

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

**فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات
الأطفال المصابين بتشوهات خلقية**

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه
حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو
بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the
researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any
other degree or qualification

Student's name:

اسم الطالب/ة: أسماء محمود عبيد سعود

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2015 / 12 / 26



الجامعة الإسلامية - غزة
شؤون البحث العلمي
والدراسات العليا
كلية التربية
قسم الصحة النفسية والمجتمعية

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

إعداد الطالبة

أسماء محمود سعود

إشراف

الأستاذ الدكتور / سمير رمضان قوته

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية

1437 هـ - 2015 م



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم. ج.س. غ/35/..... Ref

التاريخ 2015/10/20 Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ أسماء محمود عبيد سعود لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء 07 محرم 1437هـ، الموافق 2015/10/20م الساعة الثامنة والنصف صباحاً بمبنى اللحيان، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشرفاً و رئيساً	أ.د. سمير رمضان قوته
.....	مناقشاً داخلياً	د. جميل حسن الطهرراوي
.....	مناقشاً خارجياً	د. درداح حسن الشاعر

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية. واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله و لزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها. والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ

وَالشَّمْرِ ۖ وَبَشِيرِ الصَّابِرِينَ ﴿١٥٥﴾ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ

قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٦﴾ أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ

مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ ﴿١٥٧﴾﴾

{البقرة: 155-157}.

الإهداء

◀ إلى الشخص الذي غير مجري التاريخ سيدنا محمد صلي الله عليه وسلم وانار لنا الدنيا ضياءً ونوراً.

◀ إلى قدوتي في الحياة... الشمس التي أنارت عالمي...أبي.

◀ إلى رمز العطاء التي جعلتني أصبر على مصاعب الحياة... أمي .

◀ إلى رفيق دربي الذي وقف بجانبى بحبه الكبير... زوجي .

◀ إلى إشراقة الحاضر وأمل المستقبل.....إلى زهرات عمري أولادي الأعزاء

محمد وعبد الله ولين حفظهم الله ورعاهم .

◀ إلى أختي الوحيدة قرّة عيني.....والى إخواني رمز الوفاء.

◀ إلى أخوات زوجي العزيزات ليلى ومها ومنى وهدى .

◀ إلى الدكتور الفاضل سمير قوته الذي كان عوناً وذخراً لي .

◀ إلى من شاءت لهم الأقدار بأن يرزقوا بطفل معاق.....ابتلاء في الدنيا وجناناً في الآخرة .

أهدي ثمرة جهدي المتواضع... إليكم جميعاً

وأسأل الله تعالى التوفيق والسداد، وأن يتقبل عملي خالصاً لوجهه الكريم

الباحثة

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، أن وفقني لإنجاز هذا العمل، وإتمام خطواته، فلا يسعني الآن وبعد هذا الإنجاز إلا أن أنسب الفضل لأهله، يسرني بداية أن أتقدم بالشكر الجزيل للجامعة الإسلامية التي منحتني فرصة الدراسة في البكالوريوس، والدبلوم العالي بالعلاج النفسي، والماجستير، والتي مازالت تقدم لنا الكثير من العطاء، فهي منارة العلم والعلماء.

كما أتوجه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل: الدكتور سمير قوته الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، ولم يدخر جهداً في تقويم هذا العمل، وتقديم النصح والمشورة، وتذليل العقبات، فله مني كل الاحترام والتقدير.

كما وأقدم امتناني وعرفاني للسادة المحكمين الذين شرفوني بتحكيم البرنامج العلاجي وإثرائه بتعديلاتهم وتوجيهاتهم ومنحوني جزءاً لا يستهان به من وقتهم الثمين الأستاذ الدكتور /جميل الطهراوي، والأستاذ الدكتور /درداح الشاعر، والأستاذ الدكتور /فضل ابو هين، والدكتور /باسم حمدونة، والأستاذ الدكتور /عبد العظيم المصدر، والدكتور /عمر البحيصي، والأستاذ /إسماعيل ابو ركاب، على تفضلهم بتحكيم البرنامج العلاجي .

كما أتوجه بالشكر إلى الأخصائية أسماء غراب والتي ساعدتني في الحصول على العينة الإستطلاعية وبعض الأمور الخاصة بالدراسة. كما لا يفوتني توجيه الشكر لأفراد العينة "أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية اللواتي شاركن طيلة جلسات البرنامج العلاجي.

والشكر موصول أيضاً للأخ/ أ.هاني الصوص على جهوده في تنسيق الرسالة وإخراجها بالشكل المطلوب، فجزاه الله خيراً.

كما لا أنسى أن أتوجه بجزيل الشكر والعرفان للإحصائي أ.خليل مقداد على جهوده الكبيرة في إنجاز هذا العمل المتواضع.

ولا يسعني إلا أن أشكر من أعتبتهم معي كثيراً، الذين لأجلي بذلوا الغالي والنفيس من جهد وصبر ورعاية، فأنتقدم بكل آيات المحبة والاحترام إلى والدي ووالدتي وزوجي وأبنائي، وجميع إخوتي، وأخوات زوجي على ما قدموه لي من دعم نفسي ومادي خلال فترة عملي بالرسالة.

وفي النهاية أتقدم إلى كل من ساهم في إخراج هذا العمل المتواضع إلى حيز الوجود ولو بكلمة تشجيع ، فله مني جميعاً خالص الشكر وعظيم التقدير والامتنان.

ختاماً أدعو الله أن يتقبل عملي هذا خالصاً لوجهه الكريم.

ملخص الدراسة باللغة العربية

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

تهدف الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الاكتئاب للأمهات التي لديها طفل مصاب بتشوه خلقي ومسجل في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وكذلك مدى استمرار الفاعلية بعد فترة المتابعة، مدة شهر بعد انتهاء تطبيق الجلسات العلاجية.

وقد تكونت عينة الدراسة من (30) أمّاً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والمسجلين في جمعية فلسطين المستقبل بمحافظة غزة، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين؛ الأولى تجريبية وقوامها (15) أمّاً، والثانية ضابطة وقوامها (15) أمّاً، حيث تم اختيارهن من بين (60) أمّاً من أمهات الأطفال المسجلين في جمعية فلسطين المستقبل، وتم اختيارهن بطريقة قصديه. وللتحقق من صحة فروض الدراسة استخدمت الباحثة في دراستها الحالية الأدوات التالية: مقياس بيك للاكتئاب، والبرنامج المقترح الذي أعدته الباحثة، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، واستخدمت الباحثة في دراستها المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :-

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والمتوسط).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (القبلي والبعدي).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي).

Abstract

The Effectiveness of Pre Behavioral Programme Proposal To Ease Depression of Mothers of Infected Children With Congenital Anomalies

The study aims to identify the effectiveness of the cognitive behavioral therapy in decreasing the depression of the mothers of the children who have birth defects and registered in the Future Palestine Association in the Gaza strip, in addition to know the extent of the continuing of this effectiveness after the follow-up period for one month after the end of the application of therapeutic sessions.

The sample of the study consists of (30) of the mothers of the children who have birth defects and registered in the Future Palestine Association in the Gaza strip. The sample is divided into two groups, the first one is the experimental group which consists of 15 mothers and the second is the control group which also consists of 15 mothers. The sample is selected from the children mothers' who are registered in the Future Palestine Association and they are selected in an intentional way.

The study used the following measures to examine the hypotheses of the study: Bek depression measure, the proposed program which prepared by the researcher and the special forms of the cognitive-behavioral therapy. The study used the experimental method by using two equivalent groups which are the experimental and the control group.

The study found the following results:

- There are no statistical significant differences in the depression level of the experimental group and the control group in the pre measure.
- There are statistical significant differences in the depression level between the experimental group and the control group in the medium measure during the application of the behavioral cognitive therapy program .
- There are statistical significant differences in the depression level between the experimental group and the control group in the post measure.
- There are statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the medium and pre measures.
- There are statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the pre and the post measures.
- There are no statistical significant differences in the depression level of the experimental group in the post and the iterative measures.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الآية
ب	الإهداء
ت	شكر وتقدير
ث	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ح	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ش	قائمة الأشكال
ش	قائمة الملاحق
الفصل الأول خلفية الدراسة	
2	مقدمة الدراسة
3	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
5	مبررات الدراسة
6	أهداف الدراسة
6	أهمية الدراسة
7	مصطلحات الدراسة
9	حدود الدراسة

الصفحة	الموضوع
	الفصل الثاني الإطار النظري
11	المبحث الاول : الاكتئاب النفسي
11	المقدمة
12	تعريف الاكتئاب النفسي
14	نسبة إنتشار الاكتئاب
15	من يصاب بالاكتئاب
17	أعراض الاكتئاب
19	أسباب الاكتئاب
22	تصنيف الاكتئاب
27	النظريات المفسرة للاكتئاب
27	نظرية التحليل النفسي
28	نظرية التعلم السلوكي
29	النظرية الإنسانية
29	النظرية الوجودية
29	النظرية الشخصية
30	التفسيرات البيولوجية للاكتئاب
30	النظرية المعرفية
33	علاج الاكتئاب
35	العلاج الطبي النفسي
35	العلاج النفسي

الصفحة	الموضوع
35	علاج الاكتئاب في التحليل النفسي
35	علاج الاكتئاب في النظرية السلوكية
36	علاج الاكتئاب في النظرية المعرفية
36	علاج الاكتئاب في الإرشاد الديني
39	المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي
39	تمهيد
41	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
42	قواعد العلاج المعرفي السلوكي
44	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
45	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
46	خصائص العلاج المعرفي السلوكي
48	الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
48	النظرية الاولى : النظرية العقلانية الإنفعالية لألبرت أليس
50	النظرية الثانية: التعديل السلوكي المعرفي عند هريبرت ميكينبوم
51	النظرية الثالثة: النظرية المعرفية عند بيك
53	التشوهات المعرفية في النظرية
56	النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب
58	فنيات العلاج المعرفي السلوكي
68	فنيات العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

الصفحة	الموضوع
71	المبحث الثالث: التثوهات الخلقية
71	مقدمة
73	تعريف التثوهات الخلقية
73	نسبة إنتشار التثوهات الخلقية
74	أنواع التثوهات الخلقية
75	تصنيف التثوهات الخلقية
77	أسباب التثوهات الخلقية
79	الوقاية من التثوهات الخلقية
80	اكتئاب الأم وعلاقته بالتثوه الخلقي
85	تعقيب عام لباحثة على الإطار النظري
الفصل الثالث الدراسات السابقة	
88	مقدمة
88	أولاً : دراسات تناولت الاكتئاب
95	تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت الاكتئاب
96	ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب
102	تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب
104	ثالثاً- دراسات تناولت أحد أنواع التثوهات الخلقية
113	تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت أحد أنواع التثوهات الخلقية
115	ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

الصفحة	الموضوع
الفصل الرابع إجراءات الدراسة	
117	مقدمة
117	منهج الدراسة
117	متغيرات الدراسة
118	مجتمع الدراسة
118	عينة الدراسة
120	أدوات الدراسة
136	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل الخامس عرض وتفسير ومناقشة النتائج	
138	تساؤلات الدراسة
142	فرضيات الدراسة
152	التعقيب العام على نتائج الدراسة
154	توصيات الدراسة
155	مقترحات الدراسة
158	المراجع العربية
171	المراجع الأجنبية
175	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
59	سجل الأفكار اليومي Daily Thoughts Record	(1)
60	سجل آلية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوك	(2)
61	سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها)	(3)
119	الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية	(4)
121	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	(5)
122	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية	(6)
123	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس بيك للاكتئاب النفسي	(7)
129	الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي	(8)
131	ملخص الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	(9)
138	اختبار كأي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي	(10)
140	اختبار كأي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط	(11)
141	اختبار كأي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستوى الاكتئاب النفسي في القياس البعدي	(12)

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
(13)	نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي	142
(14)	نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط	143
(15)	نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي	144
(16)	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس المتوسط على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة	146
(17)	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة	148
(18)	نتائج اختبار "ويلكسون" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة	150

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
56	النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي.	(1)
117	تصور الباحثة لمتغيرات الدراسة.	(2)

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
176	قائمة المحكمين	(1)
177	خطاب تحكيم برنامج إرشادي	(2)
178	مقياس بيبك للاكتئاب	(3)
184	جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	(4)
205	تمارين الإسترخاء	(5)
212	سجل الأفكار اليومي	(6)
214	نموذج حل المشكلات	(7)
217	خطاب تسهيل مهمة	(8)

مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول

➤ المقدمة.

➤ مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

➤ فروض الدراسة

➤ مبررات إجراء الدراسة

➤ أهداف الدراسة

➤ أهمية الدراسة

➤ مصطلحات الدراسة

➤ حدود الدراسة

مقدمة الدراسة:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد الخلق أجمعين ،سيدنا محمد الهادي الأمين وعلى آله وصحبه أجمعين أفضل صلاة وأتم تسليم.

يعد الأبناء زينة الحياة الدنيا ﴿ أَلْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا ﴾ (الكهف، 46)، وهبة من الله سبحانه وتعالى للأبوين، وكل من أنعم الله عليه بكبد يمشي على الأرض، يعرف كيف قيمة هذه النعمة الكبرى ،ويشعر بواجب العناية بها ووقايتها من كل سوء، حيث يرغب كل زوجين في إنجاب الأطفال، ويرغبان كذلك في أن يكون هؤلاء الأطفال أصحاء، فأى والدين يعتبران إبنهما ملكاً لهما، فهما يريدان أن يفخرا به وسط الأقارب والأصدقاء، وأن يكون طفلهما مميزاً نظيفاً متفوقاً في دراسته، يتحلى بالعديد من الصفات الحميدة التي تلقى بظلال الثقة وتحقيق الذات على الوالدين ،حيث يعتبران أنهما السبب في هذا النجاح والتألق الذي يتميز به الطفل، كما يحاول الوالدان تحقيق الآمال الضائعة والتي لم يستطع أي منهما تحقيقها في طفلهما، فيعدانه لإن يصبح ذا مكانة مرموقة في المجتمع.

وبصفة عامة يصاحب عملية إستقبال طفل جديد في الأسرة بعض الضغوط التي تلقى على عاتق الوالدين وخاصة الأم، مثل رعاية الطفل وإشباع حاجاته البيولوجية والمادية والنفسية. ولكن في بعض الأحيان يأتي الطفل وهو يعاني من إعاقة حسية أو حركية، أو عقلية تؤثر على نموه في سنوات حياته الأولى، مما ينعكس على آمال الوالدين وطموحاتهم، ويؤدي إلى الشعور بمزيد من الضغوط النفسية والمادية والاجتماعية التي تؤثر على علاقة الوالدين بالطفل ،وعلاقة الوالدين ببعضهما، وعلاقتهم بالمجتمع ككل.

ويرى (الأشول، 1993: 16) أن والدي الطفل المعاق يعيشان تحت ضغوط متعددة، وجميعها مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله وحياته القادمة، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على والدي الطفل اعتماده عليهما، وما يفرضه وجوده عليهما من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، حيث تظل الحاجات الخاصة لهذا العضو من أعضاء الأسرة تؤثر على الحياة الطبيعية داخل الأسرة وعلى العلاقات الأسرية بين أفراد العائلة وخاصة الأم، وترى (قوطة، 2013: 4) أن الأم تقل قدرتها على الاندماج مع الأبناء العاديين أو مع الزوج أو حتى خارج نطاق الأسرة، فالأم هي أكثر أعضاء الأسرة التصاقاً بالطفل، فإذا كانت الأم تتألم اذا أصيب ابنها ببعض الآلام العادية، فما بال الأم التي تعي أن ابنها قد أصيب بعجز دائم في جسده، ففي هذه الحالة كثيراً ما يحدث تأثير وضغوط سلبية شديدة على الأم.

وبناءً على ما سبق فإن أم الطفل المعاق تعاني من سلسلة من الهموم النفسية التي لا تُحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الأداء، ولوم الذات والآخرين، ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل الإرادة (قنديل، 1996: 625).

ف نجد الأم فقدت إهتمامها بأسرتها مع فقدان الطاقة للقيام بأعمالها المنزلية، حتى أن الياسير منها يصبح همماً ثقيلاً مع مشاعر عدم الكفاية، وتقليل من قيمة الذات، ومن المؤكد أن ذلك يؤثر على حياتها الأسرية وعلاقتها بأبنائها، فقد تنعزل عن حولها وتقضي معظم وقتها في الفراش، وقد تكون سهلة الإستثارة فتتهيج على أبنائها وتؤذيهم، وترى حجازي (2009) أن هذه المشاعر السلبية تزداد إذا كان لدى الآباء اتجاه اسقاطي حيث يلومون الأم بأنها السبب في إعاقة الابن، مما يؤكد الشعور بالذنب لدى الأمهات، وكذلك ترى (بخش، 2002) أن عجز الطفل الذي يستمر مدى الحياة يسبب شعوراً قوياً باليأس (بخش، 2002: 215) فتكون الأم في ضغط نفسي أغلب فترات حياتها، والنتيجة أن هؤلاء الأمهات أظهرن هذه الضغوط على شكل أعراض اكتئابية من خلال نتائج العينة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة، والتي إقتصرت فقط على أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية يعانون من ضغوط كثيرة تظهر على شكل أعراض اكتئابية، وهذا ما أكدته دراسة عياد (2002) حيث اثبتت دراستها ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً، واثبتت دراسة ملكوش ويحيى (1995) وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية عند آباء وأمهات المعاقين، ودراسة بخش (2002) أظهرت أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً يواجهن ضغوطاً نفسية وأسرية، ودراسة حجازي (2009) أكدت على أن أمهات التلاميذ المعاقين حركياً يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية وصحية.

لذا رأت الباحثة أن الاهتمام بالصحة النفسية للأم التي لديها طفل معاق يعتبر من الدراسات التي قد تساهم في التغلب على الضغوط النفسية والإنفعالات اللاسوية للأم، وهو ما يؤدي إلى رعاية وتأهيل أفضل للطفل المعاق، ومن هنا رأت الباحثة أن تدرس هذا الموضوع وخصوصاً أنها مرت بخبرة شخصية وهي ولادة طفلة بعيب خلقي، وأيضاً أنه مرتبط بمجال عملها، وذلك من خلال تصميم برنامج علاجي للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، ولهذه الأسباب رغبت الباحثة في تناول هذا الموضوع بالدراسة نظراً لأهميته.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

تبلورت مشكلة الدراسة من خلال خبرة الباحثة الميدانية، كونها تعمل كأخصائية نفسية في العديد من المؤسسات العاملة في قطاع غزة، إذ أدركت حجم المشاكل التي تتعرض لها أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، الأمر الذي يشير إلى أن ثمة مشكلة يتعين دراستها والبحث

فيها، فجاءت هذه الدراسة لتحاول الكشف عن فاعلية برنامج علاجي في التخفيف من الاكتئاب لدى هذه الشريحة من المجتمع، وفي ظل ذلك تبلورت مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيسى:-

"ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في تخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية؟"

وينبثق عنه التساؤلات الفرعية التالية:-

1- "ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟"

2- "ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟"

3- "ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟"

4- هل يمكن أن يستمر تأثير فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف مستوى الاكتئاب بعد شهر من انتهاء تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي؟

فرضيات الدراسة :-

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة ، بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) ،في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة ،بالنسبة لنوع

المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس المتوسط).

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي).

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التتبعي).

مبررات الدراسة:

1- من خلال عمل الباحثة كأخصائية نفسية في العديد من مؤسسات قطاع غزة، ومقابلة العديد من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، لمست حجم المعاناة والألم الذي تتعرض له تلك الأمهات والذي يظهر على شكل أعراض اكتئابية، لذلك شعرت بضرورة مساعدة تلك الأمهات في التخفيف من أعراض الاكتئاب الذي يعانين منه.

2- نتائج العينة الإستطلاعية والتي تم تطبيقها على عدد من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، حيث وجد أن هذه الفئة تعاني من أعراض الاكتئاب بشكل كبير.

3- إن الاكتئاب يعتبر من الأمراض التي لا يزال انتشارها يتسع يوماً بعد يوم، الأمر الذي يجعل من الضروري فهم هذا المرض على حقيقته، منعاً للإلتباس، وتسهيلاً لاكتشافه منذ بدايته، وقبل أن يصل إلى مراحله القصوى.

4- تنوع الأساليب والنماذج في التعامل مع الاكتئاب وقلة الأبحاث - حسب علم الباحثة - في مجال البرامج التي تستخدم العلاج المعرفي السلوكي لمثل هذه العينة، دفع الباحثة للتفكير في البحث عن أفضل الطرق التي من الممكن أن تتناسب هذه الفئة من الأمهات الفلسطينيات وتخفف من حدة الأعراض وتتناسب مع الظروف الصعبة.

5- دراسة هذا الموضوع يعتبر مطلباً علمياً، وطبيعياً، و نفسياً، واجتماعياً، ومطلباً إنسانياً فوق كل اعتبار، لأنه يتناول الحالة النفسية وتحديداً الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية.

6- رغبة الباحثة في التعرف أكثر على موضوع الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وإنعكاسات ذلك على تفاصيل الحياة اليومية للأمهات.

أهداف الدراسة:

- 1- الكشف عن نجاح البرنامج العلاجي المقترح.
- 2- معرفة وتحديد فيما إذا كان هناك تفاوت بين الأمهات في الاستفادة من البرنامج.
- 3- تحديد مدى استمرارية تأثيرات البرنامج العلاجي المقترح.
- 4- التعرف إلى التفسيرات النظرية للاكتئاب وبشكل خاص النظرية المعرفية.
- 5- تقديم رؤيا واضحة عن اضطراب الاكتئاب.
- 6- تقديم خلفية نظرية وعملية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

أهمية الدراسة:

للدراسة أهمية تتبع من ناحيتين، نظرية وتطبيقية موضحة كما يلي:

• الناحية النظرية:

- تستهدف الدراسة أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في محافظة غزة، وهو ما يلقي الضوء على شريحة مهمشة من النساء في المجتمع الفلسطيني، ولكن مع إضافة معاناة جديدة تتعلق بمعاناة أطفالها، وهذا ما يضاعف حدة الأعراض لديهم ويزيد من حاجاتهم لخدمات نفسية متنوعة.
- تعتبر هذه الدراسة إمتداداً لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الاكتئاب وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائدة في كل المجتمعات، ومنها المجتمع الفلسطيني، ولذلك كان لا بد للباحثة من المساهمة في إيجاد بعض الطرق والوسائل التي من الممكن أن تساعد في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب، ولتكن بداية الطريق للمهتمين للعمل بهذا المجال:
- تعتبر هذه الدراسة حسب علم الباحثة من الدراسات النادرة في فلسطين، التي تدرس تأثير مرض الأبناء على الصحة النفسية للأم، وهذا ما تبين للباحثة من خلال اطلاعها على الكثير من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

• الأهمية التطبيقية:

- تساعد العاملين في برامج الصحة النفسية من خلال التعرف إلى الحالة النفسية التي يعاني منها أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، ومعرفة مدى تأثير عوامل أخرى في مستوى الاكتئاب لدى هذه الفئة.
- تساعد الباحثين والمهتمين بالصحة النفسية وبخاصة المهتمين بذوى التشوهات الخلقية.
- تساعد الدراسة أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في تعديل أفكارهم السوداوية، وزيادة مستوى العامل الديني لديهم مما يساعدهم في تخفيف حدة الاكتئاب لديهم.
- يمكن لهذه الدراسة أن تفتح المجال لإستحداث برامج ذات فاعلية في مجال خفض الاكتئاب النفسي، والتخفيف من المعاناة النفسية للعديد من الأمراض النفسية الأخرى.
- تساهم الدراسة في إثراء البحث العلمي والأدب التربوي المتعلق بموضوع التشوهات الخلقية .

مصطلحات الدراسة:

• الفاعلية:

هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً ،وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق التنمية تحقيقاً كاملاً (بدوي، 1982: 12).

• البرنامج الإرشادي:

يعرفه " عارف" بأنه برنامج يعمل وفق نظريات الإرشاد النفسي على مساعدة وتبصير الأفراد في فهم مشكلاتهم، والتي تؤدي إلى سوء التوافق، ويعمل البرنامج على تبصير الأفراد على حل هذه المشكلات بما يحقق سعادة الفرد مع الآخرين ،بحيث يصل الفرد إلى أفضل مستوى من التوافق والرضا والصحة النفسية (عارف، 2003: 249)

والتعريف الإجرائي للبرنامج هو عبارة عن مجموعة من الجلسات الإرشادية المترابطة القائمة على إتجاه أو نظرية، متضمناً مجموعة أنشطة تطبق ضمن حدود زمنية ومكانية وبشورية، بهدف إحداث تغيير إيجابي في حياة الفئة المستهدفة.

• العلاج المعرفي السلوكي:

هو برنامج مخطط ومنظم يستند إلى مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص من مشاعر معينة، والتقليل من حدتها، وتدعيم مشاركتهم الفاعلة في المواقف

الاجتماعية المختلفة ،والعمل على منع حدوث انتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي.
(بلحسيني، 2011، 16)

ويعرفه ستيفن وكراسك بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية طورت لتوضيح أشكال متنوعة لاضطرابات إكلينيكية محددة، وتستند هذه التقنيات على مفاهيم وإفتراضات أساسية ،من هذه المفاهيم ميكنزمات التعلم ومعالجة المعلومات (فضل، 2008: 99)

وتعرفه الباحثة إجرائياً : وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن إستخدامها في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب النفسي، وهو نموذج تعليمي يكتسب الأفراد من خلاله المعرفة والمهارات الفنية ،تجاه ما يؤثر على حياتهم ويساعدهم على التكيف مع ظروف الحياة الصعبة والمعقدة ،من خلال استخدام فنيات وأساليب معرفية وسلوكية وانفعالية تتمثل في إعادة صياغة الأفكار معرفياً، والمراقبة الذاتية، وصرف الإنتباه، والتخيل، وتمارين الاسترخاء، والواجبات المنزلية.

• **الاكتئاب:** اضطراب مزاجي أو وجداني، يتسم ذلك الاضطراب بإنحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى. (فايد، 2004 : 60)

كما يُعرف بأنه: حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الإنتباه والتركيز والإنسحاب الاجتماعي والتوقع حول الذات، (الخطيب، 2000 : 568)

• **التشوهات الخلقية:** هي تشوهات تصيب الجنين في فترة الحمل أو أثناء الولادة، وتصيب هذه التشوهات مختلف أعضاء الجسم مثل المخ أو القلب، أو الرئة، أو الكبد ،أو العظام، أو حتى الجهاز الهضمي أو العصبي.(عبد الباري، 2012 : 6)

• **مؤسسة فلسطين المستقبل للطفولة (مركز الشلل الدماغي)**

Palestine Avenir Childhood Foundation(The Cerebral Center)

هي مؤسسة فلسطينية غير حكومية أنشئت في عام (1995م) ، لسد الفراغ الكبير في الخدمات المقدمة لشريحة الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة في قطاع غزة، وقد تم إنفتاح مركز الشلل الدماغي في مؤسسة فلسطين المستقبل في يناير (1998م) ، بهدف تقديم خدمات تأهيلية متنوعة (علاجية، وتعليمية ،ونفسية ،وإجتماعية ،وترفيهية) لذوي الاحتياجات الخاصة مع التركيز على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والإعاقات الحركية الأخرى.
(مؤسسة فلسطين المستقبل، 2014)

حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية في الآتي:

1- الحد البشري:

قامت الباحثة بإجراء الدراسة على أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية الذين يتلقون خدمات التأهيل في جمعية فلسطين المستقبل في محافظة غزة.

2- الحد المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة في جمعية فلسطين المستقبل للطفولة (الشلل الدماغي) في مركزها الرئيسي بمنطقة غزة.

3- الحد الزمني:

تم إجراء الدراسة في المدة الواقعة بين سنة 2014-2015، وتم تطبيق البرنامج في هذه الفترة الزمنية ما بين شهر مايو إلى منتصف شهر يوليو 2015.

4- الحد الموضوعي:

تقتصر الدراسة على بحث موضوع الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وفعالية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

الإطار النظري

الفصل الثاني

المبحث الأول : الاكتئاب النفسي

المبحث الثاني : العلاج المعرفي السلوكي

المبحث الثالث : التشوهات الخلقية



المبحث الأول الاكتئاب النفسي

مقدمة:

لمرض الاكتئاب تاريخ طويل مع الإنسان وقصة حزينة مثل اسمه، سجلته المعابد والأديرة، حيث عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب (ابن سينا) وفي ألوان الشخصيات المكتتبة التي وردت في مسرحيات شكسبير وأخيراً في قصص القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، وأما الأبحاث التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين، ميز ابقراط في قديم الزمان ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض المالنخوليا (الاكتئاب)، غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاه لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهان الاضطهاد وذهان الفصام والعصاب، وفي القرن الأول الميلادي، ووصف اريشايوس هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حالياً، واستمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور.

استخدم هذا المصطلح بوصف خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو إنفعالية والتي قد تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي، وجملة مركبة من الأعراض معرفية ونزوعية (إرادية) وسلوكية وفسولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية، وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه الأكثر شيوعاً وبخاصة في الطب النفسي، كما أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح اضطراباً في الشخصية. (العبيدي، 2009: 382-383)

والاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي لا تميز بين صغير وكبير، رجل وامرأة، فهو يصيب الجميع على حدٍ سواء، ويعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية إنتشاراً، ونستطيع القول أن أي واحد منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن والضيق، أو نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة، كالعمل وتناول الطعام وزيارة الأصدقاء والنوم، كل هذه العلاقات هي في الغالب دلالة على الاكتئاب النفسي، غير أن هناك خطأ شائعاً نقع فيه جميعاً حين نتوقع أن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لابد أن تبدو عليه علامات الحزن والأسى الشديد بصورة واضحة للجميع، وهذا الكلام ينطبق على الأطباء أيضاً، لأن الجميع يتوقع أن يكون المريض المكتئب في حالة من الحزن الواضح، لكن الواقع أن مظهر الحزن وحده ليس دليلاً على الاكتئاب أو مرادفاً لوجود هذا المرض في كل الأحيان، ولكن الاكتئاب له مظاهر وعلامات أخرى، وقد شهدت الفترة الأخيرة من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار أعراض الاكتئاب النفسي في

كل أنحاء العالم ،حيث يعاني(7%-10%) من سكان العالم من الاكتئاب، وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة للإصابة بهذا المرض .(الشربيني ،2001:91)

تعريف الاكتئاب النفسي :-

أ- الاكتئاب لغة :-

الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب " .

وكآبة:- تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن، فهو كئب وكئيب والكآبة مرادفة للانقباض، وانقبض تعني تجمع وانطوى، وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض على القوم هجرهم (المنجد، 1986:668)

ك ا ب :الكأب والكآبه: الغم وسوء الحال، كئب واكتئاب فهو كئيب ومكتئب. (الزاوي، 1980:52)

ب- تعريف الاكتئاب في الاصطلاح :-

لقد ظهرت تعريفات كثيرة للاكتئاب، وهناك العديد من المحاولات من قبل الباحثين لوضع تعريفات مختلفة للاكتئاب، وبلا شك فإن هناك صعوبة في حصر كل هذه المحاولات، من هنا ستعرض الباحثة فيمالي العديد من التعريفات على سبيل المثال لا الحصر :-

- تعريف المعايطه (2002) بأنه عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة (المعايطه، وآخرون، 2002:327).

- ويعرف (ملحم، 2001:234) الاكتئاب أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم، وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار، كما يقلل الشخص من ذاته.

- ويعرفه (الخطيب، 2000:568) بأنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات.

- ويعرفه (بيك، 1991:29) أنه افتقاد لتعزيز إيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي، إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد.

- ويعرفه أنجرام (Ingram) الاكتئاب بأنه "اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى.(فايد، 2004:60)

- وترى الباحثة أن الاكتئاب "هو حالة مزاجية قد ترتبط على سبيل المثال بأحداث محزنة كالموت والمرض الذي لا يرجى الشفاء منه، أو بأحداث محبطة كالرسوب بالإمتحانات في الجامعة أو عدم توفر الوظيفة، وهذا في حد ذاته شائع لدى كل شخص، ولكن تتفاوت حدته وأعراضه من شخص لآخر.
- ويعرفه رجيعة والشافعي(2002) تعريفاً إجرائياً على أنه "ارتفاع في الدرجة على مقياس الاكتئاب، والتي تدل على توافر بعض هذه الأعراض أو أغلبها :التشاؤم، والإحساس بالفشل، والشعور العام بعدم الإستمتاع، التصرف الخطأ، القلق التشاؤمي، كراهية الذات، وتخطيئها، الأفكار الانتحارية، البكاء، انخفاض الاهتمام الاجتماعي، التردد، تصور سالب للجسم، انخفاض في الدافعية للعمل، أو الدراسة، اضطراب النوم، الشعور بالإجهاد، انخفاض الشهية، انشغالات عضوية جسمية، الشعور بالوحدة.(رجيعة والشافعي، 2002:295)
- ويعرفه (غريب، 1990:7) بأنه يشير إلى خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وعدم حب الذات، وإيذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وتغير صورة الذات، وصعوبة النوم، والتعب، وأخيراً فقدان الشهية.
- ويعرف (سلامة، 1989:43) بأنه خبرة ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البث في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل الجهد.
- ويعرفه (القريطي، 1998:141) بأنه حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر، لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تتجم عن خبرات أليمة، وأحداث مؤثرة انفعالياً قد مرت به، وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالإعياء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم الارتياح، وفقدان الاهتمام بالأشخاص والأشياء والأحداث، والنشاطات والهوايات والترفيه، وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب، والثقة بالنفس واللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم، أو الضبط والتوجيه الذاتي، ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس، كما تشيع لدى بعض الحالات الحادة أفكار أكثر سوداوية تدور حول العدمية والموت والمحاولات الانتحارية.
- مما سبق يتضح أن أغلب التعريفات التي تم تناولها حول ماهية الاكتئاب، اتفقت على كون الاكتئاب هو حالة وجدانية من الحزن المستمر والتشاؤم وعدم الرضا والشعور بالذنب والعجز

والياس، والشعور بالفشل، وهذه تعتبر ردة فعل للأحداث الصادمة والمحيطية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، وتوجد اختلافات بسيطة في التعريفات تعود إلى المدرسة التي يتبعها علماء النفس (كالاضطراب المعرفي والأفكار السوداوية).

وتعرف الباحثة الاكتئاب إجرائياً:- بأنه حالة نفسية مزاجية ترتبط بخبرة ذاتية محزنة تنسم بالحزن الشديد، والتشاؤم والشعور بعدم الرضا والذنب، وتصل إلى فقدان الشهية، وانعدام القيمة وفي الحالات الحادة تصل إلى احتقار الذات وإيذاءها.

تاريخ ونسبة انتشار الاكتئاب :-

يذكر (حمودة، 1990:302) تاريخ الاكتئاب منذ القدم، حيث سجل ما يشير إلى الاكتئاب في كتابات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة في الموت مع النوم والكسل، وكان ذلك قبل الميلاد بما يزيد عن الألف عام، كما وصفت أعراض الاكتئاب في قصة انتحار اجاكس في إلياذة (هوميروس) (Homer) في القرن الثامن قبل الميلاد، وفي عام (450) قبل الميلاد استخدم (هيبوقراط) (Hippocrates) مصطلحات الهوس والسوداء الارتدادي (الميانخوليا) لوصف الاضطرابات العقلية، وفي العصور الوسطى قسم ابن سينا (980-1037) الميانخوليا إلى أربعة أنواع طبقاً لمزاج الشخص المضطرب، ثم وصف أطباء النفس الفرنسيين عام 1854 تناوب الهوس والاكتئاب وضمنه أغلب الدلالات التشخيصية التي مازالت موجودة حالياً، وميزه عن الخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلي، كما وصف (كريبيلين) نوعاً من الاكتئاب يبدأ بعد سن اليأس لدى النساء أطلق عليه (Involutional melancholia)

ويشير بيتش (Beach,1998:91) أن الاكتئاب منتشر في جميع الطبقات الاجتماعية، والأجناس، وجماعات الأقليات، وهو منتشر لدرجة أنه يسمى بالبرد العام للأمراض العقلية The Common cold of Mental.

ويعاني معظم الأفراد في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانوا يعانون منه في الماضي وفي المجتمعات السابقة، لدرجة أنه يفضل الكثير من الكتاب والأدباء أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب. (إبراهيم، 1998:31)

حجم المشكلة بالأرقام:

يطلق على الاكتئاب مرض العصر الحالي، وهو أحد أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، وتؤدي الإصابة بالاكتئاب إلى العزلة وفقدان الاهتمام بالحياة وتزايد احتمالات الانتحار، ويصيب الاكتئاب النساء أكثر من الرجال، ويقدر عدد حالات الاكتئاب في العالم بحوالي 340 مليون حالة،

ونسبة الإصابة بالاكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم، يؤدي إلى ما يقارب من 800 ألف حالة انتحار كل عام. (الشربيني، 2001: 35)

ونظراً إلى معاناة الشعب الفلسطيني وخاصة في الفترة الأخيرة 2008-2014، وما شهدته هذه الفترة من حروب ودمار وحصار وممارسات تعسفية وتصرفات غير إنسانية، ضد المدنيين من النساء والأطفال والشيوخ، الذين تعرضوا لأبشع أنواع القهر والاضطهاد والنيل من كرامتهم ومعتقداتهم الدينية وهويتهم الحضارية والثقافية والوطنية والتقيص من قيمتهم الذاتية، وحرمانهم من أبسط الحقوق المدنية والإنسانية ومن العيش في أمن وأمان، وما ترتب على ذلك من اضطرابات وأزمات نفسية، وهناك بعض الباحثين والمهتمين بما يعانيه أفراد الشعب الفلسطيني من اضطرابات ومشاكل نفسية، فحاولوا بالرغم من محدودية إمكانياتهم في الوصول إلى بعض الإحصائيات عن مدى انتشار بعض الاضطرابات والمشاكل بين أبناء الشعب الفلسطيني، فكانت هناك دراسة عفانه الذي درس مدى انتشار الأمراض النفسية داخل مراكز الرعاية الأولية، وأظهرت نتائج دراسته أن 70% من المترددين على مراكز الرعاية الأولية لديهم مشاكل نفسية مختلفة (عفانه، 2000).

وأيضاً دراسة (قوته، وتمراز) كانت أكثر تخصصاً للوصول إلى مدى انتشار الاكتئاب بين أبناء الشعب الفلسطيني فكانت نتيجة الدراسة أن هناك 17% من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية يعانون من مشكلة الاكتئاب بدرجات مختلفة (قوته، تمراز، 2000: 15)

من يصاب بالاكتئاب:

بغض النظر عن العمر أو الجنس أو العرق أو الوظيفة ومستوى الدخل، قد يصاب أي شخص بالاكتئاب، لكن الدراسات أثبتت أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال ومعدلاتهم في ازدياد، ويرجع ذلك إلى أسباب بيولوجية، وتحدث المرحلة الأولى من الاكتئاب بين عمر 25-44 عاماً أي في ريعان الحياة، لكنه على الرغم من ذلك قد يصيب الأولاد والمراهقين وكبار السن أيضاً، والأشخاص المنخرطون في علاقات حميمة طويلة الأمد كالمترددين تكون معدلات الاكتئاب منخفضة لديهم وينتشر هذا المرض بصورة كبيرة بين المطلقين والمنفصلين، وكذلك ينتشر الاكتئاب بين المبدعين والموهوبين رغم عدم وضوح السبب. (المطيري، 2005: 224)

ويشير حمودة (1990) أن الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين البالغين، حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب في وقت ما تصل من حياة البالغين (20%) لدى الإناث، و (10%) لدى الذكور، وتصل نسبة المصابين به في وقت ما (2.9-4.5%) من الإناث و (2.3-3.2%) من الذكور، ومعدل الانتشار العام (3-5%) والنساء يصبين به أكثر من الرجال، لذا فأنهن

يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال، بينما يلاحظ أن التعرف على الاكتئاب لدى الرجال أكثر صعوبة. (حمودة، 1990: 331-332)

إضافة إلى ما سبق فإن الاكتئاب يشاهد في العشرينات والثلاثينات وسن العقود (سن اليأس) ويحدث لدى الإناث أكثر من الذكور، إضافة إلى ذلك كله فإنه يحدث لدى غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين (زهران، 1997: 515)، ويشير عسكر (1988) يختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر، ويعتقد أن نسبة الاكتئاب قد تزايدت في الفترة الأخيرة وذلك للأسباب الآتية:

- تزايد متوسط عمر الفرد.
- تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
- تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب مثل الفينوتيازين Phenothiazines وأدوية ضغط الدم المرتفع Hypertensive.
- سرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية، كما تساعد على استمرارها. (عسكر، 1988: 20)
- ومن المعروف أن المرأة أكثر عرضة للاكتئاب من الرجل بثلاثة أضعاف، وفي مختلف المجتمعات، إلا في الاكتئاب المصاحب لاضطراب المزاج المزدوج القطب (الزهر الاكتئابي) والذي يتساوي انتشاره بين الرجال والنساء وبمعدل 1% من السكان. (سرحان، وآخرون، 2001: 64)
- ومن الممكن أن يرجع ذلك إلى الأسباب التالية :-

1- التكوين العاطفي للمرأة :- فليس هناك شك أن المرأة بفطرتها ذات مشاعر حية وجياشة، وقد خلقها الله تعالى هكذا لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها كأم، تلك الوظائف التي تحتاج إلى تواصل وجداني كبير، وبدون هذا التواصل الوجداني تضطرب الأسرة وتتفكك عراها.

2- خبرات التعلق والفقد :- فالمرأة دائماً متعلقة بغيرها (والرجل كذلك ولكن مع الفارق في الدرجة والأهمية)، فهي تتعلق بشدة بأبائها وأخواتها، بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها، وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل وتصبح جزءاً مهماً من حياتها، وبالتالي حين تفقد أيّاً من هذه العلاقات فإنها تصاب بالحزن والأسى، وربما تصل لدرجة الاكتئاب.

3- التغيرات البيولوجية المتلاحقة :- فمع بدء أول دورة شهرية في بدايات العقد الثاني من العمر والمرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كيمياء الجسد والمخ، ويزداد هذا الوضع مع الحمل والولادة، وبعد انقطاع الدورة تعاني المرأة من آثار انخفاض مستوى هرمون الاستروجين في

الدم، كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع المرأة فرصة لالتقاط أنفاسها، وتشكل نوعاً من الضغط عليها، إذا زاد عن حدود معينة فإنه يهيئها للإصابة بالاكتئاب.

4- العمل المستمر بلا راحة: فالوظائف التي تقوم فيها المرأة لا تعرف الإجازات، لأن متطلبات الزوج والأولاد والأحفاد لا تنتهي، وهي لا تأخذ راحة في أيام الجمع والعطلات، بل ربما تعمل أكثر من هذه الأيام في تنظيف المنزل وإعداد الطعام للزوار من العائلة والأصدقاء، وهكذا بلا توقف، وحين يأوي الرجل إلى فراشه ليلاً لينام ربما تسهر المرأة لرعاية طفل رضيع أو العناية بطفل مريض، ثم هي مطالبة بعد ذلك أن تستيقظ في الصباح المبكر وتوظف أبناءها للذهاب إلى مدارسهم، ثم تنهياً هي للذهاب إلى عملها، وحين تعود إلى البيت في الثانية بعد الظهر لاتأوي إلى السرير لتستريح، بل تتجه مباشرة إلى المطبخ لإعداد الطعام، وحتى إذا فرغت من كل هذه الأعمال فإن عقلها لا يتوقف عن العمل، حيث إنها أكثر إحاطة بتفاصيل الأشياء في المنزل من الرجل، فهي التي تعرف كل احتياجات البيت والأولاد بكل التفاصيل الدقيقة، في حين أن الرجل لديه فقط فكرة عامة عن هذه الأمور، ويستطيع في كثير من الأوقات أن يريح رأسه منها. (مهدي، 2004: 145-146)

أعراض الاكتئاب: Symptoms of Depression

يؤثر الاكتئاب على أناس مختلفين بطرق مختلفة، وقد يتسبب في طيف واسع من الأعراض التي قد تكون عاطفية أو جسدية، ولقد قام زهران (1997) بتقسيم هذه الأعراض إلى نفسية وعاطفية وسلوكية وجسدية وهي كالآتي:

أولاً: أعراض جسدية مثل:

- الصداع.
- التعرق
- الدوار.
- الإرهاق.
- الضعف العام.
- بعض تلك الأعراض قد تمر على الإنسان العادي في كثير من الأحيان، وهذا لا يعني أنه مصاب بالاكتئاب، لأن مجرد ظهور تلك الأعراض لا يكفي، بل يجب أن تكون مستمرة ولفترة طويلة حتى يكون التشخيص صحيحاً. (زهران، 1997: 515)

وترى كليرن (2003) أن أعراض الاكتئاب هي:

- فقدان الاهتمام والمتعة بالحياة.
- فقدان الدافع والحافز الذي يجعل القيام حتى بالمهام البسيطة واتخاذ القرارات صعباً أو مستحيلاً.
- فقدان الشهية أو اكتسابها، مع نقص الوزن أو زيادة.
- القلق أو النوم المفرط.
- فقدان الحب الجسدي، أي فقدان الاهتمام بالجنس.
- فقدان الثقة بالنفس، وتفادي لقاء الناس.
- الإحساس بعدم النفع، وعدم الكفاية، والسوء والعجز واليأس. (كليرن، 2003: 44)
- عدم القدرة على التركيز والتفكير وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- الرغبة في الموت أو محاولات الانتحار.
- في بداية اليوم يكون المريض في أسوأ حالاته، بينما يتحسن في آخر النهار مع ميل إلى الإمساك. (رفعت، 1992 : 28)

في حين يسرد بيك BECK (1997) الأعراض الاكتئابية في 21 عرض وهي:

- الحزن Sadness
- التشاؤم Pessimism
- الشعور بالفشل. Feeling of Failure
- نقص الرضا. Lack of Satisfaction
- الذنب. Guilt
- كره الذات. Self dislike
- الإحساس بالعقاب Punishment of Sense
- رغبات انتحارية. Suicidal wishes
- اتهام الذات. Self accusation
- نوبة البكاء. Crying spells

- التهيج. irritability
- الانسحاب الاجتماعي. social withdrawALr
- التردد. Indecisiveness
- تغير صورة الجسم. Body Distortion
- الأرق. insomnia
- صعوبة العمل. Work inhibition
- سرعة التعب. Fatigability
- فقد الشهية. Loss of appetite
- فقدان الوزن Loss of weight
- الانشغال الجسمي. Somatic_ n
- فقد الليبدو . Loss of Libido (بيك، 1997: 40)

أسباب الاكتئاب:-

يرى على (2004) أن أسباب الاكتئاب مرض يحدث فجأة ومن دون سابق إنذار أو أعراض في بعض الأحيان، وحسب رأي خبراء الصحة النفسية فإن بعض الأفراد قد يكونون من ناحية بيولوجية معرضين للمرض، بينما آخرون يصابون بالاكتئاب نتيجة عوامل بيئية أو نفسية أو كليهما معاً.

وبغض النظر عن سبب المرض، فإن خبراء الصحة النفسية أو العقلية يميلون للاعتقاد بأن السبب البيولوجي للمرض يكمن في حدوث عدم توازن في تركيز الموصلات العصبية في الدماغ، ولكن ليس هناك جواب للسؤال الذي يقول هل التغيرات الكيميائية البيولوجية هي سبب أو نتيجة لحدوث ضغوط نفسية يعاني منها المريض.

وعلى أي حال، وبغض النظر عن السبب الحقيقي لحدوث مرض الاكتئاب، فإن خبراء الصحة النفسية يتفقون مع وجود عوامل خطر تجعل الأفراد الذين لديهم هذه العوامل أو بعضها عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالمرض، وهذه العوامل هي:

1- انتشار المرض في العائلة:

حسب الإحصائيات الطبيعية، فإن حوالي ثلثي المصابين بمرض الاكتئاب لديهم أفراد عائلة، أو أقرباء أصيبوا بالمرض.

2- العمر:

سن الشباب والمراهقة التي من المفروض أن تكون أسعد أوقات الإنسان، أصبحت حسب رأي خبراء الصحة النفسية من أتعس فترات الحياة عند الكثير من الشباب والمراهقين في العصر الحديث، حيث يميلون إلى التعبير عن مشاعرهم الداخلية نحو متطلبات المجتمع العصري ومشاكله العديدة، من خلال إظهار مشاعر الغضب والتمرد، أو الهرب من المنزل، أو إدمان الكحول والمخدرات، أو إظهار السلوك العدائي سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل، وفي الواقع وحسب رأي الصحة النفسية، فإن عدم معالجة حالات الاكتئاب عند المراهقين تحمل معها مخاطر إقدام المريض على الانتحار، والدليل زيادة نسبة الانتحار لأكثر من ثلاثة أصناف بين فئات المراهقين ومن كلا الجنسين، وذلك حسب الإحصائيات الأمريكية.

(علي، 2004: 53)

3- عوامل توتر خارجية:

ومن أهمها فقدان عزيز وفقدان مستوى اجتماعي أو اقتصادي معين، والشعور بالذنب نتيجة للإحساس بضوابط اجتماعية أو دينية والانفصال عن علاقة عاطفية والقيام بوظيفة معينة تكون إما تحت أو فوق قدرات الشخص والعيش مع شخص كئيب آخر. لا تؤدي العوامل الخارجية في جميع الأحيان إلى الإصابة بما يسمى نوبة الاكتئاب الكبرى، وإنما تؤثر فقط على الأشخاص الذين يملكون عاملى الوراثة والخلل في توازن الناقلات العصبية.

4- أمراض وعاهات جسمية:

هناك قائمة طويلة من الأمراض الجسمية التي تؤدي إلى الكآبة إما نتيجة للطبيعة المزمنة للمرض أو الطبيعة الحرجة للمرض، أو نتيجة لاستعمال أدوية معينة في العلاج تؤدي بصورة غير مباشرة إلى ظهور أعراض الكآبة. (الشربيني، 2001: 39)

5- التربية الخاطئة:

وما فيها من حرمان وفقدان العطف أو الحنان أو التفرقة بين الأبناء في المعاملة أو التسلط والإهمال أو الحرمان المادي والعاطفي والمعنوي، كل ذلك يؤدي إلى صراعات شعورية أو لا شعورية تصل بصاحبها إلى الإحباط والعجز والقلق فيكون الاكتئاب بوسيلة دفاعية عن الذات تجاه المخاطر.

6- الوحدة والعنوسة:

إن أكثر الناس تعرضاً إلى الاكتئاب هم أصحاب الشخصيات الجامدة المتمتعة التي تتطلب الكمال، وهم أصحاب الضمير المتشدد والميول الاجتماعية الضيقة والذين بلغوا سن القعود ولا يجدون من يرعاهم ويهتم بهم. (الشامي، 2008)

7- الجنس:

الإناث حسب الإحصائيات الطبية الأمريكية، يُصَبَّنَ بمرض الاكتئاب الشديد بنسبة الضعف مقارنة بالذكور، بينما حالات الاكتئاب الخفيف تزداد بنسبة 5-6 أضعاف، بين الإناث مقارنة بالذكور، وحسب رأي خبيرة علم النفس في جامعة ستانفورد الأمريكية (سوزان يكيما) فإن سبب حدوث الاكتئاب الشديد لمشاعر الحزن بطريقة تؤدي إلى الاستسلام لمشاعر الحزن والسماح لها بالسيطرة الكلية على مشاعر الإنسان الأخرى، وبالتالي الوقوع في دوامة الحزن الدائم والعميق على عكس الذكور الذين يستطيعون نسيان الحزن بطريقة أو بأخرى.

(علي، 2004: 54)

8- الكحول وبعض الأدوية:

ويعتبر تناول المشروبات الروحية عاملاً مهماً في الكآبة، ومن الأخطاء الشائعة التي يرتكبها الإنسان ذو عوامل تؤثر خارجية هو اللجوء إلى المشروبات الكحولية للتخلص من حزنهم، ويساعد الكحول بصورة أولية للوصول إلى نوع من حالة الابتهاج أو نسيان المشاكل إلا أن سلسلة من العمليات الكيميائية بعد ساعات من تناول الكحول تحدث في الكبد، وتؤدي إلى تكوين مواد تسبب الكآبة وهناك مجموعة من الأدوية التي تسبب الكآبة بالإضافة إلى الكحول.

9- الحنين:

ويسببه فراغ في الذات بحيث يمكن تحليله منطقياً وهو العادة على ممارسة بعض النشاطات أو لقاء بعض الأشخاص، ومن ثم فقدان هذه العادة، يؤثر على الشعور الداخلي بالرغبة في المتابعة، ولكن تعتبر هذه من النوع المؤقت بحيث يزول بزوال هذه الرغبة والعادة على النشاطات الجديدة. (الشرييني، 2001: 39)

وتعتقد الباحثة أن العوامل النفسية تعد العامل الأهم في حدوث الاكتئاب، حيث إن العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية على أهميتها لم تثبت بشكل قاطع كيفية التأثير المباشر لها في الإصابة بالاكتئاب.

تصنيف الاكتئاب :-

للاكتئاب أنواع عديدة منها :

1- الاكتئاب العصبي (Neurotic Depression)

يسمي الاكتئاب العصبي اكتئاباً استجابياً لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية؛ كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة.

2- الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression)

ويكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس وتزايد حالات الانتحار، خاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية وجسمية أو اجتماعية (عبد الستار، 1988: 45-46).

وهناك تصنيف آخر للاكتئاب حسب شاذلي (2001):-

1- الاكتئاب الخفيف :-

يبدو في شكل شعور بالإجهاد، وثبوت العزيمة، وعدم الشعور بلذة الحياة، بل إن خطر محاولة اقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضاً خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعولهم المريض.

2- الاكتئاب البسيط :-

يكون المريض في حالة ذهول غير قادر على تحمل المسؤولية، ويشعر بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

3- الاكتئاب الحاد :-

يشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، وتبدو عليه البلادة الذهنية، ويختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلاً، ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

4- الاكتئاب الذهولي :

يمثل أقصى درجات الحدة من المرض، فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل راقداً دون حركة ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتانوني.

5- الاكتئاب المزمن :- دائم وليس في مناسبة فقط.

6- الاكتئاب التفاعلي (الموقفي) :-

قصير المدى ،وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب أو خسارة مادية أو فقد عزيز ، ويكون المرض بصفة عارضة.

7- الاكتئاب الشرطي :-

يرجع مصدره إلى خبرة جارحة ويعود للظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة.(شاذلي ،2001:134)

8- اكتئاب سن القعود:-

يحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات ،أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية ،ومن أعراضه القلق والهم والهذاء والتوتر العاطفي وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية.(زهران ،1997:429)

ويصنف القريطي (1998) الاكتئاب في ضوء الشدة إلى:

– نوبة اكتئاب طفيفة أو خفيفة الشدة: Mild Severity

وهي أقرب إلى عسر المزاج، ويكون المزاج الاكتئابي أو متلازمة الاكتئاب فيها أمراً مؤكداً، حيث يشعر المرء بالهم وفقدان الاهتمام، كما ينتابه الاحساس بالتعب، وغالباً ما يكون المريض قادراً على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن بصعوبة.

ويلاحظ في هذه النوبة غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، كما يلاحظ أنها ربما قد تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالباً ما تزول آثارها دون خدمة طبية نفسية متخصصة.

– نوبة اكتئابية متوسطة الشدة: Moderate severity

وتؤدي إلى اضطراب الروتين اليومي للمريض وصعوبة قيادة بالأداء الاجتماعي المهني، لكنها لا تعجزه تماماً. ويلاحظ في هذه النوبة وجود تعطل وأفكار خاصة بعدم الكفاءة والفاعلية، وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي، وبعض الهياج مع عدم وجود أوهام. ومن الضروري لتشخيصها إضافة ما سبق واستمرارها لمدة أسبوعين على الأقل.

– نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية: Severe Episode without Psychotic

Symptoms

وتكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية، وأفكار أو خطط أو محاولات انتحارية ،وكذلك باضطراب الأداء الاجتماعي أو تعطله تماماً، ويستخدم في تشخيصها أيضاً ضرورة استمرارها لدى المرء لمدة أسبوعين على الأقل.

– نوبة اكتئابية حادة مع أعراض ذهانية: Severe Episode with Psychotic Symptoms

ويطلق عليها أيضاً اكتئاب ذهاني، وذهان اكتئابي تفاعلي، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطواراً حادة وذهانية، وضلالات وهلوس، وبطء نفسحركي قد يتطور إلى حالة من السبات، وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض، من بينها الإضراب عن الطعام وهياج يصعب السيطرة عليه، أو أعمال اندفاعية انتحارية وهو ما يطلق عليه بالسوجاوية الفجائية.

(القريطي، 1998: 393).

وهناك اضطرابات رئيسية خاصة بالمرأة وهي:

- اكتئاب ما قبل الولادة (Premenstrual Dysphonic Disorder)، ويصيب حوالي 30% من النساء.
- الاكتئاب أثناء الحمل. (Depression During Pregnancy)، ويصيب 10% من النساء.
- اكتئاب بعد الولادة (Postpartum Depression) والذي يصيب من 10-20% من النساء بدرجاته المختلفة.
- اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية (Depression postmeno pausal)، والذي يصيب من 10 – 15% من النساء في هذه المرحلة من العمر. (زهران، 1997: 516)

وفيما يلي ملخص هذا التصنيف وفقاً لجمعية الطب النفسي الأمريكي في طبعته الرابعة (American psychiatric association: 1994) والذي يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorders والتي تشمل اضطرابات الهوس والاكتئاب، وهي كالآتي :

1- اضطراب الاكتئاب الأساسي (نوبة الاكتئاب العظمى) Major Depressive Disorder

وتتسم بنوبة من الاكتئاب، وتستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل، يعاني الفرد فيها من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة، وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى، كفقدان الاهتمامات والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن، وفقدان الطاقة والشعور بالخمول، والشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريباً، وسيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط وأحياناً محاولة الانتحار.

2- الاكتئاب العصابي (الديشييميا) Dysthemic Disorder

وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد أيضاً يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو الشرهة، وضعف الطاقة والوهن، وضعف تقدير الذات، وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أي نوبات اكتئابية عظمي أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض لا تنقطع لأكثر من شهرين.

3- الاكتئاب غير محدد Depressive Disorder Not otherwise specified

ويرجع إلى الأعراض الاكتئابية غير المحددة في هذا التصنيف، والتي يمكن أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

4- الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder

وهو اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر، أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمي على الأقل، أو النوبات المختلطة، وتتخلص خصائص نوبة الاكتئاب العظمي فيما ذكر أعلاه في الفقرة الأولى، أما أهم أعراض نوبة الهوس فتتخلص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة، إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة، وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات وعدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، والأفكار الطائفة، والانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، وزيادة النشاط الهادف اجتماعياً أو علمياً أو أحياناً كالاستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلاً، وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل، كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الاجتماعية، كما تتخلص أهم أعراض الهوس Hypomani بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم أربعة أيام، كما أنه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها أقل شدة، بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد اجتماعياً أو عملياً.

5- الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

تستمر نوبة الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب العظمي، وهذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال، كما أنها تنقطع أكثر من شهرين.

6- الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Not otherwise specified

وتشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب سابقة الذكر، ومن ذلك التحول السريع بين الهوس والاكتئاب في اليوم الواحد مثلاً، أو دورية الهوس الخفيف من غير أعراض اكتئابية.

7- الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية) Mode Disorder Due to General Medical

تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي ونوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.

8- اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية : Substance Induced mood Disorder

تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية، وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع (الانسحاب).

(American psychiatric association: 1994)

النظريات النفسية في تفسير الاكتئاب النفسي من منظور علم النفس

لقد تعددت وتنوعت النظريات المفسرة للاكتئاب، واختلفت وفقاً لنظرة وفهم رواد هذه النظريات، فمنهم من ينظر إليه من منظور سلوكي ظاهر كالسلوكيين، والذين اعتبروا أن كل سلوك ناتج عن الإنسان هو سلوك متعلم (خاطئ أو صحيح)، ويعتبر التعزيز هو المؤثر الرئيس في سلوك الأفراد سواء كان إيجابياً أو سلبياً.

ومنهم من يعزوه لخلل في مراحل العمر الأولى كالتحليليين والذين يربطون الاكتئاب بتاريخ الفرد نفسه منذ طفولته وما حدث له من أحداث، قد تكون المؤثرة في حدوثه لدى الفرد، أما المعرفيين فقد كانت نظرتهم على أنه اختلال وتشويه في العقائد والتفكير.

وترى المدرسة الإنسانية الاكتئاب في ضوء تصورهما الرئيس حول حرية الإرادة الإنسانية، وأن الإنسان مسئول عن الوجهة التي تمضي فيها حياته الفسيولوجية، وتستعرض الباحثة بعض هذه النظريات المختلفة المفسرة للاكتئاب كما يلي:

أولاً: النظرية التحليلية: Psychoanalysis Theory

فسر فرويد وأبراهام الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السارية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط، وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية والالتحام والنبذ، وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه فإنه ينكص لحاجته الأولية، وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص. (عكاشة، 2003: 426)

وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات، حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد أرجع حالة السوداوية إلى النكوص إلى المرحلة الفمية. (عسكر، 1988: 77)

حيث يرتد المريض من مرحلة الطفولة إلى الفترة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسيته وبيئته، وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزز العدوان الموجه نحو الذات. (موسى، 1993: 435)

وقد وضع فرويد عدة افتراضات تشرح تطور الاكتئاب لدى الفرد وهي:

1. أن يجتاز الفرد مواقف محبطة، أو فقدان ما، على سبيل المثال، فقد حبيب.
2. أن يؤدي فشل الفرد في حل هذا الفقدان أو استبداله إلى عملية تعرف بالاستدخال مع الموضوع أو الشخص المفقود، بحيث يتوحد معه ويصير هو - بصورة نفسية - ذلك الشخص المفقود.

3. أن يصبح ذات الفرد موضوع غضبه ويقوم الفرد بمهاجمة ذاته بسبب ذلك الفقد، ويظهر هذا الغضب المعكوس Retroflected anger إضافة إلى الإحساس بالفقدان في شكل الاكتئاب. (Champion, 1992: 36)

ويكشف المكتئبون عن تمركز حول الذات ومشاعر متناقضة من الحب والكره في وقت واحد بدرجة قد تؤدي إلى شلل علاقاتهم مع الآخرين، وتخفيض الدوافع العدوانية من قدراتهم على أن يحبوا، وحاجاتهم لقمع العدوانية سلبهم الكثير من طاقاتهم اللبديية، وفي نهاية الأمر يتم توجيه الدوافع العدوانية داخلياً أو يتم إسقاطها على الآخرين، ويعبر هؤلاء المرضى عن دوافع فمية قوية جبلية ناتجة عن الإحباط الناشئ من قصور الأشياء بين الأم، وعند تعرضهم للإحباط ينكصون إلى أساليبهم أولى في علاقاتهم بموضوع الحب، وتستثار مشاعرهم المتناقضة الموجهة نحو الذات، وكلما تكررت خبرات الإحباط يصبح الإنسان معرضاً للإصابة بالاكتئاب.

(إسماعيل، 1999: 146)

ثانياً: نظرية التعلم السلوكي: Behavioral theory

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يمكن تعلمه، ألا وهي مبادئ التشريط سواء لدى بافلوف في صورتها الكلاسيكية أو لدى سكنر في صورتها الإجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكودينامية العصابية، ومن قبيل مفاهيم الصراع العصابي والأسباب الكامنة للمرض، ودور الكبت في نشأة الكبت.. إلى غير ذلك من المفاهيم. (الحسين، 2002: 320)

ويذهب النموذج السلوكي في تفسير الاكتئاب إلى أن الاكتئاب سلوك إجرائي فالسلوك الاكتئاب قد يتكون ويبقى لأن هناك إثابات تنتج عنه، فما قد يلقاه الأشخاص المكتئبون من المحيطين بهم من اهتمام أو رعاية أو دعم قد يعمل على إثابة السلوك الاكتئابي ومن ثم تدعيمه. بل إن هذه الاستجابات التي قد يتلقونها من الوسط المحيط بهم، قد تدعم صورتهم عن أنفسهم بأنهم أشخاص عاجزون وغير أكفاء ولا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم ، الأمر الذي قد يؤول إلى المزيد من اكتئابهم. (مكاوي، 1997: 51)

وهنا يرى القريطي (1998) أن الاكتئاب يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الفرد، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو النجاح، ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه وإذا لم يستشعر الفرد تعزيزاً وتدعيماً وتعاطفاً من الآخرين لاستعادة المعدل المعتاد لنشاطه، فإن حالته تزداد تدهوراً حتى ينسحب الفرد تماماً ويكتئب. (القريطي، 1998: 396)

ويرى ليونسون Lewinsohn، ووينستين Winstein وشو Show، وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى النقص في التدعيم الإيجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث الاكتئاب عندما تزيد الحساسية للظروف المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث الظروف المكروهة، خاصة إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث. (عسكر، 1988: 47)

ثالثاً: النظرية الإنسانية: Humanistic theory

تعتبر المدرسة الإنسانية الاكتئاب جوهر وجود الإنسان، وهو خاصية وجودية كامنة ومتأصلة في وجوده من حيث أنه في علاقة دائمة مع الآخر، وهذه العلاقة قد تتسم بالتواصل من خلال الحب والعمل، وقد تتعطل هذه العلاقة بدرجات متباينة؛ فتكون زملة الأعراض المصاحبة لاضطراب التفاعل من الأنا والآخر، أو بين الذات والواقع العياني، والتي من أهمها الشعور بالاكتئاب. (عيد، 1997: 201)

رابعاً: النظرية الوجودية: Existential theory

يرى فرانكل أن الفراغ الوجودي هو عرض رئيسي في الاكتئاب، ويعود هذا الفراغ إلى فقدان محتوم على الإنسان يكون من شقين: الأول فقدان الإنسان لبعض غرائزه الحيوانية التي كانت تمثل المعنى والطمأنينة والأمن، والثاني هو فقدان للمعنى من خلال مسابرة وتقليده للغير، ما يحمل هذا التقليد من تناقضات تنفي عنه صفة المعنى. (مكاوي، 1997: 46)

وبذلك يفقد الإنسان مصدر الأمن والطمأنينة وتقدير الذات وتحقيق المعنى، فيعيش القلق الوجودي ويظهر الاكتئاب. (عسكر، 1988: 200 – 199)

خامساً: نظرية الشخصية في تفسير الاكتئاب:

لم ينجح تماماً منظور الشخصية في تحديد معالم الشخصية الاكتئابية أو شخصية المصاب بالجنون الدوري، وعلى وجه العموم وجد أن مرضى الهوس يمتازون بالطموح والانطلاق والحيوية والطاقة الاجتماعية والتحكم في الأسرار من الوعي بالذات، وبالمثل مرضى الاكتئاب بهم بعض الملامح، وبالإضافة إلى ذلك يميلون إلى الوسوسة والقلق وبخس الذات والضمير الحي والتحكم الزائد.

ويشعر مريض الجنون الدوري، بصفة عامة بأنه من الخطر الاعتماد على الآخرين، ولذلك يهتم بخلق دور اجتماعي يسمح له بالتحكم في الناس الآخرين الذين سوف يعتمد عليهم، أما مرضى الاكتئاب خلافاً لذلك يحاولون وضع الناس الآخرين في موقف يسمح لهم بتوحيد الاهتمام

والانتباه نحو المريض، ولقد افترض (ايزنك) وضع ذهانات الاكتئاب الدوري في بعد الشخصية الانبساطية والذهانية. (محمد، 2004: 257)

سادساً: التفسيرات البيولوجية للاكتئاب: Biological Explanations

أوضحت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب. (أباطة، 2001: 53)

وقد وجد أن حوالي 50% من حالات الاضطرابات (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض، فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة 25 - 30%، أما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة الإصابة لطفلهما ترتفع إلى 60%. (الميلادي، 2004: 352)

ويؤكد حمودة على أهمية دور العوامل الوراثية في الاكتئاب، حيث إن الاكتئاب والاضطرابات ثنائي القطبية ينتشران في عائلات معينة، حيث إن حوالي (50%) على الأقل من مرضى الاضطرابات ثنائي القطبية يكون أحد الأبوين مصاباً باضطراب الوجدان بنسبة (27%)، وتزيد هذه النسبة إلى (50-70%) إذا كان كلا الوالدين مصابين باضطراب وجداني. (حمودة، 1990: 332)

سابعاً: النظريات المعرفية: Cognitive theory

لقد تحدى بيك (Beck, 1967) وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي، ولم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب مثل: تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس والشعور بالعجز Helplessness، وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضاً، وخلافاً للإدراكات المعرفية العادية نجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية Idiosyncratic Processes والمحتوى، وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابات العاطفية Affective Response في الاكتئاب وقام بيك باختبار محتوى الفكر الشديد الحساسية Idiosyncratic للمكتئبين، وقد اكتشف من خلال ذلك مفاهيم مشوهة وغير حقيقية يعاني منها الفرد المكتئب، وقد ظهر أيضاً من خلال التداعيات الحرة Associations للمرضى الاكتئابيين مجموعة من الخصائص الإدراكية السالبة مثل احترام الذات المنخفض Low self-regard والحرمان Deprivation، ونقد الذات Self criticism، ولوم الذات Self blame والمشاكل والواجبات المحددة، ومطالب الذات Self-commands والأوامر Injunction، والهروب من الواقع

بالاستغراق في الخيال، والميول إلى الرغبات الانتحارية *Surcidal wishes*، وتكون هذه الإدراكات مشوهة وغير حقيقية لأن مرضى الاكتئاب يميلون إلى المبالغة في تضخيم أخطائهم والعوائق التي تعترض مسارهم.

واستطاع بيك أن يقسم المفاهيم النظرية المتعددة للمريض المكتئب إلى الثالث المعرفي *Cognitive triad*، فيرى المكتئب عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سلبية، وكلما أصبح هذا الثالث غالباً أو مسيطراً كان المريض أكثر اكتئاباً، وتظهر أعراض أخرى غير معرفية للاكتئاب، لأن الشخص يشعر بالنبذ أو يعتقد بأنه منبوذ، فيشعر بالحزن، كما يبدو أن المطالب تجنباً لمثل هذه المشاعر، وعندما تكون هذه المشاعر في زيادة مستمرة وتتحدد مع مشاعر الشعور بالعجز وعدم الإحساس بالقيمة *Worthlessness* فتزداد رغباته للانتماء من أجل الهروب من هذا المصير. (موسى، 1999: 286)

واعتقد كل من بيك ورفاقه أن الاكتئاب يعد اضطراباً في التفكير وليس في الوجدان، وتتوالى أعراض الاكتئاب طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، ويرتبط الوجدان بصفة أساسية مع العنصر المعرفي، بين حدث ما ورد الفعل العاطفي لهذا الحدث لدى الفرد بصورة معرفة أو تفكير تلقائي طارئ يعد محدداً للوجدان الاكتئابي الحادث، وعندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة في تقديرها للحدث، فإن المشاعر الواردة ستكون غير ملائمة للحدث أو مبالغاً فيها.

وطبقاً لبيك فإن مشاعر اليأس وقطع الرجاء أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام، وأن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية ووجدانية ودافعية تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشوية المعرفي الذي يميز المكتئبين عن غيرهم، إذ إن تفكير المكتئبين يقوم كما أسلفت على ثلاثية معرفية من الأفكار السلبية والتقييم السلبي للذات وللحياة وأحداثها (الواقع) وللمستقبل.

فالمكتئب يرى أنه غير كفء، ومخفق وغير قادر على تحقيق أهدافه، كما يرى الحياة جافة قاسية مليئة بالصعاب والعقاب، كما يرى أن أحواله سيئة لن تتغير وأنه لا أمل له أبداً في تحسين ظروفه.

ومن أهم الأخطاء المعرفية التي يقوم بها المكتئبون (حسب هذه النظرية) والتي تتضح في طريقة تفكيرهم وتفسيرهم للأحداث ما يلي:

1. الوصول إلى استنتاج عام خاطئ دون وجود دليل كافٍ.
2. التعليل الانتقائي للوصول إلى نتيجة حاسمة مبنية على عامل واحد مع إغفال العوامل الأخرى.

3. المبالغة في التعميم بناءً على حدث واحد.
4. التضخيم أو التقليل، تضخيم الأحداث السلبية والتقليل شأن الإيجابية.
5. لوم الذات والإحساس بالذنب والمسئولية بصفة عامة. (الحسين، 2002: 321-323)

تعليق عام على النظريات المفسرة للاكتئاب النفسي:

ترى الباحثة أن النظريات التي تناولت الاكتئاب النفسي قد حاولت تفسير الاكتئاب من زاوية معينة وفقاً لخلفيتها العلمية، حيث ركزت كل نظرية على جانب مهم من جوانب الحياة لذلك اختلفت في أسباب تفسير حدوثه، وكيفية علاجه؛ منهم من ركز على العوامل السيكولوجية الدماغية، كأصحاب نظرية التحليل النفسي فكانت نظرتهم للاكتئاب (كمريض عصابي) ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد، ويعبر الاكتئاب عن صراع شديد بين مكونات الشخصية الهو، والأنا، والأنا الأعلى، ولكي نقوم بالعلاج ينبغي جعل الحزن والاكتئاب في دائرة الشعور باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفقود إلى الذات.

أما أصحاب النظرية السلوكية فيرون أن الاكتئاب (كسلوك عصابي) يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه (كمصادر التعزيز) حيث إذا لم يستشعر الفرد تعزيزاً وترميماً وتعاطفاً من الآخرين، فإن الفرد ينسحب ويكتئب، وعلاجه يكون عن طريق تعديل أو إطفاء هذا السلوك المتعلم واستبداله بسلوكيات جديدة جيدة.

أما أصحاب النظرية الوجودية فقد ركزوا على ظاهرة الفراغ الوجودي كعرض رئيس في الاكتئاب وفقدان المعنى للحياة، وهي حالة من الملل والسأم يشعر فيها المكتئب بأن الحياة تمضي بغير معنى أو هدف، وأن حياته راكدة وبدون معنى، ويؤدي الفراغ الوجودي إلى القلق الوجودي الذي يؤدي تبعاً إلى تزايد الاكتئاب.

أما أصحاب النظرية البيولوجية للاكتئاب فقد قاموا بتقسيمها إلى التفسير الوراثي للاكتئاب وأكدوا على دور العوامل الوراثية في الاكتئاب.

أما التفسير الفسيولوجي للاكتئاب فيحدث نتيجة خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارات العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثلاً (السيوتونين)، وإن هذا الخلل هو المسئول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، ولعلاج الاكتئاب لابد من علاج هذه الأسباب.

ويرى أصحاب المدرسة المعرفية بأن الاكتئاب يحدث نتيجة اضطراب في استراتيجية التفكير، وتكوين نظم وأفكار سلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، لذا يمكن علاجه عن طريق تعديل التفكير واستبدال التفكير السلبي وغير المنطقي بتفكير إيجابي منطقي.

وبعد هذا العرض الشامل لتفسيرات هذه النظريات ترى الباحثة أنه يمكن الاستفادة من النظريات مجتمعة لبلورة رؤية أوضح ولمعرفة الأسباب الحقيقية والعوامل الخفية التي تكمن وراء حدوثه، وفهم أوضح وأشمل للاكتئاب وبالتالي تقديم خدمة أفضل.

- علاج الاكتئاب: Treatment of Depression

إن الشفاء من الاكتئاب بأية وسيلة لا يحدث بين عشية وضحاها ، مع أنه يحدث في معظم الحالات، والشفاء أساساً عملية تدريجية، وخصوصاً إذا بقى الاكتئاب دون تشخيص فترة من الزمن. (ماكلين، 2003: 13)

وفيما يلي أهم وسائل علاج الاكتئاب:

أولاً: علاج الطب النفسي:

مضادات الاكتئاب: Antidepressants

يثير التطور الكيميائي في علاج الاكتئاب، بما اشتمل عليه من العقاقير المضادة للاكتئاب نتائجاً شرعياً للتفسير الأمني، فعقاقير الاكتئاب فيما هو معروف تعمل على ضبط الاكتئاب بسبب تأثيرها على تركيز الأمينات وتصحيحها، ومن المعروف أن هناك ثلاث مجموعات من العقاقير المضادة للاكتئاب ومن أهمها ما يسمى:

- الترابسيكلك "Tricyclic" والوظيفة الأساسية للعقاقير التي تنتمي إلى هذه المجموعة تتمثل في تعزيز القوة لمواصلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب.

- المجموعة الثانية من العقاقير المضادة للاكتئاب تعمل على زيادة نسبة تركيز الأمينات في المنطقة المرتبطة بالانفعالات في المخ، ومن المفترض أن زيادة تركيز المواصلات الكيميائية في المخ، تعمل على تعويض النقص فيها، ومن ثم تغير الحالة الانفعالية الاكتئابية إلى وضع أفضل.

- وهناك عقار الليثيوم "Lithium" الذي يعمل على التوازن الانفعالي، ومن ثم التحكم في التقلبات الانفعالية. (إبراهيم، 1998: 107)

أما عكاشة يقسم العقاقير المضادة للاكتئاب إلى:

1. عقاقير منبهة للجهاز العصبي ومن أمثلتها مشتقات الأمفيتامين (المنشطات) مثل (ديكسدرين-بريلودين-اليدبران-وريثالين-مكساتون... الخ) وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشفت تأثيرات جانبية لهذه العقاقير أهمها الإدمان، وضعف مفعول العقار مع طول استخدامه.

2. العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب: مثل النياميد Niamid والماربلان Marplan والنارديل Nardil وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مراكز الانفعال، كما أن لها أعراضاً جانبية مثل الدوار، وانخفاض ضغط الدم، وجفاف الحلق، وصعوبات التبول مع اضطراب في وظائف الكبد، وزيادة أو تناقص القدرة الجنسية، وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير العقاقير.

3. العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب ومن أمثلتها عقار نوفريل Noveril وهو ذو فائدة في علاج حالات الاكتئاب النفسي أو الذهاني.

4. العقاقير الشديدة المضادة للاكتئاب ومن أمثلتها التوفرانيل Tofranil وبيوتوفران Pertofram.

5. العلاج بالجلسات الكهربائية (تنظيم إيقاع المخ) وهو أقوى علاج الآن ضد الاكتئاب، وذلك بالرغم من اكتشاف العقاقير الحديثة السابقة الذكر، ويحتاج مريض الاكتئاب إلى حوالي 6-8 جلسات كهربائية موزعة على أساس جلستين أو ثلاثة جلسات كل أسبوع، وتعد الجلسات الكهربائية في تعديل عمل الهيپوثلاموس وهو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي.

6. العلاج بالجراحة: انخفض معدل استعمال الجراحة بعد استعمال العقاقير مع الكهرباء، لأنه نادراً ما يفشل مزج هذين العلاجين في شفاء معظم حالات الاكتئاب. (عكاشة، 1998: 383).

وترى الباحثة أن العلاج باستخدام العقاقير شائع استخدامه في معالجة الاضطرابات النفسية وله نتائج جيدة في تخفيف الأعراض لدى المرضى، ولكن العقاقير الطبية تعالج الأعراض المرضية ولا تعالج المرض نفسه، بدون النظر أو التطرق للأسباب التي أدت إلى وجود المرض، بالإضافة إلى ذلك فإن للعقاقير تأثيرات جانبية تؤثر على المريض مثل الهذيان، ضعف الذاكرة، الخمول، النقيؤ.

ثانياً: العلاج النفسي: PSYCHOTHERAPY

تتعدد العلاجات النفسية بتعدد وجهات النظر في تفسير وتشخيص الاكتئاب، وفيما يلي تعرض الباحثة أهم النظريات النفسية التي تم استخدامها في علاج الاكتئاب.

1- علاج الاكتئاب في النظرية التحليلية:

علاج الاكتئاب من منظور التحليل النفسي يتم عن طريق البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب وإزالتها، فيسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت على المرحلة العميقة ومحاولة حل الصراع الأوديبي وتقوية دفاعات الأنا وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب، مع إعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعياً لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل، كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج. (عسكر، 1998: 177)

والهدف الأساسي للإرشاد بهذه النظرية هو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور إلى حيز الشعور والتعامل معها. (الشناوي، 1991: 96)

وترى الباحثة أن استخدام التحليل النفسي في علاج الاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب بشكل خاص في المجتمعات الإسلامية محدود جداً، لاعتماد النظرية على المبدأ الجنسي الغريزي في تفسير السلوك، ولأنها تحتاج إلى عدة جلسات قد تصل إلى خمس جلسات أسبوعياً لعدة سنوات، وهذا أمر مرهق ومكلف، وأيضاً يتطلب العلاج من المريض أن يكون عنده قدرة ذكائية فوق المتوسط حتى يستطيع أن يعبر عن ذاته لفظياً بشكل جيد.

ثانياً: علاج الاكتئاب في النظرية السلوكية:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب، فهناك أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي Systematic Desensitization لتخفيض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب والتدريب التوكيدي السلوكي Behavioral assertion training ومن خلال ملاحظة العميل لسلوك المضطرب، وهناك أسلوب تعديل السلوك الاكتئابي عن طريق اتباع فنية النمذجة Modeling والذي يقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، وتعريفه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي سيقوم به النموذج. (مكاوي، 1997: 52)

يعتمد أيضاً على النظرية الشرطية، واعتبار الأمراض النفسية كونها عادات خاطئة تعلمها المريض كي يقلل من درجة القلق والتوتر، ويتجه العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب، وبناء فعل شرطي منعكس جديد ليكون بديلاً عنه. (عكاشة، 1980: 131)

ثالثاً: علاج الاكتئاب في النظرية المعرفية:

يهدف العلاج المعرفي للاكتئاب إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى العميل، حيث تكون أكثر دافعية وإيجابية، ويشير (بيك) إلى أهمية المنحى العلاجي المعرفي حيث يتضمن علاجه خفض مستوى التشوهات المعرفية لدى المكتئب وتعديل نظراته السالبة لذاته وللخبرة وللمستقبل، أما (أليس) فيهتم بتعديل الأفكار غير العقلانية لدى العميل والتي تشمل توقعاته اللامعقولة، ومبالغته في المستويات والمعايير وتضخيم السلبيات. (مكاوي، 1997: 50)

ويعتمد العلاج المعرفي على إكساب المريض المعارف الإيجابية اللازمة وتوضيح مضار وعيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته، مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته، ويرى (ألبرت أليس) أن العلاج يكمن في التعرف إلى الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانيته، يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة أي العقلانية مكانه، ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك. (الشناوي، 1991: 98)

رابعاً: العلاج من جهة نظر الإرشاد الديني:

كثير من الأساليب تنسب إلى علماء النفس في الغرب لعلاج الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، كما أن هناك كثيراً من الإرشادات التي توجه إلى الآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات لاتباعها بقصد وقاية الأطفال من الإصابة بالأمراض العقلية والنفسية، ولكن المتأمل في تراثنا الإسلامي يلمس أن هناك كثيراً من الوسائل والأساليب التي إذا اتبعها المسلم تمتع بحياة سوية قوامها الشعور بالهدوء والاستقرار والسكينة والرضا والقناعة والزهد والإيمان والتواضع والورع والخشوع والتقوى والإخاء والبر والإحسان، ولإسلامنا الحنيف فضل السبق في هذا المضمار في علاج الاكتئاب (العيسوي، 2001: 134 - 135) وذلك على النحو التالي:

1- الإيمان بعقيدة التوحيد: قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ بُرْهَانٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَأَنْزَلْنَا

إِلَيْكُمْ نُورًا مُبِينًا﴾. (النساء: 174) فالإنسان يولد مزوداً بطاقة روحية هائلة، تؤهله لتغيير مفهومه من ذاته عن الناس والحياة والكون، وكذلك عن رسالته في الحياة، وبعدها يشعر وكأنه يغمر قلبه بحب الله تعالى ورسوله ﷺ والناس عامة، ومن ثم ينبعث في نفسه الشعور بالأمن والطمأنينة. (الخطيب، 2000: 455)

2- الصبر: قال تعالى: ﴿وَلَنْبَلُوَكُمْ حَتَّى نَعْلَمَ الْمُجْهِدِينَ مِنْكُمْ وَالصَّابِرِينَ وَنَبْلُوا أَخْبَارَكُمْ﴾

(محمد: 31) هو تفويض الأمر لله مما يشعر بالاطمئنان، وهو عون نفس هائل يقي الإنسان

من الانهيار أمام المصائب، والصبر قوة كبيرة يكتسبها الإنسان لقوله تعالى: ﴿يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ (البقرة: 153). (نجاتي، 1997: 279)

3- الدعاء: ويمتاز الدعاء الإسلامي بلجوء المريض إلى قوة عظيمة مؤيدة ومعضدة ومساعدة، هي قوة الله سبحانه وتعالى، وهو أقرب إليه من حبل الوريد ويستجيب لدعوة الداعي ويمد إليه العون. (العيسوي، 2001: 136)

والدعاء من أنفع الأدوية وهو عدو البلاء، يدفعه ويعالجه ويمنع نزوله ويرفعه أو يخففه إذا نزل، وهو سلاح المؤمن. (ابن القيم (ت 751هـ)، 1997: 10)

وكان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعالج أصحابه من الكرب والهم والحزن بتعليمهم أنواعاً معينة من الأدعية يدعون بها وكانوا يجدون فيها الشفاء. (نجاتي، 1989: 336)

4- التقوى: قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا﴾ (الطلاق: 4) وهذا بالابتعاد عن ارتكاب المعاصي والذنوب. (الخطيب، 2000: 456)

5- الاعتراف بالذنوب: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ (١١٠) وَمَنْ يَكْسِبْ إِثْمًا فَإِنَّمَا يَكْسِبُهُ عَلَى نَفْسِهِ، وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا (١١١) وَمَنْ يَكْسِبْ خَطِيئَةً أَوْ إِثْمًا ثُمَّ يَرْمِ بِهِ بَرِيئًا فَقَدْ احْتَمَلَ بُهْتَانًا وَإِثْمًا مُبِينًا (النساء: 110-112) هو اعتراف الإنسان بما في نفسه إلى الله وهذا يزيل مشاعر الخطيئة والإثم، ويخفف من عذاب الضمير، ويطهر النفس، ويعيد إليها طمأنينتها لتصبح نفساً مطمئنة. (زهران، 1980: 331)

6- التوبة: قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ يَكْسِبْ خَطِيئَةً أَوْ إِثْمًا ثُمَّ يَرْمِ بِهِ بَرِيئًا فَقَدْ احْتَمَلَ بُهْتَانًا وَإِثْمًا مُبِينًا﴾. (النساء: 112) والتوبة تحرر المذنب من آثامه وخطاياها وتشعره بالتفاؤل والراحة النفسية، والتوبة تؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها، والتوبة لا بد أن يتبعها تغيير في السلوك المنحرف إلى سلوك سوي صالح، قال تعالى: ﴿كَتَبَ رَبُّكُمْ عَلَى نَفْسِهِ الرَّحْمَةَ أَنَّهُ مَنْ عَمِلَ مِنْكُمْ سُوءًا بِجَهَالَةٍ ثُمَّ تَابَ مِنْ بَعْدِهِ وَأَصْلَحَ فَأَنَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ (الأنعام: 54). (زهران، 1998: 359 - 360)

7- التوكل على الله: قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ، وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾ (التغابن: 11) والتوكل على الله يعتبر زاداً روحياً

مطمئناً ومكناً، ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل، قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾ (الطلاق: 3). (زهران، 1998: 363)

8-العبادات: إن مفهوم العبادة في الإسلام واسع جداً، حتى أنه يشمل جميع الأنشطة والمشاعر حتى الرغبات التي يطلق لها الإنسان العنان في سبيل الله. (بدري، 1978: 110)

وإن أداء العبادات يعلم الإنسان كثيراً من الخصال الحميدة مثل: الصبر، وتحمل المشاق، ومجاهدة النفس والتحكم في أهوائها وشهواتها، والطاعة، والنظام، وحب الناس، والإحسان إليهم، ومساعدة المحتاجين منهم، والتعاون والتكافل الاجتماعي. (نجاتي، 1989: 315)

ويرى توفيق (2002) أن الاكتئاب إن كان بسبب الذنوب فعلى المريض استخدام مجموعة من الأساليب الروحية التي تكفر الذنوب والخطايا، وبذلك يزول الاكتئاب، ومنها: الاستغفار، إقامة الصلوات الخمس، وشهود صلاة الجمعة، وصيام رمضان، والحج، والعمرة.

أما إذا كان سبب الكآبة أشياء أخرى فعلى المريض أن يستخدم الأدعية التي وردت في الكتاب والسنة لعلاج الحزن، ويرى توفيق أن هذه العلاجات الروحية ليست -كما يعتقد بعض المعالجين- للمتدينين وحدهم يسمعونها من الفقيه أو الواعظ، فالله عز وجل خلق الناس جميعاً على الفطرة، وفي الفطرة موازين البر والإثم، فالشعور بالذنب والابتهاال إلى الله ليغفره، فطرة في كل إنسان، يهودياً كان أو نصرانياً أو مجوسياً أو مسلماً، وإنما يختلف مفهوم البر والإثم حسب دين كل واحد. (توفيق، 2000: 400)

ويرى القشاعلة (2008: 97) أن علاج الاكتئاب يتمثل بالآتي: التقوى، الإيمان بالله، الولاية لله والاستقامة والعمل الصالح، التسبيح، السجود، العبادة.

ويرى القرضاوي أن المؤمن يجد في عبادة ربه ساعة الشدة سكينه لنفسه، وأنساً لوحشته، وانشراحاً لصدرة، وتخفيفاً عن كاهله. (القرضاوي، 1975: 101)

وترى الباحثة أن هناك طرقاً نفسية مختلفة لعلاج الاكتئاب، ولا يمكن تحديد الطريقة المناسبة لمريض إلا بالبحث عن الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب، وحسب هذه الأسباب يقوم باختيار الطريقة المناسبة للتعامل معها، وأنه من الممكن استخدام أكثر من أسلوب علاجي في علاج الاكتئاب، واتبعت الباحثة النظرية المعرفية السلوكية لما لها من فاعلية في حل الاضطرابات النفسية، وهذا ما تؤكد الدراسات التي اتبعت هذا الأسلوب في حل الكثير من المشكلات.

المبحث الثاني

العلاج المعرفي السلوكي

مقدمة

تعتبر المدرسة المعرفية Cognitive من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال الإرشاد والعلاج النفسي بصفة خاصة، ولا يمكن القول بأن العمليات العقلية كانت بعيدة عن حسابان الباحثين في مجال علم النفس إلى درجة إهمالها في المدارس السابقة (التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية) وإنما لم يكن هناك اهتمام كاف بها سواء في تفسير السلوك أو المرض أو في علاج الاضطرابات النفسية. (عبد العزيز، 2001: 69)

وفي الحقيقة يعد ظهور هذا الاتجاه نتيجة عوامل عدة، أهمها:

1. كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقد يتغير السلوك، كما انتقدتها البعض من زاوية أن التخلص التدريجي والمنظم من الحساسية ليس أسلوباً سلوكياً بحتاً ولكنه يتطلب الاستبطان في فرض المسترشد لأفكاره ودوافعه ومشاعره وتحكمه في أفكاره وصوره العقلية، وخاصة أن رأي سكرن في هذا الصدد غير صامد جيداً للمقاومة، وهو ما يعد اتجاهاً توفيقياً بين السلوكية ومعارضيتها.

2. تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية بالجوانب والوظائف النفسية، حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دولارد وميلر ونظرية بندورا الباب في هذا الاتجاه، وأصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المثير والاستجابة غير كافياً في معرفة الميكانزمات المستمدة في الحفظ ومعالجة المعلومات، كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز وقد تفشل رغم وجوده، أضف إلى ذلك اختلاف عملية التعلم لدى الراشدين عنها لدى الأطفال، وكلاهما يختلف عن الحيوان من ناحيتين، هما: استخدام الإنسان للرموز كاللغة والإشارة وغيرها، وأن عملية التعلم لدى الإنسان أكثر تعقيداً من تعلم الحيوان. (الشناوي، 1998: 211)

3. إن الاتجاهات النظرية والعلاجية المعرفية قد بدأت تلقى رواجاً وممارسة من قبل العاملين في الخدمات النفسية بعد ظهور أبحاث جان بياجيه في النمو المعرفي، وأفكار كولبرج في النمو الأخلاقي، وأفكار أرون بيك في العمليات العقلية، وطروحات ألبرت ألبيس في أسباب الاضطرابات النفسية. (ضمرة، وآخرون، 2007: 203)

4. ساعدت التطورات في مجال الحاسب الآلي الباحثين في علم النفس على وضع تصورات للوظائف العقلية، (الشناوي، 1900: 145) حيث يشبه البعض المعالجات في المخ البشري بالمعالجات التي تتم في الحاسب الآلي على شكل مدخلات ، عمليات، مخرجات تغذية مرتدة... وهكذا. (الشناوي، عبد الرحمن، 1998: 212)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً، وقد نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال السلوكي. (دبور، صافي، 2007: 122)

ويعتبر من التيارات العلاجية الحديثة والتي بصفة أساسية يهتم بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية. (التميمي، 2013: 22) ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض بالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية انفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث هذا التغيير المرغوب فيه، فكلية معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Conation، ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح ومنها على سبيل المثال "تعرف، ذهن". (المحارب، 2000: 1)

ويركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث ما، ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيراً من الاستجابات الوظيفية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة بينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن ثم فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المسترشد، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير من سلوكه. (أبو أسعد، 2011: 143)

ويقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر فيه الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وأدوارهم ومثلهم إنما هي أمور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح والمريض. (الشناوي، 1900: 146)

فالسلوك غير التكيفي وفق هذا النموذج يعامل بوصفه نتاج التفكير غير الوظيفي، وبناءً عليه فإنه عملية تعلم داخلية تشتمل على إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة. (أبو أسعد، 2011: 299)

وبالتالي ينصب جوهر الاهتمام في العلاج المعرفي حول اكتشاف العوامل والمكونات المعرفية المؤثرة وهذا ما أطلق عليه اسم الأبنية المعرفية (Cognitive Schemata). (ضمرة، وآخرون، 2007: 206)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً واستخداماً، وقد وصف بيك هذا الأسلوب في دراسته من العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، حيث اعتمد على أفكار كيلي وبياجيه وغيرهم من المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي. (Payne. M, 2000: 56)

وترى الباحثة أن المنهج الجديد في العلاج النفسي هو عبارة عن تطبيق لبعض وجهات النظر المختلفة (قديماً وحديثاً) بطريقة علمية ومنهجية منظمة في علاج الاضطرابات النفسية.

أولاً: تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي بأنه علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات معرفية لمساعدة المريض على تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي سلوكي. (أبو أسعد، 2011: 310)

ويعرفه (عبد الله، 2012) هو علاج يتسم بأنه نشط محدد البنيان والتوقيت، وقد استخدم بنجاح في علاج العديد من الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والخوف المرضية والسيكوسوماتية ومشكلات الألم، ويقوم العلاج على أساس نظري عقلائي معرفي. (عبد الله، 2012: 128)

ويعرفه عبد الله (2011) بأنه مجموعة من الطرق والتقنيات التي تركز أساساً على الأحداث الداخلية العمليات المعرفية Cognition's إن هذه الأنشطة الضمنية تتعين بطرق عديدة وتعزز عملية التعليم. (عبد الله، 2011: 150)

ويرى الشيخ (2003) أن العلاج المعرفي السلوكي يمكنه تعديل الاضطرابات المتعددة من خلال تعديل أسلوب التفكير، فإن أحداث الحياة السلبية تزيد من القلق والتوتر والشعور بالتهديد وتوقع الناس، ولذا يحاول المعالج تعديل أفكار المنتفع وإقناعه أن يرى الحياة بطريقة أكثر تكيفاً، ومساعدته على خلق سلوك توافقي مع ما يمر به من أحداث. (الشيخ، 2003: 90)

ويرى أيزنك (2000) أن العلاج المعرفي السلوكي هو تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير، وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية. (Eysenck, 2000: 720)

وأيضاً يعتبر محمد (2000) العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنائه المتعددة والعلاج السلوكي، بما يضمنه من فنيات ويعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، أو يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. (محمد، 2000: 17)

وعرفه الحلبي واليحيى (1995) بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة. (الحلبي واليحيى، 1995: 261)

ويرى النمر (1995) بأن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات، أو الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية. (النمر، 1995: 249)

ويعرفه ستيفن وبيك (1995) بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية. (ستيفن وبيك، 1995: 249)

وعرف قاموس علم النفس (1994) العلاج المعرفي بأنه منهج في العلاج النفسي يأخذ شكل العلاج السلوكي، ولكن هدفه تحسين المعرفة لدى المرضى وسيئي التكيف في السلوك والمعتقد. (Peter, nicky, 1994: 36)

وتعرفه الباحثة: بأنه عبارة عن علاج نفسي تعليمي مركز على مشكلة معينة وموجه نحو هدف محدد عن طريق تعليم العميل اكتساب مهارات تكيفيه لتمكينه من تعديل عمليات سوء التكيف المعرفي والسلوكي لديه.

وتعرفه الباحثة ايضا: على أنه كف نشاط الأفكار السلبية النشطة وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي، وتشجيع المريض بالاكتمال على القيام باختيار مدى الأفكار الإيجابية والأنشطة الفعالة وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالمرض النفسي، بهدف الكشف عن المعاني التي توصف بها الأحداث غير المستحبة.

وبذلك يستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي ليشير بصفة عامة إلى العلاج النفسي الذي يتبنى الافتراضات الأساسية التالية:

- الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك.
- الأنشطة المعرفية من الممكن مراقبتها وتغييرها.
- التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير المعرفي. (زيزي، إبراهيم، 2006: 121)

ثانياً: قواعد العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صيغته التحليلية التي تظهر من خلال سير ورده فعل العمل العلاجي، بدءاً بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤولية وتوضيح

العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط يمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

- يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضها البعض.
- التعليم يتم من خلال الجانب المعرفي.
- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. (أمال، 1999: 273)

ويلخص بيك وإيمري قواعد العلاج المعرفي على النحو التالي:

1. العلاج المعرفي يقوم على أساس النموذج المعرفي للاضطرابات الانفعالية.
2. العلاج المعرفي علاج مختصر ومحدود المدة.
3. من الضروري أن تتوفر علاقة مناسبة بين المعالج والعميل.
4. العلاج يمثل جهداً مشتركاً بين المعالج والمريض.
5. يركز العلاج المعرفي على توجيه الأسئلة.
6. يعتبر العلاج المعرفي علاجاً منظماً ومباشراً.
7. يتجه العلاج المعرفي نحو التركيز على المشكلة.
8. يقوم العلاج المعرفي على نموذج تعليمي.
9. تستند نظرية وأساليب العلاج المعرفي على الطريقة الاستنتاجية.
10. النشاط الذي يقوم به العميل خارج مكتب الإرشاد أو العيادة يمثل خاصية أساسية للعلاج المعرفي. (الشناوي وعبد الرحمن، 1900: 223)

وبناءً على هذه القواعد فالأخصائي النفسي في نظرية بيك يؤدي عدداً من الأدوار، فهو يعمل كمرشد ومشخص ومعلم، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي، ويركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها ترتبط بالسلوك، واعتقادات الشخص التي تعتبرها هي المصدر الرئيسي للمشكلة، فدوره كمرشد يتمثل في تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل والتعاون مع الفرد في

محاولة لحل مشكلة ،وتوليد أفكار جديدة وتزويده بالاقتراعات وإعطائه فرصة مناسبة لاختيار هذه الأفكار، وإيجاد الفرصة المناسبة لتدريبه ،واستغلال دوره كمشخص حيث يجمع المعلومات عن الفرد من مصادر متعددة ،ويدمج المعلومات التي حصل عليها لتحديد طبيعة الاضطراب والتخطيط للتدخل المناسب، وكذلك دوره كمعلم حيث يعنى بالتدريب على المهارات وتعليم العميل كيف يحل نماذج التفكير المشوه أو المنحرف ،ويضع بدلاً منها نماذج تكيفية. (السيد، 2009: 716)

ثالثاً: مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

المبادئ هي القواعد الأساسية والمسلمات الذي تنطلق منها النظرية، بحيث تعبر عن أفكارها الجذرية التي تلتزم بها في تفسير حياة الإنسان وأفعاله.

1. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتقسيمها ضمن إطار المنظور المعرفي.
2. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض، تجعل المريض يثق في العلاج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك الاحترام.
3. يشدد المعالج على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات في إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
4. يسعى المعالج لتحقيق أهداف معينة لحل مشكلات معينة.
5. يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق والاكتئاب لدى المريض، ومع ذلك يتطلب الأمر رجوعاً للماضي. (عبد الله، 2000: 6)
6. يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
7. يستخدم فنيات ومهارات متعددة الأحداث تغير في التفكير والمزاج والسلوك.
8. يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض ،يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ،ويتعرف الى أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته. (الخفش، 2011: 389 – 346)
9. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف لجعل المريض معالجا نفسياً.

10. تتم الجلسات وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع.
(المحارب، 2000: 38-39)

11. الاعتبار غير المشروط للذات والآخرين: أي قبول الذات والآخرين دون شروط ويشمل قبول نقاط القوة والضعف.

12. الافتراض المستمر: بمعنى أن السلوك الخفي غير الظاهر يخضع لنفس قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الظاهر والملاحظ، فحتى المعارف يتم نقلها من خلال النمذجة ولعب الدور والتشكيل.

13. المسؤولية الذاتية: فقبول الفرد المسؤولية الذاتية عند انفعالاته الخاصة بالسلوك غير التكيفي دلالة على الصحة النفسية. (أبو سعد، عريبات، 2012: 226)

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

لا شك أن نظرية عميقة بأفكارها، واسعة بأدواتها وفنيتها كالنظرية المعرفية السلوكية لها أيضاً من الأهداف التي ترقى إلى مكانتها ودورها، وتتمثل هذه الأهداف في تدريب الفرد على الآتي:

- أن يصبح الشخص واعياً بأفكاره الآلية.
- التعامل مع التفكير غير المنطقي.
- استخدام استجابات سلوكية ومعرفية في نفس الوقت لمواجهة المثيرات المزعجة ففي الجانب السلوكي يوضع جدول واضح ومحدد من المهام نسعى من خلالها إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة، أما الجانب المعرفي فيشتمل على عملية التفرقة ما بين "أنا أظن" وهي الفكرة التي تقبل التشكيك وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحمل الرفض.
- كيفية حل المشكلة وذلك بإشراك المسترشد في حل المشكلة بمساعدة المرشد حيث يتعلم المسترشد بدوره كيف يحل المشكلات. (أبو أسعد، 2011: 146)
- تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين.
- تدريب المريض على استراتيجيات وفنيات معرفية وسلوكية متباينة.
- تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.
- إبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات.
- مقاومة المرض وتقوية الهوية الذاتية. (عبد الله، 2000: 53)

رابعاً: خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة يتم وصفها بالتفصيل فيما يلي:

1- الصفات التفاعلية:

على المعالج أن يكون قادراً على التواصل اللفظي الذي يبين إخلاصه وتفتحه واهتمامه أنه مباشر ،ومن المهم أيضاً ألا يبدو المعالج كما لو أن لديه معلومات أو أسئلة مراوغة. ويجب أن يكون المعالج حريصاً على ألا يبدو ناقداً أو معترضاً على وجهات نظر المريض كما أن السلوك المهني الواثق مهم في العلاج المعرفي، وعلى المعالج أن يشعر المريض بالثقة في مساعدته ومثل هذه النغمة يمكن أن تساعد على إبطال مشاعر اليأس من المستقبل لدى المريض.

2- العائد المنتظم:

وهو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم وتحديد ما إذا كان المريض فهم المعلومات أم لا، والعائد من الأمور المهمة في العلاج المعرفي لمرضى الاكتئاب على وجه الخصوص ، ويبدأ المعالج في إعداد مكونات العائد في فترة مبكرة من العلاج. ويقوم المعالج المعرفي في كل جلسة بتوفير ملخص لما تم في الجلسة، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الخاصة ويقوم بتدوينها. (بارلو، 2004: 593)

3- بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل ،وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت، وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدود وملائم لرصد التقدم بالعلاج ويكون كما يلي:

– فحص مزاج المريض في بداية كل جلسة وفي نهايتها.

– مراجعة موجزة للأسبوع الماضي بين الجلسات.

– وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.

– مناقشة بنود جدول الأعمال.

– طلب عائد حتى نهاية الجلسة.

– تلخيص وإنهاء وتحديد موعد الجلسة القادمة.

ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة بالموضوع. (بالمر، 2008: 43)

4- رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية مختلفة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات والعالم والمستقبل، كما تؤدي إلى انفعالات غير سارة وصعوبات سلوكية، واعتماداً على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص وتحدي الأفكار غير المساعدة، ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لفحص وتفنيد تفكيره غير الواقعي.

ويقوم المعالج أثناء الجلسات بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة والتي يعاني منها المريض. (طه، 2007: 112)

5- العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقديرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض وتنبثق أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، والفروض العاملة، فإذا افترض المعالج مثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجزه في استعداده ومهاراته، فإن خطة علاجه لابد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة، والتعرف المباشر، وعدم التجنب والهروب في هذا المجال، وإذا افترض المعالج فرضاً بديلاً بأن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة في المهام" فلا بد أن تتضمن خطته العلاجية إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه. (ليهي، 2006: 71)

مما سبق ترى الباحثة بأن العلاج المعرفي السلوكي هو عبارة عن مجموعة من العمليات التي تهدف إلى دفع الفئة المستهدفة نحو التركيز على الأفكار التي تحملها ومحاولة تعديلها، والقناعة بأنها هي التي تخلق واقعنا، وإن أردنا تغيير هذا الواقع فعلينا أن نجري تعديلاً على هذه الأفكار، وأن العلاج المعرفي السلوكي يركز على الجوانب المعرفية حتى يستطيع أن يتعامل مع أفكار الفرد التي تتكون فيها التشوهات المعرفية ويعمل على تعديلها وأيضاً يركز على مبدأ هنا والآن، وأنه ليس له علاقة بالماضي، وإنما يركز على ما حدث مع الفرد في الحاضر حتى يستطيع تعديل سلوكه، ويعمل على تعليم المريض كيف يفكر وكيف يشعر، حتى يصدر سلوكيات صحيحة، من خلال تقديم خبرات جديدة للفرد حتى يستطيع مواجهة المواقف الجديدة، وأن التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي يتم تطبيقها بصورة موجهة بعناية كاملة نحو مشكلة المريض، ويعتمد العمل في العلاج المعرفي السلوكي على التعاون المشترك بين المعالج والعميل.

خامساً: الأصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي :

شهدت بداية هذا المنحنى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية ارتبط كل منها باسم صاحبه، فجاءت هذه النماذج على التوالي "العلاج المعرفي السلوكي" وارتبط باسم العالم آرون بيك والعلاج العقلاني العاطفي ارتبط باسم العالم ألبرت أليس، وتعديل السلوك المعرفي وارتبط باسم العالم دونالد فيتشنبوم. (دبور، الصافي، 2007: 122)، وسوف تعرض الباحثة نبذة بسيطة عن النظريات التي تتطوي تحت مظلة المدرسة المعرفية السلوكية وستكتفي بنظرية أليس، وماكينبوم، وبيك كنظريات رائدة، ولها مكانتها وفعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية.

1- النظرية الأولى: النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت أليس: - Albert Ellis Rational Emotive Theory

وقد طور هذا الاتجاه على يد العالم الأمريكي ألبرت أليس (Ellis) والذي قدم نموذج (A-B-C-D) بالعلاج المعرفي، ويعتقد أليس بوجود ميل فطري لدى البشر للتفكير غير عقلاني وقد تلعب العوامل والمتغيرات الفسيولوجية دوراً بالتأثير على مثل هذا التفكير، حيث أنه درس العديد من الأفراد الجماعات العرقية والأثنية المختلفة، واكتشف تشابه في طريقة التفكير، بالرغم من وجود اختلافات وتباينات ثقافية وعرقية ودينية. (ضمرة، وآخرون، 2007: 204)

ولقد وضع ألبرت أليس نظرية في العلاج العقلي العاطفي وركز على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن السلوك لا يكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة، بل أن ذلك أفكاراً مسؤولة عن حدوث النتائج، ثم جاء ميكنبوم ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعليم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى تلك النظرية السلوكية، ورأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما لابد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، وقد أشار كل من دولارد وميللر على أن التسميات واللغة والعمليات العليا لها دور رئيسي في عملية التعليم، ويشير هذا الاتجاه المعرفي إلى إمكانية حدوث استجابات مختلفة لنفس المثير واستجابات متشابهة لمثيرات مختلفة، لذلك فالعلاج لا يقتصر على التحكم في الأشرط والارتباط بين مثير واستجابة، بل إن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً في عملية التعلم وهي التفكير والإدراك والبناءات المعرفية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه وكيف يعزو الأشياء، وهذه كلها تتدخل في عملية التعلم وتتوسط بين المثير والاستجابة. (العزة وعبد الهادي 1999: 149)

واستند ألبرت أليس في تطوير نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إلى افتراض رئيسي هو أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الفرد لذا يعتقد أن السبيل للحد من المعاناة النفسية والإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، فهو

يرى أن المشكلات النفسية تتجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها وإنما تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف. (الخطيب، 2001: 254)

فإذا أخذنا في الاعتبار أن الاضطراب الانفعالي والسلوكي ما هو إلا اضطراباً معرفياً في أساسه، يمكننا حينئذ من وضع تصورات علاجية تستهدف التحويل لتلك الأفكار من إطار عدم عقلانيتها إلى الإطار العقلاني. (الشرقاوي، 2003: 195)

أهداف الإرشاد العقلاني الانفعالي:

- الكشف عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير المنطقية لدى الأفراد، والتي هي المصدر الأساسي في الاضطرابات النفسية.
 - مساعدة العميل في التغلب على الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب له الاضطرابات النفسية واستبدالها بأفكار جديدة أكثر عقلانية ومنطقية، وذلك من خلال مناقشة وتحليل وتقنيده أو دحض الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد.
 - تزويد الفرد بالمعلومات والأفكار الصحيحة التي تعينه على التوافق في حياته.
 - زيادة اهتمام الفرد بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العلمي والمنطقي.
 - مهاجمة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد ومساعدته على التوقف عنها.
- (حسين، 2004: 87)

ولقد حدد أليس الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية وسوء التكيف في ثلاث حتميات أساسية:

1. يجب على أو ينبغي في أن أؤدي جيداً وأن أكون محبوباً من جانب الآخرين.
 2. يجب عليك أن تعاملني برفق وعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإني حينئذ لا أستطيع تحملك ولا تحمل سلوكك، وتكون حينئذ شخصاً سيئاً.
 3. يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب وأن يمنحني كل شيء أريده، وإلا فإن الوضع لن يطاق.
- (Trower, 1999: 3-5)

ويمكن وصف العملية العلاجية حسب منظور أليس بالنقاط التالية:

أ. الحدث النشط (Active Event) وقد يكون هذا الحدث عبارة عن موقف أو حادث تعرض له الفرد وقد ينطوي على فقدان أو الفشل أو الخسارة.

ب. المعتقدات: (Belive System) وهي عبارة عن الاعتقادات والأفكار والتخيلات التي يحملها الفرد ضمن المنظومة المعرفية.

ج. الحالة الانفعالية اللاحقة (Conquences) وهي عبارة عن مشاعر القلق أو التوتر أو الانزعاج أو الاكتئاب التي يشعر بها الفرد بسبب تدخل محتوياته المعرفية في التأثير على إدراك الحدث النشط.

وتقوم العملية العلاجية على محاولة لفحص وهزم الأفكار والمحتويات غير عقلانية-D) Dispute) من خلال استخدام أساليب المجادلة والمناقشة المنطقية، وفي نهاية العملية العلاجية لابد للمعالج من إكساب الفرد مهارات التفكير الفعالة أو العقلانية (E-Effect) الوقاية من المشكلات المستقبلية ولضمان استمرار نواتج العلاج الإيجابية. (ضمرة، وآخرون، 2007: 205 - 204)

من خلال ما سبق فإن الباحثة ترى أن منهج أليس في العلاج النفسي يعد إطاراً كاملاً ذا أهمية للمعالج والعميل في الوقت نفسه، بحيث إنها تساعد المعالج على فهم مشكلة العميل، والتعرف إلى أفكاره غير العقلانية وتعديلها حتى تصبح أفكاراً عقلانية، ويعتمد منهجه على أن الأفكار التي تنتج عن الأحداث هي التي تسبب المشاعر السلبية وردود الفعل وبالتالي تظهر الاضطرابات النفسية، فتغيير الأفكار يساعد على تحقيق قدرًا من التكيف والصحة النفسية.

النظرية الثانية: التعديل السلوكي المعرفي عند هيربرت مكينبوم: Mecinboun

تعود أصول هذه النظرية إلى دونالد مكينبوم وهو أمريكي الأصل ولد في مدينة نيويورك عام (1940) وحصل على البكالوريوس من كلية التربية عام (1962)، وحصل على الماجستير من جامعة إلينوي عام (1965)، ثم درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام (1966)، وكتب مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي واشتهر بطريقة التحصين ضد الضغوط. (الخفش، 2011: 354)

ويتمثل منهج (مكينبوم، 1969) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد مع نفسه، وكيفية عزو للأشياء، لتدخل كلها في عملية التعلم وبالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد. (مليكة، 1990: 245)

واقترح مكينبوم أن السلوك يتغير من خلال عمليات تفكيرية تأملية متتابعة تتضمن تفاعل الحديث الداخلي والتراكيب المعرفية والسلوكيات ثم النتائج التي تحدث من هذا التفاعل الكلي، ووصف عملية تتألف من ثلاث مراحل للتغير، حيث تتشابه هذه المراحل الثلاثة مع بعضها، وتبعاً

لوجهة نظره فإن التركيز على جانب واحد فقط لن يعطي النتيجة المرغوبة. (الخفش، 2011: 384)

وتتألف عملية العلاج عن ميكينبوم من ثلاث مراحل:

1. المرحلة الأولى- مراقبة الذات: وفيها يعرف المسترشد كيف يتحدى أو يعبر عن سلوكه الذي يزيد في وعيه، وأن لا يشعر المريض بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج أن يعرف طرائق الفرد عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم. (العزة، والهادي، 1999: 154)

2. المرحلة الثانية- البدء بحوار دخلي جديد: يتعلم العملاء أن يغيروا الحوار الداخلي بواسطة العلاج فحوارهم الداخلي الجديد يخدم كموجه لسلوك جديد، ونتيجة لذلك فإن هذه العملية لها تأثير على البناءات المعرفية للعميل.

3. المرحلة الثالثة- تعلم مهارات جديدة : تتألف هذه المرحلة من تعليم العملاء مهارات تكيفيه أكثر فعالية، والتي تمارس في مواقف حياتية واقعية، إن إعادة بناء الجانب المعرفي يمكن أن يساعد في تغيير وجهة نظرهم السلبية، مما يجعلهم راغبين أكثر في الانغماس في النشاطات المرغوبة، وفي نفس الوقت يستمر العملاء في التركيز على التحدث مع أنفسهم بجمل وعبارات جديدة ثم ملاحظة وتقييم النتائج، وعندما يسلكون بشكل مختلف في الموقف، فسوف يحصلون على ردود أفعال مختلفة من الآخرين، إن ثبات وبقاء ما يتعلمونه يتأثر بدرجة كبيرة لما يقولونه لأنفسهم عن سلوكهم الجديد الذي اكتسبوه ونتائجه. (الخفش، 2011: 384)

وترى الباحثة في تفسير العلاج المعرفي السلوكي حسب نظرية ميكينبوم، أنه استخدم أسلوب التشريط الإجرائي لتدريب وتنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك من خلال ترديد الأحاديث الذاتية التلقائية المدعمة والايجابية للنفس، وذلك لتغيير وتعديل الأنماط المعرفية والسلوكية، ولكنه لم يتأكد من فاعلية هذه الطريقة بعد.

والنموذج الذي اخترته للعرض بشيء من التفصيل هو نموذج العلاج المعرفي السلوكي عند بيك الذي شاع استخدامه في حالات الأمراض النفسية وبصفة خاصة في حالات الاكتئاب.

النظرية الثالثة : النظرية المعرفية عند بيك: Becks Cgnitive Therapy

واضع هذه النظرية هو آرون بيك Aron Beck المولود عام (1921)، وهو من الباحثين المعاصرين، وقد حصل على الدرجة الجامعية والدكتوراه في الطب من جامعة ييل بالولايات المتحدة الأمريكية عام (1940)، كما حصل على درجة التخصص العلمية في الطب النفسي عام

(1952)، وعلى شهادة معهد فيلادلفيا للتحليل النفسي عام (1985)، وله أبحاث عديدة في مجال تشخيص وعلاج حالات الاكتئاب، وكذلك بعض المقاييس المعروفة في مجال التشخيص مثل قياس الاكتئاب وقياس الضغوط. (الشناوي، 1900: 145)

وقد تدرب بيك في مجال التحليل النفسي ومارس هذا الأسلوب العلاجي، ولكنه لم يكن راضياً عن التعقيدات الكثيرة والمفاهيم المجردة لهذه المدرسة، كما أن محاولاته البحثية لإثبات مصداقية التحليل النفسي باءت بالفشل في إثبات صحة فروضها، كما درس بيك العلاج السلوكي ومارسه، وقد شعر أن الأساليب السلوكية لها فاعلية ولكن ليس نتيجة الأسباب التي يبيدها المعالجون السلوكيون، وإنما لأنها تؤدي إلى تغيرات اتجاهية، أو معرفية في المرضى، ويعتبر العلاج السلوكي محدوداً لأنه يهمل تفكير المرضى حول أنفسهم، وحول المعالج، وحول العلاج نفسه، ويبدو أن تركيز العلاج السلوكي في الحصول على بيانات موضوعية من المرضى والتخطيط المنتظم لعملية العلاج وعلى تكميم التغير في السلوك (القياس الكمي) كانت كلها ذات أهمية لبيك في تطوير العلاج المعرفي. (عبد العزيز، 2011: 70 - 69)

تعتبر نظرية آرون بيك من أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، وتعتبر نظريته نسقاً علاجياً يقوم على أساس نظرية السيكيوباتولوجيا ومجموعة من الأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الإمبريقية الاكلينيكية، ويرتبط البنيان النظري لهذه الطريقة العلاجية بعلم النفس المعرفي وخاصة نظرية معالجة المعلومات Information Processing وعلم النفس الاجتماعي، وهو علاج يتسم بأنه نشط مجدد البنيان والتوقيت، وقد استخدم بنجاح في علاج العديد من الاضطرابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب والمخاوف المرضية والسيكوساتية ومشكلات الألم. (عبد الله، 2012: 128)

وقد تبنى بيك فكرة أليس التي تنص على أن التفكير غير العقلاني هو السبب الرئيسي في نشوء الاضطرابات النفسية، لذا فالعلاج المعرفي عند بيك يقوم على مساعدة الفرد في التعرف على تفكيره الشخصي وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطي معنى للمنتفع لأنها تتيح له استخدام معرفته من المفاهيم والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر. (الشناوي، 1995: 149)

ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على إيجاد طرق أكثر ملاءمة للتفكير محلها من أجل أحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل، كما يعرفه (بيك) على أنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر على السلوك وهذه المبادئ هي العمليات المعرفية (تفكير، تحليل، تذكر، إدراك). (التميمي، 2013: 122)

ويؤكد هذا الاتجاه على أهمية العمليات العقلية المعرفية في التعلم، فنحن ندرك الأحداث من حولنا ونفسرها ونتعامل معها عقلياً، ومشكلات الناس تقع في هذه الجوانب المعرفية كيف يدركون الأحداث ويفسروها ويتعاملون معها عقلياً، ولتصحيح أخطاء التعلم ينبغي أن تبدأ بتلك الجوانب المعرفية. (أبو حماد، 2006: 57)

وتعتمد طريقة بيك في العلاج على إعادة البناء المعرفي، والهدف من ذلك هو إيجاد أنماط من التفكير، العقلاني ويرى بيك بأن الأشخاص الذين يتصفون بالعصبية المفرطة والذين يعانون من اضطرابات انفعالية غالباً ما يخرطون في تفكير مشوه غير فعال، وهذا ما يسبب لهم مشاكل. (أبو أسعد، 2011: 310)

ويعتقد بيك أن الإنسان يحشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة؛ الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي. (الخطيب، 1990: 383)

كما يرى بيك أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها، وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد، أو من قبل نفس الفرد، ولكن في أوقات مختلفة، وبذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاطئاً يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، وإذا كان الإدراك للواقع مشوشاً تكون النتيجة المنطقية هي حدوث الاضطرابات النفسية. (دبور، صافي، 2007: 122-123)

مما سبق يتضح لنا أن بيك وضع الملامح الرئيسة للعلاج المعرفي السلوكي من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوك، وأيضاً يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إقناع العميل أن معتقداته وأفكاره غير المنطقية هي المسؤولة عن ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف.

التشوهات المعرفية : في النظرية المعرفية السلوكية: Cognitive Distortions

لاحظ بيك أن الأشخاص الذين يعانون من المشاعر الاكتئابية هم أشخاص لديهم أخطاء في طريقة التفكير تؤدي بهم إلى نتائج غير منطقية، فالشخص المنطقي يجمع المعلومات الضرورية ثم يصل فيها إلى استنتاجات تتناسب مع المعلومات التي جمعها.

أما الشخص المضطرب فهو يصدر الأحكام بناءً على معلومات ناقصة ويصل إلى نتائج لا تتسق مع البيانات، وبناءً على ذلك فإن المرشد في هذه النظرية يساعد المسترشد الذي يعاني من مشكلة ما لكي يتعرف على أخطاء التفكير لديه، ولكي يتعلم طرقاً منطقية في التفكير.

واليك بعض أشكال التشوهات المعرفية:

1. كل شيء أو لا شيء **All-Or-Nothing**: إذا لم أحقق كل ما أصبو إليه فأنا شخص فاشل.
2. التعميم الزائد **Over generalization**: إذا لم أنجح في امتحان الرياضيات فإنني لن أنجح في أي متحان في أي وقت. (حماد، 2008: 45)
3. الاستنتاج العشوائي **Arbitrary Monclusion**: نعني بذلك الخروج باستنتاجات دون وجود سند لها حتى يدعمها، وهذا يشمل النظر إلى المواقف على أنها مأساوية أو كارثية أو التفكير بأسوأ سيناريو ممكن للنتائج في بعض المواقف.
4. التجريد الاختياري/ التنقية العقلية **Selective abstraction - Mental Filter**: تكوين استنتاج مبني على النظر إلى الحدث وتفصيلاته بمعزل عن أي شواهد أو أحداث أخرى، وفي هذه العملية يتم تجاهل الكثير من المعلومات الأخرى، وأهم نقطة في الحدث يتم استبعادها كلياً، والافتراض هنا أن الأحداث التي لها قيمة ووزن هي تلك التي لها علاقة بالفشل والحرمان.
5. التضخيم والتقليل **Magnification and Minimization**: إدراك حالة أو موقف بشكل أكبر بكثير مما هو فعلاً أو أقل بكثير من الواقع. (الخفش، 2011: 373)
6. التنبؤ السلبي: اعتقاد الفرد ولومه حول حدوث أشياء بالمستقبل بالرغم من عدم وجود أي دليل يدعم ذلك التنبؤ (توقع الموظف حصوله على تقييم منخفض بالرغم من عمله بجد طول العام). (خضرة، وآخرون، 2007: 209)
7. التسمية أو فقد التسمية **Label**: فنظرة الفرد لنفسه تنتج من عدم اللباقة مع بعض الأقارب فيقول: أنا لست محبوباً. (مصطفى، 2008: 35)
8. الشخصية **Personalization**: ميل الأفراد إلى أن يعزوا الأسباب أو الحوادث الخارجية إلى أنفسهم، حتى وإن لم يكن هناك أية أساس لهذا الربط، فمثلاً إذا حدث وأن لم يحضر العميل إلى الجلسة الثانية فإنك سوف تعتقد بشكل مطلق أن غياب العميل سببه أداؤك السيء خلال الجلسة الأولى، فقد تقول لنفسك: "هذا الموقف يثبت أنني فعلاً خذلت ذلك العميل والآن فإنه لن يحاول أن يطلب مساعدة من أي أحد مرة ثانية". (الخفش، 2011: 374)

9. ماذا لو؟ **What If**: الأسئلة العميقة تستمر في طرح الأسئلة الخاصة ماذا لو حدث شيء ما وتقتل في الاقتناع بأي إجابة تصل إليها نعم، ولكن ماذا لو تتحسن أعراض؟ أو ماذا لو أنني لم أستطع التنفس؟.

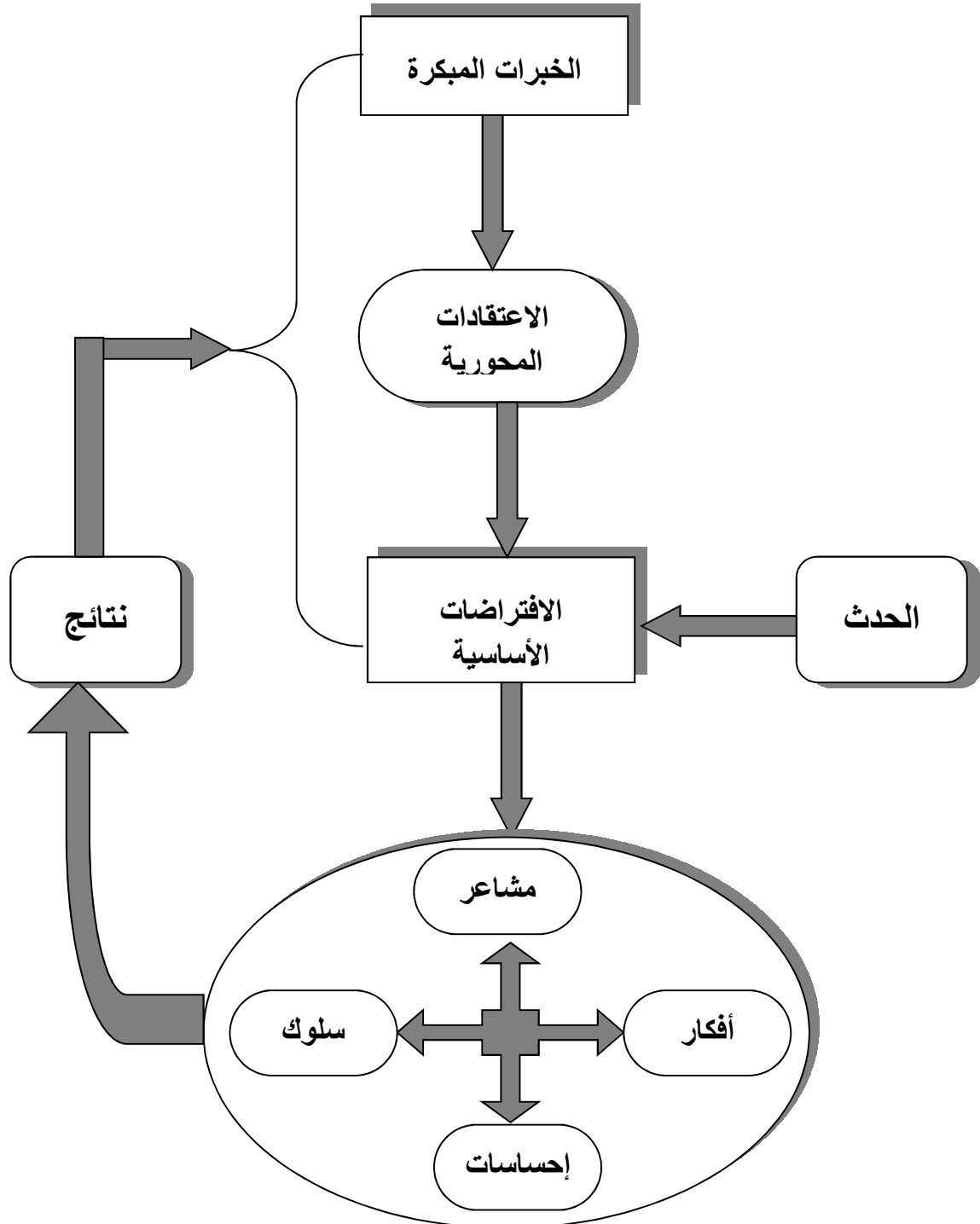
10. المقارنات المجحفة **Unfari comparison**: تفسر الأحداث في ضوء معايير غير واقعية، فعلى سبيل المثال، تركز بشكل أساسي على الآخرين الذين يؤدون أفضل منك وتجد نفسك أدنى أو أقل في المقارنة، "أنها أكثر نجاحاً مني" أو "الآخرون يؤدون أفضل مني في الاختبار". (شواش، 2012: 53)

11. التفكير الكارثي/ قراءة المستقبل **Catastrophizing**: يتوقع الفرد سوء الحظ وسلبية المستقبل ويعتقد أن أشياء ستعود عليه بالسوء. (مصطفى، 2008: 35)

12. الأفكار **Mind Reading**: نفترض أنك تعرف ما يفكر فيه الناس دون أن يكون لديك دليل كافٍ على صحة أفكارهم وهو يعتقد أنه منحوس أو أنه يكرهني ولا يرغب بي وهذا ظاهر من وجهه أنا أعرف كيف يفكر ويشعرون تجاهي. (شواش، 2012: 53)

13. عبارات الوجوب **Should Statements**: يجب أن يكون الناس صادقين في جميع الأحوال ومهما كانت الظروف. (حماد، 2008: 46)

النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب:



شكل (1) يوضح النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي (Alec,jem,etm,etl.,2004:17)

لقد اعتبر المعرفيون أن الاضطرابات النفسية وفق هذا النموذج المعرفي تتركز حول ثلاث آليات أساسية يفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطرابات كالاكتئاب وغيره.

وهذه الآليات هي الثالوث المعرفي، والتشوهات المعرفية، والمخططات Schemata

أولاً: الثالوث المعرفي: The Cognitive Traid

يتألف الثالوث المعرفي من ثلاثة عناصر معرفية تحت المريض على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاريه بطريقة خاصة.

فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقداً أنه شخص غير مرغوب فيه وأنه عديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه، ويتألف العنصر الثاني في الثالوث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاريه بطريقة سلبية، فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة فهو مهزوم، وأما العنصر الثالث من الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية للمستقبل، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية.

ثانياً: التشوهات المعرفية: Cognitive Destortion

تحتوي هذه الأفكار السلبية (للالثالث المعرفي) والتي تسبب الاكتئاب على الدوام تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء وخارجة عن المألوف، فبالتالي تبدو للمكتئب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموماً بالإجماع، لأنها تنتم بالخصوصية الفردية.

كما تظهر بشكل عفوى ولهذا السبب تسمى بالأفكار التلقائية، "أما التشوهات المعرفية" فهي الأنماط المختلفة من الأخطاء في منطق التفكير التلقائي ويمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستقصاء المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي وهناك عدة تشوهات تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المرضى.

ويكون هدف العلاج المعرفي السلوكي هنا مساعدة المريض على التخلص من التشوهات المعرفية أو أن يتكيف معها، إذا كان ذلك مستحيلاً.

ثالثاً: المخططات Schemata

هي بنى (Structure) معرفية يعتقد أنها تسبب شتى التشوهات التي نراها لدى المتعالجين، وإن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل، حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبي من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويعتقد أن الثالوث السلبي يقوم بصياغة تلقائية مستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذا تزيد

التشوهات التلقائية في تأثير الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفياً، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، والمزاج المكتئب يؤثر بدوره سلباً في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب.

ففي حالات الاكتئاب الخفيف غالباً ما يكون المريض قادراً على النظر إلى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره، رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية على تفكيره، إلى أن يصبح مشغولاً بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدوئية، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة والانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويكون التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذات التحكم لا يستجيب للمؤهلات المحيطة به. (السقا، 2005: 55-57)

مما سبق ترى الباحثة أن بيك ركز في العلاج المعرفي على مرضى الاكتئاب ورأي الاكتئاب في ضوء ثلوث معرفي، وقد افترض أن الأساس في الاكتئاب وهو التشوه المعرفي للخبرة التي تعتمد على تحريف المخطط المعرفي والذي ينشط عندما يكون الفرد مكتئباً، ويهدف العلاج المعرفي عند بيك إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى المريض حيث تكون أكثر دافعية وإيجابية.

ويعتبر بيك العلاج المعرفي أسلوباً لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال عمليات التأثير على التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغيير السلوك، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير. (Green, 2005: 60-66)

مما سبق يتضح لنا أن بيك وضع الملامح الرئيسة للعلاج المعرفي السلوكي من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوك، وأيضاً يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إقناع العميل أن معتقداته وأفكاره غير المنطقية هي المسؤولة عن ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف.

ثالثاً: فنيات العلاج المعرفي السلوكي :

يرى زهران (2004) أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي تنقسم إلى :

أ- فنيات خبرية انفعالية **Txperienai-Eomative-Techniques**: وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة، خاصة فيما يتعلق فيها بمشكلاته.

ب- **فنيات معرفية Cognitive Techniques** : وهي الفنيات التي تساعد المريض على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره اللاعقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية.

ت- **فنيات سلوكية Behavioral Techniques** : هي الفنيات التي تساعد على تلخيص المريض من السلوك غير المرغوب أو تعديله، وتغييره إلى سلوك مرغوب مع تدعيمه. (زهران، 2004: 83)

ومن هذه الفنيات التي تستخدم في الاتجاه المعرفي السلوكي:

1- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها: The Technique Automatic Ideas and Corecting

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية معينة وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية.

وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف إلى تلك الأفكار، ومن ثم تبديلها بإيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات المنزلية على ورقة، ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر الواجبات جزء من العلاج. (الحلبي، اليحيى، 1995: 271)

ويتم التعديل من خلال تدريب المنتفعين على سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها) .بالجدول التالي:

جدول رقم(1)

سجل الأفكار اليومي Daily Thoughts Record

اليوم /الوقت	المشاعر	الأفكار

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

إعداد / د. مصطفى المصري

مما سبق ترى الباحثة أن هذه الفنية تفيد كلاً من المعالج والمسترشد في التعرف إلى الأفكار السلبية التي تؤدي إلى التوتر، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية، ومن ثم تقيد المعالج في اختيار الأسلوب المناسب للعلاج.

2- فنية مراقبة الذات: The Technique of self Monitoring

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. (المحارب، 2000: 118)

وعلى المنتفع أن يدرك أو يصبح واعياً بسلوكياته غير الملائمة من خلال الملاحظة الذاتية للأحداث الذاتية السلبية، وزيادة وعيه وانتباهه وتركيزه على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفسيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاماته الشخصية، وهذه العملية تؤدي إلى أبنية معرفية جديدة من خلال إعادة التصور وتعريف المشكلة بطرق تعطي إحساساً بالتفهم والضبط والأمل اللازمة لإجراءات التغيير. (مفتاح، عبد العزيز، 2001: 58)

وتتم المراقبة الذاتية من خلال الجدول التالي (سجل الأفكار اليومي Daily Record Thought) التعليمات خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض المشاعر، رجاء سجل الموقف المزعج مباشرة (الموقف، متي يحدث، أين يحدث، مع من يحدث، ماذا يحدث (والمشاعر المزعجة التي أحسست بها ودرجة شدتها من (0-10) ، وما هي الأفكار التي دارت في عقلك خلال الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها من (0-10) ، يفضل التسجيل أثناء الموقف نفسه أو بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة، وهذا الجدول يساعدك على مراقبتك لمساعدة ذاتك والتعرف إلى طبيعة ما يحدث معك.

نموذج متابعة الأفكار والمشاعر والسلوك (A.B.C)

جدول رقم (2)

يوضح آلية المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر والسلوك

الموقف أو الحدث	الأفكار	المشاعر	السلوك

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

إعداد / د. مصطفى المصري

جدول رقم (3)

سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها)

الموقف	المشاعر	الأفكار الآلية	الأدلة		الفكرة البديلة	المشاعر بعد
			مع	ضد		

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

اعداد د. مصطفى المصري

3- فنية التعريض: Exposure

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر على المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له أشكال عدة، منها: التعريض التحليلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع)، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض، ما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة. (Thomas, H. et.1994: 422)

الهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهته سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى، وتختلف طريقة التعريض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة كالاتي:

الأول: التعريض الميداني: In Vivo Exposure

وفي هذا النوع من التخيل يتم تصور الموقف التحليلي بدلاً من مواجهته واقعياً، والابقاء عليه حتى التعود عليه وإضعاف القلق وفي حالة استخدام التعريض الميداني والتعريض التخيلي معاً في الجلسة العلاجية يفضل البدء بالتعريض التخيلي ثم التعريض الميداني.

الثاني: التعريض من حيث أسلوب المواجهة: Exposure by Confrontation Style

يوجد أسلوب للتعريض سواء كان التعرض الميداني أو تخيلهما:

1. **التعرض دفعة واحدة:** حيث يتم مواجهة المثيرات دفعة واحدة بدون تدرج ، وتوجد شروط قبل تطبيق هذا الأسلوب أهمها إقناع المريض به، وطبيعة المثير، كما أن الأسلوب لا يفضل استخدامه مع المرضى الذين لديهم استثارة عصبية شديدة ،لأن هذا الأسلوب يعرض مثل هؤلاء إلى أزمات شديدة أقوى من الإثارة السلبية للمرض نفسه.

2. **التعرض المقترح:** حيث يتم تعريض المريض للمثيرات على مراحل متدرجة، والذي يتكون من خطوات تبدأ من مواجهة المثير الأقل شدة إلى أن تصل إلى المثير الأكثر شدة، ويمكن استخدام الاسترخاء مع هذا النوع، كما يمكن تقويم المثير الواحد أكثر من مرة، ويفضل عدم الانتقال إلى مواجهة مثير آخر إلا بعد التأكد من معايشة المريض للمثير المواجه (سعفان، 2003: 141-142)

7- **أسلوب حل المشكلات Problem Solving:** يتألف الأسلوب العلمي لحل المشكلات من مجموعة من العمليات الضمنية أو الصريحة التي تؤدي بالفرد إلى التفكير بالاحتمالات المتعددة التي تصلح كحلول لموقف مشكل محدد، ثم اختيار أكثر هذه الأبدال فاعلية والعمل على وضع الحل الذي يتوصل إليه موضع التنفيذ، وتتم عملية حل المشكلات بالمراحل التالية:

- أ- الوعي بوجود المشكلة .
- ب- تحديد المشكلة وتعريفها وجمع البيانات والمعلومات.
- ت- توليد البدائل المحتملة كحلول للمشكلة.
- ث- اتخاذ القرار حول البديل أو مجموعات الأبدال المناسبة، وذلك من خلال موازنة الأبدال المختلفة.
- ج- اتخاذ قرار حول كيفية تنفيذ البديل أو الأبدال التي اختيرت.
- ح- اتخاذ الإجراءات للتنفيذ.
- خ- تقييم فاعلية الحل، وتطبيق العملية من جديد على أي مشكلات متبقية (العارضة، 1998: 18)

8- **ملء الفراغات Filling in the blank:** عندما يتحدث المرضى عن الأحداث وعن ردود الفعل الصادرة منهم تجاه هذه الأحداث ، فإنه توجد عادة مجموعة بين المثير والاستجابة ، وفي نظرية أليس للعلاج العقلاني الانفعالي فإن هذه الفجوة تتمثل في الأفكار أو المعتقدات، وتقع على المعالج مهمة ملء هذا الفراغ، وهذا يمكن أن يتم من خلال تعليم المريض أن يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة. (عبد العزيز، 2001: 73)

9- **تغيير القواعد:** يحدث الاكتئاب عندما يستخدم قواعد غير واقعية بشكل اختياري وغير مناسبة ويحاول العلاج المعرفي أن يحل محلها قواعد أكثر واقعية وأكثر تكيفاً ، والقواعد التي يستخدمها المرضى تركز على الخطر مقابل السلامة وعلى الألم مقابل السرور، وفي العلاج يتم تحدي المخاوف التي لدى المسترشدين من الازدراء والنقد والرفض وغيرها، كما ويتم مجادلة الآثار الخطيرة التي تترتب على حدوثها، وأيضاً المعتقدات والاتجاهات تعمل كقواعد مثلاً:

- لا يمكنني أن أعيش بغير حب.
- إذا بدر مني خطأ فإنني أكون غير كفاء، وهذه المعتقدات تصاغ في صور مطلقة أو متطرفة وفي العلاج يتم جعل اتجاهات المريض بعين الاعتبار وتشتمل عادة على مثاليات مثل:
- ينبغي أن أكون كريماً.
- ينبغي أن أكون قادراً على حل أي مشكلة. (أبو أسعد، 2011: 148)

إن هذه القواعد اللاتكيفية تكون ثابتة ومنتظمة لدى المضطربين وبحاجة إلى تغيير، من هنا يسعى المعالج المعرفي إلى جعل اتجاهات المتعالج واضحة ومنطقية وصريحة، وتقدير ما إذا كانت بعض هذه الاتجاهات مدمرة لذاته. (عبد الله، 2012: 137)

10- **لعب الأدوار Role Play:** ويستطيع العملاء أن يتدربوا على أنماط معينة من السلوك ليعبروا عن ما في داخلهم تجاه موقف ما، ويكون التركيز على المعتقدات اللاعقلانية التي لها علاقة بالمشاعر المزعجة غير السارة. (حسين، 2004: 82)

11- إعادة الأبنية المعرفية: Cognitive Restructuring

وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفي، وتكون مهمة المعالج هي إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف، ويمكن أن تتدرج هذه المجموعة في العلاج العقلاني الانفعالي (Ellis)، وطريقة (Beck) في العلاج المعرفي وطريقة (ميكنيوم) في إرشاد الذات. (Beck, 1995: 230)

10 - الواجبات المنزلية: Home Work

وهي من أهم الأساليب في العلاج المعرفي ويقوم المعالج بتحديد واجبات ينجزها العميل في منزله بما يتفق مع بيئته الاجتماعية بهدف دمج العميل مع المحيطين به، ولكي يتحقق فاعلية أسلوب الواجب المنزلي فيجب التخطيط الشامل والتطبيق بحرص وعناية، وهذا يعني أن تكون

الواجبات المنزلية سهله نسبياً وفي متناول خدمات العميل، إذ تسبب الواجبات المنزلية غير الواقعية للمريض بفشل العلاج، كما يجب أن يضع المعالج خطة لمتابعة تنفيذ الواجبات المنزلية.

وترجع أهمية أسلوب الواجب المنزلي في العلاج المعرفي للأسباب الآتية:

1. يساعد على تطوير وتنمية المهارات من خلال الممارسة التكرارية.
 2. يساعد على تطبيق الطرق التي تم التدريب عليها في الجلسات العلاجية في الظروف البيئية المحيطة.
 3. يساعد على الوقاية من الانتكاسة.
 4. يساعد على زيادة قدرة المريض على تقدير الذات والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج.
- (Ellis, 1987: 37)

11 - تحسين مهارات التكيف: Coping Skills

ويظهر في طريقة ميشينادم في دراسة التدريب على التعلم الذاتي، وخاصة تعليم الأطفال مفرطي النشاط طريقة تعليم أنفسهم السلوك الفعال والمناسب داخل حجرة الفصل الدراسي. (مليك، 1994: 176)

12 - النمذجة:

تعد تقنية النمذجة أكثر فاعلية للتعلم من مجرد الاعتماد على معاقبة الاستجابات الخاطئة، إذ يمكن تعلم مهارة أو سلوكيات جديدة من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم به، فمن خلال الملاحظة يمكن للشخص أن يتعلم استخدام السلوكيات التي تعد بالفعل جزءاً من مخزونه السلوكي من خلال انتباه المنتفع للنموذج، وتذكره للمعلومات التي قدمها النموذج يؤدي المنتفع السلوك المنمذج. (ثيموني-ج- ترول، 2007: 646-647)

13 - فنية المتصل المعرفي: Cognitive Contiunm

أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين، وعلى سبيل المثال يطلب من المسترشد الذي لديه اعتقاد أنه شخص عديم الفائدة أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم تطلب منه أن يشير إلى أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة، يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و100% (فعال جداً). (شواش، 2012: 62)

14- التدريب على الاسترخاء: Relaxation Training

وهو أحد أساليب التنشيط الذهني للتغلب على القلق والغضب، ويتم في مكان هادئ لمساعدة المنتفع على منع العقل من التفكير في المشكلات والبعد عن الضغوط. (طه، 2011: 34) ويهدف إلى الوصول بالعميل إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة لديه. (حسين، 2004: 83)

هناك العديد من طرق الاسترخاء ومنها :

التنفس البطني :

- استلق في مكان هادئ واغلق عينيك، ركز للحظة على الأحاسيس التي تسري في جسمك خاصة في المناطق التي تشعر فيها بالشد.

- ضع إحدى يديك على صدرك والأخرى على بطنك اسفل الخصر مباشرة، وأثناء الشهيق تخيل أنك ترسل الهواء إلى جميع أجزاء جسمك، ولاحظ أن يدك التي على صدرك تظل ساكنة إلى حد ما، أما التي على بطنك ترتفع وتنخفض مع كل نفس.

- استمر بالتنفس بهدوء شقيلاً وزفيراً، ودع تنفسك يحدد سرعته بنفسه. (الغديان، 2010: 75)

ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً طريقة جاكبسون Jacobsen، وهو من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء أن الجسم في حالة التوتر والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة التوتر، وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر النفسي والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء، مما يخفف درجة التوتر النفسي عند الإنسان، وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسدياً ومسترخياً نفسياً في آن واحد، أو بمعنى آخر نستطيع أن نؤكد بوجود علاقة تلازمية قوية بين التوتر النفسي والتوتر العضلي لدى الإنسان فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول، ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلي الله عليه وسلم (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، والإفليضطجع) "رواه ابو داود"، فتحول الإنسان الغاضب "المتوتر" من وضع الوقوف إلى وضع الجلوس يعني تحول عضلاته نسبياً من حالة الشد إلى حالة الاسترخاء، وبالتالي خفض حدة التوتر والغضب عنده.

فإذا زال التوتر العضلي زالت عنه حالة التوتر النفسي الوجداني، فعملية الاسرخاء تساعد على إطلاق التوتر القلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل، ومن ثم التفاعل مع الحدث أو الموقف بطريقة ايجابية.

15 - الحوار السقراطي: Socratic Dialogue

يستخدم الأسلوب السقراطي في تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، وأن مهمة المرشد تكون طرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنتطقية والمختلفة وظيفياً من معتقدات العميل اللاعقلانية، والهدف من ذلك تشجيع العميل على التفكير في نفسه وتصحيح سواء فهمه. (زهران، 2004: 84)

والحوار السقراطي يتبع نمطاً من المناقشات والمجادلات من خلال التركيز على ثلاثة أسئلة:

1. ما هو دليل حجم الاعتقاد؟
2. كيف يمكن أن تفسر الموقف.
3. إذا كانت فكرتك صحيحة ماذا يعني ذلك؟ (ضمرة، وآخرون، 2007: 210)

وتستخدم هذه الفنية من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذا يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك.

16 - فنية صرف الانتباه:

هي قيام العميل بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

1. التركيز على شيء معين: يدرّب المريض بالتركيز على شيء ما ويصف لنفسه.
 2. الوعي الحسي: يدرّب المريض على ملاحظته للبيئة المحيطة به أو ما يدور بداخل الجسم.
 3. التمرينات العقلية: العد التنازلي أو ذكر الحيوانات، أو الأطعمة، أو البلاد أو تذكر حدث معين.
 4. الذكريات والخيالات السارة: أذكر الأحداث السارة أكبر قدرة من الوضوح بينك وبين نفسك.
 5. ممارسات نشاط مركب: ممارسة النشاطات العقلية والجسدية معاً في وقت واحد.
- (السيد، 2008: 150-151)

17- إيقاف التفكير : Thought Stopping

أسلوب إيقاف التفكير هو أسلوب معرفي، كان جوزيف ولبى قد وصفه في كتابه (العلاج بالكف المتبادل) الذي صدر في عام (1958)، وهذا الأسلوب بسيط ومباشر، ويستخدم علاجياً عندما تراود الإنسان أفكاراً وخواطر لا يستطيع السيطرة عليها، ففي البداية يطلب من المتعالج أن يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه، وبعد فترة قصيرة يصرخ المعالج قائلاً (توقف عن ذلك)، ويكرر المعالج هذا الإجراء عدة مرات قبل أن يطلب من المتعالج نفسه القيام بذلك بصوت عال في بادئ الأمر في صوت منخفض لا يسمعه غيره في نهاية الأمر. (الخطيب، 2010: 283)

ملاحظة : جميع الفنيات والتقنيات التي وردت في هذا المبحث تم إدراجها ضمن جلسات البرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

مما سبق ترى الباحثة أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعد من أفضل الوسائل نجاحاً لهذا المرض وأن هذه الفنيات تفيد كلاً من المعالج والمريض في الآتي:

1. مساعدة المريض في التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية والمشاعر المصاحبة لهذا التفكير.
2. مساعدة المعالج في معرفة الأعراض الجسدية والنفسية التي يعاني منها المريض ومن ثم مساعدته في التقويم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج.
3. مساعدة المريض في التخلص من الاعتقادات السلبية التي يرى فيها نفسه من خلال استبعاد الفكرة وإحلال فكرة إيجابية بدلاً منها.
4. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تساعد المريض في إدراك أن تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، يؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى الأفكار، وإبدالها بأخرى إيجابية تساعده على التفكير في الاتجاه الصحيح.
5. تساعد المريض في تعلم التخطيط الجيد في شتى مجالات الحياة ، كما تعمل على تفتيح عقل العميل من خلال تدريبه على مهارات حل المشكلات.
6. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تساعد على خفض مستوى القلق والتوتر عند العميل بعدة طرق مما يؤدي إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تصله أكثر هدوءاً وأقل توتراً.
7. تساعد المريض في تعلم ضبط النفس وتعمل على تدريبه على تحمل الإحباط والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة، وتبث روح الثقة بنفسه.

8. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة خارج غرفة الإرشاد ، وبالتالي تؤكد للمعالج فهم المريض تقنيات العلاج التي تم استخدامها.
9. فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعمل على تحديد أهداف العميل من العملية العلاجية ومن ثم تساعد المعالج في التقويم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج.

رابعاً : عملية العلاج عند ارون بيك :

- تدريب الأفراد على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر.
- تدريب الأفراد على رؤية الافكار بصورة نقدية.
- تدريب الأفراد على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير.
- تدريب الأفراد على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية.
- تدريب الافراد على القيام بالأعمال التي تم تدريبه عليها مسبقاً بدون معالج.(عبد المعطي، 1998:380)

وترى الباحثة أن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلائي وآخر تجريبي وثالث سلوكي، وذلك من خلال رصد العمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين القواعد المعتمدة على (يجب - لابد) وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية.

خامساً : فنيات العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

اولاً - التنشيط السلوكي:

عناصر مهمة للتنشيط السلوكي :

- أ- من المهم فهم السياق العام لحالة المريض وعلاقته بالاكتئاب.
- ب- مساعدة المريض على صياغة الشكاوى الغامضة أو المجردة إلى مشاكل محسوسة مرتبطة بأعراض الاكتئاب.
- ت- العمل مع المريض على تحديد الطرق الذي أدى فيه إلى انخفاض معدل النشاط والتعزيز الإيجابي وتقليل النشاط العام إلى تطور الاكتئاب.

التقنيات العلاجية الخاصة بالتنشيط السلوكي :

1-خطة العلاج وينتج عنها مايلي :

أ. مساعدة المريض في تنفيذ تحليل سلوكي مبسط (طريقة Abc يربط السوابق والسلوك واللاحق).

ب. العمل مع المريض لإعداد الأجندة لكل جلسة.

- ت. العمل مع المريض لتصميم الواجبات المنزلية.
- ث. الانتباه ولفت نظر المريض إلى أمثلة سلوكية داخل الجلسة تساعد على استمرار الاكتئاب.
- ج. دعوة المريض لإعطاء تغذية راجعة عن الجلسة والاستفادة من العلاج.
- 2- مساعدة المريض على تعبئة نماذج الأنشطة :
- أ. وذلك لقياس قيمة المتعة والسيطرة المرتبطة بالأنشطة.
- ب. مراقبة أنماط التجنب.
- ت. المساندة وتوجيه الأنشطة (المصري، 2011: 63-64)
- 3- مساعدة المريض في تنفيذ الخطط العلمية وذلك عن طريق الآتي :
- أ. تفهم المصاعب التي يواجهها المريض في تنفيذ الخطط.
- ب. مساعدة المريض على وضع خطط تعتمد على أفعال محسوسة.
- ت. مساعدة المريض في تقسيم الأنشطة إلى خطوات سهلة لتسهيل تحقيق الأهداف.
- ث. استخدام لعب الدور والنمذجة لتعليم المريض استراتيجيات التنشيط السلوكي.
- ج. مساعدة المريض في مواجهة أفعاله نحو هدف معين.
- 4- مشاركة الأشخاص المهمين في العلاج وذلك عن طريق الآتي :
- أ. أبحث إن كان إشراك الأشخاص المهمين في العلاج يزيد من كفاءة التنشيط السلوكي واتفق مع المريض على هذا الخيار.
- ب. نعرض مسوغات إشراك الشخص الآخر للمريض والشخص المهم وتوضيح أن محور العلاج هو المريض وليس العائلة.
- ت. نستفيد من الشخص المهم في توكيد فهم المريض للتنشيط السلوكي (أن يقوم المريض بشرح الطريقة للشخص المهم).
- ث. نكلف الشخص بمساندة تحقيق الأهداف العلاجية (المصري، 2011: 65-66).
- مما سبق ترى الباحثة أن التنشيط السلوكي مهم جداً وخاصة مع حالات الاكتئاب ويجب البدء به في العملية العلاجية ، وذلك لأن مريض الاكتئاب يعاني من كسل وخمول ومزاج مكتئب، ويعمل التنشيط السلوكي على إعادة الحيوية للشخص المكتئب من خلال ممارسة أنشطة وفعاليات يشعر فيها بالمتعة والسرور .

ثانياً : الجانب المعرفي : أساليب إعادة الأبنية المعرفية :

- العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني، وهذا ما وصفه البرت اليس الذي يرى أن الأفكار غير عقلانية تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والانفعالي.
- العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئة، وهذا يظهر في نموذج بيك الذي يركز على أنماط التفكير المشوه الذي ينتاب الفرد.
- الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات التعامل، وهذا ما اقترحه زوريلا وجولد فرايد في التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفيه معرفيه معينة وعلي تعليم المنتفع عي مهارات حل المشكلات.

ويتم باستخدام العديد من الأساليب المعرفية منها (المناقشة المنطقية - التوضيح - الحديث الذاتي - التشجيع - الإقناع - المواجهة). (كامل، 2001:375-374)

وترى الباحثة من خلال ما سبق أن معظم الجلسات تخصص للواجبات المنزلية لتدريب المريض لتحديد الأفكار السلبية لآلية غير عقلانية وافتراضاته الخاطئة على تفحصها واختبارها، وفي هذه المرحلة يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تخفيف الانفعالات السلبية والتوتر عن طريق تعلم مهارات التعلم على الأفكار والافتراضات غير الصحيحة ، ومن ثم يتيح إعادة صياغتها بالطريقة الصحيحة واستبدال السلوك غير السوي بسلوك صحيح، وتري الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يلتقي مع التعاليم الدينية بطريقة ملفته للنظر، من حيث نظريته للإنسان التي تقوم على قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لذلك في تعديل سلوكه وأفكاره ونجد تصديق ذلك في كتاب الله تعالى

بقول الله عزوجل : ﴿ لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ۖ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ ۚ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ

مِنَ الْوَالِي ۚ ﴾ . (الرعد، اية:11)

المبحث الثالث

التشوهات الخلقية Indfant Deformity

المقدمة:

يعد اكتشاف التشوهات الخلقية لدى الطفل بداية لسلسلة من الضغوط النفسية لدى الوالدين عامة، والأمهات خاصة، والتشوه أو العيب الخلقي لا يؤثر على الطفل فحسب ولكنه قد يؤثر على جميع أفراد أسرته، فحلم كل أم حامل أن تتجب مولوداً معافى، خالياً من أية عيوب أو أمراض أو تشوهات، وهنا تستبعد الأم إمكانية بعض اتجاهات التي كانت تتمنى رؤيتها في طفلها، وهكذا تختفي كثيراً من الآمال والأحلام والتوقعات المرتبطة بالطفل بعد اكتشافه، ويصاحب ذلك شعور الأم بالذنب والخجل والاكنتاب والغضب والقلق والحزن والأسى ولوم الذات، أو إلقاء اللوم على الآخرين والخوف على مستقبل الطفل، مما تؤثر هذه المشكلات النفسية سلباً على مجرى حياتهم، مما يجعلهم يدورون في حلقة مفرغة، بدايتها المطالب الملحة لأبنائهم الذين لديهم تشوه خلقي (إعاقة)، والتي يجدون من الصعب تلبيتها في ظل الأوضاع الصعبة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، بالإضافة إلى قلة خدمات الرعاية المقدمة لهؤلاء الأطفال من مؤسسات المجتمع المحلي وغيرها، سواء كان هؤلاء الأطفال (متلازمة داون - الأوبترم - التخلف العقلي - الإعاقات بشكل عام) وأيضاً المطالب الملحة لذواتهم، حيث يجدون من الصعب تلبية هذه المطالب في ظل وجود طفل لديه عيب خلقي في الأسرة، مما يتقل كاهل الأسرة بأعباء ترتبط بالإنفاق على هذا الطفل، ومن ناحية أخرى يرتبط وجود هذا الطفل في الأسرة بصعوبة تحقيق الوالدين لذواتهم، خاصة في ظل عدم تقبل الوالدين لهذا الطفل واعتباره مصيبة قد حلت عليهم، وذلك نتيجة فهم قاصر ناتج عن نظرة المجتمع للطفل الذي لديه تشوه خلقي، وتعاني أمهات الأطفال التشوهات الخلقية على وجه الخصوص باعتبار أن هؤلاء الأمهات في عامة المجتمعات هن اللواتي يقمن بالدور الرئيسي في تقديم الرعاية للأطفال ويكون الأمر كذلك عند رعاية الطفل الذي لديه عيب خلقي، فهن مانحات الرعاية الأولى لهؤلاء الأطفال، من الضغوط الشديدة المتعلقة بتبعيته واعتمادية أطفالهن عليهن، والاحتياجات العلاجية لهؤلاء الأطفال والتي تسهم بدرجة واضحة في نمو وتزايد هذه الضغوط، كما تسهم عوامل أخرى في ظهور الضغوط لدى هؤلاء الأمهات منها الصعوبات في إيجاد وتحقيق العناية اليومية المناسبة لهؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى الاحتياجات والضغوط المرتبطة برعايتهم، حيث إنهم يتحملن المسؤولية الأولية لتنشئة أطفالهن ذوي التشوه الخلقي، كما أنهن أكثر تأثراً بالتأثير السلبي المرتبط بالتشوهات الخلقية عند أطفالهن.

وتبعاً لـ (Tarnbull and Turnbull) الوارد في (Dhar, 2009) فإن والدي الطفل المصاب بإعاقة عقلية أو جسمية يختبران دورة من الحزن مشابهة لتلك التي يمر بها من فقد شخصاً عزيزاً عليه.

ولا توجد أسرة ترغب في أن يكون أحد أبنائها مريضاً، أو معاقاً بأي شكل من الأشكال، فهي خبرة لا يتوقع أحد أن يمر بها، إلا أن الأسر التي تتعرض لمثل هذه الخبرة، يتغير نمط رحلتها في الحياة، فالتوترات التي تتعرض لها بسبب وجود طفل ذي احتياجات خاصة هي من أصعب الظروف التي تواجهها خلال أدائها لوظائفها. (Brown, Godman, Kupper, 1997)

وقد أشارت دراسة بروس (Bruks, 2001) أن الوالدين اللذين لديهما أطفال ذوي إعاقة يعيشان خبرات وأفكاراً، ومشاعر وسلوكيات، وأعراضاً جسمية مرافقة لحالة الحزن والضغط المتزايد، وهذه الخبرات قد تكون مفيدة، باعتبارها استجابة نموذجية لحالة من الحزن والضغط، لذلك فإن الوالدين يعيشان مواقف متنوعة، وشديدة طوال حياتهم تتضمن :-

المعتقدات :- مثل الأفكار، والتشويش، والانشغال الدائم.

المشاعر : مثل القلق والحزن والتوتر والغضب والعزلة.

السلوك :-مثل اضطراب النوم، واضطرابات الأكل، والبكاء.

أعراض فسيولوجية :-اضطرابات المعدة الحساسية، وضيق التنفس.

وبذلك تعاني أمهات الأطفال التشنوهات الخلقية بصفة خاصة أوقاتاً عصيبة نتيجة المحاولات المستمرة لتجنب، أو تغيير، أو بناء الأفكار المستمرة، أو المشاعر، أو الذكريات غير المرغوبة والمرتبطة بوجود طفل لديه تشوه خلقي داخل الأسرة، وما يستلزمه ذلك من تحمل الألم المسؤولية الأولى لرعاية هذا الطفل وتلبية احتياجاته، ويؤدي ذلك إلى وقوع الأم فريسة سهلة لكثير من الاضطرابات النفسية، ولا سيما القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة والفقدان، لذلك كان من الضروري مساعدة أمهات الأطفال المصابين بالتشنوهات الخلقية على التخلص من هذه الضغوط النفسية.

والتشنوهات الخلقية من الأمراض الجسمية أو الاعتلالات والعيوب المنتشرة في هذا العصر بين الأطفال وخصوصاً في الدول النامية، ومن هنا قد ترى الباحثة أنه لا بد من التحدث بشيء من التبسيط عن التشنوهات الخلقية حتى تتيح المجال أمام هذه الدراسة التعرف الى بعض المفاهيم المستخدمة في عالم الطب.

التشوهات الخلقية: Infant Deformity

اعتمدت هذه الفكرة في نشأتها الأولى على دراسة ملامح الوجه للكشف عن التشوهات الخلقية أو التشريحية التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بالضعف العقلي والانحطاط الخلقي، وكان دعاة هذه الفكرة في القرن التاسع عشر وخاصة العالم الإيطالي لومبروز يذهبون إلى أن الجمجمة الصغيرة غير المتناسقة، والجبهة الضيقة، والأنف المقوسة، والأذن المشوهة الطويلة يدل على انحدار الصفات الجسمية والعقلية نحو الحيوانية الأولى، وبما أن هذه النواحي الحيوانية أقل في مستواها العقلي والخلقي من النواحي الإنسانية، إذن فظهور هذه التشوهات الخلقية عند الفرد يدل على ضعفه العقلي وشذوذه الخلقي. (السيد، 1976: 97)

أولاً : تعريف التشوهات الخلقية:

- هي تشوهات يولد بها الطفل وغالباً ما تعود لأسباب وراثية وبعضها يعود لأسباب بيئية إبان فترة الحمل. (الريماوي، 1998: 94)
- ويعرفها إسماعيل (2010) هي التي تحدث أثناء تكوين الأعضاء المختلفة للجنين في مراحله الأولى، بحيث تكون موجودة في الأسبوع الثامن من الحمل، لذلك فإن العضو الذي يحصل له التشوه في هذه الفترة معرض بوضوح لخطر التشوه فيما بعد خلال فترة الحمل. (إسماعيل، 2010: 146)
- وعرفها الحاج (1900) هي الأمراض الناجمة عن توقف جزئي أو كلي في نمو الجنين في الرحم، وهذه التشوهات تظهر في المولود الجديد عند ولادته فوراً. (الحاج، 1900: 84)
- ويرى الصفدي (2007) هي تلك الإعاقات التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتعود أسبابها غالباً إلى الوراثة. (الصفدي، 2007: 48)

ثانياً: نسبة انتشار التشوهات الخلقية عند الأطفال :-

من المستحيل حالياً الوصول إلى رقم عام ودقيق لعدد المواليد المصابين بالتشوهات الولادية، مهما كانت الإصابة طفيفة ، ويرجع ذلك إلى أسباب عدة ، منها : أخطاء التشخيص ، وعدم تسجيل التشوهات الطفيفة، مما يجعل مقارنة معدل الحدوث صعبة من مركز لآخر، وأصعب من ذلك من بلد لآخر، ومن المهم ملاحظة أن التشوهات الخلقية لا تتجم بالضرورة عن سبب معين واحد. (لجنة التعليم المستمر ، 2006: 37)

وتصيب التشوهات الخلقية حديثي الولادة بنسبة (2-3%)، ولولا الإجهاض التلقائي المبكر لازدادت النسبة إلى (13%) ، حيث إن (5-6%) من أسباب الإجهاض التلقائي المبكر ينتج عن تشوهات بالكروموسومات. (حامد، 1996: 241)

وهناك حقيقة واضحة اثبتتها الدراسات تقول أن ما بين 3-2% من بين 100 مولود تقريباً يصابون بعيوب خلقية تتفاوت درجتها، وهذا الرقم ثابت إلى حد كبير في أنحاء العالم، وقد ساهم تقدم الطب في تخفيض نسبة هذه التشوهات إلى حد كبير. (لجنة التعليم المستمر ، 2006: 36)

وبصفة عامة فأخطر التشوهات تحدث فيما بين (اليوم 18 - 42) من عمر الجنين. (حامد، 1996: 242)

ثالثاً: للتشوهات الخلقية أنواع عدة منها:

أ - هيكلية، وتقسم إلى:

1. تشوهات لها علاقة بالشكل الخارجي للمولود مثل فقدان أحد الأعضاء أو العظام أو عدم اكتمال نمو الأعضاء.

2. تشوهات داخلية بحيث تصيب أعضاء الجسم الداخلية، مثل تشوهات القلب وهي الأكثر شيوعاً بين المواليد.

3. تشوهات العمود الفقري والدماغ، مثل عدم اكتمال نمو الدماغ (صغر أو كبر حجمه) أو وجود فتحة في أسفل الظهر في العمود الفقري (Spina Bifida). (لجنة التعليم المستمر، 2006: 36 - 37)

ويرى الحاج (1900) أن التشوهات الخلقية الأخرى تجعل الطفل المصاب بها إما مقعداً طوال حياته أو غير قادر على القيام بأعباء الحياة العادية الصحيحة في مستقبل حياته(الحاج، 1900:84)، وهذه التشوهات كما يذكرها الصفدي (2007)هي:

1. الشفاه المشقوقة الشفة الأرنبية.

2. الحلق المشقوق.

3. التقلصات المتعددة.

4. استسقاء الحبل الشوكي.

5. أصابع اليدين الزائدة أو الملتحمة.

6. تقوس الساقين (القدم الحنفاء).

7. القدم المسطحة.

8. هشاشة العظام.

9. الصرع.

10. الأطراف القصيرة أو المعقودة والمشوهة.

11. الشلل بكافة أنواعه.

12. الإعاقات العقلية. (الصفدي، 2007: 48)

13. التشوهات الخلقية في العين (الحاج، 2011: 242)

14. التشوهات الخلقية الجنينية للكلية والحالب Congenital Malformations of the

Kidneys and Ureters حسب دراسة الخبي (1997) يحدث في أثناء التطور

الجنيني العديد من التشوهات في بنية الكلية والحالب والأوعية المتعلقة، بهما ويموت

العديد من هذه الأجنة المصابة أثناء الحياة الرحمية وتسقط، كما أن بعضها يولد حياً،

فإذا كان التشوه كبيراً ويتعارض مع الاستمرار في الحياة يموت المولود بعد الولادة مباشرة

وإذا كان قليل الأهمية فيمكن أن يبقى المولود بعد الولادة مباشرة فيمكن أن يبقى المولود

على قيد الحياة مُعانياً من العوارض المتعلقة بذلك. وإن بعض هذه التشوهات يمكن تدبيره

جراحياً. (الخبي، 1997: 214)

15. تشوهات المثانة: حيث يولد الطفل والجدار الأمامي للمثانة مفتوح وموجودة خارج جدار

البطن كقوقعة كبيرة حمراء. (بدران، مزاهرة، 2008: 159)

ب- أنواع التشوهات الخلقية التي تصيب الجنين والتي تتنافى مع استمرار الحياة وهي:

1. الناسور الرغامي البلعومي: وهو عبارة عن اتصال ما بين الرغامي والمرئي.

2. الشرج غير المنقوب.

3. انسداد الأمعاء.

وهذه التشوهات الخلقية (التكوينية) الثلاثة والتي تتنافى مع استمرار الحياة يجب الإسراع

في معالجتها وإصلاحها فور اكتشافها بعد الولادة، لأن المولود المصاب بواحد منها يكون مصيره

الموت المحتوم إذا مضى على ولادته أكثر من أربع وعشرين ساعة دون علاج جذري وسريع.

(الحاج، 1900: 84)

رابعاً : تصنيف التشوهات الخلقية :

التصنيف الشائع بين العلماء ينقسم حسب مجال العجز، فإذا نظرنا إلى سبب العجز، نجد

أن هناك مجموعة من المعاقين يرجع عجزهم إلى أسباب وراثية أو خلقية عن طريق انتقال بعض

الأمراض أو العاهات من الآباء والأجداد إلى الأبناء، أو إصابة الجنين أثناء الحمل أو أثناء الوضع، ومجموعة أخرى من المعوقين يرجع عجزهم إلى أسباب مكتسبة غير وراثية أو خلقية مثل حوادث العمل، والطريق، وإصابات الحروب.... الخ، ويتم تقسيمهم إلى الفئات التالية:

أ - المعوقون جسدياً:

ليس المقصود بالإعاقة الجسمية حالات الأمراض العارضة أو حتى المزمنة التي لا يترتب عليها عجزاً حقيقياً في قدرة الإنسان الطبيعية عن أداء دوره الاجتماعي، ولكن يعني بها الإصابة الجسدية والتي لها صفة الدوام، والتي تؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية، سواء كان تأثيراً تاماً، أو نسبياً.

ب - المعوقون حسيّاً:

تكمُن قدرة الإنسان في اتصاله بمن حوله، وإدراكه مما حوله على سلامة حواسه الحيوية، المتمثلة في حاسة السمع، والبصر، والشم، واللمس، والتذوق، ولذا يمكن القول أن المعوقين حسيّاً هم من لديهم عجز في أحد أجهزتهم الحسية، مثل المكفوفين، والصم، والبكم.

ت - المعوقون عقليّاً:

وهم مرضى العقول وضعافها، وتتضمن الإعاقة العقلية إما نقصاً في التكوين العقلي أو في أعضاء المخ مثل حالات الضعف العقلي، وإما خللاً في التفكير، مثل حالات المرض النفسي والمرض العقلي بأشكاله المختلفة. (المليجي، : 261 - 259)

ث - الإعاقات البدنية:

هي حالة من الضعف العصبي أو العضلي أو العظمي يؤدي إلى عدم قدرة الفرد على القيام بأنشطته اليومية .

ج - متلازمة داون (المنغولية):

وهي أكثر الحالات شيوعاً فيما يسمى بالحالات الاكلينيكية في التخلف العقلي، وقد أطلق عليها الاسم (المنغولي) لأن المتخلف عقلياً من هذه الفئة يشبه أفراد الجنس المنغولي، وكان أول من أطلق هذا الاسم على هذه الفئة من المتخلفين عقلياً هو (لانجدون) وتسمى الحالة أحياناً بزملة داون. وهناك عدة فروض حول مسببات الحالة أهمها أن هناك كروموزوماً زائداً يغلق بأحد أزواج الكروموزومات الذي يقع ترتيبه من 15 إلى 21 في الخلية، وقد يكون هذا الكروموزوم هو السبب في حدوث هذه الحالة ويزداد احتمال حدوث الحالة بزيادة سن الأم، فقد وجدت الأبحاث الأخيرة أن نسبة الإصابات المنغولية تزداد بزيادة عمر الأم طردياً، فإذا زاد السن عن الأربعين ازدادت

النسبة زيادة حادة، والتفسير الممكن الآن هو أن هناك معدل كفاءة للجهاز التناسلي للأنثى وتقل كفاءة هذا الجهاز بازدياد العمر، وليس معنى هذا أن الإصابة لا تلحق بأمهات أصغر سناً. كما هو الحال في الأنواع الأخرى من العاهات الجسمية، ومع أنه في حالات تشوه الوجه لا يكون هناك عاهة سمعية أو عضوية، إلا أن المشكلة فيما يختص بمشوهي الوجه تصبح خطيرة بسبب الدور المهم الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية. (سليمان، 2004: 229)

خامساً : أسباب التشوهات الخلقية:

تلعب الوراثة دوراً كبيراً في حالات الإعاقة الجسمية والعقلية التي تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الموروثات بشكل مباشر أو غير مباشر، وقد يكون العامل الموروث الذي تحمله جينات الكروموسومات منتحياً لا تظهر آثاره مباشرة من الجيل السابق، ولكنها تظهر بعد ذلك في أجيال تالية مما يترتب عليه وراثة نماذج من التخلف العقلي أو فقدان البصر أو السمع أو ضمور العضلات أو التشوهات الخلقية وغيرها.

وقد لا تكون العاهة أو الإعاقة نتيجة وراثة مباشرة بل نتيجة مرضية أو خلل يؤدي إلى حالة إعاقة (كما في وراثة خلل كرموزومسي) أو أحد أمراض التمثيل الغذائي أو اختلاف عامل RH في الدم، وهي ثلاث أمثلة تؤدي إلى تخلف عقلي، ومن الطبيعي أن تقع دراسة العوامل الوراثية في اختصاص علماء الوراثة والفيزيولوجيا والطب والهندسة الجينية وزواج ممن هم مصابون بإعاقة معينة واتخاذ القرار بعد ذلك بإنجاب الأطفال وإهمال الفحوص البيولوجية قبل الزواج وبعد الإنجاب جميعها مواقف مرتبطة بمستوى التعليم والوعي الاجتماعي والفكري السائد واهتمام الدولة بنشر هذا الوعي، وتوفير وسائل وخدمات الفحص اللازم للمواطنين (فهيمى، 2005: 62-63)

وكثيراً ما ترجع أسباب التشوهات الخلقية التي يصاب بها الأجنة إلى عوامل وراثية، وتعتبر مسئولة عن 30% إلى 40% من جميع التشوهات الخلقية. (إسماعيل، 2010: 147)

وقد بذل العلماء جهوداً كبيرة للتعرف الى تلك الأسباب وتعرفوا إلى أكثر من 25% من العوامل المسببة، إلا أن أكثر من 75% من الأسباب مجهولة وغير معروفة مما يتطلب جهداً أكبر لاكتشاف تلك الأسباب وتنوع العوامل المسببة للتشوهات، منها ما يصيب الأم أثناء الحمل أو أثناء الولادة وجميعها تسبب تشوهات عقلية وسمعية وبصرية، ويمكن تلخيص تلك الأسباب فيما يلي:

أولاً: الأسباب الوراثية:

تعد العوامل الوراثية من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الكثير من الإعاقات، حيث إن ظهور الصفات السائدة في الوالدين يظهر لدى الأبناء بنسبة 1 - 3 حسب قانون مندل للصفات الوراثية.

ومن العوامل التي تزيد الإعاقات في الوطن العربي زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج، مما يؤدي إلى حدوث اضطراب في الكروموسومات واضطراب في عملية التمثيل الغذائي، وهي إحدى العوامل الوراثية المسببة لحدوث الإعاقات. (بحراوي، الزيوت، 2012: 37)

ثانياً: أسباب بيئية:

تعد الأمراض التي تصيب الأم الحامل قبل الولادة من العوامل التي تؤدي إلى الكثير من الأمراض، مثل :

1. إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية وخصوصاً في الثلاثة أشهر الأولى.
 2. التعرض للإشعاعات المختلفة وبكميات كبيرة. (بدران، مزاهرة، 2008: 158)
 3. عدم استعداد الأم للإنجاب وعدم ملائمة عمر الأم للحمل. (الفرماوي، النساج، 2010: 31)
 4. الأدوية وتشوهات الجنين.
- بالرغم من أن الأدوية كسبب للتشوهات الخلقية لا يشكل أكثر من (1%) من الأسباب البيئية المسببة للتشوهات إلا أنها من الأسباب التي يمكن تجنبها، وسوف نستعرض أهمها:
- أدوية علاج السرطان.
 - مضادات الاكتئاب.
 - المهدئات.
 - المنومات.
 - الأدوية المضادة لنوبات الصرع.
 - المضادات الحيوية.
 - الفيتامينات.
 - أدوية علاج فرط نشاط الغدة الدرقية.
 - المسكنات.
 - مضادات الحساسية.

ويجب التنويه أن أي دواء يتم تناوله أثناء فترة الحمل يجب أن يكون موصوفاً من الطبيب المختص ويستمر الإشراف الطبي حول فترة تناول الدواء. (حامد، 1996: 253)

5. سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل ،حيث تعرقل النمو الجسمي للجنين وتطور نموه العقلي، ومن المعروف أن نقص البروتين والفيتامينات والسعرات الغذائية تشكل ضرراً على نمو مخ الجنين . (فهمي، 2005: 62-63)
6. مرض الزهري ، فإصابة الأم بعدوى هذا المرض قد تؤدي إلى تخلف عقلي عند الطفل.
7. العدوى والتسمم، فتعرض الأم للعدوى يؤثر في حياة الطفل العقلية وخاصة العدوى في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل. (عامر، 2008: 54)
8. عدم توافق عامل رسيوس RhFactor بين الوالدين.
9. تناول الكحوليات والمخدرات. (الفرماوي، النساج، 2010)
10. إصابات الأم الحامل بالسكر والتهاب الغدة الدرقية. (فهمي، 2005: 70)

ثالثاً: أسباب أثناء الولادة:

أحياناً يتعرض الجنين لبعض العوامل أثناء عملية الولادة العسرة، وينتج عنها إصابته بالنتشوهات الخلقية، ومن هذه العوامل:

1- نقص أو انقطاع الأكسجين عن المخ:

فقد يحدث أثناء الولادة الجافة أو المتعسرة وأن ينقطع وصول الأكسجين إلى دم الجنين، مما يؤثر على كمية الأكسجين التي تصل إلى المخ، ومن المعروف طبياً أن المخ لا يستطيع أن يقوم بوظائفه دون كمية مناسبة من الأكسجين، وأن انقطاع الأكسجين عنه ولو فترة قصيرة يؤدي إلى تلف بعض خلاياه، ويصاب الطفل بالإعاقة العقلية.

2- إصابة الدماغ:

قد تستخدم بعض الأجهزة لإخراج الجنين في حالات الولادة العسرة، وفي بعض الحالات يؤدي الضغط الشديد لهذه الأجهزة على دماغ الجنين إلى إصابة المخ، فتحدث الإعاقة العقلية للطفل أثناء عملية الولادة. (إبراهيم، 2000: 46)

سادساً: الوقاية من التشوهات الخلقية:

1. يجب على كل امرأة تفكر بالحمل وإنجاب الأطفال تناول كمية من حامض الفوليك بمقدار (0,4) يومياً مع الفيتامينات لتلافي تشوهات العمود الفقري.

2. تجنب شرب الكحول ،فشرب الكحول يؤدي إلى ولادة طفل لديه عدة تشوهات خلقية بالقلب وفي الأطراف وفي العقل (نقص النمو العقلي).
3. تجنب تناول أدوية دون استشارة الطبيب مهما كان نوعها ،وعند مراجعة الحامل لأي طبيب، يجب اخباره بالحمل، وكتابة ذلك على الوصفة الطبية.
4. التطعيم ضد الحصبة الألمانية قبل حدوث الحمل بشهر على الأقل، وذلك في حالة وجود عدم المناعة. (لجنة التعليم المستمر ، 2006: 38)
5. زيارة الطبيب الاختصاصي بالأمراض النسائية والتوليد ضرورية ابتداءً من الشهر الثاني للحمل بصورة منتظمة، شهرياً في الأشهر السبعة الأولى، وكل أسبوعين في الشهرين الأخيرين.
6. فحص الدم عند بداية الحمل وفي الأشهر الثلاثة الأخيرة، وذلك لتجنب ضعف الدم، ولمعرفة فئة دم الأم.
7. فحص البول عند كل شهر بصورة منتظمة.
8. أخذ الضغط، لأن ارتفاعه قد يسبب اضطراباً في الكلى وقد يؤدي للإجهاد ،أو لتسوية الجنين وربما تسماً في الدم لدى الأم وخاصة في الأشهر الأخيرة من الحمل.
9. مراقبة الوزن ضرورية ،ويجب ألا تحصل أي زيادة مهمة في الأشهر الثلاثة الأولى، وزيادة وزن الحامل يجب أن تكون بين 8 - 12 كغ على الأكثر ،هذا مع العلم أن الاتجاه الجديد في الطب هو عدم إعاقة زيادة الوزن اهتماماً كبيراً.
10. وضع الرحم ووضع الجنين، وهل يتناسب ازدياد حجم الرحم مع شهر الحمل.
11. التغذية وهي الإكثار من البروتينات والخضار والفواكه ،وتخفيف الملح في الأشهر الأخيرة، وخاصة عند وجود انتفاخ أو تورم في الأطراف. (الحسن، 1992: 28 - 29)

سابعاً: اكتئاب الأم وعلاقته بالتشوه الخلقي عند الأطفال:

عند تشخيص أحد الأطفال على أنه متخلف عقلياً على سبيل المثال ،فإن إحدى الاستجابات الوالدية الشائعة هي استجابة الإنكار، وفي مثل هذه الحالة كثيراً ما نلاحظ أن الآباء والأمهات يترددن على الأطباء وغيرهم من الأخصائيين في محاولة للبحث عن تشخيص أفضل.

أما بالنسبة لآباء الأطفال المعاقين جسمياً وأمهاتهم ، فإن درجة استجابة الإنكار تتوقف على مدى وضوح الإعاقة، فبالنسبة لكثير من الحالات يكون مظهر العجز أو القصور الجسمي

من النوع الذي لا يمكن إنكاره، وفي مثل هذه الحالات كثيراً ما تتكرر مشاعر الصدمة والحزن والأسى من جانب الوالدين.

وفي إطار الحياة المنزلية تواجه الأم عادة بعض المشكلات الإضافية التي يمكن أن تؤثر على علاقتها مع طفلها المعاق، ذلك أن رعاية الأطفال المصابين بإعاقات جسمية حادة من الأمور الشاقة مثل عملية الطعام في حد ذاتها تمثل مشكلة بالنسبة للأم نظراً لطريقة الطفل الخاطئة في الامتصاص والبلع.

ردود فعل الأسر واتجاهاتها عندما يولد طفل لديه تشوه خلقي:

حلم كل سيدة حامل أن تنجب مولوداً معافى، خالياً من أية عيوب أو أمراض أو تشوهات، حيث إن كل أسرة تتمنى أن يكون لديها أطفالاً أسوياء جسمياً وعقلياً، تفتخر وتعتني وتتباهى بهم وتعتقد عليهم الآمال، وتتمنى لهم المستقبل المشرق، ولكن هذه الآمال والتوقعات قد لا تتحقق لدى أسرى ما ويصبح عندها طفلاً معاقاً في المجال العقلي أو الحسي أو الحركي أو السمعي فتخيب آمالها وتختلف الأسر في ردود أفعالها فمنهم من يواجه هذه الأزمة من خلال المرور بالمراحل التالية:

1- الصدمة:

وهي المرحلة التي تكشف فيها الأسرة أن طفلها لديه إعاقة مزمنة، فيصاب الأبوان بالذهول والعجز التام عن فعل أي شيء، وغالباً ما يرفضان تصديق الواقع، وتبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات العنيفة المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب، فقد تشعر الأم أنها السبب لأنها عادت إلى العمل بعد ولادة الطفل بوقت قصير وكان عليها أن تمكث معه فترة أطول، أو يشعر الوالد أنه لم يحم بالواجب عندما رفض أن تكون ولادة الطفل في مستشفى، وأحياناً يكون التأييب لأي من الوالدين عن الوراثة التي ورثها لطفله، وأحياناً شعور بالإحباط والفشل يجعل أياً من الوالدين يسأل نفسه الأسئلة التالية:

هل هذا عادل؟ لماذا نحن بالذات؟ خطأ من هذا؟ ما هو السبب؟ هل سنحب الطفل؟ ماذا يخبئ لنا القدر؟ كيف ستستمر رعاية الطفل وحمايته؟ هل يأتي عليه يوم يستطيع فيه القيام بشؤونه الشخصية؟ من سيقوم على رعاية الطفل عندما نصل إلى مرحلة من العمر لا نستطيع فيها أن نقوم نحن على خدمته، إلى ما لا نهاية من هذه التساؤلات التي تسبب الضغوط النفسية. (القمش، 2001: 258-257)

2- النكران:

تأتي هذه المرحلة بعد مرحلة الصدمة لأنها ضرورية للتخفيف من وطأ الصدمة، والسماح للأسرة بالوقت الكافي لتقبل الواقع بدرجات تستطيع التعامل معها ويظهر النكران بأشكال متعددة، فقد يبدأ الأهل بالتسوق بين الأطباء أو أفراد فريق التأهيل بحثاً عن تشخيص آخر أو أفضل لطفلهم، أو قد يحاولون إيجاد مؤسسات لإيواء الطفل أو إقناع أنفسهم بأن المشكلة ليست بدرجة الشدة التي قدمت لهم، وقد يصل الإنكار إلى التأمل بأن طفلهم سيشفى بمعجزة ما، ولابد أن تصل الأسرة في نهاية هذه المرحلة لتوازن معقول بين الأمل والواقع الحقيقي لطفلهم. (بحراوي، الزيوت، 2012: 97)

3- لوم الذات والشعور بالذنب:

يبدأ الزوجان يتقاذفان التهم وتحميل المسؤولية إلى الزوج أو الزوجة أو أصولهما على أساس أن سبب الإعاقة وراثياً، وتبدأ المشاحنات والنزاعات ، ويسود الأسرة جو من التوتر وعدم الشعور بالاستقرار وتسود مشاعر الذنب جو الأسرة، حيث يعتبر الأب أنه هو المسؤول أو تعتبر الزوجة نفسها المسؤولة أو يعتبروا نفسيهما هما المسؤولان معاً ويبدؤوا في عزو أسباب الإعاقة التي أصابت الطفل لأسباب داخلية ناتجة عن الوراثة ، وهذه خارجة عن قدرتهما أو لأسباب خارجية عائدة لسوء الحظ أو القدر، أو يعتبرها الوالدان بأنها عقاب إلهي لهما على ما ارتكباه من أخطاء بحق الله أو بحقوق العباد أو بسبب التقصير في العبادات وتأدية حقوق الآخرين.

4- مشاعر الحزن ومشاعر الشعور بالدونية:

يشعر الأهل بالحزن العميق تجاه الطفل المعاق فيكون من أعينهم ومن قلوبهم فيعترضهما الألم ، ويشعرون بمقدار الأذى الذي لحق بهم وبطفلهم ، ويشعرون بالأخطار التي سوف يتعرض لها فيشفقوا عليه، لأنهم يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن إعاقته ولذلك يشعرون في تقديم الحماية الزائدة له حرصاً على سلامته وخوفاً من أن يلحق به الأذى. (العزة، 2000: 87-86)

5- التوجه للخارج:

تتمثل هذه المرحلة بداية تطلع الأسرة لما حولها من بدائل وإمكانيات لمعالجة طفلها، ورعايته في هذه المرحلة تصبح الأسرة أكثر تقبلاً للواقع وبذلك تكون أفضل مما كانت عليه سابقاً. (بحراوي، الزيوت، 2012: 99)

6- اليأس:

وهي مرحلة متأخرة من ردود أفعال الأسرة نحو الطفل المعاق حيث تكون الأسرة قد بذلت جميع جهودها من أجل تقديم المساعدة للطفل وذهبت من طبيب لآخر، ومن مشعوذ لآخر، طلباً

للعلاج والشفاء ،وعندما لا تتحسن حالة الطفل ييأس الأهل من هذه الحالة ومن إمكانية شفاء الطفل من إعاقته ،ومشاعر اليأس والإحباط من المشاعر التي تهدم مفهوم الذات وتحد من النشاط الأسري في المجالات الاجتماعية والمناسبات المختلفة. (العزة، 2000: 87)

7- احتواء الأزمة:

تتمثل المرحلة بتقبل إعاقة الطفل وشعور الأسرة بأنه على الرغم من الصعوبات والمشاكل التي تواجه الطفل والأسرة، إلا أنها قادرة على البقاء والتحدي ،وتتسم هذه المرحلة بدرجة من النضج والتفهم لمدى تأثير الإعاقة على حياة الأسرة ككل، وأن وصول الأسرة لمرحلة احتواء الأزمة المتمثلة بالتكيف والتقبل بعد تشخيص الإعاقة تعتبر مؤشراً إيجابياً ،ولكنها لا تعني عدم حاجة الأسرة إلى الإرشاد فيما بعد وفي هذه المرحلة لا تعني أبداً انتهاء الأحزان والآلام والضغط النفسية. (بحراوي، الزيتوت، 2012: 99100)

وذكر شاهين (2008)ردود الفعل النفسية المتوقع حدوثها لدى الآباء والأمهات :

- الصدمة.
- النكران.
- الحداد.
- الخجل والخوف.
- اليأس والاكتئاب.
- الغضب.
- الرفض.
- التكيف والقبول. (شاهين، 2008: 74)

وترى الباحثة أن طبيعة استجابات الأمهات اللاتي لديهن طفل لديه تشوه خلقي تعتمد على عوامل عدة من أهمها:

1. الإمكانيات المتوفرة لها والتي من شأنها مساعدتها على التعايش مع الأزمة التي تمثلها الإعاقة فعندما تتوفر الإمكانيات الكافية تصبح الأم أكثر قدرة على التعايش مع هذا الطفل وتأخذ تلك الإمكانيات والمصادر أشكالاً (انفعالية، واجتماعية، وجسمية، ومالية).
2. تتمثل الإمكانيات الانفعالية بالعلاقات بين أفراد الأسرة، فكلما كان أفراد الأسرة أكثر ارتباطاً ببعضهم البعض كانت الأسرة أكثر تماسكاً وتكون الأم قادرة على التعايش مع هذا الطفل بشكل أكبر.

3. تتضمن الإمكانيات الاجتماعية الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والجيران والزملاء في العمل وغيرهم، وأيضاً ردود الفعل الاجتماعية السلبية نحو هذا الطفل قد تشعر الأم بأن كفاءتها ووضعها العام قد أصبح موضع تساؤل.
4. أما الإمكانيات الجسمية فتشمل الأوضاع الصحية لأفراد الأسرة، فليس من شك في أن معاناة الوالدين أو أفراد الأسرة من أمراض مزمنة أو مشكلات طبية مختلفة سيجعل مهمة التعايش للأم مع هذا الطفل أمراً بالغ الصعوبة بالنسبة للأم.
5. عدم توفر الإمكانيات المالية الكافية للعلاج الطبي أو الجراحي أو العلاج الطبيعي أو الاحتياجات الإضافية غير الاعتيادية التي تكون ضرورية لهذا الطفل قد يترتب على ذلك ضغوط نفسية كبيرة تثقل كاهل الأسرة وخاصة الأم.
6. كذلك تتأثر استجابات الأمهات ودور أفعالهن تجاه هذا الطفل بمدى معرفة الأم بهذه الإعاقة وأسبابها واعتقاداتها عنها وخبراتها الشخصية.
7. تؤثر الخصائص المحددة للأم مثل انخفاض المستوى التعليمي والاتجاهات السلبية نحو الإعاقة، وعدم التمتع بدفاعات نفسية قوية على مستوى الضغوط النفسية الناجمة عن هذا التشوه الخلقي وكيفية استجابتها لهذا الشيء.
8. وأيضاً ترى الباحثة أن عمر الطفل المعاق كلما تقدم سنه أصبحت إمكانيات ضبط سلوكه أكثر صعوبة، وأصبحت الفروق بينه وبين أقرانه أكثر وضوحاً، وبالتالي أم الطفل تشعر بضغوط نفسية أكثر لأنه يوجد زيادة في متطلبات الرعاية.
9. كذلك تتأثر استجابات وردود أفعال الأمهات بدرجة ونوعية التشوه الخلقي الموجود عند الطفل، فكلما كان هذا التشوه شديداً زادت الضغوط النفسية على الأم.

تعقيب عام للباحثة على الإطار النظري

من خلال الإطار النظري الذي تم عرضه يتضح أن الاكتئاب مثل معظم الاضطرابات العقلية لا يتألف من صورة متميزة بل يكون اضطراباً تدريجياً، يبدأ بالحالات القريبة من السوية ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي، ويعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، ونستطيع القول أن أي واحد منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو أننا نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل وتناول الطعام والنوم وزيادة الأصدقاء، ولكنه عندما يزيد عن المعدل الطبيعي فيمكن القول بأن هناك ثمة اضطراب يحدث في التوافق النفسي للفرد مع ذاته والآخرين، مما قد يؤدي بدوره إلى حدوث الاضطرابات النفسية.

وكما رأينا أن مصائب الأطفال الصحية وأمراضهم تتنوع تنوعاً واسعاً، وتضم هذه المجموعة شتى أنواع الاعتلالات الخلقية التي تتناول بالدرجة الأولى شكل الطفل ومظهره الخارجي، وهي تشوهات غالباً ما تكون ملفتة للنظر بحيث تثير قلق الوالدين على الطفل كما تثير فضول العامة، لما عليه الطفل من تشوهات أو عيب خلقي، مما قد يسبب حرجاً أو ضيقاً اجتماعياً للوالدين أو للطفل حينما يكبر، ومن أمثلة التشوهات الخلقية العَلَم (انشقاق الشفة الخلقية) ومتلازمة داون (المنغولية) نقص تشكل الأطراف، وغيرها، كما أن بعض هذه الاعتلالات قد لا يكون ظاهراً ولكنها تتسبب في تأخر التطور السلوكي الحركي للطفل، كما هو في تشوهات الدماغ الخلقية (كالدماغ الأملس أو الاستسقاء الدماغ الخلقية) أو يتسبب في تأخر النمو الجسدي، وفي اضطرابات صحية متكررة كما هو الحال في أمراض القلب الخلقية (كالفترحة بين البطينين، ورباعي فالو) وغيرها.

فالتشوهات الخلقية والأمراض الجسمية أو الاعتلالات والعيوب منتشرة في هذا العصر بين الأطفال وخصوصاً في الدول النامية، ولذلك فإن هناك ثمة علاقة بين اكتئاب الأمهات ووجود طفل لديه تشوه خلقي في الأسرة، فالتشوهات الخلقية تأخذ حيزاً كبيراً من اهتمام الأمهات مما يسبب لهن القلق والتوتر المستمر طول معاناة طفلها، ومن المعروف أن الأم تتعرض بصورة خاصة لضغوط متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة لهذا الطفل والقلق على مستقبله وحياته القادمة، وما يزيد من حدة الضغوط على الأم الطفل الذي لديه تشوه خلقي درجة التشوه أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل، فعندما يكون الاعتماد الكامل عليها وعادة ما يفرض أعباء أكثر عليها سواء داخل المنزل وخارجه، مما يزيد من الضغوط النفسية، وقد أجريت دراسات عدة خلصت نتائجها بصورة عامة إلى أن آباء الأطفال المتخلفين عقلياً يتعرضون لضغوط والدية عديدة ويعانون

من القلق والاكتئاب بدرجة تعوقهم من القيام بممارسة أنشطتهم الحياتية، وأيضاً دراسة أندرسون (Anderson, 1993) التي اثبتت وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً مقارنة بالآباء، ومن الممكن أن يرجع ذلك إلى الأسباب التالية: التكوين العاطفي للمرأة، التغيرات البيولوجية المتلاحقة، خبرات التعلق والفقد، العمل المستمر بلا راحة، وأيضاً دراسة هانسون (Hanson, 1990) حيث أشارت إلى تعرض أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً (كنوع من أنواع التشوهات الخلقية) إلى العديد من الضغوط الوالدية، وأنهن يعانين من مستويات مرتفعة من الاكتئاب.

فالأم عندما تصاب بمرض نفسي فهنا يهتز المركز ويتصدع ويصبح البنيان الأسري بأكمله معرضاً للتأثر، حيث إن القوة الضامة الرابطة ممثلة في الأم، قد اهتزت فكيف نتخيل حال الأسرة، وقد أصيبت الأم بالاكتئاب الأمر الذي يجعلها عاجزة عن فعل أي شيء لنفسها وأطفالها وزوجها بعد أن كانت هي منبع الحب والحنان والدفء، ولذلك فإصابة الأم بالمرض النفسي يعتبر بكل المقاييس كارثة متعددة الأبعاد تستدعي رعايتها في المقام الأول وبسرعة وفاعلية والوصول بهؤلاء الأمهات اللواتي يعانين من مشكلة الاكتئاب إلى درجة من التكيف النفسي والتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية، ومن خلال عمل الباحث في جمعية فلسطين المستقبل وهي من إحدى الجمعيات التي تختص بالتعامل مع أطفال لديهم تشوهات خلقية، وبعد الاطلاع على حجم معاناة هؤلاء الأمهات، حاولت الباحثة أن تضع كل ما يمكن أن يفيدها لمساعدة الأمهات المكتئبات على التخلص من الاكتئاب، ولذلك رأت من الضروري البحث عن سبل وطرق من الممكن أن تكون مناسبة لمساعدة الأمهات على التكيف والتعامل مع صعوبات الحياة اليومية.

وكان لابد من عمل برنامج علاج معرفي سلوكي متضمن عدة جلسات، وهذا البرنامج معد خصيصاً لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، ومن خلال اطلاع الباحثة على أساليب العلاج المعرفي السلوكي المتنوعة والمختلفة، وجدت أن العلاج المعرفي السلوكي أفضل الأساليب المستخدمة في التعامل مع أعراض الاكتئاب، كما أشارت بعض الدراسات التي أجريت لتخفيف أعراض الاكتئاب باستخدام أسلوب العلاج المعرفي السلوكي كدراسة سليمان (2014)، ودراسة كحلة (2009)، ودراسة علي (2005)، ودراسة الحمري (2002)، ودراسة ليكرست (2010)، ودراسة كينار (2009)، ودراسة لين (2007).

الفصل الثالث

دراسات سابقة

أولاً: دراسات تناولت الاكتئاب.

ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي.

ثالثاً: دراسات تناولت التشوهات الخلقية وعلاقتها باكتئاب الأم.

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة.



مقدمة:

يمثل العلاج المعرفي السلوكي لعلاج مرض الاكتئاب موضوعاً من الموضوعات الخصبة والمهمة لعلم النفس الإكلينيكي الحديث والمعاصر.

وقد اهتمت العديد من الدراسات بتفسير الاكتئاب ومعرفة أسبابه ودوافعه ومتغيراته مثل دراسة بارون (2011)، ودراسة فايد (2010)، ودراسة علي (2010)، ودراسة بخش (2007) ودراسة الجريسي (2003)، إلا أنه في السنوات الأخيرة حظيت دراسات الاكتئاب باهتمام كبير من قبل رواد التوجه المعرفي السلوكي وبصفة خاصة نظرية "أرون بيك" وخفض درجة الاكتئاب وضبطه، مثل دراسة معالي (2011)، ودراسة الغفار (2007) ودراسة علي (2005)، ودراسة عبد المجيد (2005)، ودراسة كنج وآخرون (2000)، ويبدو أن هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين الأفكار السلبية غير المنطقية والاكتئاب، حيث أثبتت الدراسات التي تتضمن الأسلوب المعرفي أن هناك أدلة قوية تؤكد أن وراء كل تصرف انفعالي بالاكتئاب بناء و نمط من التصورات والمعتقدات الفكرية الخاطئة التي يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغيرها، وبما أن الدراسات السابقة تمثل سجلاً حافلاً بالمعلومات ذات الاهتمام، لذا قامت الباحثة بالاطلاع وتجميع البحوث و الدراسات السابقة العربية والأجنبية لاستنباط الفروض وموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة، وتحديد بيان الاتفاق والاختلاف بينهما في تحديد العينات والأدوات المستخدمة وعرض النتائج المستخلصة، وقد راعت الباحثة أن يتم عرض هذه الدراسات حسب تسلسلها الزمني من الأحدث إلى الأقدم من خلال تناولها الجوانب التالية:-

دراسات تناولت الاكتئاب:

أولاً: الدراسات العربية:

1- بارون (2011): دراسة بعنوان: القلق والاكتئاب والقيم الاجتماعية دراسة مقارنة بين الأطفال الأيتام في دولة الكويت.

سعت هذه الدراسة إلى تحديد الفروق على مقاييس القلق والاكتئاب والقيم الاجتماعية لدى عينة كبيرة من الأطفال الأيتام في مختلف دور الرعاية بدولة الكويت، وتوضح الفروق في هذه المقاييس بين الأيتام الذين يعيشون في دور الرعاية ومؤسسات الدولة من حيث مكان الإقامة وبحث الفروق بين اليتامى من الجنسين في كل من مقاييس سمة القلق والاكتئاب والقيم الاجتماعية. وتكونت العينة من 856 طفلاً يتيماً كويتياً، (411) من الذكور و(466) من الإناث وأعمارهم بين 10 - 18 سنة، وأطلق عليهم قائمة الصفات الشخصية ومقاييس سمة القلق والاكتئاب.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناك فروقاً جوهرية بين الأيتام بالنسبة إلى المكان الذي يعيشون فيه، فقد لوحظ أن الأيتام التابعين لرعاية لجنة الاسرى كانوا الأقل درجات على مقياس القلق

والاكتئاب، في حين كان الأيتام ممن يعيشون في كنف رعاية الدولة هم الأكثر قلقاً واكتئاباً من بقية مجموعات الأطفال الأيتام.

2-دراسة شرشير (2011) بعنوان : العلاقة بين ممارسة نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لمرضى الاكتئاب من منظور أيكولوجي.

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف إلى العلاقة بين نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لمرضى الاكتئاب من منظور أيكولوجي، وتكونت عينة الدراسة من (18) مريضاً بالاكتئاب النفسي، وترواحت أعمارهم ما بين (25 - 40) عاماً، وقد استخدم الباحث عدة مقاييس منها مقياس المشكلات الأسرية، ومقياس العوامل البيئية لمريضات القلق، واستمارة استبيان عن ضغوط الحياة أو درجة استجابة حالات الاكتئاب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الاكتئاب النفسي من منظور أيكولوجي، وأيضاً أدى التدخل المهني لنموذج حل المشكلة في خدمة الفرد إلى التخفيف من حدة الاكتئاب النفسي.

3-دراسة معالي (2011) : بعنوان:فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك BECK في خفض الاكتئاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدة فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف، لدى طلبة كلية العلوم التربوية الذكور في الجامعة الأردنية، وتكونت عينة الدراسة من طلبة كلية العلوم التربوية والبالغ عددهم (30) طالباً، وقد تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد قام الباحث بتطبيق أداتي الدراسة، قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس التكيف النفسي على جميع الطلبة، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي وتم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية ومجموعة ضابطة، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي فما خفض الاكتئاب للمجموعات التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ، ويمكن عزو ذلك إلى أن البرنامج ركز على المهارات والتدريبات المتعلقة بكيفية تعديل أساليب التفكير عند الطلبة، وقد أوصت الدراسة ببناء برامج إرشاد جمعي للوالدين تتضمن الجوانب المعرفية والسلوكية وتستخدم أساليب معرفية لتعديل الأفكار الخاطئة.

4-دراسة فايد (2010): بعنوان : فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي.

هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف درجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، وطبقت هذه الدراسة على عينة (30) سيدة يعانين من مرض الفشل الكلوي تم تقسيمهن الى عينة تجريبية وعينة ضابطة، واستخدمت مقياس الاكتئاب، وأظهرت

النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح التطبيق البعدي، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي التي اتسمت بالاستمرارية.

5- العاسمي (2009) بعنوان: الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية، دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق.

تهدف الدراسة التعرف إلى الفروق بين الطلبة الجامعيين في الريف وأقرانهم القاطنين في المدينة في درجة الشعور بالوحدة النفسية وكل من العزلة الاجتماعية، الاكتئاب، المساندة الاجتماعية. وتكونت عينة الدراسة من (486) طالباً وطالبة من الطلبة الدارسين في جامعة دمشق تتراوح أعمارهم بين (19-24) سنة.

وقد استخدم الباحث عدة مقاييس من أهمها مقياس الوحدة النفسية، ومقياس الاكتئاب، وكان من أهم نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلبة الجامعيين القاطنين في الريف وأقرانهم القاطنين في المدينة في كل من الشعور بالوحدة النفسية المساندة الاجتماعية والاكتئاب والعزلة الاجتماعية لصالح طلبة الريف.

6- دراسة محمود (2008) بعنوان: أساليب العزو السلبي لمتغيرات وسيطة في علاقة عوامل الشخصية بالاكتئاب.

هدفت الدراسة الكشف عن الدور الوسيط لأساليب العزو السلبي في علاقة عوامل الشخصية بالاكتئاب، واستهدفت أيضاً الكشف عن حجم كل من أساليب العزو السلبي وعوامل الشخصية في التباين الكلي للاكتئاب، وقد طبقت على عينة قوامها (196) طالباً من طلاب كلية المعلمين بالدمام، وللتحقق من هدف الدراسة تم تطبيق عدة مقاييس منها مقياس أساليب العزو السلبي من إعداد الباحث، ومقياس بيك للاكتئاب.

وأظهرت النتائج أنه توجد علاقة دالة موجبة بين أساليب العزو السلبي (الداخلي) والاكتئاب، وأن أساليب العزو السلبي تلعب دوراً وسيطاً في علاقة عوامل الشخصية (العصابية، الطيبة) بالاكتئاب.

7- دراسة الغفار (2007) دراسة بعنوان: الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة.

قامت الدراسة المراهنة بهدف تحديد الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، واستخدمت الدراسة مقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس بيك للاكتئاب،

وتكونت عينة الدراسة من (60)، طالباً من الذكور والإناث، المدى العمري لهم (17-22) عاماً، يمثلون عدداً من الكليات النظرية والعملية بجامعة بنى سويف، وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة تنبؤية بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب، وكذلك وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في نسب انتشار الاكتئاب وكم ونوع الأفكار اللاعقلانية، كما ظهر أثر دال للتخصص الدراسي في حدوث الاكتئاب لصالح طلاب الكليات العملية.

8-دراسة بخش (2007) بعنوان:أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية.

وتكونت عينة الدراسة من (120) أمّاً منهم (60)أمّاً من أمهات الأطفال العاديين و (60) أمّاً من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وقد تم تطبيق مقياس أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس القلق، ومقياس بيك للاكتئاب وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية سالبة في الاكتئاب لصالح أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

9- دراسة الجريسي (2003): بعنوان الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة ومعرفة أبعاده (ومدى العلاقة بين مستوى السلوك الديني والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة غزة)، أو العلاقة بين المستوى التعليمي والاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة)، (و العلاقة بين العمر والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة).

وتكونت العينة من (200) فرد من أفراد المجتمع الفلسطيني، ويوجد تكافؤ في المرحلة العمرية والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية ، وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية حيث قام الباحث بتوزيع درجات مقياس بيك للاكتئاب عليهم لمقارنة الدرجة التي يحصلوا عليها المرضى على مستوى للاكتئاب.

وكانت أهم النتائج تتمثل بوجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة تعزى إلى متغير العمر لصالح المجموعة أكثر من 60%.

10-دراسة الغباشي (2000) بعنوان:القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب.

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين مرضى الشريان التاجي بالقلب وكل من القلق والاكتئاب، حيث تتلقى الجوانب المزاجية لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب اهتماماً كبيراً، لما توحى به هذه الجوانب من تأثير كامن في ترسيب المرض أو في مفاقمته، وخبرة المشقة عند العجز عن التكيف، وأجريت هذه الدراسة على 43 مريضاً بالشريان التاجي بالقلب متوسط أعمارهم (48 سنة $\pm$ 8، 7)، و (43) من غير المرضى كعينة ضابطة، وتمت المضاهاة بينهم وبين المرضى في العوامل الديموجرافية، ومركز التحكم (باستخدام مقياس روتر)، العصبية (باستخدام بطارية إيزنك في الشخصية)، أما تقدير متغيرات القلق والاكتئاب ومشقة العجز عن المواجهة (أو التكيف) فقد تم باستخدام مقياس قلق الحالة - السمة ، وبطارية بيك في الاكتئاب، ومن أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:-

- حصل مرضى القلب على درجات أعلى جوهرياً عن الأسوياء جمع محل من المتغيرات الثلاث.

وأوصت النتائج بأن العصبية والاكتئاب يمكن أن يقوموا بدور يماثل دور العوامل المرسبة التي تكمن خلف الإصابة بمرض الشريان التاجي.

ثانياً- الدراسات الاجنبية:

1-دراسة مينا وآخرون (Mina et. All, 2012) بعنوان : الاكتئاب والقلق أثناء الحمل وما بعد الولادة على الإناث الحضرية في دلهي.

هدفت الدراسة الى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب اثناء وبعد الحمل والولادة، وأجريت الدراسة على عينة من النساء في قسم النساء والتوليد بمستشفى دلهي التخصصي، بالهند، وبلغ عددهن (100) امرأة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين الاولى في الثلث الأخير من الحمل، والمجموعة الثانية ما بعد الولادة (4-12 أسبوعاً) بعد الولادة، وقام الباحثون باستخدام مقياس (HADS) للكشف عن مستوى القلق والاكتئاب، فأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين في مقياس القلق والاكتئاب، كما تبين أنه لا تأثير للعمر في مستوى القلق، وأيضاً أشارت النتائج بأن (27%) من المجموعة الأولى لديهن قلق أعلى من نسبة القطع، بينما كان (17%) من المجموعة الثانية تجاوزن نسبة القطع على مقياس القلق.

2-دراسة (Hopko,D.R, et, All, 2011) بعنوان التنشيط السلوكي الموجز والعلاج بحل المشكلات لمريضات سرطان الثدي المصابات بالاكتئاب:تجربة عشوائية

هدفت الدراسة لاختيار الفوائد المتوقعة من العلاج التنشيطي السلوكي لدى المرضى المشخصين بالاكتئاب من خلال تجربتين صغيرتين، وقد تكونت العينة من (80 سيدة) مصابة بسرطان الثدي ذات مستوى تعليمي جيد، وقد تم استخدام المنهج التجريبي في الدراسة، حيث تم تطبيق اختيار التجربة الاكلينيكية عشوائياً لمعرفة مدى فاعلية (8) جلسات من العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب، مقارنة بالعلاج بحل المشكلات وقد تم تقييم النتائج الأولية بواسطة مقياس الاكتئاب، وجودة الحياة، والقلق، وقد بين التحليل الإحصائي أن كلا العلاجين كانا فاعلين، وقد أشارت نتائج الدراسة ان العلاج التنشيطي السلوكي للاكتئاب والعلاج بحل المشكلات تمثل التدخلات العملية التي قد تحسن النتائج النفسية وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي المصابين بالاكتئاب.

3-دراسة هيشيما النسرين وآخرون (Hashima E Nasreen et. All,2011) : بعنوان انتشار القلق والاكتئاب والعوامل المرتبطة بها أثناء الحمل/ دراسة على سكان المناطق الريفية في بنغلادش.

هدفت الدراسة الكشف عن العوامل المرتبطة بالقلق والاكتئاب أثناء الحمل بالتطبيق على سكان الأرياف في بنغلادش، واستخدمت الدراسة بيانات مستعرضة مصدرها مؤسسة الأترب المجتمعية الريفية، وكانت العينة عبارة عن 720 امرأة، تم اختيارهن عشوائياً في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وتم استخدام مقياس الاكتئاب، ومقياس سمة القلق، وأظهرت النتائج أن 18% من النساء يعانين الاكتئاب، 29% يعانين من القلق، وكانت أكثر العوامل المسببة للقلق المستوى الاقتصادي المتدني، ممارسة الجنس بالإكراه من قبل الزوج، العنف الزوجي، العنف أثناء الحمل.

4-دراسة هيجل وآخرون (Hegel, M,T., et all, 2004): بعنوان تدريب مرضى الاكتئاب على العلاج بحل المشكلات.

هدفت الدراسة فحص إمكانية تعليم مرضى الاكتئاب في برنامج طب العائلة على العلاج بحل المشكلات في الرعاية الأولية، وقد تم استخدام المنهج شبه التجريبي في الدراسة، وذلك بتطبيق برنامج تدريبي موجز للعلاج بحل المشكلات في الرعاية الأولية على 11 مريضاً لمدة ثلاث سنوات متتالية، وقد تم دمج مهارات حل المشكلات في ممارستهم اليومية بعد فترة المعاشية، وقد تم تقييم المشاركين على المهارات المكتسبة باستخدام مقياس مهارات علاج وحل المشكلات المعد ذاتياً من قبل الباحثين، وقد أشارت النتائج أن المتدربين قد وافوا معايير

الكفاءة في حل المشكلات، وتحسنت مستويات الفاعلية الذاتية لديهم في معالجة الاكتئاب الى مستويات متوسطة إلى عالية، ويشمل ذلك مهارات الإرشاد والرغبة في علاج الاكتئاب.

5-دراسة الكسندر وآخرون (Alexander and other, 2001): بعنوان جودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب والقلق في الولايات المتحدة الأمريكية.

هدفت الدراسة التعرف إلى جودة العلاج المقدم لهؤلاء المرضى ودور التأمين ومقدم الخدمة وخصائص الشخص في الحصول على الرعاية المناسبة والمطلوبة، وتم اجراء دراسة مسمية لهذا الغرض بواسطة التليفون ،وكان المستجيبون لهذه الدراسة (1636) شخصاً بالغ في احتمال الإصابة بالاكتئاب أو القلق خلال 12 شهر، كما أظهرت نتائج التحليل بعد سنة من الدراسة أن 83% من المرضى المحتمل إصابتهم بالقلق أو الاكتئاب حصلوا على رعاية من قبل مقيمي الخدمات الطبية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، و30% تلقوا العلاج المناسب ومعظمهم زادوا فقط في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وخلصت الدراسة أن معظم مرضى الاكتئاب والقلق من البالغين لا يتلقون الخدمات المطلوبة ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الخدمة يعود إلى التأمين أو الدخل.

تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت الاكتئاب:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة لاحظت الباحثة ما يلي:

1- من حيث الهدف: لقد تعددت وتنوعت أهداف الدراسات التي تناولت الاكتئاب، فمنها من هدفت إلى دراسة العلاقة ما بين الاكتئاب وبعض المتغيرات المختلفة من أهمها الوحدة النفسية وتقدير الذات والقيم الاجتماعية، والمشكلات الأسرية، والأحداث الضاغطة مثل دراسة بارون (2011)، ودراسة شرشير (2011)، ودراسة مبروك (2002)، ودراسة بخش (2007)، غانم (2002)، وهناك دراسات أيضاً هدفت إلى تأثير البرامج الإرشادية لتخفيف الاكتئاب مثل: دراسة معالي (2011)، ودراسة فايد (2010)، ودراسة كنج وآخرون (2000).

2- من حيث العينة: اختلفت عينة الدراسات السابقة من دراسة إلى أخرى وفق ما تقتضيه كل دراسة في اختيار الفئة المستهدفة وعدد العينة بما يتناسب مع هدف الدراسة، فبعض الدراسات اهتمت بالعدد فاستخدمت أعداداً كبيرة مثل دراسة للجريسي (2003)، ودراسة محمود (2008)، ودراسة العاسمي (2009)، ودراسة على (2010)، ودراسة بارون (2011)، ودراسة بودكس (2009)، ودراسة هيشيما وآخرون (2011)، مع اختلاف نوع وعمر العينات حسب هدف البحث، بينما تميزت دراسة الغباشي (2000)، ودراسة الفغار (2007)، ودراسة شرشير (2011) بصغر حجم العينات.

3- من حيث الأداة: معظم الدراسات السابقة استخدمت أدوات معدة مسبقاً على حد علم الباحثة ما عدا دراسة هيجل (2004)، ومنهم من اعتمد في استخدامه للمقاييس في دمجهم لمقاييس من إعدادهم وأخرى من إعداد غيره، كما في دراسة محمود (2008)، حيث أعدوا أدوات دراستهم من تلقاء أنفسهم وهناك دراسات استخدمت مقياس بيك للاكتئاب، منها دراسة الغباشي (2000)، ودراسة نجش (2007)، العاسمي (2009)، ودراسة غانم (2002)، وهذه الدراسات التي استخدمت مقياس بيك للاكتئاب تتفق مع الدراسة الحالية حيث إن الباحثة ستستخدم هذا المقياس في دراستها.

4- من حيث المنهج: معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي الذي يعمل على ربط الظواهر ببعضها البعض، ولكن هناك دراسات استخدمت أيضاً المنهج التجريبي ومنها دراسة معالي (2011)، ودراسة بييري (2000)، ودراسة فايد (2010)، وهذه الدراسات أيضاً تتفق مع الدراسة الحالية: حيث إن الباحثة ستطبق المنهج التجريبي في دراستها الحالية.

5- من حيث النتائج: استفادت الباحثة من نتيجة دراسة كل من عبد المجيد (2005)، ودراسة الغفار (2007)، الاهتمام بالمعارف المشوهة كمتغير له تأثير مباشر على الضغوط النفسية والاكتئاب وضرورة التركيز على الأفكار اللاعقلانية كمؤشر في حدوث الاكتئاب، كما أظهرت دراسة شرشير (2013) وجود ارتباط وثيق بين مهارات حل المشكلات والاكتئاب.

ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة أبو السعود (2015) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من النزلاء المراهقين بمعهد الأمل للأيتام.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين الصلابة النفسية للنزلاء المراهقين بمعهد الأمل للأيتام، ومعرفة الفروق الجوهرية بين متوسطات درجات المراهقين في المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في مقياس الصلابة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (20) مراهقاً يتيماً من نزلاء جمعية معهد الأمل للأيتام بغزة، مقسمين كالتالي: المجموعة الأولى التجريبية وتتكون من (10) مراهقين، والمجموعة الثانية الضابطة وتتكون من (10) مراهقين، واتبعت الدراسة المنهج التجريبي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: (مقياس الصلابة النفسية، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الصلابة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية.

2. دراسة خليفة (2014) بعنوان : فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر.

هدفت الدراسة فحص مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى أسفل الظهر.

تكونت عينة الدراسة من (60) مريضاً (29) ذكراً و (31) إناثاً، تراوحت أعمارهم بين (20 - 60 سنة) من مراجعي أقسام المستشفى التخصصي في مدينة عمان، قسمت العينة بالتساوي إلى مجموعتين : ضابطة (30) مريضاً وتجريبية (30) مريضاً.

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس شدة الألم الرقمي لتقييم شدة الألم لدى أفراد العينة قبل وبعد تعريض العينة التجريبية إلى البرنامج المعرفي السلوكي المراد فحص فعاليته، وقد استخرجت قيمة معامل ثبات الأداة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار فبلغت (0.782).

ولقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج نذكر أهمها:-

- وجود فروق دالة في مستويات شدة الألم بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لاستخدام البرنامج التدريبي ولصالح المجموعة التجريبية.

- عدم وجود أثر لاستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في مستويات شدة الألم بين المجموعتين الضابطة والتجريبية يعزى لتفاعل لمتغيري نوع المجموعة والجنس.
- بينت النتائج أن متوسط شدة الألم أقل لدى فئة (20-40 سنة) في المجموعة التجريبية مما يدل على وجود فعالية أكبر للبرنامج على الفئة العمرية.

ولقد أوصت الدراسة بالعديد من التوصيات نذكر بعضاً منها:

- تدريب العاملين في مجال الخدمات الصحية والمستشفيات على تطبيق البرامج السلوكية المعرفية بالتعاون مع مختصين في مجال علم النفس الصحي.
- تطبيق إجراءات التدخل التي تستخدم فتيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم الناجم عن شتى الأمراض المزمنة والحادة.

3. الإسي (2014) بعنوان: العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام .

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية، وقد تكونت عينة الدراسة من (15) فرداً من المرضى المترددين على عيادة الوسطى للصحة النفسية المجتمعية، وتم اختيارهم بطريقة قصدية، واستخدمت الباحثة لهذا الغرض عدة أدوات منها:- مقياس تاييلور الصريح وبرنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحثة، كما استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد) الذي يتضمن عينة تجريبية واحدة بدون اللجوء إلى مجموعة ضابطة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات التطبيق القبلي والنصفي والبعدي والتتبعي في درجات اضطراب القلق العام وتشير نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض اضطراب القلق العام.

4. دراسة كحلة (2009) بعنوان: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم لمرضى الاكتئاب.

حيث اشتملت عينة الدراسة على (30) مريضاً بالاكتئاب الخفيف ولمتوسط من المرضى الخارجين (9) منهم ذكور و(21) منهم إناث ،تراوحت أعمارهم ما بين 25-40 سنة، وتم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات ،المجموعة الأولى تتلقى العلاج بالعقاقير فقط، والمجموعة الثانية تتلقى العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير معاً، ومجموعة تتلقى العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير معاً، واستخدمت الباحثة المقاييس الآتية:- مقياس الأفكار السلبية ومقياس الأفكار

الإيجابية من إعداد الباحثة، والبرنامج العلاجي ومقياس التحكم الذاتي، وأظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجي المقترح له فاعلية في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب.

5. دراسة على (2005) بعنوان:تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي - السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب.

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص تأثير العلاج المعرفي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب غير الذهاني، حيث بلغ عددها (25) مريضاً بالاكتئاب، وتم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات الدراسة وقد تلقوا ثلاثة أنواع من الظروف العلاجية هي : علاج معرفي منفرداً، علاج دوائي منفرداً، والجمع بين نوعي العلاج، وأظهرت النتائج بكفاءة العلاج المعرفي سواء كان منفرداً أو مع العلاج بالعقاقير في العمل على خفض أعراض الاكتئاب، وتشير النتائج إلى استمرار التأثير العلاجي الذي يحدثه لعلاج المعرفي متمثلاً في استمرار انخفاض مستوى أعراض الاكتئاب لدى المرضى المشتركين في الدراسة.

6. الحمري (2002) دراسة بعنوان:فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية - دراسة حالة.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج في علاج الاكتئاب المصاب للإعاقات، وتكونت عينة الدراسة من أربع ذكور موجودين في مركز إعادة التأهيل في مدينة حدة، وقد استخدم مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الأحكام التلقائية عن الذات، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إيجابية في نتيجة القياس النفسي القبلي والبعدي للوم الذات.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1-دراسة كيلرست جروين وتولين (laqueriste and tulen: 2010): بعنوان برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى عينة من الاطفال.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب)، ولقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال (91) طفلاً، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تجريبية على الأطفال، والثانية تجريبية على الأطفال وآبائهم، والثالثة مجموعة ضابطة، وأسفرت نتائج الدراسة على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب).

2-دراسة كينار بيتي وكلاك (kennarr and klark 2009): بعنوان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من اعراض الاكتئاب لدى عينة من الشباب.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب ،وتكونت عينة الدراسة من (344) من الشباب امتدت أعمارهم من (14-18)عاما واستخدم الباحثان لهذا الغرض الأدوات الدراسية التالية: برنامج علاجي من اعداد الباحثين ومقياس هاملتون للاكتئاب، وأظهرت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب.

3-دراسة لين وآخرون (lynne et. All: 2007) بعنوان: العلاج المعرفي لانخفاض تقدير الذات في معالجة الاكتئاب لدى كبار السن.

هدفت الدراسة إلى تحسين تقدير الذات كعنصر (مكون تحتي) من الاكتئاب عن طريق التدخل المعرفي، تتألف عينة الدراسة من 76 سيدة عاماً كانت تعاني من اعراض القلق والاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية، واشتملت أدوات الدراسة على البرنامج العلاجي المعرفي والتقارير الشفوية من الحالة، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي قصير الأمد في التدخلات للحد من تدني تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وأظهرت المريضة عقب الانتهاء من التدخل نتائج إيجابية في تقدير الذات، واختفاء الأفكار الانتحارية، وانخفاض مستوى الاكتئاب، وتشير نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي القدرة وبكفاءة على التصدي للقييمات السلبية الذاتية عميقة الجذور، ويمكن استخدامه مع المرضى الأكبر سناً.

4-دراسة (chen, S.V., et all: 2006): بعنوان تأثير العلاج المعرفي السلوكي على الاكتئاب/ دور تقييم حل المشكلات.

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن فاعلية آليات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب، من خلال قدرة الأفراد على حل المشكلات، وقد تكونت عينة الدراسة من (30) فرداً يعانون من الاكتئاب من خلال مشاركتهم في برنامج علاجي مكثف في العيادة الخارجية للأمراض النفسية، وقد تم استخدام المنهج شبه التجريبي في الدراسة بتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على افراد العينة، وتم استخدام مقياس حل المشكلات ومقياس القلق والاكتئاب، وقد أظهرت النتائج أنه كلما حسن الأفراد من قدرتهم على تقييم حل المشكلات كلما قل مستوى الاكتئاب لديهم، وأيضاً أشارت إلى أن اسلوب حل المشكلات يلعب دوراً مهماً في العلاج المعرفي السلوكي لتقليل الاكتئاب.

5-دراسة أندرو وآخرون (Anderw, et. Al: 2006) بعنوان التدخل المبكر في انعكاس مرض الاكتئاب/ أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى المعتقدات السلبية حول المرض العقلي وتقدير الذات.

هدفت الدراسة التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات في مرحلة الانتكاسة (أثناء فترة المتابعة).

وتكونت عينة الدراسة الكلية من (144) فرداً ممن يعانون من أعراض اكتئابية، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى تكونت من (72) مريضاً ممن تلقوا علاجاً معتاداً، والثانية تكونت من (72) مريضاً ممن تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، واشتملت أدوات الدراسة على استبيان الاعتقادات الشخصية حول المرضى (PBIA)، وأظهرت نتائج الدراسة أن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي بالمقارنة بالمجموعة التي تلقت علاجها المعتاد، وأيضاً أن الانتكاسة أثناء فترة المتابعة أو بعد الانتهاء من العلاج مرتبط بدرجة كبيرة بمدى تطور التقييمات السلبية للفرد حول المرض وتقدير الذات.

6-دراسة هويل وآخرون (Hiwel, et. Al: 2006) بعنوان تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب.

هدفت الدراسة التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين، وتألفت عينة الدراسة من (51) مريضاً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، تجريبية وتكونت من (26) مريضاً، والمجموعة الضابطة (25) مريضاً من مرضى الاكتئاب، وقد استخدموا للتحقق من ذلك مقياس بيك للاكتئاب والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي علاج، وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة.

7-دراسة انترز (A, Arntez, 2003) بعنوان فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق.

هدفت الدراسة التعرف إلى مدى فاعلية كل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق، وتألفت العينة من (45) مريضاً من المراجعين في العيادات النفسية تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى: مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والثانية مجموعة الاسترخاء، وقد تضمن البرنامج العلاجي 12 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً.

وقد اظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج الدراسة إلى تحسن خلال فترة المتابعة، وأن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي استمرت ستة أشهر، وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي فاعلتان في خفض مستوى اضطراب القلق.

8-دراسة كنج وآخرون (king et, all: 2000) بعنوان: مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب، والاكتئاب مع أعراض القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

هدفت الدراسة إلى تحديد الفاعلية من الناحية الإكلينيكية والمالية للخدمات المقدمة من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية مقارنة مع نوعين من العلاج النفسي المختصر (الإرشاد غير الموجه- العلاج السلوكي) في علاج اضطراب الاكتئاب والاكتئاب مع القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتم اختيار عينة عشوائية تضمنت (464) مريضاً، (137) منهم اختيار طريقة علاجه، (130) تم توزيعهم عشوائياً بين طرق العلاج، واشتملت الدراسة على عدة أدوات منها مقياس لأعراض الاكتئاب- ومقياس لحدة الأعراض النفسية ومقياس الرضا، وأشارت نتائج الدراسة أن أساليب العلاج النفسي استطاعت أن تخفض من أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر مما استطاع الوصول اليه الأطباء العاديين، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج بين كلا مجموعتي العلاج النفسي، والمرضى الذين تلقوا الإرشاد غير الموجه كانوا الأكثر رضا مقارنة مع المجموعات.

9- دراسة بيدي Bide وآخرون (2000): بعنوان: مدى فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

هدفت الدراسة التعرف إلى مدى فاعلية الإرشاد أو مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب، وأيهما أكثر فاعلية، وللتأكد من ذلك تم اختيار عينة عشوائية جزئية لهذا الغرض، وتم توزيع المرضى عشوائياً بين العلاج بمضادات الاكتئاب، أو الإرشاد، وكان هناك حوالي 103 من المرضى تم توزيعهم عشوائياً بين مجموعتي العلاج، وترك حرية الاختيار 220 مريضاً لاختيار طريقة العلاج المفضلة لديهم.

وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خصائص المرضى الموزعين عشوائياً أو من اختاروا طريقة علاجهم بأنفسهم، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الفاعلية بين المجموعتين بعد حوالي 8 أسابيع من العلاج.

تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي:

من خلال العرض السابقة للدراسات السابقة التي تناولت مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية والاكتئاب، وستقوم الباحثة بالتعليق على هذه الدراسات من نواحٍ عدة :

1- **من حيث الهدف:** تشابهت أهداف الدراسات من حيث العمل على إيجاد نفسية أو وسيلة إرشادية للتعامل مع الاضطرابات النفسية، وتشابهت معظم الدراسات في إحداث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل منها: دراسة الحمري (2002)، ودراسة الزهراني (2013)، ودراسة الإسي (2014)، ودراسة أبو السعود (2015).

2- **من حيث مجتمع الدراسة:** اختلفت معظم الدراسات بمجتمع الدراسة، فهناك دراسات ركزت على فئة المراهقين الأيتام مثل دراسة أبو السعود (2015)، بينما ركزت دراس كيلرست جروين (2010) على عينة من الأطفال، ودراسة الزهراني (2013) ركزت على طلاب المرحلة الثانوية، ودراسة الإسي (2014)، ودراسة أنترز (2003) ركزت على مرضى القلق، وهناك دراسات تعاملت مع المرضى المكتئبين ومنها دراسة على (2005)، ودراسة كحلة (2009)، ودراسة كينارييتي وكارك (2009) ودراسة لين (2007)، ودراسة هويل (2006)، وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الاهتمام بمرضى الاكتئاب الأساسي.

3- **من حيث العينة:** بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين للباحثة أن معظم الدراسات السابقة استخدمت عينات صغيرة الحجم ومنها دراسة كحلة (2009)، حيث اشتملت على (30) مريضاً، ودراسة أبو السعود (2015) شملت على (20) مراهقاً، ودراسة الإسي (2014) تكونت من (15) مريضاً بالقلق، ودراسة الحمري (2002) أيضاً تكونت من (4) ذكور، ودراسة على (2005) بلغ عدد العينة (25) مريضاً بالاكتئاب، وانفقت دراسة الباحثة مع الدراسات السابقة من حيث صغر حجم العينة.

وهناك دراسات تتميز بكبر حجم العينة مثل دراسة الجوهي (2011) حيث اشتملت على عينة على (80) مريضاً ودراسة كيلرست جروين (2010) حيث اشتملت على (91) طفلاً، وتكونت دراسة كينا ريتي وكلاك (2009) (344) من الشباب، ودراس أندرو (2006) من (144) مريضاً بالاكتئاب، ودراسة الخولي (2004) حيث تكونت من (130) من معلمي التربية الخاصة.

4- **من حيث المنهج:** جميع الدراسات استخدمت المنهج التجريبي الذي يتضمن المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة إلا أن هناك دراسات استخدمت المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد) ومنها دراسة الإسي (2014)، ودراسة كحلة (2009) استخدمت أكثر من مجموعة تجريبية.

5- **من حيث الأساليب الإحصائية:** تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب شيوعاً في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" لعينة واحدة أو عينتين، وبعضها استخدم التحليل العاملي.

6- **من حيث طريقة التدخل:** جميع الدراسات استخدمت تقنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي وبالأخص منهج أرون بيك الذي ركز على إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لإكساب المريض البصيرة وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، فالنموذج العلاجي المعرفي السلوكي لا يتعامل فقط مع الأعراض وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي بسبب أفكاره، وبالتالي يكون قادراً على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، ومعظم الدراسات السابقة استخدمت العلاج الجمعي، واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طريقة التدخل.

7- **من حيث أدوات الدراسة:** جميع الدراسات استخدمت أدوات من إعداد باحثيها وخصوصاً البرامج الإرشادية التي أعدت، أما الأداة التي تقيس الاضطراب فمعظم الدراسات - على حد علم الباحثة - اعتمدت على مقاييس معدة من قبل آخرون، وخصوصاً مقياس بيك للاكتئاب، وهذا ما اتفقت فيه الدراسة الحالية مع الدراسة السابقة من حيث أدوات الدراسة.

8- **من حيث النتائج:** فقد أظهرت جميع نتائج الدراسات مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة الأفراد في خفض أو تخفيف أو التخلص من الاضطرابات النفسية والتي يعانون منها.

ثالثاً: دراسات تناولت التشوهات الخلقية وعلاقتها باكتئاب الأم:

أولاً : الدراسات العربية:-

1-دراسة قوطة (2013) بعنوان:قلق الحمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي.

هدفت الدراسة التعرف إلى مستوى قلق الحمل والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي، والكشف عن العلاقة بين قلق الحمل وكل من : المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس قلق الحمل (إعداد الباحثة)، ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة ومقياس الصلابة النفسية من إعداد عماد محمد مخيمر، وتكونت العينة من (150) امرأة سبق لها ولادة طفل بعيب خلقي، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية البسيطة، وكانت أهم النتائج:

- أن (29.30%) من عينة الدراسة من النساء ذوات المواليد بعيب خلقي يشعرون بقلق منخفض، بينما كان (41.30%) يشعرون بقلق متوسط، وكان (29.30%) يشعرون بنسبة مرتفعة من القلق.

- أظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق الحمل والمساندة الاجتماعية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي.

2-دراسة: Abou Dagga (2013) بعنوان الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد في قطاع غزة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد في قطاع غزة، ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج الوصفي العلائقي، وتم اختبار عينة مكونة من (160) أباً وأماً لديهم أطفال مسجلين في مركز التأهيل النفسي المجتمعي، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال حسب الدليل التشخيصي الرابع باضطراب طيف التوحد، حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية داخل كل محافظة في قطاع غزة، ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة باستخدام أداتين هما مقياس الضغوط النفسية من تقنين الباحثة ومقياس المرونة، وأشارت النتائج إلى وجود مستوى من الضغوط النفسية والمرونة لدى الآباء والأمهات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط لدى الآباء والأمهات تعزو لمتغير العمر والمستوى التعليمي لهم، ويوجد اختلاف في مستوى الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات عند مستوى دلالة 0.05 لصالح الأمهات.

3-دراسة البسطامي (2013) بعنوان:مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمھاتهم في محافظة نابلس.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمھاتهم في محافظة نابلس من وجهة نظر أولياء الأمور. ولتحقيق أغراض الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وقد تألفت عينة الدراسة من (255) فرداً منهم (46) أباً و (209) أمھات تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من مجتمع والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يراجعون المراكز التي تعنى بذوي الاحتياجات الخاصة في محافظة نابلس.

وأھم ما توصلت إليه الباحثة، بعد أن تم جمع البيانات وتحليلها مايلي:

- أكثر الاستراتيجيات استخداماً للتكيف مع الضغوط النفسية لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة وأمھاتهم، كانت استراتيجية التدین، وتليها بالترتيب استراتيجية حل المشكلات واستراتيجية الدعم الاجتماعي، واستراتيجية البناء المعرفي، واستراتيجية الاسترخاء واستراتيجية التجنب والهروب والنكران، وآخرها استراتيجية التمارين الرياضية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة لاستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمھاتهم في محافظة نابلس تعزى لمتغير جنس ولي الأمر، المستوى الاقتصادي، الوضع الاجتماعي، شدة الحالة، جنس الطفل، نوع الإعاقة، مكان السكن.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد عينة الدراسة لاستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمھاتهم تعزى لمتغير المستوى التعليمي لولى الأمر.

وقد أوصت الباحثة بضرورة تدريب والدي الطفل ذي الاحتياجات الخاصة للتكيف مع الضغوط النفسية، على ممارسة استراتيجتي التمارين الرياضية والاسترخاء، لما لهما من أهمية في التكيف مع الضغط النفسي.

4-دراسة عطية (2011) بعنوان:فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمھات الأطفال المصابين بالأوتيزم.

هدفت الدراسة الحالية في معرفة فعالية استخدام برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمھات الأطفال المصابين بالأوتيزم، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (20) أمّاً من أمھات أطفال الاوتيزم، تتراوح أعمارهن بين

32-41 عاماً، وتتكون العينة من مجموعتين متساويتين في العدد و تضم كل منها عشر أمهات في المجموعة التجريبية وعشر أمهات في المجموعة الضابطة، وقد تم تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب على مجموعتي عينة الدراسة، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالاوتيزم لدى المجموعة التجريبية، واتضح ذلك في المقياسين البعدي والتتبعي.

5-دراسة محمود وعلي (2011) بعنوان:مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الصلابة النفسية لأمهات الأبناء المعاقين عقلياً وأثره على تقدير الذات لأبنائهم.

هدف البحث إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج الإرشادي لتحسين الصلابة النفسية لأمهات الأبناء ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وأثره على تقدير الذات لهم، وتكونت العينة من (39) شخصاً عبارة عن (26) أمّاً لأبناء معاقين عقلياً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (التجريبية ن = 13، والضابطة ن = 13)، وقد استخدم الباحثان استمارة البيانات الشخصية، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس تقدير الذات، والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثين)، وأشارت نتائج البحث إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تنمية وتحسين الصلابة النفسية لأمهات الأبناء المعاقين عقلياً، واتضح من النتائج استمرار فاعلية أثر البرنامج في القياس التتبعي على الأمهات في الصلابة النفسية وعلى الأبناء في تقدير الذات.

وأوصت الدراسة بالاهتمام بأمهات الابناء المعاقين وتقديم برامج إرشادية لهم نظراً للانعكاس الإيجابي لتلك البرامج عليهن وعلى أولادهن.

6-دراسة أبو زيد وآخرون (2010) بعنوان:دراسة مقارنة على عينة من أسر الأطفال العاديين وأسر الأطفال المعوقين في محافظة عجلون.

هدفت الدراسة التعرف إلى أهم الفروق والمشاكل التي تواجهها أسر المعوقين والاختلاف بين هذه الأسر وأسر الأطفال العاديين من حيث الضغوط النفسية التي تواجهها أسر الأطفال المعوقين نتيجة لوجود شخص معوق من أفراد الأسرة، ووضع بعض المقترحات للتخفيف من حدة المشكلات التي قد تعاني منها الأسر، وقد استخدم الباحثون المنهج المسحي الاجتماعي بالعينة كغايات تحقيق أهداف الدراسة، إضافة إلى المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (40) أسرة تقسم إلى قسمين:

القسم الأول: عشرين عائلة لأسر الأطفال المعوقين.

القسم الثاني عشرين عائلة لأسر الأطفال العاديين في محافظة عجلون.

وقد اختيرت العينة بطريقة عشوائية، وكانت أداة الدراسة استمارة الكشف عن المشكلات، وأظهرت نتائج الدراسة أن أسر الأطفال المعاقين يعانون من مشكلة القلق والتوتر بسبب وجود

طفل معاق، وربما هذا القلق يكون على الطفل نفسه أو هموم العناية به وتشير الدراسة أيضاً أن وجود طفل معوق في الأسرة يؤثر في العناية بالأطفال الآخرين سلباً، كون الطفل المعوق يأخذ حيزاً من الاهتمام والرعاية على حساب الآخرين، وأن أسر الأطفال المعاقين يعانون من النظر إليهم وإلى طفلهم نظرة سلبية، وهذا يعتبر من المشكلات التي يعاني منها أسر الأطفال المعاقين.

7- دراسة بدر (2008) بعنوان:فعالية برنامج إرشادي في تحقيق التواصل بين الأم وطفلها التوحيدي وزيادة سلوكه التكيفي.

هدفت الدراسة الحالية إلى تطبيق برنامج إرشادي من أجل تحقيق التواصل بين الأم وطفلها التوحيدي هذا من ناحية والتحقق من جداوة في زيادة السلوك التكيفي للطفل من ناحية أخرى، وقد اشتملت عينة الدراسة من عشر أمهات وأطفالهن التوحيدين من الذكور وعددهم عشرة أطفال، وتتضمن أدوات الدراسة مقياس السلوك التكيفي للأطفال، واستجادة تقدير التواصل بين الأم وطفلها التوحيدي، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأمهات قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك على مقياس السلوك التكيفي للأطفال، لصالح القياس البعدي.

8- دراسة حجازي (2008) بعنوان:دراسة المشكلات أمهات التلاميذ المعاقين حركياً وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى المشكلات التي تواجه أمهات التلاميذ المعاقين، والتوصل لتصور مقترح من منظور خدمة الفرد للتعامل مع مشكلات أمهات المعاقين حركياً، وقد ركزت الدراسة على جميع المشكلات التي تواجه الأمهات سواء كانت اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو صحية، وتكونت عينة الدراسة من (44) أماً من أمهات التلاميذ المعاقين حركياً، واستخدمت الباحثة استمارة لتحديد المشكلات الأمهات التلاميذ المعاقين حركياً، وأثبتت نتائج الدراسة أن هناك مشكلات تعاني منها أمهات التلاميذ المعاقين حركياً وهي مشكلات اجتماعية، نفسية، اقتصادية، صحية.

9- دراسة العجوري (2007) بعنوان:فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية.

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرض سوء التغذية، وقد تكونت عينة الدراسة من (30) سيدة اللواتي لديهن أطفال يعانون من سوء التغذية، وتم توزيع أفراد المجموعة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب وبرنامج إرشادي من إعداد الباحثة وقد أظهرت النتائج

وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (0.05) ، وأظهرت وجود فاعلية للبرنامج الإرشادي المقترح لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن هناك انخفاضاً واضحاً لأعراض الاكتئاب، ويوجد رضا لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية عن الخدمات النفسية المقدمة من خلال البرنامج الإرشادي بنسبة $80,39\%$.

10-دراسة منصور (2003) بعنوان: بعض المتغيرات المرتبطة بالضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً.

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة بعض المتغيرات (طرق التحاق الطفل بالمدرسة، عمر الأم، عمر الطفل وجنسه) المرتبطة بالضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً، وقد اشتملت عينة الدراسة على (195) أماً لأطفال متخلفين عقلياً ملتحقين بالمدرسة وفقاً لثلاث طرق مختلفة، تضمنت القسم الداخلي والخارجي بمدارس التربية الفكرية، وتضمنت أدوات الدراسة: مقاييس الضغط النفسي، وقائمة القلق (الحالة - السمة)، قائمة الاكتئاب، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأمهات الأكبر سناً يعانين من حالة القلق، وأن الأمهات اللاتي لديهن أطفالاً أكبر سناً يعانين ضغوط خاصة بمستقبل الطفل، ومن حالة القلق، وأن الأمهات اللاتي لديهن إناث يعانين من ضغوط خاصة بمستقبل الطفل.

11-دراسة بخش (2002) بعنوان الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية.

هدفت الدراسة التعرف إلى الضغوط الأسرية التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط، وضمت العينة (100) أم لأطفال معاقين عقلياً من مدينة جدة ملتحقين بمركز الإنماء الفكري، وتتراوح أعمار الأمهات بين (24-45) سنة، بينما تتراوح أعمار الأطفال بين 6 سنوات - 14 سنة، وتم استخدام مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين عقلياً، ومقياس المساندة الاجتماعية، وأسفرت النتائج عن الآتي:-

- يوجد ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقاً لأهميتها النسبية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.
- توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية لأمهات المعاقين عقلياً، والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية لهن.

- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية، عند عزل الضغوط، بينما لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية.

12-دراسة عياد (2002) بعنوان:مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات.

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً، وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات.

وقد اشتملت عينة الدراسة على (89) أباً لأطفال متأخرين عقلياً، و (90) أمّاً لأطفال متأخرين عقلياً و 51 أباً لأطفال عاديين و (51) أمّاً لأطفال عاديين، وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس القلق والاكتئاب وتقدير الذات.

وقد أوضحت النتائج ارتفاع مستوى القلق لدى آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً بالمقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين، كما كشفت النتائج عن ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى آباء الأطفال المتأخرين عقلياً بالمقارنة بآباء الأطفال العاديين، في حين لم تكن هناك فروق بين آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً، وبين آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى تقدير الذات.

ثانياً- الدراسات الأجنبية:

1-دراسة سين ويورتسيفر (Sen o Yurtsever:2007) بعنوان : الصعوبات التي تمر بها عائلات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.

هدفت الدراسة التعرف إلى آراء والدي الأطفال المعاقين في تركيا، من بينهم أطفال معاقون عقلياً، للوقوف على الدعم الذي يحتاجه الوالدان من خلال المشاركة في الجمعيات ومراكز الإعاقة، ولتحقيق هدف الدراسة صممت استبانة خاصة، ومن خلال التحليلات الإحصائية للبيانات أظهرت النتائج أن معظم الآباء يفتقدون الى المعلومات الكافية عن طبيعة الحالة التي يعاني منها ابناؤهم، وكذلك بينت النتائج أثر الوضع العائلي والاقتصادي على مواكبة متطلبات الدعم الذي تحتاجه الأسرة، وأوصت الدراسة بوجوب تقديم الدعم للأسر بكافة أنواعها من خلال جمعيات رعاية الطفل المعاق ومراكزها.

2-دراسة سالكدو (Salcedo, 2006) بعنوان :الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقين، تطورياً: مهارات التأقلم وعلاقة الرضا مع الشريك.

حاولت الدراسة إلى اكتشاف كيفية قيام الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون بالتغلب على مستويات الضغط النفسي المتزايد، كنتيجة من تقديم العناية لهؤلاء الأطفال، وكشفت الدراسة عن كيفية تأثير استراتيجيات التكيف في الرضا عن علاقات المشاركين مع أسرهم، وتكونت عينة الدراسة من 21 أماً من خلال (21) مركزاً إقليمياً في كاليفورنيا، وتم جمع البيانات من خلال الاستبانات التي تم عملها بواسطة الرسائل والاصابات، والتي تعمل على تعريف استراتيجيات التكيف لحل المشكلات من أجل تقليل الضغط الذي يعانون منه، إذ وجد أن الدعم الاجتماعي هو ثاني أكثر استراتيجيات شيعاً، وهو مميز بالنسبة لهن، كما وجد أن الاستراتيجيات الوقائية للتكيف، هي أقل استخداماً وتشير الاستجابات بشكل مقبول لمستويات عالية من العلاقات المرضية، ولا يوجد علاقة ذات دلالة احصائية موجودة بين نماذج التكيف والرضا عن العلاقات.

3-دراسة مك لندين (Mclinden, 2005) بعنوان : إفادات الأمهات والآباء عن آثار الأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة.

فقد هدفت الى تقصي أثر الإعاقة في العلاقات العائلية، وأجريت على عينة قوامها (120) أسرة في كندا، لديها أطفال معاقون تتراوح اعمارهم بين سنة إلى أربع سنوات، وقد تم جمع المعلومات بناءً على المقابلات من أجل التعرف إلى مدى التوافق في العلاقة الزوجية بين الزوجين، والضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان، وتواصل الأم مع طفلها، وقد أشارت النتائج إلى أن العلاقة الزوجية وضغوط الوالدين لا ترتبط بالإعاقة نفسها بقدر ما ترتبط بشدة الإعاقة لدى الطفل، فكلما زادت شدة الإعاقة، زادت الضغوط النفسية، واضطربت العلاقات الزوجية، وانخفض مستوى التواصل بين الزوجين.

4-دراسة هيل ولي جرانج (Hill, le Grang, 2003) بعنوان : القصص الذاتية للضغط والتأقلم معها لدى أمهات الأطفال ممن لديهن إعاقة ذهنية تقييم الاحتياجات.

هدفت الدراسة التعرف إلى موضوع الإدراك الذاتي للضغوط والتكيف معها لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وقد أجريت هذه الدراسة على (12) أماً لأطفال معوقين في أمريكا، وتم فيها استخدام مقياس لمصادر الضغوط، ومقياس لطرائق التكيف مع الضغوط، وبعد تطبيق المقياس تم إجراء مقابلات شبه مقننة مع الأمهات، وقد وجدت الدراسة أن الأمهات مرت بسلسلة من المشاعر كانت مرتبطة، بكونهن أمهات لأطفال معوقين عقلياً، كما أعربت بعض

الأمهات عن مشاعرهن، كالغضب والاستكثار، والخوف من المستقبل والخوف من الرفض الاجتماعي، والذنب والحزن والفرح، والاعتزاز، وقد استخدمت الأمهات مجموعة من استراتيجيات التكيف مثل: التفكير التأملي والقدرة على العمل، والبحث عن الدعم الاجتماعي، والعاطفي والتقبل السلبي، واستنتجت الدراسة أيضاً أن الأمهات المشاركات قد استقدن بشكل جيد من الدعم المحدود المتوفر لهن، وبينت الدراسة حاجة هؤلاء الأمهات إلى الدعم حتى يتمكن من تقديم الدعم لأبنائهن.

5- دراسة سيجيل وسيدي واتانو (Siegel, Aedy & Itano: 2002) بعنوان: تنبؤات الضغوط الوالدية لدى أمهات أطفال الصغار ممن لديهم إعاقة سمعية في أمريكا.

هدفت الدراسة الكشف عن الضغوط الوالدية لدى الأمهات ذوات الأطفال المعاقين سمعياً، ودراسة بعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي تواجهها أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، وأجريت الدراسة على عينة من (184) أمماً، وقسمت العينة إلى مجموعتين (92) أمماً لدى كل واحدة منهن طفل معاق سمعياً، (92) أمماً لدى كل واحدة منهن طفل عادي السمع.

وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً على أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً للمستوى التعليمي للأُم والدرجة الكلية ولصالح المستوى التعليمي المرتفع.

6- دراسة ليدربيرغ وكولبتش (Ledderberg, Golbach, 2002) بعنوان الضغط الناتج عن تربية الأطفال والدعم الاجتماعي لدى الأمهات ممن لديهن طفل أصم: دراسة طولية في أمريكا.

هدفت الدراسة إلى التحقق من أثر الطفل الأصم على مقدار الضغط النفسي لدى الأم من خلال الشبكات الاجتماعية والرضا عن الدعم الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (23) أمماً قادرة على السمع بوجود أطفال قادرين على السمع، وجميعهن قمن بالإجابة على استبيان التقدير الذاتي، حيث تراوحت أعمار الأطفال ما بين (22 شهراً) كانت معظم الأمهات اللواتي لديهن أطفال صم عانين من كآبة وضعف في تحقيق الكفاءة أو القدرة الذاتية، والاهتمام حول قدرة التواصل مع الأطفال الصم، أكثر من الأمهات اللواتي لديهن أطفال قادرين على السمع، في حين تختلف الأمهات اللواتي لديهن أطفال قادرين على السمع والصم بعمر (3-4) سنوات من الضغط النفسي العام، كما هو مقياس بواسطة معامل الضغط للأهل، وكان الاستنتاج بأن معظم الأمهات بوجود أطفال صم ليس لديهن مستوى عال من الضغط أو عدم الرضا في حياتهن أو في شبكات الدعم الاجتماعي.

7- دراسة كريك وسوان (Graig & Swan, 2002) بعنوان: أثر الإعاقة في الضغوط الأبوية لدى الوالدين في أمريكا.

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير وجود طفل معاق في الأسرة في مستوى التوترات النفسية للوالدين.

تكونت عينة الدراسة من (22) أباً ليس لديهم أطفال معاقون و (11) أباً لديهم أطفال معاقون، وقد حاولت الدراسة اختبار فرضية أن مستوى التوترات النفسية للوالدين الذين لديهم أطفال معاقون أعلى من مستوى التوترات النفسية التي يتعرض لها الآباء الذين ليس لديهم أطفال معاقون يعانون من مستوى عالٍ من الضغوط النفسية، مقارنة بالوالدين الذي ليس لديهم أطفال معاقون، من حيث تدني تلبية احتياجاتهم الخاصة، واحتياجات الأطفال وعدم توافر وقت للعلاقات الاجتماعية، والمصادر المالية، ومتطلبات الوظيفة.

8- دراسة جو وجورج وبيرنر (Cho, Georg,berner, 2000) بعنوان: التكيف واستيعاب الأطفال الصغار ممن لديهم إعاقات مقارنة بين الآباء الأمريكيين والكوريين.

هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات التكيف بين آباء وأمّهات كوريين وآباء كوريين - أمريكيين لديهم أبناء معاقين، وقد تمت مقابلة (16) أمّاً في كل مجموعة، قسموا إلى مجموعتين لتوضيح كيفية وصف الأمّهات معاقون، ووصف عمليات التكيف، ومصادر التوتر والدعم، وتمت المقابلات في كوريا للمجموعة الأولى والمجموعة الثانية، في لوس انجلوس، وأظهرت الدراسة أن كلا الآباء الكوريين والأمريكيين، مروا بخبرة عملية التحول فيما يتعلق بأفكارهم ومعتقداتهم ومشاعرهم نحو أطفالهم من الأمّهات، أظهرت مشاعر الخجل لوم الذات والأسى والإنكار والغضب عند معرفتهم بإعاقة أبنائهم، وقد أشارت النتائج إلى 35%، 13% من الكوريين، 22% من الكوريين الأمريكيين، شعروا باليأس في الأشهر الأولى وأن 46%، 24% من الكوريين و 22% من الكوريين الأمريكيين، أشاروا أن فترة الحزن واليأس استمرت لمدة عام، أما ما تبقى فقد أشاروا إلى أنهم عانوا لمدة عامين على الأقل من المشاعر السلبية.

تعليق الباحثة على الدراسات التي تناولت الأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية أو أحد أنواعها:

1- من حيث الهدف: من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة نلاحظ أنها تختلف من حيث الهدف الأساسي، حسب تقسيمها، حيث إن هناك دراسات تعلقت بالقلق والاكتئاب، كدراسة عياد (2002)، ودراسة السيسي (2010)، ودراسة منصور (2003)، ودراسة العجوري (2007)، ودراسة عطية (2011)، وهناك دراسات تعلقت بالضغط النفسية أو الوالدية فقد تناولت خفض الاكتئاب وهذا اتفق مع الدراسة الحالية من حيث الاهتمام بالموضوع الاضطراب، وهناك دراسات تناولت الضغط النفسية أو الوالدية كدراسة الدهيمات (2009)، ودراسة سيجيل (2002)، ودراسة كريك (2002)، ودراسة الكاشف (2002)، ودراسة البسطامي (2013).

وكانت الباحثة قد جمعت الدراسات التي ربطت بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية مثل دراسة قوطة (2013)، وأيضاً دراسات ربطت بين الضغوط الأسرية والمساندة الاجتماعية كدراسة بخش (2002).

وتناولت دراسات أخرى أهدافاً متنوعة مثل تحسين الصلابة النفسية كدراسة محمود وعلي (2011) وأيضاً خفض التوتر والنشأوم مثل دراسة علاء الدين (2011)، وقد اتفقت دراسة الحالية مع جميع الدراسات في مجتمع الدراسة الأمهات.

2- من حيث العينة: اختلفت عينة الدراسة من حيث نسبة حجم العينة إلى مجتمعها الأصلي، فهناك دراسات اعتمدت على المجتمع الأصلي كله كعينة لصغر حجمه أو لضرورته حسب طبيعة الدراسة، واتفقت بعض الدراسات في الفئة فكانت آباء وأمهات كدراسة عياد (2002)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة أبو زيد (2010)، ودراسة البسطامي (2013)، ودراسة سين وبورتسيفر (2007)، ودراسة مك لنريت (2005)، ودراسة كريك وسوان (2002)، ودراسة جو وجورج (2000).

وهناك دراسات توافقت مع الدراسة الحالية في اتخاذ الأمهات الأطفال كعينة للدراسة منها: دراسة بخش (2003)، ودراسة منصور (2003)، ودراسة كامل (2005)، ودراسة العجوري (2007)، ودراسة بدر (2008)، ودراسة حجازي (2008)، ودراسة العرعر (2010)، ودراسة علاء الدين (2011)، ودراسة محمود وعلي (2011)، ودراسة قوطة (2013)، ودراسة السيسي (2010)، ودراسة سالكدو (2002).

ومعظم الدراسات السابقة ضمت عينات صغيرة الحجم نوعاً ما، ومنها دراسة ليدربيرغ (2002)، ودراسة كريك (2002)، ودراسة جو (2000)، ودراسة السيبي (2010)، ودراسة الكاشف (2002)، ودراسة مك لندين (2005)، ودراسة أبو دقة (2013).

3- من حيث الأداة: منها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملاءمتها لطبيعة دراساتهم أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة.

4- من حيث المنهج: معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي التي يعمل على ربط الظواهر ببعضها البعض مثل دراسة البسطامي (2013)، ودراسة قوطة (2013)، ودراسة منصور (2013)، ودراسة العرعير (2010)، ودراسة أبوزيد (2010).

ولكن هناك دراسات استخدمت أيضاً المنهج التجريبي مثل دراسة علاء الدين (2011)، ودراسة محمود وعلي (2011)، ودراسة عطية (2011)، ودراسة كامل (2005)، ودراسة العجوري (2007)، ودراسة بدر (2008)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة السيبي (2010)، وهذه الدراسات أيضاً تتفق مع الدراسة الحالية حيث إن الباحثة استخدمت المنهج التجريبي في الدراسة الحالية.

5- من حيث النتائج: كشفت دراسة الكاشف (2000)، ودراسة بخش (2002)، ودراسة منصور (2003)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة سين (2007)، ودراسة مك لندين (2005)، ودراسة كريك (2002)، ودراسة كيرومكنتوش (2002)، أن الأمهات اللواتي لديهن طفل معاق يعانين من الضغوط النفسية مثل الضغوط رعاية المعاق - والهموم المستقبلية المرتبطة بمستقبل الطفل - والضغوط المادية، وعدم توفر الوقت للعلاقات الاجتماعية.

وأثبتت دراسة حجازي (2008)، ودراسة أبو زيد (2010)، أن أسر الأطفال المعاقين يعانون من مشكلات نفسية واقتصادية وصحية واجتماعية.

أما دراسة كيرومكنتوش (2000) ودراسة علاء الدين (2011)، ودراسة هيل (2003)، ودراسة ليدربيرغ (2002)، ودراسة جو (2000) ودراس عياد (2002)، ودراسة منصور (2003) ودراسة أبو زيد (2010) ودراسة العجوري (2007)، فقد أظهرت هذه الدراسات أن الأمهات اللواتي لديهن طفل معاق يعانين من مشاعر سلبية مثل الغضب - الاستنكار - الشعور بالذنب - الحزن - الخوف من المستقبل - الاكتئاب - القلق - الخوف الاجتماعي - التوتر والتشاؤم - اليأس - لوم الذات - العزل.

واتفقت دراسة العجوري (2007)، ودراسة عطية (2011) مع الدراسة الحالية في المنهج التجريبي والفئة.

علاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية:

حصلت الباحثة على دراسات سابقة ذات علاقة بالدراسة الحالية والتي اتفقت مع الدراسات السابقة في العديد من الأمور منها:

- تتناول الدراسة الحالية متغير الاكتئاب، وهو ما جعلها تتفق مع الدراسات السابقة التي تناولت الاكتئاب نظراً لأهميته البالغة وتأثيره على الفرد.
- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في اعتمادها على المنهج التجريبي في البحث العلمي.
- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدام عدد من الأساليب الإحصائية خاصة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" وتحليل التباين ومعامل ارتباط بيرسون.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في الاتي:

- صياغة أهداف الدراسة.
- التعرف إلى الأسس النفسية التي بنيت عليها البرامج العلاجية التي استخدمت فيها الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.
- الاطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.
- استخدام الأساليب الإحصائية في تلك الدراسات ومناسبتها للدراسة الحالية.
- استخدام أدوات الدراسة.

أهم ما تتميز به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

- إن هذه الدراسة استخدمت برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والتي تعتبر من الدراسات النادرة على مستوى البيئة الفلسطينية والوطن العربي -حسب علم الباحثة-، والتي ما زالت بحاجة إلى مزيد من البحوث والدراسات العملية.
- إن عينة هي أمهات الأطفال المصابين بالتشوهات الخلقية على مستوى البيئة الفلسطينية والوطن العربي من الدراسات النادرة -حسب علم الباحثة- وخاصة في معاناتهم من أعراض الاكتئاب الناتج عن التشوهات الخلقية لدى الطفل.

إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

أولاً- منهج الدراسة

ثانياً- المجتمع الأصلي للدراسة

ثالثاً- عينة الدراسة

رابعاً- متغيرات الدراسة

خامساً- أدوات الدراسة

سادساً- المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة

سابعاً- خطوات الدراسة

مقدمة:

تعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني في هذه الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمتها الباحثة بدارستها، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وضمن الخطوات الاستدلالية وحسب آليات وخطوات البحث العلمي الصحيح والمتفق عليه، للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن تقديمها إلى الآخرين مبسطة وذات بناء علمي، وعليه تم اتباع الخطوات التالية:

أولاً- منهج الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة استخدام المنهج التجريبي، الذي يعنى بإدخال تعديلات أو تغيرات معينة من أجل ملاحظة أثرها على شيء آخر، والغرض النهائي من التجربة هو التعلم، أي تعلم نتيجة أو أكثر، وقصد التجربة هو مقارنة طرف معين على مجموعة أخرى (أبو علام، 1998: 197).

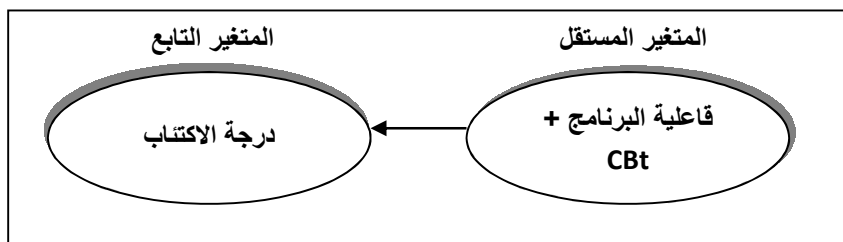
ثانياً- متغيرات الدراسة :

- المتغير المستقل independent variable:

ويتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على مرض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والمسجلين في جمعية فلسطين المستقبل للطفولة بمحافظة غزة، وفاعليته في خفض مستوى أعراض الاكتئاب لديهن كمتغير تابع.

- المتغير التابع Dependent variable:

ويتمثل في الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، والشكل التالي يوضح تصور الباحثة للمتغيرات الدراسية:



شكل رقم (2): يمثل تصور الباحثة لمتغيرات الدراسة

ثالثاً - مجتمع الدراسة:

اهتمت الدراسة الحالية بالأمهات المترددات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، ولديهن أطفال يعانون من تشوهات خلقية في محافظة غزة، حيث بلغ عدد الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وفقاً لآخر إحصائية داخل جمعية فلسطين المستقبل للطفولة حتى عام 2014 ما يقارب (87) طفلاً، وذلك حسب إحصائية فلسطين المستقبل للطفولة. (فلسطين المستقبل، 2014)

رابعاً: عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من:

أ . عينة استطلاعية pilot sample :

حيث تم تطبيق المقياس على (60) امرأة من الأمهات اللواتي يعاني أطفالهن من تشوهات خلقية، بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات، وإجراء الخصائص السيكومترية على العينة الاستطلاعية.

ب. العينة الفعلية :

بلغت عينة الدراسة (30) أمّاً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المترددات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة بمحافظة غزة، تم اختيارهن من أصل (60) أمّاً طبق عليهن أداة الاكتئاب، وقد تم أخذ أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، وكان عددهن (30) أم، وحيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، وهما المجموعة الضابطة بلغ عددهن (15) أمّاً، أما المجموعة التجريبية بلغ عددهن (15) أمّاً تلقين العلاج المعرفي السلوكي، كما تم أيضاً مجانسة أو تكافؤ المجموعتين في المتغيرات التالية (عمر الأم، تعليم الأم، الدخل الشهري، عمر الابن، نوع الجنس، نوع الإعاقة) ويتضح ذلك من خلال التالي:

التكافؤ بين المجموعين في المتغيرات الديمغرافية:

جدول (4)

الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

X ²	المجموع		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		الفئة	المتغير
	%	N	%	N	%	N		
//0.500	16.7%	5	20.0%	3	13.3%	2	من 25-30	عمر الأم
	83.3%	25	80.0%	12	86.7%	13	أكثر من 30	
//0.06	50.0%	15	73.3%	11	26.7%	4	ثانوية عامة فأقل	تعليم الأم
	46.7%	14	26.7%	4	66.7%	10	جامعي	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	ماجستير	
//0.723	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	أقل من 1000 شيكل	الدخل الشهري
	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	من 1000 - 2000 شيكل	
	23.3%	7	20.0%	3	26.7%	4	من 2000-3500 شيكل	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	أكثر من 3500 شيكل	
//0.395	33.3%	10	26.7%	4	40.0%	6	سنوات 5-10	عمر الابن
	30.0%	9	33.3%	5	26.7%	4	سنة 11-15	
	36.7%	11	40.0%	6	33.3%	5	سنة 16-18	
//0.500	50.0%	15	46.7%	7	53.3%	8	ذكر	نوع الجنس
	50.0%	15	53.3%	8	46.7%	7	أنثى	
//0.499	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	إعاقة حركية	نوع الإعاقة
	83.3%	25	86.7%	13	80.0%	12	شلل دماغي	
	10.0%	3	13.3%	2	6.7%	1	تخلف عقلي	
	3.3%	1	0.0%	0	6.7%	1	شلل دماغي + تخلف عقلي	

|| غير دالة إحصائياً

* دالة إحصائياً عند 0.05

** دالة إحصائياً عند 0.01

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية التالية (عمر الأم، تعليم الأم، الدخل الشهري، عمر الابن، نوع الجنس، نوع الإعاقة)، وهذا يدل على وجود تجانس وتكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية.

خامساً: أدوات الدراسة:

- مقياس البيانات الشخصية.
- مقياس بيك للاكتئاب.
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي والذي يتكون من (14) جملة بمعدل جلستين كل أسبوع، تتراوح مدة كل جلسة ما بين (60-90) دقيقة، والذي هو من إعداد الباحثة.

أولاً: مقياس البيانات الشخصية :-

اشتملت الاستمارة على عدد من البيانات الديمغرافية، والاقتصادية، تمثلت في (عمر الأم - عمر الطفل - جنس الطفل - نوع الإعاقة - مستوى الدخل - المستوى التعليمي للأم) هذه الاستمارة احتوت على عدة أسئلة يتم الإجابة عليها بوضع إشارة صح في الخانة المناسبة، ومن خلال الاستمارة يتم التعرف إلى البيانات الأساسية المطلوبة والتي نحتاجها في هذه الدراسة كما ذكرت سابقاً بالترتيب.

ثانياً: مقياس بيك للاكتئاب:

تحتوي أداة الدراسة على مقياس بيك للاكتئاب، حيث يتكون المقياس من واحد وعشرين فقرة، أمام كل منها أربع عبارات فرعية، وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق أي من العبارات الفرعية عليه، وذلك بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تتفق مع رأيه.

وتتراوح درجة كل عبارة فرعية من عبارات المقياس من (0-3) درجات، بحيث إذا وضع المفحوص دائرة حول العبارة الأولى فإنه لا يحصل على درجة وتكون درجته صفر، ويحصل على درجة واحدة إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الثانية، بينما إذا وضعها حول رقم العبارة الثالثة فإنه يحصل على درجتين، ويحصل على ثلاث درجات إذا وضع الدائرة حول رقم العبارة الرابعة.

وتتراوح درجات المقياس بين (صفر - 63 درجة)، وتدل الدرجة المنخفضة على أن المفحوص غير مكتئب، بينما تدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المفحوص. وتم حساب مصداقية المقياس الداخلية وكان معامل ألفا = 0.81، ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).

النسخة العربية من هذا المقياس تم حسابها في دراسات على البيئة المصرية، وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب، 2000). وتم استخدام هذا المقياس

في دراسات أخرى في البيئة الفلسطينية، و كانت مصداقيته عالية (أبو ليله، 2008 وأبو سيف، 2007)، (شاهين، 2014).

أولاً : الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس، وستقوم الباحثة بعرض النتائج:

ثانياً :معاملات الصدق لمقياس بيك للاكتئاب:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي، وسوف تعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

أ - : صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول(5)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	**0.71	0.01 دالة إحصائياً	فقدان الاهتمام	**0.67	0.01 دالة إحصائياً
التشاؤم	**0.70	0.01 دالة إحصائياً	التردد	**0.78	0.01 دالة إحصائياً
الفشل	**0.72	0.01 دالة إحصائياً	القيمة	**0.71	0.01 دالة إحصائياً
فقدان الاستمتاع	**0.75	0.01 دالة إحصائياً	النوم	**0.72	0.01 دالة إحصائياً
مشاعر الإثم	*0.44	0.04 دالة إحصائياً	الطاقة	*0.45	0.04 دالة إحصائياً
مشاعر العقاب	*0.46	0.04 دالة إحصائياً	القابلية	**0.90	0.01 دالة إحصائياً
عدم حب الذات	**0.65	0.01 دالة إحصائياً	الشهية	**0.72	0.01 دالة إحصائياً
نقد الذات	*0.45	0.04 دالة إحصائياً	التركيز	**0.61	0.01 دالة إحصائياً
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	**0.64	0.01 دالة إحصائياً	الارهاق	**0.70	0.01 دالة إحصائياً
البكاء	**0.71	0.01 دالة إحصائياً	الاهتمام بالجنس	**0.67	0.01 دالة إحصائياً
التهيج أو الاستثارة	**0.57	0.01 دالة إحصائياً			

// غير دالة

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

تبين من الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.44 - 0.90)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعامل صدق عالٍ، ومما سبق يظهر بأن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات صدق عالي، وبهذا ينصح باستخدام المقياس في الإجابة على أهداف الدراسة.

ب- :الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين، ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (6)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

مقياس بك للاكتئاب	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	8	16.63	4.779	-	0.001 دالة
مرتفعي الدرجات	7	41.14	3.625	11.06	

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية مرتفعات الدرجات، وأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية منخفضة الدرجات في درجات الاكتئاب النفسي، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ذوى الدرجات العليا وأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ذوى الدرجات الدنيا في درجات الاكتئاب، مما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. وهو يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا.

ثالثاً : معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتين وهما، طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وسوف تعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

أ. معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) أمماً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لمقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا

كرونباخ للمقياس الكلي تساوي 0.83، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب النفسي يتمتع بمعامل ثبات عالٍ.

ب. معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (30) أما من أمهات الأطفال المصابين بتشنوهات خلقية، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاكتئاب النفسي بهذه الطريقة (0.63)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.77)، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب النفسي يتمتع بمعاملات ثبات عالية، مما يشير إلى صلاحية المقياس، وبذلك تعتمد الباحثة هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول (7)

معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس بيك للاكتئاب النفسي

طريقة التجزئة النصفية		معامل الفا كرونباخ	عدد الفقرات	مقياس بيك للاكتئاب
معامل سبيرمان براون	معامل بيرسون			
0.77	0.63	0.83	21	

ثانياً: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة، هو برنامج معد ومنظم حسب أسس علمية، ويعتمد هذا البرنامج على استخدام فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية متمثلة في : إعادة البنية المعرفية، والحوار والنقاش، والمحاضرات المبسطة، والحوار الذاتي، والغوص في النفس لاكتشاف الأفكار الهدامة والسلبية، والدحض والإقناع المنطقي، وحل المشكلات، و الحوار الذاتي وتقييمه، والواجبات المنزلية والتعزيز، بالإضافة للإرشاد الديني، وإعادة صياغة الأفكار.

مصادر إعداد البرنامج:

قامت الباحثة بالخطوات التالية في سبيل إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

- الأسس النظرية والمفاهيم العلمية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.
- الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بالعلاج المعرفي السلوكي.

- التعرف إلى خصائص العينة ومدى حاجتهم للبرنامج العلاجي.
- الاطلاع على البرامج العلاجية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- تحديد أهداف البرنامج العلاجي وصياغتها.
- تصميم جلسات البرنامج وفقاً للأعراض التي تعاني منها الأمهات.
- تحديد المهارات التي سيتم تدريب أفراد العينة عليها من خلال جلسات البرنامج العلاجي.

جلسات البرنامج الإرشادي:

- صياغة محتوى البرنامج في عدد من الجلسات تحتوي على أهم المعلومات والمهارات والفنيات التي ينبغي تزويد أفراد المجموعة التدريبية بها.
- مراعاة التدرج في محتوى البرنامج الإرشادي.
- تحديد بعض الإجراءات والأساليب التي سيتبعها أفراد المجموعة أثناء البرنامج.
- عرض البرنامج على محكمين بصورته الأولية.
- تعديل البرنامج بناءً على تعليمات وتوجيهات المحكمين.
- إعداد الصورة النهائية للبرنامج.
- تم أخذ الموافقة من إدارة جمعية فلسطين المستقبل للطفولة بغزة لتطبيق البرنامج.
- تم تحضير العينة التي سيطبق عليها البرنامج وأخذ الموافقة الشفهية منهن وتحديد مواعيد للبدء في تطبيق البرنامج.
- البدء في تجهيز المكان المناسب للتطبيق وذلك بمساعدة الأخصائية النفسية عادة سمور بجمعية فلسطين المستقبل للطفولة.

أهداف البرنامج:

الهدف العام من البرنامج العلاجي هو تخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المتكررات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، عن طريق العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام فنياته المختلفة التي قد تفيد الغرض الذي وضعت من أجله.

الأهداف الخاصة:

- مساعدة الأمهات في التعرف على الاكتئاب، وأسبابه والآثار التي يتركها بداخلهن.
- تدريب الأمهات على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ومراقبة ذواتهم.

- تدريب الأمهات على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات إيجابية باستخدام إعادة البناء المعرفي.
- تدريب الأمهات المجموعة التجريبية على كيفية حل المشكلات، وإكسابهم المعرفة الايجابية حول التعايش الايجابي مع الذات.
- أن ينمو الوازع الديني لدى أمهات المجموعة التجريبية بما ينعكس إيجابياً على خفض أعراض الاكتئاب وزيادة درجة الصحة النفسية للأمهات.
- الوصول بهؤلاء الأمهات إلى درجة من الصحة النفسية وخفض نسبة الاكتئاب التي تحول دون القيام بواجبها كأم تجاه أبنائها وخصوصاً الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة، وهم من يعانون من تشوهات خلقية والخروج بهم إلى بر الأمان.

أهمية البرنامج الإرشادي:

تكمن أهمية البرنامج الإرشادي في تخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المتردات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة في محافظة غزة، وأيضاً تتضح أهمية البرنامج في وضوح النظرية المعرفية والسلوكية، حيث تشتمل على الجانب المعرفي والجانب السلوكي والجانب الانفعالي، ولم تقتصر على جانب واحد، كما تتضح أهمية البرنامج في قصر الفترة الزمنية مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى.

حدود البرنامج:

- مكانياً: تم تنفيذ البرنامج في جمعية فلسطين المستقبل للطفولة في محافظة غزة.
- بشرياً: (30) أم من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية والذين لديهم أعراض الاكتئاب، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة، منهم (15) أم مجموعة تجريبية و(15) أم مجموعة ضابطة.
- زمنياً: استغرق البرنامج العلاجي مدة 14 جلسة، تتراوح مدة كل جلسة ما بين 60-90 دقيقة، وبواقع جلسة كل أسبوع، وطبق هذا البرنامج بطريقة علاجية جماعية، حيث تم تطبيق جلسات البرنامج في ثلاثة شهور ونصف، وتم عمل قياس قبلي في بداية البرنامج، وفي منتصف البرنامج، وبعد ذلك تم تطبيق القياس البعدي، وبعد مضي شهر على إنهاء البرنامج تم عمل قياس تتبعي لمعرفة مدى استمرار فعاليته.

الأسس النظرية للبرنامج:

اعتمدت الباحثة في برنامجها بصفتها متخصصة في العلاج المعرفي السلوكي على أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي يبنى عليها البرنامج وهي:

1- معرفة المكون المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي - الطريقة التي يفكر فيها الناس والمعاني التي يعطونها للأحداث، وكيف يسهم ذلك في تكوين الأفكار عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم الذي يعيشون فيه.

2- معرفة المكون السلوكي للعلاج المعرفي السلوكي - الطرائق السلوكية التي يستجيب الناس بها للضغوطات وكيف تساهم هذه الاستجابات السلوكية في استمرار وزيادة المشكلة.

3- استخدام المبادئ الأساسية ومنطق العلاج المعرفي السلوكي من خلال:

أ- العلاقة التفاعلية بين الأفكار والصور والمشاعر والسلوك.

ب- الهدف من مساعدة المريض على الوعي بعملية التفكير والتعليل لديه، واستنباط أفكار وآراء بديلة عنها، واختيار صحة هذه البدائل بتجارب سلوكية.

ت- هدف مساعدة المريض على الشعور بالأمان ليتمكن من اختيار الفرضيات والمخاوف وتغيير سلوكه.

4- الاستفادة من المعرفة بأهمية العمل التعاوني مع المريض:

أ- الالتزام النظري والعملية بمفهوم التعاون بين المعالج والمريض.

ب- الوعي بأن الهدف من العلاج هو مساعدة المريض على التعامل مع مشكلاته اعتماداً على موارده الخاصة.

5- استخدام المعرفة والوعي بأهمية أن ينقل المريض الخبرات العلاجية إلى حياته اليومية بين الجلسات عن طريق مهام عملية أو واجب منزلي (المصري، 2011: 10).

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم هذا البرنامج عند تطبيقه وبعد تطبيقه خدمات علاجية وخدمات وقائية.

1- الخدمات العلاجية: وتتمثل هذه الخدمات في مساعدة أمهات الأطفال عينة الدراسة على خفض أعراض الاكتئاب لديهن، وذلك من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية وإبدالها بأفكار عقلانية إيجابية.

2- الخدمات الوقائية: يقدم البرنامج العلاجي خدمات وقائية مهمة لأمهات الأطفال عينة الدراسة، من خلال تعليم عينة الدراسة أن تكتسب الأمهات بعض الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنها من مواجهة أعراض الاكتئاب في المستقبل القريب والتغلب عليها، مثل ممارسة الاسترخاء، والتدريب على التخيل، والحوار الذاتي، وكيفية التعامل بشكل فعال مع المشكلات اليومية.

3- خدمات المتابعة: تقوم الباحثة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي بدراسة تتبعيه لأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية حتى يمكن التعرف على مدى الاستفادة من العلاج وعدم حدوث الانتكاسة.

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج الإرشادي بأربع مراحل تم اختيارها على أساس مراحل العلاج السلوكي وهي:

❖ المرحلة الأولى: مرحلة البدء (مرحلة التحضير):

وهي التي سيتم من خلالها التعارف، والتمهيد، وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحثة والأمهات، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، وفي هذه المرحلة تم إجراء القياس القبلي لمستوى حدة الاكتئاب عند الأمهات، والهدف من هذه المرحلة هو تحقيق الآتي:

1- خلق الثقة بين أفراد المجموعة التجريبية والباحثة، وتحقيق قدر مناسب من الألفة فيما بينهم، والتأكيد على أهمية التفاعل لنجاح البرنامج، والتأكيد على روح التعاون والمشاركة بينهم وبين الباحثة، والتأكيد على أهمية الثقة بالبرنامج العلاجي، فهو مهم جداً لنجاح أي برنامج.

2- التأكيد على سرية ما يدور خلال الجلسات بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية.

3- أن يتبين أفراد المجموعة التجريبية العلاج المعرفي السلوكي (مفهومه، أهميته، أهدافه، أساليبه وفنياته).

4- أن يعبر أفراد المجموعة التجريبية عن مشاعرهم السلبية، والتعرف إلى الأساليب التي تؤدي إلى الشعور بذلك.

5- التأكيد على مساعدة الذات بواسطة الأنشطة والواجبات المنزلية وعملها أولاً بأول.

❖ المرحلة الثانية: تحديد المشكلة والتدريب على بعض فنيات العلاج:

وفي هذه المرحلة قام أفراد المجموعة التجريبية بتوظيف المعلومات التي تعلموها في المرحلة الأولى حول العلاج، وتم التركيز على الأفكار غير عقلانية وتصحيحها، وكيفية الكشف عن الأفكار والمعارف المؤدية إلى سوء التوافق ومعرفة الارتباط بينها وبين الانفعالات، والتعرف إلى دور الحوار السلبي مع الذات، والتفكير الانهزامي، والتعرف إلى بعض الفنيات مثل: الأفكار اللاعقلانية، والحوار السلبي مع الذات، والدحض والإقناع، والتعزيز الإيجابي... الخ، والهدف الأساسي في هذه المرحلة هو أن يعي أفراد المجموعة التجريبية أن تفكيرهم غير العقلاني المستمر معهم في الوقت الراهن هو المسئول عن حالتهم، وفي هذه المرحلة تم عمل قياس وسطي لمقياس بيك للاكتئاب لمعرفة إذا كان البرنامج فعال وهل طرأ تحسن على أفراد المجموعة التجريبية.

❖ المرحلة الثالثة: التدريب على المهارات المعرفية السلوكية:

خلال هذه المرحلة يتحقق أهداف العلاج المعرفي السلوكي، حيث تم تعريف أفراد المجموعة التجريبية على أهمية التفكير الجيد، وحل المشكلات، وطريقة التعايش مع بعضها، وأساليب التفكير العقلانية الشائعة، وقد سعت الباحثة خلال هذه المرحلة إلى خفض مستوى الاكتئاب من خلال:

- 1- الاستفادة من الإرشاد المعرفي السلوكي في التخطيط السليم للمستقبل واستبعاد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالنشوء الخلقى عند الطفل.
- 2- تبني فلسفة جديدة في الحياة من أجل تحقيق النجاح والطمأنينة في المستقبل وتقادي الوقوع في أفكار أخرى غير عقلانية.
- 3- التعرف إلى أخطاء التفكير الشائعة من أجل تجنبها.
- 4- توجيه أفراد المجموعة التجريبية على الاستمرار في تطبيق المهارات السلوكية المعرفية، والمواجهة الفعلية للمواقف المسببة للاكتئاب.

❖ المرحلة الرابعة: التقييم للبرنامج والوقاية من الانتكاسة والإنهاء:

وهذه المرحلة هدفها تلخيص أهداف البرنامج وتهيئة أمهات الأطفال لإنهاء البرنامج العلاجي، وتفعيل خطة جماعية للوقاية من الانتكاسة، وإجراء القياس البعدي والتتبعي لمقياس بيك للاكتئاب.

الملخص العام للبرنامج:

جدول رقم (8)

يوضح الملخص العام لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي

نوع البرنامج	علاجي معرفي سلوكي
المستفيدون من البرنامج	أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في محافظة غزة
الهدف العام	هو تخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية المتردات على جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، عن طريق العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام فنياته المختلفة التي قد تفيد الغرض الذي وضعت من أجله.
الأهداف الخاصة	- مساعدة الأمهات في التعرف إلى الاكتئاب، وأسبابه والآثار التي يتركها بداخلهن. - تدريب الأمهات على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ومراقبة ذواتهم. - تدريب الأمهات على كيفية استبدال المعتقدات الخاطئة والتصورات السلبية بمعتقدات ايجابية باستخدام وإعادة البناء المعرفي. - تدريب الأمهات المجموعة التجريبية على كيفية حل المشكلات، وإكسابهم المعرفة الايجابية حول التعايش الإيجابي مع الذات. - أن ينمو الوازع الديني لدى أمهات المجموعة التجريبية بما ينعكس إيجابياً على خفض أعراض الاكتئاب وزيادة درجة الصحة النفسية للأمهات. - الوصول بهؤلاء الأمهات إلى درجة من الصحة النفسية وخفض نسبة الاكتئاب التي تحول دون القيام بواجبها كأم تجاه أبنائها، وخصوصاً الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وهم من يعانون من تشوهات خلقية والخروج بهم إلى بر الأمان.
الأساليب والفنيات	- تحديد الأفكار السلبية وتصحيحها . - أسلوب حل المشكلات.

نوع البرنامج	علاجي معرفي سلوكي
	- التخيل . - الاسترخاء. - فنية صرف الانتباه . - الواجبات المنزلية . - المراقبة الذاتية . - فنية ABC. - وقف الفكرة . - الوقاية من الانتكاسة .
الأدوات	أقلام فلوماستر، برشورات ونشرات، ورق A4، أقلام جاف، لوحة الورق القلاب، لاب توب، عرض بوربوينت عن طريق جهاز البروجكتور.
مدة البرنامج	ثلاثة شهور.
عدد الجلسات	14 جلسة.
مدة الجلسة	60 - 90 دقيقة.
جهة التنفيذ	- الباحثة. - مساعدة الأخصائية النفسية عادة سمور الباحثة في بعض الجلسات العلاجية.
مكان التنفيذ	جمعية فلسطين المستقبل للطفولة
أساليب التقويم	تطبيق مقياس بيك للاكتئاب خمس مرات (استطلاعية- قبلي- وسطي- بعدي - وتتبعي)
النماذج المستخدمة	عقد الحلف العلاجي (الاتفاق على الخطة العلاجية ويكون شفهي، أو مكتوب). - جدول المراقبة الذاتية وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوك. - جدول تعديل الأفكار - نموذج لأسلوب حل المشكلات.

ملخص الجلسات العلاجية:

يحتوي هذا البرنامج على 14 جلسة علاجية، موضحة في الجدول التالي الذي يوضح توزيع الجلسات العلاجية وأهدافها والفنيات المستخدمة في كل جلسة على حدة.

جدول (9)

يوضح ملخص الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	استقبال وتعارف	- التعارف بين الباحثة والمشاركات (كسر الحواجز). - تعريف البرنامج وتقديم معلومات حوله. - الاتفاق على قواعد العمل. - تزويد المنتفعات بعدد الجلسات ومواعيدها والالتزام بذلك من خلال المواظبة والحضور والالتزام بأداء أنشطة مساعدة الذات. - تحديد توقعات المنتفعات من البرنامج الإرشادي. - تطبيق مقياس بيك للاكتئاب (قبلي).	- فنية الاسترخاء. - المناقشة الجماعية. - التحدث عن الذات. - الإصغاء. - الاستيضاح. - طرح الأسئلة. - التخليص.	90 - 60 دقيقة.
الجلسة الثانية	البناء التفاعلي للنموذج المعرفي السلوكي.	- أن تتعرف المنتفعات على النموذج المعرفي السلوكي. - تحديد التغيرات المصاحبة للأعراض والمشاعر والوعي بها.	- الحوار والنقاش. - العصف الذهني. - التغذية الراجعة. - الإصغاء.	90 - 60 دقيقة.
الجلسة الثالثة	التثقيف النفسي.	- مراجعة أنشطة مساعدة الذات. - تعريف المنتفعات على طبيعة الاكتئاب وأنواعه وأسبابه وأعراضه. - تعريف المنتفعات بالآثار النفسية المصاحبة من جراء هذا الاكتئاب. - شرح النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب لدى المنتفعات	- المحاضرة البسيطة. - المناقشة والحوار. - سجل مساعدة الذات. - التغذية الراجعة. - التخليص.	90 - 60 دقيقة.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الرابعة	أهمية العلاج النفسي الديني في التخفيف من الاكتئاب.	- مراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات. - تقوية الثقة بالنفس عند الحديث أمام المجموعة. - تذوق المعنى الروحي للأحاديث والآيات القرآنية. - تأثير قصة سيدنا أيوب عليه السلام على الجانب السلوكي. - تقوية البعد الديني عند المنتفعات.	- المحاضرة - والمناقشة. - الحوار. - الاسترخاء - والإصغاء. - سجل أنشطة - مساعدة الذات. - التلخيص.	60-90 دقيقة.
الجلسة الخامسة والسادسة	التشوهات المعرفية.	- مناقشة سجل أنشطة مساعدة الذات. - توضيح العلاقة الوطيدة بين أفكار المريض واضطرابه. - تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الأفكار	- الحوار والنقاش. - استخدام سجل الأفكار. - سجل أنشطة - مساعدة الذات. - التخليص.	60-90 دقيقة.
الجلسة السابعة والثامنة	الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها.	- مراجعة أنشطة مساعدة الذات. - ممارسة التدريب على الاسترخاء. - تدريب المنتفعات على استخدام الحوار السقراطي. - تدريب المنتفعات على كيفية تنفيذ المعتقدات السلبية.	- الحوار والنقاش من خلال طرح الأمثلة. - سجل الأفكار. - سجل أنشطة مساعدة الذات. - الإصغاء. - التعزيز. - التدريب على الاسترخاء. - التلخيص.	60-90 دقيقة.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة التاسعة	حل المشكلات.	- مراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات. - تدريب المنتفعات على الحل المعرفي البناء المترابط لمشكلة محددة مررن أو قد مررن بها مستقبلاً.	- أسلوب حل المشكلات. - المناقشة الجماعية. - العصف الذهني. - مجموعات العمل. - التعزيز. - تحليل النتائج. - أنشطة مساعدة الذات. - التلخيص.	90 - 60 دقيقة.
الجلسة العاشر	أسلوب A - B في الحد من أفكار اليأس	- مراجعة أنشطة مساعدة الذات. - مساعدة المنتفعات في الحد من التفكير اليائس. - مساعدة المنتفعات في تنمية الإحساس الحقيقي بالتفاؤل. - فنية صرف الانتباه.	- نموذج A - B - C. - تعديل الأفكار. - المجادلة. - فنية صرف الانتباه. - المناقشة والحوار. - أنشطة مساعدة الذات. - التلخيص.	90 - 60 دقيقة.
الجلسة الحادية عشر	كبح اللوم.	- مراجعة أنشطة مساعدة الذات. - أن يتعرف المنتفعات على الأفكار الأوتوماتيكية للاكتئاب مباشرة كلوم الذات. - أن تتعرف المنتفعات على أشكال اللوم.	- المناقشة الجماعية. - الحديث الذاتي الإيجابي. - الاسترخاء. - التعزيز. - الإصغاء. - التلخيص.	90 - 60 دقيقة.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الثانية عشر	الإقرار اليومي	- تحويل نظر الفرد من التفكير الاكتئابي الداخلي إلى وجهة نظر أكثر توازناً. - التخفيف من الألم والأسى والناجم عن الاكتئاب.	- الحوار والمناقشة. - العصف الذهني. - التعزيز. - الإصغاء. - التلخيص.	60-90 دقيقة.
الجلسة الثالثة عشر	الوقاية من الانتكاسة	- أن تكون المجموعة قادرة على فهم أسباب استمرار الأعراض. - العوامل التي ساعدت على التخلص منها. - أن تكون المنتفعات قادرات على وضع خطة للتعامل مع عودة الأفكار. - مراجعة الفنيات التي تم استخدامها في الجلسات العلاجية.	- التثقيف النفسي. - المناقشة والحوار. - العصف الذهني. - التعزيز. - الإصغاء. - عكس المشاعر. - التلخيص.	60-90 دقيقة.
الجلسة الرابعة عشر	تقييم وإنهاء البرنامج الإرشادي	- ذكر كل منتفعة تقييمها الخاص بالبرنامج ومدى استفادتها منه. - تطبيق التقييم البعدي (مقياس بيك للاكتئاب).	- الحوار والمناقشة الجماعية. - مقياس بيك للاكتئاب. - التعزيز. - الإصغاء. - التلخيص.	60-90 دقيقة.
ملاحظات	لقد تم تقسيم وقت الجلسات على نظام (20-20-20) وتم توزيعها كآتي : - 20 دقيقة افتتاحية لوضع أجندة والتركيز على المشكلة من جميع النواحي ومناقشة سجل أنشطة مساعدة الذات السابق. - 20 دقيقة تدريب المسترشد فيها على الأنشطة والمهارات الجديدة. - 20 دقيقة خاتمة تم فيها الاستماع للمسترشدات واستكشاف مدى استجابته لتغيير الأفكار والسلوك وتلخيص ما دار في الجلسة، وإعطاء أنشطة مساعدة الذات الجديد، وإنهاء الجلسة بتحديد موعد جديد للجلسة القادمة، ويتم تقييم كل جلسة من خلال الحصول على رأي كل مسترشدة على حده، ومدى الراحة والاستفادة التي حصلت عليها، وأسلوب المعالج والفنيات التي تم استخدامها خلال الجلسة.			

خطوات إجراء الدراسة:

- جمع الأدبيات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة من إطار نظري ودراسات سابقة وتصنيفها في الدراسة مع التعليق عليها.
- إعداد أدوات الدراسة والتأكد من مناسبتها لعينة الدراسة، وذلك من خلال التأكد من صدقها وثباتها لعينة الدراسة.
- استخراج قرار تسهيل مهمة باحث من الدراسات العليا بالجامعة ،وتوقيعها من جمعية فلسطين المستقبل للطفولة.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على (60) أماً من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية كعينة استطلاعية لأخذ عينة عشوائية من الأمهات.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على عينة الدراسة تطبيق قبلي، قبل البدء بالبرنامج.
- تطبيق جلسات العلاج المعرفي السلوكي والتي بلغت (14) جلسة على عينة الدراسة في مدة لا تتجاوز ثلاثة شهور ونصف.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على عينة الدراسة بعد مضي 7 جلسات (منتصف البرنامج) من تطبيق البرنامج للتعرف إلى مدى التحسن الذي طرأ على العينة بعد تطبيق عدد من الجلسات العلاجية.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على عينة الدراسة تطبيقاً بعدياً للتعرف إلى مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي على الأمهات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب للمرة الرابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج، للتعرف إلى مدى استمرار التحسن لدى أفراد العينة.
- جمع وتبويب بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للإجابة على تساؤلات الدراسة ،والخروج بالنتائج النهائية للدراسة ،والتحقق من فروضها.
- مناقشة وتفسير النتائج وتقديم التوصيات والبحوث المقترحة والتي ترتبط بنتائج الدراسة.

الصعوبات التي واجهت الباحثة:

- عدم تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني والمستوى التعليمي.
- الاتصال على أفراد المجموعة قبل كل جلسة لتذكيرهم بموعد الجلسة، وهذا كان يأخذ من وقت الباحثة وجهدها.

- وجود صعوبة لدى أفراد العينة في التعبير عن مشاعرهم ،وبرروا ذلك بأن هذا شيء جديد عليهم.
- رفض بعض السيدات من تطبيق الأداة عليهن.
- طلب المساعدات المادية من الباحثة بالرغم من أن الباحثة نوهت لهم طبيعة عملها معهم.
- وجدت الباحثة صعوبة في تطبيق مقياس بيك للاكتئاب لأن أغلب عينة الدراسة لم تتلق تعليمًا كافيًا لفهم هذا المقياس.
- انقطاع التيار الكهربائي لفترات طويلة وبشكل مستمر كما هو معهود بقطاع غزة.
- ارتفاع تكاليف واحتياجات البرنامج التي كلفت الباحثة تكاليف مادية باهظة، بالإضافة إلى التكاليف الأخرى الخاصة بالاحتياجات المادية للرسالة.

الأساليب الإحصائية:

- من أجل الإجابة عن أسئلة الدراسة وفرضياتها ، تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- 1- **الإحصاءات الوصفية**، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوزن النسبي.
 - 2- **معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية** لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة.
 - 3- **اختبار كا² سكوير** "لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية، لمعرفة تجانس العينتين.
 - 4- **اختبار "Independent Sample T-test"** لعينتين مستقلتين لكشف الفروق بين متغير نوعي (المتغير المستقل) ذوي فئتين كمثال نوع الجنس والمتغير التابع (المتغيرات الكمية) .
 - 5- **معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation)** للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة.
 - 6- **قيمة إيتا (Eta)** لمعرفة حجم التأثير للبرنامج المعرفي السلوكي على أمهات المجموعة التجريبية.
 - 7- **اختبار ويلكوكسن Wilcox on Test** وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب النفسي.

نتائج الدراسة عرض وتفسير

الفصل الخامس

تساؤلات الدراسة ومناقشتها

فرضيات الدراسة ومناقشتها

نتائج الدراسة

توصيات الدراسة

مقترحات الدراسة



الفصل الخامس

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة والمعالجات الإحصائية وفقاً لأسئلة الدراسة وفرضياتها، وسيتم عرض النتائج الخاصة بتساؤلات الدراسة، ثم عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة.

أولاً-تساؤلات الدراسة ومناقشتها:

التساؤل الأول " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

للتعرف إلى مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وذلك حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير ،لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي ،قبل تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (10)

اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس القبلي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة .

مستوى الدلالة	χ^2	المجموع	المجموعة		مستويات الاكتئاب النفسي	
			تجريبية	ضابطة		
		17	8	9	N	أعراض خفيفة
		57.7%	53.4	60%	%	
		6	3	3	N	أعراض متوسطة
		20.0%	20.0%	20.0%	%	
		7	4	3	N	أعراض شديدة
		23.3%	26.7%	20.0%	%	
		30	15	15	N	المجموع
		100.0%	100.0%	100.0%	%	

// غير دالة إحصائياً

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- أفراد المجموعة الضابطة: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 60% من أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و 20.0% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، 20.0% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي.
- أفراد المجموعة التجريبية: قبل تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 53.3% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و 20.0% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و 26.7% من أفراد المجموعة التجريبية يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي، في حين 6.7% من أفراد المجموعة التجريبية لا يعانون من الاكتئاب على الإطلاق.

التساؤل الثاني " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

للتعرف إلى مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وذلك حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي، أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (11)

يبين اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

مستوى الدالة	χ^2	المجموع	المجموعة		مستويات الاكتئاب النفسي	
			تجريبية	ضابطة		
//0.139	5.50	14	10	4	N	لا يوجد
		46.7%	66.7%	26.7%	%	اكتئاب
		13	4	9	N	أعراض
		43.3%	26.7%	60.0%	%	خفيفة
		2	1	1	N	أعراض
		6.7%	6.7%	6.7%	%	متوسطة
		1	0	1	N	أعراض
		3.3%	0.0%	6.7%	%	شديدة
		30	15	15	N	المجموع
		100.0%	100.0%	100.0%	%	

// غير دالة إحصائياً

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

تبين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- أفراد المجموعة الضابطة: أثناء تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 60.0% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و 26.7% لا يوجد لديهم اكتئاب نفسي، و 6.7% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و 6.7% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي.
- أفراد المجموعة التجريبية: أثناء تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 66.7% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية أصبح لا يعانون من الاكتئاب النفسي، و 26.7% من أفراد المجموعة التجريبية يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و 6.7% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، في حين لا يوجد من أفراد المجموعة التجريبية من يعاني من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي.

التساؤل الثالث " ما مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي؟

للتعرف إلى مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، وذلك حسب نوع المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، قامت الباحثة بحساب اختبار كاي سكوير لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في مستويات الاكتئاب النفسي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (12)

اختبار كأي سكوير لدراسة مستوى الاكتئاب النفسي في القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

مستوى الدالة	χ^2	المجموع	المجموعة		مستويات الاكتئاب النفسي	
			تجريبية	ضابطة		
**0.000	20.0	18	15	3	N	لا يوجد
		60.0%	100.0%	20.0%	%	اكتئاب
		8	0	8	N	أعراض
		26.7%	0.0%	53.3%	%	خفيفة
		3	0	3	N	أعراض
		10.0%	0.0%	20.0%	%	متوسطة
		1	0	1	N	أعراض
		3.3%	0.0%	6.7%	%	شديدة
		30	15	15	N	المجموع
		100.0%	100.0%	100.0%	%	

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

– أفراد المجموعة الضابطة: بعد تطبيق البرنامج ظهر من النتائج بأن 53.3% من أمهات أطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة الضابطة يعانون من أعراض خفيفة من الاكتئاب النفسي، و 20.0% لا يوجد لديهم اكتئاب نفسي، و 20.0% يعانون من أعراض متوسطة من الاكتئاب النفسي، و 6.7% يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب النفسي.

– أفراد المجموعة التجريبية: بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجموعة التجريبية ظهر من النتائج بأن 100% أصبح لا يعانون من الاكتئاب النفسي، كذلك بالنسبة لنتيجة التتبعي فقد تبين أن كافة المجموعة لا تعاني من أعراض الاكتئاب النفسي.

ثانياً- فرضيات الدراسة ومناقشتها:

الفرضية الأولى: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي.

لاختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (13)

نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس القبلي

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
المجموعة الضابطة	15	29.60	9.06	-0.608	//0.54
المجموعة التجريبية	15	31.40	7.02		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس القبلي، وهذا يدل على وجود تكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في درجات الاكتئاب النفسي، وهو ما يعرف بالضبط الإحصائي لتجانس المجموعات.

الفرضية الثانية: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

لاختبار هذه الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (14)

نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس المتوسط

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
المجموعة الضابطة	15	25.8	9.4	2.18	*0.038
المجموعة التجريبية	15	19.3	6.5		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي ($t\text{-test} = 2.18, p\text{-value} = 0.038$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس المتوسط أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة 25.8 درجة، في حين بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية 19.3 درجة، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة (المجموعة التجريبية)، بعد تطبيق نصف جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، وهذا يعطي مؤشراً على أن جلسات البرنامج لها دلالة واضحة في التخفيف من أعراض الاكتئاب.

والملاحظ أنه لا توجد ولا دراسة قامت بعمل تطبيق في منتصف البرنامج سوى دراسة الإسي (2014)، حيث تم عمل تطبيق وسطي لمقياس بيك للاكتئاب بعد مضي (7) جلسات

من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام جميع مراحل واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة ومضبوطة، وكذلك التمهيد الجيد الذي قامت به الباحثة قبل البدء بتطبيق البرنامج، حيث تجهيز المكان الذي سيتم فيه تطبيق الجلسات، والاستقبال الجيد، وكسر حاجز الجمود بين الباحثة والأمهات وبين الأمهات أنفسهن من خلال التعارف وتبادل بعض المعلومات الشخصية، وأيضاً التأكيد على مبدأ السرية، وهذا جعل الأمهات يشعرن بالراحة والأمان والثقة، بالإضافة إلى جلسات التثقيف النفسي عن ماهية المرض وأعراضه وأسبابه لم يكن على دراية بها، فمن خلال تعريفهن بالاكتئاب وأعراضه وأسباب حدوثه ساعد هذا في حدوث التحسن في منتصف البرنامج.

الفرضية الثالثة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

لاختبار هذه الفرضية قام الباحث باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (15)

نتائج اختبار ت لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي في القياس البعدي

نوع المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
المجموعة الضابطة	15	27.8	8.9	9.2	**0.001
المجموعة التجريبية	15	4.9	2.7		

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الاكتئاب النفسي الكلي ($t\text{-test}=9.2, p\text{-value}= 0.001$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع المجموعة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة) بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي. والفروق كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، حيث

بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة 27.8 درجة، في حين بلغ متوسط الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية 4.9 درجة، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير كبير في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة (المجموعة التجريبية)، وهذا يعطي مؤشراً على كفاءة جلسات البرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء ما تم ممارسته من أساليب وفنيات تميزت بالدينامية والوظيفية أمكن بها مواجهة جوانب رئيسة لدى شخصية أفراد المجموعة التجريبية تغيرت معها النظرة إلى الكثير من الأحداث الحياة التي كان لها دور رئيسي في رفع درجة الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة، هذا وقد ساعد على إحداث هذه التغيرات لدى عينة الدراسة (المجموعة التجريبية) استخدام فنيات كانت بمثابة قوة دافعة إلى إحداث حالة من الراحة والاسترخاء ساعدت كثيراً على إعادة البنية المعرفية لدى الأمهات مثل المحاضرة والمناقشة، وفنية A B C، وأحاديث الذات، والتخيل، والاسترخاء، والتدريب على المهارات والأنشطة المتعددة، ثم تلا ذلك استخدام الواجبات المنزلية مما ساعد على استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي.

وهناك العديد من الدراسات قامت بعمل تطبيق بعدي على المجموعة الضابطة وعلى المجموعة التجريبية، وقد اتفقت الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أوضحت أهمية العلاج المعرفي السلوكي بفنياته المتعددة، ومن هذه الدراسات دراسة عبد الرحمن وعلي (2011) ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة الزهراني (2013)، ودراسة الجوهي (2011)، ودراسة أبو السعود (2015)، ودراسة معالي (2011)، ودراسة الإسسى (2014)، ودراسة اندرو (2006)، ودراسة هويل (2006).

الفرضية الرابعة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس المتوسط).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " وليكوكسن لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس المتوسط بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (16)

نتائج اختبار " وليكوكسن" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس المتوسط على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة

نوع المجموعة	العمليات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	متوسط الفروق	قيمة إيتا η^2	قيمة d	حجم التأثير	نسبة التحسن %
المجموعة الضابطة	الرتب السالبة	5	29.60	9.06	7.50	37.50	- //0.402	3.6	0.10	0.65	-	12.2
	الرتب الموجبة	6	26.00	9.71	4.75	28.50						
	التعادل	4										
	المجموع	15										
المجموعة التجريبية	الرتب السالبة	14	31.4	7.0	7.5	105.0	-2.56*	12.07	0.60	2.55	كبير	38.43
	الرتب الموجبة	1	19.3	6.5	15.0	15.0						
	التعادل	0										
	المجموع	15										

// غير دالة إحصائياً

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- المجموعة الضابطة: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($P\text{-value} > 0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس المتوسط)، وهذا يدل على أن العلاج بالطريقة الاعتيادية لا يوجد له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة في فترة قصيرة، فقد بلغت نسبة التحسن 12.2% فقط عند الأمهات في المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والمتوسط.

- **المجموعة التجريبية:** وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($z\text{-test}=-2.55, P\text{-value}<0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس المتوسط). والفروق كانت لصالح القياس المتوسط، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة في فترة قصيرة، فقد بلغ متوسط الفرق 12.07 درجة، وتبين أن حجم التأثير كان كبيراً لأن قيمة ($d=2.55>1.1$)، وقد بلغت نسبة التحسن 38.43% لدى الأمهات في المجموعة التجريبية أثناء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي في خفض مستوى أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة خلال فترة قصيرة من تطبيقه.
- **وقد وجدت الباحثة فروقاً جوهرية ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي ومنتصف البرنامج، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام جميع مراحل واستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة ومضبوطة، وكذلك التمهيد الجيد الذي قامت به الباحثة قبل البدء بتطبيق البرنامج، حيث تجهيز المكان الذي سيتم فيه تطبيق الجلسات، والاستقبال الجيد وكسر حاجز الجمود بين الباحثة والأمهات وبين الأمهات أنفسهن، من خلال التعارف وتبادل بعض المعلومات الشخصية، وأيضاً التأكيد على مبدأ السرية، وهذا جعل الأمهات يشعرن بالراحة والأمان والثقة، بالإضافة إلى جلسات التثقيف النفسي عن ماهية المرض وأعراضه وأسبابه لم يكن على دراية بها، فمن خلال تعريفهن بالاكتئاب وأعراضه وأسباب حدوثه ساعد هذا في حدوث التحسن في منتصف البرنامج.**

الفرضية الخامسة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " وليكوكسن لدراسة الفروق بين وسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة حسب نوع المجموعة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (17)

نتائج اختبار "وليكوكسن" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة

نوع المجموعة	العمليات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	متوسط الفروق	قيمة إيتا η^2	قيمة d	حجم التأثير	نسبة التحسن %
المجموعة الضابطة	الرتب السالبة	6	25.9	10.9	9.42	56.50	- //0.252	1.9	0.05	0.47	صغير	-7.3
	الرتب الموجبة	8	27.8	8.9	6.06	48.50						
	التعادل	1										
	المجموع	15										
المجموعة التجريبية	الرتب السالبة	15	31.4	7.0	7.50	105.00	-3.42**	26.5	0.67	2.88	كبير	84.4
	الرتب الموجبة	0	4.9	2.8	.00	.00						
	التعادل	0										
	المجموع	15										

// غير دالة إحصائياً

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- المجموعة الضابطة: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($P\text{-value} > 0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي)، وهذا يدل على أن العلاج بالطريقة الاعتيادية ليس له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، فقد بلغت نسبة التحسن -7.47% عند الأمهات في المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي.

- **المجموعة التجريبية:** وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($z\text{-test}=-3.42, P\text{-value}<0.01$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس القبلي، القياس البعدي). والفروق كانت لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة، فقد بلغ متوسط الفرق 26.5 درجة، وتبين أن حجم التأثير كان كبيراً جداً لأن قيمة ($d=2.88>1.1$)، وقد بلغت نسبة التحسن 84.4% لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يعني أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له تأثير إيجابي كبير في خفض مستوى أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة.

هناك العديد من الدراسات قامت بعمل تطبيق قبلي وبعدي مثل:

دراسة الزهراني (2013)، ودراسة الحمري (2002)، ودراسة كحلة (2009)، دراسة خليفة (2014)، ودراسة الاسي (2014)، ودراسة ابو السعود (2015)، ودراسة العجوري (2007)، ودراسة فايد (2010)، ودراسة كامل (2005)، دراسة بدر (2008)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة علاء الدين وعبد الرحمن (2011)، ودراسة محمود وعلي (2011)، ودراسة هويل (2006)، ودراسة كيلرست جروين وتولين (2010)، ودراسة كينار وكلارك (2009)، ودراسة لين (2007)، ودراسة تشين (2006)، اندرو (2006).

وقد توافقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي حيث انخفاض مستوى الاكتئاب، وتعزو الباحثة هذا الفرق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس الاكتئاب إلى المهارات والأنشطة والمهارات والفنيات التي تم تعليمها لأفراد المجموعة التجريبية خلال المرحلة التدريبية.

وترى الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تغيير التشوهات المعرفية لدى الأم، وهذه التغيرات تساعد على الشعور بشكل أفضل، ومن خلال التركيز على الإيجابيات ودحض الأفكار السلبية المبالغ فيها، والعمل على إيجاد أفكار إيجابية أكثر نفعا للعمل بها ومناقشتها كان له الأثر الأكبر في فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وأيضاً يمكن عزو ذلك إلى أن البرنامج ركز على المهارات والتدريبات المتعلقة بكيفية تعديل أساليب التفكير عند الأمهات، حيث تم تطبيق مهارات متعددة خلال جلسات البرنامج التدريبي، وإعطاء الأمهات واجبات منزلية، والطلب منهن تطبيق ما تم تعلمه على مواقف الحياة الواقعية، كذلك طبيعة البرنامج التدريبي يسمح للأمهات المجموعة التجريبية بالاستماع إلى بعضهم البعض، والتعلم من بعضهم البعض، كل

ذلك ساعد على أن تطور الأمهات أساليب أكثر منطقية في التفكير، ويصبحن أكثر استبصاراً بطريقة تفكيرهن، فالبرنامج ساعد على تعديل تفكيرهن وهذا أدى إلى انخفاض الاكتئاب في المجموعة التجريبية، وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات مثل دراسة الزهراني (2013)، ودراسة خليفة (2014)، ودراسة الإسي (2014)، ودراسة ابو السعود (2015)، ودراسة كامل (2005)، دراسة بدر (2008)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة علاء الدين وعبد الرحمن (2011)، دراسة محمود وعلي (2011)، ودراسة هويل (2006)، ودراسة كيلرست جروين وتولين (2010)، ودراسة كينار وكلارك (2009)، ودراسة لين (2007)، ودراسة نشين (2006)، اندرو (2006).

الفرضية السادسة: تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في مستوى الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظة غزة بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التتبعي).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " وليكوكسن لدراسة الفروق بين وسيطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين)، بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي بالنسبة لدرجات الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظة غزة حسب نوع المجموعة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (18)

نتائج اختبار "ويلكوكسن" للعينات المترابطة لدراسة الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على درجات الاكتئاب النفسي حسب نوع المجموعة

نوع المجموعة	العمليات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	الرتب السالبة	1	4.9	2.8	6.50	6.50	-1.63 //	0.10
	الرتب الموجبة	7	5.9	2.0	4.21	29.50		
	التعادل	7						
	المجموع	15						

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- المجموعة التجريبية: عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب النفسي ($P\text{-value} > 0.05$) لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحاظة غزة

بالنسبة لنوع القياس (القياس البعدي، القياس التتبعي)، وهذا يدل على أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي له أثر في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة على الأمد البعيد.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الفنيات والأساليب الإرشادية، والمهارات والتدريبات، والأنشطة والوسائل المستخدمة التي تم استخدامها خلال جلسات البرنامج العلاجي، وأن المجموعة التجريبية قد تلقت برنامجاً علاجياً له الأثر حتى بعد انقضاء مدة (شهر) من تطبيق البرنامج العلاجي، وتعزو الباحثة استمرار فاعلية البرنامج العلاجي للتدريبات التي تم استخدامها مع أفراد المجموعة التجريبية وذلك بتطبيق ما تم تعلمه في الحياة اليومية من قبل الباحثة، والتي لها أثر كبير في تغيير الحالة الانفعالية للأمهات بشكل كبير، مما أدى إلى الاستمرار في تنفيذ هذه الفعاليات بعد انتهاء البرنامج، وهذا ما تم الاتفاق عليه .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من دراسة الخولي (2004)، ودراسة محمود وعلي (2011) ودراسة على (2005)، دراسة الإسي (2014)، ودراسة فايد (2010)، ودراسة هويل (2006)، ودراسة انترز (2003).

التعليق العام على نتائج الدراسة

من خلال استعراض نتائج الدراسة اتضح أن فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة، وهو العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة خلقية في محافظة غزة، واستمرار فعاليته إلى ما بعد فترة المتابعة.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متسقة مع ما جاء في التراث النفسي من دراسات سابقة، فقد اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية بشكل عام والاكتئاب بشكل خاص، ومن هذه الدراسات دراسة كينج (2000) ودراسة هويل (2006)، ودراسة أندرو (2006)، ودراسة انترز (2003)، ودراسة كيلرست (2010)، ودراسة كلارك (2009)، ودراسة الدهيمات (2009)، ودراسة علاء الدين وعبد الرحمن (2011)، ودراسة خليفة (2014)، ودراسة الزهراني (2013)، ودراسة أبو السعود (2015)، ودراسة علي (2005)، ودراسة الجوهري (2011)، ودراسة معالي (2011)، ودراسة الحمري (2002)، ودراسة كحلة (2009).

وقد اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في استمرارية تأثير العلاج المعرفي السلوكي، ومن هذه الدراسات دراسة الإسي (2014)، ودراسة علي (2005)، ودراسة فايد (2010).

وترى الباحثة أن التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية كان نتيجة لتلقيهن عملاً مكثفاً مبنياً على أساس علمي دقيق وبطريقة منظمة، ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء التغير الذي حدث في البنية المعرفية للأمهات، وما حدث من تعديل في مخططاتهن السلبية والتخلص من أخطاء التفكير التي كن يمارسونها في تفسير الأحداث والخبرات التي يمررن بها في الحياة اليومية، وكذلك ساهمت الأنشطة والممارسات المتضمنة في البرنامج في زيادة الثقة بالنفس؛ مما ساهم في زيادة تفاعلهن الاجتماعي وتوافقهن النفسي، وتعديل طريقة التفكير لديهن، وأيضاً إيمان الباحثة أن الإسلام هو العلاج الأول والأخير لكل ما يعاني منه الأفراد والمجتمعات من مشكلات نفسية، لذا كان لا بد من دمج الإرشاد الديني داخل جلسات البرنامج العلاجي، فأرادت الباحثة تغطية هذا الجانب للوصول بالأمهات إلى الرضا عن أنفسهن والوصول إلى الراحة النفسية.

وأيضاً كان من نتيجة تدريب الأمهات على الاسترخاء دوراً مهماً في التغير المعرفي والسلوكي، حيث إن توتر العضلات بشكل كبير يؤدي إلى زيادة أعراض الاكتئاب، ومن ثم تتفاقم الدافعية ويحل اليأس والتشاؤم، فتعجز الأم عن القيام بالسلوكيات السوية الصحيحة، وبالتالي تكون ردود أفعالها كلها تلقائية غير سوية وأحاديث الذات تكون سلبية، حتى وإن كان يؤدي إلى نوع من

التنفيس بدرجة قليلة، إلا أن الآثار السلبية تكون أكبر من فائدها، لهذا كان من الضروري العمل على تدريبهن على الاسترخاء حيث إن الاسترخاء يخفف من حدة التوتر ويلعب دوراً مهماً ورئيساً في مقاومة أعراض الاكتئاب، وزيادة وعي الفرد بمشاعره وأفكاره، وانفعالاته وسلوكياته، وانفعالات الآخرين ومشاعرهم، وكذلك إتاحة الفرصة للأمهات للتحدث عن خبراتهن العملية والمشكلات التي يواجهنها في ظل وجود طفل لديه تشوه خلقي في الأسرة، قد ساعد على مناقشة المشكلات المشتركة للأمهات، وإطلاع كل أم في المجموعة على المشكلات التي تعاني منها الأخرى، وشعورها أنها ليست الوحيدة التي تعاني من هذه المشكلات، وهذا ساعد الأمهات على التنفيس الانفعالي وإتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعرهن مما ساعد على التخفيف من أعراض الاكتئاب لديهن وزيادة قدراتهن على مواجهة الضغوط والمشكلات التي يواجهنها في ظل طفل لديه تشوه خلقي في الأسرة.

وإن استمرار فاعلية البرنامج إلى ما بعد فترة المتابعة قد يرجع إلى حب أفراد المجموعة للأنشطة والفعاليات التي تم تنفيذها أثناء البرنامج، مما أدى إلى استمرار تنفيذ هذه الفعاليات بعد انتهاء البرنامج، وهذا ما تم الاتفاق عليه، وقامت الباحثة بتذكيرهم بطرق التفكير الصحيح وكيفية التعامل مع الأفكار السلبية التي تم تدريبهن عليها، وأيضاً تذكيرهن بالتقرب إلى الله ولزوم طاعته والابتعاد عن معصيته.

لذا تؤكد الباحثة على أهمية التدخل العلاجي بأسلوب العلاج المعرفي السلوكي، لما له من دور كبير في تحديد المعارف السلبية المحرفة، والتي تكون ناشئة عن اعتقادات مختلفة وظيفية، هذه المعارف والاعتقادات توضع لتحليل منطقي من خلال الواجبات المنزلية، حيث تتعلم الأم أن تحقق تفكيراً مترابطاً بالواقع، ولذلك قامت الباحثة باستخدام العينات المعرفية السلوكية لتساعد الأم المكتنبة على التعلم والترابط بين المعرفة والسلوك، والوجدان، وأن تراقب أفكارها السلبية، وأن تفحص الأفكار السلبية وأن تحاول ربطها بالواقع، وذلك كله لتصل الباحثة إلى تغيير البنيان المعرفي للأم المكتنبة، وإكسابها فلسفة عقلانية تساعد في حل مشاكلها الحالية المتمثلة في الاكتئاب، والتعامل بنجاح مع هذا الاضطراب في المستقبل، فالعملية العلاجية من خلال هذا الأسلوب يجعل الأم تستخدم فنيات العلاج المعرفي السلوكي في اضطرابات أخرى أو مع مشاكل الحياة التي يمكن من خلالها أن تواجهها في المستقبل.

توصيات الدراسة:

- في ضوء ما توصلت إليه الباحثة في نتائج دراستها الحالية توصي بما يلي:
- 1- دعم ومساندة جهود جمعية فلسطين المستقبل للطفولة الهادفة، لتقديم خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل والحماية لذوي الشلل الدماغي والحركي لأسرهم.
 - 2- استمرار تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه وخدمات التأهيل للأمهات الأطفال المعاقين من خلال جمعية فلسطين المستقبل للطفولة، وتوسيع الخدمات لتشمل جميع أفراد الأسرة وخصوصاً الآباء.
 - 3- إطلاق المزيد من البرامج والمشاريع الهادفة إلى تأهيل حماية المعاقين بصفة عامة، وخصوصاً في الأماكن التي تفتقر إلى مثل هذه الخدمات.
 - 4- تشجيع الأمهات والآباء على المشاركة في البرامج الإرشادية وتلقي خدمات التأهيل اللازمة لأطفالهن نظراً للانعكاس الإيجابي لتلك البرامج عليهن وعلى أولادهن.
 - 5- ضرورة إمداد الآباء والأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمجموعة من المعارف عن نوع التشوه الخلقي عند أطفالهم.
 - 6- العمل على تحسين وضع الأسر مادياً وذلك برفع مستوى دخل الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية، عليهم وخصوصاً أسر الأطفال المصابين بتشوهات خلقية متوسطة أو شديدة.
 - 7- القيام بمزيد من الدراسات والأبحاث المعمقة في مجال مشكلات الأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية ومحاولة وضع الحلول المناسبة بناءً على تلك الدراسات.
 - 8- الاهتمام بتبصير الآباء والأمهات بأهمية وضرورة دمج أطفالهم في المناقشات الأسرية، وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم، والتحلي بالصبر، والإيمان بالقضاء والقدر، وروح الوالدية الفاعلة، وتقبل أطفالهم وتواصلهم الدائم والفعال معهم.
 - 9- تقديم مزيد من الدعم الاجتماعي المتمثلة في جماعات المساندة الاجتماعية، والاستفادة من الخبرات المتبادلة بين أسر الأطفال المعاقين، وذلك من خلال اللقاءات الدورية بين هذه الأسر في إطار إحدى مؤسسات الرعاية، ومؤسسات الخدمات والجمعيات العلمية والأهلية.
 - 10- التوسع في إنشاء المراكز الخدمية المتخصصة التي تتعامل مع الأطفال المعاقين بصفة عامة، بما يعمل على تنمية مهاراتهم، ويعين هؤلاء الأطفال على اجتياز مشكلات حياتهم

- اليومية، وإكسابهم قدرًا من الاستقلال والاعتماد على النفس، وهو من شأنه أن يحقق قدرًا كبيرًا من الرضا لأسر هؤلاء الأطفال.
- 11- ضرورة إقامة دورات لأولياء أمور الأطفال المصابين بتشوهات خلقية لتدريبهم على كيفية التواصل السوي مع أطفالهم.
- 12- ضرورة التدخل المبكر للحد من آثار الإعاقة على الوالدين وقت اكتشافها.
- 13- ضرورة إظهار الاحترام والتقدير لأسر المعاق بصفة عامة، وتجنب الاستياء أو التعليق بكدر، على ذويهم وتشجيعهم على تحمل صعوبات الإعاقة.
- 14- تشجيع وزارة الصحة على تسجيل ورصد حالات الإنجاب للأطفال المصابين بالتشوهات الخلقية لتحديد نسبة انتشار وشيوع الإصابة في المجتمع الفلسطيني وتحديدًا في قطاع غزة.
- 15- العمل على إجراء الفحوصات اللازمة للأمهات والآباء الذين سبق لهم إنجاب أطفال مصابين بتشوهات خلقية، لتأمين عمليات الإنجاب مستقبلاً.
- 16- العمل على الاكتشاف المبكر للأطفال المصابين بتشوهات خلقية ودمجهم في الخدمات المقدمة لهم.
- 17- تأسيس قاعدة بيانات خاصة بالمصابين بالتشوهات الخلقية وأسره في قطاع غزة.
- 18- تشجيع دمج واحتواء الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في المجتمع المحلي وتشغيلهم ضمن مؤسسات المجتمع المحلي.
- 19- تفعيل دور الإعلام المرئي والمسموع والمقروء في نشر الوعي حول التشوهات الخلقية التي تصيب الأطفال وكيفية الوقاية منها.

مقترحات الدراسة:

تقترح الباحثة القيام بالأبحاث والدراسات المتعلقة بالتشوهات الخلقية ومنها:

- 1- دراسة مقارنة بين الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية وأمهات الأطفال المعاقين بإعاقة مكتسبة.
- 2- استخدام نفس البرنامج ولكن على فئة الآباء.
- 3- مسح ميداني شامل لذوي التشوهات الخلقية في قطاع غزة.

- 4- مستوى الرضا الوظيفي للعاملين في تأهيل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والحركي في جمعية فلسطين المستقبل للطفولة.
- 5- مستوى رضا أولياء أمور المستفيدين من خدمات جمعية فلسطين المستقبل للطفولة.
- 6- مدى تقبل المؤسسات والشركات المحلية إدماج الأطفال المصابين بتشوهات خلقية للعمل فيها.
- 7- مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في تأهيل الأطفال المعاقين في جمعية فلسطين المستقبل للطفولة.
- 8- إجراء بحث لمعرفة مدى تأثير اكتئاب الأم على الصحة النفسية والجسمية للأطفال.
- 9- إجراء بحث لمعرفة مدى تأثير الأمراض المزمنة التي يعاني منها الأطفال على الصحة النفسية للأم.

المصادر والمراجع

أولاً - المراجع العربية.

ثانياً - المراجع الاجنبية.



المصادر والمراجع

أولاً - المصادر:

- القرآن الكريم.

ثانياً - المراجع العربية:

- 1- أباطة، آمال (1999). بحوث وقراءات في الصحة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.
- 2- أباطة، آمال (2001). الصحة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة: مصر.
- 3- ابراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون: الكويت.
- 4- ابراهيم، عبد الستار (1998). علم النفس الإكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي. دار المريح، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- 5- ابراهيم، علا عبد الباقي (2000). الإعاقة العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً. عالم الكتب، القاهرة: مصر.
- 6- ابن القيم، محمد بن أبي بكر بن أيوب بن سعد شمس الدين الجوزية (ت:751هـ) (1994). زاد المعاد في هدى خير العباد، ج5، مؤسسة الرسالة، ط27، مؤسسة الرسالة، بيروت، مكتبة المنارة الإسلامية، الكويت .
- 7- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). تعديل السلوك الانساني النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الاردن.
- 8- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). علم النفس الإرشادي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الاردن.
- 9- أبو السعود، أدهم خليل (2015). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين مستوى الصلابة النفسية لدى عينة من النزلاء المراهقين بمعهد الأمل للأيتام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.

- 10- أبو حماد، ناصر الدين (2006). دليل المرشد التربوي (دليل ميداني). دار عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع. ط1، إريد: الأردن.
- 11- أبو حماد، ناصر الدين (2008). الإرشاد النفسي والتوجيه المهني. دار جدار للكتاب العالمي، ط1، عمان: الأردن.
- 12- أبو زيد، هيثم يوسف وآخرون (2010). دراسة مقارنة على عينة من أسر الاطفال العاديين وأسر الأطفال المعوقين في محافظة عجلون، مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد 24، ص89-114، القاهرة.
- 13- أبو سعد وأحمد عبد اللطيف وعريبات، أحمد عبد الحليم (2012). نظريات الإرشاد النفسي والتربوي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2، عمان: الأردن.
- 14- أبوعلام، رجاء (1998). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. دار النشر للجامعات، القاهرة: مصر.
- 15- إسماعيل، بدر محمد (2010). حكم إسقاط الجنين المشوه. دار الفكر الجامعي، ط1، الاسكندرية: مصر.
- 16- إسماعيل، عزت (1999). اكتئاب النفس وأعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه. وكالة المطبوعات: الاسكندرية.
- 17- الأشول، عادل عز الدين (1993). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة، العدد 1، ص35-15.
- 18- بارلو، ديفد (2004). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية. ترجمة صفوت فرج، الانجلو المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 19- بدوي، أحمد (1982). مشكلات الفتيات المراهقات بمحافظة أسوان ومعالجتها باستخدام قراءة الكتب النفسية والمناقشة الجماعية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسوان، مصر.

- 20- بلحسيني، وردة، (2011) أثر برنامج معرفي- سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.
- 21- بارون، خضر عباس (2011). القلق والاكتئاب والقيم الاجتماعية" دراسة مقارنة بين الأطفال الأيتام في دولة الكويت. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، جامعة الكويت، العدد 142، ص209-250، الكويت.
- 22- بالمر، كورين، ب، رودل، ب (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة محمود مصطفى، دار ايتراك، القاهرة.
- 23- بحراوي، عاطف عبد الله، الزيتوت، فيصل على (2012) . مفاهيم أساسية في إرشاد ذوي الحاجات الخاصة. دار النشر زمزم، ط1، الأردن: عمان.
- 24- بخش، أمير طه (2007) " أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم التربوية النفسية، البحرين، المجلد 8، العدد 3.
- 25- بخش، أميرة طه (2002). الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية. دراسات العلوم التربوية، المجلد 29، العدد 2، ص215-237.
- 26- بدر، إبراهيم محمود (2008). فاعلية برنامج إرشادي في تحقيق التواصل بين الأم وطفلها التوحيدي وزيادة سلوكه التكيفي. دراسات عربية في علم النفس، المجلد 7، العدد 3، ص539-590.
- 27- بدران، زين، مزاهرة، أيمن (2008). رعاية الأم والطفل. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- 28- بدري، مالك (1978). علماء النفس المسلمون في حجر الضب.(3) مجلة المسلم المعاصر، السادس عشر.
- 29- البسطامي، سلام راضي (2013). مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهم في محافظة نابلس. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة النجاح، نابلس، فلسطين.

- 30- بعلبك، منير (1986). **المنجد في الإعلام**. دار المشرق، بيروت، لبنان.
- 31- التميمي، محمود كاظم (2013) " الصحة النفسية- مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية" دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 32- توفيق، محمد عز الدين (2002). **التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية" البحث في النفس الإنسانية والمنظور الإسلامي**. دار السلام للطباعة والنشر، ط2، القاهرة: مصر.
- 33- تيموثي، ترول (2007): **علم النفس الاكلينيكي**، ترجمة فوزي شاكر طعيمة، وضان لطفي زين الدين، دار الشروق، عمان، الأردن.
- 34- الجريسي، عبد العزيز (2003). **الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة وعلاقته ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 35- الحاج، حميد أحمد (2011). **أساسيات علم الأجنة**. الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.
- 36- حجازي، سوسن عبد الونيس (2008). **دراسة لمشكلات أمهات التلاميذ المعاقين حركياً (تصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها)**. دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 24، الجزء الثاني، ص 839-887.
- 37- الحسن، على (1988). **أطفالنا: نموهم، تغذيتهم، مشكلاتهم**. دار العلم للملايين، ط3، بيروت: لبنان.
- 38- حسين، محمود، الزبيد، نادر (1999). **مشكلات طلبة الجامعة ومستوى الاكتئاب لديهم في ضوء بعض المتغيرات**. مجلة البصائر، جامعة البتراء، عمان، مجلد 3 (2).
- 39- الحسيني، أسماء عبد العزيز (2002). **المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي**. دار عالم الكتب، ط1، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- 40- الحلبي، قتيبة، واليحيى، فهد (1995). **العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي**. الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر، الرياض: المملكة العربية السعودية.

- 41- الحمري، مها (2002). فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية (دراسة حالة). رسالة ماجستير، مستخلصات أطروحات الماجستير والدكتوراه، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد 14، العدد 1، ص 245.
- 42- حمودة، محمود عبد الرحمن (1990). النفس أسرارها وأمراضها. مكتبة الفجالة، القاهرة: مصر.
- 43- الحياي، صبري بروان (2011). الإرشاد التربوي والنفسي الإسلامي ونظرياته. دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 44- الخطيب، جمال (1990). تعديل السلوك القوانين والاجراءات. مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، ط2، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- 45- الخطيب، جمال (2001). تعديل السلوك الإنساني. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط4: الكويت.
- 46- الخطيب، محمد جواد (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. مطبعة مقداد، ط2، غزة: فلسطين.
- 47- الخفش، سامح وديع (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الاردن.
- 48- خليفة، لينا احمد (2014). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان الأهلية، الأردن.
- 49- دبور، عبد اللطيف، صافي، عبد الحكيم (2007). الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق. دار الفكر، ط1، عمان: الأردن.
- 50- الريماوي، محمد عودة (1998). علم النفس الطفل. دار الشروق، ط1، عمان: الأردن.
- 51- زهران، حامد (1980). التوجيه والإرشاد النفسي. عالم الكتب، القاهرة: مصر.

- 52- زهران، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، ط4، القاهرة، مصر.
- 53- زهران، سناء حامد (2004). إرشاد الصحة النفسية. عالم الكتب للنشر والطباعة، ط1، القاهرة: مصر.
- 54- الزاوي، الطاهر أحمد (1980). مختار القاموس. الدار العربية للكتاب، ليبيا
- 55- زيزي، إبراهيم (2006). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العلمية. دار الغريب للطباعة والنشر، القاهرة: مصر.
- 56- سعفان، محمد (2003). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الخلقية (النظرية والتشخيص والعلاج). مكتبة زهراء الشروق، القاهرة: مصر.
- 57- السقا، صباح (2005). أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 58- سلامة، ممدوح (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العاملة عن الكتاب، العدد 11، ص43.
- 59- السيد، عبيد ماجدة (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- 60- السيد، فؤاد البهي (1976). دار الفكر العربي. ط4، عين شمس: مصر.
- 61- السيد، نفين صابر (2009). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب، جامعة حلوان، مصر، عدد 26.
- 62- الشاذلي، عبد الحميد (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. المكتبة الجامعية، ط2، الإسكندرية: مصر.
- 63- الشافعي، ربيعة، إبراهيم (2003). المهارات الاجتماعية والتوافق الدراسي وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء المتغيرات (دراسة تنبؤية)، المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد 16، ص311-344.

- 64- الشامسي، سعيد بن علي (2008) الاكتئاب، <http://www.geocities.com/+mathsociety/loohooth.htm>، تاريخ الدخول 2014/9/17 الساعة 12:45.
- 65- شاهين، عوني معين (2008). الأطفال ذوي المتلازمة داون" مرشد الآباء والمعلمين. دار الشروق، ط1، عمان: الأردن.
- 66- الشربيني، لطفي (2011). الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج. دار النهضة، بيروت: لبنان.
- 67- شرشير، محمد عبد الحميد (2011) العلاقة بين ممارسة نموذج حل المشكلة في خدمة الفرد والتخفيف من هذه المشكلات الأسرية لمرض الاكتئاب من منظور ايكولوجي. دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، المجلد (ج9)، العدد 30، ص 3977-4010.
- 68- الشناوي، محمد محروس (1900). الإرشاد النفسي والتوجيه المهني. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- 69- الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد (1998). العلاج السلوكي الحديث (أسسه وتطبيقاته). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- 70- الشيخ، عبد السلام أحمددي (2003). علم النفس الإكلينيكي. دار الحضارة للطباعة والنشر، القاهرة: مصر.
- 71- الصفدي، عصام حمدي (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- 72- الصيخان، إبراهيم سالم (2010). الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج). دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 73- ضمرة، جلال وآخرون (2007). تعديل السلوك. دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 74- طه، رامز (2001). العلاج الذاتي بالقرآن. دار الكتب والوثائق القومية، القاهرة: مصر.

- 75- العارضة، معاذ (1998). استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس. رسالة ماجستير، جامعة النجاح، فلسطين.
- 76- العاسمي، رياض (2009). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكنتاب والعزلة والمساندة الاجتماعية دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد 7، العدد 2، ص 208-251.
- 77- عامر، طارق عبد الرؤوف، محمد، ربيع عبد الرؤوف (2008). التخلف العقلي (مفهومه - أسبابه - خصائصه). طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة: مصر.
- 78- عبد الرحمن، محمد (2000). علم الأمراض النفسية والعقلية. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- 79- عبد العزيز، مفتاح محمد (2001). علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
- 80- عبد الغفار، غادة محمد (2007). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. دراسات نفسية، كلية الآداب، جامعة بني سويف، المجلد 17، العدد 3، ص 643-688.
- 81- عبد الغني، خالد محمد (2008). احتياجات وضغوط أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة: مصر، ص 25.
- 82- عبد الله، عادل (2000). العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات. دار الرشاد، القاهرة: مصر.
- 83- عبد الله، محمد قاسم (2012). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر، ط1، عمان: الاردن.
- 84- عبد المعطي، مصطفى حسين (1998). موسوعة علم النفس العيادي - علم النفس الإكلينيكي. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة: مصر.
- 85- عبد الباري، مثال (2012) التشوهات الخلقية، دار المنارة للنشر والتوزيع، عمان.

- 86- العبيدي، محمد جاسم (2009). علم النفس الاكلينيكي. دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 87- العزة، سعيد حسني (2000). الإعاقة البصرية. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 88- العزة، سعيد حسني، عبد الهادي، جودت عزت (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 89- عسكر، عبد الله (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: مصر.
- 90- عطية، أشرف محمد (2011). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم. دراسات عربية في علم النفس، المجلد 15، العدد3، ص429-484.
- 91- عكاشة، أحمد (1980). علم النفس الفسيولوجي. دار المعارف، القاهرة: مصر.
- 92- عكاشة، أحمد (1998). علم النفس الفسيولوجي. دار المعارف، القاهرة: مصر.
- 93- علي، زيزي السيد (2005). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي- السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب. دراسات عربية في علم النفس، المجلد4، العدد2، ص 221-233.
- 94- عياد، فاطمة (2002). مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتقدير الذات. دراسات نفسية، المجلد 12، العدد4، ص510-540.
- 95- عيد، محمد إبراهيم (1997). دراسة مدى الإحساس بالاغتراب لدى طلاب وطالبات الفنون التشكيلية من ذوي المستويات العليا. رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 96- عارف، نجوى (2003). برنامج إرشادي مقترح لتنمية التواصل اللفظي بين الأزواج، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد 6، ص247-280.

- 97- العيسوي، عبد الرحمن (2001). **الجديد في الصحة النفسية**. منشأة المعارف، الإسكندرية: مصر.
- 98- الغباشي، سهير فهم (2000). **القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي بالقلب**. دراسات نفسية، كلية التربية، جامعة القاهرة، المجلد 10، العدد2، ص 127-181.
- 99- الغديان، سليمان (2010). **الافكار والمشاعر والسيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك - دليل عملي لتقنيات العلاج السلوكي المعرفي**، تأليف د.ماثيو ماكاي، د.فارتا ديفيز، د.باتريك فانينج، مكتبة جرير، ط1، السعودية، الرياض.
- 100- غريب، عبد الفتاح غريب (1990). **مقياس بيك للاكتئاب**. مكتبة النهضة المصرية، ط2، القاهرة: مصر.
- 101- الغرير، أحمد الغرير، أبو أسعد، أحمد (2009). **التعامل مع الضغوط**. دارالشروق للنشر والتوزيع ، ط1، عمان، الأردن.
- 102- فايد، حسين على (2004). **العدوان والاكتئاب**. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية: مصر.
- 103- فايد، ريم (2010). **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي**. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 104- الفرماوي، حمدي علي، النساج، . وليد رضوان (2010). **في التربية الخاصة الإعاقة العقلية- الاضطرابات المعرفية والانفعالية**. دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان: الأردن.
- 105- فضل، شعبان (2008). **العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات**. الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة: ليبيا.
- 106- الفقي، حامد عبد العزيز (1983). **دراسات في سيكولوجية النمو**. دار القلم، ط1: الكويت.
- 107- القرضاوي، يوسف (1975). **العبادة في الإسلام**. مؤسسة الرسالة، ط4، بيروت: لبنان.

- 108- القريطي، عبد المطلب (1998). الصحة النفسية. دار الفكر العربي، القاهرة: مصر.
- 109- القمش، مصطفى نوري (2011). اضطرابات التوحد (الأسباب - التشخيص - العلاج - دراسات علمية). دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1.
- 110- قوطة، سمير وتمراز، نداء (2000) " اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة النفسية" دراسة غير منشورة، مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين، حسن 1-15.
- 111- قوطة، إيمان عبد الرحمن (2013). قلق الحمل وعلاقته بالمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى النساء ذوات المواليد بعيب خلقي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 112- القشاعلة، بديع (2008). زوايا إسلامية من وجهة نظر سيكولوجية، ط1، مركز الأبحاث والتطوير في النقب.
- 113- كامل، عبد الوهاب (2001). التعلم العلاجي. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة : مصر.
- 114- كحلة، ألفت (2009). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرض الاكتئاب. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها، جمهورية مصر العربية.
- 115- اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة (2012) " دليل الأخصائية النفسية والمرشدين في التعامل مع النساء ضحايا العنف" عمان، شواش: تيسير إلياس.
- 116- لجنة التعليم المستمر في مستشفى الهلال الأحمر الفلسطيني (2006). التشوهات الخلقية "أنواعها وأسبابها وكيفية منعها"، القدس، مجلة بلسم، العدد 371، ص38-36.
- 117- ليزما، كليرن (2003). الاكتئاب، أعراضه، وأسبابه، وتشخيصه، والخلص منه، ترجمة أحمد رمو، دار علاء الدين، ط1، دمشق: سوريا.
- 118- ليهي، روبرت (2006). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة: جمعية يوسف، محمد الصبرة، دارايتراك، القاهرة.

- 119- المحارب، ناصر بن إبراهيم (2000). المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي. دار الزهراء، الرياض: المملكة العربية السعودية.
- 120- محمد، الخطيب (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. مطبعة مقداد، غزة: فلسطين.
- 121- محمد، عادل عبد الله (2000). العلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات). دار الرشاد، القاهرة: مصر.
- 122- محمد، محمد (2004). مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1.
- 123- محمود، عبد الله جاد (2008). أساليب العزو السلبي كمتغيرات وسيطة في علاقة عوامل الشخصية بالاكتهاب. مجلة كلية التربية بالمنصورة، كلية التربية، جامعة المنصورة، المجلد ج2، العدد 68، ص39-83.
- 124- محمود، ماجدة حسين، علي، أحمد فتحي (2011). مدى فاعلية برنامج إرشادي لتحسين الصلابة النفسية لأمهات الأبناء المعاقين عقلياً وأثره على تقدير الذات لأبنائهم. دراسات نفسية، المجلد 21، العدد3، ص447-473.
- 125- المطيري، سهيل معصوقة (2005). "الصحة النفسية مفهومها - اضطراباتها". مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ط1.
- 126- معالي، إبراهيم باجس (2011). فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظرية بيك Beck في خفض الاكتهاب وتحسين التكيف لدى طلبة الجامعة الأردنية. مجلة كلية التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة عين شمس، المجلد ج3، العدد 35، ص457-492.
- 127- المعايطه، عبد العزيز وآخرون (2002). المدخل إلى علم النفس. دار الثقافة والدار العلمية الدولية، عمان: الأردن.
- 128- مكاوي، صلاح فؤاد محمد (1997). فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتهاب لدى عينة من الشباب الجامعي. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

- 129- ملحم، سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.
- 130- ملكيه، لوييس (1990). العلاج السلوكي والتعديل السلوكي. دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
- 131- منصور، السيد كامل (2003). بعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط النفسية والقلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً. دراسات عربية في علم النفس، العدد 1، ص 63-107.
- 132- منصور، السيد كامل (2011). الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، ط1.
- 133- المهدي، محمد عبد الفتاح (2004). الصحة النفسية للمرأة "صور من العيادة النفسية". البيطاش سنتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية: مصر.
- 134- موسى، رشاد (1993). علم النفس الديني. دار عالم المعرفة، القاهرة: مصر.
- 135- موسى، رشاد (1999). علم النفس الدعوة بين النظرية والتطبيق. المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية: مصر.
- 136- الميلادي، عبد المنعم (2004). الأمراض والاضطرابات النفسية. مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية: مصر.
- 137- نجاتي، محمد (1989). الحديث النبوي وعلم النفس. دار المسيرة، ط2، عمان: الأردن.
- 138- نجاتي، محمد (1997). القرآن وعلم النفس. دار الشروق، ط6، القاهرة: مصر.
- 139- النجمة، علاء (2008). فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 140- النمر، أسعد (1995). سيكولوجية العدوان. الدار الجديدة للطباعة والنشر، الدمام: المملكة العربية السعودية.
- 141- هيلز، ديانا، هيلز، روبرت (1999) : العناية بالعقل والنفس (ترجمة عبد العلي الحسباني)، الدار العربية للعلوم، ط1.

ثالثاً - المراجع الأجنبية :

1. - Alec .Grant, Jem .Mills, Ronan . .Mulhern, Nigel short (2004): **CognitiveBehavioral Therapy in Mental Health Care**.Sage Publication Ltd, London, Thousand oaks', New Delhi, First published.
2. Abo Rokba, M. (2013). **Relationship between Mental Health and Self Esteem Among Mothers of Children with Mental Disability in Gaza Governorates** .Unpublished masters thesis, Islamic university , Gaza.
3. Abou Dagga, S .(2013) . **Psychological stress and resilience among parents of autistic children in Gaza Strip**. Unpublished masters thesis, Islamic university , Gaza.
4. Alexander young S., Ruth Kalp, sherbourne cathy D. and wells Kenneth B. (2001). The quality of care for Depressive and Anxiety Disorder in united states, **Arch Gen psychiatry**, (58): pp 55-61.
5. **American psychiatric Assocation**(1994) Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders, 4th Washington D.C.
6. Andrew, Gumley, Athanasios, Karatzias, Kevin, Power, James, Reilly, Lisa, McNay, Margaret. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioral therapy on negative beliefs about psychosis and self esteem. **British Journal of Clinical Psychology**, Vol.45,2,247-260.
7. Arntz ,A (2003):Cognitive Therapy Versus Applied Relaxation as Treatment of G.A.D. **Behavior Research and Therapy vol (41), (6), PP: 633-646.**
8. Atkinson L., Scott B., Chisholm V., Blackwell J., Dickens s., Tam F.,Goldber S. (1995): **Cognitive Coping, Affective Distress, and Maternal Sensitivity: Mothers of Children with Down Syndrome,** **Developmental Psychology**, Vol. 31(4), pp 668-676, APA, U.S.A.
9. Beach, S. (1998).Depression,Theoretical explanations. **Psychological basic**. Calefornia : salem press , Vol. 1, 200.
- 10.Beck, A(1991): **Temperament, Social skills and the communications of emotions A developmental interachoin view**, in D, Gelborti, commoly personality social skills and psychopathology. Anderw difference Approach new: plenum press.
- 11.Beck,A.(1997). **Cognitive Therapies**. Essentialpapers psychoanalysis, Newyork: U.S.A university press.

12. Bide Navjot, Lee Alan & Harrison Glynn (2000): Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care. **The British Journal Of Psychiatry**. 177 : 312- 318.
13. Brown , C, Goodman , S.& Kupper ,L, (1997). The unplanned journey :when you learn that your child has disability . **Nichcy ,News Digest**, 20(3rd ed),5-15.
14. Bruce ,B.(2001). Fathers and Mothers : Perceptions of father involvement in families with young children with disability .**Journal of Intellectual & Developmental Disability**, 26(4),324-339.
15. Champion, A. (1992). **Adult Psychological Problems**, An Introduction. London: The Falmer Press.
16. Chen, S. U. , Jordan, C. & Thompson, S. (2006). **The effect of cognitive behavioral therapy on depression: The role of problem solving appraisal**. Research on social work practice, Sage publication, 16, pp. 500-510
17. Choi, S., Singer, G.& Brennan, M .(2000). Adaptation and accommodation to young children with disabilities: comparison of Korean - American Parents , **Topics in Early Childhood Special Educational** , 20(4),236 -250.
18. Dhar , R. (2009). Living with developmentally disabled child: Attitude of family members in India. **The Social Science Journal** , 46,738 – 755.
19. Eysenck, H (2000): cognitive therapy, **American psychologist**, 46- 368-375.
20. Graig ,A .Jennifer and Stephani, M. Swan (2002).caring differently : a time -use analysis of the type and social context of child care performed by fathers and mothers . **Discussion paper No. 116, Sydney: Social Policy Research Centre**, University of New South Wales.
21. Green, A. (2005): **Symptom Reduction in Intensive Cognitive Behavioral Treatment of Obsessive Compulsive Disorder**. The Role of Change in Beliefs about the Appraisals of Intrusive Thoughts.DAI-B66-06, P3409.Rosalind Franklin University of Medicine and Sciences PhD.
22. Hashima E Nasreen et. al (2011): Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh, **BMC Women's Health**.
23. Hegel, M. , T. ; Dietrich, A. , J. ;. Seville, J. , L. & Jordan, C. , B. (2004). **Training Residents in Problem-solving Treatment of Depression**. Family Medicine; 36(3): 204-8

- 24.Hill ,F, Newmark , R & Le.(2003). Subjective perceptions of stress and coping by mathers of children with an intellectual dis ability : ANeeds assessment. **International Journal of Special Education** ,18(1),36-43.
- 25.Hiwel, C. Band, R. Ju, A. Chang, Ming, D. Chu, Ru, K. Chou, (2006). The Evaluation of Cognitive Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self Esteem. **Archives of Psychiatric Nursing**. Vol. 20, 1,3-11.
- 26.Hopko, D. R.. , Armento, M. E. , Robertson S. M. , et. al. (2011). **Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial**, Journal Consulting and Clinical Psychology. 79(6): 834-49.
- 27.Kerr,S., & Mc Intosh ,J.(2000).coping when achild has adis ability : Exploring the impact of parent to parent supports. **child health care and Developments** , 26(4),309 -322.
- 28.King, M., Sibbald B., Ward E., Bower P., Lloyd M., Gabby M. and Byford S.(2002). Randomized controlled trial of non- directive counseling, cognitive behavioral therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well mixed anxiety and depression in primary care. **Health Teachnology Assessment**. Vol. (4), No. (19).
- 29.Lederberg , A .R. and Golloach, T.(2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children :A longitudinal study :**Journal of Deaf studies and Deaf Education** . 7(4),330-345.
- 30.Leqerstee, Jerons & Tulen, (2010) program of treatment in reducing cognitive behavioral disorders, **Journal of child psychology an psychiatry**, 5 (2), 162- 172.
- 31.Lynne, C. Mccarley,t.Aalto,w. (2007). Cognitive therapy for low self esteem in the treatment of depression in an older adult. **Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy**. Vol. 35, 3, 365-369.
- 32.Mclinden ,S. (2005). Mothers and Fathers reports of the effects of ayoung child with special needs on the family .**Journal of Early vention** , 14,249-259.
- 33.Mina S, Balhara YPS, Verma R, & Mathur S (2012): Anxiety and Depression amongst the urban females of Delhi in Ante-partum and Post-partum period, **Delhi Psychiatry Journal**, Vol 15, No 2.
- 34.Payne.M. (2002): **Modern social work theory**. London, MC Milan Educational TD.

- 35.Pipp –siegei, Sedey,A,A, &yoshinaga – Itano,C. (2002).predictors of Parental Stress in Mothers of young Children With hearing loss **Journal of Deaf Studies and Deaf Education** ,7,(1), 1-17 .
- 36.Salcedo, F.(2006). **Mothers With Develop mentally disabled Children: Coping Skills and Relation ship Satisfaction With Partner (doctoral dissertation)** . California State University ,Long Beach ,U.S.A.
- 37.Sen, E Yurtsever, S.(2007).Difficulties Experienced by families with disabled children. **Journal of specialists in pediatric Nursing**. 12(4) ,238-252.
- 38.Steven, D, Beck, A (1995): **Hand Book of psychotherapy and Behavior change** Thonewaily, sons inc. NewYork.
- 39.Trower, Peter, et. Al (1999): **cognitive behavioral counseling action**. SACE publication, London.

الملاحق

ملحق (1)
قائمة محكمي البرنامج العلاجي

الرقم	أسماء المحكمين	مكان العمل
1-	د. جميل الطهراوي	الجامعة الإسلامية-غزة.
2-	د. فضل أبو هين	جامعة الاقصي-غزة.
3-	د. درراح الشاعر	جامعة الاقصي-غزة.
4-	د. عبد العظيم المصدر	جامعة الأزهر-غزة.
5-	د.أسامة حمدونة	جامعة الأزهر-غزة
6-	د. عمر البحيصي	عيادة الصحة النفسية بالمنطقة الوسطى.
7-	أ. إسماعيل أبو ركاب	مستشفى الطب النفسي .

ملحق (2)

خطاب تحكيم برنامج إرشادي



الجامعة الإسلامية - غزة

شؤون البحث العلمي والدراسات العليا

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي

الدكتور:..... حفظه الله،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تحية طيبة وبعد،،

الموضوع/ طلب تحكيم مقياس وبرنامج إرشادي

أنتشرف بإفادتكم أنني بصدد تطبيق دراسة بعنوان "فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية في محافظة غزة" بإشراف الدكتور سمير قوته، لذا يسرني أن أضع بين أيديكم مقياساً للاكتئاب والبرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة، وبعد الاطلاع على الأدبيات السابقة في هذا المجال لتتفضلوا بتحكيماها، رغبة من الباحثة في الاستفادة برأيكم، لذا يرجى التكرم بوضع ملاحظاتكم وأفكاركم وتوجيهاتكم وفق استمارة التحكيم المرفقة، ويرجى التكرم بأي تعديل ترونه مناسباً.

ولكم جزيل الشكر وفائق التحية والتقدير

الباحثة: أسماء محمود سعود

ملحق (3)

(مقياس بيك للاكتئاب)



الجامعة الإسلامية - غزة

كلية التربية

عمادة الدراسات العليا

عزيزتي السيدة المحترمة

تحية طيبة وبعد،،

بين يديك مقياس يهدف إلى التعرف على (فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي لتخفيف الاكتئاب النفسي لدى الأمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية بمحافظة غزة). وأنا بصدد تطبيق مقياس للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لذلك، ويشمل المقياس مجموعة من الفقرات يرجى قراءة العبارات بدقة ثم التعبير عن رأيك فيها بوضع دائرة حول العبارة التي تتفق مع رأيك، أرجو التكرم بالإجابة على كل سؤال بأمانة وموضوعية، لما لإجاباتكم من أهمية بالغة في نتائج الدراسة، علماً بأن إجاباتكم لن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم في خدمة البحث العلمي،،

وتفضلوا بقبول فائق الشكر والاحترام

الباحثة/ أسماء محمود السعود

أولاً: البيانات الأولية للأُم:

1- الرقم

2- العمر

☐ من 20-25 سنة☐ أكثر من 30 سنة☐ أقل من 20 سنة☐ من 25-30 سنة

3- المستوى التعليمي

☐ جامعي (بكالوريوس-دبلوم)☐ دكتوراه☐ ثانوية عامة فأقل☐ ماجستير

4- مستوى الدخل الشهري

- ☐ أقل من 1000 شيكل
☐ من 1000 - 2000 شيكل
☐ 2000 - 3500 شيكل
☐ أكثر من 3500 شيكل.

ثانياً: البيانات الأولية لطفل :-

1- العمر:

2- الجنس :

☐ ذكر ☐ أنثى

3- نوع الإعاقة.....

ثالثاً:- معلومات خاصة بالمقياس :-

4- نوع المجموعة

☐ استطلاعية ☐ ضابطة ☐ تجريبية

5- نوع القياس

☐ قبلي ☐ وسطي ☐ بعدي ☐ تتبعي

رابعاً:- تعليمات المقياس:

يتضمن هذا الاختبار 21 مجموعة من العبارات ،الرجاء أن تقرأي كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختاري من كل مجموعة عبارة واحدة والتي تصف بطريقة أفضل الطريقة التي تشعرين بها خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم.ضعي دائرة حول الرقم بجوار العبارة التي اخترتها، ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليكِ بطريقة متساوية، ضعي دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة ،وتأكدي أنك لا تختارين أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة 16.(تغيرات في نمط النوم) أو المجموعة 18 (تغيرات في الشهية).

مقياس بيك للاكتئاب

البند	العبارة
الحزن	0 لا أشعر بالحزن.
	1 أشعر بالحزن أغلب الوقت.
	2 أنا حزين طول الوقت.
	3 أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.
التشاؤم	0 لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.
	1 أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
	2 لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.
	3 أشعر باليأس في المستقبل و أنه سوف يزداد سوءاً.
الفشل	0 لا أشعر بأنني شخص فاشل.
	1 لقد فشلت أكثر مما ينبغي.
	2 كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل.
	3 أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.
فقدان الاستمتاع	0 أستمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعي بها في الماضي.
	1 لا أستمتع بالأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه.
	2 أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.
	3 لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها.
مشاعر الإثم	0 لا أشعر بتأنيب الضمير.
	1 أشعر بالإثم عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها.
	2 أشعر بالإثم أغلب الوقت.
	3 أشعر بالإثم طول الوقت.

البند	العبارة
مشاعر العقاب	0 لا أشعر بأنه يقع على عقاب.
	1 أشعر بأنه ربما يقع على عقاب.
	2 أتوقع أن يقع على عقاب.
	3 أشعر بأنه يقع على عقاب.
عدم حب الذات	0 شعوري نحو نفسي كما هو.
	1 فقدت الثقة في نفسي.
	2 خاب رجائي في نفسي.
	3 لا أحب نفسي.
نقد الذات	0 لا ألوم نفسي أكثر من المعتاد.
	1 أنقد نفسي أكثر مما اعتدت.
	2 أنقد نفسي على كل أخطائي.
	3 ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة.
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0 ليس لدي أي أفكار انتحارية.
	1 لدي أفكار انتحارية ويمعني من تنفيذها تديني.
	2 أريد أن انتحر.
	3 قد انتحر لو سنحت لي الفرصة.
البكاء	0 لا أبكي أكثر مما اعتدت.
	1 أبكي أكثر مما اعتدت.
	2 أبكي بكثرة من أي شيء بسيط.
	3 أرغب في البكاء ولا أستطيع.
التهيج أو الاستثارة	0 لست أكثر استثارة من المعتاد.
	1 أشعر باستثارة أكثر من المعتاد.
	2 أستثار لدرجة أنه من الصعب على البقاء بدون حركة.
	3 أستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.

البند	العبارة
فقدان الاهتمام	0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين.
	1 أهتم بالآخرين أقل من قبل.
	2 فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمور الأخرى.
	3 من الصعب أن أهتم بأي شيء.
التردد	0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة.
	1 أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات.
	2 لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات.
	3 لدي مشكلة في اتخاذ أي قرار.
انعدام القيمة	0 لا أشعر بأنني عديم القيمة.
	1 لا أعتبر نفسي ذو قيمة كما اعتدت أن أكون.
	2 أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.
	3 أشعر بأنني عديم القيمة تماماً.
تغيرات في نمط النوم	0 ساعات نومي ليست أقل من المعتاد.
	1 أحياناً أجد أن لدي صعوبة طفيفة في النوم.
	2 من الواضح أنني لا أنام جيداً كالمعتاد.
	3 أنام أقل من ساعتين في الليلة.
فقدان الطاقة	0 لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد.
	1 لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت.
	2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.
	3 ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء.
القابلية للغضب أو الانزعاج	0 قابليتي للغضب لم تتغير عن المعتاد.
	1 قابليتي للغضب أكبر من المعتاد.
	2 قابليتي للغضب أكبر بكثير من المعتاد.
	3 قابليتي للغضب طول الوقت.

البند	العبارة
فقدان الشهية	0 شهيتي لتناول الطعام ليس أقل من المعتاد.
	1 شهيتي لتناول الطعام أسوأ قليلاً من المعتاد.
	2 شهيتي أسوأ كثيراً الآن.
	3 ليس لدي أي شهية على الإطلاق لتناول الطعام.
صعوبة التركيز	0 أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة.
	1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.
	2 من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.
	3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
الإرهاق أو الإجهاد	0 لست أكثر إرهاقاً من المعتاد.
	1 أصاب بالإرهاق بسهولة أكثر من المعتاد.
	2 يعوقني الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.
	3 أنا مرهق جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها.
فقدان الاهتمام بالجنس	0 لم ألاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس حديثاً.
	1 اهتمامي أقل بالجنس مما اعتدت.
	2 اهتمامي أقل بدرجة كبيرة بالجنس الآن.
	3 فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.

ملاحظة:

- علماً بأن هذه الأعراض تشخص أعراض اكتئاب إذا استمرت أسبوعين فأكثر.
- أن تكون هذه الأعراض ليست أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لذلك على الباحثة استثناء الأمهات التي وضعت أطفالاً جددًا والمدة لا تقل عن ثلاثة شهور، وهذا من خلال سؤال الأم عن عمر آخر طفل لها.

ملحق رقم (4)

البرنامج الإرشادي

جلسات البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى

1- عنوان الجلسة: استقبال وتعارف.

2- أهداف الجلسة:

- التعارف بين الباحثة والمنتفعات (كسر الحواجز).
- تعريف المنتفعات بالبرنامج وتقديم معلومات حوله.
- الاتفاق على قواعد العمل.
- تزويد المنتفعات بعدد الجلسات ومواعيدها والالتزام بذلك من خلال المواظبة والحضور والالتزام بأداء أنشطة مساعدة الذات.
- تحديد توقعات المنتفعات من البرنامج الإرشادي.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب (قبلي).

3- المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح من (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- فنية الاسترخاء.
- المناقشة الجماعية.
- التحدث عن الذات.
- الإصغاء.
- الاستيضاح.
- طرح الأسئلة.
- التخليص.

5- سير الجلسة:

- في البداية ستقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركات وشكرهن على الحضور، ومن ثم ستقوم الباحثة بالتعريف عن نفسها ومن ثم يترك المجال للمنتفعات للتعارف والتعريف بأنفسهن، ومن خلال استخدام تمرين شبكة العنكبوت بهدف إيجاد جو من الألفة بين المنتفعات، حيث تطلب الباحثة من المنتفعات الوقوف بشكل دائري، ثم تمسك الباحثة بطرف الخيط وتعرف عن نفسها (الاسم، العمر، عدد الأطفال، هواية تحبها، أو أي شيء آخر).
- ثم تقوم بإلقاء لفة الصوف على أي منتفعة بشكل عشوائي، وتقوم المنتفعة بالتعريف عن نفسها وتمسك بالخيط، ثم تلقي بها لمنتفعة أخرى، وتمسك الخيط وتعرف بنفسها، وتستمر هذه الطريقة حتى يتم التعرف على جميع المنتفعات مع إمساك الخيط حتى ينتج لدينا شكل يشبه شبكة العنكبوت، وسوف تحاول الباحثة من خلال هذا النشاط توضيح نوع العلاقة القوية التي ستربط جميع المنتفعات معاً.
- بعد ذلك سوف تطمئن الباحثة بأن جميع المعلومات سوف تكون في سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع على هذه المعلومات.
- سوف يتم تعريف المنتفعات بمقياس بيك للاكتئاب وتوضيح الهدف منه، ماهيته، طريقة الإجابة عليه، وهذا المقياس سوف يطبق في البداية على المجموعة والذي سيعاد تطبيقه في وسط ونهاية الجلسات لمعرفة مقدار التحسن وسيوضح ذلك للمجموعة.
- ستقوم الباحثة بتوضيح مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، وأن اللقاء سوف يكون بواقع جلسة في الأسبوع، ومدة كل جلسة تتراوح بين (60-90) دقيقة، وأن هذه الجلسات تتضمن موضوعات ونشاطات، وأن الهدف النهائي من هذا البرنامج هو تخفيف الاكتئاب الذي يعاني منه نتيجة وجود طفل لديه تشوه خلقي، وسوف تؤكد الباحثة ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون في أداء سجل أنشطة مساعدة الذات وأهميتها في العلاج، حيث ستوضح الباحثة أن إنجاز (سجل أنشطة مساعدة الذات) أهم في الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها، وبإنجازها يكون التحسن عموماً أسرع.
- سوف تتحدث الباحثة عن أهمية وجود قوانين تحكم الجلسات، وتلتزم بها المنتفعات لتحقيق الشعور بالرضى ونيل الفائدة المطلوبة.
- سوف تقوم الباحثة بالإجابة عن جميع تساؤلات المنتفعات.
- سوف تقوم الباحثة بأخذ رأي المنتفعات حول ما دار في الجلسة وتوقعاتهن من العلاج.
- تقييم الجلسة من خلال سؤال أفراد المجموعة عن الجلسة ١.

الجلسة الثانية

1- عنوان الجلسة: البناء التفاعلي للنموذج المعرفي السلوكي.

2- أهداف الجلسة:

- أن تتعرف المنتفعات على النموذج المعرفي السلوكي.
- تحديد التغيرات المصاحبة للأعراض والمشاعر والوعي بها.

3- المدة الزمنية للجلسة: (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- الحوار والنقاش.
- العصف الذهني.
- التغذية الراجعة.
- الإصغاء.

5- سير الجلسة:

- سوف تبدأ الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وشكرهن على الحضور والالتزام، ثم سوف تقدم ملخصاً عن الجلسة الماضية بمساعدة المنتفعات، ومن ثم سوف تقوم بالتعرف إلى وجهات نظر المنتفعات تجاه مرضى الاكتئاب وتصوراتهن للعلاج، وسوف تقوم الباحثة بشرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي للمنتفعات، حيث ستوضح أن العلاج المعرفي السلوكي له أهمية كبيرة لمساعدتهن في التغلب على الاكتئاب، فالأفكار التي تظهر بصورة تلقائية تتطبع بذهنهم وقد لا يشعر بها إلا إذا ركز انتباهه عليها، ويكون ذلك من خلال التدريب، وسوف تقوم الباحثة بعرض العلاقة القوية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، حيث يجب على الباحثة ملاحظة التغيرات المزاجية للمنتفعات (كالبكاء) مثلاً، وتقوم الباحثة بسؤال المنتفعة عن أفكارها التي سبقت التغيير المزاجي وأدت إليه، وبالتالي تقوم الباحثة بالتعريف عن الأفكار السلبية والإشارة إلى علاقتها بالتغيير في الحالة المزاجية، ومن هنا تبدأ الباحثة بإعداد سجل أنشطة مساعدة لمساعدة المنتفعات على فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان والانفعال.

- سوف تقوم الباحثة بإعطاء المنتفعات أنشطة مساعدة الذات وسوف تستخدم هذا المصطلح بدل استخدام مصطلح الواجب المنزلي، لأن كلمة واجب في حد ذاتها تجعل المنتفعات في

وضع متحفز، لذا فإن على الباحثة أن تفرق بين الواجب العلاجي الذي يوضع بالمشاركة بينها وبين المنتفعة، وبين التجارب السابقة مثل الواجب المدرسي والذي كان إجبارياً، وبالتالي سوف نحدد اسماً أو مصطلحاً أكثر قابلية (أنشطة مساعدة الذات)، وبعد ذلك سوف يتم تحديد النشاط المساعد وهو (تكليف المنتفعات بقراءة مطوية حول موضوع الاكتئاب بهدف التشارك في النقاش حولها في الجلسة القادمة وسوف يتم توزيع مطوية على كل منتفعة.

- سوف تقوم الباحثة بشكر أفراد المجموعة على الاستماع والتأكيد لهن عن نية الباحثة مساعدتهن في حل مشاكلهن، وأن البرنامج يهدف إلى التغلب على الاضطرابات الانفعالية.
- وفي نهاية كل جلسة سوف تطلب الباحثة من المنتفعات تغذية راجعة عما دار خلال الجلسة، وهذا يزيد الألفة بين الباحثة والمنتفعات، وأن الباحثة مهتمة بما تفكر به المنتفعات ولتوضيح أي سوء فهم فبعض المنتفعات يفهم بعض التصرفات بحساسية زائدة.

الجلسة الثالثة

1- عنوان الجلسة: التنقيف النفسي.

2- أهداف الجلسة:

- مراجعة أنشطة مساعدة الذات.
- تعريف المنتفعات على طبيعة الاكتئاب وأنواعه وأسبابه وأعراضه.
- تعريف المنتفعات بالآثار النفسية المصاحبة من جراء هذا الاكتئاب.
- شرح النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب لدى المنتفعات.

3- المدة الزمنية: (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة المبسطة.
- المناقشة والحوار.
- سجل مساعدة الذات.
- التغذية الراجعة.
- التلخيص.

5- سير الجلسة:

- سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات في المجموعة، وشكرهن على الحضور، ومن ثم سؤالهن عما حدث في الجلسة السابقة، ومراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات وهل تم الاطلاع على المطوية.
- سوف تقوم الباحثة بتدريب المنتفعات على التنفس البطيء وهو أحد أساليب الاسترخاء.
- سوف تقوم الباحثة بتوضيح مفهوم الاكتئاب وأعراضه وأسباب نشوئه عن طريق عرضه على بوربوينت.
- سوف تقوم الباحثة بمناقشة المنتفعات حول الأعراض التي يعانين منها وما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض، وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث بعد الموقف، وما هو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف، وسوف تقوم الباحثة بالتوضيح للمنتفعات بأن هذه المواقف قد تمر ببعض الأشخاص، ولكن كل شخص يختلف عن الآخر في تصرفه وفي تفكيره، وأن هذه الأفكار التي قد يبالغ فيها الإنسان هي السبب في الانفعال غير الصحيح، وبالتالي تسبب الضيق والتوتر لدى الإنسان، وبذلك يتم ربط التفكير المختل وظيفياً بالاكتئاب.
- ستقوم الباحثة بشرح وتعريف أعضاء المجموعة على العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته في التعامل مع اضطراب الاكتئاب.
- سوف تقوم الباحثة بإعطاء المنتفعات أنشطة مساعدة الذات، (هو أن تراقب المشاركات ذواتهم فيما يخص أعراض الاكتئاب وآثاره)، ويكون ذلك في سجل مراقبة الذات، وسوف يتم شرح الاستمارة الخاصة بذلك.
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص تشاركي لما تم في الجلسة وما دار فيها.
- تقييم الجلسة من خلال سؤال المنتفعات عن الجلسة.
- ستقوم الباحثة بشكر المنتفعات مرة أخرى على الحضور.

الجلسة الرابعة

1- عنوان الجلسة: أهمية العلاج النفسي الديني في التخفيف من الاكتئاب.

2- الهدف من الجلسة:

- مراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات.
- تقوية الثقة بالنفس عند الحديث أمام المجموعة.
- تذوق المعنى الروحي للأحاديث والآيات القرآنية.
- تأثير قصة سيدنا أيوب عليه السلام على الجانب السلوكي.
- تقوية البعد الديني عند المنتفعات.

3- المدة الزمنية للجلسة: (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة والمناقشة.
- الحوار.
- الاسترخاء والإصغاء.
- سجل أنشطة مساعدة الذات.
- التلخيص.

5- سيرة الجلسة:

- في بداية الجلسة سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وشكرهن على الالتزام والحضور، وسوف تقوم الباحثة بالتحقق من ردود فعل المنتفعات تجاه الجلسة السابقة، وذكر الملاحظات أو الاستفسارات التي لديهن، بعد ذلك سيتم مناقشة أنشطة مساعدة الذات وسيطور النقاش حول المواقف التي تم تسجيلها وما هي ردود الأفعال تجاه تلك المواقف، وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف، وما هو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف.
- سوف تقوم الباحثة بعرض آيات قرآنية وأحاديث نبوية وإحدى القصص للأنبياء الذين ابتلوا وصبروا على الابتلاء، بغرض استخدام المساندة الإسلامية لتقوية البعد الديني عند أفراد المجموعة.

- سوف تقوم الباحثة بشرح فنية الاسترخاء بطريقة مبسطة، حيث ستقوم الباحثة بتدريب أعضاء المجموعة على التدريبات من الأول حتى الخامس من تدريبات الاسترخاء العضلي وذلك لمدة نصف ساعة من الجلسة.
- سوف تقوم الباحثة بتدريب المنتفعات على سجل الأنشطة اليومية بحيث يصبحن قادرات على إقامة جدول للأنشطة اليومية.
- سوف تقوم الباحثة بتكليف المنتفعات بأنشطة مساعدة الذات وهو (تسجيل المواقف والاستمرار في مراقبة الذات، وممارسة الاسترخاء بالمنزل، وأن تقوم المنتفعات بتسجيل أي ملاحظة على ممارسة الاسترخاء).
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص تشاركي مع المنتفعات عما تم في الجلسة وما دار فيها.
- تقييم الجلسة من خلال سؤال المنتفعات عن الجلسة.

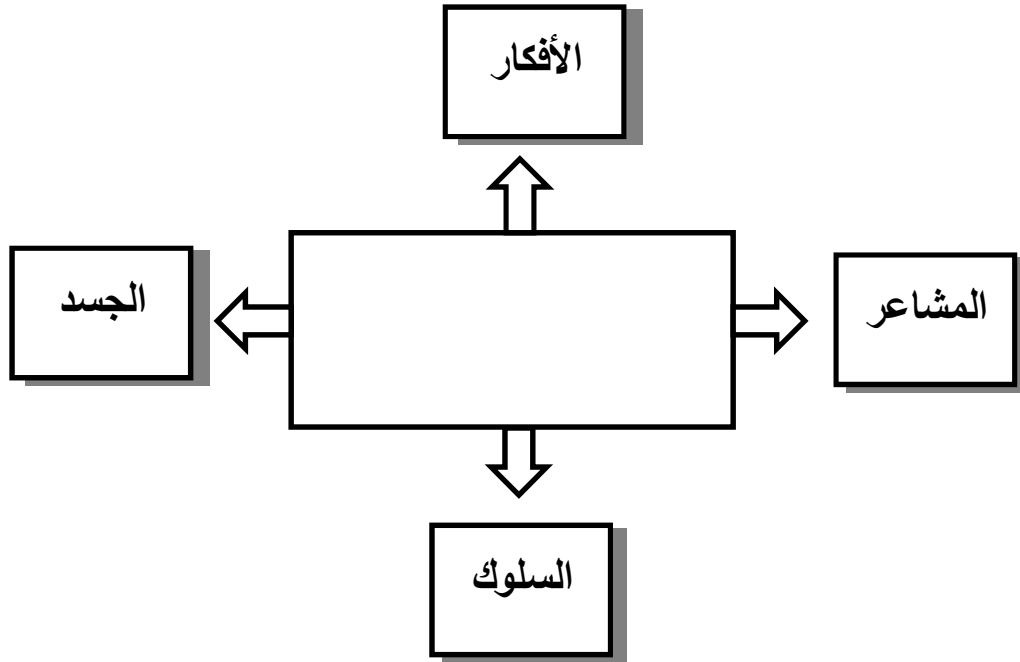
الجلسة الخامسة والسادسة

- 1- عنوان الجلسة: التشوهات المعرفية.
- 2- أهداف الجلسة:
 - مناقشة سجل أنشطة مساعدة الذات.
 - توضيح العلاقة الوطيدة بين أفكار المريض واضطرابه.
 - تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الأفكار.
- 3- المدة الزمنية للجلسة: (60- 90) دقيقة.
- 4- الفنيات المستخدمة:
 - الحوار والنقاش.
 - استخدام سجل الأفكار.
 - سجل أنشطة مساعدة الذات.
 - التخليص.
- 5- سير الجلسة:
 - سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمشاركات وشكرهن على الحضور.

- سوف تقوم الباحثة بمراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات مع أعضاء المجموعة ومناقشة هذا السجل، ومن ثم تسأل الباحثة أعضاء المجموعة الأسئلة التالية:
- ما هي المواقف التي يشعرون فيها بالاكنتاب؟
- ما هي الأشياء التي يقف هذا الاضطراب دون تحقيقها؟
- سوف تستمع الباحثة إلى إجابات المنتفعات، ومن ثم سوف تشرح ما يسببه الاكنتاب من ضيق دون تحقيق أهدافهن وطموحاتهن، ويشعرهن بالعجز وفقدان الثقة بالنفس.
- سوف تقوم الباحثة بتدريب المنتفعات على نموذج وسجل الأفكار ويكون كالتالي:

الموقف	الانفعال	الأفكار التلقائية	السلوك	الفعل الфизиولوجي
- مثال لا أقوم بفعل أي شئ منتج. - يترك المجال للمنتفعات في إعطاء الأمثلة وبعد ذلك يتم تدريبهم عليه	- الإرهاق - التوتر - الإحباط	لا املك الطاقة لفعل شئ	- العزلة الاجتماعية - اضطرابات النوم	- الصداع - الخنقة

- سوف تقوم الباحثة بربط هذا الموقف بالأفكار التلقائية، وكيف تؤثر هذه الأفكار على الانفعال، وتعمل على تكوين هذا الاضطراب.
- سوف تقوم الباحثة بربط هذا الموقف بالأفكار التلقائية وكيف تؤثر هذه الأفكار على الانفعال، ومن ثم تؤثر على السلوك والجسد، وبالتالي تعمل هذه الأفكار على تكوين هذا الاضطراب.
- سوف تقوم الباحثة بتوضيح ذلك من خلال إشراك المنتفعات بإعطاء أمثلة من واقعهم واستخدام النموذج الخماسي وتطبيق الأمثلة عليه مع المنتفعات وتسجيله على سجل الأفكار.



- سوف تقوم الباحثة بإعطاء أنشطة مساعدة الذات وهو تعبئة نموذج سجل الأفكار والهدف منه ربط تفكير المريض باضطرابه.
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة، وتشكر المنتفعات على تفاعلهم ومشاركتهن في الجلسة.
- تقييم الجلسة من خلال سؤال المنتفعات عن الجلسة.

الجلسة السابعة والثامنة

1- عنوان الجلسة: الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها.

2- أهداف الجلسة:

- مراجعة أنشطة مساعدة الذات.
- ممارسة التدريب على الاسترخاء.
- تدريب المنتفعات على استخدام الحوار السقراطي.
- تدريب المنتفعات على كيفية تفنيد المعتقدات السلبية.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب (وسطي)

3- المدة الزمنية: (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- الحوار والنقاش من خلال طرح الأمثلة.
- سجل الأفكار.
- سجل أنشطة مساعدة الذات.
- الإصغاء.
- التعزيز.
- التدريب على الاسترخاء.
- مقياس بيك للاكتئاب
- التلخيص.

5- الخطوات الاجرائية للجلسة:

- سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وشكرهن على الحضور، وسوف يتم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة، وإذا كان هناك أي ملاحظات للمنتفعات على الجلسات السابقة يتم مناقشتها.
- سوف تقوم الباحثة بمراجعة أنشطة مساعدة الذات مع المنتفعات مع تقديم الشكر والتشجيع لما بذلوه من جهد.
- سوف تقوم الباحثة بتدريب المنتفعات على بقية تمارين الاسترخاء والتي شملت التمرين الخامس حتى التمرين العاشر، وكانت تشمل هذه التمارين عضلات الجبهة، وعضلات الفكين، وعضلات الصدر، وعضلات الظهر، وعضلات البطن، وعضلات الرجلين.
- ستقوم الباحثة بتوضيح على أهمية الاسترخاء في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية، والهدف من ممارسة الاسترخاء هي مساعدة المشاركات في التخلص من القلق والتوتر.
- سوف تقوم الباحثة بتشكيل البنية المعرفية الصحيحة للمنتفعات عبر تقنية الأسلوب السقراطي (الاكتشاف الموجه) وهو القيام بطرح أسئلة تسمح بالتعمق أكثر في المعتقدات السلبية فأى فكرة خاطئة يتم اختيار صحتها من خلال الأدلة التي تثبتها أو تنفيها.

الدليل مع	الفكرة السلبية	الدليل ضد

- سوف تقوم الباحثة بتطبيق الأسئلة السقراطية على أمثلة من واقع المنتفعات، واختيار مدى مصداقية هذه الأفكار.
- سوف تقوم الباحثة بإعطاء أنشطة مساعدة الذات وهو أن تطبق كل مشاركة من المشاركات طريقة الحوار السقراطي، وطرح الاسئلة الأساسية التالية:
 - ما هي الأدلة على ما تعتقدين؟
 - كيف يمكن تفسير الوضعية؟
 - إذا كان ذلك صحيحاً ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟
- وبذلك تستطيع المنتفعات تعلم تفنيد الأفكار السلبية وإحلال أفكار إيجابية مكانها.
- سوف تقوم الباحثة بتطبيق مقياس بيك لمعرفة درجة التحسن.
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص تشاركي مع المنتفعات عما دار في الجلسة وتشكر المنتفعات على الحضور.
- تقييم الجلسة من خلال سؤال المنتفعات.

الجلسة التاسعة

- 1- عنوان الجلسة: حل المشكلات.
- 2- أهداف الجلسة:
 - مراجعة سجل أنشطة مساعدة الذات.
 - تدريب المنتفعات على الحل المعرفي البناء المترابط لمشكلة محددة مررن أو قد يمررن بها مستقبلاً.
- 3- المدة الزمنية: (60 - 90) دقيقة.
- 4- الفنيات المستخدمة:
 - أسلوب حل المشكلات.
 - المناقشة الجماعية.
 - العصف الذهني.
 - مجموعات العمل.

- التعزيز.
- تحليل النتائج.
- أنشطة مساعدة الذات.
- التلخيص.

5- سير الجلسة:

- في بداية الجلسة سوف ترحب الباحثة بالمنتفعات، وسوف تتحقق الباحثة من رأي المنتفعات حول الجلسات السابقة، وهل يوجد لديهن أسئلة أو استفسار عن تلك الجلسات.
- ستقوم الباحثة بمراجعة ومناقشة أنشطة مساعدة الذات والتأكد من مدى نجاحه.
- سوف تقوم الباحثة بالتركيز على مدى استفادة المنتفعات من الفنيات العلاجية التي تم شرحها لهن وخاصة فنية الاسترخاء وفنية الاكتشاف الموجه.
- سوف تقوم الباحثة بتعليم المنتفعات أسلوب حل المشكلات من خلال عرض النموذج الخاص بذلك، والذي يتضمن طريقة حل المشكلات بخطواتها: تحديد وتعريف المشكلة، الأهداف، البدائل، الاختيار من بين البدائل (البديل المنتج) ثم تقييم مدى فعاليته من خلال تطبيقه، وبعد ذلك ستقوم الباحثة بتوزيع المنتفعات على مجموعات وتقوم كل مجموعة بتحديد اسم لمجموعتها، ومن ثم تطلب الباحثة منهن تطبيق نموذج حل المشكلات على مشكلة معينة قد مررن بها أو يمررن بها الآن، وسوف تقوم الباحثة بمساعدة المنتفعات إذا كان هناك أي استفسار أو غموض، وبعد الانتهاء من ذلك سوف تقوم الباحثة بمناقشة أفراد المجموعة بالمشكلة التي تم اقتراحها من قبلهن وتقييمهن لهذا الحل ومعرفة مدى شعورهن بهذا الحل.
- ستقوم الباحثة بإعطاء المنتفعات سجل أنشطة مساعدة الذات وهو تطبيق طريقة حل المشكلات مع مشكلة راهنة تودين حلها، وسوف يتم توزيع نموذج حل المشكلات على كل منتفعة للتطبيق عليه.
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة، وتشكر المنتفعات على المشاركة في النشاط.
- تقييم ما دار في الجلسة.

الجلسة العاشرة

1- عنوان الجلسة: أسلوب A – B – C في الحد من أفكار اليأس.

2- أهداف الجلسة:

- مراجعة أنشطة مساعدة الذات.
- مساعدة المنتفعات في الحد من التفكير اليأس.
- مساعدة المنتفعات في تنمية الإحساس الحقيقي بالتفاؤل.
- فنية صرف الانتباه.

3- المدة الزمنية للجلسة: (60 – 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- نموذج A – B – C لتعديل الأفكار.
- المجادلة.
- فنية صرف الانتباه.
- المناقشة والحوار.
- أنشطة مساعدة الذات.
- التلخيص.

5- سير الجلسة:

- سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وشكرهن على الحضور، وسوف تقوم الباحثة بمراجعة ومناقشة أنشطة مساعدة الذات والتأكد من مدى نجاحه.
- سوف تقوم الباحثة بشرح نموذج A – B – C للحد من التفكير باليأس من خلال ممارسة بعض الأشياء/ أول نشاط تقوم به المنتفعات أن تناقش أفكار اليأس، ومن ثم البحث عن الأجوبة الأساسية الواقعية الإيجابية، وهذا النشاط سوف يولد عند المنتفعات الشعور بالارتياح من خلال هذا الشكل من التفكير.
- سوف تقوم الباحثة بشرح نموذج A – B – C وكيف أن الالتزام بنموذج A – B – C، يبطل التفكير باليأس ويزيد من حظوظك في تنمية الإحساس الحقيقي بالتفاؤل.

الحدث النشط (الخبرات)

معتقدات اليأس للاعقلانية: لا أستطيع أن أقاوم هذه المشاعر وسأعاني منها للأبد، الأشياء سوف لن تتغير، سوف لن أحسن أبداً أنا هالك.

النتائج الانفعالية والسلوكية الناجمة عن معتقدات اليأس اللاعقلانية: اضطراب المزاج، اضطراب المواقف والحالات المتعلقة به، التنبؤ الأسوأ يمكن أن تؤدي إلى الشعور بضيق الأمل، ومنه التعمق في الاكتئاب وعدم القدرة على السيطرة عليه.

مجادلة معتقدات اليأس غير العقلانية:

1. رغم أن المشاعر الاكتئابية يمكن أن تشعرني بالإرهاق؟ لماذا لا أستطيع أن أقاوم ما لا أريده؟

جواب نموذجي: يمكنني ذلك لكن لا زلت لا أحبذ الحالة التي أنا فيها.

2. ماذا أنال عندما أحدث نفسي أن الاكتئاب سيستمر إلى الأبد؟

جواب نموذجي: لا يوجد أي هدف ذو فائدة من جعل القضاء والقدر حتمية غير قابلة للتغيير.

3. ما هو الشيء الذي سوف لن يتغير أبداً؟

جوانب نموذجي: الكثير من الأشياء بإمكانها أن تحدث بين الآونة والأخرى ويكن أن تتغير تصوراتي من خلال معلومات جديدة مع مرور الوقت.

4. ما الدليل والبرهان على أنني أقرأ ما سيحدث مع بعض الأفكار التي لا يمكن إنجازها ولا أن تجلب لنا الأفضل؟

جواب نموذجي: التفكير التشاؤمي بالمستقبل لا يروي الواقع، ويجلب الاكتئاب ومن خلال مشاركة المنتفعات بإعطاء أمثلة على التفكير بالتنبؤات بالمستقبل، ويتم إثبات ذلك على أنه يمكن أن هذه التنبؤات خيالية ولا تمد للواقع بأي صلة.

5. ماذا أقصد بـ(محكوم عليه باليأس؟ ما الناحية التي سأكون فيها هالكاً مقضياً على؟ هل بإمكانني البرهنة على نظرية الهلاك.

جواب نموذجي: الهلاك هو شكل من التفكير الاكتئابي المتطرف مثل الحبر، بإمكانه تلوين الماء، يمكن أن يضيف الضبابية على الوضوح، رغم أن التفكير بالحتمية أن يغير من لون الوضوح، فإن التنبؤ التشاؤمي يضيف الحساسية على الوضوح.

تأثيرات المجادلة، التخلي عن أفكار اليأس.

وبعد ذلك ستقوم الباحثة بشرح فنية صرف الانتباه وما هو دور هذه الفنية في إيقاف كثرة الأفكار التي تراود الفرد ومتى تستخدم هذه الفنية، فالمنفعة تعاني من بعض الأعراض، تطلب منها الباحثة عدم التركيز على هذه الأعراض لأنها تجعلها تزداد سوءاً، فلابد من صرف انتباه المنفعة عن تلك الأعراض، وأن لديها القدرة على التحكم في الأعراض التي تشكو منها، وسوف تقوم الباحثة بالتوضيح للمنفعات أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة الأعراض، كما ستوضح بأن هناك طرقاً كثيرة لصرف الانتباه يمكن للمنفعة أن تستخدمها مثل التمرينات الحسابية كأن تطرح أو تجمع، أو التفكير بالأسماء الأشخاص الذين تبدأ أسماؤهم بحرف (الغين)، أو تصف بصوت مسموع محتويات الغرفة المتواجدة فيها، أو تتذكر مواقف سعيدة وسارة.

وبعد الانتهاء من شرح هذه الفنية، سوف تقوم بإعطائهم أنشطة مساعدة الذات وهو (سجل الأفكار البديلة حيث يقوم المرضى بتسجيل الأفكار السلبية ثم يحالون إيجاد أفكار إيجابية بدلاً من الأفكار السلبية).

وأخيراً سوف تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة.

تقييم الجلسة.

الجلسة الحادي عشر

1- عنوان الجلسة: كبح اللوم.

2- أهداف الجلسة:

- مراجعة أنشطة مساعدة الذات.
- أن تتعرف المنفعات على الأفكار الأوتوماتيكية للاكتئاب مباشرة كلوم الذات.
- أن تتعرف المنفعات على أشكال اللوم.

3- الفنيات والأساليب الإرشادية المستخدمة:

- المناقشة الجماعية.
- الحديث الذاتي الإيجابي.
- الاسترخاء.

• التعزيز.

• الإصغاء.

• التلخيص.

4- مدة الجلسة: (60 - 90) دقيقة.

5- محتوى الجلسة:

- سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وتخليص ما تم في الجلسة السابقة ومن ثم مراجعة أنشطة مساعدة الذات ومناقشة أهم الصعوبات التي واجهت المنتفعات في تنفيذه.
- سوف تقوم الباحثة بمناقشة المنتفعات في كبح اللوم وهو يساعد على وجود المزاج الاكتئابي في إلقاء اللوم، وسوف تقوم الباحثة بتعريف المنتفعات على أشكال اللوم مثل:
 - اللوم العام: كأن تقول المنتفعة لا أستطيع القيام بأي شيء، فعندما ينشط هذا النوع من التفكير في لوم العجز، فإن السعادة والنجاح والقيمة تكون خارج النطاق.
 - لوم الذات: كأن تلوم المنتفعة نفسها على أمور تافهة أو تلوم نفسها بأنها عاجزة، فمن خلال التفكير بالطريقة الإيجابية واستخدام الأدلة ضد ومع أنها تافهة أو عاجزة، ويمكن استخدام المصطلحات التالية التي تشعرك بالأفضل مثل (من الممكن أن أكون ذو فائدة وينتفع بي.. الخ).
 - لوم الآخرين: حيث يقوم الشخص المكتئب بإسقاط اللوم على المحددات الخارجية، حيث هذا يزيد من الشعور بالاكتئاب، حيث من خلال لوم الآخرين نتيجة شعورك أنك أقوم وأصلح منهم أحياناً وعلى الأمد القريب يمكن أن يجعلك تشعرين بالراحة، ولكن على المدى البعيد يحزن ويفرق العلاقات الاجتماعية، ويزيد من التفكير المشوه أكثر.
 - لوم الماضي: ما بين لوم الذات ولوم الآخرين، نجد أن هناك أفراداً آخرين ضمن ضحايا التفكير مثال ذلك (لقد تعرضت إلى سلسلة من الخسائر، أو لدي مشكلات تتعلق بإصلاح.... الخ) فكيفية التفكير في مثل هذه الحالات يمكن أن يزيد أو يخفف من التوتر الزائد الذي بإمكانه مصاحبة الاكتئاب. ولكن ما الشيء الذي بمقدورك القيام به لأجل الماضي؟ وما يمكنك القيام به الآن ليساعدك على مكافحة الاكتئاب.
 - لوم الظروف والمواقف: من الممكن وأنت تمشي على الطريق قد تنزل قدمك، فتتضر إلى الأسباب، لا ترى أي شيء استثنائي، الآن تفكري في أن تكون هناك عقبة، فتعرف هذه الحالة بلوم الظروف الخيالي أو المتخيل، فيمكنك أن تأخذي النظرة على أن مثل هذه

الأحداث العشوائية تدخل في حياة الجميع، ومن الممكن أن يرافق التفكير الاكتتابي سؤال لا جواب له وهو "لماذا أنا؟" وهذا سؤال يعمل على إشراك اللوم الذي يمكنه أن يعكس الإحساس والشعور بالعجز، وهذا لا يعتبر إجابة شاملة فيما يخص التساؤل "لماذا أنا؟" الأشياء كما هي باقية، وأن أكثر التساؤلات أهمية ويبقى الباقي على حالته هو "كيف لي أن أتصرف مع ما لدي من إمكانيات".

ومن خلال اكتشاف سمة الوهم في اللوم ومكافحته أن الوهم أو الخداع النفسي هو الشيء الذي تعتقد أنه حقيقة لكنه ليس كذلك، ومثال على ذلك يمكن وصم نفسك (إنك إنسان تافه) لكن سمة التفاهة تعطي تعميماً، والتعميم هو شكل من أشكال الخداع أو الوهم وفي مكان وزمان آخر رؤيتك لنفسك من الممكن أن تتغير، فلا يوجد أفراد على الكوكب لديهم دائماً جانب واحد.

ماذا لو أسميت نفسك بالرائعة أو المدهشة، عندما تكونين مكتئبة هذا التعبير ذو مصداقية قليلة في حين تسمي نفسك بالرائعة أحسن بكثير من تسمي نفسك بالتافهة أو العاجزة وكلاهما يعكس الوهم، فمن خلال تقنية سريعة لتوجيه التعميم فيما يخص التفكير في الاكتتاب، وأنت قادر على أنك قادرة على التصرف في جوانب أخرى أو قادر على تغيير تصرفاتك، هذا يساعد على إزالة الغطاء الوهمي للعجز، وسوف يقلل من خطر إعطاء نفسك جرعة من الاضطراب المزوج للوم نفسك كي تبقى عاجزة أو تافهة وعديمة القيمة.

- سوف تقوم الباحثة بأخذ مواقف من المنتفعات وتطبيقها على المهارة السابقة، ومن ثم فتح المجال للمنتفعات للاستفسارات أو إلقاء الأسئلة.
- سوف تقوم الباحثة بإعطائهم أنشطة مساعدة الذات وهي مراقبة الذات وتسجيل المواقف التي فيها (لوم بأنواعه) ويتم تحديد هذا اللوم والأفكار الهدامة المصاحبة لذلك، ومن ثم استخدام تقنية ما هو الدليل على صحة هذه الأفكار؟ وهل هذا الدليل لصالح هذه الأفكار أو أنه ضدها، وسوف يتم مناقشة ذلك في الأسبوع القادم.
- سوف تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة بمشاركة المنتفعات.
- سوف تقوم الباحثة بأخذ تقييم على الجلسة ومدى استفادة المنتفعات منها.

الجلسة الثانية عشر

1- عنوان الجلسة: الإقرار اليومي.

2- الهدف من الجلسة:

- تحويل نظر الفرد من التفكير الاكتئابي الداخلي إلى وجهة نظر أكثر توازناً.
- التخفيف من الألم والأسى والناجم عن الاكتئاب.

3- الفنيات المستخدمة:

- الحوار والمناقشة.
- العصف الذهني.
- التعزيز.
- الإصغاء.
- التلخيص.

4- مدة الجلسة: تستغرق مدة الجلسة من (60-90) دقيقة.

5- سير الجلسة:

- في البداية سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات والثناء عليهن وتذكيرهن بمحتوى الجلسة السابقة ومناقشة سجل أنشطة الذات.
- سوف تقوم الباحثة بتهيئة المنتفعات للنشاط الجديد عن طريق ممارسة الاسترخاء على أن يتم من خلال التوجيهات التي تصدر عن الباحثة حتى تكون المنتفعات في حالة هدوء واستقرار وبذلك تكون المناقشة أكثر إيجابية.
- سوف تقوم الباحثة بشرح تمارين قصد التحويل والتي يهدف إلى تحويل نظر المنتفعات عن التذمر الداخلي والتفكير الاكتئابي إلى وجهة نظر إيجابية، تساعدن في التخفيف من الألم والأسى الناجم عن الاكتئاب.

ويمكن أن تمارس هذه المهارة كما يلي:

- عند نهاية كل يوم تقوم كل منتفعة بتدوين ثلاثة أشياء قد حدثت معك، وقد كنت سعيدة نتيجة ذلك، ويمكن أن تصف أيضاً أشياء أخرى كشروق الشمس، غروب الشمس، أو الأشياء التي يمكن أن تكون مصدراً لشعور بالرضا والسعادة.

- أن تتعرف المنتفعات على الأفراد الذين كان لهم الفضل عليك أو ساعدوكي أو تعاملوا معك بلطف، ويمكن أن تعبري عن امتنانك لهم بالكلام أو الكتابة مثلاً أشكركم على... أو أحب عندما.....، فمثل هذه التصرفات الصغيرة المعبرة تحول نظرك عما يحدث معك من مشاكل حياتية إلى مساعدة الآخرين، وهنا سوف تشعرين بالفرق.
- سوف تقوم الباحثة باسترجاع المهارات التي تم تنفيذها في الجلسات السابقة وإذا كان هناك ملاحظات من المنتفعات على هذه المهارة.
- سوف تقوم الباحثة بفتح المجال للمنتفعات للاستفسار أو إلقاء الأسئلة حول ما دار في الجلسة والرد عليها، وفي نهاية الجلسة تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة.
- تقييم ما دار في الجلسة.

الجلسة الثالثة عشر

1- عنوان الجلسة: الوقاية من الانتكاسة

2- أهداف الجلسة:

- أن تكون المجموعة قادرة على فهم أسباب استمرار الأعراض.
- العوامل التي ساعدت على التخلص منها.
- أن تكون المنتفعات قادرات على وضع خطة للتعامل مع عودة الأفكار.
- مراجعة الفنيات التي تم استخدامها في الجلسات العلاجية.

3- المدة الزمنية الاجرائية: يستغرق النشاط في الجلسة (60-90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- التنقّف النفسي.
- المناقشة والحوار.
- العصف الذهني.
- التعزيز.
- الاصغاء.
- عكس المشاعر.
- التلخيص.

5- سير الجلسة:

- سوف تقوم الباحثة بالترحيب بالمنتفعات وشكرهن على الحضور للجلسات.
- سوف تقوم الباحثة بسؤال المنتفعات عما حدث معهن في الأسبوع الماضي.
- سوف تقوم الباحثة بعمل تثقيف نفسي للمنتفعات عن كيفية التعامل مع الأعراض الاكتئاب إذا رجعت مرة أخرى، وتذكيرهن بأهمية تأثير التفكير الإيجابي على نفسيتهن.
- سوف تقوم الباحثة باسترجاع المهارات التي تم تنفيذها في الجلسات لاستخدامها مرة أخرى إذا عادت أعراض الاكتئاب معهن.
- سوف تقوم الباحثة بفتح المجال للمنتفعات للاستفسار أو إلقاء الأسئلة، حول ما دار في الجلسة، والرد عليها وفي نهاية الجلسة سوف تقوم الباحثة بتلخيص ما دار في الجلسة وإخبارهن بأننا أوشكنا على الانتهاء من البرنامج.
- تقييم ما دار في الجلسة.

الجلسة الرابعة عشر

1- عنوان الجلسة: تقييم وإنهاء البرنامج الإرشادي

2- أهداف الجلسة:

- ذكر كل منتفعة تقييمها الخاص بالبرنامج ومدى استفادتها منه.
- تطبيق التقييم البعدي (مقياس بيك للاكتئاب).

3- المدة الزمنية: يستغرق النشاط في الجلسة (60 - 90) دقيقة.

4- الفنيات المستخدمة:

- الحوار والمناقشة الجماعية.
- مقياس بيك للاكتئاب.
- التعزيز.
- الإصغاء.
- التلخيص.

5- سير الجلسة:

- سوف تبدأ الباحثة بالترحيب بالمنفعات والتناء عليهن وتذكيرهن بمحتوى الجلسة السابقة.
- سوف تقوم الباحثة بمناقشة المنفعات عن البرنامج:
 - سلبيات وإيجابيات البرنامج.
 - مدى الإعجاب بالجلسات وهل حققت الهدف منه.
 - أهم الصعوبات التي واجهتهن خلال مشاركتهن في البرنامج وكيف تغلبن عليه.
- سوف تقوم الباحثة بتطبيق اختيار (بيك) للاكتئاب على المنفعات.
- سوف تقوم الباحثة بإعطائهن واجب وهو الانتباه إلى الذات ومراقبتها، ومحاولة المقارنة بين ما كنَّ عليه وما صرنَّ عليه خلال الشهر بعد انتهاء البرنامج ،وسوف يتم مقابلتهن للاطمئنان عليهن بعد شهر وسوف يتم تحديد التاريخ لهن.
- سوف تقوم الباحثة بشكر المنفعات على الحضور.
- سوف تقوم الباحثة بتوزيع الهدايا على المنفعات في جو من المرح والسرور.

ملحق رقم (5)

تمارين الاسترخاء

التمرين الأول : تدريبات التنفس

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) واحبسهُ لمدة ثانية واحدة. الشهيق الكامل يؤدي إلى الشعور بالتوتر.
- أطلق (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3-2-1) الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حال التوتر.
- حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.
- كرر هذه العملية ثلاثة مرات.

التمرين الثاني: تدريبات الذراعين :

- استرخِ إلى أقصى درجة ممكنة ثم أغمض عينيك (لحظة صمت)، وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك وتركيزك الآن على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص.
- اقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة ممكنة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليميني وعضلات مقدمة الذراع اليميني تتقبض وتتوتر.
- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليميني وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد)حتى تصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع الآن بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت).
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- لنتجه الآن إلى اليد اليسري.
- أغلق الآن يدك اليسري بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة، ولاحظ أن عضلات يدك اليسرى وعضلات مقدمة الذراع تتقبض وتتوتر.

- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليسرى وارخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء استمتع الآن بحالة الاسترخاء التي عيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت).
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين :
- اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد.
- لاحظ هذا التوتر.
- الآن استرخِ وعد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح.
- لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى.
- اثن كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيمن وارخه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما عليه الآن من استرخاء تشعر به الآن.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- ننتقل بعدها للذراع الأيسر:
- اثن كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيسر وارخه تماماً.

- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما عليه الآن من استرخاء تشعر به الآن.
- الآن اترك العضلات على سجيئها أكثر فأكثر لمدة عشر ثوان.

التمرين الثالث :تدريبات الرجلين :

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة.
- افرد ساقيك وأبعدهما قدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر المشار في منطقة الفخذ.
- الآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان.
- لاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح.
- اجذب قدمك اليميني باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- ارخ عضلات رجلك اليميني تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد)حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.
- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها، هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتني الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر نفس التمرين مع رجلك اليسرى بحيث تبدأ بالآتي:
- اجذب قدمك اليسرى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- ارخ عضلات رجلك اليسرى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.
- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها، هل يوجد فرق؟

التمرين الرابع : عضلات الكتفين :

- الآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين .
- ارفع كتفك إلى أقصى نقطة تستطيعها باتجاه الأذنين.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان مع التركيز على حالة الشد العضلي والتوتر في هذه المنطقة.
- ارخ عضلات الكتفين تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الكتفين، وهل يوجد فرق ؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر هذا مرة ثانية.

التمرين الخامس : عضلات الوجه

- الآن أرجو أن تعطي اهتماماً خاصاً للجهة.
 - حاول أن تشد عضلات جبهتك عن طريق النظر إلى أعلى بأقصى ما تستطيع.
 - حاول أن تتعرف على مكان الشد في هذه الأثناء، هل تشعر بالتوتر في منطقة الجبهة ؟
 - ارخ عضلات جبهتك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
 - استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- عضلات العينين :-**

- أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعر بوجود توتر يحيط بالعضلات المحيطة بالعينين.
- حاول أن تركز اهتمامك على منطقة العينين، هل تشعر بالتوتر في منطقة العينين ؟
- افتح عينيك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة العينين، وهل يوجد فرق ؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

عضلات الفكين :-

- أطبق فكك بإحكام كما لو انك تعض على شيء بقوة.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشرة ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الفكين ؟
- ارج عضلات فكك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الفكين، وهل يوجد فرق ؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين السادس : عضلة الرقبة

- ادفع براسك إلى الخلف بشدة كما لو انك تريد أن تشاهد شيئاً خلفك بشكل مقلوب مع المحافظة على استقامة الظهر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشرة ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرقبة؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الرقبة، وهل يوجد فرق ؟
- كرر الحركة السابقة للرقبة في الاتجاهات الأخرى (أمام - يمين - يسار).
- بعد استكمال دفع الرقبة بالاتجاهات الأربعة وشعورك بالتوتر، حاول الآن الاستمتاع بحالة الاسترخاء.

عضلات الصدر

- حاول أن تطبق كتفك بقوة إلى الأمام وكأنك تريد أن يتلامسا في منتصف الصدر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الصدر، وهل يوجد فرق ؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

التمرين الثامن : عضلات الظهر :

- حاول أن تجذب كوعيك إلى الخلف بقوة كأنك تريد أن يتلامسا وراء ظهرك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- حاول أن تقوس ظهرك إلى الأمام كما لو أنك تريد أن تلتصق رأسك ببطنك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشهرك بها الآن.
- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وأمسكه لمدة خمس ثوان ، ولاحظ على حالة التوتر التي تعيشها الآن، إن التوتر سوف ينتشر في معظم الأعضاء التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء.
- أطلق النفس تدريجياً (زفير) واسترخ مع الاستقرار في تنفسك العادي.

التمرين التاسع :عضلات البطن :

- تعتبر عضلات البطن من العضلات التي يواجهها المعالجون إجهاداً مضاعفاً خاصة عند كبار السن، والنساء التي تكون عندهن عضلات البطن في حالة ترهلات كبيرة حيث يكون من الصعب عليهن ضغط عضلات المعدة Stomach Muscles وشد منطقة البطن، ولتمرين هذه العضلات يوجه المعالج إلى المريض التعليمات الآتية :-
- حاول أن تشد بطنك إلى الداخل بقوة.
 - حافظ على الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة البطن ؟
 - ارخ عضلات بطنك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد)
 - لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق ؟
 - استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها الآن.
 - خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وأمسكه لمدة عشر ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف ينتشر في معظم أجزاء جسدك التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء.
 - أطلق النفس الآن تدريجياً (زفير) وحاول أن تستمر في تنفسك العادي.

التمرين العاشر: عضلات الرجلين

- مد ساقك الأيمن مع أصابع القدم بقدر ما تستطيع من قوة حتى تشعر بالتوتر والإجهاد في منطقة الساق والفخذ.
 - ارخ عضلات ساقك الأيمن مع أصابع القدم تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد)
 - لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق ؟
 - كرر نفس التدريب مع رجلك اليسرى.
 - كرر نفس التدريب للرجلين مع بعض.
 - استمتع بحالة الاسترخاء التي تحصل عليها بعد الانتهاء من تكرار التدريب.
- وأخيراً بعد أن قمت بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاول أن تجري جميع التدريبات الآن مع التركيز على الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين.

كذلك حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات، قد تواجهك بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر معتاد، ويجب ألا يقلقك، بل حاول تكرار هذا التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين وتستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة وإلا لن تحصل على نتائج ايجابية من تدريباتك على الاسترخاء. (الغاديان، 2010: 74-82)

سجل الأفكار اليومية

التعليمات خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض المشاعر المزعجة التي أحسست بها ودرجة شدتها (0-10) ،وما هي الأفكار التي دارت في عقلك خلال الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها (0-10) ،يفضل التسجيل أثناء الموقف نفسه، أو بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة.

[illegible]

سجل الأفكار اليومي

Daily Thought Record

التعليمات خلال الأسبوع القادم الرجاء التوقف والتفكير عندما تشعر ببعض المشاعر، رجاء سجل الموقف المزعج مباشرة (الموقف - متي يحدث - اين يحدث - مع من يحدث، ماذا يحدث) والمشاعر لمزعجة التي شعرت بها ودرجة شدتها من (0-10) وما هي الأفكار التي دارت في عقلك خلال الموقف ودرجة اقتناعك بصحتها من (0-10) يفضل التسجيل أثناء الموقف نفسه، أو بعده مباشرة في أقرب وقت لضمان الدقة، وهذا الجدول يساعدك على مراقبة ذاتك والتعرف على طبيعة ما يحدث معك.

نموذج متابعة للأفكار والمشاعر والسلوك (A-B -C)

الموقف أو الحدث	الأفكار	المشاعر	السلوك

إعداد د. مصطفى المصري

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

سجل التعامل مع الأفكار الآلية (لتعديل الأفكار وتصحيحها)

الموقف	المشاعر	الأفكار الآلية	الأدلة		الفكرة البديلة	المشاعر بعد
			مع	ضد		

إعداد د. مصطفى المصري

العلاج المعرفي السلوكي - نماذج

ملحق رقم (7)

نموذج العلاج بحل المشاكل

التوجه نحو المشاكل الآن :

- إيجابي : المشاكل جزء أساسي من الحياة ؟ المشاكل قابلة للحل ؟ استطيع بالجهد والوقت المطلوب أن أصل لحل ولو جزئي ؟
- سلبي : المشاكل غير قابلة للحل ؟ لا استطيع حلها ؟ حاولت وفشلت في السابق ؟ أتمني لو لم يكن في حياتي مشاكل بالمطلق ؟

نمط حل المشكلات :

عقلانية:

تجنب:

اندفاعية :

مثال.....
.....
.....

قائمة المشاكل الحياتية المحتملة :

	الطلاق إنهاء العلاقة
	مشكلات مع العلاقة مع الزوج
	مشكلات مع العائلة وخصوصاً الطفل المعاق
	مهنية - أعمال منزل
	مشكلات إدمان أدوية أو مخدرات
	مشكلات صحية
	الفقدان أو الحزن
	مشكلات اقتصادية
	مشكلات اجتماعية

المشكلة المختارة للحل

تقييم وتعريف المشكلة :

	من المقصود بالمشكلة ؟
	متى تحدث هذه المشكلة ؟
	أين تحدث هذه المشكلة ؟
	من يشاركك في هذه المشكلة ؟
	كيف تولدت المشكلة ؟
	ما هي طريقة تعاملك مع المشكلة حتى الان ؟
	نتيجة تعاملك مع المشكلة حتى الان ؟
صياغة المشكلة	

قائمة بتأثير المشكلات على الوظائف الحياتية :

رعاية الذات	اجتماعية	مهنية - أعمال منزلية	ترويحية - ثقافية - دينية

رعاية الذات	اجتماعية	مهنية - أعمال منزلية	ترويحية - ثقافية - دينية

قائمة البدائل المقترحة للحل :

1	
2	
3	
4	

تقييم البدائل / البديل

التأثير الإيجابي	الدرجة	التأثير السلبي	الدرجة	تأثير جانبي

الحل المختار:

ملحق (8)

خطاب تسهيل مهمة

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم ج 35/ع 35 Ref

التاريخ 2015/04/12 Date

الأخوة الأفاضل/ جمعية فلسطين المستقبل للطفولة

حفظهم الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ أسماء محمود عبيد سعود، برقم جامعي 220120417 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان :

فاعلية برنامج بنرجي معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



السنة الأولى
لأ.د. فؤاد علي العاجز

صورة إلى :-
المفد.

Islamic University - Gaza

High Studies Deanery

Faculty of Education

Psychology Department

Mental Health



**The Effectiveness of Pre Behavioral Programme Proposal
To Ease Depression of Mothers of Infected
Children With Congenital Anomalies**

Presented By

Asma. M. Soud

Supervised by

Dr.Sameer.R.Quta

**This thesis was applied to complete the requirement for achieving master
degree in community mental health in the Islamic university- Gaza**

1437- 2015