كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

قسم علم النفس

برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال

رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية

(تخصص علم النفس التعليمي)

إعـــــداد

يحيى علي عودة عوض

بكالوريوس الارشاد النفسي – جامعة الأقصى – فلسطين

ماجستير علم النفس – جامعة الأزهر- غزة – 2007م

إشـــــــراف

أ.د. نبيلة أمين علي أبوزيد

أستاذ علم النفس

كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

جامعة عين شمس

د. سهام محمد عبدالفتاح خليفه

مدرس علم النفس

كلية البنات للآداب و العلوم والتربية

جامعة عين شمس

2016

جامعة عين شمس
كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
إدارة الدراسات العليا

تاريخ موافقة مجلس الكلية علي تشكيل لجنة الحكم والمناقشة
فحص
مناقشة في / / م، وتتكون من:

١. الأستاذ الدكتور/ _____

٢. الأستاذ الدكتور/ _____

٣. الأستاذ الدكتور/ _____

٤. الأستاذ الدكتور/ _____

تاريخ موافقة مجلس الكلية على التوصية بمنح الطالب درجة
ماجستير
دكتوراه في / / م.

الموظف المختص مدير الادارة أ.د/وكيلة الكلية

بسم الله الرحمن الرحيم

قُل لَّن يُصِيبَنَا إِلاَّ مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُون

(التوبة-51)

كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

قسم علم النفس

صفحة العنوان

عنوان الرسالة: برنامـــج إرشـــادي انتقائي لخفـــض أعـــراض اضطـــراب ما بعـــد الصدمة لدى الأطفال.

اسم الطالب: يحيى علي عودة عوض .

اسم الدرجة العلمية: دكتـــوراه الفلسفـــة في التربيـــة - تخصص علم النفس التعليمي.

القسم التابع له: قسم علم النفس .

اسم الكلية: كلية البنات للآداب والعلوم والتربية.

الجامعة: جامعة عين شمس.

سنة التخرج: 2016

سنة المنح: 2016

شكر خاص

إلى من علمني كيف أضع قدمي على الطريق

إلى من فهمني كيف أَتَخِذَ العلمَ صديق

إلى من قال ما زال في الدُّنيا رحيق

إلى من كان شمعة تضئ في زمن أَفِلَ فيهِ المُضِيء

إلى أُستاذتي نبيلة أبو زيد ذات الخُلق والحس الرَّقيق

فلها مني كل حبٍّ صادقٍ ودقيق

الباحث/ يحيى علي عوض

شكر وتقدير

انطلاقاً من قوله تعالى "بل الله فاعبد وكن من الشاكرين" وقول الرسول صلى الله عليه وسلم "من لا يشكر الناس لا يشكر الله " فإني أتقدم بالشكر الجزيل وعميق التقدير، من أستاذتي القديرة أ.د. نبيلة أمين أبو زيد على ما أسدت علي من نصح مفيد، وأغدقت علي من توجيه سديد، فأفاضت من لطائف علمها الكثير، كما كان لخلقها الكريم وصبرها الجميل وسعة صدرها الأثر الأطيب في نفسي، مما جعلني لا أتردد في تحمل عناء السفر للقائها، والاستزادة من علمها، فالله أسأل أن يجزيها عني خير الجزاء، ويعطيها خير العطاء. كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى مشرفتي الثانية د. سهام محمود عبد الفتاح خليفة، وأُقدم عظيم شكري للأستاذتان الفاضلتان اللتان تكرمتا بمناقشة بحثي هذا؛ ليخرج أحسن حالاً، وأعطر مثالاً، فبذلتا جهداً كبيراً في مراجعة صفحاته وتنقيح أفكاره أ.د. شادية أحمد عبد الخالق، وأ.د. وفاء محمد فتحي، كما أوجه شكري للأستاذة ريم أصرف لما قامت به من جهد كبير في تدقيق ترجمة ملخص ومستخلص الدراسة. وكذلك الأخ الأستاذ سليمان الملالحة لتحمله عناء مراجعة التدقيق اللغوي للدراسة، والأخ والصديق الأخصائي النفسي علاء جرادة.

كما أقدم شكري وعظيم امتناني لسبب وجودي، أمي الغالية الذي كانت أمنياتها ودعائها بمثابة المداد الذي أكتب به، فالله أسأل أن يطيل في عمرها ويصلح عملها، وأقدم شكري الخاص لزوجتي صاحبة الخلق الرفيع والصبر العظيم، التي كانت سنداً لي في كل المحطات من رعاية البيت أثناء السفر، ومساعدتها في الطباعة والتنسيق، كما أشكر فلذات قلبي ابني محمد ومؤمن وابنتي نور ونغم، لصبرهما عليَّ وما استقطعت من وقتهم الشئ الكثير، كما أشكر وكالة الغوث الدولية لما قدمته لي من تسهيلات السفر، خاصاً بالذكر مدير برنامج الصحة النفسية السيد ديفد هاتون، والمشرفة العزيزة آية الحاج، كما لا يفوتني تقديم شكري لكل من قدم لي العون والتشيع في سبيل إنجاز هذه الدراسة خاصاً بالذكر الأخ العزيز فوزي الأخشم، والأخ مروان الملفوح، والعزيز الغالي باسم مشتهى، وكذلك الشكر للدكتور مهند التعبان الذي لم يألو جهداً في المساعدة، ولا يفوتني تقديم شكري لجميع أفراد عائلتي الكريمة لما قدموه من دعم وصبر وتشجيع، وأخص بالذكر ابنة أخي مها العزيزة.

الباحث

مستخلص الدراسة

اسم الباحث: يحيى علي عودة عوض

عنوان الدراسة: برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

أهداف الدراسة:

تشخيص آثار ما بعد الصدمة لدى الأطفال في قطاع غزة، والكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تبعاً لاختلاف الجنس(ذكور – إناث)، كذلك إعداد برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج بعد التطبيق البعدي والتتبعي.

عينّة الدراسة:

في ضوء الدراسة الاستطلاعية للعينة كَكُل، فقد تم اختيار المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من بين الأطفال الذين فقدوا قريباً من الدرجة الأولى:(أب – أم – أخ – أخت)، وتتراوح أعمارهم ما بين (9–11) عاماً، وتكونت العينة من(18) طفلاً من الذكور كالآتي: العينة التجريبية ن = 9 العينة الضابطة ن = 9 .

أدوات الدراسة

1– مقياس اضطراب ما بعد الصدمة. (إعداد الباحث)

2– دليل تقدير العوامل والظروف المؤدّية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة. (إعداد الباحث)

3– مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. (إعداد الباحث)

4– استمارة تقييم البرنامج الخاصة بالأطفال. (إعداد الباحث)

5– استمارة تقييم البرنامج الخاصة بولّيِ الأمر. (إعداد الباحث)

6– استمارة تقييم البرنامج الخاصة بالمعلمين. (إعداد الباحث)

7– استمارة تقييم البرنامج الخاصة بالأخصائي المعالج. (إعداد الباحث)

8– استمارة الواجب المنزلي. (إعداد الباحث)

9- البرنامج الإرشادي الانتقائي. (إعداد الباحث)

10- دراسة الحالة. (إعداد الباحث)

نتائج الدراسة:

كشفت الدراسة الميدانية عن النتائج التالية:

1- وجود إضرابات يعاني منها الطفل الفلسطيني بعد التعرض للخبرات الصادمة بنسبة 53.63%. وكان ترتيب الأبعاد حسب الحدة كالتالي:(المشاركة الاجتماعية- الأعراض الجسمية- ردود الفعل العاطفية والانفعالية- تجنب الأحداث- فرط الحركة والمهارات الحياتية - إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها).

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وذلك لصالح القياس البعدي.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة لصالح المجموعة التجريبية.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس(ذكور، إناث) وذلك لصالح الذكور.

5- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

Abstract

Researcher Name: Yehia Ali Odaah Awad

Study Title: selective counseling program to alleviate children post traumatic stress disorders (PTSD).

Study Objectives:

-To diagnose post traumatic impacts on children in Gaza Strip.

-To reveal the different symptoms of post traumatic disorders according to the sex (male, female).

-To prepare a selective counseling program to alleviate post traumatic disorders symptoms and to reveal the continuity of the program's impact after application and consecutive follow up.

Study Sample:

In the light of sample scoping study as a whole the experimental group and control group from the children who lost a relative from the 1st degree (father, mother, brother and sister) their ages between (9-11) years old.

The sample consisted of (18) male children (Experimental Sample = N9) and (Control Sample N=9).

Study Tools:

1- Post traumatic stress disorders scale.(Prepared by the researcher)

2-Scale of economic, social and cultural level.(Prepared by the researcher).

3- Voucher of children's program assessment.(Prepared by the researcher).

4-Form of the program's parents assessment.(Prepared by the researcher).

5-Formof the program's teachers assessment.(Prepared by the researcher).

6-Form of the program's psychologist assessment.(Prepared by the researcher).

7-Form of homework assessment.(Prepared by the researcher).

8-The selective counseling program.(Prepared by the researcher).

9-Case study.(Prepared by the researcher).

The Results of the study:

The field study revealed the following results:

1-The Palestinian child suffers from disorders after being exposed to traumatic experiences by percentage of 53,63% and the domains order according to the intensity was as follow (social participation - physical symptoms – sentimental and emotional responses –avoiding incidents – hyperactivity – excessive movement –life skills –repeating traumatic incidents and their impact).

2-There are significant statistical differences between the average grades of the experimental group grades in the (pre & post) scales on post traumatic disorders symptoms which were in favor for the post scale.

3- There are significant statistical differences between the average grades of the experimental group and the control group grades in the post scale on the post traumatic disorders symptoms in favor for the experimental group.

4-There are significant statistical differences in the post traumatic disorders symptoms attributed to the sex variable (male, female) and it is in favor for males.

5-There are significant statistical differences between average of experimental group grades in the post scale and the consecutive (follow up) scales on the post traumatic disorders symptoms in favor for consecutive scale.

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الغلاف باللغة العربية	أ
من هدي القرآن الكريم	ب
صفحة العنوان	ت
صفحة الموافقة	ث
شكر خاص	ج
شكر وتقدير	ح
مستخلص الدراسة اللغة العربية	خ
مستخلص الدراسة باللغة الانجليزية	د
قائمة المحتويات	ز
قائمة الجداول	ع
قائمة الأشكال	غ
الفصل الأول **مدخل الدراسة**	
الموضوع	**رقم الصفحة**
أولاً: مقدمة	**2**
ثانياً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها	**5**
ثالثاً: أهداف الدراسة	**7**
رابعاً: أهمية الدراسة	**8**
خامساً: مصطلحات الدراسة	**10**
سادساً: منهج الدراسة ومحدداتها	**11**

الفصل الثاني

مفاهيم الدراسة

الموضوع	رقم الصفحة
أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة تمهيد	15
تعريف الصدمة النفسية	17
تطور اضطراب ما بعد الصدمة والمراحل التي مر بها	18
تفسير اضطراب ما بعد الصدمة	19
التوجهات النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة	21
التفسير الكيميائي	22
التفسير الدينامي	23
التفسير البيولوجي	24
التفسير المعرفي	26
التفسير السلوكي	29
تفسير منظور العجز المكتسب	31
ردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة	33
الآثار بعيدة المدى لضغط ما بعد الصدمة	35
معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة	36
اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال	41
الأسباب المؤدية لحدوث اضطراب ما بعد الصدمة	43

استجابات العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة	**45**
العلاج الوقائي لاضطراب ما بعد الصدمة	**45**
علاج اضطراب ما بعد الصدمة	**49**
الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الصدمة	**50**
الفروق الفردية في الاستجابة للأحداث الصادمة	**51**
ثانياً: الإرشاد الانتقائي تمهيد	**52**
خصائص المرشد النفسي	**53**
مفهوم الإرشاد النفسي	**55**
أهداف الإرشاد النفسي	**58**
الانتقائية في السياق التاريخي	**61**
البرامج الإرشادية	**62**
الإرشاد الانتقائي	**66**
مبادئ ومفاهيم الإرشاد الانتقائي	**70**
أهداف الإرشاد الانتقائي	**73**
مراحل العملية الإرشادية في الاتجاه الانتقائي	**75**
الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي الانتقائي	**76**
الإرشاد والعلاج المعرفي	**77**
الإرشاد والعلاج السلوكي	**78**
العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	**80**
السيكودراما والسيسودراما	**82**

المحاضرة والحوار والمناقشة	84
التمثيل النفسي المسرحي	86
التمثيل الاجتماعي المسرحي	89
الإرشاد بالموسيقي	90
النادي الإرشادي	90
الأسلوب المتكامل	91
الفصل الثالث **دراسات سابقة**	
الموضوع	**رقم الصفحة**
تمهيد	95
المحور الأول: دراسات تناولت أعراض ما بعد الصدمة	96
تعقيب على دراسات المحور الأول	105
المحور الثاني: دراسات تناولت برامج إرشادية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة	109
تعقيب على دراسات المحور الثاني	114
تعقيب عام على الدراسات السابقة	116
فروض الدراسة	119
الفصل الرابع **منهج الدراسة وإجراءاتها**	
أولاً: منهج الدراسة	121

ثانياً: مجتمع الدراسة	121
ثالثاً: عينة الدراسة	121
رابعاً: أدوات الدراسة	124
دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لاضطراب ما بعد الصدمة. إعداد الباحث	124
مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. إعداد الباحث	125
مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. إعداد الباحث	130
استمارة الواجب المنزلي. إعداد الباحث.	131
البرنامج الإرشادي. إعداد الباحث.	132
استمارة تقييم البرنامج. إعداد الباحث	147
دراسة الحالة. إعداد الباحث	148
خامساً: الأساليب الإحصائية.	148
سادساً: خطوات وإجراءات الدراسة	149

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

الموضوع	رقم الصفحة
نتائج التحقق من الفرض الأول	151
نتائج التحقق من الفرض الثاني	152
نتائج التحقق من الفرض الثالث	156
نتائج التحقق من الفرض الرابع	160

نتائج التحقق من الفرض الخامس	162
نتائج تحليل دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة.	167
نتائج تطبيق استمارة ومتابعة الواجب المنزلي	168
نتائج تحليل استمارة التقييم الخاصة ببرنامج الدراسة	170
نتائج دراسة الحالة	172
توصيات الدراسة	178
البحوث والدراسات المقترحة	179
الصعوبات التي واجهت الدراسة	180

مراجع الدراسة

المراجع	رقم الصفحة
أولاً: المراجع العربية	182
ثانياً: المراجع الأجنبية	191
ثالثاً: المواقع العلمية	195

الملاحق

الموضوع	رقم الصفحة
ملحق رقم (1) بيان بأسماء السادة المحكمين	197
ملحق رقم (2) دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة	198
ملحق رقم (3) مقياس أعراض ما بعد الصدمة	203

ملحق رقم (4) مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة	**208**
ملحق رقم (5) استمارة متابعة الواجب المنزلي	**212**
ملحق رقم (6) جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة	**213**
ملحق رقم (7) استمارة تحكيم البرنامج	**214**
ملحق رقم (8) استمارة تقييم ومتابعة جلسة	**217**
ملحق رقم (9) استمارة تقييم البرنامج	**218**
الملخص	
الموضوع	**رقم الصفحة**
ملخص باللغة العربية	**224**
ملخص باللغة الإنجليزية	**238-230**

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على متغير العمر	**122**
2	دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي	**123**
3	متوسط درجات الخبرات الصادمة وأبعادها لدى عينة المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي	**123**
4	يوضح معامل الثبات باستخدام ألفا كرنباخ والتطبيق وإعادته	**125**
5	معاملات الارتباط لأبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية للمقياس	**127**
6	معاملات الارتباط لفقرات أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية لكل بعد على حده	**128**
7	معامل الثبات لمقياس الخبرات الصادمة وأبعاده	**130**
8	جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي	**141**
9	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الخبرات الصادمة وأبعاده لأطفال العينة الكلية	**151**
10	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي	**153**
11	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي	**157**
12	دلالة الفروق في مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأبعاده تعزى لنوع الجنس للأطفال	**161**
13	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي	**163**
14	مقارنة بين الحالتين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة	**175**
15	مقارنة بين الحالتين في دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية اضطراب ما بعد الصدمة	**176**

16	عرض لدرجات الحالتين على مقياس اضطراب أعراض ما بعد الصدمة قبل وبعد التطبيق للبرنامج الإرشادي الانتقائي	**177**

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1	رسم تخطيطي لأهمية المهارات وفقاً للمراحل	**54**
2	مراحل تحكيم البرنامج	**135**
3	التخطيط العام للبرنامج الإرشادي الانتقائي	**140**
4	يوضح مستوى التعرض للخبرات الصادمة لدى الأطفال العينة الكلية	**152**
5	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي	**154**
6	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية بعدي	**158**
7	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي	**164**

الفصل الأول

مدخل الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة.

ثانياً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

ثالثاً: أهداف الدراسة.

رابعاً: أهمية الدراسة.

خامساً: مصطلحات ومفاهيم الدراسة.

سادساً: حدود الدراسة.

سابعاً: الأساليب الإحصائية.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

مقدمة:

إن حاضر الفلسطينيين ليس بأفضل من ماضيهم في قطاع غزة، وما يعيشونه من أزمات متلاحقة ومتتالية منذ أكثر من ستة عقود، تعرض خلالها الشعب الفلسطيني للعديد من المواقف الضاغطة والصادمة، التي استنزفت كثيراً من قدراتِه. تاركةً آثارها على البناء النفسي للفرد، مما أدى إلى العديد من المشكلات النفسية والسلوكية والانفعالية، ووقوع الفرد تحت وطأة القلق والضغوط النفسية، التي تشكل خطورة على توافقه الشخصي والاجتماعي، وأيضاً الدراسي والمِهني، ولا أدل على ذلك من عدوان الحرب الهمجية الأخيرة التي تعرض لها الشعب الفلسطيني في قطاع غزة بعد منتصف عام ٢٠١٤م، والتي شهد العالمُ فظاعتَها وتأثيرها المدمر على الشجر والحجر قبل الإنسان، الذي فقد الكثير من مقوماتِ الحياة، ناهيك عن فقدان مئات الأطفال لآبائِهم وأمهاتِهم وإخوانِهم وأخواتِهم وكثيراً من الأعزاءِ عليهم من غير سابق إنذار، حتى أن كثيراً منهم لم يتمكن من إلقاء نظرة الوداع الأخيرة على أعزّ الناس ومصدر الأمن والأمان، والعطف والحنان.

فالظروف الصعبة التي يعيشها هذا الشعب والتي تشتمل على الاستشهاد، والاغتصاب والقصف، والتدمير، والحصار، وتدهور الوضع التعليمي، أدت إلى ظهور تربة خصبة لظهور الاضطرابات كافةً، كالإحباط واليأس والخوف وغيرها لدى فئات المجتمع الفلسطيني كافةً، والأطفال منهم خاصة .

وما هو مؤكد أن الطفل هو البذرةُ الأولى التي تشكل شخصية الرجل، فالعوامل والأحداث الضاغطة، التي يتعرض لها الطفل من جراء الحروب والقصف الإسرائيلي، والظروف الضاغطة سواء السياسية أو الاقتصادية والاجتماعية تؤثر على سلوكه وعلى نمو شخصيته، خاصة إذا فشل في مواجهة هذه الضغوط، فيسوء تكيفه الشخصي والاجتماعي، وبالتالي يقع فريسةً للاضطرابات النفسية .

ويقول (محمود منسي، ٢٠٠٣: ٣٥٩) لقد بات من المُسلّم به أن اللحاق بركب التقدم والارتقاء لا يتم إلا ببناء الإنسان والعناية به بمختلف جوانبه، مما ينعكس على منظومة التقدم في المجتمع، ويعتبر من جهود وخطط التنمية، الاهتمام ببناء الإنسان وتنمية اهتماماته، وحسن استثمار طاقاته وقدراته، وتمكينه من مهارات الحياة المختلفة.

ويعدّ الإرشاد النفسي أحد الخدمات النفسية التي تقدّم للأفراد والجماعات، بهدف تجاوز الصعوبات التي تعترض الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم، وهي خدمة نفسية توجه إلى الأسوياء، الذين يواجهون مشكلات ذات طبيعة انفعالية شديدة تتصف بدرجة من التعقيد والشدة، بحيث يعجزون عن مواجهة هذه الصعوبات والمشكلات بدون عون أو مساعدة من الخارج، ويرتكز الإرشاد النفسي على الفرد ذاته أو الجماعة ذاتها، بهدف إحداث التغيير في النظرة والتفكير والاتجاهات والمشاعر نحو المشكلة، والموضوعات الأخرى التي ترتبط بها ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة. ويمكن القول: إن الفرد الذي يمرّ بخبرة إرشاد نفسي ناجحة يمر بخبرة وارتقاء نفسي في الوقت نفسه.

ويشير (أحمد حيدر، ١٩٩٨: ٢) إلى أن الكثير من الدراسات تشير إلى أن الدول المتقدمة، تعلق آمالاً عظيمة على البرامج الإرشادية عند رسم خططها الإنمائية بهدف تنمية سلوك أبنائها وحمايتهم من الانحراف، وبذلك فإن الحاجة تزداد أكثر في الدول النامية بهدف تعويض أفرادها ما فاتهم من فرص التقدم الحضاري في العالم.

وأشار (علاء الدين كفافي ،١٩٩٩: ١١) أن الإرشاد النفسيّ هو أحد قنوات الخدمة النفسية التي تقدّم للآخرين بهدف التغلب على بعض الصعوبات، التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم.

ويرى(حامد زهران، ٢٠٠٢: ٣) أن الإرشاد النفسيّ عملية بنّاءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمي إمكاناته في ضوء معرفته وخبرته وتعليمه وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيّاً وتربوياً ومهنيّاً وأسريّاً.

وتشير (نبيلة الشوربجي، ٢٠٠٦: ٢٧٩) إلى أن الإرشاد النفسي يقصد به معالجة المشكلات الانفعالية التي تحول دون تحقيق التوافق السليم، وإن لم تصل إلى حدة المرض النفسي أو العقلي، فهو عبارة عن علاقة إنسانية أو علاقة علاجية واقعية بين شخصين أحدهما يحتاج إلى مساعدة لحل مشكلاته ويسمى مسترشد، أما الشخص الآخر فهو المرشد أو المعالج النفسي.

ويعتبر اضطراب ما بعد الصدمة من الموضوعات التي نالت اهتمام علماء النفس وخاصة في مرحلة الطفولة، ويرجع السبب في ذلك إلى ظهور العديد من الآثار السلبية المترتبة على هذا الاضطراب، كالانطواء وفقدان الثقة بالنفس، والانسحاب الاجتماعي والانفعالي، والتجنب والذهول والخوف. وقد شهدت العقود الماضية تطوراً ملحوظاً في تعرض الطفل الفلسطيني للأحداث الضاغطة والصادمة إضافة إلى استشهاد واعتقال العديد من هؤلاء الأطفال وأفرزت هذه الإساءة العديد من المشكلات النفسية والسلوكية والتربوية، وقد كانت مشكلة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من أكثر المشكلات شيوعاً لدى الطفل الفلسطيني. وذلك بناء على الحالات التي تراجع الباحث، بالإضافة إلى خبرته في المجال حيث يعمل مديراً وأخصائيّا نفسيّا لمركز متخصص للصدمات النفسية في قطاع غزة ولمدة تزيد عن سبع سنوات، وكذلك يعمل الباحث كأخصائي ومرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية. حيث يدرك إلى أي مدى تعيق هذه المشكلات الطفل الطفل وتحرمه من فرص النمو والتعبير عن الذات، مما يجعله في حاجة إلى برامج تدخليَّة تساعده على التفاعل والتواصل مع الآخرين، مما يحقق له قدراً من التوافق، وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات والبحوث التي اهتمت بالطفل إلى فاعلية أسلوب الإرشاد الانتقائي، في التخفيف وتعديل الاضطرابات النفسية والسلوكية للأطفال وتحقيق قدر أفضل من التوافق النفسي لديهم .

إن من أهم مبررات اختيار الإرشاد الانتقائي كأسلوب معتمد في هذه الدراسة للتخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، هو الاختيار الأنسب للأدوات والفنيات من عدة أطر نظرية تتبع لنظريات نفسية عدة، وتتناسب وخصائص وطبيعة عينة الدراسة بما يرجح ضمان وكذا الحصول على نتائج أكثر موضوعية.

إضافة إلى ذلك فان الإرشاد الانتقائي، يمكن الباحث من اختيار ما يحظى باهتمام وجاذبية لدى الأطفال، إذ يتم اختيار ما يلبي حاجاتهم وفقاً للخصائص العمرية إذ يتم التركيز على اللعب ذلك النشاط الفطري التلقائي الحركي، ومزج الخيال بالواقع، والحقيقة بالخرافة، الذي ينفس الطفل من خلاله عن مكبوتاته ورغباته وانفعالاته، ويفصح عن مشكلاته ومصادر القلق والتوتر والغضب لديه، كما يساعد في إحداث نوعً من الإشباع الداخلي لحاجات الطفل التي يتعذر إشباعها سواء النفسية أو العاطفية الانفعالية، التي تمكنه من التواصل البينشخصي والنفسي والاجتماعي. حيث تظهر أعراض ما بعد الصدمة لمدى طويل نتيجة التعرض للأحداث المهددة للحياة، وخاصة بالنسبة للطفل إذا ما تعرض أحد من أهله للموت أو الإصابة أو الإيذاء أو التهديد أو حتى مشاهدة هذه المواقف، فتظهر علي الطفل أعراض الخوف والقلق والاضطرابات العصبية.

ويلاحظ الباحث أنه على الرغم من الحركة النشطة للمجتمع الدولي في مجال صياغة وتوقيع المعاهدات الدولية المناهضة لانتهاك حقوق الإنسان، وما تقوم به الهيئات والمنظمات المدافعة عن هذه الحقوق ضد هذه الانتهاكات من نجاحات واسعة، إلا أن هذه الجهود لم تقابلها جهود موازية في مجال البحث العلمي بغرض فهم هذه الظاهرة فهماً عميقاً، وكذلك بغرض تقديم الخدمات النفسية المتخصصة، وتوضيح الآثار التي يتركها العدوان الإسرائيلي وانتهاكاته على الأفراد، خاصة الأطفال منهم، فتبرز الحاجة إلى الدراسات العلمية من أجل بناء معنى جديد لحياتهم، والتوافق مع الخبرات الصادمة التي تعرضوا لها وما ينتج عن هذه الخبرات من أعراض مرضية، وحتى نمكنهم من تجاوز هذه الأزمات وأعراض الصدمات والمضيّ قدماً في تطوير ونمو الحياة على مختلف الأصعدة المادية والنفسية.

وتأتي هذه الدراسة لتضيف لبنة في هذا المجال، حيث أنها من الدراسات القليلة التي تهتم بدراسة أحوال الأطفال من أبناء الشهداء وأخوانهم، والذين يعتبرون الأكثر تهديداً وتأثراً بالأحداث والمواقف الصادمة، ويكاد يزعم الباحث على حدّ علمه أنها من الدراسات المميزة والفريدة من حيث العينة وطبيعة البرنامج المستخدم والتأصيل النظري للدراسة، والتي تختص بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

ثانياً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

نبعت مشكلة الدراسة من رافدين أساسيين هما:

الرافد الشخصي: وهو دافع حيوي لأي دراسة باعتباره ممثلاً لدوافع الفرد، وانطلاقاً من معايشة الباحث وخبرته الطويلة في مجال العمل مع الأطفال الذين تعرضوا للصدمات النفسية، حيث أن الباحث يعمل مع الأطفال الذين تعرضوا للصدمات النفسية، ويعمل مديراً لمركز متخصص في علاج الصدمات النفسية، حيث يتعامل المركز مع مئات الحالات، كذلك من خلال عمل الباحث كمرشد نفسي في مدارس وكالة الغوث الدولية في قطاع غزة ، ومدرس غير متفرغ في قسم علم النفس بجامعات فلسطينية بقطاع غزة.

الرافد البحثي: وذلك من خلال اطّلاع الباحث على المراجع وزيادة المكتبات للاطلاع على الأدوات والتقنيات والبرامج النفسية المستخدمة لعلاج الصدمات النفسية، والتخفيف من آثارها فيكاد يكون هناك ندره في البرامج المقدمة في هذا المجال، بشقيها الإرشادي والعلاجي للأطفال، قياساً على كثرة الحالات المتوافدة على مراكز الإرشاد والعلاج النفسي، وتلك الموجودة بالمدارس. كما أن العلاقة بين متغيرات الدراسة لم يتم التطرق إليها في قطاع غزة.

وقد أجريت العديد من الدراسات في مجال الآثار النفسية لما بعد الصدمة، وتوصلت إلى أن العامل في تحديد ردود فعل الكائن الحي ليس الحدث الصادم في حد ذاته، وإنما القدرة أو عدم القدرة على مواجهة هذا الحدث. كما أن الأحداث الصادمة خاصة للطفل تزيد من الاضطرابات العصابية وفقدان الثقة في النفس، وأنه إذا أمكن توفير الطرق لمساعدة الطفل للتغلب على هذه الاضطرابات، فإنه بالتالي يمكن حماية مستقبل المجتمعات. وقد أشارت بعض الدراسات أن نسبة ٩٩% من الأطفال الفلسطينيين عانوا من الذل (إما هو أو أحد أفراد الأسرة) وكذلك ٩٧% تعرضوا لأصوات الانفجاريات والقنابل و ٨٥% كانوا شاهدوا جنازات الشهداء و٨٤ % شهدوا قذائف الدبابات والمدفعية أو الطائرات الحربية، وأفادت الدراسات أن ما بين (٣٢% –٤١%)من الأطفال يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)، كما أشارت بعض الدراسات أن ٢٠% من الأطفال يعانون من اضطراب حاد، وكذلك٢٢% يعانون من اضطراب متوسط، وأن ٥٣% يعانون من اضطراب منخفض، وقد أشارت الدراسات أن أكثر

الاضطرابات الشائعة تتنوع أعراضها ما بين معرفية بنسبة ٢٥% و٢٢% منها نفسية، و١٧% منها أكاديمية، و١٤% يعانون من أعراض جسمية، وكذلك تبلغ نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة في المناطق الحدودية حوالي ٥٤%.(altawil&harrold 2008) و Qouta S. Odeh j,(2005)). وتشير تقارير برنامج غزة للصحة النفسية بأن ثلث الحالات التي تصل إلى البرنامج تعاني من الاضطرابات العصابية (برنامج غزة للصحة النفسية :٢٠١٠).

وفي ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة الدراسة في صياغة التساؤل الرئيس التالي:

ما مدى فعالية برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني في قطاع غزة؟ وينبثق من هذا التساؤل الرئيس عدة تساؤلات فرعية وهي:

١- ما هي الاضطرابات التي يعاني منها الطفل الفلسطيني بعد التعرض للأحداث الصادمة؟
٢- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج؟
٣- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟
٤- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة طبقاً لمتغير الجنس (ذكور – إناث)؟
٥- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. تشخيص آثار ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني بقطاع غزة.
٢. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف التطبيقين القبلي والبعدي.
٣. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف التطبيقين البعدي والتتبعي.

٤. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف متغير الجنس (ذكور – إناث).
٥. الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في البيئة الفلسطينية.

رابعاً: أهمية الدراسة:

أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة (سمير قوته ،وآخرون ١٩٩٣)،(محمد النجار،١٩٩٨)، (محمد النابلسي،١٩٩١).أن الأحداث السياسية الصادمة مثل العنف وفقدان أحد أفراد العائلة والإصابة والعاهات والتعذيب، تزيد من درجة الضغط النفسي والاضطرابات العصبية والميل للمخاطرة وضعف تقدير الذات.

ويذكر (علاء الدين كفافي، ١٩٩٧:٧٣) أن (جيمس كولمان) يصف القرون الثلاثة الماضية تبعاً لأبرز السمات المميزة لها قائلاً: إذا كان القرن الثامن عشر يوصف بأنه عصر العقل، وإذا كان القرن التاسع عشر يوصف بأنه عصر التقدم، فإن القرن العشرين هو عصر القلق.

ويقول (Randall,1991:3): إن الناجين من الخبرات الصادمة يعانون من أمراض نفسية تتراوح بين الذهان إلى الانتحار، ومعظمهم – إن لم يكن جميعهم – يعانون من الاضطراب النفسي الناتج من الصدمة (PTSD)، كذلك يعتبر مرض الاكتئاب والقلق من الأمراض الشائعة لدى هذه الفئة من الناس، بالإضافة إلى أن العديد يفشلون في التوافق مع المجتمع الذي يعيشون فيه، مما يجعلهم يلجؤون إلى تعاطي المخدرات والكحول.

ويقول كل من (Everly&Lating,1995:23) أنه من المجالات الهامة في علم النفس الإرشادي إرشاد وعلاج المأزومين، أو علاج اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD). وهو مجال نما حديثاً في المجتمعات الغربية والعربية وظهر علم نفس الصدمات Psychotraumatology في المصائب والكوارث التي تحل بالإنسان، ويعالج ما يتولد عنها من اضطرابات نفسية.

ومن هنا يمكن تحديد أهمية البحث النظرية والعملية فيما يلي:

أ- الأهمية النظرية

١. تأتي أهمية هذه الدراسة باعتبارها تلبية لاحتياجات شخصية مهنية تتمثل في عمل الباحث في المجال النفسي منذ وقت طويل.
٢. أن قيامه بمثل هذه الدراسة يعمل على تعميق فهمه للعمل، بما ينعكس على نموّه المهني والنفسي.
٣. أن التدخل الإرشاديَّ لخفض اضطراب ما بعد الصدمة يضع على كاهل المجتمع عِبءَ مواجهة وعلاج هذه الاضطرابات.
٤. أهمية هذه الدراسة تكمن في ندرة هذه الأبحاث التي تستخدم المنهج الانتقائي في المجتمع الفلسطيني والعربي عامةً على حدِّ علم الباحث.
٥. الإسهام في توفير مزيد من المعلومات والحقائق عن الصدمة النفسية وسلبياتها وعلاجها لدى فئة مهمة وفاصلة وانتقالية بين الطفولة والمراهقة من المجتمع الفلسطيني.
٦. تعميق ثقافة الرعاية الوالدية باعتبارها نقطة البدء في كيفية التعامل مع أبنائهم بعد تعرضهم للصدمة النفسية.
٧. دعم المكتبة الفلسطينية خاصة بإطار نظري حول متغيرات الدراسة وحث العاملين في مجال الدعم النفسي والاجتماعي إلى تبني الإرشاد الشامل الانتقائي للعمل مع الطفل ورعايته.

ب- الأهمية التطبيقية:

١- تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال إعداد وبناء مقاييس جديدة، أهمها: إعداد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.
٢- بناء برنامج إرشادي يفيد الأخصائيين النفسيين والباحثين في مجال العمل الإرشادي، وقد يعمل على تحفيز باحثين آخرين لتطويره.
٣- قد تبدو أهمية البحث من خلال العينة المختارة، فالملاحظات اليومية والشواهد الحياتية تؤكد على أهمية دراسة هذه العينات ذكوراً - إناثاً من المنظورين التشخيصي والعلاجي، ولاسيما في فلسطين، نظراً لظروف المجتمع.
٤- تتبع هذه الدراسة كلًّا من المنهج الوصفي والمنهجي شبه التجريبي، حيث لا تقف الدراسة عند وصف وتشخيص الظاهرة بل تتجاوزه إلى مستوى التدخل والتعديل من خلال برنامج إرشادي انتقائي، لتخفيف أعراض ما بعد الصدمة وهذا من شأنه أن يسهم في إنماء القياس النفسي واستراتيجيات التدخل .

٥- الاستفادة من هذه الدراسة في إجراء بحوث ميدانية أخرى على عينات مختلفة في المجتمع الفلسطيني .

٦- التحرك إلى الإرشاد الانتقائي ودوره في خفض حدَّة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الفلسطينيين، لا سيما في هذه الظروف والصدمات المتلاحقة والمتتالية.

٧- الاستفادة من نتائج الدراسة في مجال الصحة النفسية، لتحسين أوضاع الأطفال بتقديم برامج علاجية للأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة من خلال إضافة برنامج إرشادي، لا يستند في إطاره النظري وخطواته الإرشادية إلى مبادئ أو طريقة أو نظرية إرشادية محددة .

خامساً: مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

أ- **اضطراب ما بعد الصدمة : Post Traumatic Stress Disorder**

عرف الدليل التشخيصي الإحصائي الاضطرابات العقلية(DSM-111-R) اضطراب ما بعد الصدمة بأنه: أي حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتاد للفرد، وتسبب الكرب النفسي، وتكون استجابة الضحية فيه متصفة بـ " الخوف الشديد، والرعب، والشعور بالعجز".

وقد ميز الدليل بين اضطراب ما بعد الصدمة وبين اضطراب الضغط الحاد ACUTESTRESS DISORDER حيث يستعمل المصطلح الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحدث الصادم، من حيث يتطور هذا الاضطراب على الفور، ويشفى منه في غضون شهرٍ واحدٍ أو على أقصى تقديرٍ في أقل من ثلاثةَ أشهرٍ، بينما توصف حالة اضطراب ما بعد الصدمة PTSD بأنها لا يحدث فيها شفاء سريع من هذا الضغط ، لأنه يعد حالة مزمنة، مع العلم أن بداية ظهور الأعراض تكون بعد ستة أشهر على الأقل من الصدمة أو الضغوط. (American Psychiatric Association ,1994 p.248)

ويعرف الباحث اضطراب ما بعد الصدمة إجرائياً: بأنها الأعراض الصادمة- الموضحة في المقياس- الناجمة عن حدوث الاستشهاد الناتج عن العدوان الإسرائيلي، لقريب من الدرجة الأولى (أب- أم – أخ – أخت) من أفراد عينة الدراسة، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

ب- البرنامج الإرشادي الانتقائي:

يعرف(حامد زهران،١٩٨٠:٢٣٩) البرنامج الإرشادي بشكل عام بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية؛ لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة؛ بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل، ولتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها.

كما يعرف(حسام عزب، ٢٠٠٠:٥)الانتقائية بأنها: منظومة ذات طابع مشتق من الفنيات الإرشادية والعلاجية تنتمي فيها كل فنية إلى نظرة علاجية خاصة بها، إلا أن هذه الفنيات تتم بشكل تكاملي، بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكل منظومة تكاملية، بالرجوع إلى تشخيص دقيق للحالة المستهدفة، لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملاءمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب والمشكلة السلوكية.

ويعرفه الباحث إجرائياً في هذه الدراسة بأنه برنامج يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات، المقتبسة من بعض النظريات النفسية تقوم على إحداث تغيير في البنية النفسية المعرفية، لإيجاد حالة شعورية داخلية تساعدهم في التخفيف من أعراض الصدمات النفسية السلبية، وإيجاد علاقة تكيفية تكاملية تبادلية بين هذه الفنيات، بهدف إحداث أفضل الأثر لما استخدمت له، بغضِّ النظر عن الأصول النظرية لكل فنية من الفنيات المختارة وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عيِّنة البحث.

ج- الطفل الفلسطيني:

الطفل الفلسطيني وحسب القانون الفلسطيني المعدل عام ٢٠٠٤ في الفصل الأول المادة رقم (١) هو كل إنسان لم يتم الثامنة عشر من عمره.

والطفل حسب القانون الدولي الصادر في ٢٠ تشرين ثاني / نوفمبر من عام ١٩٨٩ يعرف بأنه كل شخص تحت عمر الثامنة عشر ولم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب قانون الدولة.

وفي دراسة حديثة أعدها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قدرت نسبة الأفراد التي تقل أعمارهم عن18سنة، عام ٢٠١٣ ب 53% من بينهم 49.1% إناث و50.9% ذكور.

وأوضحت الدراسة أن هذه النسبة سوف تتناقص لتصل إلى50.4% عام ٢٠٢٠، وتشير التقديرات الفلسطينية للخصوبة واتجاهاتها إلى أن المجتمع الفلسطيني سيبقى يافعاً خلال العقود الثلاث القادمة.

ويعرِّفه الباحث إجرائياً في هذه الدراسة بأنه: الطفل البالغ من العمر ما بين التاسعة والحادية عشر عاماً، من أبناء شهداء(آباء – أمهات) أو أخوة وأخوات شهداء حرب غزة عام (٢٠١٤).

سادساً: منهج الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على منهجين، وذلك في ضوء الأهداف الموضوعة سلفاً فيها تعتمد على المنهج الوصفي، حيث تشخيص آثار ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني جرَّاء عمليات القصف وتدمير البيوت والقتل والاغتصاب، كما تعتمد على المنهج التجريبي للتحقق من كفاءة البرنامج من التخفيف من أعراض ما بعض الصدمة لديهم.

أ- المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من الأطفال المسجلين في مركز الصدمات النفسية الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، نتيجة استشهاد أحد الأقارب من الدرجة الأولى (أب – أم – أخ – أخت) وكذلك المسجلين في وزارة الصحة وبرنامج غزة للصحة النفسية بمدينة غزة، والذي تتراوح أعمارهم ما بين (٩-١١) عاماً والبالغ عددهم (١٣٨) طفلاً وطفلة.

ب- عينة الدراسة :

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الأطفال الذين تعرضوا لاستشهاد أحد الأقارب من الدرجة الأولى(الأب، الأم، الأخ، الأخت)، الذين تتراوح أعمارهم(٩-١١) سنة، والمسجلين في مركز فلسطين للصدمات النفسية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من (٩) أطفال ذكور، ومجموعة ضابطة تكونت من (٩) أطفال ذكور، وقد تم اختيار العينة من الذكور كونهم حصلوا على درجة أعلى من الإناث في مستوى الصدمات النفسية، وكون الذكور العدد الأكبر من مجتمع الدراسة، حيث بلغ عدد الذكور

(٥٨) بينما الإناث (٤٤)، وكون الذكور الأكثر التزاماً بجلسات العلاج مع الأخصائيين في المركز مما يعتبر مؤشراً ايجابياً لحضور جلسات البرنامج مع الباحث.

ج- محددات الدراسة:

- **محددات مكانية:**

تمثلت الحدود المكانية بمحافظة غزة كنموذج عن محافظات القطاع الخمسة والتي تتشابه فيما بينها من حيث الظروف المعيشية الصعبة والصدمات المتتالية فيها، وكونها أكبر المحافظات من حيث المساحة وكثافة السكان.

- **محددات زمانية :**

تم إجراء الدراسة في العام: ٢٠١٤ – ٢٠١٥

سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم إعداد الإحصاء عن طريق استخدام حزمة البرامج المعروفة باسم spss وفى ضوء حجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة، وكذلك الفروض المطروحة تم الاستعانة بالآتي:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضياتها تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١- الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والوزن النسبي.
٢- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة.
٣- معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة.
٤- قيمة آيتا(Eta) لمعرفة حجم التأثير للبرنامج الإرشادي على أولياء أمور المجموعة التجريبية.
٥- اختبار "Mann– Whitney" للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متساويتين، لأن العينة صغيرة، البيانات غير طبيعية والتباين للمتغيرين غير متجانس.
٦- اختبار ويلولكسون Wilcoxon Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

مفاهيم الدراسة

- **أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة.**
- **ثانياً: الإرشاد الانتقائي.**

الفصل الثاني

الإطار النظري- مفاهيم الدراسة

أولاً: اضطراب ما بعد الصدمة

تمهيد:

إن منطقة الشرق الأوسط تعتبر ومنذ وقت طويل مسرحاً للصراعات والنزاعات المتكررة، والمتلاحقة، سواءً الاستعماريةَ منها أو السياسية أو الاجتماعية، الناس الذين يعيشون في مثل هذه الظروف المضطربة والذين يتعرضون لأحداث صادمة، هم معرضون بدرجة أكبر من غيرهم لتطوير ردود فعل سلبية. ولعل النكبات والأزمات والكوارث، الطبيعية منها وغير الطبيعية: كالفيضانات، والزلازل، والبراكين، والحرائق، والعواصف، والصواعق، وظواهر الحرمان والفقر والجوع، والفساد والكساد، والظلم، والكروب والحروب، من أهم صور وأشكال تلك الضغوط والمؤثرات التي واجهت وما تزال تواجه الإنسان المعاصر. كيف لا، والتشرد وفقدان المأمن والمسكن وفواجع القطيعة والألم والحسرة، والموت واليتم، والتعرض لشتى صنوف الحاجة والعوز وشتى مظاهر الذل والقهر والهوان، والتشرد والتشرذم، والشعور الدائم بالوعيد والتهديد ومجابهة مصاعب الحياة، تضغط وبشكل قوي على كيان وكينونة هذا الإنسان، وتفعل في أعماقه ما لا تفعله الوديان والسيول الجارفة في الجبال والهضاب والصخور، فغالباً ما يكونون عرضةً للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، ويعد الإنسان الفلسطيني في قطاع غزة من أكثر الناس تعرضاً للأحداث الصادمة، والمتلاحقة في نفس الوقت، إن لم يكن أكثرهم على الإطلاق، نتيجة الحروب والعدوان المتكرر من قبل الاحتلال الإسرائيلي الذي لا يراعي أي قوانين أو معاهدات دولية تحترم إنسانية الإنسان.

فإن الحياة الإنسانية كما يقول(محمد النابلسي، ١٩٩١: ١٥- ٣١) عرضة دائماً لتهديدات المحيط الذي يوجد فيه الإنسان. ومع الوقت يدرك الإنسان موضوعية هذه التهديدات وحقيقتها، كما يدرك أن إمكانيات واحتمالات نجاته أكبر كثيراً من احتمالات موته. وكارثة الحرب هي أقصى الصدمات الإنسانية المتكررة منذ أن وجد الإنسان.

ويشير(أحمد عبد الخالق،١٩٩٨: ٢) إلى أن الإنسان دائم السعي إلى تجنب الخطر أو على الأقل اتخاذ الوسائل المناسبة لمواجهته، كما أنه في صراعه المستمر لا يسعى إلى أن يلقي بنفسه إلى التهلكة، بل هو دائماً مضطر للدفاع عن نفسه عندما يتعرض للضغوط والأزمات. وقد بدأ

الاهتمام بدراسة الصدمات يتزايد وتتنوع أساليبه، وذلك نظراً لتزايد الضغوط والصدمات التي يتعرض لها الإنسان منذ بداية القرن العشرين.

ويشير كل من هادجيستون وستيوارت (Hodghinson & Stewart,1998: 1-6) إلى أن الشعوب والأفراد، يتعرضون في أوقات معيّنة، لمواقف ضغوط أو شدة، وأقل ما توصف به مثل هذه المواقف، أنها تخرج عن المدى العادي لخبرات البشرية، فتصل إلى حدٍّ الأزمة أو الصدمة، وهي تقسم إلى كوارث طبيعية، مثل الزلازل والبراكين والفيضانات والأعاصير، وكوارث من صنع البشر كالحروب والأسر والاغتصاب والتعرض للاعتداء البدني، وغير ذلك ويستجيب الإنسان لهذه الضغوط بعض الاستجابات، منها ما هو سويّ ومنها ما هو مرضي، وتسمى الاستجابات المرضية للضغوط اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

كما يشير(طلعت منصور، ١٩٩٥: ٥٧٠-٥٧١) إلى أن الأزمات، والصدمات، والكوارث، مكوِّن أساسي من مكونات الوجود الإنساني، بقدر ما تعتبر أحداثاً متوقعة في فترات مختلفة، من مدى حياة الإنسان، ومن تاريخ المجتمعات والشعوب، وذلك رغم وجود متغير الفجاءة والسرعة والشدة في طبيعة الأزمة ذاتها، وغالباً ما تنطوي الأزمة على حالة الصدمة، أي وقوع الأذى والضرر والخسارة بالنسبة للفرد والمجتمع، وهذه الصدمة تؤثر على جوانب متعددة في حياته، سواءً على المشاعر، أو الأفكار أو السلوك، أو العلاقات الاجتماعية أو الحالة البدنية، وبشكل مفصل فالأزمة ترتبط باضطراب انفعالي شديد، يتمثل في زيادة القلق والاكتئاب والغضب، كما ترتبط باضطرابات جسمية مثل اضطرابات المعدة والصداع المزمن، والأمراض الجلدية وأمراض القلب وغيرها.

ولقد تم تصنيف الاضطرابات تبعاً لحدة الأعراض ودرجة شيوعها، وتكرارها مما ساعد في تشخيصها، وتم تحديد الهستيريا كأول اضطراب في المجموعة يعقب الأحداث الضاغطة تمت دراسته وتوصيفه بصورة منهجية، فيما يعد اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة آخر اضطراب في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصانيف الطبية النفسية، رغم وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل(Shell shock)الصدمة العصبية(Nervous Shock). ففي عام ١٩٨٠ تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي (DSM_III).(Eysneck, 2000:691,Weiten, 1998:534)

وأشار (غسان يعقوب ١٩٩٩: ١٥٤) أن تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال لم يبدأ، بشكل واضح، قبل عام ١٩٨٦ حيث أكدت جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM- III)

(1987 – على وجود اضطراب من هذا النوع عند الأطفال. إذ لم يشر العلماء قبل هذا التاريخ إليه.

ويشير كل من (Edgerton, & Campbell, 1994:163-164) إلى أن الاضطرابات التالية للصدمة، هي فئة من فئات اضطراب القلق حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط (Stresses) نفسي أو جسمي، غير عادي في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة، وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط، معاودة مستمرة لخبرة الحدث، وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة أو تخدر الاستجابة العامة للفرد، ومظاهر الاستثارة الزائدة. وتتضمن الصدمة تحديداً معايشة الفرد لخبرة حدث من الأحداث، أو مشاهدته، أو مواجهته. وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذىً حقيقيًّاً أو مهدداً، أو تهديد للتكامل الجسمي للفرد أو لأشخاص آخرين، مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد، أو العجز، أو الرعب.

ويمكن القول هنا إن اضطراب ما بعض الصدمة يعتبر أساساً لتكون وحدوث اضطرابات نفسية لاحقة شديدة في الحدة والتعقيد وقد تستمر إلى ما بعد الرشد (Terr,1993: 10-20). وتحدد تير (Terr) نوعين من الصدمة عند الأطفال: النوع الأول ينجم عن حدث صادم واحد. غير أن الذكريات المؤلمة المرتبطة به تستمر لسنوات طويلة. في هذه الحالة، ويتذكر الطفل تفاصيل الحدث وهو يصفه بشكل يفوق فيه الراشد. أما النموذج الآخر، فإن الطفل يتعرض فيه لأحداث صادمة تدوم وتتكرر. إذن الحدث الأول يؤدي إلى صدمة فجائية، بينما الأحداث التالية تدفع بالشخص إلى استبصار المخاطر التي تهدده محاولاً إبعادها عن وعيه لتعطيل مفعولها.

تعريف الصدمة النفسية

أولاً: التعريف اللغوي:

صدم : الصدم هو ضرب الشئ الصلب بشئ مثله، وصدمه صدماً: أي ضربه بجسده وصادمه فتصادما واصطدما، وصدمه يصدمه صدماً، وصدمهم أمر أصابهم، والتصادم: التزاحم. والرجلان يعدوان فيتصادمان؛ أي يصدم هذا ذاك وذاك هذا، والجيشان يتصادمان.

وذكر (ابن منظور ،٢٠٠٣: ٣٨٩) قول الأزهري: واصطدم السفينتان إذا ضربت كل واحدة صاحبتها إذا مرتا فوق الماء بحمولتهما، والسفينتان في البحر تصادمتا أو تصطدمان إذا ضرب بعضهما بعضاً، والفارسان يصطدمان أيضاً، وفي الحديث الصبر عند الصدمة الأولى، أي عند فورة المصيبة وحماوتها، قال شمر: من صبر تلك الساعة وتلقاها بالرضا فله الأجر، قال

الجوهري: معناها أن كل ذي مرزئة قصاراه الصبر، ولكنه يحمد عند حدَّتها، ورجل مصدم: محرب.

ثانياً: التعريف الاصطلاحي:

يقول(reber,1995,p819) إن الصدمة(Trauma) وجمعها صدمات(traumats) في اللغات الأوروبية من الكلمة اليونانية(جرح أو جريح) وهي مصطلح عام يشير إما إلى إصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف، وكذلك عرف الآثار اللاحقة للصدمة على أنها "اضطراب قلق ينتج من مجموعة ضغوط نفسية حادة وأحداث صادمة.

ويذكر (Qouta,2003,:10) أن " Herman&pynoos&Teer " يُعرف الصدمة النفسية على أنها: الاستجابة الناتجة عن خبرة مؤلمة تكون خارجة عن تحكم الشخص، بحيث أن وسائل الدفاع الأولية تكون غير فاعلة في التعامل معها.

كما ويعرف (Miller,et,al,2000:19) الصدمة النفسية بأنها: حدث يصحبه نوع من الانضغاط النفسي ويكون خارج الخبرات العادية للشخص.

ويعرف(Davison&Neale,1998,:146) الصدمة بأنها: جرح نفسي أو جسدي شديد، يصيب الجسم عن طريق قوى خارجية أو يترك آثاراً شديدة على صحة الإنسان النفسية.

تطور اضطراب ما بعد الصدمة والمراحل التي يمر بها:

يشير(غسان يعقوب، ١٩٩٩: ٦٧) إلى أن تحديد هذه المراحل مسألة هامة؛ لأنها تساعد من جهة على فهم ردة فعل المصدوم، ومن جهة أخرى، على التقويم ورسم المخطط العلاجي. وقد حاول العلماء أن يدرسوا مراحل اضطراب ما بعد الصدمة. والواقع أنه لا يوجد نموذج واحد يصلح لتفسير جميع أشكال الصدمة (الحروب، التعذيب، الكوارث الطبيعية، الاغتصاب..)، وقد توصل (HOROWITZ,1986: 123) إلى تحديد هذه المراحل.

ويشير(طلعت منصور، ١٩٩٥: ٥٧٣-٥٧٤) إلى أن هورويتز قدم (HOROWITZ,1986) نموذجاً عن نسق تطور الأزمة في خمس مراحل متتابعة وهي: تُمثل أول ردة فعل لأحداث الأزمة، وما تتضمنه من إحساس بالتهديد والخطر، في **الصرخة/ الاحتجاج**(Outcry)، وهي ردود الأفعال الانفعالية، كانعكاس مباشر للصدمة، أي هي ردود الأفعال الأولية لتأثير الأزمة. ويؤدي رد الفعل الأول للأزمة إما إلى **الإنكار/الرفض** للأزمة أو إلى **الانغمار** فيها.

يشير **الإنكار /الرفض** (Denial) إلى النزعة إلى الحدِّ من تأثير الأزمة وإلى الحد من آثارها، مع العمل إلي إظهار التماسك والقوة، وقد تُصحب هذه الحالة بالتخدر الانفعالي (Emotional Numbing) التي تظهر في شكل الابتعاد عن التفكير فيما حدث، أو القيام بأنشطة كما لو أن الأزمة لم تقع.

أما **الانغمار**(Intrusiveness) فيشتمل على التدفق اللاإرادي للأفكار والمشاعر المؤلمة فيما يتعلق بأحداث الصدمة ومآسيها، حيث تسيطر على الفرد مجموعة من هذه الأفكار والمشاعر التي تتملكه وتسيطر عليه. وهناك من الأفراد من ينتقل مباشرة من مرحلة الإنكار إلى مرحلة الانغمار، وهناك غيرهم ممن يتأرجح بينهما فيعيش هاتين الحالتين.

يعقب ذلك مرحلة " **العمل على التغلب على الأزمة**" (Working through) وهي المرحلة التي يجري فيها تشغيل تلك العمليات التي يعمل فيها الأفراد على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم، وعن صور خبرات الأزمة، وعلى تعريفها وتحديدها، وكذلك على تقبُّلها واستيعابها، وتلك مرحلة من التقدم نحو استعادة التوازن وترشيد الحياة بعد الأزمة. وهنا قد يحتاج بعض الأشخاص إلى المساعدة أو السند من الآخرين، كي يصلوا إلى هذه المرحلة من تطور حالة الأزمة.

أما مرحلة **الاكتمال** (Completion)، فهي مرحلة تكامل خبرة الأزمة داخل حياة الفرد/ الأفراد والجماعة، واندماجها في نهج حياة الفرد والجماعة. وهي آخر مرحلة لخبرة الأزمة وحيث تتنامى القوى لمواجهتها، ويجري تحديد المشاعر والأفكار والتعبير عنها، وكذلك إعادة تنظيم فعاليات الفرد، أو المجتمع لمواجهة الأزمة، وما نتج عنها من آثار مع العمل على رسم أسلوب حياة جديد يفيد من خبرات الأزمة.

تفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

يرجع السبب الرئيسي في اكتشاف هذا الاضطراب بالوصف الذي هو عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية، ويشير(Weiten,1998:34) قائلاً: لوحظ في السبعينات (١٩٧٠) على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام، أعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة، وذلك بعد تسعة أشهر إلى ثلاثين شهراً من تسريحهم من الخدمة العسكرية. وقد لفتت هذه الملاحظات نظر الباحثين ودهشتهم. فكان من المتوقع هو ظهور أعراض هذا الاضطراب أثناء المعركة أو بعدها بأيام، وليس بعد انتهاء الحرب بسنتين أو ثلاث. حتى أن قسماً من أولئك الجنود وجد أنهم يعانون من هذه الأعراض، حتى بعد مرور أكثر من ثلاثين إلى أربعين عاماُ، وحتى أن بعض الدراسات وجدت أن هذه الأعراض التي ظهرت على الجنود قد ورِّثت للجيل التالي.

ويقول(قاسم صالح، ٢٠٠٠: ٣٢) إن اضطراب ما بعد الصدمة أصبح معترفاً به في التصنيفات الطبية النفسية، حيث وصفته الصورة المنقحة للمرشد التشخيصي الإحصائي (DSM-III-R- 1987: 248) بأنه "أي حادثة تكون خارج مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي (distress) تكون فيه استجابة الضحية فيه متصفة ب "الخوف الشديد، والرعب، والشعور بالعجز". فيما نبهت آخر صورة لهذا المرشد الطبي النفسي (DSM-IV-1994) إلى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder). حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي، فيما يستعمل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط، وسمي هذا الاضطراب بأسماء ومصطلحات متعددة، ولأنه ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام (Post Vietnam Syndrome) وقد ساد تسمية، الحالات الصدمية ما بعد فيتنام (Post Vietnam Traumatic States)، ومتلازمة ما بعد معسكر الأسر (Post-Concentration Camps Syndrome)، ومتلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة (Post-Combat Stress Response)، وعصاب الصدمة النفسية.(Traumatic Neurosis).

ويشير(قاسم صالح،٢٠٠٢: ٣٤) إلى أن هذا المصطلح قد تُرجم إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة، فمنهم من ترجمه إلى اضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة، وهناك عدد آخر من الترجمات للاضطراب كما أشار(محمد النابلسي، ١٩٩١: ٢١). الذي ترجمه إلى عقبى الكرب الرضي هو(ابان وجون، ١٩٩٧: ٢٢). وترجمه إلى اضطراب الإجهاد ما بعد الشدة(نبيهة السامرائي، ١٩٩٤) وترجمه إلى اضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية(سعد العطراني، ١٩٩٥: ٢٥٤) وإلى اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية(اليونيسيف، ١٩٩٥).وقد أشار(ناطق الكبيسي، ١٩٩٨: ٣)بالقول : نظراً لعدم وجود مصطلح واحد متفق عليه، فإنه تم اعتمد مصطلح اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، كونه حظي باتفاق خبراء في الطب النفسي وعلم النفس، واللغتين العربية والإنجليزية.ويورد تصنيف منظمة الصحة العالمية WHO الخاص بالاضطرابات العقلية السلوكية (ICD-10)اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة(PTSD) ضمن الفئة (F40-f48)الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية و المظهر (Neurotic, Stress- related and somato from disorders) ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف، التي تشمل خمسة أنواع كما حددتها (World Health Organization,1992, p. 30). وهي:

١- ردة فعل الضغط الحاد Acute stress reaction
٢- اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة post-traumatic stress disorder
٣- اضطرابات التوافق Adjustment disorders
٤- ردود فعل أخرى نحو الضغط الحاد Other reaction to sever stress
٥- غير محدده Unspecified.

وتحدد منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 1992: 147-148) اضطراب الضغوط التالية للصدمة على نحو يتفق إلى حد كبير مع تحديد الرابطة الأمريكية للطب النفسي فيما يلي: ينشأ اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه استجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط (مستمر لفترة قصيرة أو طويلة)، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، ويحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له، مثل الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان، أو المعارك، أو الحوادث الخطرة، أو مشاهدة الموت العنيف لأشخاص آخرين، أو أن يكون الفرد ضحية التعذيب، أو الإرهاب، أو غير ذلك من الجرائم.

وقد ورد في الصورة الأخيرة للدليل التشخيصي الإحصائي(Ssorow,1995:503) ضمن المحور السابع الخاص باضطرابات القلق(Anxiety disorders) التي تشمل كلّاً من: الرهاب(Phobia) ، والفزع (Panic)، والقلق العام (Generalized Anxiety)، والوسواس القسري Obsessive-Compulsive، وضغط ما بعد الصدمة (PTSD).

التوجهات النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الصدمة:

تختلف التفسيرات النظرية للتعامل مع اضطراب ما بعد الصدمة باختلاف أصحابها، وتتعدد طرق العلاج باختلاف هذه الأطر النظرية، وقد أفاد(غازي محمد، ٢٠٠٢: ١٦) بالقول إن عمق المستويات والتدخل بين النموذج مختلف إلى حد كبير وتحكمها عوامل متعددة، أهمها الجنس، السن، وجهة النظر الفردية والشخصية، وإدراك الحدث. كما اقترح (ديفيد هـ . بارلو، ٢٠٠٢: ١٢٤) عدداً كبيراً من النماذج النظرية، وذلك لتنظيم أنماط الملاحظة لردود الفعل تجاه اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) ولتفسير تطور هذه الأنماط.

ويقول(عبد المجيد منصور وزكريا الشربيني، ٢٠١٣: ١٧٤-١٧٥) كل طفل يتمتع بقدرة تلقائية على أن ينمو ويصبح فرداً ناضجاً، ومن سمات هذا النضج القدرة على الشعور بشتى الانفعالات، وقدرة الفرد على الشعور بالبغض والحب، والنفور والميل، والغضب والحلم جزء لا

يتجزأ من بنائه الإنساني، والشخصية السوية من سماتها الشعور بشتى الانفعالات في أوقاتها الملائمة، وما يتسم به الطفل من عنف السلوك. ويرى بعض العلماء أن الطفل يولد مزوداً بحاجته إلى البغض والعدوان، ويقابل ذلك حاجته إلى الحب والعطف، وعلى ذلك فإن ما تفعله الخبرات الصادمة لدى الأفراد والأطفال هو تفعيل وتنشيط الحاجة إلى البغض، فالخبرات المؤلمة لا تُحقِّق لرغبات تعلم الصغير، إلا مزيداً من البغض والسلوك العنيف.

وفيما يلي عرض لأهم التفسيرات الخاصة بأسباب تكون وتطور ال (PTSD).

١- التفسير الكيميائي Biochemical Interpretation:

يعتمد هذا التوجه في التفسير على العوامل"البيوكيمياوية"، والتي تفترض أن التعرض للأحداث الصادمة والصعبة تؤدي إلى تلف وضرر في الجهاز الغدي وخاصة الغدة الكظرية، وكان من المنظرين لهذا التفسير (Krystal et al., 1989:177-189) حيث أشار إلى أن التعرض لحادث صادم(Traumatic Event)، يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز ونظام إفراز الغدة الكظرية، وتحديداً إلى زيادة في مستويات النورادرينالين (Noradrenalin) والدوبامين (Dopamine). وزيادة مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل سريع.

وهناك دراسات أكدت وجود أضرار فسيلوجية مصاحبة للتعرض للأحداث الصادمة مثل: كوستن وزملاؤه (Kobak,R.R&Sceery,1988:23) حيث وجدوا أن مستوي النورادرينالين والأدرينالين كان عالياً لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصادمة (PTSD). ووجد كولك وزملاؤه(Kolk et al., 1985) زيادة في مستويات الدوبامين والنورادرينالين لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي(Autonomic) لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

وقد خلص أيزنك(Eysenck,2000:693) من خلال استعراضه لعدد من الدراسات، إلى أن المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصادمة، يختلفون فعلاً عن الأفراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفسيولوجية والبيوكيماوية.

ويمكن الاشارة إلى فرضية مفادها ضعف الجهاز المناعي للأفراد الذين يتعرضون للأحداث الصادمة، وأن هذا الضعف يجعل الفرد غير قادر على التعامل ومواجهة هذا الموقف، مما يترتب عليه ظهور العديد من الأعراض الفسيولوجية ذات السبب البيولوجي.

٢- التفسير الديناميي Psychodynamic Interpretation :

هذا التوجه في التفسير لاضطراب ما بعد الصدمة يعتمد على التحليل النفسي، والقلق الذي يصاحب الفرد منذ مرحلة الطفولة الأولى ولحظة الميلاد ويقول:(قاسم صالح،١٩٩٨: ٧٨) ما يثير الحيرة في اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة، أن بدايته يمكن أن تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صادم. ولأن فرويد كان قد عد صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق، بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان، وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة، على أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموماً.

يرى (Moos,R.1976 : 7-11)أن اريكسون (Erickson) رائد نظرية النمو النفسي الاجتماعي في مجال نظرية الأزمات(Crisis Theory) أنه عرض إطاراً نظرياً هاماً يلحق العلاقة من المراحل النمائية والأزمات التي يواجهها الفرد في كل مرحلة، حيث تشتمل كل مرحلة على أزمة، وتحد جديد يتوجب على الفرد مواجهتها والتعامل معها، وهذه المواجهة تعتمد على مدى الخبرات التي اكتسبها من كل مرحلة من المراحل، سواء كانت هذه الخبرات ايجابية أو سلبية، وتعتبر المرحلة الأولى هي مرحلة الثقة المطلقة مقابل عدم الثقة، فإن الرعاية الوالدية، وإشباع الحاجات الجسمية، والنفسية للطفل يجعله يكتسب الثقة في ذاته، والعالم والآخرين، وهذه الثقة، تكون أساس قدرته على المواجهة الايجابية، للضغوط والصدمات بعد ذلك، بينما إذا حدث خلل في الرعاية الوالدية غير الملائمة، يجعل الطفل يشعر بعدم الثقة، ويفشل في مواجهة الأزمات، ويشعر بالعجز كذلك ففي المرحلة العمرية الثانية، يكتسب الطفل الاستقلالية، التي تمكنه من مواجهة الصدمات النفسية، ثم يكتسب الفرد صفة المبادأة ثم الاجتهاد ومن ثم تحقيق الهوية، وتستمر هذه المراحل في التكامل لتعزيز الصفات الايجابية التي تمكن الفرد في نجاح مواجهته للأزمات.

وكما قام(Wilson,J.P,1997) بتقديم نموذج متميز في التحليل النفسي يعرف بالنموذج الاجتماعي الارتقائي، يرتكز إلى نظريات كل من ايريكسون ولفتون. ويبرز هذا النموذج آثار الصدمة الشاملة، على النمو والارتقاء. وركز فيه على مرحلة بناء الهوية للأنا، مقابل تشتت أو ارتباك الدور، وهي المرحلة النفسية الاجتماعية الخامسة لايريكسون، ويبرز ويلسون أهمية هذه

المرحلة في تكوين الإحساس بالكلية أو الهوية. وتتيح معظم الثقافات (فترة مواتية نفسية اجتماعية) تتأتي فيها للشباب الفرصة لاكتشاف الهوية وتعزيزها. وهنا يكون تأثير الصدمة بالغ الخطورة، لأنها تؤدي إلى إعاقة تطور ارتقاء الفرد، ومن ثم إلى تطور (أزمة) ارتقائية تعرف بتشوش الأنا، إضافة إلى ذلك هناك اضطرابات مصاحبة أخرى قد تحدث مثل: فقدان الإحساس بالأمن الخوف من فقدان قدرة الفرد في التحكم في سلوكه، اضطراب وتشوه النظرة للمستقبل، وتأثر المنظومة القيمية للفرد، وكذلك القلق الشديد، وتأثر العلاقات الودية العاطفية، كذلك الشعور بالاغتراب النفسي.

ويشير (حامد الفقي، ١٩٩٣: ٢٩) إلى أن فرويد يرى أن اضطرابات ما بعد الصدمة، سببها تصدع بنية الشخصية، والكبت والصراع النفسي، وتفترض النظرية أن الخبرات الانفعالية الصدمية إذا ظهرت في بؤرة الوعي بعد مرور عدد من السنوات على الحدث الصدمي، فقد تصيب الفرد بالقلق والاكتئاب وربما الذعر، وهذه الخبرات الصدمية يتم كبتها في اللاشعور، ويفشل في الوصول إليها كلما أراد ذلك بسبب ميكانزم الكبت الدفاعي، لأن تذكرها يؤدي إلى تصدع الشخصية والشعور بالعجز.

وأشار (قاسم صالح،١٩٩٨: ١) أن أوتوفينخل إلى أن هناك أحداث ضاغطة مثل خبرات فقد الأحباب، وفقد المال، وفقد المكانة، وكذلك الفشل ترتبط بزيادة أعراض الاكتئاب وانخفاض تقدير الذات (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٥٦-٧٥٧). فلقد حاول هوروتز (Horowitz, 1986) تفسير هذا الاضطراب، بنظرية نفسية دينامية خلاصتها أن الحدث الصادم يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والإنهاك. فيلجأ الفرد إلى الكبت كحيلة دفاعية لكبت الأفكار والذكريات الخاصة بالحدث الصادم، وهنا يفشل الفرد في تكامل وتوافق المعلومات الخاصة بالحدث الصادم ومعلوماته، فتشكل جزءاً من الإحساس بذاته، وتشكل له الألم نتيجة الإنكار الذي تولد من غير أن يحل المشكلة.

ويضيف (صلاح مخيمر وعبده رزق، ١٩٦٩: ١٢٠١) أن أوتو فينخل يقول: أن بعض العصابيين يعطون الانطباع أنهم يناضلون سدى طوال حياتهم، بغية السيطرة على الاضطراب، غير أنهم يكونون أدركوا الموقف البدائي- الحدث الصادم- من الزاوية السادية فيظل يتذبذب ما بين ترقب تكرار هذه الصدمة، وتحقيقها ايجابياً في الواقع.

٣- التفسير (البيولوجي) Biological Interpretation:

يعتمد أصحاب هذا التوجه من التفسير على الوراثة وأثرها في تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأن العوامل الوراثية والجينية، هي التي تقف وراء هذه الأعراض. وقد أجرى العديد من الدراسات للاستدلال والتحقق من هذا التوجه مثل دراسة(Skre,et,al.1993,p. 85)على التوائم حيث وجد اتفاقاً أكبر في اضطراب ما بعد الصدمة بين التوائم المتطابقة (Identical Twins) بالمقارنة مع التوائم الأخوية (Fraternal Twins).

وهناك من أرجع نشأة الصدمة وتكونها إلى اضطرابات تحدث في الدماغ من حيث الوظيفة، مما يؤثر على وظائف بعض أعضاء الجسم، تظهر على شكل اضطرابات سلوكية ومعرفية، عاطفية وانفعالية، وفي نفس السياق أشار (Van, der, Kolk, 1984) كما ذكر (غسان يعقوب،١٩٩١ :٨٧) أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ، فيظهر كاضطراب بإحدى هذه الصور (ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين والأنسيستيلكولين، وانخفاض في السيروتونين، والدوبامين).

وكذلك دراسة تير (Terr.L,1993) توصلت إلى أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية، وكانت معاملات الارتباط لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة تتراوح بين (+٠.٢٨ إلى +٠.٤١) في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم الأخوية بين (+٠.١١ إلى +٠.٢٤).

وذكر (Eysenck,2000:693) أن ڤو قام بدراسة معمقة على أشخاص مرضى وعاديين وأثبت في دراسته (Foy,Dosato&Neunann.1992:34) أن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من أمراض نفسية، تكون قابلية أو شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية. فتؤدي به إلى الإصابة باضطراب(PTSD). وأن ما يقارب ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم للمعارك، ينتمون إلى عائلات فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية.

وهناك من ربط بين الاضطراب والجهاز العصبي مثل:(De La pina, 1984:34-40) حيث أفاد بأن الأشخاص الذين يسيطر لديهم الجهاز الباراسمبثاوي لا يتوصلون إلى تحقيق فهم واضح، للمؤثرات المفاجئة والمؤلمة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون فسيولوجيا للصدمة بشكل غير عادي، مما يؤدي إلي ظهور بعض الأمراض، مثل اضطراب النوم والكوابيس والغضب والعدوانية. أي أنهم لا يستطيعون التعامل مع مؤثرات الأزمة بالشكل الصحيح، إذ

يعتمدون بالأصل على المنبهات الحسية. وهذا يدل على وجود نقص في معالجة مؤثرات الأزمة. وقد اعتمد نموذج دي لابينا على عدد من الفرضيات التي ترتكز على:

- أن الجهاز العصبي جهاز لمعالجة المعلومات.
- أن مستوى الاستثارة يرتبط بمعدل معالجة المعلومات في المنظومة الفرعية.
- أن المعدل الكلي لمعالجة المعلومات يميز الجهاز العصبي المركزي.
- أن هذا المعدل يرتبط ارتباطاً شديداً بالمجموع الكلي لمعدل المعلومات داخل المنظومة الفرعية المنتظمة في شكل هرمي.

كما قدم كل من كولب (Kolb, 1987:989-959) وماك جوف (McCaugh ،١٩٩٠: ١٥-٢٥) نموذجاً على تأثير التعرض للعوامل المسببة للضغوط على الجهاز العصبي المركزي، فالخبرات الحادة للخبرة الصادمة ترتبط بتنبيهات فالتنبهات الحادة، قد تسبب تدمير الجهاز العصبي. وتؤيد بحوث حديثة أخرى فكرة الصدمة، التي تؤدي إلى تغيير في نظام المخ العصبي الكيماوي كمساهم في أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمة.

وهناك من اعترف بأهمية الجانب البيولوجي في تأثيره على السلوك، وأخذوه كسبب رئيس للاضطراب يستوجب الأخذ به في إعداد البرامج الارشادية، والعلاجية لتعديل السلوك الناتج عن الأحداث الصادمة، وفي هذا السياق تقول(هناء شويخ،٢٠١٢: ٣٥-٤٥) والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي فكرة التفاعل للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً. وتعد العملية التفاعلية لحدوث المرض وتطوره والشفاء منه. إن الجانب البيولوجي من الإنسان يحدد الكثير من سلوكياتهم، اضافة إلى الأفكار والمشاعر، وذلك لما لها من تأثير جوهري على ما يفعله الأفراد. يعتبر من الأطر المفيدة لفهم السلوكيات الصحية من خلال السياق الحياتي للفرد، مع التأكيد على الجانب البيولوجي.

وأضاف كولب أنه يوجد مجموعة من العوامل تؤثر في سلوك الطفل المتعرض للأحداث والمواقف الضاغطة وهذه العوامل هي(السن، النوع Gender ، الوضع الاقتصادي والاجتماعي، نمط الشخصية، المعتقدات الصحية Health Beliefs.

٤- التفسير المعرفي Cognitive Interpretation:

أصحاب هذا التوجه في التفسير من المعرفيين يركزون على مفهوم الأمان الشخصي المعرفي للفرد، ومدى تأثره بالحدث الصادم، ومدى إدراك ومطابقة الحدث ضمن المخزون والمفهوم

المعرفي للفرد من حيث الجدة والغرابة، وهنا وضع فوا وزملاؤه (Foa, et al.1989) نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة، والتي تقول إن الأحداث الصادمة تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية (Normal) بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن. ويؤدي هذا إلى الإحساس بعدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة علي التحكم. ويقول(قاسم صالح،١٩٩٩:١٢) يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام.

ويقول (أحمد هلال وشهدان عثمان، ٢٠١٣: ٨٥) إن الاتصال البشري يتمايز مبكراً، من خلال الزيادة في عمليات الكف، التي تعتبر عملية مهمة الانتباه، فاللغة ونظام الرموز والتعلم من خلال التفاعل الاجتماعي، هي عمليات مركزية في اكتساب التحكم الذاتي من خلال ما أسماه (Vygotsky) عمليات معرفية عليا، مثل التخطيط والذاكرة والكف، ولهذا فإن هذه الوظائف التنفيذية تنمو بشكل سليم نتيجة التعلم الاجتماعي.

ويري ميللر (Miller,1995:204) أن الفرد يدرك الحادث الصادم على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، مما يشكل له تهديداُ ينجم عنه اضطراب في السلوك. وقد طرح كيلي (Kelly, 1995:42) عدداً من التفسيرات المختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد. وقد عرف كيلي القلق النفسي بأنه إدراك الفرد للأحداث التي يواجهها على أنها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه، وفي إطار المنظور المعرفي للضغوط والأزمات.

ويرى المعالجون المعرفيون أن الفرد يصبح قلقاً عندما لا تكون لديه بنى معرفية(Structures)، وتتكون الصدمات النفسية نتيجة الإدراك الانفعالي، والتقدير المعرفيCognitiveappraisal، وكيفية تفسير هذا الإدراك للأحداث الطارئة ضمن البنى المعرفية الجديدة، فيفقد سيطرته على الأحداث، فحينها يشعر بالخوف والقلق من دخول الخبرة الجديدة للمخزون المعرفي البنائي للفرد، أما التهديد فإنه يشعر به عندما يدرك أن هناك تغييراً شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه.وأشار كل من Hodghinon& Stewart, 1998, (pp. 219–220).إلى أن العمليات المعرفية هي مفتاح فهم الأحداث الصادمة خاصة في ظل الثورة المعرفية (Cognitiverevolution) التي تركز على أن تقدير الفرد وإدراكه للحدث أوالصدمة، وليس الحدث في حد ذاته هو الذي يؤثر فيه ويزيد من الأعراض النفسية لديه. ويؤكد ماثيني وآخرون (Matheny et al 1996 pp 79–95) على وجود علاقة وثيقة، عند دراسة

الصدمات والأزمات بين المعرفة والانفعال والسلوك، كما يجب دراسة الإنسان في إطار كلي (بيولوجي – اجتماعي – نفسي – سلوكي).

ويرى أصحاب التفسير المعرفي بيك ولازوراس(Lazarus, Beck,1972:343-354) أن نظرة الفرد لذاته تتأثر بمدى تقدير وتفسير الفرد للحدث الصادم، كما يتأثر إدراك الفرد للأشياء والأحداث، وهي تتوقف على الخطط المعرفية(Cognitive Schemata)التي يستقبل ويدرك بها الفرد الأشياء والأحداث والمواقف وهذه الصيغ المعرفية تتكون خلال مرحلة الطفولة، من خلال علاقة الفرد بالوالدين، فإذا كانت هذه العلاقة تتسم بالحب والتقدير والاهتمام، فإن الطفل يدرك العالم على أنه مكان آمن، ويدرك ذاته على أنه يستحق الحب والاحترام، أما إذا كانت خبرات الطفولة تتسم بالإهمال والرفض، فإن الطفل يشعر بعدم الأمن،وبالتالي يدرك العالم على أنه مكان غير آمن، كما يبالغ في توقع الخطروالشر من الأحداث والمواقف والمستقبل.

وقد أفاد ستيرن(Stern, 1985:118) أن التمثيل هو أول العمليات المعرفية التي يقوم بها الطفل، لأن الطفل يظهر بعض الاستجابات المركبة، والتي ستصبح سلوكاً مميزاً في المستقبل في عملية التعلق وذلك في الشهور الأولى من حياته، وتنظيم هذه الاستجابات تظهر بوضوح بعد منتصف العام الثاني من حياة الطفل.

وكذلك فإن ايدن (Eiden, et al, 1995:1504-1518) أشار إلى أن النماذج المعرفية المتماثلة المتكونة لدى الفرد عن ذاته وعن الآخرين في البيئة المحيطة، من خلال تكرار التفاعل والاحتكاك مع القائمين بالرعاية، تعتبر الموجه لسلوك الفرد المستقبلي، فالمعلومات المختزنة في المراحل الأولى من الطفولة، تمثل العمليات المعرفية التي سيستخدمها الفرد في معاملاته مستقبلاً، لتحدث ما يسمى بالنواحي المعرفية (Cognitive Products) والتي تشير إلى الأفكار والقرارات، والتخيلات الناتجة من تفاعل المعلومات المستقبلية ومضمون تكوينه المعرفي.

فمن هنا نرى أن النماذج المعرفية التي تتكون لدى الفرد، وهي تكون عبارة عن الموجه للسلوك بمختلف مكوناته، من قيم ونظم وقواعد ضوابط معرفية للحكم على كل تصرفات الفرد، وهذه الضوابط تساعده على مواجهة الضغوط والصدمات التي يتعرض لها،حيث يطابق الخبرات الجديدة بالمخزون المعرفي لدى الفرد الذي بدأ بالتكون بعد منتصف العام الثاني من عمره .

وهنا يضيف ابستاين(Epstein, 1991:123) أن لكل فرد معتقدات، ونماذج معرفية، تميزه عن الآخرين، وأن الصدمة تؤدي إلى زعزعة معتقدات الفرد، ويرى أن التوازن بين اللذة

والأم يجعل الفرد أكثر تكيفاً مع الواقع، وقد وضع بعض المبادئ والمنطلقات للتعامل مع العالم الخارجي والتي منها:

- أن هذا العالم هو مصدر الخير والانشراح.
- أن لهذا العالم قيمة ومعنى يمكن التحكم فيهما.
- أن الأنا لها قيمتها وأهميَّتها الخاصة(فأنا شخص محبوب وجدير بالتقدير والاحترام).

ونستنتج أن المعرفيين في تفسيرهم يركزون على أن الفرد يبني آماله وخبراته من خلال الواقع ومعتقداته، ولا يتصور بأنه سوف يتعرض للفشل، أو لحدث صادم يخرج عن نطاق المعمول، وعندما يقع الحدث الصادم، تتأثر المعتقدات، والآمال، ويشعر الفرد بالذهول، واليأس، وكأنه لا يصدق ما جرى، وبهذا تتأثر فتتحول من الجانب الايجابي إلى السلبي، وبهذا تصبح الخبرات الجديدة الواردة من العالم الخارجي للفرد قلقة ومخيفة، إذ تضعف الأنا تحت تأثير الحدث الصادم وتفقد معناها وقيمتها، وبهذا فإن العلاج المعرفي (Cognitive Therapy) يتناول بدقة الأفكار والمعتقدات السلبية، حتى يتمكن الشخص المصدوم من إعادة بناء تجربته، وبنائه المعرفي عن نفسه، وعن الآخرين، وعن الواقع والمحيط الخارجي، بطريقة جزئية، كبناء تراكمي حتى يصل إلى العودة مرة أخرى للمعتقدات والقيم المكونة أصلاً قبل تعرضه للحدث الصادم.

٥- التفسير السلوكي Behavioral Interpretation

إن السلوكيين يركزون ويردُّون التفسيرات لاضطراب ما بعد الصدمة إلى السلوك المكتسب، ويغفلون أية عوامل بيولوجية و وراثية أو حتى لا شعورية، ويستخدمون فنيات للتعامل مع هذه الأعراض والاضطرابات الصادمة بطريقة سلوكية متعلمة محضة، كما أن السلوكيين يربطون التوجه الاشتراطي، الذي يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحدث صادم، يؤدي إلى سلوك تجنبي لمثل هذا التنبيه لدى المصابين باضطراب الصدمة النفسية، غير أنهم لم يقدموا تفسيراً لإصابة أشخاص دون غيرهم، مع أن الجميع قد تعرض لنفس الحدث الصادم وبنفس الدرجة والحدة، ويقول(قاسم صالح،٢٠٠٠: ٨٨): معروف عن السلوكيين أنهم يهملون العوامل الوراثية، والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويؤكدون على العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعية الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، واللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم.

اقترح السلوكيين بعض الفنيات للتعامل وعلاج الأعراض الناتجة عن الصدمة النفسية، يتم تدريب المصاب عليها من خلال معالج سلوكي وقد أشار كل من (Hodghinson & Stewart, 1998 pp. 151-153) إلى أن فنيات العلاج السلوكي (Behavior Therapy) مثل التحصين المنظم (Systematic Desensitization) حيث يتم التزاوج بين مثيرين، الأول المثير المسبب للذكريات المؤلمة (الصدمة)، والآخر هو مثير يؤدي إلي الراحة (الاسترخاء) (Relaxation)، حيث يتم أولاً تدريب الفرد الذي تعرض حدث صادم أو أزمة علي الاسترخاء، ثم يتم تعريضه بعد ذلك للمثيرات المسببة للألم سواء كان واقعياً أو خيالياً بطريقة غامرة، وليس بطريقة تدريجية، كما في التحصين التدريجي المنظم، وفي الفئتين فإن الفرد، الذي تعرض للصدمة يعيد تذكر الأحداث التي تعرض لها، سواء على مستوى التخيل، أو الواقع، عدة مرات حتى يحدث لها ما يسمى بالكف، أو الانطفاء حيث يقل الألم أو يختفي تدريجياً رغم تذكر هذه الأحداث.

وكذلك فقد حدث تطور لدى السلوكيين في تقديم نماذج متعددة في تطور النماذج السلوكية الخاصة بعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أدى إلى تطوير وتضمين متغيرات إضافية، مثل الخصائص الفردية، ويشمل ذلك المساندة الاجتماعية والإدراك. وأشار بعض السلوكيين إلى أن الأحداث الصادمة، تعمد إلى إيجاد نوع متشابك من الخوف الواسع، وتنشط بشكل سريع وتستثار بسرعة نتيجة العدد الكبير من الاتصالات البينية، وتميل إلى التعميم من الخوف من كل شئ، مما يؤدي إلى الإحساس بعدم القدرة على التحكم والتنبؤ.

كما أشار (لويس مليكه، ١٩٩٤: ١٠٤-١١٨) إلى بعض طرق السلوكيين في التعامل مع الاضطرابات بمختلف مستوياتها وهذه الطرق هي:

١- النمذجة: وبين أن إجراءات النمذجة تندرج تحت ثلاث فئات

أ- الانطفاء الغير مباشر (أو البديل) وفيه يُعرض المعالج أو المرشد المسترشد لسلسلة من الأحداث النموذجية المرغوب فيها.

ب-الاستثارة الغير مباشرة(أو البديلة) وهي تشبه إزالة الحساسية التدريجي.

ت-التقليد، حيث يقلد فيها سلوكاً متدرجاً مثل طفل يقترب من كلب، وهو يخاف من الكلب.

٢- تأكيد الذات: والتي يمكن تحقيقها بواسطة:

أ- التدرب على المهارات الاجتماعية.

ب-التدرب على تأكيد الذات. Self Assertion

٣- الضبط الذاتي: ويمكن أن يتحقق من خلال:

أ- الملاحظة الذاتية للسلوك.

ب-التخطيط البيئي، ويتمثل في إحداث تغيير في بيئة الفرد.

ت-البرمجة السلوكية.

ويخلص إلى أن التنظيم الذاتي منهج مهم خاصة في التعامل مع من يصعب استخدام المناهج الأخرى معهم، لأسباب عملية أو خلقية.

ومن هنا فإننا نلاحظ أن السلوكيين قدموا نموذجاً علاجياً منظماً وواضحاً متسلسلاً، وحسب ما يراه الباحث ومن خلال خبرته في هذا المجال، أن فنية الاسترخاء من الفنيات المهمة والفاعلة في إحداث تقدم وتحسن في حالة المصابين بالصدمة النفسية، شريطة أن يقوم بتقديم الخدمة معالج على درجة عالية من الخبرة والعلم بالفنية، وكذلك فإن المنظور السلوكي، يساعد على فهم اضطراب ما بعد الصدمة، من خلال نظرية الاشتراط الكلاسيكي، وقد أشار (Barlow, 1988,23) أن تعميم استجابة الخوف والخطر، يمكن النظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الاشتراط. إذن فالأحداث الصادمة من نكبات وحروب وأعمال العنف واغتصاب واعتقال وتنكيل وسجن وقتل، تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف إزاء المواقف، من خلال ترميز المنبهات لما كان في خبرة الفرد من أحداث صادمة بكل تفاصيلها. وكذلك فإن هناك عوامل أخرى مهمة في عملية تقديم العلاج مثل الرعاية الأسرية، وتاريخ الأسرة المرضي، والخصائص الفردية للمريض، كل هذا يساعد وبدرجة عالية في اختيار نوع التدخل وتصميم النموذج العلاجي والإرشادي.

٦- تفسير منظور العجز المكتسب Learned Helplessness Interpretation :

يركز التفسير المرتكز على نظرية العجز المكتسب أن الأحداث الصادمة تجعل الفرد يشعر بالعجز، وتدني تقدير الذات، وزيادة أعراض الاكتئاب والخوف، وفقدان الأمل في المستقبل، مما يشعره بالفشل واليأس والاكتئاب ويزيد من الأفكار الانتحارية، وأن ما يحدث في الحاضر سيتكرر في المستقبل فتقل إمكانية التنبؤ لدى الفرد، وتعود نظرية العجز المكتسب إلي كل من أبرامسون وسيلجمان وتيسدال وغيره (Teasdole & Sellgman, Abramson,1978: 49-74)، وتنطلق فرضيات النظرية من فرض رئيسي مفاده أن تكرار تعرض الفرد للصدمات، أو الأزمات، أو الضغوط، وإدراكه أو اعتقاده عدم القدرة على التحكم فيها، أو عدم التنبؤ بعواقبها، فإن هذا من شأنه، أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة، وهذا الشعور، يجعله يبالغ في تقدير الأحداث التي يمر بها، ويشعر بالتهديد منها، وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على المواجهة في الماضي، والحاضر، وسوف يستمر معه، في المستقبل، ومن ثم يشعر باليأس، وهذا الشعور

يترتب عليه: تقليل أو انخفاض الدافعية للإنجاز أو التحصيل، تقليل المبادأة والنشاط وزيادة الخمول والسلبية، الإحساس بالعجز واليأس وفقدان الأمل، انخفاض تقدير الذات، الشعور بنقص الكفاية الشخصية، زيادة أعراض الاكتئاب والقلق.

ويستنتج الباحث أن الأحداث الصادمة تجعل الفرد يشعر بأن سلوكه قاصراً على مواجهة الأحداث بهذا المستوى، رغم أن هذه الأحداث الصادمة تزيد من قدرته على المواجهة ظاهرياً، وسرعان ما يشعر بنقص الدافعية وزيادة السلبية والشعور بالعجز في مواجهة الأحداث الضاغطة، مما يؤدي إلى اليأس والخوف والقلق من المستقبل ذو النظرة السوداوية، فتظهر عليه العديد من أعراض عدم السواء، وهذه نتيجة الأحداث الصادمة، ويطلق عليها أعراض ما بعد الصدمة، والتي تحتاج إلى تدخل علاجي إرشادي لمساعدة الفرد على تجاوزها وإعادة الثقة والأمل له.

ويري كل من دافيسون ونيل (Davison & Neal, 1998, pp 158- 161) أن نظرية العجز المكتسب، تفسر لنا ما يشعر به الذين تعرضوا للصدمات، من شعور بالفشل والعجز، واليأس، والاكتئاب، والتوجس من المستقبل، إلا أن المظهر الرئيسي، هو شعورهم بفقد القدرة علي التحكم في أحداث حياتهم وتشاؤمهم من المستقبل، وشعورهم المستمر بأن ما حدث في الماضي سوف يتكرر في الحاضر والمستقبل، وبالتالي يشعرون بعدم إمكانية القدرة علي التنبؤ بالشر الذي سوف يأتي من المستقبل.

وشعور الفرد بالعجز في مواجهة الحدث الطارئ يزيد من أعراض الاكتئاب، وأعراض القلق، وتوقع الأسوأ دائماً، ويؤكد هذا كل من(Hodghinson & Stewart,1998:154) بإشارتهما إلى أن الشعور بالعجز الناتج من حدوث الصدمات النفسية نتيجة لأحداث شديدة غير متوقعة، تجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القدرة علي السيطرة أو التحكم (Loss of Control) مما يزيد أعراض الاكتئاب، التي أبرزها السلبية والخمول، كما يزيد من أعراض القلق، التي أهمها الوقع المستمر للشر، وتوقع الأسوأ للمستقبل وزيادة الأفكار الانتحارية، ويشعر الفرد بالعجز عن الحماية الذاتية أو لغيره من ممتلكات وأفراد العائلة.

وتتفق نظرية العجز المكتسب مع النظرية المعرفية، بأن للمعتقدات وفكرة الفرد عن ذاته دوراً كبيراً في زيادة الشعور بالفشل وزيادة أعراض القلق والاكتئاب واليأس عندما يتعرض لحدث صادم، وهذا الشعور يتعزز ويتأثر بنوعية المعتقدات والأفكار لدى الفرد.

بعد الاطلاع على أهم التفسيرات الخاصة بتكون وظهور الأعراض الصادمة للفرد نتيجة للأحداث الصعبة، فإن الباحث يلاحظ تعدد واختلاف وجهات النظر في التفسيرات المتعددة، ونتيجة لهذا التعدد فقد صاحبه تعدد أيضاً في الفنيات والآليات والأدوات للتدخل العلاجي، والإرشادي للأفراد، وذلك باختلاف الأطر والتأصيل النظري الخاص بكل نظرية، وهكذا فقد تعددت البرامج المعدة للتعامل مع الأعراض الناتجة عن الصدمة استناداً لوجهة نظر معينة، وهذا الاختلاف وتعدد وجهات النظر ترك الباب مفتوحاً للاجتهاد، وتأكيد أن الأخذ المتعدد من هذه الفنيات بما يناسب الحالة، هو الأصح والأكثر نفعاً، فإن الباحث هنا يرى عدم الالتزام بوجهة نظر معينة في إعداد البرنامج الخاص بهذه الدراسة، وذلك وفق المنهج الانتقائي الذي ينادي بضرورة التكامل بين النظريات بما يناسب الحالة المستهدفة، وذلك سواء على المستوى الفردي أو الجماعي. وذلك كون اضطراب ما بعد الصدمة، قد يكون سببه يعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة، أو تعليمات غير مناسبة حدثت على حسب قوانين الاشتراط الكلاسيكي، أو عوامل وراثية، أو أفكار غير عقلانية ناجمة عن خطأ في ادارك المعلومات ومعالجتها، وأنها لا تعمل بشكل منفصل بل بصيغة تفاعلية، وتبعا للحالة من حيث التكوين الوراثي للفرد وحالته النفسية، وقدراته المعرفية وظروفه الأسرية والاجتماعية. والنظرة الشخصية للفرد عن الأحداث بما تحمله من معتقدات وأفكار، من الأشياء المهمة جداً التي يجب الانتباه لها عند التعامل مع الحالات، باعتبارها تلعب دوراً في فترة العلاج وضرورة الأخذ بها في وضع البرامج التدخلية، والفترة الزمنية لهذه البرامج. كما يستنتج الباحث أن التفسيرات المتعددة لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة، لا يصاحبها اختلاف على المعايير المصنفة والمميزة له، إذ أن التصنيف الرابع للدليل الأمريكي(APA,DSM–IV) للجمعية الأمريكية للطب النفسي، يعتبر مقبولاً ومرجعاً لجميع النظريات، مما يجعل التشخيص أكثر دقةً.

ردود الفعل تجاه الخبرات الصادمة:

إن الباحث ومن خلال خبرته ومعايشته الطويلة للأشخاص والأسر التي تعرضت لمختلف ألوان التحديات الصعبة، من قتل وجرح وتدمير للبيوت وتدمير للمزروعات، والشوارع وعلى مرأى من الكبار والصغار، فإن الواقع الفلسطيني المعاش يجعل التعرض لخبرات صادمة، من قصف وقتل وتدمير للبيوت بشكل متكرر وممنهج، جزءاً من الحياة اليومية للمدنين على اختلاف فئاتهم وأعمارهم. ومن خلال الفرص التي أتيحت للباحث من التقاء مجموعات من الذين تعرضوا لمثل هذه الصدمات بعد مرور أيام قليلة على حدوثها، ومن خلال الاطلاع على التجارب المشابهة والتي تشبه إلى حد ما التجربة الفلسطينية، ونذكر هنا على وجه الخصوص التجربة اللبنانية. وتواصله مع باحثين ومعالجين لبنانيين وسوريين وليبيين ويمنيين، وكذلك اطلاعه على التجربة

في (البوسنا والهرسك) بإقليم كوسوفو، والبرامج المستخدمة لعلاج أعراض الصدمة النفسية فيها والتي أشهرها برنامج العقل والجسم، ومشاركة الباحث في تطبيق وتقنين البرنامج في البيئة الفلسطينية، سواء على الأطفال أو الكبار، فإنه بالإمكان تقسيم ردود الفعل المتوقعة للتعرض لخبرات صادمة إلى قصيرة ومتوسطة وطويلة الأمد، وهذا ما يتفق مع ما أشار إليه (محمد النابلسي، ١٩٩٥ :١٤٢) حيث تم تقسيمها إلى :

ردود الفعل قصيرة الأمد:

حيث أن ردود الفعل قصيرة الأمد تتميز بعدد من الصفات المميزة للأعراض مثل:

– الإحساس بالألم وصعوبة التفكير المنطقي. وغالباً ما ينتاب المصدومين إحساس بأن ما حدث ليس حقيقياً، وهنا إما أن يشعروا بأنهم قد تجمدوا أو أنهم مشحونون بالمشاعر.

– الانتباه والتيقظ الشديدان: حيث إنهم يكونون بحالة من الترقب ويخشون دائماً من إمكانية حدوث ما هو أسوأ.

– سوء الإدراك: فقد يبدأون بادراك الأمور بطريقة مغايرة أو يفسرون أحداثاً أو حقائق عادية بطريقة مغلوطة.

– الاستمرار بالحياة الروتينية ولكن بتقييد أنفسهم بأنشطة أبسط مما اعتادوا فعله سابقاً.

– مظاهر القلق والارتباك وعدم القدرة على المبادرة.

– اضطرابات النوم (مع أو بدون كوابيس أو أحلام مزعجة).

ردود الفعل المتوسطة الأمد:

وهذه المرحلة تتميز فيها الأعراض بأنها أكثر شدة و حدة من المرحلة السابقة وأهم ما يميزها الآتي:

– الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان، وذلك بدوره يؤدي إلى سلوك يقظة زائد.

– تجنب الأماكن والظروف التي تذكرهم مباشرة بالصدمة.

– الشعور بالذنب تجاه ضحايا الصدمة، حيث يشعر الناجون بأن نجاتهم كانت محض صدفة مما يغذي مشاعر الذنب اتجاه ضحايا الصدمة.

- استرجاع الحدث برمته وبكافة جوانبه مرة تلو أخرى، إما بشكل صور متفرقة أو أصوات أو روائح أو من خلال الكوابيس.

- بداية ظهور الأعراض النفس-جسدية.

ردود الفعل طويلة الأمد:

ويعتمد ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها شدة الحدث الصادم، ومدة التعرض له، وما إذا أصيب شخص عزيز بهذا الحدث، ومدة تعرضه للحدث الصادم وما إذا سبق له التعرض لصدمات سابقة. ومن أهم ردود الفعل الطويلة الأمد، الإصابة بالاكتئاب أو القلق والذي سوف يؤدي بدوره إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة.

الآثار بعيدة المدى لضغوط ما بعد الصدمة:

إن الحوادث الصادمة سواء كانت الطبيعية منها أو تلك التي من صنع البشر كالحروب والاغتصاب وحوادث السير وغيرها، تخلف وراءها آثاراً مروعة على البناء النفسي لدى الكثير من شرائح المجتمع، وتهيئ الظروف الخصبة لإحداث الأزمات والأمراض النفسية، وتمتد لفترات طويلة حيث تستنزف الكثير من الطاقات النفسية والمادية للفرد والمجتمع، فمن خلال تجربة الباحث ومعايشته لثلاث حروب مدمرة على قطاع غزة خلال أقل من ستة أعوام، فقد فرض على المجتمع الغزي العيش في أسلوب حياة يختلف عما عهده من قبل، فالدمار والقتل والجرحى والأسرى، فرضت نمط حياة أثر على المنظومة القيَّمية والنفسية على صعيد الفرد والجماعة. كما أن الحروب تؤثر على مصادر الثروة الوطنية وتهدد الهوية الوطنية كذلك، سيما أن عينة الدراسة الحالية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بآثار الحروب، والذي يتوقع أن تستمر آثارها لفترات طويلة.

ولقد وجد العلماء والخبراء في مجال اضطراب ما بعد الصدمة آثاراً عدة عند الناجين من الأزمات والحروب، وأشار دافيدسون (Davidson, 1980, 11-21) إلى أن علاج الأشخاص الباقين على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال، أن هناك أعداداً متزايدة من أعضاء أسر الجيل الثاني يعانون من أشكال متباينة من الاضطرابات الانفعالية، واضطرابات الشخصية، وحالات ذهانية، أو حالات حدية (ما بين الذهان والعصاب) والتي ترتبط بوضوح بالتأثيرات بعيدة المدى للحالة الصدمية Traumatization الشديدة عند الوالدين الباقيين علي قيد الحياة. كما كشفت الجهود التشخيصية لهؤلاء الباحثين عن اضطراب عمليات التفاعل بين الوالدين والأبناء كالقلق الزائد، والحماية الزائدة والشعور بالذنب، وبعض الأعراض الاكتئابية، والسيكوماتية عند الوالدين وانعكاساتها عند الأبناء.

واضطراب ما بعد الصدمة يستمر لعدة أشهر، بل لعدة سنوات، هذا ما تم الكشف عنه من عديد من الدراسات على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في الحرب الفيتنامية، بل إن بعض الدراسات أشارت إلى أن بعض هذه الاضطرابات قد تم توريثها للأبناء، وقد أشار هيلزر (Helezer,1987:344) إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة، يستمر عدة أشهر أو سنوات، وأن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة وعلى شخصية المصاب من جهة أخرى، فمن خلال دراساته على الجنود الأمريكيين في فيتنام، وكذلك عدد من الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداءات جسمية أو جنسية شديدة، أشار إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة قد يستمر لعدة سنوات في شكل أعراض سيكوماتية، وأعراض قلق واكتئاب وتعاطي المخدرات، خاصة لدى الذين لديهم عامل مرضي سابق.

ويشير (طلعت منصور ،١٩٩٦: ٥٦) إلى أن الحروب وأشكالها المختلفة، تخلق أحداثاً وظروفاً، ينشأ عنها الكثير من الأزمات التي تخلف وراءها، أثاراً بعيدة المدى في الفرد والجماعات الاجتماعية، والمجتمع ككل، مثل فقدان الحياة، والمصادر والثروة، وتهديد الهوية، وأسلوب الحياة الجديدة المفروضة قسراً على الأفراد والجماعات، وما تخلفه الحرب، من مشكلات خاصة بالأسرى والمفقودين وبمعسكرات الاعتقال، وأن القصور في معالجة الأزمات، وفي حل أزمات أو صدمات الحياة، قد يؤدي إلى الإهدار النفسي، وإلى إحداث إصابات نفسية بعيدة المدى.

وهنا يمكن أن يضيف الباحث خبرته وملاحظاته في هذا المجال، بأن بعض الحالات التي يتعامل معها كمعالج ومرشد استمرت معها أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لعدة سنوات، ومنها ما زالت تعاني منذ أكثر من سبع سنوات، وهذا كله يخلصنا إلى أن التدخلات والبرامج العلاجية والإرشادية لدى المعالجين والمرشدين والباحثين الفلسطينيين، يجب أن تراعي هذا الجانب، والتنبؤ بأن آثار الحروب والعدوان والاعتداءات الإسرائيلية المتكررة ستستمر لفترات طويلة. فأعراض الصدمة النفسية تتماشى مع الأمن المفقود في فلسطين، والسعي المتجدد لإشباع الحاجات الأساسية للفرد، وأهمها الحاجة إلى الأمن، وفق ما قرره ماسلو في هرمه المشهور.

معايير تشخيص أعراض اضطراب ما بعد الصدمة:

اضطراب ما بعد الصدمة أشار إليه الدليل التشخيصي (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 1992,148) في أن العوامل الاستعدادية المتمثلة بسمات

الشخصية، أو تاريخ سابق لأمراض عصابية، ربما تساعد في تطوير أو تنشيط هذا الاضطراب، غير أنها ليست ضرورية ولا كافية لتفسير حدوثه.

وتنشأ أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرض الشخص لحدث صادم، إما يكون فعلياً تهدد فيه بالخطر الشديد على سلامته الجسمية والنفسية، ويكون الشخص أكثر استهدافاً لأعراض متنوعة من الاضطرابات.

يفيد(أحمد عكاشة،٢٠١٣: ١٩٢) بأنه لا يجب تشخيص الحالة، إلا إذا توفر دليل على حدوثها خلال ستة أشهر من وقوع صدمة ذات وطأة استثنائية الشدة، وقد يبقى احتمال التشخيص وارداً إذا لم نجد تشخيصاً بديلاً للاضطرابات، على سبيل المثال (حالة القلق أو وسواس قهري أو اكتئاب)، مع ضرورة وجود استعادة متكررة للحدث، عن طريق الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام، وكثيراً ما يحدث انفصال انفعالي وتبلد الإحساس وتجنب المنبهات التي قد تثير استرجاع الحدث، ولكنها ليست كلها ضرورية للتشخيص، كذلك فإن استجابات الجهاز العصبي المستقل، واضطراب المزاج، وغرائب السلوك، كلها عوامل مساهمة في التشخيص، ولكنها ليست ذات أهمية رئيسية. ويضيف أن الأعراض النمطية تتضمن نوبات اجترار الحادث من خلال ذكريات اقتحامية، مع أحلام وكوابيس، وإحساس بالخدر والتبلد الانفعالي، والانفصال عن الآخرين، وعدم الاستجابة للعالم المحيط، مع عدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكره بالحادث، وعادة ما يحدث خوف وتجنب لرموز قد تذكر المصاب بالحادث الأصلي، وعادة ما يكون من فرط الحركة واليقظة والنشاط بالجهاز العصبي اللاإرادي وتعزيز لردود فعل اجفال.

ولقد حددت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية – الدليل الثالث المعدل" (DSM III –R) في عام (١٩٨٧) اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة(P T S D) وتصنفها إلى ثلاث تجمعات من الأعراض، وهذه التجمعات الثلاث من الأعراض والمظاهر المميزة لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، ترتبط بعدة محاور من الاضطرابات النفسية وفقا لهذا الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية للطب النفسي:

المحور الأول: زملات الأعراض السيكياترية Psychiatric Syndromes .

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية Personal Disorders .

المحور الثالث: اضطرابات سيكوفسيولوجية Psychophysiological Disorders

كما ترتبط هذه الأعراض بمحاور أخرى في هذا الدليل وهي:

1- الانغمار النفسي في استرجاع الحدث الصدمي (Intrusive,Psychological reexperiencing) وفيه يلعب التفسير دوراً مهما في كل فينومينولوجيا اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والتي تظهر في شكل تداعيات واسترجاعات قسرية للمشاهد الصادمة.

2- التخدر النفسي (Psychological Numbing) إزاء البيئة الخارجية، وهو ما قد يأخذ أيضاً مظاهر من التبلد والإحجام أو الانسحاب، أو السلبية أو الاكتئاب.

3-الاستثارة العصبية الزائدة Arousal,Hyperractivity، وهو ما يتضح في الحساسية العصبية الزائدة Neurologic Hypersensitivity .

كما أن هذه الأعراض قد وردت بتشابه كبير في كل من الصورتين الأخيرتين للدليلين(ICD-10)و(DSM-IV) وقد اعتمد عليها كثير من الباحثين اعتبروها كأساس تشخيصي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة في أنحاء عدة من العالم، مثل: (Eysenk, 2000 ; Weiten, 1998; Glenitman,1995) الذي وضعها في ثلاث فئات رئيسية أيضاً، شريطة استمرار ظهور العرض إلى ما بعد شهر كأقل تقدير من حدوث الحدث الصادم، وقد وردت على النحو الآتي:

أولاً: إعادة خبرة الحدث الصدمي:

وفيها يستعيد المصاب بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة ذكريات الحدث الصادم في ذاكرته وكأنها تحدث الآن، ويكون ذلك بواحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

١- كوابيس أو أحلام مزعجة ومتكررة، لها علاقة بالحدث الصادم.
٢- ذكريات وأفكار ومدركات اقتحامية وقسرية ومتكررة عن الحدث.
٣- الشعور بمعاودة الحدث، وتذكر الحدث على شكل صور أو خيالات.
٤- انزعاج انفعالي شديد لأي تنبيه يشبه الحدث الصادم، فيميل إلى التعميم بكل ما يمت للحدث الصادم بصلة سواء على مستوى الأشخاص أو الأماكن.

ثانياً: أعراض التجنب:

والأعراض التجنبية تظهر بعدة طرق، حيث يتم تجنب العديد من المظاهر المرتبطة بالحدث الصادم، وهذا يحدث بعد التعرض للحدث الصادم، وتجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر الفرد بالحدث الصدمي، وهذه المظاهر تكون على النحو الآتي:

١- طرد للأفكار والانفعالات التي تذكره بالحادث، وتجنب الحديث عنه، وفي بعض الحالات يتناول الكحول والعقاقير الطبية والمخدرات، كأسلوب للهروب وتجنب التفكير وتذكر للأحداث التي مر بها، وفي حالات حادة قد يفكر في الانتحار للهروب من الأفكار التي تطارد الفرد.

٢- تدني وانحصار للنشاطات المعتادة للفرد وتقليص ممارسة الهوايات بشكل كبير واضح، بحيث تتأثر وقد تصل إلى درجة التلاشي، والانعزال وظهور مظاهر اكتئابية لدى الفرد.

٣- فتور عاطفي ملحوظ، ولاسيما ضعف القدرة على الشعور بالحب.

ثالثاً: فرط الاستثارة:

فرط الاستثارة يظهر عقب التعرض لحدث صادم، بحيث تظهر أعراضه بصورة انفعال وسلوك مبالغ فيه لأي مثير لا يستوجب ذلك الانفعال، وتأخذ هذه الاستثارة عدة أشكال وصور، وقد تأخذ شكلاً أو أكثر لنفس الشخص، ومن هذه الأشكال الآتي:

١- نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوك عدواني، لفظي أو بدني.

٢- تيقظ وحذر شديد وعدم القدرة على الاسترخاء.

٣- صعوبة كبيرة في التركيز.

٤- الفزع من الأصوات المفاجئة والمرتفعة.

٥- قلق النوم صعوبات أخرى تتعلق بالنوم، كالأحلام المزعجة.

وأضاف(Davsion and Neal, 1996:609) عدد آخر من الأعراض المصاحبة لمصاب اضطراب ما بعد الصدمة، مثل: القلق النفسي، الشعور بالذنب، المشكلات الأسرية، الكآبة، الأفكار الإنتحارية، الخوف الشديد، الشعور بالعجز.

وفي عام ٢٠٠٠ حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي معايير تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة في ستة معايير أساسية وهي كالتالي:

١- الضغوطات stressor

أن يعيش الإنسان حدثاً صادماً خطيراً لم يألفه من قبل، كأن يكون الفرد شهد أو واجه حدث أو مجموعة أحداث مثل: الموت أو الإصابة الخطيرة أو التهديد لسلامته الجسدية، أو للآخرين تكون استجابة حينها(الخوف الشديد- الرعب - العجز).

٢- أعراض الانطوائية والتجنب والذهول avoidant/ numbing

وهي ظهور استجابات مصاحبة للصدمة لم تكن موجودة لديه قبل أن يتعرض لها، وتصبح استجابة عامة لدى الفرد، وهذه الاستجابات قد تظهر بمظهر واحد أو أكثر لدى الفرد في نفس الوقت، وهذه الأعراض هي:

١. تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص والأحاديث المرتبطة بالحدث الصادم.
٢. عدم القدرة على تذكر بعض المعلومات الهامة للحدث.
٣. الشعور بالتشاؤم من المستقبل.
٤. عدم القدرة على الشعور بالحب والمشاعر العاطفية.

٣- إعادة خبرة الحدث الصادم gntrusiverecollection

وقد تأخذ شكلاً أو أكثر لدى المصاب وتظهر بآن واحد بعد شهر على الأقل من التعرض للحدث الصادم وهذه الأشكال كالآتي:

١. الشعور بالتوتر والقلق عند التعرض لمواقف تشبه الحدث الصادم أو رؤية مكان يشبه مكان الحدث أو رؤية شخص أو أي شئ يذكره بالحادث.
٢. تذكر الحدث على شكل صور وخيالات وتوقع حدوثه مره أخرى.
٣. كوابيس وأحلام مزعجة ومتكررة وأوهام وهلاس.
٤. الشعور ببعض الأعراض الفسيولوجية التي حدثت أثناء الحدث الصدمي، كالصداع، وآلام في البطن.

٤- مدة الاضطراب Duration of the edis turbance

هي الفترة الزمنية التي يمكن أن تظهر فيها الأعراض السابقة وهي فترة شهر على الأقل .

٥- أعراض الاستثارة HMPer- anousal

وهذه الأعراض قد تأخذ شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية، حيث تصدر انفعالات مبالغ فيها:

١. نوبات متكررة من الغضب والتهيج مصحوبة بسلوك عدواني(لفظي – بدني).
٢. صعوبة بالغة في الاسترخاء.
٣. صعوبة في النوم واستمراره.

٤. استجابة فزع مبالغ فيه عند سماع صوت مفاجئ أو يلمسه شخص بشكل مفاجئ (صوت جرس – صوت هاتف).

٦- الأهمية والخطورة الوظيفية Functional significance

الشعور بالحزن والألم وضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو أي مجالات وظيفية أخرى، أيضاً الشعور بالقلق النفسي والكآبة والشعور بالذنب ووجود أفكار انتحارية وعنف.(أحمد خضر أحمد، ١٩٩٩:٢٦)

وقد وجد الباحث من خلال عمله الطويل في هذا المجال، أن الاضطرابات الأكثر شيوعاً في الحالات التي تحضر إلى المركز بهدف طلب الخدمة النفسية، وكذلك الدراسات التي أجريت هي اضطرابات(التبول اللاإرادي – الأحلام المزعجة – القلق – قضم الأظافر– تجنب الحدث – سرعة الاستثارة – انخفاض الأداء المدرسي – السلوك العنيف – معايشة الحدث).

ويخلص الباحث إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة، يتميز بعدد من الأعراض المميزة له ويستوجب الحذر عند التشخيص، حيث يترتب على ذلك وضع خطة علاج مناسبة وفق الشدة والحدة لكل حالة، ويجب الأخذ بعين الاعتبار عمر الحالة المستهدفة، فلكل مرحلة من المراحل العمرية ما يميزها عن غيرها، وهذا يستوجب مناسبة البرامج الارشادية والعلاجية المعدة، وبما أن الفئة المستهدفة في هذه الدراسة هم من الأطفال، فإنه يتوجب التعرف على أهم ما يميز اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال:

لقد حدثت طفرة كبيرة خلال العقدين الماضيين في المعرفة المتعلقة بردود فعل الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا للضغوطات الصادمة، ويشير (Pynoos & Eth,1993:214) أنه حصرت البحوث التي أجريت في أجزاء عديدة من العالم دراسات دارت حول أطفال تعرضوا لعنف اجتماعي، أسري، سياسي، وكوارث طبيعية وكوارث سببها بشري وحوادث خطيرة وأمراض مهددة للحياة. وبينما تنخفض معدلات الوفيات نتيجة معدلات انتشار الأمراض المرتبطة بالكوارث الطبيعية في الدول الصناعية، نجد أنه في الدول النامية ازدادت مؤخراً حوادث الموت والإصابة والدمار عند الأطفال.

إن الأطفال عادة يعتبرون أكثر من يتأثر بالأحداث الصادمة، وذلك لأسباب متعددة ومتنوعة وقد أفادت(ابتسام الخزندار،٢٠٠٤: ٧٣) أن (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ٢٦٥) قد

حدد علامات اضطراب محددة عند الأطفال حيث قال: إنه في المعتاد أن الطفل الذي يعاني من اضطراب انضغاط ما بعد الصدمة، تنتابه حالة خرس أو يرفض مناقشة الحدث الذي وقع له، وينبغي ألا يختلط ذلك مع عدم القدرة على تذكر ما حدث، وفي الأطفال الصغار فإن الأحلام المؤلمة الخاصة بالحادث قد تتحول في ظروف عدة أسابيع إلى أحلام مفزعة حول الوحوش، وإنقاذ الآخرين، أو أحلام عامة يتضح فيها تهديدات للذات أو للآخرين، ومن ناحية أخرى فان الأطفال الصغار يعبرون عن إعادة إحياء الصدمة من خلال السلوك الحركي واللعب المتكرر، ومن الصعب أن يقرر الأطفال بأنفسهم علامات نقص الاهتمام بالأنشطة الهامة، وكذلك نقص الاستجابة العاطفية، وإنما يجب تقدير هذه الجوانب عن طرق الآباء والمدرسين، وغيرهم ممن يلاحظون تصرفات الطفل.

ويذكر (حامد الفقي، ١٩٩٣: ٢٨-٢٩) أن الضغوط التالية للصدمة أكثر تأثيراً على المراهقين والأطفال الذين يشعرون بالذعر والخوف من المستقبل.

وفي تقرير اليونيسيف الخاص بالآثار النفسية للغزو العراقي للكويت، أن الأطفال والمراهقين الذين تراوحت أعمارهم ما بين ٥ -١٤ سنة وتعرضوا لأحداث صادمة، كفقد أحد أفراد الأسرة وما شاهدوه أو سمعوه من خراب أو قتل أو خطف أو تعذيب لذويهم، وفقد للممتلكات الوطنية، أن ٦٢% من أفراد العينة البالغ عددها ٤٥ طفلاً وطفلة، كانوا يعانون من خبرات صدمية، ظهرت آثارها في شكل مخاوف وأحلام مفزعة، واضطرابات النوم والبكاء الشديد، والتشاؤم بشأن المستقبل، والاكتئاب والتوقع المستمر للخطر.

وقد أشار (حامد زهران،١٩٩٧: ٤٥) إلى أن الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الأعراض المصاحبة للأزمات، إما أن تكون أسباباً صلبة متمثلة في خبرات الطفولة المؤلمة التي تمهد لحدوث الأعراض، وإما أن تكون أسباباً مساعدة أو مرسبة، وهي الأسباب أو الأحداث الأخيرة السابقة لظهور الأعراض، ويلزم لها كي تؤثر أن يكون الفرد مهيئاً لظهور هذه الأعراض، أي أن السبب المسبب أو المساعد يكون بمثابة(القشة التي قصمت ظهر البعير). ومن ثم فالأسباب المرسبة تفجر الأعراض المرضية، ومن ضمن الأسباب المرسبة للضغوط والأزمات والمراحل الحرجة في النمو، وتتوقف قوة الأعراض التي يعاني منها الفرد نتيجة لتعرضه لصدمة على تضافر الأسباب الأصلية، أو المهيئة مع الأسباب المساعدة، ففي حالة وجود أسباب مهيئة قوية يكفي وجود سبب بسيط حتى تحدث الأعراض، وفي حالة وجود أسباب مهيئة ضعيفة يكفي سبب مرسب قوي حتى تحدث الأعراض.

ومما سبق فإننا نلاحظ أن أكثر الأعراض تكراراً وتميزاً عند الأطفال هي(الخوف من الموت وترقبه، زيادة أعراض القلق، اضطرابات سوماتية جسدية كالصداع وآلام المفاصل، الأعراض الاكتئابية والعزلة والأفكار الانتحارية، تناول المخدرات والعقاقير والكحول، عدم الثقة بالمحيطين، الشعور بالاغتراب النفسي واليأس). وقد أشار كل من (McFarlane 1987, Yule 1991) و(غسان يعقوب،١٩٩٩: ١٥٩) إلى أن الأطفال معرضون لاضطراب ما بعد الصدمة أكثر من الراشدين، وأن هناك ٤٥% من الأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة بعد أن تعرضوا لحادثة وفاة أو قتل لأحد أفراد الأسرة، وهذا يرجع لعدة أسباب كما يستنتج الباحث أن خبرة الأطفال المحدودة في الحياة تجعلهم أقل قدرة على التعامل مع الأحداث الصادمة، لقلة الدعم الأسري الناجم إما عن فقدان الراعي الأول بالوفاة أو الانفصال أو قلة الوعي لدى الأبوين، التنشئة الاجتماعية الخاطئة سواء من مؤسسات المجتمع المحلي أو وسائل الاعلام المختلفة.

الأسباب المؤدية لحدوث اضطرابات ما بعد الصدمة

إن الأسباب المؤدية لحدوث الصدمات النفسية متنوعة بتنوع المؤثر، ومتعددة بتعدد الحوادث، ويعتمد ذلك على العديد من العوامل، سواء البيئية المحيطة بالإنسان الطبيعية منها: كالزلازل والبراكين، والعواصف والأعاصير، أو خارجية من صنع الإنسان كالحروب وحوادث السير والاغتصاب والانفصال وغيرها، وكيفية تلقي الشخص لهذه الأحداث والتعامل معها، ويقول (أحمد عكاشة،٢٠١٣: ١٩١) إن اضطراب ما بعد الصدمة يظهر كردة فعل متأخرة أو ممتدة زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد، أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً للشخص،(على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اعتقال أو تعذيب بفعل الإنسان، حادثة شديدة، اغتصاب، مشاهدة موت آخرين بطريقة وحشية) وإن وجدت عوامل مرسبة للزملة مثل سمات الشخصية: القهرية والمواهنة، أو تاريخ سابق للعصاب فقد يزيد ذلك من احتمال ظهور الأعراض أو تفاقم مسارها، ولكن تلك العوامل غير ضرورية وغير كافية لتفسير ظهورها.

ويشير(غسان يعقوب، ١٩٩٩: ١٣) إلى أن سبعة وخمسين مليون شخص ماتوا بسبب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وهناك اليوم في مختلف أنحاء العالم، العديد من الحروب والنزاعات الإقليمية، والداخلية، وأعمال العنف، والإرهاب والتعذيب والاغتصاب والكوارث الطبيعية وحوادث المرور والطيران، وتبين أنها تؤدي إلى اضطرابات نفسية عند الأفراد الذين يتعرضون لها، وأن هذه الاضطرابات قد تستمر لسنوات طويلة.

ويمكننا تقسيم الأسباب المؤدية لاضطراب ما بعد الصدمة إلى قسمين أساسيين هما:

القسم الأول: يشمل حوادث صادمة من صنع البشر والتي تتمثل بالآتي:

١- الحروب: حيث أنها من أكثر المصادر البشرية تهديداً للحياتين المادية والنفسية، وتخلف الكثير من المعاناة المادية والنفسية، تعتبر من أكثر مصادر اضطراب ما بعد الصدمة، والحروب على مر التاريخ حصدت الكثير من الأرواح، وفي العصر الحديث خلفت ملايين القتلى، وملايين اليتامى والمشردين والأرامل والثكلى، وما أدل على ذلك من الحربين العالميتين قبل منتصف القرن التاسع عشر، وما استخدم فيهما من آلة قتل لم تشهدها البشرية من قبل، وحرب فيتنام، والحروب في منطقة الخليج وفلسطين والتي كان آخرها حرب عام ٢٠١٤م على قطاع غزة، حيث التعرض للقصف بالقنابل والصواريخ، سواء بالاستهداف المباشر للأفراد أو غير المباشر، وقد أشار العديد من الدراسات مثل: (Hately,1997,pp 215- 217) و (Miller, 1992, pp. 41-46) إلى أن الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حروب فيتنام والخليج العربي، يعانون من القلق الشديد، وصعوبة التركيز، وتدهور للصحة العامة، وحالة من التعب المزمن، مظاهر الاكتئاب، اضطرابات نفسية وجسمية، انطواء، كوابيس ليلية، والفزع أثناء النوم.

٢- حوادث وسائل المواصلات التي تسفر عنها إصابات عضوية خطيرة، سواء البرية أو البحرية أو الجوية.

٣- الحوادث الإجرامية: وما يتضمنه من قتل وجرح واعتداءات جنسية أو اغتصاب.
٤- حوادث داخل الأسرة: مثل الإساءة للأطفال Child Abuse، ومضايقة الأطفال أو التحرش بهم Child molestation ، والعنف الأسري والضرب العنيف للزوجات أو العكس.
٥- حوادث ذات طابع سياسي وإرهابي: معسكرات الاعتقال ومعسكرات الموت، والإرهاب، والخطف، والاحتجاز كرهينة.

٦- الإصابة العضوية البليغة: كالتشويه أو بتر عضو من أعضاء الجسم أو إفساد عمله، وكذلك التعذيب.

٧- التلوث البيئي سواء التلوث العضوي أو الكيميائي أو النووي.

القسم الثاني: ويشمل حوادث صادمة طبيعية:

- الكوارث الطبيعية: والمصادر الطبيعية الباعثة على الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة كثيرة ومتعددة، والتي منها الزلازل بمختلف أشكالها وحدتها وشدتها، وكذلك البراكين، والعواصف

والأعاصير، كما الفيضانات الطبيعية كفيضانات الأنهار، وتسونامي، وغيرها من المصادر وأشار (غسان يعقوب ،١٩٩٩ :٢٥-٣٠)، إلى أن الكوارث الطبيعية كالزلازل، ترفع مستوي القلق والاكتئاب والتوجس، وتوقع الشر والمخاوف المرضية.

ولو تأملنا الأحداث الصادمة السابقة بقسميها، لوجدنا تتسم بصفة التهديد الخطير لحياة الفرد، أو سلامته الجسمية، أو الأسرية، أو المادية أو المحيطين به، هذا كله يساعد ويعد مدعاة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، ويجعل الشخص يعاني من عرض أو أكثر من أعراض الصدمة النفسية.

استجابات العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة:

الحدث الصادم عندما يحدث فإنه يؤثر على الشخص في العديد من جوانب الشخصية على عدة أشكال، منها ما ينتهي بعد فترة وجيزة من حدوث الحدث، ومنها ما يستمر لأكثر من شهر، على صورة أعراض صادمة مطورة لهذه الأعراض بعدة صور .ويفيد(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨: ٨٠) بأنه ينجم عن الحدث الصادم علامات وأعراض تبدو على الفرد الذي تعرض لهذا الحدث، وهي العلامات والأعراض العضوية والانفعالية والمعرفية والسلوكية. والأمر الجدير بالتأكيد هنا أن هذه العلامات وتلك الأعراض التي تعد استجابات شائعة للضغوط الزائدة الناجمة عن الأحداث الصادمة يمكن أن تبدأ ويعاني الفرد منها، ثم ينتهي أغلبها بعد مدة ما، من دون أن تتطور إلى أعراض ثابتة مستقرة لدى الفرد، ومن دون أن تتجمع على صورة زملة تجتمع فيها هذه الأعراض المرضية معاً. ويكون ذلك نتيجة شفاء أو تحسن تلقائي دون أي شكل من أشكال المرض أو الاضطراب.

العلاج الوقائي لاضطراب ما بعد الصدمة:

تنقسم التدخلات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة إلى ثلاث محاور رئيسية، وذلك حسب رأي الباحث وهذه الجوانب هي الجانب الوقائي، والجانب الإرشادي، والجانب العلاجي الكلانيكي، أما بخصوص الجانب الوقائي، فالهدف منه التقليل من آثار الأحداث الصادمة على الفرد إلى أقصى ما يستطيعه القائمون على الخدمات النفسية، ومن خلال خبرة الباحث فقد كان لهذا الجانب أثره الكبير في الحرب الأخيرة على غزة بعد منتصف عام ٢٠١٤ م، حيث تم تفعيل العمل الوقائي لكافة الطواقم العاملة في مجال الصحة النفسية، سواء الحكومية أو التابعة لوكالة الغوث الدولية، أو مؤسسات المجتمع المحلي.

وهناك عوامل مساعدة في العملية الوقائية لا بد من استثمارها وتفعيلها أثناء الأزمات والأحداث الضاغطة، وخاصة مع فئة الأطفال الأكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، ومن هذه العوامل:

أولاً: العوامل الاجتماعية Social factors:

يري بعض الباحثين أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد أثناء الأحداث الصادمة، تساعد في تحديد مدى تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من عدمه، وتختلف طبيعة المساندة باختلاف المرحلة العمرية للفرد، فهي تتراوح ما بين الأسرة، وجماعة الرفاق، ومؤسسات المجتمع المختلفة، وتوصل سولمون وزميلاه (Solomon, et. al, 1988) في دراستهم التي أجروها على الجنود الإسرائيليون الذين اشتركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا علي مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي، كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد الضغوط الصادمة (PTSD). وأن الجنود الذين اظهروا انخفاضاً كبيراً في أعراض هذا الاضطراب، كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات علي أفضل إسناد اجتماعي (Solomon et al., 1998:279-285) ويشير أيزنك إلى أن هناك دراسات أخرى توصلت إلى النتيجة نفسها (Eysenck, 2000:693).

وقد عرفها ليفي (leavy,1983:3-12) على أنها إمكانية وجود أشخاص مقربين مثل الأسرة، والأصدقاء، والزوجة، والجيران يحبون الفرد ويهتمون به، ويقفون بجانبه عند طلب المساعدة. وطبيعة المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة، وفي مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء.

ويشير (عبد الفتاح القرشي، ١٩٩٦ :٥٦) إلى أن أهم مصادر المساندة في حياة الفرد هي: الأسرة، والأصدقاء، والزملاء، وأعضاء الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها الفرد والأشخاص الذين يلجأ إليهم.

كما يشير (محمد الشناوي،١٩٩٤: ٣- ٥٤) إلى أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم السلبية (مثل القلق والاكتئاب) لتلك الأحداث تبعاً لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية. وأن مفهوم المساندة الاجتماعية، يشتمل على مكونين رئيسيين هما:

- أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.
- أن يكون لدى الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة.

ومن هنا فإنه بالإمكان استنتاج أن المساندة الاجتماعية لها دور وقائي هام جداً، ومؤثر فاعل في آثار الأحداث الصادمة، فكلما كانت المساندة الاجتماعية فاعلة ومتقبلة من الفرد، كلما كان لها أثر ايجابي على قدرة الفرد على مواجهة وتجاوز الأزمات، وكلما نقصت كلما كان أكثر عرضة للآثار السلبية للأحداث الصادمة.

ويشير كل من(محمد الشناوي، محمد عبد الرحمن،١٩٩٤: ١٤) إلى أن الأسرة هي أقوى المصادر للحصول على المساندة العاطفية والمادية عند الشدة، وقد قسمت المساندة الاجتماعية إلى عدة أقسام كالآتي:

– المساندة الانفعالية والعاطفية: وهي إشعار الفرد أنه مقبول من الآخرين ويهتمون به، ويقدرونه ويبيحون له الفرصة للتعبير بحرية عن أرائه ومعتقداته.

– المساندة المعرفية: أي تقديم الإرشادات الوقائية والإنمائية للمساعدة في التصدي للأحداث الضاغطة والصادمة.

– المساندة المرتبطة بشبكة العلاقات الاجتماعية: أي تقديم المعلومات التي تشعر الفرد بأنه جزء من المجتمع يتبادل أفراده المساعدة.

– المساندة المادية: وتشمل تقديم المساعدات العينية اللازمة لمواجهة الأزمة، إن كانت مالية أو حاجيات تعتبر ضرورية لمجابهة الموقف.

ثانياً: الموارد الشخصية:

كل فرد يتمتع بخصائص شخصية تختلف عن الآخر، ولكل فرد عالمه الخاص يتكون منذ قبل الميلاد، يولد الإنسان ومعه الكثير من السمات الشخصية التي تشكل له أساساً لمواجهة أعباء الحياة بالطريقة التي تتناسب وهذه الموارد، وفي هذا الإطار فقد ذكر(طلعت منصور، ١٩٨٢: ٩٢ – ١٩٨) أن الموارد الشخصية تشمل كل إمكانيات الشخص، التي تساعده على الاعتماد على نفسه، في مواجهة الضغوط كالخصائص الجسمية والعقلية والنفسية بالإضافة إلى العوامل الديموغرافية كالعمر والجنس والتعلم. وقد أشار فيكتور فرانكل Frankel في كتابه الإنسان يبحث عن المعنى وهو رائد العلاج بالمعنى من واقع خبراته ومعاناته، إلى أن كل فرد له معنى في

حياته، وهذا المعنى يختلف من فرد إلى فرد، ومن يوم إلى يوم، ومن ساعة إلى ساعة، وهذا المعنى، هو الذي يشكل مصير الفرد ويربط الفرد بالحياة، ويجعله يتحمل أعباءها، ويتحمل مسؤوليته رغم ما يعانيه.

فالموارد الشخصية تتكون من كل من الكيان المادي والنفسي للفرد، وما يتضمنها من موارد فالخصائص الجسمية من حيث الطول والوزن واللون، تلعب دوراً في القدرة على المواجهة للأحداث، كذلك أسلوب التنشئة الاجتماعية، والبناء النفسي للشخصية وخصائصها يكون له دوره في هذه المواجهة، ومن هذه الموارد ما يأتي:

أ – الضبط Control والتمكن Mastery :

يقول(عبد الفتاح القرشي،١٩٩٦: ٣٥٦-٣٥٧) إن من أهم المتغيرات التي تخفف من حدة وقع الضغوط على الأفراد، التفاؤل ، فهو يعبر عن نظرة للمستقبل، تتسم بتوقعات إيجابية، والأشخاص الأكثر تفاؤلاً أقل تأثراً بالضغوط وأكثر قدرة على مواجهتها وأكثر قدرة على تجاوز آثارها، كما أن المرضى الأكثر تفاؤلاً هم أكثر سرعة في الشفاء، وأكثر مقاومة للأعراض الجانبية.

ب – التفاؤل Optimism:

يقول(عبد الفتاح القرشي،١٩٩٦: ٣٥٦-٣٥٧) أن من أهم المتغيرات التي تخفف من حدة وقع الضغوط على الأفراد، هي التفاؤل ويعبر عن نظرة للمستقبل، تتسم بتوقعات ايجابية، والأشخاص الأكثر تفاؤلاً هم اقل تأثيراً بالضغوط وأكثر قدرة على مواجهتها وأكثر قدرة على تجاوز آثارها، كما أن المرضي الأكثر تفاؤلاً هم أكثر سرعة في الشفاء، وأكثر مقاومة للأعراض الجانبية.

جـ- تقدير الذات Self esteem :

يشير كل من (Hohghinson& Stewart 1998:p 167-168) إلى أن تقدير الذات الايجابي والمرتفع، يساعد الفرد على التقييم الموضوعي للحدث، كما يساعد في المواجهة الناجحة للأزمات والتغلب عليها. وهذا لأن شعور الفرد بالقيمة والأهمية أحد أهم متغيرات الشخصية الايجابية، والتي تساعد الفرد على المواجهة الناجحة للضغوط والأزمات، وفي التقييم الايجابي للذات، مما يجعل الفرد أكثر قدرة و فاعلية في مواجهة المشكلات والأزمات المحفزة لتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

د_ قوة الإرادة:

يذكر(Hopfol, et al, 1994:37-63) أنها تجمع في معناها، بين الضبط، والالتزام والتحدي، بالإضافة إلى اقتناع الفرد بقدرته على تغيير الظروف، فإنه يتميز أيضاً بالالتزام والإحساس بالمسؤولية والجرأة في مواجهة المواقف. وذلك يعني أن لديه القوة والعزيمة وهي صفة يمكن أن تساعد الإنسان وتدفعه إلى الإصرار والمثابرة من أجل تحقيق الهدف.

هـ- التدين Religiousness

إن الدين يعتبر جزءاً من ثقافة الفرد وهو مكوِّن أساسِّي من مكوناتها، وهو من العوامل التي تجعل الفرد أكثر هدوءًا وتحملاً للأحداث، وكلما كانت درجة التدين أكبر وأعمق كلما كان أكثر تحملاً للأعباء، وفي مفهومنا الإسلامي ، الإيمان بالقضاء والقدر ركن من أركان الإيمان، فكلما كان هذا المبدأ عميقاً كلما تمتع الإنسان بقدر من الثبات والاستقرار وتقبل للأحداث الطارئة وبالتالي مواجهتها، وفي هذا الإطار، فقد أشار(عبد الفتاح القرشي،١٩٩٦: ٦٦ – ٦٩) إلى دور العامل الديني، في الوقاية من أعراض الصدمة، ويفسر تأثير العامل الديني، بما يمنحه التجاء الفرد إلى الله، من شعور بالرضا وطمأنينته للنفس، بالإضافة إلى ممارسة الشعائر الدينية في جماعات يشعر الفرد بالأمن والثقة وروح الجماعة، وبأنه جزء من شبكة علاقات اجتماعية، يمكن أن تقدم له المساندة العاطفية والاجتماعية والمادية اللازمة في مثل هذه الظروف.

وهناك بعض العوامل الأخرى المساعدة على الحد أو الزيادة من آثار الأحداث الصادمة، فمن هذه العوامل ما ذكره(Rutter,M1990:181-214) أن ارتفاع المستوى الاقتصادي للفرد، يمثل أحد العوامل الواقية من الضغوط، والذي يعطي شعوراً بالأمن المادي الذي قد ينعكس على تفاعل الفرد وسلوكه المستقبلي، ونوعية المواجهة للحدث الصادم المتوقع.

علاج اضطراب ما بعد الصدمة

إن علاج اضطراب ما بعد الصدمة يتنوع بتنوع الأطر النظرية التي عالجت هذا الموضوع، وكما تم التقديم له وتم حصر ستة أراء واقتراحات وتفاسير للتعامل مع اضطراب ما بعد الصدمة، ونضيف هنا ما أشار إليه هوارتيز (Horowitz, 1986) من خلال مراحل العلاج أنه يوجد هناك توجهان: الأول يرمي إلي إيجاد حل للمشكلة واستعادة التكيف، والآخر سوء التكيف وعدم القدرة على إيجاد الحل المناسب للمشكلة.

وفي دراسة لابستين (Epstein, 1990: 124) وجد أنه عند انتهاء الأزمة باتجاه الحل، فإن معتقدات الشخص تأخذ الشكل التالي: لا يمكن التنبؤ بما يحدث من أخطار في العالم الخارجي،

وأن هناك حلول لتلك الأخطار، ولكن ضمن بعض الحدود. ومن معتقدات الشخص، أن الآخرين يشكلون خطراً عليه، ولا يمكن الوثوق بهم، إلا في بعض الحدود. أما فيما يتعلق بالحل السلبي، يوجد هناك خمسة صفات تشير إلى عدم قدرة الشخص على التعامل مع الضغوط وهي:

١- التضخيم في استجابة الخوف، فقد يقول الشخص: العالم خطير وأنا لا أستطيع المواجهة، أو مما لا شك فيه أن الآخرين يشكلون خطراً أكيداً عليَّ، مما يجعله أكثر حذراً واحترازاً.
٢- الحل القائم على تضخيم الاستجابة للغضب، إذ ينظر للآخرين بالشك والريبة، وعدم الثقة، وأن كل من حوله مخادعون وظالمون، ولذا فان عليه الدفاع عن نفسه ومهاجمتهم، وهنا تظهر عليه أعراض الشعور بالاضطهاد دون الشك (البارانويا).
٣- الحل القائم على تضخيم استجابة الانسحاب واللجوء للعزلة، إذ ينظر للعالم الخارجي، بأنه عالم مهدد وخطير لذا يجب عليه أن يعتزل ويعتمد على نفسه.
٤- التفكك وعدم القدرة على التفكير المنطقي، والربط بين الأشياء، وتجنب كل ما يذكره بالصدمة.
٥- التحرك إذ يعتقد الشخص بأن العالم الخارجي خطير وتافه، ولكن يتوجب عليه مواجهة الخطر والتحرك بدلاً من الاستكانة.

وفي هذا الاتجاه أشار (طلعت منصور،١٩٩٥: ٥٧٤-٥٧٥) إلى أن الأزمة تتم في نسق من أربع منظومات فرعية وهي: الأشخاص، جماعة الأسرة/الجماعات الاجتماعية، المجتمع، والثقافة.

الفروق بين الجنسين في معدلات حدوث الصدمة:

لقد تباين الكثير من الدراسات في نتائجها بخصوص وجود أو عدم وجود فروق بين الجنسين في اضطراب ما بعد الصدمة، رغم تعرض كليهما لنفس المؤثر، رغم أنه يوجد بعض الخصوصيات لكل جنس لأسباب الاضطراب، كالمعارك القتالية الحربية خارج المدن، والاعتداءات الجنسية، والاغتصاب وهنا قد أشار (Hollander, et al,1994:76) إلى أن هناك فروقاً بين الجنسين في نوع الصدمات ومعدلات حدوثها، ففي حين أن الحرب والقتال ومشاهدة الموت والإصابات من الأسباب الأساسية لحدوث الصدمات عند الرجال، فإن الهجوم البدني أو التهديد به(الاعتداء الجنسي، والاغتصاب) هما من الأسباب الأساسية، لحدوث الصدمات عند النساء.

وهناك دراسات كشفت أن النساء يكشفن عن معدل أعلى من الخطورة للإصابة بالقلق والاكتئاب، في حين أن الرجال لديهم خطورة أكبر لسوء استخدام العقاقير واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، ولديهم خطورة أعلى للتعرض للحوادث الصادمة، ولكن عند حدوث الصدمة، فإن النساء يقعن في خطورة أكبر لتطوير اضطراب الضغوط، وتتضايق النساء من رؤية المشاهد العنيفة والوفيات مصحوبةً بمشاعر الخوف والألم والضيق، والقلق والاكتئاب، في حين يبدي الرجال قدراً أكبر من ردود الفعل البدنية والشجار، وزيارة الطبيب ودخول المستشفى واستخدام المخدرات والكحول. وتكشف النساء حساسية ومشاعر أكبر من الرجال عند رؤية الضغوط الواقعة على الآخرين. وتزداد رغبة النساء في تقديم المساعدة للآخرين أكثر من الرجال.

ويستنتج الباحث أن هذا يشير إلى أن التركيب الفسيولوجي البدني لكل من الرجل والمرأة، له دور في تحديد نوعية ودرجة وحدة ردود الفعل على نفس الحدث الصادم، بما يتناسب وقدرات كل منهما على تحمل الحدث وإبداء ردة فعل تجاهه، ويضيف(Meichenbaum,1994:294) أن قلق القرين واكتئابه يضايق النساء أكثر من الرجال، وهناك فرق ذو أهمية كبرى بين الجنسين، يتمثل في الراحة الناتجة عن الإفصاح عن الذات، والتعبير عن المشاعر، ففي حين تستفيد النساء من التعبير عن مشاعرهن للآخرين، نجد أن للرجال رغبة أقل للتعبير عن مشاعرهم للآخرين، ويشعرون براحة أقل في الكشف عن مشاعرهم وأفكارهم، أو الخوض في قضايا شخصية أمام الآخرين، خاصة في المجتمع الشرق أوسطي بشكل عام والفلسطيني بشكل خاص، حيث العادات والتقاليد والتنشئة الاجتماعية، التي تعمل على كبت المشاعر عند الرجال تحت تفسيرات متعددة.

الفروق الفردية في الاستجابة للأحداث الصادمة:

لقد أقرت جميع النظريات النفسية، بوجود فروق فردية بين الناس، في مختلف المجتمعات، وأن كل فرد هو عبارة عن كيان بذاته، ولا توجد نسختان من إنسان طبق الأصل، واستجابات الأفراد لمختلف المؤثرات مهما كانت بالتأكيد ستكون مختلفة من فرد لآخر، مع وجود تشابه يختلف من حيث الدرجة، وبخصوص اختلاف الاستجابات الخاصة بالخبرات الصادمة، والأحداث والأزمات الصعبة، فهناك اختلاف كبير، وهذا الاختلاف يعتمد على عديد من العوامل سواء كانت شخصية، نفسية، أو بيئية اجتماعية، وقد أكد هذا القول فيجلي(Figley,1985:654) عندما حدد العوامل المسئولة عن إحداث هذه الفروق والتي منها ما يأتي:

- ظروف الحدث الصادم نفسه(من صنع البشر، عمر الضحية، دوام الكارثة).

– الفروق الفردية في الاستجابات الإنسانية للصدمة نفسها، تبعاً للفروق بين الأفراد في تفسير السمات، ووجود الضغوط الصادمة وما بعد الصدمة.

– العمليات المعرفية التي تتضمن الافتراضات والنظريات الفردية عن خبرات الحياة، وكلها يمكن أن تحدد الاستجابات الانفعالية للصدمات.

– عوامل الشخصية وتعاملها مع الموقف الحدث الصادم، وطرق المواجهة، وأنماط الشخصية، تحدد حدة ونوعية الانفعالات المصاحبة، وطريقة الاستجابة للحدث الصادم من قِبل الفرد.
– تزداد احتمالية تطوير أعراض الصدمة، عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب نفسي موجود.
– تعدد ردود الفعل الأولى للصدمة منبئ جيد بالمشكلات التالية للصدمة النفسية.

ثانياً: الإرشاد الانتقائي

تمهيد

يعدُّ التطور والنمو الذي شهده مجال الإرشاد النفسي، والذي هو أحد فروع علم النفس التطبيقية، مساهماً أساسياً لارتباطه بكثير من العلوم الأخرى، لما لهذا المجال من أهمية بالغة، زادت وتزداد الحاجة إليه كلما زادت الحياة تقدماً وتعقيداً؛ نتيجة التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل، حيث ساهم الجزء الأكبر في أهمية هذا العلم وبخاصة في حياتنا المعاصرة، وينظر للإرشاد النفسي بشكل عام بأنه، عملية توظيف العلم بشكل إنساني؛ لتقديم المساعدة والخدمة المتخصصة المنظمة، بأسلوب تعليمي من متخصص مؤهل خبير، يمتلك الأسس العلمية والسمات الشخصية والحس الإرشادي، لشخص طالب ومحتاج لهذه المساعدة؛ تنمية للقوى واستثماراً للطاقات وتحقيقاً لأقصى درجات النمو والتوافق والصحة النفسية.

وقد كان للإرشاد النفسي الاهتمام الكبير في العملية التطويرية من بين فروع علم النفس، حيث يعتبر الفرع التطبيقي الأبرز الذي يتعامل مع الفرد، والجماعة، وما يقدمه من خدمات متخصصة لأفراد هذا العصر، الذين أصبحوا أكثر حاجة من الأجيال السابقة؛ لتعقد الحياة المادية بشكل كبير، والذي أثر بدوره على الناحية النفسية للإنسان.

وفي هذا السياق تقول:(عفاف حداد وسليم عبد الله ،٢٠٠٢ :٣٣) أنه نتيجة للتغيرات الهائلة التي تعرضت لها المجتمعات الإنسانية في عصرنا الحاضر، والتي شملت جوانب الحياة المختلفة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والنفسية وغيرها، والتي أدت إلي ظهور العديد من المشكلات والضغوطات النفسية التي تواجه الفرد، بدأت المجتمعات المتقدمة بتقديم خدمات نفسية وإرشادية تهدف إلي مساعدة الإنسان في حل مشكلاته النفسية بأساليب علمية، وقد أصبح توفر مثل هذه الخدمات مؤشراً علي تقدم المجتمع ورقيه واهتمامه بالإنسان.

ويعتمد الإرشاد النفسي علي أطر نظريات عملية تعمل على فهم وتفسير السلوك، والتعرف علي أسباب المشكلات، واختيار ما يناسب المشكلات المستهدفة من أساليب إرشادية مناسبة للتعامل معها، وفقاً لتأصيل نظري وعملي لهذه المشكلات، كما ويعتمد على الخبرات المهنية العملية للعاملين في هذا المجال، الذي تجعل الخدمة المقدمة أكثر فاعلية ونجاحاً، إضافةً إلى ما سبق فإن لسمات الشخصية، والخبرة العملية لمقدم الخدمة، بما تشمله من خصائص إنسانية وحس إرشادي، الأثر الأبلغ في نفسية طالب الخدمة النفسية، وضماناً لتقديم خدمة على مستوى عال من النقاء والفاعلية.

ويعتبر الإرشاد النفسي مصطلح مركب يحتوي الكثير من المصطلحات التي تندرج تحت هذا المفهوم، فهو عملية متخصصة تمر بمراحل إرشادية محددة ومنظمة، وتشتمل علي تقديم المساعدة الإرشادية التي تتميز بالإنسانية بالدرجة الأولى، والتي يقدمها متخصص مؤهل (مرشد) لشخص يحتاج هذه المساعدة (مسترشد)، في إطار علاقة إرشادية تتسم بالمهنية والإنسانية لتحقيق أهداف محددة منها العامة، والخاصة، تقدم على عدة مستويات وجوانب، الجانب الوقائي، الجانب الإرشادي النمائي، والجانب العلاجي، حيث يتم فيها إكساب وتزويد وتعليم وتنمية(المسترشد) لزيادة القدرات أو إعادة التأهيل النفسي لمواجهة المشكلات والأزمات والأحداث الباعثة على القلق والضغط والتوتر والصدمة.

خصائص المرشد النفسي

لكل من مهنة من المهن خصائصها وطبيعتها، التي تتطلب أشخاص معدون لذلك ولديهم الاستعداد الفطري للقيام بهذه المهمة، والإرشاد النفسي هو إحدى هذه المهن التي تتطلب ذلك، ولا بد من خصائص وسمات يتمتع بها مقدم الخدمة، حتى تؤدى بطريقة فاعلة ودقيقة، وفي هذا السياق يرى (محمد سعفان، ٢٠٠٥: ١٥) أنه يمكن تصنيف الخصائص التي يتميز بها المرشد النفسي الفعّال الخصائص النوعية التالية:

الخصائص المعرفية: كالذكاء، والطلاقة، والمرونة، والأصالة، والانفتاح على العالم.

الخصائص الوجدانية: الاهتمام والميل للإرشاد، الاستقرار العاطفي، التوازن الانفعالي، القيم.

الخصائص الإنسانية: تقبل المسترشد ومشكلاته وجدانياً، والحفاظ على أسراره المختلفة.

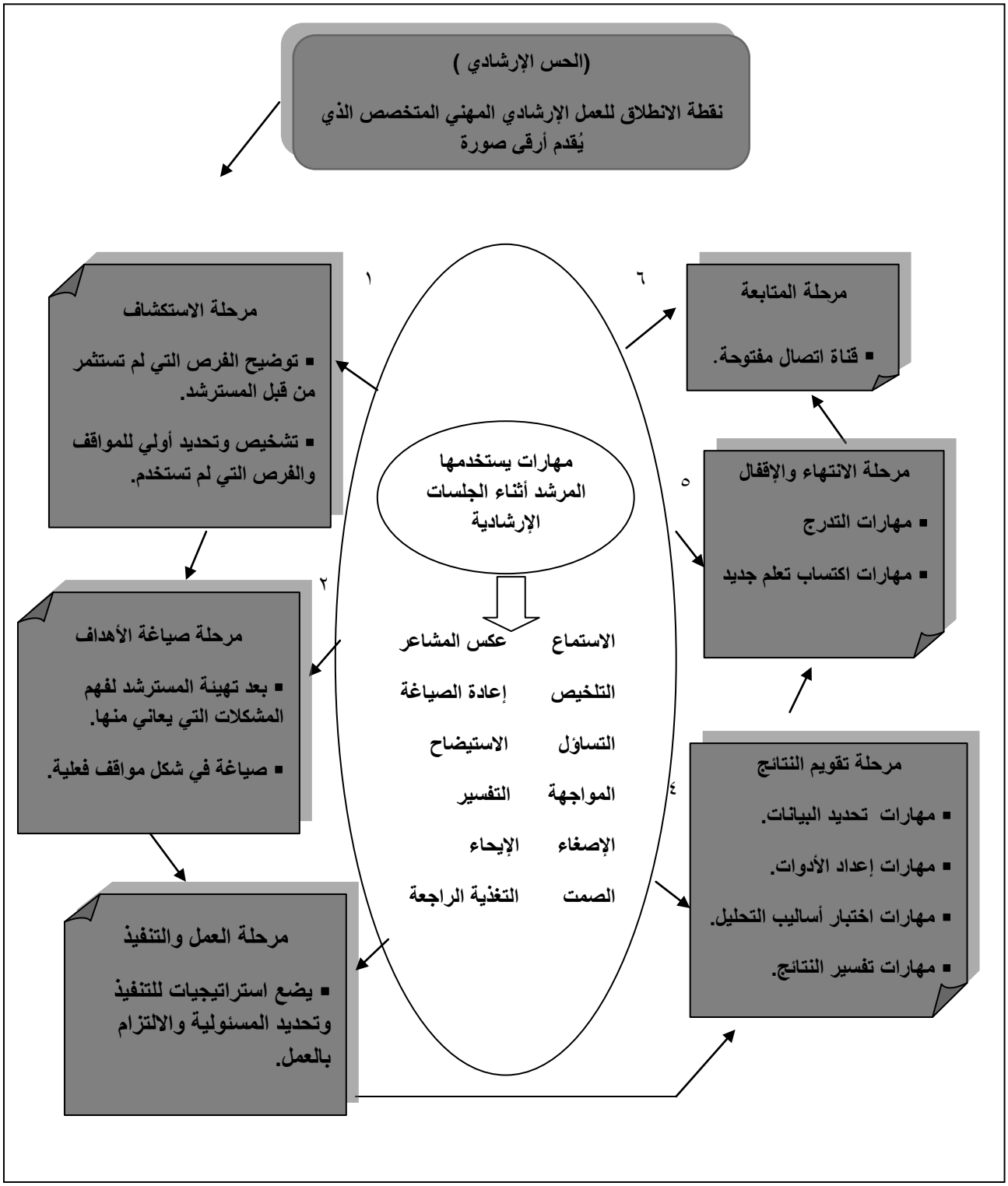
الخصائص المهنية: إدارة الحوار والمناقشة، الإنصات، التأثير على الآخرين، التقبل، والمرونة.

الخصائص الأخلاقية: الإخلاص في العمل، والأمانة، والعدالة، وفهم قيم المجتمع واحترامها، واتفاق الأقوال مع الأفعال.

وهناك عدد من المهارات الواجب توافرها في المرشد النفسي بالنظر إلى مراحل العملية الإرشادية، نظراً لكون كل مرحلة من هذه المراحل تتطلب مهارات نوعية خاصة، وقد يتملك بعض المرشدين مهارات دون غيرها، ويعتمد ذلك على القدرات والسمات الخاصة، فلذا في بعض فنيات الإرشاد قد يشترك أكثر من مرشد نفسي في تقديم الخدمة لنفس الأشخاص وفي نفس الوقت. والشكل التالي يوضح أهمية بعض المهارات تبعاً للمراحل الإرشادية المشار إليها:

شكل (١)

رسم تخطيطي لأهمية المهارات وفقاً للمراحل



مفهوم الإرشاد النفسي:

يقوم الإرشاد النفسي على ثلاث مرتكزات تمثل المفهوم الأوسع له، أما المرتكز الأول: المرشد النفسي وما يمتلكه من إعداد علمي وعملي، وما يتمتع به من سمات شخصية ومهنية. والمرتكز الثاني: المسترشد، وما يعانيه من مشكلات، وما يتمتع به من صفات وقدرات. والمرتكز الثالث: وهو محور العلاقة بين المرتكزين السابقين هو العملية الإرشادية من حيث نوعها، وأسلوب ممارستها، وأهدافها، ونتائجها، والإطار النفسي والاجتماعي والأخلاقي التي تمارس في ضوئها، وبالتالي فإن مفهوم الإرشاد النفسي يقوم على هذه المرتكزات الرئيسية، وسوف يعرض الباحث مجموعة من المفاهيم التي تناولت الإرشاد النفسي كما يلي:

ينظر (عبد العظيم حسين، ٢٠٠٤ :١٦) للإرشاد النفسي بأنه: عملية بناءة تستهدف مساعدة الفرد بأن يفهم ذاته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمي إمكاناته؛ لحل مشكلاته في ضوء معرفته وتدريبه لكي يصل إلى تحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية. والإرشاد النفسي عملية ترمي إلى مساعدة الفرد لفهم مشكلاته، فهم ذاته، فهم بيئته؛ ليحقق التكيف مع نفسه ومع البيئتين المادية والاجتماعية.

ويشير (رمضان القذافي،١٩٩٧: ٢٠) لهذا المفهوم قائلاً: تقدم جماعة مينوسوتا للإرشاد النفسي مفهوماً للإرشاد النفسي، بأنه خدمة مهنية متخصصة، هدفها مساعدة الفرد على القيام بالاختيار وعلى مواصلة النمو والتطور، من أجل تحقيق أهدافه الشخصية إلى أقصى حد يمكن الوصول إليه، وذلك عن طريق اختيار أسلوب حياة يرضيه ويتوافق مع مركزه كمواطن في مجتمع ديمقراطي.

يلاحظ مما تقدم أن المفهوم يركز على اختصاص ومهنية عملية الإرشاد –بأنها عملية متخصصة– يقوم بها شخص مختص ومؤهل، والعملية لها مدخلاتها وإجراءاتها لتؤدي إلى المخرجات المأمولة.

وهناك إشارة أخرى لمفهوم الإرشاد النفسي كما قال:(محمد إبراهيم عيد، ٢٠٠٥ :١٤) أن البعض يرى أن الإرشاد في صميمه عملية تعليمية تقوم على نظريات ومبادئ التعلم، أن غاية الإرشاد هو تعديل السلوك Behavior modification، ليصبح متوافقاً مع المتطلبات الاجتماعية الحالية والمستقبلية؛ هذا كله يتوقف على العلاقة المهنية ما بين المرشدCounselor، والمسترشد Counsellee وهو الشخص الذي يتلقى الخدمة الإرشادية.

ويفيد كل من(كمال مرسي وبشير الرشيدي ،١٩٨٤: ١٢) أن الإرشاد النفسي عملية فنية مهنية، هدفها ترشيد وهداية وتوعية وإصلاح الأفراد تتم في موقف مواجهة بين متخصص في علم النفس الإرشادي، وشخص آخر يقدم له الإرشاد بهدف مساعدته على فهم نفسه، وتحديد قدراته واستعداداته وميوله، وتوضيح اتجاهاته ودوافعه وطموحاته، ومعرفة مشكلاته وظروفه البيئية التي يعيش فيها والإمكانات المتاحة له فيها، ومساعدته على كيفية توظيف هذه المعلومات في تحديد أهداف واقعية لنفسه، وتشجيعه على اتخاذ القرارات المناسبة لتنمية قدراته، والاستفادة منها بأقصى قدر ممكن في ضوء فرص الحياة المتاحة له.

ونستنتج من خلال العرض السابق للمفهومين أنهما: يركزان على أهداف العملية الإرشادية، وكذلك التأهيل الأكاديمي للشخص المقدم للخدمة، من الناحية النظرية والتأصيل النظري للإرشاد النفسي، والتدريب العملي للآليات المختلفة، وهو المرشدCounselor.

وتوجد نظرة وتركيز ثالث من بين الآراء التي تحدثت عن مفهوم الإرشاد النفسي، حيث أشارت (جليلة القيسي، ١٩٩٩ :٢٧٠) للإرشاد باعتباره مساعدة الفرد في التوافق وفي اتخاذ القرارات الذكية، التي تتعلق بكيفية مواجهته لما يعترضه من مشكلات، والقدرة على اتخاذ القرارات أو القيام باختيارات حكيمة من بين بدائل حلول محتملة.

ويرى (صالح أبوعبادة وعبد الحميد نيازي،٢٠٠١: ٤١) أن الإرشاد عملية ذات توجه تعليمي، تجري في بيئة اجتماعية بسيطة بين شخص، يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة إلى مساعدة المسترشد باستخدام طرق وأساليب أكثر ملائمة لقدراته ليكون أكثر وعياً بذاته، ليحدد أهدافه بشكل واضح لمساعدته على تحقيقها بأقل جهد ووقت.

يمكن الملاحظة على المفهومين السابقين أنهما قد أبرزا دور المسترشد ودوره الفاعل في العملية الإرشادية، وأن العملية الإرشادية بمجملها، تأخذ الطابع التعليمي مما يدلل على التركيز وبشكل أكبر على مجالات الإرشاد، كما يركز هذا المفهوم على أهمية الإعداد العلمي والعملي لمن يقدم المساعدة الإرشادية، كما أنهما ركزا على التفاعل الإيجابي بين المرشد والمسترشد، وأنه يعطي المسترشد مساحة لكي يحدد ويتعلم ويتخذ القرار. ويتفق هذا المفهوم مع ما توصل إليه(محمد الشناوي، ١٩٩٦: ١٣) بأن العملية الإرشادية عملية ذات طابع تعليمي تتم وجهاً لوجه بين مرشد مؤهل، ومسترشد يبحث عن المساعدة ليحل مشكلاته ويتخذ قراراته، حيث يساعده المرشد باستخدام مهاراته وعن طريق العلاقة الإرشادية على فهم ذاته وظروفه والوصول إلى أنسب القرارات في الحاضر والمستقبل.

وهناك من الباحثين والعلماء من عالج هذا المفهوم للإرشاد النفسي، من الناحية الإنسانية، وأولوا البيئة الإرشادية أولوية وأهمية في العمل الإرشادي، باعتبارها المحفز لجعل المسترشد يقبل على العملية الإرشادية بفكره وأحاسيسه ومشاعره، ويتم التركيز على النتيجة النهائية للعملية الإرشادية وهم بهذا يقتربون من مفاهيم نظرية الذات، ومن بين الذين ركزوا على البعد الإنساني كل من(عبد المنان بار ومحمد السلماني،١٩٩١: ٢٠) حيث اعتبرا الإرشاد عملية إنسانية، تهدف إلي مساعدة المسترشد لفهم نفسه وإدراك المشكلات التي يعاني منها، ومساعدته بتبصيره للارتقاء بقدراته واستعداداته للتغلب علي المشكلات التي يواجهها، بغية تحقيق التوافق بينه وبين البيئة التي يعيش فيها، ولكي ينمو النمو المتكامل في شخصيته.

وقد نشرت الجمعية الأمريكية تعريفاً لعلم النفس الإرشادي، كما ذكر(صالح الداهري، ٢٠٠٥: ٢٢) مفاده أنه عبارة عن الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصية المسترشد، واستقلاله في تحقيق التوافق لدى المسترشد، وبهدف اكتشاف مهارات جديدة تساعد علي تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة واكتساب قدرة اتخاذ القرار وفهم خبراته، وتحديد مشكلاته وحاجاته، وتعرفه علي الفرص المتاحة له وأن يستخدم وينمي إمكاناته بذكاء إلي أقصى درجة ممكنة، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته بنفسه بالإضافة إلي التعليم والتدريب الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين، والمربين، والوالدين، في مراكز التوجيه والإرشاد وفي المدارس وفي الأسرة، لكي يصل إلي تحديد أهداف واضحة تكفل له تحقيق الصحة النفسية، والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع، أي التوافق شخصياً وتربوياً وأسرياً وزوجياً.

ويخلص الباحث إلى أن مفهوم الإرشاد النفسي قد ورد فيه الكثير من الأطر الأدبية والنظرية، ولكنها في نهاية المطاف تُجمع على ضرورة الإعداد العلمي المهني لمقدم الخدمة(المرشد)، وأن يتمتع ببعض الصفات الشخصية والمهنية الايجابية والضرورية للعمل الإرشادي مثل:(الدفء، والتعاطف، والمودة، والمرونة، والثقة)، مع ضرورة تهيئة البيئة المحيطة بالعملية الإرشادية لما لها من دور فاعل فيها.

ويمكن للباحث الآن أن يقترح مفهوماً لعمليةِ الإرشادِ النفسي: بأنها تلك العملية المخططة المنظمة، والتي تتسم بالتفاعل والإنسانية بين طرفين، الأول يطلق عليه المرشد وهو مقدم الخدمة، والآخر المسترشد وهو متلقي الخدمة، بطلب من الثاني، يتم فيها تبصير المسترشد

بقدراته وإمكاناته من أجل مساعدته على رسم أهدافه وتحقيقها، وتنمية الحصانة والكفاءة النفسية الذاتية، ويتم ذلك في وسطٍ بيئيٍ آمنٍ ومحفزٍ وباعثٍ على التفكير والنشاط.

أهداف الإرشاد النفسي:

لكل عملية أهداف محددة، والإرشاد النفسي كعملية لها أهداف تركز علي تحقيق أقصى درجات النمو المتكامل للفرد، وتحقيق السواء النفسي وأعلى درجات الصحة النفسية، من خلال الوصول إلى تنمية مفهوم موجب لدى الذات، والوصول إلى تحقيق الذات، وتحقيق درجة عالية من التوافق الشخصي والاجتماعي، وقدرة الفرد علي تحقيق أعلي درجة من الكفاءة في الجانب التربوي والأسرى والاجتماعي، وهذه تعتبر الأهداف العامة والكبرى للعملية الإرشادية، والتي يسعى المختصون لتحقيقها من خلال البرامج والأنشطة الوقائية والنمائية والعلاجية. أما بخصوص الأهداف الخاصة فهي تكون خاصة بكل طرف من أطراف العملية الإرشادية الثلاث، المرشد والمسترشد والعملية الإرشادية ذاتها. وسيتم في هذا الجزء من الإطار النظري الإشارة إلى بعض الآراء بتوزيع وتنوع الأهداف على النحو الآتي:

من الباحثين من قسم الأهداف الإرشادية إلى ثلاث أنواع رئيسة، تعمل بصورة متكاملة، كما أشار إلى ذلك(رشيد السهل، ١٩٩٩: ١٩) بأن للإرشاد النفسي ثلاثة أنواع من الأهداف هي على التوالي: نمائية ووقائية وعلاجية، فالنمائية تعمل على توفير أفضل السبل لتحقيق النمو المتكامل، والوقائية تعمل على منع ظهور المشكلات، والعلاجية تتضمن تقديم استشارات نفسية أو اجتماعية أو دراسية، وتقديم المساعدة لحل المشكلات وتحسين الصحة النفسية.

ويرى الباحث أن التقسيمات السابقة وفقاً للمستويات الثلاث النمائية والوقائية والعلاجية، يخلط بينها الكثير من العاملين في المجال النفسي، هذا ما لاحظه الباحث من خلال اختلاطه بالعاملين بالمجال النفسي، سواء على المستوى المحلي–الفلسطيني– أو العربي، وحتى الدولي، وذلك من خلال مناقشات علمية، أو لقاءات عمل جمعته بهم، أومن خلال الاطلاع على أبحاث وكتابات كثيرين منهم، فلا يميزون بين الأهداف النمائية من تلك الوقائية أو العلاجية. وعلى هذا يتوجب التركيز على التفريق بينها، لأنها تحمل طبيعة تختلف عن الأخرى، وتتطلب آليات خاصة بكل نوع من الأنواع، فهنا يستوجب البقاء ضمن دائرة الإرشاد النفسي، ومعالجة المشكلات إرشادياً والبعد عن الدائرة العلاجية الخاصة بالأمراض النفسية. والبقاء ضمن أهداف المعالجة النمائية والوقائية والمعالجة الإرشادية.

وهناك تصنيف آخر للعملية الإرشادية حيث يصنفها(محمد الشناوي،١٩٩٦: ٢٧٧) أهداف الإرشاد النفسي إلى ثلاثة مستويات رئيسية: الأول يهدف الإرشاد إلى إحداث مجموعة من التغيرات في حياة المسترشد، وهذا ما أطلق عليه (الأهداف العامة للإرشاد)، وفي الثاني فإن الأهداف التي يتبناها المرشد تعتمد على توجهه النظري، وهذا ما أطلق عليه (الأهداف الموجهة للمرشد)، أما المستوى الثالث فإن الأهداف تتأثر بالمسترشد ومشكلته وهذه الأهداف هي التي توجه المرشد لاختيار الأساليب والفنيات التي تساعده على تحقيق تلك الأهداف، وهذا ما أطلق عليه (الأهداف الخاصة أو أهداف النتائج). وأشار إلي تفاصيل ذلك كما يلي:

١- الأهداف العامة للإرشاد: وتتمثل في تسهيل عملية تغيير السلوك، وزيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف المختلفة والضغوط، والنهوض بعملية اتخاذ القرار، وتحسين العلاقات الشخصية، والمساعدة على تنمية طاقات المسترشد.

٢- الأهداف الموجهة للمرشد: والتي تمثل الاتجاه النظري للمرشد واستخدامه لطرائق العلاج المختلفة كالعلاج المتمركز حول الشخص، أو العلاج بالواقع، أو العلاج الجشطلتي.

٣- الأهداف الخاصة: وهي الأهداف المرتبطة بمشكلة المسترشد وتعد الأهداف الواقعية الخاصة والتي يمكن للمرشد أن يستخدمها في تقويم العمل الإرشادي وتحديد مدى نجاحه.

وقد لخص (أحمد الزعبي، ٢٠٠٢: ٣٣) أهداف الإرشاد النفسي فيما يلي:

١- إحداث تغير إيجابي في سلوك المسترشد: فهذا يساعد على تنمية الشخصية بصورة شاملة متكاملة من جميع النواحي(الجسمية والاجتماعية والانفعالية والعقلية)، مما يسرع في تحقيق نتائج الإرشاد المرجوة.

٢- تحقيق أقصى درجات الصحة النفسية للفرد: فتحقيق هذا الهدف يكون من خلال مساعدة الفرد للقيام بمسؤولياته، وينمو نمواً سوياً دون تعارض مع القيم والعادات الاجتماعية السائدة، وفقاً للحالة الجسمية والعقلية والاجتماعية للفرد.

٣- المساعدة في حل المشكلات التي تعترض المسترشد: فالهدف من الإرشاد النفسي هو مساعدة المسترشد في حل المشكلات التي لا يمكنه بمفرده أن يجد لها حلولاً.

٤- تسهيل عملية النمو السوي: سواء عن طريق إزالة العقبات التي تقف في طريقه أو عن طريق تشجيع المسترشد علي اكتشاف طرق جديدة للنمو والإبداع.

٥- تغيير العادات: يستهدف الإرشاد النفسي إحلال عادات ايجابية، بدلاً من سلبية العادات لدى المسترشد.

٦- توجيه المسترشد لذاته: فالهدف هذا يعمل على مساعدة المسترشد علي تمكينه من توجيه حياته بنفسه بذكائه وبصيرته وكفاياته.

٧- تحقيق الذات: ويتحقق هذا الهدف من خلال مساعدة الفرد في إيجاد هدف ودافع قوي لتحريك وتوجيه سلوكه نحوه، حيث يرى " روجرز " أن لدى الفرد دافعاً أساسياً يوجه سلوكه وهو " دافع تحقيق الذات " ويكون ذلك للفرد أياً كانت قدراته العقلية والجسمية والانفعالية.

٨- مساعدة المسترشد علي اتخاذ القرارات الخاصة: فهدف الإرشاد مساعدة الفرد على اتخاذ قراراته، وإيجاد الآلية لتنفيذها بكفاءة وفاعلية.

وقد أشار(منذر الضامن، ٢٠٠٣: ٢٤) إلي أن أهداف الإرشاد يمكن تلخيصها فيما يلي:

- تغيير السلوك الإنساني.
- تنمية مهارات الفرد علي التكيف مع الواقع ومع المواقف المستجدة.
- مساعدة الفرد علي اتخاذ القرارات.
- تحقيق العلاقة مع الآخرين.
- مساعدة الفرد علي تطوير وتنمية قدراته.

وعليه فإننا نلاحظ اختلافاً وتنوعاً في صياغة الأهداف سواء الكبرى (العامة) أو الصغرى(الخاصة)، وجميعها تقع تحت المستويات الثلاث للعملية الإرشادية النفسية(المستوى النمائي، المستوى الوقائي، المستوى العلاجي الإرشادي)، وكان هناك تأكيداً على ضرورة الفصل بين هذه الأهداف حسب المستوى، وما يناسب كل حالة من الحالات المستهدفة، سواء كان ذلك على المستوى الفردي أو الجماعي.

وقد أفاد(لطفي فطيم، بدون ت: ٢٢٠-٢٢١) أن العمليات التي تمر بها مختلف الجماعات الإرشادية فلا بد من تشابهها، إذ تمر الجماعات الناجحة بمراحل متتالية تتكرر، وطالما ناقش خبراء العلاج الجمعي مراحل نمو عمل الجماعات العلاجية، فرأى بعضهم أنها تمر بأربعة مراحل هي:

١- العضوية

٢- تبادل الطرح بين الأعضاء.

٣- التنفيس أو التطهير.
٤- تحقيق المصالحة.

وصاغ البعض الآخر نفس المراحل الأربعة ولكن بعناوين أخرى:

١- إقامة العلاقات.
٢- تفسير الديناميات.
٣- حصول الأعضاء على الفهم.
٤- تصحيح المسار

ورأى شوتتز(Sehutz) أنها ثلاث مراحل فقط(الاحتواء والسيطرة وتبادل الود) أما يلوم(yalom) فيري أنها ثلاث مراحل كالآتي:

١- مرحلة البدء- التوجيه- المشاركة- البحث عن أوجه التشابه والبحث عن المعنى.
٢- المرحلة الثانية – الصراع والسيطرة والثورة.
٣- المرحلة الثالثة – نمو التماسك.

ومن خلال الطرح السابق فإننا نتفق مع كوري(Corey) بتقسيمها لخمس مراحل وهي:

١- المرحلة الأولى: مرحلة التكوين، حيث يختبر الأعضاء فيها أنفسهم.
٢- المرحلة الثانية: مرحلة البدء، ومنها التوجيه وتحديد بناء الجماعة.
٣- المرحلة الثالثة: مرحلة الانتقال، وتتميز بمشاعر القلق والدفاع والمقاومة.
٤- المرحلة الرابعة: مرحلة الجهد، وهي التي تزيد فيها الثقة والتسامح والتواصل.
٥- المرحلة الخامسة: مرحلة الختام، وفيها تسود مشاعر الحزن والقلق بشأن الفراق، ويعد فيها الأعضاء لمواجهة الحياة.

وبعد انتهاء المراحل الخمسة يقوم القائد للمجوعة بعملية التقييم وتقدير نجاح العمل وتحقيق الأهداف الخاصة بالعملية الإرشادية.

الانتقائية في السياق التاريخي النفسي:

لقد كان للانتقائية الإرشادية بدايات قديمة، فقد ارتبطت هذه البدايات بنمو وتطور النظريات النفسية الكلاسيكية القديمة، حيث أن المراجعات المستمرة لهذه النظرية يعد مؤشراً علي أن الانتقائية والتكامل بدءً منذ نشأة هذه النظريات، وذلك من خلال تطوير لمبادئ ومفاهيم النظرية، وكذلك تطور التحليلية الفرويدية القديمة، ومرورها بمرحلة التطوير الأولي علي يد سوليفان

وهورني وفروم(التحليل النفسي والاجتماعي) ثم وصولها إلي التحليلية الشاملة (إريكسون) يعتبر دليلاً على بداية انتقائه الأفضل من بين خيارات موجودة.

وكذلك الحال بخصوص تطور السلوكية القديمة(واطسون، بافلوف) إلى (الإشراط الإجرائي) لسكنر، وصولاً إلي السلوكية الاجتماعية (باندورا). كما أن محاولات (دولارد وميلر) يعد مؤشر آخراً علي ذلك، حيث كانت محاولاتهما تركز علي المواءمة بين التحليلية والسلوكية. وقد أشار(حسام الدين عزب،١٩٨١: ٣٧) إلى أن هذه المحاولات كانت تركز على الانتقاء من اتجاهات متعددة، أو كما يعرف بالانتقائية الثنائية، أو الانتقائية عديدة الطرز، في مقابل الانتقائية أحادية الطرز التي تركز علي الانتقاء والمواءمة من نظريات متعددة داخل الاتجاه الواحد، ويقول(محمد الشناوي، ١٩٩٤: ١٧٥) لعل من أبرز من يمثل هذا الاتجاه نظرية ريمي والتي وصفت بأنها نظرية انتقائية.

ويرى الباحث أن الانتقائية كاتجاه إرشادي يعتبر من ضروريات هذا العصر، للعملية الإرشادية، وأكثر الاتجاهات النفسية رواجاً في الإرشاد المعاصر، وقد زاد رواج هذا الاتجاه بين الباحثين المعاصرين، ويرجع ذلك حسب ما يراه الباحث إلى ما يأتي:

١- ظهور الاتجاه الإنساني واعتباره القوة الثالثة في علم النفس.
٢- تعقد الحياة والثورة التكنولوجية وما ترتب عنها من ظهور مشكلات نفسية غير مسبوقة.
٣- ظهور النظريات المعرفية كنظرية (إليس) ونظرية (ريمي).
٤- تطور النظريات الكلاسيكية القديمة كالتحليلية علي يد أنصارها الجدد والسلوكية أيضاً.
٥- زيادة الدراسات النفسية والممارسات الإرشادية العلمية والتراكم البحثي في هذا الاتجاه.
٦- زيادة المتبنين لهذا الاتجاه من علماء الاتجاهات القديمة، وتفيد الإحصائيات أن نسبتهم ما بين ٤٠-٦٤%، بعد تركهم الاتجاهات الرئيسية التي كانوا يتبنونها قديماً.

وانطلاقاً من ذلك فإن الانتقائية قد قطعت شوطاً كبيراً في تطورها، وحشد المناصرين لها على مستوى الباحثين النفسانيين في شتى أنحاء العالم، وهي تعد اتجاهاً إرشادياً يسير نحو تكامل علم النفس، بجميع فروعه ونظرياته، واختيار الأمثل وما يناسب الحالة موضع الاستهداف الإرشادي العلاجي، ما يؤدي إلي الممارسة والإرشادية الناضجة والشاملة التي تحقق نتائج أفضل، تحقيقاً للأهداف التي تتماشى ومشكلات هذا العصر المعقدة والشائكة والكثيرة.

البرامج الإرشادية:

يتطلب مصطلح البرنامج الإرشادي النفسي وجود عناصر الإرشاد الرئيسية الثلاث(المرشد والمسترشد والعمل الإرشادي)، وهذه العناصر تكون مستوفية للشروط المهنية الخاصة بكل عنصر على حدة، بحيث تشكل تكاملاً إرشادياً يساعد على نجاح تنفيذ البرنامج، وتتضمن البرامج الإرشادية إجراءات إرشادية منظمة تخطيطاً وتنفيذاً وتقويماً، وتقدم استناداً إلى أسس علمية وعملية؛ لتحقق الأهداف الإرشادية نمائياً ووقائياً وعلاجياً، وفقاً لهدف كل برنامج.

وقد كان لإعداد البرامج الإرشادية أهمية كبيرة، أولاها الباحثون والخبراء اهتماماً واضحاً، لما لها من خصوصية من حيث الإعداد والتنفيذ والتقييم، وقد رأى(عبد الله سليمان،٢٠٠٠ :٣٩) أنه يغلب على هذه البرامج صفة التعليم، وتقديم المعلومات، ومن هذه البرامج تعليم مهارات اتخاذ القرارات، وحل النزاعات المشكلات، وتخطيط ومهارات الدراسة وغير ذلك.

ويتم تصميم البرامج استجابة وتلبية لحاجات نفسية محددة، وتعالج مشكلات محددة، وذلك سواء على المستوى الفردي أو الجماعي، مراعياً خصائص وسمات كل مرحلة عمرية من مراحل النمو، إن كانت تستهدف الذكور من الأطفال، أو الإناث منهم، أو المراهقين من الجنسين، أو الراشدين، وذلك لما لها من صفات محكمة الإعداد، والبرامج الإرشادية يعتبرها كثير من الباحثين واجهة الإرشاد النفسي، تتطلب كثيراً من الفن في الإعداد والتنفيذ، والخبرة في الممارسة التطبيقية والتدرب والمران، وخبرة في الخصائص بالفئة المستهدفة، وهي ذات وجهة تعليمية تعلمية تربوية.

وللبرامج الإرشادية العديد من التعريفات التي أفرد لها العلماء مساحات من كتاباتهم، وقد عرفه (حامد زهران، ١٩٩٨: ١٠) على أنه: مجموعة من الإجراءات المنظمة المخطط لها، في ضوء أسس علمية، وتربوية تستند إلى مبادئ وفنيات معينة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملات للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يقابلها في حياته، أو التوافق معها.

ومن الملاحظ على تعريف حامد زهران، أنه ركز على الإرشاد الفردي دون الإرشاد الجماعي، غير أن هذا التعريف يلاقي قبولاً واسعاً بين أوساط الباحثين والمعالجين النفسيين، ويعتبر من أكثر التعاريف شيوعاً وانتشاراً؛ لشموله الأسس اللازمة لإعداد البرنامج ودقته. مع إغفاله لعملية التقييم للبرنامج.

كما يعرفه (أحمد عبد الخالق،٢٠٠٢ :٨٧) بأنه: مجموعة من الخطوات المنظمة والقائمة على أسس علمية، وتهدف إلى تقديم الخدمات لمساعدة الفرد، أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتوصل إلى حلول بشأنها وتنمية مهاراتهم، وقدراتهم لتحقيق النمو السوي في شتى

مجالات حياتهم، ويتم في صورة جلسات منظمة في إطار من علاقة متبادلة متفهمة بين المرشد والمسترشد .

وهنا يلاحظ الباحث أن هذا المفهوم أولى كلاً من الإرشاد الفردي والجماعي على حد سواء، الاهتمام بإعداد البرامج، وكذلك أعطى أهمية لنوع العلاقة التي تربط كل من المرشد والمسترشد في البرنامج وذلك كل حسب دوره وطبيعته.

وتقول(نجوى عارف، ٢٠٠٣: ٢٤٩): بأن البرنامج يعمل وفق نظريات الإرشاد النفسي على مساعدة وتبصير الأفراد، في فهم مشكلاتهم والتي تؤدي بهم 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.

ويشير (طه حسين،٢٠٠٤: ٢٨٣) للبرنامج الإرشادي بأنه مجموعة من الخطوات المحددة بدقة والمنظمة بعناية، وتستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة، والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة، تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على المشكلات التي يعانونها في حياتهم. وهناك مجموعة من المعايير التي يتم الاعتماد عليها في بناء البرامج الإرشادية سواءً في عملية التخطيط أو التنفيذ أو التقويم .

وبناء على ما سبق فإن الباحث يخلص إلى تحديد مفهوم البرنامج الإرشادي بأنه: مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة، لنشاطات وفنيات فردية أو جماعية محددة تستهدف جزئيات محددة، تعمل بشكل تكاملي للوصول لنتائج مرغوب فيها، ومستمدة من أطر وأسس ومبادئ نظرية، وفقاً لجدول زمني محدد، في بيئة إرشادية يسودها الأمن، والعلاقة الايجابية والتفاعل المثمر لتحقيق الأهداف المعدة، وفقاً لنظام التقييم الشامل للبرنامج ككل.

واقترح(محمود السحيمي، ٢٠٠٣: ١٦) عدد من التساؤلات قبل الشروع بتصميم برنامج إرشادي، فلا بد لمصمم البرنامج أن يضع في ذهنه عدد من التساؤلات الرئيسة، التي يجب أن يجيب عنها بصورة واضحة، وهذه التساؤلات(لمن سيقدم البرنامج، لماذا يصمم البرنامج، ماذا سيقدم للفئة المستهدفة، كيفية تقديم الخدمة، متى سينفذ البرنامج، ما هي استراتيجية التنفبذ) وهذا شرح لهذه التساؤلات:

١- لمن سيقدم هذا البرنامج ؟

مناسبته للمرحلة العمرية التي وضع البرنامج لها، ويراعي أهم السمات والخصائص التي تميز هذه المرحلة، فسيولوجياً وحركياً ونفسياً ولغوياً واجتماعياً وانفعالياً واجتماعياً، ويستوجب مراعاة حاجات مطالب النمو للفئة المقدم لها البرنامج، وكذلك المعلومات الديمغرافية يجب مراعاتها، من حيث المستوى الثقافي والتعليمي والأسري، كذا الوضع الاقتصادي، وكذلك مراعاة البيئة المحيطة سواء الفيزيقية أو الاجتماعية أو النفسية للفئة المراد تقديم الخدمة لها.

٢- لماذا سيصمم هذا البرنامج:

هذا يعني ضرورة تحديد أهداف البرنامج تحديداً واضحاً، من حيث الصياغة والمحتوى، مراعياً المستوى الخدماتي للبرنامج، إن كان ضمن الجانب النمائي أو الوقائي أو العلاجي الإرشادي، مع ضرورة تحديد فلسفة البرنامج المقدم.

٣- ماذا سيقدم للعينة؟

وهو عبارة عن مجموعة العمليات المقدمة للعينة المطبق عليها البرنامج من حيث المستويات(الواقعية، السهولة، التقويم والتقييم، مراعاة للحاجات، الوضوح، المراعاة للقدرات العقلية والمعرفية للعينة المقدم لها).

٤- كيف؟

أي كيف نستخدم ذلك كأسلوب في التنفيذ فاختلاف التكنيك المستخدم تبعاً للعمر الزمني، عن الحركي عن المعرفي عن السلوكي.

٥ - متى؟

يتم تقسيم الوقت الزمني وتوزيعه على فقرات البرنامج، وتحديد مدتها بصورة مرنة، مع تحديد المدى للبرنامج ككل.

٦ - تحديد الاستراتيجية من حيث:(الأشخاص المشاركين في التطبيق، توزيع أفراد العينة، وتحديد الحجم، والمكان وتهيئته وتنظيمه، وتحديد استراتيجية وآلية التقويم للبرنامج.

وقد ذكر(مارث إم. لينهان،٢٠١٤: ٦١٩-٦٢٣) عدد من الخطوات لاستراتيجية إنهاء الجلسات وهي (توفير الوقت الكافي للإغلاق – الاتفاق على الواجب المنزلي للأسبوع القادم – تلخيص الجلسة- إعطاء المشارك شريط خاص بالجلسة إن أمكن ذلك- التشجيع- تهدئة وطمأنة

المشارك– التدخل لحل المشاكل الانفعالية حال ظهورها – تطوير طقوس الإنهاء، كمرافقة المشاركين إلى الباب حال المغادرة.

وأضاف ذاكراً لخطوات إنهاء البرنامج ككل كالتالي(بدء مناقشة الإنهاء وتوقف الجلسات تدريجياً– تعميم الاعتماد الشخصي على الشبكة الاجتماعية– التخطيط النشط للإنهاء– وضع قواعد قوية للاتصال المستمر– عمل إحالات مناسبة– تعليقات ختامية.

وبهذا يعتبر البرنامج الإرشادي عبارة عن عملية لها مدخلات "input" قبل تقديم البرنامج ثم عمليات (c.p.u) ثم بعد تقديم المخرجات "output"، مع ضرورة وجود تغذية راجعة مستمرة، وذلك بالتقويم المستمر قبل وأثناء وبعد تقويم البرنامج. وسيتم التفصيل والتوسع بهذا الموضوع في إعداد برنامج الدراسة في الفصل الرابع.

الإرشاد الانتقائي:

يعتبر الإرشاد الانتقائي منهجاً شاملاً مميزاً في ثوبه الجديد المتكامل، الناضج، والتيار الإرشادي المرن، والمنفتح والقابل لكل إضافة، ولكل إسهام جاد في الإرشاد النفسي، ولاجتهادات علمية وبحثية ناضجة، يقوم بها كل باحث عن التكامل والانتقاء من بين بدائل متعددة؛ ليكوِّن نظام المتناسق الذي يتسمح بانتقاء ودمج الأساليب والفنيات الإرشادية المتعددة والمستمدة، من خلفيات وأطر نظرية متعددة ومتنوعة، وفق أسس ومعايير محددة؛ لتحقيق أفضل النتائج لأهداف المتوقعة، فهو يعتبر وبدون مبالغة حسب رأي الكثير من الباحثين، إرشاد العصر والأنسب لمعالجة مشكلات العصر لكثرتها وتعقيدها، مما يستوجب تطويراً في الأداء الإرشادي وهذا يتحقق في الإرشاد الانتقائي؛ لتنوع فنياته ومرونة منهجه.

ويصف (س. باترسون، ١٩٩٠: ٥٧٤) الإرشاد الانتقائي التكاملي بأنه إرشاد العصر، فهو يعتبر فترة الخمسينيات عقد الوجدان أو الانفعالات والمشاعر والعلاج المتمركز حول الحالة أو المريض، كما يعتبر الستينيات عقد السلوكية (العلاج السلوكي)، والسبعينيات عقد المعرفة (العلاج المعرفي) ويبدو أن الثمانينيات ستكون عقد الانتقائية والعلاج الانتقائي.

ويشير بعض الباحثين إلى أن أدبيات الإرشاد النفسي تعتبر الاتجاه الانتقائي الوظيفي التكاملي، أو الإرشاد متعدد الوسائل يرجع إلي إسهامات علماء النفس الوظيفيين، وعلي رأسهم وليم جيمس، كما كان لإسهامات دولارو وميلر دور في هذا الاتجاه إلا أن هذا الاتجاه ارتبط بفريدريك ثورن ولورانس بارمر ودعم هذا الاتجاه ما قدمه لازاروس وهارت.

ويعتبر (محمد إبراهيم عيد، ٢٠٠٥: ١٩) أن: أول من سك مصطلح الانتقائية هو لازاروس، حيث ارتأى أن العلاج السلوكي لا ينبغي أن يقتصر علي نظرية التعلم فحسب، بل عليه أن ينتقي أية فنية مشتقة من أي نسق علاجي لخدمة الموقف العلاجي.

وهذه الانتقائية في المواقف العلاجية الإرشادية، نجدها متحققة في الموقف الإرشادي الذي يأخذ من الطرائق الإرشادية ما يتناسب مع نوعية المطلب الإرشادي، من ثم تتنوع الفنيات وتختلف تبعاً لهذا الموقف الإرشادي من طرائق سلوكية Behavioral، أو سلوكية معرفية Cognitive–behavioral، أو إرشادي متمركز على الشخص Per–son–Cartered، والتركيز على الشخص على النحو الذي أكده روجرز. كما أن السيكودينامية Psychodynamic ولاسيما بعد الإسهامات التي تحققت على يد الفرويديين الجدد (مثل أدلر، ويونج، وهورني، وهاري سوليفان وأريك فروم)، تعتبر من مقدمات الانتقائية، والباعثة على سلوك المنهج الانتقائي.

ويضيف (صلاح الدين العمرية ،٢٠٠٥ : ١٧٢) أن: ما عرضه ثورن في كتبه المتعددة يعتبر أشمل أسلوب لإرشاد الشخصية، وعلاجها قدمه باحث بمفرده حتى الآن، وهو يشعر أن كل النظريات الموجودة مجددة وغير كافية ولهذا فهو يفضل الأسلوب الانتقائي والذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظراً لشموله.

ويتضح أن هناك العديد من النظريات التي تتفق في الخطوط العريضة للعملية الإرشادية العلاجية، وهذا يشير إلى الاتجاه الانتقائي يضم العديد من النظريات التي تشكل في مجملها المدرسة والاتجاه وما يمكن أن يطلق عليه المنهج الانتقائي، كنظرية ثورن الاختيارية، والنظرية متعددة الوسائل، أو كما تعرف اختصاراً بالـ . BASIC– ID التي ارتبطت باسم لازاروس، ونظرية هارت في العلاج الانتقائي الوظيفي، وتشترك هذه النظريات وغيرها من النماذج الأخرى في مجموعة من المبادئ الرئيسية والأسس والخطوط العريضة، التي تربط بينها غير أنها تختلف في بعض الجزئيات.

ويؤكد (قاسم صالح، ١٩٨٥: ١٣٩) بأن نظرية الاختيار أو الاصطفاء أصبحت ضرورية ومهمة، وذلك لتجنب البحث عن نظرية جاهزة تستعمل في حل مشاكل الأفراد، وميزة نظرية الاختيار هذه أنها تساعد في وضع الاحتمالات نصب أعيننا، لنأخذ ما نحتاجه من عينات تؤدي في النهاية إلى الاتزان والشمولية في حل المشكلة، هذا بالإضافة إلى كون هذه فريدة في نوعها لأنها تستخدم آراء ونظريات أخرى.

ومن هنا نجد أن الانتقائية لم تعد مجرد نظرية إرشادية، بل أنها أصبحت منهجاً واتجاهاً من الاتجاهات الرئيسية للإرشاد النفسي يضم العديد من النظريات، قد جاءت اعتماداً على فكرة أنه لا يوجد اتجاه إرشادي، أو نظرية إرشادية واحدة قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة، والفعالية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المسترشدين، وشخصياتهم، نظراً لتعقد هذه المشكلات في هذا العصر، فالانتقاء الإرشادي يعتبر الأكثر مناسبة للتعامل مع هذه المشكلات النفسية، التي أصبحت أكثر تعقيداً.

وهذه الرؤية تتفق مع رؤية(عباس عوض، ٢٠٠١: ٢٧) حيث تؤكد على أن غالبية البحوث في العلاج النفسي، تقوم على أساس أنه توجد طريقة أفضل من أخرى، في حين أنه لا يمكن التقرير بأفضلية طريقة على الأخرى على طول الخط، ولا يمكن إلغاء أو شطب طريقة تحت أي مسمى، لكن هناك طريقة أفضل من الأخرى في ظل ظروف معينة، ومع مجموعة من الأفراد ذوي قدرات واستعدادات وأساليب مميزة أو متقاربة، قد تناسبها طريقة ونظرية دون غيرها.

ويرى (محمد أبو النور، ٢٠٠٠: ٢٥٢) أن الإرشاد الانتقائي "شكل من أشكال الإرشاد النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي، والذي يعد نظاماً يقوم على تحديد المبادئ، والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، خاصة تلك الاستراتيجيات التي ثبت فعاليتها في علاج المشكلات، وتلائم حاجات متلقي الخدمة الإرشادية.

ويشير (صالح الداهري، ٢٠٠٥: ٤٣٩) إلى الانتقائية كأسلوب إرشادي وليس كنظرية اسماه (الإرشاد الخياري) ويرى أن ثورن قدم ما يمكن أن يعتبر أشمل أساليب الإرشاد الشخصية، حيث تجنب أي محاولة للعرض النظري، ويرى أن كل النظريات الموجودة مجددة وغير كافية، لذلك فهو يفضل الأسلوب الانتقائي، والذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظراً لشموله، وبما أن الانتقائية ليست نظرية فإنها تحاول أو تنسق بين النظريات، وحاول (ثوران) توضيح خصائص الانتقائية من خلال بعض الخطوات ووضع تعريف إجرائي لكل طريقة.

- توضيح علاقة العلاج النفسي بالمرض النفسي ووضع معيار للفاعلية العلاجية.
- التحليل الإحصائي لمادة عملية عريضة وتحقيق الصدق التنبؤي، وهذه الخطوات تمثل هدف الأسلوب الانتقائي. وبما أن السلوك الإنساني ثباته نسبي وليس بالمعقول أن نعمم كل حالة إرشادية على أخرى، لأن هنالك مستجدات كثيرة تحدث للفرد وتؤدي إلى إدراكه لحل معين قد لا يتفق معه بعد فترة من الزمن.

ويعتبر الإرشاد الانتقائي طريقة توفيقية خيارية من بين خيارات مطروحة ومتعددة من النظريات النفسية، بشرط أن يكون المتبنين للطريقة الانتقائية من المرشدين والباحثين، مطلعين وعارفين بكل الطرق وأن يكونوا قادرين على استخدام وتطبيق فنياتها وآلياتها المختلفة، والانتقال من فنية لأخرى في نسق متناسب ومناسب للحالة المستهدفة إرشادياً، ويكون قادراً على التوفيق بين هذه الفنيات المتعددة، وهناك من يرى أن الإرشاد الخياري جاء أصلاً للتوفيق بين الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر، والجمع بينهما فيما يخدم عملية الإرشاد، شريطة الاطلاع على الأطر النظرية والتطبيقية للنظريات المراد التوليف بينها لاختيار الأنسب منها.

وينظر (Capuzzi,2000: 460) لهذا الاتجاه بأنه ينتقي أفضل شيء من كل نظرية، وهذا يتطلب من المرشد معرفة دقيقة بالنظريات الإرشادية، ومصدر قوة وضعف كل نظرية وعناصر بناء نظرية فعالة، وأفضل عمل إرشادي هو الذي يؤثر وينجح والإرشاد الانتقائي التكاملي اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية.

ويذكر (س. باترسون، ١٩٩٠: ٤٩٦) أن انجلش يصف الانتقائية بأنها بناء نظري منظم، فهي الاختيار والدمج للملامح المتآلفة من المصادر المختلفة، وأحياناً من النظريات والأنظمة غير المؤتلفة، وهي الجهد المبذول من أجل العثور على عناصر صادقة في جميع التعاليم والنظريات ودمجها في كل متناغم، والنظام الناتج عن ذلك مفتوح للمراجعة الدائمة بما في ذلك محتواه الأساسي.

ويضيف (حسام الدين عزب، ٢٠٠٢ :٥) أن الانتقائية منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية، والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل؛ لتحديد أفضل الفنيات، ومدى ملائمتها للخطة العلاجية، ولطبيعة الاضطراب، أو المشكلة السلوكية.

ويذكر (محمد جمل الليل، ٢٠٠١: ٧٢) أن نتائج الدراسة التي قام بها فان Vann في الولايات المتحدة الأمريكية عام(١٩٩٥) تؤكد بأن الاتجاه المتعدد (الانتقائي) من أهم الاتجاهات النظرية التي يعتمد عليها العلاج النفسي في كثير من مراكز الصحة النفسية.

ومما سبق نلاحظ نضج الرؤية الانتقائية ووضوحها، عند المنادين بها على صورة نضج إرشادي، بصورة تطبيقية واضحة ومتخصصة، تتكامل فيها الفنيات ضمن منحى انتقائي على

أسس ناضجة، يتم فيها التوفيق والتآلف لعديد من الفنيات التابعة لنظريات عدة، بما يناسب الفئة المستهدفة في الإرشاد سواء كانت فردية أو جماعية، والانتقائية تحمل في طياتها الكثير من المرونة المقيدة، والشمول البناء، والتنظيم الفني للآيات، والتنوع في الاختيار والانتقاء، لحل المشكلات ضمن مفهوم متناسق مكوناً نسقاً إرشادياً أكثر مناسبة وملائمة لخصائص طالب الخدمة النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية.

وبعد الاطلاع على كل من مفهوم البرامج الإرشادية، والمنحى الانتقائي في العلاج الإرشادي، فإن الباحث وضع تعريفاً إجرائياً لهذه الدراسة على أنه برنامج يضم مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات المستمدة من بعض النظريات النفسية، تقوم على إحداث تغيير في البنية المعرفية لإيجاد حالة شعورية داخلية، تساعد أفراد العينة التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وإيجاد علاقة تكاملية تبادلية بين هذه الفنيات، بقصد إحداث أفضل الأثر لما استخدمت له، وبغض النظر عن الأصول النظرية لكل فنية من الفنيات المختارة، وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عينة البحث.

مبادئ ومفاهيم الإرشاد الانتقائي:

هناك نظرة للإرشاد الانتقائي ترى أنه التطبيق العملي لآليات وفيات العمل الإرشادي ككل، فأين يوجد تقنية عملية صالحة لمعالجة جانب معين في الشخصية، تكون صالحة لأن تقع ضمن المنحى الانتقائي، ومن أنصار هذه النظرة (سامي ملحم، ٢٠٠٧: ١٧٩) حيث ينظر لوجهة النظر الانتقائية في الإرشاد النفسي، على أنها التطبيق العملي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية، من أجل رسم استراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها.

وانطلاقاً من هذا، فإنه يمكن تحديد المفاهيم الأساسية التي تخضع لها وجهة النظر الانتقائية في الإرشاد النفسي:

- يتم اختيار الاستراتيجية المناسبة للمشكلة، وفق المنهج العلمي من حيث التخطيط والتنفيذ.
- انتقاء الأفضل من بين متعدد النظريات النفسية بما يناسب الحالة المستهدفة.
- تقوم المعالجة الانتقائية فردية الفرد، وخصوصية برنامجه الإرشادي.
- توجيه المعالجة الانتقائية لهدف قابل للتحقيق والتقييم.

وتؤكد (سهام أبو عيطة، ٢٠٠٢: ١٧٧) بأن النظرية الانتقائية ترجع إلى فريدريك ثورن ولورنس بارمر، وتعني وجهة نظر الاختيارية اختيار الطريقة أو الأسلوب من عدة مصادر ونظريات، ويجب الاستفادة من المصادر المختلفة بما يساعد على خدمة حاجت الأفراد الذين يطلبون المساعدة، وهم يعتقدون بأنه يجب اختيار الإجراءات والأساليب التي تناسب المسترشد، ويجب أن لا يعتمدوا على المحاولة والخطأ، حيث يتدرب المرشد على العديد من الطرق والأساليب ويختر منها ما يتلاءم مع مشكلة فردية محددة.

وقد وصف بارمر وجهة النظر الانتقائية بعدد من النقاط الرئيسة على النحو الأتي:

- عدم التركيز على نظرية إرشادية محدد عند ملاحظة سلوك المسترشد أو تقييمه.
- دراسة تاريخ الإرشاد والعلاج النفسي ويأخذ مما هو معروف.
- يتم بناء نظرته وخطته للتدخل بناء على قدرات المرشد ومهاراته، وقدرته على تحديد أسلوب التفاعل مع المسترشد كل حسب حالته.

وقد ذكر (محمود عقل، ٢٠٠٠: ١٤٣) ملخصاً لأهم المبادئ الرئيسية التي تنطلق منها الانتقائية متعددة الوسائل كما جاء بها (لازاروس) وهي على النحو الآتي:

١- السلوك الإنساني يتأثر بعوامل عدة منها وراثية وبيولوجية وبيئية، وهي المسؤولة عن تشكيل شخصية الفرد، وتتمثل في التفاعل مع الآخرين في الظروف البيئية والثقافية والاجتماعية المحيطة به، من خلال عملية التعلم من المحيطين.
٢- الاضطراب النفسي للفرد ناتج عن تعلم غير مناسب، من خلال الإدراك الغير مناسب للنماذج السلوكية الغير سوية. ونقص في المعلومات وضعف في الذاكرة التي تعجز عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، فينتج عنه سلوك غير متوافق بصورة اضطراب.
٣- المضطربين نفسياً يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، لذا يستوجب التعامل مع كل مشكلة بأسلوب يناسبها بفاعلية بغض النظر عن التأصيل والانتماء النظري لها.
٤- تفرض فردية الفرد وأن ما يناسب فرداً من فنيات ليس بالضرورة يتناسب آخر لنفس المشكلة التشخيصية، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند تشخيص الاضطراب وعلاجه أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعاً لجوانب رئيسية سبعة تم تعريفها إجرائياً، وهذه الجوانب مجتمعة في هذه الأحرفBASIC-ID التي هي عبارة عن:(السلوك Behavior ، الوجدان Affect، الإحساس Sensation،

التخيل Imagery، المعرفة Cognition، العلاقات الشخصية Interpersonal Relationship، العقاقير والنواحي البيولوجية Drugs).

٥- تفترض هذه النظرية أنه يجب ترتيب الأبعاد السبعة السابقة حسب حالة المسترشد، فمثلاً الشخص الذي يشكو بشكل رئيسي من اضطرابات وجدانية "اكتئاب" A أدت إلى اضطراب علاقاته الاجتماعية ثم اضطراب في سلوكه B، ونتج عن ذلك ضعف الشهية ونقص الوزن، ولا يعاني هذا الشخص من اضطراب الأبعاد الأخرى عندئذ يمكن ترتيب الأبعاد على النحو التالي A B I D ثم نضع العلاج المناسب لهذه الحالة.

وقد أشتهر نموذج لازاروس الذي يقدم تصوراً لحل المشكلة قبل وأثناء وبعد العمل معها، من خلال مصطلحاته التي اشتهرت بنموذج (BASIC-ID) الذي يشكل ويوضح مبررات اختيار الإرشاد الانتقائي كما ذكرها (صالح أبوعبادة وعبد الحميد نيازي، ٢٠٠١: ٩٣) وهي كما يأتي:

١- نحن مسئولون عن صحتنا.
٢- المرض ينبعث من داخلنا.
٣- الشفاء ينبعث من داخلنا.
٤- العلاج يستلزم التعامل مع الجسم والعقل والانفعال والروح.
٥- المرشد خبير موجِّهٌ ناصح ولا يتسم بالتسلط.
٦- الرعاية الشخصية والتعامل الإيجابي والمشاركة الفاعلة عوامل مهمة لإحداث التغيير المنشود.
٧- البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تؤثر في صحته.
٨- التغذية والتمارين تعد حجر الزاوية للصحة الجيدة.
٩- لكل شخص سماته وخصائصه الفريدة وبالتالي فإن من الضروري وضع خطة تتلاءم مع ذلك.

ومما سبق فإنه بالإمكان الاستنتاج أن الاتجاه الانتقائي في الإرشاد يتمتع بأربعة مفاهيم رئيسية، تعتبر جامعة لهذا التوجه ومنطلقاً لتصميم الخطط والبرامج العلاجية والإرشادية القائمة على المنهج الانتقائي، والتي يمكن تلخيصها فيما يأتي:

١- مفهوم التحديد: وفيه يتم تحديد الأنسب والأفضل من كل نظرية، ووضعها في نسق متكامل لتحقيق الأهداف الإرشادية.
٢- مفهوم الكل: وهو مفهوم يشير إلى أن لكل نظرية إسهامات يمكن الاستفادة منها.
٣- مفهوم الاختيار: هو الاختيار المناسب المخطط والمنظم والقابل للتقييم لمعالجة المشكلة.

٤- مفهوم مراعاة المشاعر والأحاسيس: يعني احترام المسترشدين والبناء النمائي المتكامل للشخصية.

وقد أشار (Gladding,1992: 38) إلى أن الإرشاد الانتقائي يقوم على مجموعة من المبادئ الرئيسية، التي يستند إليها وينطلق منها والتي تتلخص في:

أ- تركز النظرة الانتقائية على التفرد الشخصي ولكل مسترشد شخصية فريدة ويجب تنوع الأساليب الإرشادية المستخدمة في الإرشاد.

ب-هناك كثير من الطرق والفنيات الإرشادية التي يمكن استخدامها ولا يوجد طريقة واحدة هي الأفضل دائماً.

ج- لكل مشكلة مجموعة من البدائل الإرشادية، وهناك بدائل تكون أكثر مناسبة لحل المشكلة.

د- يمكن الربط والتوفيق والدمج بين الفنيات الإرشادية المتنوعة في نسق متكامل جديد، لتشكيل منظومة ذات فاعلية في التعامل مع المشكلة.

واستناداً لما سبق واعتماداً على أدبيات الإرشاد النفسي فإن الانتقائية كعملية، يدخل في عملياتها بشكل تكاملي كل من المرشد والمسترشد والموقف الإرشادي نفسه، فإنها تنطلق من عدد من الافتراضات التطبيقية، والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

١- كل حالة إرشادية تتغير بشكل مستمر تبعاً لبعض المتغيرات، لذا لا يمكن أن يظل أي تدخل إرشادي ثابت.

٢- مقدم الخدمة(المرشد) ذو قدرة وكفاءة عالية بما يخص عمله الإرشادي.

٣- لا يوجد مسترشدان أو موقفان متماثلان.

٤- العملية الإرشادية الانتقائية بمكوناتها غير معصومة من الخطأ.

٥- المسترشد يعتبر خبير وملم بمشكلته.

٦- بيئة العمل الإرشادي الانتقائي آمنة ومحفزة.

٧- المرشد يتقبل المسترشد كما هو، ويوظف كل الإمكانيات لمساعدته.

٨- الاختيار الأفضل والأنسب من بين الخيارات المطروحة من فنيات النظريات المختلفة لمعالجة الحالة.

أهداف الإرشاد الانتقائي:

لكل نظرية من النظريات النفسية أهدافها الخاصة بها، وكذا فنياتها ووسائلها واستراتيجياتها وتقنياتها، التي تراها مناسبة لتحقيق تلك الأهداف، وهكذا الإرشاد الانتقائي له أهدافه التي يسعى لتحقيقها – أيضاً – بالطريقة التي يراها مناسبة، وتتلخص أهداف الإرشاد الانتقائي بتركيزه على تنمية الاعتماد على النفس، وتحمل المسؤولية لدى الفرد طالب الخدمة، من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي، والتمتع بأقصى درجات الصحة النفسية العامة والخاصة، وذلك كلٌ بحسب قدرته وإمكانياته وحسب طاقته الخاصة.

ويقول كل من(صالح أبوعبادة وعبد الحميد نيازي،٢٠٠١ :٩١) أنَّ على المرشد المستخدم لهذه الطريقة العملَ على مساعدة مسترشديه لتحقيق وإنجاز أهدافهم الخاصة، ومساعدتهم للانطلاق من مستوى خبرتهم وأدائهم الحالي إلى مستوى أعلى منه، وذلك بإيجاد الوسائل المناسبة لذلك.

ويحدد(محمد الشناوي ،١٩٩٤: ٢٦٥) أهداف الإرشاد الانتقائي متعدد الوسائل في ثمان نقاط تمثل وتشمل جوانب الشخصية بكل مكوناتها(المشاعر والأحاسيس، السلوك والتصورات العقلية بشقيها السلبية والايجابية، الجوانب المعرفية والأفكار الخاطئة، العلاقات الاجتماعية والبيولوجية) فيما يأتي توضيح لها حسب ما حددها الشناوي:

١- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فاعل.
٢- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية.
٣- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.
٤- تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
٥- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية.
٦- تصحيح الأفكار الخاطئة.
٧- إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة.
٨- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية.

وقد كتب كل من (سعيد العزة وجودت عبد الهادي، ١٩٩٩: ٢١١) أهدافاً للإرشاد الانتقائي كما يراها هارت في البحث عن النمو، وإن التركيز منصب على ايجابيات وسلبيات الشخصية، وأن يتم العمل من أجل تفوق العناصر الإيجابية على السلبية في الإرشاد والعلاج، والتركيز على

تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص، وأن هذه التنمية ترتكز على خمس فرضيات سماها هارت وهي:

١- إن التدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية.
٢- يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد.
٣- إن التغير الإيجابي في الشخصية يتحقق من خلال التركيز على تعزيز مواطن القوة في النفس، ومعالجة مواطن الضعف.
٤- إن اللياقة النفسية تتطلب انخراطاً وتكيفاً في الحياة الاجتماعية في البيئة المحيطة.
٥- إن فترات التدريب النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص.

واعتماداً على ما سبق فإن الإرشاد الانتقائي يعتمد أهدافاً تركز على ذاتية الشخصية وتفريدها، والجوانب الايجابية فيها، من خلال تعزيز ودعم نقاط القوة فيها، والعمل على إصلاح ومعالجة الجوانب السلبية الباعثة على الألم والإنهاك النفسي للشخصية، وذلك باختيار ما يناسب كل شخص على حدة من آليات واستراتيجيات بما يكفل تحقيق أهدافه.

مراحل العملية الإرشادية في الاتجاه الانتقائي:

مراحل العملية الإرشادية الانتقائية قائمة على عدد من الأسس كما تمت الإشارة إليها سابقاً، وقد تم الاتفاق بين كثير من الباحثين في هذا الاتجاه، على تحديد المراحل التي تمر بها العملية الإرشادية في الاتجاه الانتقائي، وتقسيمها إلى ستة مراحل أساسية ورئيسة، ومن الذين ارتأى ذلك كل من: (صالح الداهري، ٢٠٠٥ – وس. باترسون، ١٩٩٠– Gladdig ١٩٩٢ – ومحمد الشناوي، ١٩٩٤– وسعيد العزة وجودت عبد الهادي، ١٩٩٩ – ومحمد أبو النور ، ٢٠٠٠ – Capuzzi، ٢٠٠٠) والتي يمكن تلخيصها على النحو الآتي:

المرحلة الأولى: مرحلة الاكتشاف للمشكلة: وهي مرحلة التهيئة والاستعداد للعملية الإرشادية وتكوين علاقة مهنية؛ لكسب الثقة وكسر الجمود بين المرشد والمسترشد، لإشعاره بالأمن اللازم لزيادة الفاعلية، من خلال التواصل اللفظي والغير لفظي، والاستماع والتعاطف مع مشكلة المسترشد طالب الخدمة.

المرحلة الثانية: مرحلة تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد: ويتم فيها تحديد المشكلة وتحديدها واستبصار المسترشد بها من جميع جوانبها، وذلك بتوظيف مهارات المرشد في اختيار الفنيات المناسبة لذلك، وهذه المرحلة ذات أساس نظري يتبع نظرية الذات لروجرز.

المرحلة الثالثة: مرحلة تحديد البدائل: وفيها يتم مساعدة المسترشد في وضع عدد من الحلول البديلة، لاختيار أنسب الحلول التي تناسب حل المشكلة والقابلة للتطبيق، وهذه المرحلة ذات أساس نظري يتبع الإرشاد الواقعي والتحليلي والمعرفي والإنساني والسلوكي.

المرحلة الرابعة: مرحلة التخطيط، ويتم فيها مساعدة المسترشد لوضع خطة لتنفيذ الحل الذي اختاره، من بين البدائل الموضوعة، ويراعى فيها الواقعية وقابلية التنفيذ وفق فنيات مختارة بتركيز واقتناع، وهذه المرحلة ذات أساس نظري يتبع الواقعية والتحليلية والمعرفية والسلوكية كما الإنسانية.

المرحلة الخامسة: مرحلة التنفيذ، ويتم فيها تنفيذ الخطة المعدة في المرحلة الرابعة، مع مراعاة المتابعة والتشجيع وترابط وفاعلية الفنيات المستخدمة، وهذه المرحلة ذات أساس نظري يتبع كل من الواقعية والانسانية والتحليلية والسلوكية كما المعرفية.

المرحلة السادسة: مرحلة التقييم والتغذية الراجعة، ويتم فيها تقييم مدى تحقق الأهداف المخطط لها، ويتم ذلك بأدوات تقييم موجودة في الخطة، من خلال إحساس المسترشد بالتحسن الذي طرأ على حالته.

ويستنتج الباحث مما سبق أن الإرشاد الانتقائي يركز على مبدأ التفريد للحالات، التي يتعامل معها، ويعمل على اختيار الطرق والفنيات والاستراتيجيات والآليات التي تتناسب وكل حالة، أو مجموعة إرشادية، وتركز أيضاً على أهمية التواصل اللفظي والغير لفظي بين المرشد والمسترشد، وذلك حسب متطلبات الموقف وما تقتضيه طبيعة المسترشد، كما أن العملية الإرشادية الانتقائية تمر بمراحل متسلسلة ومتشابكة يستوجب عل مرشد الانتقائية الأخذ بها والتدرب والمران لإتقانها؛ ليتمكن من تقديم الخدمة بفاعلية وكفاءة عاليتين.

فنيات الإرشاد الانتقائي:

المتعارف عليه في أدبيات الإرشاد الانتقائي، عدم وجود أفضلية لأيٍّ من الفنيات أو الاستراتيجيات المتعارف عليها، وأيٌّ كان تأصيلها النظري، وأن أفضل الأساليب الإرشادية هي تلك التي تناسب حالة الفرد الطالب للخدمة وتكون فعالة في مساعدته، وتلائم حاجاته وخصائصه، والاختيار المنظم من بين متعددات موجودة، ويعتمد هذا الاختيار على كفاءة ومهنية وقدرة مرشد الانتقائية، في الفهم الأمثل لمختلف الفنيات وحاجات المسترشد، بما يحقق أهداف الإرشاد العامة والخاصة، وذلك انطلاقاً من النظرة الانتقائية التي مفادها: أن كل النظريات الإرشادية بالاختيار والدمج والتوفيق بين فنياتها يمكن أن تشكل الاتجاه الانتقائي.

وقد أشار (صالح أبو عبادة وعبد الحميد نيازي،٢٠٠١: ٩٤) إشارة انتقائية بأنه لا توجد أساليب محددة لها، بل يعتمد على مصادر مختلفة من الحقل الإرشادي، هذا بالإضافة إلى علوم التربية والتغذية والتمرين النفسي والطب وذلك بما يتفق مع تصوير Lazarus للمشكلة. فلو قمنا بتطبيق أسلوب (لازروس) في تصوير المشكلة، والذي يعتمد الحروف الأولى من الكلمة المركبة BASIC–ID فيمكن إعطاء مثال لذلك بالتالي:

١- ففي الجانب السلوكي (B) يمكن للمرشد أن يستخدم أساليب الانطفاء، والغمر، والتخلص التدريجي من المخاوف، والتعزيز بنوعيه الإيجابي والسلبي، والعقاب.
٢- وفي الجانب الوجداني (A) يستخدم المرشد أسلوب التنفيس أو التفريغ الانفعالي.
٣- وفي جانب الإحساس (S) يستخدم المرشد الاسترخاء، والتدريبات البدنية، والتغذية الراجعة الحيوية لتحرير المسترشد من التوتر.
٤- وفي جانب التخيل (I) يمكن للمرشد استخدام أسلوب تغيير صورة الذات وذلك من خلال استخدامه لأسلوب تصوُّر أو تخيل المواجهة الإيجابية للمواقف والضغوط.
٥- وفي الجانب المعرفي (C) يستخدم المرشد أسلوب زيادة الوعي، والإدراك والفهم للذات، وذلك من خلال مساعدة المسترشد لإدراك الأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الحالية.
٦- وفي مجال العلاقات الشخصية (I) يستخدم المرشد أسلوب النمذجة.
٧- وفي مجال العقاقير (D) يقوم المرشد باستخدام أسلوب التمرينات الرياضية والتغذية والإقلاع عن تعاطي المواد الضارَّة.

الطرق الإرشادية التي اعتمد عليها الباحث في برنامجه الإرشادي الانتقائي وهي كالآتي:

١- الإرشاد والعلاج المعرفي

إن العلاج المعرفي كما أشار إليه كثير من الباحثين والعلماء المعرفيين في صورته الواسعة، يشتمل على كل الطرق التي تساعد في إزالة الألم النفسي؛ عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة، وهو عبارة عن تطبيق للطرق الشائعة في التفكير، التي طورت في الحياة العادية للفرد في العلاج، كما أنه أكثر ملائمة لأولئك الذي لديهم طاقة للاستبطان، والتمهل والتروي، ويمكنهم أن يفكروا بشكل مناسب في مجال حياتهم خارج مجال المشكلة. ويركز العلاج على مساعدة الفرد الطالب للخدمة العلاجية أو الإرشادية في التغلب على النقط العمياء، والإدراك الخاطئة وخداعات الذات، والأحكام الخاطئة، التي غالباً ما تسيطر عليه، وتستنفذ كثيراً من طاقاته، وتجعله في ألم مستمر، وهذه الاستجابات الانفعالية التي هي سبب هذا

الألم، والتي هي نتيجة للتفكير والأفكار الخاطئة، فلا يزول الأم والمعاناة إلا بزوال السبب ألا وهو تصحيح الأفكار الخاطئة نفسها.

ويذكر (محمد الشناوي، ١٩٩٦ : ١٥١) العلاج المعرفي يهدف إلى: التعامل مع التفكير غير المنطقي، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع، وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة، ومشتملاً على استنتاجات خاطئة من المشاهدات أو حدوث زيادة في التعميمات، وبإيجاز، فإن الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره، ويصبح التفكير منطقياً، ويركز العلاج المعرفي على حل المشكلات والتعامل مع عملية تحريف الواقع، وعلى ذلك فإن الهدف من العلاج هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره، ويصبح التفكير منطقياً.

ويضيف (محمد الشناوي، ١٩٩٦: ٤١٣) بذلك فإن العلاج المعرفي- كما يقول بيك Beck – ينظر إلى تركيب الشخصية على أنها تعكس التنظيم والبناء المعرفي للفرد، الذي يتأثر بالجوانب البيولوجية والجوانب الاجتماعية والثقافية، وفي حدود التشريح العصبي والكيمياء الحيوية للفرد، فإن الخبرات التعليمية تساعد على تحديد كيف ينمو هذا الفرد وكيف يستجيب.

ومن مبررات استخدام واختيار الباحث للنظرية المعرفية، أن الطفل المتعرض للأحداث الصادمة، ويعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، فإن التفكير لديه يصبح به اضطراب من خلال اعتقاده ببعض الأفكار الخاطئة، وبالتالي تصبح هذه الأفكار موجهة لبعض السلوكيات الخاطئة، والناتجة عن الانفعال الذي صاحب الموقف الصادم، لذا لابد من فنيات علاجية إرشادية لتصحيح هذه الأفكار.

٢- الإرشاد والعلاج السلوكي:

تهتم النظرية السلوكية بشخصية الفرد التي تعتبر تكوينها من مجموعة منظمة ومركبة من العادات والأساليب السلوكية المتعلمة، ويتم اكتسابها عن طريق التعلم والمران، خلال حياة الفرد من خلال تفاعله مع البيئة والمجتمع الذي يعمل على إكسابه هذه السلوكيات، وهذا يعني أن البيئة لها دور كبير في تشكيل شخصية الفرد، سواء كانت البيئة الاجتماعية أو غيرها، ويذكر كل من (ابراهيم عبد الستار، عبد الله عسكر، ٢٠٠٥ :٢٤٢- ٢٤٣) أن كل من: جولد فرايد ودافيزون Goldfried & Davison يريان أن العلاج السلوكي لا يرتبط نظرياً بمبادئ التعلم فحسب، بل بالمنهج التجريبي أيضاً، ولهذا فإن المسلمة الرئيسية للعلاج السلوكي ترى أن

المشكلات السلوكية، التي نراها في الميادين الإكلينيكية – يمكن فهمها في ضوء تلك المبادئ– التي تعتمد على التجريب العلمي بشكل عام.

وكما يرى السلوكيون، أن الاضطرابات والانحرافات والجنوحات السلوكية التي تحدث للفرد، عبارة عن عادات تم تعلمها من المحيط ولكن بصورة خاطئة، وذلك من أجل التخفيف من القلق والتوتر لديه، فبالتالي يكوّن ارتباطاً شرطياً، ويحدث هذا التعلم في أي مرحلة من مراحل النمو التي يمر بها الفرد، ويأتي الإرشاد والعلاج السلوكي لإطفاء الارتباط الشرطي المتعلم والمكتسب، مركزاً على شكل العرض المرضي للفرد، الذي هو في أساسه نتاج البيئة وخبراتها، واستبداله بتكوين استجابة سلوكية جديدة ايجابية مرغوب فيها، أي إحلال سلوك ايجابي محل سلوك سلبي بطريقة من الطرق السلوكية.

وكما تقرر وجهة النظر السلوكية أن سلوك الفرد يرتبط بمجموع الخبرات التي سبق مروره بها، وأنه يمكن تغيير ذلك السلوك عن طريق مروره بخبرات جيدة ومرغوبة، لذا اعتمدت السلوكية أسلوب التعلم من خلال عمليات ووسائل محددة كأسلوب لتغيير وتعديل ذلك الأسلوب الغير مرغوب.

ويذكر (رمضان القذافي، ١٩٩٢ :٢٥٩-٢٦٠) تقوم النظريات السلوكية عامة على مسلمات أساسية، والتي منها: أن السلوك نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث، مما يسبغ عليه الانتظام في الحدوث، أي أنه كلما تكرر ظهور السبب فعادة ما تتبعه النتيجة، ويعتمد السلوك على عاملين مهمين هما: الخبرة السابقة، وما يجري حدوثه حالياً ويكون له علاقة بذلك السلوك. ويمكن التعرف على الأحداث المؤثرة في السلوك من خلال الملاحظة العلمية المنتظمة، وكذلك فمتى أدت المقدمات إلى حدوث نتائج على شكل سلوك معين، فإنه يصبح بالإمكان السيطرة عليه وتغييره، وذلك عن طريق السيطرة على تلك المقدمات المسببة لاضطراب السلوك والتأثير فيها بهدف التغيير.

وهنا يمكن ملاحظة أن فكرة الإرشاد السلوكي تقوم على وجهة نظر ترى أن الكائن الحي يستجيب للمثيرات البيئية وفقاً لتوقعاته المنتظرة منها، وهذه التوقعات تؤدي إلى نتائج مترتبة، وتؤدي النتائج غير السارة التي تنتهي بالعقاب(تعزيز سلبي) إلى تخلي الكائن الحي عن السلوك المؤدي إليها والتخلص منه، بينما يستمر في ممارسة أنماط السلوك المؤدية إلى مكافأته(تعزيز إيجابي). وهذه من الأساليب التي يستخدمها السلوكيون في تعديل السلوك.

ويهدف الباحث في هذه الدراسة من استخدام الإرشاد والعلاج السلوكي، بإتاحة الفرصة للطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، الفرصة لتعلم السلوك الجديد وتعزيز السلوك السوي المرغوب، وتعزيز مفهومه الإيجابي عن ذاته الذي يلقي قبولاً عنده ورغبة في التخلص من السلوك غير المرغوب فيه، وهو مفهومه السلبي عن ذاته، الذي يكون قد تكون نتيجة تعرضه لحدث صادم أثر عليه، من منطلق أن السلوك الإنساني سلوك متعلم، يمكن تعديله، اعتماداً على دوافع وتعزيز السلوك، وتدعيم السلوك الجيد لتثبيته، كما يهدف الباحث من استخدام الفنيات السلوكية إلى تأكيد الذات للأطفال من خلالها.

وقد يكون الطفل الذي تعرض لأحداث صادمة وطور بعدها أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، اكتسب بعض السلوكيات الغير مرغوب فيها وظهرت عليه على شكل اضطراب سلوكي، وتم تعلم هذه السلوكيات من خلال البيئة المحيطة به، ونتيجة لتأثره بالحدث الصادم، فمن هنا يستوجب إعادة تعديل سلوكه حيث تم تضمين البرنامج الإرشادي الانتقائي فنيات من النظرية السلوكية، وهذا من مبررات استخدامها، ومن هذه الأساليب ما يأتي:

- الاسترخاء.
- التعزيز بأنواعه.
- المسرحيات النفسية القائمة على المعنى.
- النمذجة.
- التحصين التدريجي.
- الممارسة السلبية.
- الواجبات المنزلية.

(٣) العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rationel Emotive Behavior Therapy

يعتبر (ألبرت أليس، Alies) مؤسس وجهة النظر القائمة على العقلاني الانفعالي السلوكي، الذي بين من خلاله أن الفرد يحتفظ بأفكار لا عقلانية عبر منظومة من الأفكار والألفاظ التي خزنت في منظومة التفكير الخاصة، ويعتمد عليها بصفة مستمرة، في تدعيم وتعزيز التصورات غير المنطقية المشوهة للواقع الذي يعيشه. ويقول(Bank, 2006, 34) أن الباحثون الحاليون يصفون العلاج العقلاني السلوكي بأنه الصفة الأكثر شمولاً والأكثر فاعلية للتدخلات المعرفية السلوكية. والفكرة الأساسية للعلاج الانفعالي السلوكي أن الأفكار اللاعقلانية عند الفرد هي المسئولة عن اضطراب السلوك، وظهوره بصورة غير سوية، لذلك يوصى أليس بضرورة وأهمية تحديد هذه الأفكار اللاعقلانية عند الفرد، حتى يتمكن المعالج النفسي السلوكي الانفعالي العقلاني من

التعامل معها ومساعدته على تغييرها، وتحويلها إلى أفكار عقلانية، مما يدعم تنمية شخصيته، ويدعم تعديل سلوكياته، حسب ما يهدف إليه العلاج المعرفي السلوكي.

وقد وضع أليس استراتيجيات العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ومهاراته وفنياته، وهي مبنية على تعليم المسترشد كيفية تغيير اعتقاداته غير العقلانية إلى اعتقادات عقلانية، ومساعدته على تقبل ذاته كما هي في بداية العملية الإرشادية، ثم تغيير رؤيته لها بعد تغيير أفكاره عنها، وكذلك يعد هذا الاتجاه الإرشادي اتجاها مباشراً.

ويقول(مصطفى الشرقاوي، ٢٠٠٠: ١٧٤-١٧٣) أن أليس عبر من خلال نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي، أن السلوك ناتج عن الاعتقادات وأن العلاج يركز على الكشف عن الأخطاء التي تغلف أسلوب حياة المريض، وتزويده بالاستبصار والتوجيه المطلوب، ومعنى ذلك أن الأحداث المنشطة لا تسبب العواقب الانفعالية، لكن الذي يسببها هو نظام اعتقادات الفرد غير العقلانية وهذه يجب تعديلها وتغيرها عن طريق الدحض.

ويتفق المعالجون رغم اختلاف اتجاهاتهم على أن الاضطرابات النفسية، لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر به المريض تجاه نفسه والعالم، أو اتجاهاته نحو نفسه والآخرين، وتفكير الإنسان أو انفعاله أو سلوكه يحدث في آن واحد، فمن النادر أن تنفعل بدون تفكير، فالفرد عندما ينفعل فإنه يفكر أيضاً، وعندما يتصرف فإنه ينفعل ويتصرف، وهنا اختلف الباحثون على من يسبق من، التفكير يسبق الانفعال، أم الانفعال يسبق التفكير.

ولقد وضع أليس أساليب وفنيات وآليات للتعامل مع هذه الاضطرابات التي تحصل للفرد، وبما أن الدراسة الحالية تستخدم الإرشاد الانتقائي كأسلوب للتعامل مع عينة الدراسة، وتهدف إلى مساعدة الطفل المتعرض للصدمة النفسية على كيفية تقبل الواقع والتمييز بين أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، والتي قد تكون تكونت نتيجة الحدث الصادم الذي تعرض له، هذا عن الجانب المعرفي، أما ما يخص الجانب الانفعالي، فيساعد الطفل على التعرف على مدى تأثير أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية غير المنطقية على علاقاته بالآخرين مع احتفاظه بتقبله لذاته، أما الجانب السلوكي فيساعد على تغيير الأفكار والمعتقدات بعد مواجهة مفهومه السلبي عن ذاته، ومفهوم الذات بمفهوم الإيحاء واستبداله بمعنى ايجابي عن ذاته، ويرى الباحث مبرراً لاختيار بعض آليات وفنيات الإرشاد والعلاج حسب وجهة نظر أليس، وتضمينها ضمن البرنامج الانتقائي الخاص بهذه الدراسة، والتي ذكرها(حامد زهران، ٢٠٠٥: ٣٩٦-٣٩٧) وأهم هذه المبررات ما يأتي:

- الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إرشاد موجه يستخدم لمساعدة العميل على تصحيح معتقداته غير العقلانية، التي يصحبها خلل انفعالي واضطراب سلوكي إلى معتقدات عقلانية يصحبها ضبط انفعالي وسلوك سوي، حيث ينقل العميل من اللامعقول واللامنطق إلى المنطق والواقع والمعقول، باستخدام الحجج والبراهين المنطقية، وهكذا يتم استبصار العميل بعدم منطقية الأفكار والمعتقدات وعلاقة ذلك باضطرابه السلوكي.
- بناء وتبني أفكار ومعتقدات جديدة منطقية ومعقولة وفلسفة جديدة للحياة، أساسها السلوك السوي المتوافق مع الواقع، وهذا الأثر الحسن لهذا الأسلوب، الذي يؤدي إلى الصحة النفسية_يترك الحرية للعميل لتقبل ما يتبناه من أفكار مع معتقدات وتطبيقها، وهكذا نرى كما يقول –أليس– أن أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي إرشاد معرفي سلوكي يؤدي إلى عقلنة العاطفة.

ويذكر (عادل محمد، ٢٠٠٠: ١٢٥) أن هناك أساليب لدحض الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية، ومن هذه الأساليب ما يأتي:

- الدحض في وجود المثير. ويعني استدعاء ذلك المثير الذي يسبب الاضطراب، ويُطلب منه رسم صورة مغايرة لذلك المثير.
- الأساليب التخيلية. يتخيل المريض خلالها أنه يقوم بفعل الشئ الذي يخشاه، فتكون النتيجة مشجعة على حضور وخوض مثل هذه المواقف وعدم تجنبها.
- التخيل إلى حد المبالغة. يتعلق هذا الأسلوب بنفس فكرة الأسلوب السابق.

وبناء على ما سبق فقد ضمن الباحث هذا الأسلوب وهو العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ضمن الفنيات والأساليب المستخدمة في الدراسة الحالية لما قد يكون قد تأثر من أفكار لامنطقية وغير عقلانية عند الأطفال بفعل الحدث الصادم، وتطويرهم لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك وفقاً للخطوات التي حددها هذا الأسلوب.

(٤)والسيكودراما و السيسودراما

سيتم التوضيح لهاتين الآليتين بشكل منفصل، هنا بشير الباحث إلى تلخيص موجز للسيكودراما، حيث ذكر (سعيد العزة، ٢٠٠١: ٤١٢–٤١٨) أن المحلل النفسي الأمريكي يعقوب موريتو moteno استطاع أن يطور منهجاً في العلاج النفسي هو والسيكودراما، أو الدراما النفسية، والتي عرفها بأنها شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل لمعاونة المريض في حل مشكلاته، وعن طريق المساعدة التي يقدمها الموجه يجسد المريض المواقف والعلاقات التي تشكل بالنسبة له أسباباً لاضطراب سلوكه.

ولهذا تعتبر السيكودراما أحد أنواع العلاج النفسي الجماعي، وتعتبر من أفضل الطرق العلاجية، فهي تتجاوز اللغة المنطوقة إلى لغة الجسد، بحركاته وإيماءاته الأكثر تأثيراً في الطفل والأفراد بشكل عام، فتحمل في طياتها الكثير من القيم الاجتماعية والتربوية والتعليمية بأسلوب محبب.

ويلخص(سعيد العزة، ٢٠٠١: ٤١٢-٤١٨)، فكرة السيكودراما في أن يشارك المسترشد خلال التمثيل أداء موقف من مواقف الحياة، حيث يقوم بتمثيل دوره أمام المعالج وغيره من المشاهدين، ومن خلال العرض يكشف مشاعره وعلاقاته وانفعالاته ووجهة نظره في العلاقات الاجتماعية القائمة بينه وبين غيره من الأفراد. وقد كان موريتو يضع مريضه وحده أو مع فريق من المسترشدين في جو مسرحي، ويطلب منه تمثيل مشهد تلقائي أمام مجموعة من المشاهدين، ويكون له دلالته النفسية، ويهدف إلى التنفيس الانفعالي ويشجع المسترشدين على تمثيل تصرفاتهم في الحياة العادية أو الأدوار التي يقومون بها في الحياة كدور المعتدي أو المظلوم أو الأب أو الابن أو الزوج. ويؤكد موريتو على مبدأ التلقائية في السيكودراما التي يعرفها بأنها: قدرة الشخص على مواجهة كل موقف جديد على نحو سليم وبطريقة طبيعية، وما تهدف إليه السيكودراما هو أن تنمي في الفرد القدرة على القيام بأدواره في الحياة كانسان سوي تمكنه من مواجهة المواقف الحياتية الجديدة والضاغطة، ومن التكنيكات المستخدمة في السيكودراما:

- لعب الدور.
- قلب الدور.
- الكرسي المرآة.
- أسلوب البديل.

والجدير ذكره أن (السيسودراما) تركز على الجانب الاجتماعي للمجموعة، بينما والسيكودراما تركز على الفرد في المجموعة، حيث يتفق الباحث مع وجهة النظر هذه، ويرى أن الاثنتين متكاملتين ويمكن تحقيق أهداف كل آلية بنفس الجلسة الجماعية، مع ضرورة وضوح هدف كل آلية في ذهن المعالج أو المرشد المطبق للآلية.

ومما يعتبره الباحث مبرراً لتضمين برنامج الدراسة الانتقائي للسيكودراما، هو ما يهدف إلى تشجيع الطفل المستهدف على أن يتكلم عما يدور بداخله بأسلوب ممسرح وأن يتحقق مزيداً من التوافق الناتج عن فهمه لذاته بصورة أوضح، حيث يكشف التمثيل كثيراً من سمات عناصر شخصيته، كدوافعه وصراعاته وميكانزماته الدافعية، كالإسقاط والتبرير، والأهم من ذلك أن يعبر الطفل المتعرض للصدمة عن أحزانه وخبراته المؤلمة الماضية، التي يمكن ظهورها مع أفراد

المجموعة الإرشادية، ومن ثم فهي تفيد في أن يكتسب الفرد وجهة نظر جديدة أو تصحيح بالنسبة لبعض المفاهيم التي قد تكون تضررت نتيجة الحدث الصادم.

وقد اعتمد الباحث أسلوب الإرشاد الجماعي في تطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي الجماعي، لما لهذا الأسلوب من مميزات وتبريرات عديدة اقتصادية ونفسية، ففي الجانب الاقتصادي يوفر الإرشاد الجماعي وقت المرشد، ويحل مشكلة كثرة الحالات، ويساعد المرشد على اتخاذ إجراءات قد لا يتخذها في الإرشاد الفردي، وكذلك يمثل الإرشاد الجماعي استخداماً أكثر كفاءة للموارد، ويساعد على التعليم بدرجة أكبر، ويتطلب الإرشاد الجماعي بعض الأساليب المناسبة لطبيعته، والتي ضمنها الباحث في برنامج الدراسة الحالية، حيث أنها تتناسب ونوع مشكلة الدراسة، وطريقة الأداء الإرشادي(مباشر وغير مباشر)، كذلك تتناسب والإعداد العلمي والمهني للباحث، وتتناسب والفئة المستهدفة في الدراسة من الأطفال، وهذا ما تؤكده الكثير من الدراسات والأبحاث والمؤلفات مثل:(حامد زهران، ١٩٨٠)،(عبد الحميد الهاشمي، ١٩٨٦)،(صالح الداهري، ٢٠٠٠)،(صالح الخطيب، ٢٠٠٣)،(حسنية عبد المقصود، ٢٠٠٥)،(صالح الداهري، ٢٠٠٥)،(محمد سعفان، ٢٠٠٦)،(سامي ملحم، ٢٠٠٧). ومن الأساليب التي ضمنها الباحث في برنامجه ما يأتي:

١- المحاضرة والحوار والمناقشة:

وهو أسلوب إرشادي جماعي واسع الانتشار، ويعتبر الأشهر والأكثر استخداماً، والأوضح تأثيراً، باعتباره طريقة إرشادية ذات صبغة علمية تعليمية تعلّمية، حيث يستخدم في تلقي مختلف العلوم الإنسانية والطبيعية، ولما للإرشاد من دور تعليمي رئيسي شبه تعليمي تأتي أهمية هذا الأسلوب، من خلال تقديم معلومات جديدة للمسترشد، أو توضيح مفهوم غير واضح، أو استثارة دافعية كامنة، أو تنظيم أفكار غير منظمة، أو تلخيص لواسع، أو ربط لأحداث، أو تبصير بقدرة أو مشكلة، أو تصحيح لفكرة.

ويتم هذا الأسلوب بتقديم المعلومات من خلال إلقاء محاضرة محددة الهدف، واضحة المحتوى ومحدد، يقوم بإلقائها قائد الجلسة للمجموعة، من خلال عبارات سهلة واضحة مناسبة للمستوى الفكري والعمري للمجموعة، وتكون من خلال تفاعل ايجابي بناء، ومشاركة تبادلية بين القائد وأفراد المجموعة، يسوده الحوار والمناقشة للآراء وتبادل الأفكار بأسلوب مقنع. وذلك بهدف ضمان تحقيق الأهداف الخاصة بإكساب معلومات، أو تغيير الاتجاهات وتعديل الأفكار والمشاعر، التي تؤثر في السلوك المستهدف؛ لجعله أكثر قبولاً لذات الفرد، أو قبولاً للمحيط

الاجتماعي الذي يعيش فيه، كما يمكن أن يستعين المرشد بمتخصصين بموضوع الجلسة المستهدفة كقائد لها.

وكما هو معلوم أن مواضيع المحاضرة والمناقشة متعددة ومتنوعة بتنوع العلوم المختلفة وتأخذ أشكالاً متعددة، وفي الإرشاد الجماعي تضم مجموعة من الأشخاص تجمعهم مشاكل مشتركة، يتم طرحها بشكل نشاط جماعي، بأسلوب باعث على التفاعل بين عناصر ومكونات المجموعة، وتبادل الأدوار ما بين(محاور – مستمع– معلق– متعاطف– معترض– مقتنع – مؤيد أو معارض).

ويقول(صالح الداهري، ٢٠٠٥: ٤٢١) من أشهر الرواد الذين استخدموا هذا الأسلوب(المحاضرة والمناقشة) كل من: ماكسويل جونز وكلابمان وكيرت ليفين وكوش فرينش).

ويراعي أسلوب المحاضرة الجوانب النفسية والاجتماعية لأعضاء المجموعة الإرشادية، يتم التعبير من خلالها عن ذواتهم ومشاعرهم وأفكارهم وأحاسيسهم بكل مستوياتها في جوٍ آمنٍ باعث على الراحة، كما يشعرون فيها بأهميتهم كأفراد فاعلين مبادرين، فيزداد الشعور بالمسؤولية الذاتية الفردية والجماعية، مما يؤدي إلى زيادة فهم الذات بشكل ايجابي فينعكس على أسلوب التواصل مع الآخرين الذين يصبحون أكثر تقبلاً وتعاوناً مع الفرد.

ويقول(عبد الحميد الهاشمي، ١٩٨٦: ١٩٢) أن هناك من المتخصصين والمؤلفين من يفصل بين المحاضرة والمناقشة الجماعية، وينظرون لهما على أساس أنهما أسلوبين مختلفين، إلا أن الممارسة الإرشادية تقتضي اقتران المحاضرة مع المناقشة لتحقيق أهداف العملية الإرشادية، وحتى لا يتسم هذا الأسلوب بالسلبية لأعضاء المجموعة الأمر الذي قد يدفعهم للملل أو عدم الإقبال على الموضوعات، وعدم التفاعل والمشاركة الايجابية. ويرى أيضاً أنه لابد أن يتخلل المحاضرة أو أن يكون ختامها أسئلة متبادلة ومناقشات متداولة، مما يكسب المحاضرة حيوية ونشاطاً.

ويقول(هادي ربيع، ٢٠٠٥: ٣٢) وعادة ما تؤدي هذه المناقشات إلى أفضل النتائج في تغيير اتجاهات المسترشدين اتجاه أنفسهم ونحو زملاءهم والناس الآخرين، وكما تتغير نظرتهم إلى طبيعة مشكلاتهم.

ويعد أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية اسلوباً فعالاً وبخاصة مع الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة، وطوروا أعراضاً لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث يحتاجون للتعبير عن أنفسهم ويشعرون برغبة أن يجدوا من يستمع إليهم ويحاورهم ويقدر آراءهم، في جوٍ محاط

بالأمان والدفء الذي ينبعث من حرارة المجموعة المتماسكة، كما يعد هذا الأسلوب فعالاً في مختلف مستويات الإرشاد وبخاصة المستوى الوقائي حيث يقدم الخدمة الوقائية والتحصينية للفرد.

وفي هذا الشأن يؤكد(حامد زهران، ١٩٨٦: ١٩٢) بأن أسلوب المحاضرات والمناقشة الجماعية يستخدم بنجاح وعلى نطاق واسع في الإرشاد الوقائي وخاصة في المدارس والمؤسسات.

والباحث في هذه الدراسة ضمن برنامجه الإرشادي الانتقائي أسلوب المحاضرة والحوار والمناقشة، كفنية وكأسلوب من أساليب البرنامج، لما لها من عظيم الفائدة وقيمة إرشادية كبيرة، كما أنها تعتبر مؤشراً يستطيع من خلاله الباحث التوصل لكل ما يساعده على معرفة ورؤية المشكلات بعمق، فمن خلال الاستماع لأفراد المجموعة يزداد من فهمه لمحتوى مشكلاتهم وعمقها، ولأنماط شخصياتهم، كما يعد استماعه لهم دعماً منه وتشجيعاً لهم وإظهاراً لاحترامه لهم وتعاطفه معهم، كما أنها دليل على التواصل وتنمية لوعي الأطفال، حيث يتم فيها استخدام لغة الجسد من حركات وإيماءات، إضافة إلى اللغة اللفظية المتمثلة بالإصغاء والاستيضاح وإعادة الصياغة، وعكس المشاعر والتلخيص والتساؤل والمواجهة البناءة والتفسير وتبادل المعلومات بين الباحث وأفراد المجموعة.

٢- التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):

تعتبر السيكودراما أو الدراما النفسية من أساليب الإرشاد الجماعي وأكثرها شهرة وفعالية، وهي تحمل في طياتها ما يتعدى الجانب الإرشادي فحسب، إلى التربوي والتعليمي، حيث يتم من خلال أسلوب ممسرح باعث على اللعب والفكاهة والمرح، تعلم الكثير من القيم المرغوب فيها، كما يكتسب بعض السلوكيات المراد نمذجتها، ويتم من خلالها التمثيل بشكل تلقائي مخططة لموقف به شبه من مشكلة الفرد، فهي بالتالي تستخدم الأساليب الإسقاطية في معالجة المشكلة.

ويشير(حامد زهران، ١٩٨٠: ٣٠٣) للسيكودراما على أنها عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التمثيل التلقائي للاستبصار الذاتي.

ويشير(عبد الله سليمان، ١٩٩٩: ١٧٢) إلى السيكودراما بأنها شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، يقوم على مسلمة مؤداها، أن تمثيل الدور يتيح للشخص أن يعبر عن الانفعالات التي تغشاه، وأن يواجه الصراعات العميقة في بيئة محمية نسبياً في المرحلة العلاجية.

ويذكر أيضاً بعض أن السيكودراما لها بعض الخصوصية في الأداء حيث أشار إلى ذلك في ثلاث نقاط:

- الصفة المميزة لهذا الأداء هي التلقائية.
- تستخدم التمثيل أو الدراما كوسيلة أدائية.
- ينصب العلاج فيها على الفرد وله حرية توجيه هذا العلاج وقد يستعان على تحقيق ذلك بعض الأدوات.

ويرى الباحث أن السيكودراما هي عبارة عن مسرحة للأحداث الماضية التي عايشها الطفل، وكانت سبباً للمتاعب والمشكلات النفسية التي يعاني منها في الحاضر، ويتم فيها إعادة الصياغة والإخراج بحيث تكون بشكل تلقائي يقوم خلالها الممثل – الطفل المستهدف – بعملية التمثيل بطريقة اسقاطية لما يعاني منه فعلاً ، بهدف التفريغ والتطهير الانفعالي، بأسلوب مرح باعث على الفرح والسرور، ويهدف أيضاً إلى التعلم لبعض الأنماط المرغوب فيها للتعامل مع مواقف حياتية مشابهة، ومواجهة الضغوط المستقبلية حال حدوثها مستقبلاً، من أجل تحقيق التوافق في الحاضر والمستقبل.

ويعتبر المحلل النفسي الأمريكي موريتو، أول من مارس واستخدم هذا الأسلوب من الإرشاد مع مسترشديه، وهو أول من وضع معالم هذا الأسلوب، وكذلك حدد لممارسة(السيكودراما) مجموعة من العناصر وهي كالآتي:

- المسرح: وهو الذي تصاغ عليه الأحداث.

- المسرحية: وهي التي تمثل التمثيلية النفسية التي يشترك الأعضاء في صياغتها.

- المخرج: وهو الذي يمثل قائد المجموعة الإرشادية.

- بطل المسرحية: وهو الذي يتم اختياره من الأعضاء والقائد ليعيد تمثيل موقف معين.

- الأدوات المساعدة: وهي مجموعة من الأعضاء يساعدون البطل في أداء أدوار فردية.

ولأن السيكودراما تعتبر الأسلوب الأشهر بين الباحثين، والأكثر استخداماً لما لها من مميزات تتميز بها عن غيرها من الأساليب الإرشادية الأخرى، يذكر هنا (سامي ملحم،٢٠٠٧ :٢٩٤) بعض المميزات للسيكودراما وهي كالآتي:

- حرية السلوك لدى الممثلين (العملاء) وتلقائيتهم.

– تتيح التداعي الحر والتنفيس الانفعالي حين تكون لهم الحرية المطلقة للتعبير دوافعهم واتجاهاتهم وإحباطاتهم وصراعاتهم، الأشخاص أو الأماكن التي لها ذكريات سلبية بداخلهم وتسبب لهم الألم والضيق.

– يؤدي إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية.

– يرى فيه عدد من المنظرين ابتكاراً من أهم الابتكارات الثورية في الإرشاد والعلاج النفسي.

– يكشف التمثيل للمرشد عن جوانب هامة من شخصية المسترشد، ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره، مما يزيد من فهم الحالة.

– يدور موضوع قصة التمثيل المسرحي عادة حول خبرات المسترشد الماضية والحاضرة والمستقبلية، ومواقف أخرى متخيلة وغير واقعية، يمثلها المسترشد هذا يساعد في حل الصراع، وتحقيق التوافق النفسي له.

– يمكن تسجيل التمثيل المسرحي بحيث يتيح للمرشد والعملاء فرصة سماعها ومشاهدتها بعد ذلك، من أجل الاستزادة والنقد الذاتي وتحديد مدى التقدم في عملية الإرشاد.

– توفر السيكودراما بيئة إرشادية جماعية منظمة، تتيح للمشاركين مساحة من حرية التعبير عن مشكلاتهم، في مشاهد تمثيلية وبتعبير حر تلقائي عن الصراعات الدفينة بداخلهم، وتدور حول خبراتهم وماضيهم ومعاناتهم وهمومهم وآمالهم، مما يؤدي لتعديل السلوك الحقيقي المستهدف.

ويؤكد (أحمد الزعبي، ٢٠٠٢: ٢٢٨) على أن المهم في هذا الأسلوب هو اندماج المسترشدين بشكل تام كامل في المشاهد التمثيلية، بحيث يكون سلوكهم معبراً عن أفكارهم الحقيقية بتلقائية وحرية كاملة، وبعد الانتهاء من التمثيل يبدأ الممثلون(المسترشدون) والمتفرجون (أعضاء الجماعة الإرشادية وأعضاء فريق الإرشاد) في مناقشة أحداث التمثيلية، والتعليق عليها، ويقوم المرشد النفسي بتفسير ديناميات التمثيلية والتعليق عليها، ويقوم مظاهر القلق مما من شأنه أن يزيد في استبصار المسترشدين بهدف تعديل السلوك في الحياة العلمية.

والتمثيل المسرحي النفسي(السيكودراما) يمر بثلاث مراحل هي:

١– مرحلة الإعداد ويطلق عليها الإحماء والتسخين لتهيئة الأعضاء.
٢– مرحله الإعداد التمثيلي.
٣– مرحلة المناقشة والتفسير.

وفي تأكيدها على أهمية هذا الأسلوب تقول(زينب شقير، ٢٠٠٥: ٦٦) يعد التمثيل المسرحي الدرامي أداه تنفيسية هامة للتفريغ الانفعالي لحالات العنف والعدوان في الطفولة والمراهقة، وهو الأكثر استخداماً في هذا المجال لنجاحه في خفض السلوك العدواني وخفض سلوك العنف لدى الأطفال والمراهقين.

وفي مجال أهمية السيكودراما يشير(سليمان أحمد،٢٠٠٧ :٨٨) إلى أن السيكودراما تنمي الخيال والتعاون والمحادثة، وتنمي المهارات اللغوية، وتسهم في إخراج شحنات الكبت من خلال الأدوار التي يقوم بها المسترشد زيادة على أنها تقوي الثقة بالنفس والتعبير عنها.

ويخلص الباحث مما سبق بأن السيكودراما يعتبر أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعي، يستخدم لأكثر من هدف، فبالإضافة إلى الهدف الإرشادي الهادف لتحقيق قدر من التكيف والتوافق، فإن له هدف تشخيصي نامٍ، يساعد في الفهم العميق لمشكلات المسترشد، وكذلك فإن الترفيه مهم لأفراد عينة الدراسة وهذا يمكن أن يحققه لهم أسلوب السيكودراما، لما تحمله من أهداف ترفيهية، وبما أن برنامج الدراسة الحالية قائم على الانتقائية كأسلوب إرشادي، فقد ضمن الباحث هذا البرنامج أسلوب التمثيل النفسي المسرحي، بهدف مساعدة الأطفال للتعبير عما بداخلهم من مكبوتات، وذكريات مؤلمة تتعلق بالحدث الصادم الذي سبب لهم تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٣- التمثيل الاجتماعي المسرحي (السيسودراما):

السيسودراما أسلوب ارشادي يعالج المشكلات ذات الطابع الاجتماعي، والتي تعمل على اعادة صياغة المشكلات الاجتماعية السابقة ومعالجتها، ويشير(صالح الخطيب،٢٠٠٣ :١٩٦) إلى أن السيسودراما تتناول المشكلات ذات الطابع الجماعي المتصلة بوظيفة الجماعة، وبنائها، وتعالج مشاكل اجتماعية أو اقتصادية أو قضايا عامة في المجتمع، ولا تركز على مشكلة فردية خاصة كما في السيكودراما لأن أهم ما فيها هو الجماعة.

وميز(عبد الرحمن عيسوي، ١٩٧٨: ٢٦٥) بين السيسودراما والسيكودراما بتركز الأهمية في السيكودراما على الفرد، بينما تركز الأهمية في السيسودراما على الجماعة، وأن كان من المعروف أن لكل مشكلة جانبين، جانب فردي وجانب اجتماعي، ففي السيكودراما يكون التركيز على الجانب الفردي، في حين يكون الجانب الاجتماعي في الخلفية، والعكس صحيح بالنسبة للسيكودراما.

ويمكن القول أن السيسودراما أسلوب إرشادي جماعي يعتبر بمثابة توأم للتمثيل النفسي المسرحي، ويكمل كل منهما الآخر، بينما تختلف عن السيكودراما في نوعية المشكلات التي يتم تناولها، ويتم فيه إعادة الصياغة للأحداث والمواقف الاجتماعية الماضية، والتي تسببت في مشكلات لدي الفرد، فمن خلال إعادة الصياغة لهذه المشكلات والأحداث بأسلوب تمثيلي، باعث على استرجاع الخبرات المؤلمة المتعلقة بالموقف الاجتماعي، فيمكن من خلالها التنفيس عن المشكلات بطريقة تلقائية، عاملة على إكساب المشاركين تحصيناً وخبرةً لمواجهة مشكلات اجتماعية مشابهة في المستقبل، وإعادة تنظيم الأفكار.

٤- الإرشاد بالموسيقى:

يقول(عبد الفتاح نجلة، ٢٠٠٦: ٢١-٢٢) يعمل الباحثون مع المعالجين بالطرق الأخرى والمعلمين، لتكوين خطة علاجية ترتبط بالاحتياجات النوعية للطفل، والتي تستخدم الموسيقى كمصدر دائم للمعاونة، والمساعدة في إعادة تأهيل وإصلاح الطفل ونموه.

ويضيف أن الموسيقى تساعد على تكوين علاقات اجتماعية بالآخرين، حيث أن الأطفال الذين يبدو عليهم الضعف ظاهرياً يواجهون تحديات خاصة في علاقاتهم بنظرائهم، وأن هذا الأسلوب يكون ناجحاً مع المعلمين للتعامل مع طلابهم، حيث يولونهم اهتماماً كبيراً.

ويقول(سيد محمد وآخرون، ٢٠١٠: ٢٥٤-٢٦٢) أن نوع الموسيقى تستخدم حسب نوع الاضطراب وما يخص اضطراب الأحداث الصادمة فتكون من خلال الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة، والعلاج بالعزف بالموسيقى، العلاج بالابتكار الموسيقي، العلاج بالسمع الموسيقي والايقاع الحركي، التدريب الحسي، ثم الأغاني العقلانية.

ومن خلال خبرة الباحث في المجال الإرشادي، وتنفيذه للعديد من البرامج التي تشتمل على العلاج بالغناء والموسيقى والتمثيل المسرحي، فقد وجد أثر فاعل لهذا الأسلوب مع الأطفال الذين يعانون من عزلة اجتماعية وخجل اجتماعي، حيث أنهم أصبحوا أكثر قدرة على الاندماج في المجموعة والتفاعل معها، وبالتالي نقل هذه الخبرة وهذا التفاعل إلى الحياة الاجتماعية الخاصة بالطفل.

وتأسيساً لما سبق وبما أن الأطفال والأفراد المتعرضون للأحداث الصادمة، والذين طوروا أعراضاً لاضطراب ما بعد الصدمة، ومن ضمن هذه الأعراض أعراض تتعلق بالجانب الاجتماعي، وتأثره بدرجة كبيرة بما يتعلق بالعزلة والانطواء، فإن الباحث ارتأى تضمين البرنامج الإرشادي الخاص بالدراسة بعض المقاطع الموسيقية الباعثة على التفاعل، سواء في الجلسات المشتركة مع أولياء الأمور والمعلمين، أو تلك الخاصة بأفراد المجموعة الإرشادية، لما لها من

فائدة ستعود على إعادة تأهيل ودمج الطفل في الحياة الاجتماعية، وبالتالي تكسبه المهارة التي تساعده على التوافق النفسي، كما تساعد على زيادة الاسترخاء في الجلسات.

٥- النادي الإرشادي:

ذكر(علاء جرادة، ٢٠١٢: ٤٦) أن النادي الإرشادي من أساليب الإرشاد الجماعي القائمة على ممارسة الإرشاد في شكل أنشطة عملية مهنية ورياضية وترفيهية، ويعتمد هذا الأسلوب على الإرشاد بالمشاركة والنشاط والتعاون والتواصل بين الأعضاء والتفاعل الاجتماعي، والممارسة العملية، وبالتالي فان مساحات الأنشطة العملية تزداد على حساب الإرشاد بالكلمة والألفاظ، ويرتبط هذا الأسلوب باسم "سلاسفون"الذي يعد من الرواد في استخدام هذا الأسلوب الإرشادي.

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأعضاء الذين تنقصهم المهارات الاجتماعية ويعانون من ضعف في إقامة علاقات شخصية مع الآخرين، أو مع الأفراد الذين يعانون من الحرمان والنبذ، أسرياً، أو مدرسياً، أو مجتمعياً.

وعن دور (المرشد أو المشرف) يقول(طارق العيسوي وأسماء العطية، ١٩٩٩: ٦١٣) يكون في معظم الأحيان محايداً، وقد يشارك الأعضاء لعبهم وطعامهم ومناقشاتهم ويتدخل عندما يظهر خلال الأنشطة الاجتماعية من سلوكيات غير مرغوبة، وهذا بالتعديل والتصحيح وينفرد أسلوب النادي الإرشادي بأن يسلك ويتصرف العضو على سجيته، كما يسلك في حياته اليومية مما يظهر بعض العلامات، والمظاهر خلال النشاط تفيد في عملية التشخيص ومواصلة برامج الإرشاد الأخرى، كذلك فإن وجود إمكانات ممارسة الألعاب المختلفة تتيح فرصة التنفيس الانفعالي لتفريغ العدوانية، وتنمو خلال النشاط في النادي الاهتمامات، ويتحسن التوافق الاجتماعي، وتنمو الصداقات الاجتماعية ويتضاءل الخجل والانطواء والانسحاب وترتفع الثقة بالنفس.

وتأسيساً على ما سبق فأنه يمكن استخدام أسلوب النادي الإرشادي، مع الأفراد العاديين، وأنه يستخدم أيضاً وبشكل أكبر مع الأطفال الذين يتعرضون للضغوطات النفسية، سواء المجتمعية أو الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، والإرشاد الجماعي يمكن أن يكون هدفه ترفيهي أو إرشادي علاجي على حد سواء، والنادي الإرشادي من ضمن الأساليب الجماعية، فإنه يعمل على إعادة التوافق النفسي والاجتماعي للمجموعة المستهدفة لما فيه من فنيات تساعد الفرد على إعادة الثقة بنفسه وبالآخرين، كون أن الشخص الذي تعرض للصدمات النفسية يكون كما هو معروف قد فقد جزءً من ثقته بنفسه، وبالآخرين، واختل ميزانه النفسي،

وتوافقه الشخصي، وتقديره لذاته، وهذا الأسلوب يساعد في تقليل الاضطرابات ويعيد التوافق والتوازن والثقة بالنفس وزيادة الإنتاجية، وتعزيز العلاقات الاجتماعية، ويساهم في تحقيق قدر من الصحة النفسية المتضررة عند الأفراد، ويمكن تضمين البرنامج الانتقائي الخاص بالدراسة فنيات النادي الإرشادي خاصة في النشاط التمهيدي والختامي للجلسات.

٦- الأسلوب المتكامل:

يمثل الأسلوب المتكامل ذلك الإرشاد المنظم المهني الهادف، الذي يقوم على المزج بين الأساليب الإرشادية الجماعية الأخرى، مركزاً على الاختيار الأفضل من كل منها، وجامعاً لمميزاتها مكوناً أسلوباً جديداً يتكون منها، وكما يركز على الجانب العملي التطبيقي الخاص بكل ميزة منها، ويترك الفرصة للأخصائيين والمرشدين لاختيار أفضل ما يناسب الحالة، وذلك حسب إمكانيات وقدرات وحاجات كل فرد أو كل مجموعة إرشادية.

وعلى هذا يؤكد(عبد الحميد الهاشمي، ١٩٨٦: ١٩٣) الأسلوب المتكامل، أسلوباً من أساليب الإرشاد النفسي الجماعي، وهو الأسلوب الذي يستطيع المزج المتوازن بين أسلوب المحاضرة، فلا تكون طويلة، ويعقبها أو يتخللها مناقشات حوارية مع بعض التمثيل النفسي المسرحي الخفيف، علماً بأن الذي يحدد الأسلوب الممتزج أو المنفرد في الإرشاد الجماعي هو تكوين الأعضاء أنفسهم، ومدة الاجتماع، وموضوع المشكلة بالذات كما أن كل هذه الأساليب في طريقة الإرشاد النفسي الجماعي تهدف لإقناع المسترشدين ذاتياً بأهمية تغيير بعض اتجاهاتهم نحو أنفسهم، أو نحو مشكلاتهم أو نحو الآخرين، وما يتصل بهم من علاقات ومفاهيم ورؤى.

ويذكر(علاء جرادة، ٢٠١٢: ٣٤) أن استخدام هذا الأسلوب يتيح للمرشد قائد المجموعة الإرشادية، فرصاً أكبر لتحديد ما يلاءم الأعضاء من أساليب، أو تغيير بعض منها أو تدعيمها خاصة وأنه قد تطرأ مستجدات أثناء الجلسات الإرشادية تقتضي المعالجة الإرشادية السريعة، لتحقيق أهداف العملية الإرشادية. كما أن استخدام الأسلوب يتيح الفرصة لأعضاء المجموعة الإرشادية للمشاركة في اختيار الأسلوب المناسب لهم، وإحساسهم بأهمية آرائهم بالإضافة إلى كون اختيارهم لأسلوب ما يضمن إقبالهم، وزيادة حماسهم ومشاركتهم الإيجابية وهو ما يسعى قائد المجموعة الإرشادية إلى تحقيقه.

وذكر(علاء الدين كفافي، ١٩٩٩: ٢٤٨) أن الفرد الذي يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة فإنه يمر بخبرة نمو وارتقاء نفسي في نفس الوقت.

وقد حدد(سيد محمد وآخرون، ٢٠١٠: ٥٤) مجموعة من الفنيات لتحقيق أهداف العلاج والارشاد ومن بينها:(العلاقة بين المعالج والعميل، التعاطف Empathy ،التآلف والانسجام Congruence , Genuiness ، التقبل أي النظرة الايجابية غير المشروطة)، ويضيف أن العلاقة الإرشادية مهمة في إحداث النمو النفسي، وهذه العلاقة لا تتحقق إلا بتحقق التعاطف والتقبل والانسجام بين طرفيها، ويمكن اعتبار الفنيات الارشادية جميعها فنية واحدة أساسية هي العلاقة الإرشادية.

ويخلص الباحث إلى أن أسلوب الإرشادي الانتقائي المتكامل أسلوب يمكن أفراد المجموعة الإرشادية من التعرف على إمكانية وقدرة كل فرد فيها، والنظر إلى الذات من زوايا متعددة، وبطرق متنوعة، وهذا يساعد كل فرد من أفراد المجموعة على التقييم الذاتي للإمكانيات والقدرات، وبالتالي يصبح أكثر قدرة على تقويم السلوك الذي يصبح أكثر استبصاراً وتقييماً له، وكذلك للأفكار التي يطرحها أمام المجموعة، فيقومون بنقد وتقييم ورؤية ذلك من خلال هذه التقييمات من أفراد المجموعة، وهذا الأسلوب يحقق لعضو المجموعة الإرشادية المشاركة اللفظية والعقلية والجسمية والحركية والانفعالية والاجتماعية، ويكون ذلك من خلال تفاعل ايجابي بناء قائم على احترام المشاعر، ومراعاة خصوصية كل عضو من أعضاء المجموعة، وهذا يعمل على التنفيس عن المكبوتات، وتفريغاً للمشاعر والانفعالات، ويجعل الفرد يشعر بأهميته ويثق بقدراته وبالآخرين، مما يساعده على النمو الانفعالي والعاطفي والنفسي المتوازن، فينعكس ذلك على سلوكه وانخراطه في مختلف مناحي الحياة بشكل أكثر توازن وإيجابية.

الفصل الثالث

دراســات سابقـة

- تمهيد.
- المحور الأول: دراسات تناولت أعراض ما بعد الصدمة.
- تعقيب على دراسات المحور الأول.
- المحور الثاني: دراسات تناولت البرامج الإرشادية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.
- تعقيب على دراسات المحور الثاني.
- تعقيب عام على الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

الفصل الثالث

دراسات السابقة

تمهيد:

تهدف الدراسة الحالية إلي التحقق من فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، وبعد اطلاع الباحث على الأدب التربوي، والتراث العلمي، وعلى مخزون علم النفس في هذا الجانب، قام الباحث بعمل مسح شامل للدراسات على مستوى الدراسات العربية والأجنبية التي تمكن من الوصول إليها، وتجدر الإشارة إلى أن الاطلاع على الدراسات والأبحاث السابقة قبل البدء في أول خطوات الدراسة، توفر للباحث فرصة بلورة مشكلة البحث الذي يفكر فيه، وتحديد أبعاد ومجالاتها، كما تزود الباحث بالكثير من الأفكار، والأدوات، والإجراءات، والاختبارات، والمقاييس، والتدخلات التي يمكن ان يستفيد منها في اجراءاته لحل المشكلة.

كما تعد الدراسات السابقة إطاراً مرجعياً يعتمد عليه الباحث في مناقشة، وتفسير نتائجه وربطها بنتائج الدراسات السابقة، مما يكسب دراسته أهمية في المعرفة عندما يحدد الباحث ما هي الإضافة التي قدمها مقارنة بالدراسات السابقة، وهى تشير إلى ما سوف يضيفه هذا البحث من اضافات، ويكون لها أثر فاعل فى توضيح بعض الظواهر التي لم يتم توضيحها من خلال البحوث التي تمت دراستها فى نفس المجال، والدراسة النظرية والعملية للبحث تكمن فى التوصل إلى تعميمات جديدة، لم يتم التوصل إليها من قبل، مع الأخذ فى الاعتبار أن تصبح هذه التعميمات الجديدة إضافة إلى المجال المعرفي بشكل عام، كما حظى موضوع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة باهتمام العديد من الأطباء والباحثين والأخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين والتربويين، من خلال وضع الخطط والبرامج العلاجية المختلفة، لما له من أهمية بالغة على الطفل والأسرة، وسوف يستعرض الباحث في الفصل الحالي لبعض البحوث والدراسات العربية والأجنبية التي تتصل مباشرة بمتغيرات الدراسة الحالية، في محاولة لإبراز مجمل نتائج هذه البحوث والدراسات، بما يفيد الدراسة الحالية، في اختيار عينة وأدوات الدراسة وصياغة الفروض، وكذلك اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة وتفسير النتائج، وقد ضمن الباحث بعض الدراسات السابقة التي كانت عينتها من المراهقين، نظراً لقلة الدراسات، وذلك في تتابع تاريخي، من الأقدم إلى الأحدث، يلي ذلك تعليق الباحث على الدراسات السابقة، ويختم الفصل بعرض فروض الدراسة الحالية.

المحور الأول: دراسات تناولت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأثر الأزمات والحروب علي السلوك والانفعالات والتفكير.

١- دراسة(Dalgleish et al , 2000)

بعنوان: الأحداث العاطفية عند الأطفال والمراهقين المصابين ب PTSD ومركز الضبط، **وهدفت الدراسة** إلى: التحقق في احتمالية الأحكام المتعلقة بالأحداث السلبية المستقبلية، التي يظنها الأطفال والمراهقون الذين عانوا فعلاً من حدث سلبي شديد، والذين تم تشخيصهم على أن لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات الأولى: الأطفال والمراهقون الذين يعانون من أعراض PTSD الثانية: الأطفال والمراهقون الذين عانى والداهم من أعراض PTSD الثالثة: الأطفال والمراهقون الأصحاء، واستخدم الباحثون الأدوات التالية: مقياس القلق للأطفال (RCMAS) لريتشموند ومقياس الاكتئاب (DSRS) لبايرسون، ومقياس الكلمات الانجليزي (BPVS) لبنتليو، ومقياس المزاج ومقياس القراءة (WORD–BASIC READING) لجولومبك – استبيان(SPQ)، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد اختلافات مطلقة بين المجموعة العيادية، و مجموعات التحكم من مشاركي الصحة، ومع ذلك الأطفال والمراهقين الذين لديهم PTSD يقدرون جميع الأحداث السلبية على أنها ممكن أن تحدث للآخرين أكثر من حدوثها لهم، كما توصلت الدراسة أيضاً على النقيض بأن مجموعتي التحكم عرضتا تحيزاً آخر لأحداث التهديد الجسدي وليس التهديد الاجتماعي، حيث أن التحليل أشار إلى أن قوة العلاقة بين الأحكام المرتفعة حول الأحداث السلبية المستقبلية، تقل مع العمر في مشاركي التحكم لكن لا توجد علاقة قوية في المجموعات التي تعرضت للصدمة.

٢- دراسة (عائدة حسنين، ٢٠٠٤)

بعنوان: الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، **وهدفت الدراسة** إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية، ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل كي يتمتع بصحة نفسية جيدة، وتكونت عينة الدراسة من(٤٥٠) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين(١٢-١٥)عاماً. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار الصدمة – اختبار ضغوط ما بعد الصدمة (ptsd) – اختبار المساندة الأسرية – اختبار العصاب –اختبار روتر لقياس الصحة النفسية)، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية

كبيرة وبين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة، وذلك لصالح الذين تلقوا المساندة الكبيرة، وأن البنات أظهرن صحة نفسية أعلى من البنين، وهناك فروق بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة، والذين تعرضوا لخبرات قليلة لصالح الكثيرة، ودلت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

٣- دراسة(هاني حجازي، ٢٠٠٤)

بعنوان: الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف إلى العلاقة ما بين الخبرة الصادمة واضطراب ما بعد الصدمة، وبعض سمات الشخص لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى، وكذلك التعرف إلى تأثير بعض التغيرات(كالجنس ،العمر والانبساط) وتكونت عينة الدراسة(١٧٦) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٤)عاماً قسمت إلى ثلاث مجموعات، الأولى من أطفال شهداء انتفاضة الأقصى، والثانية من الأطفال اليتامى العاديين، والثالثة من أطفال غير يتامى، واستخدمت الدراسة عدة أدوات هي:(مقياس سمات شخصية الطفل ،مقياس الخبرة الصادمة ،اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) وقد أشارت النتائج إلى: عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث بالنسبة لحالة الخبرات الصادمة، وكذلك بالنسبة لباقي محافظات غزة، كذلك بالنسبة لمستوي(القلق والاكتئاب والعصاب والانبساط)، بينما توجد فروق بين الذكور والإناث بالنسبة لدرجة الخبرات الصادمة لصالح الذكور، كذلك بالنسبة للسن لصالح الأكبر سناً، كذلك بالنسبة لحالة آباء الأطفال، حيث زاد متوسط الخبرة الصادمة لدى الأطفال الذين آباؤهم شهداء، ومتوفون، بالنسبة للذين آباؤهم أحياء، ودلت النتائج إلى وجود علاقة طردية متوسطة بين درجة الخبرة الصادمة والعمر، وعلاقة طردية ضعيفة بين درجة الخبرات الصادمة ودرجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، عدم وجود علاقة بين درجة التعرض للخبرات الصادمة ومستوى الاكتئاب وكذلك بين درجة التعرض للخبرات الصادمة ومستوى الانبساط.

دراسة(ماهر المجدلاوي، 2004)

بعنوان: أثر الخبرات الصادمة خلال انتفاضة الأقصى على مستوى التحصيل الدراسي لطلاب المرحلة الإعدادية، **وهدفت** الدراسة إلى: تقييم أثر الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال خلال انتفاضة الأقصى من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي على مستوى التحصيل الدراسي

للطلاب في المرحلة الإعدادية، وتكونت عينة الدراسة من (432) طفلاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس أثر الخبرات الصادمة، مقياس الحدث الصادم، وتوصلت الدراسة أن الأطفال الفلسطينيين تعرضوا لخبرات صادمة تراوحت شدتها من ١٩.٧% بسيطة، ٧٢.٤% متوسطة، ٧.٩% تعرضوا لصدمات شديدة، أيضاً توصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار كرب ما بعد الصدمة بين الأطفال بلغ ٧١.٢% كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط بين الخبرات الصادمة و تطور كرب ما بعد الصدمة من جهة، ومستوى التحصيل الدراسي من جهة أخرى.

٤- دراسة (المعيني، ٢٠٠٤)

بعنوان: اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصادمة وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي، **وهدفت الدراسة** إلى قياس اضطراب كرب ما بعد الضغوط الصدمة، والكشف عن العلاقة بين PTSD والتحصيل الدراسي لتلاميذ الصف السادس الابتدائي، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: وهي قائمة فحص أعراض كرب ما بعد الضغوط الصادمة للأطفال (تقرير الأهل) وعلى درجات نهاية الصف الثاني للصف الخامس الابتدائي، والنصف الأول للصف السادس الابتدائي لعام ٢٠٠٤، كأداة لقياس التحصيل، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل، وأظهرت نتائج الدراسة وجود دالة إحصائياً بين التحصيل الدراسي وظهور أعراض PTSD.

٥- دراسة (أنور البنا و محمد عسلية،٢٠٠٤)

بعنوان: اضطراب ما بعد صدمة الاجتياح الصهيوني لدى أطفال منطقة حي الزيتون بمحافظة غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف على أكثر أنواع الأحداث والخبرات الصادمة، وأكثر اضطرابات ما بعد الصدمة إثناء الاجتياح الإسرائيلي لمنطقة حي الزيتون، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس الخبرات الصادمة، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة أعداد الباحثين، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال الذين يشاهدون الآخرين وهم يتعرضون للحدث الصادم، أكثر من الأطفال الذين يتعرضون شخصياً لنفس الحدث، وأن أكثر أبعاد اضطرابات ما بعد الصدمة كانت كالتالي: اضطرابات اجتماعية – اضطرابات عقلية – اضطرابات جسمية – اضطرابات انفعالية – اضطرابات سلوكية.

٦- دراسة (سمير قوتة وإياد السراج، 2004)

بعنوان: انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى معرفة مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة، والمعاناة النفسية الأخرى بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة الذين يعيشون في ظروف صعبة من انتفاضة الأقصى، وتكونت العينة من (944) طفلاً من جميع محافظات قطاع غزة، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس استبيان الصدمة، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومؤشرات اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وقائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، **وتوصلت** الدراسة إلى النتائج التالية: أن (37.7%) من الأطفال بدأوا بتطوير أعراض حادة لاضطراب ما بعد الصدمة، بينما عانى (49.4%)منهم من مستوى متوسط من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما توصلت الدراسة أيضاً أن أكثر أنواع التعرض للصدمة شيوعاً لدى الأطفال، كان عند أولئك الذين شاهدوا الجنازات وعملية دفن الشهداء (94.6%) والذين شاهدوا إطلاق النار (83.2%) والذين رأوا شخصاً مصاباً أو ميتاً من غير أقاربهم (66.9)، والذين رأوا أحد أفراد العائلة مصاباً أو مقتولاً (61.2%).

٧- دراسة (Perez-Olmos et al , 2005)

بعنوان: انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب عند الأطفال في كولومبيا، **وهدفت الدراسة:** إلى تحديد انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD المرتبط بالحرب و علاقته ببعض المتغيرات عند الأطفال في سن المدرسة، وفي ثلاث مدن من كولومبيا دراسة عرضية، وتكونت عينة الدراسة من(٤٩٣) طفلاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية: أن درجة انتشار PTSD الناجم عن الحرب بلغ ١٦.٨% في المدينة التي تعرضت للحرب بشكل مزمن، و ٢٣.٢% في المدينة التي تعرضت مؤخرا للحرب، و ١.٢% في المدينة التي لم تتعرض لأية حروب، وكانت نسبة الفروق دالة عند مستوى 0.0001، وأظهر تحليل التباين إن القرب الجغرافي من منطقة الحرب، والتفاعل العاطفي الشديد مع الحرب يزيد من احتمالية ظهور إل PTSD المرتبط بالحرب. وأظهرت النتائج أيضاً إن الفقر والمستوى التعليمي المتدني للوالدين، و القسوة في معاملة الأطفال كانت عوامل مساعدة في ظهور إل PTSD في المدينة التي تعرضت بشكل مزمن للحرب. أما المدينة التي تعرضت مؤخراً للحرب فقد كانت أهم الأعراض ظهوراً هي عدم التركيز، والاضطرابات النفسية الجسمية أكثر انتشاراً فيها. ويتضح أن الحرب تؤثر في

الصحة العقلية للأطفال، وتكون نسبة احتمال ظهور إل PTSD المرتبط بالحرب عند الأطفال الذين تعرضوا للحرب يزيد بمعدل ١٩ مرة أكثر من أولئك الذين لم يتعرضوا، بالإضافة إلى أنهم يقدرون الحرب، وتفيد هذه النتائج الدول التي تعاني من الحروب والصراعات الداخلية والإرهاب.

٨- دراسة (أنور البنا ومحمد عسلية، ٢٠٠٥)

هدفت الدراسة: للتعرف إلى أكثر أنواع الأحداث أو الخبرات الصادمة، وأكثر اضطرابات ما بعد الصدمة أثناء الاجتياح الإسرائيلي لمنطقة حي الزيتون، وذلك على عينة من الأطفال بلغت (١٠٠) طفل ذكور و(٦٠) إناث تتراوح أعمارهم ما بين(٩ - ١٤) سنة، وقد استخدم الباحثان مقياسان لقياس أكثر أنواع اضطرابات ما بعد الصدمة انتشاراً، وقد أشارت النتائج إلى: أن الأطفال الذين يشاهدون الأخريين وهم يتعرضون للحدث الصادم أكثر من الأطفال الذين لا يشاهدون، أو يتعرضون شخصياً لنفس الحدث، وأن أكثر أبعاد الاضطرابات ما بعد الصدمة انتشاراً كالتالي(اضطرابات اجتماعية، اضطرابات عقلية، اضطرابات جسمية، اضطرابات نفسية ، وأخيراً كانت الاضطرابات السلوكية.

٩- دراسة (scheering et al, 2006)

بعنوان: العوامل المؤثرة على التنبؤ بأعراض PTSD وتشخيصها لدى المراهقين والأطفال، **وهدفت الدراسة** إلى التعرف إلى معاناة التي تحدث في مرحلة الطفولة، والتي تؤدي إلى أنواع مختلفة من الصدمة للتعرف على عوامل التشخيص وعوامل الخطر PTSD، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى التعرف على الأطفال الأكبر سناً وطبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين، وتكونت عينة الدراسة (٦٢) طفل، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة المعيارية شبه الهيكلية، والدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال لم يوجد لديهم معايير DSM-IV وبالتحديد المعيار الثالث C وهم الأطفال في سن السابعة، أما الأطفال من سن ٥-٦ سنوات كان لديهم أعراض من معيار C و D، والأطفال الأكبر كان لديهم معيار B أكثر من الوالدين (فالأطفال ٧٩.٢% و الوالدين ٤٥.٨%)، كما توصلت الدراسة أن كلا من الوالد و الطفل تولدت لديهم أعراض أكثر ومعدلات أعلى من المعايير B,C,D وهذه النتائج قدمت دعماً إضافياً للمعيار C للأطفال الصغار ما دون المدرسة، لكن صلاحية هذه الدراسة محدودة لأنها لا تقيم الأعراض عند الطفل والوالد معاً بل كل على حدة.

١٠- دراسة (عمر يونس،٢٠٠٧)

بعنوان: الأحداث الصادمة التي مر بها أبناء الشهداء، واستراتيجيات التأقلم التي تبنوها للتغلب على فقدان الأب والظروف المؤثرة التي يعيشونها، حيث اشتملت العينة على(٢٥٠) طفلاً من أطفال الشهداء في محافظة غزة، بواقع ١١٢ من الذكور و١٣٨ من الإناث، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، لإظهار نتائج الدراسة أيضاً تم استخدام مجموعة من المقاييس لاستيفاء متطلب البحث، منها مقياس الحالة الاقتصادية الاجتماعية لأبناء الشهداء(إعداد: الباحث) مقياس غزة للخبرات الصادمة(ثابت، ٢٠٠٤) ومقياس التكيف ل(carver،١٩٨٩) ترجمة وتقنين الباحث، وأظهرت النتائج: أن أكثر الأحداث التي تسبب صدمة للأطفال هي مشاهدة صور الشهداء، والجرحى في التلفاز بنسبة ٩٢.٨%، كما أن أكثر استراتيجيات التكيف المستخدمة من قبل أبناء الشهداء كانت "التكيف الديني" بنسبة ٨٦.٤% بينما أقلها استخداماً المواد المتعددة بنسبة٣٠.٣% ووجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الصدمة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور من أفراد العينة، ووجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الصدمة تبعاً لمتغير العمر لصالح الأكبر سناً، من أفراد العينة ١٣-١٦ وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات كل من التحليل الايجابي والنمو، والتكيف الديني تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث من أفراد العينة، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات كل من التحليل الايجابي والنمو والانسحاب الذهني التركيز والتنفس عن المشاعر، استخدام الدعم الايجابي، التكيف الايجابي، التكيف الديني، التقيد، التخطيط تبعا لمتغير مستوى شدة الصدمة لصالح ذوي الصدمة الشديدة من أفراد العينة، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات كل من الإنكار، التقيد، وكبت النشاط التنافسي تبعاً لمتغير نوع السكن لصالح ساكني القرى من أفراد العينة، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات كل من استخدام الدعم الاجتماعي ،والتكيف الايجابي، والإنكار، والانسحاب السلوكي، القبول، كبت النشاط التنافسي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأم لصالح الأمهات الأميات، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات كل من استخدام التحليل الايجابي والنمو، استخدام الدعم الاجتماعي، والتكيف الايجابي، التكيف الديني، القبول، كبت النشاط التنافسي، والتخطيط تبعاً لمتغير مستوى الدخل للأسرة لصالح الأسرة ذات الدخل المنخفض.

١١- دراسة (Espie et al , 2009)

بعنوان: الصدمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية بين الأطفال والبالغين الفلسطينيين في غزة و الضفة الغربية، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف إلى طبيعة الاضطرابات النفسية الناتجة عن صدمة الحرب، والعنف لدى الأفراد الذين يعيشون في قطاع غزة والضفة الغربية، وتكونت عينة الدراسة من (١٣٦٩) مريض، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة شبه الهيكلية المعتمدة على معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال أقل من أو يساوي ١٥ سنة كانوا يعانون من: اضطرابات القلق بنسبة ١٨.٣%، ومن الاكتئاب ٣.٤%، ومن اضطراب ما بعد الصدمة ٢٥.٨%، ومن اضطراب حاد: ٦.٥%.

١٢- دراسة (نفين أحمد، ٢٠٠٩)

بعنوان: ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها بزمن الرجع والتوافق النفسي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا بمحافظات غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف على الفروق في ضغوط ما بعد الصدمة لدى تلاميذ محافظات غزة، والتي تعزى إلي متغير الجنس والعمر ومستوى زمن الرجع ومستوى التوافق النفسي، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (٤١٥) طالب وطالبة (٢٠٥) بنين و(٢١٠) وتتراوح أعمارهم ما بين (٩-١٣) سنة من البنات، واستخدم الباحث أدوات للدراسة تتمثل في مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، إعداد بيانوس وجهاز قياس زمن الرجع، ومقياس التوافق النفسي من إعداد علي الديب، وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغوط ما بعد الصدمة لصالح الإناث، وكذلك وجود هذه الدلالة بين البعيدين والقريبين عن المتوسطات لصالح القريبين، كما أكدت النتائج وجود دلالة إحصائية في ضغوط ما بعد الصدمة حسب زمن الرجع وان هذه الدلالة لصالح الإناث، وكذلك بين القريبين والبعيدين عن المتوسطات في زمن الرجع لصالح القريبين، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في ضغوط ما بعد الصدمة تعزي لمستوى التوافق النفسي(أعلي – متوسط – منخفض)، كذلك عدم وجود هذه الدلالة تعزي لمتغير الجنس، وأشارت النتائج إلى وجود الدلالة الإحصائية بين القريبين والبعيدين عن المتوسطات في التوافق النفسي لصالح البعيدين.

١٣- دراسة (محمد عودة، ٢٠١٠).

بعنوان: الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف على العلاقة بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وبين أساليب التكيف مع الضغوط ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الصلابة النفسية، لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، والتعرف عما إذا كان هناك فروق في هذه المتغيرات تعزى لبعض المتغيرات(النوع- مكان الإقامة – المستوى التعليمي للوالدين). وتكونت عينة الدراسة من (٦٠٠) طفلاً وطفلة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (استبانة الخبرة الصادمة – استبانة أساليب التكيف مع الضغوط – استبانة المساندة الاجتماعية – استبانة الصلابة النفسية)، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة طردية بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وكل من استخدام أساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية، كما دلت إلى عدم وجود فروق في الخبرة الصادمة وأساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية لمتغير النوع والمستوى التعليمي للوالدين، بينما توجد فروقاً في المساندة الاجتماعية لصالح الإناث والأطفال الذين درس والديهم في المرحلة الثانوية، وكذلك دلت إلى وجود في أساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية تعزى لمتغير الإقامة.

١٤- دراسة (منال الشيخ،٢٠١١)

هدفت الدراسة: إلى أساليب التعامل مع الضغوط النفسية التالية للصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا لمواقف ضاغطة(حوادث السير) وطوروا أعراض (PTSD) ومقارنتهم بالأطفال الذين تعرضوا لنفس الحدث ولم يطوروا أعراض (PTSD).واستخدمت الدراسة مقياس التعامل مع الضغوط التالية للصدمة، ومقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة من إعداد الباحثة، وتكونت العينة من (١٠٠) طفل منهم(٢٧) طوروا أعراض(PTSD) و(٧٣) لم يطوروا أعراض (PTSD)، وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين لم يطوروا الأعراض استخدموا أساليب ومهارات طلب المساندة الاجتماعية، وأسلوب الاسترخاء، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في استخدام أساليب التعامل مع الضغوط التالية للصدمة وذلك لصالح الذين لم يطوروا أعراض ما بعد الصدمة.

١٥- دراسة(عبد العزيز ثابت و آخرون، 2013)

بعنوان: اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في الأطفال الفلسطينيين المتأثرين بالحرب على غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى التحقق من الاعتلال المشترك لدى الأطفال عند درجات الخطر العالية، والتي تؤدي إلى زيادة اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب التعرض لصدمة الحرب و تكونت عينة الدراسة من (٤١٠) طفل. **وتم استخدام الأدوات التالية:** قائمة الأحداث الصادمة في غزة DSMIV,UCLA PTSD المقابلة العيادية الهيكلية لتشخيص DSM-IV، وأظهرت الدراسة النتائج التالية: أن الأطفال الفلسطينيين يعانون من تجارب صادمة عديدة بنسبة 95%، كما أظهرت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجات اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

١٦- دراسة (عبد العزيز ثابت وآخرون، ٢٠١٤)

بعنوان: الصدمات النفسية الناجمة عن الحرب على غزة وعلاقتها بالقلق وكرب ما بعد الصدمة وطرق التأقلم لدى الأطفال الفلسطينيين، **وهدفت الدراسة:** إلى معرفة أنواع الأحداث الصادمة الناتجة عن الحرب على قطاع غزة، وعلاقتها بكرب ما بعد الصدمة والقلق، كما هدفت إلي معرفة استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الأطفال للتغلب على الصدمات النفسية وآثارها، وتكونت عينة الدراسة من (٣٥٨) من الأطفال، واستخدام الباحث الأدوات التالية: استبيان المعلومات الاجتماعية الديموغرافية، ومقياس الخبرات الصادمة عن الحرب على غزة، ومقياس سبنس للقلق ومقياس كرب ما بعد الصدمة، ومقياس التأقلم للمراهقين، وأظهرت الدراسة النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع أعراض القلق وجميع أنواع القلق الأخرى لصالح الفتيات وفقاً لمقياس كرب ما بعد الصدمة، وأظهرت الدراسة أيضاً أن 11.8% ليس لديهم كرب ما بعد الحرب وكان 24.2% من الأقل من المراهقين لديهم اثنين من الأعراض، وكان لدى 34.31% كرب جزئي ما بعد الصدمة في حين 29.8% يعانون من كرب ما بعد الصدمة، وأظهرت النتائج أيضاً أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في كرب ما بعد الصدمة لصالح الفتيات، كما أظهرت الدراسة أيضاً أن هناك علاقة سلبية ما بين أعراض كرب ما بعد الصدمة، مع محاولة الأطفال لاستخدام حل المشاكل الأسرية كطريقة للتأقلم، وكان هناك علاقة ايجابية بين أعراض القلق والتعبير عن المشاعر، وطلب الدعم الاجتماعي والعمل بجد ونشاط والأنشطة المختلفة المطلوبة منهم وارتباط القلق سلبياً مع السعي للدعم الديني.

تعقيب على دراسات المحور الأول:

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة ما يلي:

أولاً: من حيث المنهج:

نلاحظ أن معظم دراسات هذا المحور استخدمت المنهج الوصفي تماشياً مع هدف كل منها مثل دراسة كل من:(أنور البنا ومحمد عسلية،٢٠٠٤)، (ماهر المجدلاوي، 2004)، (سمير قوتة وإياد السراج، 2004)،(عمر يونس،٢٠٠٧)،(perez_olmose,et,al,2005)،(عبد العزيز ثابت و آخرون، 2013)،(عبد العزيز ثابت وآخرون، ٢٠١٤)،(بيكر وآخرون، ٢٠٠٢)،(محمد عودة ٢٠١٠).

ثانياً: من حيث الهدف:

هدفت معظم الدراسات إلى الكشف عن طبيعة الاضطرابات الناتجة عن الصدمة، خاصة صدمة الحرب والعدوان الإسرائيلي، وآثارها على السلوك والانفعالات والتفكير لدى أفراد العينات المستهدفة، وكذلك مدى انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة، لدى أفراد العينات المستهدفة مثل دراسة كل من:(عائدة حسنين، ٢٠٠٤)،(محمد عودة، ٢٠١٠)،(عمر يونس، ٢٠٠٧)،(أنور البنا ومحمد عسلية، ٢٠٠٥)،(عبد العزيز ثابت وآخرون، ٢٠١٤)،(عبد العزيز ثابت وآخرون، 2013)،(سمير قوتة وإياد السراج 2004)،(scheering,et,al,2006).

وكذلك منها من هدف إلى التأثير والتأثر لكل من: متغيرات الوضع الاقتصادي والاجتماعي وعامل السن، واضطراب كرب ما بعد الصدمة وتأثيرها على المستوى الدراسي للأطفال مثل دراسة: (المعيني، ٢٠٠٤).

ومنها دراسات هدفت إلي معرفة استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الأطفال، للتغلب على الصدمات النفسية، وآثارها وإلى التحقق من الاعتلال المشترك لدى الأطفال عند درجات الخطر العالية، والتي تؤدي إلى زيادة اضطراب كرب ما بعد الصدمة بسبب التعرض لصدمة الحرب مثل دراسة:(عبد العزيز ثابت وآخرون،٢٠١٤).

ومنها من هدفت إلى التعرف على العلاقة بين درجة التعرض للخبرة الصادمة، وبين أساليب التكيف مع الضغوط، ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الصلابة النفسية، لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، وإلى التعرف إلى طبيعة الاضطرابات النفسية، الناتجة عن صدمة الحرب والعنف لدى الأفراد الذين يعيشون في قطاع غزة، والضفة الغربية، مثل دراسة: (محمد عودة ،٢٠١٠)،(Espie,et,al:2009)،(أنور البنا ومحمد عسلية،٢٠٠٤)،(المعيني ٢٠٠٤)،(منال الشيخ،٢٠١١).

ومنها ما هدف إلى التعرف على العوامل المؤثرة على التنبؤ بأعراض PTSD وتشخيصها لدى المراهقين والأطفال. وهدفت الدراسات إلى التعرف إلى المعاناة التي تحدث في مرحلة الطفولة، والتي تؤدي إلى أنواع مختلفة من الصدمة، للتعرف على عوامل التشخيص وعوامل الخطر PTSD، وكذلك للتعرف إلى أكثر أنواع الأحداث أو الخبرات الصادمة، والمعاناة النفسية الأخرى وأكثر اضطرابات ما بعد الصدمة أثناء الاجتياح الإسرائيلي، مثل دراسة:

(Scheering,et,al:2006)،(أنور البنا ومحمد عسلية، ٢٠٠٥)،(Parslow,jorm:2007) (ماهر المجدلاوي، 2004)،(Perez-Olmos,et,al:2005)،(سمير قوتة وإياد السراج، 2004).

ومنها ما هدف إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية، ودور المساندة الأسرية في حماية الطفل مثل دراسة:(عائدة حسنين، ٢٠٠٤)،(منال الشيخ،٢٠١١).

ثالثاً: من حيث العينة:

تراوحت المراحل العمرية للدراسات من الأطفال في سن(٩ -١٤) عاماً عينة مختارة لدراستها مثل دراسة كل من:(عبد العزيز ثابت وآخرون، 2013)،(محمد عودة ،٢٠١٠)،(عمر يونس،٢٠٠٧)، (scheering,et,al:2006)،(أنور البنا ومحمد عسلية، ٢٠٠٥)،(سمير قوتة وإياد السراج، 2004)،(أنور البنا ومحمد عسلية، ٢٠٠٤)،(المعيني،٢٠٠٤)،(منال الشيخ،٢٠١١)،(عبد العزيز ثابت وآخرون، ٢٠١٤)،(نفين أحمد ،٢٠٠٩)،(عائدة حسنين، ٢٠٠٤)، (Dalgleish, et al, 2000).

رابعاً: من حيث الأدوات:

استخدمت دراسات هذا المحور العديد من الأدوات المتنوعة كان أهمها: استبيان المعلومات الاجتماعية الديموغرافية، ومقياس الخبرات الصادمة عن الحرب على غزة، ومقياس سبنس للقلق، مقياس كرب ما بعد الصدمة، مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، اختبار أيزك، مقياس تقدير الذات، مقياس التوافق الاجتماعي، مقياس التوافق النفسي، قائمة الاضطرابات النفسية، قائمة القلق حالة وسمة تأليف سبيلبيرجر وزملائه، مقياس روتر للمشاكل النفسية والانفعالية، اختبار العصاب، مقياس بيك للاكتئاب، اختبار روتر لقياس الصحة النفسية، استبانه الصلابة النفسية، اختبار الخبرة الصادمة، استبانة أساليب التكيف مع الضغوط، مقياس المساندة الأسرية، اختبار التوافق النفسي إعداد على الديب، مقياس غزة للخبرات الصادمة، استبيان مشكلات النوم، مقياس تيلور للقلق الصريح، مقياس تقدير الأحداث (IES_R).

ومن الملاحظ أن الدراسات السابقة، استخدمت أكثر من مقياس في دراستها كل حسب هدفها، وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في تصميم مقياس الدراسة الخاص باضطراب ما بعد الصدمة، بما يتناسب وهدف وطبيعة عينة الدراسة، وقد لوحظ أنها تركز على الجوانب السلبية للصدمة ولا يوجد أي ذكر لجوانب أو بنود ايجابية قد تتركها على أفراد عينة دراساتها.

خامساً: من حيث النتائج:

يرى الباحث أن اضطراب ما بعد الصدمة يحتوي العديد من الأعراض، وقد يعاني الشخص المصاب بهذا الاضطراب من عرض واحد أو أكثر، ولها تأثير مباشر أو غير مباشر على سلوكه، وقد أشارت نتائج الدراسات السابقة في المحور الأول إلى ما يلي:

- وجود أعراض واضحة لمن تعرض للصدمات من آثار الحرب.
- تتفق هذه الدراسات أن التعرض للصدمات النفسية، والعنف والذي كان مصدره في معظمها الاحتلال الإسرائيلي، وحروب أخرى في مناطق متعددة من العالم، يؤدي إلى نتائج سلبية على الصحة النفسية للعينات المستهدفة في الدراسة، وكذلك على النواحي السلوكية والانفعالية، وأن تعرض الأطفال أو أحد أفراد أسرهم، لإطلاق النار أو الإصابة أو الاعتقال، يؤدي إلى معاناتهم من اضطرابات نفسية مختلفة.

- وجود فروق دالة في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للجنس لصالح الذكور في بعض الدراسات، والبعض الآخر أشار إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة التعرض للخبرات الصادمة.
- وجود فروق ذات دلالة في مجموع أعراض القلق، وجميع أنواع القلق الأخرى لصالح الإناث، وفقاً لمقياس كرب ما بعد الصدمة.
- أن الأطفال الفلسطينيين يعانون من تجارب صادمة عديدة بنسبة ٩٠ – ٩٨%، وذلك حسب بعض الدراسات.
- وجود علاقة طردية بين درجة التعرض للخبرة الصادمة، وكل من استخدام أساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية.
- احتمال ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال عند تعرضهم لأحداث جديدة.
- أشارت بعض الدراسات أن الفقر والمستوى التعليمي المتدني للوالدين، والقسوة في معاملة الأطفال قد تكون عوامل مساعدة في ظهور إل PTSD.
- وجود علاقة ارتباط بين الخبرات الصادمة وتطور كرب ما بعد الصدمة من جهة، ومستوى التحصيل الدراسي من جهة أخرى.
- عدم وجود فروق بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.
- أظهرت النتائج إلى أن تكرار الأحداث الصادمة أمام الشخص لأكثر من(٥) مرات تترك أعراضاً صادمة حادة ورتبت على النحو التالي:(إعادة الحدث الصادم باستمرار، تجنب الأحداث الصادمة، إفراط التيقظ، الأعراض والأمراض الجسمية، ردود الفعل النفسية والعاطفية، وضعف المشاركة الاجتماعية).

المحور الثاني: دراسات تناولت علاج اضطرابات ما بعد الصدمة بالبرامج الإرشادية والعلاجية لتحسين الصحة النفسية.

١- دراسة(King, 2000).

بعنوان: فعالية العلاج المعرفي السلوكي على عينة من الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، و**هدفت الدراسة** إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتكونت العينة من (٣٦) طفلاً، و استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس الحدث الصادم، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، و برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وتوصلت إلى أهم النتائج التالية: أن الأطفال الذين تلقوا العلاج أظهروا تحسنا ذا دلالة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كما حدثت تحسنات دالة في علاقة الآباء الذين أكملوا المقاييس والتقديرات الإكلينيكية، وقد كان الاحتفاظ بالتحسن واضحاً عند تقييم المتابعة بعد(١٢) أسبوع.

٢- دراسة(Cohen, et,al, 2001).

بعنوان: ممارسات العلاج في مرحلة الطفولة لاضطراب ما بعد الصدمة و**هدفت الدراسة** إلى حصر الممارسات المتبعة في علاجPTSD، في مرحلة الطفولة بين الأطفال ذوي الأعراض النفسية، والأطفال العاديون من قبل المعالجين المهتمين بعلاج الأطفال المصدومين، وتكونت عينة الدراسة: من (٢٠٧) من الأطباء النفسيين المعالجين للأطفال والمراهقين و(٤٦٠) من الأخصائيين النفسيين الأعضاء في الجمعية العالمية لدراسات الأحداث الصادمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبانة المسح الخاصة بأساليب العلاج النفسي المتبعة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: أن هناك ٢٤٧ استجابة: ٧٧ من الأطباء النفسيين و ٨٢ من الأخصائيين النفسيين الذين تعاملوا مؤخراً مع أطفال يعانون من PTSD، حيث تم استخدام طرق متنوعة على نطاق واسع، وأفضل الاستجابات الواردة من الأطباء النفسيين: العلاج الدوائي والعلاج النفسي الحركي والعلاج السلوكي المعرفي. أما أفضل الاستجابات الواردة من الأخصائيين النفسيين كانت: العلاج السلوكي، والعلاج العائلي، والعلاج باللعب الغير مباشر. ٩٥% من الاستجابات الطبية استخدمت العلاج الدوائي لاضطراب ما بعد الصدمة مع ذكر أسماء للأدوية المستخدمة في هذه الحالات.

٣- دراسة(أحمد الحوا جري، ٢٠٠٣).

بعنوان: مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من أثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى تقييم فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من أثار الخبرات الصادمة وأعراض ما بعد الصدمة، عند مجموعة من الأطفال من طلاب المرحلة الابتدائية، وتحديداً الصف السادس الابتدائي، والذين يدرسون في مدارس وكالة الغوث حيث تم اختيار(١٢ طالباً و١٢ طالبة) كعينة تجريبية، واختيار(١٢ طالباً و١٢ طالبة) كعينة ضابطة لم يتم إجراء أي تدخل معهم، وقد تم اختيار الطلاب بناء على مقياس ردود الفعل للخبرات الصادمة المستخدم في الدراسة. واشتمل البرنامج على ١٢ جلسة إرشادية تضمنت أساليب الاسترخاء العضلي والتفريغ الانفعالي والسيكودراما ولعب الأدوار. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية، على مقياس ردود الفعل للخبرات الصادمة المستخدم في الدراسة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي لنفس المجموعة، وأوصت بإفراد أبحاث منفصلة لكل أسلوب من الأساليب التي اتبعها الباحث في برنامجه الإرشادي على حدة.

٤- دراسة(إيمان السنباتي، ٢٠٠٥).

بعنوان: فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، **وهدفت الدراسة** إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من إعراض كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم، وتكون عينة الدراسة من (٣٠) من الأطفال المساء إليهم جسدياً وجنسياً، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة إعداد الباحثة و مقياس القلق حالة، وسمة، ومقياس الاكتئاب ونموذج تقرير المعلم وتوصلت النتائج إلى: وجود فروق دالة إحصائية ببين المتوسطات على الدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس سمة وحالة القلق، ومقياس الاكتئاب، ونموذج تقرير المعلم لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ومن هنا تتضح فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في تخفيف أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكذلك فعاليته في التخفيف من أعراض بعض الاضطرابات النفسية التي قد تتصاحب اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل القلق والاكتئاب.

٥- دراسة(ضياء صايمة، ٢٠٠٥).

بعنوان: مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في محافظات جنوب غزة، و**هدفت** إلى قياس مدى تأثير برنامج مقترح في التفريغ النفسي، للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الإعدادية في محافظات جنوب قطاع غزة. وكانت عينة الدراسة عبارة عن(٢٢٠) طالباً. وقد استخدم الباحث مقياس التعرض للأحداث الصادمة، ومقياس ردود فعل الأطفال بعد التعرض لأحداث الصدمة PTSD، وقد أشارت النتائج إلى وجود فرق بين درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على كلا المقياسين. وكذلك دلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس ردود فعل الأطفال في القياس التتبعي لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك أشارت إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في القياس البعدي ودرجاتهم في القياس التتبعي.

٦- دراسة(CMPM . 2008).

بعنوان: علاج واضطراب ما بعد الصدمة بعد حرب كوسوفو لطلاب المدارس الثانوية باستخدام مهارات العقل والجسم، **وهدفت الدراسة:** إلى فحص عمل تقنيات العقل والجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة: من (٤٠) من الأطفال الذين لديهم علامات الصدمة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس هارفارد للصدمة، وبرنامج علاج العقل والجسم، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية: إلى انخفاض درجات اضطراب ما بعد الصدمة بعد المشاركة في البرنامج، واستمر الانخفاض في تلك الدرجات عند المجموعتين اللتين شاركتا في دورة متابعة بثلاث شهور.

٧- دراسة(محمد صفا،٢٠١١).

بعنوان: مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة، لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة "دراسة تدخلية" **وهدفت الدراسة:** إلى التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري مقترح، لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة، وتكونت عينة الدراسة(٦) من مريضات اضطراب كرب ما بعد الصدمة، واستخدم الباحث

الأدوات التالية: المقياس التشخيصي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، وقائمة معارف كرب ما بعد الصدمة، قائمة تقويم العلاج بإعادة الأعمال التصويري المجسد، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والبعدي في متغيرات الدراسة لدى أفراد الجماعة العلاجية، مشيراً إلى انخفاض الأعراض والأفكار السالبة، وزيادة التقويم الايجابي للعلاج في القياس البعدي، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية في القياس البعدي لمتغيرات الدراسة بين الجماعتين العلاجية والضابطة، مشيراً لانخفاض الأعراض والأفكار السالبة، وزيادة التقويم الايجابي للعلاج لصالح الجماعة العلاجية، مما يؤكد فعالية بروتوكول البرنامج المقترح، واستمرارية تأثيره بعد شهرين من انتهاء التطبيق و يؤكد صحة فرضي الدراسة.

٨- دراسة(سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣).

بعنوان: أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى، في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب، **وهدفت الدراسة:** إلى مقارنة أثر برنامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة، والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب، وتكونت عينة الدراسة من (٤٨) طفلاً سورياً، تم توزيعهم قصدياً على ٤ مجوعات(مجموعة العلاج بالموسيقى ومجموعة العلاج المركز على الصدمة، ومجموعة العلاج بالموسيقى والمركز على الصدمة والمجموعة الضابطة) وتم استخدام الأدوات التالية: قائمة قلق ما بعد الصدمة للأطفال، لتقييم مستويات قلق ما بعد الصدمة لأفراد الأسرة وأشارت النتائج إلى: فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم، والتجنب والإثارة والانفعالية الزائدة، مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة الموسيقى، ولم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة ما بين المجموعات في بعض الأعراض النفسية الأخرى.

٩- دراسة(عبد العزيز ثابت وآخرون، 2013).

بعنوان: استراتيجيات المواجهة لدى الأطفال والبالغين المتعرضين لنزاع وصراع الحرب، **وهدفت الدراسة:** إلي التحقق مما إذا كانت العلاقة بين التعرض للصدمة، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة عند الأطفال والبالغين الفلسطينيين الذين يعيشون في مناطق الصراع والحرب خاضعة للإشراف، أو تمت بواسطة استراتيجيات مواجهة معينة، وتكونت عينة الدراسة

من(424) طفل، وتم استخدام الأدوات التالية: قائمة فحص الحدث الصادم، ومقياس أثر الحدث والتوجه لدى الشخص البالغ لمواجهة التجارب الصادمة، حيث أشارت النتائج إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى أحداث صادمة بمتوسط 13.7%، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين التعرض للحدث الصادم و أعراض كرب ما بعد الصدمة.

١٠- دراسة(Kacker, Ruchi, 2013)

بعنوان: الضغوط النفسية لدى المراهقين ودور العلاج السلوكي في إدارتها. وهدفت الدراسة: إلى معرفة دور العلاج المعرفي السلوكي، في إدارة الضغوط التالية للصدمة، لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من(٨٠) مراهق ومراهقة، وتتراوح أعمارهم(١٣-١٨)عاما، قسمت العينة إلى مجموعتين(تجريبية- ضابطة)، تكونت المجموعة التجريبية من(٣٥)مراهقاً ومراهقة وتم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي، في حين تكونت المجموعة الضابطة من(٤٥) مراهقاً ومراهقة، وطبق عليهم اختبار القلق، واستمارة استبيان الصحة ، مقياس الضغوط، وتوصلت نتائج إلى وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة التجريبية على الاختبار البعدي للضغوط لصالح المجموعة التجريبية، مؤكداً على دور العلاج المعرفي السلوكي في إدارة الضغوط ومشكلاتها.

١١- دراسة(عمر شاهين، ٢٠١٤).

بعنوان: فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة، **وهدفت الدراسة:** إلى التعرف إلى مدى فاعلية كلاً من برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب. كما هدفت إلى مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض المصاحبة لدى الأطفال من كلا الجنسين، وتكونت عينة الدراسة من(٤٠) طالباً وطالبة من صفي العاشر والحادي عشر بمحافظة شمال غزة لكل من المجموعة التجريبية والضابطة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التجريبي لمجموعتان ضابطتان، ومجموعتان تجريبيتان، لكل برنامج على حدة، واستخدمت المنهج المقارن للمقارنة بين المجموعتين. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس غزة للخبرات الصادمة، مقياس كرب ما بعد الصدمة للأطفال، قائمة معارف اضطراب الضغط

اللاحق لصدمة PTSD، مقياس القلق لسبيلبرجر، مقياس بك للاكتئاب، وبرنامجي الدراسة وقد دلت النتائج إلى عدم وجود فروق في درجات المتغيرات النفسية والمتمثلة في(كرب ما بعد الصدمة – القلق حالة وسمة – الاكتئاب النفسي – معارف كرب ما بعد الصدمة) لدى كلا المجموعتين قبل البرنامج مع وجود فروق بعد التطبيق. كما أكدت وجود فروق في تلك التغيرات على درجات القياس القبلي والبعدي في كلا البرنامجين. وعدم وجود فروق بين البعدي والتتبعي لدى البرنامجين. كما دلت إلى عدم وجود فروق في تلك المتغيرات تعزى لعامل الجنس.

تعقيب على دراسات المحور الثاني:

أولاً: من حيث المنهج:

معظم دراسات هذا المحور(المحور الثاني)استخدمت المنهج شبه التجريبي لاختبار فاعلية برامجها، مثل دراسة كل من:(أحمد الحوا جرى، ٢٠٠٣)،(عمر شاهين، ٢٠١٤)،(ضياء صايمة ، ٢٠٠٥)،(سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣)،(إيمان السنباتي، ٢٠٠٥)،(CMPM. 2008)، (King.2000). إلا أن دراسة(عمر شاهين، ٢٠١٤) استخدمت المنهج الوصفي التجريبي.

ثانياً: من حيث الهدف:

تعددت البرامج المقدمة للأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، بتعدد أهدافها واختلاف المرحلة العمرية لعيناتها، فمنها ما هدف إلى اختبار برامج إرشادية تستند إلى العلاج المعرفي السلوكي، للتخفيف من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مثل دراسة كل من (عمر شاهين ، ٢٠١٤)،(سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣)، دراسة(Kacker, Ruchi, 2013)، (إيمان السنباتي، ٢٠٠٥)، King. 2000). وهناك دراسات هدفت إلى اختبار أثر برنامج للتفريغ الانفعالي للتخفيف من الضغوط النفسية لدى العينة المستهدفة، مثل دراسة كل من (ضياء الدين صايمة، ٢٠٠٥)،(أحمد الحوا جري، ٢٠٠٣).

وأخرى تختبر برنامج العقل والجسم، للتخفيف من آثار الصدمات النفسية، مثل دراسة كل من (عمر شاهين، ٢٠١٤)،(MPM . 2008).

بالإضافة إلى دراسات هدفت إلى التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري، لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة مثل دراسة(محمد صفا،٢٠١١).

ثالثاً: من حيث العينة:

اختلفت العينات المستخدمة في هذه الدراسات، فغالبيتها تناول مرحلة الطفولة، ودراستان اثنتان تناولتا مرحلة المراهقة، وأخرى تناولت حلقة التعليم الأساسي العليا الذين تقع أعمارهم ضمن مرحلة المراهقة، لكنها جميعاً اتفقت على استخدام المنهج التجريبي لتطبيق البرامج الإرشادية، ومنها دراسات احتوت على عينات من كلا الجنسين الذكور والإناث، الذين تم تقسيمهم إلى عينة تجريبية وأخرى ضابطة، ومن الدراسات ما تناولت مرحلة الطفولة، كدراسات كل من(عبد العزيز ثابت و آخرون، 2013)،(سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣)،(CMPM,2008) ، (إيمان السنباتي، ٢٠٠٥)،(أحمد الحوا جري، ٢٠٠٣)،(King. 2000).

رابعاً: من حيث الأدوات:

تنوعت البرامج الإرشادية المستخدمة بتنوع أهدافها، فهناك دراسات أرادت المقارنة بين أكثر من أسلوب علاجي، لمعرفة مدى فاعلية كل منهما في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، مثل دراسة:(عمر شاهين، ٢٠١٤) المقارنة بين برنامج العلاج السلوكي المعرفي وبرنامج علاج العقل والجسم. ودراسة (سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣) مقارنة أثر برامج علاجية قائمة على التدخلات المركزة على الصدمة، والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب. وكذلك دراسة(Kacker, Ruchi, 2013) الضغوط النفسية لدى المراهقين ودور العلاج السلوكي في إدارتها.

بينما البعض الآخر استخدم برامج إرشادية مختلفة، اعتمدت على نظرية محددة ومتنوعة مثل دراسة كل من (أحمد الحوا جري، ٢٠٠٣) ،(محمد صفا، ٢٠١١)،(إيمان السنباتي، ٢٠٠٥).

كما يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة، التي اهتمت بالبرامج الإرشادية كأسلوب في خفض درجة وحدة أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، فإنه من الملاحظ أن جلساتها كانت تتراوح ما بين (٩) جلسات مثل دراسة:(عمر شاهين،٢٠١٤)، و(١٢) جلسة كما في دراسة كل من:(أحمد الحواجرى، ٢٠٠٣) و(سهام عيطة وجلال ضمرة، ٢٠١٣).

خامساً: من حيث النتائج:

تنوعت البرامج المستخدمة بتنوع أهدافها والعينات التي تناولتها، لكنها في مجملها برامج إرشادية متعددة، وتستند إلى أطر نظرية محددة، ولا يوجد أيا منها يعتمد المنهج أو المنحى الانتقائي في بناء البرنامج للتخفيف من آثار اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا يضفي أهمية كبيرة وعبئاً ثقيلاً على هذا البحث في نفس الوقت.

ويمكن الإشارة إلى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات فيما يلي :

١- فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة.
٢- فاعلية برامج التفريغ الانفعالي في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة.
٣- فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي بإعادة الأعمال التصويري لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق لصدمة.
٤- فاعلية الاسترخاء والعلاج السلوكي في التخفيف من آثار الصدمات النفسية.
٥- الجمع بين الدراسة الذاتية والعلاج المعرفي أكثر فاعلية في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة.
٦- فاعلية برنامج العقل والجسم في خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة.
٧- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، أكثر فاعلية من برنامج العقل والجسم في الدلالات الإكلينيكية المتعلقة بالبرنامجين لحالات اضطراب ما بعد الصدمة.
٨- البرنامج العلاجي القائم على التدخلات المركزة على الصدمة، والبرنامج المعتمد على الموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب.

تعقيب عام على الدراسات السابقة للدراسة:

بعد استعراض الدراسات السابقة وتحليلها يحاول الباحث توضيح أهم النقاط التي تم استخلاصها من تحليل هذه الدراسات ونتائجها فيما يلي:

١- ندرة الدراسات العربية والأجنبية، التي استخدمت الإرشاد الانتقائي في إعداد برامج، تستهدف المعالجة والحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، لمختلف الفئات العمرية موضع الدراسات خاصة الأطفال منهم.

٢- أثبتت معظم الدراسات التي تم عرضها، فاعلية البرامج المستخدمة بمختلف أنواعها واختلاف أطرها النظرية، وتحقيق الهدف من إعدادها في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٣- اتضح من خلال تلك الدراسات تنوع حجم العينة وتفاوته، فهناك بعض الدراسات أجريت على عينات كبيرة، بينما أجريت دراسات أخرى على عينات صغيرة، لكن من الملاحظ أن الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة، أن الهدف منها التعرف على حجم وحدة ومدى انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، أما الدراسات التي أجريت على عينات صغيرة فقد سعى أغلبها إلى تقديم برامج لعلاج أفراد العينة المستهدفة. وتنوعت الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، مما ساعد الباحث على التعرف على خصائص الأشخاص الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والمقاييس التي استخدمها الباحثون في مرحلة الطفولة، واختيار ما يناسب المرحلة العمرية الخاصة بالدراسة.

٤- يلاحظ من خلال العرض السابق عدم وجود دراسة واحدة – على حد علم الباحث – استخدمت برنامج إرشادي انتقائي تم انتقاء فنياته على أسس علمية ونظرية وتطبيقية بشكل تكاملي، وذلك انطلاقاً من وجهة النظر التي ترى أن الشخصية كل متكامل لا ينبغي ولا يجوز الفصل بين أجزائها، وأن التعصب لنظرية واحدة نوع من الجمود العلمي، وذلك في محاولة لمراعاة الفروق الفردية بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة في مرحلة الطفولة.

وبناء على ما سبق فإن الباحث استفاد من عرضه للدراسات السابقة فيما يلي:

١- التعرف على طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة، وما يميز الأطفال الذين يعانون منه.

٢- التعرف على عدد من المتغيرات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، خاصة الأعراض من حيث الحدة والشدة في مرحلة الطفولة.

٣- التعرف على مرحلة الطفولة وخصائصها، وما يميز الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة في هذه المرحلة.

٤- الاطلاع على مكونات المقاييس والاختبارات المتنوعة لاضطراب ما بعد الصدمة وذات العلاقة بها، ومن ثم تصميم المقاييس التي تتفق ومتغيرات الدراسة.

٥- التعرف على المداخل المتعددة المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، حيث قام الباحث بأخذ جانب من توصيات الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال، وذلك بإشراك أولياء الأمور للأطفال ومعلميهم في عملية الإرشاد العلاجي.

٦- تحديد مكونات البرامج الإرشادية التدريبية المقترحة من حيث الأهداف، والأسس التي يعتمد عليها في هذه الدراسة، بعد الاطلاع على الاستراتيجيات والبرامج التدريبية والإرشادية المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة خاصة في مرحلة الطفولة.

٧- تحديد المحاور – الفنيات – الاستراتيجيات – الأنشطة – الفترة الزمنية – عدد الجلسات – وزمن كل جلسة من جلسات البرنامج.

٨- أهمية مشاركة أولياء الأمور والمعلمين في جلسات البرنامج، فقد قام الباحث بتصميم جلسات البرنامج مراعياً مشاركة كل من المعلمين وأولياء الأمور للمجموعة المستهدفة في الدراسة، حتى يكون البرنامج أكثر فاعلية وايجابية في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

ويمكن القول أن الباحث استفاد من الدراسات السابقة بشكل عام في تحديد مشكلة الدراسة وصياغتها، مما كان له عظيم الأثر في إزالة الغموض حول موضوع الدراسة الحالية، وساعد ذلك في تحديد منهج الدراسة، وهو المنهج الوصفي والتجريبي، وصياغة الإطار النظري وتحديد خطوات الدراسة، وأخيراً تفسير نتائج الدراسة الحالية.

واستخلص الباحث أن الاتجاهات الحديثة، في علاج وتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، تؤكد ضرورة تقديم كل من الإرشاد المباشر للأطفال، والغير مباشر، عن طريق أولياء الأمور والمعلمين، حسب المنهج (المتمركز حول الطفل) والداعي لتقديم الخدمة للطفل من قبل جميع المحيطين به، ومن لهم تأثير مباشر أو غير مباشر، وذلك من منطلق أن البيئة الأسرية والمدرسية الغير سوية، قد يسهمان بشكل كبير في تأخير الشفاء، وتطوير أعراض الصدمة إلى مستوى أعلى قد تصل للأمراض النفسية، وإذ يركز العلاج والإرشاد الغير مباشر على تعديل وتطوير أساليب المعاملة الأسرية، وأساليب المعلمين في تعاملهم مع الأطفال المتعرضين للصدمة النفسية، لتصبح أكثر ايجابية وفعالية، وذلك من خلال إشراك كل من أولياء الأمور والمعلمين للفئة المستهدفة في المشاركة بأنشطة البرنامج والواجبات المنزلية، وبذلك يكون الإرشاد

المباشر المقدم للطفل، والإرشاد الغير مباشر المقدم له من خلال كل من المعلمين وأولياء الأمور، تأثيره الفعال في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

غير أن الدراسة الحالية استخدمت برنامجاً مختلفاً، ومغايراً للبرامج المستخدمة في التخفيف من آثار اضطراب ما بعد الصدمة، حيث اعتمدت الدراسة الحالية برنامجاً انتقائياً لا يستند إلى إطارٍ نظريٍ محدد ومحصور بنظرية من النظريات. – وعلى حد علم الباحث– لا توجد أي من الدراسات استخدمت الإرشاد الانتقائي في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، حيث تعتبر الدراسة الحالية من أوائل الدراسات في هذا المجال والتي تستخدم الإرشاد الانتقائي.

فروض الدراسة:

١– توجد إضطرابات يعاني منها الطفل الفلسطني بعد التعرض للأحداث الصادمة.
٢– توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.
٣– توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.
٤– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس(ذكور، إناث).
٥– توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.

الفصل الرابع

منهج الدراسة واجراءاتها

- ❖منهج الدراسة
- ❖مجتمع الدراسة
- ❖عينة الدراسة
- ❖أدوات الدراسة
- ❖الأساليب الإحصائية
- ❖خطوات وإجراءات الدراسة

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءات

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة أثر التدخل الارشادى الانتقائي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني، حيث يعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات المتبعة في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث منهجية البحث، ومجتمع الدراسة الأصلي، والعينة التي طبقت عليها الدراسة، والأدوات التي استخدمها الباحث بدراسته، والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات، والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة.

أولاً: منهج الدراسة

استخدم الباحث كل من المنهج الوصفي والمنهج التجريبي،الذي يعرفه(عطية،٢٠٠٩: ١٧٥) على أنه المنهج الذي يتم فيه التحكم في المتغيرات المؤثرة في ظاهرة ما، باستثناء متغير واحد يقوم الباحث بتطويعه وتغييره، بهدف تحديد وقياس تاثيره على الظاهرة موضع الدراسة. حيث أخضع الباحث المتغير المستقل في هذه الدراسة وهو " البرنامج التجريبي "، لقياس أثره على المتغير التابع وهو " الخبرات الصادمة لدى الأطفال " حيث أن المنهج التجريبي هو الأكثر ملاءمة للموضوع قيد الدراسة، حيث تم اتباع أسلوب تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة المتكافئتين، بحيث تتعرض المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادية الذي أعده الباحث، من ثم متابعة كلتا المجموعتين لمدة شهرين. كما استخدم الباحث المنهج الوصفي، لوصف مدى حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مجتمع الدراسة وأفراد العينة.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من الأطفال المسجلين في مراكز الصدمات النفسية، الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، نتيجة استشهاد أحد الأقارب من الدرجة الأولى(أب – أم – أخ – أخت) وكذلك المسجلين في وزارة الصحة، وبرنامج غزة للصحة النفسية بمدينة غزة، والبالغ عددهم(١٣٨) طفلاً . وتتراوح أعمارهم(٩ – ١١) عاماً.

ثالثاً: عينة الدراسة:

أ- العينة الاستطلاعية

تكونت العينة الاستطلاعية التي تم الاستعانة بها لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة، من (٣٦) طفل وطفلة من أطفال مجتمع الدراسة ككل.

ب- عينة الدراسة الأساسية

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الأطفال الذين تعرضوا لاستشهاد أحد الأقارب من الدرجة الأولى(الأب، الأم، الأخ، الأخت)، وهم من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم (٩-١١) سنة، وهم من الأطفال المسجلين في مركز الصدمات النفسية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من(٩) أطفال ذكور، ومجموعة ضابطة تكونت من(٩) أطفال ذكور، وقد تم اختيار العينة من الذكور كونهم حصلوا على درجة أعلى من الإناث في مستوى الصدمات النفسية، وكون الذكور العدد الأكبر من مجتمع الدراسة حيث بلغ عدد الذكور (٥٨) بينما الإناث(٤٤)، وكون الذكور الأكثر التزاماً بجلسات العلاج مع أخصائيِّ المركز، مما يعتبر مؤشراً ايجابياً لحضور جلسات البرنامج مع الباحث. تم مجانسة أو تكافؤ بين المجموعتين ويتضح ذلك من خلال التالي:

التكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات الديمغرافية:

١- متغير العمر:

تم رصد أعمار أفراد العينة من خلال شهادات الميلاد، قبل بدء التجريب واستخرجت متوسطات الأعمار ابتداء من بداية البرنامج، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney ، والجدول رقم (١) يوضح ذلك.

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات العمر (ن=١٨)

القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
تجريبية	9	9.67	0.87	9.89	89	37	0.355	غير دالة إحصائياً
ضابطة	9	9.56	0.88	9.11	82			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝ =٠.٠٥) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير العمر، وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في العمر.

٣- التكافؤ في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي :

عينة الدراسة المستهدفة تسكن في مناطق متشابهة ومتقاربة من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وللتأكد من تقارب تلك المستويات تم تطبيق مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي قبل بدء التجريب، واستخرجت متوسطات الدرجات ابتداء من بداية البرنامج، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney للتعرف على الفروق بين المجموعات قبل البدء في التجربة، والجدول رقم (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (ن=١٨)

القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
تجريبية	9	31.778	4.295	8.278	74.500	29.500	0.983	غير دالة إحصائياً
ضابطة	9	33.778	2.635	10.722	96.500			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝ =٠.٠٥)، بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في الوضع الاقتصادي والاجتماعي.

التكافؤ في الخبرات الصادمة:

للكشف عن دلالة الفروق بين أفراد المجموعة الضابطة، وأفراد المجموعة التجريبية في درجات مقياس الخبرات الصادمة وأبعادها لدى الأطفال، حيث تم استخدام اختبار مان ويتني، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (٣)

يوضح نتائج اختبار مان ويتني لكشف الفروق بين متوسطي درجات الخبرات الصادمة وأبعادها لدى أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي

الخبرات الصادمة	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الحسمية	ضابطة	9	33.2	3.0	7.7	69.0	0.137	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	35.6	2.4	11.3	102.0		
المشاركة الاجتماعية	ضابطة	9	38.2	2.5	10.8	97.0	0.286	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	35.1	4.7	8.2	74.0		
ردود الفعل العاطفية	ضابطة	9	34.9	3.5	9.0	81.0	0.687	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	36.3	3.8	10.0	90.0		
إعادة الأحداث الصادمة	ضابطة	9	20.3	1.1	9.9	89.0	0.752	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	20.1	1.7	9.1	82.0		
تجنب الأحداث	ضابطة	9	19.6	3.6	8.0	72.0	0.223	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	22.0	2.1	11.0	99.0		
فرط التيقظ والمهارات	ضابطة	9	21.3	1.9	9.4	85.0	0.964	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	21.4	4.0	9.6	86.0		
الدرجة الكلية لمقياس	ضابطة	9	167.6	13.2	9.0	81.0	0.690	غير دالة إحصائياً
	تجريبية	9	170.6	8.9	10.0	90.0		

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق، عدم وجود فروق جوهرية بين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الخبرات الصادمة وأبعاده(الأعراض الجسمية، المشاركة الاجتماعية، ردود الفعل العاطفية والانفعالية، إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي، تجنب الأحداث، فرط التيقظ والمهارات الحياتية)، وهذا يدل على أن أطفال المجموعة التجريبية، وأطفال المجموعة الضابطة لديهم نفس المستوى من الخبرات الصادمة ونفس أبعادها قبل تطبيق البرنامج، مما يدل على وجود تكافؤ بين المجموعتين.

رابعاً: أدوات الدراسة:

تحتوى الدراسة على عدد من الأدوات الرئيسية وهي كالآتي:

أولاً: دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

هدف الباحث من إعداد الدليل إلى الآتي:

١- التعرف على العوامل والظروف التي أدت إلى ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، من خلال معلومات مباشرة من ولي الأمر ومن الأطفال أنفسهم المتعرضين للصدمة.

٢- التعرف على أكبر قدر من المعلومات الخاصة بكل طفل، من أجل الوقوف على أكثر الأطفال تعرضاً للصدمة واستبعاد غير الملائمين لتطبيق أدوات الدراسة عليهم.

٣- الكشف عن الجوانب التي تختص بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وقد قام الباحث بتصميم الدليل بعد الاطلاع على الاستمارات الخاصة بالأطفال المتعرضين للصدمة النفسية، ويعانون من أعراضها، ولم يجد في هذه الاستمارات والأدلة ما يناسب هذه الدراسة، من حيث المعلومات الكافية التي يريد الحصول عليها وتناولتها الدراسة، لذا قام الباحث بتصميم هذا الدليل وراعى فيه أن تكون صياغة العبارات سهلة بسيطة واضحة ومحددة، كما راعى أن تغطي الموضوع المستهدف بكل جوانبه.

والدليل من صورتين تطبق الصورة الأولى على الطفل موضع الدراسة، والثانية على ولي أمره، ويجيب عليها متضمناً المعلومات الديموغرافية، الإجراءات التي اتخذها كل منهم عند التعرض للصدمة النفسية وطرق التعامل مع الأعراض لاحقاً، أسلوب التعامل داخل البيت مع الأعراض، الشعور بالخوف والقلق والانزعاج، حالة الأم الصحية قبل وبعد الولادة، الظروف التي أدت لتطوير الأعراض لدى الطفل خاصة دون باقي الأخوة، الإصابة بالمرض النفسي لأي من أفراد الأسرة، المشكلات التي يعاني منها الطفل سواء سلوكيات الطفل اليومية أو عادات النوم، المساواة في المعاملة بين الأخوة من قبل الأهل.

وبعد التأكد من فهم العبارات ووضوحها تم استكمال إجراءات التحقق من صدق وثبات الدليل على النحو التالي:

١- (صدق المحكمين)

تم عرض الدليل بصورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والعاملين في المجال النفسي، وبناء على الملاحظات والتغذية الراجعة من السادة المحكمين تم تعديل صياغة بعض الأسئلة، وتم إجراء التعديل المطلوب واللازم.

٢- ثبات الدليل

تحقق الباحث من ثبات الدليل باستخدام عدة طرق كالآتي:

تم حساب معامل ثبات الدليل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة، من خلال إعادة تطبيق الدليل نفسه بعد مدة تتراوح بأسبوعين من إجراءه في المرة الأولى على عينة مكونة من (٣٦) طفل من مجتمع الدراسة، وكذلك حساب معامل ألفا كرنباخ كالتالي:

أ- معامل ألفا كرنباخ.

ب- إعادة التطبيق على عينة استطلاعية مكونة من (٣٦) طفل من مجتمع الدراسة بفارق زمني أسبوعين.

جدول رقم(٤)

يوضح معامل الثبات باستخدام ألفا كرنباخ والتطبيق وإعادته

معامل الثبات	النتائج
معامل ألفا كرنباخ	,823
إعادة التطبيق	ر= ,903.

نلاحظ من الجدول السابق أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يجعلنا نثق في تطبيقه.

ثانياً: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة. (إعداد الباحث)

طريقة بناء المقياس:

مرت عملية بناء المقياس بعدة مراحل وهي على النحو التالي :

- الاطلاع على الأطر النظرية المتعلقة بالصدمة من بيئات مختلفة مثل كل من: (smith,2003)، و(الخزندار،٢٠٠٦)من فلسطين،(أبو شريفة، ٢٠١١) من العراق،(دراسة شاهين وحمدي ، ٢٠٠٧) من الأردن،(دراسة جامعة كالفورنيا، ٢٠١١)من أمريكيا،(ودراسة الشيخ ، ٢٠١١) من سوريا.
- مراجعة لعدد كبير من المقاييس والاختبارات التي لها علاقة باضطراب ما بعد الصدمة، في مناطق الحروب والنزاعات بمناطق مختلفة من العالم، سواء المنطقة العربية أو خارجها مثل

دراسات كل من: (الحواجري، ٢٠٠٣) و(الخزندار، ٢٠٠٦) حيث تكون المقياس من خمسة أبعاد هي(الجانب الاجتماعي – الجانب الانفعالي – الجانب الجسمي – الجانب المعرفي – الجانب السلوكي). وكذلك مقياس (الطويل، ٢٠٠٦) الذي تكون أيضاً من خمسة أبعاد(هي أعراض جسمية – أعراض معرفية – أعراض انفعالية – اضطرابات سلوكية اجتماعية – اضطرابات في الوظائف الحياتية)، وكذلك مقياس(قوتة، ٢٠٠٣) ومقياس(ثابت، ٢٠٠٢)،ومقياس(Davidson,Trauma,Scale-DSM-IV- ترجمة عبد العزيز ثابت)، (حمدونة،٢٠١٤)، (World,Health,Organization,ICD-10,1992) مقياس(سوسن مجيد ، ٢٠١١)،(EL - Khosondar, 2004)

- تم مراعاة ما جاء في التصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV,1994), والتصنيف العاشر للاضطرابات النفسية الخاص بمنظمة الصحة العالمية (ICD-10,1992)

وصف المقياس:

يتكون مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في صورته النهائية من ٤٣ فقرة، ويحتوى على ستة مجالات(أبعاد) وهي (بعد الأعراض الجسمية ويتكون من (٩ فقرات) من (١–٩)، و(بعد المشاركة الاجتماعية ويتكون من (٩ فقرات) من (١٠–١٨)، و(بعد ردود الفعل العاطفية والانفعالية ويتكون من (٩ فقرات) من (١٩–٢٧)، و (بعد إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي ويتكون من (٥ فقرات) من (٢٨–٣٢)، و (بعد تجنب الأحداث ويتكون من (٥ فقرات) وهي من (٣٣–٣٧)، و (وبعد فرط التيقظ والمهارات الحياتية ويتكون من (٦ فقرات) وهي من (٣٨–٤٣). وهذه الأبعاد تغطى اضطرابات أعراض ما بعد الصدمة عند الأطفال، المقياس الذي تم إعداده من قبل الباحث في هذه الدراسة، وبذلك تم أخذ هذه الأبعاد وفقراتها وعرضها على بعض المحكمين المختصين والعاملين في مجال الصحة النفسية، والبحث العلمي، لتحكيم هذا المقياس في صورته الجديدة، لمعرفة مدى موافقة هذه الفقرات والمجالات لتخدم أهداف البرنامج الإرشادي الانتقائي لخفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، بعد تعرضهم لبرنامج الإرشاد النفسي الانتقائي.

تصحيح المقياس:

تتراوح درجات هذا المقياس من صفر وحتى ٢١٥ درجة، وتقع الإجابة على المقياس في خمس مستويات (أبداً، قليلا جداً، إلى حد ما، كثير، كثير جداً)، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (خمسة درجات إلى درجة واحدة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (١)أبداً، (٢) قليلا جداً، (٣)إلى حد ما، (٤) كثير،(٥)كثير جداً، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى اضطراب ما بعد الصدمة.

٢.١: الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، قام الباحث بحساب معاملات الثبات والصدق للمقياس، وسيقوم الباحث بعرض النتائج:

٢.١.١: معاملات الصدق لمقياس الخبرات الصادمة:

للتحقق من معاملات الصدق للمقياس قام الباحث بحساب الصدق بطريقتين وهما، صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي، وسوف يعرضها الباحث بالتفصيل من خلال التالي:

أولاً : صدق المحكمين:

عرض الباحث المقياس على مجموعة من المحكمين من المختصين في المجال السيكولوجي، والممارسين للعمل الارشادي والعاملين في المجال الأكاديمي النفسي، وقد استجاب الباحث لآراء السادة المحكمين، انظر الملحق رقم (١)، وقام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده، وبذلك خرج المقياس في صورته النهائية ليتم تطبيقه على العينة الكلية، في صورته قبل النهائية، ليتم تطبيقه على عينة استطلاعية في صورته النهائية.

ثانياُ : الاتساق الداخلي Internal consistency:

للتحقق من الاتساق الداخلي، تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين كل فقرة والدرجة الكلية لكل بعد على حده، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، ثم لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة من فقرات كل بعد على حده مع البعد الخاص بها، والنتائج سوف توضح من خلال الجدول التالية:

جدول رقم(٥)

يوضح معاملات الارتباط لأبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: الأعراض الجسمية	0.829 **	**0.04
البعد الثاني: المشاركة الاجتماعية	0.813 **	**0.0١
البعد الثالث: ردود الفعل العاطفية والانفعالية	0.911 **	**0.0١
البعد الرابع: إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	0.894 **	**0.04
البعد الخامس: تجنب الأحداث	0.677 **	**0.0١
البعد السادس فرط التيقظ والمهارات الحياتية	0.809 **	**0.0١

** دالة عند ٠.٠١ * دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة إحصائياً

تبين من خلال الجدول السابق بأن أبعاد مقياس الخبرات الصادمة، تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٦٧-٠.٩١)، وهذا يدل على أن أبعاد مقياس الخبرات الصادمة، تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن مقياس الخبرات الصادمة لديه ستة أبعاد، فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الستة، والدرجة الكلية لكل بعد على حده، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (٦)

يوضح معاملات الارتباط لفقرات أبعاد مقياس الخبرات الصادمة والدرجة الكلية لكل بعد على حده

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
الأعراض الجسمية		المشاركة الاجتماعية		ردود الفعل العاطفية والانفعالية	
1	0.591**	10	0.576**	20	0.571*
2	0.737**	11	0.501*	21	0.786**
3	0.693**	12	0.61**	22	0.578*
4	0.676**	13	0.705**	23	0.713**
5	0.631**	14	0.700**	24	0.729**
6	0.651**	15	0.320//	25	0.571*
7	0.72**	16	0.625**	26	0.834**
8	0.605**	17	0.797**	27	0.541*
9	0.808**	18	0.633**	28	0.675**
		19	0.707**		
تجنب الأحداث		فرط التيقظ والمهارات الحياتية		إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	
34	0.794**	39	0.847**	29	0.791**
35	0.693**	40	0.856**	30	0.859**
36	0.800**	41	0.688**	31	0.586*
37	0.826**	42	0.750**	23	0.868**
38	0.776**	43	0.780**	33	0.696**
		44	0.523*		

** دالة عند ٠.٠١ * دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة إحصائياً

أظهرت النتائج من الجدول السابق أن: فقرات أبعاد المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠٥، ما عدا الفقرة (١٥) فهي غير دالة إحصائياً فلذلك يستوجب حذفهما من البعد والمقياس، ومما سبق يظهر بأن فقرات الأبعاد تتمتع بمعاملات صدق عالي، وبهذا ينصح باستخدام هذه الأبعاد في الإجابة على أهداف الدراسة.

معاملات الثبات للمقياس:

للتحقق من معاملات الثبات للمقياس، قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين وهما، طريقة الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وذلك بعد حذف الفقرات التي ثبت أنها غير دالة إحصائياً من خلال نتائج صدق الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

أولاً- معاملات الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (٣٦) من الأطفال، بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي ٠.٩٣١، كما تبين أيضاً أن معامل الثبات للأبعاد السبعة مرتفعة، وهي أكبر من نقطة القطع وهي تساوي ٠.٦٠، حيث تراوحت بين(٠.٧٨٩-٠.٩٠٥)، وهذا يدل على أن مقياس الخبرات الصادمة وأبعاده يتمتع بمعامل ثبات عالي.

ثانياً- معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (٣٦) من الأطفال، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الخبرات الصادمة بهذه الطريقة (٠.٥٨٦)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان – براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠.٧٣٩)، وهذا يدل على أن مقياس الخبرات الصادمة يتمتع بمعاملات ثبات عالية، كما تبين أيضاً بأن معاملات الثبات للأبعاد الستة مرتفعة، وهي أكبر من نقطة القطع وهي ٠.٦٠، حيث تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس بين(٠.٧٦١ -٠.٨٩٨)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالي، مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس الأبعاد المذكورة أعلاه، وبذلك يعتمد الباحث هذا المقياس كأداة لجمع البيانات وللإجابة على فروض وتساؤلات الدراسة.

جدول رقم (7)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس الخبرات الصادمة وأبعاده.

الرقم	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	طريقة التجزئة النصفية	
				معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون
1	الأعراض الجسمية	9	٠.٨١٤	٠.٨١٥	٠.٨٩٨
2	المشاركة الاجتماعية	9	٠.٨١٨	٠.٦١٠	٠.٧٦١
3	ردود الفعل العاطفية والانفعالية	9	٠.٨١١	٠.٦٢١	٠.٧٦٨
4	إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	5	٠.٨٣٢	٠.٧٣١	٠.٨٤٥
5	تجنب الأحداث	5	٠.٧٨٩	٠.٧١٨	٠.٨٤١
6	فرط التيقظ والمهارات الحياتية	6	٠.٨٣٨	٠.٦٤٦	٠.٧٨٥
	المقياس الكلي	**43**	**٠.٩٣١**	**٠.٥٨٦**	**٠.٧٣٩**

ثالثاً: مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي:

يعد المستوى الاجتماعي والاقتصادي متغيراً بالغ الأهمية في مجال البحوث النفسية، والتربوية، والاجتماعية، نظراً لما يقترن به ويصاحبه من أنماط سلوكية يتمثلها الفرد، وتحدد بدورها تفكيره وتوجه استجاباته تفاعلاً وتكيفاً، مع ما يتعرض له أو يعايشه في حياته اليومية، وحياة مجتمعه من أحداث وتطورات، ويلعب المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، دوراً مهماً في حياة الفرد، حيث أن له تأثيرات كبيرة على شخصية الفرد في جوانبها المختلفة، الجسمية والاجتماعية والعقلية والانفعالية.

مرحلة التصميم :

قام الباحث بالاطلاع على عدد من المقاييس والأدوات الخاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي، مثل استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التي أعدها علاء جرادة (٢٠١٢)، استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التي أعدتها نوال عزيز (٢٠١١)، استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التي أعدها عبد العزيز الشخص(١٩٨٨)،استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي التي أعدتها سامية قطبان(١٩٧٩)، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الفلسطينية إعداد صلاح أبو ناهيه، وبعد اطلاع الباحث على عدد

من المقاييس أتضح أنها تفتقد لقياس الجانب الثقافي بوضوح، وقد سعى الباحث إلى الإلمام بمختلف الجوانب الخاصة بمشكلة الدراسة بهدف الوصول إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي بشكل واضح.

وتناول الباحث المقياس من خلال ثلاثة أبعاد كالآتي:

البعد الاجتماعي ويتضمن ٦ عبارات.

البعد الاقتصادي ويتضمن ٦ عبارات.

البعد الثقافي ويتضمن ٥ عبارات.

وقد قام الباحث بعرض المقياس على عدد من الأساتذة المتخصصين والعاملين في مجال علم النفس، لمعرفة مدى قدرته على قياس ما وضع له،من خلال فحص مضمون العبارات، ومدى ملائمتها ووضوحها وسلامتها، وتم حذف العبارات التي لم يتفق عليها المحكمون، وتم تعديلها في الصورة النهائية،مع الإبقاء على العبارات التي حازت على أتفاق المحكمين بنسبة ٨٠% وتم إجراء التعديل اللازم وإضافة المطلوب.

رابعاً: استمارة الواجب المنزلي (إعداد الباحث):

قام الباحث بإعداد استمارة متابعة الواجبات المنزلية لجلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي وهدف الباحث منها إلى الآتي:

- متابعة مدى تقدم الطفل بعد كل جلسة بأولاً بأول.
- متابعة أولياء الأمور الدورية لأطفالهم، وتحقيق التواصل الفعال مع الباحث بغرض إبداء الملاحظات المهمة التي تفيد أبناءهم.
- تقويم الجلسات لمعرفة مدى استفادة الطفل منها والربط بينها وبين الجلسة التي تليها في الواجب المنزلي الخاص بها.
- تحقيق أهداف البرنامج بصورة منظمة يتضح فيها دور أفراد عينة البحث من الأطفال والوالدين والباحث.
- متابعة الباحث لمدى فاعلية كل جلسة وأثرها على الطفل من خلال معرفة مدى تقدم الطفل في الانتهاء من الواجب المنزلي الخاص به.

وقد تم إعداد الاستمارة في نقاط تحقق الأهداف السابقة كالآتي:

١- إطلاع ولي الأمر على ما تم تدريب الطفل عليه في الجلسة.

٢- ما ينبغي على ولي الأمر القيام به من مساعدة لأبنائهم في المنزل.

٣- معرفة مدى استفادة الطفل من كل جلسة وقدرته على الانتهاء من الواجب المنزلي.

٤- ملاحظات أولياء الأمور على أبنائهم في أثناء تدريبهم في المنزل.

وتعتبر هذه الاستمارة أحد أهم إجراءات التقويم المبدئي النامي الأساسي لكل جلسة، الذي سيفيد الباحث في تقويم الجلسات أولاً بأول، ومعرفة إلى أي مدى تحققت أهداف البرنامج.

خامساً: البرنامج الإرشادي

مقدمة البرنامج :

قام الباحث من خلال الأسس والفروض والمبادئ الأساسية المستمدة من التأصيل النظري للدراسة الحالية، ومن خلال خبرة الباحث في التعامل مع الحالات والمشكلات النفسية والسلوكية والمعرفية المختلفة، ومن خلال اطلاع الباحث على العديد من الدراسات السابقة، والبرامج المختلفة في إعداد برنامج في التدخل الإرشادي، والتدخلات العلاجية الخاصة بالصحة النفسية وخاصة الصدمة النفسية، حيث قام الباحث بتصميم البرنامج من مجموعة فنيات تنطلق من نظريات الإرشاد النفسي بطريقة تكاملية انتقائية.

(١) البرنامج Programme :

تعددت مفاهيم وطرق وآليات التدخلات الإرشادية، ولكنها جميعاً اتفقت على هدف عام هو تحقيق أعلى درجات التوافق النفسي والاجتماعي والبيئي للفرد.

وقد ورد العديد من التعاريف للبرامج الإرشادية، والعلاجية، في كتابات العلماء والباحثين، لما لهذه التعاريف من أهمية، حيث تعتبر منطلقاً لتصميم برامج واضحة وناجحة، ومن بين هذه التعاريف المهمة للبرنامج تعريف(حامد زهران، ١٩٩٨: ٤٣٩) الذي عرفه بأنه برنامج مخطط منظم، في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة، فردياً، وجماعياً، بهدف مساعدة الأفراد في تحقيق التوافق والنمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل، ولتحقيق التوافق النفسي.

ويرى(علاء جرادة، ٢٠١٢: ١٤٣) أن التدخل الإرشادي يعتمد على أسس وركائز التدخل المختلف في الأنشطة والفنيات، وليس بالهدف العام فقط، وأنه عبارة عن مجموعة من الخدمات الانتقائية التكاملية النفسية والاجتماعية والتربوية المبنية على أسس علمية هادفة، تتضمن العديد من الأنشطة والتمارين المختلفة، حيث يقوم بها شخص خبير متمرس يمتلك مهارة عالية بأساليب وفنيات الإرشاد والتوجيه النفسي، بهدف تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي والتربوي للفرد.

ويعرفه الباحث في هذه الدراسة بأنه: برنامج يضم مجموعة من الفنيات والآليات والتقنيات والاستراتيجيات، المستمدة من بعض النظريات النفسية، تقوم على إحداث تغيير في البنية المعرفية؛ لإيجاد حالة شعورية داخلية، تساعد الأطفال في التخفيف من أعراض اضطراب النفسية السلبية، وإيجاد علاقة تكاملية تبادلية تناسقية بين هذه الفنيات؛ بقصد إحداث أفضل الأثر

فيما استخدمت له، وبغض النظر عن التأصيل النظري لكل فنية من الفنيات المختارة، وذلك بأسلوب انتقائي تكاملي يفيد عينة البحث.

أهمية البرنامج:

تظهر أهمية البرنامج من خلال جوانبها النظرية والتطبيقية على النحو التالي:

أولاً: الجانب النظري:

تكمن أهمية البرنامج الحالي في أهمية الجانب الذي يقوم الباحث بدراسته، فهو محاولة التعرف على فاعلية التدخل الإرشادي في التخفيف من آثار اضطراب ما بعد الصدمة، كما تأتى أهمية البرنامج الحالي، كمحاولة علمية جديدة تضاف إلى المحاولات السابقة في ميدان البحوث ذات الصِّلة.

ثانياً: الجانب التطبيقي:

يسعى الباحث لمحاولة تبصير الهيئات العلمية والتربوية والاجتماعية المسؤولة عن إعداد برامج الأطفال، بأهمية البرامج المبنية على وجهة النظر الانتقائية في تعاملها مع اضطراب ما بعد الصدمة، خاصة في البيئة الفلسطينية، التي تكثر فيها مسببات الاضطراب، وذلك للتخفيف من معاناة أطفالنا من أعراض إضراب ما بعد الصدمة، ومساعدة الأطفال والأسر على التغلب عليها.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس المهمة كما حددها(حامد زهران،١٩٩٨: ٥٠٢) وهى:

أسس عامة: وتشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق الفرد في الإرشاد والعلاج النفسي وتقبل العميل، وقابلية السلوك للتعديل والتغيير، والتدريب وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي.

أسس دينية: يعتبر الدين ركناً أساسياً في الإرشاد النفسي، والنمو السوي يتضمن النمو الديني وتحقيق الصحة النفسية، والقيم الدينية والخلقية تمثل معايير مقدسة للسلوك الإنساني، كما أن احترام مقدم الخدمة النفسية(المرشد) ومتلقيها(المسترشد) للقيم الدينية والخلقية يؤدى إلى نجاح عملية الإرشاد واستمرارها بشكل فعال.

أسس فلسفية: وتشمل مراعاة الطبيعة الإنسانية، وأخلاقيات المهنة الإرشادية، وسرية المعلومات، والعلاقة المهنية التي تقوم على الثقة، والتسامح والإقناع، والتفكير المنطقي في كل مراحل العملية الإرشادية .

أسس نفسية تربوية: وتتضمن مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة، وإشباع حاجاتها النفسية، والاجتماعية، والبيئية، والدينية للأطفال.

أسس اجتماعية: وتشمل الاهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن التغيرات الثقافية والقيود والضغوط الاجتماعية تؤثر على شخصية الطفل والأفراد، وفي عملية الإرشاد النفسي، وأن أسلوب الإرشاد الجماعي يعتبر من أفضل الطرق الإرشادية في التعامل مع الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تواجه الأطفال.

أسس فسيولوجية وعصبية: التأكد من سلامة الجسم الفسيولوجية، وخلوه من الأمراض الجسمية والعضوية التي تؤثر على الناحية النفسية، على اعتبار أن الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية وجسمية متكاملة.

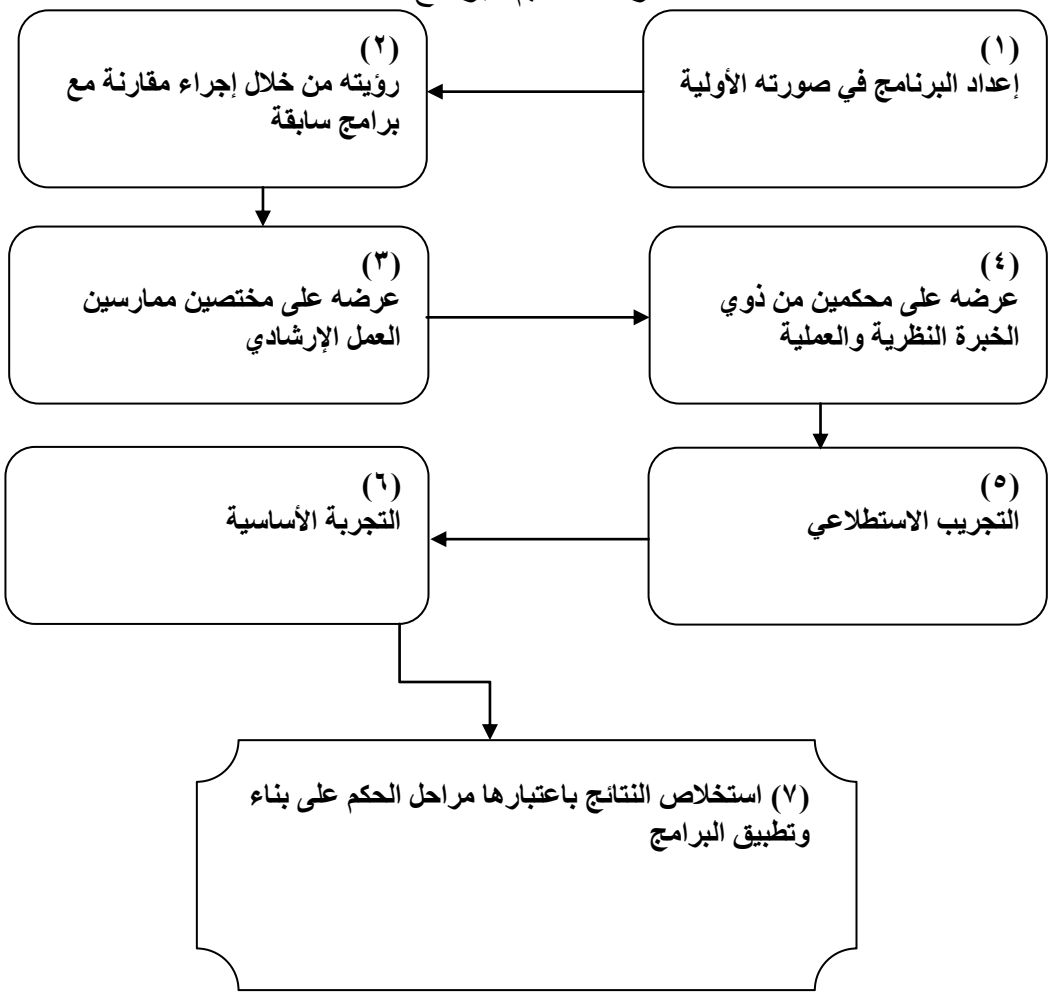
الإعداد للبرنامج:

قام الباحث بتجهيز الأدوات التجريبية، والمقاييس اللازمة لإجراء التجربة الاستطلاعية، وتحديد العينة التجريبية، التي تم تطبيق التدخل الإرشادي عليها، وتهيئة الظروف المناسبة من حيث الوقت، والمكان،واختيار وتحديد عينة الدراسة وفق الاختيار العلمي، وتم الاتفاق على الوقت المناسب لعقد الجلسات الإرشادية، بحيث تكون جلستين أسبوعياً لمدة شهرين ونصف تقريباً، حيث تغطي جلسات البرنامج البالغ عددها إحدى وعشرون جلسة بمعدل (٩٠ دقيقة).

كما تم عرض البرنامج الإرشادي بعد إعداده في صورته الأولية على مجموعة من السادة المحكمين، وعددهم ١٢ من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، والعاملين في المجال النفسي لمشاركة رأيهم في البرنامج ومحتوياته،(ملحق١) . وقد مر إعداد وتحكيم البرنامج بعدة مراحل، اتبعها الباحث ليخرج ببرنامج الدراسة بأحسن حال، وليضمن الوصول لأقصى درجات الدقة والإتقان في تصميم البرنامج، وذلك وفقاً للمنحى الانتقائي في الإرشاد. والشكل رقم (٢) يجسد المراحل التي مر بها البرنامج من حيث الإعداد والتحكيم.

شكل رقم (٢)

مراحل تحكيم البرنامج



تخطيط البرنامج:

بعد اطلاع الباحث على أطر نظرية لكثير من النظريات الإرشادية، والتأصيل النظري والعملي لوجهة النظر الانتقائية، فقد عمل الباحث على أن يكون التخطيط المنظم للبرنامج الإرشادي متكاملاً ومتناسقاً ومتماشياً مع أهداف العملية التربوية، سيما أن جميع أفراد العينة يدرسون في المدارس الحكومية وتلك التابعة لوكالة الغوث الدولية، وقد حرص أن يكون البرنامج عاملاً لإشباع حاجات الطلاب الدينية والنفسية والتربوية والاجتماعية، كما الأسرية، وأن يلبي تطلعاتهم وتوقعات أسرهم وذويهم من البرنامج، وقد روعي في عملية التخطيط للبرنامج عاملي الوقت والمكان، بحيث تكون فيه من المرونة ما يجعله يتوقع ويعالج أي طارئ، قد يحدث أو عقبات تتعلق بذلك، سيما أن المنطقة المطبق فيها البرنامج يتوقع فيها الأخطار، وقد ضمت عملية التخطيط جميع أجزاء ومكونات البرنامج المتكامل الناجح على النحو الآتي:

أ- أهداف البرنامج :

تم إبراز أهداف البرنامج، وتقسيمها إلى أهداف علاجية، ووقائية وإجرائية نامية، والتي تم توصيفها توصيفاً علمياً مراعياً الوضوح والشمول كما يأتي:

- **هدف علاجي:** ويتمثل في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني، والإفصاح الذاتي والتعبير الانفعالي، وإكسابه فلسفة عامة تمكنه من التعامل مع الضغوط والأحداث الصادمة وتمكنه من القدرة على الاستبصار بمشكلته.
- **هدف وقائي:** عن طريق استخدام بعض الفنيات والاستراتيجيات،التي تمكنهم من التفاعل مع الآخرين، وتخفيف الإحساس بالقلق والتوتر والخوف واضطرابات النوم وغيرها من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- **هدف إجرائي:** من خلال معرفة الأطفال معنى الإرشاد النفسي ومدى أهميته للوصول بالفرد إلى الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي.

وكما يسعى البرنامج لتحقيق عدد من الأهداف الخاصة كما يلي:

١- إشعار الطفل بالاحترام والتقدير.

٢- تعريف الطفل على العديد من الحالات المماثلة والتي توصلت إلى تحسن أدائها.

٣- تدريب الطفل طرق وآليات الاسترخاء.

٤- تعلم الطفل لطرق التفريغ الانفعالي من خلال فنيات الإرشاد الانتقائي.

٥- تعزيز النقاط الإيجابية لدى الطفل.

٦- تفريق الطفل بين المواقف السلبية والمواقف الايجابية في حياته.

ب- الآليات والوسائـل:

يستخدم برنامج الدراسة بعض الفنيات والآليات المنتقاة وفقاً للمنهج الانتقائي، والتي تعمل بشكل تكاملي لمعالجة كل جزئية من جزئيات الاضطراب، والتي تم إعدادها لتلائم وتناسب مشكلة أفراد عينة الدراسة، وهذه الفنيات هي:

١- المحاضرات والمناقشات الجماعية والألعاب والواجب المنزلي وذلك من خلال :

- الإرشاد الجماعي
- الإرشاد الأسرى
- الإقناع اللفظي
- المناقشة والحوار
- المحاضرة
- والسيكودراما
- الإرشاد الديني
- الإرشاد المدرسي من خلال إشراك المعلمين والزملاء في المدرسة بالجلسات والمتابعة.

ج – الخدمات التي يقدمها البرنامج:

حرص الباحث في هذا البرنامج على أن يقوم بتقديم خدمات إرشادية متنوعة لأفراد المجموعة التجريبية، وأن تكون هذه الخدمات متكاملة وشاملة لكل ما يحيط بالطفل ويؤثر أو يتأثر به. وهذه الخدمات مجملة فيما يأتي:

١- **خدمة الإرشاد الديني:** ويتمثل في الفهم الأمثل لمفهوم القضاء والقدر، والأخذ بأسباب كل شئ وعدم الاستسلام والخنوع لأي حدث كان، والعمل على النجاة والنجاح المستمرين.

٢- **خدمات نفسية:** وتتضمن تعزيز الآثار النفسية الإيجابية، والقضاء على الآثار النفسية السلبية مثل الخوف، والذعر، والقلق، والتوتر الذي يلي الأحداث الصادمة.

٣- **خدمات تربوية:** وتشمل المساهمة في تحقيق الأهداف التربوية، من خلال تبصير الطفل بمشاركة المعلمين بالزيارات المنزلية، ومشاركتهم بجلسات البرنامج، ويسعى للتوافق التربوي النفسي المشترك.

٤- **خدمات اجتماعية:** وتتضمن تعلم المعايير الاجتماعية السوية، تنمية الحس الاجتماعي، تنمية المسؤولية الاجتماعية، المساعدة في التوافق الاجتماعي للطفل.

٥- **خدمات ترويحية:** وتتمثل في ممارسة بعض الألعاب التربوية والترفيهية والاجتماعية والرياضية والثقافية، وذلك ضمن معظم جلسات البرنامج.

٦- **خدمات وقائية:** من خلال تحصين الطفل بالمعلومات الدينية والاجتماعية الثقافية، ومواجهة الأحداث الصادمة من خلال إكسابه رؤية علمية يتم التدرب عليها، للاستفادة منها على المدى القريب والبعيد.

٧- **خدمات طبية:** وتتضمن فلسفة عامة في الحياة تمكنهم من التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة.

٨- **خدمات المتابعة:** من خلال التغذية الراجعة، وأساليب التقييم، وأساليب المتابعة المستقبلية للأطفال كما هو موجود بالبرنامج.

٩- **خدمات البيئة المحيطة:** وتشمل المؤسسات ذات الصلة بالأطفال مثل: الأسرة، والعيادات الفسيولوجية والنفسية، ومراكز الإرشاد، ومراكز الخدمة الاجتماعية.

مكان الجلسات :

تتم الجلسات الإرشادية للبرنامج بغرفة الإرشاد والتوجيه النفسي والأسرى، وغرفة العلاج باللعب التابعتين لمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية الكائن بمدينة غزة، وكذلك في قاعة مكتبة مدرسة الفلاح الابتدائية للذكور التابعة لوكالة الغوث الدولية، بالإضافة إلى منتجع النور السياحي لتنفيذ الجلسة الخاصة بالرحلة. كما أنه يمكن إيجاد بديل مناسب للمكان، حال حدوث أي طارئ من أي نوع.

التدخل الإرشادي:

تمهيد:

يعتقد الباحث أن التدخل الإرشادي عبارة عن نوع من أنواع العلاج النفسي، حيث يكون الهدف النهائي للإرشاد، هو مساعدة متلقي الخدمة على التخلص من مشكلة تؤرقه وتقلقه، وتقلق وتؤرق من حوله أيضاً، ويكون ذلك ضمن الأسس والمبادئ العلمية لإعداد خطط وبرامج التدخل الإرشادي، ويشمل كل من الخدمات الإرشادية المباشرة والغير مباشرة التي تقدم سواء بشكل فردي أو بشكل جماعي، ضمن الإرشاد الجماعي الانتقائي، كما هو مطبق في هذا البرنامج، والذي هدفه مساعدة الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، الناتجة عن استشهاد أعزاء في الاعتداءات والحروب الإسرائيلية على الفلسطينيين، في تحقيق بعض جوانب النمو النفسي والتربوي والمساعدة في تحقيق التوافق، وإعادة التكيف وتحقيق أعلى درجات الصحة النفسية الممكنة لهم.

ويستخدم هذا التدخل الإرشادي أسلوب الإرشاد الجماعي للطفل، وولي الأمر، والمعلمين، حيث يعتبر التدخل الإرشادي عملية تربوية وتعليمية، تقوم على أسس نفسية، وتربوية، واجتماعية أهمها أن الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية وتربوية واجتماعية، لابد من إشباعها في إطار فردى وجماعي وأسري، مثل الحاجات الأساسية للطفل، كالحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى التقدير، والانتماء، وهو ما يهدف إليه التدخل الإرشادي من توفير المعلومات، والأنشطة، والتدريبات والمحاضرات والنقاش المشترك مع الأطفال للتخفيف من حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وقد أشار (حامد زهران، ١٩٩٨: ٣٣١) في هذا الخصوص كما نقل عنه(علاء جرادة،٢٠١٢) أن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية يستخدم بنجاح على نطاق واسع في الإرشاد الوقائي وخاصة في المدارس والجامعات. فالتدخل الإرشادي العلاجى يمكن أن يلعب دورا كبيراً في تخفيف الخسائر المادية والبشرية من ناحية والاضطرابات النفسية من ناحية أخرى، والهدف الأساسي له العمل على زيادة فاعلية، ونشاط الأطفال في مواجهته المشكلة، وتقليل الآثار السلبية لها عليهم بصفة خاصة والأسرة والمجتمع بصفة عامة.

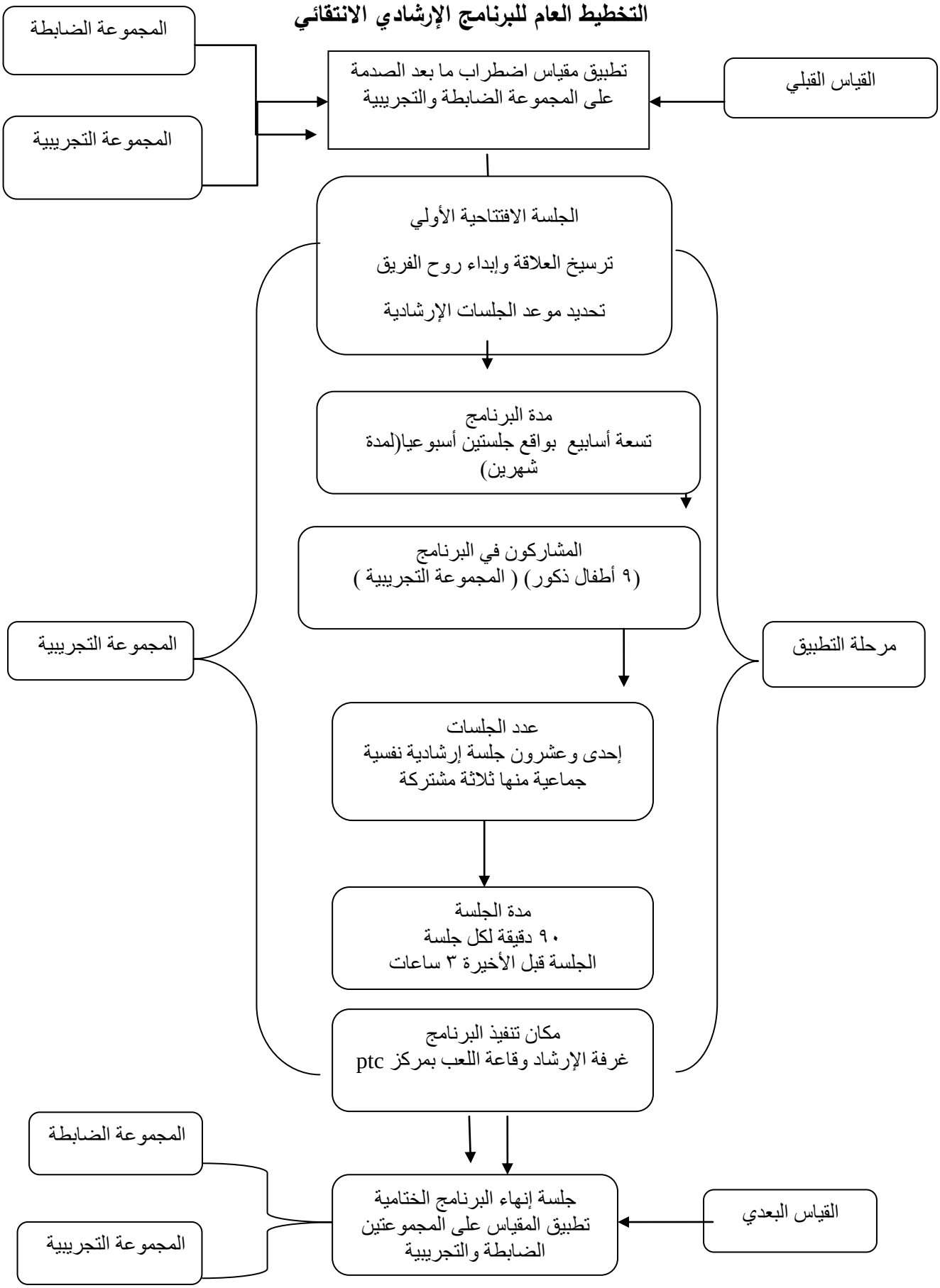
ويعتمد أسلوب العلاج الجماعي على المحاضرات والمناقشات، واستخدام بعض الوسائل الممكنة مثل الألعاب والأفلام، والشرائط، واللوحات، وبرنامج عرض الشرائح كأسلوب نموذجي Power Point وغيرها مما يساعد في الإيضاح، وكذلك التدريب على بعض الأنشطة التي يقوم بها الأطفال؛ للتخفيف من التوتر والضغوط التي تؤدى إلى التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة.

ويرى الباحث أن الفرد بشكل عام والطفل بشكل خاص، يكون قادراً على تحقيق ذاته، إذا كان عارفاً بإمكاناته وقدراته بشكل موضوعي ودقيق، ومستبصراً بنقاط القوة الكامنة بداخله، وكذلك مواطن ونقاط الضعف في شخصيته، فيعمل على تعزيز مواطن القوة وزيادتها قوة، ومعالجة مواطن الضعف ومحاصرتها. فهناك العديد من الظروف والمعيقات تجعل الطفل أقل كفاءة في تحديد هذه القدرات، وكذلك أقل معرفة بالحاجات، ومن هذه المؤثرات الشعور بالتهديد والخوف وعدم الأمان، وكذلك الترقب والتوجس، والوهم والخيال المهدر للوقت والطاقات، فبذلك يكون غير قادر على فهم ما يحيط بهً وبالتالي عدم القدرة على فهم نفسه، مما يجعله أكثر عرضة للتأثر بالأزمات والأحداث الصادمة. وفي المقابل إذا ما شعر الطفل بالرضا عن نفسه، فاهماً لما يدور حوله، سيكون أكثر معرفة بحاجاته وأكثر إشباعاً لحاجاته، وبالتالي يكون أكثر سعادة.

وقد قام الباحث وبعد الاطلاع على الأسس، والفروض، والمبادئ الأساسية المستمدة من التأصيل النظري للعديد من النظريات، بإعداد برنامج للتدخل الإرشادي خاص بهذه الدراسة؛ لاختبار مدى قدرته على مساعدة المجموعة التجريبية عينة البحث، من التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة(PTSD)، كما يحاول الباحث من جانبه إكساب الأطفال بعض الاستراتيجيات، التي تساعدهم في مواجهة الأحداث الصادمة مستقبلاً، من خلال البرنامج المطبق، كذلك يسعى الباحث للتعرف على مدى فاعلية التدخل الإرشادي سواء بعد التطبيق مباشرة للبرنامج، أو بعد التطبيق بفترة زمنية معينة – شهرين أو أكثر – وفيما يلي عرض لمحتوى الجلسات الخاصة بالبرنامج الإرشادي الانتقائي والذي أعده الباحث لهذه الدراسة.

شكل رقم (٣)

التخطيط العام للبرنامج الإرشادي الانتقائي



جدول (٨)

يوضح جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
الأولى	التعارف وبناء الثقة	× التعارف بين أفراد المجموعة والباحث وبناء جسور الثقة × التعريف بالبرنامج الإرشادي وجلساته × بناء القواعد الأساسية التي تحكم عمل المجموعة طوال جلسات البرنامج	الحوار والمناقشة الرسم الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع أفراد المجموعة	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الثانية	توقعات وتعريف بالبرنامج	× يتعرف الأطفال على مفهوم البرنامج الإرشادي و الهدف منه. × .يحدد الأطفال توقعاتهم من البرنامج الإرشادي. × يميز الأطفال المستهدفين بين التوقعات الصحيحة والخاطئة من البرنامج. × تنمية روح التعاون و العمل الفريقي لدى الأطفال.	الحوار والمناقشة الرسم الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع أفراد المجموعة	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الثالثة	إرشاد الأسرة - المعلمين نحو طريقة التعامل مع	× تعريف أولياء أمور أطفال المجموعة التجريبية بطبيعة البرنامج الإرشادي × إكساب أولياء أمور الأطفال بعض المهارات للتعامل مع أطفالهم ورعايتهم	الملاحظة المناقشة الحوار الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر	جماعية مشتركة لولي الأمر والمعلمين	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا	ساعة ونصف

تابع جدول ٨

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
	الأطفال			إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة		الصدمات النفسية	
الرابعة	الصدمة النفسية	× تزويد الأطفال بمعلومات نظرية وعملية عن الصدمة النفسية. × التفريق بين الأعراض الناتجة عن الضغوط النفسية والأعراض الناتجة عن الصدمة النفسية × تعريف الأطفال بالصدمة النفسية كمصطلح يتناوله العامة بكثرة.	المحاضرة الألعاب الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الخامسة و السادسة	الاسترخاء	× تدرب الأطفال على الاسترخاء العضلي ويدخل الأطفال في حالة استرخاء عضلي بشكل جيد.	الشرح النقاش الحوار الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف لكل جلسة

تابع جدول ٨

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
السابعة	التقييم أولي وثانوي	× تعديل الصورة المشوهة التي قد تكون موجودة عن الخبرة الصادمة. × توضيح المعاني الايجابية للخبرة الصادمة. × تحويل الحدث الصادم من حدث استثنائي إلى خبرة يمكن إدراجها ضمن خبرات الحياة.	شرح النقاش الحوار الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية بين أفراد المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الثامنة	والمشاعر المتعلقة بالخبرة الصادمة	×توضيح العلاقة بين الأفكار السلبية و المشاعر المؤلمة × تصحيح الأفكار السلبية المتعلقة بالحدث × تفعيل ودعم المجموعة	الملاحظة الشرح والحوار الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع المرشد	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
التاسعة	مناقشة و تنفيذ الأفكار العقلانية	× مساعدة الطفل للتخلص من الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار و اتجاهات عقلانية. ×توضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه الطفل . × إكساب الطفل آلية جديدة لمواجهة أحداث الحياة للحماية من الأفكار اللاعقلانية.	الملاحظة الاسترخاء الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية مع الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
	شجرة العائلة	× تعميق إدراك الذات و التعبير عنها.	الملاحظة	الاستماع التلخيص	جماعية	غرفة الإرشاد	

تابع جدول ٨

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
العاشرة والحادية عشر		× توضيح أنماط ووسائل العائلة. × الاتصال بالعائلة بأسلوب جديد. × ازلة الشخصية وجمود الطاقة في النظام العاطفي للعائلة. × تكوين نظام اشمل للعائلة.	الاسترخاء الرسم الحوار الواجبات المنزلية	التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة		النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف لكل جلسة
الثانية عشر	الحس الشعوري	× تحديد الحس الشعوري(الألم –الفرح–الحزن) للطفل في أي من أجزاء جسمه. ×الحديث عن المشاعر السلبية المؤدية للألم بشكل تركيزي	الملاحظة الحوار الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الثالثة عشر	الإرشاد الديني	× توضيح مفهوم القضاء والقدر للأطفال في المجموعة الإرشادية. × تقوية الوازع الديني لدى أطفال المجموعة الإرشادية .يدرك أطفال المجموعة دورهم في الحياة وواجبهم نحو ربهم ووطنهم	الشرح والحوار والنقاش الأسئلة المفتوحة والمغلقة الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
	الصمود النفسي	× إكساب الأطفال آلية لتقوية النفسية الصمود النفسي.	الملاحظة النقاش الحوار الشرح	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء	جماعية	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز	ساعة ونصف

تابع جدول ٨

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
الرابعة عشر		× تحسس مواطن القوة والضعف أثناء الأحداث الصادمة.	الواجبات المنزلية	الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة		فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	
الخامسة عشر والسادسة عشر	السيكودراما	× اكتشاف نقاط القوة والضعف لدى الأطفال وتقويتها. × التعبير عن الأفكار بحرية. اتخاذ القرارات الأكثر صحة في المواقف الأكثر صعوبة.	الملاحظة المحاضرة النمذجة قصص وعبر من الواقع الحوار النقاش الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	جماعية	غرفة اللعاب بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة **ونصف لكل جلسة**
السابعة عشر	التعبير عن المشاعر	× يعبر الأطفال عن مشاعرهم الايجابية بحضور ولى الأمر. × الإدراك بأهمية احترام المشاعر للآخرين مهما كانت نوعها وتفهما.	الملاحظة الحوار والنقاش الشرح بأهمية الدمج الواجبات المنزلية	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة مع ولي الأمر	غرفة الإرشاد النفسي بمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية	ساعة ونصف
الثامنة عشر	النمذجة	× محاكاة النموذج المعروض × مناقشة للسلوك المرغوب × تحديد الدروس المستفادة	الحوار والمناقشة الواجبات المنزلية	الاستماع التركيز الربط التغذية الراجعة	جماعية	قاعة اجتماعات مدرسة الفلاح	سلعة ونصف
التاسعة عشر	أسلوب حل	× التعرف على خطوات حل المشكلة.	الحوار والمناقشة	الربط إعادة الصياغة	جماعية	قاعة مركز فلسطين	ساعة ونصف

تابع جدول ٨

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	المهارات المستخدمة في الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
	المشكلات	× محاكاة مشكلة وحلها التوظيف الوظيفي للمهارة	الاسترخاء المشاركة الوجدانية الواجبات المنزلية	الاستماع إعادة التلخيص			
العشرون	رحلة ترفيهية	× توطيد العلاقة بين المشاركين بهدف الإنهاء × تعميق روح الجماعة × تعميق الثقة والاحترام	اللعب بأنواعه الاسترخاء السيكودراما المحاضرة الحوار والمناقشة الواجبات المنزلية	المواهب التلخيص عكس المشاعر التلخيص	جماعية	منتجع النور السياحي	ثلاث ساعات
الحادية والعشرون	التقييم والإنهاء	× إكساب الأطفال فاعلية وتقييم أعمالهم وسلوكم وإنهاء العلاقة المهنية معهم. × نقل أثر التعلم و التدريب في مجالات الحياة العملية المتعددة وتنمية مستوى الطموح لديهم. × تقييم أطراف البرنامج) الطفل - ولي الأمر – المعلم (للبرنامج وممارساتهم خلال جلساته. × الإعلان عن إنهاء البرنامج الإرشادي × تطبيق الاختبار البعدي.	المناقشة الجماعية الحوار الملاحظة المحاضرة الواجب البيتي	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث وأولياء الأمور والمعلمين	قاعة مكتبة مدرسة ذكور الفلاح الإعدادية	ساعة ونصف

سادساً: استمارة تقييم جلسات البرنامج:

قام الباحث بتصميم استمارة لتقييم البرنامج وهي مكونة من أربع صور على النحو التالي:

أ- استمارة تقييم البرنامج "الصورة الخاصة بالطفل"

وتشمل البنود التالية: مدى استفادة الطفل من الجلسات، ومردودها على الطفل في تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي، قدرة الطفل عن التعبير عن المشاعر والأحاسيس بصورة ايجابية، فعالية الجلسات في تحقيق تواصل ايجابي بين الطفل والمؤسسات الاجتماعية التي يتعامل معها وتغيير أهدافه والنظرة المستقبلية لديه، وكذلك تضمن ايجابيات وسلبيات كل جلسة من الجلسات، وكذلك مدى فاعلية إدارة الجلسات من قبل الباحث.

ب- استمارة تقييم البرنامج الخاصة بولي الأمر

وتشمل البنود التالية: مدى استفادة الطفل من البرنامج كما يقيمها ولي الأمر، مستوى دافعية الطفل للتقدم بمختلف المجالات، رغبة الطفل بالمشاركة بالزيارات الاجتماعية والترفيهية، مدى تقرب الطفل من ربه عز وجل والمؤشرات على ذلك، درجة التوافق النفسي الاجتماعي للطفل من وجهة نظر ولي الأمر، مدى التغير في السلوك اليومي للطفل، مدى الايجابية في التعامل مع الآخرين، ايجابية الجلسات وسلبياتها، مدى فاعلية إدارة الجلسات من قبل الباحث.

ج- استمارة تقييم البرنامج الخاصة بالمعلم

وتشمل البنود التالية: مدى استفادة الطفل من جلسات البرنامج، مدى التغير للطفل على المستوى السلوكي والتحصيلي في المدرسة، مدى التغير على مستوى العلاقات الاجتماعية بين زملاءه ومعلميه وإدارة المدرسة، مدى التفاعل بين الطفل والمعلم والإدارة والزملاء، مدى التغير في المشاركة بالأنشطة الصفية واللاصفية، مدى التغير في تحديد الأهداف والنظرة المستقبلية للذات، التوصية ببرامج أخرى، ايجابيات وسلبيات جلسات البرنامج، فاعلية إدارة الجلسات من قبل الباحث.

د- استمارة تقييم البرنامج من قبل الأخصائي المعالج

وتشمل البنود التالية: مدى استفادة الطفل من جلسات البرنامج، مدى التزام الطفل بالجلسات العلاجية، مخاوف الطفل في ترقبه للأحداث الصادمة المتوقعة، مدى التقدم في اختفاء مخاوف ما قبل النوم، مستوى الصلابة النفسية للطفل بعد البرنامج، مدى فاعلية الطفل في إدارة الوقت والحياة الشخصية اليومية واتخاذ القرارات، الاستعداد النفسي للتعامل مع الأحداث الصادمة المستقبلية المتوقعة، ايجابيات وسلبيات الجلسات ،مدى فاعلية الباحث في تنفيذ وإدارة الجلسات.

سابعاً: دراسة الحالة

هدف الباحث من دراسة الحالة هو كالتالي:

١- التعرف على الحالات الأكثر والأقل استفادة من البرنامج.

٢- إيجاد مقارنة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي بين أكثر الحالات استفادة واقلها استفادة.

٣- الكشف عن الجوانب التي تزيد من أعراض اضطراب الصدمة النفسية لدى الفئة العمرية المستهدفة وهي ضمن فترة الطفولة المتأخرة.

٤- معرفة العوامل والظروف التي تجعل الطفل يشعر بالتعب وتزيد من المشكلات التي يعاني منها سواء في البيت أو خارجه.

وتشمل دراسة الحالة ما يلي:

١- عرض أكثر الحالات استفادة من البرنامج وأقلها استفادة منه.

٢- عمل مقارنة في المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة.

٣- عمل مقارنة بين الحالتين في دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية إلى ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٤- عرض درجات الحالتين على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي.

٥- تحليل وتفسير للحالتين الأكثر استفادة والأقل استفادة من البرنامج.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١- الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الوزن النسبي.

٢- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة.

٣- معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة.

٤- قيمة آيتا (Eta) لمعرفة حجم التأثير للبرنامج الإرشادي على أمهات المجموعة التجريبية.

٥- اختبار "Mann– Whitney" للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متساويتين، لأن العينة صغيرة، البيانات غير طبيعية و التباين للمتغيرين غير متجانس.

٦- اختبار ويلولكسون Wilcoxon Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

سادساً: إجراءات الدراسة:

- قام الباحث بإعداد مقاييس الدراسة ومن ثم عرضها على السادة المحكمين المتخصصين في علم النفس، والصحة النفسية والأخصائيين النفسيين، وذلك للتأكد من صلاحية المقاييس للاستخدام.
- طبق الباحث المقاييس على عينة الدراسة الاستطلاعية، ثم قام بتفريغ الاستجابات، وبعد ذلك تم إخضاع النتائج لأساليب إحصائية للتأكد من ثبات وصدق جميع مقاييس الدراسة.
- تمكن الباحث من انتقاء عينة الدراسة ن = ١٨ طفلاً، وتم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وعددها ٩ أطفال ذكور، والمجموعة الضابطة وعددها ٩ أطفال ذكور، وقام بإجراء التكافؤ بينهم في المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي،والتعرض لنوع الصدمة النفسية وشدتها.
- قام الباحث بالاطلاع على العديد من المراجع العربية والأجنبية المتعلقة بالصدمة النفسية، وأعراضها والبرامج الإرشادية، ومن ثم جمع المادة العلمية الخاصة بالإطار النظري، ومفاهيم الدراسة والدراسات السابقة وفروض الدراسة.
- قام الباحث بإعداد البرنامج الإرشادي الانتقائي، وتم عرض محتواه على الأساتذة المتخصصين للتعرف على مدى ملاءمة المحتوى لتحقيق أهداف البحث.
- تم إجراء القياس القبلي على مجموعات الدراسة التجريبية والضابطة، تم تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي على أطفال المجموعة التجريبية ثم تم إجراء القياس البعدي على مجموعات الدراسة.

وقد استغرق تطبيق البرنامج شهرين ونصف، وتراوحت الفترة الزمنية لكل جلسة حوالي الساعة والنصف، وبعد مضى شهرين من مرحلة التقييم البعدي، قام الباحث بإعادة تطبيق المقاييس على أفراد المجموعة التجريبية، لعمل التقييم التتبعي والتحقق من صدق الفروض المصاغة في الدراسة الحالية، وتفسير النتائج التي حصل عليها بعد أن قام بمعالجة البيانات إحصائياً وتم تفسير النتائج في ضوء الأطر النظرية والدراسات السابقة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: عرض النتائج ومناقشتها.

ثانياً: النتائج الخاصة بتحليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بتحليل استمارة التقييم الخاصة بالبرنامج الإرشادي الانتقائي.

رابعاً: نتائج دراسة الحالة.

خامساً: توصيات الدراسة.

سادساً: البحوث والدراسات المقترحة.

سابعاً: الصعوبات التي واجهت الدراسة.

الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: النتائج المتعلقة بفروض الدراسة:

(١) الإجابة على الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: **توجد إضرابات يعاني منها الطفل الفلسطيني بعد التعرض للأحداث الصادمة.**

للتعرف على مستوى الخبرات الصادمة لدى الأطفال، قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي وقيمة "ت" لمقياس الخبرات الصادمة وأبعاده الستة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (9)

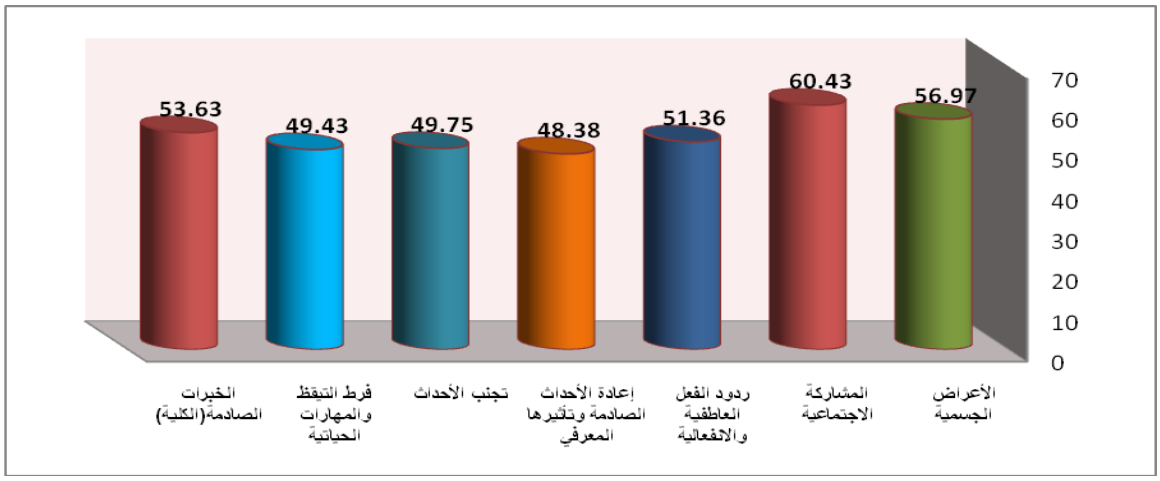
يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأبعاده لأطفال العينة الكلية

مقياس الخبرات الصادمة	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	الترتيب
الأعراض الجسمية	9	36	20.510	5.024	56.97	5.045	0.000	2
المشاركة الاجتماعية	9	36	21.755	7.183	60.43	5.280	0.000	1
ردود الفعل العاطفية والانفعالية	9	36	18.490	4.711	51.36	1.051	0.296	3
إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها	5	20	9.676	2.376	48.38	-1.375	0.172	6
تجنب الأحداث	5	20	9.951	2.410	49.75	-0.205	0.838	4
فرط التيقظ والمهارات الحياتية	6	24	11.863	3.686	49.43	-0.376	0.708	5
الخبرات الصادمة(الكلية)	43	172	92.245	19.562	53.63	3.224	0.002	

وبصفة عامة يتبين أن الوزن النسبي لجميع الفقرات يساوي (٥٣.٦٣%) وهو أكبر من (٥٠%) ومستوى الدلالة يساوي 0.002 وهي أقل من0.05 ، مما يعني أن أفراد العينة يعانون من اضطرابات الخبرات الصادمة بنسبة تزيد عن (٥٠%). والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل (٤)

يوضح مستوى التعرض للخبرات الصادمة لدى الأطفال العينة الكلية



ويرى الباحث أن تلك الأعراض التي يعاني منها أفراد المجموعة، تعكس وجود حالة من الاضطرابات لدى أفراد المجموعة، وتعبر عن وجود مستوى عال من الأعراض الصادمة، ودل على ذلك المتوسط الحسابي لاستجابات المقياس ككل، حيث لا يخفى على أحد حجم المأساة التي يعيشها الطفل الفلسطيني من قهر وقتل وتعذيب، وحصار وحرمان من معظم مقومات الحياة السوية، سواء على المستوى الاجتماعي أو النفسي أو السياسي، وما يترتب على ذلك من حرمان نفسي وعاطفي، ناهيك عن التنشئة الخاطئة، والاضطرابات الأسرية، والخطر المستمر، وتوقع الكوارث، والتسلط في التربية الوالدية، وقمع للمشاعر، وكذلك انشقاق وفرقة داخل المجتمع الفلسطيني وغيرها الكثير، والتي قد تكون ساهمت في تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني.

(٢)الإجابة على الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: **توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.**

وللإجابة على هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطات المجموعة التجريبية، وقيمة (Z) في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، ويتضح ذلك من خلال الجدول الآتي:

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وقيمة(Z) في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي (ن=٩)

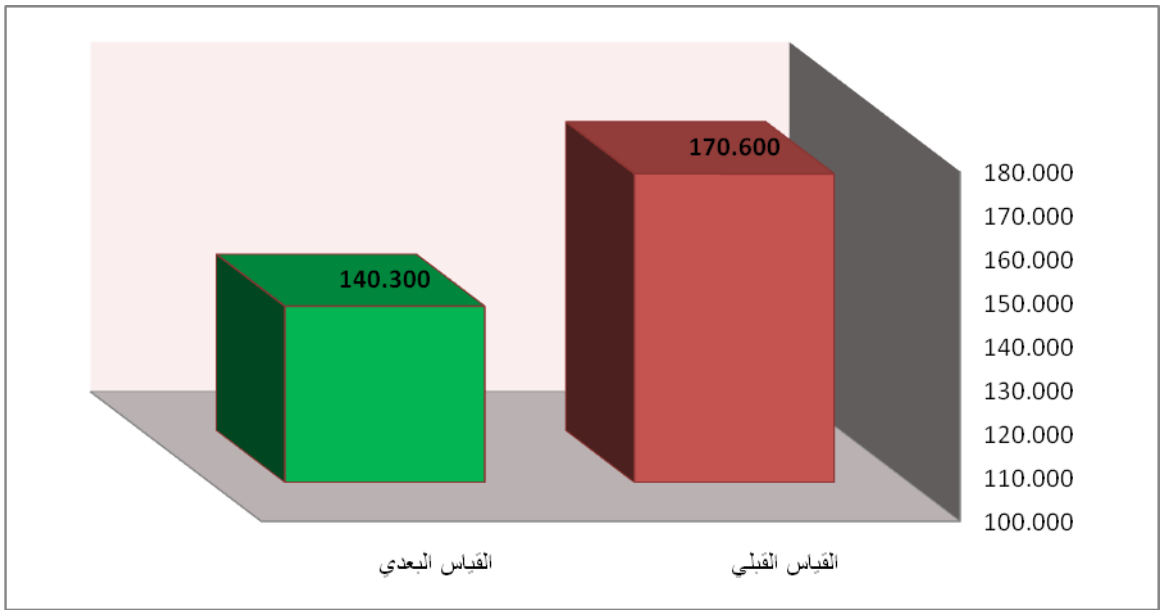
المجموعة	القياس		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة	إيتا تربيع وقوة التأثير
المحور الأول / الأعراض الجسمية	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	35.600	2.400	5.000	45.000	-2.701**	دالة عند ٠.٠١	0.646 كبير
		الرتب الموجبة	0	30.400	1.700	0.000	0.000			
		التساوي	0							
المحور الثاني/ المشاركة الاجتماعية	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	35.100	4.700	5.000	45.000	-2.739**	دالة عند ٠.٠١	0.652 كبير
		الرتب الموجبة	0	27.700	4,400	0.000	0.000			
		التساوي	0							
المحور الثالث / ردود الفعل العاطفية والانفعالية	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	36.300	3.800	5.000	45.000	-2.754**	دالة عند ٠.٠١	0.655 كبير
		الرتب الموجبة	0	30.700	2.900	0.000	0.000			
		التساوي	0							
المحور الرابع/ إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	20.100	1.700	5.000	45.000	-2.810**	دالة عند ٠.٠١	0.664 كبير
		الرتب الموجبة	0	16.900	1.600	0.000	0.000			
		التساوي	0							
المحور الخامس / تجنب الأحداث	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	22.000	2.100	5.000	45.000	-2.754**	دالة عند ٠.٠١	0.655 كبير
		الرتب الموجبة	0	16.400	1.200	0.000	0.000			
		التساوي	0							
المحور السادس/ فرط التيقظ والمهارات الحياتية	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	21.400	4.000	5.000	45.000	-2.810**	دالة عند ٠.٠١	0.664 كبير
		الرتب الموجبة	0	18.200	3.700	0.000	0.000			
		التساوي	0							
الخبرات الصادمة(الكلية)	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	9	170.600	8.900	5.000	45.000	-2.682**	دالة عند ٠.٠١	0.643 كبير
		الرتب الموجبة	0	140.300	8.200	0.000	0.000			
		التساوي	0							
		الإجمالي	9							

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي، وللتحقق من دلالة الفروق بين

المتوسطات الحسابية المجموعة التجريبية ونفسها على مقياس الخبرات الصادمة، في القياسين القبلي والبعدي، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارمتري Wilcoxon,T للتعرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية. كما يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي، ولقد كانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، حيث ظهر تحسن ونقص في متوسط درجات الأطفال أي أن البرنامج الإرشادي له تأثير إيجابي في تحسين الخبرات الصادمة وكانت قيمة "Z" بين المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي على التوالي(٢.٧٠١)،(٢.٧٣٩)،(٢.٧٥٤)،(٢.٨١٠)،(٢.٧٥٤)، (٢.٨١٠)،(٢.٦٨٢) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). ويتضح من الجدول أن قيم "إيتا تربيع" كبيرة، وهذا يدل على أن البرنامج كان له تأثير كبير، مما يؤكد على أن البرنامج المطبق أظهر تحسناً واضحاً لدى أفراد العينة التجريبية. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل (٥)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي



ويعزو الباحث ذلك في ضوء المضامين والمصاحبات النفسية المستخدمة في الدراسة من ناحية، ومن خلال الفنيات والخبرات والممارسات والأنشطة التي تضمنها البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة من ناحية أخري.

حيث قام الباحث بتصميم برنامج انتقائي تكاملي متعدد العوامل، قائم علي نتائج وتوصيات أحدَث ما اطلعَ عليه الباحث من دراسات في هذا المجال، وعلي إطار نظري شامل وعميق، وقد استفاد الباحث من العديد من تقنيات تدخل حديثة مثل(علاج العقل والجسم– العلاج

بالتركيز – الإرشاد الأسري)، وقام بانتقاء ما يتناسب وأفراد العينة المستهدفة ومع أوضاع المجتمع الفلسطيني الخاصة، ومع ثقافته العربية الإسلامية، وقد كان لهذه العوامل التي تضمنت المحاضرة ،الاسترخاء، الأفكار والمشاعر المتعلقة بالخبرة الصادمة التنفس السلس عنها، وتعديل الأفكار الخاطئة واللاعقلانية، والتقييم الأولي والثانوي، وتعزيز وسائل الصمود النفسي والدفاع والتكيف، والدعم الأسري، السيكودراما، والنمذجة، بالإضافة إلى أسلوب حل المشكلات. وكذلك استثارة عوامل الفطرة وأهمها: الدين واستخدامها في البرنامج الإرشادي العلاجي الخاص بالدراسة ، كان له الأثر الواضح في انخفاض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية علي جميع أبعاد المقياس والتي شملت الأعراض الجسمية، المشاركة الاجتماعية، ردود الفعل العاطفية والانفعالية، إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي، تجنب الأحداث، فرط التيقظ والمهارات الحياتية.

ويرجع الباحث هذه النتيجة التي تشير إلي فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي للدراسة إلى الالتزام الذي أبداه أفراد العينة التجريبية في جلسات البرنامج، وكذلك التوظيف الفعَّال للواجب البيتي الذي كان يلزمهم به البرنامج ويشدد عليه، كذلك فقد لعبت العلاقة الحميمة والمميزة المفعمة بالثقة التي نشأت بين أفراد المجموعة من جهة، وبين أفراد المجموعة والباحث، والمعلمين، وأولياء الأمور من جهة أخرى. وذلك لإدراك الباحث مدى أهمية مثل هذه العلاقة في إنجاح أي عملية علاجية أو إرشادية. وقد استفاد الباحث من خبرته في العمل مع الأطفال المصدومين بإقامة علاقة دافئة وحميمة مع الأطفال منذ البداية، مما يتيح لهم المجال أن يتجاوزوا مرحلة الحقيقة، وتفاصيل ما حدث ويمكنهم من الحديث بأريحية عن مشاعرهم وأفكارهم واستجاباتهم، حيث أن هذا الأسلوب قد وفر بيئة آمنه ودافئة، لمجموعة المشاركين الذين مروا بالخبرة الإرشادية، وبالتالي فإن البرنامج الإرشادي المستخدم قد أعطي الطفل الفرصة لجمع معلومات صحيحة عن الحدث الصادم الذي تعرض له مسبقاً، وبالتالي إعادة تفسير العلاقة السببية التي تربطه بالحدث، والذي يؤدي بدوره إلي التخلص من مشاعر الذنب ولوم الذات وتحمل مسؤولية ما جري، والتي غالباً ما يشعر بها الأطفال في المراحل العمرية المتقدمة، بعد تعرضهم لحدث صادم. أيضاً يرى الباحث في أن الدعم الأسري، ودعم المدرسة المتمثل بالمعلمين، قد كانت له آثارُ إيجابية انعكست بشكل واضح على أفراد المجموعة التجريبية، والذي تمثل بالزيارات المنزلية، التي قام بها الباحث من خلال البرنامج الإرشادي، والذي ركز بالأساس على تعزيز الاتصال ما بين الطفل ووليّ الأمر بما في ذلك الاتصال الجسدي واللفظي، والتركيز على ضرورة تفهم وليّ الأمر للاستجابات التي قد تظهر لدى الطفل، كنتيجة طبيعية لتعرضه لحدث صادم، وإرشاد العائلة إلى كيفية التعامل مع هذه الاستجابات بما ينعكس إيجاباً على سلوكيات أفراد المجموعة، وكذلك الجلسات المشتركة بين الأطفال وأولياء أمورهم والمعلمين ومما

عزز من ذلك روح العمل الفريقي، وزيادة التقبل لمشاعر كل طرف من الأطراف، مما انعكس إيجاباً على العلاقة بين هذه الأطراف المهمة في عملية العلاج. وقد لاحظ الباحث هذا التحسن من خلال الفرق في تفاعل الطفل، ومشاركته في جلسات ونشاطات البرنامج الإرشادي، وكذلك من خلال التفاعل الكبير الذي أبداه الأهل والمعلمين أثناء الزيارات المنزلية، والجلسات المشتركة للبرنامج، والذي يفترض الباحث أنه قد انعكس بالإيجاب على أفراد المجموعة التجريبية. وكذلك لم يغفل البرنامج الدور المهم للأصدقاء، ومجموعة الأقران، وتلقي الدعم المناسب منهم، وكذلك الاختيار الأمثل للأصدقاء لما لهم من دور كبير في حياة الأطفال في مثل هذه السن، الذي كان له دور في إعادة التكيف للأطفال بدرجة جيدة. وقد لاحظ الباحث العلاقة الحميمة السائدة والتي جمعت أفراد المجموعة التجريبية، حيث أنهم شعروا بوجود قواسم مشتركة عديدة بينهم أدت إلي تفاهمهم وتماسكهم ودعمهم بعضهم بعضاً. وقد يفسر الباحث ذلك التقدم إلى ارتباط الحدث الصادم بالناحية الوطنية، وما يمثله لهم من فخر وتقدير وثناء المجتمع المحيط حيث يمثل قمة الأعمال النبيلة في المجتمع الفلسطيني، ألا وهو تقديم النفس والمال، من أجل الحصول على الحرية والعيش الكريم، حيث تعتبر ثقافة سائدة لدى معظم أفراد المجتمع الفلسطيني، والذي ساهم بتقييم أولي ايجابي للحدث الصادم.

ويناقش الباحث نتائج دراسته مع نتائج دراسة (عمر شاهين، ٢٠١٤) فإنها تتفق معها في النتيجة التي مفادها تأكيد وجود فروق في التغيرات على درجات القياس القبلي والبعدي في كلا البرنامجين لصالح البعدي. وكذلك تتفق مع دراسة (محمد، ٢٠١١) بوجود تحسن للقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية. كما اتفقت ودراسة(ضياء صايمة، ٢٠٠٥) بوجود فروق إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية وذلك لصالح البعدي. ودلت نتائج دراسة (الحويلة وعبد الخالق، ٢٠٠٥) إلى وجود فروق لصالح البعدي بين التطبيق القبلي والبعدي للدراسة. وكذلك دراسة (أحمد الحواجري، ٢٠٠٣) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً بين التطبيق القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية وذلك لصالح التجريبية. وكذلك دراسة(سهام ابو عيطة،٢٠١١) التي أشارت إلى وجود تحسن لاستجابات أفراد المجموعة التجريبية للقياس البعدي عنه للقياس القبلي.

(٣) الإجابة على الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على أنه: **توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.**

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي(ن(٩ تجريبية – ٩ ضابطة)

المجموعة	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
المحور الأول / الأعراض الجسمية	ضابطة	9	33.200	3.000	11.800	106.000	2.166	0.024*
	تجريبية	9	30,400	1.700	7.200	65.000		
المحور الثاني/ المشاركة الاجتماعية	ضابطة	9	38.200	2.500	14.000	126.000	3.620	0.001**
	تجريبية	9	27.700	4.400	5.000	45.000		
المحور الثالث / ردود الفعل العاطفية والانفعالية	ضابطة	9	34.900	3.500	12.400	112.000	2.410	0.014*
	تجريبية	9	30.700	2.900	6.600	59.000		
المحور الرابع/ إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	ضابطة	9	20.300	1.100	13.600	122.000	3.260	0.001**
	تجريبية	9	16.900	1.600	5.400	49.000		
المحور الخامس / تجنب الأحداث	ضابطة	9	19.600	3.600	11.600	104.000	2.044	0.040*
	تجريبية	9	16.400	1.200	7.400	67.000		
المحور السادس/ فرط التيقظ والمهارات الحياتية	ضابطة	9	21.300	1.900	11.900	107.000	2.217	0.024*
	تجريبية	9	18.200	3.700	7.100	64.000		
المقياس الكلي	ضابطة	9	167.600	13.200	13.600	122.000	3.230	0.001**
	تجريبية	9	140.300	8.200	5.400	49.000		

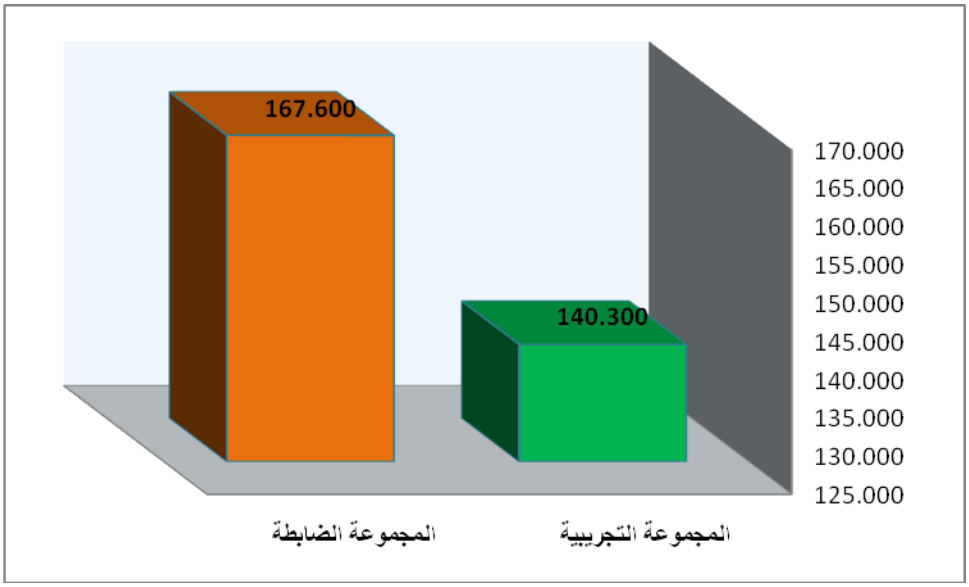
** دالة عند ٠.٠١ * دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة إحصائياً

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية، مقارنة بأقرانهم في المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على متوسطات الخبرات الصادمة قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني Mann– Whitney اللابارمتري، حيث يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد التطبيق على أقرانهم في المجموعة الضابطة على مقياس الخبرات الصادمة، وكانت قيمة "Z" بين المجموعة التجريبية والضابطة على التوالي (٢.١٦٦)، (٣.٦٢٠)،

(٢.٤١٠)، (٣.٢٦٠)، (٢.٠٤٤)، (٢.٢١٧)، (٣.٢٣٠) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥، ٠.٠١)، والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (٦)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية بعدي



ويعزو الباحث ذلك إلى أن التدخل الإرشادي الذي قامت به الدراسة، والمتمثل في البرنامج الإرشادي الانتقائي الخاص بها مع أفراد المجموعة التجريبية، والذي لم يكن متوفراً لأفراد المجموعة الضابطة، والذين يعانون تقريباً من نفس الأعراض، وقد مروا بنفس الظروف التي مرَّ بها أفراد المجموعة الضابطة، كونهم تقريباً يعيشون نفس الظروف والمنطقة السكنية، ويرى الباحث ومن خلال خبرته العملية الطويلة في العمل مع الأطفال في هذا المجال، أن الحديث عن الحدث الصادم، والذي يتم بشكل عشوائي بين الناس(لا يعطي غالباً أثاراً ايجابية في العلاج غالباً، كونه لا يتعدى مرحلة الحقيقة، وهي المرحلة التي يتم فيها الحديث عن وقائع وتفاصيل الحدث الصادم، ولا يتم بالعادة تعدي ذلك للحديث عن الأفكار والمشاعر والاستجابات المتعلقة بالحدث، بالإضافة إلى قدرة الأطفال المحدودة في التعبير عن مشاعر سلبية متعددة، وهذا ما لم يتح للمجموعة الضابطة لإعادة دمج الخبرات الجديدة بالخبرات العملية الحياتية لأفراد المجموعة، وذلك من وجهة نظر الباحث. وكذلك يرى الباحث من خلال عمله مع الأطفال في مثل هذه الظروف، أن العائلة غالباً لا تُعير اهتماماً للحديث مع الطفل عن مشاعره وأفكاره المتعلقة بالخبرة الصادمة، وقد يعود ذلك لأسباب عدة منها اعتقادهم أنه طالما أن الطفل لا يتحدث عن هذه المشاعر والأفكار فهي غير موجودة، وبالتالي لا يجب الحديث عنها. وإغفال الجانب النفسي. كذلك كون العائلة بأكملها يتعرضون لخبرات صادمة، مما قد يؤثر ذلك على الاتصال بين الطفل والعائلة من جانب والمحيط الاجتماعي من جهة أخرى، لذا يرى الباحث أن الدعم العائلي الذي توفر لأفراد المجموعة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي قد لعب دوراً هاماً في تخفيف آثار الخبرات الصادمة، بينما لم تتح هذه الفرصة لأفراد المجموعة الضابطة. ويعتقد

الباحث أن هذا يفسر التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية، بينما لم يحدث ذلك بين أفراد المجموعة الضابطة. ويفسر الباحث هذا التحسن في أعراض الصدمة النفسية حسب المقياس المستخدم في الدراسة، يرجع في الأساس للالتزام الذي كان واضحاً عند أفراد المجموعة التجريبية في الجلسات الإرشادية، وفي الواجبات البيتية، كذلك لإقبال أفراد المجموعة التجريبية على المشاركة الفاعلة والأنشطة، وفي مواضيع النقاش التي كانت تطرح من قبل الباحث، والتي كان يتم عن طريقها التنفيس السلس عن المشاعر المؤلمة المتعلقة بالحدث الصادم، وتوظيف الخبرات المكتسبة من خلال البرنامج الإرشادي، كمهارات وخبرات حياتية جديدة. وكذلك فقد أتيح من خلالها للباحث التعرف على الأفكار السلبية والمشوهة المتعلقة بالأحداث الصادمة واستجاباتها وكذلك المتعلقة بالمستقبل والبيئة المحيطة.

وكذلك فإن المناقشة المنظمة التي وفرها البرنامج الإرشادي، تبرز وسائل الدفاع والتكيف الإيجابية والسلبية، والتي يقوم أفراد المجموعة التجريبية باستخدامها، فقد مكَّن ذلك الباحث من التركيز على السلوكيات والأفكار التي يجب تصحيحها، وعلي وسائل الدفاع والتكيف التي يجب مناقشتها في الجلسات الخاصة بوسائل الصمود والدفاع والتكيف. وكذلك توجيه الباحث لأفراد المجموعة علي الاستفادة من استجابات زملائهم في المجموعة، وكذلك توجيهات الأهل والمعلمين أثناء الجلسات المشتركة، وبعدها في الحياة العملية خارج الجلسات، والتركيز دائماً علي فكرة أن ما مروا به ما هو إلا استجابة طبيعية صدرت من شخص طبيعي بعد تعرضه لخبرة غير طبيعية. كذلك كان لمناقشة الواجبات البيتية التي كانت تطلب من أفراد المجموعة التجريبية يومياً أثر إيجابي في التنفيس عن المشاعر التي لا يستطيع الطفل الحديث عنها أمام العائلة، أو بشكل لفظي أمام المجموعة، وكذلك كانت تتاح الفرصة للتغذية الراجعة من قبل باقي أفراد المجموعة، وكذلك من الباحث، وكانت هذه الواجبات بمثابة طريقة لإبقاء الطفل علي تواصل مع ما يدور أثناء الجلسات الإرشادية، وهو بالمنزل، ولإعطائه الفرصة للحديث عن الأفكار والمشاعر باستخدام الأوراق.

ويقارن الباحث نتائج دراسته بنتائج دراسات أخرى مشابهه حيث اتفقت مع دراسة (عمر شاهين ، ٢٠١٤) والتي اختبر فيها مدى فاعلية كلٍّ من برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة والمحددة بالقلق والاكتئاب، حيث كان هناك تحسن لصالح المجموعة التجريبية مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. كما اتفقت مع دراسة (سهام عطية، ٢٠١٣) والتي عمدت إلى مقارنة أثر برنامج علاجي قائم على التدخلات المركزة على الصدمة والموسيقى في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى أطفال الحروب، وأشارت النتائج إلى فعالية البرامج العلاجية الموظفة في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم والتجنب والإثارة والانفعالية الزائدة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة الموسيقى. كما اتفقت النتائج من دراسة (محمد صفا،

٢٠١١) التي هدفت للتحقق من مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري مقترح لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة، وقد دلت النتائج بوجود فروق جوهرية بين القياس القبلي والبعدي في متغيرات الدراسة لدى أفراد المجموعة التجريبية، مشيراً إلى انخفاض الأعراض والأفكار السالبة، وزيادة التقويم الايجابي للعلاج في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. كما اتفقت مع دراسة كل من (CMPM. 2008) التي هدفت إلى فحص عمل تقنيات العقل والجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، ودلت النتائج إلى نجاح البرنامج. كما اتفقت مع دراسة(ضياء صايمة، ٢٠٠٥) والتي هدفت إلى قياس مدى تأثير برنامج مقترح في التفريغ النفسي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الإعدادية في محافظات جنوب قطاع غزة، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس ردود فعل الأطفال في القياس التتبعي لصالح المجموعة التجريبية. وكذلك دراسة (ايمان السنباتي،٢٠٠٥) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين، وذلك لصالح التجريبية. كما اتفقت النتائج مع دراسة(أحمد الحواجري، ٢٠٠٣) والتي هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة وأعراض ما بعد الصدمة عند مجموعة من الأطفال في قطاع غزة، والتي أظهرت نتائج ايجابية لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي. كما اتفقت مع دراسة (King. 2000) والتي هدفت إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين تلقوا العلاج، أظهروا تحسناً ذا دلالة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة مقارنة مع الذين لم يتلقوا العلاج.

(٤)الإجابة على الفرض الرابع:

ينص الفرض الثاني على أنه: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس(ذكور، إناث).**

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلين لكشف الفروق بين الذكور الإناث في مستوى الأعراض الصادمة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (١٢)

يبين اختبار ت لعينتين مستقلتين لكشف الفروق في مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأبعاده تعزى لنوع جنس الأطفال

الخبرات الصادمة	نوع الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمية	**ذكر**	58	21.483	4.710	2.292	*0.024
	أنثى	44	19.227	5.189		
المشاركة الاجتماعية	**ذكر**	58	23.586	6.730	3.078	**0.003
	أنثى	44	19.341	7.117		
ردود الفعل العاطفية والانفعالية	**ذكر**	58	20.172	4.978	4.522	**0.000
	أنثى	44	16.273	3.230		
إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	**ذكر**	58	10.586	2.169	4.924	**0.000
	أنثى	44	8.477	2.107		
تجنب الأحداث	**ذكر**	58	10.586	2.294	3.192	**0.002
	أنثى	44	9.114	2.325		
فرط التيقظ والمهارات الحياتية	**ذكر**	58	13.483	3.491	5.884	**0.000
	أنثى	44	9.727	2.748		
الخبرات الصادمة(الكلية)	**ذكر**	58	99.897	18.801	5.057	**0.000
	أنثى	44	82.159	15.723		

** دالة عند ٠.٠١ * دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة إحصائياً

يتبين من خلال الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخبرات الصادمة وأبعادها، وهذا يدل على وجود فروق بين الأطفال الذكور والأطفال الإناث، ولقد كانت الفروق لصالح الذكور. وهذا يدل على أن الذكور تعرضوا لخبرات صادمة أكثر من الإناث، وطوروا أعراضاً للصدمة بصورة أعمق من الإناث، الأمر الذي سيجعل الباحث بإجراء الدراسة على عينة الذكور. ويفسر الباحث ذلك بمتابعة الأطفال الذكور للأحداث الخطرة واقترابهم ومواكبتهم لها والمشاركة فيها عن قرب، وقد يكون هذا قد فرض عليهم بأن يشاهدوا الحدث الصادم، إما مباشرة أمام أعينهم باستشهاد أحد المقربين من الدرجة الأولى، أو قد يكون هو الأخر قد تعرض لخطر الموت والاستشهاد مع الشهداء، أو بصورة غير مباشرة بأن رأى أحد هؤلاء الأقارب على شاشات التلفاز، أو الجنازات التي كانت تخرج في الخطر الشديد أثناء الحرب، أو سماع روايات وشهادات حية عن استشهادهم من قبل المحيطين بالطفل من الأهل والجيران والأصدقاء. وقد يعود ذلك إلى التنشئة الاجتماعية والوطنية للناشئين، التي تركز على دور فاعل أكبر للذكور عنه للإناث، وهذا يتطلب مخالطة وانخراط الذكور في الأعمال الوطنية

والنضالية، من أجل الحرية والخوض في المخاطر، والمشاركة بالمظاهرات والجنازات،وذلك بمجرد معرفة الطفل لما يدور حوله، حيث يبدأ يفكر في الأمور السياسية، ومحاولة الاندماج والانخراط بها، بخلاف الإناث اللاتي اعتّدن مواكبة الأمور السياسية بالسماع والمشاهدات نتيجة الالتزام بالمنزل، حيث التنشئة الاجتماعية السائدة في المجتمع الفلسطيني، وإن كنَّ يشاهدن ويسمعن بما يدور حولهن، ولكن ليس بقدر درجة الشغف وحب الاستطلاع والمشاركة الموجودة لدى الذكور. وكذلك نجد أن حجم المسؤولية الملقاة على عاتق الذكور كبيرة جداً، بصورة قد تكون مصحوبة بنوع من إشعارهم بالتقصير، وعدم الانجاز بالشكل المطلوب، وقد يكون هذا ما يجعل الذكور أكثر عرضة للصدمات من حيث الحدة والشدة، والتعرض للأحداث الصادمة بشكل أكبر، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد العزيز ثابت وآخرون، ٢٠١٤)، من حيث وجود دلالة إحصائية في كرب ما بعد الصدمة لصالح الذكور، وكذلك تتفق مع دراسة (عمر يونس، ٢٠٠٧) في وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الصدمة تبعاً لمتغير الجنس وذلك لصالح الذكور، كما تتفق مع دراسة(هاني حجازي، ٢٠٠٤) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بالنسبة لدرجة الخبرات الصادمة لصالح الذكور. **وتختلف** مع دراسة (عبد العزيز ثابت وآخرون،٢٠١٣) بأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة، كذلك تختلف مع دراسة (عايدة كساب ،٢٠١٣) حيث أن الإناث أكثر تعرضاً من الذكور سواء في مستوى التعرض أو مستوى كرب ما بعد الصدمة، وهناك علاقة طردية بين الخبرات الصادمة وكرب ما بعد الصدمة، كما تختلف مع دراسة(محمدعودة، ٢٠١٠) في عدم وجود فروق في الخبرة الصادمة، وأساليب التكيف والصلابة النفسية تبعا لمتغير النوع، وكذلك اختلفت مع دراسة (نفين أحمد، ٢٠٠٩) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغوط ما بعد الصدمة لصالح الإناث.

(٥)الإجابة على الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه: **توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.**

للإجابة على هذا الفرض قام الباحث بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، وقيمة(Z) في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا ما هو موضح من خلال الجدول الآتي:

جدول (١٣)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وقيمة(Z) في في متوسطات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي(ن=٩)

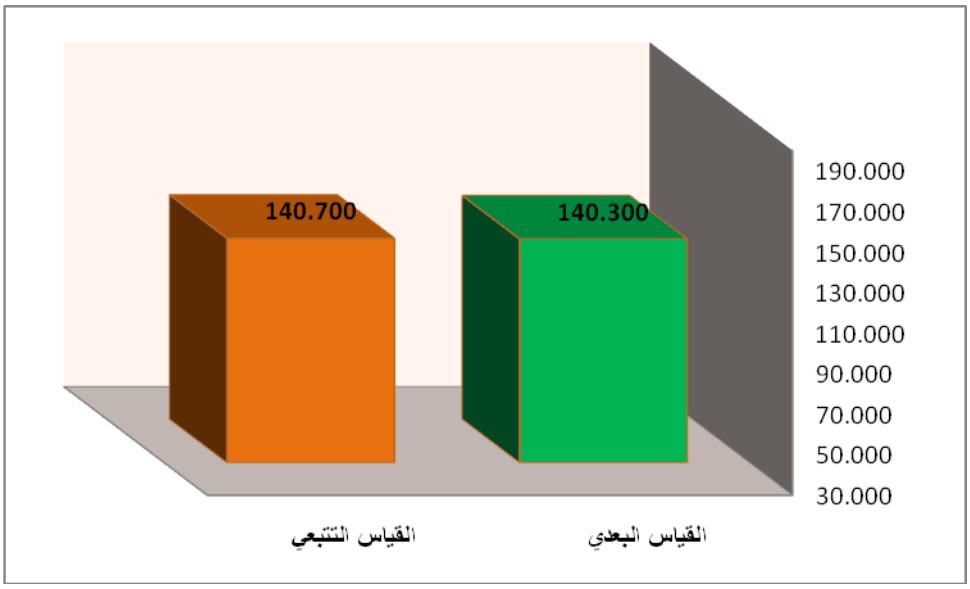
المجموعة	القياس		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
المحور الأول / الأعراض الجسمية	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	3	30.400	1.700	4.00	12.00	-0.905	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	5	30.800	2,200	4.80	24.00		
		التساوي	1						
المحور الثاني/ المشاركة الاجتماعية	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	2	27.700	4.400	4.00	8.00	-1.811	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	7	28.400	4.400	5.29	37.00		
		التساوي	0						
المحور الثالث / ردود الفعل العاطفية والانفعالية	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	5	30.700	2.900	5.40	27.00	-0.577	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	0	30.300	2.200	4.50	18.00		
		التساوي	3						
المحور الرابع/ إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	3	16.900	1.600	3.00	9.00	-0.333	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	3	17.000	2.500	4.00	12.00		
		التساوي	3						
المحور الخامس / تجنب الأحداث	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	7	16.400	1.200	4.50	31.50	-1.871	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	1	15.800	1.500	4.50	4.50		
		التساوي	1						
المحور السادس/ فرط التيقظ والمهارات الحياتية	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	3	18.200	3.700	3.00	9.00	-0.333	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	3	18.300	3.600	4.00	12.00		
		التساوي	3						
الخبرات الصادمة(الكلية)	بعدي/تتبعي	الرتب السالبة	4	140.300	8.200	3.63	14.50	-0.497	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	4	140.700	9.900	5.38	21.50		
		التساوي	1						
		الإجمالي	9						

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي، وللتحقق من دلالة الفروق بين

المتوسطات الحسابية المجموعة التجريبية ونفسها على مقياس الخبرات الصادمة في القياسين البعدي والتتبعي، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارمتري Wilcoxon,T للتعرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية، كما يتضح من الجدول السابق بعدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي، وكانت قيمة "Z" بين المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي على التوالي:(٠.٩٠٥)،(١.٨١١)،(٠.٥٧٧)،(٠.٣٣٣)،(١.٨٧١)،(٠.٣٣٣)،(٠.٤٩٧) وهي قيم غير دالّة إحصائياً، ونستنتج أن القياس التتبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية لم يكن مؤقتاً، وهذا يدل على أن البرنامج كانت له فاعلية تتسم بالاستمرارية. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل (٧)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي



ويعزو الباحث ذلك بداية بالالتزام الكامل الذي أبداه أفراد المجموعة التجريبية، سواء بحرصهم علي حضور جميع جلسات البرنامج الإرشادي أو عن طريق الالتزام بالقواعد والمبادئ الأساسية للبرنامج، والتي تم الاتفاق عليها في بداية الجلسة الأولي من البرنامج، وكذلك لمدى تفاعل أفراد المجموعة التجريبية مع النقاشات التي كانت تطرح من قبل الباحث وكانت وتيرة هذا التفاعل تزداد بشكل يومي وملحوظ.

ويرى الباحث أن ما تضمنته جلسات البرنامج الإرشادي من أنشطة وخبرات وممارسات مبنية على أهداف إرشادية واضحة، وعلى انتقاء فنيات البرنامج بما يتناسب وطبيعة المشكلة، ويلبي رغبات أفراد العينة الذين تم اختيارهم اختياراً علميَّاً دقيقاً، وكذلك للأدوات المستخدمة في اختيار عينة الدراسة، وعلي إطار نظري واضح وعميق، وكذلك علي الجهد الذي بذله الباحث في الحصول على أخر ما تم التوصل له من دراسات وأبحاث في هذا المجال، مدعِّماً ذلك بخبرته العملية الواسعة في هذا المجال، والعمل مع الأطفال بمختلف الأصعدة والأماكن، بالإضافة إلى كون الباحث من السباقين في اكتساب خبرات جديدة تتمثل في جزءاً منه، كونه مدرباً لبعض التقنيات، مثل:(العلاج بالتركيز – العلاج بالعقل والجسم) موظفاً إياها في برنامج الدراسة، والعمل مع الأطفال في أوقات الحروب والأزمات وبعد انتهائها، حيث إن وجود متخصص متمكن قادر على الأداء المهني بشكل جيد يعدُّ شرطاً أساسياً للنجاح وإعطاء النتائج المرجوة. فامتلاك الباحث للمعلومات النظرية فقط غير كاف لإعداد وتطبيق مثل هذه البرامج، التي تتطلب مهارة عالية في الأداء، فإن كل ما سبق ذكره من تحضيرات أدت في النهاية إلى تصميم برنامج متكامل ومتماسك، يشمل محاور الإرشاد الأساسية في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بما يتماشى مع نسيج وثقافة المجتمع الفلسطيني، ذلك كله أدى بدوره إلى الحصول على هذه النتائج الإيجابية، في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة التجريبية، والذي كانت واضحةً على أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج. كذلك فإن البرنامج الإرشادي الانتقائي قد عمل على خفض حدة جميع أبعاد المقياس الستة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ذلك أن البرنامج المقترح قد عمل على تحصين الطفل من إعادة تطوير أعراض مشابهة لما كان قبل الشروع بإجراء البرنامج، وذلك من خلال إعطاء نجاح البرنامج من تمليك أفراد المجموعة لمهارة الاستفادة من فنيات البرنامج عند مواجهة الأخطار. ونجاحه في إعادة البنية المعرفية للأطفال التي كان بها الكثير من التشويه بأفكار سلبية، وإحلال محلها أفكار إيجابية متعلقة بالخبرة الصادمة التي مر بها، كذلك تضمين البرنامج لجلسات تركز على وسائل الصمود النفسي والدعم العائلي بمثابة استمرارية للعلاج بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وهذا ما كان واضحاً من خلال نتائج التطبيق التتبعي للمقياس، حيث يدرك الباحث أن فلسطين ومنطقة قطاع غزة بالتحديد معرضة باستمرار لصدمات متكررة ومتلاحقة، ولا أدلَّ على ذلك حدوث ثلاثة حروب مدمرة خلال ستة أعوام، وحصار ظالم للأطفال الذين لا ذنب لهم إلا كونهم ولدوا من أبويين فلسطينيين يقطنان منطقة قطاع غزة، لذلك فإن البرنامج من ضمن ما هدف إليه، هدف وقائي يضمن استمرارية فعالية البرنامج العلاجية من خلال ما تضمنه من فنيات متعددة، خاصة الدعم الذي يتلقاه من الأسرة والمدرسة بشكل دوري ومهني منظم، ويرجع الباحث الاستمرار في التحسن والحفاظ على مستوى عال من الأداء بعد انتهاء البرنامج، إلى

التماسك والتكامل بين جلساته، بحيث كان هناك أكثر من هدف للجلسة الواحدة، واشتراك أهداف لأكثر من جلسة بحيث كان التكامل والتوافق والتناغم والترابط والمرونة بين الجلسات، وضرورة وجود أخصائي خبير متمكن قادر على الأداء الفني، سبباً لاستمرارية فاعلية للبرنامج. والجدير ذكره أن الفترة ما بين التطبيق البعدي والتتبعي هي شهران، قد شهدت هذه الفترة هدوءاً نسبياً من الناحية العسكرية والإعلامية بين طرفي الصراع عقب حرب مدمرة، كانت السبب الرئيس في تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة. وقد انعكس ذلك على الهدوء النفسي لأفراد العينة، وعدم تعرضهم لصدمات أخرى مشابهة، مما جعل استفادتهم أكثر من الفنيات المتعلمة من البرنامج وساعد على استدامتها بشكل جيد.

ويناقش الباحث هذه النتائج من خلال اتفاقها مع ما ورد في دراسة (شاهين وحمدي، ٢٠٠٨)، الذي قام باستقصاء فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة، واستمر التأثير العلاجي بعد شهرين من انتهاء التطبيق والاختبار البعدي. وذلك يتفق أيضا مع ما جاء في دراسة(عمر شاهين، ٢٠١٤)، التي قامت باختبار فاعلية برنامجي العلاج المعرفي السلوكي، وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة، واستمر تأثير البرنامج مدة شهرين بعد انتهاء التطبيق. وذلك يتفق أيضاً مع ما ورد في دراسة(محمد صفا، ٢٠١١)، والذي قام بالتحقق من ،مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري لخفض حدة الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة، وأشارت النتائج إلى استمرارية أثر التأثير الايجابي بعد شهرين من التطبيق. كما اتفقت مع دراسة (wild ,Ehlers, 2010) والذي اختبر فيها فعالية الدراسة الذاتية والعلاج المعرفي في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لتقييم التقرير الذاتي والتقييم المستقل، واستمر التأثير العلاجي إلى بعد خمسة أشهر من التطبيق. كما تتفق ودراسة(CMPM. 2008)التي فحصت عمل تقنيات العقل و الجسم على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، واستمر التأثير العلاجي مدة ثلاثة أشهر من التطبيق.

وتتفق النتائج مع دراسة (ضياء صايمة، ٢٠٠٥)، ودراسة (أحمد الحواجري، ٢٠٠٣) المشابهة لها باختبار فعالية برنامج إرشادي في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلاب المرحلة الابتدائية والإعدادية واستمر التأثير الايجابي إلى ما بعد شهرين من انتهاء التطبيق. وفي دراسة (King.2000) الذي قيم فعالية العلاج السلوكي المعرفي على عينة من الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وقد احتفظ التأثير العلاجي بعد (١٢) أسبوع من انتهاء التطبيق.

ثانياً: النتائج الخاصة بتحليل دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة:

طبق على أولياء أمور الأطفال المتعرضين للصدمة النفسية في سن ما بين (٩-١١) عاماً، كما طبق على الأطفال أنفسهم، فوجد أن عوامل وأسباب اضطراب أعراض ما بعد الصدمة لديهم ترجع إلى ظروف خارجية في جوهرها وأساسها، وجد الطفل نفسه عاجزاً عن مواجهتها وإدارة سبل التكيف والمجابهة مع هذه الظروف المختلفة. هي التعرض لأحداث صادمة مثل:(استشهاد الأقارب من الدرجة الأولى، سماع صوت القصف بالقنابل والصواريخ، مشاهدة الانفجاريات وانهيار المنازل، سماع صوت الطائرات الحربية، مشاهدة صور الشهداء والأشلاء في وسائل الإعلام، الاحتكاك المباشر مع قوات الاحتلال)، هذه كلها من الأسباب المؤدية لحدوث الصدمة النفسية، التي بدورها قد تتطور إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الذي يمكن إن يتطور إلى أمراض نفسية، إن لم يتعاط مع الموقف بطريقة تعيد التكيف للطفل والتمتع بقدر من الصلابة النفسية، كما يرجع السبب إلى طريقة التعاطي مع الطفل أثناء تعرضه للحدث الصادم، سواء من قبل ولي الأمر أو المحيطين بالطفل، حيث كان التعاطي معهم أثناء الحدث الصادم سلبياً إلى حد كبير، تمثل في: قمع للمشاعر، سواء بإهمالها وعدم الاهتمام بها أو الاستهزاء بالمشاعر، وعدم إعطائها الرعاية المطلوبة، وعدم إشباع رغباته العاطفية من الحب والحنان وشعوره بنقص كبير للحماية الوالدية، كذلك استهزاء بعض أفراد العائلة بمظاهر السلوك التي بدأت تظهر على الطفل بعد التعرض للحدث الصادم، مع شعور الطفل بتقصير من قبل الأهل لمساعدته في حل مشاكله المستحدثة مثل:(الخوف من النوم منفرداً – عدم الرغبة للذهاب للمدرسة – عدم القدرة على التركيز– الحزن الشديد مع عدم المقدرة على البكاء – عدم الاطمئنان والفزع – التبول اللاإرادي سواء ليلاً أو نهاراً – الأحلام المزعجة – حب مشاهدة أفلام الرعب – ظهور أعراض جسمية لدى الأطفال وهو أحد أعراض اضطراب ما بعد الصدمة)، عجز أولياء الأمور عن مواجهة ما يحدث وخوفهم وقلقهم المتزايد، انشغال أولياء الأمور عن العناية المطلوبة بأبنائهم، بسبب سوء الأوضاع السياسية، وانعكاس ذلك على الوضع الاقتصادي لديهم. كما أن أولياء الأمور كانوا يقارنون بين سلوك الطفل المتأثر بالحدث الصادم وبين أخوته أو أبناء عمّه أو أبناء الجيران ممن هم أقل تأثراً بالحدث نفسه. إنّ عدم مقدرة الأسرة على التعامل والتعاطي مع الطفل أثناء وبعد الحدث الصادم، كان له أثره الواضح لتطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كل هذا يؤثر على قدرة الطفل على التعامل مع هذه الأحداث الصعبة والصادمة، سواء أثناء الحدث أو فيما بعده، ويشعره بصعوبة الحياة والعجز لمواجهة مشاكلها، وكذلك تولّد عجزاً للتوافق الاجتماعي والأسري كما التوافق الذاتي، وتؤثر على ثقته بنفسه وانخراطه بالأعمال الاجتماعية، وكذلك تظهر مظاهر الخوف والتوتر والانزعاج وبشئ من الغضب لمجرد سماع صوت الطائرات

الحربية، ويولد ذلك ردة فعل جسمية، تتمثل فيما تتمثل به من الشعور بألم في بعض أجزاء الجسم مثل(البطن – مفاصل القدمين _ ألم في المفاصل بشكل عام _ الشعور بضيق التنفس _ الرغبة في التقيؤ) كذلك تظهر عليه بعض المظاهر الانفعالية كالصراخ بصوت مرتفع _ الانعزال والانكماش_ الهرب للاحتماء بأولياء الأمور، فكل هذه الظروف هيأت لظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

ومن هنا يمكننا القول: إن الطفل المتعرض للأحداث الصادمة في سن ما بين (٩-١١) عاماً، يكون معرضاً بدرجة كبيرة لتطوير أعراض ما بعد الصدمة، إذا لم تقدم له مساعدة إرشادية من قبل أولياء الأمور، والمحيطين به أثناء الحدث الصادم أو بعده، وذلك وفق طرق علمية مدرب عليها مسبقاً، لذا يتطلب تدريب أولياء الأمور على بعض استراتيجيات الإرشاد الانتقائي، لمساعدة أبناءهم على التخفيف من حدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ومواجهة الأسباب المؤدية لها بشكل علميّ مدرب عليه، كما يتوجب تدريب الأطفال على فنيات واستراتيجيات علمية، تساعدهم على إعادة التأقلم والتكيف والتمتع بقدر من الصلابة النفسية، وكذلك تدريب كل من أولياء الأمور والأبناء على استراتيجيات المواجهة للأحداث الصادمة، والتعامل معها بطريقة تضمن عدم تطوير لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

أما فيما يخص النتائج المتعلقة بتطبيق استمارة ومتابعة الواجب المنزلي، فقد لاحظ الباحث أن الواجبات المنزلية التي كان يكلف بها أفراد المجموعة التجريبية ممّن يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، عقب انتهاء كل جلسة إرشادية، كانت تنجز وبدرجة عالية من الاهتمام من قبل أولياء الأمور، وبمشاركة فاعلة وتشجيع واضح منهم، فقد لعبت دوراً كبيراً في تحقيق أهداف كل جلسة منفردة، وجلسات البرنامج بشكل عام، وخاصة أنها كانت تتضمن الآتي:

- الحديث عن الأسباب التي أدت إلى تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديه سواء بالكتابة أو الحديث عن المشاعر السلبية.
- التعبير كتابياً أو شفوياً عن مصادر القوة الكامنة بداخل كل طفل، أو المحيطة به والتي تشكل أساساً للانطلاق نحو الأفضل.
- التعبير شفوياً أو كتابياً عن المشاعر المؤلمة انفعالياً بصورة مقنعة وغير مبالغ فيها، والانطباعات الحسنة وتقوية العلاقات الأسرية.
- الحديث عن مدى الاستفادة وبما يحس به عند التعبير انفعالياً عما يحس به من مشاعر للآخرين ممن يثق بهم.
- تطبيق الاسترخاء البطني يومياً منفرداً قبل النوم وعند حضور المشاعر السالبة، وتطبيق تمرين التنفس بالعد من واحد لعشرة في المواقف الضاغطة.

- ذكر أمثلة لمواقف يمكن التعبير فيها عن المشاعر انفعالياً.
- التفريق بين الأفكار العقلانية وتلك اللاعقلانية والتعامل معها بشكل يبعث على الراحة.
- التفكر بالمحيطين به من أقارب حتى الجيل الثالث وكيفية الاستفادة وتلقى الدعم ممن يركن ويرتاح إليهم، ويحس أنهم فعلاً الأقدر على تقديم الدعم والاعتماد عليهم كنقاط قوة داعمة ودافعة لديه.
- الحث على المشاركة في الأعمال الحركية واللعب خاصة مع الأخوة وأفراد الأسرة داخل البيت أو خارجه من خلال تنظيم رحلات ترفيهية.
- ذكر مواقف مر بها الطفل ووقف عاجزاً أمامها، ولم يستطع التعبير عنها، وتخيل نفسه لو مر بنفس الحدث كيف سيتصرف.
- تقوية الوازع الديني لدى الطفل كأساس من الأسس التي يبنى عليها التحسن من قبيل الإيمان بالقضاء والقدر، وتقريبهم لكتاب الله كباعث أساسي للراحة النفسية.
- إكساب الطفل المرونة الكافية للتعامل مع المواقف الحياتية سواء في تعامله مع الأسرة أو المجتمع بكل مكوناته والذي يتفاعل معه باستمرار.
- تعلم الطفل لأسلوب حل المشكلات بطريقة علمِّية، ووضع أكثر من بديل للحلِّ وعدم التمركز والتحجر عند حل واحد، بل يكون هناك مرونة للتعامل مع المشكلات بما يتطلبه الموقف، وتخيل مواقف التي قد تحصل مع إيجاد حلول مناسبة لها.
- ذكر مدى الاستفادة من المواقف التمثيلية للسيكودراما، وتطبيق التمثيل مع أفراد الأسرة بمواقف جديدة.
- التخطيط لرحلات ترفيهية مع أفراد الأسرة والتعبير عن شعوره وانفعالاته عقب الرحلة من قبل كل من الطفل والمشاركين بالرحلة.

من خلال هذه الواجبات والمهام التي نفذها الأطفال، تمكن الباحث من أن يعمم التغيرات الايجابية التي أنجزها الأطفال، كما ساعد على نقل هذه التغيرات إلى المواقف الحياتية، مما دعم هذه الأفكار والمواقف الجديدة، من خلال جمع وتحليل ملاحظات أولياء الأمور، والمعلمين عن الأطفال في المنزل والمدرسة عقب كل جلسة تدريبية، توصل الباحث إلى أن هذه الواجبات والمهام كان لها تأثير فعال في تحقيق أهداف البرنامج في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، مما كان له دور واضح في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وهذا ما دلت عليه المعاملات الإحصائية لهذه الدراسة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بتحليل استمارة التقييم الخاصة بالبرنامج والمكوَّنة من أربع صور:

أ- **الصورة الأولى والمقدمة للطفل:** فقد تبين أن جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي قد لعبت دوراً كبيراً في تخفيض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية، والذي يعتبر مؤشراً قوياً لزيادة تمتع الطفل بصحة نفسية جيدة، تمكنه من الانخراط بفاعلية وكفاءة أعلى في الأنشطة المجتمعية والشخصية، فمن خلال جمع وتحليل إجابات الأطفال على الأسئلة الخاصة باستمارتهم لتقييم البرنامج، لاحظ الباحث أن الأطفال أصبحوا أكثر قدرة على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم ومشاركتهم في الحياة الأسرية، وبناء علاقات أسرية ومدرسية واجتماعية تتميز بالجدية، وأنها قائمة على الثقة والحبِّ والتقدير والاحترام المتبادل، حيث أن الخبرات التي اكتسبوها من خلال جلسات البرنامج ساعدتهم على أن يكونوا أكثر قدرة على إعادة البناء النفسي الذي يكون قد تأثر، وبالتالي على بناء شخصيتهم المستقلة. وأصبحوا يتمتعون بقدر من الصحة النفسية تمكنهم من تنمية مهاراتهم وقدراتهم الكامنة، حيث أصبحوا أكثر استبصاراً بأنفسهم، خاصة وأنه انعكس على مختلف جوانب الحياة لديهم، سواء على مستوى الأسرة أو المدرسة أو مؤسسات المجتمع المحلي الذي يتعاملون معه، لا سيما وأن جلسات البرنامج كانت مشوقة لهم، وهذا ما كان واضحاً من حضور الجميع للجلسات، ولم يكن هناك تغيب إلا بإذن مسبق وتحت ظروف قاهرة، وقد أبدى العديد من الأطفال الرغبة في الاستمرار في المجموعة وان يتم التفكير بطريقة تضمن التواصل فيما بينهم.

ب-**فيما يتعلق بالصورة الثانية المقدمة للمعلم:** فمن خلال جمع وتحليل إجابات المعلمين الخاصة باستماراتهم لتقييم البرنامج الإرشادي الانتقائي، توصل الباحث لمجموعة من النتائج أهمها:

أن الأطفال أصبحوا أكثر إقبالاً على دروسهم، ويتضح ذلك من خلال حضورهم المبكر للمدرسة، وحرصهم على حضور الحصص الدراسية من بدايتها، وهذا ما لم يكن قبل البرنامج، ودلت نتائج الاختبار التحصيلي نهاية العام على حصول جميع أفراد المجموعة على نتائج أفضل بكثير من تلك التي كانوا عليها قبل تطبيق البرنامج، وكذلك التزامهم بأداء الواجبات المنزلية المدرسية وحرصهم على أداءها، كما أصبحوا أكثر مشاركة في الأنشطة الصفية وأصبح كثير منهم مبادرين في طرح أسئلة استفسارية وهذا ما لم يكن على الإطلاق من قبل. وقد دلت النتائج على أن تدريب الأطفال في سن (٩-١١) سنة، قد أدى إلى تحسن التفاعل الاجتماعي لديهم، على مستوى علاقاتهم مع المعلمين والزملاء والعاملين في المدرسة، أنهم أصبحوا أكثر تفاعلاً

من الناحية الاجتماعية، وكونوا علاقات جيدة مع معلميهم، وأصبحت تربطهم علاقات مميزة مع زملاء لهم حيث كوّنوا صداقات امتد أثرها إلى خارج أسوار المدرسة، كما أصبح اثنان منهم أعضاء في مجلس الصف.

هذا كله يؤكد أن نجاح الأطفال في اكتساب مهارات اجتماعية تمكنهم من بناء علاقات تفاعلية موجبة مع الآخرين، قد يلعب دوراً هاماً في إعادة التوافق الذي يؤدي بالضرورة إلى تحسن في مستوى الصحة النفسية لديهم، ويعود ذلك إلى الأثر الايجابي لفعالية البرنامج الإرشادي الانتقائي بتعدد فنياته واستراتيجياته الإرشادية العلاجية، مع مراعاة للخصائص العمرية وما يحقق رغباتها، ومراعاة للفروق الفردية وتنوع الأنشطة والتدريبات لدى المجموعة التجريبية.

ج- **فيما يتعلق بالصورة الثالثة المقدمة لولي الأمر:** لقد قام أولياء الأمور لأفراد المجموعة التجريبية ممن يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بدور رئيس وفعَّال لجلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي، وذلك بالمشاركة الايجابية في بعض جلسات البرنامج، والمتابعة المستمرة من خلال الواجبات المنزلية وإعطاء الأطفال الفرصة للتعبير عن انفعالاتهم، كذا تحمل انفعالاتهم العنيفة والغاضبة وتوجيهها التوجه المناسب، والمشاركة الوجدانية بين مختلف أعضاء الأسرة مع الطفل مع إعطائه الاهتمام الذي يشعره بالقيمة، والشعور والتحلي بالمسؤولية الانفعالية والعاطفية كما الأخلاقية تجاه أبنائهم، وتقديم المساعدة لهم على مختلف مستوياتها.

إن مشاركة أولياء الأمور في التقييم النامي اليومي للجلسات، كان له أثر بليغ في التقدم الذي حصل، كذلك المشاركة في تقييم جلسات البرنامج بعد انتهائه، والإفادة بالشعور بالتحسن على الأداء اليومي للطفل، وأن الطفل أصبح أكثر رغبة بالمشاركة بالأنشطة الاجتماعية والترفيهية، إن معظم الأعراض الجسمية التي كان يحس بها الطفل قد تخلص منها، ولم يعد يشكو منها، وأن الأطفال أصبحوا أكثر استقراراً من الناحية العاطفية والوجدانية، وأصبح الأطفال أكثر إدراكاً للواقع الذي يعيشونه سواء داخل الأسرة أو خارجها وطبيعة طلباتهم المادية والمعنوية، كما دلَّت النتائج على أن الأطفال أصبحوا أكثر قرباً من الله عز وجل، وأنهم انتظموا في أداء الصلوات وأصبحوا يرددون بعض الألفاظ باستمرار مثل:(الحمد لله – كله من الله – لا حول ولا قوة إلا بالله – يلي من عند الله يا محلاه)، كما دلت النتائج الخاصة باستمارة ولي الأمر أن الأطفال أصبحوا أكثر توافقاً نفسياً وتربوياً واجتماعياً، وبدرجة واضحة وملموسة لدي ولي الأمر.

وفي ضوء ما سبق فانه بالإمكان القول بأن جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي، قد لعبت دوراً كبيراً في التخفيف من آثار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

د- **فيما يتعلق بالصورة الرابعة المقدمة للأخصائي المعالج:** فقد دلت نتائج تحليل إجابات الأخصائي المعالج على الاستمارة الخاصة به، لتقييم استجابات الأطفال المشاركين في جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي بعد نهايته أنه: شعر بتغير ملموس في سلوك الأطفال من حيث التزامهم بالمواعيد وبقواعد الجلسة وانضباطهم الايجابي والمشاركة في الأنشطة التي يطلبها سواء داخل الجلسة أو النشاط المنزلي وهذا ما لم يكن قبل البرنامج. وهذا ساعد الأخصائي بالقيام بدوره في عملية العلاج بشكل أكثر فعالية وكفاءة.

كما أفادت النتائج إلى زيادة مستوى الدافعية لدى الأطفال في تلقي الخدمات النفسية، وقد أصبحوا أقل استثارة بدرجة واضحة أثناء القيام بالنشاط العلاجي، كما أن الأطفال أصبحوا أقل ترقباً للمواقف الصادمة والضاغطة ولا يتحدثون عنها إلا بالقدر المعقول والمقبول من الناحية العلاجية.

كما أفادت النتائج سواء من المختص المعالج أو أولياء الأمور، أن الأطفال قد اختفت تقريباً مشاكل ما قبل وأثناء النوم لديهم، وأصبحوا يذهبون لفراش النوم ويرددون بعض الأدعية والأناشيد ولا يستغرقون وقتاً طويلاً للاستغراق بالنوم.

كما أن الأطفال أصبح لديهم قدر من الصلابة النفسية، وقدرة على التعامل مع المواقف الضاغطة التي تواجههم، وأصبحوا أكثر تسامحاً مع من يسئ إليهم وترديداً لعبارة الله يسامحك بشكل كبير. وكذلك فإن الأطفال أصبحوا أكثر قدرة على اتخاذ القرارات الخاصة بأمور حياتهم الشخصية، بعد أن تأثر هذا الجانب بشكل كبير عقب تعرضهم للحدث الصادم، كما أن الأطفال أصبحوا أكثر فعالية وكفاءة في أداء أنشطتهم اليومية بمختلف مستوياتها، ومواجهتهم وتحملهم للمواقف الضاغطة وأكثر قدرة على تحدي ومواجهة الصعوبات الحياتية.

وبناء على ما سبق فإنه بالإمكان القول إن: جلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي، قد ساهمت وبقدر كبير في إعادة التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال الذين أصبحوا يتمتعون بقدر من الصحة النفسية، التي ساعدتهم على إعادة التكيف، والتأقلم، والتعامل مع المواقف الضاغطة بمختلف مستوياتها.

رابعاً: تحليل دراسة حالة

أولاً: البيانات الخاصة بحالتين من عينة الدراسة

البيانات الشخصية والعائلية الخاصة بالحالتين من عينة الدراسة يتناولها الباحث فيما يلي :

الحالة الأولى: أكثر حالة استفادةً من خدمات البرنامج:

الطفل أحمد طفل في الصف الرابع ويدرس في مدرسة ابتدائية بمدينة غزة، ويبلغ من العمر (١٠) أعوام، وتتكون أسرته من سبعة أفراد الأب والأم، وخمسة من الأخوة والأخوات، بنتان

وثلاثة أولاد، ترتيبه الثالث بين الأخوة، والثاني بين الذكور، أحمد فقد والده في حرب عام ٢٠١٤ جراء غارة علي سيارته أمام منزله فور ركوبه بها، أحمد كان أول شخص شاهد المنظر كونه لحق بابيه ليوصيه أن يأخذ باله من نفسه أثناء السير في الشارع، وطلب منه أن يحضر له نوع من الحلوى كان يحبها، الانفجار كان عنيفاً أدى إلى تطاير أشلاء الوالد، وقد شاهد أحمد الحدث كما شاهد الأشلاء، كانت ردة فعل أحمد أثناء الحدث بالصراخ بأعلى صوته بابا، ومن ثم شارك مع الجيران وطواقم الإنقاذ في تجميع أشلاء والده، وشارك في جنازة التشييع لوالده ومن ثم العودة على المنزل، حيث لم تتمكن العائلة من فتح بيت للعزاء بسبب الحرب، نام أحمد ليلته ولم تظهر عليه تغيرات في سلوكه إلا بعد أسبوع من الحدث، حيث بدأ بأحلام مزعجة وكوابيس بالليل، تبول لاإرادي ليلاً، وبعد أسبوعين آخرين تقريباً بدأ يشكو من آلام في المعدة والرأس ولم يكن هناك أي تفسير عضوي، خوف من الظلام، لا يخرج من البيت منفرداً، كثير الحديث عن الاستشهاد والانتقام، وبعد ثلاثة أسابع تقريباً أصبح لا يتكلم مع أحد من خارج البيت، ولم يعد يتحدث عن الاستشهاد، يقضي وقتاً طويلاً على التلفاز ولا يشارك في حديث الأسرة، أصبح منطوياً ولا يشارك أصدقاءه بأي نشاط، أصبح مضطرباً ودائم التوتر، أصبح قليلاً ما يتناول الطعام، زادت عدد تكرار الكوابيس لتصبح بشكل يومي تقريباً. وبعد شهرين ونصف تقريباً من الحدث توجه أحمد برفقة والدته إلى المرشد المدرسي طالبةً المساعدة، ومؤكدة استمرار جميع الأعراض السابقة. ولم تقدم الأسرة له أي مساعدة ولم تستمع لمشاعره بالقدر الكافي ظانة أن هذه أعراض خوف ستزول بعد أيام، طالبةً من أحمد أن يكون قوياً وألا يضعف تحت شعار أنت راجل والراجل ما يشكو وما يصرخ، لم يعاني أحمد من أي مشكلات صحية، ولا نفسية قبل التعرض للحدث الصادم، ومستواه التحصيلي المدرسي ما بين جيدجداً وممتاز، المستوى الثقافي للأسرة مرتفع حيث إن الأم جامعية، ومستوى الدخل الاقتصادي متدنٍ، ولا يفي بالمتطلبات الشهرية للأسرة.

الحالة الثانية: أقل حالة استفادةً من خدمات البرنامج:

٢- الطفل تامر في الصف الرابع الأساسي ويبلغ من العمر عشرة أعوام، ويدرس بمدرسة ابتدائية بمحافظة غزة، تتكون أسرة تامر من تسعة أفراد: الأب، والأم، وسبعة من الأبناء، ثلاثة ذكور، وأربعة بنات، ترتيبه الخامس، والثالث من بين الذكور، تامر فقد والده البالغ من العمر سبعة وأربعون عاماً أثناء الحرب على غزة عام ٢٠١٤، بعد أن استهدفت الطائرات الحربية الإسرائيلية بيتاً في طريق عودته من عمله بعد عصر ذلك اليوم، حيث كان يعمل ممرضاً بمستشفى بمدينة غزة، والبيت المستهدف يبعد عن منزله حوالي ثلاثمائة متر، تامر سمع صوت الانفجار ففزع كما فزعت العائلة، وبدأت أم تامر بالصراخ قائلة أكيد زوجي من المصابين دون أن تعلم أنه قد فارق

الحياة فوراً، حيث وجد على سطح منازل أحد الجيران وقد استشهد، بعد ساعة من الحادث شاع خبر استشهاده، فكانت ردة فعل تامر كما الأسرة الفزع والفجع، غير أن تامراً بعد ساعات من الحدث خرج للشارع ليلاً وترك بيت العزاء المصغر الذي أقيم داخل شقتهم بسبب استمرار الحرب، وأعاده رجال الأمن لبيته بعد أن دخل المقبرة طالباً أن يرى والده، لم ينم تامر لمدة ثلاثة أيام، وبقي متيقظاً ويحملق عينيه في سقف البيت، بعد أن كان أفراد الأسرة حريصين على ألّا يخرج من البيت ليلاً، ولا نهاراً، تامر أصبح دائم الالتصاق بوالدته، ويثور لأتفه الأسباب، منعزلاً عن أصدقائه، لا يشارك في الأحداث الاجتماعية، لا يخرج من المنزل، يقضي معظم وقته على التلفاز مشاهداً كل من يتحدث عن الحرب، أصبح لا يحب أكل اللحوم، قليل النوم، أحلام وكوابيس ليلية بمعدل ٤-٦ مرات أسبوعياً، أصبح يشكو من آلام في قدميه، تبدو عليه علامات الحزن الشديد كلما ذكر الاستشهاد والحرب، أصبح لا يمر من الشارع الذي استشهد فيه أبوه، كثير التعلق بذكريات والده مثل: ثيابه وحاجياته، تبول في الفراش ليلاً بمعدل ثلاث مرات أسبوعياً، كثير السرحان وقليل التركيز. بعد شهرين من الحدث توجهت الأم لمركز نفسي متخصص طالبة المساعدة، ومؤكدة على استمرار تلك الأعراض حتى يوم التوجه، معربة عن قلقها من تراجع مستواه الدراسي. المستوى الثقافي للأسرة متوسط حيث إن الأم حاصلة على الشهادة الإعدادية، والابن الأكبر والبنت الكبرى يدرسان بالجامعة، ومستوى تامر التحصيلي ما بين المتوسط والجيد. المستوى الاقتصادي ضعيف، حيث إن الدخل لا يفي بجميع متطلبات الأسرة. لم يتلق تامر دعم من الأسرة، بل كان يستهزأ بمشاعره وبمخاوفه، ويتلقى اللوم الشديد على التبول بالفراش ليلاً، حتى أنه كان يتعرض للضرب من الأسرة على هذا السلوك.

جدول رقم(١٤)

مقارنة بين الحالتين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة

أولا البيانات الأولية		
الاسم	أحمد	تامر
السن	١٠	١٠
المدرسة	إعدادية	إعدادية
الحالة الدراسية	منقول	منقول
هل يعاني من أمراض عضوية مزمنة	لا	لا
هل يخضع لأي إشراف طبي	لا	لا
عدد الأخوة والأخوات	(٢) إناث (٣) ذكور	(٤) إناث (٣) ذكور
الترتيب بين الأخوة والأخوات	الثالث	الخامس
ثانيا : البيانات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة		
بالنسبة للأب متوفى (شهيد) لكلا الحالتين		
بالنسبة للأم		
مستوى التعليم	جامعية	إعدادي
مهنة الأم	ربة بيت	ربة بيت
هل سبق وتزوجت من آخر غير الأب	لا	لا
ثالثا : بالنسبة لمحل الإقامة والمحتويات		
نوع السكن للأسرة	شقة ملك ببيت العائلة	شقة ملك ببيت العائلة
عدد غرف المسكن	(٤) غرف	(٤) غرف
الملحقات الترفيهية بالمسكن	لا يوجد	لا يوجد
الأشياء التي تمتلكها الأسرة	جوالات – جهاز كمبيوتر	جوالات – جهازين كمبيوتر
الجانب الثقافي للأسرة		
المكتبة المنزلية	لا توجد	لا توجد
الاهتمام بشراء الكتب والمجلات والجرائد	لا	لا
الاشتراك بخدمة الانترنت	نعم	نعم

بعد الاطلاع على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للحالتين تم استخلاص ما يلي:

١- **من حيث البيانات الأولية:** نجد أن الحالتين تتشابه في السن وعدم الإصابة بأي مرض، وتتقارب في عدد أفراد الأسرة .

٢- **من حيث البيانات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية عن الأسرة:** بالنسبة للأب فهما تشتركان بفقدان أبويهما في نفس الظروف والتوقيت تقريباً، بالنسبة للأمهات كلتا الحالتين يشتركن في الإقامة والمهنة والحالة الاجتماعية، ويختلفن في مستوى التعليم فالحالة الأولى (أحمد) مستوى تعليم الأم (جامعي)، بينما الحالة الثانية مستوى تعليم الأم (إعدادي).

٣- **من حيث محل الإقامة ومحتوياته:** تتشابه كلتا الحالتين من حيث الإقامة، من حيث عدد الغرف (٤) لكلتا الحالتين، وشقة ملك ببيت العائلة الممتدة، وتمتلك الحالة الأولى(أحمد) (جوالات وكمبيوتر) بينما الحالة الثانية(جوالات وكمبيوتران).

٤- **من حيث المستوى الثقافي:** تشترك الحالتان بوجود خدمة النت بالمنزل، وعدم وجود مكتبة منزلية، وعدم شراء الكتب والمجلات والجرائد.

جدول رقم(١٥)

مقارنة بين الحالتين في دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب أعراض الصدمة

الحالة	أحمد	تامر
في أي عمر اكتشف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة؟	١٠	١٠
ما الإجراءات المتبعة عند اكتشاف الأعراض؟	طلب المساعدة	طلب المساعدة
هل توجد حالات تعاني من مرض نفسي بالأسرة؟	لا	لا
متى تظهر الأعراض الصادمة؟	ليل – نهار	ليل – نهار
ما هي الأسباب المؤدية للاضطراب؟	استشهاد الأب	استشهاد الأب
أسلوب التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة.	اللوم والتأنيب مع الاستماع للمشاعر	اللوم والتأنيب
القدرات العقلية للطفل.	عالية	متوسطة إلى جيدة
الوظائف العقلية للحالة.	وظائف مشوشة في التركيز والانتباه	
هل ظهرت مشكلات سلوكية لدى الطفل؟	نعم	نعم
هل يعاني الطفل من أمراض مزمنة أو تتعلق بالكلام؟	لا	لا
هل يعاني الطفل من أمراض نفسية؟	لا	لا
هل تم التأكد من السبب نفسي وليس عضوي؟	نعم	نعم
هل يقارن الطفل بالآخرين من حيث السلوك؟	نعم أحياناً	نعم
هل يغار الطفل من أخوته والآخرين؟	لا	نعم أحياناً
هل يتغير سلوك الطفل عند مشاهدة صور الشهداء؟	نعم	نعم

بعد الاطلاع على دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة تم استخلاص ما يلي:

١- كلتا الحالتين تعانيان من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، متساويتان في العمر (١٠) أعوام، واستمرت الأعراض بعد أكثر من شهرين من التعرض للحدث الصادم لكلتيهما.

٢- الإجراءات المتبعة عند اكتشاف الأعراض التوجه للمختصين طلباً للمساعدة.

٣- بالنسبة لأسباب الأعراض فهو التعرض لحدث صادم يتمثل باستشهاد الأب لكلتا الحالتين في نفس الظروف تقريباً.

٤- بالنسبة لأسلوب التعامل مع الآثار للحدث الصادم، فيتفقان في اللوم والعتاب لحدوث سلوكيات غير معتادة للأسرة.

٥- بالنسبة للوظائف والقدرات العقلية، فالحالة الأولى تتمتع بقدرات عالية، بينما الثانية بقدرات عقلية متوسطة، بينما الوظائف لكلتا الحالتين تتصف بالتشتت في التركيز والانتباه.

٦- بالنسبة للمشاكل السلوكية فكلتا الحالتين تعانيان من بعض الاضطرابات والمشاكل السلوكية.

٧- بالنسبة لمعاناة الطفل من أمراض مزمنة أو تتعلق بالكلام، فكلاهما يخلوان من ذلك ولم يسبق لهما أن زارا أي طبيب لهذا الغرض.

٨- فيما يتعلق بالأمراض النفسية، فقد خلت الحالتان وأسرتاهما من الأمراض النفسية أو زيارة أي طبيب أو مركز نفسي، طلباً للمساعدة.

٩- بالنسبة لمقارنة الطفل بالآخرين فقد كانت الأولى (أحمد) نعم أحياناً، أما الثانية (تامر) نعم، وما يتعلق بالغيرة الأولى لا، والثانية نعم أحياناً. أما بخصوص تغير سلوك الطفل عند مشاهدة صور الشهداء، فكلتا الحالتين أجابت بنعم.

جدول رقم (١٦)

عرض لدرجات الحالتين على مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قبل وبعد التطبيق للبرنامج الإرشادي الانتقائي

مقياس اضطراب أعراض ما بعد الصدمة درجات التصحيح (172- 0)	أحمد	تامر
القياس قبل البرنامج	143	151
القياس بعد البرنامج	35	71
القياس التتبعي للبرنامج	29	67

بعد عرض الدرجات الحاصل عليها كلتا الحالتين، يلاحظ أن هناك تحسناً ملحوظاً وواضحاً، في أن البرنامج الإرشادي الانتقائي، قد أثر بشكل إيجابي على الحالتين، وانهما استفادتا من جلسات البرنامج ولكن بنسب متفاوتة.

ويفسر الباحث ذلك كون الحالة الأولى (أحمد)، قد استفاد من جلسات البرنامج أكثر من الحالة الثانية(تامر)، وعند الرجوع لدراسة الحالة الأولى(أحمد) نجد أن الأسرة لديها درجة تقبل للطفل ومشاكله أكثر من الحالة الثانية، فقد كانت تعطيه مساحة أكبر للتعبير عن مشاعره، كونه شاهد مشهد استشهاد والده، فقد نال تعاطفاً كبيراً من أفراد الأسرة والمجتمع المحيط به، وهذا ما لم يتوفر للحالة الثانية حيث لم يكن هناك تقبل بالشكل المطلوب للمشاعر، وقد فرض عليه شبه إقامة جبرية في الأيام الأولى للحادث بحجة المحافظة عليه ومنعه من الخروج من البيت لأي سبب، وهذا شكل له قمعاً بالغ القسوة لمشاعره، ولم تتح له الفرصة للتنفيس عنها.

كما أن الحالة الثانية كانت تُؤنَّب أكثر من الأولى في ردة الفعل لنفس المشاكل، خاصة التبول اللاإرادي، حيث التوبيخ، والضرب في كثير من الأحيان، واستمر هذا لفترة متقدمة من مدة المشاركة بالجلسات، هذا مما قلل من درجة الاستفادة، حيث أنها أقل حالة استفادت من البرنامج الإرشادي الانتقائي.

ويضاف إلى ذلك المستوى الثقافي المرتفع للأم في الحالة الأولى، مقارنة بالمستوى الثقافي المتدني للحالة الثانية، ساعد على متابعة المطلوب من جلسات البرنامج بدرجة أكبر من الحالة الأولى، وبالتالي أثر على استفادة الحالة الأولى من البرنامج وتعتبر من أكثر الحالات استفادة من البرنامج.

المستوى التحصيلي والاستيعابي من الناحية العقلية للحالة الأولى كان أكبر منه للحالة الثانية، وقد يكون هذا أثر على استيعاب أكبر للفنيات واستراتيجيات البرنامج، وبالتالي طبقها بصورة أكثر دقة وصحة مما انعكس عليه بالإيجاب بدرجة أكبر من الحالة الثانية.

خامساً: توصيات الدراسة

في ضوء هذه الدراسة وما تضمنته من مشكلة وأهداف وأهمية وإطار نظري ونتائج، فإن الباحث هنا يقدم عدداً من التوصيات والاقتراحات لمن يعنى بالطفل المتعرض للأحداث الصادمة، خاصة الناتجة عن صدمة الحروب، ومن هذه التوصيات ما يلي:

١- الاهتمام بأولياء أمور الأطفال وتقديم التوعية الوقائية بمسببات الصدمة، وطرق التعامل معها، وذلك من خلال الندوات والمحاضرات وورش العمل، التي تنظمها المؤسسات

والجامعات والأفراد ذوو الخبرة والكفاءة، من أجل التقليل من تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

٢- إجراء دراسات مماثلة لهذه الدراسة تستهدف فئات عمرية أخرى.

٣- القيام بدراسات للبحث عن فعالية وسائل المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الطفل أثناء الأحداث والأزمات الضاغطة والصادمة، والتي تساعده على التخفيف من الآثار السلبية لها.

٤- تخصيص وسائل الإعلام مساحة من برامجها للحديث والتوعية عن الصدمة النفسية، أسباب ومسببات ووقاية قبل العلاج .

٥- جعل المدرسة بيئة راعية للأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، وأن تكون أيضاً بيئة خصبة لوقاية الأطفال من تطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، عند التعرض للأحداث الصادمة، من خلال التوعية للمعلمين، وتفعيل الجانب الإرشادي الوقائي للمرشد في المدرسة.

٦- استخدام البرامج الإرشادية الانتقائية في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المؤسسات المتخصصة بالمجال في التخفيف، وعلاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٧- الاهتمام بالإرشاد الانتقائي كمنهج للتعامل مع مختلف المشكلات النفسية.

سادساً: البحوث والدراسات المقترحة

١- القيام بدراسة مماثلة على نفس الفئة العمرية للدراسة الحالية من الإناث.

٢- إجراء بحوث مماثلة تتناول فئات عمرية مختلفة من الأطفال والمراهقين والشباب والبالغين من كلا الجنسين.

٣- إجراء دراسة مماثلة على عينة من أفراد المراهقة المتأخرة.

٤- إجراء دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في تأثير برامج إرشادية انتقائية عليهما.

٥- إجراء دراسات تستخدم برامج إرشادية انتقائية في معالجة مشكلات نفسية متعددة كأعراض القلق. الاضطرابات الناتجة عن الحروب والأحداث الصادمة.

سابعاً: الصعوبات التي واجهت الباحث

لقد واجهت الدراسة والباحث العديد من الصعوبات منها بحثية وأخري ميدانية والاثنتان مرتبطتان ببعضهما وتؤثر كل منها في الأخرى، وتعتبران من معيقات البحث والتي تتمثل هذه الصعوبات في النقاط التالية:

١- الاحتلال الصهيوني للأراضي الفلسطينية، وما يتبع ذلك من حصار وإغلاق للمعابر والحدود بشكل شبه دائم.

٢- الانقسام الفلسطيني الفلسطيني وما تبعه من صعوبة السفر إلى جمهورية مصر العربية، حيث تم تأخير انجاز الدراسة لأكثر من عام ونصف.

٣- صعوبة الحصول على المراجع والدراسات ذات العلاقة بالدراسة الحالية، نتيجة لتقييد حركة السفر.

٤- قلة الدراسات التي تناولت أقارب الشهداء من الدرجة الأولى والذين طوروا أعراض إضراب ما بعد الصدمة.

٥- صعوبة الحصول على العينة نتيجة للحداثة النسبية لانتهاء الحرب وكون جرح أسر أفراد العينة عميقاً وما زال نازفاً.

٦- صعوبة وصول بعض أفراد العينة لمكان بعض الجلسات في الموعد المحدد وذلك نظراً لبعد مكان السكن والظروف الأمنية لبعضهم حيث يسكنون في المنطقة الحدودية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

أولاً: المراجع العربية

١- إبراهيم عبد الستار وعبدالله عسكر(٢٠٠٥). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث**، أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة: دار النشر للنشر والتوزيع.

٢- ابتسام الخزندار(٢٠٠٤). أثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خض أثر الخبرات الصادمة لدى الأطفال الفلسطينيين في محافظات غزة، **رسالة دكتوراه**، جامعة عين شمس.

٣- ابن منظور(١٩٩٠). **لسان العرب**، الطبعة الأولى، المجلد الثالث، دار الفكر، بيروت.

٤- أحمد الحسيني هلال وشهدان محمد عثمان(٢٠١٣). علم النفس الحديث، الضبط التنفيذي والوظائف التنفيذية، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

٥- أحمد خضر أحمد (١٩٩٩). الآثار النفسية للتعذيب، دراسة امبيريقية – للمعتقلين السياسيين الفلسطينيين الذين تعرضوا و الذين لم يتعرضوا للتعذيب داخل السجون الإسرائيلية – **رسالة دكتوراه** جامعة عين شمس – كلية الآداب.

٦- أحمد سيف حيدر(١٩٩٨).**التشخيص والسلوك** ، دار المؤلف الجامعي للطباعة والنشر.

٧- أحمد عبد الخالق(١٩٩٨). **الصدمة النفسية** ، منشورات جامعة الكويت، الكويت.

٨- _____(٢٠٠٢). **قياس الشخصية**، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٩- أحمد عكاشة وطارق عكاشة(٢٠١٣). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط١٦.

١٠- أحمد محمد الحواجري (٢٠٠٣).مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة المرحلة الأساسية في محافظة غزة، **رسالة ماجستير**،كلية التربية ،الجامعة الإسلامية،غزة.

١١- أحمد محمد الزعبي(٢٠٠١). **علم نفس النمو**،عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

١٢- _____(٢٠٠٢). **الإرشاد النفسي**، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

١٣- أحمد محمد حمزة (٢٠٠١). فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف سلوك العنف لدى عينة من المراهقين الذكور من طلاب الثانوي العام، **رسالة ماجستير** ،القاهرة: معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

١٤- أنور البنا ومحمد عسلية(٢٠٠٤).اضطراب صدمة ما بعد الاجتياح الصهيوني لدى أطفال منطقة حي الزيتون بمحافظة بمحافظة غزة، **مجلة جامعة الأقصى**،غزة.

١٥- أوتو فينخل(١٩٦٩). **نظرية التحليل النفسي في العصاب**، ترجمة صلاح مخيمر وعبده رزق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٦- باترسون، س. هـ (١٩٨١). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**،(الجزء الأول) ترجمة حامد الفقي، الكويت: دار القلم.

١٧- _____ (١٩٩٠).**نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، ترجمة حامد الفقي. الكويت: دار القلم.

١٨- برنامج غزة للصحة النفسية،التقرير السنوي، ٢٠١٠.

١٩- جليلة سبتي القيسي(١٩٩٦).أثر برنامج إرشادي مقترح في خفض مستوى الخوف لدى عينة من الطالبات الجامعيات السعوديات ،**مجلة الإرشاد النفسي**،جامعة عين شمس:العدد ٥: ٢٦٧ – ٢٧٥.

٢٠- حامد عبد السلام زهران(١٩٨٠). **التوجيه والإرشاد النفسي**، القاهرة، عالم الكتب.

٢١- _____(١٩٨٦). **علم نفس النمو**. القاهرة، عالم الكتب.

٢٢- _____(١٩٩٧). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، القاهرة: عالم الكتب.

٢٣- _____(١٩٩٨). العنف والبلطجة. **مجلة النفس المطمئنة**، العدد ٥٣، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.

٢٤- _____(٢٠٠٢). التوجيه والإرشاد النفسي نظرة شاملة مجلة الإرشاد النفسي نظرة شاملة ،**مجلة الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس ، العدد ٢ ، مركز الإرشاد النفسي القاهرة.

٢٥- _____(٢٠٠٣). **دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي**. القاهرة: عالم الكتب.

٢٦- _____(٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية، القاهرة، علم الكتب، ط١.

٢٧- حامد عبد العزيز الفقي(١٩٩٣). **التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون نتيجة الاحتلال العراقي**،الكويت: عالم الفكر،المجلد ٢٢، العدد الأول ص ٧٢-٧٩.

٢٨- حسام الدين محمود عزب(٢٠٠٠). دور التوجيه والإرشاد النفسي في رعاية الطلاب الجامعيين، **دراسة نفسية تربوية**، جامعة الملك فيصل، الإحساء.

٢٩- _____(٢٠٠٢). فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين، **أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس: المجلد ٢: ١ – ٨١.

٣٠- حسن مصطفى عبد المعطي(٢٠٠٤). **النمو النفسي الاجتماعي وتشكيل الهوية** ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٣١- حسنية غنيمي عبد المقصود(٢٠٠٥). دراسات وبحوث في علم نفس الطفل. القاهرة: عالم الكتب.

٣٢- ديفيد هـ. بارلو(٢٠٠٢).**مرجع اكلنيكي في الاضطرابات النفسية** ، ترجمة صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٣- رشيد علي السهل(١٩٩٩). تقويم أهداف الإرشاد النفسي المدرسي بالمرحلة الثانوية. **المجلة التربوية،** جامعة الكويت، المجلد ١٣، العدد ١٥: ١٧ – ٥٠.

٣٤- رمضان محمد القذافي(١٩٩٧). **التوجيه والإرشاد النفسي،** بيروت: دار الجيل.

٣٥- _____(١٩٩٢). **الصحة النفسية والتوافق،** الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ط٣.

٣٦- زينب محمود شقير(٢٠٠٥). **العنف والاغتراب النفسي بين النظرية والتطبيق.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٣٧- سامي محمد ملحم (٢٠٠٧). **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي،** عمان: دار المسيرة.

٣٨- سعد سابط جابر العطراني(١٩٩٥).عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدي طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل المحيطة به ، **رسالة ماجستير** ، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

٣٩- سعيد العزة وجودت عبد الهادي(١٩٩٩). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** ، عمان، الدار العالمية الدولية للنشر والتوزيع.

٤٠- سعيد حسني العزة(٢٠٠١). **الإرشاد الجماعي العلاجي،** عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.

٤١- سليمان رجب أحمد (٢٠٠٧). أطفالنا بين جدلية الأنا – الآخرين كما تبدو في التمثيل (الدراما)، **مجلة الطفولة العربية،** الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، المجلد ٨، العدد ٣١: ٧٤ – ٩١.

٤٢- سمير قوتة (١٩٩٣)."العلاقة بين الخبرات الصادمة و المشاركة الانفعالية و العقلية عند الأطفال الفلسطينيين"**برنامج غزة للصحة النفسية** ، فلسطين.

٤٣- سمير قوتة وإياد السراج(١٩٩٢).**تأثير هدم البيوت على سلوك الأطفال الفلسطينيين** ، برنامج غزة للصحة النفسية.

٤٤- _____(٢٠٠٤).انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة ، **بحث منشور**،برنامج غزة للصحة النفسية.

٤٥- سهام عيطة وجلال ضمرة(٢٠١٣). أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب ،**مجلة دراسات العلوم التربوية** ، المجلد٤١.

٤٦- سهام محمد أبو عيطة (٢٠٠٢). **مبادئ الإرشاد النفسي.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

٤٧- سوسن شاكر مجيد(٢٠١١).اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمية التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية "دراسة ميدانية" ، **مجلة الفتح** ،العدد ٤٧، جامعة بغداد.

٤٨- سيد عبد العظيم محمد وفضل ابراهيم عبد الصمد ومحمد عبد التواب أبو النور(٢٠١٠). **فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها.** القاهرة، دار الفكر العربي، ط١.

٤٩- س. باترسون(١٩٩٠).**علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة،مكتبة الفلاح، الكويت.

٥٠- صالح أبو عبادة وعبد المجيد نيازي(٢٠٠١).**الإرشاد النفسي والاجتماعي**. الرياض: مكتبة العبيكان.

٥١- صالح حسن الداهري(٢٠٠٥). **علم النفس الإرشادي** ، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

٥٢- _____(٢٠٠٥). **مبادئ الصحة النفسية** ، عمان: دار وائل للنشر.

٥٣- صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق(١٩٦٩). **نظرية التحليل النفسي في العصاب**، القاهرة، مكتبة النجلو المصرية.

٥٤- صلاح الدين العمرية(٢٠٠٥). **الصحة النفسية والإرشاد النفسي**. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر.

٥٥- صلاح الدين عبود(١٩٩١). مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسي **رسالة ماجستير**، كلية التربية: جامعة أسيوط.

٥٦- ضياء الدين مصطفى صايمة(٢٠٠٥).مدى فاعلية برنامج إرشادي في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، **رسالة ماجستير** ، كلية التربية،الجامعة الإسلامية،غزة،فلسطين.

٥٧- طارق العيسوي وأسماء العطية(١٩٩٩). ورقة عمل الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين بدولة قطر، **أبحاث ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة** الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي، مسقط: ٥٩٣ – ٦١٩.

٥٨- طلعت منصور(١٩٨٢). **الإنسان يبحث عن المعني**، مقدمة في العلاج بالمعني، التسامي بالنفس الكويت: دار القلم.

٥٩- _____(١٩٩٥). دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي لدولة الكويت، الكويت، **مجلة عالم المعرفة**، عدد ١٩٥، ص ٥٦٩-٦٢٠.

٦٠- _____(١٩٩٦). **الارشاد الأسري المعاصر**، القاهرة، الأنجلو، ط٢.

٦١- طه عبد العظيم حسين(٢٠٠٤).**الإرشاد النفسي**. عمان: دار الفكر.

٦٢- عائدة حسنين(٢٠٠٤). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، **رسالة ماجستير** ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، غزة ، فلسطين.

٦٣- عايدة كساب(٢٠١٣).كرب ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى طلاب الجامعات في قطاع غزة، **رسالة ماجستير** ، جامعة أبو ديس ،القدس.

٦٤- عباس محمود عوض (٢٠٠١). **المدخل إلى علم النفس**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٦٥- عبد الباسط متولي خضر(٢٠٠٨). **الارشاد الأسري في عصر القلق والتفكك**، القاهرة، دار الكتاب الحديث، ط١.

٦٦- عبد المجيد سيد منصور وزكريا أحمد الشربيني(٢٠١٣). سلوك الانسان بين الجريمة- العدوان- الارهاب، القاهرة، دار الفكر العربي، ط١.

٦٧- عبد الحميد جابر ومحمود عمر(١٩٨٨).دراسة لدافعية الحاجات لماسلو في علاقتها بموضوع الضبط والاستقلال الإدراكي، **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر المجلد الحادي والعشرون، ص٣٢١ – ٣٥٩.

٦٨- عبد الحميد شرف (١٩٩٨)."تأثير برنامج للإعداد البدني المهاري في الجمباز لتلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي"دراسات في المنهاج وطرق التدريس، عدد ١٧.

٦٩- عبد الحميد محمد الهاشمي(١٩٨٠). **علم النفس التكويني** ، جدة: دار المجتمع العلمي.

٧٠- _____(١٩٨٦). **التوجيه والإرشاد النفسي**(الصحة النفسية الوقائية). جدة: دار الشروق.

٧١- عبد الرحمن العيسوي(١٩٧٨). **العلاج النفسي**، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

٧٢- _____(١٩٨٥). **سيكولوجية التنشئة الاجتماعية** ، الإسكندرية:دار الفكر الجامعي.

٧٣- عبد العظيم محمد حسين(٢٠٠٤). مشكلات الشباب الحالية والمستقبلية كما يراها طلاب جامعة طنطا. **مجلة مستقبل التربية العربية** ، المركز العربي للتعليم والتربية. المجلد ٩، العدد ٢٩، ص٦٥ – ١٢٧.

٧٤- عبد العزيز ثابت وأحمد ابو طواحينة وإياد السراج(٢٠١٣).استراتيجيات المواجهة لدى الأطفال والبالغين المتعرضين انزاع وصراع الحرب،**المجلة العربية للعلوم النفسية.**

٧٥- عبد العزيز ثابت وتيسير عبد الله وبانس فوستانس(٢٠١٣).اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب توخي الانتباه والنشاط الزائد في الأطفال الفلسطينيين المتأثرين بالحرب على غزة.**المجلة العربية للعلوم النفسية.**

٧٦- عبد العزيز ثابت وعمر البحيصي وبانس فوستانس(٢٠١٤).الصدمات النفسية الناتجة عن الحرب على غزة وعلاقتها بالقلق وكرب ما بعد الصدمة وطرق التأقلم لدى المراهقين الفلسطينيين،**المجلة العربية للطب النفسي**،ج٢٥،العدد١،ص٧١-٨٢.

٧٧- عبد العزيز ثابت(٢٠٠٤).متلازمة PTSD والاكتئاب عند الأطفال اللاجئين أثناء صراع الحرب ، **دراسات في الصحة النفسية في قطاع غزة**،الطبعة الأولى.

٧٨- عبد الفتاح إبراهيم القرشي(١٩٩٦). دور الموارد الشخصية والاجتماعية في حماية الكويتيين من أعراض الضغوط النفسية للغزو العراقي،**مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية**،جامعة الكويت، ط١.

٧٩- عبد الفتاح نجلة(٢٠٠٦). **العلاج النفسي بالموسيقى**، القاهرة، عالم الكتب، ط١.

٨٠- عبد الله عساكر و إبراهيم عبد الستار(١٩٩٩).**علم النفس الإكلانيكي في ميدان الطب النفسي** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٨١- عبد الله محمود سليمان(١٩٩٩). نحو تصور إجرائي لبرنامج علم النفس الإرشادي في المدرسة. **مجلة شئون اجتماعية**، الجامعة الأمريكية في الشارقة،العدد ٦٢ ، ص ٧٣ – ٩٨.

٨٢- _____(٢٠٠٠). **العلاج السلوكي**، القاهرة، مكتبة دار الكتاب،ط١.

٨٣- عبد المنان ملا بار،محمد حمزة والسليماني(١٩٩١).الممارسات الواقعية والمثالية لعملية التوجيه والإرشاد. مكة المكرمة: جامعة أم القرى، **سلسلة البحوث التربوية والنفسية.**

٨٤- عادل عبدالله محمد(٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد للطباعة والنشر، ط١.

٨٥- عفاف حداد وسليم عبد الله(٢٠٠٢).مدى ممارسة المرشد النفسي لفنيات المقابلة الإرشادية من وجهة نظر المسترشدين، **مجلة أبحاث اليرموك**، جامعة اليرموك، المجلد ١٨، العدد ١: ٣٣-٨٣.

٨٦- علاء ابراهيم جرادة (٢٠١٢).دراسة في التدخل الإرشادي بعض حالات التبول الإرادي لدى الأطفال الفلسطينيين، **رسالة ماجستير**، كلية البنات،جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية.

٨٧- علاء الدين كفافي(١٩٩٧). **الصحة النفسية** ، القاهرة ، هجر للطباعة و النشر.

٨٨- _____(١٩٩٩). **الإرشاد و العلاج النفسي الأسري المنظور النفسي الاتصالي** ، دار الفكر العربي ، القاهرة.

٨٩- علي خضر(٢٠٠٥).دراسة ميدانية لمشكلات الشباب الجامعي في المملكة العربية السعودية.مكة المكرمة، جامعة الملك عبد العزيز.

٩٠- عمر وليد شاهين(٢٠١٤).فاعلية برنامجي المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض حدة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة،**رسالة ماجستير**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

٩١- عمر يونس(٢٠٠٧).الأحداث الصادمة التي مر بها أبناء الشهداء ، واستراتيجيات التأقلم التي تبنوها للتغلب على فقدان الأب، **رسالة ماجستير** ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية،غزة.

٩٢- عيسى الشماس(٢٠١٥). تأثير الفضائيات التلفزيونية الأجنبية في الشباب"دراسة ميدانية، **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية**، المجلد ٢١، العدد ٢، ص١١ – ٤٤.

٩٣- عيسى محمد المحتسب(٢٠١١)."الاضطراب الناتج عن الصدمة النفسية وطرق التعامل معه عند الأطفال ، **يوم دراسي بعنوان واقع الطفل الفلسطيني**، خان يونس جامعة القدس المفتوحة.

٩٤- غازي محمود محمد(٢٠٠٢). **الأحداث الصادمة أعراض وعلاج**، غزة، ط١، دار الأرقم للطباعة والنشر.

٩٥- غسان يعقوب(١٩٩٩). **سيكولوجية الحروب والكوارث ودور المعالج النفسي**(اضطراب ما بعد الصدمة)، بيروت: دار الفارابي.

٩٦- _____(١٩٩١). **أصول علم النفس**، الكويت ، اليزا للطباعة والنشر،ط١.

٩٧- فؤاد كامل(بدون، ت). **الدين والتحليل النفسي**، القاهرة، مكتبة غريب.

٩٨- قاسم حسين صالح(١٩٩٨). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.

٩٩- _____(١٩٩٩). **علم النفس المعرفي**، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.

١٠٠- _____(٢٠٠٠).التفكير الاضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية. كلية الآداب. جامعة بغداد، **رسالة دكتوراه**.

١٠١- _____(٢٠٠٢). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، **مجلة الثقافة النفسية المتخصصة**، العدد ٤٩، المجلد ١٣.

١٠٢- كمال إبراهيم مرسي(١٩٨٨). **المدخل إلى علم الصحة النفسية** ، الكويت: دار القلم.

١٠٣- كمال مرسي وبشير الرشيدي(١٩٨٤). التوجيه والإرشاد النفسي فلسفته وأخلاقياته في المجتمعات الإسلامية. **المجلة التربوية**، جامعة الكويت، المجلد ١، العدد ٢: ٩ – ٢٨.

١٠٤- لطفي فطيم(بدون ت). **العلاج النفسي الجمعي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط٢.

١٠٥- لويس كامل مليكه(١٩٩٤). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٦- ماهر يوسف المجدلاوي(٢٠٠٤).أثر الخبرات الصادمة خلال انتفاضة الأقصى على مستوى التحصيل الدراسي لطلاب المرحلة الإعدادية، **رسالة دكتوراه** ،جامعة عين شمس،جمهورية مصر العربية.

١٠٧- مارث إم. لينهان، ترجمة ألفت حسين كحلة(٢٠١٤). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الشخصية الحدية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٨- محمد إبراهيم عيد(١٩٩٧). فعالية الإرشاد الفردي والجماعي في تحسين عملية الاستذكار لدى طلاب الجامعة.**أبحاث المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي**.المجلد١،جامعة عين شمس،٢٥١– ٢٩٤.

١٠٩- _____(٢٠٠٢). **الهوية والقلق والإبداع**، القاهرة: دار القاهرة.

١١٠- _____ (٢٠٠٥). **مقدمة في الإرشاد النفسي**، القاهرة: مكتبة الأنجلو لمصرية.

١١١- محمد أحمد النابلسي(١٩٩١). **الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

١١٢- _____ (١٩٩٥). **الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

١١٣- محمد احمد سعفان(٢٠٠٥). **العملية الإرشادية** ، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

١١٤- _____(٢٠٠٦). **الإرشاد النفسي الجماعي**، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

١١٥- محمد أحمد صفا(٢٠١١).مدى فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي بإعادة الأعمال التصويري مقترح لخفض الأفكار السالبة لدى عينة من ذوي اضطراب الضغط اللاحق للصدمة دراسة تدخلية، **رسالة ماجستير**، جامعة الإسكندرية ، جمهورية مصر العربية.

١١٦- محمد السيد عبد الرحمن(٢٠٠٠). **علم الأمراض النفسية والعقلية** (الأسباب – الأعراض- التشخيص – العلاج)، القاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع.

١١٧- _____(٢٠٠١). **نظريات النمو**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

١١٨- محمد جعفر جمل الليل(٢٠٠١).طرق العلاج النفسي المستخدمة من قبل الأطباء النفسانيين بالمملكة العربية السعودية. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية**، المجلد ١٣، العدد ١، ص٦٥ – ٩١.

١١٩- _____(٢٠٠١).**مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي**. مكة المكرمة: مطابع بهادر.

١٢٠- محمد حامد النجار(١٩٩٨). تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى معاقي الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة ، **رسالة ماجستير**، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية – غزة.

١٢١- محمد حسن غانم(٢٠٠٢).المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات في مؤسسات الإيواء وأسر طبيعية ،**مجلة دراسات عربية في علم النفس**، المجلد الأول، العدد٣ ،ص ٣٥-٨٩.

١٢٢- محمد شاهين ونزيه حمدي(٢٠٠٨).العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة جامعة القدس المفتوحة في فلسطين وفعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفضها ، **مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات** ، ع١٤ ،ص١١-٦٠.

١٢٣- محمد عبد التواب أبو النور(٢٠٠٠). اثر الإرشاد الانتقائي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الباب الجامعي.**مجلة البحث في التربية وعلم النفس**، جامعة المنيا، المجلد١٣، العدد٢٤٧:٣-٢٩٣.

١٢٤- محمد عودة(١٩٨٥).استجابات المراهق الكويتي للحوادث الحياتية الشخصية، **المجلة التربوية،** جامعة الكويت، المجلد ٢، العدد ٤: ٧٦ – ١٠١.

١٢٥- محمد محروس الشناوي(١٩٩٤). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** ، القاهرة: غريب للطباعة والنشر.

١٢٦- _____(١٩٩٦). **العملية الإرشادية** ، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

١٢٧- محمد محمد عودة(٢٠١٠).الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية،غزة ، فلسطين.

١٢٨- محمود باسم منسي(٢٠٠٣). **النمو الإنساني،** الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

١٢٩- محمود عطا عقل(٢٠٠٠). **الإرشاد النفسي والتربوي،** الرياض: دار الخريجي للنشر والتوزيع.

١٣٠- محمود عوض السميحي(٢٠٠٣). **علم النفس العام،** ط٢: الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٣١- مصطفى حجازي(٢٠٠٢).معجم مصطلحات التحليل النفسي طبعة ثانية تأليف جاد لابلاس و.ج.ب، يونتاليس ترجمة بيروت الحرا.

١٣٢- مصطفى خليل الشرقاوي(٢٠٠٠). **عالم الصحة النفسية،** ط١، دار النهضة العربية.

١٣٣- مصطفى جلال عشوي(٢٠٠٦). تأثير أنماط المعاملة الوالدية في الصحة النفسية لطلاب وطالبات الثانويات، **مجلة الطفولة العربية** ،الجمعية الوطنية الكويتية العربية، المجلد ٧،العدد ٢٧: ٣٥ –٥٦.

١٣٤- منال الشيخ(٢٠١١).أساليب التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيارت،دراسة ميدانية مقارنة لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث سير(٩-١٢) سنة في محافظة دمشق، **مجلة جامعة دمشق** ،المجلد ٢٧، ص ٨٤٢- ٨٨٧.

١٣٥- منذر عبد الحميد الضامن(٢٠٠٣). **الإرشاد النفسي** ، الكويت: مكتبة الفلاح.

١٣٦- _____(٢٠٠٥). **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة.** الكويت: مكتبة الفلاح.

١٣٧- ناطق فحل جزاع الكبيسي(١٩٩٨).بناء مقياس لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.**رسالة ماجستير،** كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

١٣٨- نبيلة عباس الشوربجي(٢٠٠٦). **علم النفس العام،** دار النهضة العربية، القاهرة.

١٣٩- نبيهة صالح السامرائي(٢٠٠٧). أعراض الأمراض النفسية العصابية تربويا ومهنيا، ط١، دار المناهج للنشر والتوزيع.

١٤٠- نوال محمد عطية(٢٠٠٩). **علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي** ، القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

١٤١- هادي مشعان ربيع(٢٠٠٥).**الإرشاد التربوي والنفسي من المنظور الحديث**،عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

١٤٢- هاني محمد حجازي(٢٠٠٤).الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطراب وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى، **رسالة ماجستير**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

١٤٣- هناء أحمد شويخ(٢٠١٢).**علم النفس الصحي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ط١.

١٤٤- ياس اياد البياتي(٢٠٠٦).التأثيرات الاجتماعية المحتملة للتلفزيون على الشباب. **مجلة شئون اجتماعية**، الجامعة الأمريكية في الشارقة، العدد ٩٠، ص ١١٣-١٤٤.

١٤٥- اليونيسيف(١٩٩٥). **مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية**، الأردن: عمان.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

146- Altawil, M.nel, p.w., Asker, a., samara, m., &Harrold, D.(2008).

147- American Psychiatric Association (1994).

148- Bank (2006) teaching rational emotive Behavior therapy to Adolescence in an alternative educational setting Ph-d-kent State universally college and graduate school of education health and human services.

149- Capuzzi ،David (2000). Counseling and psychotherapy and Integrative perspective.

150- Davison, G.C & Neal, J.M.(1998). **Abnormal Psychology**, Six Edition. New York: Wiley. John Wiley & Sons Inc.

151- Davsion, G.C. and Neale, J.M. (1996). **Abnormal Psychology** (revised Gth Edn.) New York: John Wiley.

152- Davsion, J.(1980). The clinical Effect of Massive Psychic Trauma in Families of Holocaust Suvirors, **Journal of Marital and Family Therapy**. Vol, 6 pp11- 12.

153- DC Author(1998). **Diagnostic and statistical Manual of Mental Disordecs (4th.ed)**, Washington.

154- Dc:Author (1994). **Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder (4 th. Ed.)**, Washington,.

155- Edgerton, J.E. & Campbell, R. J.(Eds.)(1994): **American psychiatric glossary, 7th ed**. Washington, D.C: American psychiatric press, Inc., pp, 163-164.

156- Eiden, R, D.; Douglas, M. Teti and Kathleen, M. Corns (1995). Maternal Working Models of Attachment, Marital Adjustment and the Parent – child Relationship, **Journal of Child Development**. Vol., 66pp.1504-1518.

157- Epistein, S.(1990). Beliefs and symptoms in maladaptive resolution of the traumatic.In D.Ozer, J.M.Healy & Stewart (Eds.), **Perspectives on personality**, Vol 3, London: Jessica Kingsley. Pub.

158- Epstein, S.(1991): Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of traumatic.In D.Ozer, J.M. Healthy & Stewart (Eds.), **Perspectives on personality**, Vol 3, London:Jessica Kingsley.Pub.

159- Everly , G.S. & Lating , J.M. (1995) **Psychotraumatology: Key papers and Core Concepts in Posttraumatic Stress**. London: Plenum Press.

160- Eysenck, M.W.(2000). **Psychology. A student's Handbook**. Psychology press ltd, Publisher, United Kingdom.

161- Foa, E.B., Skeketee, G., and Olasoy Rothbaum, B. O.(1989).Behavioral cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. **Journal of Behavior therapy**, 20, 155- 176.

162- Foy, D. Osato, S.S., Houstkamp, B.M., & Neumann, D.A. (1992): **Etiology of posttraumatic stress disorder.In P.A. Saigh (Ed.), Posttraumatic stress disorder**.New York: Macmillan. Pp. 28-49.

163- Gladding ،S. T (1992). **Counseling: A Comprehensive profession** ، second edition ،New York. ،Macmillan publishing company

164- Hately , R. (1997). Is there a , Gulf war syndrome? **JAMA**.

165- Helezer, J.(1987). Post traumatic stress disorder in the general population. England: **Journal of Medicine**, 317 pp 1630 – 1634.

166- Hodghinson, P. & Stewart, M.(1998): **Coping with catastrophe. A Hand book of post disaster psychosocial after care**, second edition. New York: Routledge.

167- Hopfol, S0E. Banerjee, P., and Britton, P.(1994).**Stress resistance resources and health. A conceptual analysis In: International review of Health psychology**, New York: John Wiley & Sons, Vol 3 pp 37- 63.

168- Horowitz, M. J.(1986). **Stress response syndromes**, New York:Aronsoninc.

169- Kacker,Ruchi (2013): Measurement and management of stress by cognitive behavior therapy in adolescents. **Indian Journal of Community Psychology**, V0l. (9). No.(1). Pp. 120-128.

170- Kolb, L. C (1987). A neuropychologgical hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. **American Journal of Psychiatry**, 144, 989 - 995.

171- Krystal, J.H., Kosten, T.R., Southwick, S., Mason, K. W., Perry, B. D., and Gillery, E. Li (1989): Neurobiological aspects of PTSD, Review of clinical and preclinical studies. **Journal of Behavior therapy**, 20, 177-179.

172- Leavy, R. L (1983). Social support and psychological disorder. A review. **Journal of community Pschological**, Vol.11, pp.3-21.

173- Macksoud, M. Dyregrove, A. And Raunalen, M.(1990): Traumatic war experiences and their effects on children, London: **Center for the study of Human Rights**, Columbia University

174- Meichenbaum , D.H. (1994). **Cognitive Behavior Modification** , Plenum Press. New York.p. I87.

175- Miller, D.(1992): Comparison of symptoms distress between world war 11 and Vietnam combat veterans with P.T.S.D. **Journal of Anxiety Disorder**, 6, 99 41-46.

176- Miller, k, Brack, G, Macarthy, C & Penich J.(2000): The effectiveness of cognitively – Based approaches in treating stress – related symptoms, **Journal of psychotherapy**. Vol 33 , summer, No(2) pp 79-95.

177- Moos, R.(1976). **Human competence and Coping: An overview in R. Moos (Ed). Human adaptation coping with live crises**, pp, 3-16. New York: D.C. Health and Company.

178- Qouta, S., Odeh, J.(2005)The Impact of conflict on children , Ambulatory care manage , vol.28no 1pp75-79.

179- Quota, S. Punamaki. R(2003). **Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence**. pp 1-8.

180- Randall, G.R., and lutz, E.L.(1991). **Serving survivors of Torture** .the American association for the Advancement of science , A.A.A.S.publications Washington D.C.P39.

181- Rubin Kenneth. H, et al (1995). The Waterlo longitudina project:predicting internalizing and externalizing problems in adolescence.Special issue Developmental processes in peer relation and psychology. **Journal of Developmental and psychopathology**. Vol. 7 (4) pp 751- 764.

182- Rutter, M.(1990). **Psychosocial resilience and protective mechanisms in J, Rolf, A master, D. cicchetti, K Nuechter line & S.Weintraub Risk and protective facors in the development of psychopathology**. (pp, 181 - 214) Cambridge universities press.

183- Sdorow, LM (1995): **Psychology** 2nd. Ed. Lowa: Wm.C. Brown, Inc.

184- Skre, I., Onstad, S. Torgresen, S., Lygrens S., and Kringlen, E.(1993). A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. **Acta psychiatric Scandinavica**, 88, 85- 92.

185- Solomon, Z.(1988): The Effect of Combat –related post-traumatic. **Journal of Psychiatry**. 51, 323-329.

186- Stern, D.T.A., (1985). **The interpersonal World of the infant**, New York: Basic Books.

187- Terr. L, (1993).Childhood Traumas. **American Journal of Psychiatry**.148, 10-12.

188- Van der Kolk, B., Boyd, H., Krystal, J., & Greenberg, M (1984). **Post Traumatic stress disorder as a biologically based disorder: Implications of the animal model of inescapble shock**. (pp. 124- 134).Washington, DC: American Psychiatric Press.

189- Van der Kolk,B.A(2001). The psychobiology & psychopharmacology of PTSD. Human psychopharmacology: **Clinical & Experientalm** 16, 549-564.

190- Weiten, W.(1998): **Psychology Themes and variation**. Brook/Cok Publishing Company.

191- Wilson.J.P.(1997): **Identity, ideology , and crisis: The Vietnam veteran in transition**. Washington, D.C: Disabled American Veterance, Vol. 1.

192- World Health Organization(1992): **The ICD-10 classification of mental and Behavior Disorders: clinical descriptions and guidelines**. Geneva: World Health Organization, pp. 147-148.

قائمة الملاحق

١- ملحق رقم (١) بيان بأسماء السادة المحكمين.

٢- ملحق رقم (٢) دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة.

٣- ملحق رقم (٣) مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

٤- ملحق رقم (٤) مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

٥- ملحق رقم (٥) استمارة متابعة الواجب المنزلي.

٦- ملحق رقم (٦) جلسات البرنامج الإرشادي.

٧- ملحق رقم (٧) استمارة تحكيم البرنامج.

٨- ملحق رقم (٨) استمارة تقييم ومتابعة جلسة.

٩- ملحق رقم (٩) استمارات تقييم البرنامج.

ملحق رقم (١)

قائمة أسماء السادة المحكمين

م	الاســـم	الوظيفـــــة
١	أ.د / فضل أبو هين	ستاذ علم النفس الكلانيكي –عميد كلية التربية سابقا – جامعة الأقصى
٢	أ.د/ عايدة صالح	أستاذ علم النفس بجامعة الأقصى بغزة
٣	أ.د / سمير قوتة	رئيس قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية بغزة
٤	أ.د/ أنور البنا	مدرس علم النفس – رئيس قسم علم النفس – جامعة الأقصى
٥	أ.د / أمال جودة	مدرس علم النفس وعميد المكتبات العلمية بجامعة الأقصى
٦	د. فايز الأسود	رئيس قسم الأصول بجامعة الأزهر ومدرس بعلم النفس
٧	د / أسامة حمدونة	رئيس قسم علم النفس –جامعة الأزهر
٨	د.محمد أبو السبح	طبيب نفسي بمستشفى الأمراض النفسية بغزة
٩	د. إسماعيل الهلول	مدرس علم النفس بجامعة الأقصى
١٠	د. عبد العظيم المصدر	مدرس علم النفس – عميد كلية التربية سابقاً– جامعة الأزهر
١١	د.أحمد الحوا جري	مدير عام الإرشاد النفسي والتربية الخاصة – وزارة التربية والتعليم الفلسطينية
١٢	د/ باسم أبو كويك	رئيس قسم علم النفس بجامعة الأزهر – غزة.

ملحق رقم (٢)

دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية

لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة

يطبق على الأطفال المتعرضين للاضطراب وأولياء أمورهم

من (إعداد الباحث)

الاسم /

عزيزي الطفل – عزيزتي الطفلة

نعرض عليك فيما يلي مجموعة من المواقف التي نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح في الأسطر المحددة لها، وستجد أمام بعض المواقف اختيارات المطلوب منك وضع علامة (√) أمام العبارة التي تعبر عن ما يناسبك، وما تتخذه بالفعل في هذا الموقف، علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وجميع البيانات التي ستدلى بها سرية وتقتصر على أغراض البحث العلمي فقط.

ولكم الشكر والتقدير على تعاونكم الصادق.

الباحث

يحيى علي عوض

دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية

لنشأة اضطراب ما بعد الصدمة

الجزء الأول: خاص بالطفل

الاسم : السن : الجنس : ذكر أنثى

تاريخ الميلاد : العنوان : المرحلة الدراسية:

عدد أفراد الأسرة : عدد الأخوة : ترتيبك بين أخوتك :

١ – هل تغير سلوك وتصرف أحد من أخوتك أو أقاربك بعد تعرضك للحدث الصادم ؟
نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( )

٢ – هل يقارن ولى أمرك سلوكك وتصرفاتك بينك وبين أخوتك أو زملائك ؟
نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( )

٣ – أول مرة تغير سلوكك وتصرفاتك كانت بسبب:
- عقابك على عمل شيء لا تحبه. ( )
- الحرب على غزة والقصف والدمار. ( )
- الانتقال المفاجئ إلى منزل آخر بسبب الدمار. ( )
- فقدان شخص عزيز فجأة. ( )

٤ – أشعر بالخوف والتوتر والقلق عندما:
- اسمع صوت الطائرات ( )
- أشاهد صور الشهداء والأشلاء والدماء ( )
- أشاهد صور دمار المنازل ( )
- اسمع صوت الانفجاريات ( )

٥ – هل يمكنك أن تصف أول موقف ومرة تغير فيها سلوكك؟

.....

٦ – هل تشعر بالخوف أو الانزعاج أو التوتر عندما تسمع صوت الطائرات والانفجاريات؟ إذا كانت الإجابة نعم صف ذلك .

.....

٧ – هل تظهر عليك علامات جسمية وانفعالية عندما تشاهد القصف أو الشهداء والدمار؟ صف شعورك .

.....

الجزء الثاني: خاص بولي الأمر

١ – المستوى التعليمي للأب أمي متوسط عال

مهنة ولى الأمر موظف عامل شهيد مقعد

٢ – المستوى التعليمي للأم أمية متوسط عال

مهنة الام موظفة عاملة شهيدة مقعدة

٣ – عمر الأم عند الولادة ( )

٤ – أمراض أصيبت بها الأم أثناء الحمل ( )

٥ – ظروف الولادة (طبيعية) (غير طبيعية)

٦ – متى تغير سلوك ابنك أول مرة

– سن ٨ سنوات سن ٩ سنوات سن١٠ سنوات سن ١١ سنوات غير ذلك

٧ – متى ظهرت مشكلة الاضطراب عند أبنك بوضوح ؟

.....

٨ – هل كنت تساعد وتشجع طفلك على الصلابة النفسية والرضا بالقضاء والقدر؟

- تشجيعه
- تعنيفه وطلب الالتزام منه أن يكون صلب وقوى
- تستخدم الإرهاب والعقاب البدني ليكون أقوى واصلب

٩ – هل تعرض أبنك لاضطرابات سابقة خاصة بالصحة النفسية ؟

.....

١٠ –هل تم عرض طفلك على طبيب أمراض عقلية وعصبية؟

.....

١١ –هل تم عرض طفلك على أخصائي نفسي أو اجتماعي ولماذا ؟

.....

١٢ –من أول شخص لاحظ أن ابنك سلوكه غير طبيعيا وتصرفاته غير طبيعية ؟

.....

١٣ –هل تأكدت أن أسباب الإضراب الصادم ترجع لأسباب نفسية وليست جسمية من الطبيب المتخصص؟.....

١٤ –هل ظهرت على ابنك اضطرابات نفس جسمية ؟

.....

١٥ –ما هي الظروف التي أدت إلى حدوث الاضطراب الصادم؟
- صوت الطائرات والمدافع والصواريخ
- مقاطعة الآخرين له وعدم الاهتمام به وتجاهله
- حدث له انفعال شديد أو إرهاق حاد
- فقدان شخص عزيز

١٦ –هل أصيب ابنك بأمراض نفسية وعصبية؟

١٧ –عندما اضطرب سلوك ابنك أول مرة:
- حدة الاضطراب يحدث بشكل يومي
- قام بتكرار الحدث أو السلوك كل عدة أيام
- قام بتكرار الحدث أو السلوك مرة كل أسبوع

١٨ –هل تقارن أبنك بغيره من الأقران في مثل عمره ولا يتأثرون بأوضاع غزة؟
نعم ( ) أحياناً ( ) لا ( )

١٩ –هل توجد حالة مماثلة بين أفراد الأسرة؟ (الأخوة والأخوات)
نعم ( ) لا ( )

٢٠ –ما هو الانطباع العام على ابنك؟.....

٢١ –هل ينام الطفل بمفرده في حجرة واحدة؟
نعم ( ) لا ( )

٢٢ –هل ينام أبنك مع أخوته في حجرة واحدة ؟
نعم ( ) لا ( )

٢٣ –هل طفلك ينام في مواعيد محددة له؟
نعم ( ) لا ( )

٢٤ –هل تفرق بالمعاملة بين الأخوة والأخوات؟
نعم ( ) لا ( )

٢٥ –هل شعر أبنك بالتميز بالمعاملة؟
نعم ( ) لا ( )

٢٦ –هل شعرت أن أبنك ينقصه إشباع بعض احتياجاته؟
نعم ( ) لا ( )

٢٧ –هل أسلوبك مع الطفل يمتاز بالعنف والضرب؟

نعم ( ) لا ( )

٢٨ –هل شعرت أن ابنك يجلس بمفرده وحيداً؟

نعم ( ) لا ( )

٢٩ –هل يغار أبنك من أخوته ؟

نعم ( ) لا ( )

٣٠ –هل قام أحد الأخوة بمعايرة ابنك لتصرفاته الصدمية أو السلوكية الغير مقبولة؟

نعم ( ) لا ( )

٣١ –هل يتغير سلوك وتصرف طفلك عند مشاهدة صور الأطفال وهم شهداء؟

.....

٣٢ –هل يتغير سلوك الطفل عندما يشاهد برامج عن الأحداث في غزة؟

.....

ملحق رقم (٣)

مقياس

أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

إعداد الباحث

يحيى علي عوض

إشراف

أ.د. نبيلة أمين علي أبو زيد
أستاذ علم نفس
كلية البنات – جامعة عين شمس

د. سهام محمود عبد الفتاح
مدرس علم النفس التعليمي
كلية البنات – جامعة عين شمس

2014

تعليمات المقياس:

عزيزي الطفل/ة

يحتوي المقياس على العديد من الفقرات، أرجو منك أن تجيب على كل عبارة بما يناسب شعورك الآن، بوضع دائرة حول الخيار الذي يناسب شعورك مع أول انطباع يتبادر إلى ذهنك، مع العلم أنه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

الخيارات تتدرج من:

دائماً / تعني بدرجة كبيرة جداً من 5-7 مرات أسبوعياً.

غالباً / تعني بدرجة كبيرة من 2-4 مرات أسبوعياً.

أحياناً / تعني بدرجة متوسطة من 1-2 أسبوعياً.

قليلاً / تعني بدرجة قليلة مرة واحدة أسبوعياً.

مطلقاً / تعني بدرجة قليلة جداً لا يحدث مطلقاً.

مثال:

الرقم	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
1	أفضل عدم المشاركة في الأفراح والألعاب بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً

ولكم شكر وتقدير الباحث

يحيى علي عوض

قائمة الملاحق

الاسم / الرمز _____العمر _____ الجنس/(ذكر ، أنثى) قرابة الشهيد / (الأب ، الأم ، الأخ)

الرقم	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١.	أشعر بآلام في جسمي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢.	أشعر بارتعاش في أعضاء جسمي كلما تذكرت الحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣.	أشعر بصداع شديد في رأسي كلما تذكرت الحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٤.	أشعر بفقدان شهيتي للطعام بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٥.	أشعر بآلام في معدتي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٦.	أحس بخفقان في القلب بشكل مستمر بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٧.	أشعر بأن جسمي مقيد بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٨.	أشعر بالتعب والتعرق لأقل جهد بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٩.	أشهر بالإرهاق واحمرار الوجه لأقل جهد بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٠	تناقصت اهتماماتي بالأنشطة الاعتيادية بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١١	أرغب بالانعزال عن الآخرين بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٢	أفضل عدم المشاركة في الأفراح بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٣	لا أشعر بالفرح بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٤	أتجنب الأماكن التي تذكرني بالحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٥	انعدمت ثقتي بمن حولي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٦	لا أرغب بالمشاركة في الأنشطة الاجتماعية بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٧	أفضل عدم المشاركة في الألعاب بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٨	أتجنب الأشخاص الذين يذكروني بالحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
١٩	أشعر بأني سأموت في أي لحظة وأن ما تبقى من عمري قصير بعد تعرضي	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً

	للحدث الصادم.				
٢٠	أشعر بالغضب بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢١	أشعر بمزاج متقلب بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٢	ألوم نفسي بشكل مستمر بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٣	أشعر بالخوف بمجرد مشاهدة أو الاقتراب بأماكن تذكرني بحوادث القتل والتدمير.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٤	أشعر بتشتت انتباهي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٥	قل اهتمامي بما يجري من حولي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٦	لا يمكنني البقاء في مكان لوحدي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٧	أشعر بالفزع عند حدوث أي حركة فجائية بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٨	يراودني شعور بأن الحدث الصادم سيتكرر مرة أخرى.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٢٩	أشعر بأني أعيش الحدث الصادم معظم الوقت.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٠	أجد تفكيري مشغول معظم الوقت بالحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣١	أعاني من كوابيس في منامي بشكل متكرر بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٢	أنزعج وبشدة لسماعي الأصوات العالية بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٣	أتجنب الأماكن التي تذكرني بالحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٤	أتجنب مشاهدة مشاهد الجنازات في الشوارع بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٥	أنزعج بشدة من صوت الرصاص أو الانفجاريات أو الطائرات بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٦	أتجنب مشاهدة مشاهد الجنازات في التلفاز بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٧	أبذل قصارى جهدي لتجنب الحديث عن الحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٣٨	أجد صعوبة في النوم منذ تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً

٣٩	أصبح نومي مضطرباً بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٤٠	أجد صعوبة في التركيز في دروسي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٤١	أشعر بعدم قيمة الدراسة بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٤٢	أشعر بالعجز والملل أثناء تأديتي الأعمال الأساسية في حياتي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً
٤٣	لدي رغبة في ترك دراستي بعد تعرضي للحدث الصادم.	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	مطلقاً

نشكر لكم حسن تعاونكم

ملحق (٤)

مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي

للأسرة (إعداد الباحث)

السيد ولى أمر الطفل /

نعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح، وستجد أمام كل عبارة عدد من الاختيارات، والمطلوب منك وضع علامة (/) أمام العبارة تتفق مع ظروفك الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية المناسبة لك ولأسرتك بالفعل، علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وجميع البيانات التي ستدلى بها سرية وتقتصر على أغراض البحث العلمي فقط.

ولكم الشكر والتقدير على تعاونكم الصادق ،،،

الباحث/ يحيى علي عوض

مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة

الاسم (أسم الطفل): تاريخ الميلاد:

السن: الصف الدراسي:

عنوان السكن والإقامة:

بيانات خاصة بالأسرة:

١ – عمل الوالد: مؤهله الدراسي:

٢ – عمل الوالدة: مؤهلها الدراسي:

ضع علامة ( ) أمام الإجابة التي تعبر عن حالتك.

٣– الدخل الشهري للأسرة

أقل من ٥٠٠ شيكل ( ) ٥٠٠ شيكل فأكثر ( )

١٠٠٠ شيكل ( ) ١٠٠٠ شيكل فأكثر ( )

إذا كنت لا تعلم لا تكتب شيئاً ( )

٤ – هل يعمل والدك أو والدتك عمل إضافي ( )

٥ – عدد أفراد الأسرة: ( )

أخوة وأخوات متعلمين فوق الثانوية العامة (التوجيهي) .....

٦ – نوع السكن: ١ – إيجار قديم ( )

٢ – إيجار جديد ( )

٣ – تمليك ( )

٧ – عدد الغرف بالمنزل ( )

– الغرفة الواحدة بها ١ فرد ( )

– الغرفة الواحدة بها ٢ فرد ( )

– الغرفة الواحدة بها ٣ أفراد ( )

٨ – توجد لدينا سيارة ( )

– توجد لدينا أكثر من سيارة ( )

– ليس لدينا سيارة ( )

٩ – يوجد لدينا جهاز كمبيوتر بالمنزل وتستخدمه ( )

– يوجد لدينا أكثر من جهاز كمبيوتر ( )

– لا يوجد لدينا جهاز كمبيوتر بالمنزل ( )

١٠ – اشترك في أتوبيس المدرسة ( )

– يقوم أحد الوالدين بتوصيلي للمدرسة ( )

– أعتمد على نفسي في الذهاب للمدرسة ( )

١١– اذهب مع أسرتي في نهاية الأسبوع إلى رحلة ( )

– اذهب مع أسرتي كل شهر رحلة ( )

– لا تذهب أسرتي إلى أي رحلات ( )

١٢ – توجد لدينا مكتبة منزلية نعم ( ) لا ( )

١٣ – أنواع الكتب بالمكتبة المنزلية

قصص ( ) روايات ( ) مجلات أطفال ( )

كتب علمية ( ) كتب دراسية ( ) مراجع علمية وأدبية ( )

قواميس ( ) مجلات علمية ( )

١٤ – نقوم بشراء الصحف اليومية

بصفة دائمة ( ) أحياناً ( ) لا ( )

١٥ – نقوم بالذهاب لمعرض الكتاب سنوياً لشراء بعض الكتب

بصفة دائمة ( ) أحياناً ( ) لا ( )

١٦ – نتابع البرامج العلمية والثقافية فى التليفزيون

بصفة دائمة ( ) أحياناً ( ) لا ( )

١٧– نقوم بشراء مجلات وكتب علمية وثقافية ( )

بصفة دائمة ( ) أحياناً ( ) لا ( )

ملحق رقم (٥)

استمارة متابعة الواجب المنزلي

عزيزي الطفل :

تهدف إجابتك على هذه الفقرات، التأكد من إتمام الفائدة التي نسعى نحن وأنت إلى تحقيقها نرجو منك التعامل معها بالجدية الكافية مع التأكد من ذلك:

١. لقد تم تدريبك اليوم على:

.....

.....

٢. برجاء التدرب في المنزل على الآتي:

.....

.....

٣. ما مدى استفادتك من الجلسة وقدرتك على الانتهاء من الواجب المنزلي:

.....

.....

٤. ما هي ملاحظات على أدائك أثناء تدريبك بالمنزل:

.....

.....

٥. هل هناك صعوبات واجهتك أثناء تدريبك بالمنزل:

.....

.....

ملحق رقم (٦)

جلسات البرنامج

من أراد من الباحثين الحصول على جلسات البرنامج فعليه التواصل مع الباحث على البريد الألكتروني التالي: yehyaptc@gmail.com أو رقم المحمول/ فلسطين/ قطاع غزة/ ٠٠٩٧٠٥٩٩٤٧٨٩ / ويوجد ملخص للجلسات في متن الفصل الرابع يمكن الاستفادة منه.

ملحق رقم (٧)

استمارة تحكيم البرنامج الإرشادي الانتقائي

الأستاذ الدكتور/.....حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أقوم حالياً بإجراء دراسة تجريبية للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس، وهي بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي انتقائي للحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال"، وتهدف الدراسة للتخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل، من خلال تصميمها برنامج ذو طبيعة انتقائية تكاملية كاتجاه في مجال الإرشاد النفسي، اتجاه مترابط منفتح للإضافات في مجال الفنيات الإرشادية في إعداده وبنائه وتطبيقه وتقيمه، منظومة إرشادية مترابطة متناسقة، تعتمد على اختيار الفنيات الإرشادية الانتقائية، بحيث تهتم كل منها في خدمة الهدف، والتحقق من مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة الدراسة، من خلال المعالجة الإرشادية والإحصائية للمجموعة التجريبية، والتعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج الإرشادي الانتقائي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة الدراسة، بعد انتهاء الجلسات الإرشادية وأثناء فترة المتابعة.

ونظراً لكون سيادتكم من المختصين في مجال الدراسات النفسية والعمل في الإرشاد النفسي، آمل منكم التكرم بتحكيم البرنامج الإرشادي الانتقائي المرفق، وسيكون لملاحظاتكم وتوجيهاتكم بالغ الأثر في الارتقاء بهذا البرنامج وهذه الدراسة، وستكون موضع تقدير وعرفان.

واقبلوا خالص شكري وتقديري

ابنكم الباحث

يحيى علي عوض

استمارة تحكيم البرنامج الإرشادي الانتقائي للحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال

العدد	الموضوع	الحكم		الملاحظات
		مناسب	غير مناسب	
١	عنوان البرنامج			
٢	هدف البرنامج			
٣	محتوى البرنامج			
٤	تقييم البرنامج			
٥	فترة البرنامج			
٦	الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج			
٧	ترتيب الجلسات الإرشادية			
٨	استمارة تقييم البرنامج			

العدد	الجلسات الإرشادية	عنوان الجلسة		هدف الجلسة		محتوى الجلسة		زمن الجلسة	
		مناسب	غير مناسب	مناسب	غير مناسب	مناسب	غير مناسب	مناسب	غير مناسب
١	الجلسة الأولى								
٢	الجلسة الثانية								
٣	الجلسة الثالثة								
٤	الجلسة الرابعة								
٥	الجلسة الخامسة								
٦	الجلسة السادسة								
٧	الجلسة السابعة								
٨	الجلسة الثامنة								
٩	الجلسة التاسعة								
١٠	الجلسة العاشرة								
١١	الجلسة الحادية عشر								
١٢	الجلسة الثانية عشر								
١٣	الجلسة الثالثة عشر								
١٤	الجلسة الرابعة عشر								
١٥	الجلسة الخامسة عشر								
١٦	الجلسة السادسة عشر								
١٧	الجلسة السابعة عشر								
١٨	الجلسة الثامنة عشر								
١٩	الجلسة التاسعة عشر								
٢٠	الجلسة العشرون								
٢١	الجلسة الحادية والعشرون								

الملاحظات والتوجيهات

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

اسم المحكم	الدرجة العلمية	التوقيع
.....	.....	.....

ملحق رقم (٨)

استمارة تقييم ومتابعة جلسة

عزيزي عضو المجموعة الإرشادية، نظراً لأهمية رأيك في الجلسات الإرشادية، وإيماناً بأهمية الدور الذي تشكله آرائك ومقترحاتك في الوصول إلى أفضل أداء المجموعة، آمل التكرم بالإجابة على أسئلة هذه الاستمارة لاهتمامك ومشاركتك.

ما رأيك محتويات هذه الجلسة؟

.....

ما هي الموضوعات التي أثارت انتباهك في الجلسة؟

.....

هل هناك موضوعات مهمة لم تعرض في هذه الجلسة؟

.....

هل شعرت بالاستفادة من هذه الجلسة؟

.....

هل هناك ما كنت تتمنى أن يتحقق في الجلسة ولم يتم؟

.....

ما هي جوانب القصور التي تراها في هذه الجلسة؟

.....

ما هي الجوانب الايجابية التي استفدت منها في هذه الجلسة؟

.....

ما هي اقتراحاتك لتحسين الجلسات القادمة؟

.....

ملحق رقم (٩)

استمارة تقييم البرنامج

مكون من أربع صور

إعداد الباحث

الصورة (أ) مقدم للطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

الصورة (ب) مقدمة لولي أمر الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

الصورة (ج) مقدمة لمعلمي الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

الصورة (د) مقدمة للأخصائي المعالج للطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

بنود استمارة تقييم البرنامج

الصورة (أ) يتم تطبيقها على الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

عزيزي الطفل : فيما يلي مجموعة من الأسئلة لتقييم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، برجاء إعطاء التقدير المناسب بكل صراحة، وهو بغرض البحث العلمي فقط، ولك مني كل الحب والتقدير.

١_ الاستفادة من البرنامج الإرشادي:

أ_ بدرجة كبيرة ب_ بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د_لم تكن كافية

٢_ كانت فنيات وتدريبات البرنامج كافيه لمساعدتي في التحقق من آثار الصدمة النفسية:

أ_ بدرجة كبيرة ب_ بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د_لم تكن كافية

٣_ أضاف لي البرنامج معارف جديدة

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يضيف لي شيئاً

٤_ ساعدني البرنامج على تفسير طريقه تخاطبي مع الأحداث الصادمة

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يضيف لي شيئاً

٥_ أصبحت أكثر تحكما في انفعالاتي :

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يؤثر فيَّ أبداً

٦. ساعدتني جلسات البرنامج في تغيير صورتي عن ذاتي

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يحدث تغيير

٧. ساعدني البرنامج على كشف طاقات بداخلي لم أكن مستبصراً بها.

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يساعدني اطلاقاً

٨. أصبحت أكثر تقبلاً لحياتي بعد جلسات البرنامج.

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يحدث أي تغيير

٩. أصبحت أكثر ايجابية في التعامل مع الآخرين بعد جلسات البرنامج

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يحدث أي تغيير

١٠. أصبحت أكثر فاعلية مع المشكلات الحياتية بعد جلسات البرنامج.

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يضيف لي شيئاً

١١. أصبحت أكثر هدوءً من الناحية العاطفية والانفعالية بعد جلسات البرنامج:

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج_ بدرجة ضعيفة د. لم يضيف لي شيئاً

١٢. كان توقيت جلسات البرنامج مناسباً لي:

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج. بدرجة ضعيفة د. لم يكن مناسباً لي

١٣. ارغب في المشاركة في جلسات أخرى مستقبلياً:

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج. لا ارغب بالمطلق د. غير متأكد من ذلك

١٤. كنت متحمساً للحضور جلسات البرنامج ولم أفكر بالانسحاب منه:

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج. بدرجة ضعيفة د. لست متأكدً من ذلك

١٥. كان المرشد فعال وناجح في إدارة الجلسات:

أ. بدرجة كبيرة ب. بدرجة متوسطة

ج. بدرجة ضعيفة د. لم يكن ناجحاً

الصورة(ب) مقدمة لولي أمر الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

عزيزي ولي الأمر: فيما يلي مجموعة من الأسئلة لتقييم البرنامج الإرشادي والذي شاركت فيه برفقة طفلك والمستخدم في الدراسة، برجاء إعطاء التقدير المناسب بكل صراحة، وذلك بغرض التقييم والبحث العلمي فقط، مع شكري وتقديري لحسن التعاون.

١- هل تشعر بتحسن في الأداء اليومي لطفلك بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٢- هل تشعر أن طفلك أصبح أكثر رغبة في المشاركة بالأنشطة الاجتماعية والترفيهية بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٣- هل تشعر أن الأعراض الجسمية التي يعاني منها طفلك قد خفت حدتها بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٤- هل تشعر أن طفلك أصبح أكثر استقراراً من الناحية العاطفية والوجدانية بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٥- هل تشعر أن طفلك أصبح أكثر إدراكا للواقع المعاش بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٦- هل تشعر أن ابنك أصبح أكثر إيماناً بالقضاء والقدر من ذي قبل بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

٧- هل تشعر أن ابنك أصبح أكثر تكيفاً وتوافقاً نفسياً وتربوياً واجتماعياً بعد مشاركته في البرنامج الإرشادي ؟ صف ذلك.

.....

الصورة (ج) مقدمة لمعلمي الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

عزيزي المعلم/أضع بين يديك مجموعة من البنود الخاصة بتقييم البرنامج الذي تعرض له ابنك الطالب على مدار شهرين، برجاء الإجابة عليها بكل صراحة وذلك بغرض البحث العلمي فقط، ولك مني كل التقدير والاحترام.

١- هل شعرت بتغير في الداء اليومي للطفل بعد تعرضه للبرنامج الإرشادي الانتقائي؟وضح ذلك.

.....

٢- هل لاحظت تغيير في العلاقات الاجتماعية لدى الطفل مع الزملاء بعد تعرضه للبرنامج وضح ذلك.

.....

٣- هل لمست تحسنا لعلاقات الطفل مع المعلمين وإدارة المدرسة بعد مشاركته بالبرنامج؟وضح ذلك.

.....

٤- هل حدث تسن على مستوى التحصيل الدراسي للطفل بعد مشاركته في البرنامج؟وضح ذلك.

.....

٥- هل زادت مشاركة الطفل في الأنشطة المرافقة للمنهاج بعد مشاركته في البرنامج ؟ وضح ذلك.

.....

٦- هل تحسن أداء الطفل للواجبات المنزلية بعد مشاركته في البرنامج ؟ وضح ذلك.

.....

٧- هل شعرت بتحسن على المستوى القيمي للطفل بعد مشاركته في البرنامج؟ وضح ذلك.

.....

٨- هل حدث تغير في النظرة المستقبلية للطفل على مستوى التخطيط بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

٩- هل يشارك أو يبادر الطفل في الأنشطة الترفيهية داخل وخارج المدرسة ؟وضح ذلك.

.....

الصورة (د) مقدمة للأخصائي المعالج للطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

عزيزي الأخصائي المعالج: فيما يلي مجموعة من الأسئلة لتقييم البرنامج الإرشادي والذي شارك فيه الطفل الذي تقوم بمعالجته من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والمستخدم في الدراسة، برجاء إعطاء التقدير المناسب بكل مهنية، وذلك بغرض التقييم والبحث العلمي فقط، وشاكراً لك حسن التعاون .

١- أثناء متابعتك للحالة هل شعرت بتغير ملموس في السلوك ؟ وضح ذلك من فضلك.

.....

٢- هل شعرت أن جلسات البرنامج ساعدتك كأخصائي في تعاملك مع الطفل ؟ وضح ذلك لو سمحت.

.....

٣- هل شعرت أن مستوى الدافعية للعلاج وتقبله زادت ؟ وضح ذلك من فضلك.

.....

٤- هل أصبح الطفل أقل استثارة من ذي قبل بعد مشاركته في البرنامج ؟ صف ذلك .

.....

٥- هل أصبح الطفل أقل ترقباً للمواقف الصدمية والضاغطة بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

٦- هل خفت حدة مشاكل النوم لدى الطفل بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

٧- هل شعرت أن الطفل أصبح أكثر صلابة من ذي قبل بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

٨- هل شعرت أن الطفل أصبح أكثر قدرة على اتخاذ قرار بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

٩- هل شعرت أن الطفل أصبح أكثر فاعلية ونشاطاً بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

١٠- هل شعرت أن الطفل أصبح أكثر قدرة على مواجهة وتحمل المواقف الضاغطة بعد البرنامج؟

.....

١١- هل شعرت أن الطفل أصبح أكثر قدرة على مواجهة الصعوبات الحياتية بعد مشاركته في البرنامج؟

.....

ملخص الدراسة

أولاً: ملخص الدراسة باللغة العربية

ثانياً: ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

أولاً: ملخص الدراسة باللغة العربية

المقدمة:

الظروف الصعبة التي يعيشها الشعب الفلسطيني والتي تشتمل على الاستشهاد والاغتصاب والقصف والتدمير والحصار، وكذلك تدهور الوضع التعليمي أدت إلى ظهور تربة خصبة، لظهور كافة الاضطرابات، كالإحباط واليأس والخوف وغيرها لدى كافة فئات المجتمع الفلسطيني وخاصة الأطفال منهم.

والمعروف أن الطفل هو البذرة الأولى لتشكيل شخصية الفرد، فالعوامل والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الطفل من جراء الحروب والقصف الدمار، والظروف الضاغطة سواء السياسية أو الاقتصادية والاجتماعية تؤثر على سلوكه وعلى نمو شخصيته، خاصة إذا فشل في مواجهة هذه الضغوط، فيسوء تكيفه الشخصي والاجتماعي وبالتالي يقع فريسة للاضطرابات النفسية.

ويقول محمود منسي(٢٠٠٣: ٣٥٩) لقد بات من المسلم به أن اللحاق بركب التقدم والارتقاء، لا يتم إلا ببناء الإنسان والعناية به بمختلف جوانبه، مما ينعكس على منظومة التقدم في المجتمع، ويعتبر من جهود وخطط التنمية والاهتمام ببناء الإنسان، وتنمية اهتماماته وحسن استثمار طاقاته وقدراته وتمكينه من مهارات الحياة المختلفة".

ويشير(أحمد سيف حيدر، ١٩٩٨: ٢) إلى أن الكثير من الدراسات أن الدول المتقدمة تعلق آمالاً عظيمة على البرامج الإرشادية عند رسم خططها الإنمائية، بهدف تنمية سلوك أبنائها وحمايتهم من الانحراف، وبذلك فإن الحاجة تزداد أكثر في الدول النامية بهدف تعويض أفرادها ما فاتهم من فرص التقدم الحضاري في العالم.

وقد قام الباحث بتصميم برنامج إرشادي للتخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة، وإن من أهم مبررات اختيار الإرشاد الانتقائي كأسلوب معتمد في هذه الدراسة للتخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، هي الاختيار الأنسب للأدوات والفنيات من عدة أطر نظرية تتبع

لنظريات نفسية عدة، وتتناسب وخصائص وطبيعة عينة الدراسة بما يرجح ويضمن الحصول على نتائج أكثر ايجابية وموضوعية.

إضافة إلى ذلك فان الإرشاد الانتقائي يمكن الباحث من اختيار ما يحظى بجاذبية لدى الأطفال، إذ يتم اختيار ما يلبي حاجاتهم وفقا للخصائص العمرية، إذ يتم التركيز على اللعب ذلك النشاط الفطري التلقائي الحركي، ومزج الخيال بالواقع، والحقيقة بالخرافة، وتنفيس الطفل عن مكبوتاته ورغباته وانفعالاته، ويفصح عن مشكلاته ومصادر التوتر والغضب لديه، كما يحدث نوعاً من الإشباع الداخلي لحاجات الطفل التي يتعذر إشباعها، سواء النفسية أو العاطفية الانفعالية، التي تمكنه من التواصل البينشخصي والنفسي والاجتماعي. حيث تظهر أعراض ما بعد الصدمة لمدى طويل، نتيجة التعرض للأحداث المهددة للحياة، وخاصة للطفل إذا ما تعرض أحد من أهله للموت أو الإصابة أو الإيذاء أو التهديد، أو حتى مشاهدة هذه المواقف تظهر عليه أعراض الخوف والقلق والاضطرابات العصبية.

وعليه تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي للتخفيف من آثار ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

مشكلة الدراسة:

ما مدى فعالية برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني في قطاع غزة؟ وينبثق من هذا التساؤل الرئيس عدة تساؤلات فرعية وهي:

١- ما هي الاضطرابات التي يعاني منها الطفل الفلسطيني بعد التعرض للأحداث الصادمة؟
٢- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج؟
٣- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟
٤- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة طبقا لمتغير الجنس (ذكور – إناث)؟

٥- هل توجد فروق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي؟

ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. تشخيص اثأر ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني بقطاع غزة.
٢. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف التطبيقين القبلي والبعدي.
٣. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف التطبيقين البعدي والتتبعي.
٤. الكشف عن اختلاف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في ضوء اختلاف متغير الجنس (ذكور – إناث).
٥. الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في البيئة الفلسطينية.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الأطفال الذين تعرضوا لاستشهاد أحد الأقارب من الدرجة الأولى(الأب، الأم، الأخ، الأخت)، وهم من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم (٩-١١) سنة، وهم من الأطفال المسجلين في مركز فلسطين للصدمات النفسية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من(٩)أطفال ذكور، ومجموعة ضابطة تكونت من(٩) أطفال ذكور، وقد تم اختيار العينة من الذكور كونهم حصلوا على درجة أعلى من الإناث في مستوى الصدمات النفسية، وكون الذكور العدد الأكبر من مجتمع الدراسة حيث بلغ عدد الذكور(٥٨) بينما الإناث(٤٤) وكون الذكور الأكثر التزاماً بجلسات العلاج مع الأخصائيين في المركز مما يعتبر مؤشر ايجابي لحضور جلسات البرنامج مع الباحث.

منهج الدراسة:

تم استخدام كل من المنهج الوصفي والشبه التجريبي لمناسبتهما لطبيعة الدراسة الحالية، وذلك باستخدام تصميم المجموعة الواحدة التجريبية، والتي تخضع لتأثير البرنامج الإرشادي الانتقائي

وهو المتغير (المستقل)، ومعرفة أثره على التخفيف من آثار الصدمة النفسية (كمتغير تابع)، وقام الباحث بالقياسين القبلي والبعدي لمجموعة الأطفال لتحديد ما حدث من تغيير نتيجة تطبيق البرنامج.

أدوات الدراسة:

١- مقياس أعراض ما بعد الصدمة. (من إعداد الباحث)
٢- مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة. (من إعداد الباحث)
٣- دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اضطراب . (من إعداد الباحث)
٤- استمارة متابعة الواجب المنزلي. (من إعداد الباحث)
٥- استمارة تحكيم البرنامج. (من إعداد الباحث)
٦- استمارات تقييم البرنامج. (من إعداد الباحث)
٧- استمارة تقييم ومتابعة جلسة. (من إعداد الباحث)
٨- برنامج الدراسة الإرشادي الانتقائي. (من إعداد الباحث)
٩- دراسة الحالة. (من إعداد الباحث)

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم إعداد الإحصاء عن طريق استخدام حزمة البر امج المعروفة باسم spss وفى ضوء حجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة، وكذلك الفروض المطروحة تم الاستعانة بالآتي: من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١- الإحصاءات الوصفية، منها المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والوزن النسبي.
٢- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس معاملات الثبات لأداة الدراسة.
٣- معامل ارتباط بيرسون (Person's Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة.
٤- قيمة ايتا (Eta)لمعرفة حجم التأثير للبرنامج الإرشادي على أمهات المجموعة التجريبية.
٥- اختبار "Mann– Whitney" للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متساويتين، لأن العينة صغيرة، البيانات غير طبيعية والتباين للمتغيرين غير متجانس.

٦- اختبار ويلولكسون Wilcoxon Test وذلك بهدف معرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

فروض الدراسة:

١- توجد إضرابات يعاني منها الطفل الفلسطني بعد التعرض للأحداث الصادمة.
٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.
٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.
٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس(ذكور، إناث).
٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة.

نتائج الدراسة:

كشفت الدراسة الميدانية عن النتائج التالية :

١- وجود إضرابات يعاني منها الطفل الفلسطني بعد التعرض للأحداث الصادمة، بنسبة ٥٣.٦٣%. وكان ترتيب الأبعاد حسب الحدة على الترتيب التالي:(المشاركة الاجتماعية- الأعراض الجسمية- ردود الفعل العاطفية والانفعالية- تجنب الأحداث- فرط الحركة والمهارات الحياتية - إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها).
٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة وذلك لصالح القياس البعدي.
٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة لصالح المجموعة التجريبية.
٤- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير الجنس(ذكور، إناث) وذلك لصالح الذكور.
٥- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس أعراض ما بعد الصدمة، وذلك لصالح القياس التتبعي.

Faculty Women's for Arts, Science and Education
Department of Psychology

Selective Counseling Program to Alleviate Children Post Traumatic Stress Disorders (PTSD).

Prepared By

Yehia Ali Awad

"A thesis Submitted to obtain (PHD) in psychology".

Supervised By

Prof. Nabila Amin Ali Abu Zeid

Professor of Psychology
Faculty of Women

Ein Shams University

Dr.Siham M.Abdel Fattah

Asst. Professor of Educational
Faculty of Women

Ein Shams University

2016

Summary of the study

The introduction:

The hard circumstances that Palestinian citizen live includes martyrdom, rape, bombing, destruction, siege and the deterioration of the education led to the emergence of fertile soil for the emergence of all disorders such as frustration, desperation, fear and others among all categories of Palestinian society especially children.

There is no doubt that the child is the first seed that form the personality of a man, pressing factors and events that the child is exposed to as a result of wars, Israeli bombardment and stressful conditions either political, economical or social affect his behavior and the growth of his personality especially if he failed to face these stresses, and so his personal and social adaptation is worsening and so fall as a prey to psychological disorders.(Mahmoud El-Mansi said,2003:359).

It has become recognized that catch up with the progress and up grading is accomplished by building human and taking care of him and his various aspects, it reflects the progress system in the society and considered part of the efforts and development plans to build human, to develop his interests and invest his energies and capabilities to enable him to various life skill.(Ahmed Saif haider,1998:2)

points that a lot of studies developed countries attach great hopes on counseling program when putting development plans in order to develop the behaviour of its children and protect them from deviation, so the

need is getting more in developing countries to compensate its member the missed opportunities of cultural progress.

The researcher determined a heuristic program to alleviate post-traumatic disorders. The most important justification to choose selective counseling as a certified style to alleviate the post- traumatic disorders that it's the most appropriate tools and technique of several, theoretical frameworks, that follow several psychological theories which suit the nature and characteristics of the study sample, including guarantees and ensures to obtain objective results.

In addition the selective counseling enables the researcher to choose what is enjoyable for children that meet their needs according to the characteristics of their ages as the focus to play this fungal kinesthetic automatic activity, mixing imagination with reality, fact with myth and the child vents his inhibitions, desires and emotions, and talks about his problems and the sources of tension and anger that he has. A kind of internal satiate to the child need takes place that can't be satiated neither psychological nor emotional that enable him to psychological, social and personal communications, whereas the post-traumatic symptoms appear for long period as a result of exposure to endangered events of life, especially for the child if someone of his first degree relatives exposed to death, injury, threat or even if he watches these scenes, appears symptoms of fear, anxiety and neurological disorders.

This current study seeks to attempt reveling the effectiveness of the selective counseling program to alleviate children post- traumatic impacts.

Study problem:

How effective is the selective counseling program to alleviate post-traumatic disorders for children in Gaza strip?

From this tellingly emanate many sub-tellingly, These are:

1. What are the disorders that the Palestinian child suffers after traumatic experience?
2. Are there differences in the post-traumatic symptoms among the members of the experimental group in the(pre & post) application?
3. Are there differences in the post-traumatic symptoms disorder among the experimental group and control group in the post scale?
4. Are there differences in the post-traumatic symptoms according to sex variable (male – female)?
5. Are there differences in the post-traumatic symptoms disorder among the experimental group in the post scale and the consecutive scales.

Study Aims:

1. Diagnose post-traumatic impacts on children in Gaza strip.
2. Reveal the different symptoms of post-traumatic disorder according to the difference between(pre and post) applications.

3. Reveal the different symptoms of post – traumatic disorder according to the difference between post application and consecutive application.
4. Reveal the different symptoms of post–traumatic disorder according to sex variable(male or female).
5. Reveal the effectiveness of the selective counseling program to alleviate the symptoms of post–traumatic disorder in Palestinian community.

Study sample:

The study sample is selected in eclectic way from children who someone of their first degree relatives(father, mother brother or sister) is exposed to martyrdom ,their ages between(9–11)years old, and they are registered by Palestinian Psychological Traumatic Centre and they are divided into two groups:

- (An experimental group consists of nine male children)
- (A control group consists of nine male children)

The sample is selected from males because they have got higher psychological traumatic level than females and because the biggest number of the study community is males, the number of male children is fifty eight ,whereas the number at female children is forty four and the male children commit with the remedy sessions with the specialists at the centre and that considered positive indicator to attend the program sessions with the researcher.

Study approach:

Experimental approach applied because it suits the nature of the current study.

This with the determination of the experimental group that subordinates to the selective counseling program effect ,and that is the independent variable and to know its effect to alleviate the psychological traumatic effects as a consecutive variable, the researcher has implemented the (pre and post) scales for a group of children to determine what are the changes as a result of the application of the program.

Study Tools:

1- Post traumatic stress disorders scale.(Prepared by the researcher)

2-Scale of economic, social and cultural level.(Prepared by the researcher).

3- Voucher of children's program assessment.(Prepared by the researcher).

4-Form of the program's parents assessment.(Prepared by the researcher).

5-Formof the program's teachers assessment.(Prepared by the researcher).

6-Form of the program's psychologist assessment.(Prepared by the researcher).

7-Form of homework assessment.(Prepared by the researcher).

8-The selective counseling program.(Prepared by the researcher).

9-Case study.(Prepared by the researcher).

Statistical Manners used in this study:

Statistics is prepared wherein the use of the program bundle known as **SPSS** according to the sample size, the quality of tools and subtracted hypotheses the following is aided.

To answer the study questions and its hypothesis the following statistical manner is used:

1. Descriptive statistics such as arithmetic mean(SMA), standard deviation and the relative weight.
2. Cronbach's alpha coefficient and half-split to scale the reliability coefficients for study tool.
3. Person's correlation to check the validity of internal consistency of the study tool vertebras.
4. (Eta) premium to know the size effect for counseling program on mothers of the experimental group.
5. Mann–whitney to the difference between the Means of two independent equal groups because the sample is small, data are unnatural and the variance for the two variables is non-homogeneous.
6. Wilcoxon Test to know the significant statistical differences between (pre & post) scale for the experimental group on post-traumatic disorder measurement.

Study hypotheses:

1. The Palestinian child suffers from disorders after being exposed to traumatic experiences.

2. There are significant statistical differences between the average grades for the experimental group in (pre & post) scale on the post-traumatic symptoms measurement.
3. There are significant statistical differences between the average ranks of the experimental group and the control group in the post scale on post-traumatic symptoms measurement.
4. There are significant statistical differences in the post traumatic disorder symptoms due to sex variable (male , female).
5. There are significant statistical differences between average grades of the experimental group in post so scale and consecutive scale on the post-traumatic symptoms measurement.

The Results of the study:

1-The Palestinian child suffers from disorders after being exposed to traumatic experiences by percentage of 53,63% and the domains order according to the intensity was as follow (social participation - physical symptoms – sentimental and emotional responses –avoiding incidents – hyperactivity – excessive movement –life skills –repeating traumatic incidents and their impact).

2-There are significant statistical differences between the average grades of the experimental group grades in the (pre & post) scales on post traumatic disorders symptoms which were in favor for the post scale.

3- There are significant statistical differences between the average grades of the experimental group and the control group grades in the

post scale on the post traumatic disorders symptoms in favor for the experimental group.

4-There are significant statistical differences in the post traumatic disorders symptoms attributed to the sex variable (male, female) and it is in favor for males.

5-There are significant statistical differences between average of experimental group grades in the post scale and the consecutive (follow up) scales on the post traumatic disorders symptoms in favor for consecutive scale.