

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية

إعداد

الطالبة / وِجَاد حَسِين إِبْرَاهِيم العجوري

إشراف

الدكتورة / سناء إبراهيم أبو دقة

قُدِّمَ هذا البحث استكمالاً لنيل درجة الماجستير في علم النفس

1427هـ - 2007 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا
إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ﴾

(البقرة: 32)



إلى من علموني أن الحياة

أمل.... طموح.... إصرار

إلى أمي وأبي وأخوتي وأخواتي

إلى زوجي العزيز ورفيق دربي

إلى صديقتي سماح أبو سيدو

إلى الدكتورة الفاضلة سناء إبراهيم أبو دقة

عرفانا لهم بالفضل

أهدي ثمرة جهدي هذا،،،

وَجَاد حَسِين

شكر وتقدير

يطيب لي وقد انتهيت من هذه الدراسة أن أتوجه إلى الله بالحمد والثناء على عظيم نعمته وحسن توفيقه، وما توفيقه إلا بالله، كما يسعدني أن أتوجه بالشكر والتقدير والعرفان للصرح العلمي العظيم للجامعة الإسلامية منارة العلم والأخلاق والدين والتي تؤدي رسالتها في بناء شخصية الطالب الفلسطيني خلقاً وعلماً وأصالة. فقد أتاحت الفرصة أمامي لمواصلة دراستي من خلال برنامج الدراسات العليا كما اشكر القائمين والحريصين على الجامعة ومكانتها متمثلة في مجلسها الرئاسي الموقر. واطمأن بالذكر عمادة الدراسات العليا وأعضاء هيئة التدريس بكلية التربية وخاصة أساتذتي بقسم علم النفس والذي تتلمذت على أيديهم في مرحلة البكالوريوس وتهيئتي للدراسات العليا ومازالتوا يتابعوني إلى الآن.

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان والتقدير والحب لعائلتي الكريمة وعلى رأسها والدي المربي الفاضل (حسين إبراهيم العجوري - أبو جهاد) ووالدتي رمز الحنان والعطاء، أطال الله بعمرهما وبارك لهما فيه، وجميع إخوتي وأخواتي الأعزاء الذين لم يألوا جهداً في توفير الجو المناسب لي، للبحث والدراسة وتقديم المساعدة المادية والمعنوية، فاشكرهم جميعاً واعتذر لهم لما سببته لهم من مشقة وإزعاج خلال هذه الفترة الصعبة، وأتقدم بالشكر لعمي الفاضل وهو الذي في مقام والدي (محمود الدعمة) فكان يتابعني أول بأول ويشجعني ويوضح لي الأمور الغائبة عن ذهني.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير للدكتورة سناء أبو دقة التي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة حيث قدمت لي كل النصائح والإرشاد والتوجيه لإخراج هذه الرسالة إلى النور فجزاها الله عني كل الخير، كما أقدم خالص شكري وامتناني للدكتور عاطف الأغا الذي شجعني على العمل في هذا المجال عندما كانت الرسالة مجرد فكرة في ذهني، وأتقدم بالشكر والتقدير والاحترام للدكتور سمير قوته الذي لم يبخل عليه بعلمه وخاصة بتشجيعي وإعطائي مقياس بك للاكتئاب. أتقدم بالشكر لجمعية أرض الإنسان متمثلة بالإدارة وموظفيها للسماح لي في تطبيق البرنامج، ووفاءً مني وعرفاناً بالجميل أتقدم بالشكر والتقدير إلى فريق الدعم النفسي بجمعية أرض الإنسان وهم الذين قاموا بمساعدتي في تعبئة الاستمارات، كما أتقدم بالشكر والتقدير والاحترام لزميلتي وصديقتي والمطلعة على رسالتي خطوة بخطوة الأستاذة سماح أبو سيدو التي قدمت يد العون والمساعدة لي من البداية حتى وصولها إلى ما هي عليه الآن، فجزاها الله خيراً وسدد خطاها في كل طريق، وفي النهاية اشكر كل من مد يد العون لي وأعانني في هذا البحث من قريب أو بعيد. وختاماً أدعو الله القدير أن يجعل هذه الرسالة بداية موفقة فلا أدعي أنني قد بلغت الغاية وحسبي أنني قد حاولت فالكمال لله وحده سبحانه ولي الهداية والتوفيق.

وجاد حسين

صفحة	
ج	الإهداء
د	شكر وتقدير
هـ	المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول
2	المقدمة
6	مبررات الدراسة
7	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
8	فرضيات الدراسة
8	أهداف الدراسة
9	أهمية الدراسة
10	مصطلحات الدراسة
12	حدود الدراسة
12	أدوات الدراسة
13	الفصل الثاني
14	الإطار النظري
14	المقدمة
14	المحور الأول: الإرشاد النفسي
17	أهداف التوجيه والإرشاد النفسي
19	مبادئ الإرشاد النفسي
21	الفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي
21	أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي
22	نظريات الإرشاد
22	نظريات الإرشاد النفسي من منظور غربي
26	نظريات الإرشاد النفسي من منظور إسلامي

32	تعليق عام للباحثة على نظريات الإرشاد
34	المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي
35	الإرشاد الجماعي
48	المحور الثاني: الاكتئاب
49	مدى انتشار الاكتئاب في العالم
50	مدى انتشار الاكتئاب في فلسطين
51	النساء والاكتئاب
52	أنواع الاكتئاب
54	أعراض الاكتئاب
57	أسباب الاكتئاب
60	طرق ووسائل للتخلص من أعراض الاكتئاب
64	المحور الثالث: اكتئاب الأم وعلاقته بسوء التغذية
67	سوء التغذية
69	الأطفال المعرضون للإصابة بسوء التغذية
71	أمراض سوء التغذية
73	الوقاية من سوء التغذية
74	تعقيب عام الباحثة على الإطار النظري
77	الفصل الثالث
78	الدراسات السابقة
78	مقدمة
78	المحور الأول: دراسات تناولت برامج الإرشاد النفسي
88	تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت برامج الإرشاد النفسي
90	المحور الثاني: دراسات اهتمت بالاكتئاب
90	دراسات تناولت مستوى الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات
98	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة
99	دراسات تتحدث عن طرق تدخل مختلفة للتعامل مع الاكتئاب
110	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة
112	المحور الثالث: الدراسات التي تناولت سوء التغذية وعلاقته باكتئاب الأم
114	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة

115	الفصل الرابع
116	إجراءات الدراسة
116	مقدمة
116	منهج الدراسة
117	مجتمع الدراسة
117	عينة الدراسة
120	أدوات الدراسة
120	الأداة الأولى: مقياس بك للاكتئاب
123	الأداة الثانية: مقياس الرضا عن العملية الإرشادية
126	الأداة الثالثة: البرنامج الإرشادي
132	الأساليب الإحصائية
133	خطوات إجراء الدراسة
134	الصعوبات التي مرت بها الباحثة
137	الفصل الخامس
138	نتائج الدراسة
138	تساؤلات و فرضيات الدراسة
138	الفرضية الأولى
139	الفرضية الثانية
140	الفرضية الثالثة
144	الفصل السادس
145	تفسير النتائج، المقترحات والتوصيات
145	تفسير نتائج الدراسة
152	توصيات الدراسة
153	مقترحات الدراسة
154	ملخص الدراسة (باللغة العربية)
156	ملخص الدراسة (باللغة الانجليزية)
157	المراجع
158	المراجع العربية
164	المراجع الأجنبية
167	الملاحق

مؤتمرات البحر الأحمر

الجدول	الموضوع	صفحة
جدول 01	المؤهل العلمي لأمهات العينة الضابطة والعينة التجريبية.	119
جدول 02	أماكن الإقامة لأمهات العينة الضابطة والعينة التجريبية.	120
جدول 03	نتائج اختبار "ت" لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للعمر.	120
جدول 04	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	122
جدول 05	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الاكتئاب لدى أمهات أطفال سوء التغذية	123
جدول 06	أبعاد وفقرات مقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية	126
جدول 07	إجراءات وأنشطة البرنامج.	130
جدول 8	دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن الفروق بين القياس القبلي والبعدى لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=15)	140
جدول 9	نتائج اختبار Mann – Whitney لدراسة الفروق بين متوسطي المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج (ن=30)	141
جدول 10	دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن الفروق بين القياس البعدى والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=15)	142
جدول 11	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس رضا المنتفعات عن البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية (ن=15)	143



الملحق	الموضوع	صفحة
ملحق 1	استمارة الاكتئاب	168
ملحق 2	استمارة الرضا	173
ملحق 3	صدق وثبات مقياس الرضا المنتفعات عن الخدمات النفسية المقدمة	178
ملحق 4	البرنامج الإرشادي المقترح	187
ملحق 5	أعضاء لجنة التحكيم "البرنامج الإرشادي"	205

الفصل الأول

صفحة

2	المقدمة
6	مبررات الدراسة
7	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
8	فرضيات الدراسة
8	أهداف الدراسة
9	أهمية الدراسة
10	مصطلحات الدراسة
12	حدود الدراسة
12	أدوات الدراسة

الفصل الأول: المقدمة

لقد أصبح الإرشاد النفسي من التخصصات الهامة في الوقت الحاضر ويرجع ذلك إلى حاجة الأفراد الماسة للعون والمساعدة؛ وذلك بسبب تزايد المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي يتعرض لها العالم بسبب الضغوط الحياتية والنفسية التي تعيش فيها الشعوب، ومن هذه الشعوب الشعب الفلسطيني، ويعتبر الشعب الفلسطيني الذي له خصوصيته، وخاصة ما تعرض له في الفترة الأخيرة، والذي يعيش حصاراً شاملاً، وذلك من خلال تواصل سلطات الاحتلال الإسرائيلي فرضه على قطاع غزة، مما أدى إلى نتائج صعبة على الوضع الفلسطيني من كافة الجوانب الاقتصادية والصحية والاجتماعية والنفسية.

حيث تفيد الإحصائيات والتقارير السنوية الصادرة عن المؤسسات المختصة بأن هناك ارتفاع لمعدلات البطالة في قطاع غزة، وارتفاع نسبة الأسر التي تعيش تحت خط الفقر، و القيود المفروضة على التجارة والحركة خلال عام 2006 أدت إلى تردي الوضع الاقتصادي الفلسطيني بصورة متزايدة، مما دفع بفئات المجتمع التي كانت تعتمد على نفسها في السابق "المزارعون والعمال والصيادون والتجار وأصحاب المحال الصغيرة" إلى براثن الفقر والاستدانة (برنامج الغذاء العالمي، 2006).

كما أفاد التقرير الصادر عن برنامج الغذاء العالمي بأن نحو نصف عدد سكان هذا الشعب يعانون انعدام الأمن الغذائي أو أنهم عرضة له، (برنامج الغذاء العالمي، 2006). وللحصار التأثير المباشر على المؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، التي أصبحت تعاني

من نقصٍ شديدٍ في إمداداتها من الأدوية والعلاجات والمستلزمات الطبية الضرورية اللازمة لعلاج ورعاية الفلسطينيين، وخاصة المرضى الذين يعانون من الإصابة بأمراض مزمنة. و نتيجة لمجمل الأوضاع الراهنة في الشارع الفلسطيني من انتشار الفقر وتردي الأوضاع الصحية والمعيشية والبيئية ازدادت معدلات انتشار سوء التغذية لدى الأطفال (تقرير جمعية ارض الإنسان، 2006).

وتزداد معاناة سكان القطاع نفسياً، خاصة مع استمرار استهداف قوات الاحتلال الإسرائيلي مدن وقرى القطاع، عبر تنفيذ العديد من الهجمات الجوية، وإطلاق القذائف المدفعية تجاه السكان المدنيين. وتعتبر النساء والأطفال الأكثر تعرضاً لأوضاع صحية ونفسية سيئة، نجمت عن كافة عمليات الترويع والترهيب التي تنفذها قوات الاحتلال. ونسبة من الأطفال يعانون من قلة التركيز، والخوف الشديد، والتبول اللاإرادي ليلاً (WHO، 2005) ، وكذلك تعاني العديد من الأمهات من توتر وقلق وأعراض نفسية أخرى (WHO، 2005). وقد دفع هذا الكثير من المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية المجتمعية بالبحث والعمل علي تطوير برامج للتعامل مع المشكلات النفسية التي بدأت تطفو علي الساحة الفلسطينية.

فكان أن اهتمت العديد من المؤسسات بتقديم الخدمات النفسية سواء أكانت هذه الخدمات في مجال القياس والتشخيص، من أجل التعرف علي الاضطرابات التي يعاني منها أفراد المجتمع، أوفي مجال التوجيه والإرشاد النفسي؛ بوصفه خطوة أولى نحو العلاج وتقديم الرعاية الملئمة لهم.

"حيث يسعى الإرشاد النفسي بطرقه الوقائية والعلاجية والنمائية لمساعدة الأفراد والجماعات على فهم السلوكيات البشرية في المواقف الحياتية المختلفة، كما أنه يحرص على تقديم خدمة متخصصة لجميع الأفراد والجماعات باختلاف مراحلهم العمرية بقصد مساعدتهم على التكيف النفسي والاجتماعي والصحي والمهني؛ ليساعدهم على تكوين رؤية واقعية عن الحياة النفسية التي

يعيشونها" (العزة، 2000: 5).

وهناك عدة مجالات للإرشاد النفسي منها الإرشاد الجمعي، والإرشاد الفردي، وقد بينت الدراسات أن بعض الأفراد يستفيدوا من الإرشاد الجمعي أكثر من الإرشاد الفردي، والجلسات الجماعية ليست أكثر اقتصادية من ناحية الوقت، ولكنها الشكل الأكثر ملائمة للإرشاد، وأكثر الأساليب فعالية، والغاية من الإرشاد الجمعي إعطاء الفرد سندا انفعاليا عن طريق الجماعة ومساعدته على حل المشكلات التي يواجهها (شعيمي، 1997: 28). ومن بين المشاكل النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر والأولية في التشخيص والبحث مشكلة الاكتئاب، وقد حظيت هذه المشكلة بالاهتمام في العديد من المجتمعات بغرض الكشف عن طبيعتها وأسبابها ومدى انتشارها بالمجتمع، (معمريه، 2000: 122).

إذ يعتبر العصر الذي نعيشه عصر الاكتئاب، فقد ذكرت تقارير لمنظمة الصحة العالمية أن من 2% إلى 5% من سكان العالم يعانون من حالة شديدة أو متوسطة من الاكتئاب أي حوالي 300 مليون شخص، (WHO, 2005). وفي البيئة الفلسطينية ينتشر الاكتئاب بشكل ملحوظ وترتفع نسبته عن المعدلات العالمية وذلك بسبب الظروف السياسية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، إذ تصل نسبته إلى 17% من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية، (قوته، تمرز، 2000: 15).

"والاكتئاب خبرة إنسانية عامة فلا يوجد آدمي تقريبا لم يعان من درجة أو أخرى من درجات الاكتئاب، إذ يمر كل فرد تقريبا بعرض أو بآخر من الأعراض الدالة على الاكتئاب، ولكن المهم هنا هو أن هذه الخبرة الاكتئابية ليس من الضروري أن تصل إلى الاضطراب الذي يحتاج إلى تدخل علاجي، فإن النسبة الكبيرة ممن يعانون من هذه

الأعراض يتحسنون بشكل تلقائي، أو تتجح خبرات معينة في الحياة في التغلب على هذه المشكلة وتلك الأعراض؛ فتكون الخبرات السارة للحياة بمثابة مصدر واقٍ ضد مشاعر الاكتئاب وبخاصة في درجاتها المنخفضة." (عبد الخالق، 1999: 32).

ومن الواضح أن للاكتئاب درجات في الشدة، كما يختلف من فرد لفرد في استمراريته، فمعظم الدراسات التي أجريت في العقود القليلة الأخيرة ركزت على اكتئاب الراشدين، وكان هناك اهتمام بدراسة هذه الفئة ومن هذه الدراسات (فايد، 1998) ودراسة (مرسي، 1997) ودراسة (عطا، 1993) ودراسة (ممدوح، 1991) ولكن حسب علم الباحث، لم يعطوا أهمية كبيرة لدراسة العلاقة بين الاكتئاب والأمراض العضوية، وخصوصاً أمراض سوء التغذية. والتي لها علاقة بالوضع الاقتصادي السيئ الذي يعيشه البشر، وخصوصاً الشعب الفلسطيني، ومن هنا كانت ندرة في الدراسات التي اهتمت باكتئاب الأم والأمراض العضوية عند الأطفال وخاصة سوء التغذية ومنها دراسة (Harpham et al, 2005) ودراسة (Rahman, 2004) ودراسة (Kirsten and Michael, 2003). وكان اهتمامهم بدراسة الاكتئاب وعلاقته بأزمة الهوية كدراسة (مرسي، 1997) ودرسوا مستوى الاكتئاب، والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب كدراسة (غانم، 2002) وكذلك الدمج بين الاكتئاب والأمراض الجسمية كدراسة، (الجريسي، 2003).

وبما أن الأبحاث في مجال دراسة العلاقة بين الاكتئاب والأمراض العضوية وخاصة أمراض سوء التغذية قليلة جداً. يمكننا القول بأن علم التغذية أصبح من العلوم الهامة التي يستخدمها الإنسان وتلازمه طيلة فترة حياته وتعتبر التغذية خط الدفاع الأول للصحة السليمة والتغذية فن من الفنون التي ترفع صحة الفرد والمجتمع وتصونه من الأمراض وتبقيه في لياقة جسميه ونفسية دائمة،

وتهب له حياه سعيدة مليئة بالهناء والنشاط. وتقوم جمعية أرض الإنسان بتوفير هذا الفن "التغذية" لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية والذي يعتبر من الأمراض الشائعة في غزة بسبب الوضع الاقتصادي المتدني، وتدني مستوى الشعب الفلسطيني بأساليب التعامل مع التغذية السليمة، وأمراض سوء التغذية تقلل من نشاط وقدرة الطفل على القيام بأعباء الحياة الطبيعية مما يؤثر على أسر هؤلاء الأطفال بشكل عام ويؤثر على الأم بشكل خاص لأنها تتحمل عبء العناية بهذا الطفل، من تجهيز الأغذية الخاصة به، ومراقبته حتى لا يتناول أغذية تضر بصحته، بالإضافة إلى محاولة إبعاد هذا الطفل عن الانفعالات النفسية والغضب والقلق بقدر المستطاع، فتكون الأم في ضغط نفسي أغلب فترات حياتها. والنتيجة أن هؤلاء الأمهات أظهرت هذه الضغوط على شكل أعراض اكتئابية حسب تشخيص الحالات التي تتردد علي وحدة الدعم النفسي، واغلبها لها أطفال تعاني من سوء التغذية. وقد رأت الباحثة أن تدرس هذا الموضوع وخصوصاً أنه مرتبط في مجال عملها، وله علاقة بالعاملين في هذا المجال، وذلك من خلال تصميم برنامج إرشادي لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية في جمعية أرض الإنسان.

1. مبررات الدراسة

تتمثل مبررات الدراسة فيما يلي:

1. لمست الباحثة من خلال عملها كأخصائية نفسية حجم المعاناة والألم التي تمر بها الأمهات

اللواتي لديهن أطفال يعانون من أمراض سوء التغذية، وتظهر هذه المعاناة على شكل

أعراض اكتئابية، ولذلك كان لا بد ولزاما العمل على مساعدة هؤلاء الأمهات على التكيف

والتغلب على هذه الأعراض التي تعاني منها.

2. يفيد التقرير السنوي الصادر عن برنامج الدعم النفسي بأن نصف الأمهات المترددات على

العيادة في جمعية أرض الإنسان تعاني من أعراض اكتئابية مع اختلاف في الدرجة، وهذا قد أثار فضول الباحثة واهتمامها.

3. نظرا لتنوع الأساليب والنماذج في التعامل مع الاكتئاب وقلة الأبحاث حسب علم الباحثة في مجال البرامج الإرشادية، لمثل هذه العينة، دفع الباحثة للتفكير في البحث عن أفضل الطرق التي من الممكن أن تناسب هذه الفئة من الأمهات الفلسطينيات وتخفف من حدة الأعراض وتتناسب مع الظروف الصعبة.

4. بناءً على توصيات بعض الدراسات ومنها دراسة (Harpham et al, 2005) بضرورة تقديم الخدمات النفسية للأمهات بجانب الخدمات الطبية جاءت فكرة الإرشاد الجماعي للأمهات في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

2. مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

تبلورت مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

1. ما مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية؟

2. ما مدى استمرارية تأثير البرنامج الإرشادي في خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية؟

3. ما مستوى رضا أفراد المجموعة التجريبية عن البرنامج الإرشادي؟

3. فرضيات الدراسة

انبثق من التساؤل الأول المذكور أعلاه الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

2. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في حدة الاكتئاب على أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

أما التساؤل الثاني فقد انبثقت منه الفرضية الثالثة التالية:

3. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لقياس حدة الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتتبعي.

4. أهداف الدراسة

1. تحديد مدى فاعلية البرامج الإرشادي المقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف الاكتئاب عند أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية.
2. تحديد مدى استمرارية البرنامج الإرشادي المقترح.
3. تحديد مدى رضا أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية عن الخدمة النفسية المقدمة من خلال البرنامج الإرشادي.

5. أهمية الدراسة

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

الناحية النظرية: تعتبر هذه الدراسة امتدادا لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الاكتئاب وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائدة في كل المجتمعات، ومنها المجتمع الفلسطيني الذي عانى ومازال يعاني من الاحتلال الإسرائيلي، ولذلك كان لابد للباحثة من المساهمة في إيجاد بعض الطرق والوسائل التي من الممكن أن تساعد على التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب، ولتكون بداية الطريق للمهتمين للعمل بهذا المجال. وتعتبر هذه الدراسة حسب علم الباحثة، أنها الدراسة الأولى في فلسطين التي تدرس العلاقة بين تأثير مرض الأبناء على الصحة النفسية للأم، وهذا ما تبين للباحثة من خلال اطلاعها على الكثير من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة. تتبع أهمية الدراسة أيضا، من تسليطها الضوء على مجموعة مهمشة من النساء في المجتمع الفلسطيني والتي تعاني كما يعاني معظم أفراد المجتمع، ولكن مع إضافة معاناة جديدة تتعلق بمعاناة أطفاله، وهذا ما يضاعف حدة الأعراض لديهم ويزيد من حاجتهم لخدمات نفسية متنوعة.

الناحية التطبيقية: للدراسة أهمية تطبيقية، حيث تم تطبيق الدراسة في عيادة طبية تقدم الخدمات المتخصصة في مجال سوء التغذية، وتعتبر الوسائل المستخدمة من قبل الباحثة في التخفيف من معاناة هؤلاء الأمهات المكتئبات فرصة لاستخدامها من قبل العاملين في المجال النفسي في الجمعية. ومن هذه الوسائل التي استخدمتها الباحثة السيكدوراما، والتفرغ الانفعالي، والمساندة الاجتماعية والإرشاد الديني.

و تتبع أهمية الدراسة من كونها تهتم بالفرد بعد أن يعود إلى بيئته، والتي ساهمت بشكل كبير في معاناته، فمن الضروري معرفة إذا كانت المدة القصيرة التي قضاها مع المجموعة قدمت له كل الدعم النفسي والاجتماعي الذي كان يفقده في بيئته وأكسبته الكثير من المهارات والأساليب الحياتية المناسبة للتعامل بها مع المحيطين به، والتكيف النفسي مع الظروف الصعبة، فهل تستطيع تطبيق هذه المهارات رغم عدم تغير الظروف التي تعيش بها.

6. مصطلحات الدراسة

تشتمل مصطلحات الدراسة على الآتي:

برنامج إرشادي Counseling Programme: هو برنامج منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعياً، الهدف منها مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي والمتعقل ولتحقيق التوافق النفسي، ويقوم بتخطيطه وتنفذه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين (زهران، 1998: 449). **والتعريف الإجرائي للبرنامج** هو عبارة عن مجموعه من الجلسات الإرشادية المترابطة، وهي على شكل نشاطات وندوات ومناقشات إرشادية جماعية تدخل في إطار الإرشاد الجماعي والذي يهدف إلى تخفيف حدة الاكتئاب لأفراد يعانون من نفس المشكلة.

الإرشاد النفسي Psychological Health Counseling: ويعرف الإرشاد النفسي بأنه عملية ذات توجه تعليمي تُجرى في بيئة اجتماعية بسيطة بين شخصين يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة إلى مساعدة المسترشد باستخدام طرائق وأساليب ملائمة لحاجاته ومتفقة مع

قدراته كي يتعلم بأهداف يحددها بشكل واقعي ويدركها بوضوح أكثر وصولاً إلى الغاية كي يصبح أكثر سعادة وأكثر إنتاجية، (أبو عبادة، و نيازي، 2001: 41).

الإرشاد الجماعي Group Counseling: هو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة بشرط أن تتشابه مشكلاتهم باستخدام أساليب متنوعة للإرشاد، (جبل، 2000: 253).

الاكتئاب Depression: يعرف الخطيب (2000) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد تتاب الفرد نتيجة الإحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتوقع حول الذات، (الخطيب، 2000: 568).

ويعرفه العيسوي (1995) بأنه حالة نفسيه ومعنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة وفي الحالات العميقة من الاكتئاب والكآبة قد يشعر المريض بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم، (العيسوي، 1995: 218).

وتعرف الباحثة الاكتئاب بأنه حالة نفسية وانفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة خبرات صادمة وإحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وقد تصل إلى فقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس قد يصل إلى درجة الانتحار.

سوء التغذية Malnutrition: هو الحالة المرضية الناجمة عن نقص أو زيادة نسبيه أو مطلقه في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية، (الشاعر، وآخرون، 2004: 59).

جمعية ارض الإنسان Ard El Insan: هي جمعية خيرية فلسطينية وهي الوحيدة في قطاع غزة المتخصصة في مجال التغذية والصحة المجتمعية، والتي بدأت منذ تأسيسها في عام 1984 للعمل على تحسين المستوى الصحي والغذائي للطفل والعائلة الفلسطينية، (جمعية أرض الإنسان، 2003).

7. حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة على الآتي:

الحد المكاني: تم إجراء هذه الدراسة في عيادة جمعية أرض الإنسان في مركزها الرئيسي بمنطقة غزة باعتبارها مركز رعاية صحية أولية متخصص في تقديم الرعاية الطبية للأطفال تحت سن خمس سنوات يعانون من سوء التغذية.

الحد الزمني: تم إجراء الدراسة في المدة الواقعة بين سنة 2005 إلى سنة 2007، وتم تطبيق البرنامج في الفترة الزمنية مابين شهر يونيو 2006 حتى نهاية يناير 2007.

الحد البشري: الأمهات المترددات على جمعية ارض الإنسان واللاتي يعاني أطفالهن من سوء التغذية.

8. أدوات الدراسة

- إستبانة الاكتتاب من إعداد (بك Beck).
- البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة.
- استبانة رضا المنتفعين عن العملية الإرشادية من إعداد (سماح أبو سيدو).

الفصل الثاني

صفحة

14	الإطار النظري
14	المقدمة
14	المحور الأول: الإرشاد النفسي
17	أهداف التوجيه والإرشاد النفسي
19	مبادئ الإرشاد النفسي
21	الفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي
21	■ أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي
22	نظريات الإرشاد
22	■ نظريات الإرشاد النفسي من منظور غربي
26	■ نظريات الإرشاد النفسي من منظور إسلامي
32	تعليق عام للباحثة على نظريات الإرشاد
34	المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي
35	الإرشاد الجماعي
48	المحور الثاني: الاكتئاب
49	مدى انتشار الاكتئاب في العالم
50	مدى انتشار الاكتئاب في فلسطين
51	النساء والاكتئاب
52	أنواع الاكتئاب
54	أعراض الاكتئاب
57	أسباب الاكتئاب
60	طرق ووسائل للتخلص من أعراض الاكتئاب
64	المحور الثالث: اكتئاب الأم وعلاقته بسوء التغذية
67	سوء التغذية
69	الأطفال المعرضون للإصابة بسوء التغذية
71	أمراض سوء التغذية
73	الوقاية من سوء التغذية
74	تعقيب عام الباحثة على الإطار النظري

الفصل الثاني: الإطار النظري

تتناول الباحثة في هذا الفصل عرضاً تحليلياً للمفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بمفهوم الإرشاد النفسي، مع استعراض النظريات الأساسية التي تخدم الدراسة الحالية، وعرض لبعض الاضطرابات النفسية التي يتعامل معها الإرشاد النفسي بشيء من الاختصار، مع تفصيل لاضطراب الاكتئاب خصوصاً عند السيدات لأنه محور الدراسة الحالية. وقامت الباحثة بالاهتمام والحديث عن سوء التغذية وتأثيره على الطفل وأسرته بشكل عام وتأثيره النفسي على الأم بشكل خاص. وتطرقت الباحثة في هذا الفصل للحديث عن الإرشاد الجماعي كأسلوب من أساليب الإرشاد للتعامل مع هذه المشكلة النفسية مع تفصيل لتقنيات هذا الأسلوب.

1. المحور الأول: الإرشاد النفسي

فيما يلي ستقوم الباحثة بعرض بعض التعريفات والاصطلاحات اللغوية للإرشاد النفسي.

الإرشاد لغة: رَشَدَ، رُشِدًا، ورَشَادًا: اهتدى كالمسترشد.

الرُّشد: الاستقامة على طريق الحق، (ابن منظور، ب. ت)

الرَّشيد: اسم من أسماء الله الحسنى، وهي صفة من صفات الله تعالى: الهادي إلى سواء الصراط

والذي حسن تقديره فيما قدر، (أبادي، 1987: 360).

الإرشاد: يقول ابن منظور في لسان العرب: "مادة رشد، الرشد نقيض الغي، ورشد الإنسان وبالفتح

يرشد رشدًا بالضم ورشد مرشدا رشادا فهو راشد ورشيد وهو نقيض الضلال إذا أصاب وجهه

الممر والطريق. "

التعريفات الاصطلاحية للإرشاد: تعددت تعريفات الإرشاد حتى إن أحد الباحثين وضع قائمة ضمت (23) تعريفا للإرشاد ولعل ما يفسر تعدد تعريفات الإرشاد، وهو تعقيد عملية مساعدة الأفراد الآخرين وأساليبها الممكنة. سوف نستعرض بعض لأهم تعريفات مفهوم الإرشاد على سبيل المثال: قال الداهري (2000) إن الإرشاد النفسي ميدان يهتم بتكيف الفرد لمساعدته على حل المشكلات التي تصادفه، التي لا يستطيع إن يتغلب عليها بمفرده. ويركز اهتمامه على الفرد وليس على المشكلة التي يعاني منها، (الداهري، 2000: 31). وعرفه جبل (2000) بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته واستعداداته في حل المشكلات للوصول إلى الصحة النفسية التي تؤدي إلى توافقه وتتضمن عملية الإرشاد العلاجي التوصل إلى مشكلات العميل (جبل، 2000: 252).

ونشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تعريفا للإرشاد النفسي لعام 1981 أنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماته لهم لتأكيد الجانب الايجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار. ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة: الأسرة، والمدرسة، والعمل. (أبو عيطة، 1997: 16). كما ذكر زهران (1997) أن الإرشاد النفسي هو عملية إرشاد الفرد إلى الطريق المختلفة التي يستطيع عن طريقها اكتشاف واستخدام إمكانياته وقدراته وتعليمه، ما يمكنه من أن يعيش في أسعد حال ممكن بالنسبة لنفسه وللمجتمع الذي يعيش فيه، وهدف لمساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته النفسية والتوافق شخصيا، وتربويا، ومهنيا، واسريا، وفي حياته الزوجية، (زهران، 1997: 10).

عرفه الزبادي وآخرون، هو عملية تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم نفسه وقدراته وإمكاناته من خلال علاقة واعية مخططة للوصول به إلى السعادة وتجاوز المشكلات التي يعاني منها من خلال دراسته لشخصيته ككل: جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا؛ حتى يستطيع التوافق والتكيف نفسه ومجتمعه ومع الآخرين، (زبادي، الخطيب، 2001: 12).

قال الشناوي (1996) نقلا عن نيكس وستيفلر أن مصطلح الإرشاد يشير إلى العلاقة المهنية بين المرشد والمسترشد وهذه تتم في إطار شخص لشخص رغم أنها قد تشمل في بعض الأحيان على أكثر من شخصية، وهي معدة لمساعدة المسترشدين على تفهم واستجلاء نظرتهم في حياتهم وان يتعلموا أن يصلوا إلى أهدافهم المحددة ذاتيا من خلال اختبارات ذات معنى قائمة على معلومات جيدة، ومن خلال حل مشكلات ذات طبيعة انفعالية أو خاصة بالعلاقات مع الآخرين، (الشناوي، 1996: 11-12).

وعرف ملحم (2001) الإرشاد النفسي بأنه لا يزيد عن كونه مناقشة بين شخصين تربطهما علاقة إخلاص وثقة ولكنها بالنسبة للمشاهد الخبير أكثر من مجرد زيارة ودرشة، والمرشد يجاهد ليساعد الطالب كي يبوح بقصة بطريقته الخاصة. كما انه يبذل جهده ليكشف عن أفكاره وأحاسيسه الحقيقية، (ملحم، 2001: 37). ويرى عبد الهادي، والعزة (1999) بأنه: "العملية الرئيسية من عمليات التوجيه وخدماته يشير إلى العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمسترشد بقصد توجيه نمو الفرد بحيث تصل إمكاناته إلى أقصى درجة ممكنة وفقا لحاجاته وميوله واتجاهاته، مع الأخذ بعين الاعتبار حاجات المجتمع وذلك لتوجيه القوى البشرية لتحمل مسؤولياتها الاجتماعية في المستقبل." (عبد الهادي، العزة، 1999: 14).

وتحدث أبو طالب وحمدى (1998) عن الإرشاد النفسى بأنه مجموعة الإجراءات التى تتضمن التقبل والتشجيع وتقديم المعلومات وتفسير نتائج الاختبارات المساعدة على اتخاذ القرارات، وهى العلاقة التى يحاول فيها شخص متخصص تقديم مساعدة لشخص آخر ليفهم ذاته ويحل مشكلاته المتمثلة فى عدم التوازن لديه فى مواقف الحياة المختلفة. ويعمل الإرشاد على مساعدة الأفراد الأقرب إلى العاديين من المرضى ويقدم لهذه المساعدة أفراد مدربون يحملون درجات عملية تخصصية، (أبو طالب، وحمدى، 1998: 15).

وأضاف عمر (1992) بأن الإرشاد عملية تعليمية تساعد الفرد على أن يفهم نفسه بالتعرف على الجوانب الكلية للمشكلة الشخصية حتى يتمكن من اتخاذ قراراته بنفسه وحل مشكلاته بموضوعية مجردة، مما يسهم فى نموه الشخصى وتطوره الاجتماعى والتربوى والمهنى ويتم ذلك خلال علاقة إنسانية بينه وبين المرشد النفسى الذى يتولى دفع العملية الإرشادية نحو تحقيق الغاية منها بخبراته المهنية، (عمر، 1992: 46).

وتعرف الباحثة الإرشاد النفسى إجرائياً أنه عبارة عن مجموعة من الجلسات الإرشادية المترابطة، وهى على شكل نشاطات ومناقشات إرشادية جماعية تدخل فى إطار الإرشاد الجماعى لأفراد يعانون من نفس المشكلة تهدف إلى تخفيف الاكتئاب لهذه المجموعة.

2. أهداف الإرشاد النفسى

مهما تعددت أهداف التوجيه والإرشاد فإنه يمكننا أن ندرجها تحت ثلاثة مستويات وهى:

المستوى المعرفى: يتناول التفكير والمدرجات والتطورات والمعارف والخبرات والمعتقدات

المستوى الوجداني: يتناول الوجدانيات والانفعالات والاتجاهات والقيم.

المستوى العملي (السلوكي): حيث يتناول عملية تعديل السلوك وإكساب مهارات سلوكية عملية.

ويمكن إجمال أهداف الإرشاد ضمن المستويات سابقة الذكر في النقاط التالية:

1. **بناء مفهوم ايجابي للذات وتحقيق الذات:** أي بناء مفهوم الذات الايجابي. والذات هي كينونة الفرد وحجر الزاوية في شخصيته، فالتوجيه والإرشاد يسعى إلى تنمية مفهوم الذات الايجابي لدى الفرد. فالذات تمثل حجر الأساس في شخصيته ويمكن ملاحظة ذلك من خلال نظرته إلى نفسه ورضاه عما ينظر إليه هو، وهذا من تطابق الذات الواقعي مع الذات المثالي. بمعنى آخر؛ أن المفهوم المدرك للذات الواقعية يوافق المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الفرد في كلا المفهومين.

أن الإرشاد يعمل مع الفرد حسب حالته سواء كان عاديا أو معاقا؛ متفوقا أم متخلفا، فيساعده على التكيف مع نفسه، وفي المقابل هناك مفهوم الذات السالب، والذي يعبر عنه بعدم تطابق مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي. وحتى نستكمل الدراية بهذا الهدف، هناك هدف بعيد المدى، وهو توجيه وإرشاد الذات بحيث يستطيع الفرد توجيه حياته بنفسه، بذكائه وبصيرته في حدود المعايير الاجتماعية، ويقع هذا الهدف تحت عنوان (تسهيل النمو العادي)، بحيث يحقق الفرد مطالب نموه في ضوء معايير وقوانينه، حتى يتحقق في النهاية النضج النفسي. ويمكن توضيح تسهيل النمو هنا بأنه النمو السوي، الذي يتجدد فيه النمو ويتغير نحو الأفضل، (سمارة، وآخرون، 1992: 22).

2. **تحقيق التوافق:** وهو أن الإرشاد يتناول السلوك من جهة، والبيئة الطبيعية والاجتماعية من جهة أخرى، بحيث يخضع السلوك للتغيير والتعديل حتى يحدث التوازن المطلوب بين الفرد وبيئته.

ولكي يصل التوجيه والإرشاد إلى هذا الهدف؛ لابد من تنمية قدرة المسترشد واكتسابه المهارة

المطلوبة، للتعامل مع المواقف بأنواعها، خاصة المواقف الضاغطة والسلوكيات المتطرفة كالخجل والاكنتاب وغيرها. أن التوافق النفسي يجب أن يتم في مجالاته كافة؛ والتي من أهمها التوافق الشخصي، وفيه يتم الرضا عن النفس. أما التوافق الاجتماعي فيتطلب من المسترشد أن يلتزم بقيم المجتمع وأخلاقياته والذي يتضمن التوافق مع الأسرة، (أبو طالب، حمدي، 1998).

3. **تحقيق الصحة النفسية:** تعد الصحة النفسية حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش في سلامة وسلام.

4. **صناعة القرارات:** يسعى الإرشاد إلى مساعدة الأفراد في الحصول على المعلومات والتوضيح والتصنيف للسماح الشخصية والهموم العاطفية التي قد تتدخل بصناعة القرارات وتساعد المسترشد على تفهم قدراتهم وميولهم وإمكاناتهم واتجاهاتهم ومشاعرهم، وهي من الأمور التي تؤثر في صناعة القرارات التي يسعون لتحقيقها، (ملحم، 2000: 43-44).

3. مبادئ الإرشاد النفسي

تتلخص مبادئ الإرشاد النفسي في النقاط التالية:

- **ثبات السلوك الإنساني ومرونته:** وهذا يساعد المرشد النفسي بالتنبؤ بسلوك المسترشد تحت ظروف معينة، ويسهل عملية الإرشاد التي يقوم بها، ولكن هذا الثبات لا يعني الثبات المطلق بل النسبي، أي انه يتصف بالمرونة، أي قابل للتغيير والتعديل وهذا يساهم مهمة المرشد لإجراء التغيير والتعديل المرغوب للمسترشد.
- **السلوك الإنساني فردي وجماعي:** وسلوك الفرد يتأثر بشخصيته وفرديته، وفي نفس الوقت

سلوكه يتأثر بالجماعة ومعاييرها وقيمها، فسلوك الفرد لا يكون فردياً خالصاً ولا اجتماعياً خالصاً.

- **استعداد الفرد للإرشاد:** من المعروف أن أي إنسان إذا وقع في مشكلة فإنه يلجأ طالباً الاستشارة والتوجيه والإرشاد عند من يتوسم فيهم القدرة والخبرة. فنحن لا يمكن أن نقدم شيئاً للفرد إذا لم يكن متقبلاً لهذا الشيء أو مستعداً لأنه يتقبله.
- **حق الفرد في الإرشاد:** للفرد حق على الجماعة التي ينتمي إليها أن تقدم له ما يحتاجه من مساعدة؛ فإن تخطى الصعوبات التي يواجهها فإنه يكون عضواً سليماً في تلك الجماعة.
- **حق الفرد في تقرير مصيره:** حق الفرد في اتخاذ القرارات المتعلقة به؛ دون أن يجبر عليها إجباراً، فالمرشد يبتعد عن إعطاء النصائح والحلول الجاهزة.
- **تقبل المسترشد:** على المرشد تقبل المسترشد كما هو بدون شروط ويتقبله على علاقته مع مساعدته لتغيير سلوكه الشاذ.
- **استمرارية عملية الإرشاد:** وهي عملية مستمرة ومتلاحقة ومتابعة حالة المسترشد، لأنه ليس وصفة طبية.
- **الدين ركن أساسي في عملية الإرشاد:** الصحة النفسية تتضمن السعادة في الدنيا والدين، وتعاليم الدين هي معايير أساسية في تنظيم سلوك الأفراد، كما أنه يعطي الإنسان، الذي يقوم بواجباته الدينية، الأمن النفسي والطمأنينة وراحة البال، لذلك كانت المعتقدات الدينية لكل من المرشد والمسترشد هامة في عملية الإرشاد، (سمارة، وآخرون، 1992: 30-33).

4. الفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي

يؤكد معظم المهتمين في هذا المجال بوجود فروق جوهرية بين كل من الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، إلا أن الاختلاف الرئيس بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يكون في حدة الأعراض أو في درجة الأعراض للمشاكل التي يتعامل معها، وهناك عناصر مشتركة بينهما وستوضح كالتالي:

1. كلاهما عملية مساعدة وخدمة نفسية للفرد بهدف تحقيق فهم النفس وتحقيق الذات.
2. أهداف واستراتيجيات كل منهما واحدة.
3. إجراءات كل منهما واحدة: الفحص، تحديد المشكلات، والتشخيص، حل المشكلات، اتخاذ القرارات والتعلم، المتابعة، والانتهاء.
4. يشتركان في الأسس التي يقومون عليها ويستخدمان لغة مشتركة وأساليب مشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة، (الزبادي، الخطيب، 2001: 12).

• أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي

1. الإرشاد النفسي يتعامل مع المشكلات العادية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية؛ بينما يتعامل العلاج النفسي مع المشكلات الحادة الأكثر عمقا.
2. يتعامل الإرشاد مع الأسوياء فقط الذين يعانون من أي اضطرابات انفعالية يحتاجوا لجلسات إرشادية فقط، أما العلاج النفسي يتعامل مع الأفراد غير الأسوياء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية حادة ويحتاجون للأدوية النفسية، (الزبادي، والخطيب، 2001: 13).
3. الإرشاد النفسي تكون مدته أقصر من العلاج النفسي.

5. نظريات الإرشاد

كل نظرية تمثل اتجاها معينا في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، ومن ثم تعددت النظريات بناء على تعدد الاتجاهات، والإرشاد يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك والتنبؤ به وتعديله وتغييره؛ لذلك لا بد من دراسة النظريات التي تفسر السلوك. من الممكن تسليط الضوء على الإرشاد النفسي ونظرياته من منظورين: منظور غربي ومنظور إسلامي.

1/5. نظريات الإرشاد النفسي من منظور غربي

وفيما يلي عرض لبعض النظريات للإرشاد النفسي التي ترتبط ارتباطا مباشرا بطرق الإرشاد النفسي من منظور غربي:

أولا: النظرية التحليلية

يفترض (فرويد) - وهو مؤسس هذه النظرية - أن الجهاز النفسي يتكون من الهو والأنا والآخرى الأعلى. أما عن تطبيقاته النظرية في الإرشاد النفسي تعتبر المرض من أهم أسباب الصراع بين الغرائز والمجتمع، وتقرر (مورني) أن الصراع لا يقتصر تفسيره على الناحية الغريزية؛ ولكنه يرتبط بالحاجة إلى الأمن وينشأ الصراع - في رأيها - بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته.

كذلك تعتقد بوجود صراع داخلي مركزي بين الذات الحقيقية والذات والعصابية، (زهران، 1980: 111-116) يمكن استخدام هذه النظرية في العلاج طويل الأمد للمشاكل الانفعالية أو العاطفية، التكيف مع القلق وفي التحدث عن الطفولة الغير سعيدة، (Burnard، 1999). ويسمى العلاج بهذه الطريقة "العلاج بالكلام" وذلك لتحليل السلوك والمشاعر للوصول إلى اللاوعي.

ودور هذه النظرية في الإرشاد النفسي بأنها لا تنتظر للسلوك كما هو في ظاهره؛ بل تركز على اللاشعور وما وراء هذا السلوك، لذلك يستخدم المرشد النفسي التنفيس الانفعالي والتداعي الحر وتفسير الأحلام، (سمارة، وآخرون، 1992: 65).

ثانيا: النظرية السلوكية

وهي تستند إلى فرضية أساسية وهي أن معظم مشاكل المسترشدين هي مشاكل سلوكية تنتج عن تعلم خاطئ في أساليب التعلم لديهم، لذلك يرى السلوكيون الجدد أن جوهر الإرشاد النفسي السلوكي هو تعلم أساليب سلوكية جديدة أكثر تكيفا لإحداث أحسن تعلم ممكن للمرشد، ويرون أن مهمة المرشد تتركز في تقديم أفضل أساليب التعلم السلوكي، (الخطيب، 2000: 298). وتركز النظرية السلوكية في الإرشاد على تعزيز السلوك السوي المتوافق، ومساعدة العميل في تعلم سلوك جديد مرغوب، والتخلص من السلوك الغير مرغوب فيه، (الزبادي، والخطيب، 2000: 48).

وقام حمدي وآخرون (1992) بتحديد خطوات الإرشاد السلوكي من خلال تحديد السلوك المستهدف، وتعريفه، وقياسه، وتحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك، تلخيص النتائج ومناقشتها، تقييم فاعلية برنامج العلاج، تصميم خطة العلاج، وتنفيذ خطة العلاج، (حمدي، وآخرون، 1992: 369).

ثالثا: النظرية المعرفية (الاتجاه العقلاني الانفعالي)

تعد النظرية المعرفية من النظريات الحديثة في ميدان تفسير وتعديل السلوك الإنساني، ويرى أصحاب الاتجاه العقلاني الانفعالي أن سبب معانات الفرد لا تعود إلى الأحداث التي يواجهها في

حياته، وإنما تعود معاناته إلى كيفية النظر إليها والتعامل معها، لأن ذلك هو الذي يقود إلى ردود الأفعال الانفعالية (الخطيب، 2000: 274) لذلك فإن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة اضطراب التفكير. ويرى (ألبرت أليس) أن ما يعانيه الفرد من انفعالات مكدره، كالقلق والحزن، لا تنتج عما وقع له من أحداث قريبة تبدو في الظاهر وكأنها أسباب هذه الانفعالات، إنما هو نتيجة لأفكار خاطئة موجودة لدى هذا الشخص حول الأحداث التي وقعت. ويرى (ألبرت أليس) أن العلاج هو التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانيته، يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة، أي العقلانية، مكانه ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك، (الشناوي، 1991: 98).

ومن أساليب الإرشاد العقلاني الانفعالي:

- الأسلوب التعبيري الانفعالي: وهو قيام المرشد بالطلب إلى المسترشد بأن يكون تعبيره واضحا ومباشرا عما يشعر به ويحتاج إليه فعلا. ويبتعد المسترشد عن التشويه والتعميم والحذف في تعبيراته، وهذا يمكن المسترشد من تأكيد ذاته.
- أسلوب المساندة النفسية: وهو على المرشد استغلال كل فرصة يستطيع من خلالها المسترشد أن يؤكد فيها ذاته، وذلك عندما يتوصل معه إلى قناعة بأن سلوكه الطبيعي هو ما يتفق مع معايير التفكير المنطقي السليم وبالتالي؛ تدعيم ذاته التي بحاجة إلى تدعيم.
- أسلوب الاستبصار التأويلي: تهيئة الظروف من قبل المرشد للمسترشد ليكون قادر على الاستبصار بذاته، مكن خلال تفسيره المنطقي للأحداث والمواقف التي كان قد شوهاها من قبل، من خلال تنفيذ مشاعره الداخلية التي نجمت عن أفكار خاطئة، حيث يقوم بالاستبصار بها ومن ثم الاستبصار بذاته (الخطيب، 2000: 279-280).

رابعاً: نظرية السمات والعوامل

تقر هذه النظرية أن الناس يختلفون في سماتهم؛ إذا أمكن فصل وقياس وتقييم السمات فإنه من الممكن تحديد عوامل تفيد في عملية الإرشاد، وتعتبر الأساس النظري الذي تقوم عليها طريقة الإرشاد المباشر أو الإرشاد المتمركز حول المرشد. والشخصية في هذه النظرية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة سمات أو عوامل مستقلة تمثل مجموعة أجزائها، والسمة هي الصفة التي يتميز بها الشخص، أما العوامل فهي مفهوم رياضي إحصائي يوضح المكونات المحتملة للظاهرة، والتحليل العاملي أسلوب إحصائي للتوصل إلى أقل عدد ممكن من العوامل المشتركة اللازمة لتفسير مجموعة من الارتباطات والتي تؤثر في أي عدد من الظواهر المختلفة. (الزبادي والخطيب، 2000: 53-55).

ومن وجهة نظر أصحاب هذه النظرية أن السلوك الإنساني ينمو من الطفولة إلى الرشد عن طريق نضج السمات والعوامل التي تكون شخصية الفرد، وهم يعطون السلوك الإنساني صفة الثبات لارتباطه بسمات الشخصية، وتتضمن جمع المعلومات عن المسترشد وتحليلها وتركيبها من أجل التعرف على في السمات التي يتميز بها (سمارة وآخرون، 1992: 55).

خامساً: نظرية الذات

هو الإرشاد المتمركز حول المسترشد. و(روجرز) صاحب هذه النظرية؛ حيث تقنيات في العلاج والإرشاد النفسي يعرف بأسلوب الغير مباشر (اللاتوجيهي) أي لا يعطي للمرشد أي دور مباشر في عملية الإرشاد وإنما هو متمركز حول المسترشد ذاته، والجلسة الإرشادية يشار إليها على أنها مقابلة، مما يثير الاهتمام الواضح بالموقف الحالي للمسترشد أكثر من الاهتمام بماضيه. يتمثل دور المرشد بالعامل المساعد في مساعدة المسترشد على تحقيق النضج من خلال استبصاره بنفسه،

فالمسترشد بحاجة إلى الرضا عن نفسه واحترامها؛ لذا تكن عملية الإرشاد في أساسها عملية تزال فيها العوائق الانفعالية، يسمح بالنضج النفسي والانفعالي، فالمسترشد يستطيع علاج نفسه بنفسه وتحقيق صحته النفسية. (الخطيب، 2000: 298).

سادسا: النظرية الانتقائية

مؤسس هذه النظرية هو (فردريك ثورن، 1950) وهو مؤمن باستخدام أساليب متنوعة لعلاج الناس حسب الحاجة الشخصية لكل منهم. العاملان بهذه النظرية يجب أن يكونوا مقتنعين بأنه لا توجد نظرية واحدة فقط في الإرشاد النفسي مناسبة للإرشاد في كل المواقف، ومتطلعين ولديهم كل مهارات الإرشاد المختلفة (Burnard, 1999). ومن وجهة نظر الاختياريين أن ما نقوم به كمرشدين يعتمد على أشياء كثيرة منها: مستوى المهارة التي يمتلكها المرشد، الشعور بالراحة أثناء العملية الإرشادية، مستوى إدراك المرشد لذاته، مزاج المرشد، ضغط العمل وعوامل أخرى كثيرة. تستخدم هذه النظرية عند: الإرشاد اليومي، التعامل مع المسترشد الذي لم يستجيب لنظرية معينة، والتعامل مع المسترشد الذي لديه أنواع مختلفة من المشاكل الحياتية. (الزيود، 1998: 317).

2/5. نظريات الإرشاد النفسي من منظور إسلامي

رأت الباحثة أن تقدم عرض موجز لتصور الإرشاد على أساس المنهج الإسلامي؛ ولم تتطرق لهذا المجال إلا من حقيقة أصيلة تنبع من أن الإسلام كله جاء نورا وهداية يبدد ظلام العقول والقلوب.

﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ [الرعد: 28]

وقال أيضا: ﴿يَا أَهْلَ الْكِتَابِ قَدْ جَاءَكُمْ رَسُولُنَا يُبَيِّنُ لَكُمْ كَثِيرًا مِمَّا كُنْتُمْ تُخْفُونَ مِنَ الْكِتَابِ وَيَعْفُو

عَنْ كَثِيرٍ قَدْ جَاءَكُمْ مِنَ اللَّهِ نُورٌ وَكِتَابٌ مُبِينٌ (15)﴾ يَهْدِي بِهِ اللَّهُ مَنِ اتَّبَعَ رِضْوَانَهُ سُبُلَ السَّلَامِ

وَيُخْرِجُهُم مِنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ بِإِذْنِهِ وَيَهْدِيهِمْ إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ ﴿[المائدة: 15-16]﴾

وقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان ليقوم بواجب العبادة لله وحده وليحمل مسؤولية الخلافة في الأرض وعمارتها، وحين انحرف الناس عن تحقيق ما أنيط بهم من عبودية الله الواحد؛ والقائم بواجب الخلافة في الأرض؛ بعث الله الرسل مرشدين وهادين. إذن فهداية الإنسان وإرشاده هي من السنن التي سنّها الخالق سبحانه وتعالى لإصلاح حياة الناس. قال تعالى ﴿وَلَتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ آل عمران آية 104.

فقبل كل شيء لابد أن نؤمن أن الإسلام هو العلاج الأول والأخير لكل ما يعاني منه الأفراد والمجتمعات من مشكلات نفسيه، فأصل الداء هو ضلال المرء عن غايته العظمى وهي عبادة الله تعالى، وانحرافه عن القيام بدوره على الأرض. (الشناوي، 2001: 229-230). وفيما يلي ملخص للأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في الإسلام.

• قابلية السلوك للتعديل

يؤكد الإسلام دائما على أن السلوك قابل للتغيير، ومن ثم فإن الإنسان مفطور على الخير، يكتسب العديد من السلوكيات في حياته، منها ما يخالف المنهج الإسلامي، ولهذا أرسل الله الرسل إلى الناس ليساعدوهم على العلم بالطريق الصحيح ويغيروا من سلوكهم. وقد كان أبو حامد الغزالي من أعلام

الإسلام الأوائل سباقا في نصيحة المسلمين أن يحسنوا أخلاقهم كما ورد في كتاب الله وسنة رسوله العظيم (صلى الله عليه وسلم). وفي مقال نشره أبو الفتوح (2006) على الشبكة العنكبوتية بعنوان (في رحاب التزكية والمكارم) "... ويقول الحديث الشريف (العفاف بالتعفف والصبر بالتصبر والحلم بالتحلم) (ويذكر الإمام أبو حامد الغزالي في شرحه لحديث الرسول الكريم) حسنوا أخلاقكم (أن من البديهي العلم بأن الأخلاق الآدمية قابلة للتغيير إذا علمنا أن أخلاق الحيوانات قابلة للتغيير! .. وهو يرى أن الأخلاق مرتبطة بالدين والعقيدة ارتباطاً كبيراً فيقول (إن الأخلاق لا يمكن أن تتم أو تتحقق إلا بالاعتقاد بالله وبصفاته وبخلود النفس والدار الآخرة و بأن الله يعلم بكل كلى وجزئي..)) وقريب من ذلك ما قاله بن القيم من أن "الدين الخلق فمن زاد عنك في الخلق زاد عنك في الدين ومن نقص عنك في الخلق نقص عنك في الدين..". لا خيار لمن يرجو الله واليوم الآخر في مسألة (تزكية النفس) و(حسن الخلق) أحق وأجدر الناس بهذا الفهم والعمل هم الإخوان كونهم قاموا إلى الناس يرجون لهم التغيير وفق هذه المبادئ وهذه القيم ﴿..كُونُوا رَبَّانِيِّينَ بِمَا كُنْتُمْ تُعَلِّمُونَ الْكِتَابَ﴾ وقاموا إلى الدنيا يرجون صلاحها بنفوس زكية وأخلاق نقية" (أبو الفتوح، 2006). ولو لم يكن هناك قابلية لتعديل السلوك، لما كان هناك سبيلا للنصح والإرشاد. فالقدرات العقلية جزء هام في تعديل السلوك والتي لا تكفي وحدها وإنما لابد من تفاعل مشاعر إنسانية تربط الإنسان بفطرته، ولا بد من تنشئة سليمة على أسس المنهج الإسلامي.

• تصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها

ففي ضوء المنهج الإسلامي فإن الشخص غير الواعي لا يُسأل عما يعمل وفي هذا يقول الرسول عليه السلام (رفع القلم عن ثلاث: النائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق، والصبي حتى يبلغ).

• المسؤولية في الإسلام فردية وجماعية

الشخص البالغ العاقل مسئول عن عمله إن خيراً فخير، وإن شراً فشر، ولكن هناك مسؤولية جماعية؛ فالمؤمنون يتواصوا بالحق ويتواصوا بالصبر، والإنسان المسلم مسئول عن وقاية نفسه وعن وقاية أهله.

• يقرر الإسلام مبدأ الفروق الفردية

يتباين الأفراد في الخلق وفي الرزق وفي السلوك ولكل فرد طاقة يرتبط التكليف بها. قال تعالى ﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ البقرة آية 286.

• الإرشاد يكون بدافع من الشخص نفسه

الإنسان مطالب في الإسلام أن يحاسب نفسه وأن يأمرها بالخير ينهاها عن الهوى. وينعقد التغيير على رغبة وسعي من الفرد نفسه وتوفيق من الله سبحانه وتعالى. قال تعالى ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ﴾ الرعد آية 11.

• مبدأ الإرشاد علم ثم عمل

كرم الله الإنسان بالعقل فإنه يحتاج أن يعلم أولاً ما هو الصواب وما هو الخطأ ثم يعمل بما علم به. قال تعالى ﴿فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ﴾ محمد آية 19.

• مبدأ اختيارية القرار وحرية التصرف

للفرد المسلم، متى بلغه العلم وتحقق لنا قدرته على أن يتحمل مسؤولية ما يصل إليه من قرار، أن

يقرر أموره الخاصة. قال تعالى ﴿لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ﴾ البقرة آية 256.

• اختلاف طرق الإرشاد باختلاف الموقف وحالة الفرد

فلا تستخدم طريقة واحدة وإنما يتوقف ذلك على الشخص وعلى الموقف الذي يحدث فيه الانحراف ومدى الضرر الذي يحدث.

• سُنَّة التدرج

من الأساليب البسيطة والمرغوبة إلى الأساليب الصعبة. قال تعالى ﴿وَاللَّاتِي تَخَافُونَ نُشُوزَهُنَّ فَعِظُوهُنَّ وَاهْجُرُوهُنَّ فِي الْمَضَاجِعِ وَاضْرِبُوهُنَّ فَإِنْ أَطَعْنَكُمْ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِنَّ سَبِيلًا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا كَبِيرًا﴾ النساء آية 34، فهنا نجد تدرجاً بثلاثة أساليب مختلفة فيها أسلوب عقلي وأسلوب يتصل بالمشاعر وأسلوب بالبدن. (الشناوي، 2001: 231-235).

• طريقة الإرشاد النفسي الديني

يقوم الإرشاد النفسي الديني على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية. قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء) والإرشاد النفسي الديني ليس عملية من جانب المرشد نفسه وحده؛ ولكنه عملية يشترك فيها المرشد والمسترشد؛ فالمرشد يتناول مع المسترشد موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويشتركان معاً في عملية تعليم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة. ويسير الإرشاد النفسي الديني في خطوات هي:

أولاً: الاعتراف

وينتضمن شكوى النفس من النفس طلباً للغفران والاعتراف فيه إفضاء الإنسان بما في نفسه إلى الله،

فهو يخفف من عذاب الضمير ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها. قال تعالى ﴿قَالَ رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنْفُسَنَا وَإِنْ لَمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾ الأعراف آية 23، لذلك يجب على المرشد مساعدة المسترشد على الاعتراف بخطاياهم وتفرغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم المهددة.

ثانيا: التوبة

وهي طريق المغفرة وهي أمل المخطئ الذي تحطمه ذنوبه، وتشعر الفرد بالتفاؤل والراحة النفسية، وتؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها. قال الله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا تَوْبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَصُوحًا عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يُكَفِّرَ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيُدْخِلَكُمُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ﴾ التحريم آية 8 وتتضمن التوبة: الدعاء. قال الله تعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾ غافر آية 60 وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم (التائب حبيب الرحمن والتائب من الذنب كمن لا ذنب له).

ثالثا: الاستبصار

وهو الوصول بالمسترشد إلى فهم أسباب شقائه النفسي ومشكلاته النفسية والدوافع التي أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب، وفهم المسترشد لنفسه ومواجهتها وفهم ما بنفسه من خير وشر وتقبل المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا. قال تعالى ﴿وَإِنِّي لَغَفَّارٌ لِّمَن تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا ثُمَّ اهْتَدَىٰ﴾ طه آية 82.

رابعاً: التعلم واكتساب مهارات وقيم جديدة

ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية واتخاذ أهداف واقعية مشروعة في الحياة، وهكذا؛ يتم تكوين وتنمية النفس اللوامة كسلطة داخلية أو رقيب نفسي على السلوك، ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة، ويستقيم سلوك الإنسان بعد أن يتبع السيئات الحسنات فتمحوها. قال الله تعالى ﴿إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ ذَلِكَ ذِكْرَى لِلذَّاكِرِينَ﴾ هود آية 114.

خامساً: الدعاء

هو سؤال الله والالتجاء إليه في كشف الضر. قال الله تعالى ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾ غافر آية 60.

سادساً: ذكر الله

وهو غذاء روحي مطمئن ومهدئ للنفس الإنسانية. قال تعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ الرعد آية 28. فالدين هو الوسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام والأمن النفسي، وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة، ورحم الله ابن القيم حيث قال: "إن العلاج الديني هو أجود العلاج وأنفعه، وأفضله وأنجعه، وأكمله وأجمعه"، (النحاس، 1964: 1-5).

6. تعليق عام للباحثة على نظريات الإرشاد

لاحظت الباحثة بعد الاطلاع على نظريات الإرشاد النفسي، أن جميع النظريات تسعى نحو هدف واحد وهو تحقيق الذات عند المسترشد، وتبحث كل النظريات في أسباب القلق وعدم التكيف وفي الأساليب التي تساعد في تعديل السلوك وتحقيق التوافق لدى الأفراد، وأهمية العلاقة الإرشادية في

تحقيق ذلك والتي لابد أن تتسم بجو نفسي قائم على تقبل المسترشد، وهذا يساعد في تحقيق الصحة النفسية والتوافق. على الرغم من هذا الاتفاق إلا أنه يوجد اختلافات بين النظريات؛ وهو أن بعض هذه النظريات ركز على اللاشعور وبعضها ركز على جوانب الشعور، وتؤكد بعضها على أهمية الخبرات الداخلية بينما البعض الآخر يؤكد على أهمية السلوك الملاحظ، وبعضها يعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفولة في تحديد السلوك.

والإرشاد، كما يراه الباحثون المعاصرون، هو مساعدة يقدمها شخص لديه القدرة والاستعداد لشخص آخر في موقف مشكلة سواء كانت مشكلة في التفكير أو المشاعر أو السلوك. ومن هذا المنطلق؛ ظهرت العديد من النظريات التي تقدم الإرشاد إلا أنها عجزت عن تقديم الأمن النفسي لمن تعالجهم لأنها ابتعدت عن المنهج الإلهي، (الشناوي، 2001: 201). ولنجاح أي عملية إرشادية على المرشد أن يكون مطلع على كافة النظريات المعاصرة، ولا يغفل عن أهمية الجانب الروحي (الدين الإسلامي) ودوره في تفسير وتعديل سلوكيات وأفكار ومشاعر الإنسان.

وترى الباحثة أن أكثر النظريات خدمة لموضوع الدراسة هي النظرية الانتقائية؛ لأنها تحتوي على كل النظريات بداخلها، وتترك المجال للمرشد لانتقاء ما يراه مناسباً لتعامل مع المشاكل النفسية. وارتكزت الباحثة في كل جلساتها الإرشادية على أرضية متمثلة بالجانب الديني بجانب النظرية الانتقائية؛ وذلك لما ترى من خصوصية للشعب الفلسطيني.

7. المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي

- **المشكلات الشخصية:** ومنها الانحرافات الجنسية التي تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو الخوف أو القلق والكثير من المشكلات الشخصية التي تهدد توافق الفرد.
- **اضطرابات الشخصية:** اضطراب السمات كالانطواء والعصابية والسلبية والتشاؤم وغيرها.
- **المشكلات الانفعالية:** مثل الغضب، والعدوان، الاكتئاب، الغيرة، والقلق والفوبيا واللامبالاة والتناقض الانفعالي. ويصاحب المشكلات الانفعالية ضعف الثقة بالنفس وسرعة وسهولة الاستتارة الانفعالية والحساسية الانفعالية النفسية الزائدة.
- **مشكلات التوافق:** ومن أبرزها سوء التوافق الشخصي وعدم الثقة بالنفس، وتحقيق الذات، السلبية والملل وعدم تحمل المسؤولية.
- **مشكلات السلوك العامة:** يتناول الإرشاد النفسي الاضطرابات السلوكية ومن أمثلتها؛ اضطراب العادات مثل اللزومات الحركية كهز الرجلين وحركات اليدين وحركات الرأس والكرفين ورمش العينين وقرش الأسنان، (جبل، 2000: 253).

• مجالات استخدام طرق الإرشاد المناسبة

يتم تقسيمه حسب العدد كما يلي:

- **الإرشاد الفردي:** هو إرشاد عميل واحد وجها لوجه في المشكلات الخاصة جدا مثل المشكلات الجنسية.
- **الإرشاد الجماعي:** وهو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة بشرط أن تتشابه مشكلاتهم؛ باستخدام أساليب متنوعة للإرشاد منها السيكودراما، شرائط الفيديو، التمثيل الاجتماعي والندوات والمناقشات. ومنهم من قسمه حسب الطريقة كالآتي: **الإرشاد الموجه:** وهو الإرشاد الممرکز حول المرشد؛ والذي يقوم فيه المرشد بدور نشط إيجابي بتأثيره المباشر في الشخصية

والسلوك، ويستخدم ذلك مع العملاء المتعجلين ناقصي المعلومات وذوي المشكلات الواضحة، وهو يقدم نصحا مباشراً، ويستخدم هنا الاختبارات والمقاييس لجمع المعلومات وتحليلها.

- **الإرشاد غير الموجه:** وهو الإرشاد الممرز حول العميل حيث يوضح العميل في الدائرة الاهتمام، وتتم علاقته في جو نفسي يمكنه من تحقيق أفضل نمو. ودور المرشد هنا بمثلثة المرأة لوضوح الرؤية، وان يجعل المريض في جو خالٍ من أي ضغوط أو تهديد.

- **الإرشاد الديني:** عن طريق الاستبصار بأمور الدين وحيث تتناول المشكلات التي من أعراضها: الانحراف، والشعور بالإثم، والخوف والقلق عن طريق الاعتراف والتوبة والاستغفار وذكر الله. وتتم هذه النوعية بذكر الأوامر والنواهي التي حثت إليها الأديان.

- **الإرشاد باللعب:** وهو مهم بصفة خاصة في حالة الإرشاد للأطفال، وهو قريب من العلاج باللعب ويساعد في رعاية نمو الأطفال نفسياً، وتربيتهم اجتماعياً وحل مشكلاتهم اليومية، (جبل، 2000: 253-254).

بعدما قامت الباحثة بعرض طرق الإرشاد بشكل عام دون تفصيل ومن ثم عرض الطريقة المناسبة التي تم اختيارها لهذا البحث؛ وهي الإرشاد الجماعي، ويتضمن داخله الإرشاد الديني والإرشاد السلوكي والمعرفي والإرشاد الموجه.

8. الإرشاد الجماعي Group Counseling

يعد العمل الجماعي أحد مناهج التدخل الأساسية في مهمة المساعدة الإنسانية، وقد شاع استخدام هذا المنهج في السنوات الأخيرة واعتمده كثير من الممارسين، لتحقيق أهداف عملية المساعدة وثبت من خلال الدراسات الميدانية نجاح هذا المنهج في التعامل مع كثير من القضايا والمشكلات الاجتماعية والنفسية التي تواجه أفراد المجتمع ولعل أهمية الإرشاد الجماعي نابعة من أهمية الجماعة في حياة

الإنسان وذلك في إشباع حاجاته واهتماماته ورغباته وميوله وفي تنمية مهاراته وخبراته وتحقيق أهدافه الشخصية ونموه النفسي والاجتماعي وفي تحسين أدائه الاجتماعي وفي تشكيل اتجاهاته وقيمه ومبادئه وفي ضبط سلوكياته وتغييرها، (أبو عبادة، وآخرون، 2001: 171). وهو أحد المناهج التي تساعد في إعطاء الأطراف الاستبصار الكافي لحل مشاكلها أي الفهم الموضوعي الدقيق لها، (العيسوي، 2002: 274).

• تعريف الإرشاد الجماعي

الإرشاد الجماعي، هو العملية التي تستخدم فيها التفاعل الجماعي أي بين أفراد الجماعة، لتسهيل فهم الفرد لذاته فهما أكثر عمقاً، وقبول الإنسان لذاته قبولاً أكثر عمقاً (العزة، 2001: 405). عرفه آخر بأنه: عملية تفاعل تشمل المرشد ومجموعة من الأعضاء الذين يحاولون التعبير عن أنفسهم وموقفهم أثناء الجلسة الإرشادية، بهدف تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم (أبو عيطة، 1997: 279). وقال جبل في الإرشاد الجماعي: هو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة بشرط أن تتشابه مشكلاتهم، باستخدام أساليب متنوعة للإرشاد منها السيكودراما، شرائط الفيديو، التمثيل الاجتماعي، والندوات، والمناقشات (جبل، 2000: 253). وذكر صبحي (2003) بأن الإرشاد الذي يعتمد على ما يقدمونه من توجيهات وإرشادات محاولة منه للتغيير وتحويل السلوك من وضع معين إلى وضع آخر يواكبه أداء وتخطيط سليم (صبحي، 2003: 304). وكتب زهران (1998) في الإرشاد الجماعي بأنه: إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة، كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل، (زهران، 1998: 321).

• الحاجة إلى البرامج الإرشادية الجماعية

- أهمية العمل على جعل الفرد متوافقاً في أسرته وفي مجتمعه الذي يعيش فيه وتقديم الخدمات اللازمة لتحقيق التوافق والصحة النفسية.
- وجوب تقديم خدمات رعاية النمو النفسي السوي في المراحل المختلفة التي يمر بها الأفراد للوصول إلى حياة سعيدة متوافقة.
- ضرورة التغلب على المشكلات التي يعاني منها معظم الأفراد مثل المشكلات الانفعالية والتوافق.
- يتيح لمسترشدين النظر والتعرف على الجوانب المختلفة لمشكلاتهم.
- يقلل من حدة تمرکز المسترشد حول ذاته.
- يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية وحل الصراعات والمشكلات في موقف جماعي.
- يساعد في تعديل اتجاهات المسترشدين وإكسابهم معايير سلوكية اجتماعية، ويتيح الفرصة في إكساب المسترشدين أنماط جديدة من السلوك.
- يؤكد للمسترشد أنه ليس الوحيد الذي يعاني من المشاكل النفسية؛ وهذا يحرره من وصمة المرض النفسي.
- يعتبر أفضل طريقة في علاج الحالات الغير متجاوبة في الإرشاد النفسي الفردي، (جبل، 2000: 259).

• فوائد الإرشاد الجماعي

- الإرشاد الجماعي لاقي إقبال كبير من قبل المرشدين؛ لاستخدامه لما له من فوائد تميز بها عن باقي أنواع الإرشاد الأخرى وهي تتحدد في:

- الكشف عن جوانب شخصية المسترشد ودوافعه وصراعاته ومشاعره، حيث تساعد المرشد في فحصها وتحليلها.
- تدريب المسترشد على مواجهة مواقف واقعية يخاف مواجهتها.
- ينمي الثقة في النفس كما ينمي القدرة على التعبير والابتكار.
- تحرر المسترشد من التوتر والقلق وينمي البصيرة. (صبحي، 2003: 259).
- يجعل المسترشد يصل لمفهوم الذات الصحيح لديه من خلال طرح المواقف الواقعية التي يعيش فيها.

• حالات استخدام الإرشاد الجماعي

يستخدم الإرشاد الجماعي على نطاق واسع في المشاكل النفسية التي يعاني منها الكثير من الأفراد، وأهم حالات استخدامه:

- لإرشاد الأطفال والمراهقين والراشدين.
- يقوم بتقديم النصح للوالدين للابتعاد عن الأساليب الخاطئة في تربية أطفالهم.
- أيضا يستخدم في إرشاد الأسرة بأكملها حينما تتفاقم مشاكلها.
- علاج المشكلات المهنية وتحقيق التوافق بين الشخص ومهنته؛ مما يوثق العلاقة في ميادين الإنتاج المختلفة.
- علاج حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب والخلل.
- العمل الجماعي نستطيع من خلاله إن نصل إلى السلوك الحقيقي التلقائي الذي يشبه سلوك المسترشد العادي في الحياة، (جبل، 2000: 254-256).

• فعالية الإرشاد الجماعي

تأثير الأعضاء بعضهم ببعض جعل هناك فعالية للإرشاد الجماعي؛ وذلك من خلال الحوار والمناقشة الهادفة والموجهة نحو مشكلات أعضاء الجماعة الإرشادية، وتتسم فعالية الإرشاد الجماعي بتحديد ادوار العاملين والمشاركين بالجلسة الإرشادية وفق الشروط التالية:

- تنظيم وإدارة الجماعة الإرشادية بالتأكيد على قيادة الديمقراطية التي تعمل على مشاركة الأعضاء في اتخاذ القرارات وتحقيق الأهداف عن طريق الأنشطة الإرشادية.
- إعداد مواقف إرشادية تتفق وطبيعة الجماعة المسترشدة وبخاصة فيما يتعلق بمرحلة النمو التي يمرون بها أو الجماعة التي ينتمي لها الفرد مثل الجماعة الأولية المتمثلة في الأسرة، أو الجماعات الأخرى متمثلة بالمدرسة والمجتمع للمسترشد، (أبو عيطة، 1988: 197).
- وترى الباحثة أن في مجموعات الإرشاد والعلاج النفسي يكون الهدف محددًا منذ البداية بحيث لا يقضي الأعضاء وقتًا طويلاً في مناقشته أو اختياره، فعادة ما يؤدي اختيار الهدف الجيد إلى استمرارية الجماعة وتحقيقها لأهدافها، وهذا يساعد على زيادة فاعلية أي برنامج إرشادي.

• الأسس النفسية والاجتماعية للإرشاد الجماعي

حتى نتوصل لنتائج جيدة وتحقيق الهدف من الإرشاد الجماعي لابد أن نراعي الأسس النفسية والاجتماعية لها وهي:

- أن الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لابد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى: الأمن، والنجاح، والاعتراف، والتقدير، والمكانة، والشعور بالانتماء، والشعور بالمسؤولية، والحب والمحبة، والمسايرة، وتجنب اللوم، الانقياد، والسلطة، والضبط والتوجيه وهكذا.

- تتحكم المعايير الاجتماعية، التي تحدد الأدوار الاجتماعية، في سلوك الفرد وتخضعه للضغوط الاجتماعية.
- تعتمد الحياة في العصر الحاضر على العمل في جماعات وتتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي السوي واكتساب مهارات التعامل مع الجماعة.
- يعتبر تحقيق التوافق الاجتماعي هدفا هاما من أهداف الإرشاد النفسي.
- تعتبر العزلة الاجتماعية سببا من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية، (زهران، 1998: 322).

• خصائص الجماعة الإرشادية

تتكون الجماعة الإرشادية من أفراد يشتركون في الهدف الإرشادي والمشكلة الإرشادية، أي يعانون من مشاكل متشابهة ومتقاربة ولديهم اهتمامات أو مشكلات خاصة تضعف من توافقهم إلا أنهم عاديون لم يصلوا درجة المرض أو الاضطراب الكلي للشخصية، والجماعة الإرشادية هي أكثر من كونها مجموعة من الناس؛ بل هم أعضاء جماعة مشتركون في الاتجاهات والقيم ويتقبل بعضهم بعضا ويكوّنون علاقات متبادلة مع بعضهم البعض بطرق شتى ويناقشون مشكلاتهم المشتركة بهدف تحقيق التعليم المتبادل، (أبو عيطة، 1997: 281). التجانس الزائد بين أفراد الجماعة أمر غير مرغوب فيه إذ لابد من وجود خبرات اجتماعية عريضة داخل الجماعة بحيث تكون الجماعة ممثلة حقيقية لقطاع معين من قطاعات المجتمع. أما بالنسبة للذكاء فلا ينبغي أن تكون الفروق الفردية فيه بين أفراد الجماعة واسعة جدا. يتعين أن تكون عدد أفراد الجماعة معقولا حتى لا تمثل عبئا ثقيلًا على كاهل القائد وحتى تستفيد الجماعة من فوائد الإرشاد الجمعي، ويجب على الأعضاء أن يعملوا كفريق متكامل واحد، (العزة، 2001: 407).

ويرى زهران أنه يجب على المرشد أن يعتني عناية خاصة بتكوين الجماعة الإرشادية وتنمية العلاقات والتفاعل الاجتماعي بين أعضائها وإنهاء التفاعل الاجتماعي عند انتهاء عملية الإرشاد الجماعي، (زهران، 1980: 298). ويرى (مونرد) وآخرون أن هناك اعتبارات خاصة يجب مراعاتها عند تصميم المجموعة الإرشادية؛ كتوفير المكان المناسب والهدوء التام والتهوية والإضاءة وترتيب جلوس أفراد المجموعة في وضع يسمح لهم بالاتصال المباشر فيما بينهم؛ هذا بالإضافة إلى اشتراكهم جميعاً في نفس الجنس والمستوى التعليمي والعمرى ونفس المشكلات والاضطرابات، (الخطيب، 2000: 320).

• حجم الجماعة الإرشادية ومدة الجلسة

هناك الكثير من تحدث عن الجماعة الإرشادية وعدد أفرادها بالنسبة لعدد أعضاء الجماعة الإرشادية، حسبما يراها البعض، تتراوح عدد الجماعة الإرشادية عادة بين (3-15) عميلاً، ويرى آخرون العدد الأمثل من (7-10) أفراد، (زهران، 1980: 301).

بينما يرى حواشين أن حجم المجموعة تتراوح ما بين (5-7) مسترشدين، ويمكن أن تصل عددهم إلى (9) أفراد، وذلك من أجل عمق المشاركة وتحقيق الأهداف، (حواشين، حواشين، 2002: 166). منهم من قال: أن الجماعة الإرشادية لا يقل حجمها عن ثلاثة أشخاص، لأن العلاقة الثنائية بين شخصين فقط داخل الجماعة لا يمكن لها أن تثمر مثلما يكون هناك شخص ثالث يزيد من قوة التفاعل وفعالية التواصل بينهم، تتألف من نحو (6) أشخاص ويتم الاختيار على أساس السن ودرجة الاضطراب، ويعقد اجتماعان في الأسبوع طول كل جلسة ساعة وتستغرق فترة الإرشاد نحو عشرين جلسة، ويكون ذلك حسب موضوع العلاج ولا يعد المرشد جدولاً للمناقشة، الأعضاء

يختارون بحرية مادة النقاش، ودور المرشد إظهار القبول وتوضيح الاتجاهات والمشاعر، وتقع المسؤولية في العلاج على الأعضاء، (العزة، 2001: 406-407).

ومنهم من قال: أن المرشدين يرون المسترشدين مرة في الأسبوع. وبالرغم من حالات نادرة قد يعمل جليستين أسبوعيا لوقت قصير، فترة كل جلسة عادة ما تكون من (45-60) دقيقة. (الزيود، 1998: 374). وقال القذافي (1997) أن حجم الجماعة لا يقل عن خمس أعضاء ولا يزيد عن سبعة أعضاء، إذا زاد حجم الجماعة قلت قدرة الفرد على الاتصال بجميع أعضاء الجماعة، (القذافي، 1997: 235).

• تقييم البرامج الإرشادية

للتحقق من مدى فاعلية البرامج الإرشادية التي تستخدم لتخفيف من المشاكل النفسية المختلفة لآبد من إتباع طرق تقييميه منظمة للوصول إلي نتائج سليمة، ويمكن الاستفادة منها في الحياة العملية. ولذلك ترى الباحثة انه لابد من التطرق، بشيء من الإيجاز والتوضيح، عن مفهوم عملية التقييم في الإرشاد و التركيز علي الطريقة التي ستخدمها الباحثة في الدراسة الحالية. **فالتقييم هو** "عملية تحديد كفاءة وفاعلية برنامج ما بالمقارنة ببرامج مماثلة وبالرجوع للأهداف المحددة له. وتتناول هذه العملية المدخلات (Inputs) والعمليات (Processes) والمخرجات (Outcomes) " (الشناوي، 1996: 467). وعرفه خضر (1996) بأنه: "تحديد مدى بلوغنا للأهداف التي نسعى إلى تحقيقها، وهو وسيلتنا للحكم على ما يقدم من أنشطة وخدمات." وعرفه في سياق آخر أيضا بأنه "معرفة مدى صلاحية البرامج المقدمة وكشف نواحي القوة والضعف فيها بقصد تطويرها وتحسينها" (خضر، 1996: 442).

• أهمية التقييم في الإرشاد

تتلخص أهمية التقييم للإرشاد فيما يلي:

- الكشف عن مدى فعالية ونجاح العملية العلاجية في تحقيق أهدافها.
- وتقرير مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة أو أفضلية طريقة معينة من طرق العلاج على الطرق الأخرى، (الشناوي , 1996؛ ملحم، 2001).
- دراسة مدى نمو شخصية المسترشد ومدى التغيير الذي يطرأ على حالته ومدى توافقه النفسي وتمتعته بالصحة النفسية، (خضر، 1996؛ ملحم، 2001: 368).

• أبعاد التقييم في الإرشاد

- **تقييم العملية:** يصف ويقيم مواد التقييم ونشاطاته و يزودنا بمعلومات عن الوسائل التي تستخدم لتحقيق النتائج. بمعنى آخر: يزودنا بمعلومات عن كل الجوانب التي تؤدي إلى نتائج الإرشاد سواء كانت عوامل علاجية أو غير علاجية، (الشناوي، 1996: 477).
- **تقييم النتائج:** يعتمد على تقييم انجازات البرنامج وتأثيره، ويركز تقييم الناتج على الآثار الآنية والمباشرة للبرنامج على المشاركين. وتفيد البيانات التي تجمع في تقييم نتائج الإرشاد كلا من المرشد والمسترشد، فهي تعمل كوصلة معلومات تساعد على تثبيت أو إعادة تثبيت أو إعادة تحديد مجال المشكلة الذي تم اختياره، وكذلك الأهداف المحددة. كما أنها تساعد المرشد على اختيار واستخدام الإستراتيجيات التي من المتوقع أن تساعد المسترشد، والفائدة الأولى التي نحققها من تقييم النتائج هو للحصول على معلومات حول الدرجة التي تحققت بها أهداف المسترشد، (الشناوي، 1996: 477).

• تقييم آثار البرنامج

تتخطى آثار البرنامج النتائج الآنية للسياسات المرسومة والتدريس والخدمات التي يقدمها البرنامج؛ ليحدد الآثار بعيدة المدى والآثار غير المقصودة للبرنامج، (الدوسري، 2004: 190).
تهتم الباحثة بتقييم المخرجات وآثار البرامج لأنها محور الدراسة الحالية.

• متغيرات التقييم في الإرشاد

متغيرات التقييم في الإرشاد يجب أن تشمل كلا من:

- المرشد: وخبرته واتجاهاته ومهاراته وأخلاقياته وشخصيته . . . وغير ذلك.
 - المسترشد: ومدى إقباله واستبصاره وتكامل شخصيته.
 - المشكلة (أو الاضطراب) ونوعها، ومدتها، وحدتها.
 - ظروف العمل العلاجي الإرشادي: مثل الزمان والمكان وتوافر المعلومات والوسائل.
 - طريقة الإرشاد: ومدى كفاءتها وتمرس المرشد في استخدامها. (ملحم، 2001: 368).
- وللتقييم في الإرشاد النفسي العديد من المعايير مثل:
- تحقيق التوافق العام والصحة النفسية.
 - نقص المشكلات الشخصية والمشكلات الانفعالية وزيادة التوافق الشخصي.
 - انخفاض قلق التحصيل وتحسن التحصيل المدرسي.
 - تحسن الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن والاستقرار.
 - شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية الإرشاد بصفة عامة حيث يشملهم جميعا ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح.
 - زيادة استخدام خدمات الإرشاد وزيادة الإقبال التلقائي عليها.

- رضا المسؤولين عن نتائج الخدمات الإرشادية.
 - زيادة اهتمام المسؤولين بالبرامج الإرشادية، (زهران، 1998: 511).
- واهتمت الباحثة بشعور الأمهات بالرضا عن فاعلية الجلسات الإرشادية الجماعية المقدمة لهن. ويمكن تعريف الرضا بأنه "الاتجاه نحو معرفة وخبرات الشخص اتجاه الخدمات الصحية. والرضا يعكس كلا من الأمور الوجدانية والعقلية والعاطفية والخبرات السابقة والتوقعات وشبكة العلاقات" (Keegan et al, 2003). فالرضا ليس ظاهرة موجودة قبل ذلك وتنتظر القياس ولكن حكم الناس يتكون مع مرور الزمن ويعكس خبراتهم. (Doherty, 2003). ويتم الوصول إلى الرضا عندما يكون انطباع المريض أو المنتفع عن جودة الرعاية والخدمات النفسية التي تلقاها ايجابيا ومرضي ويلبي احتياجاتهم.
- وتقييم رضا المسترشدين من الممكن أن يوضح:
- مدى المصداقية والاعتمادية بأن الخدمات قد قدمت على الوجه الكامل والأنسب.
 - مدى الاستجابة للخدمات، ومدى ولاء مقدمي الخدمات للوصول إلى حاجات المرضى
 - مدى احترام مقدمي الخدمات.
 - مدى الشعور بالأمان عند الحصول على الخدمات خصوصاً فيما يتعلق بسرية المعلومات وخصوصيتها. (Workbook 6, 2000).

• العوامل التي تؤثر في الرضا

هناك عوامل مهمة تؤثر في رضا المسترشدين ومنها ما يتعلق بالمستوي الثقافي، والعناصر الاجتماعية كالمستوى الاقتصادي، العوامل الديمغرافية مثل السكن في المدينة أو المناطق الحدودية

ووسائل التكنولوجيا، (Doherty, 2003). وكذلك توقعات المرضى المبينة على الحاجات الشخصية، والخبرات السابقة، وكلام الناس أو الإعلام، ووسائل الاتصالات، وسمعة المؤسسة أو الخدمة، ومعتقدات وقيم الشخص، وطبيعة المسترشد، (Judge and Solomon, 1993). هذا بالإضافة إلى العلاقة التي تربط بين المريض والمهنيين في المجال ذاته، (Crow et al, 2003).

أما الرضا عن الخدمات وإدراكها على أرض الواقع فإن هناك العديد من المدارس التي حاولت أن تحدد الأسباب الموجهة لإدراك الناس للخدمات التي يتلقونها. وإحدى أهم هذه الأدوات كانت (SERVQUAL) وهي تضم مجموعة من العناصر والعوامل هي:

- مدى تطبيق الخدمات: ويقصد فيها التسهيلات العينية وتوفر الأدوات وتواجد مقدمي الخدمات في أماكن عملهم ومدى سهولة فهم وسائل أو مواد الاتصال.
- واقعية الخدمات: تقديم الخدمات على أرض الواقع والتطبيق وليس الاكتفاء بالوعود.
- الاستجابة لطلبات المنتفعين، ومقدار الثقة والمصادقية في التعامل.
- إظهار التعاطف والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات إلى المنتفع.
- مقدار التحسن الذي طرأ أو استبدال الأشياء الخاطئة بالأشياء الصحيحة، (Buttle, 1995)
- وأيضاً كانت هناك بعض النماذج الأخرى التي تحدثت عن عوامل أخرى تلعب دور؛ مثل سهولة الوصول للخدمات، مكان تقديم الخدمات، مدى دعم الفريق مقدم الخدمات، خدمات الاستقبال، مدى كفاءة وجدارة المرشد، تكلفة الخدمات، الوقت الذي يقضيه في انتظار الحصول على الخدمة، مدى تكرار المواعيد، الوقت الذي يقضيه مع المرشد، إنسانية الخدمات المقدمة، (MORI, 2001, Aragon & Gesell, 2003, Workbook 6, 2000).

وحيث أن رضا المريض عن سير العملية العلاجية يؤثر ويتأثر بنتيجة العلاج، فالمريض الغير راضي عن الخدمات من الممكن أن يحصل على نتيجة ذات معدل منخفض، وذلك نتيجة التغيب المستمر عن حضور الجلسات مثلا أو عدم الالتزام بتطبيق الإرشادات وغير ذلك، (Workbook 6, 2000; Newsome & Wright, 1999). والمريض الذي لا يشعر بتحسن بعد انتهاء العملية العلاجية، فمن المحتمل أن تكون لديه بعض التوجهات الغير مرغوب فيها حول الخدمات العلاجية حتى لو قدمت هذه الخدمات بجودة مرتفعة وحسب المواصفات المتعارف عليها. ومن المهم أن تبقى في ذهنك أن الرضا عن سير العملية العلاجية والامتثال للعلاج والنتيجة الايجابية للعلاج كلها عناصر متداخلة مع بعضها البعض، (Workbook 6, 2000). لقد تم نقض اعتبار رضا المنتفعين كمؤشر لجودة الخدمات الإنسانية وذلك لان توقعات المرضى في بعض الأحيان غير واقعية.

وأما البحث عن التعبيرات التي تدل على عدم الرضا فإن المرضى في الخدمات الإنسانية لديهم القابلية أن يكونوا شاكرين لدرجة كبيرة للخدمات المقدمة لهم، وفي الغالب يمتنع عن نقض الخدمات المقدمة لهم. المريض الذي يعاني من مشكلة في الثقة بالنفس أو المريض الذي يعي وجود فروق بينه وبين مقدم الخدمات له من الممكن أن يشعر بأنه مجبر أن يظهر رضاه وشكره للخدمات المقدمة، وهذا من الممكن التغلب عليه إذا تم الشرح للمريض بأنه لن يكون هناك أي تأثير سلبي على الخدمة المقدمة له نتيجة إجابته، وهذا من الممكن أن يوضح إما شفويا أو كتابيا عند تعبئه الاستمارة ومن الضروري التأكيد علي سريته وخصوصية النتائج، (Workbook 6, 2000).

2. المحور الثاني: الاكتئاب

الاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي لا تميز بين صغير وكبير، رجل وامرأة. فهو يصيب الجميع على حد سواء ويمكن تعريفه كما يراه المعاينة (2001) بأنه عبارة عن: رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق. ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة، (المعاينة وآخرون، 2002: 327).

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

وعرفه العيسوي (1990) بأنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة وفي الحالات العميقة من الاكتئاب والكآبة قد يشعر المريض بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم، (العيسوي، 18 1990:). ويعرفه أبو هين (1999) بأنه الإحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه. وهو حالة من الحزن الشديد واليأس والانسحاب وهبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص (أبو هين، 1990: 255). وعرف غريب (1990) بأن الاكتئاب يشير إلى خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضي والشعور بالذنب وعدم حب الذات وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي والتردد وتغير صورة الذات وصعوبة النوم والتعب. وأخيرا فقدان الشهية. (غريب عبد الفتاح، 1990: 7). والاكتئاب حسب يمثل حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن وفقدان السعادة والانسحاب الاجتماعي وفقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة وفقدان الأمل في المستقبل. هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الانجاز وزيادة الحساسية الانفعالية والشعور

بالوحدة النفسية والإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين، كما يتميز بوجود بعض الأعراض الجسمية مثل: توهم المرض واضطرابات الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن، (DSM-IV, 1994, pp. 317-320)

اتفقت أغلب التعريفات التي ذكرت سابقاً، حول ماهية الاكتئاب، كونه حالة انفعالية من حزن شديد وعجز ويأس والشعور بالذنب؛ وهذه تعتبر أعراض لما يواجهه الفرد من مشاكل حياتية وعقبات وإحباطات في حياته اليومية مع وجود اختلافات في التعريفات ولكنها بسيطة تعود إلى المدرسة التي يتبعها علماء النفس.

وتعرف الباحثة الاكتئاب بأنه حالة نفسية وانفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة الخبرات الصادمة والمحبطة التي يواجهها في حياته، وهي تتمثل في الحزن والنشأوم والشعور بالذنب وتصل إلى فقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة وفي الحالات الحادة يصل إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس وخاصة الانتحار.

1/2. مدى انتشار الاكتئاب في العالم

حسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر في بداية يناير 2007 بأن معدل انتشار الاضطرابات النفسية والعصبية في العالم تعادل 450 مليون شخص يعاني من اضطرابات نفسية أو عصبية أو مشكلات بالسلوك، ومنهم 873 ألف شخص ينجح بالانتحار سنوياً، وان 60% من المنتحرين مصابين بالاكتئاب. وكان التقرير الصادر عن المنظمة قد أشار أن نسبة انتشار الاكتئاب بالتحديد حوالي 121 مليون شخص في العالم، و25% فقط منهم قد تمكنوا من الحصول على خدمات نفسية جيدة (WHO, 2007). وأشارت المنظمة في إحصائية نشرتها سنة 2004 بأن معدل انتشار

الاكتئاب بين السيدات يفوق الرجال، حيث بلغ نسبة السيدات المكتئبات 9.5 % مقارنة مع 5.8 % من الرجال، وأن هذه الفروق في معدل الإصابة يستمر بالارتفاع طول مراحل الحياة لصالح السيدات، (WHO Fact sheet, 2004). وأشارت تقارير منظمة الصحة العالمية أن واحد من كل أربع أشخاص ممن يترددون على مراكز الرعاية الصحية يعانون من اضطرابات نفسية، وفي الغالب لا يتم التعرف عليهم أو تشخيصهم، (WHO, 2007).

2/2. مدى انتشار الاكتئاب في فلسطين

نظراً إلى معاناة الشعب الفلسطيني من الاحتلال العسكري وممارساته التعسفية والتصرفات غير الإنسانية ضد المدنيين من الأطفال والنساء والشباب والشيوخ الذين يتعرّضون يومياً لأبشع أنواع القهر والاضطهاد والنيل من كرامتهم ومعتقداتهم الدينية وهويتهم الحضارية والثقافية والوطنية، والتقيص من قيمتهم الذاتية، وحرمانهم من أبسط الحقوق المدنية والإنسانية، وحرمانهم من العيش في أمن وأمان. ونظراً إلى الدمار الذي يلحقه الاحتلال الإسرائيلي بالمنشآت التعليمية والاجتماعية والاقتصادية، وبالبنيات التحتية، (وهو الجانب الذي يستقطب دائماً اهتمام وسائل الإعلام والمهتمين والمحلّلين السياسيين والعسكريين لمعرفة الخسائر المادية والبشرية التي تسبب فيها هذا الاحتلال)، فإن الحديث عن معاناة الأبرياء المدنيين من الاحتلال الإسرائيلي لبلدنا، وما يترتب عليه من اضطرابات وأزمات وأمراض نفسية؛ يظل حديثاً مغيباً في غالب الأحيان، ولا ينال ما يستحقه من الاهتمام والدراسة والتحليل، ولكن كان هناك بعض الباحثين والمهتمين بما يعانيه أفراد هذا الشعب من اضطرابات ومشاكل نفسية، فحاولوا، بالرغم من محدودية إمكانياتهم، من الوصول إلي بعض الإحصائيات عن مدى انتشار بعض الاضطرابات والمشاكل بين أبناء الشعب الفلسطيني، فكان هناك عفانه الذي درس مدى انتشار الأمراض النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وأظهرت نتائج دراسته أن 70 % من المترددين علي مراكز الرعاية الصحية الأولية لديهم مشاكل أو اضطرابات نفسية مختلفة، (عفانه، 2000).

وحاول (قوته وتمراز)، أن يكون أكثر تخصصاً للوصول إلي مدى انتشار الاكتئاب بين أبناء الشعب الفلسطيني فكانت نتيجة الدراسة أن هناك 17 % من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية يعانون من مشكلة الاكتئاب بدرجات مختلفة، (قوته، وتمراز، 2000: 15). وأفاد تقرير وزارة الصحة الفلسطينية أن معدل الإصابة باضطرابات المزاج بلغ 4.15 % من الحالات المسجلة، (وزارة الصحة الفلسطينية، 2005).

3/2. النساء والاكتئاب

أثبتت الدراسات بأن هناك فروق بين الجنسين في الإصابة بالاكتئاب (Amenson and

Lewinsohn, 1981) حتى أن ثلثي الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب هم من النساء، ومن

الممكن أن يرجع ذلك إلي الأسباب التالية:

1. التكوين العاطفي للمرأة:- فليس هناك شك أن المرأة، بفطرتها، ذات مشاعر حية وجياشة، وقد

خلقها الله تعالى هكذا لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها كأم. . تلك الوظائف التي تحتاج إلى

تواصل وجداني كبير وبدون هذا التواصل الوجداني تضطرب الأسرة وتتفكك عراها.

2. خبرات التعلق والفقد:- فالمرأة دائماً متعلقة بغيرها (والرجل كذلك ولكن مع الفارق في الدرجة

والأهمية)، فهي تتعلق بشدة بأمها وأبيها وأخواتها ثم بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها. وهي

تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل وتصبح جزءاً هاماً من حياتها، وبالتالي؛ حين تفقد أيّاً

من هذه العلاقات فإنها تصاب بالحزن والأسى، وربما تصل لدرجة الاكتئاب.

3. التغيرات البيولوجية المتلاحقة: فمع بدء أول دورة شهرية في بدايات العقد الثاني من العمر والمرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كيمياء الجسد والمخ، ويزداد هذا الوضع مع الحمل والولادة. وبعد انقطاع الدورة تعاني المرأة من آثار انخفاض مستوى هرمون الاستروجين في الدم. كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع للمرأة فرصة لالتقاط أنفاسها، وتشكل نوعاً من الضغط عليها إذا زاد عن حدود معينة فإنه تهيؤ لها للإصابة بالاكتئاب.

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

4/2. أنواع الاكتئاب

تعددت أنواع الاكتئاب بتعدد مدارس علم النفس، فمنهم من قال أن الاكتئاب يقسم إلى نوعين:

1. **الاكتئاب العصابي:** يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة (عبد الستار، 1988: 45). ويعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً. وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجه داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار (سلطان، د. ت: 242).

2. **الاكتئاب الذهاني:** يكون مصحوباً باضطرابات عقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس تتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية (عبد الستار، 1988: 46). ويمكن التفريق بين الاكتئاب الذهاني والعصابي في الدرجة، حيث أن مريض الاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصابه أوهام وهذيان. ويذكر **زهران (1997)** أنواع اكتئاب أخرى مثل:

- الاكتئاب الخفيفة Mild Depression: أخف صور الاكتئاب.
- الاكتئاب البسيط Simple depression: أبسط صور الاكتئاب.
- الاكتئاب الحاد Acute Depression: أشد صور الاكتئاب حدة.
- الاكتئاب المزمن Chronic Depression: وهو دائم.
- الاكتئاب الموقفي أو التفاعلي Reactive Depression: وهو رد فعل لحدث معين وهو مدته قصيرة.
- الاكتئاب الشرطي: يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة، يعود إلى الظهور بوضع مشابهة أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.

وهناك أربعة أنواع للاكتئاب حسب تصنيف DSM- IV وهي:

1. الاضطراب الهوسي.

2. الاضطراب الاكتئابي: ويطلق على هذين النوعين اصطلاح وحيد القطب أو أحادية القطب

.Unipolar Affective Disorder

3. الاكتئاب الثنائي القطب: ويشمل الهوس والاكتئاب Bipolar.

4. الاكتئاب الموسمي: وهو نوع آخر من الاكتئاب ويظهر في فصول معين من السنة مثل

فصل الشتاء ويميل الشخص المصاب به إلي الانعزال والحزن مع ميل شديد للأطعمة

الغنية بالدهون والكربوهيدرات. (DSM-IV).

وهناك اضطرابات رئيسة خاصة بالمرأة وهي:

- اكتئاب ما قبل الدورة (Premenstrual Dysphonic Disorder) ويصيب حوالي 30%

من النساء.

- الاكتئاب أثناء الحمل (Depression During Pregnancy) وهو يصيب 10% من

النساء.

- واكتئاب بعد الولادة (Postpartum Depression) والذي يصيب من 10-20% من

النساء بدرجاته المختلفة.

- اكتئاب ما بعد الدورة الشهرية (Depression Postmenopausal) والذي يصيب 10-

15 % من النساء في هذه المرحلة من العمر. (زهران، 1997: 516)

5/2. أعراض الاكتئاب

يعرض هاس (1979) أربعة أعراض إكلينيكية أساسية في الاكتئاب وهي:

1. الأعراض الجسمية والفسولوجية:

- الأرق، الإمساك.
- ضعف القدرة الجنسية أو عدم الاستمتاع الجنسي.
- اضطرابات الطمث للنساء (عبد الله، 1997: 286).
- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأبسط الجهود) والألم؛ خاصة آلام الظهر والمفاصل.
- توهم المرض والانشغال عن الصحة الجسمية.
- ضعف النشاط والتأخر النفسي والحركي والبطء الحركي K (زهران، 1997: 516)

2. الأعراض الانفعالية الاكتئابية:

- الكآبة والحزن والغم.
- الشعور بالنقص.
- فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي.
- فقدان القدرة على الحب.
- الميل نحو تأنيب الذات ولومها.
- مشاعر الخوف.
- فقدان الأمل، (عبد الله، 1997: 286).
- فتور الانفعال والانطواء، (زهران، 1997: 516).

3. الأعراض المعرفية:

- نقص القدرة على التفكير.

- التردد والتفكك.
- أحكام تلقائية سلبية تجاه الذات والآخر (عبد الله، 1997: 287).
- أفكار انتحارية وسوداوية، (زهران، 1997: 516).

4. الأعراض السلوكية:

- فقدان الطاقة.
 - الشعور بالإجهاد لأقل مجهود.
 - إنقاص الدافعية عن المعتاد.
 - التثاقل عن أداء الأعمال.
 - سرعة الاستثارة، (عبد الله، 1997: 287).
 - الإهمال بالبيئة وبنفسه.
 - نقص الميول واهتماماته.
 - إهمال النظافة الشخصية.
 - عدم الاهتمام بأمور حياته اليومية، (زهران، 1997: 517).
- هذه الأعراض السابقة لا يشترط أن تكون جميعها متوفرة لدى مريض الاكتئاب، وذلك حسب درجة شدة الاكتئاب الذي أصيب به الشخص.

أما بالنسبة للتشخيص حسب (DSM IV) فيجب أن تتوفر خمسة أعراض من الأعراض السابقة بالإضافة إلى عرض من العرضين الأساسيين وهما المزاج المكتئب وفقدان المتعة بالحياة، لمدة أسبوعين أو أكثر متتاليين، بالإضافة إلى حدوث خلل واضح في الوظائف الاجتماعية أو التعليمية أو الوظيفية للشخص.

6/2. أسباب الاكتئاب

يخطئ كثير ممن يتصورون أن العلم الحديث أنه قد وضع يده على كل الحقائق التي تتعلق بحالة الصحة والمرض النفسي أو أنه قد توصل لمعرفة مسببات الاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب النفسي بصفة خاصة. وبعض النظريات والافتراضات تتحدث عن أسباب نفسية للاكتئاب والبعض الآخر يعزوها لعوامل وراثية وبيئية واجتماعية. وسوف نتطرق الباحثة لتفصيل بعض هذه الأسباب:

• أولاً: الأسباب البيولوجية الجسدية

أسباب وراثية: أثبتت الدراسات أن أفراد العائلات المصابة بالاكتئاب تكون القابلية لديهم للإصابة بنفس أعراض الاكتئاب أكبر من أفراد العائلات التي لا تعاني من الاكتئاب.

أسباب عضوية كيميائية ومنها:

- عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم.
- التغيرات التي تحدث في الهرمونات.
- زيادة إفراز الكورتيزون بسبب زيادة الهرمون المسئول عن إفراز من الغدة النخامية.
- النقص في إفراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية.
- الخلل في إفراز المواد الكيميائية في نهايات الأعصاب.
- تعاطي بعض أنواع من الأدوية مثل الأدوية التي تستخدم لعلاج ارتفاع ضغط الدم.
- تعاطي الكحول، (العوران وريكات، 1995: 103-104).

• ثانياً: الأسباب نفس اجتماعية:

حاولت العديد من النظريات النفسية أن تشرح وتوضح السبب وراء الإصابة بالاكتئاب من وجهة نظرها، وستحاول الباحثة التطرق إلي بعض التفسيرات التي وضعت من منظور بعض النظريات:

- من منظور تحليلي: وهم إتباع فرويد، ويجدون أن نمط الشخصية الذي يحاول كبت وتحويل انفعالاته إلي الداخل أن يكون عرضة للاكتئاب أكثر من ذلك النمط الذي يعبر عن هذه الانفعالات بطرق مختلفة. كما يؤكد أصحاب هذه النظرية أن الأطفال الذي مروا بتجربة فقد واليهم أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم في سني رشدهم، حيث تستثير المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة، ولما كان "الأنا الأعلى" يرفض مثل هذه المشاعر فإنه يحولها إلى الذات. وما الاكتئاب في حقيقته إلا نوع من العدوان الموجه ضد الذات، (غانم، 2002: 44).

- من منظور سلوكي: على الرغم من اهتمام السلوكيين بنشأة الاكتئاب وتطوره إلا أنه بدا متأخراً مقارنة مع الاتجاه العضوي أو التحليل النفسي، إلا أنه في الوقت الحاضر يشهد إسهاماً كبيراً للسلوكيين، وظهرت اتجاهات عديدة لهذه النظرية في تفسير الاكتئاب منها: أنهم ينظرون إلى العصاب أو المرض النفسي على أنه سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية. مستخدمين مفاهيم الاشتراط والتعزيز، ويرون أن السلوك والشعور للمكتئب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي. ويذهب السلوكيون إلي القول بأن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من الخبرات اللاتكيفية في الطفولة، فالأطفال الذين تتميز علاقاتهم المبكرة بالديهم بالسوء والحرمان ينزعون إلى تطوير الاكتئاب مستقبلاً، (الوقفي، 1998: 635).

- كما أن هناك اتجاه في المدرسة السلوكية يرون أن نقص المهارات الاجتماعية (أي عدم

القدرة على توكيد الذات) كعدم القدرة على رفض طلب شخص ما بطريقة لبقة تضع الشخص على طريق الاكتئاب، وحسب وجهة نظرهم هذه فإن الأشخاص المكتئبين قد يكونون أشخاصا غير حاذقين اجتماعياً، وأنه عادة ما تنقصهم الصداقات الجيدة والمراكز والوظائف المرموقة وفقدان مثل هذه الأمور قد يترك أثراً اكتئابية على حياة الشخص، (العوران وريكات، 1995: 104).

- من منظور معرفي: يرى أن الاكتئاب ينتج من خلال نظرة الفرد إلى نفسه ثم إلى العالم والمستقبل نظرة تشاؤمية، وأن هذه النظرة المشوهة تعرف باسم الثلاث السلبي (الذات والعالم والمستقبل)، وأن هذه النظرة التشاؤمية تتم من خلال تنظيم معرفي آخر وهو نموذج العجز المكتسب، من خلال حقيقة مؤداها أن قدرة المكتئب على التحكم في مجريات حياته قليلة للغاية، فإن ذلك يصل بالمكتئب إلى درجة العجز عن مساعدة ذاته، (غانم، 2002: 44-46).

وأما عالم النفسي الأمريكي المعروف (ارون بك) يرى أن الاكتئاب هو: اضطراب ناجم عن عملية الإدراك والتفكير الخاطئ. إذ يعتقد (بك) أن الأشخاص المكتئبين هم الذين يخلقون الاكتئاب بأنفسهم عن طريق نزعتهم إلى التفكير السلبي، أو ما سماه "باللاعقلانية" وبالتحديد يرى الأشخاص المعرضين للاكتئاب عادة ما يلجئ لتبرير أي فشل يواجههم بأسباب شخصية متعلقة بهم أنفسهم، ويهملون أو يقللون من دور الظروف التي أحاطت بهذا الفشل، (عبد اللطيف، 1997: 45).

وهناك العديد من الدراسات التي أيدت وجهة نظر (بك). ومن الواضح أن النظرية المعرفية تفترض أن ذلك التنظيم المعرفي يتكون ويتطور نتيجة لخبرات الشخص وأنه يظل الاكتئاب في حالة كمون حتى تتم استثارته بالضغوط المختلفة.

وترى الباحثة أن هناك اختلافاً بين النظريات في تفسير الاكتئاب ولو نظرنا لكل واحد على حده سنجد أن كل واحد لها أهميتها في تفسير الاكتئاب ولا نستطيع تفريق واحد عن الأخرى، ويمكن أن تجتمع الثلاثة في هذا التفسير.

7/2. طرق ووسائل التخلص من أعراض الاكتئاب

وللتخلص من أعراض الاكتئاب كانت هناك الكثير من الطرق والوسائل التي انبثقت من النظريات السابقة مثل: العلاج بالعقاقير والعلاج بالصدمات الكهربائية التي انبثقت من النظرية البيولوجية للإصابة بالاكتئاب، وهي عبارة عن مجموعة من الأدوية والمهدئات، ومن أهمها ما يسمى بالثلاثية Tri-cyclic، وهي الأكثر شيوعاً في هذه المجموعة، وتستعمل بالحالات التي يصعب التقدم فيها وتكون شديدة التوتر والتهيج، لأن لها تأثير مهدئ. أما العلاج بالصدمات الكهربائية فهذا النوع من العلاج لا يستخدم إلا في حالات الاكتئاب الشديد المصاحب لميول انتحارية ويؤدي إلى فقدان الذاكرة، (العوران وريكات، 1995: 109). ولوحظ أن العلاج بالصدمات الكهربائية عدد جلساته من 4 إلى 6 جلسات وهذا يؤدي إلى تغيير واضح في موجات الدماغ الكهربائية، إذ تصبح بطيئة وذات فرق جهد عالٍ، (سلطان، د. ت: 246).

يمكن التعامل مع الاكتئاب النفسي بالعديد من الطرق والوسائل حسب ما أوضحتها نظريات الإرشاد المختلفة فمثلاً من وجهة نظر: النظرية التحليلية. يتضمن الإرشاد النفسي البحث في مكونات الشخص المكتئب عن خبرات طفولة كامنّة، والصدمات التي يتلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى. ومن أهم الأساليب المستخدمة "التداعي الحر والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية" (عكاشة، 1980: 121)، والهدف الأساسي للإرشاد بهذه النظرية هو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور إلى حيز الشعور، والتعامل معها، (الشناوي،

(1991: 96).

النظرية السلوكية: يقوم المرشد باستخدام تقنيات تعديل السلوك السلبي عند المسترشد، وتدريبه على بعض التقنيات السلوكية التي تساهم في تغيير وضعة الحالي ونظرته السوداوية، ويعتبر الأمراض النفسية عادات خاطئة يتعلمها المريض كي يقلل من درجة القلق والتوتر، ويتجه الإرشاد أو العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب فيه والعمل على بناء فعل شرطي أو سلوك آخر بديل عنه، (عكاشة، 1980: 131).

النظرية المعرفية: ويعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المريض حيال نفسه ومجتمعه، واستبدال هذه المفاهيم بأخرى أكثر ايجابية. ويعتمد العلاج المعرفي على إكساب المريض المعارف الايجابية اللازمة وتوضيح مضار وعيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته، مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته، (kalman, 1993: 87) وكما يرى (ألبرت ألس) أن العلاج يكمن في التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانية يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة، أي العقلانية مكانه، ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك، (الشناوي، 1991: 98).

الإرشاد الديني والتخلص من الاكتئاب:

مما لا شك فيه أن الدين يلعب دوراً جوهرياً في حياة الإنسان والمجتمع، إذ يساعد على دعم أسس التكامل والاستقرار والأمن النفسي، فقد قام الدين الإسلامي بتغيير إدراك الإنسان لنفسه وإعطائه معنى جديداً للحياة ورسالته الحقيقة في الحياة، وقام بتغيير أفكاره وعاداته القبيحة، وعلم الإنسان منهجاً جديداً في الحياة وأسلوباً جديداً في التفكير وطريقة جديدة في النظر إلي نفسه والي الناس الآخرين والي الكون بأسره، وعمله أساليب جديدة في السلوك والأخلاق والتفاعل الاجتماعي، كما

علمه كثيرا من القيم الإنسانية وكثيرا من الخصال الهامة للنجاح في الحياة، والتي تعتبر ضرورية لتحقيق الأمن النفسي والصحة النفسية. وقد عني الرسول عليه الصلاة والسلام بتوجيه أصحابه إلى كل ما يحفظ عليهم صحتهم الجسدية والنفسية.

وقد قامت الباحثة بعرض لبعض تقنيات الإرشاد الديني وهي كما يلي:

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

نُورًا مُبِينًا﴾ [النساء: 174]. يولد الإنسان مزود بطاقة روحية هائلة تؤهله لتغيير مفهومة عن ذاته

وعن الناس والحياة والكون، وكذلك عن رسالته في الحياة، وبعدها يشعر وكأنه يعمر قلبه بحب الله ورسوله والناس عامة ومن ثم ينبعث في نفسه الشعور بالأمن والاطمئنان، (الخطيب، 2000: 455).

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

- الاعتراف بالذنوب: ﴿يَعْمَلُ سُوءًا أَوْ يَظْلِمُ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا (110) وَمَنْ يَكْسِبْ إِثْمًا فَإِنَّمَا

يَكْسِبُهُ عَلَى نَفْسِهِ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا (111) وَمَنْ يَكْسِبْ خَطِيئَةً أَوْ إِثْمًا ثُمَّ يَرْمِ بِهِ بَرِيئًا فَقَدِ احْتَمَلَ بُهْتَانًا وَإِثْمًا مُبِينًا﴾

[النساء: 110-112] هو اعتراف الإنسان بما في نفسه، إلى الله وهذا يزيل مشاعر الخطيئة والإثم

ويخفف من عذاب الضمير ويطهر النفس ويعيد إليها طمأنينتها لتصبح نفسا مطمئنة، (زهران، 1980: 331).

- التوبة: قال تعالى: ﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ

يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾ سورة الزمر آية 53، فالشعور بالذنوب يسبب للإنسان

الشعور بالنقص، فالعلاج النفسي يهتم بتغيير وجهة نظر المريض عن خبراته السابقة بحيث يعيد له

رؤيا جديدة، ويصبح أكثر تقبلا لذاته وذلك من خلال طريق توبته إلى الله.

- **الصبر:** قال تعالى: ﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ حَتَّىٰ نَعْلَمَ الْمُجَاهِدِينَ مِنْكُمْ وَالصَّابِرِينَ وَنَبْلُوَ أَخْبَارَكُمْ﴾ سورة محمد الآية 31، هو تفويض الأمر لله مما يشعر بالاطمئنان، وهو عون نفسي هائل يقي الإنسان من الانهيار أمام المصائب، و الصبر قوة كبيرة يكتسبها الإنسان لقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ سورة البقرة آية 153 (نجاتي، 1997: 279).

- **التوكل على الله:** قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾ سورة التغابن الآية 11، والتوكل على الله يعتبر زاد روحياً مطمئناً ومسكناً ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾ سورة الطلاق آية 3 ، (زهران ، 1980: 334).

- **الذكر والاستغفار:** قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ سورة الرعد الآية 28، فذكر الله غذاء روحي يبعد الهم والقلق والوساوس والسلوك القهري، والمستغفر لله لا يقنت من رحمته ويرجو رضوانه، وعليه أن يكون دائماً، وباستمرار، يقظ الضمير ذو نفس لوامة يرضى عنها الله.

- **الدعاء وابتغاء رحمة الله:** يقول تعالى: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾ سورة البقرة الآية 186، ففي الدعاء سمو روحي يقوي الإيمان الفردي وهو علاج أكيد للنفس التي أشرفت على الهلاك فيشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف والضيق، (الخطيب، 2000: 459).

- **وترى الباحثة أن كل نظرية تنتظر لعلاج للاكتئاب من زاويتها الخاصة حسب الأسباب التي تؤدي إليه، ولا يمكن أن تعطينا نظرية واحدة صورة كاملة حول الطريقة المائل لتعامل مع مرضى الاكتئاب، لذلك على العامل بالمجال البحث عن الأسباب الحقيقة التي تؤدي إلي ظهور الأعراض ومن ثم اختيار الطريقة المثلى لتعامل معه.**

3. المحور الثالث: اكتئاب الأم وعلاقته بسوء التغذية

إن الشعب الفلسطيني الباسل لازال يعاني منذ اندلاع انتفاضة الأقصى المباركة من الحصار الاقتصادي، والسياسي الخانق، الذي شل جميع جوانب الحياة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، مما ترتب عليه اختلال هيكلي في كافة القطاعات الحكومية والأهلية، وتدهور البنية التحتية والخدمات الاجتماعية، الذي انعكس بشكل جلي على الوضع الصحي في فلسطين. وقد أشارت التقارير الدولية والمحلية عن تدهور واضح في القطاع الصحي الفلسطيني نتيجة إلى الممارسات الإسرائيلية الوحشية، فقد أشارت التقارير الصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية، أن معدل انتشار الأنيميا بين السيدات المترددات على مراكز وزارة الصحة 38.5%، بينما وصلت إلى 45.7% بين السيدات المرضعات المترددات على عيادات وكالة الغوث، (MOH, 2005).

كما أشار تقرير جمعية أرض الإنسان بأن العادات الغذائية تتأثر بشكل مباشر بمستوى الفقر، حيث أن سوء التغذية ينتج إما من عدم كفاية (نقص) المواد الغذائية الأولية التي تمد الإنسان بالطاقة والبروتين، ونقص المواد الأخرى مثل الفيتامينات والمعادن، و نقص الحديد الذي يؤدي إلى الأنيميا، والتي تعتبر الأكثر انتشاراً بين الأطفال 46.5% وظهر هذا من خلال فحص نسبة الهيموجلوبين للأطفال الأقل من 9 شهور في عيادات الحكومة، (MOH, 2005) وقد أفاد برنامج الغذاء العالمي بأن نصف سكان قطاع غزة يعانون من انعدام الأمن الغذائي و 30% مهددين بالانضمام إليهم في المستقبل القريب، (برنامج الغذاء العالمي، 2006).

العلاقة بين الصحة النفسية للأم وصحة الطفل

من المؤكد أن العلاقة بين الأم وطفلها لا تنتهي بالولادة، ولكنها تكون بداية لعلاقة من نوع آخر، يؤثر ويتأثر الكل فيها ببعض، ولذلك حاول العديد من الباحثين دراسة مدى تأثير صحة الأم النفسية بالصحة العامة للطفل حيث أشارت مجلة جاما، (JAMA journal, 2004) بوجود علاقة طردية بين الصحة الجسدية للطفل والصحة النفسية للأم، أي أنه كلما عانت الأم من مشاكل نفسية أكثر، كلما زادت طفلها عرضة بالإصابة بمشاكل جسمية، وخصوصاً سوء التغذية، وكانت هذه النتائج ظاهرة بوضوح في دول شرق آسيا، ولذلك أوصت بضرورة تقديم الخدمات النفسية بجوار الخدمات الصحية المقدمة للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. كما أظهرت دراسة رحمن (Rahman, 2004) بأن اكتئاب الأم في مرحلة الحمل أو بعد الولادة تعرض الطفل للإصابة بالإسهال ومشاكل الجهاز التنفسي، وكلما كان التدخل سريعاً لحل المشكلة كلما كانت النتائج أكثر إيجابية. حاولت بعض الدراسات التعرف على التغيرات التي تحدث في أجسام أو سلوكيات الأطفال لأمهات مكتئبات: فكان منها التغيرات الفسيولوجية، والسيكولوجية.

التغيرات الفسيولوجية

- 1- قلة في نشاط الفص الأيسر من الدماغ.
- 2- انخفاض في معدل دقات القلب.
- 3- اختلالات كيميائية مثل، (زيادة في مستوى نورابينفرين والكرتوزن وانخفاض في معدل الدوبامين والسيروتاتين).
- 4- انخفاض في الوزن، (وهذه التغيرات تشابه تماماً تلك التي تحدث في جسم الراشد المكتئب).

التغيرات السيكولوجية

- 1- أقل استجابةً لتعبيرات الوجه وعواطف الأم.
- 2- أقل نشاطاً.
- 3- أقل اندماجاً في التفاعلات الاجتماعية وتكوين العلاقات.
- 4- أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الوجدانية.
- 5- أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السلوكية.
- 6- مشاكل في الانتباه.
- 7- صعوبة في السيطرة على عملية التنفس.

تأثيره على الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة

- زيادة احتمال الإصابة باضطرابات المزاج.
- زيادة في المشاكل السلوكية.
- تأخر في نمو الجهاز العصبي.
- مشاكل في الانتباه.
- انخفاض القدرة على التعامل مع الأصدقاء.
- مشاكل في السيطرة على عملية التنفس.
- تقليد بعض سلوكيات الأم الاكتئابية.

تأثيره على الطفل في عمر 36 شهر

- فقدان القدرة على التعاون مع الآخرين.

- يصبح أكثر عنفا.
- ظهور بعض التغيرات في الدماغ المماثلة للأنشطة في دماغ البالغ الذي يعاني من الاكتئاب.
- انخفاض القدرة على التعبيرات اللغوية.
- مشاكل سلوكية أكثر.
- قلة في التحصيل الدراسي بالمستقبل.

وكانت هناك دراسات أخرى تتحدث أن سوء التغذية عند الطفل يؤدي إلى الاكتئاب عند الأم مثل دراسة (Singer et al, 1999) التي أظهرت أن نسبة القلق والتوتر والاكتئاب عند الأمهات اللواتي لديهن أطفال أقل من الوزن الطبيعي أكثر من الأمهات الأخريات.

وقد رأت الباحثة أنه لا بد من التحدث بشيء من التبسيط عن سوء التغذية حتى نتيح المجال أمام هذه الدراسة لتعرف على بعض المفاهيم المستخدمة في عالم الطب.

سوء التغذية

يحتاج الإنسان إلى الطعام الجيد كي ينمو طبيعيا وخاليا من الأمراض، إلا أنه في بعض الأحيان تظهر أعراض على جسم الإنسان تعبر عن احتياجاته كنتيجة لنقص بعض العناصر الغذائية الأساسية، أو زيادتها عن الحد اللازم لسلامة صحته وهذا ما يطلق عليه "سوء التغذية" فماذا نعني بسوء التغذية؟ وللوصول إلى هذه الإجابة لا بد أن نتطرق قبل ذلك لتعريف التغذية السليمة أو "الغذاء الكامل".

• التغذية السليمة والغذاء الكامل

التغذية السليمة هي العملية التي يستفيد بها الجسم من العناصر الغذائية التي يتناولها الإنسان والآلية، (الهضم والامتصاص) التي يتزود بها بالطاقة والمواد اللازمة لبناء خلاياه وتنظيم عملياته الحيوية، (WHO, 2000)، والغذاء الكامل يحتوي على جميع المواد الغذائية مثل البروتينات، الفيتامينات، الكربوهيدرات، الدهون، ماء، أملاح. . حسب احتياج الجسم.

• تعريف سوء التغذية

هو عدم وصول الغذاء الجيد المتكامل، الذي يحتوي على ما يحتاجه الجسم من بروتينات وفيتامينات وحديد وكالسيوم واليود، (WHO, 1999). ويعتبر سوء التغذية أحد العوامل المسببة للمرض والموت حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فنصف الوفيات عند الأطفال في دول العالم النامية نتيجة سوء التغذية، (WHO, 2000).

• أعراض سوء التغذية

هناك أعراض متنوعة منها، تأخر في النمو، وانخفاض في الوزن، وفقدان في الشهية، و ضعف في المناعة، و تغير في لون البشرة، وكثرة الإصابة بالأمراض، و الإسهال، والأنيميا، و اختلال في التوازن الكهربائي، ضعف التمثيل الأيضي، وانخفاض نسبة السكر في الدم، وانخفاض نسبة الكوليسترول في الدم، تساقط الشعر، (Janet, 2004).

• علامات التغذية الجيدة

زيادة في الوزن، زيادة في الطول، واحمرار عند أطراف الأصابع، و نضارة في الوجه، وتناسب

ما بين الطول والوزن والعمر، والحيوية والنشاط والقدرة على التفكير، و قلة التعرض للإصابة بالأمراض، (U. N, 2004).

• علامات تستدعي انتباه الأم

2. فقدان الشهية وقلة النشاط إلى 4 سنوات، ما يتم ملاحظتها قبل مؤشرات عدم الزيادة في الوزن.
3. لا يبدو الطفل سعيد وقليل الابتسام وكثير البكاء.
4. يقل أكله عن المعتاد.
5. أقل نشاط من المعتاد.
6. يصاب بأمراض أكثر من المعتاد.
7. يتوقف عن النمو ويفقد من وزنه ويهزل جسمه، (De Onis et al, 2000).

• الأطفال المعرضون للإصابة بسوء التغذية

- خلال الفترة من 6 شهور إلى 4 سنوات من عمر الطفل فإن نموه يكون سريعاً وقد يصاب بسهولة بسوء التغذية إذا لم يحصل على كفايته من الطعام.
- عندما يكون لدى الأسرة الكثير من الأطفال فإن كمية الطعام المتاحة لكل فرد تكون أقل، وكذلك انشغال الأم فإنها لا تعطي الاهتمام الكافي لإطعام الطفل الصغير.
 - إذا تعاقبت مرات الحمل بدون فواصل زمنية فإن ذلك يضر بصحة الطفل والأم معاً.
 - الأطفال الذين يولدون صغار الحجم (أقل من 2 كيلوجرام).
 - الأطفال الذين لا يحصلون على القدر الكافي من لبن الأم.
 - خلال الفترة من 4 - 6 أشهر يكون الطفل في حاجة إلى أطعمة تكميلية كالفاكهة والعصير

والمهلبية فإذا لم يحصل على كفايته فقد يصاب بسوء التغذية.

- إذا أصيب الطفل بالإسهال أو السعال الديكي أو الحصبة فإنه يكون عرضة للإصابة.
- عندما يبلغ الطفل عمر ثلاثة أشهر فإن وزنه يجب أن يكون قد زاد بمقدار 1.5 كجم عن وزنه حين ولادته وإذا كانت الزيادة في الوزن أقل فقد يصاب بسوء التغذية، كما أن التوقف مبكراً عن الرضاعة يصيب بسوء التغذية.

- إذا لم يكن هناك وعي بكيفية إطعام الطفل، (De Onis et al, 2004).

• أسباب سوء التغذية

- انقطاع الطفل فجأة عن الأم لأي سبب، دون تعويضه بأطعمة تكميلية أو حليب صناعي.
- فطام الطفل على غذاء مكون من الكثير من المواد النشوية والقليل جداً من المواد الضرورية وهذا لا يلبي حاجة الطفل من المواد البانية لأنسجة الجسم وخلاياه.
- قلة الغذاء الكافي.
- الجهل وانخفاض المستوى الاقتصادي.
- الأسباب السياسية والاحتلال.
- أمراض التغذية: التهاب الجهاز التنفسي والالتهابات المعوية الحادة، (Janet, 2004)

• أنواع سوء التغذية

- أولاً: سوء التغذية الناتج عن نقص البروتين والطاقة (الهزال).
- ثانياً: سوء التغذية الناتج عن نقص البروتين (الكواشيوركور).
- ثالثاً: سوء التغذية الناتج عن نقص العناصر الغذائية كالحديد ونقص فيتامين (د)، (مزاهره وآخرون، 2000).

• أمراض سوء التغذية

يصاب الأطفال عادة بسوء التغذية نتيجة عدم تناولهم القدر الكافي من الأطعمة الصحية مما يؤدي إلى إصابة الطفل بأمراض سوء التغذية، وإن من علامات سوء التغذية الناتجة عن نقص البروتين والطاقة:

1. الهزال

يصاب المريض بالهزال إذا لم يتم تناول القدر الكافي من الأطعمة التي يحتاجها، ويصاب الأطفال عادة بهذا المرض في سن بين 6-14 شهر أثناء مرحلة الفطام، (De onis, 2000).

أعراض الهزال

- يكون الجلد ملتصقاً بالعظام مباشرة لأن أجسامهم لا تحتوي فقط. أية دهون.
- نقص الوزن الحاد، ولا يحتوي الجسم إلا على الجلد والعظم فقط.
- تبدو على وجوههم ملامح كبار السن.
- يكون الطفل في حالة جوع دائم، (De onis, 2000)

2. الأنيميا (فقر الدم)

الأنيميا: هي حالة قلة عدد كرات الدم الحمراء أو ما تحتويه من الهيموجلوبين الذي يحمل الأكسجين إلى جميع أجزاء الجسم حتى تقوم بوظائفها الطبيعية وتسمى فقر الدم، (مزاوهره وآخرون، 2000: 92).

أسباب حدوث الأنيميا

للأنيميا أسباباً عديدة منها خارجية أو تغذوية نذكر منها:

- تناول أغذية منخفضة في محتواها من الحديد بنوعيه.
- النزف الحاصل نتيجة مشاكل الجهاز الهضمي، و نتيجة للأمراض المزمنة مثل السل والقرحة والأمراض التي قد تصيب الأمعاء.
- فقدان الدم الشديد في الدورة الشهرية.
- وجود الطفيليات والديدان المعوية.
- فترات النمو المختلفة مثل النمو المبكر والمراهقة.
- فترة الحمل والإرضاع عند النساء.
- الإسهال.
- وجود المواد التي تعيق امتصاص الحديد مثل الألياف والفسفور وقشور البذور. (جمعية ارض الإنسان، 2005).

وقاية الأطفال الصغار من الأنيميا

- يجب على الأم الحامل تناول مختلف الأطعمة.
- يجب إعطاء الطفل من 4 - 6 شهور وجبات مختلفة تحتوي على الحديد.
- يجب عدم تناول الشاي أو الكولا أثناء أو بعد الأكل مباشرة.
- إعطاء الطفل عصير الفاكهة وخصوصاً مثل الليمون والبرتقال و الجريب فروت.
- الاهتمام بالنظافة حتى لا يصاب الطفل بالديدان.
- تشجيع الأم على الرضاعة الطبيعية حتى تمد طفلها بالحديد، (WHO, 1999)

إرشادات عامة لعلاج فقر الدم

- تناول مقويات الحديد طبقاً لدرجة الإصابة وحسب إرشادات الطبيب المعالج.
- التركيز على استهلاك الأغذية الغنية بالحديد.
- تناول الأغذية الغنية بفيتامين (ج) للمساعدة في امتصاص الحديد مثل عصير المشمش والكرز وعصير الطماطم.
- التقليل من تناول الشاي والقهوة وكذلك المشروبات الغازية.
- في حالة الأم الحامل والمرضعة ينصح أخذ الحديد كمقوي بعد الشهر الثالث وتبعاً للحالة الصحية لها.
- الفحص الدوري لنسبة الهيموجلوبين في الدم للوقوف بشكل مباشر على نسبة الحديد في الدم ومتابعتها بشكل مستمر، (WHO, 1999).

• الوقاية من سوء التغذية

- إرضاع الطفل طبيعياً أطول فترة ممكنة، وعند بلوغ الطفل سن أربعة أشهر يجب إعطاؤه الفاكهة والعصائر والمهلبية بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية.
- إعطاء التغذية الإضافية السليمة بعد إتمام سن 4 شهور.
- إعطاء الطفل عدد أكبر من الوجبات كل يوم.
- التقليل من نسبة الحلويات والشاي والقهوة والكاكاو والشيبس والمياه الغازية.
- تضاف الدهون مثل الزيت أو السمن النباتي إلى الوجبات لتزويد الطفل بالطاقة ولتحسين مذاق الطعام.
- الابتعاد عن الوجبات السريعة مثل الشاورما و البيتزا والبيفبرجر مع الاهتمام النظافة.

- الانتباه الجيد عند تحضير الوجبة للطفل من حيث مراعاة الكمية والنوع والنظافة.
- التركيز على الرضاعة الطبيعية منذ لحظة الولادة وحتى 6 شهور وبعد ذلك يبدأ بإعطائه أنواع من الغذاء الجيد والمناسب، (جمعية ارض الإنسان، 2005).

تعقيب عام للباحثة على الإطار النظري

الاكتئاب هو مرض من الأمراض التي تصيب معظم أفراد المجتمع ولكن باختلاف درجاته فلا يوجد أحد منا لم يعاني في فترة من فترات حياته بالإحباط؛ ولذلك اهتم معظم الباحثين والعلماء بدراسة هذا الاضطراب والبحث عن أساليب ونماذج متنوعة لتعامل مع أعراضه، وذلك لما لهذه الأعراض من تأثير واضح على كل جوانب الحياة المختلفة، وهناك ارتفاع في نسبة انتشار الاكتئاب في العالم بشكل عام، وارتفاع نسبة انتشاره في فلسطين بشكل خاص حيث كانت نسبة الاكتئاب للمترددين على مراكز الصحة الأولية 17% حسب دراسة قوته وتمراز، وبين السيدات المترددات على جمعية أرض الإنسان حوالي نصف السيدات اللواتي يترددن على الجمعية يعانين من الاكتئاب حسب تقرير جمعية أرض الإنسان في عام 2005. فكان الإرشاد النفسي من ضمن النماذج المختلفة التي تحدث عنها علماء علم النفس وعن فاعليتها في التعامل مع مشكلة الاكتئاب، فنظريات الإرشادية حاولت أن تضع تفسير لبعض أعراض الاكتئاب، وهذا يقود للوصول إلى الأساليب والطرق المناسبة التي تسهل التعامل مع هذه الأعراض الاكتئابية.

كما استفادت الباحثة من عرضها للأساليب المختلفة للإرشاد في بناء وتصميم برنامجها الإرشادي وانتقاء الأنشطة التي تراها مناسبة من وجهة نظرها معتمدة في ذلك على الإطار النظري والدراسات السابقة للتعامل مع أعراض الاكتئاب واعتمدت في ذلك على النظريات الإرشادية

المختلفة والتي تركزت في النظرية الانتقائية وكانت أرضية البرنامج تستند على الإرشاد الديني الذي يعتبر شيء أساسي في البرنامج، لا يمكن فصله عن جلسات البرنامج الإرشادي لأنه يمثل الثقافة الإسلامية للمجتمع الفلسطيني وخاصة السيدات اللواتي يتعرضن للضغوط النفسية التي تظهر أعراض اكتئاب عند هؤلاء السيدات وطبيعة والمرأة معرضة للاكتئاب أكثر من الرجل كما أثبتت الدراسات بأن هناك فروق بين الجنسين في الإصابة بالاكتئاب.

وأثبتت دراسة (Amenson and Lewinsohn, 1981) أن ثلثي الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب هم من النساء ومن الممكن أن يرجع ذلك إلي الأسباب التالية: التكوين العاطفي للمرأة، التغيرات البيولوجية المتلاحقة، خبرات التعلق والفقد، العمل المستمر بلا راحة. فالوظائف التي تقوم بها المرأة لا تعرف الإجازات لأن متطلبات الزوج والأولاد والأحفاد لا تنتهي فالسيدة تتحمل أعباء البيت في أغلب الأحيان لوحدها وأكثر الأمهات التي تعاني التي لديها أطفال يعانون من أمراض جسدية، وخاصة أمراض سوء التغذية، التي يتطلب من الأم عناية خاصة بطفلها من الجانب التغذوي للخروج به إلى بر الأمان دون الوصول إلى مراحل أخطر على صحة الطفل الجسمية أقل من 5 سنوات وبالتالي صحة الأم النفسية. وللوصول بهؤلاء السيدات اللواتي يعانين من مشكلة الاكتئاب إلى درجة من التكيف النفسي والتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية كان لابد من عمل برنامج إرشادي متضمن عدة جلسات، فكان لابد من التقييم للبرنامج الإرشادي المقترح، ورضا المسترشدين لأن الباحثة تريد معرفة مدى استفادة السيدات من هذا البرنامج المعد خصيصا لهن ومدى رضاهن عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل الجلسات، ومعرفة توقعات المسترشدين، والعوامل التي تلعب دور في تشكيلها وبالتالي تؤثر علي درجة الرضا عن أي عملية إرشادية.

وسوء التغذية من الأمراض الجسمية المنتشرة في هذا العصر بين الأطفال وخصوصا في الدول

النامية وأمراض سوء التغذية يأخذ حيز كبير من اهتمام الأمهات مما يسبب لهن القلق والتوتر المستمر طول معاناة طفلها، ومن خلال اطلاع الباحثة على هذه الأساليب المتنوعة والمختلفة الفردية والجماعية وحاولت التركيز على الأسلوب الجماعي في التعامل مع أعراض الاكتئاب لأن الإرشاد الجماعي من أفضل الأساليب الإرشادية للتخفيف من الاكتئاب وكما قال جبل (2000) أن الإرشاد الجماعي يستخدم لعلاج حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب والخجل، والاكتئاب هو محور اهتمام الدراسة الحالية.

ونظرا لتفرد الشعب الفلسطيني في العديد من النواحي وخاصة طبيعة المعاناة والآلام التي يتعرض لها أفراد المجتمع وخصوصا الأمهات التي يقع على كاهلها من أعباء مختلفة ومتنوعة وبالذات إذا لديها طفل مريض في هذه العائلة فإن العبء سيكون الضعف عليها وقد أشارت العديد من الدراسات أن وجود أعراض نفسية عند الأمهات من الممكن أن تؤثر ويخلق مشاكل صحية عند أبنائهم ومن هذه المشاكل الصحية التي من المحتمل أن تكون نتيجة الاكتئاب الأم أو سبب له سوء التغذية وهي المشكلة الصحية التي تتعامل معها جمعية أرض الإنسان ولذلك قامت الباحثة بالحديث المفيد عن سوء التغذية حتى يتسنى للقارئ فهم طبيعة هذه المشكلة التي يتعاملن معها هؤلاء الأمهات وحتى يتمكن من الوصول، ويتخيلوا ولو جزء من معاناة الأمهات، ومن خلال عمل الباحثة في جمعية أرض الإنسان وهي من احد العيادات التي تختص بالتعامل مع أطفال مرضى سوء التغذية وبعد الاطلاع على حجم معاناة هؤلاء الأمهات حاولت الباحثة أن تضع كل ما يمكن أن يفيدها لمساعدة الأمهات المكتئبات على التخلص من الاكتئاب ولذلك رأت الباحثة أن من الضروري البحث عن سبل وطرق من الممكن أن تكون مناسبة لمساعدة الأمهات على التكيف والتعامل مع صعوبات الحياة اليومية.

الفصل الثالث

صفحة

78	الدراسات السابقة
78	مقدمة
78	المحور الأول: دراسات تناولت برامج الإرشاد النفسي
88	تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت برامج الإرشاد النفسي
90	المحور الثاني: دراسات اهتمت بالاكنتاب
90	دراسات تناولت مستوى الاكنتاب وعلاقته ببعض المتغيرات
98	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة
99	دراسات تتحدث عن طرق تدخل مختلفة للتعامل مع الاكنتاب
110	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة
112	المحور الثالث: الدراسات التي تناولت سوء التغذية وعلاقته باكنتاب الأم
114	تعليق الباحثة على الدراسات السابقة

الفصل الثالث: الدراسات السابقة

المقدمة

تعتبر أدبيات البحث حجر الزاوية في البحث العلمي لما لها من أهمية للباحث في اكتساب المعرفة لطبيعة المشكلة التي يريد دراستها وتضيف إلى ذلك أساليب جديدة في البحث العلمي ربما يكون قد أغفلها، حيث نبدأ من نقطة انتهاء الآخرين ولذلك يجب على البحث الاطلاع الشامل والمتعمق على الدراسات السابقة التي ذات علاقة به وسنقوم في هذا الموضع عرض الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع البحث حسب التصنيف الآتي:

المحور الأول: دراسات تناولت برامج الإرشاد النفسي

1. دراسة مصلح، (2003) بعنوان "أثر برنامج إرشادي نفسي جماعي في خفض مستوى التوتر لدى طالبات المرحلة الأساسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية"، وهدفت الدراسة (40) طالبة تم تقسيمهم إلى (20) طالبة تجريبية، (20) طالبة ضابطة، واستخدمت الباحثة أداة التوتر النفسي إعداد "رنا الزواوي" و البرنامج الإرشادي إعداد دكسون وجوفر "قد تم استخدام الأساليب الإحصائية المتنوعة متوسط حسابي وانحراف معياري وتحليل التباين و T Test وكما أسفرت النتائج الدراسية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) بين متوسط المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها التدريب على البرنامج والمجموعة الضابطة التي لم يتلقى أفرادها أي نوع من أنواع التدريب، وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الطالبات في القياس البعدي الأول وبين متوسط درجاتهم في القياس البعدي الثاني.

2. قام الحواجري (2003) بدراسة بعنوان "مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة"، وهدفت الدراسة إلى فحص أثر برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة وكانت عينة الدراسة الكلية (340) طالباً وطالبة من طلبة الصف السادس الأساسي (194) طالباً، (146) طالبة تم اختيار درجات أعلى (48) طالب وطالبة وزعت على النحو التالي: المجموعة التجريبية الأولى عددها (12) طالب ذكور، المجموعة التجريبية الثانية عددها (12) إناث والمجموعة الضابطة الأولى عددها (12) طالب، والمجموعة الضابطة الثانية (12) طالبة، وقام بتطبيق بطارية من الاختبارات تتكون من مقياس ردود فعل الأطفال للأحداث الصارمة والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) ومقياس العصاب لأيزنك، مقياس مؤشر الضغط النفسي (برنامج غزة للصحة النفسية) ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي (إعداد صلاح أبو ناهية) لقد استخدم العديد من الأساليب الإحصائية وهي التحليل العاملي. المتوسط الحسابي، معامل ارتباط بيرسون، اختبار (ت)، اختبار ويلكوكسون، اختبار مان وتي U وقد أظهرت نتائج الدراسة علاقة ارتباطية طردية جوهرية بين مستوى الصدمة ومستوى العصاب وأن أعراض الصدمة تكون أكثر حدة ووضوحاً لدى الأفراد الذين يتميزون بمستوى مرتفع من العصابية والعكس صحيح وأن مستوى الصدمة النفسية وحدة الاستجابة للخبرات الصادمة لدى الإناث أعلى، كما بينت النتائج وجود فروق بين الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والأطفال ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع لصالح ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع لصالح ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، وأيضاً بينت النتائج مستوى الصدمة النفسية وأعراض ما بعد الصدمة ومستوى العصاب.

3. دراسة ماتلون وآخرون (Matalon et al,2002) بعنوان "برنامج تدخل قصير المدى متعدد

الجوانب لعلاج المرضى النفسيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية": فاستخدم دراسة وصفية لبرنامج تدخل قصير المدى متعدد الجوانب للمرضى النفسيين المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية وعمدت الدراسة إلى وصف النموذج، خصائص المرضى واستخدامهم للمصادر الطبية في عيادات صحة مجتمعية في (إسرائيل) وكانت عينة الدراسة تتكون من أول(40)مريض يتم تحويلهم إلى العيادة، وتم إجراء مسح نفسي ووظيفي شامل لهؤلاء المرضى. و استخدم المصادر الطبية تم مسحة بدراسة الملفات ومراجعتها سنة قبل الدراسة وسنة بعد الدراسة من الدخول في العيادة. وكان التدخل عبارة عن استشارات نفسية جسمية اجتماعية وتدخل بالأدوية والعلاج النفسي قصير المدى. وكانت أدوات الدراسة: مقياس المسح النفسي (Prime MD) ومقاييس كوب (COOP) لتقييم الأداء الصحي، ومقياس (SF-36, MOS) لتقييم الأداء الصحي والوظيفي، ومقياس رضا الأطباء عن علاقتهم بالمرضى بمقياس (Linear Scale).

والعلاج قصير المدى تضمن 10 جلسات مدة كل جلسة ساعة مرة كل أسبوع أو مرة كل أسبوعين. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية بأن معظم المرضى المحولين كانوا من النساء 77.5% وأعمارهم من 22 إلى 72 سنة، وشكواهم الرئيسية كانت الصداع 85%، والتعب 82.5%، الشعور بالكآبة أو اليأس 62%، و 65% كانت لديهم أعراض غير ظاهرة تعود إلى أمراض لم يتم التعرف عليها، ومعظم المرضى عبروا عن حالتهم الصحية بأنها متدهورة أو غير جيدة، وكانت نتائج التشخيصات كالتالي 87% أعراض سيكوسوماتية، 85% اكتئاب سواء حاد أو بسيط، 75% قلق، 20% اضطراب الهلع و 20% التوهم المرضي.

4. اعد بدر عبد القادر، (2001) دراسة بعنوان "فعالية إستراتيجية دراسية للتغلب على قلق

التحصيل لدى طلاب الجامعة" وهدفت الدراسة إلى تقديم إستراتيجية لمساعدة طلاب الجامعة في التغلب على مشكلة قلق التحصيل، وتم اختبار عينة الدراسة من بين طلاب الفرقة الأولى بكلية التربية وبلغت العينة النهائية (16) طالبا وطالبة (8 طلبة، 8 طالبات) تتراوح أعمارهم ما بين 17.3-18.6 سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين الأولى مجموعة تجريبية للطلبة والثانية مجموعة تجريبية للطالبات، واستخدم الباحثان مقياس القلق من إعدادهم واستخدموا الأساليب الإحصائية المناسبة وهي طريقة الإعادة بمعامل الارتباط وطريقة التجزئة النصفية واستخدم معادلة كورنباخ والاتساق الداخلي، وكانت النتائج أنها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من الطلاب في التطبيق القبلي والبعدي في بعد الضغط النفسي أثناء الاستذكار والاضطرابات الجسمية والفسولوجية والخوف (الرغبة من الأستاذ وقلق الامتحان وقلق التحصيل لمقياس قلق التحصيل وذلك لصالح التطبيق البعدي وأيضا من النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية من الطالبات في التطبيق القبلي و البعدي في بعد الضغط النفسي أثناء الاستذكار والاضطرابات الجسمية والفسولوجية، الخوف والرغبة من الأستاذ، والقلق قبل الامتحان ومقياس قلق التحصيل ككل، لمقياس قلق التحصيل وذلك لصالح التطبيق البعدي.

5. دراسة محمد، (2001) بعنوان "فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال

التوحيدين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال" وهدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي يتم تقديمه لأمهات الأطفال التوحيدين في تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي المقبول لهؤلاء الأطفال من خلال زيادة وعي الأمهات بطبيعة هذا

الاضطراب وأبعاده، وكانت عينة الدراسة تتمثل من ثمانية أطفال توحديين من الملتحقين بمدرسة التربية الفكرية بالزقازيق، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة والعدد متساوي. واستخدم الباحث مقياس جودار للذكاء، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة وهو من إعداد محمد بيومي خليل (2000) ومقياس الطفل التوحدي وهو من إعداد الباحث ومقياس السلوك الانسحابي وهو أيضا من إعداد الباحث والبرنامج الإرشادي المستخدم من إعداد الباحث واستخدام الأساليب الإحصائية التالية: وهي معادلة ألفا كرنباخ ومعادلة $kr-20$ وقيمة z ، وكانت النتائج تتمثل في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للسلوك الانسحابي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية ونلاحظ انخفاض متوسط درجات القياس البعدي لنفس المجموعة التجريبية مما يعكس انخفاض السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي للسلوك الانسحابي.

6. اعد رشيد، (2001) دراسة بعنوان "الإرشاد النفسي ومعالجة المخاوف"، وهدفت الدراسة إلي معرفة أثر أربعة أساليب تلميحية في استرجاع مباشر للمفاهيم العلمية لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي وكانت العينة تتمثل في (76) تلميذا وتلميذة وهو العدد الكلي لتلاميذ الصف السادس الابتدائي في مدرسة التسامي الابتدائية المختلطة، تم اختيار (20) اسما من الذكور، (20) اسما من الإناث عن طريق السحب العشوائي وكان العدد الكلي لتلاميذ الصف السادس الابتدائي في مدرسة البشائر الأساسية (65) تلميذا وتلميذة وتم اختيار (20) اسما من الذكور و(20) اسما من الإناث، وكانت أدوات الدراسة تتمثل في قائمة المفاهيم العلمية والتلميحات لقائمة المفاهيم من إعداد الباحث، واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية المناسبة وهي معامل

ارتباط بيرسون، معادلة سبيرمان ومربع كاي وتحليل التباين ذو الاتجاه الواحد وطريقة توكي والاختبار التائي لعينتين مترابطتين فكانت النتائج تسفر عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات التجريبية عند مستوى دلالة (0.01)، وأظهرت أيضا وجود فرق ذو دلالة فيما بين هذه المجموعات عند مستوى دلالة (0.01) وهذه الفروق بين المعالجات الأربعة، ولم يظهر أي فرق ذي دلالة في أي من المجموعات التجريبية الأربعة.

7. أعد أبو غزالة، (2001) دراسة بعنوان "فعالية برنامج إرشادي في تعديل اتجاهات المعلمات بالمرحلة الابتدائية نحو المعوقين جسديا ونحو فكرة دمجهم أكاديميا مع العاديين"، وقد هدفت الدراسة التعرف على اتجاهات معلمات المرحلة الابتدائية نحو المعوقين جسديا ونحو فكرة دمجهم في المدارس العادية وتصميم برنامج إرشادي لتنمية الاتجاهات الإيجابية و تعديل الاتجاهات السلبية نحو المعوقين ونحو فكرة دمجهم وتنمية وتعديل اتجاهات المعلمات في المدارس العادية ونحو فكرة دمجهم في العاديين، أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 420 معلمة من معلمات المرحلة الابتدائية بجدة من 39 مدرسة وكانت أدوات الدراسة متمثلة في مقياس الاتجاهات نحو المعوقين جسديا من إعداد الباحث، و مقياس الاتجاهات نحو فكرة الدمج وكان من إعداد الباحثة والبرنامج الإرشادي، واستخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" ونتائج الدراسة تتمثل في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاه المعلمات الجدد والقدامى نحو المعوقين جسديا لصالح المعلمات الجدد، وأيضا توجد فروق نحو فكرة الدمج الأكاديمي للمعاقين جسديا مع المعلمات الجدد والقدامى لصالح المعلمات الجدد، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات معلمات المرحلة الابتدائية الجامعيات وغير الجامعيات في الاتجاه نحو المعوقين جسديا، وأيضا

عدم وجود فروق نحو فكرة الدمج، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات
معلومات المرحلة الابتدائية المتزوجات وغير المتزوجات في الاتجاه نحو المعوقين جسدياً لصالح
التطبيق البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل
تطبيق الاختبار وبعده في الاتجاه نحو فكرة الدمج الأكاديمي للمعاقين جسدياً مع العاديين لصالح
التطبيق البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية
والضابطة في الاتجاه نحو المعوقين جسدياً لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق دالة
إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة نحو فكرة الدمج الأكاديمي للمعاقين جسدياً مع
التلاميذ العاديين لصالح المجموعة التجريبية.

8. دراسة أبو عيطة، (2001) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض

اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال في قطر"، وهدفت الدراسة إلى إعداد وتصميم مقياس
لاضطرابات القلق لدى الأطفال في المرحلة الطفولة المتأخرة بدولة قطر وإلى تقديم برنامج
إرشادي معرفي سلوكي لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة لخفض بعض
اضطرابات القلق لديهم وتمثلت عينة الدراسة في (746) طفلة من المدارس الابتدائية وتراوح
أعمارهم ما بين 9-12 سنة وتم اختيار (40) طفلة مما حصلن على درجات مرتفعة على أبعاد
قياس اضطرابات القلق استخدمت مقياس استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة واختبار اسم
الرجل تقنين استخدمت مقياس استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة واختبار اسم الرجل
تقنين فؤاد أبو حطب وآخرون، مقياس اضطرابات القلق للأطفال من إعداد الباحث والبرنامج
المعرفي السلوكي من إعدادها واختبار (الكات الاسقاطي) لبيلاك ميلاك، واستخدمت أساليب
الإحصائية وهي أسلوب التحليل العاملي ومعامل ثبات الفا كرنباخ واختبار ويلوكسون اللا

بارومتري، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة في القياس القبلي على مقياس اضطرابات القلق بينما لم يتضح وجود فروق بين أطفال المجموعة الضابطة في القياس البعدي على نفس المقياس، وفي حين وجدت فروق دالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة التجريبية و الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي على نفس المقياس، بينما لم توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي على نفس المقياس، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض القلق.

9. دراسة هوج وآخرون (Haug et al, 2000) بعنوان "علاج الخوف الاجتماعي في مراكز

الرعاية الصحية الأولية" وهدفت الدراسة إلى تدريب الأطباء على نموذج علاجي جديد لعلاج الخوف الاجتماعي وهو العلاج التعرضي، ثم البدء بتطبيق الطريقة وقياس مدى فعاليتها وكانت عينة الدراسة تتكون من 45 طبيب عام تم تدريبهم لمدة 30 ساعة في كيفية عمل الفحص السريري لمرضى الخوف الاجتماعي وتطبيق علاج التعرض، وتتضمن البرنامج التدريبي عرض لتسجيل فيديو لمقابلة مع خمسة من مرضى الخوف الاجتماعي ووضع تدرج علاجي لهم وعرض فيديو آخر يوضح الخطوات المختلفة في العلاج التعرضي واستخدمت نماذج لعب الأدوار في مجموعات التدريب. جميع الأطباء الذين شملهم التدريب أنهوا البرنامج التدريبي، وأظهروا رضا عن البرنامج ووجدوا أنه فعال في علاج المرضى الذين يعانون من الرهاب. وأظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية عند 12، 24 أسبوع بين مجموعتي العلاج وكان الأقل انخفاضاً في حدة الأعراض لصالح المجموعة التي حصلت على الدمج في العلاج،

وأظهرت أيضا أن العلاج التعرضي لوحده أو مدموج مع الدواء كان الأكثر فاعلية عن 12 أسبوع مقابل العلاج الدوائي لوحده، وعند 24 أسبوع كل أنواع العلاج كانت فعالة أكثر من الدواء الكاذب [placebo]. وخلصت الدراسة إلى أن من الممكن تقديم برنامج تدريبي مكثف للأطباء في مراكز الرعاية ويمكن أن يكون فعال كما ظهر في الدراسة.

10. دراسة حامد (1999) بعنوان "اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو مشكلة تلاميذهم

المعاقين وأثر برنامج إرشادي (جمعي-فردى) في تعديل تلك الاتجاهات" وهدفت الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات التي يعاني منها المعاقين في مجال التحصيل على اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو مشكلات التلاميذ المعاقين والتعرف أيضا على طبيعة البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية وهل يؤثر في تعديل الاتجاهات السلبية لدى معلمي التربية الخاصة نحو مشكلات تلاميذهم المعاقين وكانت العينة تتمثل في (136) من معلمي التربية الخاصة وتم اختيار مجموعة أفراد العينة الذين حصلوا على درجات أدنى في الإرباعي الأدنى في المقياس وقد تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدم الباحث مقياس الاتجاهات نحو مشكلات المعاقين والبرنامج الإرشادي وكلاهما من إعداد الباحث، والأسلوب الإحصائي المستخدم في هذه الدراسة تم إيجاد ثبات المقياس بطريقة تحليل التباين (كيودر-ريتشاردسون) وإيجاد المتوسطات والانحرافات المعيارية، والتدوير العامل والمصفوفة العاملية وأسفرت النتائج عن عدم وجود أي فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل و بعد تطبيق البرنامج الإرشادي في اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو المشكلات التي يقيسها المقياس وتوجد فروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وتوجد فروق بين متوسطات درجات المجموعتين

التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية و توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبيتين بين المتخصصين وغير المتخصصين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وكانت الفروق لصالح معلمي التربية الخاصة المتخصصين ولا توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة وبعد فترة التتبع التي استمرت لمدة ثلاث أشهر متتالية.

11. قام حداد وآخرون (1998) دراسة بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب

على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي" وهدفت الدراسة إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشادي في حل المشكلات وبرنامج إرشادي جمعي في استرخاء العضلي على ضبط التوتر النفسي وتكونت العينة من (30) طالب من الصفين السابع والثامن من الذين يعانون من التوتر النفسي بناء على درجاتهم في مقياس التوتر واستخدم الباحثان مقياس التوتر النفسي بناء على درجاتهم في مقياس التوتر، واستخدم الباحثان مقياس التوتر النفسي الذي طورته رنا الزواوي (1992)، وبرنامج الإرشادي الجمعي باستخدام أسلوب حل المشكلات من تطوير الباحثان وبرنامج الإرشادي الجمعي باستخدام أسلوب الاسترخاء العضلي، وطوره الباحثان اعتماداً على التدريبات الاسترخاء العضلي (عبد الستار إبراهيم، 1980) واستخدم الباحثان الأساليب الإحصائية المناسبة وهي اختبار كروسكال واليس ومعامل ارتباط سبيرمان، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقد كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05) بين المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة على اختبار كروسكال واليس في المقياس المباشر والمقياس الآجل (الاحتفاظ) ولصالح المجموعتين التجريبيتين كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات

دلالة بين المجموعة التجريبية الأولى والثانية في القياس المباشر والآجل فيما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر النفسي.

• تعقيب الباحثة على الدراسات التي تناولت برامج الإرشاد النفسي

من خلاصة العرض السابق للدراسات السابقة المتعلقة بالبرامج الإرشادية أن البرامج الإرشادية مهمة في التخلص من الكثير من السلوكيات الغير مرغوب فيها أو تغيير اتجاه سلبي حول موضوع معين وستقوم الباحثة بالتعليق على هذه الدراسات من عدة نواحي.

من حيث الهدف: تشابهت أهداف الدراسات من بحث العمل على إيجاد تقنية أو وسيلة إرشادية لتعامل مع المشاكل أو الاضطرابات النفسية التي تواجه الأفراد بغض النظر عن العمر أو الجنس وإن اختلفت نوع المشكلة التي تصيبهم فمن الدراسات من ركز على فئة الأطفال و منها دراسة مصلح (2003) ودراسة حداد (1998) ودراسة عيطة (2001) و الحواجري (2003) وبعض الدراسات كانت عن الراشدين و أغلبهم طلاب جامعة مثل دراسة بدر، عبد القادر (2001)، ومعلومات كدراسة أبو غزالة (2001)، ومعلمي التربية الخاصة كدراسة حامد (1999) ودراسة لأمهات أطفال لديهم مشاكل وراثية كدراسة محمد (2001) وتشابهت الدراسة الأخيرة محمد (2001) مع الدراسة الحالية من حيث الاهتمام بالأمهات.

معظم البرامج على حد علم الباحثة تعاملت مع مشاكل القلق والتوتر ما عد الحواجري (2003) وصايمه (2005) تعاملت مع اضطراب ما بعد الصدمة النفسية ودراسة حامد (1999) هدفت إلى تعديل اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو تلاميذهم.

من حيث العينة: معظم الدراسات التي اطلعت عليها الباحثة تتميز بصغر حجم عينتها التي تتراوح ما بين (12-40) ولكن هناك دراستين عيّنتهما حجم كبير مثل دراسة حامد (1999) وكانت العينة

136، ودراسة أبو غزالة (2001) وكانت العينة 420 مفحوص.

منهج الدراسة: وكل الدراسات استخدمت المنهج التجريبي ويتضمن المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية وهذا يتوافق مع ما تم استخدامه في الدراسة الحالية.

طريقة التدخل: معظم الدراسات استخدمت الإرشاد الجمعي كوسيلة للتدخل بينما دراسة حامد (1999) استخدم الإرشاد الجمعي والفردى معا. استفادت الباحثة من دراسة حداد (1998) باستخدام تقنية من تقنيات الإرشاد وهي الاسترخاء في بناء الإطار النظري للبرنامج المقترح في الدراسة الحالية ومن تقنية لعب الأدوار (سيكود راما) من دراسة هوج (Haug, 2000) وصايمة (2005) وأيضا تم الاستفادة من صايمة (2005) تقنية التفريغ الانفعالي وتصحيح الأفكار المشوهة وضم الإرشاد الديني كتقنية لتعامل مع المشاكل النفسية.

وأما بالنسبة لأدوات الدراسة استخدمت العديد من الدراسات أدوات من إعداد الباحث وخصوصا البرامج الإرشادية التي أعدت، أما الأداة التي تقيس الاضطراب أو تعرف المشكلة فمعظم الدراسات -على حد علم الباحثة- اعتمدت على مقياس معدة من قبل آخرين.

من حيث النتائج: فقد أظهرت جميع نتائج هذه الدراسات مدى فاعلية البرامج الإرشادية وقدرتها على مساعدة المضطربين والذين يعانون من مشاكل نفسية في خفض مستوى الاضطراب لديهم.

المحور الثاني: دراسات سابقة تناولت الاكتئاب

دراسات تناولت مستوى الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات:

1. دراسة الجريسي (2003) بعنوان "الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة

وعلاقتها ببعض المتغيرات"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة ومعرفة ما هي أبعاده ومدى العلاقة بين مستوى السلوك الديني والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة غزة والعلاقة بين منطقة السكن ومستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة ومحافظة غزة، والعلاقة بين المستوى التعليمي والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة والعلاقة بين العمر والاكتئاب النفسي لدى مرض سرطان الرئة في قطاع غزة.

وكانت العينة تتمثل في 200 فرد من أفراد المجتمع الفلسطيني ويوجد تكافؤ في المرحلة العمرية والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية حيث قام الباحث بتوزيع درجات مقياس بك للاكتئاب عليهم لمقارنة الدرجة التي حصلوا عليها المرضى وعمل مستوى للاكتئاب.

واستخدم الباحث الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري والتكرارات والنسب المئوية وتحليل التباين الأحادي واختبار شفهيّة البعدي لمعرفة اتجاه الفروق بعد تحليل التباين. واستخدم أيضا معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج تتمثل بأن مرضى سرطان الرئة يعانون من الاكتئاب بدرجات متفاوتة والكم الأكبر يعانون من الاكتئاب بدرجة متوسطة وكبيرة.

وتوجد علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية سالبة بين الاكتئاب والسلوك الديني، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة تعزى إلى متغير فئة العمر لصالح المجموعة أكثر من 60 ومن 40-60 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

2. دراسة غانم (2002) بعنوان "مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب"، وهدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية من الذكور الأسوياء بلغت العينة في كل فئة (100) فرد وتراوح أعمارهم ما بين 17-57 عاما بمتوسط قدره (31.75) سنة وانحراف معياري قدره (10.85) سنة وتم تطبيق استبيان مشكلات النوم من إعداد الباحث واختبار تيلور للقلق الصريح وقائمة بيك للاكتئاب واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية حساب المتوسطات الحسابية للانحرافات المعيارية قيم t لحساب دلالة الفروق بين المجموعات قيم z لحساب دلالة الفروق بين المجموعات، حساب معاملات ارتباط بيرسون وتم التوصل إلى عدة نتائج وهي وجود علاقات ارتباطية موجبة بين مشكلات النوم والقلق الصريح والاكتئاب وبين الاكتئاب والقلق الصريح لدى عينة الذكور ووجود علاقات ارتباطية سالبة بين عادات النوم والطقوس النوم ومشكلات النوم والاكتئاب لدى عينة الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب الإناث في مشكلات النوم، القلق الصريح، والاكتئاب.

3. أعدت مبروك (2002) دراسة بعنوان "تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على واقع متغيرات تقييم الذات والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من المسنين الذكور في مدينة القاهرة كما تحاول فحص تأثير تقييم الذات على العلاقة الارتباطية بين مشاعر الوحدة النفسية والاكتئاب وقد طبقت بطارية من الاختبارات التي تقيس هذه المتغيرات على عينة عشوائية من المسنين بلغت 60 مسنا وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سالبة ودالة إحصائية بين تقييم الذات وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب حيث تنخفض مشاعر الوحدة النفسية ومستويات الاكتئاب في ظل التقييم الإيجابي للذات وأيضاً توصلت هذه الدراسة إلى أن دور تقييم الذات في خفض العلاقة بين الوحدة النفسية

والاكتئاب لدى كبار السن تتأثر بمتغير تقييم الذات.

4. قامت بيكر وآخرون (Becker et al, 2002) بدراسة معدل انتشار الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية وخصوصاً الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية وهدفت الدراسة إلى التعرف على الأعراض السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق ولذلك استخدمت استبيان حول صحة المرضى (PHQ) وهو أداة مسح للتعرف وتشخيص الأمراض السيكوسوماتية وأمراض نفسية أخرى وتم تعديل المقياس ليشمل قياس معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمها مع الاكتئاب، ولذلك استخدمت عينة مقطعية عشوائية من 431 مريض المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية من الرجال والنساء. المرحلة الأولى من الدراسة تضمنت استخدام PHQ لمعرفة معدل انتشار الأمراض خصوصاً السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق. وُزِع الاستبيان على 431 مريض، منهم 173 مريض (40%) تمت مقابلتهم بواسطة مهنيين نفسيين واستخدموا (SCID-R) مقابلة منظمة إكلينيكية كمعيار لمصادقية استبيان صحة المرضى في المجتمع السعودي وبعد ذلك تم استخدام المعيار أو المقياس لقياس مدى انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من سيكوسوماتية واكتئاب على المرضى المتبقين 258 مريض كانت النتائج كالتالي: معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية 19.3%، ومعدل انتشار الاكتئاب 20% وخلصت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمه مع الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية مشابهة أو مساوي لمعدل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العالم و أنه من الممكن فحص معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية بواسطة استخدام استبيان صحة المريض كأداة فعالة لهذا الغرض.

5. قام أندرو وكارتر (Andrew and Carter :2001) بدراسة معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المجتمع الاسترالي و الاطلاع على آراء الجمهور حول الصحة النفسية وخصوصا الاكتئاب والقلق، أجريت الدراسة بواسطة المركز القومي للدراسات النفسية في استراليا سنة 1997، اشترك في الدراسة 10641 من الأشخاص البالغين وكان معدل الاستجابة 78% واهتم الباحثان بقياس معدل انتشار القلق والاكتئاب واضطرابات أخرى وكذلك عدد الاستشارات نتيجة المشاكل النفسية والعلاج المتلقى. وتم استخدام المقابلة الشخصية لتحديد ماهية الاضطرابات النفسية التي تعاني منها العينة. فكانت نتائج الدراسة كالتالي: 6-13% من العينة انطبقت عليهم معايير الإصابة بالقلق أو الاكتئاب خلال 12 شهر، وكان لديهم فشل في أداء الوظائف اليومية وكان معدل استشارتهم لطبيب العام أو الفريق الطبي 1.4 مرة خلال فترة الدراسة. و أكثر من نصف العينة لم يستشيروا أخصائي نفسي خلال فترة الدراسة و ذلك بسبب شعورهم بعدم الحاجة لذلك. وخلصت الدراسة إلى أن معظم الأشخاص الذين بحاجة إلى تلقي الخدمات النفسية لم يتلقوها بالشكل المطلوب و من الممكن أن يلعب الطبيب العام داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية دور كبير وفعال في تقديم الخدمات النفسية للمرضى ذلك للحصول على خدمات نفسية فعالة وبتكلفة أقل.

6. أعد عبد اللطيف (1997) دراسة بعنوان "الاكتئاب النفسي دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين"، هدفت الدراسة إلى بحث الفروق في الاكتئاب بين المصريين المقيمين في الكويت والكويتيين وبحث الفروق بين الجنسين.

تكونت عينة الدراسة من (2088) فردا من الموظفين والموظفات منهم 1025 كويتيا بواقع (503) ذكور، و(522) أنثى، 1063 مصريا بواقع (317) ذكر، (746) أنثى.

ولقد تم استخدام مقياس بك لقياس الاكتئاب، وقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

العينتين الكويتية والمصرية حيث كان المصريون أكثر اكتئاباً من الكويتيين ولم تظهر فروق بين الجنسين ولكن كان هناك تفاعل بين الجنس والجنسية في درجات الاكتئاب حيث كان الذكور في العينة الكويتية أكثر اكتئاباً من الإناث بينما كانت الإناث في العينة المصرية أكثر اكتئاباً من الذكور.

7. أعد فايد (1998) دراسة بعنوان "الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها"، وهدفت الدراسة على معرفة ما إذا كانت هناك فروق جوهرية بين الذكور والإناث واليأس وتصور الانتحار وأيضاً إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار لدى مجموعة الذكور والإناث وتم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس اليأس ومقياس تصور الانتحار على عينة مكونة من 324 من طلاب الجامعة (162 ذكراً، 162 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 17-24 سنة بمتوسط عمري 20.93 وانحراف معياري 2.03 سنة وأسفرت النتائج عن أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث في كل من الاكتئاب، واليأس، وتصور الانتحار، وأيضاً تزداد درجة تصور الانتحار بفعل التأثير المشترك لكل من الاكتئاب واليأس لدى مجموعتي الذكور والإناث، وعند عزل تأثير اليأس عن علاقته بين الاكتئاب وتصور الانتحار تراجعت قيمة معامل الارتباط بشكل ملحوظ لدى مجموعة الإناث دون مجموعة الذكور بينما لم تتغير العلاقة بين اليأس وتصور الانتحار عند عزل الاكتئاب لدى مجموعتي الذكور والإناث.

8. قام مرسى (1997) بدراسة "أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي" وهدفت الدراسة إلي تبين إلى أي مدى تنتشر أزمة الهوية لدى الشباب الجامعي من الجنسين وكذلك فحص العلاقة بين أزمة الهوية والاكتئاب والفروق بين الجنسين في كل منها وتمثلت عينة الدراسة في (164) طالبا طالبة (92 ذكر، 72 أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين 21-24 سنة وباستخدام مقياس

للاكتئاب واستبيان هوية الأنا من إعداد الباحث وكشفت النتائج عن وجود 33 طالبا وطالبة لديهم أزمة في تحديد الهوية ويمثلون نسبة 20.12% وكما كشفت عن وجود علاقة ايجابية بين أزمة الهوية والاكتئاب عند مستوى 0.01 ($\alpha = 0.04$) وعدم وجود فروق بين الجنسين في درجة تحديد الهوية بينما كانت هناك فروق بينهما في الاكتئاب في جانب الإناث وقد ظهرت لدى الذكور فروق وفقا للترتيب الميلادي في هوية الأنا.

9. دراسة عطا (1993) بعنوان "تقدير الذات، والوحدة النفسية بين تقدير الذات كمتغير مستقل وكل من مشاعر الوحدة النفسية والاكتئاب كمتغيرات تابعة" وتهدف إلى فحص دور تقدير الذات كمتغير وسيط يعمل على تعديل العلاقة الارتباطية بين مشاعر الوحدة النفسية والاكتئاب. ولقد استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس (تقدير الذات) والوحدة النفسية والاكتئاب وقد تم تطبيقها على عينة عشوائية من الطلاب الجامعيين في كل من كلية المعلمين وكلية التربية بجامعة الملك سعود بلغت 136 طالبا وقد توصلت النتائج إلى واقع تقدير الطلاب لذويهم ومشاعر الوحدة النفسية لديهم ومستويات الاكتئاب في ظل المعايير المحلية والعالمية كما كشف البحث عن وجود علاقة سالبة ودالة وإحصائيا بين تقدير الذات وكل من الوحدة النفسية والاكتئاب حيث تنخفض مشاعر الوحدة النفسية ومستويات الاكتئاب في ظل تقدير الايجابي للذات وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن دور تقدير الذات في خفض العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب كان ضعيفا وأن العلاقة بين المتغيرين دالة إحصائيا عند مستوى 0.1 بعد العزل الإحصائي لتأثير تقدير الذات وهذا يشير إلى أن العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب علاقة قوية لم تتأثر بمتغير تقدير الذات.

10. قام المحارب (1993) بدراسة بعنوان "الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان". تحليل جمعي للدراسات المنشورة ما بين 1981-1991م في محاولة للتعرف على ما إذا كانت هناك علاقة بين الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، وقد تم استخدام ثلاث طرق من أساليب التحليل الجمعي، طريقة حساب حجم الأثر، طريقة حساب قيم Z، طريقة تحديد العدد اللازم لتعويض النقص وأظهرت النتائج أن الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب لا تؤثر على عدد (كمية) خلايا ب- أو خلايا ت- اللمفاوية.

11. دراسة كامل (1992) وعنوانها "الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب". وهدفت الدراسة إلى بحث موضوع الانفصال عن الأسرة في مرحلة الطفولة وعلاقته ببعض المتغيرات مثل الشخصية، مركز الضبط، والاكتئاب. وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين بين الأطفال تكونت المجموعة الأولى من المقيمين بالأقسام الداخلية ببعض المدارس الخاصة، وتكونت المجموعة الثانية من ذوي الأمور الطبيعية، كما تم تطبيق مقياس مصدر الضبط والاكتئاب. وانتهت النتائج إلى تحقيق فرض الدراسة من حيث وجود فروق دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المنفصلين عن أسرهم، والأطفال ذوي الأسر الطبيعية على مقياس الاكتئاب ومقياس مصدر الضبط الخارجي وذلك لصالح العينة الأولى المنفصلين عن أسرهم. يتضح من الدراسة السابقة مدى أهمية الأسرة في تكوين الفرد السليم ، تلك الأسرة التي طالما حث عليها الإسلام في غير موقع من أجل التربية الأمتل والحفاظ على الأجيال المسلمة من الآفات المجتمعية والمشكلات النفسية المختلفة.

12. دراسة سلامة (1991) وهي بعنوان " الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين". وهدفت الدراسة إلى التقصي حول الاكتئاب والمتغيرات النفسية والمعرفية المرتبطة بحدوثه أو استمراره. وقد ركزت هذه الدراسة على فحص إذا ما كانت الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة ومتغيرات نفسية يمكن التمييز بموجبها بين المكتئبين وقد استخدم الباحث مقياس الاكتئاب المعرب من مقياس بك، وكذلك مقياس تقدير الشخصية للكبار ثم مقارنة درجات مجموعة من المكتئبين الإكلينيكين بدرجات مجموعة من غير المكتئبين على مقياس كل من الاعتمادية وانخفاض تقدير الذات وعدم الكفاية الشخصية والنظرة السلبية للحياة وذلك بعد مجانسة المجموعتين في متغيري السن - التعليم. وقد وجد أن المكتئبين الإكلينيكين كانوا أعلى، بفروق دالة، كذلك وجدت علاقة حقيقية بين الاعتمادية والاكتئاب في العينة الإكلينيكية بينما لم تكن العلاقة دالة في العينة غير الإكلينيكية. ووجد أيضا أن درجات التقييم السلبي للذات ترتبط بدرجات الاكتئاب ارتباطا طرديا دالا في كلتا المجموعتين وإن كانت العلاقة تزداد بقوة بين المتغيرين في مجموعة المكتئبين الإكلينيكين.

13. دراسة محمد صالح هيشان (1983) وكان موضوعها "القلق والاكتئاب لدى المقعدين قبل وبعد التأهيل" قام هيشان بمقارنة مستويات القلق والاكتئاب لدى المقعدين في مراحل ما قبل التأهيل وما بعدها، ثم تحديد الخصائص النفسية المتعلقة بالمقعدين، واختار الباحث (20) مقعدا من الذين يستخدمون الكرسي المتحرك، (10) منهم مؤهلون و(10) مقعدون غير مؤهلين، ثم اختار الباحث (10) حالات من الأسوياء العاديين لإجراء بعض المقارنات الإحصائية. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس القلق لتيلور، ومقياس الاكتئاب من قائمة منسوتا للشخصية متعددة الأوجه كما استخدم الباحث المقابلة الإكلينيكية بالإضافة إلى اختبار "تات واختبار تفهم الموضوع".

وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مستويات القلق والاكتئاب بين المقعدين قبل التأهيل والأسوياء لصالح الأسوياء وقد توصل الباحث إلى أن الإصابة وحدها ليست هي المسؤولة عن مظاهر عدم التوافق. كما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين المقعدين غير المؤهلين والمقعدين المؤهلين في مستويات القلق والاكتئاب لصالح المقعدين المؤهلين. وقد لاحظ الباحث في الحالتين السابقتين أن هناك عوامل أخرى تؤثر على الإعاقة وعلى مدى التوافق مثل: النقل الأسري والاجتماعي، العوامل الاقتصادية، سمات الشخصية قبل الإصابة، الاتجاهات التعليمية والاهتمامات الدينية. أما عن الاستجابات النفسية للإصابة بشلل الأطراف السفلية فقد توصل الباحث إلى أن القلق والاكتئاب من أبرز الاستجابات النفسية للإصابة كنتيجة لمشاعر النقص والدونية والإحباط، والانسحاب أو الاغتراب وانعدام النقل الأسري أو الاجتماعي وانعدام الأمن، ومظاهر الصرع، والغضب والعدوان والتعويض.

• تعليق الباحثة على الدراسات السابقة

من حيث الهدف: اتفقت دراسة كلا من مبروك (2002) وعطا (1993) وكامل (1992) وسلامة (1991) بالاهتمام بدراسة العلاقة بين الاكتئاب ومتغيرات مختلفة من أهمها الوحدة النفسية وتقدير الذات

من حيث العينة: اختلف عدد العينة بما يتناسب مع هدف الدراسة فبعض الدراسات اهتمت بالعدد فاستخدمت أعداد كبيرة مثل الجريس (2003)، غانم (2002) واندرو وكارتر (2001) وعبد اللطيف (1997)، مع اختلاف نوع وعمر العينات حسب هدف البحث. بينما تميزت دراسة مبروك (2002) وصالح (1983) بصغر حجم عينتها.

الأداة: معظم الدراسات -علي حد علم الباحثة- استخدمت مقياس بيك للاكتئاب وهو ما استخدمته

الباحثة في الدراسة الحالية ما عدا دراسة محمد (1983) استخدم مقياس الاكتئاب من قائمة منسوتا لشخصية متعددة الاوجة.

من حيث النتائج: استفادت الباحثة من نتيجة دراسة كلا من مبروك (2002) وعطا (1993) وكامل (1992) وسلامة (1991) بضرورة الاهتمام بتقدير الذات كمتغير له تأثير مباشر على الاكتئاب وضرورة التركيز على دور الأسرة أو الدعم الاجتماعي خلال التدخل مع حالات الاكتئاب وهذا ما حاولت الباحثة العمل على إيجاده خلال الجلسات الإرشادية بين أفراد المجموعة. ودراسة الجريسي (2003) كان من نتائجها أن الاكتئاب يتأثر بالوازع الديني وهذا ما استفادت منه الباحثة في الجلسات الإرشادية التي تضمنت جلسات الإرشاد الديني.

• دراسات تتحدث عن طرق تدخل مختلفة للتعامل مع الاكتئاب

1. قام فلك Fleck (2005) بدراسة ترابطية بين الاكتئاب الحاد في مراكز الرعاية الأولية في 6 دول من خلال دراسة تتابعيه لمدة 9 شهور وهدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل الرئيسية الإكلينيكية المرتبطة بنتائج علاج الاكتئاب في بلاد مختلفة ولهذا الغرض اختيرت 6 دول لتطبيق الدراسة في داخل مراكز الرعاية الأولية وهي (استراليا - البرازيل - (إسرائيل) - روسيا - الولايات المتحدة الأمريكية - إسبانيا) وبلغت العينة حوالي 968 مريض من عمر 18-75 سنة استخدم مقياس الارتداد اللوجستيكي مع نموذج هرمي (Logistic Regression with a Hierarchical Model) توصلت النتائج إلي أن عدد مرات المتابعة تتراوح ما بين 25%- 48% علي مقياس ارتداد اللوجستيكي وأظهرت البيانات أن للتعليم والأحداث الهامة بالحياة ودرجة مقياس جودة الحياة للمكتئبين دورا أساسيا وهاما في سير عملية العلاج بينما البيانات الديمغرافية والاجتماعية وحدة الاكتئاب وتلازم الأمراض وجودة الحياة العامة ولم يكن لها أي تأثير في سير عملية العلاج

وخلصت الدراسة أن عدد قليل من الناس في 6 دول استطاعوا الوصول إلى إكمال فترة المتابعة وأن العوامل التي ساعدت على ذلك التعليم وجودة الحياة للمكتئبين والأحداث الهامة.

2. قام فورس Voorhees وآخرون (2003) بعمل مقارنة بين مرضى الاكتئاب الذين يتلقون الرعاية في مراكز الرعاية الصحية فقط ومرضى الاكتئاب الذين يتلقون الرعاية من متخصصين بالمجال النفسي من حيث درجة تقبل خيارات العلاج والحاجة للعلاج خلال 6 أشهر، فاختار لذلك عينة مقطعية من المرضى المترددين علي 45 مركز صحي مجتمعي في الولايات المتحدة الأمريكية فكانت العينة تتكون من 881 من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الحاد خلال ستة شهور الماضية ودخلوا ضمن 3 من 4 دراسات حول جودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين الأولى تلقت العلاج من العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية فقط وكانت نسبتهم 45% بينما المجموعة الثانية كانت بنسبة 55% وتلقت العلاج من قبل متخصصين في تقديم الخدمات النفسية، وبعد مقارنة النتائج بين المجموعتين خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين تلقوا العلاج من غير المهنيين كانت لديهم ميول لرفض العلاج بنسبة 2.7% ضعف المرضى المتلقين للعلاج من المهنيين وكانت لديهم ميول لرفض خيارات العلاج بنسبة 2.4% ضعف المجموعة الأخرى خصوصا رفض مضادات الاكتئاب. وأيضا خلصت إلى أن مرضى الاكتئاب الذين يحصلون على العلاج من مراكز الرعاية لديهم معتقدات أكثر كرها للعلاج مقارنة مع المتلقين للعلاج من المهنيين وهذا الاختلاف يمكن أن يعود لقلة جودة الخدمات المقدمة لهم من قبل غير المهنيين وهذا الاختلاف يمكن أن يعود لقلة جودة الخدمات المقدمة لهم من قبل غير المهنيين مقارنة مع الخدمات التي يقدمها المهنيين.

3. أعد غانم (2002) دراسة بعنوان "المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسة إيواء وأسر طبيعية"، وهدفت الدراسة إلى الوقوف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة، مقياس الشعور بالوحدة النفسية، وقائمة بك للاكتئاب وقد تبين من النتائج إن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية (بأبعادها المختلفة) أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء، وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء.

4. أعد الكسندر Alexander وآخرون (2001) دراسة بعنوان "جودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب والقلق في الولايات المتحدة الأمريكية نشرت" وهدفت الدراسة إلى التعرف على جودة العلاج المقدم لهؤلاء المرضى ودور التأمين ومقدم الخدمة وخصائص الشخص في الحصول على الرعاية المناسبة والمطلوبة، وتم إجراء دراسة مسحية لهذا الغرض بواسطة التليفون سنة 1997 إلى سنة 1998، وكان المستجيبون لهذه الدراسة حوالي 1636 شخص بالغ مع احتمال الإصابة بالاكتئاب أو القلق خلال 12 شهراً كما أظهرت المقابلة النفسية المختصرة، والعلاج المناسب تم تعريفه بالحصول على الدواء أو الإرشاد، أظهر تحليل النتائج بعد سنة من الدراسة أن 83% من المرضى المحتمل إصابتهم بالاكتئاب أو القلق حصلوا على رعاية من قبل مقدمي الخدمات الطبية في مراكز الرعاية الصحية الأولية و30% تلقوا العلاج المناسب ومعظمهم زاروا فقط مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وحصل على العلاج المناسب 19% من المرضى من 90% ممن زاروا مراكز متخصصة في تقديم الخدمات النفسية. العلاج المناسب كان قليل عند الرجال السود، الأقل تعليماً، الأقل من 30

سنة أو أكثر من 59 سنة. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الخدمة تعود إلى التأمين أو الدخل. وخلصت الدراسة إلى أنه من الممكن إجراء تقييم لجودة الخدمات على صعيد دولي وأن معظم مرضى الاكتئاب والقلق من البالغين لا يتلقون الخدمات المطلوبة.

5. قام جونسون Johnson وآخرون (2000) سنة بدراسة "العلاج المفضل بين مرضى

الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية" وهدفت الدراسة لفهم الخصائص الموجودة عند المرضى ويمكن أن تؤثر على تلقيهم العلاج وقام الباحثون بدراسة المفضل من العلاج لهؤلاء المرضى وتوقعاتهم المستقبلية وكانت الأداة المستخدمة بواسطتهم الاستبيانات والمقابلات الشخصية وتم ذلك 46 مركز رعاية صحية أولية في 7 مناطق مختلفة في الولايات المتحدة وتكونت عينة من 1187 مريض ممن يتحدثون اللغة الانجليزية والاسبانية ولديهم أعراض اكتئابية متكررة وتم تشخيص الاكتئاب والتعرف عليه بواسطة مقياس (Composite International Diagnostic Interview- CIDI) واستخدم أيضا مقياس (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) CESDS وتم سؤال المرضى عن المفضل لديهم من العلاج وجمع معلومات حول الخصائص الشخصية لهم من خلال الاستبيانات والمكالمات التليفونية، وأظهرت الدراسة أن 83% من العينة كانت لديها رغبة بالحصول على العلاج وكان الأغنياء هم الأكثر رغبة بالحصول على العلاج ولديهم معرفة أكبر عن مضادات الاكتئاب مقارنا مع من لا يرغب بالعلاج، وكان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المفضل من أنواع العلاج لصالح الإرشاد بنسبة 67% بين المرضى الذين يرغبون بالعلاج، كانت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفارقة الأمريكيين والبيض لصالح الأفارقة في اختيار طريقة الإرشاد كطريقة علاج ووجد أيضا أنه كلما زادت المعرفة بالإرشاد كلما زادت احتمالية اختياره كطريقة علاج، و47% من المرضى الراغبين بالحصول على العلاج فضلوا

الحصول على الإرشاد الجمعي عن الإرشاد الفردي.

6. قام ويلس (wallis) بدراسة (2000) حول "مدى فاعلية استخدام نظامين لعلاج الاكتئاب وهما العلاج بمضادات الاكتئاب أو العلاج المركز على حل المشاكل في مراكز الرعاية الأولية" وهدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كان العلاج الذي يركز على حل المشاكل يكون أكثر فاعلية عند ضمه مع العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب من إعطاء المريض كلا على حده في مراكز الرعاية الصحية الأولية وأيضاً لتحديد ما إذا كان الشخص (الطبيب أو الممرض) الذي يقدم العلاج يلعب دور في فاعليته إذا حصل الاثنان على نفس التدريب على الطريقة. واستخدمت لذلك عينة عشوائية منظمة تم تقسيمها إلى أربع مجموعات علاجية في إحدى مراكز الرعاية الأولية في أكسفورد وكانت العينة تضم مرضى تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الاكتئاب الحاد وأعمارهم من 18-65 سنة وحصلوا على 13 درجة من 17 درجة على مقياس هاملتون (Hamilton rating scale) لمدة تقل عن 4 أسابيع. تم تكويني 4 مجموعات علاجية إحداها تلقت العلاج بحل المشاكل بواسطة الطبيب والأخرى بواسطة الممرض والثالثة تلقت مضادات الاكتئاب والأخيرة تلقت تدخل يتضمن الجمع بين الطريقتين حل المشاكل ومضادات الاكتئاب وتم استخدام مقاييس مختلفة طبقت 4 مرات (في البداية وعلي، 6، 12، 52 أسبوع) علي المرضى في كل المجموعات وهي مقياس هاملتن مقياس بيك وجدول المقابلة السريرية وجدول التعديل الاجتماعي وخلصت الدراسة إلى أن كان هناك تحسن واضح على أعراض المرضى في كل المجموعات عند 12 أسبوع وان الدمج بين طريقتي العلاج لم تكن فاعليته أفضل من استخدام كل على حدة ولم تكن هناك أي دلالة إحصائية في إيجاد الفروق في مستوى فاعلية العلاج تعود لمقدم الخدمة وخلصت الدراسة إلى أنه يمكن استخدام العلاج الذي يركز على حل المشاكل في علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية وأن هذا العلاج يمكن

أن يقدم بواسطة العاملين في الرعاية الأولية.

7. قام بيدي Bedi وآخرون (2000) بدراسة "مدى فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية" وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية الإرشاد أو مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب وأيهما أكثر فاعلية. تترك اختيار طريقة العلاج للمريض لها تأثير على تجاوبه مع العلاج أم لا وللتأكد من ذلك تم اختيار عينة عشوائية جزئية لهذا الغرض، وكان توزيع المرضى عشوائياً بين العلاج بمضادات الاكتئاب أو الإرشاد أو ترك حرية الاختيار لهم. العلاج والمتابعة كان متساوي لكل المجموعات وكان هناك حوالي 103 من المرضى تم توزيعهم عشوائياً بين مجموعتي العلاج وترك حرية الاختيار لحوالي 220 مريض لاختيار طريقة العلاج المفضلة لديهم وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين خصائص المرضى الموزعين عشوائياً أو من اختاروا طريقة علاجهم بأنفسهم، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الفاعلية بين المجموعتين بعد حوالي 8 أسابيع من العلاج وأظهرت النتائج أيضاً أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج تعود على اختيار طريقة العلاج.

8. قام كينج King وآخرون (2000) بدراسة "مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه، والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب والاكتئاب مع أعراض القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية"، وهدفت الدراسة إلى تحديد الفاعلية من الناحية الإكلينيكية والمالية للخدمات المقدمة من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية مقارنة مع نوعين من العلاج النفسي المختصر (الإرشاد غير الموجه - العلاج السلوكي) في علاج اضطراب الاكتئاب والاكتئاب مع القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولهذا تم اختيار عينة عشوائية واقعية منظمة لكن مع وجود طريقتين إضافيتين وهنا يمكن للمريض أن يختار طريقة

علاج معينة والثانية أن يكون موزع عشوائيا بين طرق العلاج. وكانت عينة الدراسة تتضمن 464 مريض، 137 منهم اختار طريقة علاجه، 130 تم توزيعهم عشوائيا بين طرق العلاج وتمت متابعة المرضى عند الشهر الرابع والثاني عشر وأجريت الدراسة في 24 مركز رعاية صحية أولى في مانشستر في بريطانيا والعلاج تضمن علاج نفسي مختصر مكون من 12 جلسة علاجية كحد أقصى والعلاج المقدم عادة من الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وإجراءات الدراسة تضمنت مقاييس مختلفة: مقياس لأعراض الاكتئاب مقياس لحدة الأعراض النفسية ومقياس للوظيفة الاجتماعية ومقياس لرضا المرضى وتكلفة العلاج تم قياسها بشكل غير مباشر بسؤال عن جودة الحياة.

تم جمع المعلومات باستخدام المقابلة الشخصية في البداية بعد 4 شهور وبعد مرور 12 شهر وكانت نتائج الدراسة بعد 4 أشهر، إن أساليب العلاج النفسي استطاعت أن تخفض من أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر مما استطاع الوصول إليه الأطباء العاديين فكان فرق الدرجات من 4 إلى 5 على مقياس (بك) ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج بين كلا من مجموعتي العلاج النفسي. المرضى في مجموعتي العلاج النفسي كانوا الأكثر رضا عن علاجهم بعد 12 شهر المرضى في ثلاث مجموعات تحسنوا بنفس المستوى والمرضى الذين تلقوا الإرشاد غير الموجه كانوا الأكثر رضا مقارنة مع المجموعات. ولم توجد فروق ذات دلالة في التكلفة بين المجموعات الثلاثة.

9. قام حمدي (1998) بدراسة "لعلاقة مهارة حل المشكلات بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة"، وهدفت الدراسة إلى استقصاء العلاقة بين مهارة حل المشكلات والاكتئاب لدى عينة من طلبة مستوى السنتين الأولى والثانية في كلية التربية في جامعتين عربيتين الجامعة الأردنية (290 طالبا) وجامعة

البحرين (144 طالبا)، وقد استخدم لهذا الهدف قائمة بيك للاكتئاب ومقياس حل المشكلات الذي طور لغايات هذه الدراسة بالرجوع إلى النموذج الذي اقترحه هبner في حل المشكلات، تم توزيع أفراد الدراسة إلى مجموعتين بناء على درجاتهم على قائمة الاكتئاب مجموعة غير المكتئبين ومجموعة المكتئبين وحسبت قيم (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين في مهارات حل المشكلات وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في الدرجة الكلية لمقياس حل المشكلات وفي كل درجة من الدرجات الفرعية في عينة الجامعة الأردنية وعينة جامعة البحرين والعينة الكلية ووجدت ارتباطات سالبة ذات دلالة تراوحت 0.34-0.54 بين درجات الاكتئاب من جهة ومتغيرات حل المشكلات من جهة أخرى.

وأظهرت تحليل الانحدار المتعدد المتدرج أن متغيري التوجه العام واتخاذ القرار فسرا معا نسبة جوهرية من التباين في الاكتئاب بلغت 29% في عينة الجامعة الأردنية و 27% في عين جامعة البحرين.

10. أعد عبد الله (1997) دراسة بعنوان "أثر العلاج العقلافي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي" وهدفت الدراسة للكشف عن العلاقة الارتباطية بين أحكام التلقائية السلبية وبين كل من مستوى ضغوط الحياة وشدة أعراض الاكتئاب والكشف عن العلاقة الارتباطية بين مستوى ضغوط الحياة وشدة أعراض الحياة والتعرف على مدى فعالية العلاج العقلافي في خفض شدة أعراض الاكتئاب ومستوى ضغوط الحياة والتعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات في مدى فعالية العلاج العقلافي في تعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي وخفض شدة أعراض الاكتئاب ومستوى ضغوط الحياة وشملت عينة الدراسة طلبة وطالبات الفرقة الثالثة بكليتي التربية والآداب جامعة الزقازيق وتم اختيار العينة العلاجية من العينة الإمبريقية الكبيرة وهم

الطلاب الذين حصلوا على أعلى درجات في متغيرات الدراسة وقد بلغ عددهم 20 فردا 10 طلاب، 10 طالبات متوسط أعمارهم 21.3 سنة وانحراف معياري قدره 1.0 واستخدمت أدوات الدراسة مقياس ضغوط الحياة من إعداد الباحث، والقائمة المعرفية للاكتئاب لبيك، استبيان الحكام التلقائية السلبية، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب وبرنامج العلاج العقلاني وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية توجد علاقة موجبة دالة إحصائيا وذلك بين درجات الحكام التلقائية السلبية وبين درجات شدة أعراض الاكتئاب ووجدت علاقة موجبة دالة إحصائيا بين مستوى الأحكام التلقائية السلبية ومستوى ضغوط الحياة ووجدت علاقة موجبة دالة إحصائيا وذلك بين درجات التشويه المعرفي وبين درجات شدة أعراض الاكتئاب وتم خفض مستوى الاكتئاب وصدمة ضغوط الحياة من خلال تعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي حيث وجدت فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة العلاجية بعد العلاج في الاتجاه التي تهدف إليه الدراسة.

11. قام سلوبرج Solberg سنة (1996) بدراسة تتابعيه لمرضى الاكتئاب من خلال متابعة المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية وهدفت الدراسة إلى الحصول على وصف تحليلي لمرضى الاكتئاب من حيث المواصفات والمتابعة في مراكز الرعاية الصحية الأولية ولذلك قام بدراسة 274 مريض تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الاكتئاب من قبل العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية وتم اختيار مركز رعاية صحي أولي متكامل لإجراء الدراسة به وكان فريق العمل يتضمن الطبيب العام الأخصائي الاجتماعي الأخصائي النفسي والطبيب النفسي تم تطبيق بعض المقاييس على المرضى مباشرة بعد الزيارة وبعد مرور 3 أشهر على متابعتهم وكذلك الاطلاع على الملف الخاص لهم فكان معظم المرضى قد بدء بتناول مضادات الاكتئاب كالمسكن الوحيد للعلاج مع الحصول على القليل من المعلومات أو طرق التحكم بالذات أو التوصيات، وفقط نصف التوصيات

التي حصلوا عليها كانت رؤية أخصائي نفسي بنسبة 13% المرضى الذين حصلوا على مضادات اكتئاب جديدة 67% منهم توقفوا عن تناول الأدوية بأنفسهم نتيجة ظهور الآثار الجانبية للدواء أو عدم التحسن أو التحسن بشكل بسيط أو شعورهم أنهم لم يعودوا بحاجة لها بعد مرور 3 أشهر. فقط 10% تردّدوا على العيادة 3 مرات أو أكثر. وكان المترّدون على الأخصائيين النفسيين هم الحاصلين على أعلى درجة من المتابعة في الزيارات مقارنة مع المترددين علي الطبيب العام. فقط 36% حصلوا على زيارة واحدة من قبل الطبيب في 3 أشهر و 12% حصلوا على زيارتين، و 1% حصلوا على ثلاث زيارات أو أكثر من الطبيب العام وبعد مقارنة النتائج بعد ثلاث أشهر للتعرف على حدة أعراض الاكتئاب ومدى فاعلية العلاج ظهرت النتائج التالية 70% كانت درجة حدة أعراض الاكتئاب في البداية وكانت 50% بعد ثلاث أشهر. بينما فقط 48% من مرضى الاكتئاب قد تحسّنوا، 16% ازدادت أعراضهم سوءاً. وفي الرضا عن الخدمات النفسية 34% من المرضى كانوا راضين جداً عن الخدمات النفسية التي حصلوا عليها في البداية أو بعد 3 أشهر. وعدم الرضا عن الخدمات كان مرتبطاً بفقدان حرية اختيار طريقة العلاج أو صعوبة تقبل رؤية أخصائي نفسي أو عدم رغبتهم بالمتابعة وخلصت الدراسة إلى أنه من أكبر التحديات التي تواجه مراكز الرعاية الأولية هو الحصول على نظام متكامل يقدم الخدمات النفسية ويتغلب على كل الصعاب.

12. قام كاتون katon وآخرون (1996) بدراسة مدى فاعلية التدخل المتعدد الأوجه في علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية وهدفت الدراسة إلى تقييم برنامج التدخل المتعدد الأوجه لتحسين علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية في الولايات المتحدة الأمريكية فشارك في الدراسة حوالي 153 مريض يعاني من الاكتئاب وتم اختيارهم بطريقة عشوائية واستخدم في الدراسة مقاييس مختلفة منها مقياس درجة التمسك بالأدوية ومقياس لقياس درجة الرضا عن الرعاية وعن صرف

الأدوية المضادة للاكتئاب ومقياس لتحديد درجة انخفاض أعراض الاكتئاب مع مرور الزمن وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية والمجموعات التجريبية حصلت على علاج منظم يتضمن المعالجات السلوكية لزيادة استخدام وسائل التكيف والإرشاد لتحسين التمسك بالدواء والمجموعة الضابطة حصلت على العلاج المعتاد من قبل الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الأولية وبعد مرور 4 أشهر كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح مجموعة التدخل بالنسبة للتمسك بالأدوية وكانت جودة الرعاية المقدمة لهم من جيد إلى ممتاز وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لانخفاض حدة الأعراض فكان الفرق 4 درجات على المقياس. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج المتعدد الأوجه حسن من الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب ومن رضاهم عن الخدمة.

13. دراسة كاتون وآخرون (katon et al ,1995) بعنوان "مدى فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في ظل نظام متعاون" الهدف من الدراسة مقارنة فاعلية العلاج المتعدد الأوجه لمرضى الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية مع العلاج العادي المقدم من قبل الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية. ولذلك تم اختيار عينة عشوائية منظمة من المرضى الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب سواء البسيط أو الحاد وتتم متابعتهم في مراكز الرعاية الصحية الأولية على مدار السنة (12 شهر) فكان هناك حوالي 217 مريض، فكان منهم 91 مريض يعانى من الاكتئاب الحاد بينما 126 مريض كان يعانى من الاكتئاب البسيط وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين بطريقة عشوائية المجموعة التجريبية حصلت على تدخل مكثف ومتكرر في الأسابيع الأولى من العلاج وبعد مرور 4-6 أسابيع وكانت هناك مراقبة مستمرة لصرف الأدوية لهم وحصلوا أيضا على تثقيف نفسي وتم إمدادهم بالمواد التثقيفية وأشرطة الفيديو وكانت

إجراءات الدراسة تتضمن قياس قصير الأمد لمدة 30 يوم وطويل الأمد لمدة 90 يوم ومقياس لتحديد الرضا عن الرعاية وصرف الأدوية ومقياس حدة الأعراض فكانت نتائج الدراسة بالنسبة لمرضى الاكتئاب الحاد كانوا الأكثر تمسكا بالدواء وبجرعات محددة بعد مرور 90 يوم بنسبة 75.5% مقابل 50% عند المجموعة الضابطة وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية من وجهة نظر المرضى حيث أن مرضى الاكتئاب الحاد قيموا الخدمة بأنها من ممتازة إلى جيدة بنسبة 93% مقابل 75% وقد اعتبروا أن مضادات الاكتئاب هي الأكثر مساعدة لهم فحصلوا على نسبة 88.1% مقابل 63.3%، وكان هناك 74% من مرضى الاكتئاب في مجموعة التدخل أظهر منهم 50% انخفاض في معدل الأعراض على مقياس الاكتئاب (Symptoms Checklist-90 Depressive) مقارنة مع 43.8% مع المجموعة الضابطة، وكان هناك انخفاض كبير في حدة الاكتئاب عند المجموعة التجريبية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة مع ثبات عنصر الوقت للمجموعتين. بالنسبة لمرضى الاكتئاب البسيط كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لتمسك بالأدوية المضادة للاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية فكانت 79.7% مقابل 40.3% ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية كبيرة بين المجموعتين بالنسبة لرضا عن الخدمات فكانت المجموعة التجريبية 94.4% مقابل 89.3% للمجموعة الضابطة.

تعليق الباحثة علي الدراسات السابقة

اختلفت وتنوعت أهداف الدراسات فهناك من اهتم بدراسة العوامل الاكلينيكية المتعلقة بالاكتئاب وتأثيرها على العلاج مثل فلك (2005) بينما كان هناك من حاول أن يوضح دور مقدم الخدمة في نتيجة العلاج مثل فور هس (2003) وجونسون (2000) الذي درس أي أنواع العلاجية أكثر تفضيلاً

عند الجمهور وحاول كلا من ويلس (2000) وبيدي (2000) كينك (2000) وكاتون (1996) وعبد الله (1997) حاولوا التوصل إلى أفضل الطرق في التعامل مع الاكتئاب. استقادت الباحثة من الاطلاع على مجموع هذه الدراسات في بناء برنامجها المقترح للتعامل مع الاكتئاب وحاولت ضم كل الوسائل والتقنيات التي تم اختبارها في الدراسات السابقة. وقد استخدمت كل الدراسات حسب علم الباحثة مقياس بك لقياس الاكتئاب بينما دراسة ويلس (2000) أضاف مقياس آخر بجانب مقياس بيك وهو (هميلتون). معظم الدراسات السابقة ضمنت عينات كبيرة الحجم نوعا ما عدا دراسة عبد الله (1997) ضمن عينة صغيرة الحجم نسبيا حيث بلغت 20 فرد وهو متقارب مع عينة الدراسة الحالية.

النتائج: ويلس (2000) وبيدي (2000) كينك (2000) وكاتون (1996) وعبد الله (1997) هذه الدراسات اتفقت على أن كل طرق الإرشاد تساهم في خفض مستوى الاكتئاب وأضاف فوربس (2003) أن ذلك يتم بغض النظر عن مقدم الخدمة النفسية كما أظهر جونسون (2000) بأن 47% من المرضى تفضل الإرشاد الجمعي كطريقة للتدخل وأظهر فلك (2005) بأن الأحداث المهمة في الحياة تؤثر تأثيرا مباشرا على نتيجة العلاج وأضاف غانم (2002) بأن المساندة الاجتماعية لها دور كبير في النتيجة أيضا بينما تميز كينك (2000) بالاهتمام بدراسة رضا المرضى عن العلاج لمقدم لهم فكان الأكثر رضا هم المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي ولذلك ضم البرنامج المقترح تقنيات عديدة من الإرشاد المعرفي السلوكي.

المحور الثالث: الدراسات التي تناولت سوء التغذية وعلاقته باكتئاب الأم

1. قام هارفام Harpham وآخرون (2005) بدراسة العلاقة بين صحة الأم النفسية وتأثيرها على تغذية الطفل في 4 دول نامية وهدفت الدراسة لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية التي تصيب الأم علي تغذية الطفل وإصابته بسوء التغذية في كلا من (أثيوبيا، الهند، فيتنام، البيرو) واشتملت عينة الدراسة 20 عيادة من كل دولة فشارك في الدراسة 2000 أم مع أطفالهم وكانت أعمار الأطفال بين 6 إلى 18 شهر وتم استخدام مقياس (Self reporting questionnaire SRQ 20) لقياس الحالة النفسية للأم وتم الاهتمام بقياس طول وزن الطفل كمؤشر لحالته التغذوية وكانت نتائج الدراسة بأن هناك علاقة بين الصحة النفسية للأم وإصابة الطفل بسوء التغذية وأن العلاقة طردية بين مرض الأم النفسي وإصابتها بسوء التغذية وكانت هذه النتائج أكثر وضوحا وظهورا في كلا من الهند وفيتنام ولذلك أوصت الدراسة بضرورة تقديم الخدمات النفسية بجوار الخدمات الطبية للأطفال في قارة آسيا.

2. دراسة رحمان Rahman (2004) حول تأثير اكتئاب الأم على غذاء الطفل وإصابته بالأمراض وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اكتئاب الأم وإصابة الطفل بسوء التغذية في العائلات ذوات الدخل المنخفض وتم استخدام Prospective Cohort Study وكانت العينة مسحية تضم 603 من الأمهات في مرحلة الحمل الأخيرة وتم تطبيق Cohort على 160 طفل لأم مكتئبة و160 طفل لأم غير مكتئبة وتم تسجيل عدد مرات الإصابة بالإسهال ومشاكل الجهاز التنفسي والصحة النفسية للأم عند 2 و6 و12 شهر من عمر الأطفال وسجل وزن الطفل عند الولادة وأسفرت نتائج هذه الدراسة بان اكتئاب الأم في مرحلة الحمل أو بعد الولادة تؤدي إلى أن يكون الأطفال عرضة للإصابة بالإسهال ومشاكل الجهاز التنفسي وكلما كان التدخل سريعا مع الأم كلما

كان التأثير أكثر إيجابيا على الطفل.

3. قام كرسطن وميخائيل Kirsten and Michael (2003) بدراسة حاجات الأطفال من سن 5 إلى 11 سنة ممن تعاني أمهاتهم من اكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهدفت الدراسة إلى فحص حاجات الأطفال من سن 5 إلى 11 سنة الذين أمهاتهم يعانون من اكتئاب ضمن عينة الدراسة 60 سيدة قسمت إلى مجموعتين مجموعة تلقت علاج مضادات الاكتئاب ومجموعة لم يوصف لها مضادات الاكتئاب كما تمت مقارنة أطفال المجموعتين فكانت نتائج الدراسة أن الأمهات اللواتي حصلن على الأدوية كان لديهم أعراض اكتئابية حادة مقارنة مع الأمهات الأخريات اللواتي لم يحصلن على الدواء وكذلك أطفالهم كانت لديهم أعراض نفسية أكثر من الآخرين وخلصت الدراسة إلى أنه يجب الاهتمام بأطفال الأمهات المكتئبات داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

4. قام ديل Dale وآخرون (2003) بدراسة الأطفال ممن تعاني أمهاتهم من اكتئاب وزيادة في العنف بعد الولادة فأجريت دراسة طولية لدراسة تطور الطفل في لندن سنة 2003، وهدفت الدراسة إلى معرفة تأثير الاكتئاب لدى الأم على السلوك العدواني عند الطفل. واشتملت عينة الدراسة على وشملت الدراسة 122 عائلة لدراسة تأثير الاكتئاب ما بعد الولادة على تطور السلوك العدواني عند الأطفال، تم إجراء مقابلات شخصية مع الأمهات خلال فترة الحمل بعد 3 شهور من الولادة في سن سنة من عمر الطفل وسن 4 سنوات 11 سنة. وتم سؤال الأمهات والأطفال والمدرسين عن أعراض السلوك العدواني في سن 11 سنة، وكانت نتائج الدراسة أن العنف لدى الأطفال الذين عانت أمهاتهم من اكتئاب في الشهور الأولى بعد الولادة أكثر من الأطفال الذين لم تعاني أمهاتهم من الاكتئاب أو عانت من الاكتئاب في السنوات الأولى الأولاد في سن 11 سنة أكثر عنفا من الفتيات.

تعليق الباحثة على الدراسات السابقة

من الملاحظ من خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة وجود اتفاق على أن الاكتئاب عند الأم يؤثر تأثير مباشر على صحة الطفل الجسدية والنفسية. ومن الملاحظ أيضا أن هناك ندرة حسب علم الباحثة في الأبحاث العربية التي تدرس الاكتئاب وعلاقته بمشاكل جسمية وخصوصا سوء التغذية. وهناك اهتمام لدى المجتمع الغربي بالمشكلات النفسية وخصوصا الاكتئاب وربطه بالمشاكل الجسمية وسوء التغذية في مراكز الرعاية الأولية. ومنها من يصف أن سوء التغذية للطفل سببه اكتئاب الأم سواء فترة ما قبل الحمل أو أثناء الحمل أو بعد الولادة مثل دراسة (Dale et al, 2003) في مراكز الرعاية الأولية.

الفصل الرابع

صفحة

116	إجراءات الدراسة
116	مقدمة
116	منهج الدراسة
117	مجتمع الدراسة
117	عينة الدراسة
120	أدوات الدراسة
120	الأداة الأولى: مقياس بك للاكتئاب
123	الأداة الثانية: مقياس الرضا عن العملية الإرشادية
126	الأداة الثالثة: البرنامج الإرشادي
132	الأساليب الإحصائية
133	خطوات إجراء الدراسة
134	الصعوبات التي مرت بها الباحثة

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

المقدمة

تناولت الباحثة في هذا الجزء الحديث عن أهم إجراءات الدراسة التي تتضمن الحديث عن منهج وعينة وأدوات الدراسة والمعالجة الإحصائية للتأكد من ثبات وصدق أدوات الدراسة وللحصول على نتائج الدراسة.

• منهج الدراسة

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

وارتأت الباحثة أن المنهج التجريبي يخدم الدراسة الحالية لأنه يعتمد على وجود مجموعتين ضابطة وتجريبية. المجموعة الضابطة لا تتلقى جلسات الإرشاد النفسي، أما المجموعة التجريبية تتلقى جلسات الإرشاد النفسي المعد مسبقاً لها.

ونحاول بالمنهج التجريبي التعرف على كل من الفروق بين المتوسطات لدرجات الأمهات اللواتي تلقين جلسات الإرشاد والفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على المقياس نفسه في القياس البعدي والفروق بين متوسطات درجات الأمهات اللواتي تلقين جلسات إرشادية وفقاً لما سيحصلون عليه من أعلى درجات حسب مقياس الاكتئاب في الدراسة قبل تطبيق البرنامج وبعده.

• مجتمع الدراسة

اهتمت الدراسة الحالية بالأمهات المترددات على جمعية أرض الإنسان ولديهم أطفال يعانون من سوء التغذية في مركز مدينة غزة.

• عينة الدراسة

تألفت عينة الدراسة من:

عينة استطلاعية Pilot Sample

حيث تم تطبيق المقياس على 80 امرأة من الأمهات اللواتي أطفالهن يعانون من سوء التغذية بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات. أهداف العينة الاستطلاعية:

1. التأكد من مدى صلاحية أداة بك لقياس الاكتئاب والتي تم تبنيها من قبل الباحث ومعرفة مستوى ملائمتها للبيئة الفلسطينية.

2. تحديد مستوى الاكتئاب لدى العينة الطبيعية واعتبارها معياراً لتحديد مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة.

وتم اختيار العينة الاستطلاعية بحيث تكافئ عينة الدراسة.

العينة الفعلية Actual Sample

تكونت عينة الدراسة من (30) سيدة من الأمهات المترددات على جمعية أرض الإنسان ولديهم أطفال يعانون من سوء التغذية تم اختيارهم من أصل (200) أم طبق عليهن أداة الاكتئاب وكانت العينة مسحية لثلاثة شهور متتالية وهي الحالات الجديدة في هذه الشهور (8,7,6) تم تطبيق أداة الاكتئاب على (200) أم وتم اختيار أعلى درجة اكتئاب، وكان عددهم (30) أم ثم تقسيمهن

لمجموعتين بطريقة عشوائية منتظمة (15) أم وتسمى المجموعة التجريبية (15) أم تسمى الضابطة. ويتضح من التالي مواصفات أفراد عينة الدراسة:

1. المؤهل العلمي للأمهات في العينتين

من خلال التحليل تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات العينة الضابطة وأمهات العينة التجريبية بالنسبة للمؤهل العلمي ($\text{Chi-Square}=6.88$, $\text{P-value}=0.14$)، وهذا يدل على أنه يوجد تجانس في العينتين بالنسبة للمؤهل العلمي، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (1):

جدول رقم (1): المؤهل العلمي لأمهات العينة الضابطة والعينة التجريبية

المؤهل العلمي		العينة التجريبية	العينة الضابطة	المجموع
لم تتعلم	N	0	1	1
	%	0.0	6.7	3.3
ابتدائي	N	1	3	4
	%	6.7	20.0	13.3
إعدادي	N	8	2	10
	%	53.3	13.3	33.3
ثانوي	N	6	8	14
	%	40.0	53.3	46.7
جامعية	N	0	1	1
	%	0.0	6.7	3.3
المجموع	N	15	15	30
	%	100.0	100.0	100.0

(Chi-square= 6.8, P-value>0.05)

2. مكان الإقامة بالنسبة للأمهات في العينتين:

من خلال التحليل تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات العينة الضابطة وأمهات العينة التجريبية بالنسبة لأماكن الإقامة ($\text{Chi-Square} = 2.1$, $P \text{ value} = 0.14$)، وهذا يدل على أنه يوجد تجانس في العينتين بالنسبة لأماكن الإقامة، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (2).

جدول رقم (2): أماكن الإقامة للأمهات العينة الضابطة والعينة التجريبية

مكان الإقامة		العينة التجريبية	العينة الضابطة	المجموع
محافظة الشمال	N	4	1	5
	%	26.7	6.7	16.7
محافظة غزة	N	11	14	25
	%	73.3	93.3	83.3
المجموع	N	15	15	30
	%	100.0	100.0	100.0

($\text{Chi-square} = 2.1$, $P \text{ value} > 0.05$)

3. العمر بالنسبة للأمهات في العينتين:

من خلال التحليل تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات العينة الضابطة وأمهات العينة التجريبية بالنسبة للعمر ($T\text{-test} = 0.74$, $P\text{-value} = 0.46$)، وهذا يدل على أنه أمهات العينة التجريبية وأمهات العينة الضابطة أعمارهن متساوية، مما يعني أنه يوجد تجانس لديهن بالنسبة للعمر، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (3).

جدول رقم (3): نتائج اختبار "ت" لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للعمر

العينة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة التجريبية	15	27.5	4.7	0.74	0.46 غير دالة
العينة الضابطة	15	26.3	4.1		

• أدوات الدراسة:

أدوات الدراسة تعتبر أداة الدراسة وسيلة لجمع البيانات للإجابة عن تساؤلات وفرضيات الدراسة لتحقيق ذلك تم استخدام العديد من المقاييس المناسبة لطبيعة الدراسة الحالية وهي:

1. مقياس بك للاكتئاب من إعداد بك.
2. البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة.
3. مقياس الرضا عن العملية الإرشادية من إعداد سماح أبو سيدو.

الأداة الأولى: مقياس بك للاكتئاب

وهو مقياس عالمي للتعرف على الاكتئاب كمشكلة نفسية لدى عينات عمرية وثقافية مختلفة ولقد تمت ترجمته إلى العربية حيث تم استخدامه في البيئة العربية في دراسات عدة مثل دراسة (عبد الخلق، 1996) ودراسة (موسى، 1993) وقام بتقنيته على البيئة المصرية (مجدي دسوقي، 1996) وقامت الباحثة بعمل صدق وثبات للمقياس على العينة الاستطلاعية وتحليل النتائج لتلك العينة وتم عرضها فيما سبق.

صدق وثبات مقياس بك للاكتئاب:

اولا: صدق مقياس بك للاكتئاب:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بطريقتين وهما كالتالي:

1. صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية

للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، و ذلك لهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (4).

جدول رقم (4): معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الأكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	0.58	دالة إحصائية	انعدام القيمة	0.69	دالة إحصائية
التشاؤم	0.51	دالة إحصائية	فقدان الطاقة	0.54	دالة إحصائية
الفشل	0.66	دالة إحصائية	القابلية للغضب أو الانزعاج	0.59	دالة إحصائية
فقدان الاستمتاع	0.62	دالة إحصائية	صعوبة التركيز	0.61	دالة إحصائية
مشاعر الإثم	0.44	دالة إحصائية	الإرهاق أو الإجهاد	0.61	دالة إحصائية
مشاعر العقاب	0.45	دالة إحصائية	فقدان الاهتمام	0.66	دالة إحصائية
عدم حب الذات	0.53	دالة إحصائية	فقدان الشهية	0.47	دالة إحصائية
نقد الذات	0.45	دالة إحصائية	فقدان في الوزن	0.51	دالة إحصائية
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0.57	دالة إحصائية	زيادة في الشهية	0.31	دالة إحصائية
البكاء	0.57	دالة إحصائية	زيادة في الوزن	0.16	غير دالة إحصائية
التهيج أو الاستثارة	0.51	دالة إحصائية	قلة في النوم	0.61	دالة إحصائية
فقدان الاهتمام	0.60	دالة إحصائية	زيادة في النوم	0.16	غير دالة إحصائية
تردد	0.54	دالة إحصائية			

يبين جدول (4) أن فقرات مقياس الإكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية.

حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.31-0.69)، وهذا يدل على أن فقرات مقياس الإكتئاب

تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن الفقرات (زيادة في الوزن، زيادة في النوم) غير دلالات إحصائية

فلذلك يجب حذفهما من المقياس.

2. صدق المقارنة الطرفية

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، حيث تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.01)، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (5).

جدول رقم (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي درجات الأكتئاب لدى أمهات أطفال سوء التغذية

مقياس الاكتئاب	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
أقل 25% من الدرجات	21	9.6	5.0	-16.7	0.001 دالة
أعلى 25% من الدرجات	21	40.3	6.8		إحصائيا

تبين من جدول (5) وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا في درجات الأكتئاب وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأمهات ذوى الدرجات العليا والأمهات ذوى الدرجات الدنيا في درجات الأكتئاب، ومما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عال، وهو يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانيا: ثبات مقياس بيك اللاكتاب:

بعد تطبيق المقياس وإدخال البيانات على البرنامج الاحصائي SPSS تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

1. الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (80) من الأمهات اللواتي أطفالهن يعانون من سوء التغذية، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس تساوي 0.89، وهذا دليل كافي على أن مقياس اللاكتاب يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Methods:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (80) من الأمهات اللواتي أطفالهن يعانون من سوء التغذية، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس (0.77)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان-براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.87)، وهذا يدل على أن المقياس لديه درجة ثبات مرتفعة، (ملحق رقم 1) يظهر مقياس بيك للاكتاب.

الأداة الثانية: مقياس الرضا عن العملية الإرشادية من إعداد سماح أبو سيدو

تم استخدام مقياس الرضا عن العملية الإرشادية من إعداد سماح أبو سيدو وهذا المقياس عبارة عن مجموعة من العبارات تشتمل على 53 عبارة تعكس 5 أبعاد و 3 أسئلة مفتوحة حول توقعات

واحتياجات المنتفعين (والتي يعتقد إن هذه العبارات تشمل معظم أبعاد الرضي من وجهة نظر المنتفعين ويظهر (ملحق رقم 2) مقياس لرضا المنتفعات عن العملية الإرشادية ويمكن أن تصنف أبعاد هذا المقياس كما يلي:

البعد الأول: مكان إجراء الجلسة: وهو المكان الذي يتم فيه إجراء جلسات الإرشاد.

البعد الثاني: وقت الجلسة: وهي الفترة الزمنية التي يقضيها المرشد النفسي مع المسترشد وهي 45 دقيقة كحد أقصى.

البعد الثالث: شخصية المرشد ومهاراته: وهي الأساليب التي يستخدمها المرشد النفسي خلال العملية الإرشادية لبناء علاقة علاجية قوية مع المسترشد وتشعر المسترشد بأن المرشد يهتم ويفهم مشاعره وما يقول وتلعب دور كبير في تشجيع المسترشد علي الإستمرار في الحديث والكشف عن مكونات حياته مثل مهارات الحضور والإصغاء ومهارات الإرشاد.

البعد الرابع: طريقة التدخل: وهي التقنيات الإرشادية التي يستخدمها المرشد خلال العملية الإرشادية لمساعدة المسترشد مثل الإرشاد السلوكي المعرفي والتفريغ الإنفعالي والإرشاد الديني وغير ذلك.

البعد الخامس: استعداد المريض: وهي درجة تقبله لتلقي الخدمات النفسية.

البعد السادس: نتيجة الإرشاد: وهي الخلاصة النهائية أو التغيرات التي طرأت علي المسترشد نتيجة تلقية للجلسات الإرشادية.

جدول رقم (6): أبعاد وفقرات مقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية

الرقم	البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
1	مكان إجراء الجلسة	5	1-13-21-31-39
2	وقت الجلسة	4	2-22-32-46
3	شخصية المرشد مهاراته	9	3-4-14-15-24-33-40-41-52
4	طريقة التدخل	9	5-6-7-16-25-34-42-48-51
5	استعداد المسترشد	9	8-23-26-35-17-43-36-47-27
6	نتيجة الإرشاد	16	9-10-11-12-20-30-37-38-44-28-49-50- 45-18-19-29

• مجالات استخدام مقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية

صمم كمقياس يستخدم من قبل العاملين في مجال الارشاد النفسي كوسيلة تقييم لقياس رضا المنتفعين عن عملية الارشاد النفسي وتحديد جوانب القوة والقصور فيها وتستخدم ايضا في البحث العلمي.

التطبيق: يشتمل المقياس على 53 عبارة متميزة وكل عبارة لها بدائل خمسة للإجابة هي: مرضى جداً، مرضى، لا استطيع التحديد، غير مرضى، غير مرضى إطلاقاً.

التصحيح وتسجيل الدرجات: يتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من صفر إلى 4 وفيما يلي توضيح لمعني هذه الأوزان: مرضى جداً (5)، مرضى (4)، لا استطيع التحديد (3)، غير مرضى (2)، غير مرضى جداً (1)

الصدق والثبات لمقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية: وقد قامت أبو سيدو من التحقق من الصدق والثبات كما يلي:

تم استخدام صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي والمقارنة الطرفية للتأكد من صدق الأداة. وللتأكد من ثبات الأداة.

تم تطبيق الاختبار على العينة باستخدام معامل الفاكرونباخ وذلك لقياس الثبات وكانت القيمة (91%) وأيضاً تم استخدام التجزئة النصفية فقد بلغ معامل الارتباط بيرسون (91%) وهذا دليل على أن الاختبار يتمتع باستخدام الطريقتين بدرجة عالية من الثبات. (ملحق رقم 3).

الأداة الثالثة: البرنامج الإرشادي

وسوف يتضمن الحديث عن البرنامج الإرشادي النقاط التالية:

- أهداف البرنامج الإرشادي
- الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي
- المصادر الأساسية للبرنامج الإرشادي
- إجراءات وأنشطة البرنامج
- تقويم البرنامج

أهداف البرنامج الإرشادي:

1. مساعدة السيدات على الاستبصار بمشكلاتهم، واستغلال طاقاتهم للوصول إلى التكيف في ظل الظروف ومواقف الحياة المحزنة التي تتعرض لها السيدات وتؤدي إلى الاكتئاب.
2. الوصول بهؤلاء الأمهات إلى درجة من الصحة النفسية وخفض نسبة الاكتئاب التي تحول دون

القيام بواجبها كأم اتجاه أبنائها وخصوصاً الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وهم من يعانون من سوء التغذية والخروج بهم إلى بر الأمان وأيضاً توفير للام جو من الهدوء والارتياح النفسي للعطاء أكثر فأكثر وتنشأ أطفال أقوياء وقادرين على مواجهة مصاعب الحياة من ناحية جسديه ونفسيه.

3. مساعدة السيدات علي التعرف علي الاكتئاب، أسبابه والآثار التي يتركها بداخلهم.
4. قياس مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يعتمد البرنامج الإرشادي على الإرشاد الجمعي الذي يستخدم من خلاله نظريات الإرشاد المختلفة بما يتلاءم وحاجات المجموعة الإرشادية.

يستند البرنامج الإرشادي المقترح إلى النظرية الانتقائية وهي من النظريات الحديثة الإرشاد النفسي ومؤسس هذه النظرية هو فردريك ثورن 1950 وهو مؤمن باستخدام أساليب متنوعة لعلاج الناس حسب الحاجة الشخصية لكل منهم. لذلك عملت الباحثة بهذه النظرية في انتقاء ما تراه حسب وجهة نظرها مناسب لبناء برنامج للتدخل مع مرضى الاكتئاب.

ومن التقنيات الرئيسة المستخدمة في البرنامج المقترح:

التدخل المبكر: قبل أن تتطور لدى أفراد المجموعة أعراض اكتئابية أكثر حدة وهذا قد يؤثر على نظرتهم للحياة وقدرتهم علي العطاء والاستمرار في رعاية أسرهم التي بحاجة ماسه لهم.

التنفيس الانفعالي: هو إخراج المشاعر المكبوتة والتي تجد أفراد المجموعة صعوبة في الحديث عنها ويتم إخراجها بواسطة المرشد بطريقة مهنية، موجهة ومدرسة وفي بيئة آمنة.

دعم المجموعة: الدعم الذي تقدمه المجموعة عن طريق المشاطرة بالمشاعر ونقل الخبرات

والمعلومات بطريقة صحيحة وموجهة وتقوية الجوانب الضعيفة عند أفراد المجموعة.

استبصار بالمشكلة: هي عبارة عن عملية توعيه حول الأعراض التي تشعر بها والأسباب وراء هذه الأعراض

تصحيح الأفكار المشوهة: وتكون الباحثة مسئولة بشكل مباشر وكامل عن هذا الجزء من البرنامج وفيه يتم تصحيح الأفكار المغلوطة السلبية المتعلقة بما تشعر به السيدات وأفكارهم عن أنفسهم.

المصادر الأساسية للبرنامج:

توصلت الباحثة إلى البرنامج الإرشادي ومادته العلمية وأساليبه وأنشطته بعد الاطلاع على نظريات الإرشاد وخاصة النظرية الانتقائية التي تحتوي على النظرية المعرفية والسلوكية والتحليلية والإرشاد من منظور إسلامي.

الاطلاع على أنشطة CBI: تتمثل في مجموعة من الأنشطة التي تهدف إلى تحقيق تخفيف ملموس في ردود الفعل علي التوتر والصدمة والقلق والخوف واكتئاب المزاج وذلك من خلال إتاحة المجال للمشاركين وتوجيههم لان يفعلوا ما هم اقدر علي فعله.

أنشطة العقل والجسم:

الدراسات السابقة والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال البرامج الإرشادية: ومن أهمها دراسة مصلح (2003) ودراسة صايمة (2006) ودراسة المزيني (2006) ودراسة أبو حطب (2002) ودراسة الحواجري (2003) ودراسات أخرى.

إجراءات وأنشطة البرنامج

يضم البرنامج الإرشادي المقترح 12 جلسة إرشادية مدة كل جلسة ساعتين ويوضح جدول رقم (7)

إجراءات وأنشطة البرنامج.

جدول رقم (7): إجراءات وأنشطة البرنامج

الهدف	الفترة الزمنية بالدقيقة	الأنشطة المستخدمة	الموضوع العام	ترتيب الجلسات
تعارف وكسر الحواجز بين أفراد المجموعة	15	تأمل افتتاحي	جلسة تعارف	1
	45	تبديل الأسماء		
	45	عود الثقاب		
	15	تأمل ختامي		
إدراك المشكلة والتبصير بها	15	تأمل افتتاحي	استبصار بالمشكلة	2
	30	فحص الحالة		
	60	الرسومات		
	15	تأمل ختامي		
التعرف علي ماهية الاكتئاب وأعراضه وأسبابه	15	تأمل افتتاحي	مناقشة أعراض الاكتئاب وأسبابه	3
	30	فحص الحالة		
	60	بطاقة تعريف الأعراض		
	15	تأمل ختامي		
تقوية الثقة بالنفس، تقوية الجانب الروحي من خلال تذوق الأحاديث والآيات القرآنية	15	تأمل افتتاحي	البعد الديني	4
	30	فحص الحالة		
	30	سرد قصة سيدنا أيوب		
	30	مناقشة أحاديث وآيات حول الابتلاء والصبر		
	15	تأمل ختامي		

تابع جدول 7

ترتيب الجلسات	الموضوع العام	الأنشطة المستخدمة	الفترة الزمنية بالدقيقة	الهدف
5	تنفيس انفعالي واستبصار بالمشكلة	تأمل افتتاحي	15	تنفيس انفعالي وتبصير بالمشكلة والحث على المشاركة وتقوية الثقة بالنفس
		فحص الحالة	30	
		صندوق المشاعر	60	
		تأمل ختامي	15	
6	سيكود راما	تأمل افتتاحي	15	إدراك المشاعر والأحاسيس التكيف مع الحياة المتقلبة، القدرة على ضبط المشاعر.
		فحص الحالة	30	
		التخيل	30	
		عكس المشاعر	30	
		تأمل ختامي	15	
7	التواصل الأسري	تأمل افتتاحي	15	عكس صورة الشخص عن نفسه والعمل على تحديد الأفكار المشوهة بداخله عن نفسه وعن علاقته مع الآخرين
		فحص الحالة	30	
		رسم شجرة العائلة	60	
		تأمل ختامي	15	
8	سيكود راما	تأمل افتتاحي	15	وسيلة من وسائل زيادة إدراك النفس وتفسير المشاكل وردود الأفعال
		فحص الحالة	30	
		جمع وتمثيل الأحلام	60	
		دعاء	15	
9	سيكود راما	تأمل افتتاحي	15	تفريغ انفعالي وفتح أفق جديدة أمام المجموعة لتفسير والتكيف مع المواقف الحياتية المؤلمة
		فحص الحالة	30	
		تمثيل موقف مؤلم	60	
		دعاء	15	

تابع جدول 7

ترتيب الجلسات	الموضوع العام	الأنشطة المستخدمة	الفترة الزمنية بالدقيقة	الهدف
10	المساندة الاجتماعية	تأمل افتتاحي	15	رؤيته نفسها داخل المجموعة
		فحص الحالة	30	والتعرف سبل التواصل
		العلاقة داخل المجموعة	60	والاتصال بعد الانتهاء من
		تأمل ختامي	15	الجلسة "جلسة تمهيدية لنهاية البرنامج"
11	استبصار	تأمل افتتاحي	15	تقييم التغيرات التي طرأت على المجموعة
		فحص الحالة	30	
		الرسومات	60	
		دعاء	15	
12	جلسة ختامية	تأمل افتتاحي	15	تقييم نهائي
		فحص الحالة	30	
		تعبئة الاستثمارات	30	
		حفل ختامي	45	
		تأمل ختامي	15	

وللاطلاع على تفاصيل الجلسات الإرشادية انظر (ملحق رقم 4).

تقييم البرنامج الحالي: استخدمت الباحثة نوعين من التقويم هما:

التقييم التكويني:

ويتم خلال تطبيق البرنامج ويكون من خلال ملاحظات الباحثة (المرشد) المباشرة لمدى التغير في سلوك السيدات أثناء مزاولتهم للأنشطة ومن خلال نشاط الرسومات التقييمية وفحص الحالة في بداية كل جلسة.

التقويم القبلي والبعدي:

ويكون ذلك من خلال تطبيق استمارة الاكتتاب قبل وبعد الانتهاء من الجلسات على كلا من المجموعة الضابطة والتجريبية. ومن ثم تطبيق المقياس بعد شهر من انتهاء تطبيق الجلسات وذلك لقياس مدى استمرار اثر فعالية البرنامج.

التقييم النهائي:

ويكون ذلك من خلال مقياس الرضا عن الخدمات الإرشادية والتي يتضمن في بعض فقراته عبارات تقيس درجة الرضا عن التغيير في الأعراض النفسية المختلفة.

صدق المحكمين:

حيث تم عرض البرنامج في صورته الأولى على (6) محكما من المتخصصين في مجال الصحة النفسية في محافظة غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم في خطوات البرنامج ومدى ملائمة أنشطة البرنامج للأهداف ومن ثم قامت الباحثة بتعديل بعض الأنشطة وذلك بناء على ما اتفق عليه (80%) فأكثر من المحكمين. (ملحق رقم 5).

الأساليب الإحصائية

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1- اختبار كا² سكوير " لمعرفة الفروق بين العينتين بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية، لمعرفة تجانس العينتين.

2- اختبار مان وتي لعينتين مستقلتين.

3- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس الاكتتاب.

4- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والوزن النسبي.

5- اختبار ولولكسون للعينات المترابطة.

خطوات إجراء الدراسة

للتحقق من صحة فروض الدراسة قامت الباحثة بإجراء الخطوات التالية:

1. قامت الباحثة بالتأكد من صدق وثبات الأداة وذلك بتطبيق الأداة على العينة الاستطلاعية
2. تم إعداد البرنامج المستخدم في الدراسة، حيث قامت الباحثة بتصميم جلسات البرنامج وفقا للأعراض التي تعاني منها الأمهات ومن خلال نظريات الإرشاد النفسي والدراسات السابقة، وقد قام خمسة من المحكمين بوضع التعديلات اللازمة للبرنامج.
3. تم أخذ الموافقة من منسقة برنامج الدعم النفسي في جمعية أرض الإنسان لتطبيق البرنامج
4. تم تحضير العينة التي سيطبق عليها البرنامج ثم الاتصال على الأمهات وتحديد موعد لأخذ الموافقة للبدء في التطبيق وتحديد موعد أول جلسة في البرنامج الإرشادي.
5. تم أخذ الموافقة الشفوية من الأمهات اللواتي سيطبق عليهن البرنامج بعدما شرحت الباحثة لهن الهدف من تطبيق البرنامج فتقبلت الأمهات الموضوع والاستعداد لحضور الجلسات.
6. البدء بتجهيز المكان للقاء وتجهيز أدوات الأنشطة التي سيتم تطبيقها.
7. بدأت الباحثة بتطبيق البرنامج وبعد الانتهاء من التطبيق قامت الباحثة بإعادة تطبيق أداة الاكتئاب مرة ثانية على المجموعة التجريبية والضابطة (مقياس بعدي أول).
8. أدخلت البيانات على الحاسوب لمعرفة مدى تأثير البرنامج SPSS لمعالجة البيانات وتحليلها، وقد استخدمت الإحصاءات الوصفية من متوسط حسابي وانحراف معياري لوصف نتائج الدراسة.

9. وللتحقق من فرضيات الدراسة استخدم اختبار مان وتي لعينتين مستقلتين.
10. قامت الباحثة بإعادة تطبيق أداة الاكتئاب بعد شهر وذلك بغرض التأكد من مدى استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من حدة الاكتئاب (مقياس بعدي ثاني).
11. قامت الباحثة بإدخال البيانات على برنامج SPSS وذلك للمقارنة بين نتائج المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي الأول والبعدي الثاني.
12. واستخدمت الباحثة اختبار ولوكسون للعينات المترابطة لمعالجة النتائج واختبار الفرضية الثانية.
13. توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج بعد تحليل البيانات وقامت بتفسيرها وفق الإطار النظري والدراسات السابقة والظروف التي عاشتها والتي تمر بها الأمهات.

الصعوبات التي مرت بها الباحثة

- واجهت الباحثة عدة صعوبات منها له علاقة بالبحث بشكل عام ومنها ماله علاقة بتطبيق البرنامج الإرشادي بشكل خاص تتلخص فيما يلي:
- صعوبة في جمع العينة لأنها أخذت فترة ليست بقصيرة تقريبا "3 شهور" حتى يتم أخذ الحالات الجديدة فقط، وتكون المتابعة للطفل الذي يعاني من سوء التغذية اقل من 3 مرات خلال هذه الفترة لأنها غير كافية لتحسن الطفل وأرادت الباحثة أن يكون التحسن عند هؤلاء السيدات من أعراض الاكتئاب فقط من تأثير البرنامج ولا توجد عوامل دخيلة أخرى مثل تحسن طفلها من سوء التغذية والذي يعتبر جزء من معاناتها.
 - رفض بعض السيدات من تطبيق الأداة عليهن .
 - رفض بعض السيدات من الدخول في البرنامج واضطرت الباحثة استثنائهن من الدراسة وأخذ

أعلى درجة اكتئاب للأُم التي تليها.

- وجود أُم الزوج مع السيدة وهذا كان يثير القلق لديها .
- رفض الأمهات الإتيان للجلسات مرتين في الأسبوع حتى لا ينتقدها الزوج أو أُم الزوج وتدخل نفسها في مشاكل مع الأسرة وخاصة أنها تحتاج لمصاريف زيادة للوصول إلينا .
- إحضار الأمهات الأطفال الذين يتابعوا في العيادة الطبية داخل الجمعية لأنه حجتها للخروج من البيت ووجود الأطفال كان يعيق عمل الباحثة في تطبيق الجلسات بشكلها المطلوب وخصوصا تمرين الاسترخاء لأنه يحتاج لهدوء تام.
- الاتصال على الأمهات قبل كل جلسة حتى يسمح لها بالخروج دون مشاكل مع أهل البيت وهذا يأخذ من وقت الباحثة وجهدها.
- سمعة المؤسسة وخبرة هؤلاء الأمهات عما تقدمه الجمعية من خدمات ومساعدات مادية كان يعرض الباحثة لأسئلة من الأمهات عن هذه المساعدات على الرغم أنها نوهت لطبيعة عملها معهن .
- تأثير الوضع السياسي على الوضع النفسي للأمهات وخصوصا فترة اجتياح بيت حانون وهذا كان يعيق عمل الباحثة .
- وأيضا من الصعوبات التي واجهت الباحثة فترات المطر التي كانت تعيق وصول الأمهات للجمعية وهذا أدى إلي تأجيل موعد بعض الجلسات الإرشادية لموعد آخر .
- انقطاع التيار الكهربائي بشكل مستمر وهذا كان يعيق الباحثة في إتمام ما يطلب منها في مواعده.
- التكاليف المادية التي أرهقت كاهل الباحثة من "طباعة ورسوم ومدقق لغوي وغيره".

ما تغلبت عليه الباحثة من الصعوبات التي واجهتها

- صرف مواصلات للحالات للتمكن من الوصول إلى الجمعية بسهولة دون التذمر.
- إدخال الأطفال في غرفة الألعاب بمساعدة الأخصائية الموجودة حتى تتمكن الباحثة من تطبيق الجلسة كما يجب.
- إحضار ضيافة للمجموعة وهذا يريح الأمهات ويعتبر مؤشر ودليل على الاهتمام بهن وبحضورهن الجلسات الإرشادية.
- أوضحت الباحثة بأن لكل أم أهميتها في الجلسة وحضورها ووجودها بين زميلاتها في المجموعة يمثل دعم للمجموعة حتى تكون كل أم حريصة على الحضور.

الفصل الخامس

صفحة

138

نتائج الدراسة

138

تساؤلات و فرضيات الدراسة

138

الفرضية الأولى

139

الفرضية الثانية

140

الفرضية الثالثة

الفصل الخامس: نتائج الدراسة

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة ومن خلال إجراء بعض المعالجات الإحصائية الوصفية والتحليلية وفقا لفرضيات الدراسة تغيراتها، وسيتم عرض نتائج التحليل الوصفي الخاص بمتغيرات الدراسة المستقلة والتابعة ثم سيتم عرض النتائج التحليلية الخاصة بفروض الدراسة. وها لاختبار مدى صحة تساؤلات الدراسة وفرضياتها وهي كما في العرض التالي:

تساؤلات وفرضيات الدراسة

التساؤل الأول:

1. ما مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف من حدة الاكتئاب لأمهات أطفال مرضى سوء التغذية؟

ينبثق من التساؤل السابق الفرضيتان التاليتان :

• الفرضية الأولى

ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج. قامت الباحثة بالمقارنة بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي فيما يتعلق بمقياس الاكتئاب النفسي، وذلك باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon on T-statistic) لأن حجم العينة صغيرة والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (8).

الجدول رقم (8): دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن الفروق بين القياس القبلي والبُعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=15)

الاكتئاب النفسي القياس البعدي- القياس القبلي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الرتب السالبة	14	8.39	117.5	-3.2	0.001 دالة
الرتب الموجبة	1	2.5	2.5		إحصائيا

تبين من خلال جدول (10) أن ($Z = -3.2$, $P \text{ value} = 0.001$)

وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) بين القياس القبلي و البعدي في مقياس الاكتئاب النفسي لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض درجة الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن درجات الاكتئاب النفسي انخفضت عند أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح عليهم.

• الفرضية الثانية

ينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في حدة الاكتئاب علي أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي".

لاختبار صحة الفرضية قامت الباحثة بالمقارنة بين متوسط الرتب لدرجات المجموعة التجريبية ومتوسط الرتب لدرجات المجموعة الضابطة في الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج، وذلك باستخدام اختبار "Mann-Whitney" للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متساويتين، لأن العينة صغيرة، والبيانات غير طبيعية، و التباين للمتغيرين غير متجانس، ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (9) المبين أدناه.

جدول رقم (9): نتائج اختبار Mann –Whitney لدراسة الفروق بين متوسطي المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج (ن=30)

الاكتئاب النفسي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة " Z "	مستوى الدلالة
التجريبية	15	8.9	134.0	-4.0	0.001 دالة
الضابطة	15	22.07	331.0		

تبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على درجات مقياس الاكتئاب النفسي بعد تطبيق البرنامج. ($Z=-4.0, P\text{-Value}=0.001$). والفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي له تأثير في خفض درجة الاكتئاب النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الرتب للمجموعة التجريبية في درجات الاكتئاب النفسي 8.9، في حين بلغ متوسط الرتب للمجموعة الضابطة 22.07 .

التساؤل الثاني:

2. هل يمكن أن يستمر تأثير البرنامج الإرشادي في خفض حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال

مرضى سوء التغذية؟

ينبثق من هذا التساؤل الفرضية التالية

• الفرضية الثالثة

ينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) لقياس حدة الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتتبعي".

قامت الباحثة بالمقارنة بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس اللاحق فيما يتعلق بمقياس الاكتئاب النفسي، وذلك باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcox on T-statistic) لأن حجم العينة صغيرة

والبيانات غير طبيعية ولدراسة وسطي مجتمعين في حالة العينات المرتبطة، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (10).

جدول رقم (10): دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام اختبار "ويلكوكسون" للكشف عن الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب النفسي (ن=15)

الاكتئاب النفسي القياس اللاحق - القياس البعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الرتب السالبة	7	10.93	76.50	-0.93	0.34 غير دالة إحصائياً
الرتب الموجبة	8	5.44	43.50		

تبين من خلال جدول (12) أن (Z= -0.93. p-value=0.34)

وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) بين القياس البعدي والقياس التتبعي في مقياس الاكتئاب النفسي، ونستنتج من ذلك أن القياس التتبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كان مؤقتاً، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي لم تكن له فاعلية تتسم بالاستمرارية.

التساؤل الثالث:

3. ينص على "ما مستوى رضا أفراد المجموعة التجريبية عن البرنامج الإرشادي"؟

للتعرف على مستوى رضا المنتفعات عن البرنامج الإرشادي، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي للدرجة الكلية لمقياس الرضا عن الخدمة وأبعاد المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول (11).

جدول رقم (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس رضا المنتفعات عن البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية (ن=15)

رضا المنتفعات عن البرنامج	الدرجة الكلية		عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
	أدنى	أعلى				
مكان إجراء الجلسة	5	25	5	22.5	2.0	90.1
وقت الجلسة	4	20	4	15.6	2.2	78.0
شخصية المرشد ومهاراته	11	55	11	44.1	3.8	80.1
طريقة التدخل	9	45	9	37.1	5.1	82.4
استعداد المريض	7	35	7	27.0	4.2	77.1
نتيجة الارشاد	16	80	16	62.6	12.4	78.3
الدرجة الكلية	52	260	52	208.9	23.7	80.3

يتم حساب الوزن النسبي * بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

يتضح من جدول (11) أن متوسط درجة رضا الأمهات عن البرنامج الإرشادي بلغ 208.9 درجة وبانحراف معياري 23.7، وبوزن نسبي (80.3%) وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن الجلسات الإرشادية بدرجة كبيرة وبنسبة 80.3%، وبما أن مقياس رضا المنتفعات عن الجلسات الإرشادية لديه ستة أبعاد فقد بلغ متوسط درجات بعد الرضا عن مكان إجراء الجلسة 22.5 وبانحراف معياري 2.0 وبوزن نسبي 90.1%، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن مكان إجراء الجلسة بنسبة 90.1%، في حين بلغ متوسط درجات بعد (الرضا عن وقت الجلسة) 15.6 وبانحراف معياري 2.2 وبوزن نسبي 78.0%، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن وقت إجراء الجلسة بنسبة 78.0%، ثم بلغ متوسط درجات بعد (الرضا عن شخصية المرشد ومهاراته) 44.1 وبانحراف معياري 3.8 وبوزن نسبي 80.1% وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن شخصية المرشد ومهارته بدرجة عالية وبنسبة 80.1%، في حين بلغ متوسط درجة الرضا عن (طريقة التدخل) 37.1 وبانحراف معياري 5.1

وبوزن نسبي 82.4 وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن طريقة التدخل وبنسبة 82.4%، وفقد بلغ متوسط درجات بعد (استعداد المريض) 27.0 وبانحراف معياري 4.2 وبوزن نسبي 77.1% وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن استعداد المريض للعلاج، في حين بلغ متوسط بعد (الرضا عن نتيجة الإرشاد) 62.6 بانحراف معياري 12.4 وبوزن نسبي 78.3%، وهذا يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية راضيات عن نتيجة الإرشاد التي حصلوا عليها بنسبة 78.3%.

تضمن مقياس الرضا عن الخدمة النفسية بعض التساؤلات حول توقعات واحتياجات وعودة المنتفعات لتلقي الخدمة النفسية وكانت إجابة المنتفعات كما يلي:

- كل الأمهات اللواتي دخلن جلسات البرنامج الإرشادي تقبلن بالعودة لتلقي الخدمة النفسية في حال الحاجة إليها مرة أخرى ولم تعرب أي أم منهن عن رفضها للعودة مرة أخرى لطلب الخدمة النفسية في حال احتياجهم إليها مرة أخرى .

- وكانت إجابات الأمهات حول مدى تلبية الخدمات المقدمة لهن في البرنامج كالتالي: 40% لبت كل احتياجاتهن من الإرشاد، بينما 46.6% منهن لبت القليل من احتياجاتهن، و 13% لم تلب أي من احتياجاتهن.

- وفي سؤال الأمهات حول توقعهن بالنسبة لوضعهن ومدى التحسن فكانت إجاباتهن كالتالي: تتوقع 86.6% أن يطرأ تحسن على حالتهم و 13.4% لم توجد لديها أي توقعات من مواصلة العلاج.

الفصل السادس

صفحة

145

تفسير النتائج، المقترحات والتوصيات

145

تفسير نتائج الدراسة

152

توصيات الدراسة

153

مقترحات الدراسة

154

ملخص الدراسة (باللغة العربية)

156

ملخص الدراسة (باللغة الانجليزية)

الفصل السادس: تفسير النتائج، المقترحات والتوصيات

1. تفسير نتائج الدراسة

أجريت هذه الدراسة بهدف معرفة أثر برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال سوء التغذية وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية وقد انخفضت حدة الأعراض عند أفراد المجموعة التجريبية عند القياس البعدي الأول ولكن بالقياس التتبعي لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس التتبعي والبعدي في مقياس الاكتئاب النفسي وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي كانت فاعليته لا تتسم بالاستمرارية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج الإرشادي فعال في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً مع أفراد المجموعة الضابطة وتفسر الباحثة أن التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية كان نتيجة لتلقيهم عمل مكثف مبني على أساس علمي دقيق وبطريقة منظمة في حين لم يقابله أي تدخل مع أفراد المجموعة الضابطة على الرغم أنهم مروا بنفس المعاناة التي تتمثل بوجود طفل مريض في الأسرة يتطلب رعاية دائمة ومستمرة كحد أدنى وكذلك معاناتهم من وضع اقتصادي سيء وعلاقات أسرية مترهلة.

وترى الباحثة أن الحديث العشوائي الذي يدور بين الأمهات في المجتمع الفلسطيني وبطريقة غير منظمة عن مشاكلهم ومعاناتهم لا يعطي بالعادة الأثر العلاجي الايجابي كون هذه الأحاديث لا تتعدى الحديث العشوائي غير الهادف ولا يتم فيها الحديث بتعمق عن المشاعر وعن السبل الصحيحة

لتفريغ هذه المشاعر وتعديل بعض الأفكار السلبية المشوهة، بل في بعض الأحيان تساعد هذه الأحاديث العشوائية على زيادة حدة الأعراض، وتعد النظرية المعرفية من النظريات الحديثة في ميدان تفسير وتعديل السلوك الإنساني، ويرى أصحاب الاتجاه العقلاني الانفعالي أن سبب معانات الفرد لا تعود إلى الأحداث التي يواجهها في حياته، وإنما تعود معاناته إلى كيفية النظر إليها والتعامل معها، لأن ذلك هو الذي يقود إلى ردود الأفعال الانفعالية، (الخطيب، 2000: 274) لذلك فإن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة اضطراب التفكير. ويرى (ألبرت أليس) أن ما يعانيه الفرد من انفعالات مكررة، كالقلق والحزن، لا تنتج عما وقع له من أحداث قريبة تبدو في الظاهر وكأنها أسباب هذه الانفعالات، إنما هو نتيجة لأفكار خاطئة موجودة لدى هذا الشخص حول الأحداث التي وقعت. ويرى (ألبرت أليس) أن العلاج هو التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلانيته، يلي ذلك إحلال الأفكار الصحيحة، أي العقلانية، مكانه ثم يكون بعد ذلك ما قد يكون من أساليب تعديل السلوك، (الشناوي، 1991: 98). وهذا ما قامت الباحثة على فعله من خلال البرنامج الإرشادي، والذي يعتمد على تهيئة البيئة العلاجية المناسبة المنظمة الهادفة كما حدث داخل المجموعة التجريبية فإن ذلك سيساعدها على توفر عوامل التحسن للأعراض التي تعاني منها الأمهات، وهذا ما تم توفيره لأفراد المجموعة التجريبية من خلال البرنامج الإرشادي فساهم في تحسينهم، ولم يتوفر لأفراد المجموعة الضابطة.

وكذلك ترى الباحثة ومن خلال خبرتها العملية في التعامل مع الأمهات المكتئبات أن الدعم الأسري يلعب دور كبير في تحسن أو عدم تحسن الأعراض وتعتقد الباحثة أن المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي الذي حصلت عليه أفراد المجموعة التجريبية خلال تطبيق البرنامج الإرشادي والذي تفتقده السيدات في حياتهن اليومية داخل أسرهن قد لعب دور هام في التخفيف من حدة الأعراض في

الوقت الذي لم تتح هذه الفرصة لأفراد المجموعة الضابطة.

الالتزام بالحضور وإنهاء الواجب البيتي والمشاركة الفعالة خلال الجلسات في الموضوعات التي كانت تطرح من قبل الباحثة والتي من خلالها كان يتم التعرف والكشف على الأفكار المشوهة والسلبية وهذا كان يتيح للباحثة المجال لتصحيح وتغيير هذه الأفكار من خلال الجلسات وإتاحة الفرصة لهن للتحدث عن خبراتهن العملية وتبادلها بشكل مقنن تحت إشراف الباحثة وسماعها وإعطاء الفرصة من خلال التغذية الراجعة من قبل باقي أفراد المجموعة عند التحدث عن مشاعرهن وردود أفعالهن من قبل أفراد المجموعة، وساهم ذلك في فتح الأفق لتبادل الخبرات الموجبة للاستفادة منها عمليا على صعيد الحياة اليومية و كل ذلك عمل على تقوية العلاقة بين أفراد المجموعة من خلال إدراكهم أنهم يشتركون في المعاناة وهذا من الممكن أن يفسر التحسن الذي طرأ على حدة الأعراض عند أفراد المجموعة التجريبية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة التي تشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي إلى العلاقة الحميمة المفعمة بالثقة والتي نشأت بين أفراد المجموعة التجريبية، والعلاقة المهنية التي نشأت بينهم وبين الباحثة ولإدراك الباحثة مدى أهمية هذه العلاقة لإنجاح أي عملية إرشادية فحاولت الباحثة من خلال الجلسات الاستفادة من خبرتها العملية في مثل هذه العلاقات ونقلها إلى السيدات من خلال السؤال عن كل فرد في المجموعة في حال تغيبه والاهتمام بحضور الشخص روحيا في حال لم يتمكن من الحضور جسديا داخل الجلسة وقد ساهم ذلك في تعزيز شعور أفراد المجموعة التجريبية بالانتماء والحميمة اتجاه بعضهم البعض وقد ظهر ذلك بشكل واضح في التعبير عن رضاهم عن مكان إجراء الجلسات والذي كانت درجه 90.1% لان هذا المكان قد ارتبط شرطيا بالراحة والاسترخاء.

وترى الباحثة أن التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية بعد تلقيا البرنامج الإرشادي

الذي اعتمد على الانتقائية، والتي تتعامل مع المسترشد الذي لم يستجيب لنظرية معينة، والتعامل مع المسترشد الذي لديه أنواع مختلفة من المشاكل الحياتية، (الزود، 1998: 317). وعلى نتائج وتوصيات لدراسات متعددة وهي أحدث ما اطلعت عليه الباحثة في هذا المجال، ومن إطار نظري شامل وعميق وقد استفادت الباحثة من النماذج الأساسية المتبعة في تخفيف حدة الاكتئاب وقامت بانتقاء ما يتناسب من هذه النماذج مع أوضاع المجتمع الفلسطيني خاصة ومع ثقافته الإسلامية ولذلك كان لابد من دمج الإرشاد الديني في داخل جلسات البرنامج الإرشادي بشكل مستمر، واعتمدت الباحثة على ما قاله الشناوي (2001) في الإرشاد الديني، بأنه قبل كل شيء لابد أن نؤمن أن الإسلام هو العلاج الأول والأخير لكل ما يعاني منه الأفراد والمجتمعات من مشكلات نفسية، فأصل الداء هو ضلال المرء عن غايته العظمى وهي عبادة الله تعالى، وانحرافه عن القيام بدوره على الأرض، (الشناوي، 2001: 229-230). فأرادت الباحثة تغطية هذا الجانب للوصول بالسيدات إلى الرضا عن أنفسهن والوصول إلى الراحة النفسية.

واستخدمت تقنيات أخرى لها دور كبير في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب مثل تعديل الأفكار الخاطئة وتعزيز وسائل الدفاع والتكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية تحت إطار الإسلام. وترى الباحثة أن ما تضمنه البرنامج الإرشادي من أنشطة وخبرات وممارسات مبنية على أهداف إرشادية واضحة وعلى اختيار علمي دقيق لأفراد العينة وللأدوات المستخدمة في اختيار عينة الدراسة وعلى إطار نظري واضح وعميق وكذلك على الجهد الذي بذلته الباحثة بالإضافة إلي الخبرات العملية المكثفة التي اكتسبتها الباحثة من خلال عملها الحالي مع السيدات المكتئبات والمهارات التي اكتسبتها من تطبيق هذه الخبرة إضافة على ذلك مشاركتها في دورات متخصصة في تطبيق الاسترخاء والسيكودراما وغيرها فإن كل ما سبق ذكره من تحضيرات أدت في النهاية

إلى تصميم هذا البرنامج المتكامل والذي يشتمل على أهم النقاط الأساسية التي تساعد على التخلص من الأعراض الاكتئابية وكانت الباحثة حريصة على أن تكون جلسات البرنامج الإرشادي مناسبة لثقافة المجتمع الفلسطيني. وقد جاءت هذه النتائج متفقة مع بعض نتائج الدراسات السابقة التي تؤكد على فاعلية البرامج الإرشادية في خفض الاضطرابات النفسية بشكل عام والاكتئاب بشكل خاص. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات حول وجود فاعلية للبرامج الإرشادية في خفض حدة الأعراض النفسية ومن أهم هذه الدراسات دراسة (حداد، 1998)، (مصلح، 2003) و(صايمة، 2005) (بدر عبد القادر، 2001) ودراسة (محمد، 2001) واتفقت مع الدراسات (king, 1996, solberg, 2000) (wells, 2000) (2000) في أن البرامج الإرشادية لها فاعلية في خفض حدة الأعراض الاكتئابية.

واستخدم (wells, 2000) و(katon, 1996) أكثر من أسلوب لتخفيف من حدة الاكتئاب وكانت نتيجة هذا الدمج وجود فاعلية في خفض حدة أعراض الاكتئاب أكثر من استخدام كل أسلوب على حدة وهذا ما اتفقت معه الدراسة الحالية. واختلف ذلك مع ما توصلت له دراسة (king, 2000) في استخدامه لتعامل مع الاكتئاب أساليب مختلفة، ولكن لكل مجموعة أسلوب، ولكن اتفقوا جميعاً بأن كل الأساليب فعالة في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية.

وأظهرت نتائج الدراسة الحالية بأن القياس التتبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كان مؤقتاً وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي لم تكن له فاعلية تتسم بالاستمرارية. فترى الباحثة نظراً لأن هذا البرنامج الإرشادي قد تم تطبيقه في قطاع غزة في الفترة الزمنية مابين يونيو وحتى نوفمبر وتم إعادة تطبيقه بعد مرور (3) شهور حيث أن هذه

الشهور الثلاثة كانت من أصعب الشهور على كل أفراد الشعب الفلسطيني من حيث تراكم المعاناة وزيادتها على مدى الأيام فهي متمثلة بحصار صارم قد تدخل وترك أثره في حياة كل أفراد المجتمع، ولم يترك فردا إلا وترك بصماته على حياته، وأدى ذلك إلى زيادة في سوء الوضع الاقتصادي لسكان قطاع غزة، وأفراد المجموعة التجريبية من الفئة التي تضررت بفعل الحصار بشكل مباشر حيث أنهم من الأسر الفقيرة وذوي الدخل المنخفض وقد ازداد وضعهم سوء بعد الحصار مما أثر سلبيا على صحة أبنائهم فازداد سوءاً وكل هذا قد انعكس سلباً على الصحة النفسية للأمهات في المجموعة التجريبية وترى الباحثة أيضاً أن سلبية الزوج وشعوره بفقدان دوره كمعيل للأسرة في تلبية احتياجاتهم من مأكّل ومسكن ومشرب، مما أدى ذلك لشعوره بالنقص وانعدام القيمة فهذا ولد داخله شعور بالإحباط والغضب وعكسه بشكل واضح في معاملته مع زوجته وأطفاله فأصبحت الأم تعاني من زوجها وسوء معاملته بالإضافة إلى تحملها عبئ ومتطلبات الحياة الأخرى فكل ذلك أدى إلى عدم استمرارية التحسن.

وترجع الباحثة عدم الثبات في الاستمرارية في تحسن هذه الأعراض عند الأمهات بسبب الظروف السياسية والاقتصادية وعدم استقرار الأوضاع مما يولد نوعاً من الإحساس بفقدان الأمل والإحباط والخوف وخصوصاً بعد الأحداث الأخيرة المؤسفة في قطاع غزة (الاقتتال الداخلي) والتي سبقت القياس التبعي ولا تزال آثارها المؤلمة موجودة في نفوس الأمهات، فقد وجدت هؤلاء الأمهات أنهن في دائرة مغلقة من الصراع والمعاناة والقلق سواء على الزوج أو الأخ أو الابن فلا تدري إلى جانب من تقف ضد من، فكلهم أعزاء على قلبها هذا كله ساهم في عدم الاستمرارية في التحسن.

وفي الختام نود أن ننوه بأن عدم استمرارية التحسن في حدة الأعراض عند الأمهات لا تقلل من قوة البرنامج وفاعليته في خفض حدة الأعراض الاكتئابية وأن هذه النتائج منطقية وتتسم مع الواقع

ونتيجة حتمية للمعاناة التي يعيشها الشعب الفلسطيني عامة وأفراد المجموعة التجريبية من الأمهات خاصة لذلك ترى الباحثة من خلال ممارسة هذه التجربة البحثية في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب لدى الأمهات في قطاع غزة، بأنه يفضل أن تكون الجلسات الإرشادية أطول من البرامج الإرشادية التي تطبق في دول أخرى، والمتعارف عليها 12 جلسة، وهذا لخصوصية الوضع الفلسطيني السائد، الذي يحتاج إلى برامج إرشادية مكثفة.

2. توصيات الدراسة

في ضوء ما توصلت اليه الدراسة من نتائج للدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- توصي الباحثة بضرورة الاهتمام بالأمهات وخاصة اللواتي لديهن أطفال يعانون من الأمراض وخاصة سوء التغذية من خلال تقديم الخدمات الإرشادية والبرامج الإرشادية.
- تطبيق البرنامج الإرشادي على الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من سوء التغذية.
- تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة الضابطة.
- الحرص على الاستمرار في تقديم الرعاية النفسية لمن بحاجة لها حتى بعد انتهاء الجلسات الإرشادية.
- الاهتمام بالتوجيه الجمعي للأمهات والآباء وذلك لتوعيتهم عن مدى تأثير الصحة النفسية لديهم على الصحة النفسية والجسمية للأبناء والعكس.
- على المرشد النفسي أن يعمل على توعية المترددين على العيادات بأهمية الإرشاد النفسي وأن لا يترك هذه الفئة تعاني ويقوم بمساعدتها من خلال البرامج الإرشادية.
- على المرشدين في أماكن عملهم أن يكونوا حريصين على أن يتدربوا على الإرشاد الجمعي من قبل متخصصين وكيفية تطبيق البرامج الإرشادية لأنها مهمة في مجال الإرشاد النفسي وتحتاج لإتقان ومهارة وخاصة في الحديث عن المشاعر.
- متعارف عالمياً أن الجلسات الإرشادية للبرامج التي تطبق على فئات لديها مشاكل نفسية، تكون عبارة عن 12 جلسة، ولكن حسب خبرة الباحثة في هذا المجال ترى أن الوضع الفلسطيني له خصوصية من البرامج الإرشادية، لذلك على المهتمين في مجال الإرشاد الجمعي، أن يكونوا حريصين على زيادة عدد الجلسات الإرشادية.

3. مقترحات الدراسة

استكمالاً للجهد الذي بدأته الباحثة وفي ضوء ما انتهت إليه دراستها ترى الباحثة إمكانية القيام بدراسات أخرى في مجال البرامج الإرشادية ومشكلة الدراسة وهو الاكتئاب وهذه عبارة عن مقترحات تساعد الباحث في الوصول إلى فكرة للبحث فيها تفيد المجتمع.

وهذه المقترحات كما يلي:

- إعداد برامج إرشادية لأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية والمشاكل السلوكية.
- إجراء بحث لمعرفة مدى تأثير اكتئاب الأم على الصحة النفسية والجسمية للأطفال.
- إجراء بحث لمعرفة مدى تأثير الأمراض المزمنة التي يعاني منها الأطفال على الصحة النفسية للام.
- إجراء دراسة مماثلة وتكون على عينة من الآباء الذين أطفالهم يعانون من سوء التغذية.
- إجراء دراسة للأمهات التي تعاني من اضطرابات نفسية أخرى ولديها أطفال يعانون من أمراض جسمية.
- إجراء دراسة مماثلة ولكن يستخدم البرنامج الإرشادي الديني للتخفيف من حدة الاكتئاب.

4. الملخص

فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية. هدفت الدراسة إلي فحص مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية. وحاولت الدراسة اختبار الفرضيات التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) بين متوسطي المجموعة التجريبية في حدة الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في حدة الاكتئاب علي أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) لقياس حدة الاكتئاب لدي أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتتبعي.
- ولاختبار فرضيات الدراسة وضع البرنامج الإرشادي لتخفيف حدة الاكتئاب بناءا على الجلسات التي أعدها الباحثة ، وقد تألفت عينة الدراسة من 30 سيدة اللواتي لديهن أطفال يعانون من سوء التغذية وتم توزيع أفراد المجموعة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ،طبق على المجموعتين التجريبية والضابطة مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد شهر من انتهاء البرنامج لإجراء المعالجات الإحصائية وتم استخدام اختبار "Mann-Whitney" لعينتين مستقلتين واختبار ولوكسون للعينات المترابطة.
- ولقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (0.05) أما فيما يتعلق بمعرفة مدى استمرارية اثر البرنامج في خفض حدة الاكتئاب وقامت الباحثة بتطبيق أداة الاكتئاب على كل من المجموعة التجريبية والضابطة بعد

شهر من انتهاء البرنامج وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) بين القياس البعدي والقياس التتبعي في مقياس الاكتئاب النفسي، ونستنتج من ذلك أن القياس التتبعي الزمني يكشف لنا بأن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كان مؤقتاً، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي لم تكن له فاعلية تتسم بالاستمرارية. يوجد رضا لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية عن الخدمات النفسية المقدمة من خلال البرنامج الإرشادي بنسبة 80.3%.

الباحثة: وجاد حسين

إشراف الدكتورة: سناء أبو دقة

Abstract

This study aims to assess "the effectiveness of the proposed Counselling Programme to alleviate depression among mothers whose children are suffering from malnutrition." The Researcher tried to test the following hypotheses:

- There is a statistical significance (P value 0.05) among the average of experimental group on the severity of depression among mothers whose children are malnourished before and after the implementation of the Counselling Programme by the Researcher.
- There is a statistical significance (P value 0.05) among the average of experimental group on the severity of depression among mothers whose children are malnourished and the control group after the implementation of the Counselling Programme by the Researcher.
- There is a statistical significance (P value 0.05) among the mothers of experimental group between the implementation of "the after" and "the sequential" application of the experiment.
- To test the hypotheses, the Programme was set up to relieve the depression according to the sessions that were prepared and undertaken by the Researcher. The sample of the study comprised 30 mothers whose have children suffering from malnutrition. The study population was distributed to two groups; one (15 mothers) experimental and another (15 mothers) as control.
- The experimental group and the control group have undergone the Beck Scale for Depression before and after the implementation of the Programme. One month after the completion of the Programme, the Mann-Whitny Test was undertaken to independent variables of the two samples, and Wilcox Statistical Test was done to dependent variables.
- The results showed a statistical significance (P value 0.05) among the experimental group.
- The results showed that there is no statistical significance among " the post " and "the sequential" application of the experiment. It can be inferred that the sequential application of the experiment disclosed improvement of depression symptoms among the experimental group.
- It was found that mothers were satisfied of the psychological service provided to them by the Counselling Programme.

المراجع

صفحة

158

164

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- ابن منظور ابن منظور. ب-ت لسان العرب: القاهرة دار المعارف المجلد 1.4.
- إبراهيم إبراهيم، عبد الستار (1998). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه وعلاجه**. الكويت، عالم المعرفة.
- أبو عيطة أبو عيطة، سهام درويش (1988). **مبادئ الإرشاد النفسي**. الطبعة الأولى، دار القلم.
- أبو طالب أبو طالب، صابر سعدي، وحدي، يزيد عبد القادر (1998). **الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر**. الطبعة الأولى، المكتبة الوطنية.
- أبو الفتوح أبو الفتوح (2006). **في رحاب التزكية والمكارم**. الموقع على الشبكة العنكبوتية: <http://www.souforum.net/modules.php?name=News&file=article&sid=709> تم الاطلاع على الموقع بتاريخ 2007/4/2.
- أبو عبادة أبو عبادة، صالح بن عبد الله، نيازي، عبد المجيد طاش (2001). **الإرشاد النفسي والاجتماعي**. مكتبة العبيكان، الرياض، الطبعة الأولى.
- أبو علام أبو علام، رجاء محمود (2001). **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**. الطبعة الثالثة، دار النشر للجامعات.
- أبو غزالة أبو غزالة، سميرة علي (2001). **فعالية برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات المعلمات بالمرحلة الابتدائية نحو المعوقين جسدياً ونحو فكرة دمجهم أكاديمياً مع العاديين**. مجلة كلية التربية الحكومية، مج (3)، ع(25)، مكتبة زهراء الشرق.
- أبوهين أبوهين، فضل (1990). **الصحة النفسية لدى الأطفال المتأثرين بالعنف في فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- أبــــــــــــــادي أبادي الفيروزي، مجدي الدين (1987). **القاموس المحيط**، الطبعة الثانية، بيروت، مؤسسة الفيروزي الرسالة.
- أحمد أحمد، سهير كامل (1999). **التوجيه والإرشاد النفسي**، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.
- أبو عطيه أبو عطيه، سهام درويش (1997). **مبادئ الإرشاد النفسي**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- الحواجري الحواجري، احمد محمد (2003). **مدي فاعلية برنامج مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة**. رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.
- الخطيب الخطيب، محمد. (2000). **التوجيه والإرشاد النفس**. غزة مطبعة مقداد.

- الداهري
الداهري، صلاح حسين(2000). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي. الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث.
- الزبادي
الزبادي، محمد احمد، والخطيب، هشام (2001). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- الزبادي
الزبادي، محمد احمد، والخطيب، هشام (2000). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثانية، الدار الأهلية، عمان.
- الزيود
الزيود، نادر فهمي (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- الشريف
الشريف، عدنان.(2000). من علم النفس القرآني دار العلم للملايين، الطبعة الرابعة.
- الشناوي
الشناوي، محمد محروس (1996). العملية الإرشادية والعلاجية. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة الأولى.
- الشناوي
الشناوي، محمد محروس (2001). بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- العزة
العزة، سعيد حسيني (2000). الإرشاد الأسري (نظرياته وأساليبه العلاجية). مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى
- العزة
العزة، سعيد حسين ، عبد الهادي، جودة عزت (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. مكتبة دار الثقافة لنشر والتوزيع ، عمان الطبعة الأولى.
- العيسوي
العيسوي، عبد الرحمن. (1990) باثولوجيا علم النفس. دار الفكر العربي، مصر
- العيسوي
العيسوي، عبد الرحمن(2001). مجالات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الراتب الجامعية، بيروت، الطبعة الأولى.
- العيطة
العيطة، أسماء عبد الله (2002).مجالات الإرشاد والعلاج النفسي. موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الرابع.
- ألقذافي
ألقذافي، رمضان محمد (1997). التوجيه والإرشاد النفسي. دار الجيل، بيروت، الطبعة الأولى.
- المهدي
المهدي، محمد عبد الفتاح (2004). الصحة النفسية للمرأة.
- المحارب
المحارب، ناصر إبراهيم، (1993). الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان تحليل جمعي للدراسات المنشورة، ما بين 1981 -1991. دراسات نفسية، مجلد 3، العدد 3، ص ص 335 -372.
- الزاوي
الزاوي، الطاهر احمد(1980). مختار القاموس. الدار العربية لكتاب، ليبيا.

- المعاينة
المعاينة، عبد العزيز، وآخرون (2002). المدخل إلى علم النفس. دار الثقافة والدار العلمية الدولية، عمان.
- النحاس
النحاس، محمد كامل (1964). الدين والصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية. العدد 2، ص 1-5.
- الجريسي
الجريسي، محمد عبد العزيز (2003). الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الوقفي
الوقفي، راضي (1989). مقدمة في علم النفس. دار الشروق، عمان.
- الدوسري
الدوسري، راشد حماد (2004). القياس والتقييم التربوي الحديث، دار الفكر، الأولى الطبعة.
- برنامج الغذاء برنامج الغذاء العالمي (2006). التقرير السنوي.
- العالمي
توفيق، توفيق عبد المنعم، (1999). المكونات العملية للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الإعدادية بدولة البحرين. المجلة التربوية، المجلد 13، العدد 52، ص - ص 175-199
- جبل
جبل، فوزي محمد (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. المكتبة الجامعية. الإزاريطة - الإسكندرية.
- جمعية
جمعية أرض الإنسان الفلسطينية الخيرية (2005). التقرير السنوي.
- جمعية
جمعية أرض الإنسان الفلسطينية الخيرية (2003). التقرير السنوي.
- حامد
حامد، خيرى، احمد، حسين (1999). اتجاهات معلمي التربية الخاصة نحو مشكلات تلاميذهم المعاقين واثر برنامج إرشادي (جمعي - فردي) في تعديل تلك الاتجاهات. مجلة الإرشاد النفسي، العدد 11، السنة السابعة، جامعة عين شمس
- حداد
حداد، عفاف، ودحاحة، باسم (1998). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب علي حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي، مجلة مركز البحوث التربوية، بجامعة قطر، ع (13)، 51-76
- حمدي
حمدي، نزيه، (1998). علاقته مهارة حل المشكلات بالاكتمال لدى طلبة الجامعة. دراسات العلوم التربوية، العدد 1، مجلد 25، ص - ص 95-99
- حمدي
حمدي، نزيه، آخرون (1992). التكيف ورعاية الصحة النفسية، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الطبعة الأولى.

- حواشين حواشين، مفيد نجيب، و حواشين، زيدان نجيب (2002). إرشاد الطفل وتوجيهه، دار الفكر، القاهرة، الطبعة الأولى.
- خضر خضر، محمد علي (1996). الإشراف والتقييم في طريقة العمل مع الجماعات. منشورات ELGA مالطا.
- رشيد رشيد، غالب محمد (2001). الإرشاد ومعالجة المخاوف. مؤسسة حمادة للدراسات الجامعية، الطبعة الأولى
- زهران زهران، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب الطبعة الثالثة، القاهرة
- زهران زهران، حامد عبد السلام (1998). التوجيه والإرشاد النفسي. عالم الكتب، القاهرة. الطبعة الثانية.
- زهران زهران، حامد عبد السلام (1980). التوجيه والإرشاد النفسي. عالم الكتب، القاهرة.
- سلطان سلطان، عماد (ب ت). الطب النفسي. دار النهضة العربية، القاهرة.
- سمارة سمارة، عزيز، ونمر، عصام (1992). محاضرات في التوجيه والإرشاد. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الثانية.
- سلامة سلامة، ممدوحة (1991). الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين. دراسة نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ك 1، ج 2، 199-218.
- شعيمي شعيمي، محمد أيوب (1997). الإرشاد النفسي والتربوي والاجتماعي لدى الأطفال، دار الفكر اللبناني، الطبعة الأولى.
- صبحي صبحي، سيد (2003). الإنسان وصحته النفسية. الدار المصرية اللبنانية، الطبعة الأولى.
- عبد الخالق عبد الخالق، احمد (1991). قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس. دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، عدد 1، 79-96.
- عبد الخالق عبد الخالق، احمد، رضوان، سامر (1999). تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية. المجلة التربوية، العدد 53، المجلد 14 ص ص 31-55.
- عبد الرحمن عبد الرحمن، محمد السيد (2002). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال. دراسات في الصحة النفسية، دار البقاء للطباعة والنشر، القاهرة.
- عبد اللطيف عبد اللطيف، حسن إبراهيم (1997). الاكتئاب النفسي دراسة الفروق بين الحضارتين وبين الجنسين. دراسات نفسية، العدد 7، المجلد 7، ص ص 39-65.
- عبد الله عبد الله، محمد قاسم (2001). مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

- عرفات عرفات، فتحي(1993). الاكتئاب وسبل التخلص منه. مجلة بلسم، مجلة شهرية، تصدر عن مؤسسة سنابل، قبرص، عدد 49، 213-51.
- عطا عطا، محمود (1993). تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. دراسات نفسية، العدد 3، المجلد 3، ص-ص 269-287.
- عكاشة عكاشة، احمد(2003). الطب النفسي المعاصر. الانجلو المصرية ،القاهرة.
- عمر عمر، ماهر محمد (1992). المقابلة الإرشادية والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الثالثة.
- غانم غانم، محمد حسن(2002). مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب. دراسات عربية في علم النفس، العدد 4، مجلد 1، ص-ص 65-119.
- غانم غانم، محمد حسن(2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء واسر طبيعية. دراسات عربية في علم النفس، العدد 3، مجلد 1 ص-ص 35-89
- غريب غريب، عبد الفتاح غريب (1990). مقياس بك للاكتئاب. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، الطبعة الثانية.
- فايد فايد، حسين على(1998). الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحاريين طلبة الجامعة وطالباتها. دراسات نفسية، العدد 1، المجلد 8، ص ص 41-78
- قوته قوته، سمير وتمراز، نداء (2000). اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة النفسية وبرنامج غزة للصحة النفسية. دراسة غير منشورة. مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية فلسطين، (ص 1-15).
- مبروك مبروك، عزة عبد الكريم (2002). تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين. دراسات عربية في علم النفس، العدد 2، مجلد 1، ص ص 185-209.
- معمرية معمرية، بشير(2000). مدي انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، 122-147.
- محمد محمد، عادل عبد الله (2001). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحيديين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد، العدد الرابع، جامعة غير شمس، مركز الإرشاد النفسي.
- مرسي مرسي، سيد عبد الحميد (2001). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. مكتبة وهبه، القاهرة، (الطبعة الثالثة).

- مرسي، أبو بكر (1997). أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي. دراسات نفسية، مج2، ع3، ص 323-352.
- مرسي، كمال إبراهيم (1988). المدخل إلى علم الصحة النفسية، دار القلم، الكويت.
- مصلح، عائشة محمد عيسي (2003). اثر برنامج إرشادي نفسي جماعي في خفض مستوى التوتر لدى طالبات المرحلة الأساسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة .
- ملحم، سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي (الأسس النظرية والتطبيقية). دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- مليكه، لويس (1994). التنبؤ عن أعراض الاكتئاب بين النساء في بيروت. علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 279-292
- مزاوهره، أيمن سليمان، وآخرون (2000). مبادئ صحة الطفل وتغذيته، جامعة البلقاء التطبيقية، دار الخليج.
- نجاتي، محمد (1997). القران وعلم النفس، دار الشروق، القاهرة، ط6
- وريكات، رياض، العوران، عواطف (1995). الاكتئاب واحد من اضطرابات العصر. جامعة مؤتة، ص ص 102-111

- Afana Afana, Abed El-Hamid. (2003). The Assessment of Mental Disorders in Primary Health Care Clinics in Gaza Strip. **Primary Health Care Research and Development**. (4):267-274.
- Afana Afana, Abed El-Hamid, Dalgard Odd Steffen, Bjertness Espen and Grunfeld Berthold.(2002). The Ability of General Practitioners to Detect Mental Disorders among Primary Care Patients in a Stressful Environment: Gaza strip. **Journal of Public Health Medicine**, Vol. (24), no (4): pp 326-331.
- Alexander Alexander Young S., Ruth Klap, Sherbourne Cathy D. and Wells Kenneth B. (2001). The Quality of Care for Depressive and Anxiety Disorders in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, (58): pp 55-61.
- Andrew Andrew, G, carter, GL.(2001). What people say about their General Practitioners Treatment of Anxiety and Depression, **Medical Journal Australia** .(16): 175.
- Aragon Aragon, Stephen j., Gesell, Sabina B. (2003). A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments; A Multi-group Structural Equation Modeling Investigation , **American Journal of Medical Quality**. Vol. (18), No (6): pp229-239.
- Amenson Amenson , C.S. and lewinsohn, P.M. (1981). An investigation into Sex Differences in Prevalence of Unipolar Depression. **Journal of Abnormal Psychology**. 90-1-13.
- Becker Becker, Susan (2002).Screening For Somatization And Depression In Saudi Arabia: A Validation Study OF The PHQ In Primary Care, **The International Journal of Psychiatry in Medicine**. (32),(3).
- Bide Bedi, Navjot, Lee Alan & Harrison Glynn (2000). Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care. **The British Journal Of Psychiatry**. 177:312-318.
- Burnard Burnard, Philip. (1999). **Counseling Skills for Health Professionals**, Stanley Thornes (publishers) ltd., Second Edition.
- Buttle Buttle, F. (1995). SERVQUAL: Review Critique, Research Agenda. European. **Journal of Marketing**. (30), (1), pp 8-32.
- Crow Crow, R., Storey, L. &Page, H.(2003). The Measurement of Patient Satisfaction: Implication for health services delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature . **Health Technology Assessment**. (6), 32.
- DSM IV American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th Edition. Washington, DC. Kaplan Sadock Psychiatry.
- Doherty Doherty, Denis (2003). Measurement of Patient Satisfaction Guidelines; Health Strategy Implementation Project 2003, www.hebe.ie. [Accessed in 20 September, 2006].
- Dale F Dale F. Hay, Susan Pawley, London, Adrian Angola, Gordon T. Harold (2003). Children whose mothers are depressed after childbirth may be at elevated risk for violence, **University of Bristol; Developmental Psychology**. Vol. (39), No. (6).

- De Onis De Onis M, Blossner M, Borghi E.(2004). Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. **JAMA**. Vol. (2), No. (21), pp 2600-6.
- De Onis De Onis M., Frongillo EA, Blossner M.(2000). Is Malnutrition Declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. **Bull World Health Organ**. 78 (10): pp 1222-33.
- Fleck Fleck Marcelo Pio De.Almeida, Herrman Helen, Bushnell Donald, Martin Mona and Patrick Donald (2005). Major depression and its correlation in primary care settings in six countries. **The British Journal Of Psychiatry**. (186): pp. 41-47.
- Harpham Harpham, Trudy, Sharon Huttly, Mary J. De Silvaand, Tanya and Abramsky (2005). Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. **Journal of Epidemiology and Community Health**. (59): pp 1060-1064.
- Haug Haug T. T., Hellstrom K., Blomhoff S., Humble M., Madsbu H.P. and Wold J.E. (2000). The treatment of social phobia in general practice: Is exposure therapy feasible? **Family Practice**. (17): pp 114-118.
- Johnson Johnson Megan Dwight, Sherbourne Cathy, Liao Diana and Wells Kenneth B. (2000). Treatment preference among depressed primary care patients. **Journal of General Medicine**. (15): 527.
- Judge Judge Ken and Solomon Michael (1993). Public opining and the national health services: Patterns and perspective in consumer satisfaction. **Journal of social policy**. (22),(3): pp 299-327.
- Janet Janet M. Torpy, Cassio L., Richard M. Glass (2004). Malnutrition in Children, **JAMA**. Vol. (2), N. (21): 292:648.
- katon Katon W., Robinson P., VonKroff M., Lin E.,Bush T., Ludman E., Simon G. and Walker E. (1996). Multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. **Archives OF General Psychiatry**, vol. (53), N.(10).
- katon Katon W., Von korff M., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. and Russo J. (1995). Collaborative Management to Achieve Treatment Guideline. Impact on Depression in Primary Care, **JAMA (The Journal of American Medical Association)**. (13): 273.
- Keegan Keegan O., McDaby V., Tansey A., and McGee H. (2003). **Community Involvement in A/E satisfactory survey**. [Unknown Publisher]
- king King M., Sibbald B., Ward E., Bower P., Lioyd M., Gabby M. and Byford S. (2000). Randomized controlled trial of non- directive counseling, cognitive behavioral therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. **Health Technology Assessment**. Vol. (4), No. (19).
- Kirsten Kirsten Hartley and Michael Phelan (2003). The Needs of children of Depressed Mothers in primary care, **Family Practice**. Vol.(20), pp390-392.
- Kalman Kalman, N., Waugh, F.C. (1993). Mental health concept. Delmar center. USA.
- MOH Ministry of Health (MOH), Health Status in Palestine. **The Annual Report 2005**. Gaza, Palestine, Aug.2005.

- Matalon Matalon Andrew, Nahmani T., Rabin S., Maoz B. and Hart J., (2002). A Short Term Intervention in a Multidisciplinary Referral Clinic for Primary Care Frequent Attendees: Description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. **Family Practice**. Vol. (19), N.(3): pp 251-256.
- Newsome Newsome, P.R.H., Wright G.H. (1999). A review of Patient Satisfaction; Concepts Satisfaction, **British Dental Journal**. Vol. (186), N.(4).
- Rahman Rahman, Atif, Zafar Iqbal, James Bunn, Hermione Lovel, Richard Harrington (2004). Impact of Maternal Depression on Infant: Nutritional Status and Illness, **Arch Gen Psychiatry**. Vol. (61) pp 946-952.
- [Schulberg] Schulberg H.C., Block M.R., Madonia M.J., Scott, Rodriguez E., Imber S.D., Perel J., Lave J., Houck P.R. and Coulehan J.L. (1996). Treating Major Depression In Primary Care Practice Eight Month Clinical Outcomes. **Archives Of General Psychiatry**. 53: 10.
- Singer Singer and Baley, Ann Salvator, Shenyang Guo, Marc Collin, and Lawrence Lilien (1999). Mothers of very low birth-weight babies have high levels of depression and stress. **Journal of the American Medical Association**. Vol. (3).
- U.N. United Nations Sub-Committee on Nutrition 5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Outcomes. March 2004.
- Voorhees Voorhees Van B.W., Cooper L.A., Rost K. M., Nutting P., Rubenstein L.V., Meredith L., Wang N.Y. and Ford D. E. (2003). Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. **Journal General Internet Medicine**. Vol. (18), N. (12): pp 991-1000.
- [Wallis] Wallis, Laurence M., Mynors, Dennis Gath H., Day Ann and Baker Frances (2000). Randomized Controlled Trial of Problem Solving: Treatment with antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. **BMJ**. Vol. (320): pp 26-30.
- Wells Wells Kenneth B., Schoenbaum Michael, Unutzer, Jurgen, Lagomasino Isabel T. and Rubenstein Lisa V. (1999). Quality of Care for Primary Care Patients With Depression in Managed Care. **Archives Of Family Medicine**. Vol. (8), No. (6).
- Workbook 6 World Health Organization (2000). workbook 6. **Client Satisfaction Evaluation**. Geneva, Switzerland.
- WHO Report 2007, www.who.com/ . [Accessed on 3 April, 2007]
- WHO World Health Organization (1999). Treatment of Malnutrition. www.who.com/ . [Accessed on 23 September, 2006].
- WHO World Health Organization (2004). Fact sheet, www.who.com/ . [Accessed on 23 September, 2006].
- WHO World Health Organization (2000). Malnutrition: The Global Picture, <http://www.who.int/home-page/> . [Accessed on 23 September, 2006].

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ملحق 1

الجامعة الإسلامية
كلية التربية
قسم علم النفس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الدكتورة.....حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

تقوم الباحثة بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في التربية (علم النفس) بعنوان **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية**.

بإشراف الدكتورة سناء أبو دقة ، وهذا يتطلب منها إعداد إستبانة ستقوم بتطبيقها على عينة من الأمهات التي تتردد على عيادة جمعية أرض الإنسان بأطفالهن الذين يعانون من سوء التغذية ، لذلك الرجاء التفضل بإبداء رأيكم في عبارات المقياس المرفقة من حيث ملائمة العبارة في قياس أعراض الاكتئاب ما إن كانت العبارة في صياغتها الحالية تعطي المعنى المطلوب ، أو إضافة ما ترادفه من عبارة ، وتعديل العبارات التي ترون في حاجة إلى تعديل . علما بأن الباحثة قامت بإعداد برنامج إرشادي

وقد تم تعريف الاكتئاب إجرائيا في الدراسة : وهو ما تقيسه أداة الاكتئاب ، وتتضمن عدة أعراض الحزن ، التشاؤم ، الفشل ، فقدان الاستمتاع ، الشعور بالذنب ، الرغبة في الانتحار ، الشعور بعدم القيمة ، فقدان الطاقة ، القابلية للغضب ، صعوبة التركيز ، الإرهاق أو الجهاد ، التردد ، فقدان الاهتمام ، الاستثارة ، زيادة أو نقص في الشهية ، زيادة أو نقص في الوزن ، قلة في النوم أو زيادة

نشكركم لحسن تعاونكم وتفضلوا بقبول الاحترام

الباحثة: وِجَاد العجوري

تابع استمارة الاكتئاب

البند	العبارة
مشاعر العقاب	0 لا اشعر بأنه يقع علي عقاب
	1 اشعر بأنه ربما يقع علي عقاب
	2 أتوقع أن يقع علي عقاب
	3 أشعر بأنه يقع علي عقاب
عدم حب الذات	0 شعوري نحو نفسي كما هو
	1 فقدت الثقة في نفسي
	2 خاب رجائي في نفسي
	3 لا أحب نفسي
نقد الذات	0 لا ألوم نفسي أكثر من المعتاد
	1 أنقد نفسي أكثر مما اعتدت
	2 انقد نفسي على كل أخطائي
	3 ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة
الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0 ليس لدي أي أفكار انتحارية
	1 لدي أفكار انتحارية ويمنعني من تنفيذها تديني
	2 أريد أن انتحر
	3 قد انتحر لو سنحت لي الفرصة
البكاء	0 لا أبكي أكثر مما اعتدت
	1 أبكي أكثر مما اعتدت
	2 أبكي بكثرة من أي شيء بسيط
	3 أرغب في البكاء ولا أستطيع
التهيج أو الاستثارة	0 لست أكثر استثارة من المعتاد
	1 اشعر باستثارة أكثر من المعتاد
	2 أستثار لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة
	3 أستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما
فقدان الاهتمام	0 لم أفقد الاهتمام بالآخرين
	1 أهتم بالآخرين أقل من قبل
	2 فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين و الأمور الأخرى
	3 من الصعب أن أهتم بأي شيء
تردد	0 أتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة
	1 أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات
	2 لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات
	3 لدي مشكلة في اتخاذ أي قرار

تابع استمارة الاكتئاب

البند	العبارة
انعدام القيمة	0 لا اشعر بأنني عديم القيمة
	1 لا اعتبر نفسي ذو قيمة كما اعتدت أن أكون
	2 اشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين
	3 اشعر بأنني عديم القيمة تماما
فقدان الطاقة	0 لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد
	1 لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت
	2 ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء
	3 ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء
القابلية للغضب أو الانزعاج	0 قابليتي للغضب لم تتغير عن المعتاد
	1 قابليتي للغضب أكبر من المعتاد
	2 قابليتي للغضب أكبر بكثير من المعتاد
	3 قابليتي للغضب طول الوقت
صعوبة التركيز	0 أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة
	1 لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة
	2 من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة
	3 أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء
الإرهاق أو الإجهاد	0 لست أكثر إرهاقا من المعتاد
	1 أصاب بالإرهاق بسهولة أكثر من المعتاد
	2 يعوقني الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها
	3 أنا مرهق جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليه
فقدان الاهتمام	0 لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثاً
	1 اهتمامي أقل بالجنس مما اعتدت
	2 اهتمامي أقل بدرجة كبيرة بالجنس الآن
	3 فقدت الاهتمام بالجنس تماما
فقدان الشهية	0 شهيتي لتناول الطعام ليس أقل من المعتاد
	1 شهيتي لتناول الطعام أسوأ قليلاً من المعتاد
	2 شهيتي أسوأ كثيراً الآن
	3 ليس لدي أي شهية على الإطلاق لتناول الطعام
فقدان في الوزن	0 لم أفقد أي وزن على الإطلاق
	1 فقدت أقل من 5 كيلو جرام
	2 فقدت ما بين 5-10 كيلو جرام
	3 فقدت ما بين 11-25 كيلو جرام

تابع استمارة الاكتئاب

البند	العبارة
زيادة في الشهية	0 شهيتي لتناول الطعام ليس اكبر من المعتاد
	1 شهيتي لتناول الطعام أكبر قليلاً من المعتاد
	2 شهيتي لتناول الطعام أكبر كثيراً من المعتاد
	3 أشعر بالجوع طول الوقت
قلة في النوم	0 ساعات نومي ليست أقل من المعتاد
	1 أحياناً أجد أن لدي صعوبة طفيفة في النوم
	2 من الواضح أنني لا أنام جيداً كالمعتاد
	3 أنام أقل من ساعتين في الليلة

ملاحظة:

على أن تكون هذه الأعراض ليس أعراض اكتئاب ما بعد الولادة لذلك على الباحثة استثناء الأمهات التي وضعت أطفال جدد والمدة لا تقل عن ثلاثة شهور وهذا من خلال سؤال الأم عن عمر آخر طفل لها.

ملحق 2

استمارة الرضا

استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الأولية:
نرجو أن تقرئي البنود الآتية بعناية وأن تجيبي عنها جميعاً بوضع علامة (x) أمام كل منها وتحت الاختبار الذي ترين أنه يعبر عن إحساسك نحو هذه الخدمة، بمعنى أن تضع علامة (x) تحت الاختيار مرضي جداً إذا كان رأيك في مضمون البند الذي أجبت عنه يعني بأنه مرضي لك، و أن تضع علامة (x) تحت الاختيار (غير مرضي) إذا رأيت أنك غير راض عن مضمون هذا البند. مع تمنياتنا لك بالتوفيق.

استمارة الرضا

رقم	العبارات	مرضي جداً	مرضي	لا استطيع التحديد	غير مرضي	غير مرضي إطلاقاً
1	المكان يحافظ علي سرية الحديث بينني وبين المرشد النفسي					
2	الوقت الذي قضيته مع المرشد لم يكن كافياً لمناقشة كل الجوانب التي أُرغب بها					
3	المرشد كان ينصت جيداً لما أقول ولا يقاطعني					
4	شعرت بأن المرشد يستجوبني من خلال الأسئلة المتكررة					
5	المرشد أعطاني معلومات حول الإرشاد وشرح ماهية الأسباب حول الإرشادات المعطاة					
6	المرشد صحح بعض المفاهيم والمعتقدات الخاطئة عندي					
7	ساعدني المرشد في فهم ذاتي					

تابع استمارة الرضا

رقم	العبارات	مرضي جداً	مرضي	لا استطيع التحديد	غير مرضي	غير مرضي إطلاقاً
8	كانت هناك سهولة في الحديث مع المرشد					
9	لقد فهمت مشكلتي جيداً نتيجة الجلسات الإرشادية					
10	لقد تحسن الاتصال بيني وبين أفراد عائلتي					
11	أصبحت قادرة علي التكيف بشكل عام					
12	أصبحت قادرة علي مساعدة نفسك					
13	أثاث الغرفة مريح					
14	اعتقد أن المرشد احترم مشاعري					
15	شعرت بان المرشد متواصل معي طوال الجلسات					
16	فسر لي بعض الأمور العالقة في ذهني وأقنني بها.					
17	شعرت بالأمان مع المرشد					
18	أنا غير راضيه تماماً عن الطريقة التي سارت بها الجلسات					
19	حسن الاتصال بيني وبين زوجي					
20	أصبحت قادرة علي فهم مشكلتي والتكيف معها					
21	إضاءة المكان مناسبة					

تابع استمارة الرضا

رقم	العبارات	مرضي جداً	مرضي	لا استطيع التحديد	غير مرضي	غير مرضي إطلاقاً
22	الجلسة كانت طويلة أكثر من اللازم					
23	لا أجد صعوبة في الحديث عن مشاكلي الخاصة مع المرشد					
24	أزعجتني فترات الصمت في الجلسات					
25	أشرك الأهل في مشكلتي					
26	شعرت بالقدرة علي إخبار المرشد عن أشياء خاصة جداً					
27	وجدت الكلام يتدفق بسهولة مع المرشد					
28	اشعر أن الإرشاد ساعدني علي حل مشكلتي.					
29	ساعدتني الجلسات علي التكيف وفهم مشاعري.					
30	لدي القدرة علي إبقاء نفسي متمتعة بصحة جيدة.					
31	نظافة المكان جيدة.					
32	شعرت بالملل من طول الجلسة.					
33	أسئلة المرشد كان فيها لف ودوران.					
34	تم استخدام تمارين الاسترخاء خلال الجلسات.					
35	هناك بعض الجوانب كانت لها علاقة بمشكلتي أو علاجي لم أكن قادرة علي إخبار المرشد بها.					

تابع استمارة الرضا

رقم	العبارات	مرضي جداً	مرضي	لا استطيع التحديد	غير مرضي	غير مرضي إطلاقاً
36	أشعر بالخلج من قول كل شيء يشغلني للمرشد					
37	الإرشاد ساعدني علي إحداث تغير بداخلي					
38	أصبحت واثقة من نفسي					
39	لا توجد ضوضاء في المكان					
40	المرشد أكد لي منذ البداية علي سريه المعلومات الخاصة بي					
41	اعتقد أن المرشد فهم جيداً مشكلتي					
42	كان نقاش المرشد معي شاملاً لكل جوانب مشكلتي					
43	لقد وجدت صعوبة في إخبار المرشد عن أشياء خاصة					
44	أعطاني صورة كاملة عن نفسي					
45	أشعر بالرضا عن سير الجلسات					
46	الوقت الذي كنت أقضيه مع المرشد بشكل عام كان قصيراً					
47	شعرت براحة كبيرة عند جلوسي مع المرشد					
48	المرشد أعطاني فرصة للتحدث عن مشكلتي					
49	ساعدني علي رؤية المستقبل بصورة أوضح وأفضل					
50	الإرشاد ساعدني علي فهم نفسي جيداً					

تابع استمارة الرضا

رقم	العبارات	مرضي جداً	مرضي	لا أستطيع التحديد	غير مرضي	غير مرضي إطلاقاً
51	المرشد علمني بعض الأساليب التي ساهمت في تغيير سلوكي.					
52	المرشد لا يقاطعني خلال الحديث أبداً.					

هل تقبلين بالعودة إذا حدثت عندك مشكلة أخرى ☐ نعم ☐ نعم
ما هي توقعاتك من مواصلة العلاج في الجمعية:

1. ليس لدي أية توقعات من مواصلة العلاج () .
 2. إنا مقتنعة انه لن يطرأ تغيير علي وضعي () .
 3. إنا مقتنعة أنني سوف أكون أحسن () .
- لأي مدي تمكن البرنامج من تلبية احتياجاتك:
1. لم أجد ما يلبي احتياجاتي () .
 2. وجدت قليلا من احتياجاتي () .
 3. وجدت كل ما احتاج () .

إذا تكرمت الرجاء أن تخبرينا باقتراحاتك بشأن الخدمات التي تجعلك أكثر رضى:

ملحق 3

صدق وثبات مقياس رضا المنتفعات عن الخدمات النفسية المقدمة

صدق الاستبانة: لقد تم التحقق من صدق الاستبانة باستخدام:

أولاً: صدق المحكمين: حيث تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية علي (7) محكماً من المتخصصين في مجال الصحة النفسية في محافظة غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم في فقرات الاستبانة ومدي انتماء الفقرة للبعد ومن ثم قامت الباحثة بتعديل صياغة بعض الفقرات وذلك بناء علي ما اتفق عليه (80%) فأكثر من المحكمين وبيين (ملحق رقم 9) الإستبانة في صورتها المبدئية، و(ملحق رقم 10) يبين الاستبانة في صورتها بعد التحكيم.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية للاستبانة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبانة، وذلك لهدف التحقق من صدق الاستبانة، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (6):

جدول رقم 6

معاملات الارتباط بين أبعاد استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية للاستبانة

الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
مكان إجراء الجلسة	0.47	دال إحصائياً
وقت الجلسة	0.64	دال إحصائياً
شخصية المرشد ومهاراته	0.80	دال إحصائياً
طريقة التدخل	0.81	دال إحصائياً
استعداد المريض	0.79	دال إحصائياً
نتيجة الإرشاد	0.80	دال إحصائياً

تبين من جدول (6) أن أبعاد استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في

مراكز الرعاية الأولية بين (0.47-0.81).

وبما أن الاستبانة مكونة من ستة أبعاد فقد تم حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الستة والدرجة الكلية لكل بعد على حده، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول 7

معاملات الارتباط بين فقرات بعد مكان إجراء الجلسة والدرجة الكلية للبعد

فقرات بعد مكان إجراء	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
الجلسة		
1	0.53	دال إحصائيا
13	0.72	دال إحصائيا
23	0.84	دال إحصائيا
33	0.75	دال إحصائيا
42	0.66	دال إحصائيا

تبين من جدول (7) أن فقرات بعد مكان إجراء الجلسة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.53 - 0.84).

جدول 8

معاملات الارتباط بين فقرات بعد وقت الجلسة والدرجة الكلية للبعد

فقرات وقت الجلسة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.47	دال إحصائيا
14	0.30	غير دال إحصائيا
24	0.68	دال إحصائيا
34	0.72	دال إحصائيا
50	0.55	دال إحصائيا

تبين من جدول (8) أن فقرات بعد وقت الجلسة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.30 - 0.72)، عدا الفقرة رقم

(14) غير دال إحصائياً ولذلك يجب حذفها من البعد.

جدول 9

معاملات الارتباط بين فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته
دال إحصائياً	0.63	3
دال إحصائياً	0.34	4
دال إحصائياً	0.52	15
دال إحصائياً	0.50	16
دال إحصائياً	0.54	25
دال إحصائياً	0.56	26
غير دال إحصائياً	0.26	35
دال إحصائياً	0.66	36
دال إحصائياً	0.44	43
دال إحصائياً	0.65	44
دال إحصائياً	0.72	51
دال إحصائياً	0.62	56

تبين من جدول (9) أن فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.34 - 0.72)، عدا الفقرة رقم (35) ولذلك تم حذفها.

جدول 10

معاملات الارتباط بين فقرات بعد طريقة التدخل والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد طريقة التدخل
دال إحصائيا	0.49	5
دال إحصائيا	0.67	6
دال إحصائيا	0.71	7
غير دال إحصائيا	0.25	17
دال إحصائيا	0.64	18
دال إحصائيا	0.39	27
دال إحصائيا	0.55	37
دال إحصائيا	0.62	45
غير دال إحصائيا	0.25	46
دال إحصائيا	0.55	52
دال إحصائيا	0.62	55

تبين من جدول (10) أن فقرات بعد طريقة التدخل تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.39 - 0.71)، وهذا يدل على أن بعد طريقة التدخل وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي، ما عدا الفقرات رقم (17، 46) ولذلك تم حذفهما.

جدول 11

معاملات الارتباط بين فقرات بعد استعداد المريض والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد استعداد المريض
دال إحصائيا	0.64	8
دال إحصائيا	0.58	19
دال إحصائيا	0.62	28
دال إحصائيا	0.62	29
دال إحصائيا	0.76	38
دال إحصائيا	0.76	39
دال إحصائيا	0.68	47

تبين من جدول (11) أن فقرات بعد استعداد المريض يتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.58 - 0.76).

جدول 12

معاملات الارتباط بين فقرات بعد نتيجة الإرشاد والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد نتيجة الإرشاد
دال إحصائيا	0.48	9
دال إحصائيا	0.62	10
دال إحصائيا	0.61	11
دال إحصائيا	0.73	12
دال إحصائيا	0.38	20
دال إحصائيا	0.64	21
دال إحصائيا	0.66	22
دال إحصائيا	0.61	30
دال إحصائيا	0.76	31
دال إحصائيا	0.71	32
دال إحصائيا	0.57	40
دال إحصائيا	0.64	41
دال إحصائيا	0.68	48
دال إحصائيا	0.43	49
دال إحصائيا	0.48	53
دال إحصائيا	0.67	54

تبين من جدول رقم (12) أن فقرات بعد نتيجة الإرشاد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.38 - 0.76). مما سبق يمكننا القول بأن النتائج السابقة تعطي مؤشر علي صدق الإستبانة.

ثالثا: صدق المقارنة الطرفية:

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

احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت)، ويتضح ذلك من خلال جدول (13):

جدول 13

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على أبعاد الاستبانة

الأبعاد	أقل 25% من الدرجات	أعلى 25% من الدرجات	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	المتوسط	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
مكان إجراء الجلسة	19.4	0.8	25.0	0.0	-23.4	0.01	دال	
وقت الجلسة	9.5	1.3	16.3	1.9	-9.4	0.01	دال	
شخصية المرشد ومهاراته	42.0	1.6	54.3	1.3	-16.8	0.01	دال	
طريقة التدخل	29.8	3.0	41.9	1.9	-10.1	0.01	دال	
استعداد المريض	21.6	1.2	34.2	1.4	-20.5	0.01	دال	
نتيجة الإرشاد	55.0	5.1	75.8	3.9	-10.2	0.01	دال	

يتبين من جدول (13) وجود فروق جوهرية دال إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا لأبعاد استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية لكل بعد على حده من أبعاد الاستبانة، وهذا يدل على أن الأستبانة بأبعادها تميز بين المنتفعات ذوي الدرجات العليا والمنتفعات ذوي الدرجات الدنيا في درجات أبعاد استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية، وهذا مؤشر علي صدق الإستبانة.

ثانياً: الثبات

بعد تطبيق الاستبانة وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للاستبانة بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha:

تم تطبيق الاستبانة على عينة قوامها (40) من النساء المترددات على جمعية أرض الإنسان لتلقي الخدمة الطبية، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة ككل تساوي 0.91، وهذا دليل على أن استبانة تقييم رضي المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية تتمتع بمعامل ثبات جيد ومرتفع. والجدول التالي يوضح معاملات الثبات لدرجة الكلية ولأبعادها الستة.

جدول 14

معامل ألفا كرونباخ لأبعاد استبانة الرضا عن العملية الإرشادية

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
مكان إجراء الجلسة	0.68
وقت الجلسة	0.50
شخصية المرشد ومهاراته	0.73
طريقة التدخل	0.73
استعداد المريض	0.77
نتيجة الإرشاد	0.88
الدرجة الكلية	0.91

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

تم تطبيق الاستبانة على عينة قوامها (40) من النساء المترددات على جمعية أرض الإنسان لتلقي الخدمة الطبية، فقد تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود الاستبانة الكلية إلى نصفين، فقد تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للاستبانة، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات الاستبانة بهذه الطريقة (0.91)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان-براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.95)، هذا دليل على أن الاستبانة ككل تتمتع بدرجة ثبات عالية وأبعادها الستة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول 15

معاملات الثبات لأبعاد استبانة الرضا عن العملية الإرشادية بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون	معامل سبيرمان براون لتعديل طول الاختبار
مكان إجراء الجلسة	0.73	0.84
وقت الجلسة	0.57	0.72
شخصية المرشد ومهاراته	0.75	0.85
طريقة التدخل	0.74	0.85
استعداد المريض	0.60	0.75
نتيجة الإرشاد	0.88	0.93
الدرجة الكلية	0.91	0.95

معادلة سبيرمان براون المعدلة $r = r^* / 2 + 1$

ومما سبق وبعد عرض الخصائص لاستبانة رضا المنتفعات تبين أن الأداة التي تم تطويرها في هذه الدراسة تتمتع بصدق وثبات جيد مما يجعلها صالحة للتطبيق وقياس ما تهدف لقياسه وملحق 11 يظهر الأداة في صورتها النهائية.

ملحق 4

الجامعة الإسلامية
كلية التربية
قسم علم النفس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الدكتورة.....حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

تقوم الباحثة بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في التربية (علم النفس) بعنوان **فاعلية برنامج**

إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية .

بإشراف الدكتورة سناء أبو دقة ، وهذا تطلب منها إعداد برنامج إرشادي سنقوم بتطبيقه على عينة من الأمهات التي تتردد على عيادة جمعية أرض الإنسان بأطفالهن الذين يعانون من سوء التغذية وتعاني من أعراض اكتئاب، لذلك الرجاء التفضل بإبداء رأيكم في جلسات البرنامج المرفقة من حيث ملائمة الجلسات لتخفيف حدة أعراض الاكتئاب، أو إضافة ما تجده مناسباً من جلسات ، وتعديل بعض الجلسات التي ترون بحاجة إلى تعديل .

وقد تم تعريفه إجرائياً: هو عبارة عن مجموعه من الجلسات الإرشادية المترابطة وهي على شكل نشاطات وندوات ومناقشات إرشادية جماعية تدخل في إطار الإرشاد الجمعي والذي يهدف إلى تخفيف حدة الاكتئاب لأفراد يعانون من نفس المشكل

نشكركم لحسن تعاونكم وتفضلوا بقبول الاحترام

الباحثة: وجاد العجوري

جلسات البرنامج الإرشادي

الإطار النظري للجلسات الإرشادية:

قبل البدء بالأنشطة نقوم بالمشاركة مع المجموعة بوضع قواعد للجلسة والتي تستند عليها جميع الجلسات ويتفق عليها من قبل المجموعة ويجب الالتزام بها.

ومن هذه القواعد:

- السرية التامة: لما يدور داخل الجلسة.
- الاحترام المتبادل: أي عدم السخرية أو الاستهزاء من أي فكرة تطرح من قبل أي شخص في المجموعة.
- الالتزام في مواعيد الجلسات.
- الإنصات الجيد لكل شخص يتحدث داخل المجموعة.
- المحافظة على نظافة المكان الذي تعقد فيه الجلسات.

تحتوي كل جلسة على العناصر التالية:

- ابدأ كل مجموعة بالتأمل.
- افحص الحالة العامة للمشاركين سائلا كل شخص بالدور ليقول ما يشعر وما هي حاله.
- قدم المادة التعليمية.
- تدرب على التمارين الاختبارية.
- المشاركة.
- انهي كل مجموعة بتأمل مختصر.

ما يحتاجه الباحث عندما يقود المجموعة:

- أن يكون مدركا لثلاث مستويات في نفس الوقت:
- كن مدركا لمشاعرك الخاصة.
- كن مدركا لما يحدث مع الشخص الذي يتحدث وشجع المشاركة.
- وكن مدركا لما يحدث مع المجموعة ككل (هل هنالك احد ما لا يشارك؟)

التحديات المتوقعة أثناء إدارة الجلسات في البرنامج:

- كيفية التعامل مع شخص ما لا يشارك.
- كيف بإمكانك الخروج من (قصة أو رواية)؟ كيف بإمكانك الانتقال من القصة إلى لب الموضوع؟
- ماذا تفعل عندما تكون المشاعر في المجموعة شديدة؟
- متى بإمكانك استخدام التأمل الفعال مثل مهارات الاسترخاء.
- كيف ننتقل من الفحص العاطفي للجزء التعليمي من الجلسة؟
- كيف نتعامل مع شخص ما يريد توجيه النصيحة للآخرين؟
- كيف نتعامل مع شخص ما يقاطع حديث الآخرين؟
- ماذا نفعل عندما يأتي شخص ما متأخر؟ أو يريد أن يغادر المجموعة؟

عبارات تساعد الباحثة في إدارة الحوار داخل الجلسة:

- تحدث أكثر عن ذلك؟
- هل تود أن تقول أكثر عن ذلك؟
- ماذا يعني لك ذلك؟
- ما هي تجربتك مع ذلك الآن؟
- ماذا يثير ذلك فيك؟
- كيف يستجيب الناس الآخرين لما تقوله فقط؟

التغذية الراجعة:

كيفية تجهيز وتقديم المادة التعليمية في البرنامج:

- تأكد من أنك تعرف المادة بشكل جيد قبل أن تقدمها.
- اترك مهاراتك الوظيفية في البيت حافظ على تعليمك للأساسيات قدر المستطاع كما لو أنك تعلم مجموعة من الأطفال.
- أبقى تقديمك للمادة التعليمية بسيطاً فإنك لا تحتاج لأن تكون خبيراً في كل شيء.
- ناقش ما قد عني الموضوع بالنسبة لك وماذا كانت تجربتك مع هذه التقنية تحديداً أعطي أمثلة من حياتك.
- اجعل هذا الموضوع حقيقي للمجموعة واربط التقنية بحياتهم على سبيل المثال
- اجعل موضوعك المقدم ممتع وفعال.
- نظم جدول عملك لكن كن مرناً ومستعداً للتعامل مع مواقف متعددة.

الجلسات الإرشادية:

الجلسة الأولى:

الهدف من الجلسة: تبدأ الجلسة بتمرين استرخاء حتى تتأكد الباحثة أنها استلمت المجموعة في وضع الاسترخاء لتكون هناك قدرة على تقبل الأنشطة واستيعابها بسهولة.

تأمل افتتاحي: تطلب الباحثة من المجموعة بإغماض أعينهم و يستلقوا في وضع مريح لي شعروا بجسمهم بأنه مقابل الأرض أو الكرسي حيث يسمح لجسمك بالاسترخاء واشعر بأنك موجود و الآن اسمح لإدراكك بالتحرك اتجاه تنفسك شاعرا بعملية الشهيق وكذلك للنفس الخارج منك (الزفير) أثناء التنفس حاول أن لا تستجيب إلا لصوتي وأن تكون هادئاً وأثناء عملية الزفير حاول أن تشعر بالأمان وحاول إذا أنت فكرة إلى دماغك اجعلها تأتي و تذهب دون التركيز عليها حاول أن تفتح عينيك ببطيء.

وبعد ذلك نبدأ بعملية التعارف بين أعضاء المجموعة من خلال عدة أنشطة.

وصف الأنشطة:

النشاط الأول: يسمى تبديل الأسماء:

- **الهدف من النشاط:** التعارف وكسر الحواجز بين أعضاء المجموعة
- **الوقت المستغرق:** 45 دقيقة
- **النشاط:** في البداية يطلب من الأمهات عمل دائرة وهنا على الباحثة أن تقوم بشرح النشاط وتقسيم الأمهات إلى اثنتين، اثنتين مع بعضهما البعض في نفس الدائرة وتقوم كل واحدة بالتعرف على الأخرى، الاسم مثلاً، والعمر، عدد أفراد الأسرة، ماذا تحب، وماذا تكره، والأشياء التي تجعلها تغضب. وتعطى فترة زمنية محددة من أجل التعرف على بعضهم البعض.

مثال على ذلك: عندنا فاطمة، عائشة، يتم تبديل الأسماء تأخذ فاطمة اسم عائشة وعائشة تأخذ اسم فاطمة بالإضافة إلى المعلومات الأخرى التي تم التعرف عليها وتحدث كل واحدة بلسان الأخرى أمام المجموعة وبعدها تسأل كل واحدة عن مشاعرها عندما تتحدث إنسانة أخرى عن شخصيتها.

النشاط الثاني: يسمى عود الثقاب:

- **الهدف من النشاط:** التعارف وكسر الحواجز بين المجموعة.
- **الوقت المستغرق:** 40 دقيقة.

- **الأداة:** علبة كبريت.
- **النشاط:** تقوم الباحثة بتعريف النشاط من خلال تطبيقه عليها أولاً وذلك بالتعريف عن نفسها من خلال عود الثقاب حيث تقوم بإشعال العود ومنذ أن تبدأ بإشعاله إلي أن ينطفئ عليها أن تعرف عن نفسها بأي شيء تريده وبمجرد انطفاء العود عليها التوقف عن الحديث وهكذا يستمر النشاط لآخر فرد في المجموعة وبعدها تسال الباحثة سؤال هل احد من المجموعة شعر بان عود الثقاب لم يسعفه في الحديث عن نفسه كفاية؟
- **تأمل ختامي:** يكون الإنهاء بتمرين استرخاء أيضاً لإرجاع المجموعة إلى الوضع الأول
- **واجب بيتي:** عمل تمارين الاسترخاء في أي وقت ترغب به الحالة وخصوصاً وقت النوم

الجلسة الثانية:

الهدف من الجلسة:

- أدوات للإدراك النفسي والتبصير بالمشكلة.
- مساعدة أعضاء المجموعة للدخول لمعلومات اللا شعوري فيما يتعلق بالمشكلة أو أعراضها.
- التزويد بالمعلومات عن أعضاء المجموعة.
- تفريغ انفعالي.

تأمل افتتاحي: تطلب الباحثة من المجموعة بإغماض أعينهم و يستلقوا في وضع مريح لي شعروا بجسمهم بأنه مقابل الأرض أو الكرسي حيث يسمح لجسمك بالاسترخاء وأشعر بأنك موجود و الآن اسمح لإدراكك بالتحرك اتجاه تنفسك شاعرا بعملية الشهيق وكذلك للنفس الخارج منك (الزفير) أثناء التنفس حاول أن لا تستجيب إلا لصوتي وأن تكون هادئاً وأثناء عملية الزفير حاول أن تشعر بالأمان وحاول إذا أنت فكرة إلى دماغك اجعلها تأتي و تذهب دون التركيز عليها.

فحص الحالة: بسؤال كل حالة عن وضعها الحالي (كيف الحال) والسؤال عن تطبيق الاسترخاء في البيت وماذا شعرت كل حالة بعد تطبيقه.

النشاط الثاني: الرسومات:

- المواد: ورق رسم أقلام ملونة.
- التحذير والمنع.

- تذكر أحداث ماضية قد يثير انفعالات قوية.

ارسم صورتك الحالية

ن بقي الحالة في وضع الاسترخاء وندخل نشاط الرسومات ونبدأ بالقول:

حاول أن تفكر في وضعك الحالي وكيف ترى نفسك الآن ونترك للمجموعة التفكير من 3-5 دقائق وإذا اتضحت صورتك عن نفسك في الوضع الحالي تستطيع فتح عينيك ومسك الألوان لرسم نفسك كما تراها الآن وبعد الانتهاء من الرسمة الأولى نطلب من المجموعة إعطائها رقم "1" ثم نعيد وضع المجموعة للوضع السابق بحيث تدخل في الاسترخاء مرة أخرى ونطلب من المجموعة التفكير لكل فرد في نفسه مع أكبر مشكلة وإذا وصل لذلك وهو مغمض العينين عليه فتح عينيه ومسك الألوان للرسم بعد الانتهاء من الثانية نطلب إعطائها رقم "2" ونعود مرة أخرى إلى الاسترخاء ونطلب أن ترى المجموعة نفسها كما ترغب أن تكون في المستقبل وإذا وصلت المجموعة إلى هذه الصورة عليها فتح أعينها ومسك للرسم وبعد الانتهاء من الرسم نعطي الرسمة رقم "3" وبعدها يشارك كل شخص برسوماته مع المجموعة وذلك بالحديث عن رسوماته و الحديث عن مشاعره في الرسومات الثلاثة وتشاركه المجموعة في مشاعره. وتقوم الباحثة في نهاية الجلسة بجمع الرسومات لمقارنتها بالرسومات التي ترسمها المجموعة في آخر جلسة من جلسات البرنامج.

تأمل ختامي: هذا النشاط تختتم به الجلسات جميعا

الجلسة الثالثة:

الهدف من الجلسة: تعريف كل فرد في المجموعة بماهية الاكتئاب لتكون الخطوة الأولى لمعرفة المشكلة التي يعاني منها كل فرد في المجموعة.

تأمل افتتاحي: وأيضا يطبق تمرين الاسترخاء.

فحص الحالة: السؤال عن وضع الحالة في الأسبوع الماضي.

وصف الأنشطة: تعتبر هذه الجلسة عبارة عن تعريف بالاكتئاب وأسبابه وآثاره السلبية على الناحية النفسية والاجتماعية.

تعريف الاكتئاب:

يتم تعريف الاكتئاب من خلال الأعراض الخاصة بالاكتئاب و التي ستقوم الباحثة بعرضها من

خلال نشاط يسمى (العشرين سؤال) تقوم الباحثة بتجهيز عشرين سؤال لها علاقة بالأعراض المتعلقة بالاكتئاب تعطى هذه الأسئلة لكل فرد في المجموعة بحيث يقوم كل فرد بجمع أسماء الأشخاص الذين يشتركون معه فيها بالطريقة التي تناسبه مع إعطاء وقت محدد لهذه العملية.

أعراض الاكتئاب:

يعرض هاس (1979) أربعة أعراض إكلينيكية أساسية في الاكتئاب وهي:

1. الأعراض الجسمية والفسولوجية:

- الأرق، الإمساك.
- ضعف القدرة الجنسية أو عدم الاستمتاع الجنسي.
- اضطرابات الطمث للنساء (عبد الله، 1997: 286).
- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأبسط الجهود) والألم خاصة الأم الظهر والمفاصل.
- توهيم المرض والانشغال عن الصحة الجسمية.
- ضعف النشاط والتأخر النفسي والحركي والبطء الحركي. (زهران، 1997: 516).

2. الأعراض الانفعالية الاكتئابية:

- الكآبة والحزن والغم.
- الشعور بالنقص.
- فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي.
- فقدان القدرة على الحب.
- الميل نحو تأنيب الذات ولومها.
- مشاعر الخوف.
- فقدان الأمل. (عبد الله، 1997: 286).
- فتور الانفعال والانطواء. (زهران، 1997: 516).

3. الأعراض المعرفية:

- نقص القدرة على التفكير.
- التردد والتفكك.
- أحكام تلقائية سلبية تجاه الذات والآخر. (عبد الله، 1997: 287).

- أفكار انتحارية وسوداويه. (زهران، 1997: 516).

4. الأعراض السلوكية:

- فقدان الطاقة
- الشعور بالإجهاد لأقل مجهود.
- إنقاص الدافعية عن المعتاد.
- التثاقل عن أداء الأعمال.
- سرعة الاستثارة. (عبد الله، 1997: 287).
- اللامبالاة بالبيئة وبنفسه.
- نقص الميول واهتماماته.
- إهمال النظافة الشخصية.
- عدم الاهتمام بأمور حياته اليومية. (زهران، 1997: 517).

هذه الأعراض السابقة لا يشترط أن تكون جميعها متوفرة لدى مريض الاكتئاب. وذلك حسب درجة شدة الاكتئاب الذي أصيب به الشخص.

فقدان الأمل في المستقبل	الشعور بالحزن	إهمال النظافة الشخصية	الشعور بالإجهاد لأقل مجهود	نقص القدرة على التركيز
تأتي لي أفكار أن الموت أفضل من الحياة	أشعر بتأنيب الضمير	على الرغم من وجود طعام شهى إلا أن شهيتي له قليلة	أشعر بالضيق لأغلب الوقت	فقدت القدرة على حب الآخرين
ينتابني شعور بالفشل عندما أقوم بعمل ما	سهل أن أغضب	أبقى مستيقظة قبل النوم أكثر من ساعتين	أشعر بأنني أريد في النوم طوال الوقت	أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي
سهولة البكاء لدي	أشعر بان وزني يتناقص	أشعر بأنني أريد في الطعام في أغلب الوقت	أشعر بان وزني يزداد كل فترة مضت	انتقد نفسي باستمرار
محاسبة النفس على كل شئ				

النشاط الثاني:

الحديث عن أسباب الاكتئاب وذلك يؤخذ من أفواه المجموعة لأن كل سيدة تشعر بالأسباب التي تجعلها تشعر بالكآبة من خلال الحياة اليومية التي يعيشها مجتمعنا والمعاناة الخاصة بكل سيدة. وما مدى تأثير الاكتئاب على الوضع النفسي للسيدات وتأثيره أيضا على الوضع الاجتماعي وهذا لتبصير جميع السيدات بجوانب المشكلة.

النشاط الثالث:

تأمل ختامي: وهو تمرين استرخاء حتى نعيد المجموعة في وضع الهدوء النفسي والجسمي وهذا يزيد من قدرة السيدات على الدخول في الاسترخاء.

الجلسة الرابعة:

الهدف من الجلسة:

1. تقوية الثقة بالنفس عند الحديث أمام المجموعة.
2. تذوق المعنى الروحي للأحاديث والآيات القرآنية.
3. تأثير قصة سيدنا أيوب على الجانب السلوكي.
4. تقوية البعد الديني لدى المجموعة.

تأمل افتتاحي:

فحص الحالة:

وبعد ذلك نبدأ في محور الجلسة وهي عبارة عن بعض الطرق التي ستستخدمها الباحثة للتعامل مع الاكتئاب من منظور إسلامي أي استخدام المساندة الإسلامية.

النشاط الأول:

الحديث عن قصة سيدنا أيوب: "وأيوب إذ نادى ربه أني مسني الضر وأنت ارحم الراحمين فاستجبنا له فكشفنا ما به من ضر واتيناه أهله ومثلهم معهم رحمة من عندنا وذكرى للعابدين" (الأنبياء: 83-84) أيوب عليه السلام.

ابتلاؤه بالمرض

كان أيوب رجلا كثير المال من سائر صنوفه وأنواعه، من النعام والمواشي، والأراضي المتسعة بأرض الثنية من أرض حوران، وكان له أولاد وأهلون كثيرون. فسلب منه ذلك جميعا، وابتلّى في جسده بأنواع من البلاء، ولم يبق منه عضو سليم سوى قلبه ولسانه، وهو في ذلك كله صابر محتسب. ذاكر الله عز وجل في ليله ونهاره وصباحه ومساءه. وطال مرضه حتى عافه الجليس، وأوحش منه الأنيس، وأخرج من بلده وألقى على مزبلة خارجها، وانقطع عنه الناس، ولم يبق أحد يحنو عليه سوى زوجته، كانت ترعى له حقه، وتعرف

قديم إحسانه إليها وشفقته عليها. فكانت تتردد إليه فتصلح من شأنه، وتعينه على قضاء حاجته، وتقوم بمصلحته، وضعف حالها وقل مالها حتى كانت تخدم الناس بالأجر، لتطعمه وتقوم بأوده، رضي الله عنها وأرضاها وهي صابرة معه على ما حل بهما من فراق المال والولد، وما يختص بهما من المصيبة بالزواج، وضيق ذات اليد وخدمة الناس، بعد السعادة والنعمة. فإنا لله وإنا إليه راجعون". ولم يزد هذا كله أيوب عليه السلام إلا صبرا واحتسابا وحمداً وشكراً حتى أن المثل ليضرب بصبره عليه السلام، ويضرب المثل أيضاً بما حصل له من أنواع البلياء. وكان أيوب عليه السلام أول من أصابه الجدري. وقد اختلف العلماء في مدة بلواه على أقوال: فزعم وهب أنه ابتلى ثلاث سنين لا تزيد ولا تنقص وقال انس: ابتلى سبع أشهر، والقي على مزبلة لبني إسرائيل تختلف الدواب في جسده حتى فرج الله عنه، وأعظم له الأجر وأحسن الثناء عليه. وقال حميد: مكث في بلواه ثماني عشرة سنة. وقال السدي: تساقط لحمه حتى لم يبق إلا العظم والعصب، فكانت امرأته تأتيه بالرماد تفرشه تحته، فلما طال عليها. قالت. يا أيوب لو دعوت ربك لفرج عنك، فقال: قد عشت سبعين سنة صحيحاً، فهل قليل لله أن أصبر له سبعين سنة؟ فجزعت من هذا الكلام، وكانت تخدم الناس بالأجار وتطعم أيوب عليه السلام. ثم إن الناس لم يكونوا يستخدمونها لعلمهم إنها امرأة أيوب. خوفاً أن ينالهم من بلائه أو تعديهم بمخالطته، فلما لم تجد أحداً يستخدمها عمدت فباعته لبعض بنات الأشراف إحدى ضفيريتهما بطعام طيب كثير، فأنت به أيوب، فقال: من أين لك هذا؟ وأنكره، فقالت: خدمت به أناساً. فلما كان الغد لم تجد أحداً فباعته الضفيرة الأخرى بطعام فأنته به، فأنكره وحلف لا يأكله حتى تخبره من أين لها هذا الطعام؟ فكشفت خمارها عن رأسها، فلما رأى رأسها، مخلوقاً قال في دعائه: "رب إني مسني الضر وأنت أرحم الراحمين" الأنبياء الآية 83. وكان لأيوب إخوان فجاء يوماً فلم يستطيعوا أن يدنوا منه من ريحه، فقاما من بعيد فقال أحدهما لصاحبه: لو كان الله علم من أيوب خيراً ما ابتلاه بهذا، فجزع أيوب من قولهما جزعاً لم يجزع مثله من شيء قط، فقال: اللهم إن كنت تعلم أنني لم أبت ليلة قط شبعا وأنا أعلم مكان جائع فصدقني. فصدق من السماء وهما يسمعان. ثم قال اللهم إن كنت تعلم أنني لم يكن لي قميصان قط وأنا أعلم مكان عار فصدقني. فصدق من السماء وهما يسمعان. ثم قال: اللهم بعزتك وخر ساجداً، فقال: اللهم بعزتك لا أرفع رأسي أبداً حتى تكشف عني. فما رفع رأسه حتى كشف عنه. وعن انس بن مالك إن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "إن نبي الله أيوب لبث به بلاؤه ثماني عشرة سنة، فرفضه القريب والبعيد، إلا رجلين من إخوانه كانا من أخص أخوانه له، كانا يغدوان إليه ويروحان، فقال أحدهما لصاحبه: تعلم والله لقد أذنب أيوب ذنباً ما أذنبه أحد من العالمين. قال صاحبه: وما ذاك؟ قال: منذ ثماني عشرة سنة لم يرحمه ربه فيكشف ما به، فلما راحا إليه لم يصبر الرجل حتى ذكر ذلك له، فقال: أيوب: لا أدري ما

تقول؟ غير أن الله عز وجل يعلم إنني أمر على الرجلين يتنازعا فيذكران الله فأرجع إلى بيتي فأكفر عنهما كراهية أن يذكر الله إلا في حق".

شفأؤه:

كان يخرج في حاجته، فإذا قضاها أمسكت امرأته بيده حتى يرجع، فلما كان ذات يوم أبطأت عليه، فأوحى الله إلى أيوب في مكانه: أن **"اركض برجلك، هذا مغتسل بارد وشراب"** ص الآية 42 فاستبطأته، وأقبل عليها قد أذهب الله ما به من بلاء، وهو أحسن ما كان، فلما رأته قالت: أي بارك الله فيك! هل رأيت نبي الله هذا المبتلى؟ فوا لله القدير على ذلك ما رأيت رجلاً شابه به منك إذ كان صحيحاً. قال: فاني أنا هو، قال: وكان له أندران أندر للقمح وأندر للشعير، فبعث الله سحابتين، فلما كانت إحداهما على أندر القمح أفرغت فيه الذهب حتى فاض، وأفرغت الأخرى في أندر الشعير الورق حتى فاض". ويقول البعض إن الله ألبسه حلة من الجنة فتتحى أيوب وجلس في ناحية، فجاءت امرأته فلم تعرفه، فقالت: يا عبد الله.. أين ذهب هذا المبتلى الذي كان هاهنا؟ لعل الكلاب ذهبت به أو الذئاب، وجعلت تكلمه ساعة، فقال: ويحك أنا أيوب! قالت: أتسخر مني يا عبد الله؟ فقال: ويحك أنا أيوب قد رد الله علي جسدي.. قال ابن عباس: ورد الله عليه ماله وولده بأعيانهم، ومثلهم معهم. وقال وهب بن منبه: أوحى الله إليه: "قد رددت عليك اهلك ومالك ومثلهم معهم، فاغتسل بهذا الماء فان فيه شفاءك، وقرب من صحتك قربان، واستغفر لهم فإنهم قد عصوني فيك". رواه ابن أبي حاتم. وعن أبي هريرة، عن النبي صلى الله عليه وسلم قال "لما عافني الله أيوب عليه السلام أطمر عليه جراداً من ذهب، فجعل يأخذ منه بيده ويجعل في ثوبه. قال: فقيل له: يا أيوب.. أما تشبع؟ قال: يا رب.. ومن يشبع من رحمتك؟". وقوله: **"ركض برجلك"** (ص الآية 42) أي اضرب الأرض برجلك، فامتثل ما أمر به، فانبع الله عينا باردة الماء، وأمر أن يغتسل فيها ويشرب منها، فأذهب الله عنه ما كان يجده من الألم والأذى، والسقم والمرض، الذي كان في جسده ظاهراً وباطناً، وأبدله الله بعد ذلك كله صحة ظاهره وباطنه، وجمالاً تاماً كثيراً، حتى صب له من المال صبا، واخلف الله له أهله، كما قال تعالى: **"واتيناه أهله ومثلهم معهم"** (الأنبياء الآية 84) فقيل: أحياهم الله بأعيانهم، وقيل أجره فيمن سلف، عوضه عنهم في الدنيا بدلهم، وجمع له شمله في الدار الآخرة، وقوله: **"رحمة من عندنا"** (الأنبياء الآية 84) أي رفعنا عنه شدته، وكشفنا ما به من ضرر، رحمةً به ورأفةً وإحساناً، **"ونذكرى للعالمين"** (الأنبياء الآية 84) أي تذكرة لمن ابتلي في جسده أو ماله أو ولده، فله أسوة بنبي الله أيوب، حيث ابتلاه الله بما ذلك فصبر واحتسب حتى فرج الله به. ومن فهم من هذا اسم امرأته فقال: هي "رحمة" من هذه الآية ورد الله إليها شبابها وزاها حتى ولدت له ستة وعشرين ولداً ذكراً.

النشاط الثاني:

نكتب أحاديث نبوية وآيات قرآنية في بطاقات ونقوم بتقسيم السيدات إلى مجموعات ونعطي كل مجموعة بطاقة ونطلب من كل مجموعة أن تفكر في الحديث أو الآية ومضمون هذه الأحاديث والآيات عن الصبر والقضاء والقدر والابتلاء وبعدها نجعل مندوب عن المجموعة يتحدث أمام الجميع عن ما تم تفسيره للحديث أو الآية تقوم الباحثة بالتوضيح لكل نقطة على حدة ومدى تذوق السيدات للحديث أو الآية. . مثل الحديث التالي : وقد ثبت في الصحيح إن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "أشد الناس بلاء الأنبياء، ثم الصالحون، ثم الأمتل فالأمتل"، وقال: "يبتلى الرجل على حسب دينه، فإن كان في دينه، فإن كان في صلابة زيد في بلائه".

النشاط الأخير: تأمل ختامي والذي اعتدنا على تقديمه.

الجلسة الخامسة:

الهدف من الجلسة:

1. تنفيس انفعالي.
2. تبصير بالمشكلة.
3. حث على المشاركة.
4. تقوية الثقة بالنفس.

تأمل افتتاحي: تمرين الاسترخاء

فحص الحالة: السؤال عن الأسبوع الماضي.

نشاط صندوق المشاعر: تقوم الباحثة بجمع المشاعر أو الصفات التي ترغب كل واحد التخلص منها، وذلك من خلال ترك المجال للسيدة بالحديث عن المشاعر أو شئ في شخصيتها ترغب في التخلص منه وتشارك المجموعة فيه و كل سيدة ترمز له برمز من جسمها (خاتم، بنسة، شعرة....) وتقوم بوضعه داخل الصندوق وبمجرد وضعها داخل الصندوق تتخلص من هذه المشاعر وتتطلب الباحثة من المجموعة أن تساعد بعضها في حمل الصندوق ورميه في البحر وبعدها تترك المجال للذي يرغب في المشاركة بمشاعره بوصف مشاعره بعد التخلص من هذه الصفات أو المشاعر التي لا ترغب بها.

تأمل ختامي:

الجلسة السادسة:

تأمل افتتاحي: نفس النشاط السابق.

فحص الحالة:

الهدف من النشاط:

1. إدراك المشاعر والأحاسيس كيف تتغير من دور إلي دور.

2. أن الحياة متقلبة بين الصعب والسهل وكيف علينا أن نتكيف معها لتستمر الحياة.

نشاط التخيل: نطلب من المجموعة التحرك بشكل دائري ويتخللوا أنفسهم طيور تطير في السماء وبعد أداء حركات الطيور نطلب منهم أن يتخللوا بأنهم يمشوا في صحراء ورمالها ساخن وتلاحظ الباحثة مدى قدرتهم على التخيل ثم بعد ذلك يتخللوا أنفسهم يمشون في رمال على البحر وكيف تغرس الأرجل في الرمال ويخرجوها منها.

نشاط عكس المشاعر:

تقوم الباحثة بتقسيم المجموعة كل اثنين مع بعضهم البعض ونطلب منهم أن يقفوا وجها لوجه ويبدأ واحد من الاثنين برسم الابتسامة على وجهه والآخر يقلده في تعبيرات وجهه ثم يتم تغيير المشاعر غالى الغضب برسم ملامح الغضب على وجهه والآخر يقلده ويتم عكس الأدوار. ثم نطلب منهم الحديث عن مشاعرهم التي ظهرت من خلال التمرين.

الهدف من النشاط:

إدراك التغيير الذي يطرأ على مشاعرهم. وان الإنسان يستطيع التنقل من حالة نفسية إلى أخرى في بعض المواقف بمحض إرادته.

نستطيع فهم مشاعر الآخرين من خلال تعبيرات الوجه ووعي وإدراك مشاعري.

نشاط شخصية مهمة: نعطي فرصة لكل شخص أن يستحضر شخصية مهمة وتمثل له دور في حياته وبعدها يتم الحديث عنها.

الهدف من النشاط:

1. معرفة مدي رضا كل فرد في المجموعة عن ذاته.

2. تعزيز الثقة بالنفس.

الجلسة السابعة:

تأمل افتتاحي: تم الحديث عنه سابقا.

فحص الحالة: تم الحديث عنه سابقا

نشاط الصورة عن النفس: طلب من الفرد في المجموعة بتمثيل العائلة التي يعيش معها وذلك من خلال وضع كراسي بأفراد العائلة التي ترغب في إدخالها في الدور وتضع نفسها معهم وموقع السيدة منهم حسب درجة القرب، وتقوم السيدة بالجلوس على كل كرسي وتحدث عن نفسها من وجهة نظر أفراد هذه العائلة لها أي أنها في الواقع تعبر عن إحساسها عن مشاعرهم اتجاهها.

الهدف من النشاط:

1. تشعر الفرد انه ليس وحده.
2. فرصة للحصول على أفكار وسلوكيات تتعلمها من خلال الآخرين.
3. يعطي فكرة كيف الآخرين يفكرون ويحسون.

نشاط ماذا تعني؟:

تقوم الباحثة بطلب مشاركة بعد توضيح النشاط ونقول لها نريد أن نعطيك كلمة كلمة بحيث أن تعطي المعنى بالنسبة لها (ماذا تعني لها هذه الكلمة) وتكون الإجابة بسرعة مثل الكلمات التالية: المرض، الابن، الموت، الألم، الفقر، البكاء، الزوج، البحر، البيت، العائلة، الورد، الطبيعة.

الهدف من النشاط:

1. الاطلاع على الأفكار المشوهة (المغلوبة).
2. تفريغ انفعالي.
3. تبصير بالمشكلة.

الجلسة الثامنة: سيكودراما:

الهدف من الجلسة:

- تفريغ انفعالي.
- تبصير بالمشكلة.

تأمل افتتاحي: شرح في السابق.

فحص الحالة: شرح في السابق.

نشاط جمع الأحلام: تقوم الباحثة بجمع الأحلام من السيدات التي تتذكر حلمها ويتم اختيار حلم واحد أو اثنين وتقوم المجموعة بتمثيله وبعدها نفتح المجال للحديث عن المشاعر.

تأمل ختامي: من خلال استخدام الدعاء لله عز وجل للمجموعة بما يرغب الدعاء به.

الجلسة التاسعة: سيكودراما:

الهدف من الجلسة:

1. تفريغ انفعالي.
2. مشاركة السيدات مع بعضهن البعض في المشاعر.
3. تبصير بالمشكلة.

تأمل افتتاحي:

فحص الحالة: من خلال جمع المشاعر وخصوصا التي مرت في الأسبوع الماضي.
نشاط: جمع مواقف حياتية مؤلمة ويتم اختيار موقف أو اثنين لتمثيلهما وبعدها يكون السؤال عن المشاعر، ممكن للشخص نفسه تمثيل الدور أو اختيار شخص آخر.
تأمل ختامي: من خلال الدعاء.

الجلسة العاشرة:

الهدف من الجلسة: البقاء على الدعم الاجتماعي وأيضاً دعم نفسي من قبل المجموعة لبعضهم البعض

تأمل افتتاحي:

فحص الحالة: أيضاً تقوم الباحثة بجمع المشاعر
نشاط التواصل: بعد مرور (9) جلسات تكونت علاقة بين مجموعة السيدات فللمحافظة على هذه العلاقة يطلب من المجموعة بالمشاركة في الأفكار لوضع خطط لكيفية التواصل حتى بعد انتهاء الجلسات للوصول للمساندة الاجتماعية من قبل أفراد المجموعة توزع بطاقات على أفراد المجموعة للكتابة عليها.
نشاط رسم: تقوم الباحثة بتوزيع أوراق الرسم على المجموعة لترسم كل سيدة نفسها وسط المجموعة وأين هي تجد نفسها من المجموعة وتشارك السيدات بالرسومات والحديث عنها

الجلسة الحادية عشر:

تأمل افتتاحي: الدعاء.

فحص الحالة: بالسؤال عن وضعها في الأسبوع الماضي.
نشاط الرسومات: تقوم الباحثة بإعادة نشاط الرسومات الذي تم تطبيقه في الجلسة الثانية مرة أخرى حتى تصل الحالة إلى إدراكها لوضعها النفسي بعد مرور الجلسات السابقة
الهدف من النشاط: تبصير كل حالة بمدى تحسنها الحالة التي وصلت لدرجة من التحسن مقبولة نرفع ثقتها بنفسها ويتم تشجيعها أما الحالات الأخرى ننصح بالمتابعة من خلال الإرشاد الفردي في الجمعية.

الجلسة الثانية عشر:

تأمل افتتاحي: تمرين الاسترخاء

فحص الحالة: بالسؤال عن وضعها في الأسبوع الماضي.

الحفل الترفيهي: بعدها نبدأ بالحفل الترفيهي تقديم فيه الضيافة ونترك لكل سيدة الفرصة للتعبير عن اللقاءات السابقة

تأمل ختامي: تختتم هذه الجلسات بالدعاء الصامت.

إجراءات وأنشطة البرنامج

ترتيب الجلسات	الموضوع العام	الأنشطة المستخدمة	الفترة الزمنية بالدقيقة	الهدف
1	جلسة تعارف	تأمل افتتاحي تبديل الأسماء عود النقاب تأمل ختامي	15 45 45 15	تعارف وكسر الحواجز بين أفراد المجموعة
2	استبصار بالمشكلة	تأمل افتتاحي فحص الحالة الرسومات تأمل ختامي	15 30 60 15	إدراك المشكلة والتبصير بها
3	مناقشة أعراض الاكتئاب وأسبابه	تأمل افتتاحي فحص الحالة بطاقة تعريف الأعراض تأمل ختامي	15 30 60 15	التعرف علي ماهية الاكتئاب وأعراضه وأسبابه
4	البعد الديني	تأمل افتتاحي فحص الحالة	15 30	تقوية الثقة بالنفس، تقوية الجانب الروحي من خلال تذوق الأحاديث والآيات القرآنية

تابع إجراءات وأنشطة البرنامج

ترتيب الجلسات	الموضوع العام	الأنشطة المستخدمة	الفترة الزمنية بالدقيقة	الهدف
5	تنفيس انفعالي واستبصار بالمشكلة	سرد قصة سيدنا أيوب	30	
		مناقشة أحاديث وآيات حول الابتلاء والصبر	30	
		تأمل ختامي	15	
		تأمل افتتاحي	15	تنفيس انفعالي وتبصير
		فحص الحالة	30	بالمشكلة والحث على
6	سيكود راما	صندوق المشاعر	60	المشاركة وتقوية الثقة
		تأمل ختامي	15	بالنفس
		تأمل افتتاحي	15	إدراك المشاعر
		فحص الحالة	30	والأحاسيس التكيف مع
		التخيل	30	الحياة المتقلبة، القدرة على
7	سيكود راما	عكس المشاعر	30	ضبط المشاعر.
		تأمل ختامي	15	
		تأمل افتتاحي	15	عكس صورة الشخص عن
		فحص الحالة	30	نفسه والعمل علي تحديد
		رسم شجرة العائلة	60	الأفكار المشوهة بداخله
		تأمل ختامي	15	عن نفسه وعن علاقته مع
				الآخرين
		تأمل افتتاحي	15	وسيلة من وسائل زيادة
		فحص الحالة	30	إدراك النفس وتفسير
		جمع وتمثيل الأحلام	60	المشاكل وردود الأفعال
		دعاء	15	

تابع إجراءات وأنشطة البرنامج

ترتيب الجلسات	الموضوع العام	الأنشطة المستخدمة	الفترة الزمنية بالدقيقة	الهدف
9	سيكود راما	تأمل افتتاحي	15	تفريغ انفعالي وفتح أفق
		فحص الحالة	30	جديدة أمام المجموعة
		تمثيل موقف مؤلم	60	لتفسير والتكيف مع
		دعاء	15	المواقف الحياتية المؤلمة
10	المساندة الاجتماعية	تأمل افتتاحي	15	رؤيته نفسها داخل
		فحص الحالة	30	المجموعة والتعرف سبل
		العلاقة داخل المجموعة	60	التواصل والاتصال بعد
		تأمل ختامي	15	الانتهاء من الجلسة "جلسة تمهيدية لنهاية البرنامج"
11		تأمل افتتاحي	15	
		فحص الحالة	30	
		الرسومات	60	
		دعاء	15	
12	جلسة ختامية	تأمل افتتاحي	15	تقييم نهائي
		فحص الحالة	30	
		تعبئة الاستثمارات	30	
		حفل ختامي	45	
		تأمل ختامي	15	

ملحق 5

أعضاء لجنة التحكيم "البرنامج الإرشادي"

الجامعة	الكلية	العضو
الإسلامية	التربية علم النفس	سناء أبو دقة
الأقصى	التربية علم النفس	فضل أبو هين
الإسلامية	التربية علم النفس	سمير قوتة
برنامج غزة للصحة النفسية	أخصائي نفسي	سمير زقوت
برنامج غزة للصحة النفسية	أخصائية نفسية	بشرى أبو ليلة
الإسلامي	التربية علم النفس	أنور البرعاوي
برنامج غزة للصحة النفسية	طبيب نفسي	جمال قنن

بسم الله الرحمن الرحيم