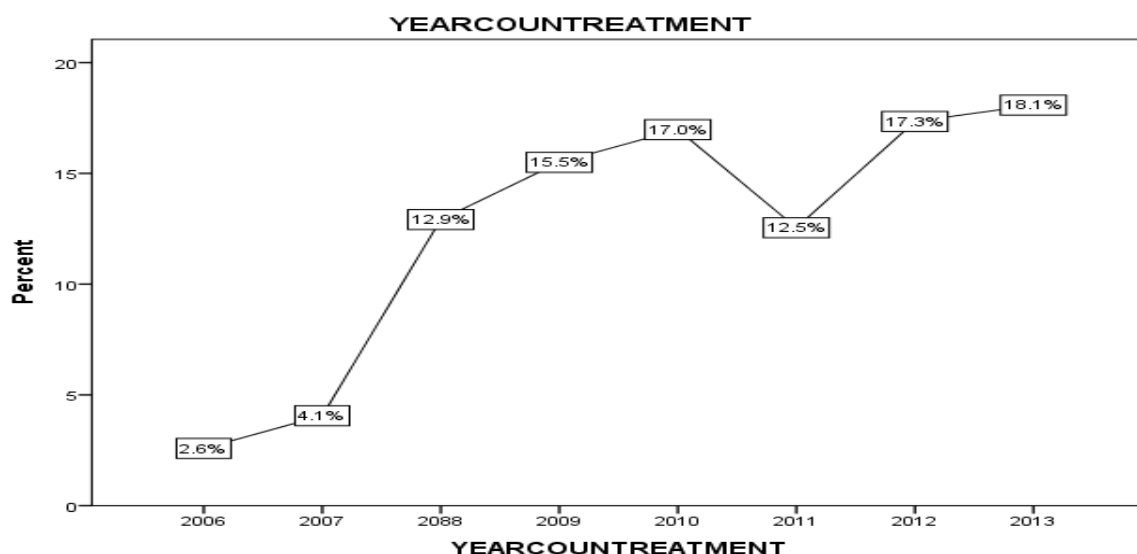
شكل رقم (6) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب تلقي الخدمات الإرشادية .



شكل بياني رقم (5) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذين يتلقون الإرشاد النفسي حسب الأعوام .



شكل رقم (6) يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث الذين يتلقون الإرشاد النفسي مع العلاج حسب الأعوام .



يتضح من الجدول و الأشكال السابقة توزيع الأفراد المصابون بمرض بفيروس عوز المناعة البشري المكتسب حسب تلقي الخدمات الإرشادية ، فمن خلال الشكل رقم () يلاحظ زيادة عدد المتلقين للإرشاد النفسي خلال الأعوام السابقة مع انخفاض نسبة الزيادة في الأعوام 2008م و 2010م و 2012م و 2013م ويرجع ذلك إلي ضعف الخدمات التي تقدم من خلال مراكز الإرشاد النفسي مقارنة بمراكز الرعاية المتكاملة.

كذلك من خلال الشكل رقم () يلاحظ زيادة عدد المتلقين للإرشاد النفسي مع العلاج خلال الأعوام السابقة مع انخفاض نسبة الزيادة في العام 2011م ويرجع ذلك إلى ضعف عملية توقف مراكز من مراكز الرعاية المتكاملة عن العمل في ذلك العام .

عينة الدراسة الميدانية The study sample field

بلغ عدد الأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب بولاية جنوب دارفور حوالي 428 كما ورد في الجداول السابقة . ونسبة لصعوبة تمثيل المجتمع الأصلي كله في هذه الدراسة إختار الباحث عينة ممثلة لهذا المجتمع تتناسب ومواقع تقديم الخدمات للأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة المكتسب وهي مراكز الرعاية المتكاملة بمدينة نيالا وهي:-

1- مركز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بمستشفى نيالا التعليمي.

2- مركز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بمستشفى الشرطة نيالا.

3- مركز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بمستشفى السلاح الطبي نيالا.

تتطلب هذه الدراسة عينة مقيدة و محددة (عينة قصدية) وبذلك تكون عملية الإختيار من المجتمع الأصلي مشترطة بشروط ومبررات تحدد الأفراد الذين تشتمل عليهم العينة المطلوبة، وفي هذه الحالة يقل عدد أفراد هذه المجموعة من المجتمع ككل وبذلك لا تكون المشكلة في إختيار العينة من بين أفراد المجتمع بل مشكلة الحصول على عدد كاف لغرض البحث.

وكما كثرت الشروط اللازمة في العينة صعب الحصول بطبيعة الحال عليها وقل عدد الأفراد الذين يتم الاختيار من بينهم. (مصطفى أحمد على وآخرون، 2006م : 231)

مبررات وشروط طريقة إختيار العينة :-

1- تحديد أفراد عينة الدراسة الميدانية من المصابين بفيروس الأيدز الذين تم إجراء إختبار الحالة الإكتئابية عليها و أظهروا درجات دالة في الإختبار.

2- أن يكون الفرد المصاب في حالة صحية تسمح له بأن يستجيب لبرنامج الدراسة .

3- أن يكون الفرد في مرحلة عمرية محددة وهي مرحلة الرشد (18 — 50) سنة.

وإعتمد الباحث في تقسيم هذه المرحلة على التقسيم الذي ذكره مصطفى فهمي بأن هذه المرحلة تنقسم إلى مرحلتين، مرحلة الشباب (18 — 25) سنة ، مرحلة أواسط العمر (26 — 50) . (مصطفى فهمي، 1998م : 87)

ووقع إختيار الباحث على هذه المراحل العمرية وفقاً لما أورده البرنامج السوداني القومي لمكافحة الأيدز (2006م) بأنه تبين من الإحصائيات المتاحة أن الأيدز لا ينبغي إعتباره خطراً يهدد الفرد في كل مراحل حياته، فهو قبل كل شيء مرض من أمراض الشباب وأن ثلثي من يصابون به إنما تصيبهم العدوى قبل أن يبلغوا الخامسة والعشرين من العمر وهكذا فإن الخطر يكون في أعظم درجاته في السن التي يبدأ

الشباب فيها مرحلة التحول نحو النضج. وتمثل السنوات العمرية العشر التي تنتهي بأواسط العشرينيات مرحلة يعاني فيها الشباب من ضغوط الأقران والنظراء كما أن هذه هي السن التي يبدأ بعضهم فيها أن يجرب سلوكيات محفوفة بالمخاطر وهذا ما يجعل الشباب أكثر استعداداً لإلتقاط بعض الأمراض السلوكية المنشأ مثل الأيدز وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً.

كيفية إختيار العينة way of choosing of sample

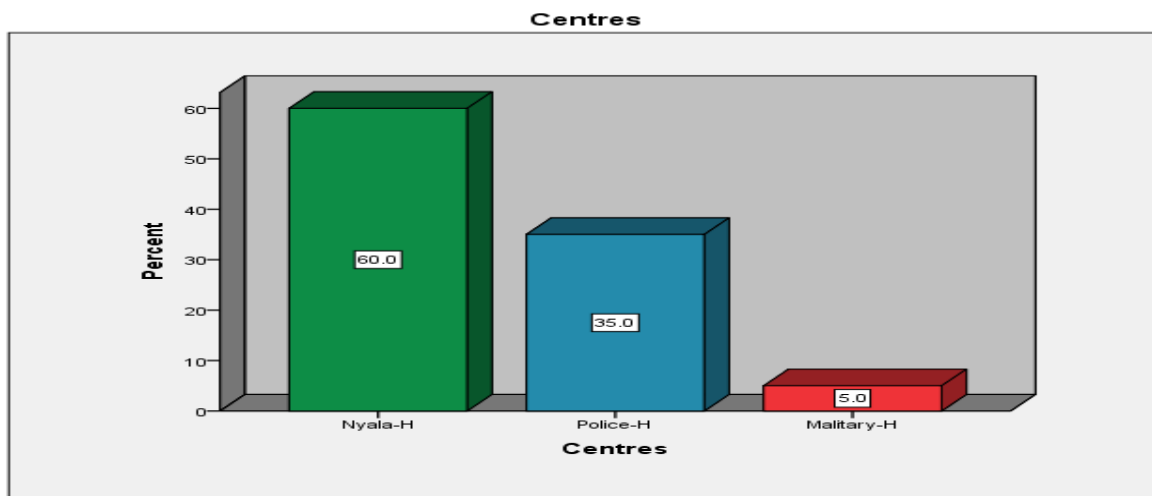
إعتمد الباحث في تحديد الأفراد المصابون بالأيدز على تشخيص الطبيب وتأكيد الإصابة بواسطة المعمل الصحي القومي بولاية جنوب دارفور ومن خلال سجلات مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي (مراكز الرعاية المتكاملة)، قام الباحث بمقابلة المرضى وبعد التعرف عليهم وكسب ثقتهم شرح لهم الغرض من الدراسة وأهدافها وأكد لهم أهمية مشاركتهم فيها كما أكد لهم إلتزامه بالمحافظة على سرية إستجاباتهم.

إستخدم الباحث في إختيار عينة الدراسة الميدانية الطريقة القصدية والتي تتمثل في الخطوات التالية:-

- 1- إختيار مراكز الرعاية المتكاملة مواقع يتم منها إختيار أفراد عينة الدراسة الميدانية .
 - 2- تحديد أفراد عينة الدراسة الميدانية من المصابين بفيروس الأيدز جميعا وأن يكون الفرد المصاب في حالة صحية تسمح له بأن يستجيب للدراسة.
 - 3- أن يكون الأفراد من مرحلة عمرية محددة وهي مرحلة الرشد (18 — 50) سنة.
 - 4- حدد الباحث ما يعادل حوالي 25% (حسب طريقة معادلة فيشر) من مجتمع الدراسة البالغ عدده حوالي 271 ليصبح حجم عينة الدراسة الميدانية يساوي 60 فرداً من الذكور والإناث.
- جدول رقم (4) يوضح حجم عينة الدراسة الميدانية حسب مراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور.**

البيان	العدد الكلي بالتقريب		النسبة الكلية
	ذكور	إناث	
م.نيالا التعليمي	19	17	60.0 %
م.الشرطة نيالا	13	8	35.0 %
م.السلاح الطبي نيالا	3	—	05.0 %
المجموع	30	30	100 %

شكل رقم (7) يوضح حجم عينة الدراسة الميدانية حسب مراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور.



يلاحظ من الجدول و الشكل السابقين أن أفراد عينة الدراسة الميدانية يتوزعون على مراكز الرعاية المتكاملة المتوزعة على مستشفيات مدينة نيالا، فكان عدد الأفراد بمستشفى نيالا التعليمي 36 فرداً منهم (19) من الذكور و(17) من الإناث ويشكلون ما نسبته 60.0 % من الحجم الكلي لعينة الدراسة الميدانية، بينما كان عدد الأفراد بمستشفى الشرطة نيالا 21 فرداً منهم (13) من الذكور و(8) من الإناث ويشكلون ما نسبته 35.0 % من الحجم الكلي لعينة الدراسة الميدانية، و كان عدد الأفراد بمستشفى السلاح الطبي نيالا 3 فرداً منهم (3) من الذكور و(0) من الإناث ويشكلون ما نسبته 05.0 % من الحجم الكلي لعينة الدراسة الميدانية.

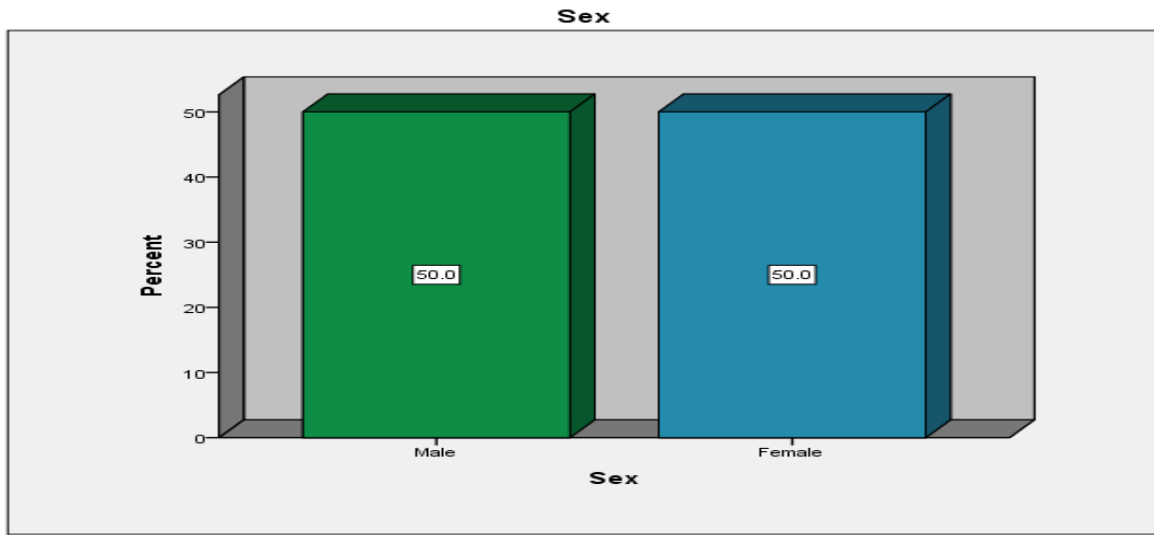
خصائص عينة الدراسة الميدانية

أولاً: النوع:-

جدول رقم (5) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب النوع.

البيان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		النسبة الكلية	المجموع
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
ذكور	15	% 50	15	% 50	% 50	30
إناث	15	% 50	15	% 50	% 50	30
المجموع	30	% 50	30	% 50	% 100	60

شكل رقم (8) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب النوع.



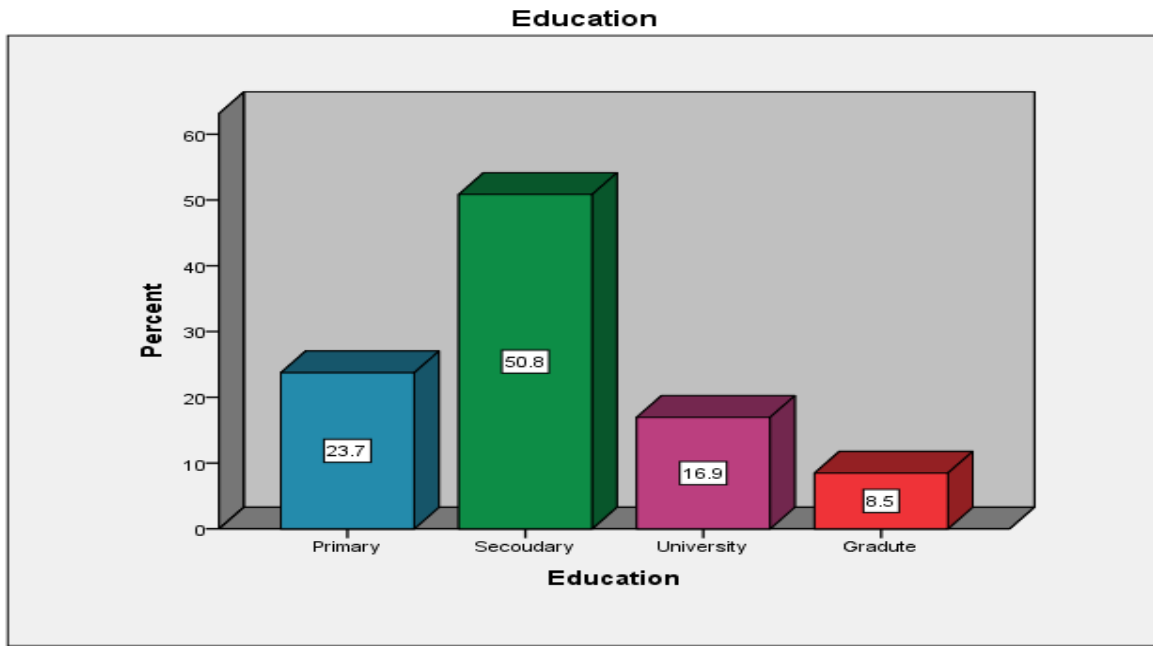
يلاحظ من الجدول و الشكل السابقين أن أفراد عينة الدراسة الميدانية يتوزعون حسب النوع، حيث كان عدد الذكور من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 30 فرداً ويشكلون ما نسبته 50 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، بينما كان عدد الإناث من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 30 فرداً ويشكلون ما نسبته 50 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية.

ثانياً: المستوى التعليمي:-

جدول رقم (6) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب المستوى التعليمي.

البيان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		العدد الكلي	النسبة الكلية
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
الأساسي	6	% 10.0	9	% 15.0	15	% 25.0
الثانوي	18	% 30.0	12	% 20.0	30	% 50.0
الجامعي	4	% 06.7	6	% 10.0	10	% 16.7
فوق الجامعي	2	% 03.3	3	% 05.0	5	% 08.3
المجموع	30	% 50	30	% 50	60	% 100

شكل رقم (9) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب المستوى التعليمي.



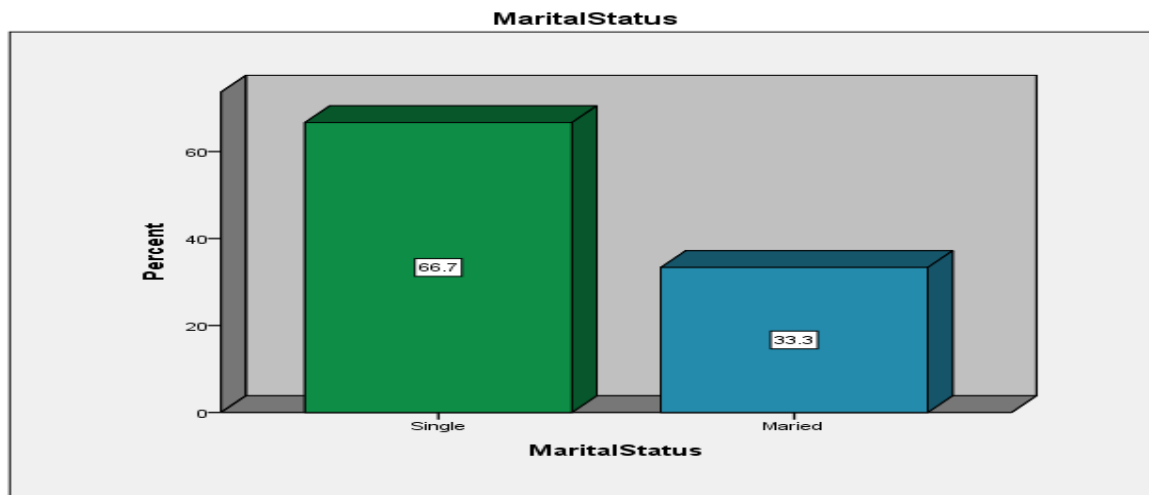
يلاحظ من الجدول السابق أن أفراد عينة الدراسة الميدانية يتوزعون حسب المستوى التعليمي، حيث كان العدد الكلي للأفراد الذين تلقوا تعليماً بالمرحلة الأساسية من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 15 فرداً ويشكلون ما نسبته 25 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، وكان عدد الأفراد الذين تلقوا تعليماً بالمرحلة الثانوية من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 30 فرداً ويشكلون ما نسبته 50 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، وكان عدد الأفراد الذين تلقوا تعليماً بالمرحلة الجامعية من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 10 فرداً ويشكلون ما نسبته 16.7 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، وكان عدد الأفراد الذين تلقوا تعليماً فوق الجامعي من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 5 فرداً ويشكلون ما نسبته 8.3 % من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية.

ثالثاً: الحالة الاجتماعية:-

جدول رقم (7) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الحالة الاجتماعية.

البيان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		النسبة الكلية
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
متزوجون	21	35.0 %	19	31.7 %	40
غير متزوجون	9	15.0 %	11	18.3 %	20
المجموع	30	50 %	30	50 %	60

شكل رقم (10) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الميدانية حسب الحالة الاجتماعية.



يلاحظ من الجدول و الشكل السابقين أن أفراد عينة الدراسة الميدانية يتوزعون حسب الحالة الاجتماعية، حيث كان العدد الكلي للأفراد المتزوجون من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة 40 فرداً ويشكلون ما نسبته 66.7% من العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة الميدانية، بينما كان عدد الأفراد غير المتزوجون من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة 20 فرداً ويشكلون ما نسبته 33.3% من العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة الميدانية.

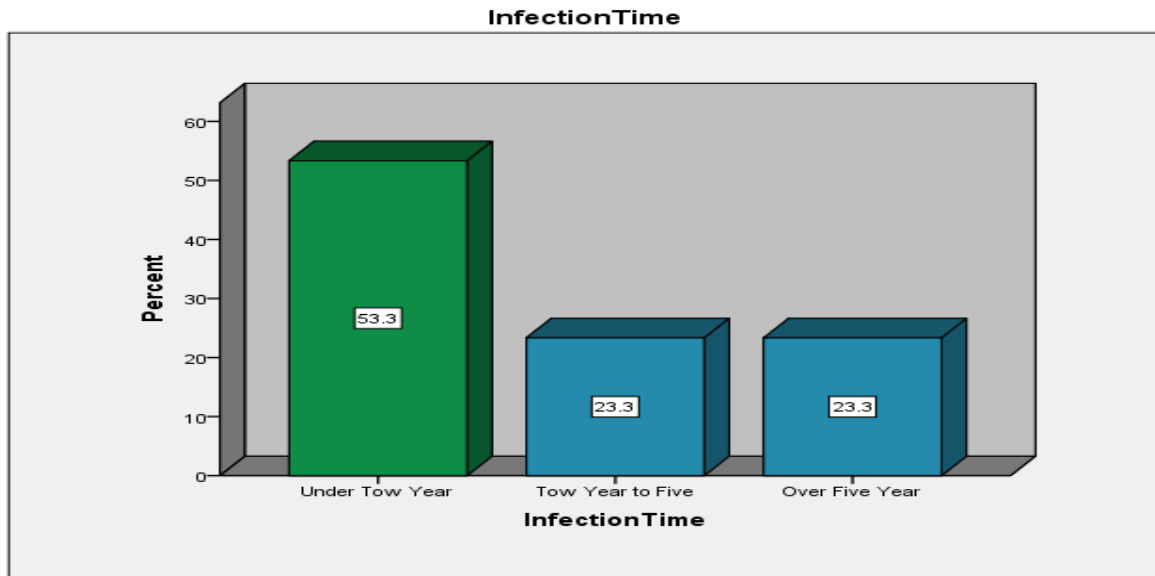
رابعاً: الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض:-

جدول رقم (8) يوضح توزيع أفراد الدراسة الميدانية حسب الفترة الزمنية لمعرفة

الإصابة بالمرض وفقاً للإستراتيجية القومية للإرشاد النفسي لمرضى الأيدز.

البيان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		العدد الكلي	النسبة الكلية
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
أقل من سنتين	13	% 21.7	19	% 31.7	32	% 53.4
2 — 5 سنوات	6	% 10.0	8	% 13.3	14	% 23.3
أكثر من خمس سنوات	11	% 18.3	3	% 05.0	14	% 23.3
المجموع	30	% 50	30	% 50	60	% 100

شكل رقم (11) يوضح توزيع أفراد الدراسة الميدانية حسب الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض.



يلاحظ من الجدول و الشكل السابقين أن أفراد عينة الدراسة الميدانية يتوزعون حسب الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض، حيث كان العدد الكلي للأفراد الذين كانت فترة إصابتهم بالمرض أقل من سنتين 32 فرداً ويشكلون ما نسبته 53.4% من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، وكان العدد الكلي للأفراد الذين كانت فترة إصابتهم بالمرض تتراوح ما بين (2 — 5) سنوات 14 فرداً ويشكلون ما نسبته 23.3% من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية، وكان العدد الكلي للأفراد الذين كانت فترة إصابتهم أكثر من 5 سنوات 14 فرداً ويشكلون ما نسبته 23.3% من العدد الكلي لعينة الدراسة الميدانية.

أدوات البحث Research Tools

تستخدم أداة البحث بحسب طبيعة البحث ومستلزماته حيث أن استخدام الأداة المناسبة يؤدي إلى تحقيق النتائج المطلوبة.

وبما أن البحث الحالي يهدف إلى التعرف على فعالية برنامج إرشاد نفسي معرفي سلوكي لتخفيف حدة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور، استخدم الباحث أدوات بحثية لجمع البيانات والمعلومات وإستخلاص النتائج تمثلت في قائمة آرون.ت.بيك الثانية للإكتئاب بعد إجراء التعديلات عليها لتتوافق مع أفراد عينة الدراسة الميدانية – المقابلة – برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي من إعداد وتصميم الباحث.

أولاً: قائمة آرون . ت . بيك الثانية للإكتئاب :-

ظهرت الصورة أو النسخة الأولى لقائمة آرون بيك للإكتئاب عام 1961م ، ويرمز لها اختصاراً بالرمز B.D.I أي Beck Depressyon Inventory ، وقد أستعملت القائمة في حوالي ألف بحث منذ صدورهما إلي العام 1988م .

ظهرت الصورة الأولى المعدلة عام 1979م ويرمز لها بإختصاراً بالرمز B.D.I-IA ، وتم ترجمة هذه النسخة إلى العربية في مصر عام 1981م ، ثم ظهرت الصورة الثانية للقائمة عام 1986م ، والتي يرمز لها بإختصاراً بالرمز B.D.I-II ، وتم تعريبها كذلك في مصر عام 2000م .

وصف الصورة الأصلية لقائمة آرون بيك للإكتئاب :-

تتكون قائمة آرون بيك للإكتئاب في صورتها الأصلية الكاملة من (21) مجموعة من العبارات ، وتتكون كل مجموعة منها من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجياً من إنعدام الإكتئاب إلى أكثر شدة . وتمنح وفقاً لذلك درجات تتراوح بين صفر إلى ثلاثة (0 — 3) ، وتم التوصل إلى بنود القائمة من الملاحظات العيادية للأعراض و الإتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها لدى الغير مكتئبين . ولم يتم إختيار أي بند إعتماًداً على نظرية محددة في الإكتئاب .

وتقيس القائمة أعراض الإكتئاب التالية :-

1/ الحزن 2/ التشاؤم من المستقبل 3/ الشعور بالفشل 4/ عدم الرضا 5/ الشعور بالذنب 6/ توقع العقاب 7/ كراهية الذات 8/ إدانة الذات 9/ الأفكار الإنتحارية 10/ البكاء 11/ عدم الإستقرار النفسي 12/ الإنسحاب الإجتماعي 13/ التردد 14/ تغير صورة الجسم 15/ هبوط مستوى الكفاءة في العمل 16/ اضطرابات النوم 17/ التعب و القابلية للإرهاق 18/ فقدان الشهية 19/ نقص الوزن 20/ تأثر الرغبة الجنسية 21/ الإنشغال بالصحة . (إبراهيم عبد الستار ، 1998م : 77 — 83)

وصف النسخة الثانية لقائمة آرون بيك للإكتئاب :-

تعد قائمة آرون بيك الثانية B.D.I-IA لقياس الإكتئاب أحدث صورة لقوائم بيك في قياس الإكتئاب ، وتتكون من (21) مجموعة تشتمل على بنود لقياس شدة الإكتئاب إثناء من عمر 16 سنة . وتتميز هذه القائمة بأن بناءها ت بهدف تقييم أعراض الإكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الإكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (D.S.M-IV) للإضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994م .

وتقيس القائمة أعراض الإكتئاب التالية :-

1/ الحزن 2/ التشاؤم 3/ الفشل السابق 4/ فقدان الإستمتاع 5/ مشاعر الإثم 6/ مشاعر العقاب 7/ عدم حب الذات 8/ نقد الذات 9/ الأفكار الإنتحارية 10/ البكاء 11/ التهيج و الإستثارة 12/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي 13/ التردد في إتخاذ القرارات 14/ إنعدام القيمة 15/ فقدان الطاقة 16/ تغيرات في نمط النوم 17/ القابلية للغضب أو الإنزعاج 18/ تغيرات في الشهية 19/ صعوبة التركيز 20/ الإرهاق أو الإجهاد 21/ فقدان الإهتمام بالجنس . (غريب عبد الفتاح غريب ، 2000م : 599)

وصف الصورة الحالية لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب :-

يعتبر المقياس من أهم الوسائل في جمع المعلومات الميدانية التي تقوم عليها الدراسات العلمية، وقد قام

الباحث في البحث الحالي بإستخدام قائمة آرون بيك لقياس الإكتئاب في صورتها الثانية بعد إجراء التعديلات عليها وذلك لأنها تتماشى مع طبيعة هذه الدراسة وملاءمة هذه النسخة وتغطيتها لأهداف البحث الحالي من خلال مجموعة البنود المكونة لها وإمكانية إستخدامها في تقييم أهداف ونتائج برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية. تتكون أداة البحث الحالي من جزئين :-

القسم الأول : إستمارة البيانات الأولية والتي تتضمن أسئلة عن المعلومات العامة و الشخصية لأفراد عينة الدراسة تم إعدادها بواسطة الباحث وفقاً لمتطلبات الدراسة الميدانية والتي تشتمل على المتغيرات الديموغرافية التالية :-

- 1- النوع : (ذكر — أنثى)
 - 2- المستوى التعليمي : (أساس — ثانوي — جامعي — فوق الجامعي)
 - 3- الحالة الإجتماعية : (متزوج غير متزوج)
 - 4- فترة الإصابة بالمرض : (أقل من سنتين — 2 — 5 سنوات — أكثر من خمس سنوات)
- القسم الثاني :** ويشتمل على بنود القائمة والتي تتكون من 21 بنداً تقيس الإكتئاب .
- أسباب إختيار قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب:-**

للتحقق من فعالية برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي وتأثيره على تخفيف حدة الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى أفراد المجموعة التجريبية، رأى الباحث أن فترة تنفيذ البرنامج الإرشادي ومدى فعاليته مقرونة بالأهداف الموضوعية له، ويقتضي الأمر في تقييم نتائج الدراسة الإعتداد على مقياس تتوفر فيه الشمولية بحيث يغطي الأهداف التي سبق وضعها في مرحلة التخطيط لبناء البرنامج الإرشادي.

فهناك أسباب عديدة جعلت الباحث أن يختار قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب كأداة من ضمن أدوات الدراسة لا سيما وأن قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب تعد المقياس المناسب الذي وجده الباحث والمتعلق بقياس الإكتئاب خاصة الذي يكون مصاحباً لظاهرة أو مشكلة ما حيث أن الباحث يدرس الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز، كما أن هذه القائمة قد تم إستخدامها في بيئات ومجتمعات مختلفة حيث إستخدمها غريب عبد الفتاح غريب في مصر بعد أن قام بتعريبها، كما تم تعديلها وإستخدامها في دراسات سودانية عديدة، وأن كل هذه الدراسات أوضحت أن لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب معاملات صدق وثبات عالية.

كل ذلك شجع الباحث وأعطاه الدافع بإستخدام هذه القائمة في دراسته الحالية حيث قام بتعديلها لتتماشى مع الدراسة الحالية وتطبيقها على فئة تعتبر ذات خصوصية من وجهة نظر الباحث، لذا قد يكون إستخدام هذه القائمة في هذه الدراسة بعد تعديلها لتتلاءم مع عينة الدراسة الحالية جهداً علمياً قد يستفاد منه في الدراسات المشابهة للدراسة الحالية.

صدق الأداة:-

إن صدق الأداة سواء كانت مقياساً أو إختباراً أو قائمة إختبارية له أهمية قصوى الأمر الذي جعل الباحثين أن يقوموا بمختلف البراهين لدعم إدعاءاتهم حول مناسبة ما يستخدمونه في قياساتهم عند إجراء الدراسات العلمية . ويستخدم في ذلك عدد من الأساليب لتحقيق الصدق.

ويقصد بالصدق صحة المقياس في قياس ما يدعي أنه يقيسه، والمقياس الصادق يقيس ما وضع لقياسه.(عبد الرحمن العيسوي، 2000م : 8).

أيضاً يقصد بالصدق أن تكون الأداة قادرة على قياس السمة أو الظاهرة التي وضعت من أجلها.(أماني موسى، 2007م : 29).

كذلك يعد الصدق بالنسبة للمقياس من الشروط الضرورية التي ينبغي توافرها في المقياس الذي نعتمده.(صلاح الدين محمود علام، 1993م : 18).

وتوجد أساليب متعددة لحساب وتقدير الصدق للمقاييس النفسية، وللتأكد من صدق قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب إتبع الباحث الطرق التالية:-

أولاً: الصدق الظاهري Face Validity

بما أن القائمة التي صممها (آرون.ت.بيك) في الأصل إستخدمها لقياس اعراض الإكتئاب في البيئة الأمريكية، فمن الطبيعي أن تطرأ عليها بعض التعديلات حتى تتلاءم مع عينة الدراسة الحالية من حيث التقاليد والعادات والمفاهيم والمعتقدات، لذلك قام الباحث بعرض القائمة في صورته المعربة على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والتربية من الأساتذة بالجامعات السودانية.

التعديلات التي أوصى بها المحكمون:-

1- إعادة صياغة بعض العبارات الواردة بالقائمة وذلك تماشياً مع أهداف وفروض الدراسة الحالية وحدود مشكلتها.

2- تعديل شكل أرقام الإجابات من (0-1-2-3) إلى (1-2-3-4) وذلك حسب إتفاق معظم آراء المحكمون حول أرقام خيارات بدائل الإستجابة.

3- هناك بعض الكلمات و الجمل أشار المحكمون إلى تعديلها في مجموعة بنود القائمة وذلك:-

أ- إما لعدم ملاءمتها طبيعة البيئة السودانية أو لأنها تتنافى مع التعاليم الإسلامية .

ب- أو لعدم تناسبها مع أفراد عينة الدراسة الحالية .

4- أيضاً حذفت بعض العبارات المتكررة ذات الألفاظ الدالة على معنى واحد ، لأن مثل هذه الألفاظ كثيراً ما يستخدمها السودانيون دون تمييز دقيق بينها.

جدول رقم (9) يوضح العبارات التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون.

رقم البند	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
3	لقد فشلت أكثر مما ينبغي	أشعر بالفشل أحياناً
5	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها	أشعر بالذنب في بعض الأوقات
7	فقدت الثقة في نفسي	أحياناً أفتقد الثقة في نفسي
8	ألوم نفسي أكثر مما تعودت	أنقد نفسي على أكثر أخطائي
9	قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة	لا بد أن يأتي اليوم الذي أنتحر فيه

جدول رقم (10) يوضح الكلمات التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون.

رقم البند	الكلمة قبل التعديل	الكلمة بعد التعديل
1	معظم	أحياناً
7	فقدت	أفتقد
12	أي شيء	الأنشطة
13	شديدة	بالغة

جدول رقم (11) يوضح الجمل التي تم تعديلها بالمقياس وفقاً لما أشار إليه المحكمون.

رقم البند	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1	إلي درجة لا أتحمل ذلك	طول الوقت
5	عن العديد من الأشياء	في بعض الأوقات
8	على كل أخطائي	أكثر أخطائي
10	أكثر مما تعودت	عادة
12	الأمور الأخرى	أنشطتهم العادية
20	أجد صعوبة لعمل	لا أستطيع عمل

الدراسة الإستطلاعية لأداة الدراسة

لكي يتأكد الباحث من صلاحية قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب والتوصل إلى الخصائص القياسية للقائمة من خلال تجربة ميدانية بعد تحكيم القائمة والتأكد من صدقها الظاهري قام الباحث بإجراء دراسة إستطلاعية لتطبيق القائمة على مجتمع الدراسة الحالية من خلال عينة إستطلاعية، والجدير ذكره هنا أن تجريب القائمة بشكلها المبدئي ومحاولة إختبارها تعتبر مرحلة ذات أهمية بالغة للإطمئنان على ما يلي:-

1- ملائمة القائمة ومناسبتها لعينة البحث .

2- وضوح العبارات وسهولة فهمها لدى المفحوصين.

3- التأكد من صدق وثبات القائمة بعد إجراء صدقها الظاهري.

ولما كان مجتمع الدراسة يمثل الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب من الجنسين بولاية جنوب دارفور والتي تضم 13 مركزاً للإرشاد النفسي والفحص الطوعي منها ثلاثة مراكز للرعاية المتكاملة، رأى الباحث أن يستخدم الطريقة المحددة والمقيدة (العينة القصدية) في إختيار أفراد العينة الإستطلاعية وفق الخطوات التالية:-

1- إختيار مراكز الرعاية المتكاملة الثلاثة وذلك لأن بقية المراكز الأخرى لا تقدم خدمات ما بعد نتيجة الفحص لذلك تحوّل الحالات الإيجابية إلى إحدى هذه المراكز الثلاثة بغرض تقديم الخدمات العلاجية والمتابعة النفسية والاجتماعية.

2- إختيار أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية من هذه المراكز الثلاثة بصورة عشوائية.

3- توزيع القائمة على أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية بغرض ملئها.

4- جمع القائمة من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية بعد التأكد من سلامتها وتحليل بياناتهم ومعرفة النتائج.

عينة الدراسة الإستطلاعية

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (20) فرداً من الذكور والإناث يمثلون الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة المكتسب منهم (13) من الذكور و (7) من الإناث تم إختيارهم بصورة عشوائية من مراكز الرعاية المتكاملة. هدفت الدراسة الإستطلاعية للتحقق من صدق القائمة وثباتها في صورتها المعدلة وملاءمتها لعينة الدراسة.

الإجراءات الميدانية للدراسة الإستطلاعية

قام الباحث بتوزيع قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب بنفسه على أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية لأن الباحث يهدف من ذلك إلى إستثارة إهتمام أفراد العينة حتى يكونوا أكثر جدية وإهتماماً والإستجابة على الأسئلة بصدق وعناية، حيث قام الباحث في البداية بشرح وافي لهدف البحث ومغزاه وتوضيح بعض النقاط والإجابة على الأسئلة التي تثار من قبل أفراد العينة، وضماناً لحرية التعبير إلتزم الباحث عدم متابعة أفراد العينة أو الإطلاع على كيفية إستجاباتهم أثناء تطبيق القائمة كذلك طلب منهم عدم الإشتراك في الإستجابات مع بعض.

بعد ذلك قام الباحث بجمع القائمة من أفراد العينة الإستطلاعية فإتضح أن الإجابات على كل نسخ القائمة صحيحة ومكتملة وهذا كان دلالة على إستيعاب وفهم أفراد العينة لتعليمات تطبيق القائمة. وبذلك يبقى عدد أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية كما هو 20 فرداً دون نقصان مما يؤكد أن طريقة الإجابة على

جميع أسئلة القائمة وفهمها كانت واضحة وسهلة عدا عبارتين وردتا في البند رقم (2) (همتي) والبند رقم (19) (الكفاءة)، والتي إستفسر عنها بعض أفراد العينة فقام الباحث بشرحها بإستخدام كلمات أخرى سهلة ومفهومة. لتأتي بعد ذلك عملية رصد الدرجات الخام بعد تصحيح المقياس لتكون بيانات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية جاهزة للتحليل الإحصائي بأساليبه المختلفة.

نتائج الدراسة الإستطلاعية :-

أظهرت نتائج تحليل البيانات التي تحصل عليها الباحث من خلال الدراسة الإستطلاعية ما يلي :-

1: الصدق الذاتي subjective validity

يقاس الصدق الذاتي بحساب الجزر التربيعي لمعامل الثبات بالنسبة للمقياس. (عباس محمود عوض، 1999م: 69)

قام الباحث بحساب معامل الصدق الذاتي لقائمة آرون بيك المستخدمة في هذه الدراسة وتحصل على أن معامل الصدق الذاتي بالنسبة لأداة الدراسة يساوي 0.91 للتطبيق الأول و 0.93 للإعادة الإختبار. تم حسابه بإستخدام الجزر التربيعي لمعامل الثبات .

2: صدق التكوين الفرضي Assumption formation validity

للتحقق من صدق التكوين الفرضي لقائمة آرون بيك للإكئاب والذي يعبر عن الإتساق الداخلي لعبارات القائمة، قام الباحث بإستخدام معادلة بيرسون لإيجاد معامل الارتباط بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للبند الذي تقع فيه العبارة.

جدول رقم (12) يوضح صدق التكوين الفرضي لبنود أداة الدراسة .

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.955	8	0.817	15	0.622
2	0.515	9	0.482	16	0.534
3	0.932	10	0.639	17	0.579
4	0.497	11	0.431	18	0.489
5	0.468	12	0.877	19	0.859
6	0.858	13	0.526	20	0.666
7	0.754	14	0.825	21	0.529

يلاحظ من الجدول السابق أن كل بنود القائمة تحمل معامل ارتباط أكثر من 0,43 وتعتبر معامل ارتباط مناسبة مما أدى إلي اعتماد القائمة في صورتها الحالية من قبل الباحث لتكون أداة تستخدم لأجراء هذه الدراسة .

3: مؤشرات ثبات الأداة Scale Reliability

لكي يمكن الاعتماد على أداة البحث يفترض أن تكون الأداة ثابتة.

- يقصد بالثبات أن يكون المقياس على درجة عالية من الدقة والإتقان والإتساق فيما يزودنا به من بيانات عن سلوك المفحوص. (فؤاد أبو حطب وسيد أحمد عثمان، 2004م: 63)

- يقصد بالثبات أن يعطي المقياس نتائج متماثلة أو متقاربة في قياسه لمظهر ما من مظاهر السلوك إذا ما استخدم ذلك المقياس أكثر من مرة أو إذا ما استخدم بطرق أخرى، وقد يتحقق ذلك من خلال الإعادة أو الصور المتكافئة. (الروسان، 1999م: 51)

و لحساب الثبات بالنسبة للقائمة المستخدمة في هذه الدراسة استخدم الباحث طريقة إعادة الإختبار، حيث قام بتطبيق القائمة على أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية في يوم 2014/3/19م وكان عدد أفراد العينة 20 فرداً من الجنسين يمثلون الأفراد المصابون بفيروس نقص المناعة البشري المكتسب بولاية جنوب دارفور، ثم أعاد تطبيق القائمة على أفراد العينة أنفسهم في يوم 2014/4/9م. وكانت الفترة الزمنية بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني للقائمة هي 21 يوماً وتعد هذه الفترة الزمنية فترة مناسبة، حيث أشارت (أماني موسى (2007م، ص 74) "إلى أن المدة الزمنية بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني للإختبار ينبغي ألا تتجاوز الأسبوعين أو الثلاثة أسابيع".

ولإيجاد معامل الثبات استخدم الباحث معادلة معامل ارتباط بيرسون وتحصل على أن معامل الثبات بالنسبة لأداة الدراسة يساوي 0.83 في التطبيق الأول و 0.86 عند إعادة الإختبار تم حسابه باستخدام طريقة الجزر التربيعي لمعامل الصدق.

وأن ثباتاً مثل هذا يعد مقبولاً مقارنة بالميزان العام لتقويم دلالة معامل الارتباط. عليه تأكد الباحث من صلاحية الأداة لإجراء الدراسة و تطبيقها على عينة الدراسة الميدانية و الإطمئنان على أنها سوف تأتي بنتائج يمكن توصيفها من الناحية الإحصائية .

تنظيم أداة الدراسة

في إطار تنظيم أداة الدراسة أخذ الباحث الصورة المكونة لقائمة آرون بيك حسب ما جاءت في النسخة الأخيرة و التي تتكون من (21) بند مع وضع عنوان فرعي لكل بند يشير إلى العرض الذي تقيسه العبارات الأربع وذلك من أجل جعل المفحوص يركز إنتباهه على ذلك العرض .

تقدير الدرجات لأداة الدراسة

تحتوي كراسة الإجابة الأصلية لنسخة التعليمات الخاصة بقائمة آرون بيك للإكتئاب التي ترجمها للعربية غريب عبد الفتاح غريب مجموعة من البنود أمامها أربع بدائل للإستجابة عليها عبارة عن عبارات تحمل أرقام (1-2-3-4) يختار منها المفحوص رقم العبارة التي تناسب حالته وفقاً للبند المعين .

يعطي المفحوص درجة معين حسب رقم العبارة التي وقع عليها إختياره . والتي تحدد بناءً على تدرج الإكتئاب من لا إكتئاب إلى إكتئاب شديد .

جدول رقم (13) يوضح نموذج كيفية تقدير درجات الإستجابات بالنسبة لبنود أداة الدراسة .

الرقم	الحزن	الدرجة المعطاة
1	لا أشعر بالحزن .	0
2	أشعر بالحزن أحياناً .	1
3	أشعر بالحزن معظم الوقت .	2
4	أشعر بالحزن طول الوقت .	3

ثم تحسب درجات المفحوصين، ويميل الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في القائمة إلى أن يكونوا مكتئبين بينما يميل الأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة في القائمة إلى أن يكونوا غير مكتئبين. حيث إعتد الباحث في هذا التقدير على النموذج الذي وجدته في كراسة الإجابة بالنسبة للنسخة المعربة والذي جاء على النحو التالي :-

جدول رقم (14) يوضح كيفية تقدير درجات الإكتئاب .

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات الإكتئاب
0 ————— 16	0 ————— 50 درجة	لا إكتئاب
17 ————— 24	51 ————— 60 درجة	إكتئاب خفيف
25 ————— 33	61 ————— 70 درجة	إكتئاب متوسط
34 ————— 63	71 ————— فأكثر	إكتئاب شديد

ثانياً: البرنامج الإرشادي:-

يشتمل البرنامج الإرشادي لهذا البحث على ثلاث مراحل، وهذه المراحل وضعت بناءً على المرتكزات التي تم تحديدها في الإطار النظري حول بناء البرامج الإرشادية وكذلك وضعت هذه المراحل بناءً على إطلاع الباحث على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع هذا البحث، والمراحل الثلاث هي:-

1- مرحلة تحديد الإحتياجات الإرشادية العلاجية المحتملة لمرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور والذين يمثلون مجتمع البحث.

2- مرحلة التخطيط والإعداد للبرنامج الإرشادي وتتضمن وضع تصور نظري للبرنامج الإرشادي المناسب لتلك الإحتياجات الإرشادية العلاجية و تجهيز المادة الإرشادية وتحديد مكان وزمان تنفيذ البرنامج من حيث الجلسات والمحاضرات والمقابلات وغيرها.

3- مرحلة تنفيذ البرنامج الإرشادي وتتضمن عرض البرنامج على عينة البحث (مرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور)، وتنفيذ البرنامج الإرشادي حسب الإحتياجات الفعلية للعينة وهم المرضى الذين تم إختيارهم وعرض عليهم البرنامج الإرشادي واستجابوا له.

أهداف البرنامج الإرشادي

من أهم أهداف البرنامج الإرشادي إعادة البناء المعرفي السلوكي أو تقويته لدى مريض الأيدز الذي يعاني من الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض، و تدريبه على التحكم الذاتي من خلال إستخدام الأساليب العلاج المعرفي السلوكي و من خلال الإعتماد عليها في تحقيق هذه الأهداف. ويهدف كذلك لإحياء المعنى الإيجابي لدى المريض وتنمية معرفته بماهية الحياة و التحكم في أفكاره المسيطرة ذات الطابع الإكتئابي، وتخليصه من إحساسه بالذنب ومبالغته في الشعور بالخطيئة و الحزن و تحقير الذات و الإحساس بالنقص والفشل و الإنسحاب الإجتماعي و حمل الهموم و مشاعر اليأس و القنوط و عدم الرجاء و عدم الرضا، وذلك بإستحضار المضامين المرتبطة بالإيمان بالقضاء والقدر و الإستعانة بالله والمعلومات الكافية عن كيفية الحياة الإيجابية مع المرض و المعاملات التي تعمل على ترقية السلوك و تعديله. حيث يتم ذلك من خلال :-

- 1- تعزيز مستوى التوافق النفسي والإجتماعي من خلال الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي وذلك بغرض تخفيف حدة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز.
- 2- إكتشاف معاني جديدة في الحياة العامة للفرد المصاب بمرض الأيدز تعمل على إيجابية التفاعل الإجتماعي والنفسي مما يساعد على تجنب الإضطرابات النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز.
- 3- تعليم المسترشدين المعارف والحقائق عن مرض الأيدز لمساعدتهم في تعديل الأفكار اللاعقلانية و الإستجابات السلوكية الخاطئة، بطريقة عقلانية تمكنهم من التعايش بصورة طبيعية مع المرض و البيئة المحيطة بهم.
- 4- رفع مستوى التوافق النفسي والإجتماعي لزيادة المشاعر الإنفعالية الإيجابية لحل المشاكل و الإضطرابات النفسية التي يعانون منها وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي والحياة الإيجابية في ظل الظروف المرضية التي يمرون بها.
- 5- تزويد المسترشدين بمعلومات شخصية و صحية و إجتماعية تساعد على مسايرة التغيرات (النفسية و الإجتماعية والجسمية والبيئية) التي قد تطرأ على حياتهم نتيجة الإصابة بمرض الأيدز.
- 6- مساعدة المسترشدين على مناقشة مشاكلهم المرضية والشخصية والإجتماعية بحرية في إطار الخدمة الإرشادية.

- 7- التخطيط لنشاطات فردية شخصية واجتماعية بغرض زيادة التفاعل الاجتماعي والتفكير العقلاني بهدف رفع مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية مما يساعد على التخلص من الإضطراب النفسي الذي قد يصاحب الإصابة بمرض الأيدز.
- 8- تقديم المعلومات الإرشادية لتعليم الأساليب المثلى في التعايش الإيجابي مع المرض و كيفية المسايرة مع مواقف الحياة الضاغطة بعد التعرض للإصابة بمرض الأيدز.
- 9- زيادة الوعي بالجوانب الشخصية ومساعدة المسترشدين على فهم إمكانياتهم وإستعداداتهم وقدراتهم و الإستفادة منها إلى أقصى حد ممكن لمواجهة مطالب الحياة بصورة عامة .
- 10- إثارة الدافعية لإكتساب مزيد من المعارف حول مرض الأيدز وكيفية التعايش الإيجابي مع المرض بالإستفادة من النماذج المطروحة من خلال الجلسات الإرشادية.
- 11- توجيه المسترشدين بالإهتمام بتبني و تطبيق السلوك الإيجابي الفردي و الجماعي للمساعدة في رفع مستوى التوافق النفسي و الاجتماعي للوقاية من المشكلات و الأزمات النفسية و الإجتماعية.

الخدمات التي يقدمها البرنامج الإرشادي

- 1- زيادة مستوى التوافق النفسي و التوافق الإجتماعي و المساعدة على التخلص من مسببات الإكتئاب لدى مرضى الأيدز من خلال الجلسات الإرشادية.
- 2- التشجيع على الحياة بإتزان نفسي و إجتماعي كجوانب مساعدة للفرد على مواكبة الحياة الشخصية والاجتماعية بهدف الخروج من حالة الإحباط واليأس نتيجة التعرض للإصابة بمرض الأيدز .
- 3- تقليل الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المرضى بتبني المعارف والحقائق الأساسية عن مرض الأيدز وكيفية التعايش الإيجابي مع المرض.
- 4- التخفيف من وطأة المرض على الأفراد المصابين بالمرض بالإستفادة من الخدمات الإرشادية التي تقدم من خلال مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي و مراكز الرعاية المتكاملة.
- 5- تعديل السلوك السلبي و الأفكار اللاعقلانية والإتجاهات السلبية للمصابين بمرض الأيدز وذلك عن طريق تصحيح التصورات والمفاهيم الخاطئة عن مرض الأيدز والآثار الناجمة عن الإصابة بالمرض.
- 6- كسر حاجز العزلة النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المصابين بمرض الأيدز والتي قد تكون من أهم مسببات حالة الإكتئاب التي يعاني منها مرضى الأيدز .
- 7- مشاركة المرشدين النفسيين و الإجتماعيين في لعب دور نشر الوعي المعرفي والسلوكي لمصابي مرض الأيدز خاصة الذين يعانون من حالات الإكتئاب كجانب وقائي للأفراد والمجتمع.

وسائل تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي

- 1- وسائل علمية تحتوي على المعلومات و المعارف الأساسية عن مرض الأيدز والآثار النفسية و الاجتماعية الناجمة عن الإصابة بالمرض و التي تنمي الجانب المعرفي و السلوكي للمسترشدين كالأوراق

والمنشورات وأشرطة الفيديو وغيرها من الوسائل العلمية المساعدة.

2- قاعات مناسبة مجهزة ومهيأة لإقامة الجلسات الإرشادية.

3- توفير الأدوات المكتبية اللازمة للمستترشدين (دفاتر – أقلام – وسائل أخرى مساعدة).

4- أفراد يساعدون على تسهيل كافة الظروف المطلوبة لإنجاح الجلسات الإرشادية العلاجية والبرنامج

الإرشادي بصورة عامة و ذلك عن طريق تهيئة البيئة المناسبة لتنفيذ البرنامج.

الخطوات العريضة لتنفيذ البرنامج الإرشادي :-

1- تصميم البرنامج الإرشادي العلاجي والجلسات الإرشادية وتحكيمة وإختيار الأداة المناسبة التي من

خلالها يمكن الحكم على مدى فعالية البرنامج الإرشادي وتقييمه.

2- إختيار العينة المناسبة لتطبيق البرنامج الإرشادي عليها (الأفراد المصابون بمرض الأيدز و الذين

يعانون من الإكتئاب بدرجاته المختلفة).

3- توفير المال اللازم لتنفيذ البرنامج الإرشادي وإجراء الجلسات الإرشادية المكونة للبرنامج الإرشادي (

عن طريق التمويل الذاتي).

4- تحديد الفترة الزمنية المناسبة لتنفيذ البرنامج الإرشادي (يتم ذلك بعد الإنتهاء من تحكيم البرنامج

والتأكد من جاهزيته للتنفيذ) .

في أثناء بناء وتنفيذ هذه المراحل يمكن أن تطرأ بعض التغييرات في بعض تفاصيل البرنامج

الإرشادي. ففي المرحلة الأولى يقوم الباحث بتحديد إحتياجات مختلفة في مجتمع البحث، ولكن عينة البحث

قد تفرز إحتياجات فعلية تختلف بعض الشيء عن تلك الإحتياجات المحتملة (المجموعة من عينة الدراسة

الإستطلاعية) وهذا قد يتطلب بعض التغييرات الطفيفة التي يتوجب عملها في مرحلة التنفيذ، والأمر

المهم هو أن هذه الخطوات أو المراحل تمثل الأسلوب العلمي الأنسب لبناء وتنفيذ وتقويم البرامج

الإرشادية بصورة عامة ، وفيما يلي عرض مفصل للخطوات التي عن طريقها بُني البرنامج الإرشادي

لهذا البحث:-

خطوات تصميم البرنامج الإرشادي

أولاً: مرحلة تحديد الإحتياجات الإرشادية

تتطلب عملية الإرشاد النفسي إعداد برنامج واضح الأهداف والإجراءات، وتعتبر مرحلة تحديد

الإحتياجات الإرشادية للفئة المستهدفة من عملية الإرشاد أولى خطوات بناء مثل هذه البرامج. وعن طريق

جمع المعلومات المرتبطة بإصابة أفراد العينة بالإكتئاب دونما بقية الأفراد المصابين بمرض الأيدز يمكن

تحديد الإحتياجات الإرشادية لمرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور كذلك يمكن صياغة و تحديد أهداف

البرنامج الإرشادي .

والأهداف الإرشادية والعلاجية العامة هي (تحقيق الذات وتحقيق التوافق الشخصي والتوافق المهني والتوافق الإجتماعي وتحقيق الصحة النفسية) مما يساعد على تخفيف حدة الإكتئاب الذي يعاني منه المرضى و الذي يمثل غاية الدراسة الحالية. أي هي بنية منقولة بواسطة برنامج يصف التعديل الذي نرغب في إحداثه في سلوك المريض ، أو هي جملة الإجراءات التي تحدد ما كان سيؤول إليه المريض بمجرد إتباعه بنجاح هذا البرنامج الإرشادي، ويتعلق الأمر بوصف مجموعة من السلوكيات أو الكفايات المرغوبة في شخصية المريض). (حامد زهران ، 1997: 431).

هناك ثلاث مستويات من الأهداف تتدرج من العمومية إلى الخصوصية **أولاً: الأهداف العامة:-**

وهي ما يطلق عليها الأهداف الإرشادية , وتصاغ بعمومية شديدة وتتمثل هنا في:-
محاولة تخفيف حدة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز وتمكين الأفراد المصابون من التعايش و
مسايرة الحياة بصورة إيجابية من ثم تحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية .

ثانياً: الأهداف المتوسطة:-

وأحياناً يطلق على هذا المستوى من الأهداف " الأهداف الضمنية", وهي تصف أنماط السلوك النهائي المتوقع أن يصدر جراء تطبيق برنامج إرشادي معين مثل:-
محاولة وضع تقنية إرشادية تساعد في التغلب على الإضطرابات النفسية و الإجتماعية الناجمة عن
الإصابة بمرض الأيدز خاصة حالة الإكتئاب موضوع الدراسة الحالية .

ثالثاً: الأهداف السلوكية المحددة:-

وُتعنى بوصف السلوك الناتج من استفادة المريض من البرنامج الإرشادي على أن يكون الوصف محدد
بدقة مثل:-

أن يستطيع المريض وضع جدول لأعماله اليومية وحياته العامة حسب الظروف التي يعيش فيها
(الظروف المرضية) .

أن يتخلص المريض من الأفكار اللاعقلانية التي تسبب له الإضطراب النفسي والذي غالباً ما تكون نتيجته
حالة الإكتئاب التي يعاني منها .

وعليه يمكن القول أن الأهداف الإرشادية العامة لهذا البرنامج تتعلق بالإحتياجات الإرشادية الفعلية
لمرضى الأيدز وتخفيف حدة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى مرضى الأيدز بالشكل الذي
يجعل هؤلاء المرضى متوافقون نفسياً وإجتماعياً (الصحة النفسية الجيدة) التي تمكنهم من التعايش مع
المرض ومسايرة و مواصلة الحياة بصورة إيجابية.

وقد قام الباحث بإجراء دراسة إستطلاعية وسط مجتمع البحث (مرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور)
للتعرف على نوع المشكلات التي من المتوقع أن تسبب حالة الإكتئاب لدى المرضى و تعوق التوافق

النفسي والإجتماعي لمرضى الأيدز باعتبارهما مكونان أساسيان للصحة النفسية سواء كان ذلك مع نفسه أو مع البيئة المحيطة به، و للتعرف على هذه المشكلات أجرى الباحث مقابلات مع عدد من الأفراد المصابين بمرض الأيدز بمراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي ومراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور بالإضافة إلى الجمعية السودانية لرعاية مرضى و مصابي مرض الأيدز فرعية ولاية جنوب دارفور و الشبكة السودانية لمكافحة الأيدز بولاية جنوب دارفور – قسم شؤون المرضى و البرنامج القومي لمكافحة الأيدز ولاية جنوب دارفور (SNAP). حيث استفاد الباحث من عمله السابق في مجال مكافحة مرض الأيدز بالولاية ذاتها ، فأجرى مقابلات فردية وجماعية مع المرضى بالتركيز على المرضى الذين يتوقع أنهم يعانون من الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز (وفقاً لسجلاتهم ونتائج قياسات إختبار بيك للإكتئاب) بغرض محاولة التعرف على جوانب الحياة النفسية والإجتماعية لمرضى الأيدز خاصة تلك التي تتعلق بالإضطرابات و المشكلات النفسية التي يعاني منها المرضى وذلك في محاولة منه لمعرفة مجمل المشكلات التي يتوقع أن يواجهها المريض بعد الإصابة بمرض الأيدز.

بعد ذلك قام الباحث بمناقشة المشكلات التي تحصل عليها مع عدد من المختصين في مجال مكافحة الأيدز (منسق برنامج مكافحة الأيدز بالولاية – المرشدون النفسيون و الإجتماعيون – الأطباء – الممرضون – أسر المرضى – أفراد لهم علاقة بالمرضى) ، وبناءً على إفادات هؤلاء المختصين قام الباحث بتصنيف المشكلات التي أدلى بها الأفراد المصابين من حيث كونها مشكلات نفسية أو إجتماعية تسبب الإضطراب النفسي ، من ثم قام بترتيب المشكلات حسب أهميتها بالنسبة لمرضى الأيدز، فجاء ترتيب المشكلات المتوقع أن يواجهها الأفراد المصابين بمرض الأيدز حسب أهميتها على النحو التالي:-

جدول رقم (15) يوضح ترتيب المشكلات التي يتوقع أن يواجهها مرضى الأيدز حسب درجة الإحساس بها.

الترتيب	المشكلة	النسبة المئوية
1	القلق من الموت المبكر بسبب الإصابة بمرض الأيدز.	87 %
2	القلق من المستقبل بعد تأكيد الإصابة بمرض الأيدز.	79 %
3	الشعور بالذنب وتأنيب الضمير ومخافة الله و النزوع إليه.	75 %
4	الشعور بالوحدة وعدم التجانس مع الأصدقاء والأهل والأقارب (اليأس و القنوط من الحياة).	62 %
5	عدم الشعور بالراحة في البيئة المحيطة به سواء كانت الأسرية أو الإجتماعية العامة (الوصمة و النظرة المريبة).	59 %
6	الإحساس بالعجز عن تغيير الأشياء السالبة الناتجة عن الإصابة بمرض الأيدز.	57 %
7	التفكير اليومي بالمصروفات ومجابهة الأعباء المادية لتصريف أمور	56 %

	الحياة اليومية وتكاليف العلاج.	
8	عدم الشعور بوجود تغيير نحو الأحسن في المستوى الصحي أو المستوى النفسي أو الإجتماعي.	53 %
9	التفكير المستمر بالزواج وتكوين الأسرة.	49 %
10	توتر العلاقات سواء كانت الأسرية أو الإجتماعية خاصة بعد الإصابة بمرض الأيدز.	41 %

من الجدول السابق يمكن ملاحظة الآتي:-

- 1- أن القلق من الموت المبكر يحتل المرتبة الأولى بالنسبة لهذه العينة الإستطلاعية.
 - 2- أن مشكلات القلق من المستقبل وعدم الرضى بالواقع المرضى و الإنطواء و العزلة تحتل المرتبة الثانية بالنسبة لهذه العينة الإستطلاعية.
 - 3- أن المشكلات الدينية والأخلاقية تحتل مرتبة متقدمة في ترتيب المشكلات.
 - 4- أن مشاكل سوء التوافق النفسي والإجتماعي تأتي في الوسط من الأهمية.
 - 5- تأتي مشكلات الحياة اليومية والزواج والأسرة وعدم الشعور بالتغيير إلى الأحسن في الوسط من الأهمية أيضاً.
 - 6- تأتي في المرتبة الأخيرة مشكلات توتر العلاقات الأسرية والإجتماعية.
- إن ترتيب تلك المشكلات على ذلك النحو يجعل من الممكن صياغة الأهداف العامة للبرنامج الإرشادي لهذا البحث، فالمشكلات المذكورة يمكن إدراجها ضمن ثلاثة أهداف عامة رئيسية هما:-
- 1- أهداف تتعلق بتنمية الشخصية المتكاملة لدى مريض الأيدز.
 - 2- أهداف تتعلق بتنمية الاتجاهات العامة لدى مريض الأيدز.
 - 3- أهداف تتعلق بتنمية الجوانب المعرفية والسلوكية لدى مريض الأيدز.
- تحت كل هدف من هذه الأهداف العامة قام الباحث بوضع قائمة من الأهداف الضمنية التي من المتوقع مواجهتها عند عرض البرنامج الإرشادي على المرضى، وقد استعان الباحث في وضع هذه القوائم بآراء المختصين في مجال مكافحة الأيدز التي وردت خلال المقابلات الإستطلاعية وأيضاً استعان الباحث بالاطلاع على نماذج للبرامج الإرشادية والدراسات السابقة.
- وتعتبر هذه المرحلة خطوة أولى في تصميم البرنامج الإرشادي إستعداداً لمواجهة ما قد يطرأ فعلياً من مشكلات عندما يُعرض البرنامج على المرضى الذين ستجرى عليهم التجربة، والجدول أدناه يوضح قوائم الأهداف العام والأهداف الضمنية للبرنامج الإرشادي المقترح تنفيذه في هذا البحث.

جدول رقم (16) يوضح قوائم الأهداف العامة والضمنية للبرنامج الإرشادي.

أهداف موجهة نحو تنمية الشخصية المتكاملة لمريض الأيدز	أهداف موجهة نحو تنمية الاتجاهات العامة لمريض الأيدز	أهداف موجهة نحو تنمية الجوانب المعرفية والسلوكية لمريض الأيدز
1- أن ينمى المريض استعداداته الشخصية. 2- أن يتبنى المريض صيغ معرفية وفلسفية عن المرض ودينية وأخلاقية متوازنة غير متطرفة تجاه المجتمع. 3- أن يتعرف المريض على ميوله واتجاهاته واستعداداته ليكيف نفسه على حالة الإصابة بالمرض. 4- أن يتعرف المريض على اضطرابه النفسي مبكراً ويطلب المساعدة. 5- أن يستطيع المريض مواجهة مشكلاته الشخصية دون الحاجة للمساند والدعم النفسي من الآخرين.	1- أن ينمى المريض مفهومه تجاه الأهداف العامة التي يسعى لتحقيقها في حياته. 2- أن يستفيد المريض من إمكاناته الشخصية والإمكانات المتاحة بمراكز الإرشاد والفحص الطوعي ومراكز الرعاية المتكاملة لتحقيق أهدافه. 3- أن يكتسب المريض مهارات أساسية للتعامل مع المرض والظروف النفسية والاجتماعية الناتجة عن الإصابة بالمرض. 4- أن يكتسب المريض مهارات في التعامل مع الآخرين والبيئة المحيطة به.	1- أن يتمكن المريض من الفهم الموضوعي لقدراته ومعرفة إمكاناته الشخصية. 2- أن يستطيع المريض مواجهة الصعوبات المحتملة بعد الإصابة بمرض الأيدز. 3- أن يكتسب المريض الصفات الشخصية الضرورية التي تمكنه من تحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية ليتمكن من التعايش الإيجابي مع المرض. 4- أن يحدد المريض الأهداف التي يريد تحقيقها وفقاً لقدراته وإمكاناته وظروفه النفسية والاجتماعية وحالته المرضية. 5- أن يختار المريض النشاط المعرفي والسلوكي الذي يتناسب مع قدراته وإمكاناته وظروفه النفسية والاجتماعية وحالته المرضية.

ثانياً: مرحلة التخطيط والإعداد

في ضوء الأهداف العامة والضمنية يصبح السؤال الرئيسي هو: ما الأساليب الإرشادية التي يمكن من خلالها تحقيق تلك الأهداف؟.

والإجابة على هذا السؤال تقتضى إقتراح ووضع تصور مسبق لما يمكن أن يكون عليه البرنامج الإرشادي قبل عرضه على المرضى ، وقد أعتمد الباحث في وضع هذا التصور على ما جاء في الإطار النظري من

عرض للبرامج الإرشادية بصورة عامة و برامج الإرشاد المعرفي السلوكي بصورة خاصة. كما أعتد على الدراسات السابقة التي تضمنت إعداد و بناء برنامج إرشادي ، أيضاً في محور المادة الإرشادية أعتد الباحث على عدة مصادر منها الكتب التي تورد مواد تطبيقية في مجال الإرشاد المعرفي السلوكي وتناسب مواجهة المشكلات التي طرحها المرضى كصعوبات تتطلب التدخل الإرشادي ومن المصادر التي أعتد عليها الباحث أيضاً إطلاع على مواقع شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) بصورة عامة والمواقع الخاصة بالتوجيه والإرشاد النفسي والمواقع الخاصة بمرض الأيدز ، ففي مثل هذه المواقع توجد إستراتيجيات كاملة لكيفية التعامل مع المشكلات التي تواجه مريض الأيدز وفقاً لبرامج مصممة خصيصاً لهذا الغرض.

وفى سبيل الإعداد للجلسات الإرشادية أطلع الباحث على المواد الآتية التي وجدها في المصادر و المواقع المختلفة:-

- 1- برامج خاصة بالتوجيه والإرشاد النفسي لمريض الأيدز مع التركيز على البرامج التي تناولت معالجة الآثار النفسية و الإجتماعية للإصابة بمرض الأيدز.
- 2- الأساليب الصحيحة لإدارة الوقت داخل البرنامج الإرشادي.
- 3- برامج خاصة عن كيفية التعامل مع مريض الأيدز ، خاصة البرامج التي صممت لمجابهة الآثار النفسية و الإجتماعية الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز.
- 4- برامج خاصة عن تعلم كيفية إعداد وإلقاء المحاضرات وإجراء الحوار و المناقشات وكيفية إدارتها.
- 5- برامج خاصة عن كيفية الإعداد و التحضير الجيد للمحاضرات الخاصة بمعالجة الأشكال و الإضطرابات الناتجة عن الإصابة بمرض الأيدز.
- 6- برامج خاصة عن تعلم فن الاستماع الجيد.
- 7- برامج خاصة عن التوعية الصحية والعلاجية والمعلومات الكافية عن مرض الأيدز.
- 8- برامج خاصة عن كيفية مساعدة مريض الأيدز خاصة في حالة شعوره بالقلق أو الإكتئاب.
- 9- برامج خاصة عن مساعدة مريض الأيدز من الناحية العلاجية والغذائية.

وفيما يلي جداول توضح تلك الأساليب:-

جدول رقم (17) يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بتنمية الجوانب المعرفية و السلوكية لمرضى الأيدز.

الهدف	الأسلوب الإرشادي المستخدم	الأدوات الإرشادية المناسبة
1- أن ينمى المريض استعداداته الشخصية.	إرشاد جماعي	جلسات إرشاد جماعي محاضرات إرشادية
2- أن يتبنى المريض صيغ معرفية وفلسفية عن المرض و كيفية التعايش الإيجابي معه ، ودينية وأخلاقية متوازنة غير متطرفة تجاه المجتمع.	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية جماعية (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو والوسائل التوضيحية)
3- أن يتعرف المريض على ميوله واتجاهاته وإمكاناته الشخصية.	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية جلسات مناقشة جماعية
4- أن يحدد المريض الأهداف التي يريد أن يحققها وفقاً لقدراته وإمكاناته و ظروفه المرضية.	إرشاد جماعي	جلسات إرشاد جماعي محاضرات إرشادية جلسات مناقشة جماعية
5- أن يختار المريض النشاط العملي والسلوكي الذي يتناسب مع قدراته و ظروفه المرضية.	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية (تستخدم فيها الوسائل التوضيحية) جلسات إرشاد مناقشة جماعية

جدول رقم (18) يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بنمو الشخصية المتكاملة لمرضى الأيدز.

الهدف	الأسلوب الإرشادي المستخدم	الأدوات الإرشادية المناسبة
1- أن ينمى المريض مفهومه (المعرفي العلمي) تجاه الأهداف العامة التي يسعى لتحقيقها في حياته.	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية جلسات مناقشة جماعية الحوار الجماعي
2- أن يستفيد المريض من إمكاناته الشخصية والإمكانات المتاحة بمراكز الإرشاد	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية (تستخدم فيها الأفلام والأشرطة التوضيحية) جلسات حوار و مناقشة جماعية

		والفحص الطوعي ومراكز الرعاية المتكاملة لتحقيق أهدافه.
محاضرات إرشادية جلسات إرشاد جماعية (تستخدم فيها الأفلام والأشرطة التوضيحية)	إرشاد جماعي	3- أن يكتسب المريض مهارات أساسية (المعرفة العلمية والعملية) للتعامل مع المرض والظروف النفسية والاجتماعية الناتجة عنه.
جلسات إرشاد جماعي مناقشات جماعية	إرشاد جماعي	4- أن يستطيع المريض مواجهة مشكلاته الشخصية (طرق حل المشكلات) دون الحاجة للمساندة والدعم النفسي من الآخرين.
محاضرات إرشادية (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو والوسائل التوضيحية) جلسات إرشاد جماعي ومناقشات	إرشاد جماعي	5- أن يتعرف المريض على اضطرابه النفسي مبكرًا ويطلب المساعدة.

جدول رقم (19) يوضح الأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق الأهداف المتعلقة بتنمية الاتجاهات العامة لمرضى الأيدز.

الأدوات الإرشادية المناسبة	الأسلوب الإرشادي المستخدم	الهدف
جلسات إرشاد جماعي (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو والوسائل التوضيحية) مناقشات جماعية	إرشاد جماعي	1- أن يتمكن المريض من الفهم الموضوعي لذاته ومعرفة قدراته وإمكاناته الشخصية.

2-أن يستطيع المريض مواجهة الصعوبات المحتملة (نفسية – إجتماعية) الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز.	إرشاد جماعي	جلسات إرشاد جماعي محاضرات إرشادية (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو الأدوات الإرشادية المناسبة والوسائل التوضيحية)
3-أن يكتسب المريض الصفات الشخصية الضرورية (المفهوم الإيجابي عن النفس) التي تمكنه من التعايش الإيجابي مع المرض	إرشاد جماعي	جلسات إرشاد جماعي (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو والوسائل التوضيحية) مناقشات جماعية
4-أن يكتسب المريض مهارات في التعامل مع الآخرين.	إرشاد جماعي	محاضرات إرشادية (تستخدم فيها الأفلام وأشرطة الفيديو والوسائل التوضيحية) جلسات مناقشة جماعية

يلاحظ أن الأساليب الإرشادية المقترحة هي أساليب إرشادية جماعية تستخدم فيها الجلسات أو المناقشات أو الحوار الجماعي أو المحاضرات أو الأفلام والأشرطة التوضيحية ، والسبب في ذلك أن البرنامج أقتصر على ما هو متاح للباحث من إمكانات مادية و بشرية وما يمكن أن يتوفر للباحث بمراكز الإرشاد والفحص الطوعي ومراكز الرعاية المتكاملة والجمعية السودانية لرعاية مرضى ومصابي الأيدز ولاية جنوب دارفور و الشبكة السودانية لمكافحة الأيدز من الأفلام والأشرطة والمعينات الأخرى التي تضم برامج علمية ذات صلة بالبرامج الإرشادية و الأهداف التي تمت صياغتها.

وبناءً على هذه المقترحات وضع الباحث تصوراً للأهداف المعرفية و السلوكية التي من المتوقع أن يحققها البرنامج الإرشادي ، مع الأخذ في الاعتبار أن تغطي هذه الأهداف محاور التوافق النفسي و الإجتماعي والمفهوم الإيجابي للذات والأهداف العامة والجوانب المعرفية و السلوكية بغرض معالجة حالة الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز و تقييم الناتج النهائي للتجربة من خلالها، وقد عرض الباحث التصور الأولى لهذه الأهداف على عدد من الأخصائيين والمرشدين النفسيين والإجتماعيين في مجال مكافحة مرض الأيدز وبعد أخذ رأى هؤلاء في الاعتبار جاء التصور المقترح كما يلي:-

جدول رقم (20) يوضح الأهداف المعرفية و السلوكية التي يتوقع أن يحققها البرنامج الإرشادي.

أهداف متعلقة بمشكلات عامة	أهداف متعلقة بمشكلات نفسية) معرفية – سلوكية (	أهداف متعلقة بمشكلات اجتماعية (الوصمة الاجتماعية)	أهداف متعلقة بمشكلات دينية وفلسفية (الأفكار الملاعقلانية)
1- أن يضع المريض في أولوياته تنظيم أمور حياته اليومية. 2- أن يعد نفسه إعداداً جيداً لمواجهة الصعوبات التي قد تنشأ نتيجة الإصابة بمرض الأيدز. 3- أن يحدد المريض أهدافه العامة في الحياة وكذا أهدافه الشخصية. 4- أن يفهم المريض فهماً جيداً قدراته وإمكاناته الشخصية ويستخدمها في تحقيق أهدافه. 5- أن يتعرف المريض على الأسلوب الأمثل لنوعية التغذية المناسبة وضرورة الاستمرار في الجرعات العلاجية.	1- أن يتعرف المريض على المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد تنشأ نتيجة الإصابة بمرض الأيدز. 2- أن يتعرف المريض على اضطرابه النفسي مبكراً ويسعى إلى طلب المساعدة والدعم النفسي. 3- أن يتعايش المريض مع المرض بالصورة الإيجابية التي تساعد في الحيلولة دون ظهور الإضطرابات النفسية والاجتماعية. 4- أن يتفهم المريض الوضع المرضي بالنسبة له وأن يكتسب مهارات التعامل مع الآخرين.	1- أن يقيم المريض علاقات اجتماعية متوازنة مع أفراد أسرته ومع أفراد المجتمع الآخرين. 2- أن تكون علاقاته مع الآخرين علاقات طيبة في حدود ما يجب أن تكون عليه العلاقات الاجتماعية. 3- أن يتبنى المريض أفكاراً اجتماعية بناءة تساعد في التعايش الاجتماعي مع أفراد أسرته ومع أفراد المجتمع الآخرين. 4- أن يقيم المريض علاقات اجتماعية مع أفراد الجنس الآخر في حدود الشرع والعرف السائد في إطار المجتمع الذي يعيش فيه.	1- أن يتبنى المريض إطاراً دينياً غير متطرف داخل المجتمع الذي يعيش فيه. 2- أن يسعى المريض إلى فهم النصوص الدينية فهماً صحيحاً يؤدي إلى بث روح الطمأنينة والسكينة في نفسه. 3- أن يتبنى المريض أفكاراً وفهماً إيجابياً عن المرض وكيفية التعايش الإيجابي معه. 4- أن يتبنى المريض أفكار وفهماً موضوعياً عن الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد تنشأ نتيجة الإصابة بمرض الأيدز وكيفية التعايش الإيجابي مع المرض.

أما الإعداد لتنفيذ البرنامج الإرشادي النفسي فقد إشتمل على محورين رئيسيين هما:-

- 1- محور محتوى المادة الإرشادية التي يتناسب استخدامها مع المشكلات التي طرحها مرضى الأيدز.
- 2- محور الزمان والمكان المناسبين لتنفيذ البرنامج الإرشادي.

أولاً: محور محتوى المادة الإرشادية:-

في محور محتوى المادة الإرشادية نجد أن هناك مواد إرشادية للجلسات الإرشادية الجماعية فبالنسبة للإرشاد الجماعي فهو أحد الأساليب المهمة في العملية الإرشادية ، فالمجموعات الإرشادية تمنح المرضى فرصة لمقابلة آخرين يشاركونهم نفس الخبرات والتجارب مع المرض في جو آمن ومدعم ، ففي هذا البرنامج الإرشادي وحسب الموجهات السابقة أتبعنا المبادئ الآتية لتنفيذ الجلسات الإرشادية الجماعية:-

1- تتكون المجموعات من (3 — 15) حسب العدد القياسي للمجموعة الإرشادية. يلاحظ أن المجموعات الإرشادية في هذه الدراسة تكونت من 15 فرد وذلك بناءً على تقسيم أفراد العينة التجريبية إلى ذكور و إناث.

2- تلتقي المجموعة الواحدة مرتان في الأسبوع على أن يكون زمن الجلسة الواحدة لا يزيد عن 45 دقيقة ولا يقل عن نصف ساعة. حيث قام الباحث بإشراك المرضى في كيفية تنفيذ البرنامج ومن هنا تم تحديد مواعيد الجلسات حسب ظروف المرضى وذلك لضمان سلامة الظروف الموضوعية للتجربة.

3- تلقى أعضاء المجموعة الواحدة معلومات إضافية من بقية أعضاء المجموعة الأخرى عن طريق تشجيع الباحث لهم على مواصلة تبادل الآراء بعد نهاية كل جلسة.

4- تلقى كل فرد من هذه المجموعات المعلومات الإرشادية والمتابعة من الباحث أثناء تنفيذ البرنامج الإرشادي و من المرشدين النفسيين و الاجتماعيين الموجودون بمراكز الرعاية المتكاملة.

5- تم تعيين منسقاً لكل مجموعة من أعضاءها ينظم تواجدهم ومواعيد الجلسات والمقابلات مع الباحث، حيث تم تعيين ذلك الفرد بواسطة الباحث بعد موافقة الأعضاء الآخرين.

6- طلب من أعضاء كل مجموعة ألا يدلوا بأي معلومات من داخل الجلسات لأي جهة من خارج المجموعة دون إذن بقية أعضاء المجموعة والباحث.

ومن حيث الموضوع فالجلسات الإرشادية تغطي الأغراض الآتية:-

1- جلسات أولية يتم فيها الإطلاع على أهم مشكلات المريض الحالية ، وإقامة علاقة إرشادية مهنية مع المرضى من خلال بناء الإلفة و معرفة فلسفة المرضى في النظر إلي مشكلاتهم (المخطط المعرفي)، صياغة نموذج معرفي للحالة ، تطبيق مقياس الإكتئاب (القياس القبلي) .

2- جلسات إرشادية سيشرح فيها الباحث للمسترشدين البرنامج الإرشادي والهدف منه من ثم تناقش فيها مواضيع ذات صلة بأهداف البرنامج الإرشادي مع التركيز على ميول و اتجاهات مريض الأيدز العامة .

3- جلسات إرشادية يتلقى فيها أفراد العينة المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز و المستقبل المرضى لمريض الأيدز .

4- جلسات إرشادية يتم فيها معرفة وتصحيح التصورات والمفاهيم الخاطئة عن مرض الأيدز والتعرف على الأفكار اللاعقلانية لدى المرضى و إستبدالها بأفكار عقلانية.

5- جلسات إرشادية تهدف إلى مساعدة مريض الأيدز للتغلب على الصعوبات النفسية والاجتماعية التي تواجهه في حياته اليومية والتعرف على الإضطراب النفسي مبكراً وطلب المساعدة والدعم النفسي بالتركيز على حالة الإكتئاب الناجمة عن الإصابة بمرض الأيدز وكيفية علاجه و التخلص منه .

6- جلسات إرشادية تهدف إلى تطوير الجوانب الشخصية وتنمية الجوانب المعرفية و السلوكية لدى مريض الأيدز.

7- جلسات إرشادية الهدف منها معرفة أنواع التفاعل الإجتماعي و تطوير العلاقات الأسرية والاجتماعية والمهنية لمريض الأيدز.

8- جلسات إرشادية تهدف إلى رفع درجة الوعي الصحي والعلاجي لمريض الأيدز.

9- جلسات إرشادية تهدف إلى الحث على العمل و تمليك مريض الأيدز معلومات عن كيفية التعايش الإيجابي مع المرض بغرض تحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية.

10- جلسات ختامية يتم فيها تقديم الشكر لأفراد العينة على إستجابتهم ومشاركتهم في الدراسة . ثم يختم من خلالها البرنامج الإرشادي ويتم تطبيق المقياس البعدي.

يتوقف عدد الجلسات لكل بند من البنود السابقة على :-

أ- ظروف الجلسات الإرشادية .

ب- تجاوب المرضى مع الموضوعات التي يتناولها كل بند .

ج- مهارات المرشد الذي يقوم بتنفيذ الجلسات .

بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج كان العدد الكلي للجلسات التي إشتملها التطبيق أربعة عشر جلسة .

الفنيات المستخدمة في تنفيذ البرنامج الإرشادي

أولاً : الفنيات المعرفية

1- تحليل منطقي للأفكار

وتعتمد هذه الفنية على البحث عن المعتقدات و الأفكار اللاعقلانية وما يرتبط بها من مفاهيم مثل : لابد ، مفروض ، حتماً . وإثبات عدم منطقية ولاعقلانية مثل هذه المعتقدات و الأفكار وتمييزها عن الأفكار العقلانية الأخرى .

2- إعادة البناء المعرفي : وتعتمد هذه الفنية على عدة خطوات :-

أ- يثبت المرشد للعميل عدم عقلانية أفكاره .

ب- يساعد المرشد العميل على أن يربط بين أفكاره و اضطرابه النفسي .

ج- تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أخرى أكثر عقلانية و منطقية .

3- الدحض النشط للأفكار الخاطئة

و فيها يتعلم أفراد العينة أن يفحصوا و يعدلوا قيمهم وإتجاهاتهم عن أنفسهم و عن الآخرين ، فيوضح المرشد للعملاء كيف يفحصون أفكارهم الخطأ و الهادمة للذات ويركز المرشد على دحض الأفكار اللاعقلانية و اللامنطقية والتي تعتمد غالباً على مبالغات وتهويلات ، كما يوضح أن هذه الأفكار اللاعقلانية هي سبب اضطرابهم .

ثانياً : الفنيات السلوكية

1- التدريب على المهارات الإجتماعية

و تهدف هذه الفنية إلى تدريب أفراد العينة على تقوية مهاراتهم الشخصية في التعامل مع الآخرين ، ومن شأن هذه الفنية أن تساعد على تحسين علاقتهم بالآخرين ، و بالتالي زيادة مستوى تفاعلهم الإجتماعي مما يساعد على التخلص من الإنسحاب الإجتماعي والذي بدوره يقلل من مستوى درجة الوصمة الإجتماعية لدى المرضى .

2- التدريب على السلوك التوكيدي

السلوك التوكيدي عبارة عن سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية ويتضمن التعبير الصادق و المباشر عن الأفكار والمشاعر ، ويهدف إلى زيادة مقدرة الفرد على الإشتراك الفعلي في مواقف الحياة بسلوك توكيدي ، حيث يعبر الفرد عن مشاعره السلبية و الإيجابية بطريقة غير مؤذية للآخرين ، والتوكيد وسط بين الخضوع والعدوان .

3- التخيل

وتستخدم هذه الفنية لدحض الأفكار اللاعقلانية أيضاً ، وفيها يتخيل أفراد العينة أنهم يقوموا بفعل الشيء الذي يخشونه ، فمن يخشى المواقف الإجتماعية مثلاً يطلب منه أن يتخيل نفسه يتحدث لمجموعة من الأفراد ، وتكون نتيجة هذه الفنية مشجعة على حضور مثل هذه المواقف وعدم تجنبها .

آليات تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي

هناك عدة آليات سوف يعتمد عليها الباحث في تنفيذ الجلسات الإرشادية والتي تقوم على إستراتيجية المحاضرات والحوار و المناقشة الجماعية . حيث أن هذه الإستراتيجيات تعتمد على عدة عوامل هي :-

1- إشاعة جو من الصراحة و المحبة و الإلفة بين المسترشدين و الباحث حيث تكون العلاقة

الإرشادية بينهم داعمة لإندماج المجموعة ومساعدة على طرح مشاكلهم بكل حرية .

- 2- يجلس جميع أفراد المجموعة حول مائدة خاصة لعقد الجلسات ومن دون تحديد مكان خاص لأي واحد منهم .
- 3- أن تكون الغرفة المخصصة للجلسات هادئة و نظيفة وواسعة وجيدة التهوية والإضاءة وبعيدة عن الضوضاء .
- 4- أن تكون الجلسات الأولية للتعرف على أفراد المجموعة التجريبية وتقديم الشكر لهم للإستجاباتهم و حضورهم وإعطاء فكرة عن خط سير العمل في البرنامج و توضيح الهدف من البرنامج ووضع قواعد وآداب المشاركة وتطبيق مقياس الإكتئاب (القياس القبلي) .
- 5- أن يقدم كل مسترشد للمجموعة في جو مليء بالحب و الترحاب .
- 6- تبدأ كل جلسة من خلال عنوان الجلسة الذي يطرحه المرشد مشيراً إلى الجلسة السابقة و ملازمة هذه الجلسة بالسابقة بشكل موجز ، ثم يقوم المرشد بإلقاء محاضرة بشكل مختصرة عن موضوع هذه الجلسة .
- 7- تبدأ مناقشة موضوعات الجلسة فور الإنتهاء من عرض المحاضرة مباشرة ، حيث يكون لكل مسترشد الحق في مناقشة أو إعتراض أي نقطة بحرية وإبداء رأيه و إحترام آراء الآخرين ، يطلب من أحد المسترشدين إيجاز ما ألت إليه المناقشة.
- 8- المحافظة على الهدوء و الإنسجام و عدم التسلط و عدم التمرکز حول شخص معين أثناء الجلسات.

ثانياً: محور الزمان والمكان:-

بدأ تنفيذ برامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي في العام 2014م وتحديداً في شهري أبريل و مايو منه وقد بدأ تنفيذ الجلسات الإرشادية في يوم الإثنين الموافق 14 / 4 / 2014م حيث كانت الجلسة الإرشادية الأولى و إستمر تنفيذ الجلسات الإرشادية بواقع جلستان في كل أسبوع حدد لها يومي الإثنين والخميس من كل أسبوع، وإنتهى تنفيذ الجلسات الإرشادية يوم الخميس الموافق 29 / 5 / 2014م الجلسة الأخيرة (الجلسة الرابعة عشر) .

وبهذا يكون الوقت الإجمالي الذي أستغرقه تنفيذ البرنامج الإرشادي سبعة أسابيع، بدأت في الأسبوع الثالث من شهر أبريل وإنتهت في الأسبوع الخامس من شهر مايو 2014م.

أما بخصوص المكان الذي إنعقدت فيه الجلسات فهو محور مهم لأن أهداف الجلسات الإرشادية لا تتحقق إلا بتوفير مكان مناسب لإجراء الجلسات يتوفر فيه الهدوء والخصوصية، عليه حرص الباحث على إيجاد المكان المناسب، وحتى يتم ذلك إتصل الباحث بمدير الجمعية السودانية لرعاية مصابي و مرضى الأيدز فرعية ولاية جنوب دارفور الذي أبدى موافقته على استخدام قاعة دار الجمعية في عقد الجلسات الإرشادية وتنفيذ البرنامج الإرشادي ، وتم إختيار هذه الدار على وجه الخصوص لأسباب أهمها:-

- 1- هذه الدار مخصصة لمرضى الأيدز ولا يجد أفراد العينة حرجاً في القدوم إليها أو التواجد فيها.
- 2- القاعة الموجودة بالدار مصممة و مجهزة لتستقبل المحاضرات والجلسات الإرشادية وورش العمل لاحتوائها على عدد من الكراسي الكافية والمريحة وأيضاً إمتيازها بالتهوية الجيدة والإضاءة الكافية وتحتوي على شاشة عرض فيديو ومكبرات صوت وغيرها من الوسائل المعينة في تنفيذ مثل هذه البرامج.
- 3- تقع الدار في موقع يتوفر فيه الهدوء وتمتاز بقربها من مركز تجمع المواصلات بالمدينة.
- 4- توجد بالدار الخدمات الضرورية التي قد يحتاجها أفراد العينة (كافيتيريا – منافع – ساحات خضراء).

5- يوجد بالدار عدد من مكاتب الإرشاد النفسي يمكن الإستفادة منها في الجلسات الإرشادية الفردية و المناقشات الفردية.

6- يوجد بالدار مجموعة من المرشدين النفسيين والإجتماعيين المدربين يمكن الإستفادة منهم في المساعدة على تسهيل عملية تنفيذ البرنامج الإرشادي والجلسات الإرشادية وذلك لصتهم الوثيقة بالمرضى.

الخطوات التطبيقية لأدوات الدراسة

في هذا الجانب يقدم الباحث توضيحاً للخطوات التطبيقية لأدوات الدراسة والتي تشمل قائمة بيك الثانية للإكتئاب وبرنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي.

نسبة للعلاقات الإجتماعية السودانية المفتوحة والتي تزلل كثير من العقبات التي لا تزل عادةً إلاً بالمكاتبات والخطابات الرسمية إستفادة الباحث من عمله السابق في مجال مكافحة الأيدز بولاية جنوب دارفور حيث ساعده ذلك كثيراً في تسهيل مهمة الإتصال بالجهات التي إستعان بها لإجراء هذه الدراسة والتي منها الإدارات المهتمة بأمر مكافحة مرض الأيدز في السودان عامة وولاية جنوب دارفور خاصة سواء كان ذلك في الإطار النظري أو الدراسة الميدانية، حيث قام الباحث بإجراء زيارات للبرنامج القومي لمكافحة مرض الأيدز بالسودان (SNAP) و بعض مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والجمعية السودانية لرعاية مرضى ومصابي مرض الأيدز فوجد أن بعض المرشدين النفسيين بهذه المراكز كانوا زملاء له في السابق أو لهم علاقة بزملاء يعرفهم في السابق، حيث قابل مديري مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والمرشدين أو من ينوب عنهم وقام بتقديم شرح وافي للغرض من الزيارة بالإضافة إلى شرح الغرض من البحث وأهدافه والأدوات المستخدمة فيه من قائمة بيك للإكتئاب وبرنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي وقد وجد الباحث تعاوناً وإهتماماً كبيرين من قبل مديري المراكز والمرشدين النفسيين المتواجدين فيها.

تطبيق أداة الدراسة

قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة المستخدمة في هذه الدراسة على أفراد عينة الدراسة الميدانية في مكان إجراء الدراسة الميدانية وهي الدار السودانية لرعاية مرضى ومصابي مرض الأيدز بولاية جنوب

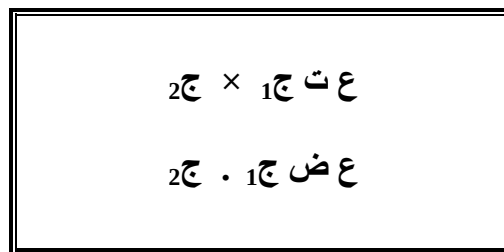
دارفور والتي تم إختيارها من قبل أفراد العينة، وطلب منهم أن يجيبوا على أسئلة الأداة بعد أن شرح لهم الأداة والغرض منها وأهدافها.

الجدير ذكره هنا أن الباحث قد طبق هذا الجزء من العمل الميداني بنفسه حيث كان يسلم أفراد عينة الدراسة الميدانية الأداة يدأ بيد ثم يستلمها منهم شخصياً بعد الإجابة على أسئلتها، كذلك قام بتنفيذ البرنامج الإرشادي حيث قام الباحث بإجراء الجلسات الإرشادية من واقع الإستفادة من عمله السابق في مجال مكافحة مرض الأيدز والأمراض المنقولة جنسياً والتدريب الذي ناله في هذا المجال (عدد أربعة عشر جلسة) وهي من الجلسة الأولى إلى الجلسة الرابعة عشر.

تطبيق برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي

بدأ تنفيذ برنامج الإرشاد النفسي في يوم 2014/4/14م وتحديداً يوم الإثنين، حيث قام الباحث بمقابلة المرضى الذين عرض عليهم البرنامج الإرشاد وإستجابوا له والذين تم إختيارهم كعينة لهذه الدراسة والتي سوف يجرى عليهم البرنامج الإرشادي والأساس الذي تم بموجبه إختيار هذه العينة هو طريقة العينة المحددة والمقيدة مع مراعاة شمولها وتمثيلها للمرضى بولاية جنوب دارفور مكان إجراء الدراسة. تم إستخدام تصميم المجموعتين المستقلتين (تصميم المجموعتين التجريبية و الضابطة ذات الإختبار القبلي والبعدي Per-test, Post-test, control Group and Experimental Group design) الذي يكون على الشكل التالي:-

شكل رقم (12) يوضح نموذج تصميم المجموعتين المستقلتين.



وتفسر العلاقة داخل الشكل السابق على النحو التالي :-

ع = عينة مختارة بطريقة محددة.

ت = مجموعة تجريبية

ض = مجموعة ضابطة.

ج1 = إختيار قبلي.

ج2 = إختبار بعدي.

X = المتغير المستقل.

• = لا يوجد متغير مستقل

قام الباحث بمقابلة أفراد العينة مجتمعين في لقاء جماعي تم فيها عرض البرنامج الإرشادي والتعريف به وتوضيح أهدافه و الغرض منه وطريقة تنفيذه.

إجراءات تنفيذ البرنامج الإرشادي

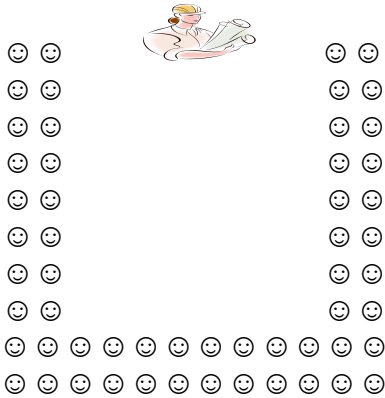
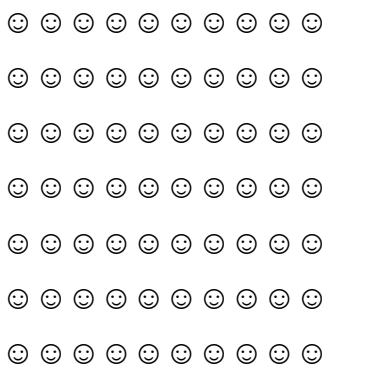
بعد أن تم أخذ الموافقة من مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي (مراكز الرعاية المتكاملة) على تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة من الأفراد المصابون بالأيدز وبعد موافقة المرضى أنفسهم بدأ تنفيذ البرنامج الإرشادي بدار الجمعية السودانية لرعاية مرضى ومصابي الأيدز بولاية جنوب دارفور، وقد تم إجراء تنفيذ البرنامج الإرشادي على النحو التالي:-

1- تجهيز الأدوات اللازمة وهى: قائمة آرون بيك للإكتئاب – برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي.

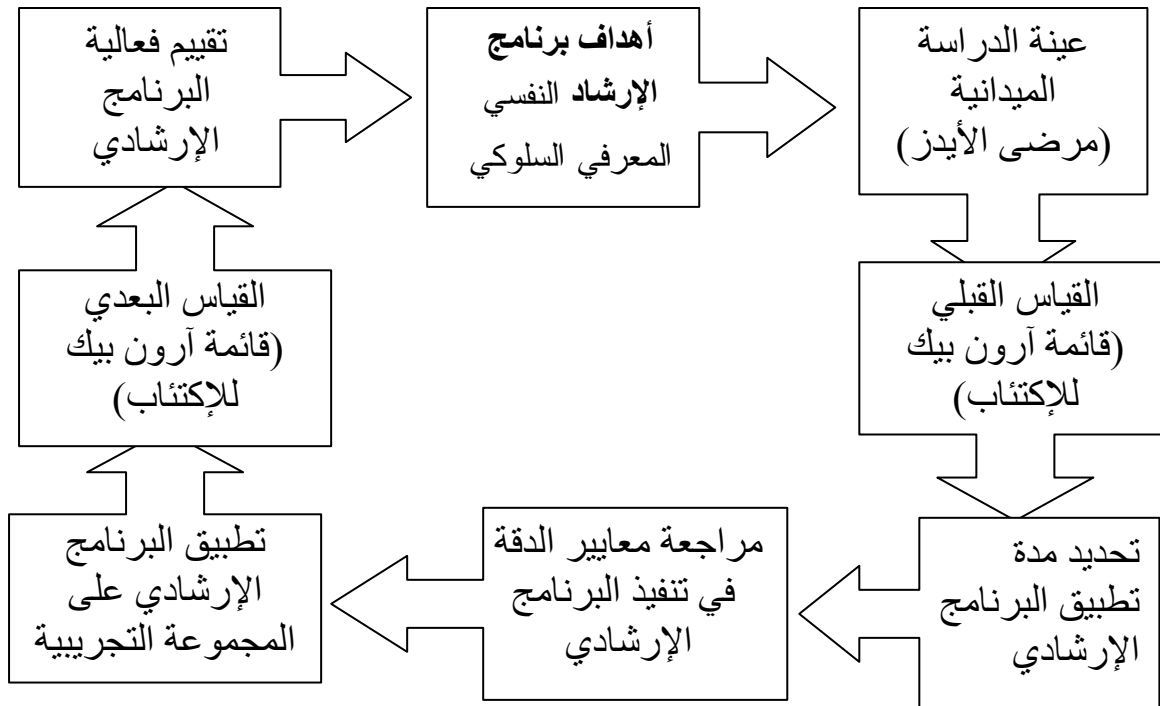
2- تم تجهيز مكان مناسب لتنفيذ البرنامج مزود بالمقاعد المريحة وبأجهزة مشاهدة وإستماع حديثة مثل جهاز عرض فيديو – جهاز مسجل إستريو – سماعات صوتية متطورة. حيث يجلس أفراد العينة على هيئة صفوف منتظمة أثناء التقديم أو على حسب ما تقتضيه الجلسة الإرشادية، ثم تتحول الجلسة على هيئة الحرف (U) أثناء المناقشات الجماعية.

3- توفير الوسائل المساعدة على تنفيذ الجلسات الإرشادية (أقلام – أوراق – دفاتر – وغيرها) .

شكل رقم (13) يوضح المنظر العام لقاعة تنفيذ البرنامج الإرشادي.

1				1			
5	4	3	2	5	4	3	2
							
أثناء المناقشات الجماعية				أثناء التقديم العام في الجلسات الإرشادية			
1- شاشة عرض 2- جهاز عرض فيديو 3- المرشد 4- جهاز مسجل إستريو 5- وسائل أخرى				1- المرشد النفسي (الباحث) 2- أفراد العينة			

- 4- تم إختيار الأفراد الذين سيتم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم وقد تم إختيار 30 فرداً يمثلون المجموعة التجريبية منهم 15 من الذكور 15 من الإناث.
- 5- تم إتباع خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي مع أفراد المجموعة التجريبية وذلك حسب الخطة الموضوعية وباستخدام الوسائل والأساليب المحددة.
- 6- تنفيذ جلسات برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي: تم حسب الخطة الموضوعية لذلك والتي تحتوي على أربعة عشر جلسة بواقع جلستان كل أسبوع ولمدة سبعة أسابيع وبمدى زمني يتراوح بين 30 — 45 دقيقة لكل جلسة.
- 7- تم تطبيق أداة الدراسة (قائمة بيك الثانية للإكتئاب) على أفراد العينة من المجموعتين التجريبية والضابطة (القياس القبلي).
- 8- تلقت المجموعة التجريبية تطبيقاً لبرنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي بواسطة الباحث وذلك من خلال تقديم المعلومات و بمشاركة المرضى أنفسهم وإدارة المناقشات الجماعية حول المعلومات المقدمة والخاصة بالجلسات الإرشادية.
- 9- أما فيما يتعلق بالمجموعة الضابطة فكانت تقدم لها بعض المعلومات العامة وتمت مقابلتهم أسبوعياً وبمعدل مرة واحدة كل أسبوع وفي أثناء تقديم المعلومات يطلب منهم مناقشة المواضيع التي تم طرحها عليهم (وهو ما يعرف بوضعهم في قائمة الإنتظار).
- شكل رقم (14) يوضح خطوات تنفيذ البرنامج الإرشادي .**



الأساليب الإحصائية المستخدمة

يستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التي تتناسب و تحليل البيانات والمعلومات المجمعة في هذه الدراسة، وإستند إلى المعادلات والطرق الإحصائية التالية:-

8- الحاسب الآلي وفقاً لنظام الرزمة الإحصائية لعلوم الإجتماعيات Statistical (SPSS)

Package For Social Sciences.

9- النسبة و النسبة المئوية .

10- الوسط الحسابي .

11- الإنحراف المعياري .

12- إختبار " ت " T.test

وهو الإختبار الذي يناسب توزيع الفرق بين متوسطين على درجات حرية $(n_1 + n_2 - 2)$ أو $(n - 2)$

ن - 2) . ويتخذ إختبار " ت " الصور التالية:-

أ- إختبار " ت " للمجموعات المستقلة المتساوية الأعداد

ب - إختبار " ت " للمجموعات المستقلة الغير متساوية العدد

13- إختبار " أنوفا " One- Way ANOVAs

14- معامل الارتباط .

قد تتطلب مجريات الدراسة أو الإجابة على أسئلتها أو إختبار فروضها قياس متغيرين على الأقل ثم تحديد درجة العلاقة بينهما، والأسلوب الإحصائي الذي يستخدم في هذه الحالة هو معامل الارتباط ومعامل الارتباط يتراوح بين $(+1 - 1)$ وعادةً ما يكون في صورة كسر عشري. (فؤاد أبو حطب وآمال صادق، 1991م)

ولحساب معامل الارتباط يستخدم الباحث المعادلة التالية:-

ت- معادلة بيرسون لحساب معامل الارتباط .

ث- معادلة ألفا كرونباخ لحساب معامل الارتباط .

(مصطفى أحمد على وآخرون، 2006م: 173)

الفصل الرابع

عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

تناول الباحث في هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة من خلال التحقق من فرضيات البحث الحالي من ثم تفسيرها و مناقشتها في ضوء ما توفر للدراسة الحالية من إطار نظري و من خلال النتائج التي توصلت إليها ومع ما توفر من الدراسات السابقة سواء إتفقت أو اختلفت معها.

أولاً: عرض وتحليل النتائج المتعلقة بفروض الدراسة

هدف هذا الجزء من الفصل إلى عرض النتائج وتحليل البيانات والتي تمثلت في إستجابات أفراد عينة الدراسة الميدانية من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على فقرات المقياس وذلك لمعرفة الفروق في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى الأفراد المصابين بالمرض من الجنسين بولاية جنوب دارفور ومعرفة فعالية برنامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي في علاج الإكتئاب بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية. أيضاً معرفة أثر كل من النوع والحالة الاجتماعية وفترة الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي و المرحلة العمرية والعمل على مستوى الإكتئاب لدى المرضى . وبعد تطبيق إجراءات الدراسة الميدانية وتحليل البيانات إحصائياً بواسطة الحاسب الآلي وفقاً لنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS)، تم التوصل إلى النتائج التالية:—

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الأول:—

نص الفرض الأول (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحث بإستخدام إختبار (ت - T.Test) لعينتين مرتبطتين.

جدول رقم (21) يوضح نتائج إختبار (ت - T.Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد المصابين بمرض الأيدز من المجموعتين على مقياس بيك للإكتئاب.

البيان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الإحتمالية	مستوى الدلالة
المتغير موضع المقارنة	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	3.615	0.001	دالة إحصائياً
مقياس بيك للإكتئاب	47.13	12.998	37.07	6.716			

من الجدول رقم (21) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المصابون بمرض الأيدز من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية ، وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (3.615) وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.05) عند درجات الحرية (29) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض الموجب والذي يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي جاءت لصالح المجموعة التجريبية

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الثاني:-

نص الفرض الثاني (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير النوع ذكور - إناث).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحث بإستخدام إختبار (ت - T.Test) لعينتين مرتبطتين.

جدول رقم (22) يوضح نتائج إختبار (ت - T.Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير النوع.

البيان	الذكور		الإناث		قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
المتغير موضع المقارنة	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	1.249	0.000	غير دالة إحصائياً
مقياس بيك للإكتئاب	56.13	12.972	38.13	2.850			

من الجدول رقم (22) يتضح أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المصابون بمرض الأيدز الذكور و الإناث من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ، وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (1.249) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.14) عند درجات الحرية (14) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض السالب والذي يعني أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذكور و الإناث من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الثالث:-

نص الفرض الثالث (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية متزوج – غير متزوج).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحث بإستخدام إختبار (ت - T.Test) لعينتين غير مرتبطتين.

جدول رقم (23) يوضح نتائج إختبار (ت - T.Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير الحالة الاجتماعية .

البيان	متزوجون		غير متزوجون		قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
المتغير موضع المقارنة	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	2.115	0.000	غير دالة إحصائياً
مقياس بيك للإكتئاب	39.89	3.296	50.24	14.384			

من الجدول رقم (23) يتضح أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المصابون بمرض الأيدز المتزوجون و الغير متزوجون من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ، وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (2.115) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.146) عند درجات الحرية (28) .

عليه فإن الباحث يقبل الفرض السالب والذي يعني أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد المتزوجون و الغير متزوجون من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الرابع :-

نص الفرض الرابع (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير فترة الإصابة بالمرض).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحث بإستخدام إختبار أنوفا (One way Anova) لإختبار المجموعات.

جدول رقم (24) يوضح نتائج إختبار (Anova) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعات من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير فترة الإصابة بالمرض.

فترة الإصابة بالمرض	المتوسط	الإنحراف	قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
أقل من سنتين	50.08	14.361	4.849	0.016	دلالة إحصائية
3 — 4 سنوات	46.33	14.222			
خمس سنوات فأكثر	39.36	3.443			

من الجدول رقم (24) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات حسب فترة الإصابة بالمرض من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي ، وذلك عند مستوى القياس (0.05) ، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (4.849) وهي أكبر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.35) عند درجات الحرية (27) .
عليه فإن الباحث يقبل الفرض الموجب والذي يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد من المجموعات حسب فترة الإصابة بالمرض من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرض الخامس :-

نص الفرض الخامس (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغير المستوى التعليمي).

وللتحقق من صدق هذه الفرضية قام الباحث بإستخدام إختبار أنوفا (One way Anova) لإختبار المجموعات.

جدول رقم (25) يوضح نتائج إختبار (Anova) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعات من المجموعة التجريبية على مقياس بيك للإكتئاب حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت" المحسوبة	القيمة الإحتمالية	مستوى الدلالة
أساس	48.33	14.095	0.739	0.538	غير دالة إحصائياً
ثانوي	49.11	14.266			
جامعي	40.25	4.349			
فوق الجامعي	39.50	2.121			

من الجدول رقم (25) يتضح أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك عند مستوى القياس (0.05)، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (0.739) وهي أصغر من القيمة الجدولية التي تساوي (2.35) عند درجات الحرية (26). عليه فإن الباحث يقبل الفرض السالب والذي يعني أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد من المجموعات حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

قام الباحث في هذا الجزء من الفصل الخامس بمناقشة النتائج وتفسيرها على ضوء فروض الدراسة وذلك بعد أن قام بعرض البيانات وحللها في الجزء السابق من هذا الفصل في عدد من الجداول وفقاً للأساليب الإحصائية المناسبة.

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الأول إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بعد تطبيق برنامج الإرشاد النفسي على المجموعة التجريبية جاءت لصالح المجموعة التجريبية، كما هو موضح في الجدول رقم (21).

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلى وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي.

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عباس الصادق ،2008م) التي أشارت نتائجها إلي وجود فروق بين درجات الأفراد من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي .

كذلك إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (على فرح،2005م) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي مؤكدة الإستفادة من البرنامج الإرشادي.

كذلك إتفقت مع دراسة إنصاف عوض الكريم (2005م) التي أشارت إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات الأفراد في مستوى الاكتئاب في القياس القبلي و البعدي بعد تطبيق الجلسات العلاجية .

أيضاً إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (نجود النور عثمان،2004م) والتي أشارت نتائجها إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى القلق بالنسبة لعينة الدراسة مؤكدةً بذلك مدى إستفادة أفراد العينة التجريبية من برنامج الإرشادي.

إتفقت كذلك هذه النتيجة مع دراسة هويدا حسب الرسول (2001) التي أشارت إلي وجود فروق بين القياس القبلي و البعدي لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي .

إتفقت أيضاً مع دراسة غانم البكر (2001م) التي أشارت إلي ظهور فعالية البرنامج الإرشادي في خفض درجتي القلق و الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم .

إتفقت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة هشام عبد الله (1991م) التي أشارت إلي فعالية البرنامج العلاجي في تعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم .

ونتيجة لعدم حصول الباحث على دراسات سابقة تناولت الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي وعلاقته بالإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز، لذا أقتصر الباحث تفسير النتائج على هذه الدراسات و من خلال الإطار النظري للدراسة والواقع المرضي و النفسي والإجتماعي لمرضى الأيدز.

رأى الباحث أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي تعود إلي فعالية البرنامج الإرشادي الذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية ومدى الإستفادة منه.

والفرق بين المجموعتين يكمن في الحرمان من الرعاية الصحية وخدمات الإرشاد النفسي والرعاية الأسرية والمجتمعية الطبيعية، فإن فقدان الرعاية الصحية والأسرية والمجتمعية والنظرة الإجتماعية السالبة تجاه مريض الأيدز تعتبر من العوامل التي قد تؤدي إلي حدوث حالات الإكتئاب وسط المرضى.

وحرمان الرعاية الصحية نقصد به عدم حصول أو عدم الإستفادة من خدمات مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة من توعية وتبصرة الفرد المريض بالمرض والنتائج المترتبة عنه و عن نفسه وتفهمه لنفسه وقدراته وإمكاناته وكيفية إستغلالها لأقصى حد ممكن والتعايش الإيجابي مع

المرض، كذلك تبصرته بالبرامج الإرشادية والخدمات الإرشادية التي تقدم من خلال هذه المراكز وكيف له أن يستفيد منها. أيضاً البرامج العلاجية التي تقدم في هذه المراكز و درجة الاستفادة التي سوف يجنيها ويستفيد منها في صحته والفائدة التي سيجدها من خلال المتابعة الدورية.

وحرمان الرعاية الصحية مهما اختلفت أشكاله أو مسبباته فهو بيئة غير صالحة للتوافق السليم، وأن هناك ارتباط واضح بين الاستقرار النفسي والطمأنينة والحب وزيادة أعراض القلق والمخاوف وإضطرابات النوم وفقدان الشهية للطعام وضعف الثقة بالنفس والشعور بالتعاسة والعوانية بالنسبة للأفراد المصابون بالأمراض المزمنة والتي من ضمنها بل وأخطرها مرض الأيدز، وهذه كلها مظاهر دالة على حالة الإكتئاب لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز.

و أن مرض الأيدز يخلف أثراً نفسياً واجتماعياً قوياً على الأفراد المصابين به، وقد يكون مستوى الإكتئاب لدى الأفراد المصابين طردياً على ضوء التغيرات المختلفة التي تحدث للأفراد المصابين ابتداءً من الظروف النفسية والمشاكل الاجتماعية التي يواجهها الأفراد المصابين، إنتهاءً بالظروف والمشاكل العضوية التي تظهر لاحقاً.

كما أن الظروف المصاحبة للإصابة بالمرض يمكن أن تؤدي إلي تعكير صفاء الأفراد المصابين بالإضافة إلي الصدمة التي بالأفراد جراء الإصابة بالمرض، كل ذلك ينعكس سلباً على الفرد المصاب.

ويفسر الباحث هذه النتيجة أيضاً بأنه كان للبرنامج الإرشادي ولفنياته التي اعتمد عليها، فاعليته في دحض الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تلقيهم للبرنامج .

فكما أظهرت النتائج فقد تخلوا عن تلك الأفكار اللاعقلانية واستبدلوها بأخرى أكثر عقلانية ومنطقية ، كذلك ومن خلال مناقشات أفراد المجموعة مع بعضهم البعض بحيث يقتنع كل منهم بما يراه مناسباً ومنطقياً من الأفكار ويتخلّى عما دون ذلك .بالإضافة إلي رغبة أفراد المجموعة التجريبية في المعرفة والفهم والإستزادة من العلم عن مرض الأيدز و الآثار المترتبة عن الإصابة به وإتقان تلك المعلومات وصياغة المشكلات وحلها ، مما جعل للبرنامج الإرشادي تأثيراً إيجابياً حيث أشبع تلك الحاجات لدى أفراد المجموعة التجريبية ، ونتيجة لذلك كانوا أكثر قابلية وأكثر قدرة على المناقشة والحوار الجاد و النشاط مع من هم أكثر منهم خبرة ، وخاصة أن دور الباحث (المرشد النفسي) هنا لم يكن إلزامياً أو إجبارياً عليهم ولكن كان طلبهم للنصح والإرشاد طوعية منهم ، حيث توفر ذلك من خلال البرنامج الإرشادي دون أن يعوق هذا الإرشاد حريتهم .

وإلي جانب ما اعتمد عليه البرنامج الإرشادي من فنيات وأنشطة وتدريبات كانت فعالة ومؤثرة فيما وصلت إليه أفراد المجموعة التجريبية من تحسن بعد تلقيهم لمادة البرنامج الإرشادي ، أيضاً كان فعالاً في تعديل بعض المظاهر الإكتئابية لديهم من السلبية إلي الإيجابية ،فأصبحوا مقتنعين بقدرتهم من التغلب على الظروف المرضية و التكيف و التعايش مع المرض ومع ما لا يمكن تغييره ،وأن بإمكانهم السعي ليكونوا

أكثر سعادة وأكثر قدرة على مواجهة أحداث الحياة ومواقفها الضاغطة، ففي مقابل ذلك تخلوا عن الكثير من المظاهر الإكتئابية من مثل الإنهزامية والإتكالية وضيق الأفق والجمود .

كما كان لتذكيرهم بأن كل شيء مقدر من الله سبحانه وتعالى ، وأن التفاعل بالخير يجلب الخير (تفاعلوا بالخير تجدوه) مدعاة لإنخفاض شدة المظاهرة الإكتئابية لديهم ، وبالتالي كانت هذه الفنيات التي قدمت من خلال البرنامج الإرشادي و المناقشات و التدريبات التي قام بها أفراد المجموعة التجريبية سبباً في علاج حالة الإكتئاب لديهم وذلك من خلال إنخفاض مستوى المظاهر الإكتئابية بل وتخليهم عن الكثير منها وإستبدالها بأخرى تشير إلي الرضا والسعادة لديهم .

لكل هذه الأسباب السابقة يرى الباحث أن الأفراد المصابون بمرض الأيدز يحتاجون لبرامج إرشادية مكثفة ومستمرة لفترات طويلة دونما إنقطاع حتى تساهم في المساعدة والمساندة من الناحية النفسية والإجتماعية نحو التحسن ، فمن هنا جاءت الفروق بين المجموعتين .

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الثاني لعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد الذكور و الإناث من المجموعة التجريبية في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ، كما هو موضح في الجدول رقم (22)

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي ترجع لمتغير النوع (ذكر – أنثى)
إتفقت هذه النتيجة مع دراسة منال عمر (2009م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد ترجع لمتغير النوع (ذكر – أنثى)

إتفقت أيضاً هذه النتيجة مع دراسة عباس الصادق (2008م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد من المجموعة التجريبية ترجع إلي النوع (ذكر – أنثى)

كذلك إتفقت مع دراسة آدم كجور (2003م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد في مستوى القلق و الاكتئاب تعزى لنوع مريض الأيدز (ذكر – أنثى)

إتفقت كذلك مع دراسة هويدا حسب الرسول (2001م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعود لمتغير النوع (ذكر – أنثى)

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة أماني أحمد (2001م) التي أشارت إلي عدم وجود تفاعل بين الإصابة بمرض الأيدز والنوع (ذكر – أنثى)

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة هشام عبد الله (1991م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعود إلي النوع (ذكر – أنثى)

ونتيجة لعدم حصول الباحث على دراسات سابقة تناولت الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي وعلاقته بالإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز ، فإن الباحث لا يستطيع أن يجد من الدراسات ما يتفق أو

يختلف مع نتائج دراسته في هذه الجزئية لذا إقتصر تفسير النتائج الخاصة بهذه الفرضية من خلال الإطار النظري والواقع المرضي والنفسي لمريض الأيدز .

وعزى الباحث النتيجة الحالية والدالة على عدم وجود فروق بين الذكور و الإناث في مستوى الإكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بأنها تعطي مؤشراً إلى أن كل من الذكور والإناث في هذه المجموعة يمثلان مجتمع واحد لا يتأثر بمتغير النوع فيما يتعلق بعملية التأثيرات الناجم عن الإصابة وذلك أن المجتمع ينظر ذات النظرة إلى المشوبة بالشك والريبة سواء كان المصاب ذكراً أو أنثى ، فإختلفت الطبيعة البيولوجية بين الذكور والإناث وظل عدم وجود الفروق قائماً بينهما.

هذا يدعم القول القائل بأن متغير النوع ليس عاملاً مؤثراً بشكل حاسم في ظهور الفروق بين الجنسين في عملية الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بالأمراض المزمنة .

كذلك أن متغير النوع ليس لديه تأثير في نوعية التحسن من خلال تطبيق البرنامج الإرشادي ، لأن البرنامج مقدم لعلاج الاكتئاب والذي فيه يتساوى تقريباً النوعان وليس هناك أعراض للذكور وأخرى للإناث ، كما أن لنوعية شخصية مرضى الأيدز التي تتصف بسمات الشخصيات القلقة والحساسة دور لعدم وجود الفروق بين الذكور و الإناث ، لذا فإنهم يسيطرون عليهم التفكير اللاعقلاني ، عليه لعبت تقنية تغيير الأفكار اللاعقلانية دوراً فعالاً عندهم .

وبالرغم من أن الإصابة بمرض الأيدز فيها الكثير من القسوة ومثيرات الخوف والقلق والتوتر والإحباط، ولكنها لم تظهر فروق في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بين الذكور والإناث ، وفي تقدير الباحث أن القوة التي تحتاجها الحياة المرضية للفرد المصاب بمرض الأيدز هي قوة نفسية داخلية وإجتماعية خارجية أكثر مما تكون قوة ترجع للفروق البيولوجية بين الذكور والإناث ، والقوة النفسية الداخلية تخضع لمبدأ الفروق الفردية ليس بين الجنسين وإنما في داخل المجموعة الواحدة بينما القوة الإجتماعية الخارجية فتخضع لمبدأ التفاعل الإجتماعي بين الفرد والبيئة الإجتماعية المحيطة به.

كل ذلك يشير إلى أن الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بمرض الأيدز خاصة حالة الاكتئاب موضع الدراسة الحالية لا تتأثر بمتغير النوع بقدر ما هي تتأثر بعوامل أكثر عماءً، إما موجودة داخل الفرد المصاب نفسه أو البيئة المحيطة به بأشكالها وأوجهها المختلفة الطبيعية منها والإجتماعية .

و لو إفترضنا ظهور فروق بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة لدى أفراد العينة التجريبية وأرجعنا ذلك لضعف القوة الكامنة في التكوين البيولوجي للإناث، مما يؤثر على درجة إحتماهن للحياة المرضية و إنعكس ذلك سلباً على مستوى إكتئابهن، فإنه من الجائز أيضاً أن نتوقع فروق بين الجنسين في المجموعة الضابطة، وذلك لطبيعة التربية والعناية الخاصة التي تعطي للرجل في البيت السوداني حيث تحت التربية السودانية الأسرية الرجل على عدم البكاء وتحمل المشاق وأنت الرجل والرجل لا يضعف وأن الضعف والبكاء للنساء فقط.

ولكن كل ذلك يشير إلى أن عملية التأثير النفسي لا تتأثر بمتغير النوع بقدر ما هي تتأثر بعوامل أكثر عمقاً، إما موجودة في داخل الفرد نفسه، أو البيئة المحيطة به بأشكالها وأوجهها المختلفة الطبيعية و النفسية منها والاجتماعية خاصة فيما يتعلق بالآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عن الإصابة بمرض الأيدز تحديداً حالة الاكتئاب الناجم عن الإصابة بالمرض .

و ليس للباحث أي معلومات دقيقة تفسر عدم وجود فروق وفق نتائج هذه الدراسة، ولكن على ضوء خلفيته العلمية والعملية في هذا المجال يرى أن الإناث هن الأكثر حساسية وقلقاً عند التعرض للإبتهالات والأمراض والضغوط بحكم تكوينهن النفسي والروحي والاجتماعي وأنها الأكثر حساسية للآثار التي ترتبط بالمظهر العام والسمعة، لأنهما عنصران أساسيان من عناصر التشكيل لمفهوم الذات الخاص والعام لدى المرأة، وعلى ضوء الملاحظات الميدانية والظروف التي تحيط بالإناث المصابات بمرض الأيدز في المجتمع، إذ أنهن يواجهن مشاكل عضوية ترتبط بمرض الأيدز، ويرتبط هذا بدوره بالأمراض المنقولة جنسياً والتي لها إفرازاتها ومشاكلها التي تعاني منها الإناث أكثر من الرجال، ومنها ما هو مرتبط بالرفض من الأسرة والمجتمع وصعوبة مقدرة الإناث على الاهتمام الذاتي عند معرفة الإصابة بالمرض وبدأ ظهور الأعراض. وأن الإناث هن الأكثر شعوراً بالعجز والإستسلام حيال هذه الضغوط الصعبة لأنهن الأكثر إحساساً بعدم القدرة في السيطرة على المرض ولأن طرائقهن في التفكير تجعلهن يعتقدن بأن الأمر الحادث يستمر طوال الحياة، أي أنهن ذات تفكير ثابت شمولي، إن أمر الإصابة لديهن يؤثر على كل شيء وأن تفكيرهن يقوم أيضاً بضم أسباب كل شيء إلي أخطائهن وضعفهن، فكل هذه الطرائق تجعلهن عند الإصابة بمرض الأيدز أكثر تهيأً للإصابة بالإضطرابات النفسية والاجتماعية والتي بدورها قد تؤدي إلي ظهور المظاهر الإكتئابية لديهن بصورة أوضح مقارنة بالرجال.

إن كل هذا يتفق مع ما أوردته منظمة الصحة العالمية من أن الإناث اللاتي أصبن بالعدوى يواجهن العديد من القيود ذات الصلة بخصائص خاصة بهن والتي تعوق الحصول على العلاج المناسب عند الإصابة بالأيدز والأمراض المنقولة جنسياً، كما أن مكان وجود تقديم الخدمات الصحية يعد أحد هذه القيود، إذ أن الإناث في كثير من الأحوال محدودات الحركة بسبب مسؤولياتهن المنزلية وقلة تحركهن وحساسيتهن تجاه أماكن وجود الخدمات والرعاية الصحية لمرضى الأيدز، إضافة إلي ذلك فإن الإناث يفتقرن إلي الإستغلال المادي وأن الإصابة بالأيدز تحمل نوعاً من الوصمة والعار للمرأة في المجتمع.

ورأى الباحث أن هذه النتيجة غير موضوعية كما أثبتت معظم الدراسات النفسية من أن المظاهر الإكتئابية يزيد إنتشارها في الإناث بمعدلات ومستويات أكثر من الرجال، ثم أن الظروف المتعددة التي تحيط بالإناث في كل المجتمعات تجعل للإناث من الخصوصيات ما يختلفن به عن الرجال، خاصة في الجوانب التي ترتبط بالجنس والمظهر والوصمة النفسية والاجتماعية.

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الثالث إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد المتزوجون والغير متزوجون من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم، كما هو موضح في الجدول رقم (23)

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي تعود لمتغير الحالة الاجتماعية . اختلفت كذلك مع دراسة عباس الصادق (2008م) التي أشارت إلي أن الأفراد المتزوجون أظهروا درجات عالية من التوافق النفسي و الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي من الأفراد الغير متزوجون. إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (آدم كجور ، 2003م -) التي أشارت نتائجها إلي عدم وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة ترجع إلي متغير الحالة الاجتماعية .

كذلك إتفقت مع دراسة (علي التهامي ، 1997م -) التي أشارت نتائجها إلي عدم وجود تفاعل بين حالة الإصابة بمرض الأيدز و الحالة الاجتماعية لأفراد عينة الدراسة .

ويعزي الباحث هذه النتيجة إلي أن الأثر النفسي الوخيم الذي تتركه الإصابة بمرض الأيدز على الأفراد قد يكون متساوياً عند كل الأفراد ولا يكون لمتغير الحالة الاجتماعية أثر فيه، حيث أن الأفراد المتزوجون قد لا يجدون من أزواجهم ملاذاً يلجئون إليه حينما تشتد بهم الضغوط سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو إقتصادية أو غيرها من ضغوط الحياة المختلفة، و يرى الباحث أن غياب مستوى التفاهم الموجود بين الأزواج يمكن أن يؤثر كثيراً في زيادة نسبة القلق بشأن الإصابة بمرض الأيدز ومخاوف المصير المحتوم، هذا بالإضافة إلي وضعية المكانة الاجتماعية وسط المجتمع للفرد المتزوج عن غيره من الأفراد الغير متزوجون والتي قد يشوبها التآرجح و الإهتزاز نتيجة وصمة العار التي قد يطلقها أفراد المجتمع على الأفراد المصابين بالمرض على غير تفريق بين المتزوجين و الغير متزوجين.

وبما أن هذا الأمر يرتبط بالإستقرار النفسي للفرد نفسه وإستقرار الجو الأسري تجاهه وبالقدرة الإقتصادية للأسرة والفرد و بالمستوى الثقافي للأسرة تجاه مرض الأيدز والمستوى التعليمي للفرد المصاب والمرحلة العمرية ودرجة التوافق الأسري، فالإستقرار الأسري ليست عملية مصادفة أو عملية عشوائية، ولكنها ثمرة سلوك قصدي وعمدي في معظمه يصدر عن كل طرف ويهدف إلي إسعاد الطرف الآخر، والشعور بالسعادة هو شعور إنفعالي داخلي منفصل إلي حد ما عن الإنفعال والأساليب السلوكية و الواجبات التي يقوم بها كل من الطرفين تجاه الآخر، فالإستقرار شعور يترتب على الأعمال التي يقوم بها كل من الطرفين، وعلى إدراك كل منهما للدوافع والنيات التي تقف وراء سلوك الطرف الآخر وأعماله، ومن هنا يمكن القول بأن الإستقرار الأسري يولد شعوراً بالراحة النفسية والاطمئنان لدى الطرفين، وهذا ما يطلق عليه السعادة الزوجية التي هي هدف مهم من أهداف الزواج، وتكمن هذه السعادة في قبول كل طرف للآخر ضمن إطار من القناعة فيكون بذلك الإستقرار النفسي والاجتماعي و الإقتصادي، مع شعور

كل طرف بأن الآخر هو ما يناسبه ويرتاح إليه ويتوافق معه. وفي رأي الباحث أن أختفاء أو زوال هذه العوامل بالإضافة إلى النظرة السلبية لأي طرف إلى الطرف الآخر عند إصابته بالمرض هذه كلها قد تكون هي الأسباب في عدم وجود الفروق بين الأفراد المصابون بمرض الأيدز من المجموعة التجريبية المتزوجون والغير متزوجون.

و لكل هذه المسوقات يرى الباحث أن الأفراد المصابون بمرض الأيدز المتزوجون و الغير متزوجون يحتاجون لبرامج إرشادية مكثفة ومستمرة لفترات طويلة دونما إنقطاع حتى تسهم في المساعدة والمساندة من الناحية النفسية والاجتماعية وبذلك تكون قد دعمت جوانب التوافق الإستقرار الأسري بالشكل المطلوب مما يساهم كثيراً في علاج حالات الاكتئاب التي تنجم عن الإصابة بالمرض .

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الرابع إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد حسب فترة الإصابة بالمرض من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ، كما هو موضح في الجدول رقم (24)

إتفقت هذه النتيجة آدم كجور (2003م) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين القلق و الاكتئاب و متغير الفترة الزمنية لمعرفة الإصابة بالمرض .

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة على التهامي (1997م) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد تعود إلى فترة ظهور أعراض المرض .

ويعزي الباحث هذه النتيجة إلى أن ارتباط المستويات العليا للاكتئاب بالمستويات الدنيا لمعرفة الإصابة بالمرض ربما تكون مرتبطة بتشخيص الفرد المصاب بالحياة حيث أن ردود الأفعال تكون أقوى عند حديثي الإصابة وكثيراً ما يكون التكيف مع المرض أصعب على حديثي الإصابة بالمرض ، وأن هناك مجموعة من الطموحات و الأهداف لم تتحقق في هذه الفترة العمرية ويسعى فيها الإنسان إلى تحقيق الذات بالعلم و الكفاح من أجل الوصول إلى مستقبل مرموق و باهر وبناء العلاقات الاجتماعية ، ولكن عندما يصاب الفرد بمرض الأيدز فإنه يرى أن هذه الآمال إنقطعت ولن تتحقق الأهداف والطموحات .

كذلك يرى الباحث أن زيادة العمر تعني الإستبصار بمعرفة المريض بمرض الأيدز وبكل أبعاده حيث يترتب على ذلك أن يحافظ على نفسه أطول فترة ممكنة بالمعالجات السريعة للأمراض الإنتهازية والإلتهابية وتهيئة الجسم والنفس للتوافق و التكيف مع المرض وبالتالي يقل الضغط النفسي و الاكتئاب .

كذلك أن معرفة الإصابة بالمرض منذ اللحظة الأولى يخلف أثراً نفسياً قوياً جداً لدى الفرد المصاب ، قد يكون مستوى الاكتئاب طردياً على ضوء التغيرات التي تحدث للمريض ابتداءً من التغيرات والمشاكل الاجتماعية التي يواجهها المريض إنتهاءً بالظروف والمشاكل العضوية التي تظهر لاحقاً ، كما قد يرتبط هذا التباين في مستويات الاكتئاب بمتغيرات أخرى .

ويرى الباحث أن هذه النتيجة موضوعية وأنه كلما قلت فترة الإصابة وكلما كان الشخص حديث علم بإصابته ، كلما كانت درجة تأثره نفسياً أكبر ، ونجد أن المصابين الذين طالت فترة عرفتهم بإصابتهم أصبحوا أكثر مرونة مع ظروف الحياة ، وأن طول فترة إصابتهم وإكتسابهم لوسائل المعرفة والخبرة يجعلهم يتعاملون مع الواقع بحكمة وإتزان .

أشارت النتيجة المتعلقة بالفرض الخامس إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد حسب المستوى التعليمي من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم ، كما هو موضح في الجدول رقم (25).

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي (2014م) التي أشارت إلي وجود فروق بين الأفراد وفقاً لمتغير المستوى التعليمي .

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة هويدا حسب الرسول (2001م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق بين الأفراد بعد البرنامج الإرشادي تعود إلي المستوى التعليمي .

كذلك إتفقت مع دراسة علي التهامي (1997م) التي أشارت إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة التجريبية وفقاً للمستوى التعليمي .

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عبدالرحمن عثمان، 1997م) والتي لم تشير إلي وجود علاقة بين التحسن في درجات الاكتئاب والإتجاهات السالبة مع المستوى التعليمي .

يعزي الباحث هذه النتيجة إلي أهمية المستوى التعليمي للمريض ، إذ أن البرامج الإرشادية المختلفة تحتاج إلي درجة من الوعي و التبصير حتى يستطيع الفرد القيام بها على أكمل وجه ، خاصة وأن طبيعة البرنامج الإرشادي الحالي تتطلب درجة من التعليم تمكن الفرد من القيام بملحقات البرنامج المتمثلة في الواجبات المنزلية و النشاطات والمهارات التي يطلب من المريض القيام بها والتي يعجز الفرد الذي لم ينل قسطاً من التعليم الإيفاء بها وبالتالي عدم الإستفادة من البرنامج ، لذا فكلما إرتفع المستوى التعليمي للمريض كان أكثر قدرة على القيام بالبرنامج ، وكلما كان البرنامج أكثر فاعلية إذ أن المعرفة لها دور أساسي في عملية التعلم الإنساني .

كما أن الباحث يعزي عدم ظهور أثر للمستوى التعليمي إلي أن المرضى جميعهم قد نالوا قدرأً من التعليم ولم يكن من بينهم أفراد أميين مما ساعد على عدم وضوح أثر للمستوى التعليمي عند تطبيق البرنامج الإرشادي وإظهار فروق بين الأفراد من المجموعة التجريبية .

الفصل الخامس

الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية برنامج إرشاد نفسي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز لدى مرضى الأيدز بولاية جنوب دارفور. إستخدم الباحث المنهج التجريبي لإجراء هذه الدراسة. حيث تكونت عينة الدراسة من الأفراد المصابون بمرض الأيدز والتي بلغ عددهم (60) فرداً من الجنسين ينقسمون إلي مجموعتين تجريبية و ضابطة تضم كل منها (40) فرداً. إستخدم الباحث الأدوات المتمثلة في قائمة بيك الثانية للإكتئاب و برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز من إعداد الباحث، وبعد إجراء الدراسة وتحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:-

1- وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بين الأفراد المصابون بمرض الأيدز من المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية كانت لصالح الأفراد من المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي.

2- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير النوع (ذكر – أنثى).

3- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج – غير متزوج).

4- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير فترة الإصابة بالمرض (أقل من سنتين – 3 — 4 سنوات – خمس سنوات فأكثر).

5- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد تلك المجموعة تعود لمتغير المستوى التعليمي (أساس – ثانوي – جامعي – فوق الجامعي)..

التوصيات

على ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يوصي الباحث بالآتي:-

- 1- الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي والتثقيف الصحي لمرضى الأيدز وقيام جمعيات طوعية وجمعيات أصدقاء المرضى لكي تعمل في مجال الإرشاد النفسي للاهتمام بمرضى الأيدز وإبراز وتفعيل الدور الإيجابي الذي يمكن أن يلعبه المجتمع تجاه هؤلاء المرضى والأخذ بيدهم من أجل حياة مستقرة نفسياً واجتماعياً.
- 2- تزويد المؤسسات الصحية المتخصصة بإستقبال الأفراد المصابون بمرض الأيدز خاصة مراكز الإرشاد والفحص الطوعي المتكاملة بالمرشدين النفسيين والاجتماعيين لإثراء العملية الإرشادية.
- 3- ينبغي على المرشدين النفسيين والاجتماعيين الإنتباه المبكر للمظاهر الإكتئابية والعمل على تنمية الجوانب الإيجابية لدى المرضى عبر الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي .
- 4- ينبغي على القائمين بأمر الإرشاد النفسي لمرضى الأيدز مساعدة المرضى على أن يحددوا بأنفسهم طبيعة المشكلات التي يواجهونها وأن يتخذوا قرارات بشأن ما يمكنهم عمله لتقليل تأثيرها عليهم وعلى أسرهم وتعزيز ثقتهم بأنفسهم.
- 5- ضرورة تفعيل البرامج الوطنية لمكافحة مرض الأيدز بحيث تتضمن نشر الوعي والإرشادات العامة وسط المصابين و الأسر عن كيفية الوقاية من المرض وتحسين نوعية المعاملة مع الأفراد المصابين داخل الأسرة والمجتمع، وتقديم الرعاية اللازمة لهم والتعاطف معهم ومع أسرهم لتفادي الآثار المترتبة عن الإصابة بالمرض.

المقترحات

على ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج وإنطلاقاً من التوصيات السابقة يقترح الباحث المقترحات التالية لتكون نواة لدراسات مستقبلية:-

1- التوعية والتثقيف الصحي ودورهما في علاج الإكتئاب لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور.

2- دور مراكز الرعاية المتكاملة في علاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور.

3- دور المرشدين النفسيين والإجتماعيين بمراكز الرعاية المتكاملة في تنمية الجوانب الإيجابية لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور.

4- الإرشاد المعرفي السلوكي ودوره في تعزيز الثقة بالنفس لدى الأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور.

5- الإرشاد الأسري ودوره في تقبل الأسر للأفراد المصابون بمرض الأيدز بولاية جنوب دارفور.

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المصادر

- 1- القرآن الكريم
- 2- حسين محمد مخلوف: صفوة البيان لمعاني القرآن، الطبعة الثالثة، الناشر وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، الكويت، (1981م).
- 3- محمد بن إسماعيل البخاري: صحيح البخاري، المطبعة السلفية، القاهرة، مصر، (1959م).
- 4- محمد فؤاد عبد الباقي: المعجم المفهرس لمعاني القرآن الكريم، الطبعة الأولى، دار ومطابع الشعب، القاهرة، مصر، (د.ت).

ثانياً: المراجع باللغة العربية والمترجمة

- 5- إبراهيم الحكيم: SPSS المرجع في تحليل البيانات، الطبعة الأولى، شعاع للنشر والعلوم، حلب، سوريا، (2004م).
- 6- إبراهيم عبد الستار: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه ومبادئ تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، (1994م).
- 7- أبو بكر مرسي محمد مرسي: أزمة الهوية في المراهقة الحاجة للإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر، (2002م).
- 8- أبي محمد عبد الله جمال الدين: شرح قطر الندى وبل الصدى، الطبعة الخامسة، دار الجيل، بيروت، لبنان، (1971م).
- 9- أحمد محمد الذغبي: الإرشاد النفسي، نظرياته وإتجاهاته ومجالاته، دار زهران، عمان، (2000م).
- 10- أيمن محمد عادل: الطبيعة النفسية للمرأة، الطبعة الأولى، مكتبة النافذة، القاهرة، مصر، (2006م).
- 11- باترسون، ترجمة د.سيد عبد الحميد مرسي: الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة وهبة، القاهرة، مصر، (1990م).
- 12- باترسون- ترجمة سيد عبد الحميد مرسي: الإرشاد النفسي والعلاج النفسي – النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، مكتبة وهبة، القاهرة، مصر، (1995م).
- 13- تاج السر دوليب: الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، قسم البحوث والدراسات، الخرطوم، (1980م).
- 14- تاج السر دوليب: التوجيه والإرشاد النفسي، دار الخرطوم للنشر، الخرطوم، السودان، (1989م).
- 15- جابر عبد الحميد جابر وأحمد طيري كاظم: مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الأولى، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر، (1973م).

- 16- جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسنى: مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار زهران، عمان، (1999م).
- 17- حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (2002م).
- 18- حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (1977م).
- 19- حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (1997م).
- 20- حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (1978م).
- 21- حامد عبد السلام زهران: دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (2002م).
- 22- حرب عطا الهرفي البلوي: أيدز نقص المناعة المكتسب، الطبعة الثالثة، دار الإعتصام، القاهرة، مصر، (1989م).
- 23- حرب عطا الهرفي البلوي: كل ما تريد أن تعرفه عن مرض نقص المناعة المكتسب، الطبعة الرابعة، دار الإعتصام، القاهرة، مصر، (1989م).
- 24- خالص جليبي: الطاعون الجديد – الأيدز يعزف لحن الموت، الطبعة الثانية، دار الهدى للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية، (1988م).
- 25- رجاء محمود أبو علام: مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، (1999م).
- 26- رسمية على خليل: الإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، (1986م).
- 27- رمزية الغريب: التقويم والقياس في المدارس الحديثة، الطبعة الأولى، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر، (1977م).
- 28- رمزية الغريب: القياس والتقويم النفسي، الطبعة الخامسة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، (1992م).
- 29- رمضان محمد القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الجيل، بيروت، لبنان، (1997م).
- 30- روبرت بران، ترجمة المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط: فيروس العوز المناعي البشري والأيدز – إستراتيجية العناية التمريضية، الطبعة الرابعة، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، مصر، (1995م).

- 31- رينه برنكس: سيدا - الايدز المرض الذي يقلق العالم، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، (1986م).
- 32- سعد جلال: التوجيه النفسي و التربوي والمهني، الطبعة الثالثة، دار المعارف، القاهرة، مصر، (1975م).
- 33- سعيد محمد الحفار: وباء الايدز مشكلة بيئة عالمية، الطبعة الأولى، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، (1992م).
- 34- سلوى محمد عبد الباقي: الإرشاد والتوجيه النفسي، الطبعة الأولى، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، (1985م).
- 35- سميرة طه جميل: الإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (2005م).
- 36- سناء حامد زهران: إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الإغتراب، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (2004م).
- 37- سناء محمد سليمان: التوافق الزوجي وإستقرار الأسرة من منظور إسلامي - نفسي - إجتماعي، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، مصر، (2005م).
- 38- سهير كامل أحمد: التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، (1999م).
- 39- سيد عبد الحميد مرسى: الإرشاد النفسي، الطبعة الثانية، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر، (1976م).
- 40- سيد عبد الحميد مرسى: النفس البشرية، الطبعة الأولى، مكتبة وهبة، القاهرة، مصر، (1982م).
- 41- صالح حسن الدايري: سيكولوجية التوجيه المهني ونظرياته، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، (2005م).
- 42- صلاح الدين محمود علام: الأساليب الإحصائية الإستدلالية البارامترية واللابارامترية في البحوث النفسية والتربوية، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، (1993م).
- 43- عبد الحميد القضاة عبد العزيز: الايدز حصاد الشذوذ، الطبعة الثانية، دار بن قدامه للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، (1986م).
- 44- عبد الحميد محمد الهاشمي: التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، دار الشروق، جدة، المملكة العربية السعودية، (1994م).
- 45- عبد الرحمن أحمد عثمان: مناهج البحث العلمي وطرق كتابة الرسائل الجامعية، الطبعة الأولى، دار جامعة أفريقيا العالمية للطباعة والنشر، الخرطوم، السودان، (1995م).
- 46- عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب: ممارسة الخدمة الإجتماعية الطبية والنفسية، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، (2006م).

- 47- عبد الرحمن محمد العيسوي: القياس والتجريب في علم النفس والتربية، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، (1974م).
- 48- عبد الرحمن محمد العيسوي: دراسات سيكولوجية، الطبعة الأولى، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، (1970م).
- 49- عبد السلام عبد الغفار: طبيعة الإنسان، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، مصر، (1973م).
- 50- عبد الله زاهي الرشدان: علم الاجتماع التربوي، الطبعة الثانية، دار عمان للنشر، عمان، الأردن، (1984م).
- 51- عصام محمد الخضر: دليل الإرشاد النفسي والاجتماعي في عدوى فيروس العوز المناعي البشري، الطبعة الأولى، الناشر إدارة مكافحة مرض الايدز بوزارة الصحة ولاية الخرطوم، الخرطوم السودان، (2000م).
- 52- عصام نمر سماره وآخرون: محاضرات في التوجيه والإرشاد، الطبعة الثالثة، دار زهران، عمان، (1998م).
- 53- عصام نمر سماره وآخرون: محاضرات في التوجيه والإرشاد، الطبعة الثانية، دار زهران، عمان، (1992م).
- 54- عطية محمود هنا: التوجيه التربوي والمهني، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة، القاهرة، مصر، (1950م).
- 55- فان دالين بي ديولد – ترجمة نبيل ماهر وآخرون: مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، (1983م).
- 56- فهمي مصطفى محمود: وكذلك بدأ مرض الايدز، الطبعة الأولى، مكتبة التراث الإسلامي، القاهرة، مصر، (1989م).
- 57- فيصل محمد مكي أمين: الايدز طاعون العصر، الطبعة الأولى، دار هائل للنشر والطباعة، الخرطوم السودان، (1990م).
- 58- قتيبة الجبلي، وفهد اليحيى: العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر، الرياض، السعودية، (1996م).
- 59- كمال محمد دسوقي: علم النفس ودراسة التوافق، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، (1974م).
- 60- لويس كامل مليكة: العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الطبعة الثانية، دار القلم، الكويت، (1994م).
- 61- ماهر محمود عمر: المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر، (1987م).

- 62- ماهر محمود عمر : العلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني ، رؤية تحليلية لمدرسة إلبرت إليس الإرشادية ، الإسكندرية ، مصر ، (2003م) .
- 63- محمد أحمد إبراهيم سفعان: الإرشاد النفسي الجماعي، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، بيروت، لبنان، (2006م).
- 64- محمد بلال الذغبى و عباس الطلافحة: النظام الإحصائي SPSS – فهم وتحليل البيانات الإحصائية، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، (2004م).
- 65- محمد حلمي وحدان: وبائيات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الايذز): الطبعة السابعة، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط الإسكندرية، مصر، (1997م).
- 66- محمد زين الهادي العرمابي: علم النفس الدعوي، الطبعة الأولى، دار مطابع السودان للعملة المحدودة، الخرطوم، السودان، (دت).
- 67- محمد قطب: دراسات في النفس الإنسانية، الطبعة السادسة، دار الشروق، جدة، المملكة العربية السعودية، (1983م).
- 68- محمد كمال عبد العزيز: الانتقام بالأيدز- طاعون العصر مرض لا يقهر، الطبعة الأولى، مكتبة بن سينا للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، (1991م).
- 69- محمد محمود أبو العلا: الطاعون الأبيض، مطابع VIP، القاهرة، مصر، (1988م).
- 70- محمد مصطفى زيدان: التوجيه الديني والتربوي والنفسى للشباب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ، مصر ، (1992م).
- 71- مختار حمزة: إرشاد الآباء والأبناء، الطبعة الثانية ،مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر، (1976م).
- 72- مصطفى أحمد على و آخرون: أساسيات الإحصاء، الطبعة الأولى، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر، (2006م).
- 73- مصطفى فهمي: التوافق الشخصي والإجتماعي، الطبعة الأولى، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر، (1979م).
- 74- مصطفى فهمي: مجالات علم النفس، مكتبة مصر بالقاهرة، القاهرة، مصر، (1971م).
- 75- مصطفى فهمي: الصحة النفسية، دراسات سيكولوجية التكيف، الطبعة الأولى ،مكتبة الخانجي بالقاهرة، القاهرة، مصر، (1998).
- 76- منظمة الصحة العالمية: النساء ومتلازمة العوز المناعي البشري، الطبعة العربية، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط ، القاهرة، مصر، (2000م).

77- منظمة الصحة العالمية: الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري ورعاية المرضى، الطبعة العربية، الناشر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط القاهرة، مصر، (1996م).

78- نادر فهمي الزيود: الدليل العلمي للمرشدين النفسيين، دار الفكر العربي، القاهرة مصر، (1998م).

79- يوسف مصطفى القاضي وآخرون: الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار المريخ، الرياض، السعودية، (2002م).

ثالثاً: المراجع الأجنبية

- 80- Allport, G. W: Psychological Interpretation, New York USA, (1973).
- 81- Anastasi, A: Psychological Testing, Macmillan, New York, USA, (1967).
- 82- Ewing, Thomas N. and Gilbert, M: Programmed Counseling vs. Face – to – Face counseling, Paper presented at American Psychological Association Convention, San Francisco, California, USA, (1968).
- 83- Graham Barted. Simon. B, Briam, Your Question Answered HIV and AIDS, Longman Group UK Limited, Printed in Britain, (1993).
- 84- Katherine, F. David, h. Julia , K , and Bertio , S: Sexual Health an Health Care: Care and Support for People with HIV \ AIDS In Resource – poor setting , Published by the Department for International Development , London , UK ,(1998).
- 85- Keith Alcorn: HIV and AIDS Trackments Diverters, First Edition, Aclapham Common, South Side London, UK, (2002).
- 86- Makki Alazhar: Clinical Management Guide Line of HIV Infection , Printed by Control Program , Ministry of Health , Khartoum State , Sudan ,(2002).
- 87- Olsen, Merle: Group Counseling, Rinehart and Winston, New York, Hold, USA, (1970).
- 88- Peter, P, Biot, A. Elizabeth, N: AIDS in African, Printed in England, World Health Organization, Geneva, (1992).
- 89- The Common Wealth Department of Health and Family Services: managing HIV \ Australian, Published by Company Limited, North Sydney NSW, Australia, (1997).

90- World Health Organization: Classification for Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic, the ICD, Geneva, (1992).

رابعاً: الدراسات والدوريات والرسائل الجامعية

* الدوريات والرسائل باللغة العربية

91- إبراهيم حلمي وحيد: الوحش الكاسر، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثانية، العدد السابع، ص(24)، (1999م).

92- آدم بشير آدم: القلق والإكتئاب النفسي لدى مرضى الايدز وعلاقتهما ببعض المتغيرات الديموغرافية – دراسة ميدانية لمرضى الايدز بالمستشفيات والمراكز بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، كلية التربية، (2003م).

93- أسامة مرزوق محمد: التوافق النفسي والإجتماعي للمراهقين المشردين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، كلية التربية، (1995م).

94- أماني أحمد محمد: العدوانية لدى المصابين بالأيديز والأصحاء منه- دراسة مقارنة لمستوى العدوانية وإتجاهها لدى المصابين والأصحاء من الجنسين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم، كلية الآداب، (2001م).

95- إنصاف عوض الكريم : فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى السودانيات المغتربات في المدينة المنورة ، رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة أم درمان الإسلامية ، كلية الاداب ، قسم علم النفس ،(2005م).

96- حامد خليفة عمر: ماهو الايدز، مجلة التربية، السنة (20)، العدد (99)، ص(252)، (1991م).

97- عبد الرحمن الشيخ الطاهر: دراسة العلاقة بين إتجاهات طلاب جامعة أم درمان الإسلامية وتوافقهم النفسي و الإجتماعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، كلية التربية، (1990م).

98- عبد الرحمن عثمان :برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية ،رسالة دكتوراه غير منشورة ،جامعة أم درمان الإسلامية ، كلية التربية ،(1997م) .

99- على فرح أحمد فرح: تصميم وتجريب برنامج إرشاد نفسي على طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية التربية، (2004م)

100- فاروق حسن الجواد: الايدز – الوقاية والتداوي، مجلة الدواء العربي، العدد الثاني، السنة (17)، ص (118)، (1998م).

- 101- قتيبة الجلي: الوجه النفسي للايدز، مجلة الفيصل، السنة الرابعة، العدد (157)، ص(86)، المملكة العربية السعودية، (1990م).
- 102- محمد ماهر محمود: المؤتمر السنوي للرابطة الأمريكية للإرشاد النفسي والتنمية، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، السنة (11)، العدد (43)، ص(373)، (1993م).
- 103- منشورات البرنامج القومي السوداني لمكافحة الايدز: رسالة إلى الشباب عن الايدز، طبعة بواسطة صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، (1998م).
- 104- منشورات منظمة الصحة العالمية: دليل الإرشاد بشأن العدوى والمرض بفيروس العوز المناعي البشري المكتسب، سلسلة الايدز، العدد (8)، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط، (1992م).
- 105- هشام عبد الله: أثر العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة الزقازيق، مصر، (1991م).
- * الدوريات والرسائل باللغة الإنجليزية

- 106- Ali Ahamed ALtohami: Depression among HIV \ AIDS infected, Southern Sudanese Women, Master dissertation not published, Khartoum University, College of Arts, (1997).
- 107- Chandra, PS. Raviv, A, Subbakrish, DK: Anxiety and Depression among HIV infected Hetro Sexual, Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health, Bangalore, India, (1998).
- 108- Rubinstein, M, I, Selwyn, P, A: High prevalence of Insomnia in an out Patient Population with HIV infection, Aids program Yale School of medicine, New Havana, USA, (1998).
- 109- Sacco, W.P & Beck, A.T : Cognitive theory and therapy .In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds) , Handbook of depression (2nd ed) . New York :Guilford (1995).
- 110- University of Melbourne: The Evaluation of Depression in-Patient with HIV disease, Department of Psychiatry, Royal Melbourne Hospital, Australia, (1994).

111- World Health Organization: A Human Touch Heals pain I live and let live, World Aids Compagn, regional office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt, (2002).

ملحق رقم (1)

قائمة آرون . ت . بيك الثانية للإكتتاب

ترجمها للغة العربية د. إبراهيم عبد الستار

الصورة المُعرّبة

المعلومات العامة:-

- النوع : ذكر () ، أنثى ()
- الحالة الإجتماعية : متزوج () ، غير متزوج ()
- فترة الإصابة بالمرض: أقل من سنتين () 3—4 سنوات () أكثر من 5 سنوات ()
- المستوى التعليمي : أساس () ثانوي () جامعي () فوق الجامعي ()

= تعليمات المقياس:-

تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات . المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة و بعناية ، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الآخرين بما في ذلك اليوم . ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلي العبارة التي إخترتها (0 أو 1 أو 2 أو 3) . و إذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة ، و تأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة من كل مجموعة .

- لا يوجد زمن محدد للإجابة ولكن حاول أن تجيب بسرعة.

- لا تكتب على الجزء الباقي من الصفحة.

- إنتقل للصفحة التالية.

عبارات المقياس

الرقم	البند	العبارات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة
1	الحزن	0- لا أشعر بالحزن . 1- أشعر بالحزن أحياناً . 2- أشعر بالحزن معظم الوقت . 3- أشعر بالحزن طول الوقت .				
2	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي . 1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت . 2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل و أنه سوف تزداد الأمور سوءاً.				
3	الفشل السابق	0- لا أشعر بأنني شخص فاشل . 1- أشعر بالفشل أحياناً. 2- كلما نظرت إلي حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل . 3- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً .				
4	فقدان الإستمتاع بالحياة	0- أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي أعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جداً من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل . 3- لا أستطيع الحصول على أي إستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع بها من قبل .				
5	مشاعر الأثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالذنب . 1- أشعر بالذنب في بعض الأوقات . 2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات . 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات .				
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	0- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو الأذى . 1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب أو الأذى . 2- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو الأذى . 3- أشعر بأنني سوف أتعرض دائماً للعقاب و الأذى .				

الرقم	البند	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة
7	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي عادي . 1- أفقد الثقة في نفسي أحياناً . 2- كثيراً ما أصاب بخيبة الأمل في النفس . 3- لا أحب نفسي .				
8	نقد الذات ولومها	0- لا أنقد و لا ألوم نفسي . 1- أنقد و ألوم نفسي أحياناً . 2- أنقد و ألوم نفسي على أخطائي. 3- أنقد و ألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة .				
9	الأفكار أو الرغبات الإنتحارية	0- ليس لدي أي أفكار للإنتحار . 1- لدي أفكار للإنتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها . 2- أريد أن أنتحر . 3- لا بدّ أن يأتي اليوم الذي أنتحر فيه .				
10	البكاء	0- عادةً لا أبكي . 1- أشعر برغبة في البكاء . 2- أبكي أكثر مما تعودت . 3- أبكي بكثرة جداً .				
11	الهیجان و الإثارة (عدم الإستقرار)	0- أشعر بالهیجان و الإثارة بدرجة عادية . 1- أشعر بالهیجان و الإثارة أكثر مما تعودت . 2- أتهيج و أثور إلي درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقراً . 3- أتهيج و أثور إلي درجة تدفعني إلي الحركة أو فعل شيء ما .				
12	فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي	0- لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو الأنشطة العادية . 1- أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو الأنشطة العادية . 2- فقدت معظم إهتمامي بالآخرين و بكثير من أنشطتهم العادية . 3- من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء .				
13	التردد في إتخاذ القرارات	0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها . 1- أجد صعوبة في إتخاذ القرارات . 2- لدي صعوبة بالغة في إتخاذ القرارات . 3- لا يمكنني إتخاذ أي قرار .				

الرقم	البند	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة
14	إنعدام القيمة	0- لا أشعر أنني عديم القيمة . 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون . 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماماً .				
15	فقدان الطاقة على العمل	0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت . 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت . 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء . 3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء .				
16	تغيرات في نظام النوم	0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي . 1- أنام أقل مما تعودت . 2- أنام أكثر مما تعودت . 3- أنام معظم اليوم .				
17	القابلية للغضب أو الإنزعاج	0- أغضب بدرجة عادية . 1- أغضب بدرجة أكبر مما تعودت . 2- أغضب بدرجة أكبر بكثير مما تعودت . 3- أكون في حالة غضب طول الوقت .				
18	تغيرات في الشهية	0- شهيتي للأكل عادية . 1- شهيتي أقل مما كانت . 2- شهيتي أكبر بكثير مما كانت . 3- ليست لدي شهية للأكل .				
19	صعوبة التركيز	0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت . 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت . 2- من الصعب عليّ أن أركز على أي شيء لمدة طويلة . 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء .				
20	الإرهاق أو الإجهاد	0- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعودت . 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها . 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها . 3- أنا مرهق و مجهد بحيث لا أستطيع عمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها .				
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0- إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام . 1- أنا أقل إهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت . 2- أنا أقل إهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام . 3- فقدت الإهتمام بالجنس تماماً .				

ملحق رقم (2)

قائمة آرون . ت . بيك الثانية للإكتتاب

الصورة النهائية

المعلومات العامة:-

- النوع : ذكر () ، أنثى ()
- الحالة الإجتماعية : متزوج () ، غير متزوج ()
- فترة الإصابة بالمرض: أقل من سنتين () 3—4 سنوات () أكثر من 5 سنوات ()
- المستوى التعليمي : أساس () ثانوي () جامعي () فوق الجامعي ()

= تعليمات المقياس:-

تتضمن هذه القائمة (21) مجموعة من العبارات . المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة و بعناية ، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الآخرين بما في ذلك اليوم . ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلي العبارة التي اخترتها (1 أو 2 أو 3 أو 4) . و إذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة ، و تأكد أنك تختار دائماً عبارة واحدة من كل مجموعة .

- لا يوجد زمن محدد للإجابة ولكن حاول أن تجيب بسرعة.

- لا تكتب على الجزء الباقي من الصفحة.

- انتقل للصفحة التالية.

عبارات المقياس

الرقم	البند	العبارات
1	الحزن	1- لا أشعر بالحزن . 2- أشعر بالحزن أحياناً . 3- أشعر بالحزن معظم الوقت . 4- أشعر بالحزن طول الوقت .
2	التشاؤم	1- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي . 2- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت . 3- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 4- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل و أنه سوف تزداد الأمور سوءاً.
3	الفشل السابق	1- لا أشعر بأنني شخص فاشل . 2- أشعر بالفشل أحياناً. 3- كلما نظرت إلي حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل . 4- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً .
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	1- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 2- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 3- أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل . 4- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع بها من قبل .
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	1- لا أشعر بالذنب . 2- أشعر بالذنب في بعض الأوقات . 3- أشعر بالذنب في معظم الأوقات . 4- أشعر بالذنب في كل الأوقات .
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	1- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو الأذى . 2- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلاً للعقاب أو الأذى . 3- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيراً للعقاب أو الأذى . 4- أشعر بأنني سوف أتعرض دائماً للعقاب و الأذى .
7	عدم حب الذات	1- شعوري نحو نفسي عادي . 2- أفتقد الثقة في نفسي أحياناً . 3- كثيراً ما أصاب بخيبة الأمل في النفس . 4- لا أحب نفسي .
8	نقد الذات ولومها	1- لا أنقد و لا ألوم نفسي . 2- أنقد و ألوم نفسي أحياناً . 3- أنقد و ألوم نفسي على أخطائي. 4- أنقد و ألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة .

الرقم	البند	الفقرات
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	1- ليس لدي أي أفكار للانتحار . 2- لدي أفكار للانتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها . 3- أريد أن انتحر . 4- لا بد أن يأتي اليوم الذي انتحر فيه .
10	البكاء	1- عادة لا أبكي . 2- أشعر برغبة في البكاء . 3- أبكي أكثر مما تعودت . 4- أبكي بكثرة جداً .
11	الهیجان و الإثارة (عدم الاستقرار)	1- أشعر بالهیجان و الإثارة بدرجة عادية . 2- أشعر بالهیجان و الإثارة أكثر مما تعودت . 3- أتهيج و أثور إلي درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقراً . 4- أتهيج و أثور إلي درجة تدفعني إلي الحركة أو فعل شيء ما .
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	1- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو الأنشطة العادية . 2- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو الأنشطة العادية . 3- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين و بكثير من أنشطتهم العادية . 4- من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء .
13	التردد في اتخاذ القرارات	1- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها . 2- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات . 3- لدي صعوبة بالغة في اتخاذ القرارات . 4- لا يمكنني اتخاذ أي قرار .
14	انعدام القيمة	1- لا أشعر أنني عديم القيمة . 2- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون . 3- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين . 4- أشعر أنني عديم القيمة تماماً .
15	فقدان الطاقة على العمل	1- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت . 2- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت . 3- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء . 4- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء .
16	تغيرات في نظام النوم	1- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي . 2- أنام أقل مما تعودت . 3- أنام أكثر مما تعودت . 4- أنام معظم اليوم .
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	1- أغضب بدرجة عادية . 2- أغضب بدرجة أكبر مما تعودت . 3- أغضب بدرجة أكبر بكثير مما تعودت . 4- أكون في حالة غضب طول الوقت .

الرقم	البند	الفقرات
18	تغيرات في الشهية	1- شهيتي للأكل عادية . 2- شهيتي أقل مما كانت . 3- شهيتي أكبر كثير مما كانت . 4- ليست لدي شهية للأكل .
19	صعوبة التركيز	1- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت . 2- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت . 3- من الصعب عليّ أن أركز على أي شيء لمدة طويلة . 4- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء .
20	الإرهاق أو الإجهاد	1- لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً مما تعودت . 2- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها . 3- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي أعتدت عليها . 4- أنا مرهق و مجهد بحيث لا أستطيع عمل معظم الأشياء التي أعتدت عليها .
21	فقدان الاهتمام بالجنس	1- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام . 2- أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت . 3- أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام . 4- فقدت الاهتمام بالجنس تماماً .

والله الموفق

الباحث

ملحق رقم (3)

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين

الرقم	الإسم	الجامعة	الدرجة العلمية	التخصص
1	أنور أحمد عيسى	جامعة البطانة	بروفيسور	علم النفس
2	عبد الباقي دفع الله أحمد	جامعة الخرطوم	بروفيسور	علم النفس
3	اسحق حسن جامع	جامعة النيلين	أستاذ مشارك	علم النفس
4	إسماعيل حسين هاشم	جامعة الفاشر	أستاذ مشارك	علم النفس
5	الطاهر مصطفى محمد صالح	جامعة أفريقيا العالمية	أستاذ مشارك	علم النفس
6	سلوى عبد الله الحاج	جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا	أستاذ مساعد	علم النفس
7	أحمد الحسن حامد محمد	جامعة زانجي	أستاذ مساعد	علم النفس

ملحق رقم (4)

مراكز الرعاية المتكاملة

الرقم	إسم المركز	المحلية
1	مركز الرعاية المتكاملة – مستشفى نيالا التعليمي	نيالا
2	مركز الرعاية المتكاملة – مستشفى السلاح الطبي	نيالا
3	مركز الرعاية المتكاملة – مستشفى الشرطة	نيالا

ملحق رقم (5)

قائمة بأسماء مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي بولاية جنوب دارفور

الرقم	إسم المركز	المحلية
1	مركز مستشفى نبالا التعليمي (رعاية متكاملة)	نيبالا
2	مركز مستشفى الشرطة (رعاية متكاملة)	نيبالا
3	مركز مستشفى السلاح الطبي (رعاية متكاملة)	نيبالا
4	مركز سجن نبالا (كوبر)	نيبالا
5	مركز مستشفى كاس	كاس
6	مركز معسكر عطاش	نيبالا
7	مركز معسكر دريج	نيبالا
8	مركز معسكر سكلي	نيبالا
9	مركز جامعة نبالا	نيبالا
10	مركز ام دافوق	أم دافوق
11	مركز معسكر السلام	نيبالا
12	مركز الوحدة جنوب	نيبالا
13	مركز مستشفى برام	برام

ملحق رقم (6)

الجلسات الإرشادية

الجلسة الأولى : بناء الإلفة

تاريخ الجلسة : 2014/4/14م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الأولى

= هدف الجلسة:- 1- تهيئة المسترشدين للبرنامج الإرشادي وإثارة دافعيتهم لجعلهم يقبلون على الجلسات الإرشادية من تلقاء أنفسهم، وأن يتقبلوا البرنامج الإرشادي بدون شروط، وأن ينمي كل فرد المسؤولية تجاه العملية الإرشادية منذ بدايتها، وأن يكون كل الأفراد إيجابيون نحو الجلسات الإرشادية حتى يمكن تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي 2- التعرف بين أفراد العينة والباحث والمرشدين النفسيين والإجتماعيين وبين أفراد العينة بعضهم ببعض. 3- التعرف على الفكرة العامة للمقابلات الشخصية والجماعية التي تستخدم في برامج الإرشاد النفسي ومعرفة مهارات حسن الاستماع والإصغاء الجيد. 4- خلق جو من الإرتياح بين أفراد العينة والذي سوف يساعد على تنفيذ البرنامج الإرشادي بصورة طيبة. 5- تطبيق مقياس التوافق النفسي والاجتماعي على أفراد العينة (المقياس القبلي).
= النشاط:- التعارف ما بين أفراد العينة والباحث والمرشدين النفسيين والإجتماعيين وما بين أفراد العينة بعضهم البعض — تطبيق مقياس بيك للإكتئاب (المقياس القبلي).
= الترتيبات:- لقاء جماعي.
= الوسائل:- على السبورة الورقية يجب إعداد قائمة برؤوس الموضوعات التالية — الإسم (لامانع من استخدام الأسماء المستعارة من دون الألقاب) — العمل — الحالة الإجتماعية — الإهتمامات والهوايات — الاهتمام بالأيدز — المعرفة بالإرشاد النفسي وبرامجه.

= الوقت :- 45 دقيقة.
= الأغراض :- 1- إشاعة المعرفة بين الأفراد وخلق جو من الإرتياح. 2- معرفة الأسماء والهوايات والعمل والحالة الإجتماعية وغيرها . 3- غرس عادة حسن الإستماع لدى أفراد العينة.
= الطريقة :- 1- أخبر المجموعة حينما يلتقي عدد من الأفراد لأول مرة فإننا نحتاج إلى التعرف على بعض ومعرفة كل منا للآخر ، مما يؤدي إلى إشاعة جو قادر على توصيل العمل الإرشادي الجيد، كما سيكون هذا مقدمة لأحد المكونات الأساسية للإرشاد ألا وهي القدرة على الإستماع وإستعادة ما إستمعت إليه. (5 دقائق). 2- الآن قم بدعوة المجموعة إلى أن تنقسم إلى مجموعات بحيث تتكون كل مجموعة من فردين وعلى غير معرفة جيدة ببعضهما البعض. (5 دقائق). 3- حالما ينقسمون إلى مجموعات أخبرهم بأن يقوموا بمقابلة شخصية كل منهما للآخر. 4- الآن أكشف عن قائمة رؤوس الموضوعات و إقتراح ما بها من بيانات كأدلة إرشادية في المقابلة الشخصية. 5- أخبرهم أن عليهم حسن الإستماع لأنهم سيطلب منهم فيما بعد تكرار ما سمعوه، ويمكنهم تدوين ملاحظات إذا رغبوا في ذلك - أخبرهم أن يبدؤوا. (10 دقائق). 6- بعد خمس دقائق أخبر المجموعات بتبادل الأدوار وإجراء مقابلات شخصية أخرى. 7- بعد خمس دقائق أخرى قم بدعوة المجموعات إلى لقاء جماعي. 8- أطلب من كل فرد أن يقدم كل منهما الآخر. (10 دقائق). 9- أجراء تطبيق مقياس التوافق النفسي والإجتماعي على أفراد العينة (المقياس القبلي). (15 دقيقة).
= ملاحظات :- 1- تأكد من أن الشخصين المكونين لكل مجموعة من المجموعات لا يعرفان بعضهما البعض جيداً، فأحياناً يحاول الأصدقاء إختيار بعضهم البعض لتكوين المجموعة ويجب تجنب هذا بقدر الإمكان. 2- تأكد من أن الإسم الذي سيتنادون به إسمأ عادياً محبباً، مع تجنب الألقاب لأنها قد تقيم الحواجز بين الأفراد.

الجلسة الثانية : التعرف على خدمات البرامج الإرشادية

تاريخ الجلسة : 2014/4/17م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الثانية

= هدف الجلسة:- * إكتساب البناء المعرفي لخدمات البرامج الإرشادية. * التعرف على البرامج الإرشادية وأساليبها و مناهجها ونظرياتها – وكيفية الإستفادة من خدمات الإرشاد النفسي – وفوائد الإرشاد النفسي بالنسبة لمريض الأيدز.
= النشاط:- الأساليب و الوسائل المستخدمة في البرنامج الإرشادية.
= الترتيبات:- لقاء جماعي.
= الوسائل:- جهاز قائمة بالطرق التي يحرم الأفراد بواسطتها أنفسهم من تحقيق أهدافهم – مثلاً – عدم طرح الأسئلة – الوصول متأخراً – الغياب - طلب الكمال – عدم التسامح – تأجيل عمل اليوم إلى الغد – الإعتماد على الغير – عدم المشاركة – المبالغة في النقد الذاتي – عدم طلب المساعدة والدعم النفسي.
= الوقت:- 45 دقيقة.
= الأغراض:- 1- تمليك الأفراد معلومات عن البرامج الإرشادية. 2- إبلاغ المشاركين بأنه يتوقع منهم أن يشاركوا إيجابياً في الأنشطة المشتركة. 3- دعوتهم إلى الإلتزام بهذا وإلى أن يشجع كل منهم الآخر ويدعمه. 4- إبلاغهم أن وسائل وأساليب الإرشاد النفسي تساعدهم على تجربة الأساليب المختلفة للتحديث والإستماع وتحقيق الأهداف سواء كان ذلك على المستوى الشخصي أو الاجتماعي. 10دقائق . 5- دعوة المشاركين لإيجاد أفضل الطرق التي يمكن من خلالها أن يحققوا بها هذه الأغراض على خير وجه.

= الطريقة:-

في لقاء جماعي أشرح للمشاركين الآتي:-

- 1- الإرشاد النفسي وتعريفه وأساليبه ومناهجه ونظرياته بصورة موجزة.
- 2- الإرشاد النفسي وسيلة وقائية و علاجية أساسها التحدث و الإستماع.
- 3- الأنشطة في الإرشاد النفسي مصممة لهذا الغرض لكي تحسن من قدراتهم على التحدث و الإستماع فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري المكتسب وستكون هناك محاضرات وقراءات قصيرة خلال هذا البرنامج الإرشادي.
- 4- أخبرهم بأنه يجب أن يشاركوا في هذه الأنشطة بأقصى ما يستطيعون من حماس ويجب أن يساعد كل منهم الآخر في هذا ويشجعه.
- 5- أخبرهم بأن الهدف النهائي هو تحسين المحافظة على سلامتهم .
- 6- أعرض عليهم قائمة بالطرق التي يحرم بها الأفراد أنفسهم من تحقيق أهدافهم و أطلب منهم النظر في القائمة وأن يحددوا صامتين الطرق التي يتبعونها لتعطيل تحقيق أهدافهم وأشرح لهم القائمة وأسألهم أن يضيفوا إليها من عندهم.
- 7- قم بدعوتهم أن يجدوا فيما بينهم وبين أنفسهم وسائل للتغلب عليها خلال هذه الجلسة.
- 8- قم أخيراً بدعوتهم بالالتزام الكامل بقدر المستطاع بمنهج الجلسات الإرشادية. 35 دقيقة.

= ملاحظات:-

هذه الطريقة في الإرشاد النفسي تعرف بعقد إتفاق مع المفحوصين والحصول على إلتزامهم به.

= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة:-

القراءة والإطلاع على أوراق تحتوي على نبذة مختصرة عن الإرشاد النفسي وبرامجه.

الجلسة الثالثة : معرفة وتصحيح المفاهيم والتصورات الخاطئة عن مرض الأيدز

تاريخ الجلسة : 2014/4/21م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الثالثة

= هدف الجلسة:-

إكتساب بعض المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز و تصحيح التصورات والمفاهيم الخاطئة والتعرف على المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز.

= النشاط:-
توصيل المعلومات عن فيروس العوز المناعي البشري المكتسب.
= الترتيبات:-
لقاء جماعي.
= الوسائل:-
وسائل توضيحية عن فيروس العوز المناعي البشري المكتسب – أشرطة فيديو - أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات عن مرض الأيدز.
= الوقت:-
45 دقيقة.
= الأغراض:-
1- ممارسة استخدام المصطلحات الخاصة بعدوى فيروس العوز المناعي المكتسب البشري. 2- دراسة المعلومات الأساسية عن عدوى فيروس العوز المناعي البشري المكتسب. 3- التعرف على طرق انتقال المرض والطرق التي لاينتقل بها مرض الأيدز- وطرق الوقاية من مرض الأيدز. 4- إكتشاف ما الذي يساعد وما الذي يعوق توصيل المعلومات.
= الطريقة:-
1- قسم الأفراد إلى مجموعتين بأسماء (أ — ب) . 5 دقائق. 2- يشرح (أ) ل (ب) طرق انتقال مرض الأيدز من فرد لآخر، يمكن استخدام الوسائل التوضيحية والأوراق والمنشورات و ما يساعد أو يعوق توصيل المعلومات. 10 دقائق. 3- يشرح (ب) ل (أ) طرق الوقاية من مرض الأيدز، يمكن استخدام الوسائل التوضيحية والأوراق والمنشورات وأشرطة الفيديو وما يساعد أو يعوق توصيل المعلومات. 10 دقائق. 4- تجمع المجموعات ملاحظاتها و تضع قائمة بالمعلومات و الأشياء التي تساعد أو تعوق توصيل المعلومات. 5 دقائق. 5- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز وطرق انتقاله – طرق الوقاية منه. 15 دقيقة.
= ملاحظات:-
1- دع المجموعات تقرر من هو أ — ب ، فقط قم بتقسيم الأفراد إلى مجموعتان دون تسميتها. 2- قم بدور المنسق داخل الجلسة وحدد مختلف الخطوات.

3- ستكون كثير من المعلومات التي سيذكرونها ذات طابع غير شخصي مثل المعلومات الطبية – قلة الخبرة – نقص المعلومات – ولكن عليك أن تكون منتبهاً للأشياء ذات الصبغة الشخصية جداً مثل الخوف من العدوى – القلق من الموت المبكر – الجنس – وغيرها.

4- قم بوضع هذه الأشياء في تصنيف مستقل ثم قم بمعالجتها.

= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة:-

القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تحتوي على المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز (تكون بالمنزل).

الجلسة الرابعة : معرفة وتصحيح المفاهيم والتصورات الخاطئة عن مرض الأيدز

تاريخ الجلسة : 2014/4/24م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الرابعة

= هدف الجلسة:-

معرفة وتصحيح التصورات والمفاهيم الخاطئة عن مرض الأيدز.

في هذا الزمان وهذا العصر تضاربت تصورات الأفراد والمجتمعات وإختلفت المفاهيم حتى صعب تحديد أين الصواب وما هو الخطأ، حيث إختلط الحابل بالنابل في كل شيء وزادت المشاكل حتى الحلول أصبحت عديدة وغير مجدية، وقد تلوث وعي الأفراد بكم هائل من الأفكار والتصورات المشوهة والمفاهيم الخاطئة.

ونجد أن المعالجين والمرشدين النفسيين والإجتماعيين يواجهون صعوبة في كيفية تعديل وتصحيح تلك التصورات المشوهة والمفاهيم الخاطئة التي ترتبط بأفكار مرضى الأيدز وخبراتهم وتجاربهم السابقة والتي ربما كانت السبب الأساسي لمشاكلهم المختلفة والمتطورة، وهناك صعوبة في تغيير وتعديل وتغذية الفرد المريض بالأفكار الصحيحة والمفاهيم الإيجابية الصحيحة.

إذن فلا بد من محاولة إيجاد حل لهذه المشاكل والصراعات التي يعاني منها الفرد المصاب بالأيدز بإعطاء التصور والمفهوم الصحيح عن مرض الأيدز بالشكل الذي يجيب عن الأسئلة الملحة والمقلقة للمشاكل التي يعاني منها الفرد المريض.

= النشاط:-

توصيل المعلومات عن فيروس العوز المناعي البشري المكتسب.

= الترتيبات:-

لقاء جماعي.

= الوسائل:- وسائل توضيحية عن فيروس العوز المناعي البشري المكتسب – أشرطة فيديو – أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات أساسية عن مرض الأيدز.
= الوقت:- 45 دقيقة.
= الأغراض:- 1- معرفة المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز – تاريخه – و تعريفه – وأعراضه - وكيف يؤثر الفيروس على جهاز المناعة. 2- دراسة المعلومات الأساسية عن عدوى فيروس العوز المناعي البشري المكتسب. 3- ممارسة استخدام المصطلحات الخاصة بعدوى فيروس العوز المناعي المكتسب البشري. 4- إكتشاف ما الذي يساعد وما الذي يعوق توصيل المعلومات.
= الطريقة:- قسم الأفراد إلى مجموعتين بأسماء (أ- ب) . 5 دقائق. 1- يشرح أ ل ب المصطلحات المستخدمة في جانب مرض الأيدز وتاريخ ظهور المرض وتعريف مرض الأيدز. يمكن استخدام الوسائل التوضيحية. يجب ملاحظة ما يعوق أو يساعد توصيل المعلومات. 10 دقائق. 2- يشرح ب ل أ شكل الفيروس المسبب لمرض الأيدز و كيف يؤثر فيروس العوز المناعي البشري المكتسب على جهاز المناعة لدى الفرد المصاب، وردود الفعل الممكنة من الأفراد والمجتمعات في مواجهة عدوى فيروس العوز المناعي البشري المكتسب. يمكن استخدام الوسائل التوضيحية والأوراق والمنشورات وأشرطة الفيديو، يجب ملاحظة ما يساعد أو يعوق توصيل المعلومات. 10 دقائق. 3- تجمع المجموعات ملاحظاتها و تضع قائمة بالمعلومات و الأشياء التي تساعد أو تعوق توصيل المعلومات. 5 دقائق. 4- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز- تاريخه - تعريفه- كيف يؤثر على جهاز المناعة. 15 دقيقة.
= ملاحظات:- 1- دع المجموعات تقرر من هو أ – ب ، فقط قم بتقسيم الأفراد إلى مجموعتين دون تسميتها. 2- قم بدور المنسق داخل الجلسة وحدد مختلف الخطوات. 3- ستكون كثير من المعلومات التي سيذكرونها ذات طابع غير شخصي مثل المعلومات الطبية – قلة الخبرة – نقص المعلومات – ولكن عليك أن تكون منتبها للأشياء ذات الصبغة الشخصية جداً مثل

الخوف من العدوى – القلق من الموت المبكر – الجنس – وغيرها. 4- قم بوضع هذه الأشياء في تصنيف مستقل ثم قم بمعالجتها.
= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة:- القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تحتوي على المعلومات الأساسية عن مرض الأيدز (تكون بالمنزل).

الجلسة الخامسة والسادسة : التعرف على المعلومات الأساسية عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة والخدمات التي تقدم خلالها

تاريخ الجلسة 4/28، 2014/5/1م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسات الإرشادية الخامسة و السادسة

= هدف الجلسة:- التعرف على مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة والبرامج الخاصة بها وأهدافها والخدمات التي تقدم من خلالها سواء كانت خدمات إرشادية أو خدمات علاجية أو غيرها من الخدمات الأخرى.
= النشاط:- توصيل معلومات عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة.
= الترتيبات:- لقاء جماعي.
= الوسائل:- أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة – نوعية الخدمات الإرشادية والعلاجية التي تقدم من خلال هذه المراكز.
= الوقت:- 45 دقيقة.
= الأغراض:- 1- التعرف على مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة. 2- التعرف على أهم الخدمات التي تقدم من خلال مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والرعاية المتكاملة سواء كانت خدمات إرشادية أو خدمات علاجية.

= الطريقة :-

- 1- قسم الأفراد إلى مجموعتين بأسماء (أ – ب) 5 دقائق.
- 2- يشرح أ ل ب المعلومات عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي وأهدافها وما يمكن أن يساعد أو يعوق عمل هذه المراكز. 10 دقائق.
- 3- يشرح ب ل أ المعلومات عن أهم الخدمات التي تقدم من خلال مراكز الإرشاد والفحص الطوعي مثل الخدمات الإرشادية والخدمات العلاجية وأي خدمات أخرى وما يمكن أن يساعد أو يعوق تقديم هذه الخدمات. 10 دقائق.
- 4- تجمع المجموعتان ملاحظتهما وتضع قائمة عامة بالأشياء التي تساعد أو تعوق عمل مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي. 5 دقائق.
- 5- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والخدمات التي تقدم من خلالها سواء كانت خدمات إرشادية أو خدمات علاجية. 15 دقيقة.

= ملاحظات :-

- 1- دع المجموعات تقرر من هو أ – ب، فقط قم بتقسيمهم إلى مجموعتان دون التسمية.
- 2- قم بدور المنسق وحدد مختلف الخطوات.
- 3- كثير من المعلومات التي سيذكرونها قد تكون غير دقيقة، إنتبه لذلك.
- 4- قم بوضع هذه المعلومات في تصنيف مستقل، ثم قم بمعالجتها وتصحيحها.

= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة :-

القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تتضمن معلومات أساسية عن مراكز الإرشاد النفسي والفحص الطوعي والخدمات التي تقدم من خلالها.

الجلسة السابعة والثامنة : التعرف على بعض الحقائق المعرفية عن الشخصية وجوانبها

تاريخ الجلسة : 5/5 ، 2014/5/8م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسات الإرشادية السابعة والثامنة

= هدف الجلسة :-

التعرف على الجوانب الشخصية والأهداف في مستوياتها العامة و الشخصية ومعرفة القدرات والإمكانات والإستعدادات وكيفية تنميتها و إستغلالها بالصورة المثلى التي تمكن الفرد من الإستفادة

منها في مواجهة المشكلات التي تعترض مسيرة حياته اليومية حتى يتمكن من العيش في سلامة وأمن أيضاً التعرف على الجوانب السلوكية والطرق التي من خلالها يمكن للفرد أن يغير من سلوكه نحو الأفضل والتعرف على نواحي الشك والريبة التي تعترى الفرد من وقت لآخر وكيفية التعايش الإيجابي مع الشك والريبة وكيف يتمكن الفرد من التخلص منهما بصورة إيجابياً دون أن تترك أثراً سلباً على حياته العامة.
= النشاط:- التعرف على الجوانب الشخصية و القدرات والإمكانيات و الإستعدادات.
= الترتيبات:- مجموعات عمل ثم لقاء جماعي.
= الوسائل:- أوراق ومنشورات تحتوي على نبذة عن الأهداف والجوانب الشخصية و القدرات والإمكانات والإستعدادات و الجوانب السلوكية وكيفية تغير السلوك و التعايش مع الشك والريبة وكيفية التخلص منهما.
= الوقت:- 45 دقيقة.
= الأغراض:- 1- مساعدة الأفراد على إكتشاف جوانبهم الشخصية و قدراتهم و إستعداداتهم و إمكانياتهم و أهدافهم الشخصية و كيفية الإستفادة منها في مناحي الحياة العامة. 2- التفكير في الجوانب السلوكية سواء كانت الإيجابية أو السلبية، وكيفية تنمية الجوانب السلوكية الإيجابية وكيفية تغيير الجوانب السلوكية السلبية. 3- التفكير في العيش في الشك و الريبة وكيفية التعامل مع جوانب الشك و الريبة.
= الطريقة:- 1- قسم الأفراد إلى مجموعة من اثنين وتأكد من عدم معرفة كل منهما للآخر. 5 دقائق. 2- أطلب من كل واحد منهما أن يخبر الآخر عن كيفية طلبه للمساعدة والعدم في حل مشاكله الشخصية، وإلى من يلجأ؟، وكيف يتصل به؟، وما شعوره بالنسبة لطلب المساعدة؟، وكيف يبدأ الكلام عن مشكلته؟، وما هو شعوره تجاه الشخص الذي يقدم له الخدمة والمساعدة و الدعم؟، المستمع يحث المتكلم عن طريق تقديم الأسئلة إليه. 5 دقائق. ((ألتماس المساعدة)). 3- أخبرهم إذا حضر إليهم شخص ما طالباً مساعدته في تغيير سلوكه مثلاً – المداومة على علاج

معين – إتباع نظام غذائي معين – الأخذ ببعض التمرينات الرياضية .وأسألهم كيف سيقومون بتقديم المساعدة له؟، وعما سيسألون؟، وماذا سيفعلون؟، وماذا سيحتاجون إليه؟، يستطيع المستمع حث المتكلم بالأسئلة: 10 دقائق. ((تغيير السلوك))).

4- أخبرهم أنه كل منهم أن يصف للآخر شيئاً في حياته غير مؤكد في هذه اللحظة، يستطيع المستمع أن يحث المتكلم عن طريق الأسئلة، بعد ذلك كل واحد منهما يذكر للآخر كيف استطاع أن يعيش مع الشك والريبة مثلاً بالصلاة – إلتماس المساعدة – الإفضاء لشخص آخر. 10 دقائق. ((العيش مع الشك والريبة))).

5- في مجموعة عمل يتم إعداد قائمة بما يعتقدون بالنسبة للطرق التي يرون بواسطتها كيف يمكن الإستفادة من الجوانب الشخصية وكيف يمكن طلب المساعدة والعدم – وكيف يمكن للأفراد أن يغيروا من سلوكهم نحو الأحسن وفيما إذا كانوا يظنون أن ذلك ممكناً أم لا؟ - وكيف يمكن للفرد أن يعيش في حالة من الشك والريبة وكيف يتخلص منهما؟. 5 دقائق.

6- في لقاء جماعي تتقدم كل مجموع عمل بقائمتها حول ما يرون من إمكانية إستغلال الأفراد لقدراتهم وإمكاناتهم وإستعداداتهم وجوانبهم الشخصية وإمكانية تغيير الأفراد لسلوكهم وإمكانية الأفراد للتعايش مع الشك والريبة والتخلص منهما بإيجابية، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن الجوانب الشخصية والقدرات والإستعدادات و الإمكانيات و تغيير السلوك والتعايش مع الشك والريبة وكيفية التخلص منهما. 10 دقيقة.

= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة:-

القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات أساسية عن الجوانب الشخصية والقدرات و الإستعدادات و الإمكانيات – السلوك وكيفية تغيير السلوك – التعايش الإيجابي مع الشك والريبة وكيفية التخلص منهما.

الجلسة التاسعة والعاشر : التعرف على المعلومات الأساسية عن الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز

تاريخ الجلسة : 5/12 ، 2015/5/15م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسات الإرشادية التاسعة والعاشر

= هدف الجلسة:-

- 1- التعرف على الإضطرابات النفسية وأسبابها وأعراضها وطرق الوقاية منها وطرق العلاج.
- 2- التعرف على أكثر الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز وأعراضها وكيفية الوقاية منها وطرق العلاج.

= النشاط:-
توصيل معلومات عن الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز.
= الترتيبات:-
لقاء جماعي.
= الوسائل:-
أوراق ومنشورات تحتوى على معومات أساسية عن الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز.
= الوقت:-
45 دقيقة.
= الأغراض:-
1- التعرف على نبذة مختصرة عن الإضطرابات النفسية وأسبابها وأعراضها. 2- التعرف على طرق الوقاية من الإضطرابات النفسية.
= الطريقة:-
1- قسم الأفراد إلى مجموعتان بأسماء أ – ب ، 5 دقائق. 2- يشرح أ ل ب المعلومات عن الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز وأسبابها وأعراضها. يمكن إستخدام الوسائل المساعدة في ذلك. 10 دقائق. 3- يشرح ب ل أ المعلومات عن طرق الوقاية من الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز وطرق العلاج، يمكن إستخدام الوسائل المساعدة في ذلك. 10 دقائق. 4- تجمع المجموعتان ملاحظاتهم وتضع قائمة بالمعلومات عن الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الأيدز وأسبابها وأعراضها وطرق الوقاية منها وطرق العلاج. 5 دقائق. 5- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن الإضطرابات النفسية وأسبابها وأعراضها وطرق الوقاية منها وطرق العلاج. مع أخذ تناول كل من التوتر والقلق والإكتئاب كنماذج للإضطراب النفسي الأقرب والأكثر ظهوراً على مرضى الأيدز بالتركيز على الاكتئاب بإعتباره موضع المعالجة. 15 دقيقة.

= ملاحظات :-

- 1- دع المجموعتان تقرر من هو أ – ب ، فقط قم بتقسيمهم إلى مجموعتان دون تسمية.
- 2- قم بدور المنسق وحدد مختلف الخطوات.
- 3- كثير من المعلومات التي سيذكرونها قد تكون غير دقيقة، إنتبه لذلك.
- 4- قم بوضع هذه المعلومات في تصنيف مستقل ثم قم بمعالجتها وتصحيحها.

= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة :-

القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تتضمن معلومات أساسية عن الإضطرابات النفسية وأسبابها وأعراضها وطرق الوقاية منها وطرق العلاج.

الجلسة الحادية عشر والثانية عشر : إكتساب بعض الجوانب المعرفية عن التفاعل الاجتماعي

تاريخ الجلسة : 5/19 ، 2014/5/22م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الحادية عشر والثانية عشر

= هدف الجلسة :-
التعرف على المعلومات الأساسية عن التفاعل الاجتماعي وأنواع التفاعل الاجتماعي ، وكيفية الإستفادة منها.
= النشاط :-
توصيل معلومات عن التفاعل الاجتماعي وأنواعه.
= الترتيبات :-
لقاء جماعي.
= الوسائل :-
أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات أساسية عن التفاعل الاجتماعي وأنواعه.
= الوقت :-
45 دقيقة.
= الطريقة :-
1- قسم الأفراد إلى مجموعتان بأسماء أ – ب ، 5 دقائق.
2- يشرح أ ل ب معلومات عن التفاعل الاجتماعي ، يمكن إستخدام الوسائل المساعدة . 10 دقائق.

3- يشرح ب ل أ أنواع التفاعل الإجتماعي ، يمكن إستخدام الوسائل المساعدة . 10 دقائق. 4- تجمع المجموعتان ملاحظاتهم وتضع قائمة بالمعلومات عن التفاعل الإجتماعي وأنواع التفاعل الإجتماعي . 5 دقائق. 5- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن التفاعل الإجتماعي وأنواعه. 15 دقيقة.
= ملاحظات:- 1- دع المجموعات تحدد من هو أ – ب . فقط قم بتقسيمهم إلى مجموعتان دون التسمية. 2- قم بدور المنسق وحدد مختلف الخطوات. 3- كثير من المعلومات التي سيذكرونها قد تكون غير دقيقة، إنتبه لذلك . 4- قم بوضع هذه المعلومات في تصنيف مستقل، ثم قم بمعالجتها وتصحيحها.
= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة:- القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تتضمن معلومات أساسية عن التفاعل الإجتماعي، وأنواع التفاعل الإجتماعي.

الجلسة الثالثة عشر : الحث على التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز

تاريخ الجلسة : 2014/5/26م

جدول رقم يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الثالثة عشر

= هدف الجلسة:- إدراك أهمية العمل وطلب الرزق والإعتماد على النفس ، والتعرف على كيفية التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز والتعرف على نماذج لحالات كيف تعايشت مع مرض الأيدز.
= النشاط:- توصيل معلومات عن أهمية العمل وضرورته والتعرف على كيفية التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز.
= الترتيبات:- لقاء جماعي.
= الوسائل:- أوراق ومنشورات تحتوي على معلومات عن الحث على العمل وكيفية التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز. بالإضافة على الوسائل المساعدة (أشرطة الفيديو – تجربة أحد المرضى).

= الوقت :- 45 دقيقة.
= الأغراض :- معرفة المعلومات عن ضرورة العمل، والتعرف على كيفية التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز والإطلاع على نماذج للتعايش الإيجابي وتجربة أحد المرضى.
= الطريقة :- 1- قسم الأفراد إلى مجموعتين بأسماء أ – ب، 5 دقائق. 2- يشرح أ ل ب معلومات عن لعمل وضرورته ودواعي الحث على العمل وطلب الرزق والإعتماد على النفس . 10 دقائق. 3- يشرح ب ل أ معلومات عن التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز وكيفية التعايش ، يمكن إستخدام الوسائل المساعدة . 10 دقائق. 4- تجمع المجموعتان ملاحظتهما وتضع قائمة بالمعلومات عن الحث على العمل والتعايش الإيجابي مع المرض . 5 دقائق. 5- في لقاء جماعي تجمع كل مواد الفقرة 4 وتطرح لمزيد من المناقشات والإضافات ، ثم تقدم المعلومات الأساسية عن الحث على العمل وطلب الرزق والإعتماد على النفس ، والمعلومات الأساسية عن التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز وكيفيته، (تستخدم أشرطة الفيديو التي تحتوى على مواد عن تجارب بعض المرضى في كيفية التعايش مع المرض ، بالإضافة إلى تجربة أحد المرضى من ضمن أفراد العينة المدروسة) . 15 دقيقة.
= ملاحظات :- 1- دع المجموعات تقرر من هو أ – ب، فقط قم بتقسيمهم إلى مجموعتين دون التسمية. 2- قم بدور المنسق وحدد مختلف الخطوات. 3- كثير من المعلومات التي سيذكرونها قد تكون غير دقيقة ، إنتبه لذلك. 4- قم بوضع هذه المعلومات في تصنيف مستقل ثم قم بمعالجتها وتصحيحها.
= واجبات تطبيقية لهذه الجلسة :- القراءة والإطلاع على أوراق ومنشورات تحتوى على معلومات تحث على العمل وطلب الرزق والإعتماد على النفس ، التعايش الإيجابي مع مرض الأيدز وكيفية التعايش معه.

الجلسة الرابعة عشر : جلسة ختام البرنامج الإرشادي وتطبيق مقياس بيك للإكتئاب

القياس البعدي

تاريخ الجلسة : 2014/5/29م

جدول يوضح خطوات تطبيق الجلسة الإرشادية الرابعة عشر

= هدف الجلسة:-
شكر أفراد عينة الدراسة الميدانية على إستجابتهم لبرنامج الإرشاد النفسي ومقياس التوافق النفسي والإجتماعي وتطبيق مقياس التوافق النفسي والإجتماعي (القياس البعدي).
الترتيبات:-
لقاء جماعي.
= الوسائل:-
مقياس التوافق النفسي والإجتماعي.
= الوقت:-
45 دقيقة.
= الأغراض:-
شكر أفراد عينة الدراسة الميدانية على إستجابتهم لبرنامج الإرشاد النفسي ومقياس التوافق النفسي والإجتماعي – تطبيق مقياس التوافق النفسي والإجتماعي (القياس البعدي).
= الطريقة:-
1- في لقاء جماعي قم بتقديم الشكر لأفراد عينة الدراسة الميدانية على إستجابتهم لبرنامج الإرشاد النفسي ومقياس التوافق النفسي والإجتماعي ومساهماتهم في تنفيذ ونجاح برنامج الإرشاد. 2- أترك الفرصة لأفراد عينة الدراسة الميدانية بأن يدلوا بأرائهم حول برنامج الإرشاد النفسي وما هي الجوانب التي إستفادوا منها من خلال البرنامج، وقم بتدوين ملاحظاتهم حول البرنامج للإستفادة منها في تقييم البرنامج. 3- وزع مقياس التوافق النفسي والإجتماعي على أفراد عينة الدراسة الميدانية للإجابة عليه، ثم قم بجمع المقياس مرة أخرى. 4- أشكر أفراد عينة الدراسة الميدانية مرة أخرى على إستجابتهم لبرنامج الإرشاد النفسي ومقياس التوافق النفسي والإجتماعي، ثم أختم الجلسة – ودع أفراد عينة الدراسة الميدانية وتمنى لهم الإستفادة من البرنامج الإرشادي في حياتهم اليومية والعامة.